



*Hyvin-
vointi-
valtion
rajat*

RIITTÄVÄT PALVELUT JOKAISELLE

Näkökulmia yhdenvertaisuuteen
sosiaali- ja terveydenhuollossa

© Juha Teperi, Lauri Vuorekoski, Kristiina Manderbacka,
Eeva Ollila, Ilmo Keskimäki ja Stakes

Kannen suunnittelu: Harri Heikkilä
Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1906-7 (nid.)
ISBN 951-33-1883-4 (PDF)

Stakes, Helsinki 2006

Edita Prima Oy
Helsinki 2006

Esipuhe

Stakesin pääjohtaja Vappu Taipale asetti 8.2.2005 Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen selvittämään julkisen hyvinvointivastuun mahdollisuuksia, painopisteitä ja rajoituksia 2000-luvun Suomessa. Hankkeen asettamista perusteltiin tarpeella käydä periaatteellista ja tutkimustietoon pohjautuvaa keskustelua pohjoismaisen hyvinvointimallin kohtaamista haasteista, jotka liittyvät muun muassa mallin taloudelliseen ja sosiaaliseen kestävyys- sekä uudenaikaisiin organisointitapoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa oli sovittu, että hankkeen tuloksia käsitellään ministeriön asettaman Hyvinvointi 2015 -ohjelman valmistelua ohjaavassa ja koordinoivassa johtoryhmässä.

Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen asettamispäätöksen liitemuistiossa hankkeen tarpeellisuutta perusteltiin erityisesti kolmesta näkökohdasta. Meneillään oleva väestöllinen muutos, erityisesti väestön ikääntyminen, aiheuttaa paineita hyvinvointipolitiikalle ja kansantaloudelle. Toisena näkökohtana oli viimeaikainen julkinen keskustelu kestävästä sosiaalipolitiikan taloudellisista ja ideologisista ehdoista. Kolmanneksi kattavaa politiikkavaihtoehtoja linjaavaa selvitystä hyvinvointivastuun rajoista ei ole Suomessa tehty vuosikymmeeniin. Liitemuistiossa katsottiin myös, että relevantin aineiston tuottaminen yhteiskunnallisen keskustelun ja poliittisten linjausten pohjaksi soveltuu hyvin Stakesin tehtäväksi.

Hyvinvointi valtion -rajat hankkeen toteuttamiseksi Stakesin pääjohtaja asetti neljä työryhmää, joihin kutsuttiin aihepiiriin johtavia kansallisia asiantuntijoita. Työryhmien tehtävät määriteltiin otsikkotasolla seuraavasti: 1) Julkisen hyvinvointivastuun painopisteet ja rajat, eri toimijoiden roolit, yleinen sosiaalipolitiikka, 2) Oikeudet ja velvollisuudet, suhde perusoikeuksiin, oikeudellinen näkökulma, 3) Sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus sekä 4) Hoivapalvelujen kustannukset. Työryhmille annettiin mahdollisuus määritellä tarkoituksenmukaisimmaksi katsomansa työtavat.

Tässä julkaisussa esitellään Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen Sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus -työryhmän työn tuloksia. Asettamispäätöksessä työryhmän puheenjohtajaksi nimettiin Juha Teperi (tulosaluejohtaja, Stakes) sekä jäseniksi Ilmo Keskimäki (tutkimuspäällikkö, Stakes), Marja Vaarama (tutkimusprofessori, Stakes), Juha Kaakinen (toimitusjohtaja, Sosiaalikehitys Oy), Samuli Saarni (erikoistutkija, KTL), Riitta Särkelä (toiminnanjohtaja, STKL), Lauri Vuorenkoski (erikoistutkija, Stakes), Aino-Inkeri Hansson (ylijohtaja, STM), Raimo Jämsen (neuvotteleva virkamies, STM), Timo Klaukka (tutkimusprofessori, Kela), Kaj Husman (professori, TTL), Marianne Pekola-Sjöblom (tutkimuspäällikkö, Suomen Kuntaliitto), Martti Kekomäki (professori, Helsinki) ja Eeva Ollila (erikoistutkija, Stakes). Työn edetessä työryhmä kutsui jäsenikseen myös kehittämispäällikkö Päivi Voutilaisen ja erikoistutkija Kristiina Manderbackan, molemmat Stakesista.

Asettamispäätöksessä työryhmän tehtävää tarkennettiin seuraavasti:

1. koota yhteen tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon kohdentumisen oikeudenmukaisuudesta (tarpeen mukaisesti käytöstä) eri alueiden ja eri väestöryhmien (sosiaaliryhmät, mahdollisesti myös muut väestöryhmät) välillä (horisontaalinen oikeudenmukaisuus),
2. tuottaa näkemyksiä haasteista eri terveys- ja hyvinvointiongelmista kärsivien välisistä oikeudenmukaisuusongelmista sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdentumisessa (vertikaalinen oikeudenmukaisuus) ja
3. tuottaa aineistoa nykyisen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmän vaikutuksista palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuuteen sekä hahmottaa uusia lähestymistapoja niiden kehittämiseksi oikeudenmukaisuuden turvaavalla tavalla.

Työn alkuvaiheessa järjestettiin tammikuussa 2006 työseminaari otsikolla ”Sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus eri palveluiden välillä”. Tehtävänannon laaja-alaisuuden vuoksi työryhmä pyysi seuraavassa vaiheessa joukolta ulkopuolisia asiantuntijoita kohdennettuja katsauksia keskeisiksi katsomiinsa erityiskysymyksiin. Nämä katsaukset on nyt koottu yhteen tässä julkaisussa. Työryhmän työskentelyn runko muodostui käsikirjoitusten pohjalta käydyistä keskusteluista. Työryhmä myös kommentoi käsikirjoituksia niin, että kirjoittajilla oli mahdollisuus muokata esityksiään. Yksittäiset luvut eivät kuitenkaan edusta työryhmän yhteistä kantaa, vaan niistä vastaavat kirjoittajat.

Marraskuussa 2006

Toimittajat

Sisällys

Esipuhe	
Kirjoittajat.....	7
Johdanto	9
<i>Juha Teperi</i>	
I NÄKÖKULMIA OIKEUDENMUKAISUUTEEN	13
Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus etiikan ja politiikan valossa.....	14
<i>Sakari Hänninen</i>	
Oikeudenmukaisuus lainsäädännön näkökulmasta	28
<i>Marja Pajukoski</i>	
Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus	35
<i>Lauri Vuorenkoski ja Samuli Saarni</i>	
II TERVEYSPALVELUJEN KOHDENTUMINEN	41
Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä	42
<i>Kristiina Manderbacka, Mika Gissler, Kaj Husman, Päivi Husman, Unto Häkkinen, Ilmo Keskimäki, Lien Nguyen, Sami Pirkola, Aini Ostamo, Kristian Wahlbeck ja Eeva Widström</i>	
Sukupuolierot terveyspalveluiden kohdentumisessa	56
<i>Elina Hemminki, Riitta Luoto ja Mika Gissler</i>	
III SOSIAALIPALVELUJEN OIKEUDENMUKAISUUS	65
Sosiaalipalvelut ja piiloutuva oikeudenmukaisuus	66
<i>Anu Muuri ja Päivi Nurmi-Koikkalainen</i>	
Sosiaalipalvelutko oikeudellistuneet – lääninhallituksen näkökulma palvelujen oikeudenmukaiseen kohdentumiseen	80
<i>Elli Aaltonen</i>	
Oikeudenmukaisuus ja sosiaalipalveluiden kilpailuttaminen	85
<i>Riitta Särkelä</i>	
Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille	92
<i>Lasse Murto</i>	
IV KIELI- JA KULTTUURIVÄHEMMISTÖT	99
Saamelaisväestön sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukainen kohdentuminen ja kehittämistarpeet.....	100
<i>Anne Näkkäläjäarvi ja Ristenrauna Magga</i>	
Romanit ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus	111
<i>Sarita Friman-Korpela</i>	
Maahanmuuttajien terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuus, laatu ja käyttö oikeudenmukaisuuden näkökulmasta	115
<i>Maili Malin ja Mika Gissler</i>	
Ruotsinkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja käyttö	134
<i>Mirjam Kalland ja Sakari Suominen</i>	

V	HAASTEITA 2000-LUVUN POLITIIKALLE	145
	Peruspalvelujohtaisen palvelujärjestelmän rakentaminen	146
	<i>Juha Teperi</i>	
	Tutkimus ja tilastot päätöksenteon tukena oikeudenmukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä	151
	<i>Ilmo Keskimäki</i>	
	Terveydenhuollon maksupolitiikan vaikutukset oikeudenmukaisuuteen.....	155
	<i>Jan Klavus ja Raimo Jämsen</i>	
	Terveyspoliittiset arvot ja markkinoistuva terveydenhuolto	160
	<i>Eeva Ollila</i>	
	Markkinaehtoistuva terveydenhuolto – professio, potilaat ja priorisointi.....	168
	<i>Samuli Saarni ja Lauri Vuorenkoski</i>	
	Pienten ja haavoittuvien ryhmien oikeuksien varmistaminen – näkökulmia ja ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kohdentumisen oikeudenmukaisuuden varmistamiseksi	173
	<i>Päivi Nurmi-Koikkalainen</i>	
	Yhteenveto: Saavatko kaikki riittävät palvelut?	181
	<i>Juha Teperi</i>	

Kirjoittajat

AALTONEN, ELLI

osastopäällikkö, Itä-Suomen lääninhallitus

FRIMAN-KORPELA, SARITA

pääsihteeri, Romaniasiaain neuvottelukunta,
Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

GISSLER, MIKA

kehittämispäällikkö, Stakes

HEMMINKI, ELINA

tutkimusprofessori Stakes, Terveystieteen laitos,
Tampereen yliopisto

HUSMAN, KAJ

professori, osaamiskeskusjohtaja, Työterveyslaitos

HUSMAN, PÄIVI

tiimipäällikkö, tutkija, Työterveyslaitos

HÄKKINEN, UNTO

tutkimusprofessori, Stakes, Terveystaloustieteen
keskus

HÄNNINEN, SAKARI

tutkimusprofessori, Stakes

JÄMSÉN, RAIMO

neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja
terveystieteiden ministeriö

KALLAND, MIRJAM

tutkija, Folkhälsanin tutkimuskeskus

KESKIMÄKI, ILMO

tulosaluejohtaja, Stakes

KLAVUS, JAN

tutkimuspäällikkö, Stakes

LUOTO, RIITTA

professori, Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto,
UKK-Instituutti

MAGGA, RISTENRAUNA

projektipäällikkö, SámiSoster ry

MALIN, MAILI

suunnittelija, Mannerheimin lastensuojeluliitto,
Lasten ja nuorten kuntoutussäätiö

MANDERBACKA, KRISTIINA

erikoistutkija, Stakes

MURTO, LASSE

toimitusjohtaja, A-klinikkasäätiö

MUURI, ANU

kehittämispäällikkö, Stakes

NGUYEN, LIEN

tutkija, Stakes

NURMI-KOIKKALAINEN, PÄIVI

projektipäällikkö, Stakes

NÄKKÄLÄJÄRVI, ANNE

toiminnanjohtaja, SámiSoster ry

OLLILA, EEVA

erikoistutkija, Stakes

OSTAMO, AINI

erikoistutkija, Kansanterveyslaitos,

PAJUKOSKI, MARJA

lakimies, Stakes

PIRKOLA, SAMI

ylilääkäri, Stakes

SAARNI, SAMULI

erikoistutkija, KTL

SUOMINEN, SAKARI

professori (mvs), Turun yliopisto (Kansanterveys-
tieteen osasto) ja Folkhälsanin tutkimuskeskus

SÄRKELÄ, RIITTA

toiminnanjohtaja, Sosiaali- ja terveysturvan
keskusliitto ry

TEPERI, JUHA

alueyksikön päällikkö, Stakes

WAHLBECK, KRISTIAN

tutkimusprofessori, Stakes

WIDSTRÖM, EEVA

professori, ylilääkäri, Stakes

VUORENKOSKI, LAURI

erikoistutkija, Stakes

JOHDANTO

JUHA TEPERI

Palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus on vuosikymmenten ajan ollut Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevien politiikkalinjausten selkeästi julkilausuttu tavoite. Keskeiset linjaukset nykyisen palvelujärjestelmän arkkitehtuurille luotiin 1960- ja 1970-luvuilla. Niin useiden keskeisten komiteoiden (kansanterveyskomitea, kansanterveystoimikunta, sosiaalihuollon periaatekomitea) mietinnöissä kuin muissakin uudistuksia linjanneissa asiakirjoissa palvelujen yhdenvertainen saatavuus oli keskeisimpiä näkökulmia.

Oikeudenmukaisuutta korostaessaan suomalainen palvelujärjestelmäpolitiikka ei ole ollut kansainvälisesti ajatellen poikkeuksellista. Päinvastoin, samansuuntaisia peruslinjauksia on vedetty useimmissa Länsi-Euroopan maissa riippumatta palvelujen rahoitus- ja tuotantomalleista. Suomi onkin monien sopimusten kautta sitoutunut yhteiseen kansainväliseen palvelujen kehittämisen arvopohjaan. Sopimukset sekä edellyttävät suoraan riittävien palvelujen järjestämistä että asettavat muita velvoitteita, joiden saavuttaminen ilman kattavia palveluja ei olisi mahdollista. Esimerkkejä kansainvälisistä sitoumuksista ovat Kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus, YK:n kansainvälinen taloudellisia, sivistyksellisiä ja sosiaalisia oikeuksia koskeva yleissopimus, Euroopan sosiaalinen peruskirja sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n perustamisasiakirja.

Luontevana jatkona aiemmille linjauksille ja sitoumuksille yhtäläiset oikeudet sosiaali- ja terveyspalveluihin kirjattiin Suomen uuteen perustuslakiin. Toimeentulon ja huolenpidon lisäksi perusoikeudeksi on perustuslain 19. pykälässä määritelty: ”— sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut —”. Samoin julkisen vallan tehtäväksi on kirjattu tuki perheelle ja muille lapsen huolenpidosta vastaaville lapsen hyvinvoinnin ja yksilöllisen kasvun turvaamiseksi. Myös yleistä yhdenvertaisuutta koskevan 6. pykälän mukaan ”Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen,

iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella”.

Oikeudenmukaisuuden kysymys on aina ollut moraali- filosofian keskeinen alue. Teoreettista pohdintaa on kehitelty useista eri lähtökohdista käsin. Niinpä valittu viitekehys voi vaikuttaa käytännön johtopäätöksiin siitä tilasta, jonka arvioidaan olevan eettisesti oikeudenmukainen. Valtaosa tämän julkaisun kirjoituksista käsittelee kysymystä kuitenkin käytännöllisesti. Keskeinen kysymys on se, missä määrin toisaalta todellinen tarve, toisaalta toissijaiset tekijät (esimerkiksi asuinpaikka, varallisuus, koulutus, sukupuoli, etninen tai kieliryhmä) vaikuttaa käytännössä palvelujen saantiin.

Klassisen filosofian mukainen jako horisontaaliseen ja vertikaaliseen oikeudenmukaisuuteen on hyödyllinen myös palvelujärjestelmän toimintaa arvioitaessa. Horisontaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että samanlaisesta ongelmasta kärsivät saavat samanlaista apua: esimerkiksi pienituloisen, Pohjois-Suomessa asuva rintasyöpäpotilas saa yhtä hyvää hoitoa kuin samasta sairaudesta kärsivä hyvätuloisen ison kaupungin asukas. Vertikaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että erilainen saa erilaista: esimerkiksi vaikeasta toimintakykyä rajoittavasta pysyvästä vammasta kärsivälle uhrataan enemmän huomiota kuin ohimenevää pikkuvaivaa potevalle.

Tutkimuksen keinoin tehtävälle empiiriselle oikeudenmukaisuuden arvioinnille yksilöiden väliset oikeudenmukaisuuserot ja erityisesti vertikaalinen oikeudenmukaisuus ovat suuria haasteita: eriasteisten hyvinvointiongelmien aiheuttamien tarpeiden suhteuttamiselle toisiinsa ei ole yksiselitteisiä työkaluja. Toisaalta sekä tarpeen määrittäminen joko pelkästään aiheutuneen kärsimyksen määrän tai pelkän interventiosta hyötymisen näkökulmasta johtaisi kestävämmät johtopäätöksiin. Toisaalta erilaisten ongelmien painoarvo riippuu arvo-oletuksista sen suhteen, kuinka mer-

kitseväksi erilaiset aiheutuneet hyvinvointivajeet katsotaan. Väestötason horisontaalisesta oikeudenmukaisuudesta sen sijaan on olemassa suhteellisen paljon arvioinnin pohjaksi riittävää empiiristä tietoa, kuten myös tämän julkaisun luvuista käy ilmi.

Perustuslaissa veloitteeksi asetettua palvelujen riittävyttä määritetään käytännössä palveluja järjestettäessä ja tuotettaessa. Eräissä sosiaalipalveluissa lainsäätäjä on antanut riittävyden määrittämisen oikeuden palvelujen käyttäjille: esimerkiksi päivähoitoa on tarjottava kaikille sitä haluaville lapsiperheille. Valtaosa sosiaalipalveluista ei kuitenkaan ole tällaisen subjektiivisen oikeuden piirissä: määrärahasidon- naisissa palveluissa julkisella vallalla, käytännössä palvelut tarjoavalla kunnalla, on suuri valta päättää palvelujen kohdentamisesta ja siis tehdä tulkintaa palvelujen riittävydestä. Viranomaispäätökset tällaisten sosiaalipalvelujen kohdentamisesta ovat normaalien hallintomenettelyjen mukaisia. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kunnan tekemistä yksittäistä henkilöä koskevista päätöksistä voi valittaa. Viime kädessä oikeusistuimet ottavat kantaa siihen, onko kunta toteuttanut velvollisuutensa.

Terveydenhuollon erityispiirre on palvelun tarpeen määrittely laillistetun ammattilaisen tekemänä ja siis yksittäisen potilaan tasolla. Muista hyvinvointipalveluista poiketen missään terveydenhuollon palveluissa ei ole subjektiivisia oikeuksia (henkeä pelastavaa kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta), eikä (ammattilaisen tekemistä, yksilöä koskevista) hoidon tarvetulkinnoista ole valitusoikeutta (pakkohoito- päätöksiä lukuun ottamatta).

Palvelujen oikeudenmukaisuus ei riipu vain niistä päätöksistä, joita tehdään yksittäisen asiakkaan tai potilaan palveluista päätettäessä. Vaihtoehtoisilla tavoilla ohjata, rahoittaa ja tuottaa palveluja on kaikilla omat vaikutuksensa palvelujen kohdentumiseen. Viime vuosina käydyssä palvelujärjestelmän uudistustarpeita koskevassa keskustelussa on painottunut palvelujen tehokkuuden näkökulma: on arvioitu sitä, voitaisiinko palvelujen järjestämistä tai tuottamista uudelleen organisoida niin, että kansantalouden kantokyky kestäisi palvelutarpeen kokonaistaakaan myös tulevaisuudessa.

Tehokkuutta koskevan välttämättömän pohdinnan rinnalle tarvitaan yhtä perusteellista keskustelua oikeudenmukaisuudesta. Jo nykyisessä järjestelmässä on piirteitä, jotka

estävät tämän perustavoitteen toteutumista täysimääräisesti. Monilla niillä palvelujärjestelmän uudistusvaihtoehdoilla, joista on keskusteltu, on vähintään yhtä suuria vaikutuksia oikeudenmukaisuuteen kuin tehokkuuteen. Kunta- ja palvelurakenteen uudistamisen pohjaksi onkin välttämätöntä tehdä huolellista analyysiä eri mallien oletettavista vaikutuksista.

Tämä raportti alkaa taustoittavalla osalla, jossa sosiaali- ja terveystieteiden oikeudenmukaiseen jakaantumista pohditaan teoreettiselta kannalta. Sakari Hännisen kirjoittamassa luvussa pohditaan terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta poliittisena ja eettisenä kysymyksenä. Toisessa luvussa Marja Pajukoski tarkastelee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden oikeudenmukaisuutta lainsäädännön näkökulmasta. Osan viimeisessä luvussa Lauri Vuorenkoski ja Samuli Saarni tarkastelevat priorisointipäätösten tekemistä terveydenhuollossa ja sitä, kuinka oikeudenmukaisen palvelukokonaisuuden toteutumista voisi päätöksentekoa kehittämällä parantaa.

Kun arvioidaan oikeudenmukaisuuden toteutumista sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa, tarvitaan yksityiskohtaista tietoa siitä, kuinka tarpeenmukaisesti palvelut ovat empiirisen tiedon valossa kohdentuneet. Terveystieteiden ja sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuutta tarkastellaan erikseen, sillä teoriaperinteet, tutkimustraditiot ja tietopohja eroavat toisistaan. Kirjan toisessa osassa Kristiina Manderbacka ym. tarkastelevat terveystieteiden kohdentumista sosiaalisen aseman mukaan ja alueellisesti, kiinnittäen huomiota myös tietopohjan puutteisiin. Elina Hemminki ym. tarkastelevat uusimpiin tilastotietoihin perustuen palveluiden kohdentumisen sukupuolieroja. Tarkastelun kohteena on molemmissa artikkeleissa avo- ja sairaalapalveluiden käyttö sekä hammashoito. Sosiaaliryhmittäisiä ja alue-eroja tarkastellaan myös mielenterveystieteiden palveluiden jakautumisessa.

Kirjan kolmannessa osassa Anu Muuri ja Päivi Nurmi-Koikkalainen tarkastelevat sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuuden teoriapohjaa, arvoja ja empiiristä näyttöä sosiaalipalveluiden kohdentumisesta ikääntyneiden palveluissa, päihdepalveluissa, vammaispalveluissa, toimeentulotuen osalta ja lastensuojelussa. He käsittelevät myös asiakkaiden kokemuksia sosiaalipalveluista. Elli Aaltosen kirjoittamassa luvussa tarkastellaan lääninhallituksen näkökulmasta informaatio-ohjaukseen siirtymisen vaikutuksia sosiaalipalvelui-

den kohdentumiseen. Riitta Särkelä puolestaan tarkastelee sosiaalipalvelujen kilpailuttamista ja sen seurauksia palvelujen oikeudenmukaisuudelle. Osan viimeisessä luvussa Lasse Murto tarkastelee sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuutta palveluntuottajajärjestön näkökulmasta, käyttäen esimerkkinä päihteiden väärinkäytön ”ilkeää ongelmaa”.

Yksi raportin teemoista ovat ne erityiset oikeudenmukaisuusongelmat, joita kielellisillä ja kulttuurisilla vähemmistöillä on sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Niitä tarkastellaan kirjan osassa neljä. Anne Näkkäljärvi ja Ristenrauna Magga valottavat saamelaiden erityisongelmia ja pohtivat kuinka nämä ongelmat kietoutuvat yhteen saamelaisen alkuperäiskansan kielen ja kulttuurin säilymisen kanssa. Seuraavassa luvussa Sarita Friman-Korpela pohtii romanien näkökulmasta palvelujen oikeudenmukaisuutta sekä erityistoimenpiteiden ja normaalipalveluiden suhdetta, kun palvelujen oikeudenmukaisuus halutaan taata vähemmistöä negatiivisesti leimaamatta. Maili Malinin ja Mika Gisslerin tarkastelemat maahanmuuttajat on ryhmistä monimuotoisin. Niinpä heidän palvelutarpeitaan ja niihin vastaamista onkin tarpeen tarkastella lähtömaan ja maahanmuuttajastatuksen mukaan, mutta ottaen huomioon myös muut elämää määrittävät tekijät kuten ikä, sukupuoli, perheellistyminen, maassaoloaika ja sosioekonominen asema. Lopuksi Mirjam Kalland ja Sakari Suominen tarkastelevat, miten hyvin omankielisten palvelujen saaminen on toteutunut suomenruotsalaisilla verrattuna suomenkieliseen väestöön. Erityiskysymyksenä he tarkastelevat paikkakunnan koon ja kieliryhmien väestöosuusien vaikutusta omankielisten palvelujen saatavuuteen.

Kirjan viidennessä osassa tuodaan esille eräitä haasteita ja mahdollisuuksia oikeudenmukaisen palvelujärjestelmäpolitiikan kehittämiseksi. Juha Teperi hahmottelee luvussaan oikeudenmukaisuuden lisäämistä rakentamalla entistä peruspalvelujohtoisempaa palvelujärjestelmää. Riittävien tutkimus- ja tilastoresurssien merkitystä painotetaan Ilmo

Keskimäen kirjoittamassa luvussa. Kolmannessa luvussa Jan Klavus ja Raimo Jämsen pohtivat terveydenhuollon asiakasmaksujen vaikutusta oikeudenmukaisuuteen. Terveydenhuollon markkinaehtoistumista, sen vaikutuksia ja mahdollisia hallintatapoja käsitellään kahdessa seuraavassa Eeva Ollilan sekä Samuli Saarnen ja Lauri Vuorenkosken kirjoittamassa luvussa. Osan viimeisessä luvussa Päivi Nurmi-Koikkalainen tarkastelee pienten ja haavoittuvien ryhmien oikeuksien takaamista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Raportin lopuksi osa ”Saavatko kaikki riittävät palvelut?” kokoaa yhteen julkaisun keskeisimpiä teemoja.

Kokonaisuutena tämä raportti osoittaa, että suomalaisella sosiaali- ja terveydenhuollolla on runsaasti haasteita palvelujen oikeudenmukaisessa kohdentamisessa. Juhlavat julistukset ja pääosin verorahoitteinen, kattava palvelujärjestelmä eivät yksin riitä takaamaan palvelujen kohdentumista niiden tarpeen mukaan. Ongelmien taustalla on useita, luonteeltaan erilaisia tekijöitä. Siksi oikeudenmukaisuuden edistämiseksi ei ole yhtä riittävää reseptiä. Oikeudenmukaisuutta on jatkuvasti haettava erilaisin keinoin, ja erityisesti tulevaisuuden palvelujärjestelmän rakenteita luotaessa on kyettävä ennakoimaan niiden vaikutukset palvelujen kohdentumiseen.

Raportin laaja-alaisuus ja moniäänisyys on yksi ilmentymä haasteiden mittakaavasta. Niiden ratkaisemiseksi tarvitaan laajaa keskustelua. Materiaalia koottaessa toive on ollut, että kokonaisuus toimii käyttövoimana sekä asiantuntija- että kansalaiskeskustelulle. Poliitiikan linjaajat ja eri tasojen päättäjät ovat tietenkin avainasemassa, ja siksi julkaisun soisi löytävän tiensä mahdollisimman monelle sosiaali- ja terveysalan toimijalle. Pohjimmiltaan on kyse perusoikeuksien ja kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumisesta. Siksi julkaisun kokoamiseen osallistuneiden toive on, että myös laajempi julkinen keskustelu saisi esitetystä uusista aineksista.

Näkökulmia oikeudenmukaisuuteen

TERVEYDENHUOLLON OIKEUDENMUKAISUUS ETIIKAN JA POLITIIKAN VALOSSA

SAKARI HÄNNINEN

Huoli oikeudenmukaisuudesta

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on ollut edullinen ja toimiva, laadukas ja tuloksellinen. Viime aikoina siihen on kuitenkin liitetty monia huolia. Monet viralliset tahot ovat ilmaisseet huolensa siitä, että terveydenhuollon tuottavuus on liian matala, ja jopa laskenut. Toiset tahot ovat puolestaan huolestuneita siitä, että suomalaisen terveydenhuollon kasvava häpeäpilkku on eriarvoisuus. Sitten on niitä puheenvuoroja, joissa varoitetaan kasvavien lääkemenojen syövä kiihtyvällä tahdilla terveydenhuollon voimavaroja. On myös esitetty sellaisia näkemyksiä, jotka muistuttavat heikossa sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten, kuten vammaisten, mielenterveysongelmaisten, asunnottomien, päihderiippuvaisten moniongelmaisten, jäävän vaille asianmukaista terveydenhoitoa. Edellisten huolenilmausten lisäksi on väläytetty näitä kärjekkäämpi kannanotto. On esitetty näkemys, että kasvavien terveydenhuoltomenojen olosuhteissa olisi vakavasti harkittava mallia, jossa omasta terveydestään huolehtivia palkittaisiin ja terveyttään laiminlyövät ihmiset pantaisiin maksamaan ainakin osan sairastelustaan itse. Tällainen ehdotus myötäilee yksityistä vakuutusmallia.

Mainitut huolenaiheet, ja niiden taustalla olevat toiveet, eivät välttämättä sulje toisiaan pois. On aivan mahdollista kuvitella tilanne, jossa terveydenhuoltopalvelujen tuottavuus, kustannustehokkuus ja vaikuttavuus ovat korkeita, ne ovat tasa-arvoisesti saatavilla, niiden kuten myös lääkkeiden hinnat ovat kohtuullisia ja kaikkien kansalaisten terveyteen liittyvät tarpeet otetaan huomioon samalla kun ihmiset pitävät hyvää huolta omasta terveydestään. Mutta tämä on toki ihannekuva. Todellisuudessa mainitut huolenaiheet ja toiveet sijaitsevat eri tarkastelutasoilla, ja riippuu olennaisesti valitusta tarkastelutasosta, miten kysymys terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta asetetaan.

Tässä artikkelissa tulen käsittelemään terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden kysymystä monesta näkökulmasta. Ensinnäkin pohdin sellaisia mahdollisia oikeudenmukaisuuden kriteereitä, joiden voidaan ajatella olevan tosiasiallisesti, siis tosiasioihin vedoten, perusteltavissa. Koska kriteerit voidaan asettaa järjestykseen priorisoinnin näkökulmasta, niin niiden voidaan sanoa noudattavan eri kertaluokkia. Tällaisia kriteerejä on neljä: tuottavuus, tasa-arvo, kohtuus ja tarve. Pysin perustelemaan omaa näkemystäni, jonka mukaan tarveperiaate on ensimmäisen kertaluokan kysymys. Tämä valinta tekee samalla selväksi, ettei terveydenhuollon oikeudenmukaisuudessa ole kysymys vain tosiasioista vaan myös arvoista. Samalla pyrin perustelemaan sitä, miksi ja miten tosiasioiden ja arvojen välisen eron tekeminen on aina poliittinen teko. Sen tulisi noudattaa demokraattista proseduuria.

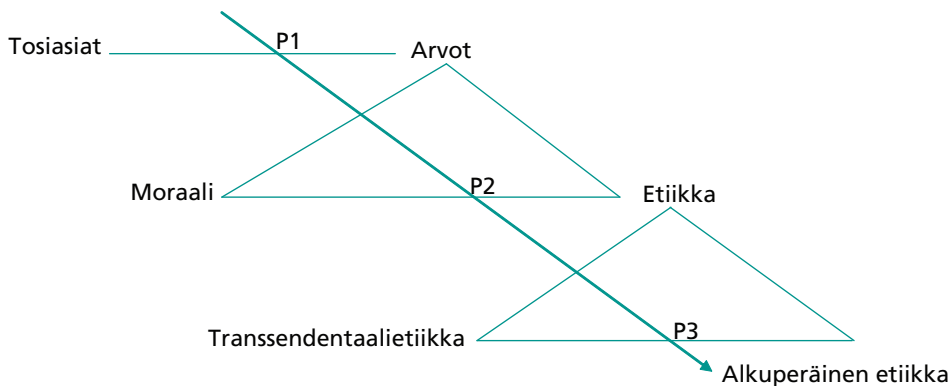
Kun terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta tarkastellaan arvojen näkökulmasta, niin on mahdollista tehdä ero moraalien ja etiikan välillä. Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus moraaliperiaatteena viittaa yhteisön vakiintuneisiin tapoihin ja sopimuksiin, joilla yksilöiden käyttäytymistä ohjataan. Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus eettisenä periaatteena puolestaan viittaa yksilöiden omaksumiin ja erittelemiin arvoihin, vakaumuksiin ja oppeihin, joilla henkilökohtaista käyttäytymistään ohjaavat. Tämä jako ei ole koskaan selväpiirteinen. Pidän sen vetämistä tiedonpoliittisena tekona. Tiedonpolitiikan näkökulmasta pyrin artikkelissani osoittamaan, miksi proseduraalinen moraaliseen järjestyksen vetoaminen ei riitä terveydenhuollon oikeudenmukaisuusarvostelmaan muotoilussa. Siinä ei viime kädessä voida välttää kysymystä hyvästä ja pahasta, jonka vakava pohdinta on eettinen kysymys. Tämä tulee erityisen hyvin ilmi, jos tarveperiaatetta pidetään terveydenhuollon ensisijaisena oikeudenmukaisuusperiaatteena.

Pyrin seuraavaksi erittelemään terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta eettisenä kysymyksenä. Etiikka on myös jaettavissa eri lajeihin, joissa ajatellaan oikeudenmukaisuudesta eri tavoin. Tässä artikkelissa teen jaon transsendentaaliseen etiikkaan ja ”alkuperäiseen etiikkaan”. Hyvä esimerkki transsendentaalisesta etiikasta voisi olla oppi luonnonoikeuksista tai oppi perusoikeuksista, joiden mukaisesti terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden voisi perustaa vastavuoroisten, luovuttamattomien yleisinhimillisesti pätevien periaatteiden ja oikeuksien varaan, joita ei välttämättä tarvitse kirjoittaa muotoon ”oikeus terveyteen”. Kantin proseduraalista arvo-oppia ei voida yhtä selvästi pitää transsendentaalietiikkana, sillä se on perusluonteeltaan moraalioppi. ”Alkuperäinen etiikka” viittaa Heideggerin fundamentaaliontologiaan, jossa kysymys arvokkuudesta ja henkilökohtaisesta esimerkistä on tärkeämpi kuin kysymys arvoista käyttäytymisen ohjenuorana. Artikkelin jälkimmäisessä osassa pohdin varsin laajasti sitä, mitä ja miten alkuperäinen etiikka pakottaa tai vapauttaa ajattelemaan terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta. Tässä minua auttaa suuresti vakavasti sairastuneen antropologi Robert. F. Murphyn omakohtainen analyysi maailmassa-olemisestaan. Samalla se on henkilökohtainen esimerkki arvokkuudesta.

Vaikka terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden perinpohjainen pohdinta johtaa fundamentaaliontologiaan, joka paljastaa lyhytnäköisten moralisointien vaarallisuuden, niin en pidä sitä riittävänä vastauksena kysymykseen. Terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta koskeva kysymys ei ole vain henkilökohtainen vaan yhteinen asia. Tämän yhteisen asian pohdinnan alkuperäinen etiikka jättää silleen. Transsenden-

taalietiikan (ja lääkärietiikan) mukainen vaatimus elämän kunnioittamisesta tarjoaakin paljon paremman lähtökohdan terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden takeeksi, vaikka se alkuperäisen etiikan näkökulmasta jää epämääräiseksi. Tarveperiaatteeseen liittyvän ”ensimmäisen perusteen” monimielisyyttä, tulkinnanvaraisuutta ja kiistanalaisuutta ei voida kuitenkaan välttää. Kysymyksen poliittisuutta ei voida välttää. Pohdin tämän havainnon merkitystä artikkelin lopuksi. Puhun siinä ”alkuperäisestä politiikasta”, joka sijoittuu transsendentaalietiikan ja alkuperäisen etiikan tarkastelujen väliin, niitä välittävästi. Alkuperäinen politiikka käsittelee viime kädessä kysymyksiä elämästä ja kuolemasta, väkivallasta ja pyhästä, pelastuksesta ja uhraamisesta, järjestyksestä ja kaaoksesta, hyvästä ja pahasta. Silloin kun terveydenhuollossa vaaditaan sakottamaan ja rankaisemaan terveyttään laiminlyöviä tai sellaisiksi tulkittuja ihmisiä, niin kyseessä on uhraaminen alkuperäisen politiikan näkökulmasta katsottuna. Toisaalta, jos vakiintunut politiikka ei pysty vastaamaan terveydenhuollon teknologian suurten lupauksen haasteeseen, niin kysymys on käännettävä alkuperäisen politiikan kielelle, joka on ontologista.

Edellä luonnostamaani reittiä voidaan havainnollistaa kuviolla 1. Se jäsenyytöksiä tosiasioiden ja arvojen, moraalien ja etiikan, transsendentaalietiikan ja alkuperäisen etiikan vastinparien mukaisten tasojen avulla. Demokraattisen politiikan (P1), tiedonpolitiikan (P2) ja alkuperäisen politiikan (P3) voidaan katsoa leikkaavan tai välittävän nämä tasot. Näin saadaan kaavakuva, jossa tämän artikkelin eri luvut voidaan nähdä toisiaan seuraavina askelina:



KUVIO 1.

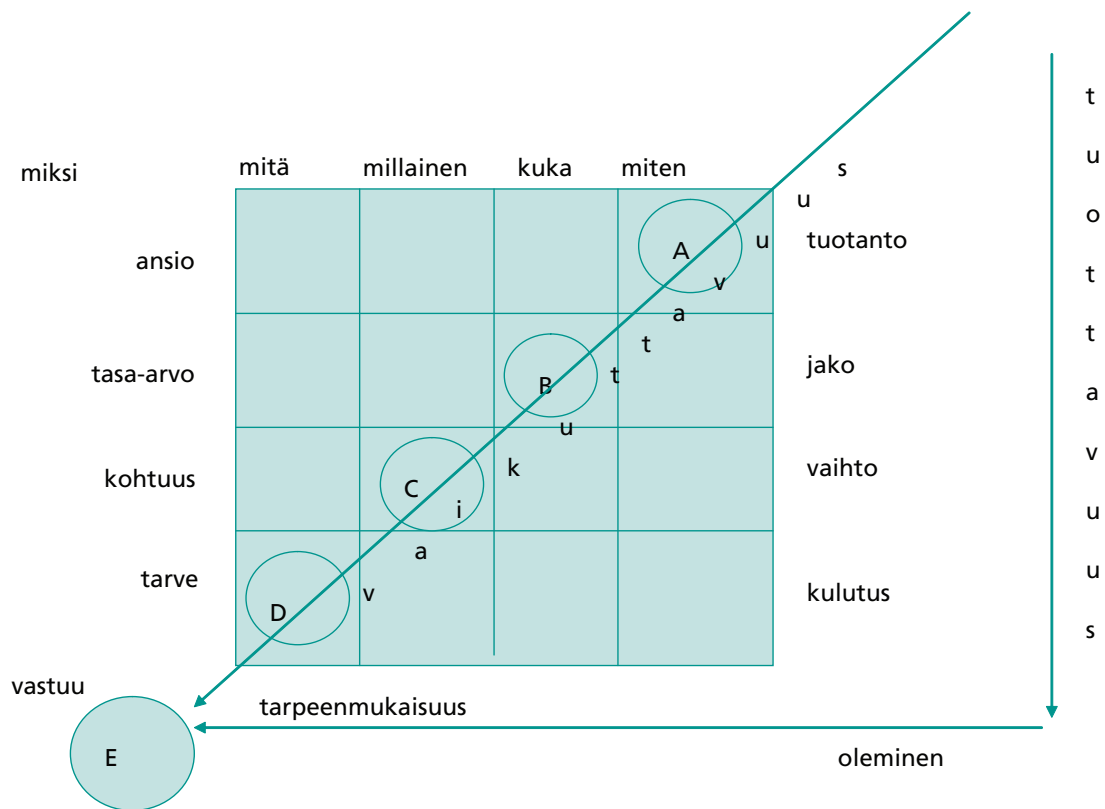
Kuvion 1 lähtökohdan (Tosiasiat) mukaisesti käsittelen artikkelissani johdannon (”Huoli oikeudenmukaisuudesta”) jälkeisessä luvussa ”Oikeudenmukaisuuden kertaluvut” terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden tosiasiallisuutta. Seuraavassa luvussa ”Oikeudenmukaisuus poliittisena kysymyksenä” tarkastelen sitä, kuinka demokratia proseduurina (P1) on arvojen ja tosiasioiden eron tekijä, jota on pyritty nujauttamaan sijoiltaan niin tieteen kuin markkinoiden tosiasia-auktoriteettiin vetoamalla. Seuraavassa luvussa ”Moraalista etiikkaan” tarkastelen tiedonpolitiikan (P2) näkökulmasta sitä, miten moraalisen järkevyyden varaan rakentuva päättely kiertää helposti kehässä, eikä loppujen lopuksi pysty välttämään eettistä kysymystä hyvästä ja pahasta. Seuraava luku ”Terveys ja sairaus alkuperäisen etiikan valossa” nojaa erotteluun transsendentaalietiikan ja alkuperäisen etiikan välillä. Yritän pohtia siinä sitä, mitä voidaan sanoa terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta mielekkyydavastuuna, siis arvokkaan maailmassa-olemisen mielessä, pikemmin kuin pelkästään arvojen noudattamisen mielessä. Panen samalla merkille tällaisen mielekkyydavastuun henkilökohtaisuuden. Se ei kylläkään riitä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden perusteeksi. Artikkelini viimeisessä luvussa ”Terveydenhuollon alkuperäinen politiikka” päädynkin johtopäätökseen, että terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta koskeva kysymys on viime kädessä poliittinen hyvin alkuperäisellä tavalla. Se koskee kysymystä elämästä ja kuolemasta. Tämän kysymyksen pohdintaan tarvitaan sitä, mitä kutsun alkuperäiseksi politiikaksi (P3).

Oikeudenmukaisuuden kertaluvut

Terveydenhuollon palvelujärjestelmää voidaan jäsentää tuotannon, jaon, vaihdon ja kulutuksen avulla. Jaottelu helpottaa kohdentamaan terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta kos-

kevaa kysymyksenasettelua. Tällä tavoin terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta koskevat kysymykset voidaan sijoittaa neljään ryhmään. Ensinnäkin voidaan kysyä, miten tapa, jolla terveydenhuollon palveluja tuotetaan, edistää oikeudenmukaisuutta. Voitaisiin ajatella, että oikeudenmukaisuuden kannalta on ansiokasta tai hyödyllistä mitä tuottavammin ja kustannustehokkaammin palvelut tuotetaan. Toiseksi voidaan kysyä, miten se, kuka terveydenhuollon palvelut jakaa, vaikuttaa oikeudenmukaisuuteen. Voitaisiin ajatella, että tasa-arvoon pyrkivä (julkisen vallan kautta tapahtuva) terveyspalvelujen jako edistää oikeudenmukaisuutta. Kolmanneksi voidaan kysyä, miten se, mitä ja mihin hintaan terveyden ylläpitämisen palveluja ja välineitä vaihdetaan vastikkeita vastaan, edistää oikeudenmukaisuutta. Voitaisiin ajatella, että kohtuutta kunnioittavat vastikkeellistamisen käytännöt edistävät oikeudenmukaisuutta. Neljänneksi voidaan kysyä, miten se, millaisia terveyteen liittyviä tarpeita tyydytetään, edistää oikeudenmukaisuutta. Voitaisiin ajatella, että ihmisten perustarpeita tyydyttävä laadukas ja vaikuttava terveydenhuolto, joka ottaa huomioon myös kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien terveyteen liittyvät tarpeet, edistää oikeudenmukaisuutta. Lisäksi tuntuisi erityisen epäoikeudenmukaiselta, mikäli kolarivammoja ja kauneusleikkauksia hoidettaisiin yhtäläisin perustein. Näitä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden neljää kriteeriä – tuottavuutta, tasa-arvoa, kohtuutta, tarvetta – voidaan pitää tosiasiallisina sillä perusteella, että niiden toteutumista voidaan arvioida tosiasioihin vedoten.

Nämä neljä kysymysryhmää on sijoitettu aikaisemman päättelyn mukaisesti eri tarkastelutasoille kuviossa 2. Näille tarkastelutasoille sijoitettavia problematiikkoja voidaan priorisoinnin näkökulmasta pitää eri kertaluokkien kysymyksinä.



KUVIO 2.

Kysymys oikeudenmukaisuudesta koskee priorisointia, asioiden, tavoitteiden, valintojen asettamista tärkeysjärjestykseen. Kysymysten kertaluokat viittaavat siihen, missä järjestyksessä kysymykset on asetettava. Ensimmäisen kertaluokan kysymyksiä voidaan ajatella sellaisia, joita pidetään tärkeimpinä ja siitä syystä kysytään ensimmäiseksi. Toisen kertaluokan kysymykset kysytään seuraavaksi, ja niin edespäin. Terveystaloustieteen tukemassa viranomaispäätelyssä lähdetään usein siitä, että kysymys terveydenhuollon tuottavuudesta ja tehokkuudesta on ensimmäisen kertaluokan kysymys. Sitä seuraavat jakoa, vaihtoa ja kulutusta koskevat kysymykset (A–D). Tällaista tarjontapuolen talouden mukaista päättelyreittiä edettäessä kulutuksen kohdalla ratkaisevaksi kysymykseksi asettuu se, mihin meillä on terveydenhuollossa varaa ja millä keinoin tätä liikkumavaraa voidaan lisätä. Tätä reittiä etenemällä Hollannin kansanterveysneuvosto

on nähdäkseen päätenyt johtopäätökseen, ettei sairausvakuutuksen tulisi enää korvata hoitoja, joiden kustannukset ylittävät 80 000 euroa laatupainotteista elinvuotta kohti. Tätä kautta päädytään siihen problematiikkaan, joka otetaan lähtökohdaksi pidettäessä terveyteen liittyvää tarpeentyydytystä ensimmäisen kertaluokan kysymyksenä. Silloin edetään vastakkaiseen suuntaan, jolloin toisen, kolmannen ja neljännen kertaluokan kysymyksiä voidaan pitää terveyspalvelujen ja terveydenhoidon välineiden vaihdon vastikkeellisuuden kohtuullisuutta koskevaa kysymystä, terveyspalvelujen jakamisen tasa-arvoa koskevaa kysymystä ja terveyspalvelujen tuottavuuden ja tehokkuuden aikaansaamaa hyötyä tai ansiota koskevaa kysymystä (D A). Näin ollen mainittu problematiikka muotoillaan toisin. Nyt ei ensimmäiseksi kysytä, mihin meillä on terveydenhuollossa varaa ja keiden tarpeista on tingittävä. Sen sijaan ensimmäi-

seksi on päätettävä, mitkä ovat terveydenhuollon ja yleensä yhteiskuntapolitiikan kannalta tärkeimmät tarpeet ja kiireellisimmät ongelmat. Vasta tämän jälkeen on ratkaistava, miten käytettävissä olevat voimavarat kohdennetaan siten, että nämä tarpeet voidaan tyydyttää.

Lukija saattaa tässä kohdassa kysyä, onko sillä suurta väliä, kumpaan suuntaan päättelyssä edetään, mihin järjestykseen kertaluvut asetetaan. Käytännössähän joudutaan etenemään samanaikaisesti molempiin suuntiin. Parhaan mahdollisen tuloksen saavuttamiseksi terveydenhuollossa on yhtä lailla kiinnitettävä huomiota tuottavuuden parantamiseen sekä tarpeiden priorisointiin, siis vaikuttavuuteen. Vaikka vaikuttavuutta voidaan pitää tärkeimpänä terveydenhuollon kelpoisuuden mittarina, niin siitä huolimatta kertalukujen järjestyksellä on olennainen merkitys. Jos ensimmäisen kertaluvun kysymykseksi asetetaan se, millaisia terveyteen ja sairauteen liittyviä tarpeita tyydytetään, kysymys priorisoinnista, niin silloin ajatellaan ja toimitaan tietoisesti poliittisesti. Tällöin terveydenhuollon päätöksenteon poliittisuus on avointa ja läpinäkyvää. Tämä on demokratialle luonteenomaista. Jos taasen tarpeita koskeva priorisointi asetuu vasta neljännen kertaluokan kysymyksenä, eräänlaisena järjestelmän ulkoisvaikutuksena, leikkauksena valinnan pakosta, niin kyse on lähinnä reaktiivisesta politiikasta, tai oikeastaan kontrollista. Priorisoinnin näkökulmasta kysymys on siitä, että diskursiivisesti tuotettu pätevyysvaatimus on monin verroin demokraattisempi vaihtoehto kuin instrumentaalisesti perusteltu sitovuusvaatimus. (Hänninen 1993, 31–33.)

Oikeudenmukaisuus poliittisena kysymyksenä

Kysymys oikeudenmukaisuuden kertaluokkien järjestyksestä ja tarkastelutasojen välisistä suhteista ei ole kiistaton. Oikeudenmukaisuus on vahvassa mielessä kiistanalainen käsite, jota voidaan lähestyä monesta näkökulmasta. Demokratian näkökulmasta on luonnollista, että eri ihmisillä voi olla hyvinkin erilainen näkemys siitä, mikä on ensisijainen oikeudenmukaisuusperiaate ja terveydenhuollon osalta ensimmäisen kertaluokan kysymys. Tarveperiaatteen

sijasta ansio- tai hyötyperiaatetta suosivat voivat pitää terveydenhuollon tuottavuutta ja tehokkuutta ensimmäisen kertaluokan kysymyksenä. Tasa-arvo- tai kohtuusperiaatteen merkitystä painottavat voivat asettaa kertaluokat toiseen järjestykseen. Lisäksi mikään ei estä vaihtelemasta ensimmäisen kertaluokan valinnan jälkeisten keskinäistä järjestystä. Johtopäätökseni on se, että kysymys terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta on perimmältään poliittinen kysymys. Valinnan kannalta on tärkeää, että sitä koskeva menettelytapa on argumentatiivisesti ja deliberatiivisesti mahdollisimman demokraattinen. Tällöin diskursiivinen pätevyys on tärkeämpää kuin strateginen hyväksyttävyyys tai instrumentaalinen sitovuus.

Poliittinen ajattelu ei voi kiertää kysymystä oikeudenmukaisuudesta, eikä oikeudenmukaisuuden ajattelu voi kiertää kysymystä politiikasta. Poliittisen ajattelun klassikkoja lukemalla tämä on aivan ilmeistä. Nykyisessä tosiasioihin vetoavassa yhteiskunnallisessa keskustelussa ja tutkimuksessa tämä tuntuu usein unohtuvan. Humeen giljoitiinista välittämättä yhä useammin jopa arvojen katsotaan olevan johdettavissa tosiasioista. Toki arvojen ja tosiasioiden välinen jakoviiva vaikuttaa monissa asiayhteyksissä veteen piirretyltä. Tämä jakoviiva on silti välttämätöntä vetää. Ja sen vetäminen on poliittinen teko. Niinpä on ensiarvoisen tärkeitä, millainen poliittinen teko on kyseessä. Tämä koskee proseduuria, menettelytapaa. Demokratiassa onkin kyse määrätystä proseduurista. Voitaisiinko siis todeta, että arvojen ja tosiasioiden jakoviiva olisi vedettävä demokraattisen proseduurin mukaisesti? Ilman muuta! Tästä kannanotosta lisäksi seuraa, että poliittista demokratiaa pidetään sinä mekanismina, jonka avulla ihmisten välisiä arvostirioita tulisi ratkaista ja tehdä priorisointia koskevia valintoja. Tämä koskee nimenomaan linjavalintoja. Toki linjavalinnatkin voidaan perustuslain kautta suojata päivänpoliittisilta suhdanteilta.

Demokraattisen politiikan roolia tosiasioiden ja arvojen välisen rajaviivan vetäjänä sekä ihmisten välisten arvostiriojen ratkaisijana on pyritty kyseenalaistamaan nimenomaan kahdesta suunnasta käsin. Näin on menetelty toisaalta ”tieteen nimissä” ja toisaalta ”markkinoiden nimissä”. Kun ihmisten välisten arvostiriojen ratkaisuun pyritään tieteseen tai totuuteen vetoamalla, kyseessä on historiasta tuttu ja sen varoittama ”politiikan tieteellistämisen” pyrkimys.

Moniin julmuuksiin on sorruttu silloin, kun poliittinen demokratia on haluttu korvata ”tieteellisellä politiikalla”. Jos politiikkaa on pyritty ”tieteellistämään” poliittisen demokratian oloissa, vaikutukset ovat lähinnä heikentäneet demokratian toimivuutta kansanvaltana. Tämä ei suinkaan tarkoita sitä, että esimerkiksi terveydenhuollossa tapahtuvaa ”toimintapoliittista kehittämistyötä” tulisi tai voitaisiin tehdä ilman tutkimuksen taustatukea. On päinvastoin helppo yhtyä Kimmo Lepon näkemykseen: ”Jotta voi jotain kehittää, tarvitaan rautaista tutkimuksellista pohjaa.” (Leppo 2003, 1.) Mutta yhtä tärkeä on Lepon tarkennus: ”Toimintapolitiikka ei ole koskaan pelkästään tietoon perustuvaa, vaan arvot ovat aina mukana joko eksplisiittisinä tai implisiittisinä.” (Leppo 2003, 3.)

Toimintapolitiikka-sanaa on tässä käytetty synonyymina englanninkieliselle termille *policy*. Sitä ei ole helppo kääntää suomeksi. Käännöksessä olisi saatava esiin sen ero termin *politics* kanssa, politiikkaan poliittisena toimintana. Tämä ero on ensiarvoisen tärkeä poliittisen demokratian toiminnan ymmärtämiseksi. Demokratiassa kansalaiset toimivat poliittisesti, he saavat äänensä kuuluviin ja heidän mielipiteensä näkyvät päätöksenteossa, joka olisi tällöin responsiivista ja legitiimiä. ”Politiikan tieteellistäminen” taasen tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että rationaaliseksi tulkitut toimintapolitiikat (*policies*) korvaavat poliittista toimintaa (*politics*). Poliitiikan järkiperaistamista tavoittelevaan toimintapolitiikan analyysiin, nk. *policy*-analyysiin, on alusta (Harold Lasswellista) alkaen sisällynyt kansalaisten poliittiseen osallistumiseen kohdistuvaa välinpitämättömyyttä ja ylenkatsetta. Demokratian vahvistamisen sijasta näiden analyysien ja mallien tavoitteena on ollut ”yhteiskunnan tieteellinen johtaminen”. Toki eräät viimeaikaiset *policy*-analyysin versiot (the *Advocacy Coalition Framework*, the *Institutional Analysis and Design Framework*) ovat pyrkineet ottamaan demokratian vaatimukset aikaisempaa paremmin huomioon.

Terveydenhuoltoa toimintapolitiikan analyysikehikossa tarkasteltaessa on tyypillistä lähteä siitä, että tietyt järjestelmän toiminnalle asetetut tavoitteet ovat annettuja. Tehtäväksi asetetaan sen selvittäminen, kuinka hyvin järjestelmän tai sen alajärjestelmien toiminnan tulokset toteuttavat näitä tavoitteita. Lopuksi päätöksentekijöille ja toimeenpanijoille tarjotaan keinoja, joiden katsotaan parantavan järjestelmän

tai sen alajärjestelmien kykyä vastata paremmin tavoitteisiin. Tässä kehikossa on houkuttelevaa sulkea silmät joka askeleella. Ensinnäkin sitä, kuinka kiistanalaisia tavoitteet ovat tai kuinka niihin on päädytty, ei tarkemmin pohdita. Toiseksi sitä, mitä järjestelmäksi kutsutaan, ei täsmennetä. Kolmanneksi sitä, kenelle toimenpide-ehdotukset osoitetaan, ei perustella. Tällä tavoin sitoudutaan toimeksi-anto- ja toimeenpanopolitiikkaan, joka voi liian helposti kääntää selkensä päätöksentekoon vaikuttamaan pyrkivälle kansalaisten poliittiselle toiminnalle ja demokraattiselle osallistumiselle.

Toimintapolitiikan analyysissa on tapana luottaa voimakkaasti tekniikkaan ja teknologiseen kehitykseen. Näin tuottavuutta ja tehokkuutta on houkuttelevaa pitää paljon tärkeämpänä kysymyksenä kuin tasa-arvon ja tarpeiden mukaista oikeudenmukaisuutta. Toimintapolitiikan tavoitteeksi voidaan kyllä asettaa ihmisten välinen tasa-arvo ja tarpeet, mutta tällöin on pakko kohdistaa huomiota kansalaisten poliittiseen toimintaan ja sen vaikutuksiin. Tämä ei ole yhtä lailla välttämätöntä, jos tavoitteena on järjestelmän tuottavuuden ja tehokkuuden parantaminen, vaikka sitten ihmisiä aktivoimalla.

Demokraattisen politiikan roolia ihmisten välisten arvostirriöiden käsittelyn ja sovittelun tärkeimpänä mekanismina on kyseenalaistettu myös ”markkinoiden nimissä”. Erityisen vaikutusvaltainen tulkinta löytyy nk. Chicagon koulukunnan piiristä. Jo koulukunnan perustanlaskija Frank H. Knight esitti markkinoiden toiminnasta näkemyksen, joka ratkaisevassa kohdassa poikkesi jopa uusklassisen taloustieteen ortodoksiasta. Knightin näkemyksen mukaan markkinoiden erityinen ansio järjestelmänä ei rajoitu kilpailuun, jonka kustannuksia ja hintoja alentamalla katsotaan tuottavan tasapainotilanteen. Knightin mukaan markkinoilla on kyky ratkaista, kaikkein tyydyttävimmällä ajateltavissa olevalla tavalla, monimutkaisissa yhteiskunnissa elävien ihmisten välisiä arvostirriöitä kaikkien osapuolten eduksi. Toisin sanoen Knight katsoi, että markkinamekanismi edistää ihmisten välistä yhteistyötä eikä vain kilpailua.

Knightin merkitystä ei pidä liioitella, joskaan Chicagon taloustieteellisen koulukunnan vaikutusvaltaa on vaikea yliarvioida. Tämä koskee nimenomaan 1970-luvulla alkunutta ”monetaarista käännettä”, jota on hyvä kutsua markkinafundamentalismiksi. Tämän käänteeseen keskeinen piirre

on ”hallintamielen” muutos, joka kyseenalaistaa politiikan mahdollisuuksia arvostiritojen sovittelussa. Markkinafundamentalistinen hallintamieli ilmentyy esimerkiksi uuden julkisjohtamisen paradigmassa (new public management paradigm), jonka sovellukset ovat edesauttaneet demokraattisen politiikan ohentumista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että markkinafundamentalismi ei sekin olisi poliittinen oppi. Demokraattisen politiikan ohentuminen näkyy myös terveydenhuollossa, jossa oikeudenmukaisuuden kannalta tärkeitä valintoja jätetään entistä useammin markkinoiden ratkaistavaksi. Silloin kun terveydenhuollon järjestelmän ja palvelujen tuottavuus ja kustannustehokkuus nostetaan oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ensimmäisen kertaluokan kysymykseksi, jonka ratkaisun avaimena pidetään markkinoiden avaamista ja kilpailun tehostamista, tosiasiallisena vaarana on demokraattisen politiikan kaventuminen.

Terveydenhuollon järjestelmän ja palvelujen tuottavuus ja kustannustehokkuus ovat toki tärkeitä kysymyksiä ja tutkimuksen kohteita, myös oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Onhan selvää, että mitä enemmän ja parempia palveluja saadaan samalla panoksella, sitä useampien henkilöiden tarpeita voidaan periaatteessa tyydyttää. Se, tapahtuuko näin myös käytännössä, riippuu siitä, kenen ja millaiset tarpeet asetetaan etusijalle, kenen kukkarolle sopiviksi palvelut (ja lääkkeet) hinnoitellaan ja kuka palvelut jakaa ja millä perusteella kenellekin. Tuotannosta kulutukseen kulkeva reitti on kahdensuuntainen ja pitkä. Poliitikko voi vaikuttaa siinä välissä, kuten myös reitin molemmissa päissä. Oikeudenmukaisuus valintojen normatiivisena mittapuuna jäsentyy poliittisessa prosessissa. Tätä voidaan pitää politiikan sisäisenä asiana. Vaikka oikeudenmukaisuuden lähteenä pidettäisiin politiikalle tuonpuoleista tahoja, kuten Jumalaa, luontoa, tiedettä tai markkinoita, niin siinäkin tapauksessa toimitaan poliittisesti, vaikkei välttämättä demokraattisesti.

Moraalista etiikkaan

Mikäli tehdään jyrkkä ero tosiasioiden ja arvojen välillä ja oikeudenmukaisuutta koskevia väittämiä pidetään puhtaasti arvoarvostelmina, niin silloin saattaisi olla houkuttelevaa omaksua emotiivinen versio oikeudenmukaisuudesta. Kun jonkin sanotaan olevan oikeudenmukaista, niin tämän näke-

myksen mukaisesti se olisi suunnilleen sama kuin lyötäisiin nyrkki pöytään hyväksymisen merkiksi, sillä moraalisten kannanottojen katsotaan palautuvan joko hyväksymiseksi tai hylkäykseksi. Näiden näkemysten esittäjät väittävät tulkintansa puolustavan tosiasioihin nojaavan positiivisen tieteen autonomiaa. Tosiasiassa he esittävät näkemyksensä tavalla, joka on vain hyväksyttävissä tai hylättävissä. Parempi vaihtoehto olisi, jos näkemys esitettäisiin keskusteltavaksi, väiteltäväksi, harkittavaksi ja kiistettäväksi. Tämä koskee yhtä hyvin arvojen ja tosiasioiden erottelua kuin oikeudenmukaisuusarvostelmaa tekona. Tästä näkökulmasta katsottuna nk. velvoittavuuden tai vastavuoroisuuden ”kultaista sääntöä” voisi pitää oikeudenmukaisen proseduurin prototyyppinä. Sen mukaanhan meidän tulisi kohdella toisia ihmisiä kuten haluaisimme heidän kohtelevan itseämme heidän tilanteessaan.

Velvoittavuuden tai symmetrian periaatteen soveltaminen oikeudenmukaisuusarvostelman muotoilussa muistuttaa siitä, että keskeistä siinä on proseduurin. Kantilainen käytännölliseen järkeen vetoava oikeudenmukaisuuskäsitys onkin proseduraalinen. Toki voidaan epäillä, onko puhtaasti proseduraalinen oikeudenmukaisuusteoria mahdollinen, kuten esimerkiksi Paul Ricoeur on aiheesta epäillyt (Ricoeur 2003, 36–57). Joka tapauksessa kysymys oikeudenmukaisuudesta koskee myös sitä, millaisiin keinoihin, millaiseen proseduriin tulee turvautua tavoiteltaessa oikeudenmukaisuutta. On mahdollista vaatia, että tämä proseduurin on demokraattinen, mistä velvoittavuuden periaate tavallaan muistuttaa. Ei ole sattuma, että monet proseduurin merkitystä korostavat oikeudenmukaisuusteoreetikot ovat samalla demokratian teoreetikkoja. Tämä pätee esimerkiksi Kantin proseduraaliseen moraalioppiin nojaavaan John Rawlsiin, jonka teosta *A Theory of Justice* täydentää teos *Political Liberalism*. Proseduraalisten oikeudenmukaisuusteorioiden pulmat seuraavatkin monasti niiden demokratian teoriaa koskevista pulmista.

Rawlsin tulkinnan lähempi tarkastelu antaa viitteitä siitä, että tässä proseduraalinen päättely oikeudenmukaisuudesta päätyy lähtökohtansa tuolle puolen. Seuraan tässä Ernesto Garzon Valdesin pohdintaa asiasta (Valdes 1998). Kirjassaan *Political Liberalism* Rawls esitti, että poliittisen oikeudenmukaisuuden käsitteen on nojattava ajatukseen moraalista järkevyydestä, joka samalla perustelee perus-

tuslaillisen hallinnon, ja demokraattisen järjestelmän, oikeutusta. Hänen mukaansa oikeudenmukaisuuden teoria on oikeutettu, mikäli kuka tahansa moraalisesti järkevä henkilö voi sen hyväksyä. Moraalinen järkevyyden ei edellyttä vetoamista moraalisuuteen, eikä moraalinen järkevyyden ylipäänsä ole rationaalisuuden johdannainen sen paremmin kuin sen vastakohta. Rawlsin näkemyksen mukaisesti moraalinen järkevyyden on kylläkin yhdenmukainen tasapuolisuuden, siis vastavuoroisuuden periaatteen kanssa. Tämä taas edellyttää, että kyseessä ovat vapaat ja tasa-arvoiset kansalaiset. Valdes toteaaakin syystä, että tästä päättelystä syntyy epämiellyttävä vaikutelma kehässä pyörimisestä (Valdes 1998, 9). Tarkastelunsa perusteella hän muotoilee seuraavien väittämien ketjun:

- i) Moraalisesti järkeviä sopimuksia ovat ne, joiden solmijat ovat järkeviä ihmisiä.
- ii) Moraalisesti järkeviä ihmisiä ovat ne, jotka vapaina ja tasa-arvoisina suostuvat pidättymään pakottamasta muita hyväksymään käsitystään hyvästä.
- iii) Jotta henkilöt voisivat olla vapaita ja tasa-arvoisia, täytyy löytyä sellainen yhteinen käsitys hyvästä, joka vaatii, että oikeutta vapauteen ja tasa-arvoisuuteen kunnioitetaan ja joka sulkee moraalisesti järkevien sopimusten piiristä ne, jotka eivät hyväksy tätä käsitystä.
- iv) Siksi ei pidä paikkansa, että moraalinen järkevyyden ei edellyttä tiettyä käsitystä hyvästä.” (Valdes 1998, 9.)

Valdesin esittämä väittämien ketju pyrkii paljastamaan proseduraalisen oikeudenmukaisuusteorian rajoja. Hänen mukaansa moraalinen järkevyyden loppujen lopuksi edellyttää käsitystä hyvästä (Valdes 1998, 9). Rawls näyttää uskovan, että puolueettomuus, siis vapaus ja vastavuoroisuus, johtaa sosiaaliseen suvaitsevaisuuteen, jonka avulla on mahdollista ylittää erilaisten hyvä-käsitysten välisten ristiriitojen umpikuja. Tämä on moraalinen pikemmin kuin eettinen kannanotto, jonka pätevyyttä on syytä epäillä, kuten Valdes tekee. Erityisen selvästi pulma ilmenee siinä, ettei Rawls ole kyennyt yhdistämään tarveperiaatetta, tai ylipäänsä tarpeiden pätevää pohdintaa oikeudenmukaisuusteoriaansa – kuten Amartya Sen on tarkkanäköisesti pannut merkille (Sen 1979). Jotta tämä olisi mahdollista, moraalin kentältä olisi siirryttävä varsinaisen etiikan piiriin. Valdes toisaalta korostaa, että ”as-

tuessamme hyvää koskevien käsitysten maailmaan liikumme petteävällä pohjalla, koska emme pysty sanomaan tarkasti mitä ’hyvä’ kunkin henkilön tapauksessa tarkoittaa.” (Valdes 1998, 10.) Tästä syystä Valdes myöntää, ettei löydy sellaista käsitystä hyvästä, jota ei pystyittäisi haastamaan vetoamalla moraalisuuteen järkevyyteen. Olemmeko jälleen kuolemansilmukassa? Miten tästä kehästä päästään ulos? Valdesilla on tarjolla ehdotus eettisen harkinnan lähtökohdaksi: ehdotan ettemme pohdi sitä, mikä on hyvää, vaan mikä on pahaa. (Valdes 1998, 10.) Tätä ehdotusta voitaisiin pitää alkuperäisen politiikan mukaisena kysymyksenä – ystävän ja vihollisen suhteesta eli riidasta, vääryydestä ja kamppailusta –, johon palaan tämän artikkelin loppuluvussa.

Terveys ja sairaus alkuperäisen etiikan valossa

Terveystuollon oikeudenmukaisuutta koskeva ensimmäisen kertaluokan kysymys voitaisiin lukea esiin Suomen perustuslaista, jossa vaaditaan oikeutta ihmisarvoiseen elämään. Tämä on transsendentaalietiikan mukainen vaatimus. Tässä tekstissä hylätään erinomaisen selkeästi ja viisaasti sellainen näkemys, jonka mukaan ihmisarvoon vetoamista ei pidä tai voida soveltaa periaatteena yhteisön yhteisestä kohtalosta päätettäessä. Näinhän esimerkiksi päättelee tunnettu taloustieteilijä Friedrich A. Hayek: ”Pelkkä olemassaolo ei voi antaa kenellekään oikeutta tai moraalista vaatimusta ketään toista kohtaan. Henkilöt tai ryhmät voivat joutua velvoitteisiin yksittäisten yksilöiden suhteen, mutta sen yleisten sääntöjen järjestelmän osana, joka auttaa ihmiskuntaa kasvamaan ja monistumaan, ei edes kaikilla elävillä ihmisillä ole moraalista oikeutta tulla säilytetyksi.” (Hayek 1998, 212.) Suomen perustuslain kannanotto ilman muuta hylkää moisen näkemyksen ja on yhdenmukainen lääkärin eettisten ohjeiden linjaukselle, joka asettaa ensimmäiseksi velvollisuudeksi suojata ihmiselämää ja lievittää kärsimystä. Mutta siihen, mitä ihmisarvoisella elämällä kussakin hoitotilanteessa tarkoitetaan, ei ole yhtä helppoa vastata. Siinä ei riitä pelkkä vetoaminen joihinkin normatiivisiin sääntöihin tai mittapuuihin.

Tarpeenmukaisuutta (D) voidaan pitää terveydenhuollon ensimmäisen kertaluokan kysymyksenä oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Tämän kysymyksen kysyminen ei ole pulmatonta. Sitäkään ei voida pitää alkuperäisenä tai edellytyksettömänä kysymyksenä. Tarpeenmukaisuuden täsmentäminen merkitsee sitä, että olemassaololle on annettava tai on jo annettu mieli olemassaolona. Tästä syystä tarpeenmukaisuutta edeltää alkuperäisempi kysymys, joka koskee Olemista itseään. Tarkemmin sanottuna se koskee Olemisen ja Ei-Olemisen suhdetta, väljemmin sanottuna elämän ja kuoleman suhdetta, ja siis kysymystä vastuusta (kuviossa 2 kohta E).

Ihmisarvoisen elämän määrittäystä koskevat vaikeudet moninkertaistuvat hoitotilanteissa, joissa erilaisten teknologioiden avulla tapahtuva elämänajan pidentäminen on mahdollista. Tällainen hoitotilanne muistuttaa hätätilaa, jota on terveydenhuollossa vaikea sivuuttaa: ”Kun ihmisen olemusta ajatellaan olennaisella tavalla, suhteessa ainoastaan kysymykseen olemisen totuudesta, korottamatta ihmistä kuitenkaan olevan keskipisteeksi, niin aletaan väistämättä kaivata sitovia ohjeita ja sääntöjä, jotka kertovat, kuinka ihmisen – koettuna olemiseen suuntautuvan eksistenssin pohjalta – pitää elää sopivalla tavalla. Etiikkaa halutaan yhä kiihkeämmin, kun ihmisten avoin ja salattu neuvottomuus kasvaa mittaamattoman suureksi. Etiikan sitovuudelle täytyy omistaa kaikki mahdollinen huoli silloin, kun joukko-olemuksensa jätetty teknologian ajan ihminen pystyy saavuttamaan luotettavan vakauden vain kokoamalla ja järjestämällä kaikki suunnitelmansa ja toimintansa teknologiaa vastaavalla tavalla.” (Heidegger 2000, 94–95.)

Tässä teknologian määrittämässä hätätilassa on toki mahdollista ”turvata ja varmistaa olemassa olevia siteitä, myös silloin kun ne yhdistävät ihmisiä vaillinaisesti ja vain tätä hetkeä varten.” (Heidegger 2000, 95.) Tällöin on välttämätöntä soveltaa imperatiiveja ja käyttäytymisen sääntöjä. Sitovien ohjeiden, sääntöjen ja imperatiivien kaippuu on arvojen kaippuuta. Mutta onko tällainen eettinen vaatimus rajoittunut? Heidegger asettaakin arvokkuuden arvoja vastaan: ”Arvoja’ vastaan ajattelemisen ei tarkoita, että väitettäisiin kaikkien ’arvoiksi’ tulkittujen asioiden olevan arvottomia. On vain lopultakin nähtävä, että nimenomaan jonkin asian luonnehtiminen ’arvoiksi’ riistää siltä kaiken arvokkuuden. Toisin sanoen asian arvioiminen arvona jättää sen pelkäksi

ihmisten arvojen kohteeksi, objektiksi – – Arvoja vastaan ajattelemisen ei siten merkitse olevien arvottomuuden ja mitättömyyden rummuttamista, vaan olemisen totuuden aukeaman tuomista ajattelun eteen vastustamaan sitä, että oleva subjektivoidaan objektiksi.” (Heidegger 2000, 90.) On vaativaa ajatella tätä kaiken arvioinnin ja arvottamisen ylitävää tai niitä edeltävää olemisen arvokkuutta. Tämä ylitys viittaa siirtymään transsendentaalietiikasta alkuperäiseen etiikkaan, jota Heidegger aikaisemmin kutsui fundamentaaliontologiaksi.

Jean-Luc Nancy toteaa teoksessaan *Heideggerin ”Alkuperäinen etiikka”*, että nykyisin ”(v)oisiksi tuntua houkutteleva sana, että olemassaolon kunnioittaminen on imperatiivi.” Heideggeriin vedoten Nancy epäilee tämän vaatimuksen pätevyyttä: ”tämä imperatiivi ei nimenomaan tarjoa mieltä tai arvoa. Se vain edellyttää, että olemassaololle on annettava mieli olemassaolona. Sitä ei voi rajoittaa esimerkiksi ’elämän kunnioittamiseen’ ikään kuin elämän mieli tai mieli elämänä olisivat annettuja. Päinvastoin, puhe elämän kunnioittamisesta, altistaa meidät heti kaikille sen määrittämisen ongelmille mitä ’elämä’ tai ’ihmiselämä’ on.” (Nancy 1998, 35.) Totta on, kuten Nancy väittää, että ”elämän kunnioittamisen” vaatimusta ei voida pitää yksikäsitteisenä tai kiistattomana. Tämä ei silti tarkoita sitä, ettei tällaista vaatimusta voitaisi tai tulisi esittää. Elämän ja kuoleman valintatilanteissa emme voi jättää asioita silleen. On vain hyväksyttävä, että mielen antaminen olemassaololle on alkuperäisen etiikan mukainen teko, johon liittyy perustavanlaatuisia kiistoja. Tästä syystä se on nimenomaan alkuperäisen politiikan kysymys.

Alkuperäisen etiikan mukaisesti kaikkein ensimmäiseksi on ajateltava olemisen totuutta ja mieltä. Tämän mukainen käyttäytyminen koskee eetosta, tai vielä oikeammin sen alkuperää. Ajattelu alkuperäisen etiikan merkityksessä koskee olemisen mieltä koskevan ehdottoman vastuun kokemista, mielekkyydenvastuuta. (Nancy 1998, 37–38, 53, 57.) Tällainen vastuun ottaminen, itsestä ja toisista, tarkoittaa sitä, että kohtaamme olemisen ihmeen ja lahjan arvokkaasti ja avoimesti turvautumatta ennalta annettuihin merkityksiin, arvoihin tai ennakkokäsityksiin. Arvokkaasti tapahtuva maailman tai maailmassa-olemisen kohtaaminen merkitsee maailman mielekkyyden oivaltamista, olemisen mielen sisäistämistä mielen olemisena. (Nancy 1998, 32.) Siis toimintana, joka on samalla ajattelua: ”Ajattelu toteuttaa suhteen olemisen

ja ihmisen välillä. Se ei muodosta eikä aiheuta tätä suhdetta – – oleminen on jättänyt sen ajattelulle itselleen. Tämä tarjoaminen on sitä, että ajattelussa oleminen tulee kieleen. Kieli on olemisen talo. Ihminen asettuu siihen asumaan.” (Heidegger 2000, 51.)

Miksi alkuperäinen etiikka olisi sitten ensisijaista ja välttämätöntä ajatella terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden kannalta? Vastaus voisi olla: koska siinä olemisen mielekkyys panee välttämättä peliin olevan kokonaisuutena (Nancy 1998, 41). Tarkemmin sanottuna: koska siinä ajattelun toteuttama olemisen ja ihmisen suhde ilmenee avoimimmillaan. Ja vielä täsmällisemmin: koska ”(a)jattelu johtaa historialliseen eksistenssiin, toisin sanoen ihmisen ihmisyyden, alueelle josta terveys (*das Heile*) nousee esiin.” (Heidegger 2000, 101.) Jotta tästä ajatuksesta saataisiin paremmin ote, jotta se tulisi käsityksi, kannattaa lukea, mitä antropologi Robert F. Murphy on kirjoittanut omasta sairauskokemuksestaan. Murphy muistuttaa, että inhimillisen mielikuvituksen luomat maailmat ovat paljon johdonmukaisempia ja jäsenyntyempiä kuin se todellinen yhteiskunnallinen maailma, jossa elämme. Niinpä ne mentaaliset konstruktiot ja kieli, ja niihin liittyvät mielen tilat ja mielen rakenteet, joilla yritämme selvittää itsellemme yhteiskunnallista elämää, vain löyhästi ja joskus käänteisesti suhteutuvat siihen, mitä todella tapahtuu. (Murphy 1990, 30.) Murphy tietää omakohtaisesti sairaudesta, siis sairaan todellisuudesta, mistä hän puhuu. Murphy sairastaa pitkälle edennyttä neliraaahalvausta, ja tästä sairaan maailmasta hän on kirjoittanut kirjan *The Body Silent*, sekä kokijana että näkijänä. Murphy tiivistää tilanteensa: ”Vammaisuus ei merkitse meille vain fyysistä asiaa; se on ontologiamme, maailmassa-olemisen tilamme.” Murphy yrittää kirjassaan tuoda tätä maailmassa-olemisen kokemustaan kieleen tavalla, jossa olemisen sisäinen ristiriita paljastuu, jossa olemisen totuuden aukeama tuodaan ajattelun eteen. (Murphy 1990, 113–117, 199–201.)

Robert F. Murphy on ”kohtalon uhri”. Hänen neliraaahalvauksensa syynä oli kasvain, joka havaittiin vasta silloin, kun leikkaus ei ollut enää mahdollinen. Yhdysvaltalaisen yliopiston professorina hänellä toki on ollut mahdollisuuksia hyvään hoitoon. Oman kokemuksensa – olemisen ontologiansa – perusteella Murphy nähdäkseen ilmaisee selväsanaisesti sen, mistä Heidegger toteaa seuraavasti: ”Terveys ja paha ilmestyvät samanaikaisesti olemisen aukeamaan.

Pahan olemus ei ole pelkässä inhimillisen toiminnan alhaisuudessa, vaan se perustuu raivoisan vihan ilkeyteen. Nämä molemmat, terveys ja raivoisa viha, voivat olla olemisessa vain, koska oleminen itse on riitaisa. Kieltämisen olemuksen synty kätkeytyy olemiseen – – Oleminen suosii terveyttä sen noustessa esiin, ja se myös työntää raivoisaa vihaa onnettomuuteen.” (Heidegger 2000, 101,103.) Murphy kohtasi tämän onnettomuuden.

Murphy ottaa olemisen lahjan vastaan täydellisen arvokkaasti. Hän kertoo asenteensa elämää ja elämistä kohtaan muuttuneen sairautensa aikana: ”Olemassaoloni oli sellaisen jatkuvan uhan alaisena, että aloin suhtautua jokaiseen päivään, viikkoon, kuukauteen ja vuoteen lahjana. Siitä alkaen olen elänyt nykyisyydessä ja pitänyt jokaista päivää elämäntyönä, jokaista syntymäpäivää ihmeenä. Kun loppuni tulee, päätelin, kuntoni on varmaan niin heikentynyt, että myös kuolema tulee olemaan lahja.” (Murphy 1990, 66–67.) Tällaiseen maailmassa-olemisen kokemiseen sisältyy sen hyväksyntä, että Oleminen itse on riitaisa, niin hyvän kuin pahan, elämän ja kuoleman, olevan ja ei-olevan, siunauksellisen ja turmiollisen, terveyden ja sairauden kaksoissidos. Tämä näkyy lahjan joissakin kielissä saamassa kaksoismerkityksessä, kuten englanniksi *gift* (lahja, myrky). Olemisen riitaisuutta voi pitää voimana, jonka liikettä on tuleminen. Juuri tämän ajatuksen mukaisesti Murphy toteaa, että ”Kuolema tuo elämän ja kaikki sen arvot esiin; pikemmin kuin elämän kieltö, kuolema luo sitä ja antaa mahdollisuuden uudelle elämälle. Ilman kuolemaa, elämän käsite muuttuisi merkityksettömäksi.” (Murphy 1990, 62–63.)

Murphyn kokemus valaisee sitä, kuinka ajattelu johtaa historialliseen eksistenssiin, josta sairaus nousee esiin. Kyse hän on olemisen vastakohtaisuudesta. Niinpä se muistuttaa yhtä hyvin tapahtumien kääntöpuolesta, siis siitä, kuinka ajattelu johtaa historialliseen eksistenssiin, josta terveys nousee esiin. Tässä tapahtumisessa ajattelu siis välittää olemista ja tuleamista. Ihmisen olemusta olennaisella tavalla pohtivan ajattelun tehtävänä on välittää olemisen totuus maailmassa-olemiseen mielekkyysvastuuna. Mielekkyysvastuun kantaminen, arvokkuus, ei niinkään tarkoita ulkopuolelta annettujen arvojen, normien, maksimien tai muiden ohjeiden ja kehotusten omaksumista, siis subjektin objektivointia. Se tarkoittaa sellaista henkilökohtaista elämänhallintaa tai elämäntaitoa, jota Antiikin Kreikassa luonnehdittiin itsestään

huolen pitämisenä. Tämä teema oli aivan keskeinen Platonin nuoruudenkirjoituksissa (Sokrateen puolustuspuhe, Kriton, Lakhes, mutta myös keskivaiheen dialogissa Faidon), jotka toteuttivat filosofiaa elämäntapana. Tämän elämäntavan vaativin tunnusmerkki on kyky elää niin lähellä kuolemaa kuin mahdollista, koska oikea filosofian taito tarkoittaa valmistautumista omaan kuolemaansa. Tämän mukaisesti Robert F. Murphya voidaan pitää oikeana filosofina, joka vaikuttaa omalla esimerkillään. Tästä näkökulmasta katsottuna terveydenhuollon oikeudenmukaisuus voi tarkoittaa elämän ja kuoleman arvokkuuden esimerkillistä vaalimista, josta on moralisointi kaukana.

Terveydenhuollon alkuperäinen politiikka

Transsendentaalietiikan mukaisesti Robert F. Murphy asettaa elämän kunnioittamisen eettisen harkinnan lähtökohdaksi. Hän nimittäin korostaa, että ”Vaikkei olisi lopullisia merkityksiä, niin siitä huolimatta elämme mielekkäässä maailmassa; muuten emme voisi olettaa järkiperaistä olemassaoloa.” Kaikesta arvojen suhteellisuudesta huolimatta ”(e)lämän säilyttäminen ja jatkaminen ovat perusarvoja kaikkialla, vaikka ne voidaan ilmaista lukemattomin eri tavoin – Elämää arvostetaan ja kaitsetaan kaikissa kulttuureissa, ja kuolema, vääjäämättömydestään huolimatta, aina uhkaa sosiaalista rakennelmaa.” (Murphy 1990, 222–223.) Murphys mielestä elämän säilyttäminen on siis ensimmäinen, kiistämätön hyvä, jota kaikki kulttuurit kunnioittavat. Mutta onko tämä myös kulttuuriantropologi Murphys näkemys asiasta?

Vaikka Robert Murphy toteaa, että ”kuolema vääjäämättömydestään huolimatta aina uhkaa sosiaalista rakennelmaa”, niin antropologina hän hyvin tietää, että monissa yhteisöissä turvaudutaan perustavaan väkivaltaan, uhraamiseen, kosmiseksi tulkitun järjestyksen palauttamiseksi, sosiaalisen järjestyksen turvaamiseksi. *The Body Silent* -teoksessa on itse asiassa mainio kuvaus siitä, kuinka intiaaniyhteisö pyrki sijaisuhrimekanismien avulla torjumaan terveysuhkia. Se muistuttaa samalla siitä kuinka ”(t)erveys ja paha ilmestyvät samanaikaisesti olemisen aukeamaan”: ”Mundurucujen keskuudessa, ja monissa muissa Etelä-Amerikan intiaaniyhteisöissä, kaikkein vakavimpien

terveysuhkien katsotaan syntyvän sosiaalisen järjestyksen rikkomuksista, erityisesti niiden katsotaan aiheutuvan pahansuopien ja vieraantuneiden yksilöiden toimista, siis ihmisten joiden mundurucut sanovat ’olevan vihaisia kaikille’. Useimpien sairauksien syynä, mundurucut uskovat, ovat ilkeät shamaanit, jotka tekevät ylikuonnollisia voimia omaavia esineitä, kutsumanimeltään *caushi*, jotka tunkeutuvat henkilön ruumiiseen aiheuttamalla sairautta. Sitten on kutsuttava hyvä shamaani poistamaan *caushi* hieronnan ja imun avulla, ja tämän jälkeen parantamaan vaurio yrttilääkkeitä määräämällä. Kun monet ihmiset kylässä sairastuvat vakavasti, mahtavan shamaanin on tunnistettava paha velho, joka seuraavaksi teloitetaan. Tuomio ja teloitus pannaan täytäntöön koko yhteisön yhteisellä ponnistuksella ja näin yhteisön sosiaalisen järjestyksen ja fyysisen hyvinvoinnin katsotaan palautuvan.” (Murphy 1990, 30.)

René Girardin teos *Väkivalta ja pyhä* tarkastelee sitä, miten väkivalta ja uhraaminen toimivat yhteisön järjestyksen ylläpitäjänä. Kyse on olemisen kaksoisluonteesta: ”Tämän kaksoisluonteen perusajatus on, että ensin väkivalta on paha, koska se aiheuttaa tuhoa, mutta kun se sijaisuhrimekanismien avulla onnistuu karkottamaan tuon pahan väkivallan, se muuttuu hyväksi, pyhäksi väkivallaksi.” (Sinivaara 2004, 9–10.) Girardin pohdinta sijaisuhrimekanismista ei ole menettänyt merkitystään. Kyse ei ole vain siitä, että itsekkäillä toimilla, kuten oman voiton pyynnillä, katsotaan olevan myönteisiä kerrannaisvaikutuksia. Kyse on paljon perustavammasta väkivaltaisten tekojen myönteisten seuraamusten arvottamisesta yhteisön elämässä, siis eräänlaisesta hyvän ja pahan kaksoissidoksesta. Tällaista ajatuskulkua voidaan nykyisin soveltaa muuhunkin kuin sodan- ja oikeudenkäyntiin. Kuten terveydenhuoltoon? René Girard antaa kirjansa lopussa ymmärtää, ettemme ole suinkaan päässeet kokonaan eroon hänen kuvaamastaan sijaisuhriajattelusta. Girard kirjoittaa profeettallisesti: ”Se on modernin ajan yleensä ja erityisesti oman aikamme kriisi, jonka kehitys on monessa suhteessa aiempien uhrikriisien kanssa analogista. Mutta tämä kriisi ei kuitenkaan ole *sama*. Kun olemme päässeet muita yhteiskuntia pidemmälle pois pyhästä ja kehittyneet aina perustavan väkivallan ’unohtamiseen’ ja sen täydelliseen näkyvistä katoamiseen asti, kohtaamme sen uudelleen. Valtavalla tavalla *olennainen* väkivalta palaa luoksemme, ei ainoastaan historian vaan myös tiedon tasolla.” (Girard 2004,

423.) Mihin tämä väkivallan uudelleen kohtaaminen sitten viittaa. Tätä asiaa Girard ei kunnolla täsmennä vaan sanoo arvoituksellisesti: ”Pyhän poispyyhkimisen ja sen täydellisen hävittämisen tendenssi valmistee pyhän äkillistä paluuta, mutta se ei palaa transsendenttina vaan immanenttina, väkivaltana ja väkivallan tietona.” (Girard 2004, 423.)

Kohtaamme väkivallan uudelleen immanenttina, väkivaltana ja väkivallan tietona! Mitä tämä voi tarkoittaa? Ensinnäkin kyse on varmasti siitä, että ”(m)odernissa maailmassa sattuman teema näyttää yhteismitattomalta jumalan väliintulon kanssa, mutta primitiivisessä maailmassa asian laita ei ole samoin.” (Girard 2004, 415.) Transsendentin jumalan sijasta kohtaamme sattuman ikään kuin persoonattoman kohtalon julmana leikkinä, historiallisena epävarmuutena ja sisäsyntyisenä summittaisuutena. Mitä sitten merkitsee, että kohtaamme väkivallan tietona? Girard tuntuu tarkoittavan sitä, että oman aikamme kriisi ”kutsuu meidät tuomaan väkivallan roolin inhimillisissä yhteiskunnissa täysin rationaaliseen valoon ja tekemään siitä kokonaan näkyvää.” (Girard 2004, 423–424.) Väkivallan tekeminen kokonaan näkyväksi rationaaliossa valossa taas tarkoittaa sitä, että väkivallan olemassaolo tunnustetaan tavalla, joka tekee siitä tilanteellisesti ymmärrettävää. Tähän ymmärrykseen liittyy samalla valikoiva, tapauskohtainen hyväksyntä. Juuri tämä hyväksyntä tekee oman aikamme (teknologiavetoisen) kriisin analogiseksi uhrikriisin kanssa.

Paljastavana esimerkkinä uhrikriisistä voitaisiin pitää terveydenhuollon mahdollista hätätilannetta, jossa on valittava, keitä potilaita hoidetaan ja ketkä jätetään hoitamatta, vaikka kaikkien heidän sairautensa hoitoon tarvittava teknologia olisi olemassa. Kyseessä on lähinnä uhrikriisille analoginen tilanne. Tämä tulee erityisen hyvin esiin silloin, jos sairaudet jaetaan ”kohtalon sanelemaan” ja ”itse aiheutettuihin”, ja näiden hoidon tarvetta arvioidaan eri perustein. ”Itse aiheutetun” sairauden jättäminen hoitamatta tosiasiasa merkitsee väkivaltaista uhraamista, jonka tekijänä pidetään sairastunutta itseään. Tällöin sairastumisen jälkeinen väkivaltainen teko, hoidotta jättäminen, nurinkurisella tavalla samaistetaan sairastumista edeltävään väkivaltaan itseään kohtaan, itsestä huolehtimattomuuteen, joka sekin ilmentää välinpitämättömyyttä.

Monia tuntuu nykyisin houkuttelevan ajatus, että keneenkään luottamattomat, vieraantuneet, kaikille vihaiset

ihmiset, jotka eivät pidä huolta itsestään, sairastuvat. Tällöin päätellään, että olosuhteista riippumatta he saavat syyttää sairastumisestaan vain itseään ja näin ollen maksaa myös kulunsa, tai ainakin osan niistä henkilökohtaisesti. ”Paha” on paljastettu, ihmisen ”sisäinen paha”, joka jouduttaa kuolemaa. Tällöin ”paha” on toki yksilöllistynyttä pahaa. Se ei sinänsä mitätöi perustavan väkivallan ajatusta. Vähän eri tavoin tämä ajatus voi ohjata yhtä hyvin mundurucujen kuin aikalaistemme tekoja.

Epäluottamus voi toisaalta nostattaa sellaista suuttumusta (thymos), mikä on politiikassa tarpeen. ”Pahuuden yksilöllistämisen” tärkeä tavoite voikin olla päästä eroon erimielisyyksiä esiin tuovasta ja riitaa haastavasta politiikasta, siis alkuperäisestä politiikasta. Siihen riittää, kun kukin yksilö nimetään oman onnensa ja epäonnensa sepäksi. Kunkin henkilön katsotaan olevan itse vastuussa menestyksestään ja menetyksistään. Kyse on määrätystä hallintamielen tilasta tai hallintamielen rakenteesta. Erityisen tehokkaana tämä näkyy pääoman kielessä, joka osaa yhdistää pahan ja hyvän, väkivallan ja pyhän. Tämä kieli on tuottavuuden, tehokkuuden ja kilpailukyvyn kieli, joka pitää ihmistä rationaaliossa laskelmoijana. Hänen kulloisenkin elämäntilanteensa katsotaan olevan seurausta niiden investointien tehokkuudesta, jotka hän on itseensä tehnyt joko tässä elämässä tai – mikä jätetään ääneen sanomatta – jo edellisessä. Tämän maailman logiikan, tai olemassaolon mielen mukaisesti, rikkaat, mieluummin nuoret, mieluummin kauniit, mieluummin kaupunkilaiset voivat onnistuessaan onnitella itseään ja vain itseään menestyksestään. Samoin joutuvat tekemään häviäjät.

Robert F. Murphyn mielestä Yhdysvallat, hänen kotimaansa, on kauniiden, rohkeiden ja rikkaiden maa, jossa maksukykyiset vammaiset kyllä hoidetaan hyvin. Hän muistuttaa, että Yhdysvalloissa – siis 1980-luvulla – on noin miljoona pyörätuoliin sidottua ihmistä, joista useimmat selkävamman saaneet ovat nuoria työväenluokkaan kuuluvia miehiä. Syykin on selvä: sotavammat, onnettomuudet ja väkivallan teot kohdistuvat useimmin tähän ihmisryhmään. Hän korostaakin sitä, että oman sairauskokemuksensa kautta hän löysi Yhteiskunnan. (Murphy 1990, 5, 138–139.) Vammaisuuden kohtaaminen, kokeminen ja hoito kertoo paljon yhteiskunnan laadusta. Murphy toteaa lakonisesti, että ”tuskien tarvitsee sanoa, että vammaiset, yksilöinä ja ryhmänä, ovat ristiriidassa kaikkien niiden nuoruuden, elinvoiman,

aktiivisuuden ja fyysisen kauneuden arvojen kanssa, joita amerikkalaiset palvovat, vaikka monet yksilöt eivät sitä kovin hyvin tajuaisikaan – – Me (vammaset) petämme amerikkalaisen Ideaalin samoin kuin köyhät pettävät amerikkalaisen Unelman.” (Murphy 1990, 116–117.) Tässä yhteiskunnassa vammaisuus on uhka, joka epämiellyttävästi muistuttaa ketä tahansa katoavuudesta ja kuolemasta.

Kuolema ei suinkaan enää ole asia, jota käsitellään vain patologioiden lausumissa ja kliinisissä selvityksissä. Viime vuosisadan puolivälin tienoilta alkaen kuolemasta alettiin puhua suoraan hoitohenkilökunnan, kuolevan ihmisen ja tämän omaisten välillä. Samalla kehitettiin erilaisia tekniikoita tämän dialogin edistämiseksi. (Armstrong 1994, 22.) Tämä ei silti tarkoita sitä, että lääkintähenkilökunta välttämättä kuuntelisi tarkoin, mitä vaikkapa vakavasti vammainen kertoo maailmassa-olemisen kokemuksestaan. Robert Murphy väittää näin toteamalla, että lääkintähenkilökunta ei osoittanut kiinnostusta hänen maailmassa-olemisen kokemuksestaan kohtaan, sillä hoitotilanteissa riitti fyysisen sairauden mukaisen oireiden täsmentäminen. (Murphy 1990, 88.)

Kuoleman ”dialoginen käsittely” liittyy siihen, että terveyden ja sairauden, ja elämän ja kuoleman välistä rajaa ei katsota enää voitavan vetää ehdottoman jyrkästi. Tämän oivaltaminen on sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveysvaikutuksen keskeinen taustatuki. Tähän taustatukseen voikin sitten nojata monella tavalla. Sitä voi jopa käyttää lyömäaseena yksilöitä vastuullistettaessa. Tämän päivän Suomessa keskustelun ja tutkimuksen alaa on valtaamassa tai jo valannut entistä enemmän ajatus, jonka mukaan ketä tahansa kuvaava epäluottamuksen tunnusmerkistö selittää hänen epäonnistumisiansa, miksei myös sairastumisiansa. Sairauksiin varmasti vaikuttavat elämänkohtalot ja mielentilat. Huono-osaisuuden ja epäluottamuksen välillä vallitsee varmasti yhteys. Mutta selittääkö sittenkin, kuten itse uskon, huono osa epäluottamusta paremmin kuin epäluottamus huonoa osaa? Jospa epäluottamuksen takana onkin oikeutettu suuttumus, jota voi pitää alkuperäisen politiikan lähtökohtana, siis vääryyden kokemus ja vaatimus sen oikaisemiseksi.

Robert F. Murphy mainitsee teoksessaan, että hänen sairastumisensa nosti esiin suuttumusta, kahdenlaista suuttumusta. Se synnytti toisaalta eksistentiaalista suuttumusta, joka kiroi omaa kohtaloaan. Tämä suuttumus juontuu olemisen riittäisyydestä. Toisaalta se synnytti tilanteellista

suuttumusta, joka johtui terveydenhoitoon liittyvien heikkouksien aiheuttamista turhaumista. (Murphy 1990, 106.) Hänen kirjoituksestaan löytyy myös kolmas suuttumuksen muoto. Sillä on selvemmin poliittinen luonne. Sairauskokemuksensa kautta hän ei löytänyt ainoastaan Yhteiskuntaa, vaan lisäksi Yhteiskunnan ongelmia ja vääryyksiä. Tämä on alkuperäisen politiikan mukainen kokemus. Se liittyy suoraan oikeudenmukaisuuteen ja priorisointiin. Ennen kuin pohditaan sitä, mikä mahdollinen priorisointimalli (Hollannin malli, Uuden-Seelannin malli, Oregonin malli) toimisi Suomessa parhaiten, olisi hyvä miettiä terveydenhuollon osalta tarkemmin tätä alkuperäisen politiikan mukaista kysymystä.

Elämme nykyisin eräänlaisessa teknologian lupausten määrittämässä odotustilassa. Tässä tilassa ”lääketieteen huipputeknologian lupaus terveydenhuollolle on ontologinen” (Helén 2006, 91). Tämä lupaus on sosiaalitaloudellisesti ehdollistunut ja poliittisesti haasteellinen. Silloin kun tarpeenmukaisuus määrittyy ostokykyisen kysynnän mukaisesti, kuten on laita toimittaessa markkinauskon varassa, rikkaille voidaan luvata yhtä (”ikuista elämää”) ja köyhille toista (”vaivatonta kuolemaa”). Tässä tilanteessa kysymys elämästä (biopolitiikka) ja kuolemasta (thanatopolitiikka) tulee uudella tavalla politiikan keskiöön, tai uudenlaisen politiikan keskiöön. Tässä tilanteessa voidaan sanoa esitettävän uudenlaisen politiikan haaste. Ilpo Helén kutsuu tätä politiikkaa odotuksien politiikaksi: ”Pohjimmiltaan tämä politiikka on – – ontologista (ks. Mol 1999) eli kiistat ja pyrkimykset koskevat kykyä ja valtaa määritellä olemassaolon ehdot sekä kertoa, mitä sairaudet, terveys ja elintoiminnot – siis elämä – pohjimmiltaan ovat. Koska kysymys on ensi sijassa lupauksista ja odotuksista, genomi- ja muun hi-tech-lääketieteen ontologinen politiikka ei koske niinkään sitä, mitä on, vaan *mitä voidaan tehdä olevaksi*.” (Helén 2006, 92.)

On aivan totta, että perinteinen tai vakiintunut politiikka ei ole kyennyt vastaamaan terveydenhuollon teknologisten lupausten haasteeseen: ”voi hyvin sanoa, ettei politiikka ole uinut tekniikan perässä näille vesille. Sen sijaan bioetiikka on ylittänyt kansalliset rajat ja ’globalisoitunut’ genomi-, kantasolu- ja muun kiistanalaisen tutkimuksen seuralaiseksi.” (Helén 2006, 101.) Yksin bioeettisen järjearkeen varaan jättäytyvä politiikka kääntyy helposti reaktiiviseksi (Helén 2006, 94, 101). Se ei pysty haastamaan teknologian

lupausta – äärimuodossaan transhumanistista optimismia – ohittaessaan siihen sisältyvän perustavan kiistan tai riidan. Tämä asettuu välttämättä olemassaolon eri mielten välillä. Tuleekin oivaltaa, että teknologian lupauksen vastaanottava ja haastava politiikka on alkuperäistä politiikkaa, joka tekee jonkin olevaksi poistamalla vääryyksiä. Onko sitten alkuperäinen etiikka puolestaan ajattelua, joka tekee jonkin olevaksi? Alkuperäinen etiikka ja alkuperäinen politiikka kulkisivat näin rinnakkain. Ajattelun ja toiminnan erottamattomuuden näkökulmasta alkuperäinen etiikka ei tällöin eroaisi alkuperäisestä politiikasta. Ajattelen kuitenkin toisin. Alkuperäinen etiikka ja alkuperäinen politiikka eivät kulje rinnakkain, pikemminkin peräkkäin. Alkuperäisen politiikan

tavoitteena ei ole pohtia Olemisen totuutta tai olemisen mieltä, mitä se ei voikaan ottaa yksikkömuodossa annettuna. Alkuperäinen politiikka jatkaa siitä, mihin alkuperäinen etiikka jää tai jättäytyy. Alkuperäinen politiikka ei voi alkuperäisen etiikan tavoin ”arvokkaasti”, lumoutuneena olemisen ihmeestä, jättää asioita silleen (Gelassenheit). Alkuperäinen politiikka uudenlaisena politiikkana tapahtuu välttämättä ristiriitojen maailmassa. Tätä tilannetta luonnehtii, Weberia mukaellen, vanhojen jumalten katoaminen ja sen myötä ”lumouksen haihtuminen” (Entzauberung) mutta toisaalta vanhojen jumalien ja heidän ikuisen taistelunsa paluu uudessa, teknologian lumouksen, hahmossa.

Lähteet

- Armstrong, D. (1994). Deprivation, Ill Health and Silence. Teoksessa: Sakari Hänninen (Ed.) *Silence, Discourse and Deprivation*. Helsinki: Stakes. Research Reports 43, 19–27.
- Girard, R. (2004). *Väkivalta ja pyhä*. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Hayek, F. A. (1998). *Kohtalokas ylimieli*. Jyväskylä: Art House.
- Heidegger, M. (2000). Kirje Humanismista sekä Maailmankuvan aika. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Helen, I. (2006). Talletuksia tulevaan elämään. *Molekyylilääketieteen poliittinen talous. tiede & edistys* 2/06, 89–104.
- Hänninen, S. (1993). Priorisoinnin käsitteestä ja malleista. *Dialogi* 8/93, 31–33.
- Leppo, K. (2003). Tulevaisuuden haasteita terveystieteiden alueella. Mitä Stakesin tutkimuksella voisi olla annettavaa? Litteroitu alustus sekä keskustelu. Ylijohtaja Kimmo Leppo terveystieteiden hankekokonaisuuden vieraana 27.11.2003, 1–8.
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. Teoksessa: (Ed. John Law & John Hassard) *Actor network theory and after*. Oxford & Malden, MA: Blackwell.
- Murphy, R. F. (1990). *The Body Silent*. New York & London: W.W. Norton.
- Nancy, J.-L. (1998). Heideggerin ”Alkuperäinen etiikka”. Helsinki: Loki.
- Ricoeur, P. (2003). *The Just*. Chicago: The University of Chicago Press, 192.
- Sen, A. (1979). Equality of What? The Tanner Lecture on Human Values. Delivered at Stanford University; May 22, 1979.
- Sinivaara, O. (2004). Suomentajan esipuhe teokseen: *Väkivalta ja pyhä*. Helsinki: Tutkijaliitto, 7–13.
- Valdes, E. G. (1998). Onko moraalista järkevyydestä moitteettoman moraalin mittapuuksi? niin & näin 4/98, 1–14. Nettiversio: http://www.netn.fi/498/netn_498_oikmuk2.html./23.5.2006.

OIKEUDENMUKAISUUS LAINSÄÄDÄNNÖN NÄKÖKULMASTA

MARJA PAJUKOSKI

Lainsäädäntöön kirjattu yhdenvertaisuus ja tasa-arvo

Perusoikeusuudistuksella tavoiteltiin sekä yhdenvertaisuuden että myös tosiasiallisen tasa-arvon lisäämistä. Muodollisella yhdenvertaisuudella tarkoitetaan samanlaisten tapausten kohtelemista samalla tavalla. Jos esimerkiksi kaksi henkilöä täyttää tietyn palvelun saamiselle laissa asetetut ehdot, heitä tulee kohdella samalla tavoin kiinnittämättä huomiota heidän välillään vallitseviin mahdollisiin muihin eroihin. Aineellisessa mielessä yhdenvertaisuus tarkoittaa eriarvoisuuden poistamista. Sen toteutuminen saattaa edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta. (Scheinin 1999.) Yhdenvertaisuutta käsitellään tässä luvussa keinona tasa-arvon toteuttamiseen.

Perustuslain 1 §:ään kirjattu ihmisarvon loukkamattomuus ilmaisee perustavanlaatuisen oikeuksien yleisinhimillisen perustan. Samalla se viittaa kaikkien ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen (HE 309/1993). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen oikeudenmukaisen kohdentumisen näkökulmasta olennaisinta uudistuksessa oli taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä (TSS) oikeuksia koskevien säännösten kirjaaminen perustuslakiin, kun aikaisemmin oli perustuslaintasolla säädetty ainoastaan oikeuksista työhön ja opetukseen. Jokaisen oikeuksia määrittävät säännökset koskevat välttämätöntä toimeentuloa ja huolenpitoa (19.1 §), perustoimeentulon turvaa tietyissä riskitilanteissa (19.2 §) ja riittäviä sosiaali- ja terveystalv palveluja (19.3 §). Julkisen vallan tehtävänä on myös edistää väestön terveyttä, tukea lapsen huolenpidosta vastaavia ja edistää oikeutta asumisen (19.3 ja 19.4 §).

PL:n 19 §:n säännöksistä vahvimman oikeuden turvaava säännös on välttämätöntä toimeentuloa ja

huolenpitoa koskeva säännös (1 mom.), johon yksilö voi vedota ilman, että oikeudesta olisi erikseen säädetty tavallisella lailla. Sen sijaan sekä perustoimeentulon turvasta (19.2 §) että riittävien sosiaali- ja terveystalv palvelujen järjestämisestä (19.3 §) annetut säännökset edellyttävät, että yksilön oikeudesta asianomaisiin palveluihin ja etuuksiin samoin kuin julkisen vallan velvollisuudesta niiden järjestämiseen on erikseen säädetty.

Varsinainen perustuslakiin sisältyvä yhdenvertaisuussäännös on PL 6 §, jonka mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännös sisältää sekä mielihallan kiellon että vaatimuksen samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Yhdenvertaisuussääntöä täydentää syrjintäkielto. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää syytä asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Säännös ei estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua kuten tietyn ryhmän (esim. naiset, lapset, vähemmistöt) asemaa ja olosuhteita parantavia toimia. Jos sinänsä yhtäläisten palvelujen tarjoaminen erikseen tietyille väestöryhmälle johtaa syrjivään lopputulokseen, se on kielletty. Kielto pätee myös siinä tapauksessa, että syrjintä ilmenee välillisesti. (Scheinin 1999.) Säännös rajoittaa kunnallisten viranomaisten harkintavaltaa etuja tai palveluita myönnettäessä.

Perustuslain 6 §:ää toteuttava yhdenvertaisuuslaki (21/2004) tuli voimaan 1.2.2004. Laissa on säädetty etnisen alkuperän perusteella tapahtuvan syrjinnän kiellosta lähinnä työhön ja koulutukseen liittyen. Laki kieltää syrjinnän myös silloin, kun kyse on sosiaaliturvaetuuksista tai muista sosiaalisin perustein myönnettävistä tuista, alennuksista tai etuuksista sekä

asumisen tai yleisölle tarjottavien tai yleisön saatavilla olevien palvelujen tarjonnasta ja saatavuudesta ellei kyse ole yksityisten henkilöiden välisistä suhteista. Syrjinnän kieltäminen etnisen alkuperän perusteella korostaa viranomaisten vastuuta tasapuoliseen kohteluun erityisryhmien kohdalla. Laki ei koske naisten ja miesten välisiä tasa-arvokysymyksiä, joista on säädetty erikseen (Tasa-arvoL 609/1986).

PL:n yhdenvertaisuussäännös sisältää myös määräykset siitä, että lapsia tulee kohdella tasa-arvoisesti yksilöinä ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti. Sukupuolten tasa-arvoa tulee edistää yhteiskunnallisessa toiminnassa ja työelämässä, erityisesti palkkauksessa ja muissa palkkaussuhteen ehdoissa. Jo vuonna 1986 annettua lakia naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986) on tarkistettu perustuslain voimaantulon jälkeen.

Yhdenvertaisuus voi sekä yleensä että sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteydessä liittyä myös muihin perusoikeuksiin, kuten oikeuteen elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen (7 §), liikkumisvapauteen (9 §) tai yksityiselämän suojaan (10 §). Yhteyttä on myöhemmin kuvattu laitoshuoltoa koskevan esimerkin kautta. Vähemmistöjen kohdalla oikeudenmukaisuutta turvaavat myös perustuslain säännökset oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin (17 §). Ymmärretyksi tuleminen sekä kulttuuri- että kielikysymyksenä samoin kuin menettelylliset säännökset voivat vaikuttaa ratkaisevalla tavalla siihen, saako henkilö tarvitsemansa palvelut vai ei.

Vapausoikeudet samoin kuin yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa turvaavat oikeudet velvoittavat julkista valtaa ja siten myös hallintoviranomaisia ilman erillistä sääntelyä. Yleisenä perustuslain säännösten velvoittavuus suhteessa hallintoviranomaisiin ilmenee muun muassa siten, että hallintoviranomaisten on valittava mahdollisista tulkintavaihtoehdoista se, joka parhaiten edistää perusoikeuksien tarkoituksen toteutumista ja että hallintoviranomaiset eivät saa soveltaa asetuksen tai sitä alemmanasteista säännöstä, joka on ristiriidassa perusoikeussäännösten kanssa. Perustuslain säännökset turvaavat lähtökohtaisesti sekä vertikaalista eri palvelujen ja palvelunsaajaryhmien välistä yhdenvertaisuutta

että yksittäisten palvelujen sisällä toteutuvaa horisontaalista yhdenvertaisuutta.

Lainsäätäjän keinoista oikeudenmukaisuuden turvaamisessa

Sääntelytapa

Perustuslaissa vahvistettu kunnallinen itsehallinto edellyttää, että kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla (121.2 §). Perustuslain 19 §:ssä turvattujen TSS-oikeuksien ja siten myös sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältö määräytyy tavallisina lakeina annettujen säädösten perusteella. Siihen miten velvoittavaa sääntely palvelun järjestäjän kannalta on, vaikuttaa perustuslain ja sen tulkintojen ohella lainsäädännön sääntelytapa. Palvelujen jakautumista sääntelytavan perusteella voidaan tarkastella lainsäätäjän näkemyksenä palvelujen oikeudenmukaisesta jaosta.

Jo perinteiseksi muodostunut, oikeuden vahvuutta kuvaava, jaottelu sosiaali- ja terveyspalveluissa on ollut jako subjektiivisiin oikeuksiin, määrärahasidonnaisiin ja kunnan vapaaehtoisesti järjestämiin etuuksiin ja palveluihin. Subjektiivisilla oikeuksilla tarkoitetaan lakiin perustuvia oikeuksia

- joiden järjestäminen on kunnan (julkisen vallan) velvollisuutena
- joita koskeva sääntely noudattaa muotoa: ”a:lla on b:tä kohtaan oikeus T:hen”, jolloin velvoitteesta on säädetty käskymuodolla ”on järjestettävä”, ”on korvattava”
- jonka toteuttaminen ei ole sidoksissa tarkoitukseen varattuihin määrärahoihin ja
- joiden turvaksi on yleensä käytettävissä oikeussuojakeinoja.

Subjektiivisina oikeuksina säädettyjen palvelujen järjestämiseen ei lähtökohtaisesti sisälly harkintaa. Tämä pätee ennen kaikkea sen suhteen, ettei kunta voi määrärahojen puuttumiseen vetoamalla kieltäytyä järjestämästä palvelusta, joihin asiakkaalla on subjektiivinen oikeus. Jos lainsäätäjän tekemä jako oletetaan oikeudenmukaiseksi, mahdollisuus epätasaveroon tai syrjintään kasvaa harkintavallan kasvaessa. Täl-

löin subjektiiviset oikeudet muodostavat palvelun saajalle vahvimman oikeuden, määrärahasidonnaisissa etuuksissa kunnalla on enemmän harkintaa ja vapaaehtoiset palvelut tai etuudet ovat kokonaan kunnallisen päätöksenteon varassa. Perustuslain tulkintavaikutuksesta johtuen kaikissa palveluissa on kuitenkin otettava huomioon esimerkiksi PL 6 §:n yhdenvertaisuussäännös.

Subjektiivisiksi oikeuksiksi luetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa muun muassa

- alle 7-vuotiaan lapsen vanhemman tai muun huoltajan oikeus päivähoitopaikkaan tai (3–7-vuotiaan lapsen vanhemman) vaihtoehtoinen oikeus lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetun lain mukaiseen hoitorahaan ja hoitolisään
- jokaisen oikeus toimeentulotukeen
- vaikeavammaisten oikeudet palveluasumiseen, koutuullisiin kuljetuspalveluihin saattajapalveluineen ja tulkkipalveluihin sekä oikeus saada korvaus asunnon muutostöistä
- lastensuojelulakiin perustuva oikeus tarpeen mukaiseen asuntoon tai siihen liittyvien puutteiden korjaamiseen ja riittävään toimeentuloturvaan, silloin, kun lastensuojelutarve johtuu pääosin niitä koskevista puutteista
- kiireellinen sairaanhoito.

Myös subjektiivisena oikeutena myönnettäviin palveluihin sisältyy kuitenkin tiettyssä määrin harkintaa. Esimerkiksi vammaispalvelulain perusteella myönnettävien subjektiivisten oikeuksien kohdalla perusharkinta tehdään sen suhteen, onko henkilö laissa määritellyllä tavalla vaikeavammaisen. Palvelu voidaan evätä sillä perusteella, ettei henkilöä katsota vaikeavammaiseksi, mikä on eräiden selvitysten mukaan myös ollut yleisin valitukseen johtaneista syistä vammaispalvelulain kohdalla (Ylikylä-Leiva 2003). Lastensuojelulain ja toimeentulotukilain subjektiivinen oikeus sisältää samoin harkintaa. Poikkeuksen muodostaa päivähoito, jossa oikeus palvelun saantiin on määritelty aukottomasti alkamaan vanhempainrahakauden päättymisestä ja päättymään perusopetuksen alkamiseen. Perusjohtopäätös on, ettei subjektiivisena oikeutena myönnettävillä palveluilla pystytä kaikilta osin turvaamaan yhdenvertaista oikeutta palvelun saantiin, vaan myös niiden toteutuminen on tiettyyn mit-

taan sidoksissa paikallisiin tulkintoihin. Kaikissa palveluissa laatuksymykset ratkaistaan paikallisesti, ja niissä voi olla merkittäviä eroja.

Määrärahasidonnaisten palvelujen järjestäminen on perustuslain riittäviä palveluja koskevan 19.3 §:n säännöksen lisäksi sidottu sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännöllä kunnassa esiintyvään tarpeeseen. Sosiaalihuollon erityislaeissa tarve ilmenee 1) kunnan yleisenä velvollisuutena järjestää palvelut kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan tai 2) velvollisuutena myöntää ja järjestää palvelut yksilön tarvetta vastaavalla tavalla. Yleisenä säännös sisältyy päivähoitolakiin, päihdehuoltolakiin, vammaispalvelulakiin ja lastensuojelulakiin. Terveydenhuollossa yleissäännös sisältyy mielenterveyslakiin ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta annettuun asetukseen. Sääntelyn sanamuoto korostaa kunnan järjestämisvelvollisuutta. Velvoite koskee sekä palvelujen määrää että laatua. Säännöksissä ei oteta kantaa tarpeiden sisältöön. Muut tarpeeseen liittyvät säännökset koskevat lähinnä yksilön tarpeen mukaisia palveluja (esim. KehitysvammaL 34 §, PotilasL 3.1 § ja EshL 3.1 §).

Järjestämisvelvoite sitoo kuntaa talousarviosta ja toimintasuunnitelmasta päätettäessä. Kunnan vastuu palvelujen järjestämisestä edellyttää, että kunnassa selvitetään tarvittavien palvelujen sisältö ja laajuus. Talousarviosta päättävät luottamusmiehet ja virkamiehet rikkovat perustuslain 19 ja 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyjä velvoitteita, jos kunta talousarviosta päättäessään mitoittaa määrärahasa tietoisesti tiedossa olevaa tarvetta vähäisemmäksi. (EOA, Tuori 1999.)

Yleisen ja yksilön tarpeita koskevan velvoitteen lisäksi palvelutarpeessa on kyse priorisointikriteereistä. Esimerkiksi terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota hoidon tarve, toipilasaste tms. huomioon ottaen voidaan siellä tarkoituksenmukaisimmin hoitaa (KTL 16.1 §). Tarpeen mukaisten palvelujen järjestämisen velvoittavuus on yksi niistä tekijöistä, joka muuttaa subjektiivisten oikeuksien ja määrärahasidonnaisten palvelujen välistä suhdetta. Samalla käsitys lainsäätäjän määrittelemistä priorisoinneista hämärtyy.

Myös kunnan perustuslailla (19.3 §) vahvistettu velvollisuus riittävien ja sopivien palvelujen järjestämiseen on madaltanut rajaa subjektiivisten oikeuksien ja tavallisella lailla turvattujen palvelujen välillä erityisesti terveyden-

huollossa. Perustuslain voimaantulon jälkeen on enenevässä määrin katsottu yhtäältä, että subjektiivisen oikeuden käsite ei sovellu kuvaamaan kiireellistä sairaanhoitoa ja toisaalta, että kunnalla on velvollisuus myös ei-kiireelliseen hoidon järjestämiseen (ks. esim. Liljeström 2002, Tuori 2004).

KHO on antanut eräitä ennakkoratkaisuja, jotka korostavat kunnan velvollisuutta tarpeen mukaiseen palvelujen järjestämiseen. Tapauksissa on ollut kyse sekä tarpeen ja määrärahasidonnaisten palvelujen välisestä suhteesta että perustuslain 19.3 §:n riittävistä palveluista suhteessa tarpeeseen ja edelleen niiden yhteydessä esille nousevaan etusijajärjestykseen. Etusijajärjestystä asetettaessa on KHO:n mukaan otettava huomioon sekä syrjintäkielto että velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva riittävien terveystalvelujen tarpeensa. Kunnan velvollisuutta korvata yksityisesti hankittu hoito on perusteltu sillä, että kunnalla on ollut julkisoikeudellinen velvollisuus järjestää hoito ja kuntoutus asianomaisissa tapauksissa (KHO:2001:50, 19.10.2001/2352 ja KHO:2002:43,19.6.2002/1516).

Subjektiivisen oikeuden ja määrärahasidonnaisen palvelun välisen eron kaventumiseen on vaikuttanut myös määrärahasidonnaisia palveluja koskevan sääntelyn täsmen-täminen. Terveystalveluollossa täsmen-tämiseen on pyritty säätämällä ajasta, jonka kuluessa hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon on päästävä. Sitä koskevat säännökset ovat 1.5.2005 alkaen sisältyneet sekä kansanterveyslakiin (15 b §) että erikoissairaanhoitolakiin (31 §). Perusterveydenhuol-lon ammattilaisen hoidon tarvetta koskevaan ensiarvioon pääsy turvataan kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta, pääsy erikoissairaanhoidon polikliiniseen hoidon arvioon kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta ja pääsy hoitoon kohtuullisessa ajassa, tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa.

Samansuuntainen kehitys on nähtävissä myös sosiaalihuollossa. Eduskunta on hyväksynyt hallituksen esityksen laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta (HE 95/2005), joka tuli voimaan 1.3.2006. Muutoksen mukaan sosiaalipalvelujen tarve on kiireellisissä tapauksissa arvioitava viipymättä (40 a §). Muissa kuin kiireellisissä tapauksissa kunta on velvollinen järjestämään 80 vuotta täyttäneille vanhuksille taikka kansaneläkelain 30 a §:n mukaista erityishoitotukea saaville henkilöille pääsyn palvelutarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta.

Hallituksen esityksen (95/2005) mukaan vanhusten palvelutarpeen arvioinnin käytännöt vaihtelevat kunnittain ja palveluittain. Yleisimmin yhteydenotto palvelutarpeesta tapahtuu puhelimitse ja tulee omaisilta, toiseksi yleisimmin terveydenhuollosta. Vaikka tarkoitus ei ole luoda subjektiivista oikeutta palvelujen saamiseen, eikä arvioinnin perusteella synny oikeutta palvelujen saamiseen, todennäköisyys jäädä palvelujen ulkopuolelle tilanteissa, jolloin palvelutarve on ilmeinen, vähenee lain voimaan tultua myös sosiaalihuollossa. Säännös parantaa omalta osaltaan yhdenvertaisia palvelujen saamisen edellytyksiä kunnissa.

Palvelujen säätämistapaan liittyvä johtopäätös on, ettei sääntelytavalla pystytä turvaamaan palvelujen yhdenmukaista jakautumista enempää kunnan sisällä kuin kuntien välilläkään. Mitä enemmän tulkintaa säännökset mahdollistavat, sitä enemmän yhdenvertaisuus myös käytännössä on koetteilla. Vaikka palvelujen jakautuminen kunnan sisällä olisi oikeudenmukainen, säännökseen sisältyvästä harkinnasta seuraa, että kuntien välille väistämättä syntyy eroja palvelujen myöntämisessä.

Yksilön mahdollisuudet päätösten muuttamiseen

Menettelyllisiä keinoja, joiden kautta lainsäädännössä vahvistettua palveluiden ja etuuksien jakamista pyritään varmistamaan, ovat valitusoikeus, oikaisu, muistutus, hallintokantelu ja hallintoriitamenettely. Näistä tärkein on valitusmenettely, jossa valitus lautakunnan päätöksestä tehdään hallinto-oikeuteen ja hallinto-oikeuden päätöksestä edelleen korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Viranhaltijapäätöksestä on ennen valitusta voitu tehdä oikaisupyynnö lautakuntaan. Ylimpään oikeusasteeseen, KHO:een, saakka valitusoikeus on kuitenkin turvattu lähinnä subjektiivisen oikeuksien luonteisissa etuuksissa. Esimerkiksi useimpien sosiaalipalvelujen osalta jatkovalitusoikeutta hallinto-oikeuden päätöksestä ei ole (SHL 49 §).

Vähintään yhtä merkityksellinen, ellei olennaisempi muutoksenhakuun vaikuttava kysymys, koskee sitä, että erityisesti terveydenhuolto, mutta myös sosiaalihuolto pääosin toteutuu tosiasiallisen hallinnon toimintoina, joista ei ole valitusoikeutta hallintopäätöksiä vastaavalla tavalla. Tosiasiallista hallintoa on esimerkiksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon käytännön toiminta, jolla ei suoranaisesti

vaikuteta yksityisten oikeuksiin tai velvollisuuksiin. Siinä kyllä tehdään konkreettisia toimenpiteitä koskevia ratkaisuja, mutta niitä ei katsota hallintopäätöksiksi, joista olisi valitus-oikeus. Kun esimerkiksi hoitotoimenpiteillä saatetaan rajoittaa yksilön itsemääräämisoikeutta, ero hallintopäätökseen on osittain suhteellinen. Koska perusoikeuksien turvaaminen on julkisen vallan velvollisuus (PL 22 §), myös tosiasiallinen toiminta on järjestettävä siten, että sillä tuetaan perustuslaissa turvattujen sosiaalisten oikeuksien toteutumista.

Sekä potilaalla että sosiaalihuollon asiakkaalla on mahdollisuus tehdä muistutus kohtelustaan (PotL 10 § ja AsiakasL 23 §). Kohtelua koskevat muistutukset koskevat yhtä hyvin hallinnollisiin päätöksiin liittyviä prosesseja kuin tosiasiallisen hallinnon toimintoja. Potilaan oikeus muistutuksen tekoon ulottuu myös terveyden- ja sairaanhoitoon. Muistutuksenteko-oikeus ei varsinaisesti muuta peruskysymystä siitä, että ylipäätään jälkikäteen oikeusturvan keinot sairaanhoidon tai sosiaalipalvelujen yhteydessä erityisesti kiireellisissä tilanteissa soveltuvat huonosti oikeusturvan takeeksi. (Esim. EOA D 2484/4/99.) Yhdenvertaisen kohtelun kannalta muistutusmenettelyillä sen sijaan voi olla tosiasiallisia vaikutuksia.

Palvelun tai etuuden saantia koskevilla muutoshakukeinoilla voidaan korjata lähinnä yksilön palvelujen tai etuuksien saamiseen liittyviä puutteita tai epäoikeudenmukaisuuksia. Siltä osin kuin KHO, ylimmät lainvalvojat, oikeuskansleri tai eduskunnan oikeusasiamies ratkaisuiltaan vaikuttavat käytäntöjä yhtenäistävästi, ratkaisut voivat edistää myös yhdenvertaisuuden toteutumista palvelujen myöntämisessä maan eri osissa ja kuntien välillä.

Oikeudenmukaisuus ja palvelujen toteutus esimerkkinä laitoshoido

Laitoshuolto on vanhastaan ollut alue, jonka piiriin kuuluvien asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta on katsottu voitavan rajoittaa eri tavoin, vaikka varsinaisia säännöksiä rajoitusmahdollisuuksista ei olisi sisältynyt lakiin. Ns. laitovallan käsite on hylätty esimerkiksi oikeustieteellisessä kirjallisuudessa jo 1960-luvun lopulla. Myös perusoikeusuudistuksen esitöissä otettiin yksiselitteisen

torjuva kanta laitoksessa olevien perusoikeuksien rajoittamiseen. Laitoshoidon sisältöä koskevat säännökset ovat lainsäädännössä niukat. Enempää perusoikeussäännökset kuin tavallisella lailla annetut säännökset eivät anna johtoa edes sen suhteen, mitä kaikkein vahvinta sääntelyä edustavat ihmisarvoisen elämän edellytykset (19.1 §) laitoshoidossa tarkoittavat tai mitä laitoshoidon sisällön tulisi olla. Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksessa olevien henkilöiden hoitoon ja huolenpitoon liittyviä kysymyksiä voidaan tarkastella 6 §:n yhdenvertaisuussäännöksen rinnalla myös muiden perusoikeuksien kautta. Peruskysymys on, ovatko laitoksessa olevat samassa asemassa kuin muut yhteiskunnan palveluja tai etuuksia saavat henkilöt. Seuraavassa ei käsitellä varsinaisia hoitotilanteisiin, esimerkiksi mielenterveyslakiin tai muuhun lainsäädäntöön perustuvia vapaudenrajoituksia.

Sosiaalihuollossa laitoshuollolla tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitoshuoltoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluita hyväksi käyttäen. (SHL 24 §) Kansanterveyslain mukaan sairaanhoidolla tarkoitetaan lääkärin suorittamaa tutkimusta ja hänen antamaansa tai valvomaansa hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta (KTL 14 § 1 momentin 2-kohhta). Sairaanhoito voi tapahtua joko avo- tai laitoshoidossa. Sosiaalihuollossa käsitettä ei ole sidottu tietyn ammatillisen pätevyyden antamaan hoivaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevassa laissa (734/1992) ja sitä täydentävissä asetuksissa (912/1992 ja 1241/2002) käytetään laitoshoidon termiä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Laitoshoidossa pitkäaikaisen ja lyhytaikaisen laitoshoidon raja on kolme kuukautta. Palveluasumisessa laitoshoidon ja avohuollon rajaa on vedetty lähinnä sen perusteella, maksaako henkilö vuokraa asunnosta vai ei. Laitoshoidon tai avohoidon sisältö ei näidenkään säännösten kautta täsmenny.

Yksi yhdenvertaisuuteen (kin) liittyvistä kysymyksistä on laitoshoidossa olevan henkilön yksityisyyden suoja (PL 10 §) ja sen rajoitukset. Ennakkotapauksessa KHO:2002:75 katsottiin, että dementoituneille asukkaille yksityisiä sosiaalipalveluja antavan toimintayksikön hoitopaikkamäärää arvioitaessa tuli ottaa huomioon yleiset asumisen vaati-

mukset ja asukkaiden perusoikeudet, kuten yksityisyyden suoja. Kahden henkilön sijoittamista samaan huoneeseen voitiin perustella poikkeuksellisesti sairaudesta johtuvilla syillä, koska sillä voitiin vaikuttaa sairaudelle ominaisten turvattomuuden tunteiden vähentämiseen. Pääsääntöisesti kahden vieraan ihmisen sijoittamista samaan huoneeseen ei sen sijaan voida ratkaisun mukaan pitää perusteltuna. Kahta useamman henkilön sijoittamista samaan huoneeseen ei voitu tämän ratkaistun tapauksen mukaan perustella myöskään palvelujen järjestäjänä olleen kunnan esittämällä taloudellisilla seikoilla.

Yksityisyyden suoja on osa laitoshoidossa olevan henkilön oikeutta kodinomaisiin olosuhteisiin tilanteessa, joka esimerkiksi dementoituneiden tai kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla voi jatkua jopa vuosikymmeniä. Laitoshoidon sisältöä määrittelee laitokseen joutumiseen syy, sairauden hoito, kuntoutus tms., jolloin myös asukkaan fyysinen ympäristö määräytyy hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden ja niitä koskevien ammattihenkilöiden työympäristölle asetettujen edellytysten kautta. Sairaala- ja laitosmaisuuksia leimaa usein myös pääasiassa asuntona käytettyjä tiloja riippumatta siitä, annetaanko niissä ja kuinka usein varsinaista sairaanhoitoa ja tapahtuuko se henkilön omassa huoneessa silloinkin, kun laitokseen joutumisen syynä on pääasiassa avun tarve jokapäiväisen elämän toiminnoissa. Jos ja kun työympäristöt ovat myös ihmisten koteja, onko paikallaan että työympäristölle asetetut vaatimukset lähes yksinomaan määrittävät sen minikäläisiksi laitokset rakennetaan. Laitoshoidossa olevat eivät kykene omin avuin huolehtimaan itsestään. Yhdenvertaista kohtelua koskevan PL 6 §:n lisäksi sovellettava säännös on PL 19.1 § ihmisarvoisen elämän edellytyksistä. Sen kautta tarkasteltuna kyse on siitä, minkälaiset asumisolosuhteet täyttävät ihmisarvoisen elämän edellytykset.

Ihmisarvoiseen elämään liittyy myös kysymys ”pakkolääkityksestä” esimerkiksi nukkumaan menon aikais-
tamiseksi tai WC-käyntien systemaattinen korvaaminen vaipoilla jo vähäisen liikuntakyvyn heikkenemisen takia, joita molempia yleensä perustellaan vähäisillä henkilöstöresursseilla. Yksittäisinä tapauksina vieläkin hälyttävimpiä ovat julkisuudessa olleet uutiset, joiden mukaan laitoshuollossa ei ehditä resurssipulan takia syöttää kaikkia vanhuksia riittävän ravinnon tarpeen tyydyttämiseksi. PL 19.1 §:n lisäksi pakkolääkitykset ja vaipat vähintään lähenevät PL 1 §:ssä

ja 7.2 §:ssä turvattua ihmisarvon loukkaamattomuutta. Ihmisarvoa ei ole lupa loukata missään oloissa. Esimerkiksi mielenterveyslain muutosta koskeneen hallituksen esityksen mukaan potilaaseen voidaan kohdistaa perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä ainoastaan pakottavan vaaratilanteen torjumiseksi (HE 113/2001).

Fyysisten tarpeiden lisäksi laitoshoidon tulisi vastata hoidettavien henkisistä tarpeista. Sosiaalihuoltolain esitöiden mukaan ”laitoshuollon päätehtävänä erityisesti vanhusten ja vammaisten kohdalla on taata hoidon tarpeessa olevalle fyysisistä ja henkisistä perustarpeista huolehtiminen silloin, kun tätä ei ole tarkoituksenmukaista järjestää avohuollon keinoin.” (HE 102/1981) Vähintään silloin, kun henkilöllä ei ole muuta asuntoa kuin laitos, tulisi arvioida, mitä henkisistä perustarpeista vastaaminen tarkoittaa, mikä on sen sisältö ja miten yhdenvertaisuus toteutuu esimerkiksi suhteessa kotona asuviin vanhuksiin.

Osittain henkisten tarpeiden tyydyttämisen mahdollisuuteen kytkeytyy laitoksessa olevien henkilöiden liikkumisvapaus ja sen mahdollinen rajoittaminen (PL 9 §). Ylipäätään liikkumisen rajoittaminen siten, että laitoksesta poistuminen omille asioille tai vaikka pihalle on kielletty, ei lähtökohtaisesti täytä perustuslaissa turvattua liikkumisvapauden vaatimusta. Vaikeavammaisten osalta on myös useita KHO:n ratkaisuja, joiden perusteella kunnalla on ollut velvollisuus myöntää vaikeavammaisille subjektiivisena oikeutena turvattuja kuljetuspalveluja silloinkin, kun he muutoin ovat asuneet laitoksessa (KHO 1996 A 48, KHO 1999:13). Perustuslakivaliokunnan lausunnossa (5/2006) hallituksen esityksestä lastensuojelulain muuttamisesta (HE 225/2004) on pitkään jatkuvan laitoksesta poistumiskiellon katsottu merkitsevän PL 7 §:ssä turvattun vapauden riistämistä. Valiokunnan mukaan kieltö voi olla vain määräaikainen ja sen on tukeuduttava perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttäviin ja painaviin perusteisiin.

Perustavanlaatuiset kysymykset siitä, mitä on perustuslailla turvattu ihmisarvoisen elämä laitoshoidossa ja miten se määritellään suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa, eivät siis ole vain kysymyksiä hoidon tai hoivan laadusta, jollaisina niitä usein käsitellään. Lainsäädäntö voi osaltaan olla keino yhdenvertaisuuden toteuttamisessa. Viime kädessä päätös myös siitä, noudatetaanko sääntelyä, tehdään konkreettisesti toiminnassa.

Lähteet

- Liljeström, M. (2002). Tuomioistuimen rooli hoitopääsykiistossa. Julkaisussa: Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:18. Helsinki: STM.
- Scheinin, M. (1999). Suomen valtiosäännön peruseriaatteet (PL 1 §) ja Yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (PL 6 §). Teoksessa: Hallberg, P. & Karapuu, H. & Scheinin, M. & Tuori, K. & Viljanen, V.-P. (toim.) Perusoikeudet. Helsinki: Werner Söderström Lakitieto Oy.
- Tuori, K. (1999). Sosiaaliset oikeudet (PL 19 §). Teoksessa: Hallberg, P. & Karapuu, H. & Scheinin, M. & Tuori, K. & Viljanen, V.-P. (toim.) Perusoikeudet. Helsinki: Werner Söderström Lakitieto Oy, 593–630.
- Tuori, K. (2004). Sosiaalioikeus, 3. uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Lakitieto Oy.
- Ylikylä-Leiva, H. (2003). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeudellisesta asemasta. Helsinki: Edita.

PRIORISOINTI JA TERVEYDENHUOLLON OIKEUDENMUKAISUUS

LAURI VUORENKOSKI, SAMULI SAARNI

Lääketieteen tietämyksen ja teknologian kasvu on ollut nopeaa viimeisten vuosikymmenten aikana. Toisaalta olemassa olevat hoitomuodot ovat kehittyneet, ja toisaalta on ryhdytty hoitamaan ihmiselämän ongelmia, joita ei ole aiemmin lääketieteen keinoin hoidettu. Tämä kehitys on tuonut mukanaan enemmän elinaikaa ja terveempää elämää. Uudet mahdollisuudet tuovat kuitenkin mukanaan uudet resurssivaatimukset. Uuden teknologian tuoma hoidon tehostuminen kompensoi tätä kasvua joissakin yksittäistapauksissa, mutta ei kokonaisuutena. Lisäksi väestön ikääntyminen lisää hoidon tarvetta. Näistä syistä johtuu, että terveydenhuollon resurssitarpeet kasvavat nopeammin kuin kansantuote. Tässä tilanteessa keskustelu terveydenhuollon priorisoinnista on välttämätöntä.

Hyvä käytännön esimerkki teknologian tuomista uusista, voimavaroja vaativista mahdollisuuksista on ennaltaehkäisevä lääkehoito. Yhä suurempi osa väestöstä käyttää esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyyn lääkehoitoa. Tämä lisää paitsi lääkekustannuksia, myös lääkärissä käyntejä ja laboratoriokustannuksia. Vaikka näin ennaltaehkäistään kalliisti hoidettavien sairauksien syntymistä, ihmiset saavat väistämättä ennemmin tai myöhemmin kuolemaan johtavan sairauden, jonka hoito voi olla vielä kalliimpaa. Todellisia säästöjä ei välttämättä synny, vaikka elinikä pidentyykin. Pelkän kustannusnäkökulman sovellettavuutta rajoittaakin se ilmeinen ongelma, että monien potilasryhmien hoito ei tuota säästöjä, vaikka on muuten perusteltua.

Lisääntyvä kysyntä: medikalisaatio, terveyden inflaatio, markkinaehtoistuminen ja ikääntyminen

Terveydenhuollon resurssivaatimusten kasvuun vaikuttavat myös medikalisaatio, terveyden inflaatio, terveydenhuollon markkinaehtoistuminen ja väestön ikääntyminen. *Medikalisaatiolla* tarkoitetaan sitä, että lääketieteestä haetaan ratkaisua yhteiskunnan ja ihmisen arjen ongelmiin, joita ei aiemmin ole koettu lääketieteen piiriin kuuluviksi tai terveydenhuollon toimenpiteillä hoidettaviksi. Esimerkkeinä vaikkapa naisten menopaussin (ja miesten ”andropaussin”) lääkehoito sekä yksinäisyyden ja kriiseihin liittyvien normaalien järkytysten tuominen terveydenhuoltoon. Yksi medikalisaation taustavoima on lisääntyvä (perusteltu tai perustelematon) usko teknologian mahdollisuuksiin tehokkaasti ja helposti ratkaista arjen ongelmia ja hallita elämää sekä siihen liittyviä riskejä. Näin medikalisaatio lisää terveydenhuollon kysyntää ja sen kautta kustannuksia.

Se mikä ennen koettiin hyväksi, terveeksi elämäksi, voidaan nyt kokea ikäväksi hoitoa vaativaksi sairaudeksi. Vastaavasti käsitys riittävästä elämän pituudesta kasvaa koko ajan. Tätä voidaan kutsua *terveyden inflaatioksi*. Hyvän – eli odotuksia vastaavan – terveyden ylläpitäminen vaatii yhä enemmän, myös terveydenhuollon resursseja.

Terveydenhuollon *markkinaehtoisuus* kasvaa useista syistä. Aiemmin terveydenhuollon voittoa tavoitteleva yri-

tystoiminta keskittyi Suomessa lähinnä yksittäisten lääkärien pitämiin praktiikoihin, muutamaan pieneen yksityissairaalaan ja geneerisiä lääkkeitä tuottaviin lääketehdäisiin. Tilanne on nopeasti muuttumassa, ja terveydenhuolto nähdään enenevästi potentiaalisesti tärkeänä yritystoiminnan kenttänä. Terveydenhuoltosektorin yritystoiminnalta odotetaan yhä suurempaa panosta kansantuotteen ja talouden kasvun moottorina kansainvälisesti ja kansallisesti. Elinkeinopoliittikka valtaa alaa terveystaloudelta järjestelmän ohjauksella. Terveydestä ja terveydenhuollosta on näin tulossa markkinahyödyke siinä missä muutkin. Markkinalähtöisyys terveydenhuollossa ohjaa lääketieteen tutkimustoimintaa sekä teknologian ja palveluiden käyttöä taloudellisten hyötyjen mukaan, mikä voi olla herkästi ristiriidassa kansanterveyden edistämisen tai terveydenhuollon kokonaisuuden järjevän kehittämisen kanssa.

Väestön ikääntymiskehitys on helppo ennustaa, mutta sen vaikutukset terveydenhuollon kustannuksiin riippuvat paljolti tulevaisuuden poliittisesta ja teknologisesta toimintaympäristöstä. Seuraavien 25 vuoden aikana yli 65 vuotta täyttäneiden määrän odotetaan kasvavan n. 600 000 hengellä. Merkittävä osa terveydenhuollon kustannuksista syntyy näiden ikäluokkien hoitamisesta. Tilannetta tasoittanee jossakin määrin se, että ikääntyvät suuret ikäluokat ovat todennäköisesti tulevaisuudessa terveempiä kuin nykyiset vanhukset. Vaikka sairaanhoitokulut eivät siten välttämättä kasvaisi, lisääntyvät erilaisten ennaltaehkäisevien teknologioiden kustannukset joka tapauksessa.

Miten julkisen vastuun raja terveyspalveluissa määritellään?

Terveydenhuollon tuleva kustannusten kasvu edellyttää joko säännöstelyä (osa potentiaalisesti hyödyllisistä hoidoista jätetään julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle) tai ihmisten oman maksuosuuden kasvattamista. Julkisen rahoituksen lisäämisellä voidaan vaikuttaa säännöstelytarpeen määrään, mutta sen tarvetta ja julkisen vastuun rajojen pohtimista ei voida tällä tavalla välttää.

Miten julkisen ja yksityisen vastuun raja nykyään on sitten määritelty? Perustuslain mukaan ”*Julkisen vallan on*

turvettava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Potilaslain mukaan taas ”*Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä*”. Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa on ilmaistu, että kunnan ”*tulee järjestää*” ja sairaanhoitopiiri on ”*velvollinen huolehtimaan*” sairaanhoidosta. Lainsäädännössä julkisen vastuun rajat jäävät siis tulkinnanvaraisiksi. Eräiden tulkintojen mukaan terveyspalveluiden osalta vain kiireellinen hoito määritetty perustuslaissa ns. subjektiiviseksi oikeudeksi (Perustuslain 19 §, 1.mom).

Käytännössä nykyisin julkisen terveydenhuollon rajoista ja resursseista päätetään verhotusti yhteiskunnan monilla eri tasoilla, jolloin päätöksenteon kokonaisuudesta tulee sirpaleinen. Rajoja määritellään lähinnä ohjailemalla ja rajoittamalla rahavirtoja, eikä päättämällä eksplisiittisesti siitä, missä laajuudessa eri palveluita tarjotaan ja kenelle. Resurssipäätöksen seurauksena syntyneen tilanteen toteaminen potilaalle jää näin yksittäisen lääkärin tehtäväksi, eikä perusteita rajauksille ole helposti löydettävissä. Prosessissa on kaksi perusongelmaa: päätöksenteko ei ole demokraattista ja läpinäkyvää, eikä se ole systemaattista. Nämä ongelmat on korjattava, jotta priorisoinnin kehittämisessä voidaan päästä eteenpäin.

Terveydenhuollon priorisointi

Terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen vastuun rajanvedosta on puhuttu käsitteiden priorisointi ja säännöstely avulla. Termillä ”priorisointi” (priority setting) tarkoitetaan asioiden – käytännössä potilaiden, hoitojen tai sairauksien – laittamista tärkeysjärjestykseen kun taas termillä ”säännöstely” (rationing) korostetaan potentiaalisesti hyödyllisten hoitojen antamatta jättämistä. Koska kyse on käytännössä taloudellisista syistä johtuvasta rajoittamispyrkimyksestä, kuvaa ”säännöstely” toiminnan luonnetta parhaiten. Sitä ei kuitenkaan aina haluta käyttää termiin liittyvän negatiivisen arvolatauksen vuoksi. Haettaessa positiivista arvolatausta

käytetään joskus käsitettä ”kestävä kehitys” (sustainability).

Priorisointipäätöksiä voidaan tehdä terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Valtionhallinnossa voidaan päättää priorisoinnin suurista linjauksista. Kuntien, sairaanhoitopiirien ja klinikoiden tasolla voidaan päättää terveydenhuollon yksiköille annettavista resursseista ja järjestettävistä palveluista sekä niiden ohjailusta. Alimmalla tasolla yksittäinen lääkäri tekee viime käden priorisointipäätökset siitä, minkälaista hoitoa potilaalle annetaan. Päätöksenteko näillä eri tasoilla vaikuttaa toisiinsa, eli esimerkiksi valtionhallinnon päätökset vaikuttavat myös siihen, minkälaisia priorisointiratkaisuja yksittäinen lääkäri tekee yksittäisen potilaan kohdalla.

Priorisointi voidaan toteuttaa joko eksplisiittisesti tai implisiittisesti. Priorisoinnin eksplisiittisyydellä tarkoitetaan sitä, että priorisointipäätökset tehdään systemaattisesti, selkein perustein ja selkeästi määritellyn prosessin tuloksena. Implisiittisyydellä tarkoitetaan tämän vastakohtaa, jolloin priorisointi tapahtuu muuhun päätöksentekoon verhoituna tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena. Suomalaisin termein voitaisiin puhua avoimesta säännöstelystä ja piilosäännöstelystä.

Implisiittisen priorisoinnin puolustajat perustelevat näkemystään muun muassa sillä, että se tarjoaa joustavamman lähestymistavan terveydenhuollon hyvin monimuotoisiin klinisiin päätöksentekotilanteisiin. Tämä vähentää priorisoinnin jännitteitä, kun potilaan itse kokema tarve voidaan ottaa huomioon. On myös esitetty, että priorisoinnin pitäisi olla implisiittistä, koska eksplisiittinen priorisointi on käytännössä mahdotonta toteuttaa. Lisäksi on todettu, että eksplisiittisessä priorisoinnissa voimakkaat intressiryhmät saattavat päästä liiaksi tekemään priorisointipäätöksistä omien etujensa mukaisia. Lisäksi eksplisiittinen priorisointi saattaa tuottaa potilaille mielipahaa tekemällä potilaat tietoisiksi siitä, että he eivät välttämättä saa parasta mahdollista hoitoa.

Eksplisiittisen priorisoinnin kannattajat korostavat eksplisiittisyyden olevan demokraattinen tapa priorisoida. Se parantaa päätösten vastuullisuutta, koska päätökset on perusteltava ja tehtävä läpinäkyvästi. Tämä taas tukee priorisoinnin johdonmukaisuutta ja antaa kansalaisille mahdollisuuden arvioida, ovatko priorisoinnin perustelut oikeita. Eksplisiittisen priorisoinnin kannattajat arvoste-

levat myös implisiittisen priorisointiin liittyvää potilaiden ”harhauttamista”, jossa potilaiden annetaan ymmärtää, että priorisointia ei tapahtuisi.

Priorisoinnin keskeisiä kysymyksiä on poliittisen päätöksenteon ja asiantuntijapäätöksenteon suhde. Päätöksenteossa voi olla mukaan monia eri ryhmiä: kansalaiset, potilaat, terveydenhuollon ammattilaiset, muut asiantuntijat, valtionhallinnon viranomaiset, terveydenhuollon hallinnossa työskentelevät, kansalaisten edustajat valtionhallinnossa, kansalaisten edustajat kunnan hallinnossa tai tuomioistuimet. Suomessa perinteisesti terveydenhuollon priorisointipäätöksistä ovat pääosin vastanneet erilaiset asiantuntijat ja klinikot. On kuitenkin huomattu, että asiantuntijatiedon lisäksi päätöksentekoon on välttämätöntä sisällyttää myös yhteiskunnan ja kansalaisten arvot. Yksi keino tämän mahdollistamiseksi on ottaa poliitikot tai muut väestön edustajat selkeämmin mukaan priorisointipäätösten tekoon. Käytännön ongelmaksi muodostuu, että poliittisten päätöksentekijöiden on usein vaikea ottaa näistä päätöksistä vastuuta ja monen eri intressiryhmän osallistuessa päätöksentekoon intressien tasapainoinen yhteensovittaminen on vaikeaa.

Kansainvälisesti on keskusteltu ja kokeiltu erityisesti kansalaisten ottamista mukaan päätöksentekoon. Tämä on perusteltua, koska demokraattisissa yhteiskunnissa kansalaisilla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa yhteiskunnallisiin päätöksiin, koska kansalaiset ovat julkisen terveydenhuollon maksajia ja käyttäjiä ja kansalaisten mukaanotto voi auttaa vaikeiden yhteiskunnallisten arvojen huomioimista päätöksenteossa. Lisäksi kansalaisilla voi olla sellaista tietoa ja kokemuksia, joita asiantuntijoilla ei ole.

Huomio päätöksentekoprosesseihin

Alun perin kansainvälisissä priorisointikokeiluissa ja -keskusteluissa on ollut suhteellisen mekanistinen lähestymistapa, jossa on esimerkiksi pyritty asettamaan hoidot kustannusvaikuttavuutensa avulla järjestykseen terveystaloustieteen keinoin. Tällöin voitaisiin maksimoida toiminnan tehokkuus. Tämä ei kuitenkaan ole riittävä näkökulma, kun puhutaan hyvinvointivastuun jakamisesta julkisen ja yksityisen

välillä suomalaisessa yhteiskunnassa. Oikeudenmukaisuuden kannalta on erityisen tärkeää myös hoidon tarve.

Uudemmassa priorisointikeskustelussa on kohdistettu mielenkiinto mekanistisista, lopputuloksen määrittelyihin keskittyvistä ratkaisusta itse päätöksentekoprosesseihin: ensisijaista on päättää, miten päätökset tehdään, kuka päätökset tekee ja mihin periaatteisiin perustuen. Oikeudenmukaisesta prosessista seuraa oikeudenmukainen lopputulos. Nykyisen priorisointitutkimuksen näkyvin käsite on Danielsin ja Sabinin (Daniels ym. 1997, Daniels 2000, Daniels 2001) Rawlsin oikeudenmukaisuusteorian pohjalta kehittämä määritelmä legitimiiksi priorisointiprosessiksi (accountability for reasonableness). Siinä legitimitietin takaa neljä tekijää: julkisuus (publicity), merkityksellisyys (relevance), korjattavuus (revisability) ja toimeenpano (enforcement).

Julkisuudella tässä tarkoitetaan sitä, että päätökset ja niiden perusteet ovat julkisia. Merkityksellisyydellä tarkoitetaan päätöksien tukeutumista näyttöön ja yleisesti hyväksyttäviin, oikeudenmukaisiin ja järkeviin periaatteisiin, jotta kansalaisten tarpeet voidaan täyttää parhaalla mahdollisella tavalla käytössä olevien voimavarojen puitteissa. Korjattavuudella tarkoitetaan kansalaisten ja potilaiden mahdollisuutta kyseenalaistaa päätökset ja mahdollisuutta virheellisten päätöksien oikaisemiseksi. Toimeenpanolla tarkoitetaan, että on olemassa selvät säännöt, kuinka päätöksenteko toteutetaan. Tämä konsepti ei siis määrittele, kuka päätökset tekee tai mitä teknisiä menetelmiä niiden tuottamiseen käytetään. Se ei esimerkiksi määrittele sitä, otetaanko kansalaiset mukaan tekemään priorisointipäätöksiä.

Tarpeen määritteleminen

Keskeistä terveydenhuollon resurssien oikeudenmukaisessa jaossa on pyrkimys järjestää hoito tarpeiden mukaisesti, mikä erottaa terveydenhuollon maksuhalukkuuteen perustuvista normaaleista markkinoista. Lääketieteen kannalta tarvetta määrittelee hoidettava tila (sairaus, sen vaikeusaste tai sen aiheuttama kärsimys) ja potilaan mahdollisuus hyötyä hoidoista. Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tarpeen arviointi voidaan tehdä samalla tavalla, eli tarve määrittyy sairastumisriskin suuruuden tai ennaltaehkäisy menetelmien

arvioidun hyödyn perusteella. Tarpeen ”lääketieteellisyys” määrittämiseen tarvitaan aina jonkinlainen lääketieteellinen normi – siis terveys- ja sairauskäsitys – josta poikkeaminen tarpeen syynä tekee tarpeesta lääketieteellistä.

Tilanteet, joissa kärsimys ja kyky hyötyä hoidoista menevät ristiin, ovat tarpeen määrittelyn kannalta erityisen ongelmallisia. Ne sisältävät tyypillisesti priorisointiongelmia, joiden ratkaisussa demokraattiset prosessit ovat terveystaloustieteellisiä laskelmia tärkeämpiä – tyyppiesimerkkinä vaikkapa saattohoito.

Tarpeeseen vaikuttavat sairaustilan lisäksi monet ei-lääketieteelliset tekijät, kuten yksilön arvomaailma, elämäntilanne ja elinympäristö. Tarpeen määrittely ei olekaan missään tapauksessa arvovapaata. Tarvetta tarkasteltaessa voidaan erottaa ”subjektiivinen tarve” – tarpeen kokemus tai halu – objektiivisesta, yksilön ulkopuolelta todettavasta tarpeesta. Subjektiiiviseen tarpeeseen vaikuttavat yksilön omat arvot ja kokemukset, kun taas objektiiviseen tarpeeseen yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa vallalla olevat arvot.

Kärsimyksen, toimintakyvyn laskun, terveyden ja elämänlaadun mittaamiseen on kehitetty lukuisia erilaisia työkaluja, joita voidaan käyttää myös hoidoista hyötymisen arviointiin. Nämä voivat olla joko sairauskohtaisia tai ”geneerisiä”, eli tiettyyn tautiin tai hoitomuotoon liittymättömiä. Jälkimmäiset mahdollistavat eri hoitojen ja sairauksien vertailun keskenään. Näiden työkalujen avulla voidaan tarvetta vertailla joko siten, että katsotaan

- a) matalamman terveydentilan (tai terveyteen liittyvän elämänlaadun) tarkoittavan suurempaa tarvetta
- b) suuremman hoidosta aiheutuvan muutoksen (hyödyn) tarkoittavan suurempaa tarvetta.

Teoriassa eri hoitoja voidaan verrata toisiinsa mm. mittaamalla hoitojen tuottamia laatupainotteisia elinvuosia (quality adjusted life year, QALY) jotka yhdistävät elämänlaadun muutokset ja eliniän pitenemisen yhdelle asteikolle. Tämän tyyppisissä tarkasteluissa tulee kuitenkin huomioida, että paitsi teoriassa niin myös intuitiivisesti on uskottavaa, ettei terveys saati hyvä elämänlaatu ole vain yhdelle akselille pelkistävä käsite. Aidosti monitahoinen käsite ei mahdollista mittaustuloksen pelkistämistä yhteen dimensioon, vaikka näin onkin käytännössä tehtävä laskettaessa QALY:ja. Ter-

veyttä yhdelle akselille pelkistäviin mittareihin on suhtauduttava varauksellisesti ja selvitettävä ne monet arvovalinnat, joita mittaria rakennettaessa on tehty.

Priorisoinnin tulevaisuus

Suomessa on ollut kaksi laajaa priorisointia koskevaa keskustelualoitetta: Stakesin asettama Terveydenhuollon priorisointiryhmä vuosina 1993–1994 ja siihen liittyvä seminaari vuonna 1993, sekä Duodecim-seuran koolle kutsuma priorisointineuvottelukunta vuonna 1999 (Terveydenhuollon priorisointityöryhmä 1994, Priorisointineuvottelukunta 2000). Vaikka näiden puitteissa käytiin erittäin arvokkaita pohdintoja, niiden käytännön vaikutukset päätöksentekoon jäivät vähäisiksi. Keskeinen saavutus onkin ollut kansainvälisen kokemuksen kanssa yhtenevä havainto, että terveydenhuollon valintoja ei pystytä välttämään pelkästään toimintaa tehostamalla ja että kyseessä on monimuotoinen ongelma, jonka ratkaisemiseksi ei ole yksinkertaisia teknisiä ratkaisuja. Keskustelu julkisen terveydenhuollon rajoista on yhä ajankohtaista, eikä tämän keskustelun välttäminen ole järkevää, mikäli haluamme jakaa terveydenhuollon voimavarat oikeudenmukaisesti. On tärkeää käydä julkista priorisointikeskustelua, jotta kansalaiset ja poliitikot ymmärtävät, mistä on kysymys, ja sitoutuvat etsimään ratkaisuja.

Päätöksenteon lähtökohta on tietysti perustuslaki: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.” Lainsäädännöllä voitaisiin teoriassa määritellä tarkemmin se, mitä julkisen vallan tulee terveydenhuollossa tarjota ja mikä on kansalaisten oman vastuun määrä. Teknologia kuitenkin kehittyy niin nopeasti, että käytännössä ainut toimiva lainsäädännöllinen tapa lienee säädöksiin määritellä priorisointiprosessin

menetelmät ja valtuudet tarkemmin. Tulee myös huomata, että potilaiden taloudellisen omavastuun määrittäminen on myös keskeisesti poliittinen päätös. Kansallisesti yhteneviä terveydenhuollon valintojen tekemistä vaikeuttaa kuntiin hajautettu terveydenhuollon päätöksentekojärjestelmä.

Terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä ja sairaanhoitoa koskevan julkisen vastuun ja yksityisen vastuun rajaa koskeva lainsäädäntö tulisi uudistaa ja tehdä yhdenmukaisemmaksi ja selkeämmäksi. Kansalaisten vastuuta omasta terveydestään ja sen ylläpitämisestä tulee kannustaa mahdollisuuksien mukaan kansalaisten terveystietämystä lisäämällä. Lisäksi terveydenhuollon rajoja koskevaa käytännön päätöksentekoa tulisi tehdä virtaviivaisemmaksi, selkeämmäksi, demokraattisemmaksi ja julkisemmaksi. Kansallisella tasolla tulisi tarkemmin määritellä, minkälaisia palveluita julkisen terveydenhuollon tulisi tarjota. Tämä tukisi julkisten resurssien oikeudenmukaista ja tehokasta käyttöä. Selkeintä olisi luoda Suomeen demokraattinen, laajaan osallistumiseen perustuva järjestelmä priorisointipäätöksien tekoa varten.

Laki hoitoon pääsyn turvaamisesta on ensimmäinen askel määriteltäessä tarkemmin julkisen vastuun rajoja terveydenhuollossa jo pitkään toimineen lääkekorvausjärjestelmän ohella. Hoitoon pääsyn perusteiden määrittelyä voidaan pitää merkittävänä virstanpylväänä matkalla kohti rationaalisempaa terveydenhuollon priorisointia. Kehittämistä on erityisesti prosessin demokraattisuudessa, avoimuudessa, systemaattisuudessa ja korjattavuudessa. Terveydenhuollon teknologioiden systemaattista arviointia ennen niiden käyttöönottoa tulee tehostaa. Keskeistä olisi rakentaa julkisen terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmät niin, että terveydenhuollon kestävä kehitys olisi mahdollista sekä oikeudenmukaisuuden että taloudellisen kestävyuden kannalta. Molemmat kriteerit edellyttävät avointa priorisointia ja säännöstelyä, nyt ja tulevaisuudessa.

Lähteet

- Daniels, N. (2000). Accountability for Reasonableness. *BMJ*, 321: 1300–1301.
- Daniels, N. (2001). Justice, Health, and Healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 1: 2–16.
- Daniels, N. & Sabin, J. (1997). Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. *Philosophy and Public Affairs*, 26: 303–350.

- Priorisointineuvottelukunta (2000). Priorisointi – terveydenhuollon valinnat. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
- Terveydenhuollon priorisointityöryhmä (1994). Arvoista valintoihin. Raportteja 161. Helsinki: Stakes.



Terveyspalvelujen kohdentuminen

VÄESTÖRYHMIEN VÄLINEN ERIARVOISUUS TERVEYSPALVELUJEN KÄYTÖSSÄ

KRISTIINA MANDERBACKA, MIKA GISSLER, KAJ HUSMAN, PÄIVI HUSMAN, UNTO HÄKKINEN,
ILMO KESKIMÄKI, LIEN NGUYEN, SAMI PIRKOLA, AINI OSTAMO, KRISTIAN WAHLBECK JA Eeva WIDSTRÖM

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan aiemman suomalaisen tutkimustiedon valossa, miten oikeudenmukaisesti terveyspalvelut ovat kohdentuneet sosioekonomisen aseman ja asuinalueen mukaan. Tarkastelun kohteena on pääosin palvelujen käyttö, sillä vaikka joidenkin palvelujen osalta on tietoja niiden tarpeen jakautumisesta sosioekonomisen ryhmän tai alueen mukaan, tietoja ei ole saatavilla valtaosasta palveluista. Epäsuoria, mutta palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta asianmukaisia päätelmiä voidaan kuitenkin tehdä myös olemassa olevista tiedoista.

Vaikka väestöryhmien välinen tasa-arvo terveyspalvelujen käytössä on ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan julkilausutuista tavoitteista, ei sen saavuttamista ole seurattu järjestelmällisesti. Kattavan kuvan saaminen palvelujen käytön eroista on tosin vaikeaa, koska terveydenhuollon toiminta on monimuotoista ja se koostuu muun muassa terveyttä edistävästä ja sairauksia ehkäisevästä toiminnasta sekä avosairaanhoidosta, sairaalapaalveluista, kuntoutuksesta ja erilaisista hoivapaalveluista. Hoitoketjujen seuranta, tilastointi ja tutkimus on toistaiseksi ollut varsin vähäistä.

Avohoitopalvelujen ja lääkkeiden käyttöä on seurattu Kansaneläkelaitoksen sekä lääkintöhallituksen ja sittemmin Stakesin toteuttamalla terveydenhuollon väestötutkimuksilla vuodesta 1964 alkaen. Viimeisin tutkimus on vuosilta 1995/96 (Arinen ym. 1998). Lisäksi Stakes on tutkinut aikuisväestön terveyspalvelujen käyttöä 1990-luvun alkupuolella puhelinhaastatteluilla ja vuonna 2004 tehty ensimmäinen Stakes-survey sisältää myös joitakin terveyspalvelujen käyttöä koskevia kysymyksiä. Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -terveystarkastustutkimus sisältää terveyspalvelujen käyttöä koskevan osion (Aromaa & Koskinen, 2002). Työterveydenhuoltoa on seurattu 1990-luvun alusta lähtien. Työterveyshuolto Suomessa on työterveyshuoltoyksiköille 1992,

1995, 1997, 2000 ja 2004 toistettu postikysely, jonka aiheena ovat työterveyshuollon palvelujärjestelmän tarve, panokset, prosessit ja tuotokset työterveyshuolloissa. (Räsänen ym. 1994 ja 1997, Räsänen 1999 ja 2002). Toimipaikkaotokseen perustuva Tyky-barometri (Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla) on kerätty vuosina 1998, 2001 ja 2004 (Peltomäki ym. 1999 ja 2002). Työ ja terveys Suomessa on väestöotokseen perustuva työikäisten puhelinhaastattelu vuosilta 1995, 1997, 2000, 2003 ja 2006. (Piirainen ym. 1997, 2000 ja 2003). Lisäksi saatavissa on Kelan työterveyshuollon korvaustilastot, jotka ilmestyvät vuosittain kolme vuotta reaalialikaa jäljessä.

Mielenterveyspalvelujen käyttöä koskevan tiedonkeruun erityinen ongelma on, että osa avohoitopalveluista ja monet asumiseen liittyvät tuki- ja kuntoutuspalvelut jäävät järjestelmällisen tiedonkeruun ulkopuolelle. Mielenterveyspalvelujen avohoidon osalta on tietosuoja ja hoitoon hakeutumiskynnyksen kannalta pidetty tärkeänä, ettei avun hakemista mielenterveysongelmiin kirjata perusterveydenhuollossa mielenterveyskäyntinä. Vaikka tähän käytäntöön on tärkeitä perusteita, se vaikeuttaa kokonaiskuvan saamista mielenterveyspalveluiden käytöstä ja sen sosioekonomisesta vaihtelusta.

Tiedot sairaalahoidon väestöryhmittäisestä jakautumisesta perustuvat yksittäistutkimuksiin. Terveyspalvelujen 1980-luvun lopun ja 1990-luvun osalta sairaalahoidon jakautumista eri sosioekonomisilla ryhmillä on mahdollista tarkastella väestönlaskenta- ja sairaaloiden hoitoilmoitustietoja yhdistelemällä muodostetuilla aineistoilla (Hetemaa ym. 2003, Keskimäki 1997 ja 2003). Vastaavanlaisilla rekisteriaineistoilla on tutkittu psykiatristen diagnoosien perusteella sairaalahoitoon otettujen potilaiden hoitajaksoja ja niissä tapahtuneita muutoksia vuosina 1991–1996 (Ostamo ym.

2005) ja sepelvaltimotaudin hoitoa vuosina 1995–1999 (Hetemaa ym. 2004 ja 2006).

Terveydenhuollon käytön alue-eroja tilastoidaan säännöllisesti, mutta kyse on lähinnä erojen kuvaamisesta, eikä oikeudenmukaisuusnäkökulmaa voida juuri ottaa huomioon tilastoja laadittaessa. Järjestelmällistä alueellisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen seurantaa ei ole toteutettu.

Somaattiset avopalvelut

OECD:n vuoden 2000 tutkimusaineistoihin perustuvan vertailututkimuksen mukaan kaikkien lääkärikäyntien tarvakiointu jakauma oli tutkimukseen osallistuneista maista eniten hyvätulaisia suosiva Suomessa, Yhdysvalloissa ja Portugalissa (van Doorslaer ym. 2004). Suomalainen avohoidon palvelujärjestelmä on kansainvälisesti tarkastellen omaleimainen. Se sisältää useita rahoittamis- ja järjestämistapoja, jotka eroavat sekä käyttäjämaksujen että palvelujen saatavuuden suhteen ja vaikuttavat siten myös palvelujen käytön jakautumiseen sosioekonomisten ryhmien välillä. Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat suurelta osin yleislääkärikäyntejä, jotka muuttuivat useissa kunnissa maksullisiksi vuoden 1993 jälkeen. Terveyskeskuslääkärikäyntien osuus kaikista lääkärikäynneistä on 2000-luvulla pienentynyt 45 prosentista 40 prosenttiin. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat pääosin maksullisia erikoislääkärikäyntejä, jotka yleensä edellyttävät lähetteen terveyskeskus-, työterveys- tai yksityislääkäriltä ja jotka ovat muodostaneet noin viidennes osan kaikista lääkärikäynneistä viimeisten vuosikymmenten aikana. Yksityislääkärikäynnit, joissa potilaiden maksuosuus on suurin, ovat suurelta osin erikoislääkärikäyntejä. Niiden osuus kaikista lääkärikäynneistä on ollut vajaa neljännes. Viime vuosina selvimmin ovat kasvaneet työterveyslääkärikäynnit.

Taulukossa 1 (s. 44) on esitetty vuosien 1987 ja 1996 Terveydenhuollon väestötutkimuksista sekä Terveys 2000 -tutkimuksesta lasketut horisontaalisen eriarvoisuuden indeksit kaikille lääkärikäynneille sekä erikseen käyntisektorien mukaan (Häkkinen 1991, van Doorslaer ym. 2004). Indeksi vaihtelee $-1:n$ ja $+1:n$ välillä. Jos indeksin arvo on positiivinen, eriarvoisuus suosii suurituloisia. Mitä suurempi

indeksin arvo, sitä enemmän suurituloiset käyttävät palveluja suhteessa tarpeeseen verrattuna pientuloisiin. Indeksien arvo on negatiivinen, kun pienituloiset käyttävät suurituloisiin verrattuna enemmän palveluja, ja sitä pienempi, mitä enemmän pienituloiset käyttävät palveluja suhteessa tarpeeseen verrattuna suurituloisiin. Indeksien nolla-arvo kuvaa tasa-arvoa palvelujen käytön suhteen. Indeksissä palvelujen käyttö suhteutetaan sairastavuuden sekä ikä- ja sukupuolirakenteen perusteella arvioituun tarpeeseen.

Lääkärikäynnit kokonaisuudessaan ovat Suomessa viime vuosikymmeninä jakautuneet hieman suurituloisia suosivasti. Sektoreittain tarkasteltuna eriarvoisuusindeksit eivät juuri ole muuttuneet vuoden 1987 jälkeen. Tosin 2000-luvulla näyttäisi palvelujen suhteellinen käyttö lisääntyneen jonkin verran pienituloisilla lähes kaikilla sektoreilla, mutta muutokset eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat jakautuneet suurin piirtein tasaisesti tuloluokittain. Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti, kun taas yksityislääkärikäynnit ja erityisesti työterveyshuollon käynnit ovat jakautuneet suurituloisia suosivasti, kun tarkastellaan koko väestöä. Tämä sektorikohtainen eriytyminen näyttääkin olevan terveydenhuoltojärjestelmässä sellainen rakenteellinen tekijä, joka jatkuvasti vaikuttaa palvelujen käytön eriarvoisuuteen.

Sosioekonomisia eroja somaattisten avopalvelujen käytössä ei juuri ole tarkasteltu iän mukaan jaoteltuna. Kuitenkin vuoden 1996 Terveysturvan väestötutkimuksen mukaan alle 18-vuotiaiden lääkäripalvelujen käytössä ei ollut tuloryhmittäisiä eroja, kun pitkäaikainen sairastavuus oli vakioitu (Häkkinen 2002). Tuloryhmittäisiä eroja voi kuitenkin syntyä lapsille hankittujen yksityisten vakuutusten kautta, sillä niiden todettiin lisäävän lääkärikäyntien määrää (Häkkinen 2002), ja yksityisten vakuutusten on todettu lisääntyvän tulojen kasvaessa (Arinen ym. 1998). Työikäisillä aikuisilla todettiin eroja lääkärikäyntien todennäköisyydessä, kun useita tarvetekijöitä oli vakioitu. Myös eläkeikäisillä todettiin samansuuntaisia tuloryhmittäisiä eroja.

Kunnallinen avoterveydenhuollon palveluverkosto on ollut kattava 1980-luvulta lähtien eikä palvelujen saatavuudessa ole ollut systemaattisia alue-eroja (Nyman 1993). Viime vuosien lääkäripula on kuitenkin muuttanut tilannetta, ja toimintaa on jouduttu rajoittamaan muita enemmän

TAULUKKO 1. Lääkärissäkäyntien tarvevakioitu määrä 18 vuotta täyttäneillä ja niiden horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit vuosina 1987, 1996 ja 2000

Tulo- viidennes	Kaikki			Terveyskeskukset			Työterveyshuolto			Sairaaloitten poliklinikat			Yksityinen sektori		
	1987	1996	2000	1987	1996	2000	1987	1996	2000	1987	1996	2000	1987	1996	2000
I Alin	1.107	1.333	2.546	0.661	0.758	1.474	0.046	0.082	0.143	0.197	0.289	0.492	0.148	0.135	0.286
II	1.303	1.565	2.923	0.708	0.811	1.279	0.125	0.100	0.480	0.217	0.415	0.561	0.209	0.186	0.482
III	1.301	1.642	2.977	0.629	0.815	1.283	0.163	0.154	0.471	0.235	0.341	0.610	0.235	0.240	0.517
IV	1.455	1.742	3.166	0.623	0.747	1.170	0.248	0.235	0.692	0.236	0.366	0.626	0.304	0.333	0.538
V Ylin	1.599	1.860	3.223	0.490	0.645	0.935	0.308	0.308	0.818	0.279	0.397	0.504	0.458	0.468	0.784
Keskiarvo	1.353	1.628	2.967	0.622	0.755	1.228	0.178	0.176	0.521	0.233	0.361	0.559	0.271	0.272	0.522
Indeksi	0.070***	0.062***	0.044***	-0.058***	-0.034*	-0.080***	0.304***	0.278***	0.251***	0.063**	0.042	0.006	0.225***	0.248***	0.171***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Huom. Kaikki = työterveyshuollon lääkärisäkäynnit + sairaaloitten poliklinikakäynnit + yksityisen sektorin lääkärisäkäynnit + lääkärisäkäynnit terveyskeskuksissa ja muualla. Koska muissa lääkeissä käyntien määrä oli pieni, sen horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksejä ei laskettu.

Taulukon 1 eriarvoisuuden indeksien laskelmissa on tarpeen indikaattoreina käytetty ikää, sukupuolta, pitkäaikaissairastavuutta ja koettua terveydentilaa.

Käytetty menetelmä on kuvattu mm. OECD-julkaisussa van Doorslaer, E., Masseria, C. and OECD Health Equity Research Group (2004), Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa: The OECD Health Project. Towards high-performing health systems, Paris, OECD.

Pohjois- ja Itä-Suomessa sekä pienissä toimintayksiköissä. Lääkärivajetta on pyritty paikkaamaan yhä yleisemmin työvoimaa välittävien yritysten lääkäreillä eli ns. vuokralääkäreillä (Parmanne & Vänskä 2005). Toisaalta Helsingissä terveyskeskuslääkärissä käyntien määrät olivat 1990-luvun puolivälissä vähentyneet alle maan keskitason (Ariinen ym. 1998). Myös ei-kiireelliseen hoitoon pääsyajoissa on todettu alue-eroja. Lääkäriin vastaanotolle pääsi suosituksen mukaisessa kolmessa päivässä huonoiten Helsingin ja Oulun miljoonapiirien terveyskeskuksiin (Viisainen ym. 2003). Alueellisia eroja todettiin vielä vuonna 2000 siinä, oliko kävijällä ollut nimetty omalääkäri vai ei. HUS-piirissä omalääkäri oli nimetty kahdella kolmesta, kun osuus oli muissa piireissä alhaisempi, osuus oli matalin OYSin piirissä (37 %). Ero oli myös suuri kunnan taajama-asteen mukaan tarkasteltuna. Kaupunkimaisissa kunnissa omalääkäri oli melkein kahdella kolmanneksella, taajaan asutuissa kunnissa osuus oli yli puolet ja maaseutumaisissa kunnissa vajaat 20 prosenttia (Häkkinen & Alha 2006).

Työterveyshuolto Suomessa perustuu työterveyshuoltolakiin, joka astui voimaan 1979 ja jota uudistettiin vuonna 2001. Työnantajalla, jolla on palkattua työvoimaa, on lakiin perustuva velvollisuus järjestää työterveyshuoltopalvelut työntekijöilleen. Maatalousyrittäjille ja muille yrittäjille työterveyshuoltopalvelujen järjestäminen on vapaaehtoista. Työterveyshuollon tulee sisältää vähintään työterveyshuoltolain mukainen ennalta ehkäisevä työterveydenhoito (ns. lakisääteinen työterveyshuolto). Työnantajan on myös mahdollista tarjota työntekijöilleen työterveyspalvelut, jotka kattavat myös sairaanhoitopalveluja (ns. laaja-alainen työterveyshuolto). Työllisestä työvoimasta 22 prosenttia on lakisääteisen työterveyshuollon piirissä ja 78 prosenttia saa laaja-alaisia työterveyspalveluja. Työnantaja on oikeutettu saamaan työterveyshuoltokustannuksistaan 60 prosentin korvauksen ennalta ehkäisevästä toiminnasta ja 50 prosentin korvauksen sairaanhoitopalveluista Kansaneläkelaitoksen kautta. Työnantajalla on oikeus päättää, missä työterveyspalvelunsa järjestää. Suomessa on neljä erilaista työterveyspalvelujen tuottajamuotoa, jotka ovat terveyskeskusten työterveyshuolto, yrityksen oma työterveyshuolto (ns. integroitu

työterveyshuolto), yritysten yhteinen työterveyshuolto sekä yksityisten palveluntuottajien järjestämä työterveyshuolto (esim. yksityiset lääkärikeskukset). Työterveyshuoltoyksiköitä oli vuonna 2000 noin 1 000 ja työterveyshuolloissa työskenteleviä on noin 5 600 henkilöä. Työterveyshuollon piiriin kuului 76 prosenttia työllisistä ja 85 prosenttia palkansaajista. (Räsänen 2002.)

OECD:n Suomea koskevassa raportissa (OECD Reviews of ..., 2005) todettiin työterveyshuollon toimivan Suomessa hyvin ja vastaavan palvelujen tarpeeseen, erityisesti ikääntyvän työvoiman synnyttämään haasteeseen. Terveyskeskusten yleislääkäripalvelujen todettiin toimivan työterveyshuoltoa huonommin. Osasyynä tähän on se, että työterveyshuoltopalvelut ovat käyttäjälle maksuttomia ja hyvin saatavilla. Sen sijaan terveyskeskuspalveluista koituu käyttäjälle maksuja ja niiden saatavuus suhteessa käyttäjien tarpeeseen on osin puutteellinen. Raportin suositus oli, että terveyskeskusten yleislääkäripalveluja tulee kehittää työterveyshuoltopalvelujen tasolle. Epätasa-arvoa ei ole syytä tasoittaa työterveyshuoltopalveluja heikentämällä. (OECD Reviews of ..., 2005.) Tätä tukevat esimerkiksi tulokset tuoreesta, pääosin työikäiselle väestölle tehdystä tutkimuksesta, jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan lääkäripalvelujen laatua. Tutkimuksessa työterveyshuollon lääkäripalvelut sijoittuivat yksityislääkäreiden jälkeen selkeästi toiseksi, kun arvioijina olivat viimeisten 12 kuukauden aikana palveluja käyttäneet. Tässäkin tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että väestön arvion mukaan lääkäripalveluissa on organisaatioiden välisiä ja myös alueellisia eroja; työterveyshuolto arvioitiin parhaaksi Etelä-Suomessa. (Halonen ym. 2006.)

Työterveyshuoltopalvelujen suhteen muita heikommassa asemassa ovat epätyypillisissä (pätkä)työsuhteissa olevat, alle 10 henkilön mikroyrityksissä työskentelevät, yksinyrittäjät, työttömät, matalan koulutustason omaavat, pelkän lakisääteisen työterveyshuollon piirissä olevat (verrattuna laaja-alaisen, myös sairaanhoitoa sisältävän työterveyshuollon saaviin) ja toimialoista maa- ja metsätaloudessa, rakennus-, kauppa- sekä hotelli- ja ravintola-alalla työskentelevät (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Työterveyshuollon kattavuuden mukaan heikommassa asemassa olevat ryhmät vuonna 2003
 Prosenttiosuudet niistä työssäkäyvistä, joille työterveyshuoltoa ei ole järjestetty. (Lähde: Piirainen ym. 2003.)

	Ei työterveyshuoltoa (%)
Palkansaajat	13
Yksityissektorilla työskentelevät palkansaajat	9
Palkansaajat, jotka työskentelevät 2–9 henkilön toimipaikoilla	39
Maatalousyrittäjät*	43
Yrittäjät*	68
Ei ammatillista koulutusta	21
Kausi- tai keikkaluonteisessa työsuhteessa olevat	48
Kauppa- ja korjaustoimialalla työskentelevät	14
Hotelli- ja ravintolatoimialalla työskentelevät	16
Rakentamisen toimialalla työskentelevät	16
Maa- ja metsätaloustoimialalla työskentelevät	17

* Maatalousyrittäjille ja muille yrittäjille liittyminen työterveyshuoltoon on vapaaehtoista.

Alueellisesti erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomen terveystakeskuk-
 silla on vaikeuksia tuottaa terveystakeskukset alueen toimipaikoille. Työterveyshuollon käyntien määrä oli vuonna 2000 suurin Helsingin miljoonapiirissä. Taajama-asteen mukaan ero oli selvä kaupunkimaisten kuntien ja muiden kuntien välillä. Kaupunkimaisissa kunnissa työterveyslääkäriä käyntikerrat olivat yli kaksinkertaiset verrattuna muihin kuntiin (Häkkinen & Alha 2006).

Yksityislääkärikäyntejä oli vuonna 2000 Turun ja Helsingin miljoonapiirien alueella kaksinkertainen määrä verrattuna Oulun miljoonapiiriin. Taajama-asteen mukaan ero oli myös selvä, palvelujen käyttö oli yleisempää (0,6 käyntiä/asukas) kaupunkimaisissa kunnissa kuin muissa kunnissa (0,4 käyntiä/asukas). Yksityisten lääkäripalvelujen tarjonnassa ja käytössä todettiin vielä vuonna 2002 suuret alue-erot. Eniten käyntejä tehtiin Uudellamaalla ja vähiten Itä- ja Pohjois-Suomessa (Kauppinen & Niskanen 2005). Alueellisen tasa-arvon kannalta on tarpeen muistaa, että noin 60 prosenttia käynneistä oli erikoislääkärikäyntejä ja että yksityiset palveluntuottajat keskittyvät Etelä-Suomeen ja suurimpiin kaupunkeihin (Kauppinen & Niskanen 2005). Yksityisellä gynekologilla käynnit kattoivat 1990-luvun lopussa noin kolmanneksen yksityislääkäriä käynneistä. Palvelujen käytön on todettu vaihtelevan alueellisesti. Eniten käyntejä oli Etelä-Suomen ja vähiten Itä-Suomen sairaanhoitopiireissä. Käyntierot olivat yli kolminkertaiset (Hemminki

& Tanninen, 2001). Lasten yksityislääkärikäynneissä on todettu samansuuntaista vaihtelua. Kaupungeissa sekä Etelä- ja Lounais-Suomessa asuneet lapset kävivät muita useammin yksityislääkärin vastaanotolla (Takala ym. 2002).

Avoterveydenhuollon palveluja tarkasteltaessa painopiste on yleensä ollut sairauksien hoidossa tai palvelujen kokonaiskäytössä, eikä palveluja juuri ole tarkasteltu käynnin syyn mukaan (Koponen 2006). Ennalta ehkäisevien palvelujen käyttöeroja on tarkasteltu joissakin tutkimuksissa, mutta tuloksia ei useinkaan ole raportoitu sosioekonomisen aseman mukaan tai alueellisesti. Terveystakeskukset 2000 -tutkimuksessa on tarkasteltu terveystakeskustuksissa ja seulontatutkimuksissa käymistä sekä osallistumista terveyttä edistävään ryhmätoimintaan. Terveystakeskustuksiin ja melkein kaikkiin yleisten kansantautien riskitekijöihin sekä näköön ja kuuloon liittyviin seulontatutkimuksiin osallistumisessa todettiin kummallakin sukupuolella selvä sosioekonominen ero: mitä korkeampi sosioekonominen asema, sitä useampi oli osallistunut terveystakeskustuksiin viiden viime vuoden aikana. Alueellisia eroja ei terveystakeskustuksiin ja seulontatutkimuksiin osallistumisessa todettu miljoonapiireittäin eikä alueen taajama-asteen mukaan. Myös terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumisessa havaittiin samansuuntaiset sosioekonomiset erot, mutta alueellisia eroja ei niissäkään havaittu.

Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyden alueella avopalvelujen tarpeenmukaisen käytön arvioiminen sosiaaliryhmittäin on pulmallista, sillä pitkäaikainen psykiatrinen sairastavuus on merkittävä sosiaaliseen laskuun ja syrjäytymiseen vaikuttava tekijä muun muassa työkyvyn ja sosiaalisten taitojen heikentymisen myötä. Erityisesti vaikeisiin mielenterveyden häiriöihin myös sairastutaan usein nuorena, mikä voi vaikuttaa siihen, millaiseen sosiaaliseen asemaan sairastunut päätyy. Kuten somaattiset avopalvelut, myös mielenterveyspalvelut ovat monimuotoisia ja sisältävät erilaisia vastaanottokäyntejä perusterveydenhuollossa, psykiatrisilla poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa, monenlaisia pitkäaikaissairaiden päivätoimintaan ja kuntoutukseen liittyviä tukipalveluita sekä kuntouttavaa ja hoitavaa psykoterapiaa. Mielenterveysongelmiin liittyy poikkeuksellisen laaja kirjo palvelutarpeita.

Esimerkkinä palvelujärjestelmän rakennemuutoksesta voidaan todeta, että ennen lamaa hoitavaa psykoterapiaa tarjottiin myös julkisella sektorilla, mutta avohoidon kapasiteetin vähentyessä se on muuttunut pääosin yksityissektorin tuottamaksi toiminnaksi, jonka kustannuksia tuetaan Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena tai rahoitetaan erillismäärärahoihin tai yksityisin terveystakuutuksin. Yksityisten psykoterapiapalvelujen käytön jakaumasta sosioekonomisen aseman mukaan ei juuri ole tutkimustietoa, mutta potilaiden valikoitumisessa psykoterapiaan on tekijöitä, jotka todennäköisesti liittyvät myös selviytymiseen työ- ja sosiaalisessa elämässä. Kelan psykoterapiaa varten myöntämän kuntoutustuen yhtenä perusteena on työkyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen, joten työelämästä syrjäytyneiden päätyminen kuntouttavaan psykoterapiaan saattaa käytännössä olla harvinaisempaa.

Tuoreessa Terveys 2000 -hankkeen osatutkimuksessa todettiin masennustiloista kärsivien hoitoon ohjautumiseen erityyppisiin palveluihin vaikuttavan lähinnä tilan aiheuttama subjektiivinen haitta ja masennustilan vaikeusaste, eikä mitatuilla sosiodemografisilla tekijöillä koulutus ja ammatti mukaan lukien näyttänyt olevan vaikutusta (Hämäläinen ym. 2006). Keskeinen kysymys mielenterveyteen liittyvässä avohoidossa on ollut, missä määrin ja keitä potilaita ohjataan varsinaisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin ja millä edellytyksillä mielenterveyteen liittyviin palvelutarpeisiin

voidaan vastata peruspalveluiden tasolla. Oma tärkeä palvelutahonsa mielenterveysongelmista kärsivien tukemisessa on erilaisten järjestöjen ja itseorganisoituvien palvelujen muodostama ns. kolmannen sektorin kenttä. Nämä palveluntuottajat pystyvät parhaimmillaan vastaamaan sellaisiin mielenterveysongelmaisten - usein heikompiosaiten - arjessa ilmeneviin tarpeisiin, joita terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut eivät tunnista tai osaa kohdata. Kolmannen sektorin haasteena on laadun kehittäminen ja ylläpito voimavarojen turvaamisen paineissa.

Mielenterveyspalveluissa on paitsi sosiaaliryhmittäistä myös alueellista eriarvoisuutta. Eriarvoisuutta lisää mielenterveysalan asiantuntijoiden epätasainen alueellinen jakautuminen. Psykiatrian erikoislääkärit ja psykoterapeutit sijoittuvat pääasiassa yliopistollisten keskussairaaloiden ympärille. Alue-erot näkyvät esimerkiksi harkinnanvaraiseen psykoterapiakuntoutukseen pääsyssä. Vuonna 2002 Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneiden 0–64-vuotiaiden osuuksien erot olivat jopa kolminkertaisia eniten ja vähiten psykoterapiaa käyttäneiden sairaanhoitopiirien välillä (Wahlbeck 2004). Alueellista eriarvoisuutta esiintyy myös muiden etuuksien suhteen. Niitä psykoosilääkkeitä, jotka eivät ole Kansaneläkelaitoksen erityiskorvausoikeuksien piirissä, korvataan eri kunnissa eri kriteerein ja erilaisessa mittakaavassa. Suurissa kaupungeissa maksusitoumuskäytäntö vaihtelee jopa sosiaalihuollon piiriäön mukaisesti, ja täten asiakkaan postinumero saattaa ratkaista, korvataanko lääkehoitoa vai ei.

Myös meneillään olevan MERTTU-tutkimuksen mukaan mielenterveyspalvelujen järjestäminen vaihtelee alueittain (Harjajärvi ym. 2006). Joillakin alueilla Itä- ja Pohjois-Suomessa psykiatrinen palvelutarjonta on edelleen melko laitoskeskeistä. Palvelujärjestelmän haasteena on kehittää sisällöllisesti monipuolisia, avohoitokeskeisiä palveluita, joiden vaikuttavuudesta juuri MERTTU-hankkeessa on kertymässä alustavaa näyttöä.

Myös psykiatristen sairaalapalvelujen käytössä on todettu huomattavia sosiaaliryhmittäisiä eroja. Vähiten koulutusta saaneilla oli 1990-luvun alussa väestöön suhteutettuna moninkertainen määrä psykiatrisen diagnoosin toteutuneita sairaalajaksoja verrattuna korkeimmin koulutettuihin. Ero oli häiriöryhmästä ja vuodesta riippuen jopa kymmenkertainen. Koulutusryhmien väliset erot kasvoivat 1990-luvun

alusta vuoteen 1996. Muiden kuin päihdehäiriöiden takia toteutuneiden hoitajaksojen pituudessa tapahtui samanaikaisesti päinvastainen muutos. Vähiten koulutettujen hoitajaksot lyhenivät, mutta samanaikaisesti korkea-asteen koulutuksen saaneiden hoitajaksot pitenevät tai pituus säilyi ennallaan. Myös vähiten koulutusta saaneiden suhteelliset osuudet psykiatrian erikoisalan hoitajaksosta pienenevät 1990-luvun alkupuolella. (Ostamo ym. 2005.)

Hammashuolto

Hammashuollossa palvelujärjestelmä on koko kansanterveyslain ajan ollut alueellisesti epätasainen: yksityishammaslääkäripalvelut ovat painottuneet suuriin asutuskeskuksiin ja kunnallisten palvelujen tarjonta ja saatavuus on vaihdellut maan eri osissa. Kansanterveyslain tullessa voimaan 1970-luvun alussa tavoitteena oli järjestää koko väestölle muun terveydenhuollon järjestämismallin mukainen hammashoito. Muun muassa henkilöstöresurssien niukkuudesta johtuen katsottiin alkuvaiheessa kuitenkin tarpeelliseksi priorisoida lasten ja nuorten saattamista ns. järjestelmällisen

hammashoidon piiriin. Vasta 1980-luvulla terveyskeskus-hammashoidon piiriin otettiin aikuisia ja erityisryhmiä. 1990-luvun alkuun osunut lama ja hallinnolliset uudistukset viivästyttivät hammashoidon kehittämistä. Kansanterveyslakiin tehdyt muutokset vuonna 2000 velvoittivat kunnat järjestämään suun terveydenhuoltopalvelut koko väestölle joulukuusta 2002 lähtien.

Yksityisten hammashoitopalvelujen käyttöä alettiin subventoida sairausvakuutuksesta 1980-luvun puolivälistä, ja vuoden 2002 lopussa subventiot ulotettiin kaikkiin ikäryhmiin. Hammashoitouudistuksen terveystaloudellisenä tavoitteena oli edistää väestön tasa-arvoa hammashoitopalvelujen käytössä ja vähentää hoitokustannusten merkitystä hoitoon hakeutumisen esteenä. Tavoitteena oli myös saattaa suun ja hampaiden hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella.

Seurantatutkimusten mukaan terveyskeskushammaslääkäriiskäyntien osuus kasvoi vuosien 1987–2004 välillä 30 prosentista 40 prosenttiin ja vastaavasti yksityishammaslääkäriiskäyntien osuus väheni 65 prosentista 55 prosenttiin. Tosin suuri osa tästä muutoksesta tapahtui jo 1990-luvun ensimmäisellä puoliskolla eli ennen hammashoitouudistusta.

TAULUKKO 3. Hammaslääkäriiskäyntien tarvevakioitu määrä 18 vuotta täyttäneillä ja niiden horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit vuosina 1987, 1996, 2000 ja 2004

Tulo- viidennes	Kaikki				Terveyskeskukset				Yksityinen sektori			
	1987	1996	2000	2004	1987	1996	2000	2004	1987	1996	2000	2004
I Alin	0.346	0.561	1.105	1.287	0.177	0.295	0.586	0.718	0.152	0.227	0.446	0.483
II	0.402	0.657	1.240	1.145	0.151	0.289	0.499	0.630	0.244	0.308	0.691	0.480
III	0.520	0.674	1.376	1.306	0.179	0.287	0.544	0.527	0.318	0.353	0.772	0.746
IV	0.545	0.714	1.348	1.466	0.154	0.238	0.472	0.463	0.377	0.449	0.817	0.968
V Ylin	0.665	0.862	1.600	1.542	0.093	0.194	0.364	0.399	0.541	0.637	1.193	1.104
Keskiarvo	0.496	0.694	1.334	1.349	0.151	0.261	0.493	0.548	0.326	0.394	0.784	0.756
Indeksi	0.141***	0.076***	0.071***	0.054***	-0.089***	-0.085***	-0.080***	-0.117***	0.245***	0.198***	0.177***	0.191***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Huom. Kaikki = yksityisen sektorin hammaslääkäriiskäynnit + hammaslääkäriiskäynnit terveyskeskuksissa ja muualla. Koska muissa hammaslääkäreissä käyntien määrä oli pieni, sen horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksejä ei laskettu.

Hammashoidon tarpeen mittarina on käytetty ikää, sukupuolta ja hammassärkyä.

Myös hammaslääkärikäynneissä näyttäisi siltä, että sosioekonomisen eriarvoisuuden ajalliset muutokset ovat pieniä (taulukko 3). Käynnit kokonaisuudessaan ja yksityishammaslääkärikäynnit ovat viime vuosikymmeniä jakautuneet suurituloisia suosivasti, kun taas terveystieteidenhammaslääkärikäynnit ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti. Eriarvoisuuden pieneneminen hammaslääkäripalvelujen kokonaiskäytössä 1990-luvun puoliväliin mennessä johtui lähinnä terveystieteidenhammaslääkärikäyntien suhteellisen osuuden lisääntymisestä pienituloisilla.

Sen sijaan viimeisin hammashoitouudistus näyttää vähentäneen tuloihin liittyvää eriarvoisuutta varsin vähän. Vaikka kokonaiskäytön indeksi pienentyi vuosista 2000/2001 vuoteen 2004, terveystieteidenhammaslääkäripalvelujen käyttö suosi enemmän pienituloisia ja yksityishammaslääkäripalvelujen käyttö suosi voimakkaammin suurituloisia. OECD-tutkimuksen (van Doorslaer ym. 2004) mukaan tuloihin liittyvä eriarvoisuus hammaslääkäripalvelujen kokonaiskäytössä oli vuonna 2000 havaittavissa lähes kaikissa kehittyneissä maissa, eikä Suomen tilanne tässä suhteessa juurikaan poikennut muista maista. Kuten avosairaanhoidon palvelujen käytön, myös hammaslääkäripalvelujen käytön sektorikohtainen eriytyminen näyttää olevan varsin pysyvä ilmiö suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Ennen hammashoitouudistuksen voimaantuloa noin kolmannes väestöstä asui sellaisilla, useimmiten pienillä, paikkakunnilla, joissa terveystieteidenkeskus tarjosi suun terveydenhoitoa kaikille ikään katsomatta. Toinen kolmannes asui kunnissa, joissa palveluja tarjottiin silloin voimassa olleen kansanterveysasetuksen mukaisesti ensisijaisesti vuonna 1956 syntyneille ja sitä nuoremmille sekä mahdollisesti vielä joihinkin erityisryhmiin kuuluville. Kolmannes väestöstä asui sellaisissa kunnissa, usein suurissa kaupungeissa, joissa suun terveydenhoito oli kunnan omalla päätöksellä rajoitettu koskemaan asetuksen suositusta nuorempia ikäryhmiä (Widström ym. 2005). Yksityisiä hammashoitopalveluja on ollut tarjolla eniten kaupungeissa ja Etelä-Suomessa; yli puolet kaikista yksityishammaslääkäreistä työskentelee 10 suurimmassa kaupungissa, joissa asuu 35 prosenttia väestöstä. Koulutettu ja hyvätuloinen aikuisväestö on perinteisesti käynyt useammin hammashoidossa kuin vähemmän koulutettu ja pienituloinen väestö (Poutanen & Widström, 2001).

Uudistuksen jälkeen väestön on todettu pääsevän kiireelliseen hoitoon lähes kaikissa kunnissa, kun taas ei-kiireellistä hoitoa ei ole vielä pystytty järjestämään monissa terveystieteidenkeskuksissa. Myös hoitoon pääsyajoissa on ollut suuria alue-eroja, eikä noin 10 prosentissa terveystieteidenkeskuksista ei-kiireelliseen hoitoon ole päässyt lainkaan (Widström ym. 2004). Myös subventoitujen yksityispalvelujen käytössä on raportoitu aluevaihtelua (Widström & Nihtilä 2004). Kunnallisella sektorilla on uudistuksen jälkeen ollut pulaa hammaslääkäriäryöstä. Kuitenkin kunnallista palvelutarjontaa on pystytty jonkin verran laajentamaan. Uudistuksen pitkäaikaisia vaikutuksia palvelujen jakautumiseen ei voida vielä arvioida.

Vaikka aikuisten suun terveys on parantunut ja hampaattomuus vähentynyt viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana, karies ja iensairaudet ovat yhä merkittäviä ongelmia ja hammashoidon tarvetta on suurella osalla hampaallisista henkilöistä. Vähiten hammassairauksia on ollut eniten koulutetuilla. Sukupolvien väliset erot suun terveydessä ovat olleet suuria (Suominen-Taipale 2000). Uusimpien tutkimusten mukaan enää vain noin 5 prosenttia työikäisestä väestöstä on kokonaan hampaattomia, mutta eläkeikäisistä vielä noin 40 prosenttia. Hampaattomien osuus on vähentynyt kahdessa vuosikymmenessä naisilla 37 prosentista 12 prosenttiin ja miehillä 23 prosentista 14 prosenttiin. Pohjois-Suomessa hampaattomuus on yli kaksi kertaa niin yleistä kuin Etelä-Suomessa. Koska hampaallinen väestö tarvitsee ja käyttää hammashoitopalveluita useammin kuin hampaaton väestö (Suominen-Taipale ym. 2004), hampaattomuuden väheneminen lisää aikuisten hammashoidon tarvetta ja kysyntää. Tämä johtuu paljolti siitä, että vanhoja paikkoja ja proteettisia konstruktoita joudutaan uusimaan.

Erikoissairaanhoito

Yleissairaalahoitoon vaihtelusta on saatavilla tietoja 1980-luvulta lähtien. Hoito on vaihdellut sosiaaliryhmittäin samalla tavalla kuin sairastavuus, ja alemmat tuloryhmät käyttivät sairaalapalveluja enemmän kuin ylemmät sekä 1980-luvun lopulla että 1990-luvun puolivälissä. Hoidon sisällössä oli kuitenkin kumpanakin ajankohtana eroja, jotka eivät näyt-

liittyvän palvelujen tarpeeseen. Alempien tuloryhmien hoitajaksoista oli suurempi osa ei-toimenpiteellisiä kuin ylempien. Sen sijaan ylempille ryhmille suoritettiin enemmän kirurgisia toimenpiteitä (Keskimäki 2003). Sairastavuustietojen perusteella ei ole syytä olettaa, että erot kirurgisessa hoidossa vastaisivat tuloryhmien välisiä eroja palvelujen tarpeessa.

Eräiden sairausryhmien kohdalla erot ovat tutkimusten mukaan olleet varsin selvät. Sepelvaltimotautidissa hoitoeroja on raportoitu 1980-luvulta alkaen. FINMONICA-tutkimuksen tulosten mukaan 1980-1990-lukujen vaihteessa ylempää sosioekonomisessa asemassa olevia, ensimmäiseen sydäninfarktiinsa sairastuneita miehiä hoidettiin taudin akuutissa vaiheessa liuotushoidolla muita ryhmiä useammin. Sairaalahoitajakson päättyessä suurituloisempaan kolmannekseen lukeutuville miehille määrättiin uusien infarktien ehkäisyyn suositeltu lääkitys useammin kuin pienituloisille. Lisäksi infarktin jälkeisen vuoden aikana suurituloisille suoritettiin sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallo-laajennus muita ryhmiä useammin (Salomaa ym. 2001). Sepelvaltimotoimenpiteiden yleistyminen 1990-luvulla on tasoittanut hoitoeroja jonkin verran (Hetemaa ym. 2003), muttei kuitenkaan tarpeen mukaisiksi. Samansuuntaisia eroja on raportoitu 1990-luvun jälkipuoliskolta sekä ensimmäiseen sydäninfarktiinsa sairastuneilla (Hetemaa ym. 2004) että angina pectoris -oirein alkaneessa sepelvaltimotautidissa (Hetemaa ym. 2006). Vielä vuonna 2002 uusien sepelvaltimotautitapahtumien ehkäisyyn suositellussa lääkähoidossa todettiin sepelvaltimotautia sairastavilla miehillä sosiaaliryhmittäisiä eroja statiinien käytössä (Keskimäki ym. 2004). Naisilla vastaavaa eroa ei statiinien käytössä ollut.

Vastaavanlaisia tuloksia on raportoitu mm. kaihileikkausten yleisyydessä: 1990-luvun puolivälissä ylimpään

tuloviidennekseen kuuluneille miehille tehtiin 50 prosenttia enemmän kaihileikkauksia kuin alimpaan tuloviidennekseen kuuluneille (Keskimäki, 2003). Naisilla vastaava ero oli 43 prosenttia. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös lasten kirurgisessa hoidossa. Samana vuonna tärykalvoputkien asettamista suoritettiin alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien perheiden lapsille melkein kolmannes vähemmän kuin ylimpään viidennekseen kuuluvien perheiden lapsille.

Ei-kiireelliset kirurgiset toimenpiteet ovat mielenkiintoinen tarkastelun kohde terveydenhuollon toimintaa arvioitaessa, sillä ne sisältävät varsin paljon järjestelmässä tapahtuvaa harkintaa toimenpiteen tarpeellisuudesta. Taulukossa 4 tarkastellaan sosioekonomisia eroja eräissä kirurgisissa toimenpiteissä vuosina 1992, 1996 ja 2003 eriarvoisuusindeksien avulla. Tehtyjen toimenpiteiden lukumäärät lisääntyivät erityisesti sepelvaltimotoimenpiteissä sekä polven ja lonkan endoproteesileikkauksissa. Sen sijaan kohdunpoistojen määrä pysyi melkein ennallaan. Miehillä eriarvoisuusindeksit olivat 1990-luvun alussa regressiivisiä melkein kaikissa tarkastelluissa toimenpiteissä, eli operatiot olivat jakautuneet suurituloisia suosivasti. Vuoteen 1996 regressiivisyys lisääntyi tai pysyi ennallaan kaikissa toimenpiteissä, mutta vuonna 2003 indeksit olivat kääntyneet progressiivisiksi lonkan endoproteesileikkauksissa ja sepelvaltimotoimenpiteissä. Naisilla erojen kehitys oli samansuuntaista, mutta 2003 regressiivisiä olivat enää selän välilevytyrän poisto- ja kohdunpoistoleikkaukset. Näyttääkin siltä, että 1990-luvun alun toimenpidemäärien kasvu suosi hyväosaisia, mutta 1990-luvun lopun ja 2000-luvun alun toimenpiteiden määrien kasvu on tasannut sosioekonomisia eroja ainakin joidenkin kirurgisten palvelujen käytössä.

TAULUKKO 4. Eräiden elektiivisten kirurgisten toimenpiteiden tuloryhmittäisten erojen muutokset 1992–2003 25-vuotta täyttäneillä suomalaisilla. Ikävakioidut eriarvoisuusindeksit ja niiden muutokset ikävakioidujen tuloviidennesten pohjalta, riskiväestönä käytetty koko Suomen samanikäistä väestöä.

	Naiset					Miehet				
	1992	1996	2003	Muutos		1992	1996	2003	Muutos	
	CI	CI	CI	1992–1996	1996–2003	CI	CI	CI	1992–1996	1996–2003
Lonkan endoproteesi	-0.033	0.005	-0.044	0.039	-0.050	0.003	0.011	-0.010	0.008	-0.021
Polven endoproteesi	-0.028	-0.025	-0.048	0.003	-0.023	-0.044	0.022	0.024	0.066	0.002
Sepelvaltimotoimenpide	0.038	0.020	-0.068	-0.018	-0.088	0.076	0.076	-0.010	0.000	-0.086
Selän välilevytyrän poisto	0.072	0.058	0.046	-0.014	-0.012	0.052	0.077	0.065	0.025	-0.012
Kohdunpoisto	0.060	0.061	0.053	0.001	-0.008					
Eturauhasen poisto						0.001	-0.003	0.032	-0.004	0.035

(Lähde: julkaisemattomia ennakkotietoja HILMOsta)

Alueellisia eroja sairaalapalvelujen käytössä on raportoitu erityisesti yleissairaaloiden osalta tilastollisissa selvityksissä jo pitkään. Yleissairaaloiden käyttöeroja tasa-arvonäkökulmasta vuosina 1973–1984 arvioineessa tutkimuksessaan Salmela totesi suuria alueellisia eroja (Salmela 1988). Vuosina 1980–1985 erot olivat myös suuret, tutkimuksessa raportoitiin jopa yhdeksänkertaisia eroja yleissairaalahoitoon käytössä (Salmela 1991). Vastaavia tuloksia on raportoitu myös 1990-luvun puolivälissä (Ariinen ym. 1998) ja eroja esiintyy edelleen. Vuonna 2002 yksityissairaaloiden osuus kaikista sairaalahoitopäivistä oli 3,5 prosenttia, josta pääosa oli erikoissairaanhoidon. Yksityissairaaloilla oli merkittävä rooli erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä silmä-sairauksien hoidossa (Kauppinen & Niskanen, 2005).

Myös leikkaustoimenpiteiden yleisyydessä on raportoitu alue-eroja 1980-luvun lopulla (Keskimäki ym. 1993) ja ortopedisten toimenpiteiden ja niihin jonotusaikojen suhteen vielä 1990-luvun lopulla. Aluevaihtelun on todettu vähentyneen 1980-luvun lopusta 2000-luvun alkuun, mutta jonotusaikojen joidenkin toimenpiteiden osalta kasvaneen (Mikkola ym. 2005). Lanneselän välilevytyrän leikkaushoidossa on todettu nelinkertaisia eroja sairaanhoitopiirien välillä, vaikka esiintyvyydessä vastaavia eroja ei ole todettu (Seitsalo ym. 1999). Ortopedisten leikkausten kohdalla kiin-

nostavaa on myös, että leikkauksia on hoidon saatavuuden ja laadun parantamiseksi ollut sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissuunnitelman mukaan tarkoitus keskittää sairaaloihin, joissa toimenpiteitä tehtäisiin yli 200 vuodessa. Ohjeen mukainen määrä leikkauksia tehtiin vuonna 2002 vain 25 sairaalassa, joten enemmistö sairaaloista (41) jäi alle suositustason (Mikkola ym. 2005). Myös nivelreumapotilaiden leikkausten yleisyydessä on todettu alueellista vaihtelua, joka ei näytä olevan yhteydessä palvelujen tarpeeseen. Vaihtelun todettiin kasvaneen monissa leikkaustyypeissä 1990-luvulla ja leikkauksia tehtiin myös reumapotilaille varsin hajaautetusti, mikä saattaa aiheuttaa eroja palvelujen saavutettavuudessa, laadussa ja lopputuloksissa (Nguyen ym. 2003). Myös sydäninfarktipotilaiden leikkaushoidon (sekä ohitusleikkaus että pallolaajennus) yleisyydessä ja ajoituksessa on todettu alue-eroja (Häkkinen ym. 2002).

Synnytysten hoito on muuttunut suuresti ja synnytysosastojen määrä on vähentynyt alle puoleen 1970-luvulta keskussairaalaverkkoa rakennettaessa ja yleislääkärijohtoisia yksiköitä lakkautettaessa. Samanaikaisesti tavoitteenakin on ollut synnytysten keskittäminen isompiin yksiköihin, joissa sekä anestesioologi että lastenlääkäri on käytettävissä tarvittaessa (Viisainen ym. 1999). Sairaalaverkon supistukset ovat lisänneet synnytykseen liittyviä matkoja erityisesti

Pohjois-Suomessa. Samanaikaisesti sairaalan ulkopuolella tapahtuneet synnytykset lisääntyivät samalla alueella, ja keskittämisestä saattaakin olla haittaa erityisesti alueilla, joilla matkat muodostuvat pitkiksi (Viisainen ym. 1999). Tosin vuosituhannen vaihteen jälkeen matkasynnyysten määrä ei ole enää lisääntynyt.

Johtopäätöksiä

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen terveystalouden keskeisistä tavoitteista. Peruserätyyksen on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut tarpeen mukaan riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001). Suomessa terveydenhuoltojärjestelmässä onkin monia sosiaalista oikeudenmukaista tukevia rakenteita. Terveyspalvelut on järjestetty alueellisesti kattavasti, ja kaikki Suomessa asuvat ovat oikeutettuja käyttämään palveluita. Hammashoito muodosti kuitenkin pitkään (vuoteen 2002 asti) poikkeuksen tästä säännöstä ja vain lapset ja nuoret sekä eräät erityisryhmät olivat oikeutettuja käyttämään julkisia palveluja. Palveluista aiheutuneita kustannuksia tasaa niiden rahoittaminen pääosin (90 %) verovaroin. Huolimatta 1990-luvulla kohonneista asiakasmaksuista, jotka kasvattivat potilaiden maksuosuutta, ovat monet palvelumaksut suhteellisen alhaisia ja osa palveluista on edelleen käyttäjilleen maksuttomia. Lisäksi koko väestön kattava sairausvakuutusjärjestelmä korvaa sairastumisesta aiheutuvia kuluja ja tulonmenetyksiä. Hammashoitoa alettiin korvata sairausvakuutuksesta vasta 1980-luvun puolivälissä ja vasta 2000-luvun alussa korvaukset ulotettiin koko väestöön. Työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia. Terveystalouden voimavaroja on myös 1990-luvulla tasattu kuntien valtionosuusjärjestelmän avulla kohdentamalla valtion rahoitusta väestörakenteen perusteella arvioidun palvelujen tarpeen ja kuntien taloudellisen aseman mukaan. Alueellisia eroja terveyspalvelujen tarjonnassa on kavennettu 1970- ja 1980-luvuilla keskitetysti ohjatun suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän avulla sekä 1990-luvulla kohdentamalla valtion-

osuuksia väestörakenteen perusteella arvioidun palvelujen tarpeen ja kuntien taloudellisen aseman mukaan.

Viime vuosina kertynyt tutkimustieto kuitenkin osoittaa, että 1960-luvulla alkaneesta terveydenhuollon määrätietoisesta kehittämisestä huolimatta palvelujen tarpeenmukaisen väestöryhmittäisen saatavuuden tavoite on suomalaisessa palvelujärjestelmässä vielä saavuttamatta. Hoidon laadussa ja saatavuudessa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja, ja erityisesti haavoittuvat ryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja.

Palveluiden käytön sosiaaliryhmien välisiin eroihin vaikuttavat merkittävästi monikanavainen rahoitusjärjestelmä ja siihen kytkeytyvät maksupolitiikan erityisjärjestelyt (suuret omavastuuosuudet esimerkiksi erikoislääkäripalveluissa ja lääkehoidossa, korkeat käyttäjämaksut sekä erikoismaksuluokka). Erityisesti asiakkaan kannalta terveydenhuollon yleinen ongelma onkin järjestelmän monimutkaisuus, joka vaikeuttaa palvelujen käyttöä. Tämä liittyy terveydenhuollon kentän eri toimijoiden välisen yhteistyön puutteeseen. Lisäksi kukin toimija pyrkii optimoimaan omaa etuaan palvelujen kehittämisessä ja toimivuudessa, jolloin kokonaisuus voi kärsiä ja asiakkaan etu jäädä toissijaiseksi.

Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla. Käytön tarpeenmukainen jakautuminen sosiaaliryhmien kesken näyttää edelleen heikkenevän, kun sekä työterveyshuollon että yksityisen sektorin osuus on viime vuosina kasvanut. Työterveyshuolto takaa keskimäärin työntekijöille hyvän palvelujen saatavuuden. Samoin palvelujen saatavuus on hyvä niillä, joilla on mahdollisuus käyttää yksityissektorin palveluja. Työvoiman ulkopuolella olevien ja työttömien palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi terveyskeskusten palvelukykyä tulisikin kehittää.

Somaattisten avopalvelujen alue-erot muodostuvat yhtäältä terveyskeskusten ja toisaalta työterveyspalvelujen ja yksityis palvelujen tarjonnan eroista. Terveystalouden verkko on kyllä kattava, mutta viime vuosina toimintaa on jouduttu rajoittamaan muita enemmän Pohjois- ja Itä-Suomessa sekä pienissä toimintayksiköissä pahentuneen lääkäripulan takia. Yksityisten palvelujen käyttö keskittyy Etelä-Suomeen ja suurimpien kaupunkien ympäristöön. Työterveyshuollon kehittäminen on tärkeää alueellisen tasa-arvon saavuttamiseksi. Erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa terveyskeskuksilla

on vaikeuksia tuottaa kattavia työterveyspalveluja alueen toimipaikoille. Uusia toimintatapoja ja -malleja tarvitaan sekä kuntamuutosten että terveydenhuollon rakennemuutoksen vuoksi turvaamaan työnterveyshuollon palvelut. Työterveyshuollossa palvelujen kattavuudessa ja laadussa on suurta vaihtelua myös työnantajien ja työterveyshuoltoyksiköiden välillä. Erityisesti ongelmia palvelujen saatavuudessa on määraikaisissa ja tilapäisissä työsuhteissa sekä mikroyrityksissä työskentelevillä. Työterveyshuoltojärjestelmää onkin näiltä osin tarpeen kehittää.

Hammashoitopalveluissa palvelujen saatavuus, mahdollisuus säilyttää omat hampaat, väestön sosiaalinen tausta ja asuinpaikka ovat kietoutuneet toisiinsa monimutkaisella tavalla. Tämä tulee vielä pitkään näkymään väestön suun terveydessä. Harvaanasutuilla alueilla ja maaseudulla väestön vaatimustaso on ollut alhaisempi kuin kaupungeissa eivätkä puuttuneet hampaat tai irtoproteesit ole olleet niin suuri häpeä kuin kaupungeissa. Kaupungeissa taas suhteellisen mittava yksityissektori on tarjonnut valikoiduille asiakkailleen hyvinkin monipuolisia palveluita ja nostanut sellaisen kysyntää. Hammashoitouudistuksen jälkeen näyttääkin siltä, että ylemmät sosioekonomiset ryhmät, jotka käyttävät yksityisiä palveluja ja jotka ovat keskimäärin myös hyvähampaisia, ovat saaneet tukea hoitoihinsa enemmän kuin huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat julkisten palveluiden käyttäjät.

Merkittävä osuus erikoissairaanhoidon avopalveluista tuotetaan yksityissektorilla, ja koska sairausvakuutuksen omavastuuosuus on suuri, ohjaa maksukyky ja saatavuus palvelujen käyttöä. Suomessa yksityislääkäreillä on myös suuri merkitys potilaiden lähettämisessä sairaalahoitoon. Esimerkiksi vuonna 1996 viidennes kunnallisissa sairaaloissa olleista potilaista oli saanut läheteen yksityislääkäriltä ja ei-kiireellisissä kirurgisissa toimenpiteissä osuus oli huomattavasti suurempi. Tilanne on säilynyt ennallaan ainakin joidenkin ei-kiireellisten kirurgisten toimenpiteiden osalta 2000-luvun alussa. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin julkaisemattomien tietojen mukaan vuonna 2003 kaihileikkausepotilaista 80 prosenttia tuli leikkaukseen yksityislääkärin läheteellä, kohdunpoistoissa yksityislääkärin lähettämienä tulleiden osuus oli noin puolet, sekä polven ja lonkan tekonielleikkauksessa vajaa kolmannes, kun taas sepelvaltimotoimenpiteissä vain noin 7 prosenttia. Sairaaloissa noudatettu

erikoismaksuluokkakäytäntö vahvasti samaa suuntausta. Kesällä 2004 hyväksytyyn lakiesityksen mukaan erikoismaksuluokkakäytäntö korvataan kunnallisissa sairaaloissa iltaisin ja viikonloppuisin toimivilla erityispoliklinikoilla. Uudistuksen vaikutuksia on vaikea arvioida. Sairaalat eivät ole esittäneet suunnitelmia erityispoliklinikoiden perustamiseksi. Mikäli erityispoliklinikoita käynnistetään, on mahdollista, että uudistuksen vaikutuksesta tuloryhmien väliset erot erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudessa kasvavat edelleen maksukykyisyyttä edellyttävien palvelujen tarjonnan kasvaessa.

Palvelujen tehostamistarpeesta aiheutuva keskittäminen näyttää vaikuttavan sairaalapalveluiden käytön alueelliseen oikeudenmukaisuuteen kahtalaisesti. Yhtäältä monimutkaiset ja vaikeat toimenpiteet, kuten ortopediset leikkaukset, eivät näytä keskittyneen hoitomääriltään suuriin sairaaloihin toivotulla tavalla, mikä toteutuessaan parantaisi hoitoon pääsyä ja hoidon laatua. Toisaalta esimerkiksi synnytysten keskittäminen suuriin yksiköihin on tuottanut alueellista eriarvoisuutta hoidon saavutettavuudessa.

Taloudelliset leikkaukset 1990-luvun alkupuolella kohdistuivat muuta terveydenhuoltoa voimakkaammin psykiatriseen sairaanhoitoon, jonka palveluita vähennettiin voimakkaasti. Mielenterveyden häiriöiden hoidon toteutumisesta on vähän tutkimuksia, mutta tämänhetkisen käsityksen mukaan noin puolet hoidon tarpeessa olevista jää hoitamatta tai hoito on puutteellista. Masennus johtavana ennenaikaisen työkyvyttömyyden syynä sekä psykiatristen potilaiden ylikuolleisuus viittaavat osin hoidon puutteellisuuteen. Psykiatrisen palvelujärjestelmän dramaattinen muutos kahden viimeisen vuosikymmenen aikana johti siihen, että yhä vaikeammista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita hoidetaan avopalveluissa. Psykiatrinen avohoito ei kuitenkaan ole toiminut parhaalla tavalla muun muassa pitkäaikaisen psykiatripulan vuoksi (Korkeila ym. 2003). Palvelutarjonnan heikennyksestä kärsivät erityisesti huonossa sosiaalisessa asemassa olevat, joilla mielenterveyden ongelmat ovat muita sosiaaliryhmiä yleisempiä ja joiden mahdollisuudet käyttää yksityisiä mielenterveyspalveluja ovat vähäiset.

Siitä huolimatta, että terveydenhuoltojärjestelmää on kehitetty voimakkaasti viimeisten vuosikymmenten ajan, eivät palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, tarpeenmu-

kaisen käytön ja kaikille yhtäläisen laadun tavoitteet ole toteutuneet. Osittain palveluissa on todettu yllättävän suuria poikkeamia oikeudenmukaisuudesta. Näistä esimerkkejä ovat Suomen sijoittuminen OECD-maiden lääkäripalvelujen oikeudenmukaisuusvertailun hännille (van Doorslaer ym. 2004) ja suuret sosioekonomiset erot palvelujen käytön ja tarpeen välillä sepelvaltimotaudin hoidossa (Hetemaa ym. 2003 ja 2006, Keskimäki ym. 2004). Terveystieteiden tutkimuksen oikeudenmukaisuudessa oleville puutteille ei ole yhtä yksittäistä syytä. Osa eroista palvelujen käytössä voi selittyä

muun muassa sosiaaliryhmien välisillä tai alueellisilla eroilla hoitoon hakeutumisessa. Olemassa olevan tiedon valossa näyttää kuitenkin selvältä, että palvelujärjestelmän rakenteella, voimavarojen kohdentamisella, kustannusten jaolla sekä palvelujen järjestämistavoilla on tärkeä merkitys alueellisten ja sosiaaliryhmäerojen synnylle terveystieteiden käytössä. Mikäli terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta halutaan edistää, näihin rakenteellisiin epäoikeudenmukaisuutta ylläpitäviin tekijöihin tulisi puuttua.

Lähteet

- Arinen, S.-S. & Häkkinen, U. & Klaukka, T. & Klavus, J. & Lehtinen, R. & Aro, S. (1998). Suomalaisten terveys ja terveystieteiden käyttö. Terveystieteiden tutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Helsinki: Stakes ja Kela.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki.
- van Doorslaer, E. & Masseria, C. & OECD Health Equity Research Group. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa: The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OECD.
- Halonen, P. & Vehviläinen, A. & Mäntyselkä, P. & Takala, J. & Lehto, S. & Kaitokari, P. & Kumpusalo, E. (2006). Lääkäripalvelujen laatu väestön arvioimana. Suomen Lääkärilehti 61, 1739–1744.
- Harjajärvi, M. & Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2006). Aikuisten mielenterveyspalvelujen tila Suomessa. (käsikirjoitus).
- Hemminki, E. & Tanninen, K. (2001). Käynnit yksityisillä gynekologeilla: lisätutkimuksia kaipaava aihe. Suomen Lääkärilehti 56, 2291–2295.
- Hetemaa, T. & Keskimäki, I. & Manderbacka, K. & Leyland, A. H. & Koskinen, S. (2003). How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, 178–185.
- Hetemaa, T. & Keskimäki, I. & Salomaa, V. & Mähönen, M. & Manderbacka, K. & Koskinen, S. (2004). Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland in 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 57, 178–185.
- Hetemaa, T. & Manderbacka, K. & Reunanen, A. & Koskinen, S. & Keskimäki, I. (2006). Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 116–123.
- Häkkinen, U. (1991). Terveystieteiden ja terveystieteiden tarpeen mukaisen käytön tasa-arvo Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 28, 233–297.
- Häkkinen, U. (2002). Change in determinants of use of physician services in Finland between 1987 and 1996. *Social Science & Medicine* 55, 1523–1537.
- Häkkinen, U. & Alha, P. (2006). Avohoitopalvelut. Teoksessa: Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) Terveystieteiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, Helsinki.
- Häkkinen, U. & Idänpään-Heikkilä, U. & Keskimäki, I. & Rauhalainen, A. & Klaukka, T. & Teitto, E. (2002). Sydäninfarktin hoitokäytäntöjen, kustannusten ja vaikuttavuuden alueellinen vertailu. Kohti kansallista hoidon vertaisarviointia ja kehittämistä. *Suomen Lääkärilehti* 57, 5202–5206.
- Hämäläinen, J. & Isometsä, E. & Sihvo, S. & Kiviruusu, O. & Pirkola, S. & Lönnqvist, J. (2006). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. (lähetetty julkaistavaksi).
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. (2005). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa, Stakes, Raportteja 288, Helsinki.
- Keskimäki, I. (1997). Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. STAKES Research Reports 84, Helsinki.
- Keskimäki, I. (2003). How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine* 56, 1517–30.
- Keskimäki, I. & Aalto, A.-M. & Häkkinen, U. & Klaukka, T. & Manderbacka, K. & Reunanen, A. & Vehko, T. (2004). Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista, Stakes, Raportteja 286, Helsinki.
- Keskimäki, I. & Teperi, J. & Aro, S. & Pohjanlahti, J.-P. (1993). Leikkaustoimenpiteiden yleisyyden alueellinen vaihtelu Suomessa. Stakes Raportteja 83, Helsinki.

- Koponen, P. (2006). Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen. Teoksessa: Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja (painossa), Helsinki.
- Korkeila, J. & Joukamaa, M. & Ostamo, A. & Salokangas, R. K. R. (2003). Missä psykiatrit ovat? Suomen Lääkärilehti 58, 4253–4256.
- Mikkola, H. & Järvelin, J. & Seitsalo, S. & Keskimäki, I. (2005). Ortopediset leikkaukset Suomessa 1987–2002. Leikkausmäärien alueelliset erot, jonotusajat ja keskittyminen. Duodecim 121, 861–871.
- Nguyen, L. & Keskimäki, I. & Seitsalo, S. & Teperi, J. & Rissanen, P. (2003). Nivelreumapotilaiden ortopediset leikkaukset ja niiden aluevaihtelu Suomessa 1987–1997. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 40, 245–254.
- Nyman, K. (1993). Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista. Helsinki.
- OECD (2005). Reviews of Health Systems: Finland. OECD.
- Ostamo, A. & Aro, H. & Keskimäki, I. & Henriksson, M. & Lönnqvist, J. (2005). Koulutustaso ja psykiatristen sairaalapaalvelujen käyttö. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 12, 266–280.
- Parmanne, P. & Vänskä, J. (2005). Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2005, Suomen Lääkärilehti 60, 5135–5139.
- Peltomäki, P. & Pohjanpää, K. & Tuomi, K. & Liira, J. & Nykyri, E. & Piirainen, H. & Räsänen, K. & Suurnäkki, T. & Husman, K. (1999). Tyky-barometri. Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 1998. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Peltomäki, P. & Viluksela, M. & Hiltunen, M.-L. & Kauppinen, T. & Mikkola, J. & Pirttilä, I. & Räsänen, K. & Suurnäkki, T. & Tuomi, K. & Husman, K. (2002). Tyky-barometri. Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Piirainen, H. & Elo, A.-L. & Kankaanpää, E. & Laitinen, H. & Lindström, K. & Luopajarvi, T. & Mäkelä, P. & Pohjanpää, K. & Riala, R. (1997). Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 1997 taulukkoraportti. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Piirainen, H. & Elo, A.-L. & Hirvonen, M. & Kauppinen, K. & Ketola, R. & Laitinen, H. & Lindström, K. & Reijula, K. & Riala, R. & Viluksela, M. & Virtanen, S. (2000). Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2000. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Piirainen, H. & Elo, A.-L. & Hirvonen, M. & Kauppinen, K. & Ketola, R. & Laitinen, H. & Lindström, K. & Reijula, K. & Riala, R. & Viluksela, M. & Virtanen, S. (2003). Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2003. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Poutanen, R. & Widström, E. (2001). Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö – Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 66, 248–255.
- Räsänen, K. & Peurala, M. & Kankaanpää, E. & Niemi, J. & Piirainen, H. & Notkola, V. & Husman, K. (toim.) (1994). Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1992. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Räsänen, K. & Mäkelä, P. & Kankaanpää, E. & Peurala, M. & Husman, K. (toim.) (1997). Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1995. Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Räsänen, K. (toim.) (1999). Työterveyshuolto Suomessa 1997. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Räsänen, K. (toim.) (2002) Työterveyshuolto Suomessa 2000. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Salmela, R. (1988). Poliittishallinnollinen ohjaus ja terveyspalvelujen alueellinen tasa-arvo Suomessa, Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Salmela, R. (1991). Yleissairaaloiden vuodeosastohoidon käyttö Suomessa vuosina 1980–1985. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 10, Helsinki.
- Salomaa, V. & Miettinen, H. & Niemelä, M. & Ketonen, M. & Mähönen, M. & Immonen-Räihä, P. & Lehto, S. & Vuorenmaa, T. & Koskinen, S. & Palomäki, P. & Mustaniemi, H. & Kaarsalo, E. & Arstila, M. & Torppa, J. & Kuulasmaa, K. & Puska, P. & Pyörälä, K. & Tuomilehto, J. (2001). Relation of socioeconomic position to the case fatality, prognosis and treatment of myocardial infarction events; the FINMONICA MI Register Study. J Epidemiol Community Health 55, 475–82.
- Seitsalo, S. & Keskimäki, I. & Kotilainen, E. (1999). Selkäkipujen leikkaushoito on poikkeusratkaisu - miksi selkäleikkaukset yleistyvät? Duodecim 115, 1734–1742.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4.
- Suominen-Taipale, A. L. (2000). Demand for oral health care services in adult Finns. (Thesis.) University of Turku. Ser D.
- Suominen-Taipale, L. & Nordblad, A. & Vehkalahti, M. & Aromaa, A. (toim.) (2004). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki.
- Takala, P. & Klaukka, T. & Rahkonen, O. (2002). Lasten lääkäripalvelujen käyttö. Suomen Lääkärilehti 57, 4199–4204.
- Viisainen, K. & Gissler, M. & Hartikainen, A.-L. & Hemminki, E. (1999). Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963–1995. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 78, 372–378.
- Viisainen, K. & Saalasti-Koskinen, U. & Perälä, M.-L. (2003). Eikiireelliseen hoitoon pääsy terveyskeskuslääkärille. Suomen Lääkärilehti 58, 2209–2215.
- Wahlbeck, K. (2004). Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveysalan palvelukatsaus 2005. Stakes, Helsinki.
- Widström, E. & Nihtilä, A.-M. (2004). Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa. Yhteiskuntapolitiikka 69, 393–400.
- Widström, E. & Niskanen, T. & Rintanen, H. (2005). Hammashoitouudistuksen seuranta vuosina 2000–2003. Stakes, Aiheita 13/2005, Helsinki.
- Widström, E. & Pietilä, I. & Erkinantti, J. (2004). Hammashoitouudistuksen toteutuminen terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 59, 937–941.

SUKUPUOLIEROT TERVEYSPALVELUIDEN KOHDENTUMISESSA

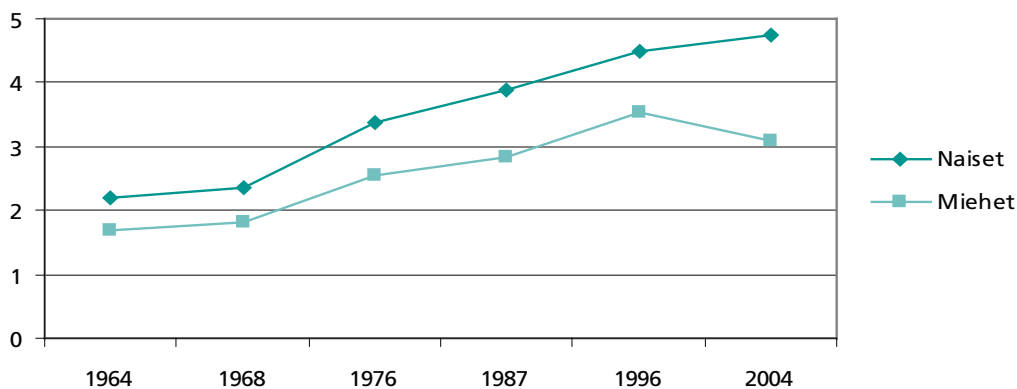
ELINA HEMMINKI, RIITTA LUOTO, MIKA GISSLER

Tässä luvussa tarkastellaan uusimpiin tilastotietoihin perustuen terveyspalvelujen käytön sukupuolieroja. Terveyspalvelujen käytöllä tarkoitetaan avohoidon lääkärikäyntejä, sairaalahoitoa, yksityislääkärikäyntejä, toimenpiteitä ja käyntejä hammashoidossa. Myös Kelan lääkekorvauksien tarkastelu sisältyy tähän lukuun. Esitämme ensin hallinnollisesta tiedonkeruusta saatavia tietoja terveyspalvelujen käytöstä sukupuolittain ja lopuksi kommentoimme löydöksiä tasa-arvonäkökulmasta.

Aiemmin suomalaisissa terveyspalvelujen käyttöä koskeissa tutkimuksissa ja tilastoissa sukupuoli on usein mukana yhtenä luokittelevana muuttujana, mutta harvoin (ks. esim. Luoto ym. 2003, Hetemaa ym. 2006) sukupuolta on hyödynnetty terveyspalvelujen arvioinnissa tai terveyserojen synnyn ymmärtämisessä. Perusteellisemmin sukupuolten välisiä palvelujen käytön eroja on tarkasteltu Sukupuoli ja terveys -kirjassa vuonna 2003 (Gissler 2003).

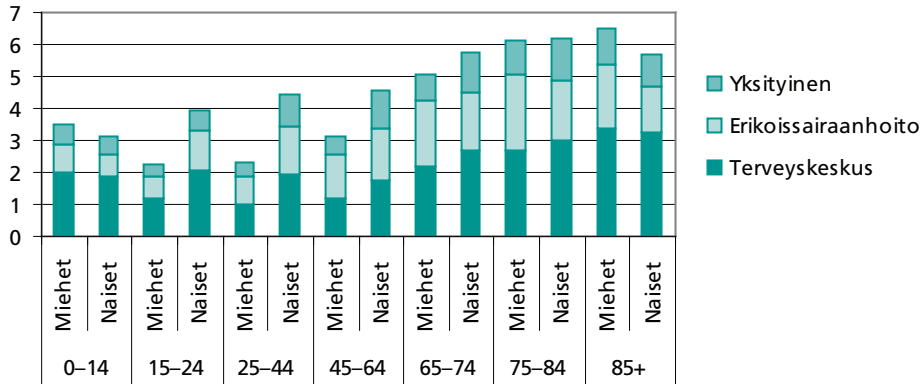
Lääkarissäkäynnit

Naiset ovat perinteisesti käyneet enemmän lääkärissä kuin miehet (kuvio 1). Ero sukupuolten välillä avohoidon lääkärisäkäyntien osalta on kasvanut 40 vuoden aikana, erityisesti viimeisen 10 vuoden aikana. Vuonna 2004 naisilla oli lääkärikäyntejä lähes 5, miehillä 3. Osittain sukupuolierot johtuvat siitä, että naisväestö on vanhempaa kuin miesväestö. Ikäryhmittäin tarkasteltuna miesten lääkarissäkäynnit olivat yleisempiä kuin naisten nuorimmissa (0–14-v.) ja vanhimmissa (85+) ikäryhmissä (kuvio 2) ja 75–84-vuotiailla sukupuolten välillä ei ollut eroa lääkarissäkäyntien määrässä. Työikäisten miesten lääkärikäyntien määrä on merkittävästi vähäisempi kuin naisten, mutta on huomioitava, että tilastoista puuttuvat muualla kuin terveyskeskuksessa tapahtuneet työterveyskäynnit.



KUVIO 1. Naisten ja miesten lääkärikäynnit 1964–2004

Lähde: Osittain uudelleenlaskettu Kalimo ym. 1982 ja Arinen ym. 1998 tietojen perusteella sekä vuoden 2004 osalta Stakesin terveydenhuollon avohoidon tilastot. Vuoden 2004 tilastoista puuttuu terveyskeskuksien ulkopuolella järjestetty työterveyshuolto.

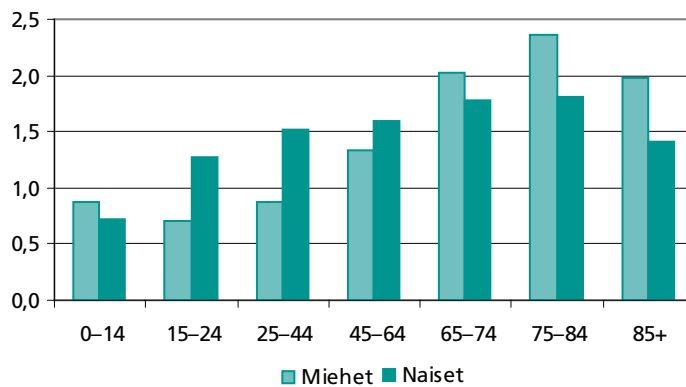


KUVIO 2. Avohoidon lääkärikäynnit asukasta kohti 2004 sukupuolittain ja palvelun antajan mukaan. Muualla kuin terveyskeskuksissa tapahtuneet työterveyskäynnit puuttuvat.

Lähde: Stakesin terveydenhuollon avohoidon tilastot.

Naiset käyvät miehiä ahkerammin sekä terveyskeskuksessa että yksityislääkäreillä vanhinta ja nuorinta ikäryhmää lukuun ottamatta (kuvio 2). Sukupuoliero yksityislääkärikäynneistä korvauksia hakeneiden osuudessa on säilynyt

lähes samana 1990-luvun alusta lähtien. Erikoissairaanhoidon lääkärisäkäyntejä oli 65 vuotta täyttäneillä miehillä ja 0–14-vuotiailla pojilla enemmän kuin vastaavikäisillä naisilla ja tytöillä (kuvio 3).



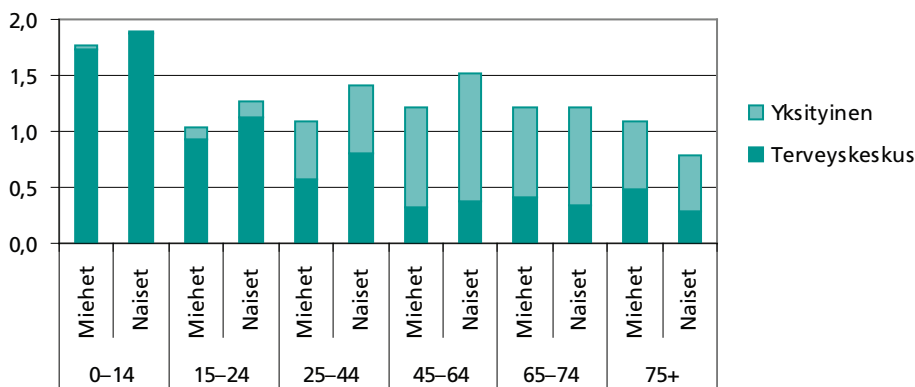
KUVIO 3. Erikoissairaanhoidon lääkärikäynnit asukasta kohti 2004 sukupuolittain

Lähde: Stakesin terveydenhuollon avohoidon tilastot.

Hammashuolto

Hammaslääkärissäkäyntejä sekä yksityishammaslääkärillä että terveyskeskuksessa oli naisilla enemmän kuin miehillä kaikissa ikäryhmissä ennen eläkeikää (kuvio 4), mutta verrattuna muihin lääkärikäynteihin sukupuolierot olivat

pieniä. 75 vuotta täyttäneet miehet kävivät hammaslääkärissä useammin kuin samanikäiset naiset. Terveyskeskuksen hammaslääkärissä kävivät eniten alle 25-vuotiaat (kuvio 4). Sukupuolten välinen ero hammaslääkärikäynneissä oli suurin 45–64-vuotiailla naisilla, ja ero johtui lähinnä naisten runsaammasta yksityishammaslääkärin käytöstä (kuvio 4).



KUVIO 4. Hammaslääkärissäkäynnit asukasta kohti 2004 sukupuolittain

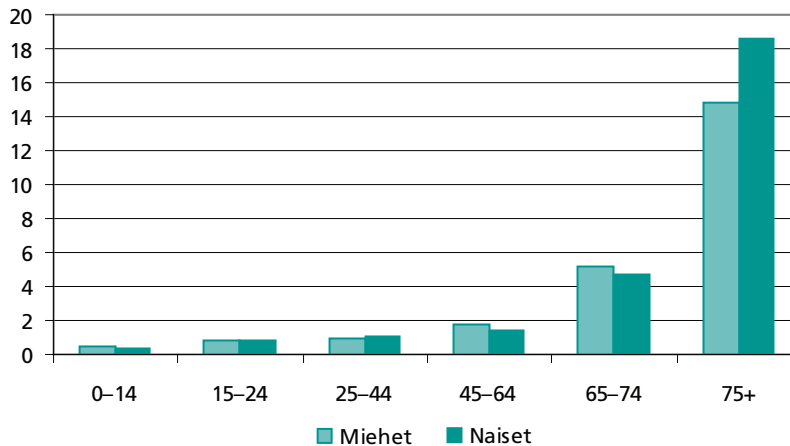
Lähde: Stakesin terveydenhuollon avohoidon tilastot.

Lääkkeiden käyttö

Lääkkeiden käytöstä ei kerätä henkilötason tietoja, mutta kysely- ja haastattelututkimukset osoittavat, että naiset käyttävät sekä reseptivapaita että reseptilääkkeitä enemmän kuin miehet (Aromaa & Koskinen 2005). Myös Kelan korvaamat lääkeresepit osoittavat samaa: Vuonna 2004 alle 15-vuotiaat pojat ja yli 80-vuotiaat miehet käyttävät reseptilääkkeitä enemmän kuin vastaavanikäiset tytöt ja naiset, mutta muuten naisilla oli huomattavasti enemmän reseptilääkitystä (Läkelaitos ja Kela 2005). Erityisen suuri sukupuoliero oli nuorilla aikuisilla. Naisilla oli myös miehiä enemmän erityiskorvausoikeuksia, vaikkakin ikäryhmittäiset erot ovat varsin pieniä (SOTKANet/Kansaneläkelaitos). Vuodesta 1990 vuoteen 2004 sukupuoliero on pienentynyt.

Sairaalahoito

Myös sairaalahoitopäiviä on naisilla selvästi enemmän kuin miehillä (kuvio 5). Keskimääräinen sairaalahoitojen pituus on lyhentynyt 10 vuodessa sekä miehillä että naisilla, mutta sukupuoliero on säilynyt lähes samana. Osittain eroa selittää iäkkäiden naisten suurempi lukumäärä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna miehillä on enemmän sairaalahoitopäiviä alle 15-vuotiailla sekä 45–74-vuotiailla.

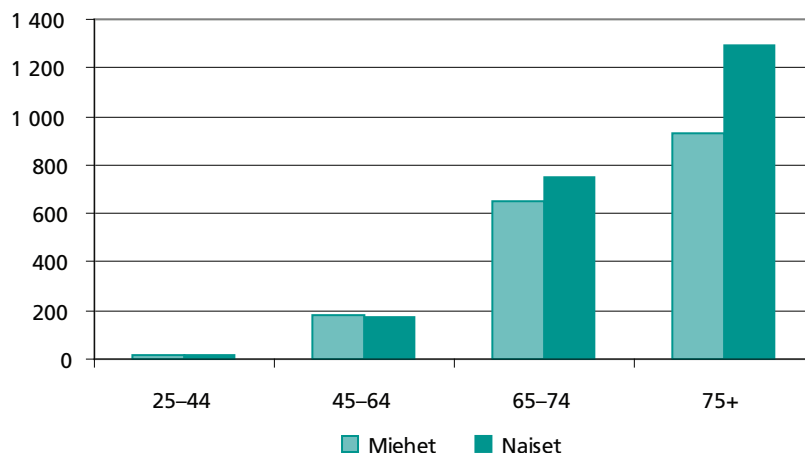


KUVIO 5. Hoitopäivät sairaalassa asukasta kohti, ikäryhmittäin ja sukupuolittain
Lähde: Stakesin hoitoilmoitusrekisteri.

Leikkaustoimenpiteet

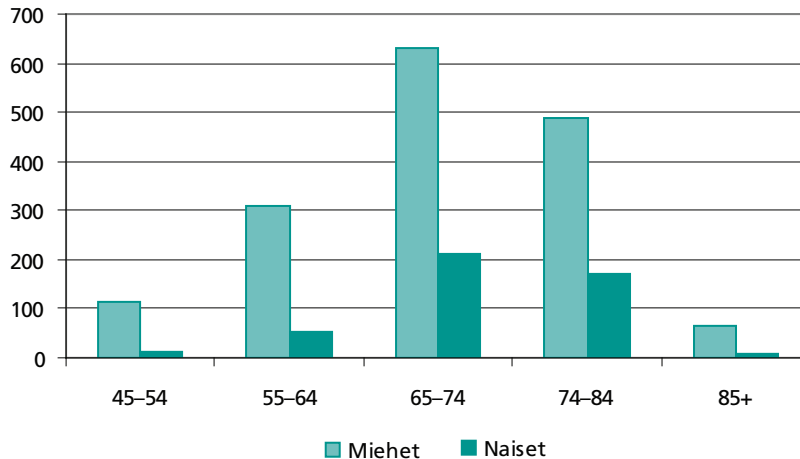
Sukupuolierot sairaaloissa tehdyissä leikkaustoimenpiteissä ovat suuria. Naisilla on enemmän kuin miehillä esimerkiksi kaihileikkauksia (paitsi yli 80-vuotiailla), lonkan tekonivel-

leikkauksia (kuvio 6), sterilointeja ja kilpirauhasen (osittaisia) poistoja. Miehillä on enemmän kuin naisilla esimerkiksi ohitusleikkauksia (kuvio 7), pallolaajennuksia ja välilevyn leikkauksia.



KUVIO 6. Lonkan tekonivelleikkaukset 100 000 asukasta kohti sukupuolittain

Lähde: NOMESKO 2005: Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Helsestatistik for de nordiske lande 2003. Nomesko (Nordisk Medicinalstatistisk Komité) 73. København 2005.



KUVIO 7. Ohitusleikkaukset 100 000 asukasta kohti sukupuolittain.

Lähde: NOMESKO 2005: Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Helsestatistik for de nordiske lande 2003. Nomesko (Nordisk Medicinalstatistisk Komité) 73. København 2005.

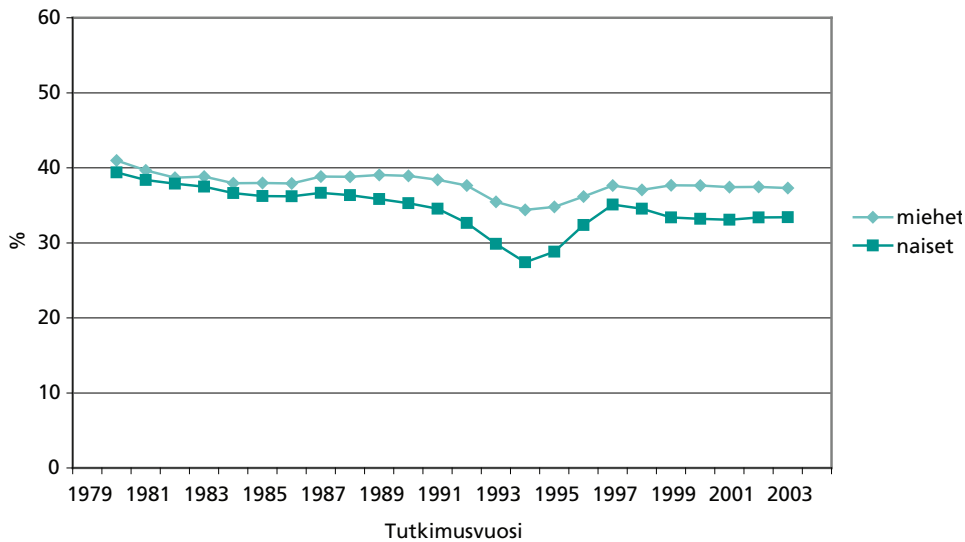
Mistä terveyspalvelujen käytön erot voivat johtua?

Terveyspalvelujen käyttöerot voivat johtua erilaisesta sairastavuudesta, sairauden kokemisesta, hoitoon hakeutumisesta, terveydenhuollon ammattilaisten sukupuolittuneista diagnosointi- ja hoitokäytännöistä ja erilaisista kirjaamiskäytännöistä. Miehet kuolevat huomattavasti nuorempina kuin naiset. Ottaen huomioon kuolinsyyt (miehillä usein väkivaltaiset ja äkilliset sydän- ja verisuonitauteihin liittyvät syyt) yksi selitys sukupuolieroihin on kuolemaa edeltävä terveydentila: naiset elävät pitkään sairautsiensa kanssa.

Miesten suurempi kuolleisuus nuorempana tehokkaammin valikoinee terveemmät vanhukset. Terveydentilan väestötutkimukset (esim. Aromaa ym. 2002) vahvistavat käsitystä naisten suuremmasta sairastavuudesta.

Nuorilla naisilla lisääntymisterveyteen liittyvien palvelujen käyttö selittää ison osan lääkäri- ja sairaaläkäynneistä ja myös hoitopäivistä. Raskauksien ehkäisyyn, lastensaantiin, gynekologisiin ongelmiin ja terveystarkastuksiin ja seulontoihin liittyvät käynnit ja hoitopäivät ovat yleisiä (Hemminki 1998).

Kysely- ja haastattelututkimusten mukaan naiset kokevat terveytensä paremmaksi kuin miehet (kuvio 8, Rahkonen ym. 2004).



KUVIO 8. Miesten ja naisten keskitasoinen tai huonompi koettu terveys 1979–2004, kolmen vuoden liukuva keskiarvo (Lähde: Rahkonen ym. 2004)

Hoitoon hakeutumisen sukupuolieroista Suomessa, sairastavuus huomioon ottaen, tiedetään tutkimusten perusteella vain vähän. Yleinen käsitys kuitenkin on, että naiset turvautuvat herkemmin terveydenhuollon ammattilaisiin kuin miehet (Kokko 1988).

Ulkomaisen kirjallisuuden perusteella naisten ja miesten vaivoja diagnosoidaan ja hoidetaan eri lailla. Yleinen löydös on ollut, että miesten vaivat hoidetaan aktiivisemmin, mutta erilaisten hoitokäytäntöjen selitysosuus terveydenhuoltopalvelujen käyttöeroissa ei yleensä ole suuri. Myös Suomesta on esimerkiksi sepelvaltimotaudin osalta tietoa, että miehiä hoidetaan aktiivisemmin kuin naisia (Kattainen ym. 2003).

Palvelujen käyttötiedot tulevat hallinnollisista rutiinitiedoista. Periaatteessa on mahdollista, että diagnoosit (esim. toimenpiteet) tai hoitopäivien lukumäärät kirjataan eri tavoin eri sukupuolille. Tällä mahdollisella erolla tuskin on suurta selitysvoimaa. Sen sijaan työterveyshuollon tietojen puuttuminen (terveyskeskuksissa tapahtuvaa hoitoa lukuun ottamatta) voi aiheuttaa vinouman. Yleinen käsitys on, että

poisjäanti vähättelee miesten terveyspalvelujen käytön määrää, koska miehiä on enemmän työelämässä.

Väkivaltaisia syitä ja äkillisiä infektioita lukuun ottamatta sairauksien ja vammojen synty tapahtuu hiljakseen. Nykyinen sairastavuus ja palvelujen käyttö kertovat myös menneistä elinolosuhteista ja elintavoista. Nykyiset erot epäterveissä elintavoissa heijastuvat terveyspalveluiden käyttöön tulevaisuudessa. Vuonna 2004 lähes puolet aikuisikäisistä (25–64-vuotiaista) miehistä käytti runsaasti alkoholia, samanikäisistä naisista joka kolmas. Runsaasti alkoholia käyttävien osuus on lisääntynyt 15 vuoden aikana selvästi sekä naisilla että miehillä, mutta miesten suhteellinen osuus on edelleen selvästi naisia suurempi (Stakes 2005). Suomalaiset naiset ovat ikääntyessään lihonneet ja ylipaino on ollut vanhempien naisten ongelma. Nyt lihavoituminen on tullut myös miesten ongelmaksi ja nuorissa miehissä on enemmän ylipainoisia kuin nuorissa naisissa (Lahti-Koski ym. 2000). Päivittäin tupakoivia miehiä on aikuisväestöstä lähes joka kolmas ja naisista joka viides (Vartiainen ym. 2003). Päivittäistupakoinnissa sukupuolten väliset erot ovat

15 vuodessa hieman vähentyneet, koska miesten tupakointi on vähentynyt, mutta naisten pysynyt ennallaan tai jopa hieman lisääntynyt.

Tulevaisuuden tutkimus- ja kehittämisalueita

Terveyspalvelujen sukupuolierot ovat kiinnostavia sekä sairauksien epidemiologian ja terveyspalvelujen käytön ymmärtämisen että palvelujen arvioinnin kannalta. Sukupuolierot voivat tuoda tärkeitä havaintoja terveyden määreiden ja sairauskäyttäytymisen ymmärtämiseen ja jatkotutkimusten pohjaksi. Miehiä ja naisia ei siis tulisi tutkimuksissa ja tilastoissa yhdistää (tai vakioida sukupuolen suhteen), vaan esittää tiedot erikseen miehistä ja naisista.

Tällä hetkellä tietopohja Suomessa on riittävä laitoshoidon osalta, mutta perusterveydenhuollon tilastointikäytännössä on puutteita. Käynnissä oleva perusterveydenhuollon tilastoinnin uudistus tulevina vuosina tuonee helpotusta tähän puutteeseen. Etenkin ehkäisevän terveydenhuollon käytön erot sukupuolittain olisi kiinnostava tutkimusaihe; oletettavasti miehet eivät hyödy ehkäisevän terveydenhuol-

lon palveluista yhtä paljon kuin naiset. Lisääntymisterveyspalvelujen ajantasaisen käytön kuvaus puuttuu tällä hetkellä Suomesta lukuun ottamatta äitiysneuvoloiden käyttöä ja joukkotarkastuksia, joista tietoja saadaan Stakesin ylläpitämistä syntymä- ja joukkotarkastusrekisteristä.

Oikeudenmukaisuuden kannalta terveyspalvelujen käyttöeroissa on kaksi oleellista kysymystä: Ensinnäkin, selittyvätkö havaitut erot miesten ja naisten erilaisella sairastavuudella vai onko kyseessä ylikäyttöä (medikalisaatio) tai alikäyttöä? Onko yli- tai alikäytön takana ihmisten oma valinta (arvostukset ja tiedot) vai palvelujärjestelmän erilainen saatavuus? Viimeksi mainitussa tapauksessa oikeudenmukaisuusongelma on ilmeinen.

Toiseksi, olisi oleellista tietää, ovatko sosiaaliluokka, alue- ja muut sosiaaliset erot samanlaisia miehillä ja naisilla. Tällaisia tarkasteluja on tehty vähän, mutta vajavainen tieto Suomesta (esimerkiksi Hemminki 2003, Rahkonen ym. 2004) viittaa siihen, että sosiaalisella taustalla on vähemmän merkitystä naisten terveydelle ja terveyspalvelujen käytölle kuin miesten. Terveydenhuolto lienee onnistunut paremmin tasa-arvotavoitteessaan naisten kuin miesten osalta. Näiden syiden analysointi voisi edesauttaa koko terveydenhuollon oikeudenmukaisuuspyrkimyksiä.

Lähteet

- Arinen, S. & Häkkinen, U. & Klaukka, T. & Klavus, J. & Lehtonen, R. & Aro, S. (1998). Suomalaisten terveys ja terveyspalveluiden käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes ja Kansaneläkelaitos, SVT:Terveys 5.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos. (viitattu 2.11.2004) Saatavana verkossa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/julkaisusarjat/kansanterveyslaitoksen_julkaisuja_b/.
- Gissler, M. (2003). Terveyspalvelujen käyttö sukupuolittain. Teoksessa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 277–288.
- Hemminki, E. & Sihvo, S. & Forssas, E. & Koponen, P. & Kosunen, E. & Perälä, M.-L. (1998). The role of gynecologists in women's health care – women's views. *International Journal for Quality in Health Care* 10: 59–64.
- Hemminki, E. (2003). Naiset terveysvaikuttajina. Teoksessa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 265–273.
- Hetemaa, T. & Manderbacka, K. & Reunanen, A. & Koskinen, S. & Keskimäki, I. (2006). Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 116–123.
- Kalimo, E. & Nyman, K. & Klaukka, T. & Tuomikoski, H. & Savolainen, E. (1982). Terveyspalveluiden tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976. Liitetaulukot. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 37. Helsinki.
- Kattainen, A. & Luoto, R. & Reunanen, A. (2003). Krooninen sairastavuus sukupuolittain. Teoksessa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 33–49.

- Kokko, S. (1988). Tauti ja sairaus – työikäiset terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Kuopion yliopiston julkaisu: Kansanterveystiede 1/1988. Kuopio.
- Lahti-Koski, M. & Vartiainen, E. & Männistö, S. & Pietinen, P. (2000). Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24, 1669–1676.
- Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) (2003). Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino.
- Lääkelaitos ja Kela (2005). Suomen lääketilasto. SLT 2004. Helsinki, 87–89.
- NOMESKO (2005). Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Helsestatistik for de nordiske lande 2003. Nomesko (Nordisk Medicinalstatistisk Komité) 73. København.
- Rahkonen, O. & Talala, K. & Laaksonen, M. & Lahelma, E. & Prättälä, R. & Uutela, A. (2004). Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979–2002. *Suomen Lääkärilehti* 59(20), 2159–2163.
- Stakes (2005). Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto: Sosiaaliturva. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vartiainen, E. & Laatikainen, T. & Tapanainen, H. & Salomaa, V. & Jousilahti, P. & Sundvall, J. & Salminen, M. & Männistö, S. & Valsta, L. (2003). Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät Finriski-tutkimuksessa 1982–2002. *Suomen Lääkärilehti* 58(41), 4099–4106.



Sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuus

SOSIAALIPALVELUT JA PILOUTUVA OIKEUDENMUKAISUUS

ANU MUURI, PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN

Johdanto

Maailma on muuttunut ja monimutkaistunut. Emme enää osaa antaa vakuuttavia vastauksia siihen, miten toiminnot tulisi järjestää. Erityisesti tehokkuuden ja tehostumuuden kysymykset askarruttavat. Tilannetta voidaan kuvata jopa kriisiksi. Ilkka Niiniluodon mukaan emme myöskään osaa antaa vastauksia tavoiteongelmaan, joka koskee sosiaalisen toiminnan haluttuja tuloksia ja päämääriä. Tavoitteisiin liittyvän arvo-ongelman lisäksi on myös kysymys käytettävissä olevien keinojen ja prosessien eettisestä hyväksyttävyydestä. Tehokasta pyrkimystä tavoitteisiin rajoittaa se, että vain moraalisesti sallittavia keinoja voidaan soveltaa. (Niiniluoto 1993, 99–100.) Tässä tilanteessa arvokeskustelu pureutuu tai sen tulisi pureutua peruskysymyksiin, jotka koskevat hyvän elämän tavoitteita ja oikeudenmukaista yhteiskuntaa.

Keskustelua hyvästä elämästä, oikeudenmukaisuudesta sekä hyvinvointiyhteiskunnasta ja sen arvoista haittaa se, että käsitteitä käytetään väljästi ja moninaisesti, ilman yhteisesti hyväksytyjä määritelmiä. Oikeudenmukaisuus näyttäytyykin subjektiivisesta näkökulmasta, jolloin kaikilla on oma käsityksensä oikeudenmukaisuudesta. Oikeudenmukaisuus on käsitteenä niin tuttu, että emme enää huomaa, mitä sillä tarkoitetaan. Samalla oikeudenmukaisuuden käsitteestä on tullut niin itsestään selvä asia, ettei sen sisältöä enää mietitä tarkemmin.

Pyrimme tässä artikkelissa avaamaan oikeudenmukaisuuden, hyvinvointivaltion ja sosiaalipalveluiden käsitteitä sekä niiden välisiä suhteita. Tarkastelussa aineistona käytetään ajankohtaista keskustelua. Lähestymistapa on valittu sen vuoksi, että oikeudenmukaisuudesta puhutaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluissa ja sitä pidetään niiden eräänä keskeisimpänä arvona. Oikeudenmukaisuus on ollut suomalaisten terveydenhuoltopoliittisten strategia-asiakirjojen johtavia periaatteita 1970-luvulta lähtien. Tässä artikkelissa

pohditaan, onko näin myös sosiaalipalveluiden osalta. Artikkelissa ei käsitellä oikeudenmukaisuutta filosofiselta pohjalta, vaan pyrimme avaamaan keskustelua oikeudenmukaisuudesta sosiaalipalveluissa sekä tuomaan esiin jatkopohdintoja vaativia aiheita ja teemme niihin liittyviä esityksiä.

Oikeudenmukaisuus ja hyvinvointiyhteiskunta

Oikeudenmukaisuuden ydintä on etsitty aina. Jo Aristoteles sanoi, että oikeudenmukaisuus on hyveistä suurin. Hän jakoi sen *oikaisevaan oikeudenmukaisuuteen*, jossa korjataan tai hyvitetään tasapuolisuuden loukkauksia ja *distributiiviseen oikeudenmukaisuuteen*, jossa joitakin asioita (etuja ja rasituksia) jaetaan vähintään kahden henkilön kesken (Aristoteles, Nikomakhoksen kirja, 1131b). Esimerkiksi terveystieteissä käytetään myös jakoa *verikaaliseen ja horisontaaliseen oikeudenmukaisuuteen*.

Ilkka Niiniluodon mukaan oikeudenmukaisuus kuuluu merkittävän välinearvonsa ohella sosiaalisiin itseisarvoihin, jonka toteutuminen on arvokasta kaikista sen hyödyllisyyteen liittyvistä näkökohdista riippumattakin. Max Weberin termein voimme sanoa, että pyrkimys oikeudenmukaisuuteen on arvorationaalista, ihmisen hyvää elämää määrittävää, päämäärä-keinorationaalista hyötylaskemista riippumattonta. (Niiniluoto 1993, 128.)

Oikeudenmukaisuuden sisällön määrittely-yritykset liittyvät oikeudenmukaisuuden periaatteiden tai kriteerien hahmottamiseen. Risto Eräsaari toteaa, että suomalaiset sosiaalipoliitikot eivät oikeastaan koskaan ole pohtineet eriarvoisuuden suurten tai pienten kokemusten taustalla olevaa yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden käsitettä, vaan se on jätetty filosofian spesialisteille. Hänen mukaansa

John Rawlsin oikeudenmukaisuusteorian avulla tiedämme, mitä oikeudenmukaisuus järjestäytyneessä yhteiskunnassa on teoriassa. Silti yrityksistä huolimatta emme tiedä, mitä oikeudenmukaisuus on käytännössä. (Eräsaari 1996, 9–17.)

Hannu Tapani Klamin määritelmän mukaan (1990) *normit ja käytäntö yhdessä muodostavat oikeudenmukaisuuden*. Tällöin lainsäädäntö (esim. perustuslaki), asetukset ja viralliset periaatteet muodostavat oikeuspohjan, joka antaa suuntaviivat käytännön toteutukselle. Lainsäädännöllä, ilman käytäntöä, ei synny todellista oikeudenmukaisuutta. Mutta käytännönkin on vaikea toteuttaa oikeudenmukaista toimintaa kattavasti ilman laajaa moraalista pohdintaa, joka saa useimmiten muotonsa lainsäädännössä. Käytännön on synnyttävä oikeudellisen rakenteen sisällä, mutta samalla haastaen oikeudellisia rakenteita ja erityisesti niiden rajoja. Tämä syklinen prosessi on demokraattisen yhteiskunnan kehittymisen edellytys.

Filosofi John Deweyn mukaan yksittäinen ihminen on lähtökohtaisesti sidottu häntä ympäröivään maailmaan. Ihminen oppii ja kehittyy vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Tämän vuoksi Dewey ajatteli, että demokratiakehitys käynnistyy paikallisesti ja pienten ryhmien kautta. Julkinen valta kuten esimerkiksi valtio syntyy käytännön tarpeen johdosta, kun ryhmien jäsenten on enää vaikeata hahmottaa laajaksi ja monimutkaiseksi kasvanutta yhteisöään, saati ennustaa tekojensa seurausta. Tällöin ryhmän jäsenet organisoivat edustuksellisia yhteisöjä, joihin valitsevat henkilöitä hoitamaan yhteisön asioita. Deweyn mukaan tämä on demokraattisen valtion lähtökohta. (Dewey, 1927 alkup. suom 2006.) Demokraattisessa yhteiskunnassa oikeudenmukaisuuden edistäminen on organisoitu paljolti julkisen vallan tehtäväksi. Sen yksi muoto ja tulos on hyvinvointivaltio, joka jakaa tuloja ja varallisuutta uudelleen turvatakseen huono-osaisimpien etuja ja edistääkseen toimintamahdollisuuksien yhdenvertaisuutta.

Hannu Uusitalo kuvaa oikeudenmukaisen hyvinvointiyhteiskunnan periaatteita ja toteaa, että kaikki ovat yhtä mieltä yleisistä arvoista, kuten vapaus ja tasa-arvo. Erimielisyydet kuitenkin alkavat heti, kun pyritään määrittelemään esimerkiksi tasa-arvon käsitteen sisältö. Tarkoittaako se sitä, että kaikille tulisi turvata yhtäläiset mahdollisuudet edistää hyvinvointiaan yhteiskunnassa riippumatta sukupuolesta, asuinpaikasta, vanhempien varallisuudesta, rodusta tai etni-

sestä taustasta (mahdollisuuksien tasa-arvo), vai tarkoittaako se pikemminkin sitä, että tasa-arvoa mittaa varsinaisesti se, kuinka hyvinvointi on jakautunut (lopputuloksen tasa-arvoisuus)? (Uusitalo 1993, 64.)

Hyvinvointivaltiolla tarkoitetaan Uusitalon mukaan valtiota, joka toimii demokraattisessa ja verraten vauraassa yhteiskunnassa, ottaa laajan vastuun kansalaisten sosiaalisesta turvallisuudesta ja pyrkii lisäämään tasa-arvoa erilaisten ihmisten ja väestöryhmien välillä. (Uusitalo 1993, 64–72.) Pohjoismaissa on positiivinen vapaus erityisessä arvossa. Kattava ja hyvätasoinen taloudellinen ja sosiaalinen turvallisuus antaa kansalaisille ei vain muodollisia, vaan myös todellisia vapauksia toimia omien tavoitteidensa mukaisesti. Myös tasa-arvo on keskeinen pohjoismaisen hyvinvointivaltion arvo. Tasa-arvoa ovat edesauttaneet sosiaali-, koulutus-, vero- ja tulospoliittiset keinot ja julkinen palvelujärjestelmä, joka on niin ikään merkittävä tasa-arvoa lisäävä piirre: kaikki ovat samojen palvelujen käyttäjiä riippumatta taloudellisesta ja sosiaalisesta asemasta tai asuinpaikasta. (Mt. 75; Anttonen & Sipilä 2000.)

Sosiaalipoliitikkojen keskuudessa oikeudenmukaisuusteorioista tunnetuin on John Rawlsin teos *A Theory of Justice*, jota pidetään modernin politiikan filosofian klassikkona. Rawls kuuluu ns. yhteiskuntasopimusteoreetikoihin, ja hänen keskeisin pohdintansa liittyy siihen, millaiset olisivat oikeudenmukaisen hyvinvointiyhteiskunnan peruseriaatteet eli yhtenäiset tulkinnat hyvinvoinnin jakoperiaatteista. Uusitalon mukaan Rawlsin erityisyys hyvinvointivaltiotarkastelussa on siinä, että Rawls palautti eettisen keskustelun sille yhteiskunnalliselle tasolle, joka oli tyypillistä antiikin filosofialle. Moderni etiikka on tarkastellut oikeudenmukaisuutta enemmänkin yksittäisten tekojen tai tekosarjojen kysymyksenä: miten minun tulisi kohdella ihmisiä ollakseni oikeudenmukainen tai tasa-arvoinen? Rawls taas kysyy, millaiset yhteiskunnalliset rakenteet, instituutiot ja käytännöt ovat oikeudenmukaisia, mutta ei anna yksityiskohtaisia vastauksia yksittäisissä tapauksissa ja tilanteissa. (Uusitalo 1993, 65–66.)

Rawlsin oikeudenmukaisuusteoriaa ja eroperiaatetta on kritisoitu monesta eri syystä. Melissa S. Williams on esittänyt käsitteen *diskursiivinen oikeudenmukaisuus* ja tehnyt selvän eron Rawlsin eroperiaatteeeseen. Williamsin pääajatus on, että oikeudenmukaisuuden edellytys on diskurssi, joka

Williamsin mukaan voidaan määritellä keskustelevaksi vuorovaikutukseksi. William käsittelee marginaalissa elävien ryhmien ongelmia ja korostaa, ettei muilla ole edellytyksiä edustaa heitä. Jotta siis voitaisiin arvioida, mitä oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus tarkoittavat, täytyy olla hyvä käsitys marginaalissa elävien ryhmien erityisistä eduista. Rawlsin esittämä yksilöiden saamiensa etujen punnitseminen ei riitä, vaan on otettava huomioon myös vuorovaikutus, koska se on oikeudenmukaisen ratkaisun edellytys. (Williams 1995, 80–81; myös Kajanoja 2003, 217–218.)

Rawlsin, Deweyn ja Williamsin sekä muiden näkemyksistä nousee ajatus siitä, että oikeudenmukaisuuden toteutus kuuluu kaikille ihmisille kaiken aikaa tässä ja nyt. Mutta samanaikaisesti yhteiskuntamme monimutkaiset toimintajärjestelmät edellyttävät rakenteita ja yhteisiä käytäntöjä, joissa oikeudenmukaisuuden toteutumista vaalitaan, kehitetään ja mahdollistetaan. Oikeudenmukaisuus edellyttää yksilön ja yhteisen toiminnan (julkisen) välistä aktiivista vuorovaikutusta ja asioiden julkiseksi tekemistä.

Hyvinvointivaltion arvot ja sosiaalipolitiikka

Hyvinvointivaltio ei ole käsitteenä yksiselitteinen, ei myöskään sen nimissä, rakenteissa tapahtuva toiminta. Arvot eivät myöskään ole yksinkertaisia. Olemme aikaisempaa tietoisimpia siitä, että osa päätöksistämme ja teoistamme vaikuttaa jopa tulevien sukupolvien elämään. Tiedämme tämän, mutta emme ole varmoja siitä, kuinka valintamme lopulta vaikuttavat. Samalla kun tiedämme päätöstemme vaikuttavan jollain tavalla tulevaisuuteen, niin havaitsemme, että yhä useammat asiat ovat toisistaan riippuvaisia jo tässä ja nyt. Asioiden monimutkaisuus kasvaa ja samalla kasvaa mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen määrä. Mahdollisuuksien kirjo, ristiriitaiset tietosisällöt ja maapalloistuminen vaikuttavat siihen, että asioiden hyvä hallinta ei aina onnistu edes niiltä organisaatioilta, jotka olemme luoneet yhteisten asioiden hoitamista varten. Mitä sitten tulisi tehdä ja mitä voidaan tehdä tämän kaaoksen hallitsemiseksi?

Jos otamme lähtökohdaksi ajatuksen pyrkimyksestä oikeaan ja hyvään, se edellyttää moraalista harkintaa. Ja moraal

edellyttää arvoja. Mutta ovatko arvot lähestymässä arvostusta? Ja mitä sitten arvostamme? Olemmeko siirtymässä tai jo siirtyneet pois perustarpeiden tyydyttämiseen perustuvasta yhteiskunnasta kohti tilannetta, jossa sosiaalinen arvostus ja itsensä toteuttaminen ovat yhä merkityksellisempiä (Rubin 2004). Tällöin itse liike, prosessi, ajassa tapahtuva toiminta ja hetkittäiset päämäärät ovat tärkeämpiä kuin elämää ylläpitävät kaukaisemmat tavoitteet. Vastakkain ovat minun haluni ja sinun tarpeesi. Kenen tarpeet ovat arvokkaammat ja tärkeämmät toteuttaa?

Arvostiriita näkyy elämyksellisyyden korostamisessa, vaikkakin samanaikaisesti julkinen keskustelu korostaa tiedollista ja toiminnallista tasoa. (Rubin 2004.) Yhteiskuntamme moninaisuus on lisääntynyt, ja samalla on lisääntynyt niiden yksittäisten tilanteiden määrä, joissa tehdään päätöksiä meitä kaikkia koskettavista asioista. Raija Julkunen on todennut, että hyvinvointimallia ei valita, vaan se ”rakentuu monina puroina ja kompromisseina” (Julkunen 2006, 183–185). Tämän rakentumisen takana on aina arvojen ja arvostusten perusteella tehtyjä valintoja. Arvojen puntarointi ja niistä keskustelu saattaa olla keskeinen asia, jos ja kun valmistelemme päätöksiämme yksin tai yhdessä. Arvoja käytetään kriteereinä valinnoissa tai oikeutuksena todelliselle tai aiotulle käyttäytymiselle. Niillä perustellaan toimintaa, tehdään se hyväksyttäväksi itselle ja muille.

Toiminnan kannalta on keskeistä, missä määrin havaitaan epäsuhtaa todellisuutta koskevien uskomusten ja niitä vastaavien, toivottavaa koskevien käsitysten – arvioinnin kriteerien – välillä. Todelliset olosuhteet saavat sosiaalisen merkityksensä siitä, että ne asetetaan vastakkain ideaalien kanssa. Arvot legitimoivat instituutioita, tekevät ne hyväksyttäviksi. Instituutio, kuten hyvinvointivaltio, tarvitsee arvoja ja uskomuksia toimintansa legitimoimiseen, toimiakseen ja säilyäkseen, mutta samalla ne välittävät, tukevat ja ylläpitävät yhteiskunnan arvoja ja uskomuksia. (Hellsten 1995, 131–132.)

Anttonen ja Sipilä toteavat, että pohjoismainen hyvinvointivaltio ymmärretään useimmiten kansalaisten kannalta emansipatoriseksi projektiksi, jolla on tavoiteltu tasa-arvoista ja oikeudenmukaista yhteiskuntaa (Anttonen & Sipilä 2000, 14). Oikeudenmukaisuudessa on pääpiirteissään kyse erilaisen velvollisuuksien ja oikeuksien välisestä tasapainosta. Yksimielisyys vallinnee siitä, että velvollisuuksien ja oikeuksien

tulisi olla oikeassa suhteessa toisiinsa. Vaikeudet alkavat, kun käydään pohtimaan, miten tämä oikeudenmukainen jako tulisi käytännössä suorittaa. Mitä, kenelle ja kuinka paljon? (Kangas 1998, 9; myös Uusitalo 1993.)

Julkisella sektorilla on viime vuosikymmeninä ollut ja on edelleen käynnissä monenlaisia kehittämis- ja uudistamishankkeita. Muutoksia on haettu mm. talouden paineiden vuoksi, rakenteiden muuttamisen tarpeesta, työelämän vaatimusten vuoksi tai eettisten kysymysten noustessa esille. Tämä on merkinnyt sitä, että sosiaalipolitiikan kentälle on omaksuttu tulosjohtamisen, laatuajattelun, tiimityön ja tavoitteiden käsitteitä ja vaatimuksia.

Muutoksia on tapahtunut ja sosiaalipolitiikka etsii oikeutustaan ja toiminta-alueitaan. Brian Munday on todennut Vuokko Niirasen mukaan, että ”talouden ehtojen tiukentuessa sosiaalipalveluiden oikeutusta haetaan ainakin kolmella eri tavalla” (Niirainen 1993, 75). Nämä kolme tapaa perustella ovat:

1. Korostaa sosiaalipalveluiden eettisiä, moraalisia ja humanisia ulottuvuuksia.
2. Sosiaalipalvelut ovat tarpeen jonkin muun asian vuoksi: esim. yhteiskuntarauha, työllisyys jne.
3. Taloudellisuutta ja tulokellisuutta korostetaan erityisesti silloin, kun kyse on priorisoinnista ja/tai toimintojen rajaamisesta.

Arviointi ja kilpailuttaminen ovat aikaisemmin kuuluneet liiketalouden ja avoimien markkinoiden keinovalikoimaan. Taustalla on viime vuosikymmenellä kasvanut usko kilpailutukseen ja siihen, että ihmisellä on oltava oikeus ja mahdollisuus päättää ja vastata itse omasta elämästään. Samalla uskotaan, että kilpailun avulla saavutetaan tuloksia ja samalla tehokkuus kohoaa. Raija Julkusen mukaan kyse on jo 1990-luvulla alkaneesta suunnanmuutoksesta, jonka syynä on pelisääntöjen muuttuminen sosiaalipolitiikassa institutionaalisten ehtojen ja uusien mentaalisten mallien seurauksena. Juho Saaren mukaan muutoksissa on ollut taas kyse siirtymisestä sellaiseen sosiaalipolitiikkaan, joka toimii paremmin muuttuneissa tilanteissa. (Julkunen 2001; Saari 2003, 297.)

Julkusen mukaan on paradoksaalista, että yhteiskunnassamme on nihkeyttä julkista työtä kohtaan, vaikka ihmisten haluavat hyvää hallintoa, luotettavaa oikeuslaitosta,

koulutusta, terveyttä, hoivaa, kulttuuria, hyvin hoidettua ympäristöä sekä liikenne- ja tietoliikenneinfrastruktuuria. Halu yksityistää hyvinvointiyhteiskunnan palveluita ei perustu Julkusen mukaan edes empiiriseen näyttöön niiden tehokkuudesta. Taustalla on pikemminkin uusklassinen markkinausko ja idea markkinaehtoisemmasta yhteiskunnasta. (Julkunen 2006, 185.)

Sosiaalipalveluja kaikille?

Oletamme, että sosiaalipalveluiden tavoitteena on sosiaalipolitiikan osana toteuttaa oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Teimme artikkelia varten ensin tietokantahakuja ja käsihakuja löytääksimme asiaan liittyvää suomalaista keskustelua ja tutkimusta¹. Todellisuus paljastui: sosiaalipalveluihin ja oikeudenmukaisuuteen liittyvää tutkimusta ei löytynyt.

Sosiaalipalvelut ja oikeudenmukaisuus eivät siis yhdisty tutkimuksessa. Syitä voi vain arvailla. Voi olla, että oikeudenmukaisuuskeskustelua ei ole sosiaalipalveluissa koskaan ollut tai se on jäänyt sivuun. Voi myös olla, että jokaisella vuosikymmenellä on omat tavoitteensa ja oikeudenmukaisuus on noussut uuden perustuslain säätämisen myötä 2000-luvun teemaksi.

Terveyttä kaikille -iskulause sisältää ajatuksen oikeudenmukaisuudesta, jossa jokainen saa terveyspalveluja. Miten olisi Sosiaalipalvelut kaikille -iskulause? Meitä kiinnosti, mikä sosiaalipalveluiden alkuperäisen tavoitteena oli. Tähän kysymykseen jouduimme hakemaan vastausta historiasta.

Sosiaalipalveluiden sisältö määriteltiin Veikko Piiraisen toimesta ensimmäisen kerran vuonna 1964. Piiraisen mukaan sosiaalipalveluilla tarkoitettiin työsuhteesta riippumatta ja maksuttomasti tai osittaiskorvauksesta perheelle tai yksilölle heidän jonkin sosiaalisen vaikeutensa tai heistä johtuvien vaikeuksien takia annettua neuvontaa ja työvoima-apua (Piirainen 1969, 25). Piiraisen mukaan rajan vetäminen sosiaaliavustuksen ja palvelun välillä on helppoa, koska avustus on aineellista, palvelu ei. Sen sijaan rajan vetämistä sosiaalipalvelun ja sosiaalihuollon välille Piirainen

¹ Kiitokset Stakesin tietopalvelulle tietokantahauista. Hakuja tehtiin asiansanoilla sosiaalipalvelut tai sosiaalihuolto ja oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, tasavertaisuus tai yhdenvertaisuus.

piti hankalana. (Mt. 26.) Sosiaalipalveluiden tavoitteesta ei sen sijaan puhuttu mitään.

Teoreettisesti ja käsitteellisesti innovatiivisen sosiaalipalveluiden käsitteen esitti 1970-luvun alussa Riitta Auvinen. Hänen mukaan sosiaalipalvelut voitiin määrittellä palveluiksi, jotka neuvonnalla, työvoima-avulla tai muin erityisjärjestelyin pyrkivät auttamaan perheitä ja yksilöitä erilaisissa sosiaalisissa vaikeuksissa tai ongelmatilanteissa (Auvinen 1971, 96.) Hän katsoi, että perinteisen sosiaalihuollon tavoitteena oli sopeuttaa yksilö ympäristöönsä. Sille päinvastaisesti sosiaalipalvelut olivat mahdollisuus ja menetelmä rakentaa sosiaalista ympäristöä yksilön tarpeita paremmin vastaavaksi. Tämä oli ratkaiseva ja periaatteellinen ero huollon ja palvelun välillä. Sosiaaliturvan yleisenä tavoitteena tuli olla yhteiskunnan muuttaminen kansalaisten hyvinvointia ja yksilöllistä valinnan mahdollisuuksia lisääväksi. (Rauhala 1996, 94.)

1960-luvun lopulla asetettiin komitea pohtimaan sosiaalipalveluiden tavoitteita ja toimintaperiaatteita. Vuosina 1967–1971 työskennellyt sosiaalihuollon periaatekomitea määritteli sosiaalihuollon periaateeksi palvelun. Sosiaalihuollon periaatekomitea määritteli sosiaalipalveluiksi yhteiskunnan toimesta tai sen tuella ja valvonnassa toteutetut palvelut, joilla tyydytetään yksilöiden ja perheiden tarpeita siltä osin, kuin palveluja ei ole saatavissa yksityisten tuottamina tai palvelut ovat sen luonteisia, että niiden tuottamisen on katsottava kuuluvan yhteiskunnalle. (Sosiaalihuollon periaatekomitean..., 1971, 42.)

Komitea painotti, että yleisten palvelujen tuli olla kaikkien kansalaisten saavutettavissa. Sen mielestä palvelujen tarjonnan saamista tasaisemmaksi oli pidettävä keskeisenä yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Palveluiden saatavuuden näkökulmasta alueellisuus ja seudullisuus olivat jo silloin vahvasti esillä. Komitea määritteli myös toimintaperiaatteita ja niiden sisältöä. *Palveluhenkisyydellä* komitea tarkoitti sitä, että toimenpiteiden tavoitteena tuli olla ensi sijassa asiakkaiden palveleminen, minkä komitea määritteli palvelumieliseksi auttavaksi yleiseksi perusasetteeksi. *Pyrkimys normaalisuuteen* tarkoitti sitä, ettei sosiaaliturvatoimenpiteiden vastaanottaminen saanut olla yksilöä leimaavaa. *Valinnanvapaus* merkitsi sitä, että asiakkaalla itselleen oli oikeus päättää, millaisia sosiaalipalveluja hän käytti. Edellytys valinnanvapauden toteuttamiselle oli, että

vaihtoehtoisia palveluja oli saatavilla. *Luottamuksellisuus* puolestaan oli sitä, että asiakas tiesi, mihin hänen tietojensa käytettiin, ja häneltä pyydettiin lupa tietojen antoon. Pyrkimys ennaltaehkäisyyn käsitti sellaiset palvelut, joilla pyrittiin tukemaan yksilöiden kykyä säilyttää itsenäinen toimeentulo. *Omatoimisuuden edistämiseksi* tarkoitettiin sitä, että annetuilla palveluilla turvattiin yksilöiden itsenäinen toimintakyky ja toimeentulo. (Mt. 28–39.) Yhdellä sanalla kuvattuna, sosiaalipalvelujärjestelmän tuli olla ennen kaikkea asiakaslähtöinen. Sosiaalihuollon periaatekomitean ajatukset on otettu moneen lainsäädäntöön ja komiteamietintöön, mutta oikeudenmukaisuustavoitetta teksteistä ei löydy. Sen sijaan sosiaalipalveluiden keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin *tasa-arvo*, joka lähestyy oikeudenmukaisuuden käsitettä.

Sosiaalipalvelut ovat osa sosiaalihuoltoa. Ajatukseen palvelusta kuuluu, että sitä käytetään vapaaehtoisesti. Niin nähtynä pakkoon perustuvat sosiaalihuollon toimet eivät voi sisältyä sosiaalipalvelun käsitteen alaan. Palvelun ideaan kuuluu myös, ettei se voi olla pelkkää rahan siirtämistä. Palvelu on työaikaosuus, jonka kuvaamisessa on keskeistä ennemminkin siihen käytetty aika sekä työntekijän osaminen ja motivaatio kuin kustannukset (Anttonen & Sipilä 2000, 103.)

Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä ovat todenneet kansainvälisissä tutkimuksissaan, että sosiaalipalveluiden käsite viittaa hyvin kirjaviini käytäntöihin ja käsitteen käyttö on vakiintumatonta. Sosiaalihuollon kokonaisuudesta ei aina tunnisteta palveluja erityisenä omana alueena. Sosiaalipalvelut ovat kiistanalaisempi osa hyvinvointivaltiota kuin terveydenhuolto ja koulu. Hyväksyttävää on, että keskeisempiä koulutus- ja terveyspalveluja tarjotaan ilmaiseksi tai lähes ilmaiseksi kaikille kansalaisille. Sen sijaan sosiaalipalveluiden universaalisuus tuntuu olevan aineisen kiistelystä kohteena sekä meillä Pohjoismaissa että kansainvälisissä keskusteluissa. Sosiaalipalveluista syntyvä epäsuoraa yhteiskunnallista hyötyä on vaikeampi tunnistaa kuin koulutuksen ja terveydenhuollon tuottamaa hyötyä.

On paljon erimielisyyttä siitä, edustavatko sosiaalipalvelut uutta ja myönteistä sosiaalisen tuen kenttää vai jotakin sellaista, joka pitäisi säilyttää mahdollisimman marginaalisena. Anttonen ja Sipilän mukaan on tärkeää, ettei Pohjoismaista sosiaalipalvelumallia ymmärretä ainoastaan osana hyvinvointivaltiota, joka tarjoaa kansalaisille palveluja. Malli

on yhtä lailla osa työyhteiskuntaa ja luokkakysymyksen ratkaisua. Sosiaalipalveluiden tehtävänä heidän mielestään on tukea lasten kasvamista kunnollisiksi työhmisiksi, vapauttaa kansalaiset työhön ja tarjota kansalaisille työpaikkoja, jotta he voivat maksaa veroja ja ylläpitää työyhteiskuntaa. (Anttonen & Sipilä 2000, 103–113.)

Sosiaalipalveluja ja oikeudenmukaisuutta on vaikea tarkastella yhtenä kokonaisuutena, koska sosiaalipalvelut kattavat erilaisia palveluja. Seuraavassa empiirisessä osassa olemme valinneet tarkasteluun sosiaalipalveluista ikään-tyneiden palvelut, päihde- ja vammaispalvelut ja lastensuojelun. Tarkasteluun on myös otettu sosiaalipalveluiden ulkopuolelta mukaan toimeentulotuki, koska oikeudenmukaisuuden kysymykset usein kärjistyvät siinä. Esimerkiksi lasten päivähoito on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Tämä ei merkitse sitä, etteikö lasten päivähoidossa löytyisi oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tarkasteltavia kysymyksiä, kuten esimerkiksi erityispäivähoidon tarve tai kielelliset kysymykset.

Tutkimuksia sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuudesta

Vaikka sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuudesta ei ole suoranaisesti empiiristä tutkimusta, on asiaa lähestytty eri näkökulmista. Päädyimme etsimään tietoja eri tutkimuksista, tilastoista ja asiakkaiden kokemusten perusteella. Palvelujärjestelmän kohtuuttomuuksia on selvitetty esimerkiksi tapaustutkimuksen avulla (Metteri 2004) ja Kansaneläkelaitoksen asiakkaiden kokemista vääryyksistä on juuri julkaistu kirja (Helne & Laatu 2006). Sosiaalipalveluiden asiakkaiden tyytyväisyydestä ja tyytymättömyydestä on tehty lukuisia kuntaselvityksiä ja kansalaisten ja asiakkaiden kokemuksia palveluista on selvitetty mm. Stakesin ja kuntaliiton tutkimuksissa (esim. Suomalaisten hyvinvointi 2006 ja Kuntaliiton KuntaSuomi 2004 -tutkimukset). Kuntoutussäätiö teki selvityksen vammaispalvelujen käyttäjien kokemuksista vuonna 2003 (Puumalainen ym. 2003).

Sosiaalipalvelujen arviointiin ei ole käytettävissä oikeudenmukaisuuskriteereitä. Olemme valinneet näkökulmiksi mm. alueen, iän, tulot ja sosioekonomisen aseman,

joita käytetään myös terveystalvissa. Esittelemämme tiedot sosiaalipalveluista (mukaan lukien toimeentulotuki) kertovat palvelujen kohdentumisen alueellisista epäoikeudenmukaisuuksista (horisontaalinen oikeudenmukaisuus). Tutkimukset antavat viitteitä myös siitä, että sosiaalipalvelut jakautuvat epäoikeudenmukaisesti eri palvelunkäyttäjien kesken (vertikaalinen oikeudenmukaisuus). Epäoikeudenmukaisuutta esiintyy myös eri sosiaalipalveluiden välillä mm. siinä, kuinka hyväksyttäviksi eri palvelut koetaan.

Ikääntyneiden palvelut

Marja Vaarama on tutkinut ikääntyneiden elämänlaatua ja hyvinvoinnin jakautumista. Hänen tutkimuksen mukaan Suomessa on hyvä ikääntyä, vaikka vanhusten hyvinvointi ei jakaudu kaikille yhtä suotuisasti. Ikääntyneiden hyvinvoinnin riskitekijöitä ja elämänlaadun uhkia näyttävät edelleen olevan korkea ikä, naissukupuoli, pienet tulot, heikoksi koettu terveys, huono toimintakyky, yksinäisyys ja masennus, puutteelliset asunnot ja asuinympäristö sekä lähipalvelujen ja julkisen liikenteen heikko saatavuus. Vaaraman mukaan meillä ei ole tietoa siitä, miten paljon pienituloiset iäkkäät joutuvat tinkimään sosiaali- ja terveystalvuiden käytöstä, tai onko heillä suurempi riski joutua esimerkiksi laitoshoittoon liian korkeiden avopalvelumaksujen takia. (Vaarama ym. 2006, 127.) Julkisen palvelujärjestelmän toiminnalla on kuitenkin erittäin tärkeä merkitys ikääntyneiden toimintakyvylle ja kotona itsenäistä asumista tukevalle sosiaalipolitiikalle. Vaaraman tutkimusten mukaan ikääntyneiden hyvinvoinnille on välitöntä merkitystä sillä, että he saavat tarvitsemansa palvelut nimenomaan julkiselta sektorilta silloin kun tarve on suuri. Saman tutkimuksen mukaan 12 prosenttia palveluja käyttämättömistä vanhuksista vastasi syyn olevan se, että palvelut olivat liian kalliita. (Vaarama ym. 2004, 160.) Palveluiden saatavuuden ja jakautumisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta syrjäytymisen ehkäiseminen niin osallistumisesta kuin palveluistakin tulisi näkyä esimerkiksi palvelumaksujen määräytymisessä ja ikääntyneille suunnattujen aktiviteettien suunnittelussa (Vaarama & Kaitsaari 2002, 141).

Vaarama peräänkuuluttaa myös toimintaideologian muutoksia. Hänen mukaan olisi päätettävä avoimesti, saa-

vatko ikäihmiset palvelua kotiin vain sairaanhoidollisista vaiko myös sosiaalisista syistä ja arkipäivän toimiin. Mikäli päädytään antamaan vain kotihoitoa huonokuntoisimmille, tulisi samalla kertoa, miten järjestetään niiden vanhusten apu, joiden ongelmat liittyvät arjen toimintoihin ja joilla ei itsellään ole mahdollisuuksia järjestää tarvitsemaansa apua. Viimesijaisen auttamisen ideologian sijasta olisi kehitettävä

ehkäiseviä ja proaktiivisia toimia, joilla voidaan tukea ikään-tyneiden psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja lieventää yksinäisyyttä. (Vaarama 2004, 184.) Toisaalta Silva Tedre painottaa sitä, että myös koti voi syrjäyttää (Tedre 2006, 165). Tarvitaan asumisen, ympäristön ja palveluiden kokonaisuutta, jotka mahdollistavat yksilöllisen elämän.

TAULUKKO 1. Eri palvelumuotojen alueellinen kattavuus vuonna 2004

Palvelu	Kattavuus % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä	Alueellinen vaihtelu
Säännöllinen kotihoito (2003)	11,4	9,3–15,5 Kymenlaakso–Etelä-Savo
Palveluasuminen	5,5	3,9–9,0 Varsinais-Suomi–Keski-Pohjanmaa
Vanhainkoti	4,5	0,7–6,5 Kainuu–Pirkanmaa
Terveyskeskuksen pitkäaikaishoito	2,5	1,3–4,5 Keski-Pohjanmaa–Päijät-Häme

Lähde: SVT 2005: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005.

Taulukko 1 havainnollistaa palveluiden kattavuuden ja painostusten alueellista vaihtelua. Esimerkiksi Keski-Pohjanmaalla palveluasuminen korvaa terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa, kun taas Päijät-Hämeessä terveyskeskusten pitkäaikaishoito korvaa vanhainkotihoitoa. Joillakin alueilla ikääntyneiden palvelut painottuvat siis sosiaalipalveluihin, toisilla terveyspalveluihin. Pitkäaikaishoitojärjestelmä on Etelä-Savossa maan kotihoitopainotteisin, Päijät-Hämeessä terveyskeskuspainotteisin, Pirkanmaalla vanhainkotipainotteisin ja Keski-Pohjanmaalla palveluasumispainotteisin.

Vaaraman mukaan meneillään ollut muutos kodin hoidosta hoitoon kotona merkitsee yhä selektiivisempää kotiin annettavaa apua: iäkkäistä ja huonokuntoisista vain iäkkäimmät ja huonokuntoisimmat saavat palvelua ja tosiasiassa kotona selviytymisen tukeminen siirtyy omaisten ja muiden auttajatahojen harteille (Vaarama ym. 2005, 55.) Vaarana on, että osan apua tarvitsevien asiat eivät kuulu kenellekään (esim. Tedre 2006, 169).

Päihdepalvelut

Olavi Kaukosen mukaan meillä oli 1980-luvulla yksi maailman kattavimmista päihdehuollon erityispalveluverkostoista. 1990-luvun lama muutti tilanteen: kunnissa tehtiin huomattavia kavennuksia järjestöjen ja kuntayhtymien päihdehuollon ostopalvelumenoihin, erityisesti laitospuolella. Sen erityispalvelut kohdentuvat kokonaisuudessaan pääosin huono-osaisiin kansalaisiin. Siten järjestelmän sisällä tapahtunut vertikaalinen jakautuminen ja professionaalinen valtdynamiikka ei ole jakanut asiakasryhmiä hyvä- ja huono-osaisiin, vaan huono-osaisiin ja vielä huonompi-osaisiin. Kokonaisuutena päihdepalvelujen toiminnalliset muutokset ovat tuottaneet erityisesti huono-osaisimmille asiakkaille käytännössä rakenteellisen esteen palveluihin pääsyyllä, ja päihdehuollon yhteiskunnallinen vaikuttavuus on nopeasti heikkenemässä. (Kaukonen 2005, 312–316.)

Kaukonen toteaa, että päihdepalvelut rajautuvat myös sosiaalivaltion yleiseen ja vahvistuneeseen ehkäisyyn eetokseen, jonka toiminnallinen painopiste on siirtynyt enenevästi yhtäältä yksilötasolle ja toisaalta sosiaalivakuutuksesta palveluihin. Tästä syystä sosiaalipolitiikka ja sosiaalinen valta-

dynamiikka ovat muuttuneet osin piiloisiksi. (Kaukonen 2000, 196–197.) Kaukonen mukaan olisi tärkeää vahvistaa asiakkaiden palveluoikeuksia ja paikantaa päihdepalvelut uudelleen lähemmäksi yleistä sosiaali- ja terveyspolitiikkaa ja sen arvopohjaa (Kaukonen 2005, 321).

TAULUKKO 2. Päihdetapauksia erityyppisissä palveluissa 10000 asukasta kohti 14.10.2003 suuralueittain

Suuralue	Alkoholin kulutus asukasta kohti v. 2002	Päihdetapauksia yhteensä	Sosiaalihuolto (sosiaalitoimistot, kotipalvelu)	Päihdehuollon erityispalvelut	
				A-klinikat ja vastaavat kuntoutuslaitokset, katkaisuhuolto	Asumispalvelut, ensisuoajat, päiväkeskukset
Pääkaupunkiseutu	8,7	31,3	3,8	8,7	9,3
Muu Etelä-Suomi	7,6	19,8	3,3	4,9	4,9
Itä-Suomi	7,6	18,8	4,3	2,7	3,0
Länsi-Suomi	6,2	16,8	3,7	2,5	4,4
Pohjois-Suomi	7,4	15,7	3,9	3,4	2,4
Koko maa	7,6	20,9	3,6	4,8	5,2

Lähde: Nuorvala & Metso 2005, 84; mukailtu taulukosta 2.

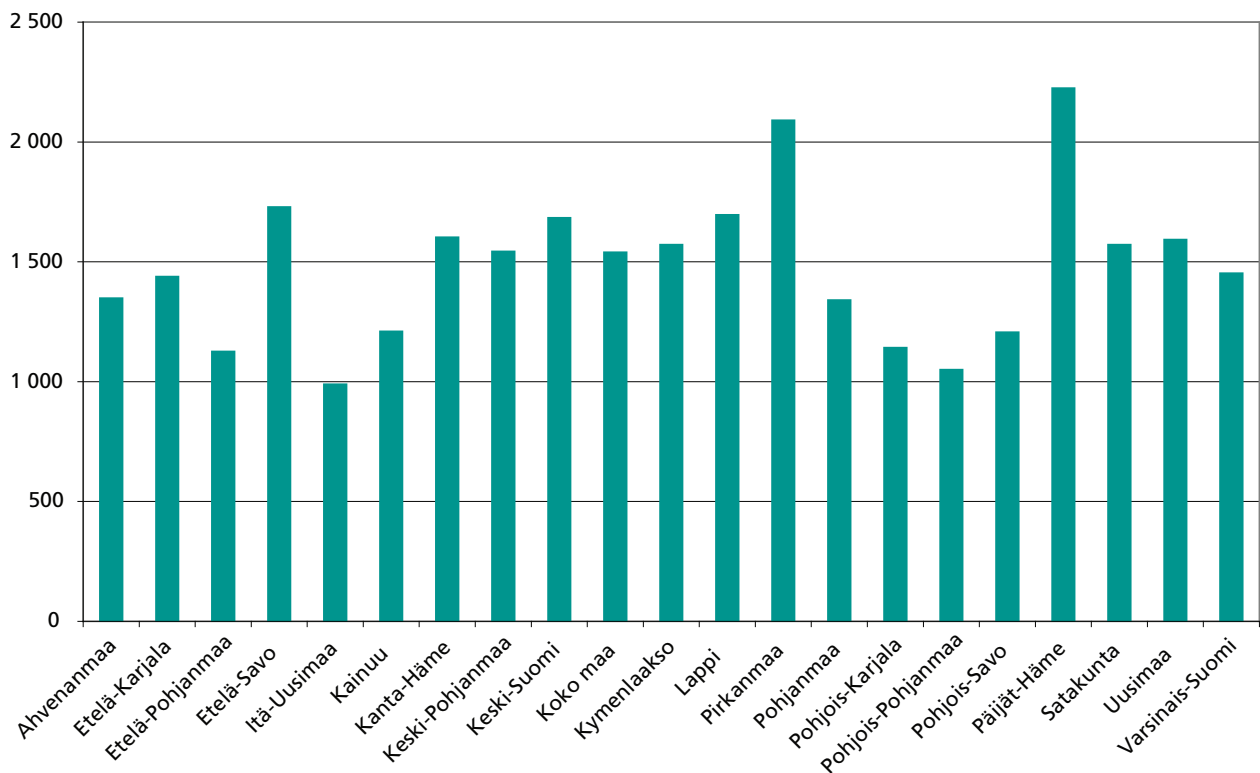
Taulukko 2:n tiedot perustuvat päihdetapauslaskentaan 14.10.2003 sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kyseisenä ajankohtana päihde-ehtoisia asiointeja oli koko maassa keskimäärin 21 kappaletta 10 000 asukasta kohti. Näistä 3,6 oli sosiaalihuollon peruspalveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa oli keskimäärin 10 asiointia. Pääkaupunkiseudulla oli päihde-ehtoisia asiointeja selvästi keskimääräistä enemmän. Tämä selittyy vain osittain muuta maata suuremmalla alkoholin kulutuksella, koska humalajuomisessa ei ole merkittäviä alueellisia eroja. Erot johtunevat pääkaupunkiseudun muuta maata yleisemmästä huumeiden käytöstä. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa alueellinen vaihtelu on suhteellisen pientä. Sen sijaan päihdehuollon erityispalveluissa on huomattavaa alueellista vaihtelua. (Nuorvala & Metso 2005, 83–84.) Onko tähän syynä palveluiden puuttuminen vai taloudellisin tai muin perustein tehtävät valinnat?

Vammaispalvelut

Vammaispalvelulain mukaiset palvelut (esim. henkilökohtainen avustajajärjestelmä, palveluasuminen, kuljetuspalvelu ja tulkkipalvelut) ovat lisääntyneet koko 1990-luvun ajan. Erityisesti kuljetuspalvelua, henkilökohtaista avustajapalvelua ja tulkkipalvelua käyttää yhä useampi asiakas. Kehitysvammaiset käyttävät myös vammaispalvelulain mukaisia palveluita kehitysvammalain perusteella järjestettyjen palveluiden ohella. Samoin mielenterveysasiakkaat. Vammaispalvelulain mukaisten palveluiden kasvusta huolimatta on viitteitä siitä, että palvelut eivät ole kaikilta osin riittäviä, oikein toteutettuja, laadukkaita ja kansalaisten yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa lisääviä. (Heinonen & Saraste 2006; Ikola 2003; Puumalainen 2003; Vammaispalvelut kunnissa... 2003). Esimerkiksi henkilökohtaisen avustajan tuntimäärät ovat meillä noin 20 tuntia viikossa, kun taas Ruotsissa avustajaa käytettiin noin 94,4 tuntia viikossa vuonna 2003 (www.sou.gov.se/assistans/direktiv/index.htm).

Vammaispalvelulain mukaisia palveluita saavien asiakkaiden määrissä ja osuuksissa väestöstä on alueellisia eroja (kuvio 1). Esimerkiksi kuljetuspalveluja käyttäneiden asiakkaiden osuus väestöön suhteutettuna oli suurin Pirkanmaan ja Päijät-Hämeen maakunnissa ja pienin Itä-Uudellamaalla. Kuntakohtaisia eroja on erityisesti kuljetuspalveluja saa-

neiden asiakasmäärissä, kun taas tulkkipalvelujen ja henkilökohtaisen avustajatoiminnan määrissä kunnalliset erot ovat vähäisempiä. Tosin vuonna 2003 oli 81 kuntaa, joissa ei ollut tehty yhtään päätöstä henkilökohtaisesta avustajasta, ja vaikeavammaisten palveluasumispäätöksiä ei ollut tehty 146 kunnassa (SOTKA-tietokanta, Stakes).



KUVIO 1. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajia/100 000 asukasta kohti 2004
Lähde: SOTKA-tietokanta.Stakes.

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen valmistelutyön aikana saatiin monipuolinen kuva vammaisten ihmisten elämästä ja siihen liittyvistä asioista. Parannusta on tapahtunut viime vuosikymmeninä, mutta edelleen hyvin moni yksittäinen ihminen ei tunne varmuutta ja luottamusta, että juuri hänen asiansa käsitellään päätöksenteko- ja viranomaistoiminnassa hyvän hallintokäytännön mukaisesti. Tunne epäoikeudenmukaisesta kohtelusta ja

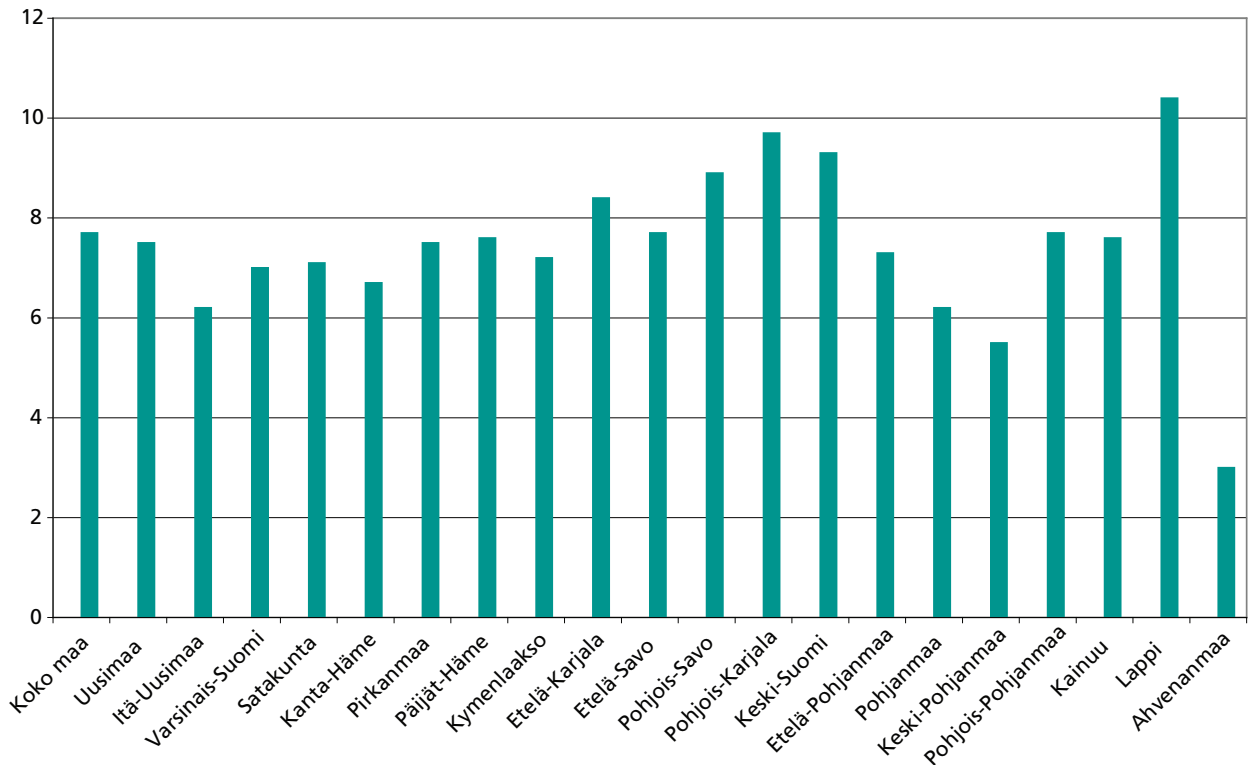
päätösten perustelemattomuus aiheuttavat epäluottamusta ja turhautumista. (Nurmi-Koikkalainen 2003.) Kuntoutussäätiön tutkimuksesta käy ilmi, että vammaispalveluihin olivat tyytyväisempiä ne, joilla oli tehty palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelmia oli tehty 23 prosentille. Kriittisempiä olivat ne, joilla ei ollut palvelusuunnitelmaa, vaikka olisivat sellaisen halunneet (31 %). (Puumalainen 2003, 31.)

Palvelut eivät ole itseisarvo, vaan niissä on viime kädessä kyse yksittäisen ihmisen turvallisuudesta, yksityisyydestä, elämänlaadusta ja yhdenvertaisista mahdollisuuksista elää ja toimia yhteiskunnassa muiden kansalaisten tavoin.

Toimeentulotuki

Antti Parpo ja Pasi Moisio tutkivat vuosien 1992–2003 toimeentulotukiasiakkuuksia ja toteavat, että yhä pienempi joukko kulkee toimeentulotukijärjestelmän läpi, mutta ne henkilöt, jotka tulevat sen piiriin, ovat yhä selkeämmin pola-

risoituneet joko tilapäisasiakkaiksi tai pitkäaikaisasiakkaiksi. Pitkäaikaisasiakkuuden riski on muita suurempi erityisesti yksin asuvilla miehillä, mutta myös yksin asuvilla naisilla ja yksinhuoltajilla. Niin ikään työttömien osuus pitkäaikaisasiakkaissa on suuri. Mitä pidempään toimeentulotuen saanti kestää, sitä todennäköisemmin toimeentulotuen saaja on työtön. Tutkimustulokset osoittavat, että toimeentulotukea saavien työttömien kohdalla on siirrytty residuaalisempaan toimeentuloturvajärjestelmään, jossa perinteiset pohjoismaiset universaalit piirteet ovat toimeentulotukiasiakkuuksien pitkittymisen myötä jossakin määrin rapautuneet. (Parpo & Moisio 2006, 131–132.)



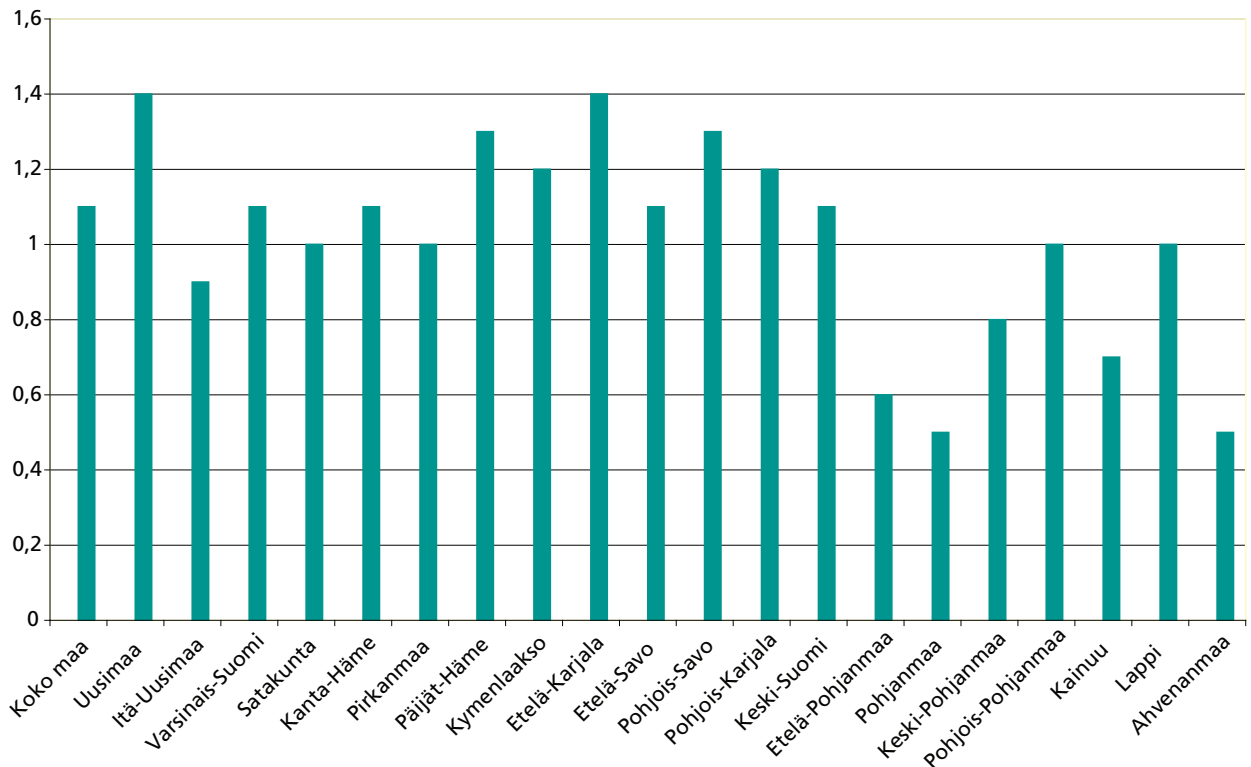
Kuvio 2. Toimeentulotuen saajat 100 asukasta kohti maakunnittain 2004
Lähde: SVT 2005: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005.

Toimeentulotukea saavia henkilöitä oli vuonna 2004 kaikkiaan 401 031 henkilöä eli 7,7 prosenttia väestöstä (kuviot 2). Alueittain toimeentulotuen saajien määrä vaihteli Lapin 10,4 prosentista Ahvenanmaan 3,0 prosenttiin.

Lastensuojelu

Manu Kitinoja on tutkinut koulukoteihin sijoitettuja lapsia ja heidän perheitään. Kitinoja toteaa lopputuloksissaan, että huono-osaisuuden ja lastensuojeluasiakkuuden välisestä mahdollisesta yhteydestä olisi voinut tehdä johtopäätöksiä, jos sellaista empiiristä tietoa olisi. Meillä ei ole kuitenkaan

tarpeeksi tietoa mm. lapsen perheen asumisesta, vanhempien mahdollisesta omasta lastensuojeluasiakkuudesta, vanhempien sosioekonomisesta asemasta, työhistoriasta, työkyvyttömyydestä jne. Tämä olisi tärkeää, koska on viitteitä siitä, että perheen rakenteen voidaan katsoa lisänneen riskiä lastensuojeluasiakkuuteen. (Kitinoja 2005, 282-283.) Kitinojan mukaan tällaisen lastensuojelututkimustiedon tarve olisi kipeä. Hänen tutkimustuloksensa vahvistavat sitä, että lastensuojelun kentältä tulevat viestit ongelmien monimutkaistumisesta, mieluummin kuin ongelmien vaikeutumisesta, pitävät paikkansa. Monimutkaistuvat ongelmat asettavat palvelujärjestelmän työntekijöille kovia haasteita kohdata asiakkaita (esim. Ervast & Tulensalo 2006).



KUVIO 3. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, % 0-17-vuotiaista maakunnittain 2005

Lähde: Stakes, Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2006.

Tilastotiedote 14/2006, 1.9.2006

Kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna lapsia ja nuoria vuonna 2005 kaikkiaan 15 066, joista 5 460 perhehoitoon ja 9 606 laitos- ja muuhun hoitoon. Suhteutettuna alle 18-vuotiaiden määrään sijoitettuna oli 1,1 prosenttia. Alueellinen vaihtelu oli suurta: aina Uudenmaan ja Etelä-Karjalan maakunnan 1,4 prosentista Pohjanmaan ja Ahvenanmaan 0,5 prosenttiin.

Asiakkaiden kokemuksia sosiaalipalveluista

Uusimpien tutkimustulosten mukaan kansalaisilla on vaikeuksia luottaa sosiaalipalveluiden tasapuolisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Muutos on ollut merkittävä 17 vuoden takaiseen tilanteeseen, jolloin asiaa viimeksi selvitettiin. Pääosa kansalaisista nimittäin toivoo, ettei sen tarvitsisi hakea sosiaalipalveluja. Erityisesti väestö toivoi, ettei joutuisi hakemaan viimesijaista toimeentulotukea (60 %). Kun kielteisiä tunteita herättää myös kotipalvelu, voi tulosta pitää jo huolestuttavana. Yllättävää on, että saman tutkimuksen mukaan kansalaisten luottamus siihen, että hädän hetkellä kuitenkin apua saisi, oli lisääntynyt. Kansalaisten suhtautuminen sosiaalipalveluihin oli siten ambivalentti: järjestelmään luotetaan, mutta samalla toivotaan, ettei sitä tarvitsisi itse käyttää.

Luottavaisuudessa sosiaalipalveluihin oli kuitenkin nähtävissä säröjä kuten tutkimus osoittaa kotipalvelun osalta. Kansalaisten silmissä periaatteessa universaali kotipalvelu kohdistuu yhä selektiivisemmin pienituloisille. Toisaalta vammaispalveluissa väestön mielipiteissä oli tapahtunut muutosta positiivisempaan suuntaan. Tulokset saattavat kuvastaa yhä yleistyvää käsitystä siitä, että sosiaalipalveluja ei tuoteta koko kansalle vaan yhä valikoidummin vain sen osalle. Tulos kuvastanee kaikeksi myös sitä, että tiukka taloudellinen tilanne kunnissa, samoin kuin sosiaalipalvelujen saama kielteinen julkisuus, ovat heikentäneet luottamusta kunnallisiin sosiaalipalveluihin. (Muuri 2006, 227–228.)

Kansalaisten mielipiteitä asiakasmaksuista

Elli Aaltosen artikkelissa todetaan toisaalla tässä julkaisussa, että sosiaalihuollon asiakasmaksuja koskevia kanteluita ja yhteydenottoja on lääninhallituksiin tullut aiempaan enem-

män. Asiakasnäkökulmaa tarkastellaan tässä kohdassa väestön suhtautumisena asiakasmaksuihin Stakesin suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn mukaan. Kysymys aineistossa kuului ”kotikunnan sosiaalipalveluja tulisi kehittää asiakasmaksuja alentamalla ja toinen kysymys kuului ”kotikunnan sosiaalipalveluja tulisi kehittää asiakasmaksuja korottamalla.” Vastausvaihtoehdot olivat ”paljon”, ”jonkin verran”, ”vähän”, ”nykyinen taso riittää”, ”en osaa sanoa”. Sosiaalipalveluiden kehittämistä kotikunnassa kysyttiin vain niiltä vastaajilta, jotka eivät olleet tyytyväisiä nykyisiin palveluihin. Tällaisia vastaajia oli aineistossa 1 727.

Kansalaiset olivat melkoisen yhtä mieltä siitä, että nykyinen asiakasmaksujen taso riittää. 16 prosenttia alentaisi jonkin verran asiakasmaksuja, mutta vain 2 prosenttia korrottaisi niitä paljon. ”En osaa sanoa” -osuus oli tässä kohdin myös suuri siitä syystä, ettei vastaajilla ollut omakohtaisia kokemuksia asiakasmaksuista. 35 prosenttia ei osannut sanoa, pitäisikö asiakasmaksuja alentaa, ja 43 prosenttia ei osannut sanoa, pitäisikö niitä korottaa.

Pohdintaa ja esityksiä

Oikeudenmukaisuus tuntuu avautuvan ja samalla loitonnevan, mitä enemmän sitä pohtii. Samalla sen pohtiminen auttaa kuitenkin näkemään yhteisöllisen elämämme haasteet – ja kenties mahdollisuudetkin. Ihminen syntyy yksilöksi ja samalla yhteisönsä jäseneksi. Olemme pystyneet luomaan yhteisen toiminnan avulla järjestelmiä, joiden kantavana lähtökohtana on ollut mahdollistaa jäsenilleen hyvä elämä. Se on vaatinut sen, että riittävän monet ihmiset ovat ajatelleet asioita ja luoneet yhteisöjä, organisaatioita ja sopimuksia uusien ajatusten tueksi ja toteuttamiseksi. Jos haluamme oikeudenmukaisuuden toteutuvan, edellyttää se edelleen yksittäisten ihmisten ja ihmisyyhteisöjen pohdintaa, jopa maailmanlaajuisesti. Se edellyttää myös sitä, että julkisissa rakenteissa toimivien ihmisten ja ammattilaisten on myös pohdittava arvojaan ja tavoitteitaan sekä tuotava ne julki. Tällöin toteutuu perustuslain 1 §:n ajatus oikeudenmukaisuuden edistämisestä.

Mikäli yhdymme John Deweyn ajatukseen, että demokraattisessa yhteiskunnassa oikeudenmukaisuuden

edistäminen on julkisen vallan tehtävä sekä otamme oikeudenmukaisuuden perustaksi Melissa S. Williamsin käsitteen diskursiivisesta oikeudenmukaisuudesta, päädyimme siihen, että tulevaisuuden sosiaalipalvelujen moraalisten ja eettisten kysymysten pohdintaan mukaan tulisi saada myös kansalaisyhteiskunnan jäseniä. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuuden kriteerit tulisi luoda ja koetella avoimessa prosessissa, johon kaikki yhteiskunnan jäsenet osallistuvat.

Mielestämme olisi tärkeätä, että sosiaalipalveluiden tavoitetta kirkastettaisiin ja käytäisiin eettistä keskustelua oikeudenmukaisuuden kriteereistä. Tiedämme, että oikeudenmukaisuuden elementit elävät sosiaalipalveluiden työntekijöiden arjen käytännöissä ja toimintakulttuureissa. Mikäli sosiaalipalveluiden tavoite tuntuu piiloutuvan samalla tavoin kuin oikeudenmukaisuuden käsite, piiloutuu se myös niitä toteuttavilta työntekijöiltä ja palveluita saavilta asiakkailta. Piiloutuuko oikeudenmukaisuus myös päättäjiltä?

Oikeudenmukaisuuden kysymykset heittävät haasteen sosiaalipalvelututkimukselle. Sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuuden tutkimusta ei ole, joten tutkimusalueelle tarvittaisiin empiirisen tutkimuksen ohella myös oikeudenmukaisuuden tutkimuksen metodologista ja teoreettista kehittämistä. Mielestämme tulisi käynnistää tutkimusohjelma, jossa tutkimuskohteena olisi sosiaalipalvelujärjestelmä

niin, että se sisältäisi toimeentulotuen. Tutkimusohjelman tavoitteena olisi kirkastaa oikeudenmukaisuuden käsite myös palveluiden käytännössä.

Ehdotamme sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuuden tutkimusohjelman käynnistämistä.

Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelman (2005) yhtenä esityksenä on perustaa sosiaali-asiamiestoiminnan tueksi paikallisesti tai alueellisesti eettisiä toimikuntia, joiden tavoitteena on saada aikaan yhtenäiset käytännöt eettisten periaatteiden soveltamiseksi sosiaalialalla. Myös oikeudenmukaisuuden kriteerien pohtiminen on välttämätöntä. Muutoin on vaarana, että osa kansasta jää palvelujärjestelmän ja hyvinvoinnin ulkopuolelle.

Ehdotamme, että perustettaisiin sosiaalihuollon ja sosiaalipalveluiden valtakunnallinen eettinen toimikunta. Ehdotamme, että eettinen toimikunta tuottaisi oikeudenmukaisuuden kriteereitä. Eettisen toimikunnan tehtäväksi tulisi myös valmistella eettinen ohjeisto henkilöstölle muiden keskeisten toimijoiden kanssa. Tässä yhteydessä haettaisiin käytännön sisältöjä oikeudenmukaisuudelle sosiaalipalveluissa.

Lähteet

- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000). Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Aristoteles VII (2005, toinen tarkistettu painos). Nikomakhoksen etiikka. Suomentanut ja selitykset laatinut Simo Knuutila. Helsinki: Gaudeamus.
- Auvinen, R. (1971, 5–6. painos 1980). Tämän päivän sosiaalipolitiikka. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Dewey, J. (2006). Julkinen toiminta ja sen ongelmat. Tampere: Vastapaino.
- Ervast, S.-A. & Tulensalo, H. (2006). Sosiaalityötä lapsen kanssa. Kokemuksia lapsikeskeisen tilanearvion kehittämisestä. SOCCAn ja Heikki Waris-instituutin julkaisusarja 8/2006. Helsinki: Yliopistopaino.
- Eräsaari, R. (1996). Monimutkainen oikeudenmukaisuus. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Heinonen, M. & Saraste, H. (toim.) (2006). Tahtoa, todellisuutta ja toiveita. Suuri kertomus henkilökohtaisesta avusta, HAJ-projekti. Vaasa: Oy Arkmedia Ab.
- Hellsten, S. (1995). Toimintamahdollisuudet sosiaalipolitiikan oikeudenmukaisuuden kriteerinä. Filosofinen aikakauslehti 2, 1995, www.netn.fi/295/netn_295_pos1.html. [Viitattu 24.5.2006].
- Helne, T. & Laatu, M. (2006). Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Ikola, R.-M. (2003). Vanhus- ja vammaispalvelut uusien haasteiden edessä. Tarkastelussa nykytila, muutos ja tulevaisuus. KuntaSuomi2004-tutkimuksia nro 41. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Julkunen, R. (2001). Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, R. (2006). Kätkeyty hyvinvointivaltio vai pohjoismainen malli. Yhteiskuntapolitiikka 2, 2006, 170–185.

- Kangas, O. (1998). Oikeudenmukaisuus ja sosiaalipolitiikkamallit: Rawls kansainvälisissä vertailuissa. Teoksessa Kemppainen, E. & Mäntysaari, M. (toim.) Aristoteles, Rawls ja sosiaalipolitiikka. Keskustelua hyvinvointivaltion peruskysymyksistä eurooppalaisten ajatteluperinteiden valossa. Stakes, Raportteja 223, Helsinki.
- Kajanoja, J. (2003). Sosiaalipolitiikka ja hyvinvointi. Teoksessa Helne, T. & Julkunen, R. & Kajanoja, J. & Laitinen-Kuikka, S. & Silvasti, T. & Simpura, J. Sosiaalinen politiikka. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kaukonen, O. (2000). Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes, Tutkimuksia 107, Helsinki.
- Kaukonen, O. (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311–322.
- Kitinoja, M. (2005). Kujan päässä koulukoti. Tutkimus koulu-koteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Stakes, Tutkimuksia 150, Helsinki.
- Klami, H. T. (1990). Suomen oikeuskäytännöt. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.
- Metteri, A. (2004). Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Muuri, A. (2006). Sosiaalipalvelut vuonna 2004. Väestön mielipiteitä ja asiakkaiden palvelukokemuksia. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.
- Niiniluoto, I. (1993). Oikeudenmukaisuus yhteiskunnallisena arvona. Teoksessa Andersson, J. O. & Hautamäki, A. & Jallinoja, R. & Niiniluoto, I. & Uusitalo, H. (toim.) Hyvinvointivaltio ristiaallokossa – arvot ja tosiasiat Sitran julkaisuja nro 131. Helsinki: WSOY.
- Niiranen, V. (1993). Tulosojohtaminen sosiaalitoimen johtamismenetelmänä – utopioita, piilotavoitteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa Karvinen, S. (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityöntekijäin liitto ry. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 74–84.
- Nuurvala, Y. & Metso, L. (2004). Päihdepalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 76–91.
- Nurmi-Koikkalainen, P. (2003). Sosiaalihuollon asiakkaan kohtaaminen palvelutilanteessa, valtioneuvoston tilintarkastajien selvityspyynnö. Julkaisematon työpaperi, Stakes.
- Parpo, A. & Moisio, P. (2006). Toimeentulotuen saannin kesto ja dynamiikka Suomessa 1992–2003. Yhteiskuntapolitiikka 2, 121–133.
- Pekola-Sjöblom, M. & Helander, V. & Sjöblom, S. (2006). Kuntalainen – kansalainen. Tutkimus kuntalaisten asenteista ja osallistumisesta 1996–2005. KuntaSuomi2004 – tutkimuksia nro 56. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Piirainen, V. (1964, toinen, korjattu ja laajennettu painos 1969). Suomalaisen sosiaaliturva. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto Oy:n kirjapaino.
- Puumalainen, J. & Laisola-Nuotio, A. & Lehikoinen, T. (2003). Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Kysely palvelujen käyttäjille ja kuntien edustajille. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 71/2003. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauhala, P.-L. (1996). Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa? Acta Universitatis Tamperensis ser 4 vol. 477. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rawls, J. (1988) Oikeudenmukaisuusteoria. Helsinki: WSOY.
- Rubin, A. (2004) Muuttuvat arvot – mahdollisuuksien kirjo. <http://www.tukkk.fi/tutu/topi/kokohakemistosivut/kokomuuttuvat-arvot.htm>. [Viitattu 21.8.2006.]
- Saari, J. (2003). Uusi aikakausi. Yhdentävä Eurooppa ja sosiaalipolitiikka. Helsinki: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskusliitto ry. 2003
- Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö 1 (1971). Yleiset periaatteet. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005 (2005). SVT Sosiaaliturva 2005. Stakes: Helsinki.
- Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma (2005). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. Helsinki: Yliopistopaino.
- SOTKA-tietokanta, Stakes. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/SOTKAnet/index.htm>.
- Suomalaisen hyvinvointi 2006. (2006). Helsinki: Stakes.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Tedre, S. (2006). Asunnon vangit ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa Helne, T. & Laatu, M. (toim.) Vääryyskirja: Kelan tutkimusosasto: Helsinki.
- Uusitalo, H. (1993). Pohjoismaisen hyvinvointivaltion arvot ja käytäntö. Teoksessa Andersson, J. O. & Hautamäki, A. & Jallinoja, R. & Niiniluoto, I. & Uusitalo, H. Hyvinvointivaltio ristiaallokossa – arvot ja tosiasiat. Sitran julkaisuja nro 131. Juva:WSOY.
- Vaarama, M. & Kaitsaari, T. (2002). Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, M. (2004). Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Vaarama, M. & Voutilainen, P. & Kauppinen, S. (2005). Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, M. & Luoma, M.-L. & Ylönen, L. (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.
- Vammaispalvelut kunnissa (2003). Vammaispalvelulain mukaisen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien asiakkaat ja kustannukset kunnissa 2001. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Williams, S. M. (1995). Justice Toward Groups. Political Not Juridical. Political Theory, Vol 23 No. 1, February 1995, 67–91.

Internetlähteet:

www.sou.gov.se/assistans/direktiv/index.htm

SOSIAALIPALVELUTKO OIKEUDELLISTUNEET

Lääninhallituksen näkökulma palvelujen oikeudenmukaiseen kohdentumiseen

ELLI AALTONEN

Tarkastelen seuraavassa keinoja, joita lääninhallituksilla on varmistaa kansalaisille vahvistettuja palveluja ja etuuksia. Teen tältä pohjalta johtopäätöksiä palvelujen oikeudenmukaisesta kohdentumisesta väestölle. Lääninhallituksen toimivalta kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen ja valvontaan perustuu lukuisiin eri lakeihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisille erityislaeille on yhteistä, että niissä lääninhallitusten toimivalta ohjaukseen ja valvontaan on säädetty erittäin kattavaksi. Lääninhallitusten toimivaltaa on rajoitettu ainoastaan alueellisesti siten, että lääninhallitusten oikeus ohjaukseen ja valvontaan koskee läänin aluetta.

Lääninhallituksilla on siten laaja vapaus päättää niistä toimintatavoista, joilla ohjausta ja valvontaa toteutetaan. Tästä seuraa myös, että informaatio-ohjaus ja peruspalvelujen arviointi sekä kantelujen ratkaiseminen muodostavat lääninhallitusten suorittamassa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa kokonaisuuden, jossa eri toimintatavat täydentävät toisiaan. Lääninhallitukseen ottavat yhteyttä kuntien ja kuntayhtymien viranhaltijat, yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden työntekijät, kuntien asukkaat, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden potilaat ja asiakkaat, eri viranomaiset ja järjestöjen edustajat.

Voimassa olevan lainsäädännön perusteella kunnalla on vastuu palvelujen järjestämisestä riippumatta siitä, mikä taho on palvelujen tuottajana. Viime aikoina tuottamisvastuu on entistä enemmän siirtynyt yksityisen sektorin alueelle. Tämä ei kuitenkaan poista julkisen vastuuta, vaikkakin tällaiset julkisen ja yksityisen yhdistelmät luovat uusia valvonnan mekanismeja. Tästä valvonnasta lääninhallitukset osaltaan vastaavat lupien ja yksittäisten asiakkaiden oikeusturvan osalta.

Yksilön omaa vastuuta terveydestä ja toimintakyvystä ollaan vahvistamassa. Tällä haetaan aktiivista ja vastuullista kansalaista, joka omilla valinnoillaan kykenee suorittamaan hyvinvoinnin kannalta ns. oikeita valintoja. Tässä ajattelussa on osittain sisällä Euroopan unionin retoriikkaa vastuuttaa kansalaisia yhteiseen hyvään. Oikeudenmukaisuuden määrittelyssä lääninhallitukset nojautuvat kuitenkin lainsäädännössä määriteltyyn julkisen vallan vastuuseen. Tällöin ne arvioivat, missä määrin kunnilta on kohtuullista edellyttää kuntalaisten toimeentulon ja tarpeellisten sosiaali- ja terveysten palvelujen järjestämistä. Jokaisen kuntalaisen tulisi saada ne palvelut, jotka lainsäädännön perusteella hänelle kuuluvat. Sosiaalisten oikeuksien periaatetta ei voi korvata omatoimisuuden ajatuksella.

Jälkikäteisvalvonnasta etukäteisvalvontaan

Lääninhallitukset ovat viime vuosina lisänneet informaatio-ohjaustaan. Työmuotoina on käytetty koulutusta, työkokouksia ja kuntakäyntejä. Laatusuosituksilla, joita sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluihin on laadittu kattavasti, on pyritty ohjaamaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyötä oikeaan suuntaan. Kansallisten kehittämishankkeiden rahoitus on toiminut yhtenä ohjauksen välineenä. Informaatio-ohjausta toteutetaan tällöin erilaisilla hankkeilla ja projekteilla. Päivittäinen puhelimitse tapahtuva ohjaus ja neuvonta ovat myös erittäin tärkeitä ohjaustapoja. Myös sähköpostitse tapahtuva ohjaus ja neuvonta lisääntyvät jatkuvasti.

Lääninhallitusten suorittaman sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan kohteena ovat kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja etuudet, valtion miehisairaalat, yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut, terveydenhuollon ammatinharjoittajat ja yksilön oikeusturvaan liittyvät toimenpiteet. Ohjaus ja valvonta täydentävät toisiaan. Valvontatehtävät, kuten tarkastuskäynnit ja kanteluasioiden käsitteleminen, ovat eräs tapa, jolla lääninhallitukset saavat ohjaustoiminnassa tarvittavaa tietoa. Tärkeä osa lääninhallitusten suorittamasta informaatio-ohjauksesta perustuu lääninhallitusten ja sosiaali- ja terveysministeriön välisissä tulossopimuksissa sovittujen tavoitteiden toteuttamiseen. Muutoin lääninhallitukset toteuttavat informaatio-ohjausta harkintansa mukaan lääninsä tilanteesta ja tarpeista lähtien. Ohjauksen lähtökohtana on lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen henkilökunnan monipuolinen asiantuntemus sosiaali- ja terveydenhuollon eri alueilta.

Kantelut ovat yksi keino oikeuksien hakemiseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon puitelainsäädännön vuoksi monessa tapauksessa on vaikea osoittaa, että kunnat suoraan toteuttavat lainvastaista toimintaa. Kantelu voi olla tällöin kansalaiselle hyvä keino saada epäkohtaan muutos. Kantelun ratkaisu on aina vastaus asianomaisen kysymykseen, mutta ratkaisu voi vaikuttaa laajemminkin kunnan kyseiseen palveluun toimintakäytännön muutoksen, tiedotuksen tai muuttuvan päätöksentekomenettelyn kautta.

1990-luvulla ja 2000-luvulla on säädetty lakeja turvaamaan kansalaisen asemaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tällaisia ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 2000, hoidon saatavuuden turvaamiseen liittyvä lainsäädäntö vuodelta 2004 ja ikääntyneiden sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin liittyvä lainsäädäntö vuodelta 2006. Sosiaaliasiamies- ja potilasasiamiesjärjestelmät on luotu viime ja tänä vuosikymmeninä. Oikeusturvaa takaavan lainsäädännön lisääntymisen voisi olettaa vähentävän valituksia ja kanteluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon kanteluiden määrä on kuitenkin kaiken aikaa

kasvussa. Kantelutkin ovat itsessään vain jäävuoren huippu arvioitaessa kansalaisten oikeusturvan toteutumista. Tarve kannella saattaa usein tyrehtyä tietämättömyyteen menettelytavoista. Moniko vanhus, vammainen tai sairas osaa tai jaksaa lähteä hakemaan oikeuksiaan tai ylipäätään tietää oikeuksiaan?

Kantelut, muut yhteydenotot kunnista sekä kuntakäynteillä saatu tieto antavat lääninhallituksille kuitenkin kuvaa niistä sosiaalipalveluiden kohdentumisen pullonkauloista, joista asiakkaat pahiten kärsivät. Suurin osa sosiaalihuollon kanteluista koskee toimeentulotukea, lastensuojelua ja vammaishuollon järjestämistä kunnissa. Kuntien toimeentulotukikäytäntö on hyvin tiukka. Harkinnanvaraista tai ehkäisevää toimeentulotukea myönnetään niukasti. Kelpoisuusehdot täyttävien sosiaalityöntekijöiden puute vaikuttaa toimeentulotuen myöntämisen käytäntöihin. Esimerkiksi Itä-Suomen lääninhallitukseen jätetyt toimeentulotukikantelut käsittelevät pääasiassa toimeentulotuen päätöksenteon menettelytapoja, kuten hallintomenettelylain ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain hengen toteutumista.

Lastensuojelun kannalta varsinkin pienten kuntien tilanne on huolestuttava. Pitkäjänteistä ja suunnitelmallista työtä edellyttävä lastensuojelu jää kuntien sosiaalityössä muun kiireen ja työpaineen jalkoihin. Kuntien sosiaalityön resurssit ovat vähäiset, ja lastensuojeluun keskittyviä erikoistuneita työntekijöitä on vain suurimmissa kaupungeissa ja kunnissa. Pula pätevistä sosiaalityöntekijöistä vaarantaa lastensuojelun laadun. Sosiaalityön kriisiytyessä sosiaalihuolto kokonaisuudessaan kärsii ja kunnan asukkaiden mahdollisuus sosiaalipalveluihin heikkenee. Kuntien taloudellinen tilanne vaikeuttaa lasten edun mukaisten lastensuojelutoimenpiteiden suunnittelua. Kunnat eivät esimerkiksi aina jatka sijoituksia riittävän pitkään ja suosivat lyhytaikaisia avohuollon sijoituksia. Jälkihuollon puutteet ovat myös nousseet viime aikoina ajankohtaisiksi.

Vanhusten laitoshoidossa nähdään puutteita henkilöstön määrässä ja huolenpidossa. Myös vanhusten siirroista laitoksesta tai asumusyksiköstä toiseen valitetaan. Sosiaalihuollon asiakasmaksuja koskevia kanteluja ja yhteydenottoja on lääninhallitukseen tullut aiempaa enemmän. Vanhusten palvelujen tilaa kuvaava palaute ja tilastot eivät ole mairittelevia. Kotihoidon asiakkaat ovat vähentyneet

kaiken aikaa. Vanhusten laitoshoidossa yöaikaisesta turvallisuudesta saattaa vastata vain yksi työntekijä jopa yli 50-paikkaisissa laitoksissa. Nämä ovat tietysti ääriesimerkkejä. Vanhustenhuollon asiakkaalla tulee kuitenkin olla oikeus saada lämmintä ruokaa ja syödä omaan tahtiinsa, hengittää raitista ilmaa, pysyä puhtaana ja osallistua toimintaterapiaan sekä pitää yhteyttä laitoshoidon edeltävään elämänpäiriinsä. Ikääntyessä ja sairastuessa on entistä vaikeampaa seurata tai kyetä vaatimaan, että tällaiset perusasiat toteutuvat.

Yksityisten sosiaalipalveluyksiköiden luvat ja valvonta työllistävät lääninhallituksia vuosi vuodelta yhä enemmän. Valvontakäyntejä tulisi tehdä riittävä määrä myös yksityisen sosiaalihuollon yksiköissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnat ovat monessa hoivayrityksessä hämärtyneet. Monessa sosiaalihuollon yksikössä terveydenhuollollisia toimenpiteitä on laajennettu. Rajanvetoa sosiaalihuoltolain mukaisen asumispalvelun ja terveydenhuoltoa tuottavan yksikön välillä tulisi selkiyttää tai kokonaan poistaa.

Peruspalvelujen arviointi osana palvelujen oikeudellisuuden arviointia

Lääninhallituslain mukaan lääninhallitusten lakisääteisenä tehtävänä on arvioida alueellisesti toimialansa peruspalveluja. Tehtävä liittyy olennaisena osana sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa asetettujen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoille antamien tulostavoitteiden toteutumisen seurantaan. Peruspalvelujen arviointi on tärkeä keino lääninhallitusten ohjaus- ja valvontatehtävässä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa peruspalvelujen arviointia on tehty vuodesta 2000. Sosiaalipalveluissa arviointikohteita ovat olleet alaikäisten alkoholinkäyttö ja laajemminkin päihdepalvelut, lasten ja nuorten erityispalvelujen tila, mielenterveyspotilaiden asumispalvelut, vanhusten kotiin annettavat palvelut, lasten ja nuorten sosiaalipalvelut sekä sosiaalialan henkilöstön määrä riittävyys. Arviointikohteiden määrittely tapahtuu aina yhteistyössä ministeriöiden kanssa. Arvioinnin avulla saadaan tietoa kansalaisten tasa-arvon toteutumisesta ja palvelujen saatavuudesta. Niiden kautta

saadaan myös käsitystä palvelujen laadusta ja epäkohdista. Peruspalvelujen tilaa kuvataan kuntien karttapohjien avulla ja arvioinnin tulosten perusteella esitetään johtopäätöksiä ja kehittämisehdotuksia.

Viimeisin, vuonna 2006 toteutettu peruspalvelujen arviointi koski sosiaalialan henkilöstön riittävyyttä. Miten järjestyisivät niiden ihmisten asiat, joita tänä päivänä esimerkiksi Itä-Suomen läänin alueella hoidetaan sosiaalialan työntekijän työpanoksella? Arviointi nosti esiin suuren huolen sosiaalialan henkilöstön saatavuudesta. Itä-Suomen läänin alueella työskentelevästä sosiaalialan henkilöstöstä lähes puolet jää eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä. Sosiaali- ja terveysalan johtajat, perhepäivähoitajat, kodinhoitajat ja kotiaivustajat, kehitysvammaisten hoitajat sekä sosiaalityöntekijät ovat ammattiryhmiä, joissa eläkkeelle poistuma on tuntuvasti yli puolet nykyisestä työntekijävahvuudesta. Mikäli ammattitaitoista henkilökuntaa ei ole saatavilla tai tehtäviä ei taloudellisista syistä täytetä, tällä on välitön vaikutus palvelujen saatavuuteen. Miten järjestyvät tällöin niiden ihmisten asiat, joita tänä päivänä esimerkiksi Itä-Suomen läänin alueella hoidetaan sosiaalialan työntekijän työpanoksella?

Vaikka sosiaalipalvelujen tarjonnan nykytila onkin esimerkiksi Itä-Suomessa monien keskeisten palvelujen osalta valtakunnallista keskitasoa, arviointi osoitti, että päihdehuollon palvelujen tarjonta on A-klinikoiden ja nuorisosasemien asiakasmäärien osalta maan keskiarvoa pienempi. Asumispalvelujen osalta tilanne on tyydyttävä, mutta katkaisuhoidon ja kuntoutuslaitosten hoitopäiviä on huomattavasti vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Väestön hyvinvoinnin ja suoriutumisen kannalta sosiaalipalveluissa olisi erityisen tärkeää panostaa tulevaisuudessa nykyistä enemmän erilaisiin syrjäytymistä ja turvattuun ennaltaehkäisevään toimintaan. Juuri näiden tehtävien hoitamisessa on tänä päivänä suurimmat henkilökunta- ja ammattitaitovajeet.

Vallitsevan yksilövastuun reformin rinnalla sosiaalipolitiikassa tarvitaan sellaista sosiaalista avarakatseisuutta, joka tasa-arvoistaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Meille on muodostumassa joukko ”toisarvoisia kansalaisia”, joiden toimintamahdollisuuksia ei haluta tunnustaa. Heistä puhutaan sosiaali- ja terveydenhuollossa ”ongelma-asiakkaina”. Tämä asiakaspiiri näyttää hiljalleen laajenevan myös vanhuksiin,

koska heiltä ei voida edellyttää sellaista vastikkeellisuutta ja vastavuoroisuutta, johon moderni sosiaalipolitiikka nojaa. Tällä reformilla ei ole mitään tekemistä oikeudenmukaisuustavoitteen kanssa. Palvelujen toimivuuden arviointia tulisivin kohdistaa palvelujärjestelmien toimivuuden ohella palvelujen saatavuuteen. Eri yhteiskuntaryhmiä ei voida arvioida sosiaalisten oikeuksien näkökulmasta eri tavoin.

Voidaanko sosiaalihuollon puutteesta sanktioida?

Jaottelu sosiaali- ja terveyspalveluissa subjektiivisiin oikeuksiin ja määrärahasidonnaisiin palveluihin on osaltaan määrittämässä, minkä verran lääninhallituksella on mahdollisuuksia vaikuttaa palvelun saantiin. Subjektiiviset oikeudet tarjoavat kuntalaiselle oikeuden palveluun, jota oikeutta ei voi heikentää määrärahan puute tai muu taloudellinen peruste. Kun vammaisen henkilö täyttää vammaispuvelulain määrittämät edellytykset palveluun, kunnan tulee palvelu myöntää. Määrärahasidonnaisessa palvelussa kunta voi käyttää sille suotua harkintaa. Tästä syystä esimerkiksi vanhustenhuollossa, omaishoidossa tai päihdepalveluissa palvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain. Kunnallinen itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan voi ylittää perustuslaissa vahvistettua velvollisuutta kaikkien oikeuteen saada asuinpaikasta riippumatta riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja. Tosiasiassa kuntien tulkinnat riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista kuitenkin vaihtelevat ja kuntien käyttämät perusteet palvelujen myöntämiselle sivuuttavat usein yksilölliset tarpeet ja räätälöidyt palvelut.

Lääninhallituksilla on oikeus, sosiaali- ja terveysministeriötä kuultuaan, sakon uhalla määrätä kunta tai kuntayhtymä täyttämään velvoite, jonka se on valtionosuustehtäviä järjestäessään jättänyt noudattamatta. Käytännössä oikeutta uhkasakon määräämistä on käytetty hyvin vähän. Uhkasakkosanktion lisäksi lääninhallituksilla on vähän muita sanktioita, joita ne voisivat käyttää. Lääninhallitusten suorittaman muun hallinnollisen ohjauksen vaikuttavuus perustuu käytännössä siihen, että kunnat ja kuntayhtymät korjaavat vapaaehtoisesti ne puutteet tai epäkohdat, joihin lääninhallitus toimivaltansa perusteella on puuttanut.

Lääninhallituksen mahdollisuudet puuttua palvelujen riittävään ja laadukkaaseen järjestämiseen ovat kuitenkin parantuneet viimeaikaisen lainsäädännön kautta. Aiempaa parempaa oikeudellista perustaa puuttumiseen tarjoavat esimerkiksi terveydenhuollossa hoidon saatavuuden turvaamiseen ja iäkkäiden hoitopalvelujen tarpeen arvioimiseen liittyvät säädökset määräaikaikoinen. Myös vanhustenhoidon laatusuosituksiin sisältyvät henkilöstö-asukassuhdesuositukset antavat lääninhallitukselle mahdollisuuden perustellun näkemyksen muodostamiseen siitä, että henkilökuntaa laitoksessa on riittämätön määrä. Näin on erityisesti silloin, kun asiaan vaikuttavat muutkin seikat: kun esimerkiksi raskaan hoidon tarve on suuri ja hoitotilat ovat toimimattomat.

Lopuksi

Oikeusturva-asiat, erityisesti valvontatehtävät, ovat lääninhallituksille ajankohtainen ja yhä vakavammin otettava haaste. Kun väljän puitelainsäädännön sisältämät joustavat oikeusnormit ovat sen sallineet, kunnat ovat määrärahojen puutteeseen vedoten tehneet päätöksiä, joiden voi katsoa olevan vastoin perustuslain ja erityislainsäädännön henkeä. Valtio on 2000-luvulla lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallista valtionosuutta, mutta sillä ei ole kyetty riittävästi kompensoimaan aiemmin toteutettuja leikkauksia ja uusien kehittämistarpeiden synnyttämiä kustannuksia.

Sosiaalihuollolla on yhteiskunnassa oma erityistehtävänsä. Kun julkisen hallinnon kehittämisen painopisteenä on palvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen, sosiaalihuollon erityisyys on syytä tiedostaa ja suunnata sinne riittävät voimavarat. Julkisen vallan tehtäväksi on määritelty riittävien sosiaalipalvelujen kuten myös terveyspalvelujen turvaaminen asuinpaikasta ja kansalaisen taloudellisesta asemasta riippumatta. Ehkäisevien palvelujen toivotaan tehostuvan niin lastensuojelussa, vanhustenhuollossa kuin vammaishuollossakin.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen sisällä on kuitenkin ehkäisevän ja tasa-arvoisen palvelupolitiikan ideologian rinnalla jännite universaalisuuden ja harkinnanvaraisuuden välillä. Palvelujen kohdentamisessa korostetaan kunnissa entistä enemmän tarveharkintaisuutta, sairautta ja heikkokuntoi-

suutta. Kotihoitoa saavat vain kaikkein ikääntyneimmät ja sairaimmat. Omaishoitoa annetaan niille, joiden tulisi jo kuntonsakin puolesta olla tehostetun hoivan piirissä. Lastensuojelussa kodin ulkopuoliseen hoitoon liittyviä toimenpiteitä pitkitetään, mutta avohoitoa ei kuitenkaan tarjota. Samanaikaisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevat, kuten pitkäaikaisesti työttömät, työkykynsä menettäneet mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset syrjäytyvät entisestään. Tätä kehitystä osoittaa hyvin muun muassa Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliiton vuosittainen barometri.

Sosiaali- ja palvelu- ja terveyspalvelujen suuri haaste on niiden asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöinen toiminta edellyttää asiakkaiden ja heidän tarpeidensa tunnistamista. Palveluorganisaation tavoitteenahan tulisi asiakkaiden näkökulmasta olla palvelukykyisyys. Asiakaspalautejärjestelmän rakentamiseen ja käytännön soveltamiseen tulee kiinnittää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa jatkuvasti huomiota. Asiakaskyselyt ovat yksi keskeinen menetelmä kerätä asiakkaiden palautetta ja odotuksia.

Kysymys perusoikeuksien toteutumisesta on jatkuvasti läsnä. Näyttää siltä, että lääninhallituksissa tulisi päästä koordinoitumpaan työtapaan kanteluratkaisuissa ja hyödyntää

kanteluratkaisuista saatavaa tietoa informaatio-ohjauksessa nykyistä enemmän. Myös omavalvonnan korostamista, siihen liittyvää ohjausta ja koulutusta voidaan lääninhallituksissa tehostaa, koska se on merkittävä keino vähentää ylemmälle viranomaiselle tulevia kanteluja ja valituksia pitkällä aikavälillä. Kantelu- ja valitusmahdollisuuksista kansalaisten perusoikeutena tulee tiedottaa aktiivisesti, vaikka se voikin lisätä entisestään kansalaisten aktiivisuutta kannella ja valittaa.

Lääninhallituksissa tulee entisestään lisätä yhteyttä muihin ns. kanteluviranomaisiin, kuten Terveystieteiden tutkimuskeskukseen, eduskunnan oikeusasiamieheen ja oikeuskansleriin ja kuntien sosiaali- ja potilasasiain osastoihin. Potilas- ja sosiaali- ja terveysosasto on selvästi vähentänyt suoria yhteydenottoja puhelimitse lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoille. Sosiaali- ja potilasasiain osastot ovat pystyneet käsitykseni mukaan vaikuttamaan hyvin yksittäisten asiakkaiden tilanteisiin, mutta heikosti kuntien toimintakäytäntöihin. Asiamiesten kunnanhallituksille toimittamat vuosittaiset raportit ovat saaneet aikaan vähän muutoksia palvelujen uudelleen järjestämisessä, palvelujen saatavuuden parantamisessa tai palvelujen kohdentamisessa.

Lähteet

- Ahonen, P. (2002). Näköala Sillalta. *Janus* 4, 289–290.
- Itä-Suomen lääninhallitus (2000). Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2000. Mikkeli: Etelä-Savon Kirjapaino.
- Itä-Suomen lääninhallitus (2001). Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2001. Mikkeli: Etelä-Savon Kirjapaino.
- Itä-Suomen lääninhallitus (2002). Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2002. Mikkeli: Etelä-Savon Kirjapaino.
- Itä-Suomen lääninhallitus (2003). Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2003. Mikkeli: Etelä-Savon Kirjapaino.
- Itä-Suomen lääninhallitus (2004). Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2004. Mikkeli: Etelä-Savon Kirjapaino.

- Itä-Suomen lääninhallitus (2005). Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2005. Mikkeli: Etelä-Savon Kirjapaino.
- Itä-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon kantelut 2002–2005. Julkaisematon. Itä-Suomen lääninhallitus. Joensuu 2005.
- Smolander, J. (2004). Hyvinvointi- vai holhousvaltio. *Janus* 3, 261–281.
- Stakes (2006). Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

OIKEUDENMUKAISUUS JA SOSIAALIPALVELUIDEN KILPAILUTTAMINEN

RIITTA SÄRKELÄ

Tämän artikkelin tavoitteena on tarkastella sosiaalipalveluiden kilpailuttamista ja arvioida sen vaikutuksia palveluiden käyttäjien ja tuottajien näkökulmasta. Tavoitteena on myös pohtia sitä, mitä sosiaalipalveluiden kilpailuttaminen merkitsee oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Usko kilpailuttamisen myönteisiin vaikutuksiin on vankka. Näyttää siltä, että kilpailuttamisen odotetaan ratkaisevan monia tulevaisuuden haasteita palveluiden tuottamisessa. Tutkittua tietoa sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen vaikutuksista on toistaiseksi vähän ja erityisen vähän sitä on palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Perusteellisen tutkimuksen tarve on ilmeinen.

Sosiaalipalvelut ja julkisen vastuu

Perustuslaki ja sosiaalialan erityislainsäädäntö määrittävät julkisen vastuun alaa sosiaalipalveluissa. Perustuslain 19 pykälän mukaan julkisella vallalla on velvollisuus järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille asuinpaikasta riippumatta. Sitä, mitä riittävät sosiaalipalvelut tarkoittaa, ei tarkemmin määritellä. Suomalaisen hyvinvointimallin julkisen vastuun ala ja toteuttamisen muodot eivät ole määräytyneet yhden selkeän kokonaisnäkemysten tai filosofian perusteella vaan kehitystä ovat ohjanneet poliittiset kompromissit ja tilannesidonaiset pragmaattiset tekijät. Julkisen vastuun täsmällisyys vaihtelee suuresti. Esimerkiksi lastensuojelussa ja päihdepalveluissa vastuun ala on asian tuntijoiden harkintaan perustuva ja määrärahasidonnainen. (Heikkilä, Kautto & Teperi 2005.)

Käytännössä sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvä vastuu on ollut ennen kaikkea kunnalla. Kunnalla on oikeus järjestää palvelut haluamallaan tavalla. Sosiaalialan erityis-

lainsäädännössä on määritelty sosiaalipalvelujen alaa. Sosiaalihuoltolaki määrittelee niiden sosiaalipalvelujen alan, joiden järjestämisestä kuntien on huolehdittava. Subjektivisten oikeuksien ala on suppea, ja oletettavasti sitä ei helposti juuri haluta enää laajentaa, vaikka palveluiden käyttäjien ja myös järjestöjen taholta on esitettykin tähän liittyviä vaateita.

Sosiaalipalveluja ovat sosiaalihuoltolain 17 pykälän mukaan (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710) sosiaalityö, kasvat- ja perheneuvonta, kotipalvelut, asumispalvelut, laitoshuolto, perhehoito sekä vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta. Kunnan on myös huolehdittava lasten ja nuorten huollon, lasten päivähoiton, kehitysvammaisten erityishuollon, vammaisuuden perusteella järjestettävien palvelujen ja tukitoimien sekä päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden järjestämisestä. Kunnan järjestämistä vastuulle kuuluvat myös lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja muiden isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen liittyvät tehtävät. Niin ikään kunnan vastuulla ovat elatusavun turvaamista, ottolapsineuvontaa, perheasioiden sovittelua sekä lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevat toimenpiteet. Kunnan on myös huolehdittava omaishoidon tuen ja muiden sosiaalipalveluiden järjestämisestä sekä kuntouttavasta työtoiminnasta annetussa laissa säädettyistä tehtävistä sen mukaan kuin niistä erikseen säädetään. Kunnan järjestämistä vastuulle määriteltyjen sosiaalialan palvelujen ala on varsin laaja, kuten edellä olevasta käy ilmi.

Sosiaalipalveluiden saatavuuden ja riittävyyden näkökulmasta merkittävää on myös se, että sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on määritelty erillisellä lailla. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.) Viime vuosien aikana on myös vahvistettu ihmisten mahdollisuuksia saada palveluita erilaisten takuiden

ja määräaikojen määrittämisen kautta. Terveydenhuollossa on toteutettu hoitotakuu. Sosiaalihuollossa vastaavaa takuuta ei ole. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto on esittänyt, että vaikeimmassa asemassa olevien ja usein palveluiden ulkopuolelle jäävien ryhmien palveluiden saatavuuden turvaamiseksi tulisi säätää sosiaalitakuu. Keskusliitto on nähnyt sosiaalitakuun välttämättömäksi oikeudenmukaisen palveluiden saatavuuden turvaamiseksi kaikkein heikoimmassa asemassa oleville ihmisille. (Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton hallituksen kannanotto 2006 / www.stkl.fi.)

Kuntien välillä on erittäin suuria eroja siinä, miten ne pystyvät turvaamaan asukkailleen riittävät sosiaalipalvelut. Esimerkiksi Sosiaalibarometri 2006 mukaan sosiaalijohtajista lähes puolet arvioi, että sosiaalipalvelut pystytään turvaamaan hyvin olemassa olevilla resursseilla. Hieman yli kymmenesosassa kuntia on vakavia ongelmia riittävien sosiaalipalveluiden turvaamisessa. Tilanne on viimeisen kymmenen vuoden aikana pysynyt pitkälti samanlaisena. Sosiaalijohtajien arvion mukaan heikoimmalla tolalla ovat erityisryhmille, kuten päihdeongelmiaisille ja mielen-terveyskuntoutujille tarjotut palvelut. Päihdepalveluiden turvaamisessa ongelmia on 40 prosentissa kunnista ja mielenterveyspalveluissa joka neljännessä kunnassa. Myös lastensuojelussa tilanne on huono lähes joka viidennessä kunnassa. Kamppailussa niukkenevista resursseista riittävien palveluiden saannissa näyttävät siis eniten kärsivän heikoimmassa asemassa olevien ihmisten palvelut. (Eronen ym. 2006.) Tämä on erittäin suuri haaste oikeudenmukisuuden näkökulmasta.

Tuottaako järjestöjen roolin muutos uusia palveluiden aukkoja?

Järjestöt tuottavat tällä hetkellä 17 prosenttia sosiaalipalveluista ja joillakin erityisalueilla, mm. päihdepalveluissa, ensi- ja turvakotitoiminnassa ja vammaispalveluissa, järjestöjen rooli on tätä huomattavasti suurempi. Järjestöillä on Suomessa ollut palveluiden kehittäjän ja innovaattorin rooli. Yritysten osuus on myös viime vuosien aikana merkittävästi kasvanut, mutta se on tapahtunut vahvemmin terveys- kuin sosiaalipalveluissa. (Kauppinen & Niskanen 2005.)

Kunnat odottavat järjestöjen ja yritysten ottavan tulevaisuudessa entistä enemmän vastuuta palveluiden tuottamisesta (Eronen ym. 2006). Samanaikaisesti järjestöjen toimintaedellytyksiin ja erityisesti palvelutoimintaan kohdistuu monia muutospaineita, joilla voi olla merkittäviä vaikutuksia palveluiden saamisen ja oikeudenmukaisuuden kannalta. Sisämarkkinasäännösten ja myös kansallisista eri tahojen, erityisesti elinkeinoelämän intresseistä johtuen, on käyty laajaa keskustelua järjestöjen roolista palveluiden tuottajana ja sen suhteesta elinkeinotoimintaan. Kasvavassa määrin kilpailuvirasto, verohallinto ja kauppa- ja teollisuusministeriö ovat omissa linjauksissaan nähneet järjestöjen roolin palveluiden tuottamisessa vääristävän kilpailua ja vaatineet, että järjestöjä tulee kohdella samalla tavalla kuin yrityksiä. Järjestöjen toimintaa on myös yritetty tulkita pääsääntöisesti elinkeinotoiminnaksi. Järjestöjen näkemys on ollut erilainen: järjestöjen tulkinta on ollut se, että niiden toiminta pääsääntöisesti on yleishyödyllistä, aatteellista, niiden toiminnan tarkoitusta toteuttavaa ja ei- voittoa tuottavaa. (Särkelä & Vuorinen 2006.)

Järjestöjen edellytyksiin tuottaa palveluita vaikuttavat myös Raha-automaattiyhdistyksen linjaukset. Raha-automaattiyhdistys on joutunut muuttamaan rahoituslinjauksiaan niin, ettei se pääsääntöisesti tue järjestöjen palvelutoimintaa, koska avustus ei saa tuottaa vähäistä suurempaa kilpailuhaittaa. (laki raha-automaattivastuksista 1056/2001 ja valtioneuvoston asetus Raha-automaattiyhdistyksestä 1169/2001.) Käynnissä olevalla järjestöjen rooliin ja palveluiden tuottamisen mahdollisuuksiin liittyvällä keskustelulla ja muutospaineilla on merkitystä järjestöjen aseman ja toimintatilan kannalta. Vielä oleellisempi se on järjestöjen palvelujen ja tuen varassa olevien ihmisryhmien kannalta (ks. Särkelä ym. 2005).

Tärkeäksi kysymykseksi nouseekin, pystyvätkö kunnat tulevaisuudessa vastaamaan aiemmin järjestöjen huolehtimista tehtävistä, jos järjestöjen mahdollisuudet tuottaa näitä palveluita oleellisesti muuttuvat. On ennakoitavissa, että monilla alueilla yritystoiminta ei ole vastaus, koska edellytyksiä kannattavalle yritystoiminnalle ei ole ryhmien pienuuden, monitarpeisuuden ja maksajien puuttumisen vuoksi. Kansainvälisten kokemusten pohjalta on myös ennakoitavissa, että osa järjestöjen toiminnasta voi rapautua ja kadota ilman, että niiden tuen varassa oleville ihmisille rakentuu mitään

tilalle. (Särkelä & Vuorinen 2006.) Sosiaalibarometrissa 2006 kysyttiin sosiaalijohdolta reaktiota siihen, onko kunnalla mahdollisuus ottaa nykyistä enemmän vastuuta niistä palveluista, joita järjestöt tuottavat, jos järjestöt joutuvat luopumaan niiden tuottamisesta. Valtaosa, 83 prosenttia kuntien sosiaalitoimen johtajista ilmoitti, että kunnalla ei olisi valmiuksia tuottaa järjestöjen mahdollisesti lopettamia palveluita itse. Myös järjestöjohdosta 83 prosenttia arvioi, että järjestöjen tuen varassa olevat ihmiset jäisivät näissä tilanteissa ilman tukea. (Eronen ym. 2006.)

Monien erityisryhmien kannalta järjestöjen roolin muutos voi siis merkitä tuen ja palveluiden ulkopuolelle jäämistä. Tulevien vuosien aikana onkin ratkaistava oikeudenmukaisella tavalla se, miten sovittaa yhteen yhtäältä tiettyjen haavoittuvien ihmisryhmien tarpeet, joihin vastaaminen on järjestöjen erityisosaamisen varassa, ja toisaalta eri palveluja tuottavien tahojen oikeudenmukainen kohtelu.

Sosiaalipalveluiden kilpailuttaminen ja sen vaikutukset?

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttamiseen liittyvä keskustelu on vauhdittunut erityisesti vuoden 2001 jälkeen ja vauhdittajana on ollut lisääntyvä manageristinen ajattelu julkisella sektorilla (Niiranen 2003). Sosiaali- ja terveyspalveluiden parantamis- ja tehostamiskeinoksi on esitetty palveluiden kilpailuttamista. Keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevaisuudesta voidaan Ollilan mukaan käydä kahdesta eri näkökulmasta (Ollila 2003). Ensimmäinen on sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Tästä näkökulmasta tavoitteena on tuottaa vaikuttavia ja hyvälaatuisia sosiaali- ja terveyspalveluita mahdollisimman edullisesti koko väestölle. Palveluita pyritään antamaan kaikille tasapuolisesti palvelujen tarpeen mukaan. Toinen on näiden palvelujen kehittäminen palveluelinkeinojen ja elinkeinopolitiikan näkökulmasta. Tähän asti keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevaisuudesta ovat johtaneet kilpailuttamista ajavat viranomaiset ja yksityiset palveluyrittäjät. Elinkeino- ja kilpailupoliittiset lähtökohdat ovat hallinneet keskustelua sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden sijaan. Tehtävi-

en johtopäätösten kannalta ei ole yhdentekevää, kumpaa näkökulmaa ensisijaisesti painotetaan ja mikä tasapaino näiden kahden näkökulman välillä vallitsee (Ollila 2003, Melin 1999).

Yhtenä keskeisenä huolenaiheena sosiaalihuollossa on ollut eriarvoisuuden kasvu ja palveluiden tasa-arvoisen saatavuuden takaaminen kaikille. Sosiaalipalveluissa valinnanvapaus on käytännössä rajallinen ja erityisen rajallinen se on kaikkein heikoimmassa asemassa olevilla ihmisillä. Riskinä on eriarvoistuminen, jossa ensi sijassa rikkaat voivat valita. (Koivusalo 2003.)

Markkinoistaminen on julkisella sektorilla vahvasti strateginen kysymys. Kysymys ei ole vain siitä, kuka tuottaa ja maksaa palvelut, vaan myös siitä, millaisia seurauksia erilaisilla valinnoilla oletetaan olevan alueelliseen ja ihmisten keskinäiseen tasa-arvoon. Kyse on myös kansalaisten mahdollisuudesta osallistua oman kuntansa asioiden suunnitteluun ja hoitamiseen. (Niiranen 2003.)

Kilpailuttaminen on kuitenkin tullut sosiaalipalveluihin jäädäkseen. Kuntien on hankintoja tehdessään noudatettava julkisista hankinnoista annettua lainsäädäntöä. Nyt voimassa olevan hankintalain mukaan hankinta on lähes poikkeuksetta kilpailutettava, kun kunta ostaa palvelun oman organisaationsa ulkopuolelta. Kumppanuuksille on Suomessa pitkät perinteet. Osaamista ja voimavaroja on osattu ja haluttu yhdistää menestystekijänä. Keväällä 2006 valmistui hallituksen esitys uudeksi hankintalaiksi. Se sisältää sosiaali- ja terveyspalveluiden näkökulmasta myönteisiä mahdollisuuksia. Esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen kynnysarvo on esityksessä määritelty 50 000 euroksi. Tämän alle meneviä hankintoja ei tarvitse kilpailuttaa. Esitys sisältää myös aikaisempaa laajemmin neuvottelumenettelyn käytön kilpailuttamisen yhteydessä. Myös suora hankinta on mahdollinen, jos asiakkaan vaatiman palvelun jatkuvuus tai erityiset syyt sitä vaativat. Pitkäjänteinen yhteistyö ja kumppanuus eri palveluiden tuottajien välillä on siis edelleen mahdollista, jos niin kunnissa halutaan.

Suomessa tutkimusta sosiaalipalveluiden kilpailuttamisesta ja sen vaikutuksista on vielä vähän. Sosiaalibarometrissa 2004 sosiaalitoimen vastaajia pyydettiin arvioimaan, millaisia vaikutuksia he näkevät kilpailuttamisella olleen. Viidennes vastaajista arvioi, ettei kilpailuttamisella juuri ole ollut vaikutuksia. Yhtä suuri osuus vastaajista piti sitä

näennäistoimintana, koska todellisia vaihtoehtoja ei ole. Osa arvioi palvelutarjonnan monipuolistuneen ja kustannustietoisuuden parantuneen. Kielteisiä vaikutuksia kilpailuttamisella arvioi olleen kolmannes vastaajista; suurin osa arvioi kilpailuttamisen lisännen byrokratiaa ilman todellisia hyötyjä. He arvioivat kilpailuttamisen soveltuvan huonosti sosiaali- ja terveyspalveluihin, tuottavan epävarmuutta sekä vaikeuttavan palveluiden joustavaa järjestämistä asiakkaiden kannalta. Osaaminen tällä alueella koettiin myös heikoksi. Selkeä toivomus oli, että kilpailuttamiseen liittyviä pelisääntöjä ja rajoja selkiytettäisiin sosiaali- ja terveyspalveluiden lähtökohdista. Osa vastaajista ilmaisi myös huolensa siitä, että ”palataan huutolaisaikaan” ja kustannuksista tulee tärkein kriteeri laadun ja muiden tekijöiden unohtuessa. Kilpailuttaminen tuotti sosiaalitoimen vastaajien näkökulmasta enemmän kielteisiä kuin myönteisiä vaikutuksia. (Eronen ym. 2004.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry on selvittänyt sosiaali- ja terveysjärjestöjen kilpailuttamiskokemuksia vuonna 2004 ja laatinut sen pohjalta suosituksia. Kyselyaineiston mukaan tarjouskilpailuihin osallistuminen koettiin työlääksi prosessiksi. Järjestöjen arviot kilpailuttamisprosessista olivat hyvin kriittisiä. Huolta koettiin ennen kaikkea palveluiden laadusta, koska se on edelleen aliarvostettu tekijä ja sille annetaan riittämättömästi painoarvoa hintaan nähden. Kunnat ovat voineet myös vaatia korkeampaa laatua kuin mistä ne ovat olleet valmiita maksamaan. Kilpailumenettelyn pitäisi olla järjestöjen mukaan joustavampi ja sopimuskausien nykyistä pidempiä palveluiden jatkuvuuden turvaamiseksi. Neuvottelumenettelyä toivottiin käytettävän enemmän ja erityisesti silloin, kun on kyse pienestä ja hyvin monitarpeisesta asiakasryhmästä. (Kittilä 2004.)

Sosiaalipalveluita ostettaessa ja kilpailutettaessa palveluiden käyttäjien ja yksityisten palveluiden tuottajien kannalta kriittiseksi tekijäksi nousevat se, onko tuotteistaminen mahdollista, sopimusten pituudet ja se, millaisia kriteereitä palveluiden hankinnassa käytetään. Hallittu kilpailuttaminen ja kuntien ostajaosaaminen ovat tärkeitä tekijöitä, jotta palveluiden laatu ja jatkuvuus pystytään varmistamaan.

Lähes kolme neljäsosaa (71 prosenttia) sosiaalijohtajista ilmoitti toimialallaan kilpailutetun palveluja. Sosiaalijohton mukaan ongelmana on kilpailuttamisen vaatiman osaamisen puute ja byrokratian kasvaminen ja se arvioi kilpailuttamisen

sopivan huonosti sosiaalipalveluihin. Kilpailuttamisen arvioitiin selvästi lisännen hallinnollista työtä, ja vajaa puolet vastaajista arvioi sen tuoneen lisää liitännäiskustannuksia. Osa sosiaalijohtajista uskoi kilpailuttamisen vähentävän pitkän aikavälin kustannuksia, mikä on päinvastainen terveyskeskusten johdon arvioihin nähden. Eroa näkemyksissä voi mahdollisesti selittää se, että sosiaalipalveluissa kokemukset kilpailuttamisesta ovat vielä terveyspalveluita vähäisemmät. Sosiaalijohto ilmaisi myös huolensa kilpailuttamisen vaikutuksista palveluiden laatuun. Kolmannes sosiaalitoimen vastaajista arvioi kilpailuttamisen myös vähentäneen kunnan omia palveluita. (Eronen ym. 2006.)

Kilpailuttamisen tärkeyttä on perusteltu kustannussäästöjen ja tuottavuuden lisäämisen perusteilla. Aulikki Kananoja on todennut, että tuotteistaminen on tarkoituksenmukainen väline toiminnan kustannusrakenteen tuntemiseen ja hallintaan. Hänen mukaansa tuottavuuden parantamista, pitkälle vietyä tuotteistamista sekä suoritteisiin perustuvaa seurantaa ja arviointia ei voida siirtää suoraan sisältöä ja toimintaa hallitsevaksi orientaatioksi. Sosiaalihuollon perustarkoitus ei ole palveluiden tuottaminen, vaan elämisen turvallisuutta ja toimintakykyisyyttä lisäävien kokemusten aikaansaaminen. (Kananoja 2005.) Kustannusten kasvun hallinta, kustannustehokkuus, palvelujen järjevä järjestäminen, sosiaalipalvelujen tasa-arvoinen turvaaminen ja yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuustehtävä on sovittava uudella tavalla yhteen.

Palvelun käyttäjän näkökulmasta on kyse oikeudenmukaisuuden toteuttamisesta, ja tämä kulminoituu sosiaali- ja terveyspalveluissa palveluiden saatavuuteen, laatuun ja hintaan. (Ks. esim. Lehto 2003; Mönkäre 2003; Leppo 2003). Palveluiden käyttäjien näkökulmasta palveluiden ja tuen on muodostettava toimiva kokonaisuus. Tuotteistaminen pirstoo helposti juuri palvelukokonaisuudet. Kuka koordinoi ja millä välineillä kokonaisuutta, kun palvelusuunnitelmia tehdään edelleen puutteellisesti ja työntekijöiden vaihtuvuus on suuri? Monenlaista tukea ja palveluita tarvitsevilla ihmisillä ei usein itsellään ole voimavaroja ja resursseja siihen. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta sellainen vaatimus on myös kyseenalainen.

Tietyn palvelutuotteen ostaminen merkitsee myös sitä, että mitään sen yli ei tule, vaikka ihmisen tilanne sitä vaatisikin. Hoivapalveluissa on kyse myös välittämisestä ja

inhimillisestä vuorovaikutuksesta. Miten tuotteistaa se, että ikäihmisen hoivaan kuuluu ajan antaminen, keskustelu ja kiinnostus? Entä kun kyseessä on lapsi, miten tuotteistaa leikkimisen ja sylissä pitämisen? On olemassa esimerkkejä siitä, että käytännössä asiakkaan palvelu muodostuu minimeiksi, kun hinta on muodostunut tärkeimmäksi palveluhankintaa määrittäväksi tekijäksi.

Sosiaalipalveluissa, joissa keskeistä on työntekijöiden ja asiakkaan välinen suhde, palveluiden jatkuvuus ja pitkäjänteisyys ovat tärkeä osa palveluiden laatua. Voidaan perustellusti kysyä, onko oikeudenmukaista, että palveluiden tuottajan muuttuessa luottamuksen ja asiakassuhteen rakentaminen alkaa aina alusta. Esimerkiksi ikäihmisten hoivan alueella asiakkaan tilanteen ja muutosten arviointi tulee vaikeaksi. Silloin kun muutokset merkitsevät palveluyksikön muutosta, kyse on ihmisen kannalta koko yhteisön ja sosiaalisen verkoston muutoksesta. Miten kuullaan ihmisen itsensä toiveita näissä tilanteissa? Esimerkiksi kehitysvammaisten osalta on olemassa tutkimustuloksia siitä, että hoitopaikan muutos on lisännyt jopa kuolleisuutta muutosten kohteeksi joutuneiden keskuudessa.

Mikä on sosiaalipalvelujen ja oikeudenmukaisuuden tulevaisuus sisämarkkinoilla?

Euroopan unionia kehitetään määrätietoisesti maailman kilpailukykyisimmäksi alueeksi ja palvelukaupan tehostaminen nähdään sen tärkeimpänä välineenä. Ihmisten tarpeet ja hyvinvointitavoitteet jäävät toissijaisiksi ja kysymys oikeudenmukaisuudesta ei mahdu hallitsevaan keskusteluun. Suomi on vahvasti sitoutunut EU:n tavoitteiden toteuttamiseen palvelukaupassa. (Ks. Presidency Conclusions, Lisbon European Council 23 and 24 March 2000, Lissabonin uudistettu strategia COM(2005) 24, 2.2.2005 ja Suomen Lissabon-toimenpideohjelma 2005–2008.) Tällä on vaikutuksia myös sosiaalipalveluihin ja siihen, nähdäänkö ne minä tahansa palveluna vai onko niillä perusoikeuksia toteuttavasta luonteestaan johtuen jokin erityisasema palvelumarkkinoilla. On syytä muistaa, että sisämarkkinoiden kehittäminen ei pakota jäsenmaita ulkoistamaan sosiaalipalveluitaan, vaan

päätöksen siitä tekevät jäsenmaat aivan itse. Samoin jäsenvaltiot itse määrittelevät myös julkisen vastuun alan ja sen, mitä ovat yleishyödylliset palvelut. (Ks. tarkemmin Palola & Särkelä 2006.)

Euroopan komission direktiiviehdotuksen palveluista sisämarkkinoilla (COM (2004) 2, 13.1.2004) lähtökohtana on kaikkien palvelujen kuuluminen markkinoiden kilpailun piiriin. Ulkopuolelle sulkeminen edellyttää perustelua. Euroopan unionin komission muutetun ehdotuksen direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla (COM(2006) 160, 4.4.2006) pulma on edelleen käsitteiden monitulkintaisuus ja EY-tuomioistuin joutuu jatkossakin määrittelemään direktiivin soveltamisalaa. Terveyspalvelut on rajattu uuden direktiiviehdotuksen ulkopuolelle. Sosiaalipalveluihin liittyvä osuus palveludirektiiviehdotuksessa on hyvin epäselvä. Ehdotuksen mukaan ulkopuolelle jäävät vain sosiaaliseen asuntotuotantoon liittyvät sosiaalipalvelut, lastenhoito sekä perheille ja erityistarpeessa oleville tarkoitetut tuet, jotka ovat jäsenvaltion tai muiden valtion erityisesti valtuuttamien toimijoiden tarjoamia. Niiden tarkoituksena on tukea ihmisiä, jotka ovat riittämättömästi toimeentulosta johtuen erityisesti avun tarpeessa tai siitä että he ovat täysin tai osittain riippuvaisia muista tai jotka ovat vaarassa syrjäytyä. Käytännössä tämä tarkoittaa pääsääntöisesti sosiaalipalvelujen kuulumista palveludirektiivin soveltamisalaa. Käytännössä se merkitsee myös sitä, että sosiaalipalvelut ovat tulleet luokitelluiksi kauppatavaraksi. Oikeudenmukaisuustavoitteen kannalta se ei ole hyväksyttävää.

Samaa linjaa jatkaa komission tiedonanto yleishyödyllisistä sosiaalipalveluista (COM(2006)177), jossa listataan yleishyödyllisten sosiaalipalvelujen erityispiirteitä. Lähes kaikkia sosiaalipalveluja pidetään tiedonannossa taloudellisina ja siten unionin kilpailusääntöjen piiriin kuuluvina. Jokainen jäsenvaltio saa itse määritellä yleishyödyllisten palvelujen sisällön, mutta jäsenvaltioiden on noudatettava avoimuuden ja läpinäkyvyyden periaatetta eikä yleishyödyllisen palvelun statusta tule käyttää väärin.

Sosiaalipalveluiden tulevaisuutta ja oikeudenmukaisuuden toteutumista ajatellen on välttämätöntä, että Suomessa käydään kansallisesti keskustelua ja määritellään, mitä julkisen vastuulla tarkoitetaan. On määriteltävä myös se, miten turvataan tiettyjen haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten tilanne. Se voi edellyttää myös sitä, että joissakin erityista-

pauksissa jollekin järjestölle tai yritykselle määritellään julkisen velvoitteen toteuttamisen tehtävä tietyn ihmisryhmän palveluiden turvaamiseksi. On määriteltävä, mitä tarkoitetaan yleishyödyllisillä palveluilla ja erityisesti, mitä ovat yleishyödylliset sosiaalipalvelut Suomessa. Perusoikeuksien

ja oikeudenmukaisuuden turvaamisen näkökulmasta tämän määrittelyn tulee tapahtua näistä tavoitteista, ei palvelukaupan ja sisämarkkinoiden tehostamisen lähtökohdista. Se on ennen kaikkea poliittinen prosessi, johon myös kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen on päästävä subjekteina mukaan.

Lähteet

- Audit Commission (2004). Choice in Public Services, National Report, September 2004.
- Eronen, A. & Londen, P. & Perälähti, A. & Siltaniemi, A. & Särkelä, R. (2004). Sosiaalibarometri 2004. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Eronen, A. & Londen, P. & Perälähti, A. & Siltaniemi, A. & Särkelä, R. (2005). Sosiaalibarometri 2005. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Eronen, A. & Londen, P. & Perälähti, A. & Siltaniemi, A. & Särkelä, R. (2006). Sosiaalibarometri 2006. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Heikkilä, M. & Kautto, M. & Teperi, J. (2005). Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki: Edita Prima Oy.
- Itä-Suomen lääninhallitus (2006). Sosiaalityön ja sosiaalihuollon palvelujen määrä ja riittävyys Itä-Suomessa. Peruspalvelujen arviointiraportti 2006. Itä-Suomen lääninhallitus, Mikkeli.
- Kansalaisyhteiskunnan toimintaedellytykset (2006). Oikeusministeriön työryhmämietintö 2006:14, Oikeusministeriö.
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. (2005). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes.
- Kautto, M. (toim.) (2006). Suomalaisten hyvinvointi, Helsinki: Stakes.
- Kittilä, R. (2004). Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kilpailuttamiskokemukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöjärjestö YTY ry, Helsinki.
- Koivusalo, M. (2003). Terveyspalvelut ja kilpailuttamisen kansainväliset ulottuvuudet. Teoksessa Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysturvan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Komission ehdotus direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla (COM (2004) 2, 13.1.2004.
- Komission uudistettu ehdotus direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla (COM(2006) 160, 4.4.2006).
- Komission tiedonanto yleishyödyllisistä sosiaalipalveluista (COM(2006)177).
- Laki julkisista hankinnoista 1505/92, tarkistukset 1532/94 ja 1247/97.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
- Laki raha-automaattivastuksista 1056/2001.
- Lehto, J. (2003). Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysturvan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Leppo, K. (2003). Kansallisen terveysturvan tavoitteet ja kilpailuttaminen. Teoksessa Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysturvan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Lissabonin uudistettu strategia COM(2005) 24, 2.2.2005
- Melin, T. (1999). Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajat: selvitys järjestöistä ja yrityksistä. Hämeenlinna: Raha-automaattiyhdistys.
- Muuri, A. (2006). Mielipiteitä ja palvelukokemuksia. Suomalaisten mielipiteitä sosiaalipalveluista. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Stakes.
- Mönkäre, S. (2003). Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä- kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Teoksessa Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysturvan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Niiranen, V. (2003). Kunnallisten sosiaalipalveluiden kilpailuttamisen sosiaalipoliittinen näkökulma. Teoksessa Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysturvan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Ollila, E. (2003). Sosiaali- ja terveysturvan näkökulmia kilpailuttamiseen. Teoksessa Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysturvan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Palola, E. & Särkelä, R. (toim.) (2006). Hyvinvointi united – FC sisämarkkinat. Reilu peli. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Presidency Conclusions, Lisbon European Council 23 and 24 March 2000.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton hallituksen kannanotto (2006). Julkaisematon lähde. www.stkl.fi/kannanotot.html.

Suomen kansallinen Lissabon -toimenpideohjelma 2005–2008 (2005). Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 3a/2005. Valtioneuvosto.

Särkelä, R. & Vuorinen, M. & Peltosalmi, J. (2005). Sosiaali- ja terveysjärjestöjen mahdollisuudet palveluiden ja tuen tuottamisessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Särkelä, R. & Vuorinen, M. (2006). Selvitys yleishyödyllisyydestä ja sen tulkintaan liittyvistä ongelmista kansalaisjärjestökentän palautteen pohjalta 31.1.2006. Julkaisematon lähde. www.stkl.fi/yleishyodyllisyys.html.

Valtioneuvoston asetus Raha-automaattiyhdistyksestä 1169/2001. Verotusohje yleishyödyllisille yhdistyksille ja säätiöille Dnro 753/32/2005.

ILKEÄT ONGELMAT HAASTE HYVINVOINTIPALVELUILLE

LASSE MURTO

Kirjoitus perustuu Stakesissa pidettyyn seminaarin esitykseen ja on lähes samansisältöisenä aiemmin julkaistu teoksessa: Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääräyskirja. Kelan tutkimusosasto, 2006.

Aluksi

Suomessa on kattavat hyvinvointipalvelut, mutta julkisten palveluiden saatavuudessa ja kyyvyssä käsitellä erityisen vaikeita ongelmia ja syrjäytymiskierteitä on suuria vaikeuksia. Yksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisimmistä perustoista, universalismin periaate, näyttää tuottavan myös ongelmia sokeuttaessaan hyvinvointitoimijoita erilaisuuden ja erojen havaitsemiselta (ks. Anttonen & Sipilä 1994, Metteri 2003.) Yksilöllisyyden huomioon ottaminen toteutuu usein varsin huonosti, ja hyvinvointivaltion ”lupaus” huolenpidosta jää vain retoriseksi puheeksi osalle kansalaisia. Vaikeasti diagnosoitavien – ei selkeästi mistään alkavien eikä mihinkään päättyvien – ”ilkeiden ongelmien” käsittelyä vaikeuttaa mm. ammatillisesti ja hallinnollisesti sektoroitunut palvelujärjestelmämme. Pirstaleisten palveluiden, tukitoimenpiteiden ja taloudelliseen toimeentuloon liittyvien etuuksien yhteensovittaminen ei suurista ponnistuksista huolimatta ota onnistuakseen.

Jos moniongelmaisuuksien käsittely on vaikeata yleisille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille, ei kokonaisvaltaiselle työskentelylle ole aina hyviä edellytyksiä erityispalveluissakaan. Moniongelmaisuuksien käsittely ja kansalaisten hoito-oikeuksien oikeudenmukainen toteutuminen kun edellyttäisivät myös sitä, että ihmisten ainutlaatuisuus ja yksilölliset kokemukset, siis erilaisuus, otettaisiin riittävässä määrin huomioon palvelujärjestelmän toiminnassa ja ihmisten kohtelussa.

Ihmisten ongelmat ovat usein luonteeltaan sellaisia koko elämää koskevia sosiaalisia ja moraalisia ongelmia, joihin ei ole olemassa standardiratkaisuja. Esimerkiksi tavaratuotannon logiikalla ja ”palvelutehtaan” lailla toimiviksi pakotetuilla päihdehuollon erityispalveluilla on suuria vaikeuksia moniongelmaisuuksista ja moniriippuvuudesta käsitellessään. Suoritteet ja tehokkuus päällimmäisinä arvoina ovat vaarantamassa kansalaisten oikeudenmukaista kohtelua ja palveluoikeuksien toteutumista.

Seuraavassa paneudun hyvinvointipalveluiden, erityisesti päihdehuollon, kyykyyn ja mahdollisuuksiin vastata päihdeongelman tuomiin haasteisiin. Tarkastelen kysymystä osin yhden päihdepalveluiden tuottajajärjestön, A-klinikkasäätiön, näkökulmasta.

Palveluntuottajajärjestön toiminnan erityisehdoista

Vaikka A-klinikkasäätiön työn eettisiin lähtökohtiin kuuluu selkeästi asiakkaan yksilöllisyyttä ja ainutlaatuisuutta kunnioittava työskentely, yksilöllisten tarpeiden huomioonotto ei käytännössä ole itsestään selvää. Kuntien ostopalveluissa ja tilaaja-tuottajamallissa asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen riippuu aina siitä, mitkä ovat toiminnan taloudelliset ehdot, ja siitä, miten tilaaja haluaa määritellä asioita. Palveluita kuntalaisille ostavat kunnat siis määräävät A-klinikkasäätiön toiminnan reunaehdot. Kun 1990-luvun lamavuosina käyttöön otettu vaihtoehtoton säästämisajattelu vaikuttaa yhä hyvinvointipalveluihin (ja erityisesti kaikkein huono-osaisimmille tarkoitettuihin palveluihin), tästä on seurannut mm. se, että suurinta paneutumista edellyttävien asiakkaiden elämäntilanteiden räätälöityä käsittelyä on tullut entistä vaikeammaksi. Julkikirjoitettuna

lähtökohtana on joka tapauksessa se, että kokonaisvaltaista auttamistyötä A-klinikoilla tekevät tarkastelevat kunkin yksilön tarvitsemia palveluita ja etuuksia ammatillisesta näkökulmasta asiakkaan rinnalla seisten samalla sovittaen yhteen yhteiskunnan kulloinkin auttamistyölle tarjoamia resursseja ja asiakkaiden tarpeita. Tehtävä on raskas ja kuluttava erityisesti silloin, kun resursseja on vähän, asenteet ovat kovia ja tehokkuusvaatimukset kasvavat. Eikä helpompia aikoja näytä olevan tulossa. Kilpailutus- ja tehokkuusajattelu on syvenemässä. Jotta päihdeongelmaisten erityistarpeet tulisivat oikeudenmukaisella tavalla huomioon otetuiksi, päihdetyössä on kyettävä sanoutumaan irti pelkistä ”palvelutehdasroolista”, joka on vahvistunut tuote-, tulos- ja suoritevimmaisen ajattelun voimistumisen myötä.

Suomen alkoholipoliittinen tilanne on tuonut lisävaikkeitä päihdeongelmaisten oikeudenmukaiseen kohteluun ja käsittelyyn. Alkoholihaittojen ja -ongelmien lisääntyminen näkyy työmäärän, jonojen ja kustannusten kasvuna kuntien yleisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa. Kunnat eivät ole kuitenkaan lisänneet palveluja kasvaneen palvelutarpeen mukaisesti. Päihdehuollon erityispalveluissa tilanne on jopa päinvastainen: päihdepalveluita on leikattu, kuten seuraava – suuren kaupungin päihdehuollon erityispalveluiden ostosuunnitelma – esimerkki hyvin osoittaa. Tässä esimerkissä lopputulos ei ollut niin huono kuin aluksi näytti – tätä aikaa oireellisesti kuvaavaa kuitenkin on, että esitellyn kaltaista päätöstä edes suunniteltiin.

Päihdehuollon erityispalveluiden ostoa palvelujen tuottajajärjestöltä koskevassa päätösesityksessä lautakunnalle vuoden 2005 lopussa todettiin seuraavasti:

”Käyttötaloussuunnitelman tasapainoon saattaminen edellyttää hankinnan supistamista, huolimatta näkyvissä olevasta päihdeongelmien hoidon tarpeen lisääntymisestä.”

Käytännössä esityksessä ehdotettiin 33 prosentin leikkausta palvelujen tuottajan ehdottamaan ja edellisenä vuonna vallinneeseen palvelutasoon. Esityksen mukaan A-klinikan asiakaskäyntejä olisi ostettu 4 000 käyntiä vähemmän kuin palvelujen tuottajan ehdotuksessa, eli 54 prosenttia arvioidusta laskennallisesta käyntimäärästä, ja laitoskatkaisu- ja

kuntoutuspalveluja 2 000 hoitovuorokautta vähemmän, eli 57 prosenttia ehdotetuista hoitopäivistä. Näin rajut leikkaukset olisivat merkinneet esimerkiksi erityishoito- paikkojen toimintaedellytysten loppumista. Asiakkaiden oikeudenmukaisen kohtelun näkökulma on kuitenkin tässä oleellisempi.

Esityksen toteutuminen olisi ollut epäoikeudenmukaista palvelujen tarpeessa olevien päihdeongelmaisten kannalta. Toteutunut leikkaus olisi koskenut päihdehuollon mukaisen palvelujen järjestämistä, supistus olisi kohdistunut asiakasryhmään, jonka hoidon tarpeen kasvu voidaan arvioida olevan noin 10 prosenttia ja toimenpide olisi ollut luonteeltaan syrjivä, suureen ihmisjoukkoon kohdistuva ja päätökseksi muuttuessaan lainvastainen. (Holopainen 2005.)

Huomattava osa A-klinikan avovastaanotto toiminnasta on päivystysvastaanottoa ilman ajanvarausta. Vastaanotolle tulevaa asiakasmäärää on mahdotonta säädellä, sillä päivystykseen hakeutumisen sanelee ihmisten kokemana välittömän ensiavun tai hoidon tarve. Sen sijaan ajanvaraustoimintaan eli akuuttiin hätään vastaamiseen käytettyä aikaa ja akuuttia apua seuraavaa pitkäjänteisempää avokuntoutusta sekä asiantuntijakonsultaatioita kaupungin omien palvelujen suuntaan voidaan jossain määrin supistaa. Siitä huolimatta voitiin aikaisempien kokemusten pohjalta ennakoita, että esityksen suuruinen tilaus olisi täyttynyt viimeistään heinäkuun loppuun mennessä, todennäköisesti jo touko-kesäkuun aikana, mikäli alkoholihaitat olisivat lisääntyneet senhetkisten ennusteiden mukaisesti. Katkaisu- ja kuntoutushoitotilauksen supistaminen taas olisi johtanut kaupungin alkoholi-, sekakäyttö- ja huumeikierteiden katkaisuhoidon ja sen jälkeisen kuntoutuksen loppumiseen tässä hoitopäivähinnaltaan edullisessa yksikössä kokemuksen mukaan viimeistään heinäkuun 2006 loppuun mennessä.

Tilauksen täyttyessä palvelujen tuottajan on lopetettava kaupunkilaisten palvelut. Henkilökunta joudutaan lomauttamaan. On oikeutettua kysyä, missä korvaavat palvelut (avokatkaisuhoito, polikliininen terapia yms.) tuotetaan niinä kuukausina, jolloin erityispalveluyksikkö ei voi taloudellisista syistä palvella kaupunkilaisia. Oli ennakoitavissa, että arvioidut 4 000–6 000 käyntiä ohjautuisivat terveyskeskusten päivystyksiin, jonne kaupungin olisi ollut luotava vastaavat palveluvalmiudet.

Lisäksi välitöntä laitosvieroitusta tarvitsevat asiakkaat olisi jouduttu ohjaamaan alueen keskussairaalan psykiatrian tai sisätautien päivystykseen. Siellä hoitopäivän hinta on korkeampi ja laitoskuntoutusta odottavasta potilaasta alkaa kuluu 449 euron ylipaikkamaksu palvelujen tuottajajärjestön hoitoyksikön 102 euron hoitopäiväkustannuksen asemesta. Jo tuhat ylimääräistä hoitopäivää kerryttää kaupungin erikoissairaanhoidon laskua 347 000 euroa eli lähes saman määrän kuin tilapäinen avo- ja katkaisupalvelujen lopettaminen aiheuttaa.

Se, että tietoisesti jätetään tekemättä määrärahavaraus, joka olisi tarpeen kunnan vastuulla olevan tehtävän toteuttamiseksi, kun palvelutarpeen lisääntyminen on etukäteen tiedossa ja ennakoitavissa, on hankala asia virkavastuulla asian esittelevälle virkamiehelle. Ei voida pitää hyväksyttävänä sellaista päätösesitystä, jonka toteutuessa muutama tuhat ihmistä tulee välittömästi kärsimään lakisäteisten palvelujen tietoisesta keskeyttämisestä ”käyttötalouden tasapainoon saattamisen vuoksi”. Näiden asioiden tämän kaltainen ”koplaaminen” lienee esittelijän oikeusturvan kannalta melkoista riskin ottamista. (Holopainen 2005.)

Kunnalla on laissa mainittu velvoite tuottaa mainitut päihdehuollon palvelut, joiden tuottamisen taso on vakiintunut vuosien kuluessa. Kaupungin leikkaushysterian vallitessa näyttivät toiminnan laillisuuden rajat ja kunnan perustehtävä unohtuvan. Ei ole hyväksyttävää yrittää hakea siihen oikeutusta ”talouden tasapainottamisesta”. Haluttiinko ”tässä testata tietoisesti perustuslain ja oikeusvaltioksi kutsutun yhteiskuntamme rajoja? Vai ajattelivatko kunta-päättäjät niin, että ihmisoikeuksia turvaava lainsäädäntö on syytäkin heittää romukoppaan? Nehän ovat vain julistuksia, jotka eivät mitään tarkoita, silloin kun on kysymys köyhän, syrjäytyneen ja/tai päihdeongelmaisen asiasta, kunhan kilpailukyky säilyy. Tätä yhteiskuntamoraalia voi pitää äärettömän vastuuttomana vuonna 2000 voimaan astuneen perustuslakimme aikana.” (Holopainen 2005.) Perustuslaki (6 §) asettaa ihmiset yhdenvertaiseksi lain edessä ja takaa jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (19 §). Lisäksi perustuslain mukaan (118 §) virkamies vastaa virkatoimensa lainmukaisuudesta.

Onneksi siis tässä tapauksessa asian käsittelyn jatkuminen lautakunnassa tuotti talouden ylivalle alistetun alkuperäisen esityksen vastapuhetta, jossa kunnan sosiaalista

vastuuta korostavat argumentit saivat aikaan päätöksen huomattavasti pienemmistä resurssileikkauksista. Suomesta löytyy kuitenkin valitettavasti esimerkkejä, jossa näinkään hyvin ei käynyt.

Alkoholipoliittisten ratkaisujen epäoikeudenmukaisuudesta

Suomalainen yhteiskunta elää alkoholipoliittisesti erittäin vaikeaa aikaa. Keväällä 2004 Viron EU-jäsenyyden kynnyksellä ”pakon edessä” tehtyt alkoholijuomien vero- ja hintaratkaisut – erityisesti väkevän, ”kirkkaan”, viinan 40 prosentin hinnanalennus – ovat tuottaneet meille historian korkeimmat alkoholin kokonaiskulutusluvut, 10,3 litraa absoluuttista alkoholia henkeä kohden. Vuoden aikana toteutuneen noin 10 prosentin kokonaiskulutuksen lisäyksen on arvioitu kaatuneen erityisesti alkoholin suurkuluttajien ja päihdeongelmaisten suihin. Suurkuluttajien määräksi arvioidaan noin 500 000, ja alkoholihaitat ovat kasvaneet dramaattisesti, mm. alkoholikuolemat noin 20 prosentilla. Hoitojonot ovat pidentyneet erityisesti akuuttia apua antavissa hoitopaikoissa ja katkaisuhoidossa. Kuntien on ollut entistä vaikeampaa taata kansalaisten tasavertainen mahdollisuus tukeen ja apuun, kun vielä suonensisäisesti huumeita käyttävien hoitotarve kamppailee päihdehuollon niukoista resursseista kasvavan alkoholistien hoitotarpeen kanssa.

Hinnanalennusten painottuminen väkeviin, kirkkaisiin alkoholeihin on ollut päihdehuollon asiakkaiden kannalta varsin tuhoisa ratkaisu. Alkoholin suurkuluttajat, joista hoidon tarpeessa olevat valikoituvat, ovat siirtyneet väkeivistä viineistä ja oluista juuri väkeviin viinoiniin. Päihdehuollon erityishoitopaikkojen asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia: maksa-arvot ja promillemäärät ovat aikaisempaa korkeammat, ja katkaisuhoidon tarve on nopeutunut rajujen juomisputkien seurauksena. Hoitotarpeen kasvu on näkynyt katkaisuhoidon ja muuta akuuttia apua antavien hoitopaikkojen lisäksi myös jo jossain määrin alkoholiriippuvaisten pitkäaikaisemmassa kuntouttavassa hoidossa. A-klinikoilla on ajokorttiseurantojen määrä lisääntynyt, kuten myös asiakkaiden törkeiden rattijuopumusten määrä.

Keskustelu päihtyneiden käsittelystä on kiihtynyt eduskunnan apulaisoikeuskanslerin puututtua asiaan. Myös huolenkanto pahenevasta asunnottomuudesta on kasvanut – ainakin retorisella tasolla.

Alkoholipoliittinen tilanne vaatii käymään vakavaa keskustelua valtion ja kuntien välisen kustannusvastuun uudesta jaosta. Olemme tilanteessa, jossa voidaan osoittaa riittävän suurella varmuudella alkoholin hintaratkaisujen ja lisääntyneiden alkoholihaittojen yhteys. Alkoholin suurkuluttajien määrä kasvaa vääjäämättä edelleen ja vielä joitakin vuosia pelkästään jo vuoden 2004 keväällä Suomessa toteutettujen alkoholin hintaratkaisujen seurauksena, vaikka väkevän alkoholin kulutuksen kasvu näyttääkin pysähtyneen. Kunnat selviävät keskimäärin arvioiden huonosti nykyisenkin kulutustason tuottamien alkoholihaittojen käsittelystä.

Päihdeongelmaisten moniongelmaisuus ja päihdeongelman määrittelyvaikeudet

Palvelutarpeiden kannalta on korostettava, että suomalainen päihdeongelma on edelleen ensisijaisesti alkoholi-ongelma. Alkoholin, muiden päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö lisääntyy, mutta pelkästään huumausaineita käyttävät ovat edelleen pieni, joskin kasvava vähemmistö päihdeongelmaisten joukossa. Suuri osa huumeongelmaisista käyttää siis myös muita päihteitä, ja heillä on myös jokin mielenterveyden häiriö sekä erilaisia sosiaalisia ongelmia.

Päihdehuollossa toteutettavan hoidon ja kuntoutuksen vaikeudet liittyvät monesti keskeisesti niihin syrjäytymistä edistäviin tekijöihin, joita päihdeongelmaisten elämänuraan sisältyy. Päihdeongelmaan liittyy usein köyhyyttä ja monimuotoisia sosiaalisia, psyykkisiä ja terveydellisiä ongelmia. Heidän on suomalaisen päihdehoitomallin mukaan katsottu tarvitsevan moniammatillista hoitoa päihdeongelmansa ja koko elämäntilanteensa käsittelyyn. Epäoikeudenmukaista on se, että kuntoutuksen aikaisen sosiaaliturvan tarpeen määrittely on lähtenyt toisenlaisesta paradigmasta.

Vallitseva kuntoutusajattelu, joka on ollut pitkälle Kansaneläkelaitoksen määrittelemää, on näyttänyt karkeasti tulkiten asettavan hoidon tavoitteeksi päihdesairaudesta ”paranemisen” eli sen, että kuntoutettavan päihteiden käyttö

loppuu kokonaan tai tulee hallittavaksi. Näin kunnianhimoisen tavoitteen kannalta ihanteellinen kuntoutettava olisi ongelman varhaisvaiheessa oleva, perheellinen, omassa asunnossa asuva ja työssä käyvä henkilö, jolla on tallella vahva myönteinen sosiaalinen tukiverkosto tai se on ainakin aktivoitavissa. Kuntoutusajattelun ja päihdehuollon palveluiden käyttäjien todellisuuden välillä on viime vuosina ollut iso kuilu: noin 60–70 prosenttia on ollut yksinäisiä, perheiden ulkopuolella eläviä ja noin 60–70 prosenttia työelämän ulkopuolella, eläkkeellä tai työttöminä. Päihdeongelmaiset ovatkin elämäntilanteensa vuoksi vain harvoin ylittäneet hoidon ja kuntoutuksen aikaisiin sosiaalivakuutusetuksiin ja kuntoutusrahaan (ks. Niemelä 2001). Kuntoutuksen aikaisen sosiaaliturvan mureneminen on johtunut paitsi Kansaneläkelaitoksen tiukoista tulkinnoista myös vuonna 1996 tehdyistä sairausvakuutusetuksien leikkauksista. Leikkaukset merkitsivät peruspäivärahan poistoa ja harkinnanvaraisuuden lisääntymistä. Korvausten saaminen kuntoutuksen aikana on edellyttänyt vuodesta 1993 lähtien lisäksi lääkärintodistusta kuntoutettavan työkykyyn vaikuttavista muista sairauksista. (Ks. Kaukonen 2000, Niemelä 2001.)

Päihdehuollon lääkärit ja monet muut päihdetyön toimijat ovat taistelleet vuosikymmenten ajan oikeudenmukaisempien, kuntoutettaville kuuluvien sosiaaliturvaetuuksien puolesta. Taistelu kannatti: 1.1.2006 alkaen myös työttömät saivat oikeuden kuntoutusrahaan päihdehuoltolain mukaisen yksilökuntoutuksen ajalta. Päihdekuntoutusrahaa koskeva päätös voidaan tehdä aluksi enintään kolmen kuukauden eli 75 arkipäivän ajaksi. Pidemmältä ajalta kuntoutusrahaa voidaan maksaa ehtojen täytyessä uuden päätöksen perusteella.

Tähän saakka kuntoutusrahan myöntämisedellytyksenä on ollut vaatimus, että kuntoutukseen hakeudutaan työpaikan kautta. Jatkossa kuntoutusrahan myöntämisen kannalta riittävänä pidetään sitä, että kuntoutuspäätös on tehty päihdehuoltolain perusteella ja että kuntoutus pohjautuu sosiaalihuoltolain mukaan laadittuun huoltosuunnitelmaan tai päihdehuoltolain määrittämään kuntoutussuunnitelmaan ja että kuntoutusta annetaan laitoksessa, joka täyttää asetetut vaatimukset.

Kuntoutukseen ohjautumistavalle ei aseteta mitään erityisvaatimuksia eli se voi tapahtua edelleen esimerkiksi työterveyshuollon kautta tai työttömällä julkisen tervey-

denhuollon, sosiaalitoimiston tai A-klinikan kautta. Lisäksi työvoiman palvelukeskukset voivat neuvoa päihdeongelmaisia työttömiä hakeutumaan päihdekuntoutukseen. (Ks. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) 18.4 § sekä HE 127/2005.)

Oikeudenmukaisuuden toteutumisen haasteista ja niihin vastaamisesta

Myönteisistä lakimuutoksista huolimatta päihdeongelmaisten, erityisesti kaikkein moniongelmaisten, oikeudet hoitoon ja kuntoutukseen ovat vaarassa entisestään heikentyä. On varauduttava siihen, että kysymykset hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuudesta ja jopa ylipäänsä koko päihdeongelmaisten hoitamisen järjestyksestä lisääntyvät markkinaliberalististen ajatusten saatua tilaa myös huonosaisimmille tarkoitetuissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tärkeitä periaatteita eli asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja asiakkaan itse suorittamaa hoitovalintaa korostavan A-klinikajärjestelmän vastavoimia on runsaasti liikkeellä.

Pelkät hoidolliset toimenpiteet ovat kuitenkin tehottomia, jos yhteiskunta tekee vastuuttomia alkoholipoliittisia ratkaisuja. Päihdeongelmaisten oikeudenmukaisen kohtelun näkökulmasta on tärkeää, että monet samanaikaiset toimet pyrkivät synergisesti samoihin tavoitteisiin. Tavoitteet voidaan saavuttaa varmimmin vastuullisilla sosiaali- ja terveyspoliittisilla argumenteilla painottavilla alkoholipoliittisilla ratkaisuilla ja pitemmän päälle yleisemmällä ihmiskeskeisellä sosiaalipoliitikalla.

Alkoholin hinta on edelleen tehokkain keino vaikuttaa alkoholin kulutukseen ja haittoihin ja myös yhteiskunnan palveluresurssien riittävyteen. Tästä seuraa loogisesti se, että alkoholin verotuksen ja hinnan tulisi olla sellaisia, etteivät ne kasvata kokonaiskulutusta ja että ne hillitsevät suurkulutusta. Suomalaisessa yhteiskunnassa ovat sosiaalista vastuuta, avunsaantia ja turvallisuutta edistävät toimet ja oikeudet olleet perinteisesti hyvin vahvassa asemassa. Viimeisimpien alkoholipoliittisten ratkaisujen vastuullisuus voidaan kyseenalaistaa. Ratkaisut tehtiin julkistaloudellisia

intressejä korostaen ja sosiaalipoliittiset ja kansanterveydelliset argumentit syrjäyttäen. Viimeistään nyt tarvitaan selkeitä vastauksia siihen, miten syntyneistä ja pahentuneista alkoholihaitoista aiotaan selvittää ja miten turvataan palvelujärjestelmän palvelukyky ja resurssit. Hoitosektorilta voidaan esittää päättäjille kysymys, minkälaisen alkoholin kokonaiskulutuksen tason haittoineen yhteiskunta on valmis kestämään. Onko tavoitteena lisätä kulutusta, pysäyttää kasvu vai kääntää se laskuun? Joka tapauksessa jo nykyisen kulutustason aiheuttamien haittojen käsittelyyn tarvitaan huomattavia lisäresursseja.

Olemme myös tilanteessa, jossa kuntien on entistä terävämmin analysoitava päihdetilannettaan ja mietittävä vastuullisen kunnallisen sosiaalipoliittikan ohella hallussaan olevien sekä alkoholipoliittisten että päihdehuollollisten keinojen entistä suunnitelmallisempaa käyttöä. On myös muistettava, että kasvavien päihdehaittojen käsittelyssä eivät riitä pelkät julkisen vallan toimet, vaan rinnalle tarvitaan avaria, ennakkoluulottomia, elämän rosoisuutta ymmärtäviä lähestymistapoja. Näitä toimintamalleja on perinteisesti löytynyt kolmannen sektorin järjestöjen toiminta-areenoilta. Järjestöt olisivat palveluineen kytkettävä yhteiseen strategiaan aitoa, tasavertaista kumppanuutta tarjoten.

Päihdeongelmien vaikeutumisen lisäksi yhteiskunnassamme on meneillään monia muitakin prosesseja, jotka ovat vakavalla tavalla koettelemassa hyvinvointimallimme arvokkainta, eli kaikista huolehtimisen, periaatetta. Rohkeita ja vastuullisia esiintuloja tarvitaan tilanteessa, jossa tiedetään mm. se, että yhteiskunnan jakautuminen ja syrjäytymisprosessit nopeutuvat, että alkoholiongelmat ja väkivaltaisuus kietoutuvat toisiinsa ja että ne periytyvät toimintamalleina sukupolvelta toiselle. (Ks. Murto 2005b.) Lisäksi myös uudet asiakasryhmät – mm. iäkkäät ”märän sukupolven” kasvatit ja naiset – ovat tulossa palveluiden piiriin.

On myös varauduttava siihen, että sosiaalisen asiantuntemuksen asema kyseenalaistetaan entistä enemmän tai ainakin sen on vaikea kommunikoida samalla käsitteellisellä tasolla toisten professionien kanssa. Kun yhteiskunnan muutoksen dynamiikka tuottaa hyvinvointipoliittisessa mielessä sekä ammatillisesti että käsitteellisesti vaikeasti haltuun otettavia ilmiöitä, on vaara, että vastauksia aletaan hakea ensisijaisesti niiltä areenoilta, missä identiteetit ovat vahvat, eli medikaalisen, juridisen ja pedagogisen asiantuntemuksen

piiristä (Murto 2005a). Ilkeiden ongelmien käsittelyn edellyttämän moniammatillisuuden toteutuminen on tällöin suuressa vaarassa.

Päihdeongelmien käsittelystä kertyneet kokemukset ovat opettaneet, ettei tulevaisuudessa päihdeongelmaisten hoitopalveluiden kehittämistyössä pidä keskittyä kamppailuun lääketieteellisen ja ei-lääketieteellisen hoitomallin välillä, vaan ensisijaisesti kokemuksellisen tiedon ja ammatillisen tiedon sekä osaamisen paremman yhdistämisen tapoihin.

Päihdeongelman kaltaiset ilkeät ongelmat eivät ole käsiteltävissä vain yksittäisillä hoitotempuilla, vaan niiden käsittelyssä tarvitaan monipuolista yhteistyötä ja monen hallintokunnan toimia. Tämän yhteistoiminnan yhteiskunnallinen tehtävä ei legitimoidu vain erilaisiin avun- ja tuki-

pyyntöihin reagoimalla. Päihdetyö ei ole vain ammatillista toimintaa vaan myös politiikkaa.

Päihdeongelmaisten oikeuksien toteutumisen ehto on se, että hyvinvointipalvelut Suomessa voivat tulevaisuudessakin nojata pohjoismaisen hyvinvointimallin vastuullisimman perinteen mukaiselle arvopohjalle. Hyvinvointivaltion ”lupaus” voi kaikkein huono-osaisimpien päihdeongelmaisten osalta toteutua vain jos hyväksytään se, ettei kaikille päihdeongelmaisille voi asettaa kovin kunnianhimoisia hoito- ja kuntoutustavoitteita ainakaan lyhyellä aikavälillä. Kaikelta tuelta ja hoidolta voidaan edellyttää vaikuttavuutta, mutta arviointikriteereissä on oltava mukana nykyistä pehmeämpiä kriteerejä: elämän inhimillisyyttä, kokemuksellisia asioita ja vielä suuremman kurjuuden ehkäisyä.

Lähteet

- Anttonen, A. & Sipilä, J. (1994). Viisi sosiaalipalvelumallia: eurooppalaisten hyvinvointivaltioiden vertailua sosiaalipalvelujen näkökulmasta. *Janus* (3): 226–248.
- Holopainen, A. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Kaukonen, O. (2000). Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. *Stakes, Tutkimuksia* 107, Helsinki.
- Metteri, A. (2003). Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämishdotuksiin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry ja Edita.
- Murto, L. (2005a). Käytäntörelevanssi: haasteita sosiaalityön koulutukselle ja tutkimukselle. *Janus* (3): 316–328.
- Murto, L. (2005b). Halpa viina ja haittataakan kantajat. *Diakonian tutkimus* (2): 85–91.
- Niemelä, J. (2001). Päihdeongelmaa vai syrjäytymistäkö sitä hoidetaan? Luentolyhenne. *Terve-Sos* 2001, Kuopio.

Kieli- ja kulttuuri- vähemmistöt

SAAMELAISVÄESTÖN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN OIKEUDENMUKAINEN KOHDENTUMINEN JA KEHITTÄMISTARPEET

ANNE NÄKKÄLÄJÄRVI, RISTENRAUNA MAGGA

Saamelaisten kulttuuri

Saamelaiset ovat asuttaneet Skandinavian ja Suomen pohjoisosaa sekä Kuolan niemimaan sisäosia jo ennen nykyisten valtioiden ja valtionrajojen muodostumista. Tätä aluetta kutsutaan nimellä Sápmi. Alue kuuluu nykyään neljään valtioon, Norjaan, Ruotsiin, Suomeen ja Venäjään. Saamelaiset ovat mainittujen valtioiden valtaväestöstä eroava kansa, jolla on oma kieli, kulttuuri, elämäntapa ja identiteetti.

Henkilö on etnisesti määritelty saamelaiseksi Suomessa vuodesta 1973 ja sen jälkeen Norjassa ja Ruotsissa saamen kieleen liittyvällä perusteella. Suomessa tuli voimaan vuoden 1996 alusta laki Saamelaiskäräjistä (974/95), ja tuolloin kielellistä saamelaismääritelmää laajennettiin koskemaan lappalaisten jälkeläisiä. Korkein hallinto-oikeus on vuonna 1999 ratkaissut määritelmän tulkinnan.

Suomessa on vajaat 8 000 saamelaista, joista n. 4 000 asuu saamelaisten kotiseutualueella ja yli puolet, noin 54 prosenttia (4 300), asuu saamelaisalueen ulkopuolella ja ulkomailla. Saamelaiset ovat kotiseutualueellaan kolmasosan vähemmistönä alueen asukkaista (19 785 asukasta, lukuun sisältyy koko Sodankylän kunnan väkiluku; Lapin liiton tilasto 2004), vain Utsjoen kunnassa saamelaiset ovat enemmistönä. Saamelaisten osuus Enontekiön väestöstä on 19,2 prosenttia (kunnan asukasluku on 2 073), Inarissa 29,8 prosenttia (kunnan asukasluku 7 217) ja Sodankylässä, Lapin paliskunnan alue 38,3 prosenttia (asukasluku Vuotson alueella 342) ja koko kunnan alueesta 4,6 prosenttia (kunnan asukasluku 9 489). Utsjoella saamelaiset ovat 58,6 prosentin enemmistönä kunnan asukasluvusta (1 402; Saamelaiskäräjät 2002). Saamelaisista yli 45-vuotiaista asuu saamelaisalueen ulkopuolella. Alle kymmenenvuotiaista lapsista

70 prosenttia asuu saamelaisalueen ulkopuolella ja yli 75-vuotiaista yli 90 prosenttia asuu saamelaisalueella.

Saamen kieli kuuluu uralilaisen kielikunnan suomalais-ugrilaisiin kieliin. Saame ei ole yhtenäinen kielimuoto, vaan se koostuu useista toisistaan poikkeavista saamen kielistä. Suomessa puhutaan kolmea saamen kieltä: pohjoissaamea, inarinsaamea ja koltansaamea. Inarin- ja koltansaamea puhutaan pääosin Inarin kunnan alueella, eli ne ovat vain Suomessa puhuttavia saamen kieliä. Pohjoissaamea puhutaan myös Norjassa ja Ruotsissa, ja se on suurin kaikista saamen kieliryhmistä.

Saamelaisten kotiseutualueeseen kuuluu Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kunta sekä Sodankylän kunnassa sijaitseva Lapin paliskunnan alue (SKL 4 §). Laajuudeltaan alue on n. 35 000 km². Koltta-alue sijaitsee Inarinjärven itäpuolella, ja siitä on erikseen säädetty kolttalaisa (1995/253). Saamelaisten kotiseutualueen kuntakeskuksia ovat Enontekiön kunnassa Hetta, Inarin kunnassa Ivalon kirkonkylä, Sodankylän kunnan Lapin paliskunnan alueella Sodankylä ja Utsjoen kunnassa Utsjoen kirkonkylä. Etäisyydet kuntakeskuksiin vaihtelevat alueella n. 80 ja 150 kilometrin välillä..

Saamelaisilla on alueittain yhteinen historia, perinteet, tavat ja yhteisöt. Saamelaisilla on rikas kertomaperinne, joka on säilynyt sukupolvelta toiselle. Saamelaista musiikkiperinnettä edustavat joiut, laulut ja leudit. Viime vuosisadalta alkaen kaikkia saamelaisia on yhdistänyt myös oma saamen lippu ja kansallislaulu ”Sámi soga lávlla” (”Saamen suvun laulu”).

Saamelaiset elinkeinot, kuten porosaamelaisessa yhteisössä poronhoito, ovat saamelaisen kulttuurin ja identiteetin kulmakiviä sekä ihmisen elämisen perusta ja elämäntapa. Poronhoidon lisäksi Tenojokilaaksossa ovat merkittävänä kulttuurin kantajina perinteiset lohestustavat, järvikalastus sekä

metsästys. Työllisyyden ja liikevaihdon perusteella arvioituna poronhoito on ylivoimaisesti merkittävin luontaiselinkeino saamelaisten kotiseutualueella. Poronhoidolla on erityisesti merkitystä saamelaisalueen syrjäkylien asutusrakenteen säilyttäjänä, työllisyyden takaajana ja tulon tuojana alueilla, joilla muut työllistymismahdollisuudet ovat vähäisiä.

Saamelaisessa käsitemaailmassa ei ihmistä, luontoa ja kieltä eroteta toisistaan. Sana Sápmi tarkoittaa Saamenmaan lisäksi myös saamelaisia ja saamen kieltä. Saamen kieli kuvastaa ympäröivän elollisen ja elottoman luonnon perusteellista ja täsmällistä tuntemusta ja ihmisen ja luonnon välistä läheistä ja tarkoin eriteltyä vuorovaikutusta. Saamen kieli on kansan muisti, joka säilyttää ja kuljettaa kulttuuri-perintöä, ja se sisältää saamen kansan arvot, kokemukset ja tietämyksen. Luonnonympäristö, kulttuuriympäristö, sosiaalinen ympäristö ja kielellinen ympäristö muodostavat kokonaisuuden, ympäristökäsitteen, jota täytyy tarkastella yhtenä kokonaisuutena, koska ne ovat riippuvaisia toisistaan. Saamelaisten elämäntapa on sopeutunut luonnonympäristön antamiin mahdollisuuksiin ja rajoituksiin. Saamelaisten tavat ja perinteet sekä sosiaalinen verkosto, tapa luoda ja tapa ylläpitää verkostoa sekä saamelaisen kulttuurin traditiot ja juuret, ja kielen lisäksi ulkoiset symbolit, perinteiset käsityöt, käsityönä valmistetut puvut, asusteet ja vaatteet ovat osa vahvaa yhteisöllisyyttä ja liittävät eri maiden saamelaiset näkyvästi yhdeksi kansaksi.

Saamelaisten arvojen, ajattelutapojen ja perinteisen elämäntavan mukaan luontoa tulee säilyttää ja käyttää siten, että se elättää ihmiset, antaa toimeentulon. Saamelaiset eivät ole pyrkineet muuttamaan luontoa, vaan he ovat sopeutuneet siihen. Saamelaisten perinteisiin elinkeinoin, kuten poronhoitoon, kalastukseen, metsästykseseen sekä luonnontuotteiden keräilyyn ja perinteisiin käsitöihin, perustuva elämäntapa on aina ollut riippuvainen laajojen perinnealueiden käytöstä kestäväällä tavalla. Saamelaisille ja heidän perinteisten elinkeinojen harjoittamiselle elinehtona on ollut kautta aikojen luonnon kestävä käyttö – luonto ja maa on ollut saamelaisten elättäjä.

Saamelaisilla on vahva yhteisöllisyys ja tietoisuus omista juuristaan ja suvun jäsenistä ja niiden asuinpaikoista. Yhteenkuuluvaisuuden tunne perheeseen muodostuu yhteisestä toimeentulosta, asumisesta tai perheen historiasta.

Saamelaisen perhettä on aina yhdistänyt perheen taloudellisen perustan muodostava porovarallisuus, kalastuksesta (kuten lohenpyynnistä) ja metsästyksestä saatu toimeentulo. Poronomistus, poromiestaidot ja jopa yksittäiset porot loivat eri perheenjäsenille sosiaalisen aseman saamelaisessa yhteisössä. Esimerkiksi porojen elämänkiertoa seurattiin läheltä ympäri vuoden, porojen hyvinvoinnista huolehdittiin ja poroista saatava tuotto käytettiin tarkoin hyväksi. Perinteisiin poronhoitotöihin, porohoitotöissä porojen suojelemiseen, kokoamiseen erotusaitoihin, aitojen rakentamiseen ja ylläpitämiseen, teurastukseen, vasotukseen ja merkitsemiseen jne. tarvittiin riittävästi työvoimaa. Tällaiset seikat olivat perustana sille, että porosaamelainen perhe on ollut ja on edelleenkin tyypiltään suurperhe.

Saamelaisen elämänmuodon murros on merkinnyt muutosta saamelaisten arkipäivässä. Perheiden työssäkäynti kodin ulkopuolella on lisääntynyt ja tuonut mukanaan erilaisten sosiaalipalvelujen tarpeen. Muun muassa lasten hoito- ja kasvatustehtävät ovat siirtyneet monen sukupolven kattavasta perheen, suvun ja lähiympäristön jäsenistä kootuista suurperheistä julkisyhteisön taholta järjestettyihin palveluinstituutioihin. Saamelainen yhteisö joutuu toisaalta sopeutumaan nyky-yhteiskunnan järjestelmiin ja toisaalta taistelemaan entistä enemmän ja uusin keinoin kulttuurin ja kielen säilyttämiseksi. Markkinatalouden ja kilpailuyhteiskunnan kovat vaatimukset merkitsevät alkuperäiskansan kulttuurille, sen säilymiselle ja kehittymiselle väistämättömästi epävarmuutta ja vähitellen sen tuhoutumista. Saamelaiset sulautuvat yhä enemmän valtaväestöön, syrjäytyvät kulttuuristaan ja yhteisöstään, ja pahoinvointi yhteisössä lisääntyy.

Saamelaisten kielen ja kulttuurin säilyminen ja kehittyminen on tiukasti sidoksissa saamelaisten kotiseutualueeseen, saamelaisten perinteisiin elinkeinoin, alueen saamelaisasutukseen ja saamelaisyhteisöön. Kieli on yksi peruselementti palvelujen toteuttamisessa, mutta kieli ei ole erillinen osa kulttuurista. Sosiaali- ja terveydenhuollon omakielisillä ja saamelaisten oman kulttuurin lähtökohdistta toteutettavilla palveluilla on erittäin paljon merkitystä saamelaisen ihmisten hyvinvoinnin lisäksi saamen kielen ja kulttuurin tukemisessa ja vahvistamisessa. Auttamistyössä on ehdottoman tärkeää, että työntekijä puhuu saamea, koska

saamelaiselle asiakkaalle kommunikointi vieraalla kielellä ei ole helppoa ja erityisesti vaikeuksia on puhua henkilökohtaisista tai perheen vaikeuksista vieraalla kielellä.

Saamelaiskäräjien tavoitin SámiSoster ry on asettanut tavoitteeksi saamelaisväestön sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi ja saamelaisten kielellisten ja kulttuuristen oikeuksien toteuttamiseksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarjotaan saamelaisten omalla äidinkielellä, suunnitellaan saamelaisten omista lähtökohdista saamelainen kulttuuritausta, perinteiset arvot, elämänmuoto ja ajattelutavat huomioon ottaen sekä palvelut järjestetään saamelaisten kulttuuri-itsehallinnon perustalta. Sekä saamelaisten palvelujen käyttäjien että koko saamelaisyhteisön elinvoimaisuuden ja saamen kielten säilymisen kannalta nämä tavoitteet ovat perusteltuja ja niiden toteutumiseksi on työskenneltävä aktiivisesti ja pitkäjänteisesti eri foorumeilla.

Saamelaiset alkuperäiskansana ja saamelaisten lainsäädännöllinen asema

Perustuslaki turvaa saamelaisille alkuperäiskansana oikeuden ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan (PL 17.3 §) sekä saamelaisten kotiseutualueella kieltään ja kulttuuriaan koskevan itsehallinnon siten kuin laissa säädetään (PL 121.4 §).

Peruslain 17 §:n 3 momentin säännös ei rajoitu pelkästään vähemmistöjen kielellisten oikeuksien turvaamiseen, vaan se ulottuu laajemmin turvaamaan vähemmistöjen kulttuurimuotoja. Alkuperäiskansojen kulttuurimuoto on yleiskielistä kulttuuri-käsitettä laajempi, siihen kuuluvat myös heidän perinteiset elinkeinonsa eli saamelaisten kohdalla metsästyks, kalastus ja poronhoito (esim. HE 309/1993 vp. perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta, s. 65–66, PeVM 17/1994 vp ja PeVM 25/1994 vp).

Perustuslain 121 §:n 4 momentissa säädetään lisäksi, että saamelaisilla on saamelaisten kotiseutualueella kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto sen mukaan kuin lailla säädetään. Tämän itsehallinnon (kulttuuri-itsehallinnon) tarkemmasta toteuttamisesta säädetään saamelaiskäräjistä annetussa laissa (974/1995), jossa myös saamelaisten kotiseutualue on määritelty.

Suomi on valtiosääntöoikeudellisella tasolla tunnustanut saamelaisten erillisen aseman alkuperäiskansana, mutta kohtelee käytännössä saamelaisia lähinnä alueellisena kielivähemmistönä. Huolimatta yhtäläisyyksistä vähemmistöjen kanssa alkuperäiskansat eroavat kansainvälisten sopimusten mukaan muista vähemmistöistä.

Alkuperäiskansan ja vähemmistön eroja

Alkuperäiskansalla on historiallinen, nykyaikaan jatkunut erityinen suhde tietyn alueen maahan ja luonnonvaroihin omaleimaisen kulttuurimuotonsa ja elämäntapansa perustana.

Alkuperäiskansa on myös säilyttänyt omia perinteisiä instituutioitaan kuten kolttasaamelaiset kyläkokouksen. Alkuperäiskansaoikeudet ovat suuressa määrin yhteisöllisiä oikeuksia, kun taas vähemmistöoikeudet on tavallisesti muotoiltu yksilön oikeuksiksi. Alkuperäiskansalle erityisesti kuuluva oikeus on itsemääräämisoikeus (Henriksen 2002).

Saamelaiset ovat Suomessa ainoa Kansainvälisen työjärjestön ILO:n alkuperäiskansoja koskevan yleissopimuksen n:o 169 tarkoittama alkuperäiskansa. Sopimus pyrkii estämään pienten kansojen ja kielten kuolemisen tarvittaessa valtiovalan erityistoimenpitein, jotka turvaavat kansan kielen ja kulttuurin sekä sosiaalisen ja taloudellisen aseman. Yleissopimus hylkää alkuperäiskansan sulauttamisen ja holhoamisen ja perustuu valtion ja alkuperäiskansan välisessä suhteessa tasa-arvoon ja molemminpuoliseen kunnioitukseen. Yleissopimus myöntää alkuperäiskansalle laajan itsemääräämisoikeuden alueidensa sekä taloudellisten, sosiaalisten ja kulttuuristen asioiden kehittämisessä valtion ja kansan välisten neuvottelujen perustalta.

Suomi ei ole vielä ratifioinut ILO:n alkuperäiskansoja koskevaa yleissopimusta, koska saamelaisten maahan kohdistuvia oikeuksia ei ole turvattu laissa. Eduskunta on edellyttänyt yleissopimuksen ratifiointiedellytysten selvittämistä (EV 14.2.1995 HE 248/1994 vp).

Suomi on jo ratifioinut useita kansainvälisiä sopimuksia, jotka velvoittavat Suomea turvaamaan saamelaisen alkuperäiskansan kieltä ja kulttuuria mm. KP- sopimus (SopS 7–8/1976) lapsen oikeuksien sopimus (SopS 59–60/1991), TSS-sopimus (SopS 6/1976), YK:n rotusyrjintäsopimus

(SopS 37/1970), Euroopan neuvoston vähemmistöpuitesopimus (SopS 1–2/1998) ja Euroopan neuvoston alueellisia kieliä ja vähemmistökieliä koskeva eurooppalainen peruskirja (SopS 23/1998).

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan yleissopimuksen 27 artikla turvaa kansallisiin ja kielellisiin vähemmistöihin kuuluvien henkilöiden oikeuden yhdessä ryhmänsä muiden jäsenten kanssa nauttia omasta kulttuuristaan ja käyttää omaa kieltään. Saamelaisten kulttuuriin kuuluvat heidän perinteiset elinkeinonsa, kuten poronhoito, kalastus ja metsästyks. Kyseinen sopimusmääräys suojelee ainoana laintasoisena säännöksenä saamelaisten perinteistä elinkeinonharjoittamista.

Suomen, Ruotsin ja Itävallan vuoden 1994 Euroopan unionin liittymissopimukseen kuuluu osana pöytäkirja nro 3 saamelaisista. Tällä pöytäkirjalla sopijapuolet tunnustavat Suomella ja (Ruotsilla) kansallisen ja kansainvälisen oikeuden mukaan olevan velvoitteet ja sitoumukset saamelaisiin nähden saamelaisten elinkeinojen, saamen kielen, kulttuurin ja elämäntavan säilyttämiseksi ja kehittämiseksi sekä katsovat, että perinteinen saamelaiskulttuuri ja saamelaiselinkeinot ovat riippuvaisia luontaiselinkeinoista, kuten poronhoidosta, saamelaisten perinteisillä alueilla. Pöytäkirjan artiklan 1 mukaan saamelaisille saadaan EY:n perustamissopimuksen määräysten estämättä myöntää yksinoikeuksia poronhoidon harjoittamiseen perinteisillä saamelaisalueilla.

Pohjoismainen yhteistyö saamelaisasioissa on viime vuosina tiivistynyt. Saamelaisasioita on ryhdytty sovittamaan yhteen Norjan, Ruotsin ja Suomen vastaavien ministerien ja eri maiden saamelaiskäräjien puheenjohtajien kesken. Vuosittain kokoontuva kyseisten ministerien ja saamelaiskäräjien puheenjohtajien kokous asetti vuonna 2002 asiantuntijatyöryhmän selvittämään pohjoismaisen saamelaissopimuksen tarpeellisuutta, ja työryhmän muistio (Pohjoismainen saamelaissopimus 2005) luovutettiin marraskuussa 2005 Pohjoismaiden saamelaisasioista vastaaville ministerille ja saamelaiskäräjien puheenjohtajille.

Saamelaisten kielellisiä oikeuksia on vahvistettu 1.1.2004 voimaan tulleella uudistetulla saamen kielilailla (1086/2004). Saamen kielilain tavoitteena on yhdessä Suomen perustuslain 17 § 3 momentin kanssa turvata saamelaisten oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja lisätä saamen kielen käyttöä viranomaisissa.

Saamen kielilain ohella saamen kielen käytöstä säädetään muun muassa sosiaali- ja terveystoimen sekä opetus- ja kulttuuritoimen lainsäädännössä. Saamen kielilain ja erityislainsäädännön välinen suhde on kuitenkin jossain määrin erilainen verrattuna esimerkiksi kansalliskieliä koskevaan sääntelyyn. Saamen kielilakiin perustuvat viranomaisvelvoitteet ulottuvat osittain niihinkin asiaryhmiin, joista kansalliskielten osalta säädetään erityislainsäädännössä nimenomaisesti.

Lasten päivähoitolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että lasten päivähoitoa voidaan antaa lapsen äidinkielenä olevalla saamen kielellä. Päivähoitoasetuksen mukaan lasten päivähoitoon kasvatustavoitteisiin kuuluu saamelaisten lasten oman kielen ja kulttuurin tukeminen yhteistyössä kyseisen kulttuurin edustajien kanssa.

Sosiaalihuollon asiakaslain (812/2000), potilaslain (782/92) ja erikoissairaanhoidon lain rinnalla sovelletaan palveluissa saamen kielilakia, johon viranomaisten velvoitteet järjestää palvelut saamen kielellä perustuvat. Saamen kielilain ja erityislainsäädännön suhde ei ole kaikilta osin täysin yksiselitteinen, mutta tulkinnallinen lähtökohta on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa viranomaisilla, jotka kuuluvat saamen kielilain soveltamisalan piiriin, on saamen kielilakiin perustuva velvoite järjestää palveluja saamen kielellä. Sosiaalihuoltolaki (17.9.1982/710, 39 §) velvoittaa järjestämään palveluita ja palvelemaan asiakasta hänen äidinkielenensä huomioiden ja laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (3.4.1987/380, 7 §) kiinnitetään huomiota näihin samoihin vaatimuksiin.

Vuonna 2004 voimaan tulleen yhdenvertaisuuslain (21/2004) tarkoituksena on edistää ja turvata yhdenvertaisuuden toteutumista. Lakia sovelletaan mm. etnisen alkuperän perusteella tapahtuvaan syrjintään, kun kysymys on mm. sosiaali- ja terveyspalveluista tai itsenäisen elinkeinon tukemisesta. Lain mukaan viranomaisten on laadittava yhdenvertaisuussuunnitelma etnisen yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi. Yhdenvertaisuuslain eduskuntakäsittelyssä työelämä- ja tasa-arvovaliokunta totesi mietinnössään (TyVM 7/2003 vp) yhdenvertaisuussuunnitelmista saamelaisten osalta seuraavaa: ”Valiokunta pitää tärkeänä, että viranomaiset laatiessaan yhdenvertaisuussuunnitelmia ottavat huomioon – – myös – – saamelaiset. Erityistä huomiota tulee kiinnittää saamelaisten asemaan alkuperäiskansana ja saamelaiskulttuurin tärkeimmän aineellisen perustan eli

poronhoidon turvaamiseen. Viranomaisten tulee suunnitelmallisesti edistää saamelaisten mahdollisuuksia harjoittaa poronhoitoa ja hankkia sillä toimeentulonsa.”

Saamelaisilla alkuperäiskansana on saamelaisten kotiseutualueella *omaa kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto* sen mukaan kuin mainitussa laissa ja muualla laissa säädetään. Tähän itsehallintoon kuuluvia tehtäviä varten saamelaiset valitsevat vaaleilla joka neljäs vuosi keskuudestaan saamelaiskäräjät. Itsehallinnollisen luonteensa vuoksi saamelaiskäräjät ei ole valtion viranomainen eikä osa valtion hallintoa, ei liioin kunnallinen viranomainen eikä osa kunnan hallintoa. Lailla perustettuna se on kuitenkin itsenäinen julkisoikeudellinen oikeushenkilö.

Saamelaiskäräjien tehtävänä on hoitaa saamelaisten omaa kieltä ja kulttuuria sekä heidän asemaansa alkuperäiskansana koskevat asiat. Tehtäviinsä kuuluvissa asioissa saamelaiskäräjät voi tehdä viranomaisille aloitteita ja esityksiä sekä antaa lausuntoja. Näissä asioissa saamelaiskäräjät käyttää lisäksi päätösvaltaa siten kuin saamelaiskäräjälaissa ja muualla laissa säädetään (5 §) sekä edustaa saamelaisia tehtäviinsä kuuluvissa asioissa kansallisissa ja kansainvälisissä yhteyksissä (6 §).

Viranomaisille on säädetty *neuvotteluvuoro* saamelaiskäräjien kanssa kaikista laajakantoisista ja merkittävistä toimenpiteistä, jotka voivat välittömästi ja erityisellä tavalla vaikuttaa *saamelaisten asemaan alkuperäiskansana* ja jotka *saamelaisten kotiseutualueella* koskevat: 1) yhdyskuntasuunnittelua 2) valtionmaan, suojelualueiden ja erämaa-alueiden hoitoa, käyttöä, vuokrausta ja luovutusta 3) kaivoskivennäisten valtausta ja kaivospiirien perustamista tarkoitettavia lupahakemuksia 4) saamelaisten kulttuurimuotoon kuuluvan elinkeinon lainsäädännöllistä tai hallinnollista muutosta 5) saamenkielisen ja saamen kielen kouluopetuksen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämistä; taikka 6) muuta vastaavaa saamelaisten kieleen, kulttuuriin tai heidän asemaansa alkuperäiskansana vaikuttavaa asiaa.

Selvityksiä saamelaisten omakielisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeista ja saatavuudesta

Saamelaisten omakielisten ja omaan kulttuuriin pohjautuvien sosiaalialan talvelujen toteutumisesta ja tarpeista on tehty kartoituksia, selvityksiä ja joitakin opinnäytetöitä. Varhaisin selvitysraportti sosiaalitalvelujen tarpeista on sosiaalihuollituksen julkaisu Saamenkielisten sosiaalitalvelujen saatavuus vuodelta 1985, jossa ehdotettiin mm. saamenkielisen suunnittelijan viran perustamista Lapin lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosastolle (Sosiaalihuollitus 1985). Samana vuonna julkistettiin Saamelaiskomitean mietintö (1985), jossa ehdotettiin mm. saamenkielisen varhaiskasvatuksen ja päivähoidon saamista saamelaislapsille.

Viimeisimmät selvitykset ovat v. 1997 STM julkaisema työryhmäraportti (Välimaa & Laiti-Hedemäki, 1997), jossa selvitys perustui sekä talvelujen käyttäjien että talveluja järjestävien tahojen näkemyksiin. Raportissa on useita kehittämisehdotuksia mm. suunnitteluun, koulutukseen ja talvelujen sisällölliseen ja määrälliseen kehittämiseen. Vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi raportin “Omakielisten talvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Selvitys on toteutettu sekä kirjallisten lähteiden että vähemmistöryhmien, Saamelaiskäräjien, saamelaisalueen kuntien ja Lapin lääninhallituksen edustajien haastattelujen pohjalta. Keskeisenä esityksenä oli mm. korvamerkityn määrärahan osoittaminen saamelaisalueen kunnille ja erillisten omakielisten talvelujen kehittäminen saamelaisille.

Samana vuonna (2001) Lapin läänin maaherra Hannele Pokan johtama Saamelaisasiain neuvottelukunnan (Valtioneuvoston päätös saamelaisasiain..., 2001) asettama työryhmä teki selvityksen saamenkielisten perustalvelujen toteutumisesta saamelaisalueella (Saamelaisasian neuvottelukunta 2001). Selvitys perustui Saamelaiskäräjien ja

saamelaisalueen kuntien kirjallisiin aineistoihin sekä saamelaisalueen kunnille, Lapin sairaanhoitopiirille ja Muonion-Enontekiön kansanterveystyön ky:lle tehtyihin kyselyihin. Työryhmä nosti esille erityisesti saamelaisten omakielisten palvelujen suunnittelun kehittämisen, saamelaiskulttuurin ja saamen kielen opiskelun alan ammatillisessa koulutuksessa, neuvonta- ja ohjausmateriaalin saamisen, saamenkielisen varhaiskasvatuksen, kuntoutuksen ja sairaanhoidon palvelujen kehittämisen sekä vanhustenhuollon palvelujen ja erityisesti koltankielisten vanhustenhuollon palvelujen kehittämisen nimenomaisesti koltta-alueelle.

Yhteenvetona voi todeta, että kaikissa näissä selvityksissä ja kartoituksissa on päädytty samanlaiseen lopputulokseen. Niissä on osoitettu olevan tarvetta saamelaisten omakielisille palveluille ja toisaalta on todettu, että saamelaisten omakieliset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutuvat heikosti. Lisäksi kaikissa selvityksissä on esitetty konkreettisia kehittämisehdotuksia.

Tutkimuksessaan ”Saamelaiset ja sosiaalinen turva” Markku Laatu (1997) keskittyy tarkastelemaan sitä merkitystä tai roolia, joka sosiaaliturvalla on osana saamelaisten elämäntapaa. Lisäksi hän pohtii myös sitä, miten etnisyyss saamelaisuuden kautta tarkasteltuna tulisi ottaa huomioon sosiaalipolitiikan järjestämistä koskevilla ratkaisuisilla ja mitä saamelaisten elämäntavan huomioon ottaminen sosiaaliturvan kehittämisessä merkitsisi. Laatu yrittää tutkimuksensa lopuksi vastata siihen kysymykseen, mitä mahdollisuuksia sosiaalipolitiikalla on tukea niitä pyrkimyksiä, jotka tähtäävät saamelaisen kulttuurin säilymiseen ja vahvistamiseen.

Sunnamaarit Saran (2004) tutkimuksessa on selvitetty saamenkielisten puheterapiapalveluiden tarvetta Suomen saamelaisalueella ja niiden tämänhetkistä saatavuutta. Tutkimuksen tuloksena oli se, että lähes poikkeuksetta saamenkielisille puheterapiapalveluille vastattiin olevan tarvetta, mutta niiden saatavuus osoittautui todella huonoksi; kaikki vastanneet puheterapeutit, johtavat lääkärit ja terveydenhoitajat olivat arvioineet, tutkineet ja antaneet puheterapiaa vain suomeksi. He epäilivät kuitenkin suuresti puheterapian tarpeen arvioinnin riittävyttä ja luotettavuutta, jos se tehdään äidinkieleltään saamenkielisille henkilöille pelkästään suomeksi.

Anne Äärelä (1999) on opinnäytetyössään ”Saamelaisvanhempien tuen tarve kasvattaessaan lastaan kaksi-

kieliseksi” selvittänyt lapsen kielenkehitykseen tarvittavaa tukea vanhempien kannalta. Saamelaisvanhemmille tehdyn kyselyn mukaan nykyisessä palvelujärjestelmässä saamelaiset vanhemmat saavat riittämättömästi tukea lasten kasvatukseen ja kaksikielisyyskasvatukseen liittyvissä asioissa sekä vanhemmuuden tukemiseen lasten saamelaisen identiteetin vahvistamisessa. Saamelaiset perheet elävät nykyisin kaksi- ja monikulttuurisessa yhteisössä, jossa saamen kieli on vähemmistökielenä, jolloin lapsilla ei myöskään ole tukeaan vahvaa luonnollista saamenkielistä kasvuympäristöä. Kielen ja kulttuurin vahvistamisessa hyviä välineitä olisivat mm. lasten omakieliset tv- ja radio-ohjelmat, mutta niitä ei vielä Suomen ohjelmistossa ole. Myöskään saamenkielisten lasten puheen kehittymisen seuranta ei kyetä tekemään, koska lastenneuvoloissa ei ole saamenkielisiä työntekijöitä eikä ole olemassa testejä, joilla saamenkielisen lapsen puheen kehitystä voitaisiin mitata. Kun puheen tai käyttäytymisen häiriöiden varhainen toteaminen estyy tai viivästyy, lapsen kuntouttamismahdollisuudet vaikeutuvat.

SámiSoster ry toteutti vuonna 2003 kolttsaamelaisten hyvinvointipalvelujen kartoituksen haastatteleamalla koltta-alueen yli 64-vuotiaita asukkaita sekä alueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille tehdyllä kyselyllä. Keskeisimmiksi kehittämistarpeiksi nousivat kolttsaamelaisten omakielinen neuvonta- ja ohjaus sekä vanhusten asumis- palvelujen kehittäminen koltta-alueelle.

Rekisteri- ja väestötutkimusten perusteella viime vuosikymmeninä lappilaisten terveys on ollut maan keskitasoa huonompi. Tärkeimpiä tähän johtaneita syitä ovat olleet lappilaisten runsaat verenkiertoelinten sairaudet, eräät syövät, mielenterveyshäiriöt ja työkyvyttömyyteen tai kuolemaan johtaneet onnettomuudet. Sydän- ja verenpainetautien riskitekijätasot ovat Lapin läänin aikuisväestössä edelleen korkeita huolimatta viime vuosikymmenien suotuisasta kehityksestä koko maassa. Lappilaisten naisten ja miesten kolesterolitasot ovat Suomen korkeimmat, mihin seikkaan sepelvaltimotaudin runsas esiintyvyys korreloi suoraan. Ruokailutottumuksissa silmiinpistävää Lapissa on muusta maasta poikkeavan runsas pannukahvin käyttö, mikä lisää seerumin kolesterolipitoisuutta (Lapin lääninhallitus 2006). Tässä ei ole erikseen mainittu saamelaisten terveystilannetta.

Lapin sairaanhoitopiirin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokselta tilaama Lapin terveystarkastus valmistui keväällä 2005. Lapin terveystarkastus esittää kuolinsyy-, sairastavuus-, riskitekijä-, työkyvyttömyys- ja elintapatilastoja kunnittain. Yhteenvetona on todettavissa, että Lapin sairaanhoitopiirin alueella negatiivisia ilmiöitä kasaantuu Keski- ja Itä-Lapin alueelle. Suomen pohjoisimpien osien ja erityisesti saamelaisväestön terveydentila on jopa keskimääräistä parempi (Lapin terveystarkastus 2005). Kuntakohtaisissa tilastoissa ei mainita erikseen saamelaisia.

Saamelaisväestön sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdentuminen

Saamelaisväestölle suunnattujen palvelujen oikeudenmukaista kohdentamista arvioitaessa on todettava ensin, että saamenkielisiä palveluja on lukumääräisesti vähän. Saamelaisalueen väestöpohja on pieni, asutus harvaa ja etäisyydet pitkiä ja lisäksi saamelaisia on lukumääräisesti vähän alueittain. Kuten muuallakin Lapissa syrjäseudut tyhjenevät työikäisestä väestöstä ja ikääntyvät ihmiset jäävät asuinsijoilleen ja tarvitsevat enenevässä määrin sosiaali- ja terveyspalveluja. Kyliltä ovat kadonneet myös kyläkaupat ja julkinen liikenne on vähentynyt ja osin loppunutkin samoin kuin pankki- ja postipalvelut.

Kunnat keskittävät ja kehittävät palveluja yhä enemmän kuntakeskuksiin, jolloin mm. syrjäkylillä asuvien vanhusten tai lapsiperheiden palvelut eivät kohdennu palvelujen tarvitsijan tarpeen vaan kunnan taloudellisten näkökohtien mukaisesti.

Kunnat sijaitsevat kaukana keskussairaalaista ja erityislaitoksista ja kasvava palvelujen kysyntä kohdistuu julkisiin palveluihin, koska yksityisiä palveluja ei näissä kunnissa juuri ole. Kuntien resurssit ovat vähäiset, mutta myös alueen suuren koon takia seutuyhteistyön mahdollisuudet ovat heikot. Hyvinvointipalvelujen järjestäminen kuntalaisille maksaa keskimääräistä enemmän. Palvelutarpeen lisääntyminen asettaa haasteita löytää uusia ja edullisempia toimintatapoja mm. vanhustenhuollon järjestämiseksi niukkenevien taloudellisten resurssien vuoksi. Lasten ja nuorten osuuden

pienentyminen vaikuttaa koulujen ym. lasten ja nuorten palveluiden vähentymiseen, muttei tarpeen katoamiseen. Yhä pienemmille ikäluokille on kyettävä takaamaan monipuoliset palvelut, neuvola, päiväkotit, esikoulu, peruskoulu sekä nuorille harrastus- ja vapaa-ajanvietto-mahdollisuuksia.

Pohjoisimmissa kunnissa on vähän yksityisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia, joten kuntalaiset ovat riippuvaisia kuntien palveluista. Eikä ole näköpiirissä, että alueelle syntyisi suuremmissa määrin yksityisten tuottamia sosiaali- ja terveyspalveluja, koska ostovoima on vähäistä.

Saamelaisväestölle on saatavilla nimenomaisesti saamen kielellä vain lasten päivähoitoa ja vanhusten kotipalvelua. Palvelujen vähäisyyteen ja niiden kehittymättömyyteen on monia syitä. Viranomaiset lähtökohtaisesti olettavat, että kaikki saamelaiset käyttävät suomen kieltä. Esimerkiksi suullisissa asiointitilanteissa viranomaisen edustajat aloittavat keskustelun suomen kielellä osoittamatta mitenkään, että he palvelevat myös saamen kielellä. Edelleenkin kuulee usein, että saamelaisethan osaavat suomea, ei kai silloin ole tarvetta saamenkielisiin palveluihin. Nämä asiat vaikuttavat mm. erityispalvelujen kehittymiseen. Saamelaisilla kuluu paljon aikaa ja resursseja asenteisiin vaikuttamiseen ja saamelaisten omakielisten palvelujen tarpeiden esille nostamiseen.

Oikeusministeriön Kieliasiain neuvottelukunnalle keväällä 2005 saamen kielen asiantuntijan toimittamassa lausunnossa saamen kieltä koskevista kielioloista todetaan, että

”Yleisesti ottaen saamelaisten kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä sattumanvaraisesti. Saamen kielen suullinen käyttöä tapahtuu yleensä vain tilanteissa, joissa se on luontevaa eli kun molemmat osapuolet hallitsevat saamen kielen. Yhä edelleen saamelaiset joutuvat kielellisten oikeuksiensa toteuttamiseksi nimenomaisesti vaatimaan saamen kielen käyttöä. Jos saamenkielinen henkilö ei koe saamen kielen käyttöä luontevaksi asiointitilanteessa, hän ei yleensä halua vaatia saamen kielen käyttöä. Kynnys saamen kielen käyttöön on edelleen hyvin korkea. Osaltaan se johtuu tulkkaus- ja käännöstoiminnan kankeudesta, ja osaltaan siitä, että saamenkielinen henkilö ei yleensä tahdo aiheuttaa lisähaittaa asiointitilanteeseen. Eräiltä osin myös virkamiesten ja toimihenkilöiden nuiva suhtautuminen saamen kielen käyttöön nostaa saamen kielen käytön kynnyksiä. Tältä osin saamen kielilain 1 § 3 momentissa

mainittu lain tavoite, että saamelaisten kielelliset oikeudet toteutetaan ilman, että niihin tarvitsee erikseen vedota, ei toteudu käytännössä. Erityisesti inarin- ja koltansaamen kohdalla kielellisten oikeuksien toteutumista yleisesti vaikeuttaa suuresti resurssien puute. Näillä kielillä ei ole saatavissa riittävästi saamenkielistä henkilöstöä viranomaisiin, tulkkeja eikä kääntäjiä. Myös pohjoissaamen kohdalla resurssien puute on edelleen hyvin selvä.” (Saamelaiskäräjät 2005.)

2000-luvulla on käynnistynyt saamelaisalueen kunnissa sekä keskustelua kehittämistarpeista että konkreettisia kehittämistoimia. Vuodesta 2002 alkaen on valtion talousarviossa osoitettu Saamelaiskäräjille erillinen määräraha maksettavaksi saamelaisalueen kunnille saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi (momentti 33.32.36). Vuonna 2006 määräraha on 600 000 euroa. Noin puolet tästä määrarahasta on käytetty saamenkieliseen päivähoidon ja toinen puoli vanhusten huoltoon. Utsjoella on määrärahaa käytetty myös mielenterveystyöhön ja lastensuojelun avohuoltoon. Määrärahan käyttö perustuu Saamelaiskäräjien ja kuntien väliseen yhteistyöhön. Järjestelmä toimii siten, että kunnat tekevät vuosittain esityksensä määrarahalla tuotettavista palveluista ja saamelaiskäräjien sosiaali- ja terveyslautakunta hyväksyy määrärahan käyttösuunnitelman.

Saamelaisten kotiseutualueen kunnissa saamelaisten kielelliset oikeudet toteutuvat kuitenkin edelleen suhteellisen huonosti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Esimerkiksi Utsjoen kunnan terveyskeskuksessa vain lääkäripalveluja on saatavissa saamen kielellä. Sen sijaan Utsjoen terveyskeskuksen muita palveluita, mukaan lukien vastaanotto-, laboratorio-, neuvola- ja hammaslääkäripalvelut, on tarjolla vain suomen kielellä (Saamelaiskäräjät 2005). Yleensä saamelaiset käyttävätkin näitä palveluja suomen kielellä, koska saamen kielen käyttöä ei koeta luontevaksi. Ongelmallinen tilanne on suomen kieltä osaamattomille ja suomen kieltä heikosti osaaville saamelaisille.

Saamelaisasiain neuvottelukunnan työryhmä arvioi koltansaamenkielisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteutumista seuraavasti:

”Kolttaasaamelaisten omakieliset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutuvat erittäin heikosti nimenomaan varsinaisella koltta-alueella. Männikön palvelukodilla koltankielinen

palvelu on yhden työntekijän varassa samoin vammaisten palvelukeskuksessa. Koltta-alueella omakielisiä palveluja ei ole lasten kielipesätoimintaa lukuun ottamatta.” (Saamenkielisten peruspalvelujen kartoitus, 2001.)

Mainitun selvityksen jälkeen Sevettijärvellä toiminut lasten kielipesätoiminta on loppunut, mutta vanhustenhuollossa tilanne on vähän kohentunut, koska alueella työskentelee koltankielinen kodinhoitaja. Vuonna 2005 SámiSoster ry toteutti maa- ja metsätalousministeriön rahoituksella Sevettijärven alueen kolttaasaamelaisten vanhusten asumis- ja palvelujen selvityksen (Laiti 2005).

Syrjäkylillä asuvien saamelaisvanhusten tilanne on ongelmallinen jokaisessa kunnassa. Tarvittsaan apua ympärivuorokautisesti tai omaishoitajien lakisääteisten vapaiden järjestelyn ajaksi, he joutuvat siirtymään vanhainkotiin kuntakeskuksiin täysin suomalaisen ja suomenkieliseen ympäristöön ja elämään vanhuutensa siellä ”kielettömänä”. Omaishoitajien vapaiden ajaksi vanhuksset eivät mielellään lähde kauas kuntakeskusten laitoksiin, ja sen vuoksi omaisten vapaapäivät jäävät usein pitämättä. Seurauksena on omaisten väsyminen, joka osaltaan jouduttaa vanhuksen laitokseen muuttoa.

Saamelaislasten varhaiskasvatus- ja neuvolatoiminta toteutetaan kunnissa edelleen sisällöllisesti suomalaisen kulttuurin perustalta, jolloin vanhemmat eivät saa palvelujärjestelmästä tukea kasvatukseen liittyvissä asioissa. Saamenkielistä terveyskasvatusmateriaalia neuvolatoiminnan, terveydenhuollon ja varhaiskasvatuksen käyttöön ei ole saatavilla.

Kuntien hankkeiden lisäksi SámiSoster ry on toteuttanut vuodesta 1999 alkaen Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella vuosittain kehittämishankkeita, joissa palveluja ja tukitoimia on kehitetty saamelaisten kulttuurin ja elämäntavan perustalta ja saamelaisten omalla kielellä (SámiSoster 2004). Näitä hankkeita ovat mm. saamelaisten vanhusten, vammaisten ja muiden erityisryhmien asiamiestoiminta, Lapsiperheiden selviytymisen tukeminen eli Bearaš-hanke, Lapin sairaanhoitopiirissä toteuttava saamelaisten potilaiden omakielinen tukitoiminta sekä alueellinen nuorisotyö saamelaisidentiteetin vahvistajana. Näistä hankkeista Enontekiön vanhustyön Veahkki-projekti ja Utsjoen Bearaš-projekti

ovat jatkuneet kuntien toimintana. Muut hankkeet eivät ole vielä päättyneet.

Välimatkat ovat saamelaisalueen sisällä pitkiä ja kunnat palvelurakenteeltaan ja väkimääriltään erilaisia, mutta joitakin palveluja voitaisiin kehittää saamelaisalueen alueellisina palveluina. Alueellisina palveluina olisi mahdollista kehittää mm. saamelaisten varhaiskasvatuspalvelujen ohjausta ja koulutusta, saamen kielen kieliavustajatoimintaa varhaiskasvatuksessa, saamelaisia puheterapiapalveluja sekä saamelaista sosiaalityötä. Näemme mahdollisena kehittää alueellisena palveluina sellaisia toimintoja ja palveluja, jotka liittyvät ohjaukseen, koulutukseen tai konsultointiin, sekä toimintoja, joiden tarvetta ilmenee harvoin ja jotka voitaisiin hoitaa etä- tai/ja tilapäispalveluina.

Selvitys-, tutkimus- ja kehittämistarpeita

Kehittämistarpeita saamelaisväestön hyvinvoinnin edistämiseksi on monia. Saamenkielisten palvelujen saatavuuden lisääminen sekä sisällöllinen kehittäminen ovat ensiarvoisen tärkeitä. Lapin terveystarkastuksessa on todettu, että erityisesti saamelaisväestön terveydentila on jopa keskimääräistä parempi, mutta kuntakohtaisia tilastoja tarkasteltaessa on todettava monia huolenaiheita saamelaisalueen kunnissa. Sepelvaltimotauti, diabetes, tapaturmat, alkoholinkäyttö ja tupakointi eivät ole vähemmän päin ja sen vuoksi onkin kehitettävä ennaltaehkäisevää toimintaa nimenomaisesti saamen kielellä. Tutkimusten mukaan suurin osa ihmisistä kykenee selviytymään omassa kulttuurissaan, eli toisin sanoen elämään tasapainoista ja tyydyttävää elämää pitäen huolta itsestään. Saamelaisväestön terveellisten elämäntapojen lisäämiseksi ja itsestään huolehtimisen motivaation lisäämiseksi olisi kehitettävä nykyistä parempia ohjaus-, neuvonta- ja tiedotustapoja, jotka toteutetaan saameksi ja jotka soveltuvat saamelaisalueelle.

Tiedontarpeita on monia sekä saamelaisten että valtaväestön kannalta. Saamelaisväestöön ja heidän elinoloihinsa kohdistuvia tutkimuksia suunniteltaessa ja toteutettaessa on syytä mainita joitakin näkökohtia. Saamelaisen yhteiskunnan tiedontarvetta palvelevalle tutkimukselle on luotava edellytykset ja edistettävä saamelaisten tutkijoiden rekrytointia.

Saamelaista tutkimusta suunnitellessa tulee ottaa huomioon saamelaisen yhteiskunnan kielelliset ja kulttuuriset olosuhteet. Saamelaisten elinoloja koskevaa tutkimusta harjoitettaessa tulee ottaa huomioon saamelaisten alkupe- räiskansa-aseman vaatimat eettiset säännöt (Pohjoismainen saamelaissopimus, 2005).

Saamelaisten kannalta olisi tarpeen huomioida nykyistä paremmin ja laajemmin saamenkielisten palvelujen saatavuuden ongelmia rahoituksessa, lainsäädännössä, palvelujärjestelmässä ja koulutuspalveluissa. Yhteiskunnallisia kehittämistoimia varten olisi tarpeen valmistella saamelainen tutkimusohjelma, jossa määritellään saamelaisia ja saamelaisten kotiseutualueita koskevan tutkimuksen painopistealueet (Saamelaiskäräjät 2006). Saamelaisten oma-kielisiä kehittämishankkeita on jo jonkin verran toteutettu, mutta niiden vaikutuksia väestön hyvinvoinnin edistämisenä ja saamen kansan kulttuurin ja kielen vahvistajana ei ole laajamittaisesti arvioitu.

Suomalaisen sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän vaikutuksia saamelaisten kulttuuriin, kieleen sekä yleensä hyvinvointiin olisi selvitettävä nykyistä laajemmin. Suomen elinkeino- ja asutuslainsäädäntö ja sen hallinnolliset määräykset ja toimenpiteet eivät ole voineet olla vaikuttamatta saamelaisten elinoloihin. Saamelaiselinkeinot, mm. poronhoito, ovat merkityksellisiä saamelaisalueen ihmisten toimeentulolle, elinolosuhteille, saamelaisten kulttuurille ja koko yhteisön hyvinvoinnille. Tutkimuksia ja selvityksiä eri toimenpiteiden vaikutuksista ei ole kuitenkaan tehty koskaan. Tutkimukseen olisi tarvetta jo senkin vuoksi, että voitaisiin paremmin arvioida lainsäädännön, hallinnon ja rahoituksen kehittämistarpeita saamelaisten näkökulmasta.

Saamelaisten kulttuurisen ja kielellisen itsehallinnon rakentamisen, elinolojen ja hyvinvoinnin turvaamisen ja kehittämisen edellytyksiä heikentävät yhteiskunnalliset muutokset, erityisesti saamelaisväestön jatkunut muuttoliike kotiseutualueensa ulkopuolelle eteläisen Suomen kasvukeskuksiin. Poismuutto uhkaa pirstoa ja sen seurauksena murentaa saamelaisyhteisön perustaa, kiihdyttää sulautumista pääväestöön ja heikentää mahdollisuuksia luoda ja kehittää itsehallintoa saamelaisalueella. Suomessa oli vuonna 2003 vajaa 8 000 saamelaista, joista ensimmäistä kertaa jo yli puolet, 54 prosenttia, asuu saamelaisalueen ulkopuolella.

Vuonna 1992 vastaava luku oli 38 prosenttia, 1995 41 prosenttia ja vuonna 1999 45 prosenttia. Suomen ainoa saamelaisenemmistöinen kunta on Utsjoki, siellä saamelaisten osuus kunnan kokona väestöstä on enää 59 prosenttia kun se vielä vuonna 1999 oli yli 70 prosenttia. Saamelaisista yli 45-vuotiaista asuu saamelaisalueella 65 prosenttia ja alle 45-vuotiaista 62 prosenttia asuu saamelaisalueen ulkopuolella. Alle kymmenenvuotiaista lapsista 70 prosenttia asuu saamelaisalueen ulkopuolella ja yli 75-vuotiaista yli 90 prosenttia asuu saamelaisalueella (Saamelaiskäräjät 2006).

Saamelaisväestön ikärakenne asettaa erityisiä haasteita saamelaisten hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi ja saamelaisten yhteisöllisten voimavarojen vahvistamiselle. Saamelaisten omakielisten ja oman kulttuurin pohjalta toteuttavien sosiaali- ja terveysalan palvelujen kohdentumisessa ja kehittämisessä on em. asioilla merkitystä. Saamelaisalueen ulkopuolella asuvien saamelaisten sosiaali- ja terveysalan palvelujen tarvetta ja saatavuutta sekä vaikuttavuutta saamelaisten hyvinvointiin ei ole koskaan selvitetty eikä palvelujen järjestämiseen ole erikseen osoitettu rahoitusta.

Saamelaisten palvelujen kehittyminen ja oikeudenmukainen kohdentuminen vaativat myös alan koulutuksen kehittämistä. Koulutuksen järjestäjien on sisällytettävä koulutukseen paitsi saamen kieltä ja kulttuuria myös monikulttuurisuuskoulutusta. Esimerkiksi varhaiskasvatushenkilöstö tarvitsee lisäkoulutuksen ja työnohjauksen kautta tukea kasvatustyöhön ohjatessaan saamelaislapsia selviytymään yhteiskunnan vaatimuksista kadottamatta yhteyttä omaan kieleensä ja kulttuuriinsa sekä vahvistaessaan lasten saamenkielistä kasvuympäristöä. Tiedon lisäämistä ja koulutusta saamelaiskulttuurista ja -kielestä sekä monikulttuurisuudesta olisi järjestettävä palveluiden järjestämisvastuussa oleville esimiehille ja päättäjille, koska he ovat keskeisessä asemassa päätettäessä saamelaisväestön palveluista..

Saamelaisalueen kunnat saavat vuodesta 2002 alkaen Saamelaiskäräjien kautta erityistä valtionavustusta palvelujen järjestämiseen, mutta rahoitus on epävarmaa ja riittämätöntä. Rahoitus on varattu valtion talousarviossa omalle momentille, joten sen jatkuvuudesta on epävarmuutta aina eduskunnan vahvistukseen saakka. Kunnat eivät voi kehittää pitkäjänteisesti palveluja, ja riittämätön rahoitus rajaa oikeudenmukaisen kohdentumisen palveluissa. Rahoituksen epävarmuus osaltaan heikentää koulutetun henkilöstön

saantia, koska epävarmoinhin työsuhteisiin on vaikeampaa saada koulutettua henkilöstöä.

Saamelaisten omakielisten sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämissuunnitelmat eivät näytä kovin valoisilta verrattuna saamelaisten tarpeisiin ja odotuksiin. Kielellisen vähemmistön kannalta kunta- ja hankepainotteinen resursointi kehittämishankerahoituksessa merkitsee sitä, että kielelliset kysymykset valikoituvat vain harvoin kehittämishankkeiksi. Hankehakijana tulisi voida olla myös muu toimija kuin kunta tai kuntayhtymä, esimerkiksi Saamelaiskäräjät. Toinen vaihtoehto olisi se, että kielellisten vähemmistöjen osalta ei kuntarahoitusta edellytettäisi vaan siihen osoitettaisiin erillistä valtionavustusta. Erityisesti alkuperäiskansan palvelujen kehittämisessä olisi perusteltua osoittaa niihin täysimääräinen valtion rahoitus.

Yhteenveto

Saamelaisen alkuperäiskansan omakieliset ja oman kulttuurin lähtökohdista toteutettavat hyvinvointipalvelut on huomioitava erityiskysymyksenä saamelaisalueella ja joiltakin osin myös saamelaisalueen ulkopuolella, koska saamelaisten asema alkuperäiskansana (PL 17.3.§), saamen kielilaki ja useat Suomen ratifioimat kansainväliset sopimukset ja niiden valvontaelinten huomautukset ja suositukset velvoittavat Suomea kehittämään saamelaisten omakielisiä ja omaan kulttuuriin pohjautuvia hyvinvointipalveluja. Näitä palveluja on tarjolla niin vähän, ettei voida puhua oikeudenmukaisesta kohdentumisesta. Palvelujen kehittämistyö on vasta alkanut, ja resursointi on tarpeeseen verrattuna vähäistä sekä valtion että kuntien puolelta. Saamelaiskäräjät ja saamelaisalueen kunnat ovat useissa yhteyksissä tuoneet esille sen, että saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen suurimpana esteenä on riittämätön rahoitus ja koulutetun henkilöstön puute. Rahoituksen puutteen lisäksi saamenkielisen työvoiman saanti onkin yksi tulevaisuuden suurimpia haasteita.

Kolmannen sektorin toimijana SámiSoster ry on kehittänyt ansiokkaasti vähillä resursseillaan saamelaisväestölle omakielisiä tukitoimia, ja järjestön toimintaedellytykset tulisi turvata.

Saamelaisilla täytyy olla mahdollisuus käyttää saamen kieltä siten, että kielen käyttö sujuu luontevasti ja kielenkäyttäjät omaksuvat, että saamen kieli on käyttökieli myös kodin ulkopuolella. Kun saamea käytetään kaikkialla yhteiskunnassa, se myötävaikuttaa siihen, että ymmärrys saamen kielen ja äidinkielen merkityksestä vahvistuu. Tavoitteena on elävä kieli sukupolvelta toiselle. On tärkeää, että saamen kieliä edistetään julkisissa yhteyksissä, kuten mediassa, taiteessa, kulttuurissa, julkisessa hallinnossa ja koulutuksessa,

ja saamen kieltä kehitetään vastaamaan nyky-yhteiskunnan tarpeisiin. Saamen kielten edistäminen ja suojeleminen on perusedellytys saamelaisen kulttuurin säilymiselle. Kielet eivät etene vain lakivelvoittein ja pakolla, vaan tarvitaan myös positiivista asennetta saamen kielen suhteen. Lisäksi tarvitaan aktiivisia toimia saamelaisten elinolojen kehittämiseksi, koska saamelaiset voivat pysyä kotiseutualueellaan vain, jos heidän elämisen edellytyksensä siellä on turvattu.

Lähteet

- Henriksen, J. B. (2002). Har kravet om sámisk rett til selvbestemelse støtte I folkeretten? Teoksessa: Oskal, N. (red.) Sámisk selvbestemmelse. Diedut nr 2/2002. Kautokeino: Sámi instituttu, 30–74.
- Laatu, M. (1997). Saamelaiset ja sosiaalinen turva. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.
- Laiti, M. (2005). Kolttasaamelaisten palvelukeskuksen esiprojekti Sevettijärvellä. Inari: SámiSoster ry.
- Lapin liiton tilasto 31.12.2004. Lapin väestö seutukunnittain.
- Lapin lääninhallitus (2006). Terveystiedote 18.1.2006.
- Lapin terveystiedote (2005). Oulu: Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Tutkimus 3/2005.
- Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa (2001). STM. Julkaisuja 2001:1.
- Pohjoismaainen saamelaissopimus (2005). Suomalais-norjalaisruotsalais-saamelaisen asiantuntijatyöryhmän 27. lokakuuta 2005 luovuttama luonnos.
- Saamelaiskomitean mietintö 1985:66.
- Sosiaalhallitus (1985). Saamenkielisten sosiaalipalvelujen saatavuus. Työryhmän muistio 1985:41
- Saamelaisasian neuvottelukunta (2001). Saamenkielisten peruspalvelujen kartoitus, 2001. Työryhmämuistio.
- Saamelaiskäräjät (2002). Saamelaisten lukumääriä Saamelaiskäräjien vaaleissa 2003. www.samediggi/vaalilautakunta
- Saamelaiskäräjät (2005). Lausunto saamen kieltä koskevista kielioista, 15.4.2005.
- Saamelaiskäräjät (2006). Saamelaisten kestävän kehityksen ohjelma 2006.
- SámiSoster ry:n toimintakertomus 2004
- Sara, S. (2004). Saamenkielisten puheterapiapalvelujen tarve ja saatavuus Suomen saamelaisalueella. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto, suomen ja saamen kielen ja logopedian laitos.
- Terveystiedote 18.1.2006. Lapin lääninhallituksen tiedote.
- Valtioneuvoston päätös saamelaisasiain neuvottelukunnasta 367/1987.
- Välimaa, A. & Laiti-Hedemäki, E. (1997). Birge ja Eale Dearvan saamelaisten sosiaali- ja terveyspalveluprojektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Äärelä, A. (1999). Saamelaisvanhempien tuen tarve kasvattaessaan lastaan kaksikieliseksi. Rovaniemi: Rovaniemen ammatti- korkeakoulu.

ROMANIT JA SOSIAALINEN OIKEUDENMUKAISUUS

SARITA FRIMAN-KORPELA

Romaneja koskeva tutkimuksellinen tieto on vähäistä ja viranomaislähtöistä

Suomessa asuu noin 10 000 romanian, ja he asuvat hajallaan koko Suomen alueella. Romaniväestön elinolosuhteita ja yhdenvertaisuutta on romaniasiaain neuvottelukunnan näkemyksen mukaan kehitetty Suomessa viime vuosina tasaisesti. Tämä näkyy paitsi lainsäädännön kehittämisenä, myös niiden instituutioiden vahvistamisella ja resursoinnilla, joiden toimintaan romanit itse osallistuvat.

Romaniasiaain neuvottelukunta antaa vuosittain kymmeniä romanien ihmisoikeuksien toteutumista ja elinolosuhteiden kehittymistä Suomessa koskevia lausuntoja. Lausunnot perustuvat neuvottelukunnan kulloinkin käytettävissä oleviin yleensä ei-tutkimuspohjaisiin tietoihin, koska romanien todellisia elinolosuhteita selvittävästä kvalitatiivisesta ja kvantitatiivisesta tutkimustiedosta on puutetta. Viimeaikaiset romaneja koskevat selvitykset (esim. Romanipolitiikan strategiat 1999, Romaniasiaiden hallintotyöryhmän muistio 2001) ovat käsitelleet pääasiassa romaniasiaain hallinnon järjestämistä.

Romaneista on Suomessa tehty jo 1800-luvun jälki-puoliskolta lähtien kattaviakin selvityksiä (esim. Maamme mustalaiskysymyksen tutkimisesta 1900, Mustalaiskomitean mietintö 1955), mutta niiden ongelmana on ollut viranomaislähtöisyys sekä romanien käsitteleminen ongelmana ja toimenpiteiden kohteena. Ennen 1970-luvulla käynnistynyttä vähemmistöpolitiikan muutosta kirjallista aineistoa on leimannut romanien assimilointiin pyrkivä asenne. Tutkija Panu Pulma (2006) on selvittänyt tutkimuksessaan *Suljetut ovet – Pohjoismaiden romanipolitiikka 1500-luvulta nykyaikaan* ansiokkaasti viranomaislähtöistä suhtautumista romanikysymykseen.

Historiallisesti romaneilla ei ole ollut mahdollisuutta osallistua itseään koskevien selvitysten tekemiseen tai toimipidesuosittelusten laatimiseen. Romanit ovat kokeneet

myös vahvasti, että tutkimuksia on käytetty heitä vastaan eikä romaneille myönteisiä toimenpiteitä ole juuri koskaan toimeenpanttu. Oikeastaan vasta 1970-luvulla asenteiden lientyminen alkaa näkyä viranomaistuotoksissa ja vasta vuonna 1999 Suomen romanipolitiikan strategian toisena selvitysmiehenä oli romanitaustainen henkilö itse.

Romanit ovat kokeneet heihin suunnattujen selvitysten olevan usein kielteisiä ja leimaavia. Romaniväestön itsensäkin valmisteleviin selvityksiin suhtaudutaan väestössä ristiriitaisesti. Kun esimerkiksi 2004 Opetushallituksen selvitys romanilasten perusopetuksen tilasta julkaistiin ja siitä uutisoitiin, kritisoitiin neuvottelukuntaan tulleissa yhteydenotoissa voimakkaasti romanilasten nostamista erityiskohteeksi.

Yhä edelleen ehkä suurin tutkimuksellinen haaste on yhdistää luotettava ja romanien itsensä legitimiiksi kokema tutkimus sekä henkilötietosuojalain etnisen alkuperän rekisteröinnin kieltö.

Romaniaihteisten julkaisujen painopiste on ihmisoikeuksissa ja kulttuurisissa erityispiirteissä

Perusoikeuksien uudistus vuonna 1995 ja uusi perustuslaki vuonna 2000 vahvistivat romanien lainsäädännöllistä asemaa: perustuslain 17.3 § kirjattiin romanien oikeus kehittää ja ylläpitää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Sama teksti lisättiin myös sektorilainsäädäntöihin esimerkiksi koululakeihin ja lakeihin sosiaali- ja terveystalveista.

Lainsäädännöllä on ollut merkittävä rooli. Esimerkiksi romanikielen aseman turvaaminen johti romanikielen arvostuksen lisäämiseen ja kielen kehittämistoiminnan piristymiseen. Uudistuksen antaman piristysruiskeen jälkeen ainakin sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kehitys

on hidastunut osittain ajantasaisen tiedon ja kohdennetun sosiaalipolitiikan puuttumisen, mutta myös romaniväestön oman varauksellisen suhtautumisen vuoksi.

Romanien kohdalla ei ole kysymys saamelaisten tapaan palveluiden saamisesta omalla kielellä vaan pikemminkin palveluiden saatavuudesta ja laadusta. Oikeastaan vasta nyt yli kymmenen vuotta perusoikeuksien uudistamisen jälkeen joudumme todella miettimään, mitä romanien oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan aineellisesti tarkoittaa. Antaako se aihetta erityistoimenpiteisiin vai tuleeko ns. normaaleja palveluita kehittää entistä kulttuurisensitiivisemmiksi? Miten se tehdään? Mitä romanit itse toivovat ja odottavat? Näihin kysymyksiin tarvitaan myös tutkimuksiin perustuvia vastauksia.

Romaneja koskevissa lainsäädäntöteksteissä painottuvat oikeus kieleen ja kulttuuriin. ”Oikeuksilla” viitataan yhä useammin pääasiassa kansainvälisten sopimusten takaamiin ihmis- ja vähemmistöoikeuksiin. Yksilön arkielämän kannalta tärkeä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ulottuvuus on jäänyt jossain määrin hienojen kansainvälisten sopimuksiin liittyvien proseduurien alle.

Oikeuslähteistä johdettu kulttuurin painottaminen näkyy muun muassa siinä, että esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluja ja muita julkisia palveluja koskevat oppaat, esitteet ja muut tekstit kertovat lähinnä romanien kulttuurisista erityispiirteistä, historiasta, kielestä, jne. Ne ovatkin lisänneet yleistä tietoa romanivähemmistöistä ja heidän kulttuurisista erityispiirteistään Suomessa. Kulttuurioppaat eivät kuitenkaan kykene vastaamaan kysymyksiin palveluiden saatavuudesta ja kohdentumisesta, romanien sosioekonomisen aseman tosiasiallisesta kehittymisestä ja muihin hyvinvointiin oleellisesti vaikuttavien tekijöiden muuttumisesta.

Erytistoimenpiteitä vai normaalipalvelua?

Erilaisten romaneja koskevien toimenpidesuunnitelmien yhteydessä joudutaan aina pohtimaan erityistoimenpiteiden ja normaalipalveluiden suhdetta. Romaniasiain neuvottelukunta on suhtautunut varovasti romaneihin kohdistuviin

erityistoimenpiteisiin. Neuvottelukunnan näkemystä kuvaa hyvin seuraava vanhemman romanijäsenen toteamus: ”Jokainen romaneihin kohdistuva erityistoimenpide on liikaa, ei sellaisia pitäisi Suomessa enää tarvita.” Erytistoimien sijaan tavoitteena on ollut, että eri hallinto- ja palvelualojen perustoimintaa kehitetään siten, että niissä on osaamista ja valmiutta kohdata myös eri kulttuuriryhmistä tulevat asiakkaat yhdenvertaisuusperiaatteen mukaisesti.

Vuonna 2004 voimaantullut yhdenvertaisuuslaki on luonut uusia mahdollisuuksia puuttua syrjintään ja edistää yhdenvertaisuuden toteutumista. Lain mukaan julkisten viranomaisten tulee edistää yhdenvertaisuutta kaikessa toiminnassaan. Neuvottelukunta on pitänyt hyvänä esimerkiksi julkisilta viranomaisilta vaadittua yhdenvertaisuussuunnitelman laatimista. Mielestäni velvoite yhdenvertaisuussuunnitelman laatimiseen pakottaa ainakin periaatteessa viranomaiset pohtimaan palveluidensa kohdentumista eri väestöryhmille. Laki antaa myös vähemmistöä negatiivisesti leimaamatta uusia mahdollisuuksia yhdistää ns. positiivinen erityiskohtelu ja normaalipalvelu.

Yhteiset yhteiskunnalliset haasteet koskettavat romanejakin

Suomen romanien tilannetta pidetään yhtenä Euroopan parhaista. Tähän ei ole syynä yksinomaan mikään tietoinen romanien aseman kehittämispolitiikka. Suomen romanien lukumäärä on melko pieni ja siitä syystä yleisen yhteiskuntapolitiikan ”haltuun otettavissa”. Pohjoismainen universaali hyvinvointipolitiikka on ollut merkittävin tekijä romanien sosiaalisen ja ekonomisen aseman tasaaja suhteessa pääväestöön. 1990-luvun laman myötä käynnistynyt yhteiskuntapoliittinen kehitys on kuitenkin aiheuttanut sen, että romanien mahdollisuudet ottaa muuta väestöä kiinni sosiaalisesti, taloudellisesti ja koulutuksellisesti ovat heikentyneet oleellisesti.

Yhteiskunnallisen muutoksen seurauksena väestöryhmien erilaistuminen ja eriarvoistuminen sekä hyvinvointierojen kasvu ovat lisääntyneet. Eri väestöryhmien ristiriitainen kehitys on tullut vakava ongelma niin hyvinvoinnin palvelujärjestelmän kuin yksittäisten kansalaistenkin

kannalta. Yhteiskunnalliset muutokset ja koventuneet arvot vaikuttavat voimakkaimmin heikoimmassa oleviin ryhmiin. Uskon, että viimeaikainen yhteiskunnallinen rakennemuutos on vaikuttanut voimakkaasti myös romanien hyvinvointiin, palvelutarpeisiin, työllisyyteen ja syrjäytymiseen. Suomen romanien suurin haaste onkin tällä hetkellä syrjäytyminen.

Suomen romanien asemaa on pystytty parantamaan kehittämällä hallinnollisia rakenteita ja lisäämällä romanien omia vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia. Erilaiset projektit, ohjelmat, järjestöt ja kirkot tekevät paljon tuloksekasta työtä muun muassa romanien työllisyyden edistämiseksi ja syrjinnän poistamiseksi. Niiden heikkoutena on kuitenkin lyhytkestoisuus ja paikallisuus. Olen myös sitä mieltä, että yhden väestöryhmän aseman tasa-arvoistamisen ei tule olla kolmannen sektorin projektityön varassa, vaan osa kokonaisvaltaista yhteiskunta- ja sosiaalipolitiikkaa.

On muistettava, että myös romaniväestön sisällä on eroja hyvinvoinnissa, koulutustasossa sekä sosiaalis-taloudellisessa ja yhteiskunnallisessa asemassa. Suurella osalla romaneja asiat ovat suhteellisen hyvin: he ovat kiinni elämässä ja katsovat eteenpäin tulevaisuuteen. Hankalimmassa asemassa ovat yksilöt ja perheet, jotka ovat syrjäytyneitä useammassa sukupolvessa, kärsivät mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista sekä elävät köyhyydessä. Merkille pantavaa on, että he ovat yhä useammin syrjäytyneet myös romaniyhteisöstä. Romanikulttuurin yhteisöllisyyden perinteisesti kuulunutta suojaavkkoa ei välttämättä ole olemassa kaikille. Toisaalta ongelmat voivat olla sentyyppisiä, että yksittäiset henkilöt eivät halua käsitellä niitä kulttuurin sisällä.

Vaikka useimmat edellä mainitut sosiaaliset ja terveydellisetkin ongelmat koskevat muitakin syrjäytyneitä, johtaa romanien ennestään haavoittuva asema herkästi sosiaalisen epätasa-arvoisuuden kasaantumiseen.

Kaikille yhteiset yhteiskunnalliset ongelmat ja haasteet koskevat myös romaneja. Esimerkiksi huumeet ovat erityisesti romaninuorten keskuudessa voimakkaasti kasvanut ilmiö. Ne ovat uusi ongelma, jonka edessä yhteisö on pitkälle neuvoton. Toinen esimerkki yhteisistä yhteiskunnallisista haasteista ovat ikääntyvät romanit. Viimeisten vuosikymmenten aikana romanien perinteisestä laajasta perheyhteisöstä on siirrytty ydinperheisiin. Tämä tarkoittaa sitä, että nuoremmat perheenjäsenet eivät enää automaattisesti pysty

ottamaan vanhuksia hoitaakseen. Ikävä kyllä myös yksinäisyys on tullut romanivanhuksille tutuksi vieraaksi.

Romaneja on siis tulossa kotipalvelun, palvelutalojen ja muiden vastaavien palveluiden piiriin aikaisempaa enemmän. Päihde- ja ikääntyvien ihmisten palvelut ovat yksi esimerkki siitä, jossa tulee huomioida palvelujen kohdentuminen ja mahdolliset kulttuuritekijät aikaisempaa paremmin.

Millaista tutkimusta tarvitaan?

Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edistämisen ja hyvinvointierojen kaventamisen keskeinen ongelma on, etteivät olemassa olevat tietojärjestelmät tarjoa riittävästi ajantasaista tietoa sosiaalisia ongelmia ehkäisevän sosiaalipolitiikan kehittämisen perustaksi. Tarvitaankin ajantasaista tietoa romanien hyvinvoinnin ja romanien hyvinvointia tukevien palveluiden kehittämiseksi.

Romanien pieni lukumäärä ja alueellinen hajanaisuus vaikuttavat siihen, että romanit ja heidän tarpeensa eivät nouse esille yleistä oikeudenmukaisuutta ja hyvinvointia koskevasta tutkimuksista. Myös erilaiset sosiaalipolitiikkaohjelmat ja muut vastaavat on suunniteltu laajempaa väestöpohjaa ajatellen eivätkä vähemmistöryhmien tarpeet ja näkemykset tule huomioituksi. Neuvottelukunnan kokemusten mukaan puhtaasti tilastotyyppiset selvitykset eivät ole olleet oikotie ongelmien ratkaisuun, vaan ne on koettu romaneja leimaaviksi ja niiden pohjalta tehdyt toimenpidesuosituksinkin ovat usein jääneet toteuttamatta. Tutkimuksissa tulisi hyödyntää myös väestöltä itseltään saatavaa tietoa.

Romaneja koskevan tiedon tarve on suuri: yhteiskunnallisen suunnittelun tueksi tarvitaan tietoa romanien hyvinvoinnin jakautumisesta ja muutoksesta. Mielestäni monesta tiedontarpeesta tärkein olisi selvitys romaniväestön hyvinvoinnista, palvelutarpeesta ja olemassa olevien hyvinvointipalveluiden saatavuudesta, jakautumisesta ja kohdentumisesta.

Hyvinvointitutkimuksen tekeminen tärkeää, jotta tiedetään miten romanien sosiaali- ja terveyspalveluja tu-

lisi kehittää ja kohdentaa tulevaisuudessa. Analysoimalla ja tuottamalla tietoa romaniväestön erityisistä olosuhteista ja tarpeista voidaan kehittää uusia toimintakäytäntöjä romaniväestön parissa tehtävään työhön.

Keskeistä on saada tietoa romanien omista kokemuksista ja näkemyksistä hyvinvoinnista. Näkisin myös tarpeelliseksi sellaisen metodologisen tutkimustavan kehittämisen, jolla hyvinvoinnin tilaa ja muutosta voidaan jatkossa seurata ja joka on myös toistettavissa. Lisäksi sen olisi mahdollistettava vertailu muuhun väestön.

Oleellista on, että romanien edustajat ovat itse mukana tutkimuksen suunnittelussa, aineiston keräyksessä, tulosten analysoimisessa ja siitä tehtävien johtopäätösten valmistelmissä.

Lähteet

Maamme mustalaiskysymyksen tutkimisesta (1900). Komiteamietintö 3/1900.

Mustalaiskomitean mietintö (1955). Komiteamietintö 7:1955.

Pulma P (2006). Suljetut ovet. Pohjoismaiden romanipolitiikka 1500-luvulta EU-aikaan. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Romanien sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen varmistamiseksi tarvitaan ajantasaista ja monipuolista tutkimustietoa.

Tietoa tarvitaan eniten romanien syrjäytymisen ehkäisyä ja hoitoa sekä elinolosuhteiden kehittämistä varten.

Toiseksi tulisi tutkia palveluiden kohdentumista ja saatavuutta, sekä romanien omia kokemuksia hyvinvoinnista ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisesta.

Romanien tulisi olla mukana tutkimuksen suunnittelussa, aineiston keräyksessä, tulosten analysoimisessa ja siitä tehtävien johtopäätösten valmistelmissä.

Romaniasioiden hallintotyöryhmän muistio (2001). Työryhmämuistioita 2001:24. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Romanipolitiikan strategiat (1999). Selvityksiä 1999:9. Sosiaali- ja terveysministeriö.

MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUIDEN SAATAVUUS, LAATU JA KÄYTTÖ OIKEUDENMUKAISUUDEN NÄKÖKULMASTA

MAILI MALIN, MIKA GISSLER

Tarkastelemme tässä artikkelissa kotimaisten tutkimusten perusteella sitä, mitä tiedetään maahanmuuttajataustaisten terveys- ja sosiaalipalveluiden tarpeiden tyydyttämisestä oikeudenmukaisella ja tasa-arvoisella tavalla. Samalla tunnistamme tiedon puutteita. Muiden julkisten palveluiden, kuten koulutuksen, oikeudenmukaisuuden toteutuminen ansaitsee oman selvityksensä ja tutkimuksensa. Keskitymme pääosin terveyspalveluiden saatavuuden, laadun ja käytön tasa-arvoisuuden tarkasteluun, mutta sivuamme myös oikeudenmukaisuuden toteutumista sosiaalipalveluiden saamisessa. Tarkastelemme pääosin sitä, mistä aihealueista on tutkimustietoa olemassa. Emme ole arvioineet tutkimustiedon laatua tai yleistettävyyttä.

Lähtöoletuksemme on, että etnisiin vähemmistöihin kuuluvat käyttävät terveyttä ja hyvinvointia ylläpitäviä palveluita tarvittaessa yhtä paljon ja että he saavat sisällöltään samanlaisia, tarkoituksenmukaisia palveluita kuin suomalaissyntyisetkin. Olettamuksemme perustuu perustuslakiin, jonka mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on yhtäläiset oikeudet sosiaali- ja terveyspalveluiden saamiseen. Perustuslain lisäksi on muita kohtalaisen uusia lakeja, jotka määrittävät tarkemmin terveydenhuollon ja sairaanhoidon potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksia. Maahanmuuttajia koskee lisäksi yhdenvertaisuuslaki, jonka tarkoitus on edistää ja turvata ihmisten yhdenvertaisuuden toteutumista eri hallinnon ja palvelujen tasoilla sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa. Lisäksi terveys- ja sosiaalipalvelujen antajilla on omat ammattieettiset normistonsa, joissa veloitetaan työntekijät kohtelemaan, hoitamaan ja auttamaan asiakkaita ja potilaita eettisesti oikein.

Laissa potilaan oikeuksista (Potilaan oikeudet 2005) määritetään, että jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveydenhoitoa ja sairaanhoitoa. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Laki määrittää myös yleisesti sen, millaisiin arvoihin hyvä hoitokäytäntö perustuu, eli siinä määritetään hoidon laatua. Hoito ei saa loukata potilaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä. Tärkeää on, että hoidossa otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan äidinkieli, kulttuuri ja henkilökohtaiset tarpeet. (Potilaan oikeudet 2005.) Vastaavasti sosiaalipalveluissa asiakkaan oikeudet määritetään laissa sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista (812/2000). Sen mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää palvelua ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalipalveluita annettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkielsensä ja kulttuuritaustansa. Sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle ymmärrettävällä tavalla hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä palvelujen vaihtoehdot ja niiden vaikutukset hänen ja mahdollisesti hänen perheensä elämään (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; Sosiaalihuollon asiakkaan asema..., 2001.). Asiakkaiden kohtelun yhdenvertaisuuslaki (2004) on edellä mainittujen lakien lisäksi normittanut sitä, että palveluiden antajien tulee kohdella kaikkia asiakkaitaan tasa-arvoisesti. Yhdenvertaisuuslaissa säädetään, ettei ketään saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansallisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen

tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Nämä ovat palveluja ja hoitoa normittavia ja linjaavia yhteiskuntasopimuksia, joiden toteutumista tulee eri tavoin ja jatkuvasti toiminnan eri tasoilla edistää, kehittää, tarkistaa ja arvioida. Lait heijastavat yleisiä keskeisiä arvoja, joiden mukaan hoidon tai palvelun antaja toimii vuorovaikutuksessa asiakkaan tai potilaan kanssa. He kohtaavat toisensa tietyssä ainutlaatuisessa kontekstissa, jota määrittävät paikallisen hoito- tai palvelujärjestelmän ominaisuudet sekä asiakkaan tai potilaan elämäntilanne.

Maahanmuuttajataustaisilla ihmisillä tarkoitamme pysyvästi Suomessa asuvia ulkomaalaistaustaisia ihmisiä, ja tähän ryhmään sisältyvät myös turvapaikan hakijat, pakolaiset ja paluumuuttajat. Ulkomaalaistaustaisen ihmisen perusoikeudet määrittävät hänen saamansa ulkomaalaisstatuksen perusteella. Pysyvän oleskeluluvan saaneilla on yhtäläiset oikeudet asuinkuntansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin niin kuin muillakin kansalaisilla. Turvapaikan hakijat ja pakolaiset saavat terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita vastaanottokeskuksista ja/tai vastaanottokeskuksen sijaintikunnan kautta (<http://www.mol.fi>). Henkeä välittömästi uhkaavissa, kiireellisissä tapauksissa kaikkia on autettava riippumatta henkilön ulkomaalaisstatuksesta. Lisäksi lasten ja naisten kansainväliset erityisoikeudet suosittelevat, että heitä autetaan riippumatta heidän virallisesta statuksestaan. Käytämme tässä synonyymeinä käsitteitä maahanmuuttaja ja siirtolainen, samoin etninen vähemmistö ja kulttuurivähemmistö. Joukko koostuu hyvin monenlaisista ihmisistä, joista osan on ollut pakko lähteä kotimaastaan, kun taas osa heistä on tullut Suomeen esimerkiksi työn takia. Alaikäisenä maahan yksin tulleet ulkomaalaistaustaiset lapset muodostavat myös ryhmän, joiden erityiset sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeet on tärkeä huomioida (Helander & Mikkonen 2002). Oman palveluiden erityisryhmän muodostavat myös laittomasti maassa olevat ulkomaalaistaustaiset ihmiset, joiden voidaan ajatella olevan oikeutettuja tarvittaessa saamaan nimettömänä hoitoa ja apua humanitaarisista syistä. Osa heistä voi olla ihmiskaupan uhreja, joiden auttaminen on nyt ohjeistettu (Ihmiskaupan uhrien auttaminen 2006).

Terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuuden ja käytön tutkiminen

Oikeudenmukaisen palvelutarjonnan tutkiminen on varsin monimutkaista, koska maahanmuuttajaväestö on hyvin heterogeeninen, itse oikeudenmukaisuuden toteutuminen on moniselitteinen ilmiö (esim. Niiniluoto 1993) ja saatavilla olevien palvelujen kirjo suuri ja niiden sisällöt moniulotteisia (Keskimäki ym. 2002). Hoito- ja palvelujärjestelmän taustalla vaikuttavat kulloinenkin sosiaali- ja terveystaloudellinen linja ja niiden todentuminen käytännössä. Näiden poliittisten linjausten lisäksi maahanmuuttajien palvelujen ja hoidon saatavuuteen ja käyttöön vaikuttaa viranomaisten harjoittama ulkomaalaispolitiikka. Maahanmuuttajien henkisen hyvinvoinnin on todettu olevan parempi sellaisissa vastaanottavissa yhteiskunnissa, joissa harjoitetaan monikulttuurisuuspolitiikkaa ja suvaitaan erilaisia kulttuureja, kuin sellaisissa yhteiskunnissa, joissa vallitsee sulauttamispolitiikka ja joissa painostetaan vähemmistökulttuureja sulautumaan valtakulttuuriin. (Liebkind 1994, 35; Matinheikki-Kokko 1994, 84–88.) Suomi noudattaa pluralistista, monikulttuurista vähemmistöpolitiikkaa, mikä tarkoittaa kulttuurisen ja etnisen heterogeenisuuden sallimista. Tavoitteena on integraatio, joka pyrkii turvaamaan vähemmistön tasa-arvoisen aseman, valinnan mahdollisuudet, oman kulttuurin säilymisen ja elinvoimaisuuden valtakulttuurin rinnalla. (Matinheikki-Kokko 1991, 15; Liebkind 1994, 9; Lepola 2000; Kohti etnistä yhdenvertaisuutta..., 2001; Kyntäjä 2004.)

Palveluiden oikeudenmukaisuuden todentumista voidaan tutkia selvittämällä eri maahanmuuttajaryhmissä sitä, 1) mitkä ovat heidän tarpeensa, 2) mikä on heidän ulottuvillaan oleva hoitojen ja palvelujen tarjonta, 3) missä määrin he käyttävät näitä palveluja ja 4) millaista palvelua tai hoitoa he saavat hakiessaan apua (määrä ei aina kerro tarkoitukseenmukaisuudesta). Käyttöä voidaan tutkia tarkastelemalla sitä, kuinka usein potilas/asiakas hakeutuu hoitoon/palvelun piiriin, kuinka usein hän saa hoitoa/palvelua kokemaansa ja todettuun vaivaansa/elämän tilanteessaan, missä hän hoitoa

tai palvelua saa sekä millaisia hoitotoimenpiteitä hänen sairautensa tai oireidensa hoitoon käytetään tai millaisia sosiaalipalveluita hänelle tarjotaan ja annetaan (terveydenhuollosta Blais & Maiga 1999). Hoidon tai palvelun laatua voidaan vastaavasti tutkia tarkastelemalla, millaisia hoito- ja palvelukokemuksia eri väestöryhmillä on saamastaan palvelusta. Laatua voidaan tutkia myös selvittämällä esimerkiksi asiantuntijoiden mielipiteitä siitä, miten kulloisessakin tilanteessa potilasta tai asiakasta tulisi hoitaa tai auttaa mahdollisimman hyvin ja tarkoituksenmukaisella tavalla.

Koska maahanmuuttajat muodostavat hyvin heterogeenisen väestöryhmän, on heidän saamiensa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen oikeudenmukaista tarjontaa, saatavuutta, sisältöjä, käyttöä ja tarvetta järkevää tarkastella lähtömaan ja maahanmuuttajastatuksen mukaan, mutta myös muiden elämää määrittävien yksilötekijöiden, kuten iän, sukupuolen, perheellistymisen, maassaoloajan ja sosioekonomisen aseman mukaan. Ennen kuin henkilö hakee ja saa apua terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista, täytyy hänen kokea tarvitsevansa jotain palvelua tai hoitoa. Koetun tarpeen kokemiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten kulttuuriset käsitykset sairaudesta, terveydestä, hyvinvoinnista, parantamisesta sekä yksilön sairastavuus, hänen kokemansa oireet sekä hänen tietämyksensä olemassa olevista hoidon ja palveluiden mahdollisuuksista.

Sen jälkeen kun maahanmuuttaja on hakenut tarpeen mukaista hoitoa tai palvelua ja saanut niitä, on hänen saamiensa palveluiden oikeudenmukaisuuden toteutumista järkevää tarkastella palvelukohtaisesti eli terveydenhuollossa esimerkiksi perus- ja erikoissairaanhoidossa hoidon antajan, hoitosuun, tautiluokituksen, diagnoosin tai toimenpiteiden mukaan. Erikseen on hyvä tutkia maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden käyttöä, saatavuutta ja hoidon sisältöä esimerkiksi koetun hoidon tarpeen (oireiden) ja eri mielen sairauksien (saadun diagnoosin) mukaan. Oma tutkimuksen aiheensa on myös se poikkeako perustelemattomasti ja miten potilaan oireiden diagnostisointi ja asiakkaan ongelmien määrittely hänen etnisyytensä mukaan. Vastaavasti sosiaalihuollon palvelujen käyttöä, saatavuutta ja sisältöjä voidaan tutkia muun muassa toimeentulotuen, päivähoidon, lastensuojelun (avohuollon tukitoimet, huostaanotto, sijaishuolto), vammaispalveluiden, päihdehuollon ja vanhustenhuollon mukaan. Osa terveys- ja sosiaalipal-

veluista on hyvinvointia ylläpitäviä ja ongelmia ehkäiseviä, jolloin näiden toimenpiteiden kohdentumista, saatavuutta ja käyttöä tulee tarkastella erikseen palvelukohtaisesti eri maahanmuuttajaryhmissä.

Terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät voidaan käsitteellisesti jaotella yksilö- ja järjestelmätason tekijöihin, jotka todentuvat tietyissä yhteiskunnallisissa kontekstissa. Käytännössä ne liittyvät ja lomittuvat toisiinsa moniulotteisten mekanismien välityksellä. Soveltavasti näitä tekijöitä voidaan tutkia myös sosiaalihuollon palveluiden käyttöä selvitetessä lukuun ottamatta niitä sosiaalipalveluita, joissa valvotaan ja varmistetaan esimerkiksi lasten hyvinvoinnin toteutumista lastensuojelussa. Suurin osa sosiaalipalveluista kuuluu eri elämänvaiheiden mukaan tuomiin palveluiden tarpeeseen, kuten lasten päivähoido, esiopetus, vammaisten ja vanhusten oikeus elämäänsä helpottavien palveluiden saamiseen jne. Elämän tilapäisissä tai pitkään jatkuneissa ongelmatilanteissa käännetään myös usein sosiaalipalveluiden puoleen, esimerkiksi haettaessa toimeentulotukea, apua päihdeongelmiin tai lasten kasvatusongelmiin.

Yksilön terveyspalvelun käytön tarve syntyy silloin, kun hän kokee itsensä sairaaksi tai kokee tarvitsevansa apua terveysongelmaansa, johon hän hakee lääketieteellistä apua (Andersen 1995, Blais & Maiga 1999, Shengelia ym. 2005). Terveydestä tiedetään yleisesti, että siirtolaisten terveys on hyvä tulomaan valtaväestön terveyteen nähden. Tätä ilmiötä sanotaan terveen siirtolaisen vaikutukseksi (healthy migrant effect), mikä pitkälti johtuu siitä, että tulijat ovat nuoria ja työkykyisiä (Davey Smith ym. 2000). Siirtolaiset yleensä lähtevät suhteellisen vapaaehtoisesti muihin maihin työn vuoksi, joten yleensä vain terveimmät kykenevät lähtemään. Kuitenkin siirtolaisena eläminen uudessa kulttuurissa ja yhteiskunnassa on usein nuorille ja vahvoillekin materiaalisesti, sosiaalisesti ja psykologisesti raskasta, minkä myötä siirtolaisen terveyden voimavarat voivat olla monin tavoin ja monelta taholta uhattuna (Nazroo 2001,3; Alitolppa-Niitamo ym. 2005). Siirtolaisuuden prosessissa elämän piirin kulttuuri, arvot ja merkitysjärjestelmät usein vaihtuvat, sosiaaliset verkostot muuttuvat, suvut ja perheet hajoavat sekä kulttuurisesti hyvinkin erilaiset tavat ja sukupuolijärjestelmät muuttuvat ja kohtaavat (Elliott & Gillie 1998). Toisaalta uusi kotimaa merkitsee myös useille maahanmuuttajille monia uusia, ennen tavoittamattomia elämänmahdollisuuksia.

sia. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveys voi olla jo lähtökohtaisesti heikko, sillä he ovat voineet kokea monia terveyttä laaja-alaisesti ja kasautuvasti uhkaavia asioita lähtömaassa (Huttunen 2002). Lisäksi osa saa pakolaisaseman humanitaaristen syiden perustalta.

Jotta maahanmuuttajataustainen saa tarpeen mukaista palvelua ja hoitoa, täytyy hänellä olla tietoa palveluista ja käsitys siitä, millä tavoin terveysongelmaa, sairautta tai sosiaalista pulmaa voidaan yrittää parantaa tai antaa siihen apua hänen elinpiirissään. Käsitykset terveydestä, sairaudesta ja parantamisesta sekä sosiaalisten pulmien ratkaisuisista vaihtelevat kulttuureittain, mistä syystä niille ja niihin liittyville kokemuksille yksilö antaa yhteisössään merkityksiä vanhan ja uuden kulttuuripiirin, kokemustietonsa ja persoonallisten tekijöiden mukaan. (Serkkola & Allahwerdi 1998, Meadows ym. 2001, Tiilikainen 2003.) Myös kuulopuheet palveluista ja hoidoista, tuttavien ja omat aikaisemmat hoito- ja palvelukokemukset vaikuttavat niiden hakemiseen. Somalinaisten terveyteen liittyviä käsityksiä ja kokemuksia ovat meillä tutkineet Marja Tiilikainen (2000 ja 2003) ja Tuulikki Hasinen-Ali-Azzani (2002).

Tarpeisiin liittymättömät, suoranaisesti terveydenpalveluiden käyttöön ja hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat sosiaaliset tekijät ovat maahanmuuttajan perheen varattomuus tai köyhyys, työttömyys, luku- ja kielitaidottomuus sekä länsimaisista terveys- ja sairauskäsityksistä poikkeavat kulttuuriset terveystavat ja -uskomukset (Andersen 1995, Riddick 1999, Morris ym. 2005). Tutkimusten mukaan sellaiset yksilön elämää määrittävät tekijät, kuten muihin kuin valkoisiin etnisiin ryhmiin kuuluminen (Smaje & le Grand 1997, Taylor ym. 1999), naissukupuoli (esimerkiksi Gijsbergs van Wijk ym. 1996) ja alhaisempi sosioekonominen asema (Morris ym. 2005), selittävät useimmiten ja voimakkaimmin terveyspalvelujen käyttämättömyyttä tarpeesta huolimatta. Tästä seuraa, että länsimaiden ulkopuolelta tulleen maahanmuuttajan kohdalla nämä riskit olla käyttämättä terveyspalveluita tarvittaessa voivat kumuloitua (Ivey 1999, Kramer ym. 1999, Taylor ym. 1999).

Enemmistö- ja vähemmistökulttuurien jäsenten sopeutumisen keskinäiseen yhteisloon voidaan ajatella vaikuttavan välillisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaiseen toteutumiseen, sillä mitä paremmin molemmat osapuolet ovat toisiinsa sopeutuneet, sitä

paremmin oikeudenmukaisuus palveluiden eri tasoilla toimii. Sekä etniseen vähemmistöryhmään kuuluvan että valtakulttuurien jäsenten sopeutuminen toinen toiseensa ja toisensa hyväksyminen on tärkeää molempien hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Suuri osa eri kulttuureista lähtöisin olevista ihmisistä sopeutuu yhteisloon, jolloin he vastavuoroisesti muuttavat omia arvojaan, asenteitaan ja käyttäytymistään. Tätä sopeutumista kutsutaan akkulturaatioksi, joka parhaimmillaan integraationa on vastavuoroista. Käytännössä kuitenkin usein vähemmistökulttuuriin kuuluva joutuu sopeutumaan enemmän kuin valtakulttuuriin kuuluva. Prosessina akkulturaatio merkitsee ajan kuluessa tapahtuvia muutoksia ihmisten uskomuksissa, tunteissa, asenteissa, arvoissa, käyttäytymisessä ja samaistumisessa. Onnistuneen akkulturaation tai integraation merkkeinä yksilötasolla pidetään henkistä ja fyysistä terveyttä, yleistä tyytyväisyyttä ja hyvää itsetuntoa. (Liebkind 2001 ja 1994, 25; Jasinskaja-Lahti 2000; Jasinskaja-Lahti & Liebkind 2000; Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000.) Onnistuneessa sopeutumisessa monikulttuurisuuteen vähemmistöryhmät sopeutuvat enemmistökulttuuriin säilyttäen kuitenkin oman kulttuurinsa erityispiirteitä ja omaa kulttuurista identiteettiään (Alitolppa-Niitamo 1994, 32-33). Onnistuneessa yhteiselämään sopeutumisessa myös enemmistökulttuurin jäsenet sopeutuvat kulttuurivähemmistöihin. Suomessa on paljon tutkimusta eri etnisten vähemmistöryhmien sopeutumisesta valtakulttuuriin (katso Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000). Vastaavasti valtakulttuurin sopeutumisesta vähemmistöihin on tutkimusta lähinnä siitä, kuinka myönteisesti tai kielteisesti ihmiset asennoituvat ulkomaalaistaustaisiin (Jaakkola 1999).

Ryhmätason akkulturaatio koskee taloudellisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja poliittisia muutoksia enemmistö- ja vähemmistöryhmien yhteiselämässä. Yksilötasolla akkulturaatio tarkoittaa yksilöllistä sopeutumis- ja mukautumiskykyä uuteen kulttuuriin. Yksilötason muutokset tapahtuvat käyttäytymisessä, arvoissa, asenteissa ja identiteetissä. Akkulturaatio ei ole suoraviivainen prosessi, vaan ihminen kohtaa sitä läpi elässään esteitä ja takauksia. Yksilö voi joillakin elämän alueilla olla sopeutunut hyvin, kun taas toisella elämän alueella ei lainkaan. (Hoffren 2000.)

Vähemmistökulttuurin jäsenen akkulturaatioon vaikuttavat monet tekijät. Siirtolaisuuden syy vaikuttaa so-

peutumiseen siten, että tavoitemuuttajalla katsotaan olevan paremmat edellytykset sopeutua kuin pakkomuuttajalla. Siirtolaisuusiällä on merkitystä siten, että lapset sopeutuvat nopeammin kuin aikuiset. Maassaoloaika vaikuttaa, sillä mitä pidempään siirtolainen on vieraan kulttuurin parissa asunut, sitä akkulturoituneempi hän on. Myös motivaatiolla on merkitystä. Sopeutumista helpottaa valtakulttuurin kielen hallinta, sillä kielen avulla on helpompi ymmärtää valtakulttuuria. Akkulturaatiota edistää, jos valtaväestön ja siirtolaisen etninen etäisyys on pieni. Tämä tarkoittaa sitä, että jos vähemmistöllä ja enemmistöllä on sama uskonto, ihonväri ja keskeiset elämänarvot, se voi helpottaa molempinpuolista sopeutumista. Kaupungeista muuttaneiden väitetään akkulturoituvan nopeammin kuin maaseudun asukkaiden. Sopeutumiseen vaikuttaa myös vähemmistöryhmän ja siihen kuuluvan yksilön yhteiskunnallinen ja sosiaalinen asema esimerkiksi koulutetun ja kielitaitoisen on helpompi sopeutua uuteen kulttuuriin kuin vastaavasti kouluttamattoman ja kielitaidottoman. (Hoffren 2000.)

Eri väestönosien hoitoon pääsyyn voivat vaikuttaa myös erilaiset terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät rakenteelliset esteet. Hoitoon pääsyä voivat hankaloittaa esimerkiksi paikallisesti ja alueellisesti lääkäri- ja hoitajapula, hoitojonot, henkilöstön pätevyys, puuttuvat hoitolaitteet ja pitkä matka hoitopaikkaan (Rosenberg & Hanlon 1996). Vastaavat järjestelmästä riippuvat tekijät voivat vaikuttaa myös sosiaalipalveluiden saatavuuteen ja käyttöön. Isojen kasvukeskusten ulkopuolella maahanmuuttajien asioiden erityisosaamisen keskittäminen ja alueellisen palvelujärjestelmän rakentaminen voisi olla ratkaisu siihen että palvelut toteutuisivat oikeudenmukaisesti myös maahanmuuttajataustaisten kohdalla. Maahanmuuttajien palveluiden käyttöä tutkittaessa on tärkeää huomioida se, että he ovat alueellisesti keskittyneitä asumaan eteläiseen Suomeen, sillä esimerkiksi Helsingissä alle 35-vuotiaasta väestöstä 9 prosenttia on maahanmuuttajataustaisia (Sarvimäki & Kangasharju 2006, 9).

Symbolisia hoitoon pääsyn esteitä voivat olla viestinnän ongelmat (kielitaidottomuus), asenteellinen suhtautuminen ja luottamuspuula hoidon tai palvelun antajan ja saajan välillä (Adamson ym. 2003, Morris ym. 2005). Hoidon antajan syrjivä asennoituminen voi näkyä esimerkiksi siinä, että hoitoon oikeaan aikaan hakeutunut vähemmistöryhmään kuuluva potilas ei saa tarpeeseensa nähden oikeaa diagnoosia ja oi-

keanlaista hoitoa (Adamson ym. 2003, Shengalia ym. 2005). Sosiaalihuollossakin voi tapahtua vastaavanlaista palvelujen valikoivaa antamista asiakkaan ominaisuuksien mukaan.

Kansainvälisten terveydenhuoltotutkimusten mukaan tiedetään, että siirtolaistaustaiset hakeutuvat tarpeeseensa tai sairastavuutensa nähden hoitoon harvemmin, joutuvat odottamaan kauemmin hoitoon pääsyä ja saattavat jäädä kokonaan vaille hoitoa useammin kuin valtaväestö. Heidän saamansa hoidon on myös todettu olevan laadultaan muun väestön saamaa hoitoa heikompaa. Tätä on selitetty muun muassa maahanmuuttajien varattomuudella, hoidon antajan ja saajan välisillä kommunikaatio- ja luottamusongelmilla, tietämättömyydellä ja maahanmuuttajia syrjivällä kohtelulla. (Krieger ym. 1993; Bollini & Siem 1995; Elliot & Gillie 1998; Nazroo 2001:32; Cooper 2002; Davey Smith ym. 2000; Davey Smith 2000; Nazroo 2001; Malin 2003.)

Viime vuosikymmeninä on julkaistu lukuisia tutkimuksia siitä, että sairauskohtaiset hoitokäytännöt vaihtelevat potilaan etnisen ryhmän mukaan eri puolilla länsimaita (Bollini & Siem 1995; Davey Smith ym. 2000; Einbinder & Schulman 2000; Fiscella ym. 2000, 2001; Etchanson ym. 2001; Smedley ym. 2002; van Ryn & Fu 2003). Kieliongelmat tai tiedon puute eivät voi selittää kaikkea hoitokäytäntöjen vaihtelua, sillä myös monilla vanhoilla etnisillä vähemmistöryhmillä on vaikeuksia saada määrällisesti ja laadultaan yhtä hyvää terveydenhuoltoa kuin valkoisen valtaväestön (esimerkiksi afroamerikkalaiset Pohjois-Amerikassa; Krieger ym. 1993, Williams & Jackson 2002, Williams ym. 2003).

Epäoikeudenmukainen kohtelu tai hoitokäytäntöjen vaihtelu asiakkaan tai potilaan etnisyyden mukaan ei rajoitu vain terveydenhuoltoon tai sairaanhoitoon, vaan sitä ilmenee laajemminkin yhteiskunnan instituutioissa, kuten oikeusjärjestelmissä, lastensuojelussa, kouluissa ja työelämässä (van Ryn & Fu 2003; Suomessa romanilasten lastensuojelukäytännöt 1960-luvulla, katso Pulma 2006). Hoidon antajan tietoinen tai tiedostamaton syrjivä hoito-asetanne jotain potilasryhmää kohtaan voikin olla yksi selitys sille, ettei maahanmuuttajataustainen saa tarpeensa tai sairautensa mukaista hoitoa tai että hän saa heikompilaatuista hoitoa kuin valtaväestöön kuuluva.

Syrjivä epäoikeudenmukainen kohtelu vahingoittaa aina potilaan tai asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia (Fiscella & Franks 1998, Smith ym. 2001, Karlsen & Nazroo 2002,

Nazroo 2003, Williams ym. 2003). Esimerkiksi Ruotsin ja Norjan äitiyshuollossa on dokumentoitu, että eri etnisiin ryhmiin kuuluvat mutta muutoin sosiaaliselta ja lisääntymishistorialtaan samanlaiset naiset saavat raskaana ollessaan ja synnyttäessään erilaista hoitoa valtaväestön naisiin nähden (Essén ym. 2000a, 2000b ja 2002; Vangen ym. 1999a, 1999b, 2002a, 2002b ja 2003). Se, että palvelujärjestelmää ei tunneta, ei selittäne kaikkia näitä eroja, sillä neuvolapalveluiden kautta suurin osa raskaana olevista on palveluiden piirissä.

Terveyspalveluissa hoitoon pääsyn ja hoidon sisällön epätasa-arvoisuus on eettisesti väärin, ja se saattaa uhata jopa vakavalla tavalla tiettyjen väestönsien terveyttä, mutta myös heidän laajempaa hyvinvointiaan (Gwanfogbe 2003; van Ryn & Fu 2003; Harrell ym. 2003). Jos hoitoon hakeutuminen lykkäytyy, voidaan myöhemmin tarvita intensiivisempiä hoitotoimenpiteitä, jolloin myös hoidon kustannukset ovat korkeammat kuin hoitoon oikeaan aikaan hakeuduttaessa ja oikeanlaista hoitoa saadessa.

Hoidon antajien syrjivistä asenteista etnisiä ryhmiä kohtaan on jotain viitteitä suomalaisiin, joskin pieniin, aineistoihin perustuvista tutkimuksista (Taavela 1999; Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998). Asiaa olisi syytä selvittää laajemmin ja syvällisemmin. Pirkko Pitkänen on kollegoidensa kanssa tutkinut suomalaisten viranomaisten kokemuksia ja asenteita maahanmuuttajiin (Pitkänen & Kouki 1999). Vuoden 1999 tutkimuksen mukaan (Pitkänen & Kouki 1999, 3–4) opettajat, sosiaalityöntekijät ja työvoimaviranomaiset kokivat maahanmuuttaja-asiakkaansa yleensä myönteisesti, kun taas poliiseista kolmasosa luonnehti kokemuksiaan kielteisiksi. Sosiaalityöntekijät ja poliisit kokivat kulttuurien erilaisuuden työssään erityisongelmaksi. Riitta Järvinen (2004) on tutkinut sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillista maahanmuuttotyötä väitöskirjassaan. Sari Hammar-Suutarin tutkimuksen mukaan (2006) sosiaalihuollon virkailijat Kelassa, sosiaalitoimistossa ja työvoimatoimistossa haluavat oppia lisää työstä eri kulttuureista elävien kanssa ja kokevat tarvitsevansa uudenlaisia kulttuurien välisen työn taitoja. Yhdysvaltalainen professori Peter Koehn on yksin (2006) ja yhdessä Kirsti Sainola-Rodriquezin kanssa (2005) tutkinut suomalaisten lääkärien ja terveydenhoitajien kulttuurista kompetenssia hoitotyössä vertaamalla heidän käsityksiään maahanmuuttajapotilaiden omiin käsityksiin terveydentilasta. Heidän tutkimustensa mukaan terveydenhoitajilla

on enemmän kulttuurista kompetenssia verrattuna lääkäreihin.

Tärkeää on muistaa kuitenkin, että terveydenhuollon vaikutuksen väestön terveyteen on tutkimusten mukaan havaittu olevan vain 10–15 prosenttia (Sosiaaliturvan suunta 2006). Suurin vaikutus terveyteen ja siten hoidon tarpeeseen ja käyttöön on yhteiskunnallisilla rakenteellisilla tekijöillä ja prosesseilla, jotka vaikuttavat elinolojen kautta yksilön terveyteen yhdessä hänen elintapojensa kanssa (Lahelma & Koskinen 2002; Keskimäki ym. 2002). Perusta terveyteen aikuisikäen ja toimintakykyiseen vanhuuteen luodaan jo lapsuus- ja nuoruusvuosina, mistä syystä on erityisen tärkeää toimia haavoittuvassa asemassa elävien maahanmuuttajataustaisten lapsiperheiden aseman (Bardy & Jantunen 2002) ja kotoutumisen parantamiseksi. Vastavasti tiettyjen sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä (asunnottoisuus, työttömyys, päihdeongelmat, köyhyys, lastensuojelun tarve) yhteiskuntapoliittiset tekijät ovat ratkaisevan tärkeitä (Koskinen ym. 2002).

Mitä tiedetään maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarpeista ja käytöstä Suomessa

Jonkin väestönsien terveystilanteen analysoimiseksi tarvitaan lukuisia erilaisia yksilöllisiä ja yhteiskuntaelämän eri tasoja kuvaavia tietoja. Näitä tietoja ovat muun muassa väestönsien ryhmittäinen sairastavuus, kuolleisuus ja tärkeimpien terveyttä määrittävien yhteiskunnallisten tekijöiden kehittyminen. Tietoa tarvitaan myös näiden tekijöiden keskinäisistä yhteyksistä ja vaikutuksista eri väestönsien terveyspalveluiden saatavuuteen, käyttöön, terveydenhuollon toimenpiteisiin ja kustannuksiin. (Koponen 2002, 132–135.)

Maahanmuuttajista on periaatteessa olemassa samat tiedot tutkimustarkoituksiin kuin valtaväestöstäkin, mutta niiden analysoimiseksi tarvitaan eri tietolähteiden yhdistämistä henkilötunnuksen avulla, ja tästä syystä asianomaiset luvat. Sosiaalihuollon palveluissa rekisteröidään asiakkaan kotikieli, jonka perustalta voidaan erottaa maahanmuuttajataustaiset palveluiden käyttäjät (Sarvimäki & Kangasharju

2006, 7). Tietoa on periaatteessa siis olemassa esimerkiksi maahanmuuttajien väestö- ja elinoloista (sukupuoli- ja ikäjakauma; siviilisäätö ja perheellistyminen, työllisyystilanne ja työttömyys; koulutus; kotitalouksien tulotiedot, asuinalue jne.). Suurin osa maahanmuuttajista on nuoria työkäisiä ja perheen perustamisen elämänvaiheessa eläviä ihmisiä. Noin puolet maahanmuuttajista on naisia ja merkittävä osa lapsia, sillä joidenkin maahanmuuttajaryhmien syntyvyys on korkeampi kuin suomalaissyntyisillä (Malin & Gissler, tulossa). Maahanmuuttajien antropometrisistä tiedoista (pituus, paino, ylipainoisuus) on olemassa sukupuolen mukaiset poikkileikkaustiedot työkäisistä venäläisistä, virolaisista, somalialaisista ja vietnamilaisista (Pohjanpää 2003a, 109–110).

Sukupuolten terveystietäytymisestä tiedetään se, että naiset käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin miehet, kokevat terveytensä yleensä heikommaksi kuin miehet, sairastavat enemmän kuin miehet, mutta elävät kauemmin kuin miehet (Gissler 2003; Aukee 2003; Annendale & Hunt 2000; Lahelma ym. 1999). Etnisen ryhmän sukupuolijärjestelmä vaikuttaa kaikkien jäsentensä elämään, mutta erityisen voimakkaasti se vaikuttaa naisten ja tyttöjen hyvinvointiin ja terveyteen. Etnisen ryhmän sukupuolijärjestelmä määrää yleensä sen, miten nainen voi elämänsä elää. Toisaalta uuden länsimaisen kotimaan liberaalimpi sukupuolijärjestelmä voi suosia ja rohkaista esimerkiksi naisten kouluttautumista ja työllisyyttä (Forsander 2002a). Naisen asema vaihtelee hänen siviilisäätönsä ja ikänsä mukaan sekä sen mukaan, onko hänellä lapsia vai ei. Näiden hänen elämäänsä määrävien tekijöiden mukaan myös hänen terveytensä ja terveystarpeensa vaihtelevat. Eri ryhmien ja eri-ikäisten maahanmuuttajamiesten terveys- ja sosiaalipalveluiden erityistarpeista tai käytöstä ei ole tutkimustietoa (lukuun ottamatta yhtä seminaariraporttia Samassa veneessä..., 2003). Vastaavasti meillä ei ole myöskään tietoa maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarpeista, saatavuudesta, käytöstä ja sisällöistä.

Maahanmuuttajien valtaväestöä heikommista elinoloista tiedetään Suomessakin (Pohjanpää ym. 2003). Vaikka suurin osa maahanmuuttajista on työkäisiä, ovat länsimaiden ulkopuolelta tulleet suomalaisia useammin työttöminä, alityöllistettyjä ja pienituloisia, jolloin he useammin ovat merkittävästi köyhempiä kuin suomalaiset. Maahanmuut-

tajien elinolotutkimuksen mukaan (Paananen 2003b, 91–96) maahanmuuttajien työttömyys oli moninkertaista, sillä työttömänä on noin 50 prosenttia pääkaupungin somalialaisista, 40 prosenttia vietnamilaisista, 30 prosenttia venäläisistä ja 18 prosenttia virolaisista (suomalaisista 10 %). Yksi selitys tälle on se, että näiden maahanmuuttajaryhmien koulutustaso on usein varsin vaatimaton. Yllättävää on, että suhteellisen kauan maassamme asuneiden vietnamilaisten koulutustaso on myös alhainen, vaikka heillä on periaatteessa ollut tasarvoiset koulutusmahdollisuudet. (Paananen 2003a, 84–85.) Maahanmuuttajanaisten työllistymistä on tutkinut Annika Forsander (Forsander 2002a ja 2003b).

Suomessa maahanmuuttajat sijoittuvat usein työasemiltaan alempiin ja määräaikaisiin asemiin muodostaen näin joustavasti liikkuvan työvoiman. Työalat ja työasemat ovat jakautuneet paitsi sukupuolen myös etnisyyden mukaan. Naisten ja etnisten vähemmistöjen työalat ovat usein pienipalkkaisia ja vähemmän arvostettuja ja heidän työasemansa on usein miesten ja valtaväestön asemaa alempia (Forsander 2002a–c ja 2003a). Maahanmuuttajia Suomessa työllistävät eniten pienipalkkaiset sekä usein määräaikais töitä tarjoavat teollisuus-, ravintola-, siivous- ja hoitoalat (Forsander & Alitolppa-Niitamo 2000; Forsander 2002c, 2003a). Koulutettujen maahanmuuttajien sosiaalinen asema saattaa laskea uudessa asuinmaassa, jos he joutuvat kykyjään vastaamattomiin töihin. Näin tapahtuu Suomessakin, vaikka osa kokee maahanmuuton merkitsevän myös uusia elämänmahdollisuuksia (Alitolppa-Niitamo ym. 2005). Maahanmuuttajien työturvallisuutta voi vaarantaa heidän heikomman kielitaitonsa lisäksi myös se, että he sijoittuvat suomalaissyntyisiä useammin alhaisiin työmarkkina-asemiin. Varsinaista tutkimustietoa asiasta ei ole.

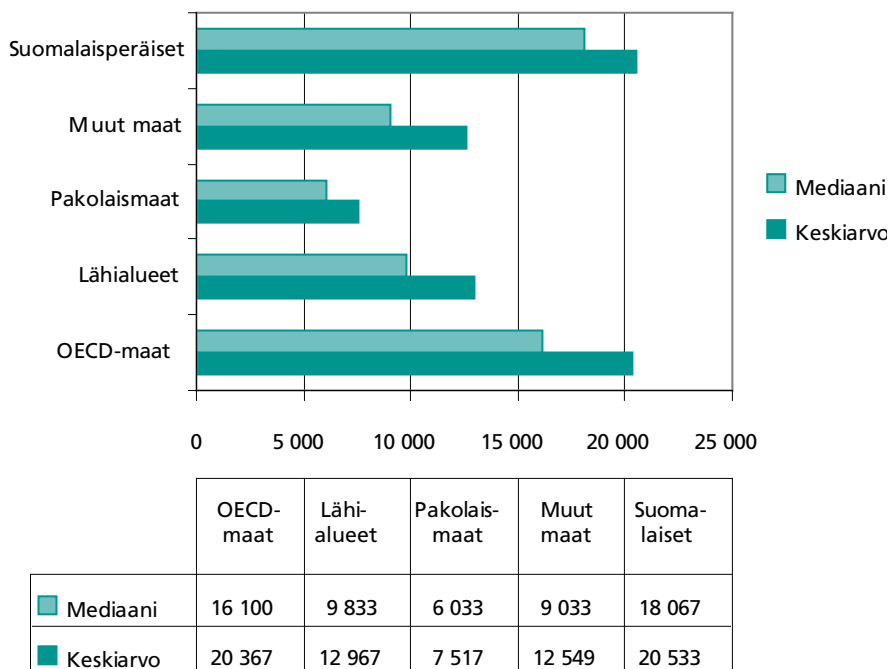
Eräiden maahanmuuttajaryhmien asuinoloista on olemassa poikkileikkaustietoa (Paananen 2003c, mm. tietoa asumismuodosta, huoneiden lukumäärästä, vuokran suuruudesta, tyytyväisyydestä asunnon kokoon, turvallisuuden tunteesta asuinalueella, muuttojen lukumäärästä Suomessa ja asuinajasta nykyisessä asunnossa). Yleisesti tiedetään, että maahanmuuttajat asuvat tyypillisesti vuokra-asunnoissa, kun suomalaisista noin neljäsosa asuu vuokralla. Maahanmuuttajien ensimmäisen elinolotutkimuksen mukaan enemmistö tutkimukseen osallistuneista asui vuokralla (somalialaisista lähes kaikki) ja venäläisistä, vietnamilaisista ja virolaisista

joka viides asui omistus- tai asumisoikeusasunnossa. Suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä asuntonsa kokoon, vaikka asunnot olivat suhteellisen ahtaita. Tilapäisissä asunnoissa oli kyselyä edeltäneen vuoden aikana asunut noin joka kymmenes tutkimuksen maahanmuuttaja. Turvattomaksi asuinalueensa koki 30 prosenttia vastanneista somalialaisista. (Paananen 2003c, 138–139.) Tietoa on myös maahanmuuttajien asunnottomuudesta (Rastas 2002; Kärkkäinen & Mikkonen 2003).

Maahanmuuttajien väkivaltakokemuksia on myös tutkittu (Pohjanpää 2003d, 67–71). Niissä on kartoitettu kokemuksia uhkaamisesta, kiinni tarttumisesta tai estämisestä, tyrkkimisestä tai tönimisestä sekä lyömisestä (käsillä, veitsellä tai muulla aseella) sekä seksuaalisesta häirinnästä.

Eniten näitä väkivaltakokemuksia oli somalialaisilla, lukuun ottamatta seksuaalista häirintää, jota olivat useammin kokeneet virolaiset. (Emt., myös Honkatukia 2005) Maahanmuuttajanaisten kokemaa perheväkivaltaa on myös tutkittu ja todettu että he ovat yleisiä turvakotien asiakkaita (Ojuri 1999; Haarakangas ym. 2000).

Köyhyys vaikuttaa terveyteen, hyvinvointiin ja terveyspalveluiden tarpeeseen sekä niiden käyttöön (esim. Mannila 2002). Maahanmuuttajien tulotaso on merkittävästi alhaisempi kuin suomalaisilla, mikä vaikuttaa heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa elinolojen kautta. Erityisesti pakolaismaista tulleiden keskimääräinen tulotaso on kolmannes suomalaisperäisten vastaavasta tasosta (kuvio 1).



KUVIO 1, Maahanmuuttajien ja suomalaisperäisten keskimääräiset tulot 2001–2003, € (Gissler ym. 2006, 28.)

Lähialueet: Viro, Venäjä, Neuvostoliitto

Pakolaismaat: Jugoslavia, Somalia, Irak ja Iran

Maahanmuuttajien elämäntavoista ja terveystottumuksista on valikoivasti tutkimustietoa olemassa. Virolaisten, venäläisten, somalialaisten ja vietnamilaisten 24–60-vuotiaiden miesten ja naisten tupakoinnista ja alkoholin käytöstä on poikkileikkaustieto olemassa ensimmäisestä maahanmuuttajien elinoloja selvittävästä tutkimuksesta (Pohjanpää 2003b). Kaikkien synnyttäneiden maahanmuuttajanaisten raskaudenaikaisesta tupakoinnista tiedetään, että lähialueilta ja länsimaista tulleet naiset tupakoivat raskauden aikana useammin kuin muualta tulleet naiset (Malin & Gissler, tulossa). Maahanmuuttaja-aikuisten liikunnasta on jonkin verran poikkileikkaustietoa olemassa (Pohjanpää 2003b, myös Myrén 1999). Eri etnisten ryhmien ravitsemuksesta ja ruokatottumuksista on niin ikään vähän tutkimustietoa, mutta opas ammattilaisille on julkaistu (Partanen 2002). Maahanmuuttajien seksuaaliterveydestä ei tiedetä lukuun ottamatta epäsuoraa tietoa maahanmuuttajanaisten raskaudenkeskeytysten yleisyydestä ja taustoista (Malin & Gissler, tulossa). Filio Degni (2005) on väitöskirjassaan tutkinut avioliitossa elävien somalinaisten vähäistä perhesuunnittelupalveluiden käyttöä.

Tietoa on myös eri maahanmuuttajaryhmien sukupuolen ja iän mukaisesta sairastavuudesta, mutta nämä tiedot perustuvat terveydenhuollon palveluiden käyttäjien tietoihin ja voivat siten olla vinoutuneita. Tästä aihepiiristä on tehty ensimmäinen rekisterilinkkaukseen perustunut tutkimus (Gissler ym. 2006), jonka mukaan erikoissairaanhoidon tietojen perusteella maahanmuuttajien ikävakiointu sairastavuus on suomalaisperäistä väestöä vähäisempää. Poikkeuksena ovat vatsa- ja lantiokipu, sappikivitauti (vain naiset) ja dialyysihoidot. (Gissler ym. 2006.) Ilmiö voi osittain selittyä maahanmuuttajien valikoitumisella (suurin osa vielä nuoria ja terveitä), erilaisella oireiden kokemisella ja terveyspalveluiden järjestämisen eroilla.

Maahanmuuttajien toimintakyvystä ja elämänlaadusta tiedetään venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten koetun terveyden ja elämää haittaavan pitkäaikais-sairauden yleisyydestä yhden poikkileikkaustutkimuksen perustalta (Pohjanpää 2003a), mutta muiden maahanmuuttajaryhmien osalta tätä tietoa ei ole. Kirsti Pohjanpään tutkimuksen mukaan (2003a, 104–105) venäläiset kokevat terveytensä useammin huonoksi kuin muut tutkimuksen maahanmuuttajaryhmät. Somalialaiset kokevat muita useam-

min terveytensä hyväksi, vaikkakin he – ja erityisesti naiset – ilmoittavat muita useammin kokevansa paljon erilaisia oireita ja käyvät suhteellisen usein lääkärissä. Somalialaiset ovat myös pitkäaikaissairauksien suhteen terveempiä kuin muut tutkimuksessa mukana olleet maahanmuuttajat. Sen sijaan joka kolmas vietnamilainen ja venäläinen sekä joka viides virolainen ilmoittaa jonkin pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman. Pitkäaikaissairaiden määrä lisääntyy iän karttuessa. Vietnamlaismiehet ovat jonkin verran sairaampia kuin naiset, muissa etnisisissä ryhmissä naisten pitkäaikaissairastavuus on yleisempää. Vastaajan arvion mukaan useimmat ilmoitetut pitkäaikaissairaudet haittasivat työtekoja ja jokapäiväisiä askareita suuresti tai jossakin määrin. Sosiaalista kanssakäymistä sairauksien koettiin haittaavan selvästi vähemmän. (Pohjanpää 2003a, 105–106.)

Maahanmuuttajien etnisen ryhmän tai iän mukaisesta kokonaisuolollisuudesta, äitiyskuolllisuudesta, tautikoh-taisesta ja ulkoisista kuolinsyistä (tapaturmat, myrkytykset, itsemurhat) ei ole yhdistettyä ja julkaistua tietoa olemassa, vaikka tieto periaatteessa on rekistereissä olemassa. Vuosina 1999–2001 syntyneistä maahanmuuttajien imeväis-kuolllisuudesta julkaistaan lähiaikoina tutkimusartikkeli (Malin & Gissler, tulossa), jonka mukaan afrikkalaisten, latinalaisamerikkalaisten ja somalialaisten vastasyntyneiden kuolllisuus on merkittävästi korkeampi kuin suomalaisten. Sairastavuudesta on myös pääasiassa terveyspalveluihin perustuvaa rekisteritietoa olemassa, mutta sitä ei ole yhdistetty ja analysoitu maahanmuuttajien sukupuolen, iän ja muiden sosiodemografisten tekijöiden mukaan (tautikohtainen esiintyvyys, tartuntatautien ilmaantuvuus, vammaisuus, työkyvyttömyys).

Suomessa ei ole luotettavaa tietoa maahanmuuttajien sukupuolen, iän ja ryhmän mukaisesta psyykkisestä voinnista ja mielenterveyspalvelujen käytöstä (Dierra ym. 1998; Rauta 2005). Kansainvälisten tutkimusten mukaan maahanmuuttajataustaiset ovat aliedustettuna tarkasteltaessa mielenterveyspalvelujen käyttöä. Viitteitä on myös siitä, että heidän mielenterveyden häiriöitään tunnistetaan heikommin kuin valtaväestön häiriöitä ja että heidän hoidossaan on puutteita. (Dein 1997.) Asko Raudan tekemän selvityksen mukaan (2005) Helsingin ja Turun tietyillä asuinalueilla maahanmuuttajien osuus kaikista mielenterveyspotilaista näyttäisi olevan samaa luokkaa kuin heidän osuutensa asuinalueen

väestöstä. Myös palvelujen laatu, kattavuus ja palveluiden piiriin pääsy näyttäisivät olevan paremmat niillä alueilla, joissa asuu suhteellisen paljon maahanmuuttajia. Selonteon johtopäätös kuitenkin on, että maahanmuuttajilla on vaikeuksia saada apua mielenterveysongelmiinsa. Kyseessä on hyvin monitahoinen ongelmakenttä, eikä se pelkästään liity palvelujärjestelmään tai yksittäisiin tekijöihin. Asko Raudan mukaan (2005) maahanmuuttajia hoidettaessa mielenterveyden ja sen häiriöiden laajempi ymmärtäminen onkin keskeistä.

Maahanmuuttajanaisten raskauden- ja synnytyksen-aikaisesta terveydestä ja hoidon saamisesta on valikoitua tutkimustietoa olemassa vuosilta 1999-2001 (mm. synnyttäjien ikä, siviilisääty, synnyttäneisyys, lisääntymishistoria, raskaudenaikainen terveys ja hoidon saatavuus ja käyttö, synnytystapa, lasten terveys ensimmäisen elinviikon aikana, raskauden kesto, lasten paino ja pituus; Malin & Gissler tulossa). Imetyksen kestosta ja lasten osuudesta rokotusohjelmissa ei ole tutkimustietoa olemassa muutoin kuin Tuulikki Hassinen-Ali-Azzanin etnografisessa hoitotieteen tutkimuksessa (2002) somaliäitien imetystavoista ja asenteista lasten rokotuksiin.

Maahanmuuttajien terveyspalveluiden käytöstä on myös valikoitua tutkimustietoa olemassa. Tietoa on diagnosiryhmittäin eri ikuisryhmien sukupuolen mukaisesta erikoissairaanhoidon käytöstä ja hoitajaksojen pituudesta. Maahanmuuttajat käyttävät suomalaisperäisiä vähemmän terveydenhuollon palveluja sekä perusterveydenhuollossa (-8 %) että erikoissairaanhoidossa (-27 %). Poikkeuksen muodostavat 15–29-vuotiaat maahanmuuttajanaiset, jotka käyttävät raskauden- ja synnytyksenaikaisia terveydenhoidon palveluita enemmän kuin suomalaissyntyiset, koska heidän lapsimääränsä on suurempi kuin valtaväestön naisilla (Gissler ym. 2006). Tämä osoittaa, että äitiyshuoltopalvelut tavoittavat hyvin maahanmuuttajanaiset. Toisen tutkimuksen mukaan tiedämme, että maahanmuuttajanaiset käyttävät ja saavat raskauden aikana neuvolapalveluita, sairaalahoitoa ja äitiyspoliklinikkahoitoa yhtä paljon kuin valtaväestö (Malin & Gissler, tulossa). Maahanmuuttajien lääkkeiden käyttöä ei ole tutkittu.

Pienen tutkimusaineiston perusteella tiedämme, että perusterveydenhuollossa maahanmuuttajille tehdään vähemmän tutkimuksia kuin suomalaisille (pienuuden

lisäksi perusterveydenhuollon tutkimusaineistomme oli myös puutteellinen, sillä siihen kuului vain muutamia isoja kaupunkeja, joissa on merkittävä määrä maahanmuuttajia, kuten Turku ja Oulu). Perusterveydenhuollon palveluiden käytössä maahanmuuttajien ja suomalaisperäisen väestön erot olivat tutkimuksemme mukaan vähäisiä. Maahanmuuttajilla on enemmän äitiysneuvola- ja suun terveydenhuollon käyntejä, mutta vähemmän muiden ammattiryhmien kuin lääkärin tai hoitohenkilökunnan luona käyntejä. (Gissler ym. 2006.) Tutkimuksesta ei ollut tietoja yksityislääkäri- ja työterveyslääkärikäynneistä, joiden huomioiminen saattaa lisätä suomalaisperäisten ja maahanmuuttajien välistä terveydenhuollon palveluiden käyttöeroja. Kaiken kaikkiaan Gisslerin ym. tutkimuksen (2006) mukaan voidaan todeta, että eniten terveydenhuollon palveluiden käyttävät pakolaismaista tulleet (Jugoslavia, Somalia, Irak ja Iran). Pakolaisten terveydenhuoltoon kannattanee voimavaroja suunnata vieläkin enemmän onnistuneen kotoutumisen edistämiseksi ja terveyden voimavarojen parantamiseksi ja ylläpitämiseksi.

Eri maahanmuuttajaryhmien sukupuolen ja iän mukaisesta kohdennetusta terveyttä edistävästä toiminnasta ja sairauksien ehkäisystä ei ole olemassa tutkimustietoa. Yleisperiaate palveluiden järjestämisessä on, että kaikki kansalaiset ovat samanlaisten palveluiden piirissä, jolloin ei korosteta jonkin erityisryhmän erityistarpeita. Kiinnostavaa on, että terveyden edistämisen painopisteiden lähihistorian analyysissä todettiin, että 2000-luvulla terveyden edistämässä pyritään huomioimaan erityisesti kulttuuriset tekijät yhteisölähtöisyyden, eettisyyden, psykososiaalisten ja teknologisten tekijöiden lisäksi sekä asiakkaiden hallinnan tunteen vahvistamisen lisäksi. (Pietilä ym. 2002, 150–151.) Tietoa ei ole siitä, miten tämä terveyspoliittinen linjaus toteutuu kulttuurivähemmistöjen terveyden edistämässä.

Maahanmuuttajien terveyspalveluiden kustannuksista on olemassa myös tutkimustietoa. Perusterveydenhuollon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset ovat maahanmuuttajilla viisi prosenttia matalammat kuin suomalaisperäisellä väestöllä, kun vastaavasti poliklinikkakäyntien kustannukset ovat 20 prosenttia sekä vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian kustannukset lähes 30 prosenttia alhaisemmat. Pakolaismaista tulleilla terveydenhuollon kustannukset ovat korkeammat kuin suomalaisperäisellä väestöllä tai länsimaista, lähialueilta

ja muualta tulleilla. Maahanmuuttajien kotikunta vastaa suurimmasta osasta terveydenhuollon kustannuksista. Valtio (sisältäen kuntien valtionosuudet) kattaa alle viidesosan sekä maahanmuuttajien että suomalaisperäisten kustannuksista (18 % ja 17 %), kun asiakasmaksujen osuus on noin 6–7 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. (Gissler ym. 2006.)

Maahanmuuttajien terveyspalveluiden kokemuksista on poikkileikkaustieto olemassa elinolututkimuksesta (Pohjanpää 2003c, 125–126). Tutkimuksen mukaan venäläiset yhdessä virolaisten kanssa ilmaisevat useammin tyytymättömyyttään saamansa hoidon riittävyteen (emt.). Määrällisten jakaumatietojen lisäksi olisi tärkeää saada syvällisempää tietoa eri maahanmuuttajaryhmien kokemuksista terveys- ja sosiaalipalveluista.

Mitä tiedetään maahanmuuttajien sosiaalipalveluiden tarpeista ja käytöstä?

Sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuuden toteutumista maahanmuuttajien keskuudessa voidaan tutkia pitkälti samojen yksilö-, yhteisö- ja rakenteellisten tekijöiden suhteen kuin terveyspalveluidenkin käyttöä, saatavuutta ja sisältöjen tarpeen- ja tarkoituksenmukaisuutta. Monet edellä luetellut elinoloja kuvaavat tiedot implikoivat myös erilaisten sosiaalihuollon palveluiden tarvetta. Sosiaalihuoltoon kuuluvat sosiaalipalvelut ja -etuudet sekä viimesijainen toimeentuloturva eli toimeentulotuki. Kaikkien väestöryhmien tarpeet pyritään kattamaan riittäväillä ja korkeatasoisilla palveluilla, joiden toteutusvelvollisuus on kunnilla. Palvelualakohdittain tärkeää olisi tutkia maahanmuuttajaryhmittäin seuraavien palveluiden saatavuutta, käyttöä ja sisältöä: lasten päivähoito, pienten lasten hoitotukien saaminen ja käyttö, esiopetukseen osallistuminen, lastensuojelu (avohuollon tukitoimet, huostaanotto, sijaishuolto, jälkihuolto), vammaisten saamat palvelut, päihdehuollon palvelut, vanhusten palvelut ja toimeentulotukipalvelut.

Sosiaalityön tehtävänä on tukea yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä selviytymään ongelmistaan ja lievittämään niiden aiheuttamaa rasitetta. Sosiaalityöntekijät tekevät sosiaalityötä antamalla neuvontaa ja ohjausta, selvittämällä asiak-

kaiden kanssa heidän ongelmiaan sekä järjestämällä muita tarvittavia tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilön ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta. Sosiaalityötä tehdään erityisesti lasten- ja nuorten huollossa, päihde- ja mielenterveytystyössä, vanhus- ja vammaistenhuollossa. (http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/_sospa/shtyo/index.htm.)

Valtakunnallisissa päivähoiton linjauksissa (2001) ja varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa (2003, 2005) painotetaan kaikkien lasten yhtäläisiä oikeuksia saada yhtä hyvää päivähoitoa ja lasten oikeutta oman kulttuurin ja kielen tukemiseen. Linjausten sisältöjen toteutumista kunnissa ei ole tietoa. Lasten päivähoiton saatavuudesta ja käytöstä tiedetään edustavan poikkileikkausaineiston perustalta vuosilta 2001–2003, että alle 3-vuotiaat maahanmuuttajalapsen lapset ovat kantaväestöä hieman harvemmin päivähoitossa. Vastaavasti näissä perheissä saadaan kantaväestöä enemmän kotihoidon tukea. Päivähoitokustannukset ovat yhtä suuret vertailtaessa maahanmuuttajia ja kantaväestöä. (Sarvimäki & Kangasharju 2006, 2, 11–20.) Pääkaupunkiseudun julkisessa päivähoitossa olevista lapsista 8 prosenttia on maahanmuuttajia, jotka puhuvat 70:tä eri kieltä (Remsu 2005, 38). Näiden lasten määrän ennustetaan kasvavan, koska suurin osa maahanmuuttajista on perheen perustamisiässä ja heidän perheissään on keskimäärin enemmän lapsia kuin suomalaisperheissä. Maahanmuuttajataustaisten lasten oman kielen ja suomen kielen tukemisesta sekä yleisestä erityisen tuen tarpeesta ja sen toteutumista ei ole tietoa. Pääkaupunkiseudun päivähoiton henkilökunta on arvioinut lasten tarvitsevan yleisesti erityistä apua oman äidinkielen ja suomen kielen opetuksessa (Remsu 2005; myös Sarvimäki & Kangasharju 2006, 21, 31). Yleisesti tiedetään, ettei koko maassakaan ole kyetty lasten erityisen tuen tarpeita tyydyttämään tukipalveluilla päivähoitossa (Färkkilä ym. 2006). Elämän voimavarat kehittyvät kumuloituvasti lapsuudesta alkaen, mistä syystä lasten yhtäläisiin kehityksen ja kasvun mahdollisuuksiin olisi kiireesti ja voimakkaasti panostettava.

Vanhempien kokemuksista yhteistyöstä päivähoiton kanssa tiedetään, että enemmistö aikuisista maahanmuuttajista piti elinolututkimuksen mukaan päivähoiton ja kodin välistä yhteistyötä hyvänä, joskin somalialaisista 12 prosenttia piti yhteistyötä huonona (Pohjanpää ym. 2003, 230). Vastaavasti kodin ja koulun välisen yhteistyön koki huonona

tai melko huonona useampi maahanmuuttaja verrattuna päivähoidon ja kodin väliseen yhteistyöhön (emt. 231).

Maahanmuuttajien lastensuojelun erityiskysymyksistä sosiaalityön näkökulmasta meillä on tietoa Merja Aniksen tutkimuksista (2001 ja 2003). Lastensuojelun huostaanotosta ja sijaishuollosta tiedetään, että Helsingissä ja Vantaalla huostaan otettujen ja sijoitettujen maahanmuuttajalasten osuus vuonna 2004 oli 11, 5 prosenttia, kun heidän väestöosuutensa tarkastelualueella oli 8,7 prosenttia (Sarvimäki & Kangasharju 2006, 25). Tietoa ei ole lastensuojelun tukitoimien kattavuudesta, saatavuudesta ja käytöstä maahanmuuttajaperheissä.

Vammaispolitiikan yleisenä tavoitteena on turvata kaikille kuntalaisille taloudellisesta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta heidän tarvitsemansa palvelut. Toiminnan painopisteitä ovat vammaisten henkilöiden osallistumisen esteiden poistaminen, palvelut ja kuntoutus. Palvelujen järjestämisen periaatteena on että, ensisijaisesti palveluja tarjotaan yleisinä peruspalveluina. Vammaiset tarvitsevat kuitenkin jokapäiväisessä elämässään myös erityispalveluja kuten asumis-, apuväline-, kuljetus- ja tulkkipalveluja. (http://www.stm.fi/Resource.phx/_vastt/sospa/_shvam/index.htm.) Siitä, missä määrin ja minkä laatuista vammais- palveluita maahanmuuttajat saavat ja käyttävät on julkaistua tietoa vain Helsingistä, jonka mukaan maahanmuuttaja-asiakkaita on vammais- palvelujen käyttäjistä vain 2,1 prosenttia, kun heidän väestöosuutensa alueella on 6,7 % (Sarvimäki & Kangasharju 2006, 25).

Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siitä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihteellä tarkoitetaan sekä alkoholia, sen korvikkeita, huumausaineita ja päihtymistarkoitukseen käytettyjä lääkkeitä. Päihdehuollon palveluja ovat avohoito, laitoshoido, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. (http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/_shpai/index.htm.) Päihdehuollon toimivuudesta maahanmuuttajien osalta tiedetään, että vuonna 2004 Helsingin päihdehuollon asiakkaista heitä oli 1,9 prosenttia, kun heidän väestöosuutensa alueella oli 6,7 prosenttia (Sarvimäki & Kangasharju 2006, 25). Helsingin Diakonissalaitoksella on tehty tutkimus venäjänkielisten

nuorien huumeidenkäytöstä. Sen mukaan nuoret kokivat hoitoon hakeutumisen hyvin hankalaksi, minkä syiksi arveltiin tiedon puute ja pelkoja karkotetuksi joutumisesta. Perhekeskeisille päihde- palveluille koettiin olevan paljon tarvetta. (Puro 2003, Karlsson 2003.)

Toimeentulotuki on viimesijainen toimeentuloturvan muoto tilanteissa, joissa henkilön tai perheen tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin, ja sen maksaminen perustuu toimeentulotuesta annettuun lakiin (1412/1997, <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shtoi/index.htm>). Siitä, kuinka suuri osa eri maahanmuuttajaryhmiin kuuluvista elää toimeentulotuella ja kuinka kauan, ei ole julkaistua tietoa.

Koska maahanmuuttajissa on suhteellisesti tarkasteltuna hyvin vähän vanhuksia ja erityisesti sellaisia vanhuksia, jotka tarvitsevat kohdennettuja perus- tai erikois- palveluita, ei näiden palveluiden käyttö ole vielä ajankohtaistunut suoranaisesti Suomessa. Helsingistä on julkaistua tietoa siitä, että maahanmuuttajavanhuksia on koko väestöstä 1,8 prosenttia, joista palveluasumista käyttää 0,9 prosenttia, kodinhoitoapua ja kotihoitoa saa 2,7 prosenttia ja 1,9 prosenttia heistä on laitoshoidossa (Sarvimäki & Kangasharju 2006, 25). Vanhustyön keskusliiton Ikääntyvät maahanmuuttajat Suomessa -hankkeen mukaan vanhusten palvelutarpeet ovat suuret ja kielitaidottomina he ovat vaarassa syrjäytyä ja eristyä valtakulttuurista (<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi>). Vanhusten erityiskysymyksistä meillä on jonkin verran tietoa kerätty (Kärkkäinen 1999, Kuusi 2000, Jaakkola 2003, Vihantola 2003).

Maahanmuuttajien kokemuksia sosiaalipalveluiden käytöstä ei juuri ole tutkimustietoa lukuun ottamatta joidenkin suurten kaupunkien maahanmuuttaja-asukkailleen tekemiä kohdennettuja asiakastytyväisysselvityksiä. Lisäksi on olemassa poikkileikkaustieto venäläisten, virolaisten, vietnamilaisten ja somalialaisten tyytyväisyydestä asiointiin Kelan toimistossa, terveyskeskuksessa, sosiaalitoimistossa, ulkomaalaisvirastossa, tullissa tai rajavartiolaitoksessa, verotoimistossa tai poliisin luona. Yleisesti ottaen he eivät juuri ilmaiseet saaneensa huonoa palvelua lukuun ottamatta somalialaisia, joista joka viides koki saaneensa huonoa tai melko huonoa kohtelua sosiaalitoimistossa ja ulkomaalaisvirastossa asioidessaan. (Pohjanpää ym. 2003, 229–231.) Maahanmuuttajat itse ovat tehneet pieniä laadullisia tutki-

muksia siitä, millaisia kokemuksia eri ryhmiin kuuluvilla on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuksista (Clarke 2003, 2005). Sosiaalihuollon ammattilaisten suhtautumisesta maahanmuuttaja-asiakkaisiin ei niin ikään ole paljon tutkimustietoa Hirstiö-Snellmanin ja Mäkelän (1998) pieneen haastatteluaineistoon perustuvaa tutkimusta ja Pitkäsen ja Koukin (1999) tekemää tutkimusta lukuun ottamatta.

* * *

Tärkeä järjestelmätason tekijä, joka vaikuttaa sekä sosiaali- että terveyspalveluiden oikeudenmukaiseen kohdentumiseen, saatavuuteen ja käyttöön on palvelu- ja hoitoketjujen saumattomuus, kun palvelut on porrastettu ja niitä tuottavat eri toimijat. Yksi terveyspalvelun tai hoidon kokonaisuus koostuu usein monista tekijöistä, sillä se voi sisältää toiminnan, palvelun, tutkimukset, toimenpiteet, kuntoutuksen ja hoivan. Terveyspolitiikan mukaan onkin tärkeää, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaation rajat häivytetään aiempaa tiiviimmällä yhteistyöllä palveluja kehittämällä ja niiden kohdentumisen oikeudenmukaisuutta parantamalla. Yksi keino tämän saavuttamiseksi on rakentaa palvelujen saumattomuutta ja saada eri osista koostuva palvelu- ja hoitoketju toimivaksi, jolloin asiakas saa tarvitsemansa hoidon kokonaisuuden oikeaan aikaan ja oikeansisältöisenä prosessina riippumatta siitä, että hoidon eri osia toteutetaan eri hoito- ja palveluorganisaatioissa. Hyvin toimivassa hoito- ja palveluketjussa tieto eri organisaation osien välillä kulkee hyvin ja auttavat eri osissa konsultoivat tarvittaessa keskenään. Palvelun ja hoidon kokonaisuus tulee koko ajan olla hallinnassa, yhteen sovitettu ja toimiva, mikä on mahdollista vastuutetun koordinaattorin avulla. (Saumattomien palveluketjujen..., 1998.) Hoitoketjujen toimivuutta ja koordinaatiota tähdennetään, koska terveydenhuollon organisaatiot ovat muuttuneet moniportaisiksi ja useisiin toimintasektoreihin eriytyneiksi varsinkin suurilla paikkakunnilla. Samoin sosiaalipalveluissa kehitetään ja toimeenpannaan palveluohjausta yhteen sovittamaan ja koordinoimaan asiakkaan monitahoista palvelupakettia (<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/palveluohjaus>). Palvelun ja hoidon antajien määrän ja monitahoisuuden lisääntyminen haastaa ja hankaloittaa palvelun ja hoidon osien saumattomuuden toteutumista ja moniammatillista yhteistyötä sekto-

rin sisällä ja sektorien välillä. Organisatorisessa kehityksessä on vaarana se, ettei kenellekään ole mahdollista muodostaa kokonaiskuvaa väestön ja väestöryhmien terveys- ja sosiaalipalveluiden tarpeista ja niiden tyydyttämisen mahdollisuuksista. Epätoivotuimman kehitysennusteen mukaan eri toimipisteet voivat eriytyä omiksi työyhteisöikseen, joilla on omat erilliset ammatilliset kulttuurinsa. (Koponen ym. 2002, 80.) Tietoa maahanmuuttajataustaisten terveyden- ja sosiaalihuollon asiakkaiden palveluiden saumattomuudesta ja sen toteutumisesta ei ole.

Lopuksi

Elämä ei ole kovin oikeudenmukaista, mutta demokraattisen oikeusvaltion sosiaali- ja terveyspalveluiden tulisi olla yhtäläillä tarjolla ja sisällöltään laadukkaita kaikille asiakkaille ja potilaille, riippumatta heidän asuinalueestaan, etnisestä taustastaan, iästään, sukupuolestaan tai sosiaalisesta asemastaan. Pääsääntöisesti palveluiden saatavuudesta, sisällöstä, tarpeista ja käytöstä ei ole tietoa eri maahanmuuttajaryhmissä. Monet maahanmuuttajaselvitykset koskevat pääkaupunkiseudulla asuvia, koska suuri osa heistä on keskittynyt tälle alueelle asumaan. Tästä syystä tarvetta on selvittää muualla Suomessa elävien kulttuuristen vähemmistöryhmien elinoloja, terveyttä, sairastavuutta, palveluiden käyttöä jne. Tutkimustiedon lisäksi kannattaa lukuisten hankkeiden ja projektien Suomessa kerätä systemaattisesti tietoa erilaisten kehittämishankkeiden tuloksista oikeudenmukaisten ja hyvien maahanmuuttajatyön käytäntöjen aikaansaamiseksi.

Maahanmuuttajien ensimmäisessä elinolututkimuksessa on poikkileikkaustietoa valikoitujen etnisten ryhmien terveys- ja sosiaalipalveluiden käytöstä, tarpeesta ja yleisistä elintavoista ja elinoloista (Pohjanpää 2003a–c). Tämän lisäksi tarvitaan seurantatutkimusta sekä laajemmin maahanmuuttajaväestön elinolojen ja palveluiden käytön tutkimusta. Tutkimustietoa on aikuisten maahanmuuttajataustaisten erikoissairaanhoidon käytöstä (Gissler ym. 2006). Niin ikään tietoa on kaikkien maahanmuuttajataustaisten naisten raskauden- ja synnytyksenaikaisesta terveydestä ja hoidoista sekä raskaudenkeskeytyksistä (Malin & Gissler, tulossa). Iमेväiskuolleisuudesta on tietoa kaikissa maahanmuutta-

jaryhmissä (Malin & Gissler, tulossa). Somalialaisten naisten terveystietoisuudesta ja kokemuksista on niin ikään tietoa olemassa (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003). Kun hoitojen ja palveluiden oikeudenmukaista ja tasa-arvoista kohdentumista ja sisältöjä tutkitaan, tulee valtaväestön vertailuryhmä valita mahdollisimman samanlaisiksi taustamuuttujiltaan kuin tutkittavat maahanmuuttajaryhmät.

Tietoa tarvittaisiin monista aihealueista palveluiden ja hoidon oikeudenmukaisuuden toteutumisen tarkasteluun. Ohessa on lista siitä, mitä tietoja muun muassa tarvittaisiin maahanmuuttajaryhmittäin, iän, sukupuolen ja asuinalueen mukaan tarkasteltuna:

- Terveydestä, oireista, sosiaalisesta, psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä
- Sairastavuudesta ja kuolleisuudesta
- Mielenterveyden ongelmista ja sairauksista, hoitoon pääsystä, sisällöistä, käytöstä, kokemuksista ja tuloksista
- Elintavoista, ravitsemuksesta, liikuntatottumuksista ja päihteiden käytöstä
- Seksuaaliterveydestä ja palveluiden saatavuudesta, kattavuudesta, sisällöistä, käytöstä ja käyttökokemuksista
- Ehkäisevien terveystoimien saatavuudesta, kattavuudesta, sisällöistä, käytöstä ja käyttökokemuksista
- Suun terveydenhuollon saatavuudesta, kattavuudesta, sisällöistä, käytöstä, käyttökokemuksista ja tuloksista
- Perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudesta, kattavuudesta, sisällöistä, käytöstä ja käyttökokemuksista
- Erikoissairaanhoidon saatavuudesta, sisällöistä, käytöstä, käyttökokemuksista ja tuloksista
- Kuntoutuksen saatavuudesta, sisällöistä, käytöstä, käyttökokemuksista ja tuloksista
- Lääkkeiden käytöstä ja käyttökokemuksista
- Työterveydenhuollosta tai työturvallisuudesta
- Terveydenhuollon henkilöstön voimavaroista ja osaamisesta maahanmuuttajien auttamisessa
- Hoitoketjun saumattomuudesta ja toimivuudesta terveydenhuollon sisällä
- Hoitojen ja palveluiden saumattomuudesta ja toimivuudesta eri sektorien välillä.

Erityisen kiireellistä olisi saada tietoa lasten ja nuorten terveydestä, sairauksista ja niiden hoidoista.

Sosiaalipalveluissa on myös paljon tiedon puutteita. Sosiaalipalveluista tiedetään pääkaupunkiseudulla päivähoidon käytöstä ja pienten lasten tukien saamisesta (Remsu 2005, Sarvimäki & Kangasharju 2006), mutta tietoa ei ole päivähoidon kattavuudesta, sisällöistä ja käyttökokemuksista. Tietoa puuttuu maahanmuuttajataustaisten lasten erityisen tuen tarpeesta ja sen toteutumista. Esiopetukseen osallistumisesta ja laadusta ei ole tietoa.

Hallituksen sosiaali- ja terveystietokertomuksen (2006) yksi merkittävä huolenaihe on lastensuojelun kasvava tarve. Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajataustaisia lapsia on suhteellisesti hieman useammin lastensuojelun asiakkaana kuin suomalaista syntyperää olevia lapsia (Sarvimäki & Kangasharju 2006), mikä saattaa kuvastaa muun muassa vanhempien kotoutumisen ongelmia, perheen sisäisten roolien hämmennystä ja eritahtista sukupolvien kotoutumista. Tietoa puuttuu eri etnisten ryhmien lasten saamista lastensuojelun avohuollon tukitoimien määrästä ja sisällöistä. Tietoa ei niin ikään ole huostaanotosta pääkaupunkiseudun ulkopuolella eikä sijais- ja jälkihuollon saatavuudesta, laadusta ja tuloksista. Ylipäättään puuttuvat lasten ja nuorten hyvinvointia, palvelujen saatavuutta ja käyttöä kuvaavat tiedot, jotka olisivat hyvin tärkeitä nuorempien sukupolvien elämän edellytysten parantamiseksi. Vammaisten maahanmuuttajien saamista palveluista ei myöskään tiedetä, samoin päihdehuollon palvelutiedot ovat puutteelliset. Vanhusten palveluista ei niin ikään ole kattavaa ja edustavaa tietoa olemassa. Siitä, kuinka suuri osa eri maahanmuuttajaryhmiin kuuluvista elää toimeentulotuella ja kuinka kauan, ei ole tietoa.

Terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja tuottavat, järjestävät ja antavat lukuisat eri toimijat, joiden keskinäisen ja sisäisen yhteistyön sujuvuuteen kiinnitetään nykyisin erityistä huomiota, jotta palvelut olisivat tarkoituksenmukaisia ja toimivia asiakkaiden kannalta. Asiakkaan elämä on hänelle yksi kokonaisuus, jossa hän voi tarvita erilaisia palveluita ja hoitoa itselleen tai perheen jäsenilleen eri sektoreilta ja yhden sektorin sisältä useilta eri toimijoilta. Prosessinomaisten palvelu- ja hoitopaletin sisäisen tai keskinäisen yhteistyön toimivuudesta ei ole tietoa eri maahanmuuttajaryhmissä.

Meillä ei myöskään ole luotettavaa koko maata edustaviin aineistoihin perustuvaa tietoa monimutkaisten yksilö- ja ryhmätason terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja siten

palveluiden ja hoidon tarpeisiin vaikuttavien tekijöiden keskinäisistä yhteyksistä maahanmuuttajaväestössä. Aikaisempien tutkimusten mukaan tiedetään, että suomalais-syntyisten alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien terveys on usein heikompi ja sairastavuus ja kuolleisuus korkeampi kuin ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien. Huolimatta erilaisista toimenpiteistä väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa edelleen suuret, ja ne näyttävät kasvavan. (Lahelma & Koskinen 2002; Koskinen ym. 2002.) Siitä, miten eri-ikäiset maahanmuuttajataustaiset naiset ja miehet sijoittuvat terveyden eriarvoisuuden suhteen, ei ole suoranaista tutkimustietoa. Se tiedetään, että suuri osa länsimaiden ulkopuolelta pakolaisina, turvapaikan hakijoina tai perheen yhdistämisen kautta tulleista on pienituloisia, työttömiä, vähän koulutettuja ja työllistyessään sijoittuvat alempiin työmarkkina-asemiin (Forsander 2003c; Gissler ym. 2006, 28). Pidemmän ajan kuluessa kaikki nämä elinoloihin vaikuttavat tekijät ovat vaaraksi terveydelle ja yleiselle hyvinvoinnille. Tällä hetkellä suurin osa näistä ”köyhistä”

maahanmuuttajista ei nuoruutensa vuoksi ole vielä kovinkaan kipeitä (Gissler ym. 2006), mutta heidän sairastavuutensa ja hyvinvointinsa heikkeneminen on todennäköistä tulevaisuudessa, jos heidän elinolojaan ja kotoutumistaan ei ole kyetty edistämään. Tämä kehitys tulee näkymään lisääntyvän terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttönä. Jo tiettyihin maahanmuuttajaryhmiin kuuluminen määrittelee syrjäytymisen riskiryhmiin kuulumiseksi, jolloin heidän ja heidän perheidensä hyvinvointi ja terveys on vaarassa. Samanaikainen alempiin sosioekonomiseen ryhmään ja etniseen vähemmistöryhmään kuulumisen saattavat heikentää maahanmuuttajan terveyttä monenlaisten rakenteellisten eriarvostavien mekanismien kautta (Davey Smith 2000; Davey Smith ym. 2000). Oikeudenmukaisuuden tutkiminen, tutkimustulosten hyödyntäminen terveys- ja sosiaalipolitiikassa sekä palvelukäytännöissä on tärkeää kun ajatellaan tulevien sukupolvien hyvinvointia ja yhteiseloja. Samalla edesautetaan monikulttuurisemman Suomen kehittymistä ja yhteiskuntarauhaa.

Lähteet

- Adamson, J. & Ben-Shlomo, Y. & Chaturvedi, N. & Donovan, J. (2003). Ethnicity, socio-economic position and gender – do they affect reported health-care seeking behaviour? *Social Science & Medicine* 57, 895–904.
- Alitolppa-Niitamo, A. (1994). Kun kulttuurit kohtaavat – matkopoulos maahanmuuttajien kohtaamiseen ja kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen. Suomen mielenterveysseura. Keuruu: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Alitolppa-Niitamo, A. & Söderling, I. & Fågel, S. (toim.) (2005). Olemme muuttaneet: näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin. Helsinki: Väestöliitto.
- Andersen, R. M. (1995). Revising the behavioural model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 30, 1–10.
- Anis, M. (2001). Asiantuntijuuden rakentuminen monikulttuurisessa lastensuojelun sosiaalityössä. Teoksessa Rynnänen, U. & Vornanen, R. (toim.) *Sosiaalityöntekijä, Tutkiva sosiaalityöliite*, no. 4, 17–21.
- Anis, M. (2003). Lastensuojelu ja maahanmuuttajat. Yhteisökeskeisen sosiaalityön malli. Teoksessa Anis, M. & Keskinen, S. & Karvinen-Niinikoski, S. (toim.) *Käytännön opetus sosiaalityön kehittämisessä. Vuoropuhelua käytännön sosiaalityön, opetuksen ja kehittämisen tiimoilta. Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B:27, Turku.*
- Annandale, E. & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: research on the crossroads. Teoksessa Annandale, E. & Hunt, K. (Ed.) *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- Aukee, R. (2003). Terveyskäyttäytyminen ja sukupuoli. Teoksessa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Vastapaino, Tampere.
- Bardy, M. & Janhunen, T. (2002). Imeväisikäisten terveys ja kehitys psykososiaalisissa riskioiloissa. Teoksessa Kangas, I. ym. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki, Edita, 171–192.
- Blais, R. & Maiga, A. (1999). Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Québec, Canada. *Social Science & Medicine* 48, 1237–45.
- Bollini, P. & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine* 41, 819–28.
- Clarke, K. (Ed.) (2003). *Welfare Research into marginal Communities in Finland: Insider Perspective in Health and Social Care*. University of Tampere. Department of Social Policy and Social Work.
- Clarke, K. (toim.) (2005). *The Problematics of Well-being: Experiences and Expectations of Migrants and New Finns in the Finnish Welfare State*. Department of Social Policy and Social Work, Research Reports Series A, No. 9.

- Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine* 54, 693–706.
- Davey Smith, G. (2000). Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health* 90, (11), 1694–1698.
- Davey Smith, G. & Chasturvedi, N. & Harding, S. & Nazroo, J. & Williams, R. (2000). Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health* 10, 375–408.
- Degni, F. (2004). The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland. *Stakes, Tutkimuksia* 148, Helsinki.
- Dein, S. (1997). Mental health in a multiethnic society. *BMJ* 315, 473–476.
- Diarra, H. & Tuominen, R. & Föhr, J. (1998). Ulkomaalaisten mielen-terveysongelmat. Kirjassa Tuominen, R. (toim.) *Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa*. Juva: WSOY.
- Einbinder, L. C. & Schulman, K. A. (2000). The effect of race on the referral process for invasive cardiac procedures. *Med Care Res Rev* 57 (suppl 1), 162–80.
- Ekberg-Kontula, P. (2000). Toimettomuus tylsistää: pääkaupunkiseudulla asuvat afrikkalaiset maahanmuuttajanaiset ja heidän näkemyksensä koulutuksesta ja työllistymisestä. *STM julkaisuja* no 14, Helsinki.
- Ekhholm, M. (1999). ”Oletan heidän olevan muslimeja”: miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa. Espoon-Vantaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. *Lisensiaatintyö*, Tampereen yliopisto, Kasvatustieteen laitos, Tampere.
- Elliott, S. J. & Gillie, J. (1998). Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. *Health & Place* 4, 327–339.
- Erkkilä, A. (1999). Terveydenhoitajat maahanmuuttajien ravitsemusneuvojina, somaliperheet pääkaupunkiseudun lastenneuvoloissa. Helsingin yliopisto, pro-gradu-tutkielma, Soveltavan kemian ja mikrobiologian laitos, Helsinki.
- Essén, B. & Hanson, S. & Östegren, B. & Lindqvist, P. & Gudmundsson, S. (2000a). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 79, 737–43.
- Essén, B. & Johnsdotter, S. & Hovellius, B. & Gudmundsson, S. & Sjöberg, N. O. & Friedman, J. & Ostergren, P. O. (2000b). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women residents in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 107(12), 1507–12.
- Essén, B. & Bodker, B. & Sjöberg, N. O. & Langhoff-Roos, J. & Greisen, G. & Gudmundsson, S. & Ostergren, P. O. (2002). Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to sub-optimal perinatal care services? *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 109(6), 677–82.
- Etchanson, J. & Armour, B. & Ofili, E. et al. (2001). Racial and ethnic disparities in health care. *JAMA* 285, 883.
- Fiscella, K. & Franks, P. (1998). Does psychological distress contribute to racial and socioeconomic disparities in mortality? *Social Science & Medicine* 45, 1805–9.
- Fiscella, K. & Franks, P. & Gold, M. R. & Clancy, C. M. (2000). Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 283, 2579–84.
- Forsander, A. (2001). Kenelle ovet aukeavat? Maahanmuuttajat ja työllistymisen ehdot. *Työpolitiinen asiakakauskirja*, no. 2, 28–38.
- Forsander, A. (2002a). Maahanmuuttajanaisten marginaalinen asema suomalaisilla työmarkkinoilla. Teoksessa Nurmi & Helander (toim.) *Väkivalta ei tunne kulttuurisia rajoja*. Maahanmuuttajanaisiin kohdistuva väkivalta Suomessa. Helsinki: Stakes, 73–80.
- Forsander, A. (2002b). Maahanmuuttajat suomalaisilla työmarkkinoilla – porstuaan vai peremmälle? Teoksessa Mannila, S. ym. (toim.) *Työelämäkysymykset ja haasteelliset ryhmät työllisyyspolitiikan näkökulmasta*. ESR-hyvät käytännöt no. 8, Työministeriö, Helsinki, 16–33.
- Forsander, A. (2002c) Luottamuksen ehdot: maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla. Väestöliiton väestöntutkimuslaitoksen julkaisuja D 39. Helsinki: Väestöliitto.
- Forsander, A. (2003a) Maahanmuuttajat ja työllistyminen – kenen ongelma? *Janus*, no 1, 58–65.
- Forsander, A. (2003b) Maahanmuuttajat sukupuolitetuilla työmarkkinoilla – mistä löytyy naisen paikka? *Työpolitiinen aikakauskirja*, no 1, 64–73.
- Forsander, A. & Alitolppa-Niitamo, A. (2000). Maahanmuuttajien työllistyminen ja työhallinto – keitä, miten ja minne. *TM:n julkaisuja* 242.
- Gijsbergs van Wijk, C. M. T. & van Vliet, K. P. & Kolk, A. M. (1996). Gender perspectives and quality of care: toward appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*. 43, 707–20.
- Gissler, M. (2003). Terveyspalveluiden käyttö sukupuolittain. Kirjassa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino.
- Gissler, M. & Malin, M. & Matveinen, P. (2006). Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Teoksessa Gissler ym. *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut*. *TM, Työpolitiinen tutkimus* 296, Helsinki.
- Gwanfogbe, P. N. (2003). The reality of racial/ethnic bias in health care. *American Journal of Public Health* 93, (2), 1984–88.
- Haarakangas, T. & Ollus, N. & Toikka, S. (2000). Väkivaltaa kokeneet maahanmuuttajanaiset - haaste turvakotipalveluille Suomessa. *Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvo* julkaisuja no. 3.
- Hammar-Suutari, S. (2006). Kulttuurien välinen viranomaistyö. *Työpolitiinen tutkimus* 300, Helsinki.
- Harrell, J. P. & Hall, S. & Taliaferro, J. (2003). Physiological Responses to Racism and Discrimination: An Assessment of the Evidence. *American Journal of Public Health* 93, (2), 243–8.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. (2002). Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. *Etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin*

- siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopio 2002.
- Helander, R. & Mikkonen, A. (2002). Ikävä äitiä. Ilman huoltajaa tulleet pakolaislapset Suomessa. Väestöliiton väestöntutkimuslaitoksen julkaisuja E 13, Helsinki.
- Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. (1998). Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina. STM, Helsinki 1998.
- Hoffrén, H. (2000). Suomalaiset Ranskassa. Jyväskylän yliopisto, Sosiologian laitos pro gradu-tutkielma.
- Huttunen, L. (2002). ”Pahan karttalehtiä: maahanmuuttajat ja pahan kokemuksen paikat”. Teoksessa Hurtig, J. & Laitinen, M. (toim.) Pahan kosketus: ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. Jyväskylä: PK-kustannus.
- Ihmiskaupan uhrien auttaminen (2006). Työryhmän ehdotus palvelujen ja tukitoimien toteuttamiseksi. TM, Työhallinnon julkaisu 368, Helsinki.
- Ivey, S. L. (1999). Health service utilization and access to care. Teoksessa Kramer, E. J. ym. (Eds.) Immigrant women’s health. Problems and solutions. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 44–53.
- Jaakkola, E. (2003). Vanhuus vieraalla maalla: ikääntyvät maahanmuuttajat -projekti vuonna 2002. Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportti no 1, Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Jaakkola, M. (1999). Maahanmuutto ja etniset asenteet: suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin 1987–1999. Työministeriö, Työpoliittinen tutkimus 213, Helsinki.
- Jasinskaja-Lahti, I. (2000). Psychological acculturation and adaptation among Russian-speaking immigrant adolescents in Finland. Helsinki University, Department of Social Psychology, Helsinki.
- Jasinskaja-Lahti, I. & Liebkind, K. (2000). Predictors of the actual degree of acculturation of Russian-speaking immigrant adolescents in Finland. *International Journal of Intercultural Relations*, 24, 503–518.
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., Vesala, T. (2002). Rasismi ja syrjintä Suomessa: maahanmuuttajien kokemuksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Järvinen, R. (2004). Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri: erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä. Tampereen yliopisto: Tampere University Press, <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5854-0.pdf>.
- Karlsen, S. & Nazroo, J. Y. (2002). Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Sociology of Health & Illness* 24, (1), 1–20.
- Karlsson, M. (2003). Inkerinnuorten äiditkin haluaisivat mukaan hoitoon. *Dialogi* 6.
- Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Teperi, J. (2002). Terveyspalveluiden mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas ym. (toim) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 281–300.
- Kohti etnistä yhdenvertaisuutta ja monimuotoisuutta: hallituksen etnisen syrjinnän ja rasismin vastainen toimintaohjelma (2001). Valtioneuvosto, TM, Työhallinnon julkaisuja 284, Helsinki.
- Koehn, P. H. (2006). Health-care outcomes in ethnoculturally discordant medical encounters: the role of physician transnational competence in consultation with asylum seekers. *J Immigr Minor Health*, 8,(2),137–147.
- Koehn, P. H. & Sainola-Rodriguez, K. (2005). Clinician/patient connections in ethnoculturally nonconcordant encounters with political-asylum seekers: a comparison of physicians and nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 16,(4), 298–311.
- Koponen, P. (2002). Väestön terveysseuranta. Teoksessa Pietilä, A.-M. ym. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 131–146.
- Kramer, E. J. & Tracy, L. C. & Ivey, S. L. (1999). Demographics, definitions and data limitations. Teoksessa Kramer, E. J. ym. (toim.) Immigrant women’s health. Problems and solutions. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 3–18.
- Krieger, N. (2003). Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective. *American Journal of Public Health* 93, (2), 194–200.
- Krieger, N. & Rowley, D. L. & Herman, A. L. (1993). Racism, sexism, and social class: implications or studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine* 9, 82–115.
- Koskinen, S. & Sihto, M. & Keskimäki, I. & Lahelma, E. (2002). Terveyserojen kaventaminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Teoksessa Kangas, I. ym. (toim) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 45–66.
- Kuusi, U. (2000). Ikääntyvät maahanmuuttajat Suomessa: Mamuprojektin loppuraportti. Teoksessa Kuusi, U. & Raitanen, M. (toim.) Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliitto, Vanhustyön keskusliiton raportti no 3, Helsinki.
- Kyntäjä, E. (2004). Towards the development of an integration policy in Finland. Teoksessa Heckmann & Schnapper (toim.) The integration of immigrants in European societies. National differences and trends of convergence. Stuttgart: Lucius & Lucius, 185–211.
- Kärkkäinen, S.-L. & Mikkonen, A. (2003). Homeless immigrants in Finland. National report 2002. European Observatory on Homelessness. Stakes, Themes of Finland no 2, Helsinki.
- Lahelma, E. & Koskinen, S. (2002). Suomalaiset suure sosioekonomiset terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas, I. ym. (toim) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 21–44.
- Lahelma, E. & Martikainen, P. & Rahkonen, O. & Silventoinen, K. (1999). Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine* 48, 7–9.
- Lahelma, E. & Manderbacka, K. & Martikainen, P. & Rahkonen, O. (2003). Miesten ja naisten väliset sairastavuus- ja kuolleisuuserot. Teoksessa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

- Lapsen etu ilman huoltajaa tulleiden lasten vastaanotossa. Separated children in Europe programme-ohjelman toimintasuositukset (2001). Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Lepola, O. (2000). Ulkomaalaisesta suomenmaalaiseksi: monikulttuurisuus, kansalaisuus ja suomalaisuus 1990-luvun maahanmuuttoliittisessä keskustelussa. SKS, SKS:n Toimituksia 787, Helsinki.
- Liebkind, K. (toim.) (1994). Maahanmuuttajat. Kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Liebkind, K. & Jasinskaja-Lahti, I. (2000a). Nuorten maahanmuuttajien hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Monikulttuurinen Suomi – etniset suhteet tutkimuksen valossa. Helsinki: Gaudeamus, 112–123.
- Liebkind, K. & Jasinskaja-Lahti, I. (2000b). Acculturation and psychological wellbeing among immigrant adolescents in Finland: a comparative study of adolescents from different cultural backgrounds. *Journal of Adolescent Research*, 15, (4), 446–469.
- Liebkind, K. & Jasinskaja-Lahti, I. (2000c). Syrjäntäkokenemusten vaikutus maahanmuuttajiin. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Monikulttuurinen Suomi – etniset suhteet tutkimuksen valossa. Helsinki: Gaudeamus, 80–92.
- Liebkind, K. ym. (2004) Venäläinen, virolainen, suomalainen. Helsinki: Gaudeamus.
- Malin, M. (2003). Maahanmuuttajien terveys ja terveydenhuolto. Teoksessa Luoto, R. ym. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Helsinki: Vastapaino.
- Malin, M. & Gissler, M. (käsikirjoitus lehdessä). The induced abortions among ethnic minority women in Finland.
- Malin, M. & Gissler, M. (käsikirjoitus lehdessä). The use of maternal services among ethnic minority women in Finland.
- Malin, M. & Gissler, M. (käsikirjoitus). Health outcomes of maternal care among ethnic minorities in Finland.
- Mannila, S. (2002). Köyhyys ja terveyserot. Teoksessa Kangas, I. ym. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 135–148.
- Matinheikki-Kokko, K. (1991). Pakolaisten vastaanottaminen ja hyvinvoinnin turvaaminen Suomessa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 40, Helsinki.
- Matinheikki-Kokko, K. (1994). Suomen pakolaisvastaanotto – periaatteet ja käytäntö. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Maahanmuuttajat – Kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Helsinki: Gaudeamus, 82–127.
- Meadows, L. M. & Thurston, W. E. & Melton, C. (2001). Immigrant women's health. *Social Science & Medicine* 52, 1451–58.
- Morris, S. & Sutton, M. & Gravelle, H. (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science & Medicine* 60, (6), 1251–66.
- Myrén, K. (1999). Pois paitsiosta: maahanmuuttajien liikuntaharrastukset ja vapaa-ajan vietto Suomessa. LIKES-tutkimuskeskus, Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 122, Jyväskylä
- Nazroo, J. (2001). Ethnicity, health and class. *Policy Studies Institute*.
- Nazroo, J. (2003). The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health* 93, (2), 277.
- Niiniluoto, I. (1993). Oikeudenmukaisuus yhteiskunnallisena arvona. Kirjassa Andersson, J. O. ym. (toim.) Hyvinvointivaltio ristiallokossa. Arvot ja tosiasiat. Arena, Juva, WSOY.
- Ojuri, A. (1999). Kotitalossa kokomaailma: mixeri-maahanmuuttajaprojektin kokemuksia ensi- ja turvakodeissa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisuja 23, Helsinki.
- Paananen, S. (2003a). Koulutus ja kielitaito. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Tilastokeskus, Helsinki.
- Paananen, S. (2003b). Työ. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Paananen, S. (2003c). Asuminen. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.): Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Partanen, R. (2002). Maahanmuuttajien ravitsemusneuvonta: tietoa maahanmuuttajien ravitsemusneuvonnasta ja ruokakulttuureista. Helsinki: Ravitsemusterapeuttinen yhdistys Dieettimedia.
- Pitkänen, P. & Kouki, S. (1999). Vieraiden kulttuurien kohtaaminen viranomaistyössä. Helsinki: Edita.
- Pietilä, A.-M. & Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2002). Työmenetelmät terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A.-M. ym. (toim.) Terveystyö edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 148–171.
- Pohjanpää, K. (2003a). Maahanmuuttajien terveys. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Pohjanpää, K. (2003b). Terveystottumukset. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Pohjanpää, K. (2003c). Terveyspalveluiden käyttö. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Pohjanpää, K. (2003d). Syrjäntä. Teoksessa Pohjanpää, K. ym. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Potilaan oikeudet (2005). STM esitteitä 5, Helsinki.
- Pulma, P. (2006). Suljetut ovet: Pohjoismaiden romanipolitiikka 1500-luvulta EU-aikaan. Historiallisia tutkimuksia 228, Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Puro, P. (2003). Kokemuksia venäjänkielisten maahanmuuttajien huumenongelmista ja päihdepalveluiden kehittämistarpeista. Tiimi 5, A-klinikkasäätiö

- Rauta, A. (2005). Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3. Helsinki.
- Rastas, M. (2002). Maahanmuuttajien asunnottomuus Helsingissä. Ympäristöministeriö, Suomen ympäristö 582, Helsinki.
- Remsu, N. (2005). Tuhat ja yksi kieltä pääkaupunkiseudun varhaiskasvatuksessa. Selvitys varhaiskasvatuksen monikulttuurisuustilanteeseen kunnan järjestämässä päivähoidossa pääkaupunkiseudulla helmikuussa 2005. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus, Socca. <http://www.socca.fi/julkaisut.htm>.
- Riddick, S. (1999). Linguistic issues. Teoksessa Kramer, E. J. et al. (toim.): Immigrant women's health. Problems and solutions. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 35–43.
- Rosenberg, M. W. & Hanlon, N. T. (1996) Access and utilization: a continuum of health service environments. *Social Science & Medicine* 43, 975–83.
- van Ryn, M. & Fu, S. S. (2003). Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health* 93, (2), 9–36.
- Samassa veneessä: miehet maahanmuuttajina (2003). Tasa-arvoasiain neuvottelukunta, TANE-monisteita 4, Helsinki.
- Sarvimäki, M. & Kangasharju, A. (2006). Pienten lasten hoito ja sosiaalihuollon avopalvelut. Teoksessa Gissler ym. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. TM, Työpoliittinen tutkimus 296. Helsinki.
- Saumattomia palveluketjuja tietotekniikalla (1998). STM. Tiedote 118, Helsinki.
- Serkkola, A. & Allawerdi, H. (1998). Islamien jälkiä terveydenhuollossa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY.
- Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B., Murray, C. J. L. (2005). Access, utilization, quality and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine* 61, 97–109.
- Smaje, C. & Le Grand, J. (1997). Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS, *Social Science & Medicine* 45 (3): 485–96.
- Smedley, B. D. & Stith, A. Y. & Nelson, A. R. (toim.) (2002). Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington DC: National Academy Press.
- Smith, L. S. (2001). Health of America's newcomers. *Journal of Community Health Nursing* 18, (1), 53–69.
- Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet (2001). STM Oppaita 11, Helsinki. Sosiaali- ja terveyskertomus (2006). Helsinki: STM.
- Sosiaaliturvan suunta 2005–2006 (2006). STM selvityksiä 1, Helsinki.
- Taavela, R. (1999). Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopion yliopisto.
- Taylor, F. & Ko, R. & Pan, M. (1999). Prenatal and reproductive health care. Kirjassa Kramer, E. J. ym. (toim.) Immigrant women's health. Problems and solutions. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 121–135.
- Tiilikainen, M. (1999). Äidin huolet, arjen kivut. Kärsimys, oireet ja strategiat Suomessa asuvien somalinaisten arjessa. Helsingin yliopisto, Uskontotieteen laitos. Julkaisematon lisensiaatin tutkielma, Helsinki.
- Tiilikainen, M. (2003). Arjen islam: somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Vangen, S. & Stoltenberg, C. & Stray-Pedersen, B. (1999a). Complaints and complications in pregnancy: a study of ethnic Norwegian and ethnic Pakistani women in Oslo. *Ethnicity & Health* 4, (1/2), 19–28.
- Vangen, S. & Stoltenberg, C. & Krondal, A. & Magnus, P. & Stray-Pedersen, B. (1999b). Cesarean section among immigrant in Norway. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 79, (7), 553–558.
- Vangen, S. & Stoltenberg, C. & Skjaerven, R. & Magnus, P. & Harris, J. R. & Stray-Pedersen, B. (2002a). The heavier the better? Birthweight and perinatal mortality in different ethnic groups. *International Journal of Epidemiology*, 31, (3), 654–60.
- Vangen, S. & Stoltenberg, C. & Johansen, E. B. & Sundby, J. & Stray-Pedersen, B. (2002b). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 81, 317–322.
- Vangen, S. & Stoltenberg, C. & Holan, S. & Moe, N. & Magnus, P. & Harris, J. R. & Stray-Pedersen, B. (2003). Outcome of pregnancy among immigrant women with diabetes. *Diabetes Care* 26, (2), 327–32.
- Vihantola, J. (2003). Ikääntyvien maahanmuuttajien kotoutumiskokemuksia Jyväskylässä. Vanhustyön keskusliiton raportti 3, Ituja vanhustyöhön, Helsinki.
- Williams, D. R. & Jackson, J. S. (2000). Race/ethnicity and the 2000 census: recommendations for African American and Other black population in the United States. *American Journal of Public Health* 90, 1728–30.
- Williams, D. R. & Neighbors, H. W. & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health* 93, (2), 200–8.
- Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja no 9, Helsinki.
- Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (2003). Oppaita 56, Helsinki: Stakes.

RUOTSINKIELISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUS JA KÄYTTÖ

MIRJAM KALLAND, SAKARI SUOMINEN

Taustaa

Suomen ruotsinkielinen väestö muodostaa noin 5,6 prosenttia koko väestöstä, yhteensä noin 290 000 henkilöä. Väestönä he eivät edusta yhtenäistä ryhmää, vaan he asuvat hyvin erityyppisissä kunnissa: kunnissa, joissa ruotsin kieli on enemmistön kieli, kaksikielisissä kunnissa, joissa ruotsi on enemmistökielenä, ja kaksikielisissä kunnissa, joissa suomi on enemmistökielenä. Pieni osa suomenruotsalaisista asuu lisäksi täysin suomenkielisissä kunnissa, kuten Oulussa, Seinäjoella tai Torniossa (Finnäs 2004). Vuonna 2002 näissä täysin suomenkielisissä kunnissa asui 10 137 suomenruotsalaista, kun otetaan huomioon ne kunnat, joissa heitä oli vähintään 50. Valtaosa Suomen ruotsinkielisestä väestöstä

asuu kuitenkin rannikko- ja saaristokunnissa tai pääkaupunkiseudulla. Koko ruotsinkielisestä väestöstä noin puolet (146 000) asuu pienissä ruotsinkielisissä kunnissa ja loput isoissa kunnissa, joissa suomi on enemmistökielenä. (Ks. taulukko 1.) Tästä seuraa kahdenlaisia haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle: yhtäältä pienille kunnille tyypilliset ongelmat järjestää kattavia perus- ja erityispalveluja ja toisaalta haaste järjestää kielivähemmistölle sosiaali- ja terveyspalveluja omalla äidinkielellään isossa kunnassa. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla on noin 65 000 asukasta, joiden äidinkieli on ruotsi (enemmän kuin Turunmaalla ja Ahvenanmaalla yhteensä), mutta he ovat pääkaupunkiseudulla pieni vähemmistö (Helsingissä 6,7 %, Vantaalla 3,3 % ja Espoossa 9 % koko väestöstä).

TAULUKKO 1. Suomenruotsalaisten jakauma kuntakielen ja kunnan koon mukaan

Kuntakieli	> 10 000	< 10 000	n	%
Ruotsi	1	18	41 000	14
Ruotsi–Suomi	6	17	105 000	37
Suomi–Ruotsi	9	12	132 000	46
Suomi	46	20	10 000	3
			288 000	100

Ruotsinkielisen väestön syntyvyys on vuosisadan alusta ollut pienempi kuin suomenkielisen. Noin kymmenen vuoden ajan, eli 1980-luvun keskivaiheesta 1990-luvun keskivaiheeseen, syntyvyys oli tilapäisesti korkeampi kuin suomenkielisen väestön. Sen jälkeen se on ollut kuta-kuinkin suomenkielisen väestön tasolla. Finnäs (2004) korostaa kuitenkin, ettei syntyvyydessä ole mitään erityistä

ruotsinkieliselle väestölle tyypillistä käyttäytymistä, vaan syntyvyyden vaihtelu väestön sisällä johtuu lähinnä alueellisista eroista (ja todennäköisesti myös sosioekonomisista eroista, artikkelin kirjoittajan kommentti). Ruotsinkieliset avioituvat useammin suomenkielisten kuin ruotsinkielisten kanssa. 1970-luvun alussa kaksikielisten perheiden lapsista tuli pääosin suomenkielisiä. 1970-luvun puolivälistä läh-

tien enemmistö (60 %) kaksikielisten perheiden lapsista on kirjattu ruotsinkielisiksi. Siitä seuraa, että ruotsinkielisiksi kirjattujen vastasyntyneiden lukumäärä on kasvanut noin 10 prosenttia vuodessa.

Ruotsinkielisen väestön maastamuutto on myös ollut mittavampaa kuin suomenkielisen. Erityisesti 1950-luvusta 1970-lukuun maastamuutto Ruotsiin oli runsasta, ja on arvioitu, että noin 50 000 suomenruotsalaista muutti Suomesta tämän ajanjakson aikana. Edelleen suomenruotsalaiset muodostavat 25 prosenttia kaikista Ruotsin maahanmuuttajista (Hedberg 2005). Syyt maastamuuttoon ovat Hedbergin mukaan mm. vähemmistöasemassa oleminen, kielelliset vaikeudet (mm. haluttomuus muuttaa suomenkieliseen pääkaupunkiseudulle töiden perään, koska epäilee, ettei pärjäisi suomen kielellä), ja kokemukset vihamielisyydestä ruotsin kieltä ja ruotsinkielisiä kohtaan (Hedberg 2004). Toisaalta ruotsinkielisten muuttaminen maan sisällä on ollut selkeästi vähäisempää kuin suomenkielisten (Finnäs 2004), eli Suomessa suomenruotsalaisilla on taipumus pysyä ”omiensa” parissa (Hyypä 2002).

Ruotsinkieliset hyvinvoivana väestönä

Markku Hyypän tutkimusten mukaan hyvä terveys ja pitkä elinikä kasautuvat ruotsinkieliseen väestöön (Hyypä & Mäki 1997 ja 2001; myös Kolari 1975). Hän on tutkinut samalla suppealla alueella (Pohjanmaa) kaikki ruotsin- ja suomenkieliset, jotka asuvat toistensa keskuudessa. Näin eliminoidaan maantieteen, yhdyskuntarakenteen, yhteiskunnallistaloudellisten ja terveystaloudellisten rakenteiden vaikutukset, jotka voisivat vaikuttaa väestöjen vertailussa. Havaitut erot suomenkielisen ja ruotsinkielisen väestön välillä ovat näin Hyypän mukaan todelliset, eivätkä perustu esimerkiksi sosioekonomisiin eroihin. Kuolleisuudessa on selkeitä eroja ruotsinkielisen väestön hyväksi, siten että Suomen ruotsinkielinen väestö muistuttaa kuolleisuudeltaan enemmän ruotsalaisia kuin suomalaisia. Koko maan ruotsinkielisen väestön ikävakiointu kuolleisuus on vähintään 20 prosenttia pienempi kuin suomenkielisen väestön. Tämä merkitsee eliniän odotteessa vähintään 2–4 vuotta.

Lasse Kangas työryhmineen on verrannut suomenruotsalaisten koululaisten subjektiivisesti koettua terveyttä

suomenkielisiin. Vaikka ruotsinkieliset koululaiset polttivat, käyttivät alkoholia (Suominen ym. 2000) ja söivät makeisia suomenkielisiä enemmän, he kokivat terveytensä paremmaksi (Kangas & Brunell 2000).

Subjektiivisesti koettu terveys on myös vahvasti kytköksissä mielenterveyteen. Tässäkin suhteessa suomenruotsalaiset poikkeavat Suomen suomenkielisestä väestöstä edukseen. Vaikka esimerkiksi Vaasan läänin itäiset, täysin suomenkieliset kunnat muodostavat itsemurhatilastoissa mustan täplän, ruotsinkielisissä rannikkokunnissa itsemurhia ei esiinny käytännöllisesti katsoen lainkaan (Hyypä 2002). Myös avioeroja on Suomessa kaikkein vähiten Vaasan seudulla asuvien suomenruotsalaisten keskuudessa (Finnäs 1997).

Väestön hyvinvointia voidaan myös arvioida tehtyjen rikosten perusteella. Suomessa henkirikoksen tekijä on tyypillisesti keski-ikäinen mies, joka on työelämästä syrjäytynyt ja päihteiden ongelmakäyttäjä. Rikos tapahtuu vahvasti päihtyneessä tilassa yksityisasunnossa. Rikoksen tekijä ja uhri ovat ennestään tuttuja toisilleen (Lehti 2006). Suomessa henkirikosten määrä suhteutettuna asukaslukuun on Länsi-Euroopan korkeimpia (vuosittain keskimäärin 3,3 sataatuhatta asukasta kohti, Ruotsissa luku on 1,04, Tanskassa 0,84 ja Norjassa 0,81). Suomen ensimmäinen kriminologi Veli Verkko kiinnitti jo 1930-luvulla huomionsa siihen, että Suomen ruotsinkielinen väestö teki huomattavasti vähemmän henkirikoksia kuin suomenkielinen väestö ja muistutti muutenkin käyttäytymiseltään enemmän ruotsalaisia kuin suomalaisia (Verkko 1936). Uusimpien tilastojen mukaan Suomen eri alueiden välillä on huomattavia eroja. Vertailussa ilmenee, että kaikkein eniten henkirikoksia tehdään Lapissa (vuosittain 6,07 sataatuhatta asukasta kohti) ja kaikkein vähiten Länsi-Uudenmaan ruotsin- tai kaksikielissä kunnissa (0,76); Ahvenanmaalla (1,52) ja Pohjanmaan rannikolla (1,97). Hieman yllättävää on pääkaupunkiseudun maltillinen henkirikostilasto (2,55) verrattuna Pohjois- ja Itä-Suomen tilastoihin (Lehti 2006). Henkirikostilastoissa vain Länsi-Uudenmaan ruotsin- ja kaksikieliset kunnat ovat Euroopan turvallisimpien maiden tasolla (Islanti, Norja, Tanska), mutta kaikki rannikkoalueen ruotsin- tai kaksikieliset kunnat poikkeavat edukseen Suomen muista kunnista.

Ruotsinkielisen väestön hyvinvointia Hyypä selittää sosiaalisella pääomalla. Sosiaalisella pääomalla viitataan

yleensä sosiaalisen ympäristön ja sosiaalisten suhteiden ulottuvuuksiin, kuten verkostoihin, luottamukseen ja normeihin, jotka edistävät vuorovaikutusta ja toimintojen yhteensovittamista (Ruuskanen 2002). Laajempi yhteiskunnallinen kiinnostus sosiaalista pääomaa kohtaan syntyi 1990-luvun puolivälissä. Tuolloin Robert Putman työryhmineen julkaisi teoksen demokratian onnistuneisuuden edellytyksistä (Putman ym. 1993). Eräs edellytys on, että ihmiset luottavat sekä toisiinsa että siihen, että lakia yleisesti ottaen noudatetaan. Hyppä on tutkimuksissaan korostanut suomenruotsalaisten luottamusta sosiaaliin verkostoihinsa sekä heidän aktiivista osallistumistaan yhteistoimintaan. Esimerkiksi kuoroharrastus osoittautui Pohjanmaan ruotsinkielisten naisten hyvän terveyden itsenäiseksi selittäjäksi (Hyppä & Mäki 2000).

Edelleen on kuitenkin syytä arvioida, edustavatko Hyppän tutkimuksissa olevat suomenruotsalaiset kaikilta osin todella koko Suomen ruotsinkielistä väestöä. Pohjanmaalla suomenruotsalaiset ovat asuinpaikkakunnillaan enemmistönä lähes kaikissa kunnissa paitsi Vaasassa, jossa he ovat suurena vähemmistönä (noin 25 %) ja jossa ”Päivää – Goddag” tervehdystapa on edelleen luonnollinen osa palvelua. He edustavat siis pääosin valtaväestöä tutkituilla alueilla.

Pääkaupunkiseudulla asuvat ruotsinkieliset ovat jo pitkään käyttäneet ruotsia lähinnä päivähoidossa, koulussa, yksityisissä tiloissa tai kotona, ja lapsia ja nuoria on jouduttu neuvomaan välttämään ruotsin kielen käyttöä kaduilla, jotta tappeluilta vältyttäisiin. Valtaosa ei edes yritä saada palveluja omalla äidinkielellään (Kielibarometri 2004). Sitä, kuinka tällainen kielellinen ympäristö vaikuttaa ruotsinkielisten sosiaaliseen pääomaan ja miten se vaikuttaa psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, ei ole tehtyjen tutkimusten perusteella mahdollista arvioida.

Tuoreessa Folktingetin kyselyssä ilmenee, että vaikka noin kolmasosa ruotsinkielisistä kokee itsensä kaksikieliseksi, käytännössä jokainen haluaisi saada palvelua ruotsin kielellä. Noin kolmasosa on joskus tullut kiusatuksi tai ollut vihamielisyyden kohteena kielensä takia. Valtaosa ruotsinkielisistä vaihtaa välittömästi kieltä, jos seurassa on suomenkielinen. Näin toimitaan erityisesti pääkaupunkiseudulla, ja valtaosa pääkaupunkiseudulla asuvista ruotsinkielisistä aloittaa keskusteluja automaattisesti suomen kielellä (Identitet och framtid, 2006). Allardt puolestaan on todennut, että suomen-

ruotsalaiset saattavat kokea itsensä B-luokan kansalaisiksi, jos he eivät koe voivansa käyttää äidinkieltään muualla kuin kotona ja ”suljetuissa” piireissä (Allardt 2000).

Oikeus saada palveluja omalla äidinkielellään

Suomen kielilain mukaan palvelun laatu ei saa olla riippuvainen asiakkaan käyttämästä kielestä. Laki on muodoltaan kielineutraali, eli suomenkielisellä kansalaisella on oikeus palveluun suomen kielellä ruotsinkielisessä kunnassa ja ruotsinkielisellä vastaavasti suomenkielisessä. Kielilaki antaa myös viranomaisille mahdollisuuksia järjestää palvelut haluamallaan tavalla: joko niin, että palveluyksiköt ovat kaksikielisiä, tai sitten niin, että esimerkiksi ruotsinkielisiä palveluja tarjotaan keskitetysti yhdestä yksiköstä.

Mutta kuinka tärkeänä oikeutena tätä pidetään? Ja missä palveluissa se koetaan tärkeäksi? Onko niin, että ruotsinkielisissä kunnissa se on itsestään selvää ja kaksikielisissä taas vedotaan siihen, että ruotsinkieliset joka tapauksessa osaavat suomea niin hyvin, ettei kielikysymys ole ongelma tai tärkein kriteeri palveluihin hakeutuessa? Tai voiko jopa olla niin, että palveluja halutaan joissakin tapauksissa mieluummin suomen kielellä, koska ruotsinkielisen yhteisön pienuus voi tuntua ahdistavalta – päihdetyöntekijä tai lastensuojelun ammattilainen onkin perhetuttu? Eräessä päihdepalveluja koskevassa selvityksessä todetaan, ettei tällä hetkellä tiedetä, kuinka paljon asiakkaat haluavat ruotsinkielisiä palveluja, koska niitä ei tarjota kovin näkyvästi. Toisaalta arvioidaan, että monet ruotsinkieliset tai kaksikieliset asiakkaat haluavat päihdepalveluja tarvitessaan asioida suomen kielellä (Nordman 2005).

Sosiaalipalveluissa palvelukieli nousee todennäköisesti tärkeäksi kriteeriksi päivähoidossa ja muissa palveluissa (esimerkiksi lastensuojelussa lasten haastattelutilanteissa ja sijaisperheen valinnassa), joissa on kysymys lapsiin kohdistuvista palveluista. Myös vanhukset toivoisivat todennäköisesti voivansa käyttää omaa äidinkieltään sosiaali- ja terveyspalveluissa. Vanhusten laitoshoidossa kieli voi nousta tärkeäksi kysymykseksi, koska vanhus kenties haluaisi esimerkiksi

katsoa ruotsinkielisiä televisio-ohjelmia, mutta joutuu suomenkielisessä ympäristössä taipumaan enemmistön tahtoon.

Oikeudenmukaisuus sosiaalipalveluissa olisikin lähinnä sitä, että asiakas saisi valita, millä kielellä hän palveluja haluaa. Tämä edellyttää, että palveluja olisi myös mahdollista saada ruotsiksi.

Eräässä selvityksessä todettiin, että mahdollisuudet saada palveluja ruotsin kielellä ovat vahvasti sidoksissa kuntakokoon: pienissä (ruotsinkielisissä) kunnissa jopa perustason palveluissa on puutteita, isoissa kaksikielisissä kunnissa palvelujen tarjonta on riittävä, mutta palveluja ei riittävästi ole saatavilla ruotsin kielellä (Jakobson & Rosengren 1999).

Sosiaalipalvelut pääkaupunkiseudulla.

Ruotsinkieliset sosiaalipalvelut

Vuonna 2005 kartoitettiin ruotsinkielisiä sosiaalipalveluja pääkaupunkiseudulla (Blom 2005). Helsingissä ruotsinkielisiä on 6,3 prosenttia, Espoossa 9 prosenttia, Kauniaisissa 38,9 prosenttia ja Vantaalla 3,3 prosenttia. Vuonna 2002 heitä oli yhteensä 64 703, eli 22 prosenttia koko Suomen ruotsinkielisestä väestöstä. Helsingissä on kolme terveysasemaa, joihin on keskitetty ruotsinkielisiä palveluja. Ruotsinkieliset sosiaalipalvelut on Helsingissä keskitetty yhteen yksikköön, joka palvelee koko Helsinkiä ja kattaa kaikki palvelusektorit: päivähoidon, lapset ja perheet, aikuisväestön ja vanhukset. Helsingissä on myös kauan toiminut ruotsinkielinen perheneuvola. Asiakkaat voivat kuitenkin halutessaan saada palveluja suomenkielisiltä yksiköiltä. Lisäksi Helsingissä on kehitteillä ruotsinkielinen perhekeskus. Helsingin ruotsinkielinen valtuustoryhmä on kiinnittänyt huomionsa siihen, että kielillisä on 11 euroa kuukaudessa – tämä tuskin toimii kannustimena kouluttautua antamaan palveluja sekä ruotsiksi että suomeksi. Valtuustoryhmä vaatiikin, että kielillisää korotetaan.

Espoossa ruotsinkielisten palvelujen kehittämisestä vastaa yksi henkilö joka sektorilla. Tavoitteena on, että palveluja tulisi aina saada ruotsiksi, jos asiakas toivoo sitä.

Espoossa pyritään myös lisäämään tietoa ruotsinkielisistä palveluista. Jatkossa pyritään myös siihen, että asiakas voi tarvittaessa vaihtaa aluetta, jotta hän voisi saada palveluja ruotsiksi. Toisaalta tällä hetkellä ei ole tietoja siitä, kuinka suuri osa henkilökunnasta hallitsee ruotsin kielen.

Vantaalla ruotsinkielisten palvelujen saaminen on sattumanvaraista ja henkilökunnan vaihtuvuus on suuri. Erityisiä ruotsinkielisiä palveluja ei päivähoitoa lukuun ottamatta ole. Tilastojen mukaan Vantaalla on 550 ruotsinkielistä sosiaalipalvelun asiakasta, eli 9,3 prosenttia väestöstä. Todennäköisyys, että asiakas kohtaisi sosiaalipalveluissa ruotsinkielisen työntekijän, on kuitenkin pieni. Perheneuvoloiden henkilöstössä on yksi ruotsinkielinen psykologi ja yksi ruotsinkielinen sosiaalityöntekijä.

Kauniaisissa korostetaan kaksikielisen henkilökunnan rekrytoimista ja palveluja pystytään periaatteessa aina tarjoamaan sekä suomeksi että ruotsiksi. Kauniaisissa peruspalveluissa ei ole ongelmia, mutta erityispalvelujen osalta on kiinnostusta käynnistää yhteistyötä muiden pääkaupunkiseutukuntien kanssa.

Kaiken kaikkiaan selvityksestä ilmeni, että pääkaupunkiseudun ongelma on ruotsinkielisten asiakkaiden asuminen hajanaisesti maantieteellisesti laajalla alueella, sekä epävarmuus siitä, onko palvelujen saaminen ruotsin kielellä tärkeämpää kuin palvelujen läheisyys. Kaikissa kunnissa esiintyi kuitenkin halukkuutta ryhtyä tiiviimpään yhteistyöhön ruotsinkielisten palvelujen järjestämisessä.

Päivähoito

Pääkaupunkiseudun ruotsinkieliset päiväkodit tarjoavat ruotsinkielistä kasvuympäristöä kielitaustaltaan kirjavalle joukolle lapsia. Ruotsinkielisissä päiväkodeissa hoidossa olevista lapsista 30 prosenttia tulee ruotsinkielisistä kodeista, 64 prosenttia kaksikielisistä kodeista ja 4 prosenttia suomenkielisistä kodeista. Vanhemmista 90 prosenttia oli tyytyväisiä lapsen saamaan kielelliseen tukeen, mutta 10 prosenttia koki, että lapsen ruotsin kielen taidot olivat huonontuneet päivähoitossa. Ruotsinkielisen päivähoiton henkilökunta ei myöskään aina ole ruotsinkielinen, vaikka he pyrkivätkin systemaattisesti käyttämään ruotsin kieltä. Vanhemmista 42 prosenttia ilmoitti, etteivät he voineet vaikuttaa päivähoito-

muotoon – valtaosa heistä olisi halunnut lapsensa perhepäivähoitoon. Kuitenkin 87 prosenttia vanhemmista oli saanut lapselleen paikan päiväkodissa, jonka he olivat ensisijaisesti valinneet. Myös etäisyyteen vanhemmat olivat tyytyväisiä, mistä voi tehdä sen johtopäätöksen, että ruotsinkielinen päiväkotiverkosto on riittävän tiheä (Forsberg 2006).

Päihdepalvelut

Eräässä pääkaupunkiseutua koskevassa selvityksessä (Nordman 2005) todetaan, että ruotsinkielisten päihdepalvelujen osalta keskeinen kysymys liittyy siihen, miten palveluja tarjotaan asiakkaiden äidinkielellä. Tällä hetkellä ei tiedetä, kuinka paljon asiakkaat haluavat ruotsinkielisiä palveluja, koska niitä ei tarjota kovin näkyvästi. Toisaalta monet ruotsinkieliset tai kaksikieliset asiakkaat saattavat eri syistä haluta asioida suomen kielellä päihdepalveluissa. Tällä hetkellä kartoitetaan ruotsin kieltä osaavien työntekijöiden määrää ja arvioidaan kehittämistarpeita.

Vantaalla palvelutilanne on päihdehuollon yhteispalveluissa kartoitettu ja asiakkailta on mahdollisuus saada palveluja ruotsiksi. Helsingissä on päätetty vahvistaa ruotsinkielisten päihdepalveluja Läntisellä A-klinikalla. Muilla A-klinikoilla palvelujen saaminen ruotsin kielellä riippuu aina henkilökunnan kielitaidosta. Toisaalta aika monet ruotsinkieliset asiakkaat osaavat myös erittäin hyvin suomea ja jopa haluavat saada palvelut suomen kielellä.

Kuntouttavan laitoshoidon osalta kaikki pääkaupunkiseudun kunnat käyttävät Pixne-klinikan palveluja; klinikkaa ylläpitää Kärkulla samkommun. Kuntayhtymä on tarjonnut kunnille ruotsinkielisten asukkaiden suhteelliseen osuuteen liittyvää uudenlaista sopimusmallia, mutta ruotsinkielisten asiakkaiden kuntouttavan laitoshoidon tarve on viime vuosina ollut niin vähäistä, että sopimusmalli ei ole taloudellisesti eikä toiminnallisesti ajankohtainen. Vantaa käyttää tarvittaessa Pixne-klinikan palveluja yksittäisillä maksusitoumuksilla. Helsingin sosiaaliviraston ylläpitämä läntinen A-klinikka ja katkaisuhuoltoasema antavat ruotsinkielisiä poliklinisia ja katkaisuhuolto- ja palveluja sekä pienimuotoisia kuntouttavia laitospalveluja helsinkiläisille. Vuoden 2006 alusta palveluja on voitu antaa myös muille kuin helsinkiläisille. Mikäli palvelujen kysyntä kasvaa voimakkaasti, se

otetaan huomioon myös resursoinnissa. Ruotsin kielellä toteutettavaa ehkäisevää päihdetyötä kehitetään kuntien välisenä yhteistyönä mm. Klaari Helsinki -toiminnan ja Vantaan ehkäisevän päihdetyön yksikön puitteissa. Ruotsin kielellä kysytyjä ja tarjottuja päihdepalveluja seurataan pääkaupunkiseudulla vuoden 2006 aikana tiiviisti. Erityisesti seurataan Helsingin läntisen A-klinikan keskitettyä toimintamallia ruotsinkielisille sekä kuntouttavan laitoshoidon kysyntää. Seurantaa varten luodaan tilastointimenetelmä.

Ruotsinkieliset sosiaalipalvelujen asiakkaina

Lastensuojelu

Vuonna 2004 kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden lasten osuus vastaavasta ikäryhmästä oli 1,1 prosenttia. Siitä, kuinka suuri osa ruotsinkielisistä lapsista vastaavasta ikäryhmästä on sijoitettuna, ei ole tietoa. Tietoja on mahdollista saada tilastoista vain tutkimalla ruotsinkielisiä ja kaksikielisiä kuntia. Niiden perusteella kuva hyvinvovasta ruotsinkielisestä väestöstä säilyy: Ahvenanmaalla kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia oli 0,6 prosenttia, Pohjanmaalla 0,4 prosenttia ja Turunmaalla huostaanottoja on tehty ainoastaan Paraisissa (0,3 %), Kemiössä (0,4 %) ja Dragsfjärdissä (0,9 %), muissa kunnissa ei lainkaan. Tilastojen mukaan näyttää helposti siltä, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä vähenee, kun ruotsinkielinen osuus väestössä kasvaa. Toisaalta koko maan tilastoissa näkyy kuntatyyppeissä huomattavia eroja. Kaupunkimaisissa kunnissa kodin ulkopuolelle sijoitetaan suhteessa enemmän lapsia (1,4 %) kuin maaseutumaisissa (0,6 %). On mahdollista, että tilastoissa siis heijastuu pikemmin ruotsinkielisen väestön maantieteellinen jakauma kuin ruotsinkielisten perheiden hyvinvointi.

Eräässä selvityksessä haastateltiin sosiaalijohtajia 20 kunnassa (Porvoo, Loviisa, Sipoo, Pernaja, Espoo, Hanko, Helsinki, Karjaa, Pohja, Dragsfjärd, Kemiö, Parainen, Turku, Kokkola, Kristiinankaupunki, Luoto, Närpiö, Oravainen, Pedersören kunta ja Vaasa). Kaikissa kunnissa oli kiinnitetty huomiota lasten ja lapsiperheiden lisääntyvään

pahoinvointiin ja vaikeutuneisiin tilanteisiin. Lastensuojelun puutteelliset resurssit olivat myös johtaneet siihen, ettei tilanteisiin aina puututtu, vaikka olisi ollut aihetta. Ruotsintai kaksikielisiä sijaisperheitä oli vaikeaa tai mahdotonta löytää kaikissa selvitykseen osallistuneissa kunnissa. Tämä voi haastateltavien arvioiden mukaan johtaa puuttumisen hitauteen, koska jollei ole paikkaa, minne lapsen voisi sijoittaa, tai jos täysin ruotsinkielinen lapsi pitäisi sijoittaa suomenkieliseen perheeseen, huostaanottopäätös saattaa vaikeutua (Kankainen 2005).

Ruotsinkielinen sosiaalialan osaamiskeskus FSKompetenscentret toteutti kuntien sosiaali- ja terveysjohdon toimeksiannosta hyvinvointihanketta Turunmaalla. Hanke-raportissa todetaan, että lastensuojelu-, päihde- ja mielen-terveysongelmat ovat lisääntyneet ja niiden kohtaaminen päivähoidossa ja sosiaali- ja terveydenhuollossa on suuri haaste työntekijöille. Joidenkin arvioiden mukaan jopa 30 prosenttia päivähoidossa olevista lapsista tarvitsisi apua. Selvityksen mukaan lastensuojeluongelmat ovat pitkälti piileviä – asiakkaiden ongelmiin liittyy usein mielen-terveysongelmia tai päihdeidenkäyttöä, jolloin myös lasten ongelmat tulkitaan näiden kautta, eivätkä ne näy lastensuojelun tilastoissa. Selvityksessä todetaan lisäksi, että kun ei ole resursseja hoitaa asiaa eikä ole minkäänlaista sosiaalipäivystystä, ei haluta tunnistaa ja tunnustaa asioiden oikeaa laitaa. (Henriksson 2004, Anis ym. 2004).

Pienissä kunnissa on toisinaan vain yksi sosiaalityöntekijä ja pätevien sosiaalityöntekijöiden löytäminen ja pitäminen voi olla vaikeaa. Pohjanmaan ruotsinkielisissä kunnissa tehty selvitys tammi-helmikuussa 2006 osoitti, että kolmasosa sosiaalityöntekijöistä ei ollut muodollisesti päteviä ja noin 20 prosenttia nykyisistä työntekijöistä on eläkeiässä kymmenen vuoden sisällä (Tuomela-Holti 2006).

Tilastojen valossa nähty onnellisuus voi siis todellisuudessa kertoa puutteista palvelujärjestelmissä – suomenkielisissä pikkukunnissa sijoitettujen lasten osuus vastaavasta ikäryhmästä on myös pieni (Säkkinen 2005).

Toimeentulotuki, vanhusten palvelut ja päihdepalvelujen käyttö

Suomen ruotsin- ja suomenkielisen väestön toimeentulossa ei ole todettu merkittäviä eroja (Kolari 1975; Hyyppä & Mäki 2000). Toimeentulotuen jakautumisessa maakunnittain ja lääneittäin näkyy Lapin ja Itä-Suomen väestön suhteellinen köyhyys. Vuonna 2004 keskimäärin 7,7 prosenttia sai toimeentulotukea. Kaikkein eniten tarvittiin toimeentulotukea Lapissa (11,3 %) ja Pohjois-Karjalassa (9,7 %). Ruotsinkielisillä alueilla nousee Ahvenanmaa (3,0 %) esiin hyvinvoivana alueena, Uusimaa on lähellä keskiarvoa (7,5 %), Pohjanmaa ja Itä-Uusimaa keskiarvojen alapuolella (molemmilla 6,2 %).

Koska ruotsinkielinen väestö elää kauan ja syntyvyys on matala, vanhusten palveluja tarvitaan oletettavasti suhteellisesti enemmän ruotsinkielisissä kunnissa. Tilastojen perusteella vuonna 2003 keskimäärin 1 000:tta 75 vuotta täyttäneestä asukasta kohti 90,5:tä hoidettiin vanhainkodissa tai vastaavassa yksikössä. Ruotsinkielisissä kunnissa keskiarvo on vaihteleva, mutta varsin usein maan keskiarvon yläpuolella: esimerkiksi Tammisaaressa 103,7, Itä-Uudellamaalla Pernajassa 145,5 ja Turunmaalla Nauvossa 126,9, Korppoossa 121 sekä Houtskarissa 193,2. Pohjanmaan ruotsinkielisissä kunnissa lukuun ottamatta Korsnäsin kuntaa vanhainkodissa asuu säännönmukaisesti reilusti keskiarvoa isompi määrä. Oletettavasti niissä kunnissa, joissa vanhuksia on suhteellisesti paljon, myös vanhusten palveluja on enemmän. Se, hoidetaanko vanhus laitoksessa vai kotona, riippuu todennäköisesti paljolti siitä, onko laitospaikkoja saatavilla ja miten palvelut on organisoitu kunnassa.

Päihdeiden käytössä Pohjanmaa erottuu: Vuonna 2004 Suomessa myytiin 100-prosenttiseksi alkoholiksi muutettuna keskimäärin 8,2 litraa asukasta kohden, Pohjanmaalla keskimäärin 5,6 litraa. Pohjanmaan ruotsinkielisissä rannikkokunnissa alkoholinmyynti oli todella vähäistä, Pedersören 0,6 litrasta Oravaisten 2,9 litraan. Vaasassa sen sijaan myytiin 9,4 litraa asukasta kohden. Toisaalta on mahdollista, että

Vaasan lähellä olevista pikkukunnistakin lähdetään Vaasaan ostamaan alkoholia, mutta kulutus on myydyn alkoholin perusteella joka tapauksessa keskimääräistä pienempää. Pohjanmaa muodostaa yhdessä Ahvenanmaan pikkukuntien kanssa kuitenkin poikkeuksen, koska muissa ruotsinkielisissä rannikkokunnissa ostetaan alkoholia maan keskiarvon mukaisesti, tai enemmän. Ahvenanmaalla keskiarvo on 5,5 litraa asukasta kohden, Maarianhaminassa kuitenkin 10 litraa.

Päihdekulutuksen tilastot heijastuvat myös päihdepalvelujen käytössä. Koko maassa päihdehuollon avopäiviä A-klinikoissa oli vuonna 2004 keskimäärin 8,2 päivää 1 000 asukasta kohti. Pohjanmaalla päiviä oli 5,2. Ahvenanmaa muodostaa poikkeuksen: vaikka kulutus on matalampaa kuin maassa keskimäärin, avohuollon hoitopäiviä on keskimääräistä enemmän (10,6). Alkoholi- ja huumesairauksien hoitopäivät sairaaloissa oli maassa keskimäärin 51,7 vuonna 2004. Pohjanmaalla niitä oli 30,8 ja Ahvenanmaalla 36,0.

Mitä asiakkaat kertovat?

Institutet för finlandssvensk samhällsforskning toteutti yhdessä Kuntaliiton kanssa kielibarometrin, jossa kysyttiin mm. mahdollisuuksista saada palveluja omalla äidinkielellään. Kielibarometrissä tutkittiin keväällä 2004 yhdentoista kunnan paikallisille vähemmistöille sekä kahden kunnan molemmille kieliryhmille tarjoamaa palvelua. Kysely lähetettiin Mustasaaren, Tammisaaren, Kemiön ja Pernajan suomenkielisille asukkailla sekä Kokkolan, Turun, Lohjan, Espoon ja Lapinjärven ruotsinkielisille asukkailla. Lisäksi selvitettiin Pietarsaaren ja Porvoon molempien kieliryhmien edustajien mielipiteitä. Yhteensä 54 prosenttia kyselyn saaneista, 1 900 kuntalaista, vastasi kyselyyn.

Barometri tutki sekä ruotsinkielistä että suomenkielistä vähemmistöä. Barometrissa ilmenee, että suomenkielinen vähemmistö kokee saavansa paremmin palveluja omalla äidinkielellään kuin ruotsinkielinen vähemmistö. Esimerkkinä voidaan mainita Pernaja, jossa kielibarometrin mukaan yhteensä 74 prosenttia suomenkielisistä asukkaista kertoo saavansa lähes aina palvelua suomen kielellä. Kaksikielisen kunnan tyytyväisin ruotsinkielinen vähemmistö löytyy Lapinjärveltä, jossa 51 prosenttia ruotsinkielisestä vähemmistöstä kertoo saavansa lähes aina palvelua ruotsin kielellä.

Yleisesti ottaen ilmeni, että mitä suurempi vähemmistö, sitä parempi palvelutaso. Parhaiten kaksikielisyys toimi pienissä kunnissa, joissa vähemmistö muodosti noin kolmanneksen väestöstä ja kaksikielisyys oli osa paikallista kulttuuria. Haasteet ovat merkittävimpiä suuremmissa taajamissa, joissa vähemmistön osuus on pieni, vaikkakin osuus määrällisesti saattaa olla huomattava. Tämä koskee esimerkiksi ruotsinkielisiä espoolaisia, joiden osuus on 9 prosenttia kaupungin väestöstä: heistä vain kaksi prosenttia ilmoittaa saavansa lähes aina palvelua omalla kielellään. 45 prosenttia ilmoittaa saavansa palveluja harvoin tai ei koskaan. Silti ruotsinkielisiä espoolaisia on 20 000. Toinen ruotsinkielisen palvelun musta pilkku on Turku, jossa 41 prosenttia ruotsinkielisistä asukkaista ilmoittaa saavansa ruotsinkielisiä palveluja harvoin tai ei koskaan. Turussa on 9 000 ruotsinkielistä asukasta ja osuus 5 prosenttia asukkaista.

Barometrissa ilmenee myös ruotsinkielisen vähemmistön osalta tietynlaista luovuttamista: palveluja ei edes yritetä saada omalla äidinkielellään. Esimerkiksi Espoossa vain 14 prosenttia ruotsinkielisestä väestöstä yrittää aina saada kunnallisia palveluja omalla äidinkielellään, Lohjalla 9 prosenttia. Yhteistä kaikille paikalliselle vähemmistöille huolimatta siitä, onko äidinkieli suomi vai ruotsi, on kuitenkin tarve saada palveluita omalla kielellä. Kielibarometrin mukaan asukas, joka yleensä kokee olevansa kaksikielinen, tuntee epävarmuutta hoitotilanteessa, mikäli häntä ei täysin ymmärretä tai hän ei itse ymmärrä. Suomenruotsalaisten mielestä vastuu vaatia palveluja omalla äidinkielellään on heillä itsellään.

Terveyspalvelujen käyttö

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain perusteella potilaan äidinkieli ja hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Laissa viitataan edelleen kielilakiin, jonka perusteella jokaisella on oikeus käyttää suomea tai ruotsia asioidessaan viranomaisten kanssa. Lisäksi kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen ja ruotsin kielellä säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Tehtyjen selvitysten perusteella (Mustajoki 2001; Helsingfors och

Nylands... 2004; Kielibarometri 2004) potilaat kokevat puutteita ruotsinkielisten terveydenhuoltopalvelujen saannissa.

Ruotsin- ja suomenkielisen väestömme terveyspalvelujen käytön mahdollisia eroja ei tunneta. Health and Social Support (HeSSup) tutkimus on Turun, Tampereen ja Helsingin yliopistojen sekä Työterveyslaitoksen yhteinen hanke, jonka tarkoituksena on selvittää fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveyteen. Valtakunnallisen seurantatutkimuksen osanottajiksi kutsuttiin vuonna 1998 työikäisiä suomalaisia (väestörekisteristä poimittu satunnaisotos 20–25-, 30–35-, 40–45- ja 50–55-vuotiaista sekä lisäotos ruotsinkielisistä ja Turun talousalueella asuvista). Rekrytointikirje ja siihen liittyvä kysymyslomake postitettiin 64 797 henkilölle, joista 25 898 (40 %) osallistui tutkimukseen. Näistä henkilöistä 2 967 oli ruotsinkielistä. Ruotsinkielisyys määritettiin väestörekisterissä olleen äidinkieli tiedon perusteella. Äidinkieleltään ruotsinkielisille lähetettiin ruotsinkielinen kyselylomake. Tästä aineistosta on tehty perusteellinen katoanalyysi (Korkeila ym. 2001), jonka mukaan vastaajat

edustivat terveydentilaltaan melko hyvin vastaavanikäistä perusväestöä. Vuonna 2003 kaikille vastanneille toteutettiin lähes muuttumattomalla kyselylomakkeella uusintakysely. Yhteensä 24 482 henkilöä oli tavoitettavissa, ja heistä 19 629 henkilöä vastasi toistamiseen hyväksyttävästi antaen tämän aineistonkeruun vastausprosentiksi 80,2. Palvelujen käyttöä arvioitiin yksinkertaisin summamuuttujin ja tilastolliset analyysit tehtiin varianssianalyysillä, jossa selittäjinä olivat vastaajan ikä, ammattikoulutus ja äidinkieli.

Molempina tutkimusvuosina sekä ruotsinkieliset naiset että miehet ilmoittivat käyttävänsä suomenkielisiin verrattuna vähemmän sekä avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottopalveluja että myös ehkäiseviä terveyspalveluja, kun vastaajien ikä ja ammattikoulutus huomioitiin. Erot eivät olleet suuret, mutta muodostuivat tämän kokoisessa aineistossa tilastollisesti merkitseviksi. Ruotsinkieliset olivat tilastollisesti merkitsevästi koulutetumpia suomenkielisiin verrattuna, mutta jo otanta-asetelmasta johtuen ikäeroja kieliryhmien välillä ei ollut.

TAULUKKO 2. Ruotsin- ja suomenkielisten vastaajien ilmoittama avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottopalvelujen* käyttö vuonna 1998 ja 2003 kyselytutkimuksen mukaan

Avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottopalvelujen käyttö	Pisteet, vaihteluväli 3–15	Kieli-ryhmän eron p-arvo	N
ruotsinkieliset naiset 1998	5,37	< 0,0001	1 445
suomenkieliset naiset 1998	5,63		12 095
ruotsinkieliset miehet 1998	4,78	= 0,0327	1 075
suomenkieliset miehet 1998	4,91		8 255
kaikki ruotsinkieliset 1998	5,11	< 0,0001	2 520
kaikki suomenkieliset 1998	5,34		20 350
	Pisteet, vaihteluväli 4–16		
ruotsinkieliset naiset 2003	6,57	= 0,0211	1 137
suomenkieliset naiset 2003	6,71		9 801
ruotsinkieliset miehet 2003	5,93	= 0,0004	766
suomenkieliset miehet 2003	6,19		5 949
kaikki ruotsinkieliset 2003	6,30	< 0,0001	1 903
kaikki suomenkieliset 2003	6,51		15 750

* Terveyskeskus-, yksityislääkärin ja sairaalan poliklinikan lääkäripalvelut, vuonna 2003 työterveyslääkäripalvelut lisätty.

TAULUKKO 3. Ehkäisevien terveyspalvelujen käyttö* vuonna 1998 ja 2003 kyselytutkimuksen mukaan

Ehkäisevien palvelujen käyttö	Pisteet, vaihteluväli 10–40	Kieliryhmän eron p-arvo	N
ruotsinkieliset naiset 1998	17,57	< 0,0001	1 604
suomenkieliset naiset 1998	18,33		12 669
ruotsinkieliset miehet 1998	14,95	< 0,0001	1 166
suomenkieliset miehet 1998	15,45		8 714
kaikki ruotsinkieliset 1998	16,38	< 0,0001	2 770
kaikki suomenkieliset 1998	17,11		21 383
	Pisteet, vaihteluväli 11–44		
ruotsinkieliset naiset 2003	19,44	< 0,0001	1 217
suomenkieliset naiset 2003	19,96		10 116
ruotsinkieliset miehet 2003	16,52	< 0,0001	832
suomenkieliset miehet 2003	17,21		6 229
kaikki ruotsinkieliset 2003	18,17	< 0,0001	2 049
kaikki suomenkieliset 2003	18,85		16 345

* Äitiys- ja lastenneuvola, ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvola, perheneuvola, työterveystarkastus, verenpaineen mittaus, kolesterolipitoisuuden mittaus verestä, seulontamammografia, terveyskasvatuskurssit, kuntoneuvontapalvelut, neuvontaa seksuaaliongelmassa. Vuoden 2003 kyselyyn lisätty vielä ravitsemusneuvonta. Suuremmat pistemäärät osoittavat suurempaa käyttöä, luvut on vakioitu vastaajan iän ja ammattikoulutuksen mukaan.

Vaikka tilastoanalyysissä käytetty summamuuttuja ei kovin luotettavasti kuvaa palvelujen käyttöä ja lisäksi palvelujen tarjontaa kuvaavaa muuttujaa ei ole voitu sisällyttää analyysiin, tulosten johdonmukaisuus molempina tutkimusvuosina ja molemmilla sukupuolilla tukee olettamusta, jonka mukaan ainakin ruotsinkieliset työikäiset käyttäisivät suomenkielisiin verrattuna vähemmän avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottopalveluja myös kun ikä- ja ammattikoulutusrakenteen väliset erot otetaan huomioon. Tämä sopii aiempiin havaintoihin ruotsinkielisten paremmasta terveydestä (esim. Suominen ym. 2000; Hyyppä ja Mäki 2001; Saarela ja Finnäs 2003).

On epätodennäköistä, että havaitut erot johtuisivat ainakaan yksinomaan palvelutarjonnan eroista, sillä esimerkiksi lääkäripula on vaivannut yhtä paljon niin ruotsin- kuin suomenkielisiä alueita. Nyt havaitut erot edellyttävät jatkotutkimuksia. Ehkäisevien palvelujen osalta voi kuitenkin todeta, että tässä selvityksessä niihin sisältyneet neuvolakäynnit edustavat kaikille tarjottavia maksuttomia palveluja, joihin osallistuvuus on Suomessa perinteisesti ollut korkealla tasolla. Kyseisten palvelujen vähäisempi käyttö ei todennäköisesti heijasta parempaa terveyttä, vaan voi liittyä

jopa suoranaiseen pahoinvointiin. Tämän johdosta neuvolapalvelujen käytön mahdollisia kielieroja analysoitiin vielä erikseen. Tulokset osoittivatkin, että vuonna 1998 kyseiset erot olivat miesten osalta hyvin pienet, mutta edelleen tilastollisesti merkitsevät ($p = 0,02$), mutta vuonna 2003 eroja ei enää ollut. Sen sijaan naisten osalta erot olivat kumpanakin vuonna selkeät eli ruotsinkieliset käyttivät myös näitä palveluja vähemmän. Myös nämä havainnot edellyttäisivät jatkotutkimuksia.

Toteutuuko horisontaalinen oikeudenmukaisuus?

Tehtyjen tutkimusten ja selvitysten mukaan sekä saatavilla olevien tilastojen mukaan kuva ruotsinkielisestä väestöstä kohtalaisen hyvinvoivana säilyy. Ruotsinkieliset elävät kauemmin ja käyttävät vähemmän julkisia terveyspalveluja kuin suomenkieliset. Toisaalta ehkäisevien palvelujen vähäisempi käyttö ei välttämättä kerro hyvinvoinnista: esimerkiksi vähäisempi äitiys- ja lastenneuvoloiden käyttö kertoo usein

päinvastaisesta ilmiöstä. Sosiaalipalvelujen osalta luotettavaa arvioita ei voida tehdä mm. sen vuoksi, ettei käytettyjä sosiaalipalveluja tilastoida asiakkaan äidinkielen tai palvelukielen mukaan. Näyttää kuitenkin selvältä, että ne ruotsinkieliset, jotka ovat (pienenä) vähemmistönä kaksikielisissä kunnissa,

eivät useinkaan saa eivätkä edes pyydä palveluja omalla äidinkielellään (lukuun ottamatta päivähoidtoa). Paitsi kuntakoko tähän vaikuttaa siis myös ruotsinkielisen väestön osuus – mitä pienempi se on, sen todennäköisemmin palvelukieli sosiaali- ja terveyspalveluissa on suomi.

Lähteet

- Allardt, E. (2000). Vårt land, vårt språk. Kahden kielen kansa. En attitydundersökning om det svenska i Finland. Suomalaisia asenteita ruotsin kieleen Suomessa. Finlandssvensk rapport nr 35. Helsingfors.
- Anis, M. & Klemelä, J. & Paakkala, P. & Pihlaja, P. (toim.) (2004). Sosiaalihuollon verkostoitavat erityispalvelut. Selvityksistä suunnitelmiin Varsinais-Suomessa.
- Blom, B. (2005). Sammanställning av kartläggningsuppgifter om svenskspråkig socialservice i Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla. Helsingfors Stad, Socialverket.
- Finnäs, F. (1997). Social integration, heterogeneity, and divorce: the case of the Swedish-speaking population in Finland. *Acta Sociologica* 40, 263–277.
- Finnäs, F. (2004). Finlandssvenskarna 2002. En statistisk rapport. Folktinget.
- Forsberg, S. (2006). Vi vill ha glada och trygga barn på dagis. Kvalitetsutredning inom den svenska dagvården i Helsingfors. 1/2006. FSKompetenscentret.
- Hedberg, C. (2004). The Finnish-Swedish wheel of migration. Identity, networks and integration 1976–2000. Uppsala Universitet. *Geografiska regionstudier* 61.
- Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (2004). Vård på modersmålet inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Sammandrag av HNS utvecklingsprojekt
- ”Vähemmistökielisten palvelujen kehittäminen” Slutrapport 2004 www.hus.fi.
- Henriksson, P. (2004). Barnomsorgen i Åboland. En kartläggning av kommunernas resurser och utvecklingsbehov. FSKompetenscentret.
- Hyypä, M. (2002). Kuorossa elämä pitenee. Sosiaalinen pääoma ja terveys. Teoksessa Ruuskanen, P. (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Keuruu: PS-Kustannus
- Hyypä, M. & Mäki, J. (1997). Pohjanlahden rannikon suomenruotsalaiset säilyvät työkykyisinä. *Suomen Lääkärilehti* 52, 831–839.
- Hyypä, M. & Mäki, J. (2000). Individual-level relationship between social capital and self-rated health in bilingual community. *Prev Med* 2001, 32, 148–155.
- Hyypä, M. & Mäki, J. (2001). Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International* 16, 55–64.
- Identitet och framtid (2006). Folktingets undersökning om finlandssvenskarnas identitet hösten 2005. Folktinget.
- Jakobson, G. & Rosengren, Å. (toim.) (1999). Samma på svenska? En utredning av socialt arbete och social service i svensk- och tvåspråkiga kommuner i Finland. Rapport nr 53. Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors Universitet.
- Kangas, L. & Brunell, V. (2000). Subjektiv hälsa, hälsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994–1998. Jyväskylä: Folkhälsan/Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitoksen julkaisusarja 10.
- Kankainen, E.-M. (2005). Familjevård i Svensk-Finland. Projektplan. FSKompetenscentret.
- Kielibarometri 2004 www.kommunerna.net.
- Kolari, R. (1975). Kuolleisuuden alueellinen jakautuminen Suomessa 1961–1972. Tilastokeskuksen tutkimuksia 33.
- Korkeila, K. & Suominen, S. & Ojanlatva, A. & Ahvenainen, J. & Rautava, P. & Helenius, H. & Koskenvuo, M. (2001). Non-response and related factors in a nation-wide health survey. *European Journal of Epidemiology* 2001,17, (11), 991–999.
- Lehti, M. (2006). Henkirikoskatsaus 1/2006. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Mustajoki, M. (2001). Utvecklingen av social- och hälsovårdsservicen på svenska i Esbo: Rapport och handlingsprogram 2000–2001. Esbo. Rapport 3/2001.
- Nordman, R. (2005). Ruotsinkielisten asiakkaiden päihdepalvelut pääkaupunkiseudulla. Pääkaupunkiseudun päihdetyön yhteistyöryhmä. Muistio 1.12.05
- Putman, R. D. & Leonardi, R. & Nanetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Ruuskanen, P. (2002). Sosiaalinen pääoma hyvinvointipoliittisessa keskustelussa. Teoksessa Ruuskanen, P. (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Keuruu: PS-Kustannus.
- Saarela, J. & Finnäs, F. (2003). The health of Swedish-speaking and Finnish speaking schoolchildren in Finland. *Child Care Health Dev* 30, 51–58.
- Suominen, S. & Välimaa, R. & Tynjälä, J. & Kannas, L. (2000). Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. *Scand J Public Health* 28, 179–187.

Säkkinen, S. & Kuoppala, T. (2005). Lastensuojelu 2004. Tilastotiedote 14/2005. http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/531B4A7B-268D-488C-B9CF-2F60D998E348/0/Tt14_05.pdf.

Tuomela-Holti, B.-M. (2006). Regionutvecklingsprojekt för socialservicen i svenska Österbotten. FSKomptenscentret.

Verkko, V. (1936). Väki- ja rikollisuuden riippuvaisuus kansanluonteesta ja muista etnillisistä tekijöistä. Tilastollis-kriminologinen tutkimus. Helsinki.

Haasteita 2000-luvun politiikalle

PERUSPALVELUJOHTOISEN PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTAMINEN

JUHA TEPERI

Määrittelyä ja ongelmanasettelu

Tässä luvussa ”Peruspalvelujohtoisella palvelujärjestelmällä” tarkoitetaan väestön hyvinvointitarpeiden mukaan suunnattua sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuutta, joka on yhteisöorientoitunut ja ehkäisevää työtä painottava. Jo syntyneiden hyvinvointiongelmiensa osalta se korostaa lähellä kansalaista ja hänen arkiympäristöään tuotettuja palveluja. Moniportaisessa palvelujärjestelmässä peruspalvelujen tehtävä on vastata eri tasoilla tuotettujen palvelujen kokonaisuuden yhteensovittamisesta. Peruspalvelujohtoinen järjestelmä edistää terveyttä ja hyvinvointia myös antamalla omaa asiantuntemustaan eri sektoreilla tehtävien elinoloihin ja elintapoihin vaikuttavien päätösten valmisteluun.

Peruspalvelujohtoisuudella viitataan siis ensi sijassa toiminnalliseen orientaatioon, eikä esimerkiksi hallinnolliseen jaotteluun perusterveydenhuollon ja kunnan sosiaalipalvelujen ja toisaalta erikoissairaanhoidon välillä. Peruspalvelujohtoisuus ei ole uusi ajatus, vaan sen keskeiset linjaukset ovat näkyneet johdonmukaisesti keskeisissä palvelujärjestelmäpoliittisissa asiakirjoissa jo ainakin 1960-luvulta lähtien.

Peruspalvelujohtoisuus tukee palvelujen oikeudenmukaisuutta usealla tavalla. Määrältään, saavutettavuudeltaan ja sisällölliseltä laajuudeltaan riittävät peruspalvelut takaavat parhaiten kaikkien pääsyn järjestelmän piiriin. Koska peruspalvelujohtoisessa järjestelmässä peruspalvelut koordinoivat eri toimijoiden toimintaa, peruspalvelujen saatavuus ja toimivuus tukee samalla myös erikoistason palvelujen kohdentumista niiden tarpeen mukaan. Peruspalvelujohtoisella toimintatavalla on mahdollista varmistaa haavoittuvien ryhmien palvelujen riittävyys: päihde- ja mielenterveyson-

gelmaiset, psykososiaalisista ongelmista tai niiden uhasta kärsivät lapsiperheet ja vanhukset ovat esimerkkejä ryhmistä, joiden tukeminen nojaa peruspalveluihin. Teoreettisella kielellä ilmaistuna peruspalvelujohtoinen palvelujärjestelmä edistää sekä horisontaalisen että vertikaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista.

Oikeudenmukaisuuden lisäksi peruspalvelujohtoisuus tuottaa myös muita etuja. Itsenäistä suoriutumista tukeva, terveenä ja hyvinvoivana pysymistä edistävä sekä helposti saavutettava järjestelmä omaa parhaat mahdollisuudet asiakaslähtöisten palvelujen tuottamiseen. Mahdollisimman paljon asiakkaan ja tämän lähipiirin omaan rooliin nojaava järjestelmä on taloudellisesti muita malleja kestävämpi. Kansainvälinen tutkimustieto viittaa siihen, että perusterveydenhuoltoon perustuvat terveydenhuoltojärjestelmät ovat muita kustannustehokkaampia (European Observatory on Health Systems and Policies 2006).

Aiemmin hyvin laitoshoitopainoinen ja alikehittynyt palvelujärjestelmä koki 1970- ja 1980-luvuilla merkittävän muodonmuutoksen. Muun hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisen osana luotiin kattava, peruspalveluja kaikille tarjoava järjestelmä. Kansainvälisesti jopa kadehdittu muodonmuutos tehtiin ”kansallisena projektina”, valtion ja kuntien yhteistyönä.

Peruspalvelujen suhteellinen asema on heikentynyt 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Valtaosa voimavarojen kasvusta on suunnattu erikoissairaanhoidon. Samalla peruspalvelujen sisällä on tapahtunut siirtymä kohti hoitavia terveystalouden palveluja. Eniten ovat heikentyneet useat sosiaalipalvelut ja ehkäisevät terveystalouden palvelut. Peruspalvelujohtoisesta järjestelmän toiminta-ajatus on pitkään jatkuneen kehityksen vuoksi uhkaavasti rapistumassa.

Toimenpiteitä peruspalvelujohtoisuuden varmistamiseksi

Peruspalvelujohtoisin palvelujärjestelmän luomiseksi ei ole olemassa yhtä reseptiä. Kansainvälinen vertailu osoittaa esimerkiksi sen, että eri tavoin rahoitetuissa järjestelmissä voidaan saavuttaa peruspalvelujohtoisuuden etuja. On useita linjauksia, joita johdonmukaisesti soveltamalla voidaan edistää tämän toiminnallisen tavoitteen saavuttamista. Alla on kuvattu eräitä linjauksia sovitettuna suomalaisen järjestelmään ja sen tulevaisuuden haasteisiin. Ne sivuavat osin myös tämän osan muissa luvuissa käsitelyjä teemoja.

Strategisen ohjauksen vahvistaminen. Strategisella ohjauksella tarkoitetaan tässä koko palvelujärjestelmän tasolla tehtäviä pitkän tähtäyksen kehittämislinjauksia ja niiden toimeenpanoa. Kuten edellä todettiin, keskeiset strategia-dokumentit ovat pian 50 vuoden ajan johdonmukaisesti pitäneet esillä peruspalvelujohtoisuuden ihannetta. Viimeisen 15 vuoden aikana kehitys on kuitenkin kulkenut monilta osin vastakkaiseen suuntaan. Kyseessä ei siis näyttäisi olevan strategisten linjausten sisällön vaan niiden toimeenpanon ongelma.

Eri toimijoiden palvelujärjestelmää koskevien linjausten pääperiaatteet ovat pysyneet ennallaan. Sen sijaan eri toimijoiden välisissä rooleissa ja voimasuhteissa on tapahtunut merkittäviäkin muutoksia. Valtion rahoitusosuuden pienentynyt 1990-luvulla, ja erityisesti valtionosuusjärjestelmään liittyneen ohjausjärjestelmän purkamisen jälkeen, valtion rooli palvelujärjestelmän kehittämisessä on pienentynyt. Peruskuntien asema on muodollisesti vahvistunut, mutta niillä ei ole ollut aina riittäviä taloudellisia voimavaroja, osaamista ja työkaluja palvelujärjestelmän kokonaiskehityksestä vastaamiseen.

Käytännössä vahvojen palvelutuottajien asema on vahvistunut: kunnallisesti omistettut suuret erikoissairaanhoidon organisaatiot (sairaanhoitopiirit) ovat kyenneet ylläpitämään riittävää osaamista oman toimintansa kehittämisessä. Kunnallisen palvelujärjestelmän eriytyminen myös rahoituksellisesti on johtanut epäsuhtaan, jossa sairaanhoitopiirit ovat kyenneet laskuttamaan jälkikäteen omistajiltaan sovittuja budjetteja suuremmat menot. Peruskunnille on

jäänyt maksajan rooli, jonka toteuttamiseksi on ollut pakko leikata kunnan suoraan rahoittamia peruspalveluja.

Strateginen ohjaus on julkisen vallan tehtävä. Käytännössä sen vahvistaminen tarkoittaa valtion roolin vahvistamista sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Tällaista kehityssuuntaa on viimeisen kahden vuosikymmenen aikana vastustettu, osin puutteellisinkin perustein. Kunta–valtio-vastakkainasettelun sijasta valtion strategisen ohjauksen vahvistuminen paradoksaalisesti vahvistaisi samalla kuntien asemaa suhteessa palvelujen tuottajiin. Valtion ohjauksen vahvistuminen saattaisi yhtä lailla vanhanaikaisen tuotantojärjestelmän sijasta rohkaista uudenlaisiin palvelujen tuotantomalleihin: riittävä strateginen ohjausvoima antaisi kunnille takuun siitä, että ne eivät joudu uusissakaan malloissa kokonaan tuottajien armoille.

Strategisen ohjauksen vahvistamisen politiikka voi muodostua monista elementeistä. Alla käsitellään lyhyesti lainsäädäntöä, kansallisista kehittämistavoitteista sopimista, palvelujen järjestämisvastuun keskittämistä ja rahoitusjärjestelmän uudistamista strategisen ohjauksen vahvistamisen näkökulmasta.

Lainsäädännön kokonaisuudistus. Kansanterveyslain säätäminen 1972 mahdollisti suomalaisen menestystarinan, toimivan ja kattavan perusterveydenhuollon kehittämisen. Selkeä kansanterveystyön erillisiasema mahdollisti kasvuvaiheessa kehityksen tehokkaan suuntaamisen peruspalvelujen vahvistamiseen. Sosiaalihuoltolaki (1982) loi vastaavasti osaltaan pohjaa sosiaalipalvelujen voimakkaalle kehitykselle 1980-luvulla.

Palvelujärjestelmän ”kypsytyä” ja ohjausjärjestelmän höllennyttyä erillisten terveydenhuoltolakien rakenne on osin ongelmallinen. Erillään kehitettyjen palvelujen painopiste on, kuten edellä todettiin, siirtynyt kohti erikoistuneita palveluja. Voidaan myös kysyä, onko erillinen lainsäädäntö osaselitys peruspalvelujen siirtymisessä kohti hoitavia (terveys)palveluja: lyhyellä tähtäyksellä kuntataloudelliset näkökohdat ovat puoltaneet esimerkiksi vuodeosastopalvelujen tuottamista omana, ei erikoissairaanhoidon palveluna.

Asiantuntijat ovat erimielisiä siitä, kuinka merkittävä ongelma edellä mainittujen lakien erillisuus on. On esitetty näkemys, jonka mukaan nykytila ovat siltäkin melko väljiä

puitelakeja ja mahdollistavat erilaiset toiminnalliset painotukset. Viime vuosien kokemusten perusteella on kuitenkin syytä pohtia vakavasti, minkälainen lainsäädännöllinen perusratkaisu tukisi aktiivisesti peruspalvelujohtaisen järjestelmän rakentamista. On selvää, että jos alla käsitellyissä kokonaisuuksissa (kansallisista tavoitteista sopiminen, järjestämisvastuun keskittäminen, rahoitusjärjestelmän uudistaminen) halutaan edetä määrätietoisesti, tarvitaan joka tapauksessa mittavia lainsäädännön uudistuksia.

Kansallisista kehittämistavoitteista sopiminen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennusvaiheessa 1970- ja 1980-luvuilla elettiin joskus ”suunnitelmaloudeksi” kutsutun ohjauksellisen aikaa. Vaikka kunnat olivatkin vastuussa palvelujen kehittämisestä, valtionosuusjärjestelmä ja sen yhteyteen kehittynyt viisivuotissuunnitelmien kokonaisuus takasi kansalliselle kehittämispolitiikalle voimakkaat työkalut. Voidakseen saada (kunnan taloudellisesta tilanteesta riippuen jopa yli 60 prosenttiin kuluista yltävää) valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin, oli kuntien hyväksyttävä esimerkiksi investointi- ja henkilöstösuunnitelmansa etukäteen. Käytännössä valtiolla oli vahva ohjausorganisaatio keskusvirastojen ja lääninhallitusten muodossa. Kansallisten linjausten toimeenpanolle oli siis selvät työkalut, ja siksi oli mahdollista saavuttaa yhtenevä kehitys eri osissa maata.

Valtionosuusjärjestelmään liittyi myös merkittäviä ongelmia. Raskaahkon koneiston lisäksi kuluperusteinen valtion rahoitus oli omiaan lisäämään kunnallisen järjestelmän kokonaiskustannuksia. Vaikka tämä ei ollutkaan suuri haitta järjestelmän laajentamisen aikaan, ”kypsan” järjestelmän ja tiukentuvan julkisen talouden tilanteessa 1990-luvulla asiat olivat toisin. Vanhentumassa olevasta järjestelmästä oli helppo luopua 1990-luvulla myös siksi, että valtion roolin rajoittamiseen pyrittiin laajemminkin.

Kuluvan vuosikymmenen näkökulmasta arvioiden paluu vuoden 1993 valtionosuusuudistusta edeltäneeseen aikaan tuntuu mahdottomalta. Mutta uusien haasteiden odottaessa palvelujärjestelmää tarvitaan entistä enemmän valtion ja kuntien kykyä sopia kehittämisen tavoitteista.

Peruspalveluohjelman kehittämiseltä on odotettu paljon. Ajatuksena on ollut, että yhdistettäessä samaan prosessiin sekä kehittämistavoitteiden että niiden rahoittamisen kysymykset valtio ja kunnat voisivat (jälleen) määrittää yhteisiä linjauksia kestäväällä tavalla. Uuden järjestelmän

luominen on kuitenkin edennyt melko hitaasti eikä vielä ole varmaa, tuleeko peruspalveluohjelmasta riittävän tehokas instrumentti. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (”TATO”) menettelyä pyritään kehittämään menettelyksi kansallisten tavoitteiden määrittelyyn. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla on myös esitetty että luotaisiin kansallinen ja mahdollisesti alueellisia neuvottelukuntia varmistamaan tavoitteiden suuntaan eteneminen. Eri ministeriöiden ohjausjärjestelmän uudistuslinjausten yhteensovittaminen on huomattava haaste.

Jotta edellä mainitut instrumentit saadaan todella toimimaan, tarvitaan sekä paljon jatkopohdintaa, konkreettista lainsäädäntötyötä että ennen kaikkea laaja-alaista sitoutumista uuden sukupolven valtio–kunta-kumppanuuden luomiseen. Laaja-alaisuus ei tarkoita ainoastaan kuntien ja valtion yhteisen sopimiskyvyn kehittämistä, vaan myös valtionhallinnon eri sektoreiden yhteisen ohjauspolitiikan löytämistä.

Palvelujen järjestämisvastuun keskittämisellä tarkoitetaan tässä yhtä aikaa kahta asiaa: 1) väestön kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen osoittamista *samalle toimijalle* ja 2) palvelujen järjestämisvastuun osoittamista *riittävän osaamisen ja taloudelliset voimavarat* omaavalle toimijalle. Järjestämisellä viitataan palvelujen kokonaisuuden suunnitteluun ja ohjaamiseen riippumatta palvelujen tuottajasta.

Edellä todettiin, että peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon eriytyneet päätöksentekoprosessit ovat merkittävä ongelma palvelujärjestelmän kehittämiselle yhtenä kokonaisuutena. Osoittamalla vastuu yhdelle riittävän osaamisen ja taloudellisten voimavarojen toimijalle ongelma olisi ratkaistavissa.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä on käyty keskustelua useista uusista malleista. Koska samalla on keskusteltu niin kunnista kuin palveluistakin, eri malleissa ovat korostuneet erilaiset näkökohdat. Nimenomaan palvelujen (eikä niinkään kunnallisen itsehallinnon) näkökulmasta katsottuna tulevaisuudessa tarvitaan riittävän suuria toimijoita palvelujen *järjestäjiksi*. Palvelujen *tuottamisen* puolella toimijan koon kasvattamisesta ei tutkimuksen valossa näyttäisi olevan samanlaista systemaattista hyötyä.

Mikäli kuntakoon kasvattamisessa ei päädytä tämän hetkistä keskustelua huomattavasti radikaalimpiin linjauk-

siin, näyttää ilmeiseltä, että palvelujen näkökulmasta arvioiden niiden järjestämistä tulisi irrottaa peruskuntien tehtävistä.

Rahoitusjärjestelmän uudistaminen. Edellä viitattiin kunnallisen erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen rahoituksen eriytyneeseen päätöksentekoon. Peruspalvelujohtoisin järjestelmän kehittämisen kannalta monimuotoinen rahoitusjärjestelmä sisältää myös muita haasteita. Työterveyshuolto vastaa yhä merkittävämmästä osasta peruspalvelujen tuotantoa. Se on kuitenkin rahoitettu omana kokonaisuutenaan niin, että työnantajat, työntekijät ja Kansaneläkelaitos maksavat kukin osuutensa kustannuksista. Myös Kelan korvauksien kautta tuetulla terveydenhuollon yksityissektorilla on oma rahoitusmallinsa, jossa palvelujen käyttäjä maksaa valtaosan kustannuksista. Monien kuntoutuspalvelujen maksamisessa on Kelan lisäksi myös muilla vakuutuslaitoksilla merkittävä rooli. Usein kaksikanavaiseksi mainittu rahoitusjärjestelmä onkin palvelujärjestelmän kokonaiskehittämisen näkökulmasta ainakin viisikanavainen.

Viime vuosiin asti on yleensä tyydytty toteamaan, että yksityiset ja työterveyspalvelut muodostavat oman, kunnallisia peruspalveluja täydentävän kokonaisuutensa. Viime vuosina kertyneet tiedot palvelujen kohdentumisesta viittaavat kuitenkin siihen, että palvelujen kokonaisuutta ei kyetä hallitsemaan sosiaali- ja terveyspolitiikan yleisten tavoitteiden edellyttämällä tavalla – täydentämisen sijasta on siirrytty kohti kuntien tuottamien palvelujen korvaamista muin palveluin.

Rinnakkaisten rahoituskanavien järjestelmää on hyvin vaikea purkaa. Havaittujen ongelmien vuoksi uusia malleja kuitenkin tarvitaan. Keskustelu työterveyshuollon ja yksityis palvelujen ohjaamisesta osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta on vasta lähtökuopissaan.

Toimenpiteiden vaikutuksista ja toteutettavuudesta

Peruspalvelujohtoisin järjestelmän rakentaminen on yleisen tason tavoite. Valituista keinoista riippuu, kuinka pitkälle tavoitteen suuntaan on mahdollista päästä ja mitä muita vaikutuksia syntyy.

Strategisen ohjauksen vahvistamisen päämääränä on vahvistaa järjestelmän kykyä kehittyä suunnitelmallisesti yhtenä kokonaisuutena. Lujatkaan rakenteet eivät takaa perimmäisen tavoitteen toteutumista, jos esimerkiksi järjestelmän seurannan tietopohja on liian heikko. Perimmäinen ohjautumisen edellytys on riittävän laajasti jaettu käsitys toivotusta kehityksen suunnasta.

Vakiintuneen käsityksen mukaan keskitetyn ja hajautetun ohjausmallin kaudet seuraavat toisiaan vääjäämättä, kuin heiluriliikkeenä. Osa asiantuntijoista arvioi liikkeen kohti vahvempaa kansallista ohjausta jo alkaneen. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollossa hajautus on viety niin pitkälle, että valtiovalta ei voi yksipuolisesti ilmoittaen ottaa selvästi tiukempaa ohjausotetta.

Lainsäädännön kokonaisuudistuksen vaikutuksia ei voi ennakoida yleisellä tasolla. Teknisessä mielessä pienetkin yksityiskohdat voivat olla lopputulosten kannalta merkittäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakien mahdollinen yhdistäminen poistaisi joitakin esteitä peruspalvelujohtoisin järjestelmän kehittämistä. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä on keskusteltu yhä laajemmin, ja valmius tällaisen uudistuksen toteuttamiseen keskipitkällä aikavälillä näyttää kasvaneen. Työterveyslain kytkeminen samaan uudistuspakettiin ei ole ollut näkyvästi esillä keskusteluissa. Sosiaalihuoltolain yhdistämiseen terveydenhuollon lakeihin suhtauduttaneen monella taholla varautuneesti. Ennen konkreettista lainsäädännön uudistamista tarvitaan laajaa keskustelua tavoitteista.

Kansallisista kehittämistavoitteista sopimisen vaikutukset ovat sitä suurempia, mitä sitovampi merkitys menettelyille luodaan. Kääntäen: mitä kevyempi, suositusluontoinen prosessi luodaan, sitä helpompi uudistus on toteuttaa. Valtionosuusuudistuksen jälkeinen aika on osoittanut, että erilaiset suositukset eivät johda systemaattiseen ja määrätietoiseen kehitykseen.

Palvelujen kehittämistä vastuun keskittämisen vaikutukset riippuvat valituista toimenpiteistä. Järjestäjätahon koon kasvattamiseen keskittyvät toimenpiteet saattavat johtaa palvelujen tuotannon alueelliseen keskittymiseen, jos keskittämisen tärkeimpänä tavoitteena on tehokkuuden

parantaminen. Mikäli halutaan korostaa (peruspalvelujen) saatavuutta, sama kehitys ei ole välttämätön vaikka järjestäjän koko kasvaisikin. Kunta- ja palvelurakennemuutos on osoittanut keskittämisen poliittisen vaikeuden – esimerkiksi pelko uuden väliportaana hallintotason syntymisestä on merkittävä hidaste. Sekä hallituksen että opposition sitoutuminen PARAS-prosessiin osoittaa kuitenkin laajaa pyrkimystä uusien mallien etsintään. Tässä luvussa esitetyistä prosesseista tämä lienee todennäköisimpiä.

Rahoitusjärjestelmän uudistaminen on suurimpia haasteita. Monimutkaisen ja -toimijaisen nykyjärjestelmän dynamiikkaan liittyy paljon sellaisia etu- ja valtanäkökohtia, joiden muuttaminen on vaikeaa. Mikäli laajempaan uudistukseen päästäisiin, se saattaisi olla helpointa yhtenäisen vakuutus-

mallin luomisen kautta. Tällöin todennäköinen ei-toivottu seuraus olisi kustannustason nousu (ensin palvelujen määrän, sitten yksikköhinnan ja hallintokulujen kasvaessa). Muiden vaikutusten osalta oleellista olisi, kuinka keskeinen ohjaava rooli vakuutuksen antavalle toimijalle kyettäisiin antamaan. Passiivisen kustannusten korvaajan roolissa peruspalvelujohtoisien järjestelmien rakentaminen ei olisi vakuuttajalle mahdollista. Käytännössä vakuutus pohjaiset järjestelmät näyttävät pirstoutuvan tavalla, joka estää yhdenmukaisen palvelujärjestelmäpolitiikan toteuttamista.

Nykyisten rahoituskanavien yhdistäminen yhdeksi kunnalliseksi tai muuksi julkiseksi malliksi olisi ehkä toiminnallisesti arvioiden tavoiteltava vaihtoehto, mutta uudistuksen läpivieminen edellyttää paljon konkreettisia malleja hahmottavaa pohjatyötä.

Lähde

Saltman, R. B. & Rico, A. & Boerma, W. (2006). Primary Care in the Driver's Seat? European Observatory on Health Systems and Policies.

TUTKIMUS JA TILASTOT PÄÄTÖKSENTEON TUKENA OIKEUDENMUKAISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISESSÄ

ILMO KESKIMÄKI

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitetäessä ajantasaisilla toimintaa kuvaavilla tiedoilla on tärkeä merkitys. Päätökset palvelujärjestelmän kehittämistarpeista ja -suunnasta edellyttävät luotettavaa käsitystä nykyisen järjestelmän puutteista ja kehittämisvaihtoehdoista. Ihannetapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojärjestelmät tuottavat tarvittavat palvelujärjestelmän tilaa koskevat tiedot, joita tutkimuksesta saatava arviointitieto täydentää. Palveluita koskevan arviointitiedon ohella tutkimus voi myös tuottaa tietoa keinoista, joilla palvelujärjestelmää voidaan kehittää vastaamaan aiempaa paremmin maan eri osien sekä eri väestö- ja potilasryhmien palvelutarpeisiin ja näin toteuttamaan lainsäädännössä sekä sosiaali- ja terveyspoliittisessa päätöksenteossa asetettuja oikeudenmukaisuustavoitteita. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden kannalta olennaista on myös tutkimus, jossa kehitetään oikeudenmukaisuutta edistäviä toimintatapoja ja keinoja tukea päätöksentekoa palvelujärjestelmän eri tasoilla. Tämän luvun tavoitteena on tarkastella, 1) millaisia puutteita sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa tilasto- ja tietojärjestelmissä on oikeudenmukaisen palvelujen kohdentumisen arvioinnin näkökulmasta, 2) millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus voisi edistää palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta sekä 3) miten tutkimus ja tietojärjestelmät voisivat tukea sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta edistävää päätöksentekoa ja toimintatapoja.

Tiedon tarpeet sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa oikeudenmukaisuutta edistävä päätöksenteko edellyttää palvelujärjestelmän eri tasoilla erityyppistä tiedollista tukea. Yksinkertaistettuna valtakunnallisella tasolla päätöksenteon tavoitteena on palvelujärjestelmän toiminnan ohjaaminen ja sosiaali- ja terveyspolitiikan periaatteiden sekä lainsäädännön ja palvelujärjestelmän uudistusten linjaaminen. Valtakunnallisella tasolla tiedon tarpeet kohdistuvat palvelujärjestelmän kokonaisuutta arvioivaan tietoon, jonka perusteella voidaan arvioida palvelujärjestelmän kehittämistarpeita. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tällaisia tietoja ovat muun muassa väestöryhmittäiset tiedot palvelujärjestelmän voimavarojen kohdentumisesta, kustannuksista, palvelujen maksurasituksen kohdentumisesta, palvelujen käytöstä ja tarpeesta sekä palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Nykyistä palvelujärjestelmää koskevan tiedon ohella sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan ohjaaminen edellyttää vaihtoehtoisten palvelujen rahoitus-, järjestämis- ja tuotantotapojen ennakoivaa arviointia.

Alueellisella, palvelujen järjestäjän ja tuottajan tasolla päätöksenteko edellyttää operationaalisempaa tietoa, kuten tietoja, jotka liittyvät toimintayksikköjen käytännön joh-

tamiseen. Oman toiminnan tuloksista saatavalla arviointitiedolla voidaan ohjata tulevan toiminnan suunnittelua. Palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta vastaavien organisaatioiden tiedon tarpeet kohdistuvat ensisijaisesti oman toiminta-alueen vastuuväestön palvelutarpeisiin sekä siihen, millaisia puutteita palvelujärjestelmässä on vastattaessa näihin tarpeisiin. Toisaalta palvelujen järjestäjät ja tuottajat tarvitsevat luotettavaa tietoa hyvistä käytännöistä, joilla palvelujärjestelmää voidaan ohjata vastaamaan väestölähteisesti palvelutarpeisiin, esimerkiksi alueellisten sopimuskäytäntöjen avulla.

Palvelujärjestelmän ja asiakkaiden kohtaaminen muodostaa kolmannen tason, jolla päätöksenteko heijastaa ammattihenkilöstön tietoja ja asenteita suhteessa palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuudelle asetettuihin tavoitteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tiedon tarpeet koskevat muun muassa tutkimustietoa ammattihenkilöstön ja asiakkaiden välisestä kommunikaatiosta ja yhteistoiminnasta sekä asiakkaiden sosiaalisen aseman vaikutuksesta heitä koskevaan päätöksentekoon. Toisaalta tietoa tarvitaan keinoista, joilla asiakas- tai hoitotyössä voidaan varmistaa asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu.

Tilastojärjestelmän ja tutkimuksen kehittämistarpeet

Tietopohjan puutteet

Tässä teoksessa on edellä esitetty katsauksia sosiaali- ja terveystieteiden oikeudenmukaisuutta käsittelevään tutkimus- ja tilastotietoon. Yhteenvetona näistä katsauksista voidaan todeta, että sosiaali- ja terveystieteiden oikeudenmukaisuutta koskevat tiedot ovat puutteellisia ja perustuvat valtaosin erillistutkimuksiin, joissa palvelujen oikeudenmukaisuutta on yleensä tarkasteltu rajatuista, tutkimustavoitteiden määrittämistä näkökulmista. Nykyiset tilastojärjestelmät eivät välittömästi tuota palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta koskevaa tietoa. Osaltaan tämä selittyy sillä, että tilastojärjestelmät on aiemmin pääasiassa rakennettu hallinnollisia tarpeita varten. Toisaalta palvelu-

järjestelmän oikeudenmukaisuustarkasteluja voi olla vaikeaa operationalisoida rutiinitilastotuotantoon.

Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta käsittelevissä tutkimuksissa on pääasiassa tarkasteltu terveydenhuoltoa. Sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuutta koskeva tutkimus on vähäistä tutkimusalan tiedeperinteen sekä sosiaalihuollon lainsäädännön ja palvelujärjestelmän historiallisen kehityksen takia. Sosiaalipalvelujen aiempi kohdentuminen syrjäytyneisiin sekä marginaaliryhmiin on vaikuttanut osaltaan siihen, ettei tälle alueelle ole kehittynyt palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden tutkimusperinnettä eikä sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuutta ole myöskään käsitteellisellä tasolla jäsennetty. Tällainen sosiaalipalvelujen tutkimuksen suuntautuminen ei koske vain suomalaista tutkimusta, vaan heijastaa myös kansainvälisesti eroja terveystieteiden ja sosiaalipalvelututkimuksen tutkimustraditioissa.

Suomessa terveydenhuoltotutkimuksella on suhteellisen pitkä oikeudenmukaisuuden tutkimusperinne, jota ovat olleet luomassa muun muassa Kansaneläkelaitoksen Terveysturvan kyselytutkimukset. Tämä tutkimussarja käynnistettiin alun perin arvioimaan sairasvakuutus- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistusten vaikutusta väestön palvelujen käyttöön sekä väestöryhmien välisiin eroihin palvelujen käytössä. Tutkimussarjaa aloitettaessa tärkeänä tavoitteena oli myös terveydenhuollon alueellisten erojen arviointi oikeudenmukaisuusnäkökulmasta. Palvelujärjestelmän kehittyessä alue-erojen merkityksen on katsottu vähentyneen. Viime vuosikymmenellä alueellista oikeudenmukaisuutta suomalaisessa terveydenhuollossa onkin tutkittu suhteellisen vähän. Tilastojärjestelmistä on saatavissa tietoja palvelujen käytön alueellisista eroista, mutta niitä ei ole analyttisesti arvioitu suhteessa alueellisen palvelutarpeen vaihteluun.

Empiirisen tutkimuksen ohella palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden arviointi edellyttää myös oikeudenmukaisuuden käsitteen huolellista analyysiä. Terveystieteiden tutkimuksessa, jossa oikeudenmukaisuuden arvioinnissa on pitkä perinne, tutkimus kohdistuu palvelujen käytön osalta pääosin horisontaaliseen oikeudenmukaisuuteen. Vertikaalista oikeudenmukaisuutta koskeva tutkimusmetodologia ja -menetelmät ovat kehittymättömiä, mikä heijastuu siihen, ettei eri potilasryhmien välistä oikeudenmukaisuutta ole juuri

lainkaan tutkittu. Käsitteellisesti vertikaalinen oikeudenmukaisuus lähestyy priorisaatioon liittyviä pohdintoja, joten siihen liittyy paitsi tutkimuksen sisäisiä kysymyksenasetteluja myös yhteiskunnallisia arvovalintoja. Palvelujen käytön vertikaalisen oikeudenmukaisuuden tutkimus onkin monin tavoin monimutkaisempaa ja vaikeampaa kuin horisontaalisen oikeudenmukaisuuden arviointi.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden tutkimuksesta suuri osa on pohjimmiltaan kuvailevaa. Palvelujärjestelmän kehittäminen edellyttäisi kuitenkin toisaalta analyttisempää, oikeudenmukaisuuden puutteiden syitä selvittelevää tutkimusotetta sekä toisaalta toiminnallisempaa, kehittämisorientoitunutta tutkimusotetta. Tällaisten tutkimusotteiden painottaminen ei ole ristiriidassa palvelujärjestelmän muiden kehittämistavoitteiden kanssa, vaan pikemminkin oikeudenmukaisuusnäkökulmasta tapahtuva arviointi tukee myös muuta palvelujärjestelmän kehittämistä.

Tilastojärjestelmän ja tutkimuksen kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojärjestelmässä on tällä hetkellä meneillään useita merkittäviä uudistuksia. Näiden uudistusten toteutuksessa tulisi ottaa huomioon mahdollisuudet arvioida palvelujärjestelmän toimintaa oikeudenmukaisuusnäkökulmasta. Uudistukset sinällään parantaisivat huomattavasti tämän kaltaisen arvioinnin mahdollisuuksia. Tieto 2005 -hankkeen yhteydessä selvitettiin laajasti palvelujärjestelmää koskevan tilastotuotannon kehittämistarpeita. Tieto 2005 -hankkeen Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus -työryhmä teki useita esityksiä sosiaali- ja terveyspalveluja käsittelevien rekisterien ja tilastojärjestelmien kehittämisestä sekä tilastotietoja täydentävistä erillisselvityksistä. Toteuttamalla nämä ehdotukset olisi voitu parantaa merkittävästi mahdollisuuksia arvioida palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta. Suurta osaa työryhmän ehdotuksista ei kuitenkaan ole hankkeen toteutuksessa huomioitu.

Tieto 2005 -hanketta seuranneessa tilastouudistuksessa on palvelujärjestelmää koskevien tietojen osalta keskitytty lähinnä tilastotietojen kokoamisen rationalisointiin sekä terveydenhuollon avohoidon ja sosiaalialan tilastotuotannon kehittämiseen sähköisiä potilas- ja asiakasrekistereitä sekä kertomustietojärjestelmää kehittämällä. Kattavien yksilöta-

soisten asiakastietojen kerääminen mahdollistaa periaatteessa aiempaa monipuolisemman palvelujärjestelmän toiminnan tarkastelut ja nämä tietojärjestelmät tuovat uusia mahdollisuuksia myös palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden arviointiin. Pelkkä tietojen keruu ei kuitenkaan riitä, vaan muodostuvien uusien laajojen tietovarastojen analysointiin on panostettava ja siihen on varattava riittävät voimavarat. Uudistuksissa tulisikin taata, että uusia tietojärjestelmiä kytetään tehokkaasti käyttämään arviointitutkimuksessa ja että tietojärjestelmiä ja niiden sovelluksia kehitetään siten, että ne ovat myös kunta- ja aluetason toimijoiden käytettävissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta käsittelevässä tutkimuksessa on useita kehittämistarpeita, mutta niistä keskeisimpien joukossa on epäilemättä sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuuden tutkimuksen kehittäminen. Aiemmin mainittujen sosiaalihuollon palvelujärjestelmän kehitykseen liittyvien tekijöiden sekä tutkimustradition takia oikeudenmukaisuustutkimuksen perinne puuttuu lähes kokonaan sosiaalipalveluista, joten tutkimusalueella tarvittaisiin empiirisen tutkimuksen ohella myös oikeudenmukaisuuden tutkimuksen metodologista ja teoreettista kehittämistä.

Vaikka terveydenhuoltotutkimuksessa palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden arviointi on sosiaalipalvelujen tutkimusta vakiintuneemmassa asemassa, on myös terveydenhuollon puolella tarvetta kattavampaan tutkimusotteeseen. Muun muassa alueellinen ja väestöllinen kehitys tuo uusia haasteita palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden turvaamiselle. Alueellisen oikeudenmukaisuuden ja uusien alueellisten jakojen tutkimusta tarvitaan. Samoin tarvitaan aiempaa intensiivisempää sosiaalisesti haavoittuvien väestöryhmien (esimerkiksi maahanmuuttajien, vammaisten ja muiden vähemmistöryhmien) palvelutarpeiden sekä palvelujen saatavuuden ja käytön tutkimusta.

Osaan tutkimustoiminnan kehittämishaasteita on viitattu jo edellä. Kuvailevasta tutkimuksesta tulisi päästä palvelujen saatavuudessa ja käytössä olevien erojen syitä selittävään tutkimukseen ja palvelujen käytön ohella tulisi selvittää myös palvelujen vaikuttavuutta, hoidon laadun ja hoitotulosten eroja sekä palvelujärjestelmän antamaa tukea itsenäiseen suoriutumiseen. Lisäksi tarvitaan tutkimusta, jossa kehitetään ja arvioidaan keinoja, joilla palvelujärjestelmää voidaan kehittää oikeudenmukaisemmaksi. Päätöksenteon

ja arvovalintojen pohjaksi tarvitaan myös tietoa tukemaan palvelujärjestelmän vertikaaliseen oikeudenmukaisuuteen liittyvää yhteiskunnallista keskustelua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen kehittäminen

Tietojärjestelmien ja tutkimuksen kehittäminen muodostaa vain puitteet sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukaisuuden turvaamiselle. Oikeudenmukaista palvelujärjestelmää rakennetaan kehittämällä ohjaus-, johtamis- ja työskentelytapoja, joilla palvelujen saatavuus turvataan yhdenvertaisesti koko väestölle.

Valtakunnallisella tasolla keskeiset haasteet oikeudenmukaisen palvelujärjestelmän kehittämisessä liittyvät lainsäädännön kehittämiseen ja siten oikeudenmukaisuutta tukevien toimintapuitteiden luomiseen sosiaali- ja terveyspalveluille. Tämän takia sosiaali- ja terveysministeriön ja sektoritutkimuslaitosten vastuulla on pyrkiä muodostamaan riittävän ajantasainen kuva palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuudesta. Tällainen arviointi ei voi rakentua pelkästään pysyvän tilastotuotannon tai erillistutkimusten varaan, vaan edellyttää määrävälein kattavan käsityksen muodostamista palvelujärjestelmän toiminnasta eri tietolähteiden perusteella. Vastaavia toistuvia arvioita palvelujen toiminnasta ja oikeudenmukaisuudesta tarvitaan myös aluetasolla. Tällaisten arviointien tukeminen liittyy keskushallinnon ohjausvastuuseen. Tuki voi toteutua esimerkiksi siten, että sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset sektoritutkimuslaitokset osallistuvat alueellisiin koko sosiaali- ja terveydenhuollon tai sen osa-alueen arviointeihin, joissa tavoitteena on alueellisen palvelujärjestelmän palvelukyvyyn kehittäminen. Valtakunnallisella tasolla palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden toistuva systemaattinen arviointi olisi mahdollista liittää esimerkiksi osaksi sosiaali- ja terveyskertomusta ja sen taustatietoja. Aluetasolla selvitykset voisivat jäsentyä osaksi läänien suorittamaa peruspalvelujen arviointia.

Palvelujen järjestäjän ja tuottajan tasolla oikeudenmukainen palvelujärjestelmä edellyttää väestölähtöisen suunnittelun vahvistamista sosiaali- ja terveydenhuollos-

sa. Palvelujen järjestäjillä tulisi olla resursseja ja osaavaa henkilöstöä tämän kaltaiseen suunnitteluotteeseen, jossa lähtökohdaksi otetaan väestön ja asiakkaiden palvelutarpeet. Palvelujen arviointi on nähtävä suunnittelun ja johtamisen osana ja sen tavoitteena tulee olla palvelujen aukkoja etsivä ongelmalähtöinen arviointi. Terveydenhuollossa sairaanhoitopiirien laatimat palvelujen järjestämissuunnitelmat tarjoavat sopivan kehyksen oikeudenmukaisuusnäkökulman sisällyttämiseksi suunnitteluun. Sosiaalipalveluissa oikeudenmukaisuuskysymyksiin ja väestön palvelutarpeista lähtevään suunnitteluun tulisi kiinnittää huomiota kehitetyssä alueellista yhteistyötä.

Asiakkaiden ja potilaiden kohtaamisessa oikeudenmukaisen palvelujärjestelmän edellytykset liittyvät tiedon ohella myös ammattihenkilöstön valmiuksiin ja asenteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstön johtamisen ja työskentelyedellytysten tulisi tukea palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuustavoitteiden saavuttamista. Asenteita ja valmiuksia väestöryhmien välisten palvelutarpeiden erojen huomioimiseen luodaan koulutuksessa. Keskeinen kysymys on, miten sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön huomio voidaan kohdentaa heidän työnsä tulosten kannalta tärkeisiin väestöryhmäeroihin, mutta samalla välttää asiakkaiden leimaamista. Työn organisoimista ja työtapoja on tarpeen kehittää suuntaan, joka tukee tarpeenmukaista palvelujen käyttöä asiakastasolla.

Kansainvälisesti suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on hyvin koulutettua, pätevää ja omaa korkean ammatillisen etiikan. Henkilöstö toimii palvelujärjestelmän ja sen johtamisen antamissa puitteissa, jolloin periaatteiltaan oikeudenmukaisuutta edistävä palvelujärjestelmä, jonka toimintaa suunnitellaan ja johdetaan ottaen huomioon väestön palvelutarpeet, tukee myös henkilöstön mahdollisuuksia työskennellä siten, että koko väestölle taataan yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää tarvitsemiaan palveluita. Henkilöstön valmiuksia ja asiakkaita koskevaa päätöksentekoa voidaan tukea sisällyttämällä väestöryhmänäkökulma palvelusuunnitelmiin ja hoitosuosituksiin. Tärkeä kanava näiden valmiuksien vahvistamiseen on eri väestöryhmien palvelutarpeiden huomioiminen perus- ja jatkokoulutuksessa.

TERVEYDENHUOLLON MAKSUPOLITIIKAN VAIKUTUKSET OIKEUDENMUKAISUUTEEN

JAN KLAVUS, RAIMO JÄMSÉN

Maksupolitiikka ja asiakasmaksut

Terveydenhuollon maksupolitiikan keskeisiä lähtökohtia ovat sosiaalinen oikeudenmukaisuus, palvelujen rahoittaminen pääosin verovaroin sekä palvelujen käyttäjien tasa-arvo. Terveydenhuollon maksuilla on kaksi perustoimintoa: maksutulojen hankinta osana palvelujen rahoittamista sekä palvelujen käytön ohjaaminen niissä palveluissa, joiden käyttöön maksuilla voidaan vaikuttaa ja joissa se on sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden mukaista. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vaatimus asettaa selkeitä reunaehtoja edellä mainittujen perustoimintojen toteuttamiselle. Reunaehtoja voidaan toteuttaa esimerkiksi tulosidonnaisin maksuin, asettamalla yläraja yksittäisistä palveluista perittävillä maksuilla tai rajoittamalla asiakkaalle koituvien maksujen vuotuista kokonaismäärää.

Vuonna 1993 voimaan tulleen asiakasmaksulain mukaan kunnallisista terveydenhuollon palveluista voidaan periä kunnan päättämä maksu, joka ei saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Kuntien liikkumavapautta on rajoitettu maksuttomia palveluja koskevalla lainsäädännöllä ja rajoittamalla palveluista perittävän maksun enimmäismäärää silloin, kun palvelun käyttöön liittyy merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita. Maksuille voidaan säätää enimmäismäärä myös silloin, kun korkea maksu voi estää tarpeellisen palvelujen käytön tai väestön tasa-arvo edellyttää, että palvelusta perittävät maksut eivät poikkea olennaisesti eri puolilla maata.

Suomessa asiakasmaksuista on keskusteltu vilkkaasti taloudellisen laman, valtionosuusdistuksen ja maksumuutosten yhteydessä sekä vuonna 2005 työnsä päättäneessä

maksutoimikunnassa. Kotitalouksien osuus terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta kasvoi 1990-luvulla noin viisi prosenttiyksikköä. Vuonna 2004 osuus oli noin 19 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista (Stakes 2006). Suurimman osuuden asiakasmaksuista muodostivat avohoitomaksut (35 %) sekä lääkkeet ja farmaseuttiset tuotteet (33 %). Kohtuuttoman korkeiden maksukulujen ehkäisemiseksi tarkoitettu maksukatto otettiin kunnallisissa terveyspalveluissa käyttöön vuonna 2000. Sairausvakuutuksen korvaamissa lääkekuluissa maksukatto on ollut voimassa vuodesta 1986 ja matkakuluissa vuodesta 1988.

Asiakasmaksut käsittävät terveyskeskusten käyntimaksut (ml. hammashoidon käyntimaksut) sekä sairaaloiden poliklinikkamaksut ja hoitopäivämaksut. Lisäksi asiakasmaksuihin luetaan potilaiden omavastuuosuudet sairausvakuutuksen korvaamasta yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, yksityisestä hammashuollosta sekä reseptilääkkeistä ja matkoista.

Asiakasmaksuilla voidaan pyrkiä terveydenhuollon kustannusten hillitsemiseen tai käytön ohjaamiseen tiettyjen palvelujen suuntaan. Molempia tavoitteita ei yleensä voida saavuttaa samanaikaisesti. Jos hinta ei vaikuta palvelujen käyttömäärään, eli palvelujen kysyntä on joustamatonta, asiakasmaksuja nostamalla voidaan periaatteessa kerätä runsaasti maksutuloja, mutta ei vaikuttaa palvelujen käyttöön, eikä terveydenhuollon kustannuksiin. Jos taas asiakasmaksujen taso vaikuttaa merkittävästi palvelujen käyttöön, eli palvelujen kysyntä on hintajoustavaa, maksuilla voidaan hillitä palvelujen käytöstä koituvia kustannuksia, mutta maksukertymät jäävät pienemmiksi.

Asiaksmaksujen taloudelliset näkökohdat ja oikeudenmukaisuusvaikutukset

Terveyspalvelujen hinnan ja kysynnän välistä yhteyttä on arvioitu lukuisissa ulkomaisissa tutkimuksissa. Suomessa aiheeseen liittyvä tutkimustieto on vähäistä. Eri maita koskevat tutkimukset osoittavat yhdenmukaisesti terveyspalvelujen kysynnän olevan joustamatonta hinnan suhteen. Lähes palvelumuodosta riippumatta terveyspalvelujen hintajousto näyttäisi asettuvan luvun -0,2 alapuolelle, mikä tarkoittaa, että 10 prosentin suuruinen hinnan korotus vähentää palvelujen käyttöä enintään 2 prosenttia. Hintajouaston suuruus vaihtelee jonkin verran palvelutyypin mukaan, ja lisäksi hintajousto voi olla erisuuruinen eri väestöryhmissä. Hintojen vaikutus palvelujen käyttöön riippuu siitä, millaiset mahdollisuudet potilaalla on vaikuttaa palvelun käyttöpäätökseen. Esimerkiksi sairaalan vuodeosastohoidossa hinnalla on pienempi vaikutus kuin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon avopalveluissa. Lääkkeiden käyttö näyttää olevan voimakkaammin yhteydessä erilaisiin tarvetekijöihin kuin muiden, varsinkin lääkäripalvelujen, käyttö. Iäkkäillä ja väestöryhmissä, joissa sairastavuus on suurempaa (alemmat tuloluokat), lääkkeiden omavastuuosuuksissa ja korvausasteessa tapahtuvilla muutoksilla on suurempi vaikutus lääkkeiden käyttöön kuin muissa väestöryhmissä. Hintajoustit saattavat erota myös tuloluokittain. Alemmissa tuloluokissa hinnan vaikutus palvelujen käyttöön on yleensä suurempi kuin ylemmissä tuloluokissa.

Taulukossa 1 esitetään terveyspalvelujen hintajoustoja käsittelevää kirjallisuutta ja hintajoustojen suuruus eri terveyspalveluissa.

Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella näyttää siltä, että hinta ei ole palvelujen käytön kannalta ratkaiseva tekijä. Maksuja on myös vaikea kohdentaa siten, että käyttöä voitaisiin ohjata joihinkin tiettyihin palveluihin tai erityisesti niiden palvelujen käytön määrän vähentämiseen, jotka eivät ole terveydellisesti vaikuttavia. Voitaisiinko asiaksmaksujen huomattavalla korottamisella sitten lisätä terveydenhuollon maksutuottoja merkittävästi? Terveydenhuollon kokonaisuhoituksen kannalta maksuilla ei ole suurta merkitystä, koska pääosa maksutuotoista on peräisin suhteellisen pieneltä palveluja runsaasti käyttävältä väestönosalta. Näin ollen asiakas-

makujen rahoitus pohja on varsin kapea ja se väestöryhmä, jolta pääosa maksukertymästä olisi peräisin, vapautuisi usein osasta maksuja maksukattojen seurauksena. Lisäksi asiakasmaksujen keräämiseen liittyvät hallinnolliset kustannukset pienentävät maksukertymää. Maksujen korottamisella olisi myös merkittäviä oikeudenmukaisuusvaikutuksia.

Suomessa arviolta alle viisi prosenttia väestöstä vastaa noin 80 prosentista kunnallisen terveydenhuollon kustannuksista.¹ Tästä syystä maksujen korotuksella saavutettava maksukertymän lisäys jää vähäiseksi verrattuna esimerkiksi yleisellä verolla saavutettavaan maksukertymään. Myös maksujen korotusten taloudelliset vaikutukset jakautuvat väestössä hyvin epätasaisesti. Jos maksukattoja ja kysynnän hintajoustoja ei oteta huomioon, 10 prosentin suuruisella kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksujen korotuksella saavutettaisiin noin 50 miljoonan suuruinen lisäys maksutuloihin. Tämä vastaisi hieman alle 0,2 prosenttia vuoden 2004 kuntasektorin käyttökustannuksista. Maksujen korotuksesta aiheutuisi palveluja paljon käyttävälle 5 prosentille väestöstä noin 40 miljoonan euron suuruiset lisäkustannukset ja lopulle terveyspalveluja vähemmän käyttävälle 95 prosentille ainoastaan 10 miljoonan euron suuruiset lisäkustannukset.² Tämä laskelma ei sisällä hallinnollisia kuluja.

Kunnallisen terveydenhuollon maksukaton rajan, 590 euroa, ylitti vuonna 2002 noin yksi prosentti väestöstä (52 000 henkilöä). Lääkekaton ylittävä väestöosuus oli 3,7 prosenttia (192 000 henkilöä) ja matkakaton ylittävä osuus 0,2 prosenttia (10 000 henkilöä). Tutkimusaineistossa oli ainoastaan yksi henkilö, jonka maksut ylittivät kaikki kolme maksukattoja, mikä vastaisi väestötasolla hieman yli kolmeasataa henkilöä. Otosaineistoon sisältyvän satunnaisvaihtelun vuoksi tarkkoja lukumääriä edellisestä ei voi esittää, mutta vaikuttaa siltä, että kaikkien maksukattojen samalla seurantaajaksolla tapahtuva ylittyminen on perin harvinaista. Sekä lääke- että kuntasektorin maksukaton ylittävien osuus oli 0,1 prosenttia väestöstä. Maksukattojen seurauksena osa maksutuotosta jää perimättä. Ilman maksukattoja terveys-

1 Tämä osuus on yhdenmukainen muissa maissa tehtyjen terveyspalvelujen käytön ja kustannusten suhdetta koskevien tutkimusten kanssa (OECD 1987, Jönsson ja Musgrove 1997).

2 Laskelma tehtiin olettaen, että maksujen korotuksesta saatavat tulot olisivat täysimääräisesti käytettävissä kunnallisten terveyspalvelujen rahoitukseen. Lisäksi laskelmissa tulisi ottaa huomioon olemassa olevien maksukattojen vuoksi saamatta jääneiden maksutulojen sekä kysynnän hintajoustoja maksutulojen vähentävä vaikutus.

TAULUKKO 1. Terveyspalvelujen kysynnän hintajoustot

Tutkimus ja vuosi	Sektorit/Palvelumuoto	Hintajousto
	Lääkäripalvelut:	
Scitovsky ja Snyder 1972	Lääkärissäkäynti	-0.14
Beck, 1974	Lääkärissäkäynti	-0.07
New house ja Phelps, 1974	Lääkärissäkäynti	-0.10
Scitovsky ja McCall, 1977	Lääkärissäkäynti	-0.29
Wedig, 1988	Lääkärissäkäynti	-0.16:stä -0.35:een
Cherkin, ym. 1989	Lääkärissäkäynti	-0.04
New house, ym., 1993	Hoitokulut	-0.17:stä -0.31:een
	Sairaalahoito:	
New house ja Phelps, 1974	Keskimääräinen hoitoaika	-0.10
New house ja Phelps, 1976	Hoidon todennäköisyys	-0.17
New house, ym., 1993	Hoitokulut	-0.14:stä -0.17:ään
	Resptiläkkeet:	
New house, ym., 1993	Lääkemääräykset	-0.17
O'Brien, 1989	Lääkemääräykset	-0.33
Lavers, 1989	Lääkemääräykset	-0.15:stä -0.20:een
Smith, 1993	Lääkemääräykset	-0.10
Hughes ja McGuire, 1995	Lääkemääräykset	-0.35
	Ehkäisevä hoito:	
New house, ym., 1993	Hoitokulut	-0.17:stä -0.43:een
	Akuuttihoito:	
New house, ym., 1993	Hoitokulut	-0.17:stä -0.32:een

palvelujen käytöstä (kunnalliset terveysterveyspalvelu, lääkkeet ja matkat) perittävien asiakasmaksujen tuotto olisi ollut noin kaksitoista prosenttia suurempi.

Asiakasmaksujen taloudellisia vaikutuksia arvioitaessa on otettava huomioon maksujen keräämisestä ja hallinnoinnista aiheutuvat kulut. Maksupolitiikan toimivuutta arvioineen selvitysmiesraportin mukaan keskisuuressa sairaanhoitopiirissä maksukattoasioiden käsittely vaatii 3-4 henkilön työpanoksen (STM 2003). Kustannukset johtuvat selvitysmiesraportin mukaan pitkälti siitä, että tehokkaita ja kattavia teknisiä ratkaisuja maksujen keräämiseen ja maksu-

katon hallinnointiin ei ole onnistuttu löytämään ja ottamaan käyttöön. Hallinnollisten kulujen suuruudesta ei toistaiseksi ole saatavilla kattavia tietoja. Tämä johtuu tietojärjestelmien puutteellisuudesta ja siitä, että terveydenhuoltohenkilöstön työpanoksen arvioiminen eri osatekijöiden perusteella on monessa tapauksessa vaikeaa.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut ja sairausvakuutuksen piiriin kuuluvien palvelujen omavastuut jakautuvat tuloluokittain eri tavalla. Kunnallisen avohoidon ja sairaalahoitoon käyttö on runsaampaa alemmissa tuloluokissa, ja vastaavasti niihin liittyvät asiakasmaksut painottuvat näi-

hin tulonsaajaryhmiin (Klavus ja Häkkinen 1995, Klavus ja Häkkinen 1996). Yksityisen avo- ja hammashoidon palveluja käytetään enemmän ylemmissä tuloluokissa. Reseptilääkkeiden käyttö on jakautunut tuloluokittain melko tasaisesti. Koska terveyspalvelujen käytössä on tuloluokittaisia eroja, myös asiakasmaksujen ja omavastuiden tasossa tapahtuvat muutokset kohdentuvat eri tavalla eri tuloluokkiin. Asiakasmaksujen tuloluokittaista jakautumista koskeva tutkimus osoittaa, että kaikki terveyspalveluihin liittyvät maksut ja omavastuuosuudet ovat regressiivisiä (Klavus ja Häkkinen 1995). Regressiivisimpiä ovat sairaaloiden hoitopäivämaksut, kunnallisen avo- ja hammashoidon maksut, reseptilääkkeet ja sairausvakuutuksen korvaamat matkat.

Asiakasmaksujen väestöryhmittäiseen jakautumiseen vaikuttaa osaltaan myös se, millaisia palveluja niitä tarvitsella on käytettävissään. Palvelujen saatavuus ja käyttömahdollisuudet eroavat usein esimerkiksi asuinpaikan tai työmarkkina-aseman mukaan. Hiljattain julkaistu OECD:n raportti osoittaa, että yleislääkäripalvelujen käytössä on Suomessa huomattavan suurta eriarvoisuutta tuloluokkien välillä (OECD 2005). Osittain tämä johtuu siitä, että työterveyshuolto on maksutonta, kun taas maksuja ja omavastuita peritään niiltä, jotka käyttävät terveyskeskuspalveluja ja yksityissektorin palveluja.

Terveyspalvelujen kysynnän luonteesta johtuen asiakasmaksujen ja omavastuiden korotukset eivät vaikuta niinkään palvelujen käyttöön vaan vähentävät palveluja tarvitsevien kotitalouksien muuhun kulutukseen jäävää tuloa. Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt kotitalouden terveydenhuoltomaksut katastrofaalisen korkeiksi, jos ne ylittävät 40 prosenttia kotitalouden käytettävissä olevista tuloista. Ennen nykyisen kunnallisia palveluja koskevan maksukaton asettamista Suomessa katastrofaalisen rajan ylitti noin puoli prosenttia väestöstä, kun ainoastaan palvelujen käyttäjiltä perittävät maksut otettiin huomioon. Kun myös julkinen, verojen ja sairausvakuutusmaksujen kautta tapahtuva rahoitus otettiin huomioon, vastaava väestöosuus oli lähes 1,5 prosenttia. Kansainvälisessä vertailussa nämä luvut ovat EU-maiden korkeimpia ja OECD-maita koskevassa vertailussa lähes Yhdysvaltain ja Sveitsin tasoa (Xu et al. 2005).

Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto näyttävä estävän korkeiden maksurasitusten syntyä ja kohdentuvan

juuri siihen palveluja paljon käyttävään väestöryhmään, jossa maksut uhkaavat taloudellista selviytymistä. Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto varmistaa sen, että paljon sairastavien ja palveluja tarvitsevien kotitalouksien maksurasitus kunnallisten terveyspalvelujen osalta ei nouse yli 15 prosenttiin kotitalouden käytettävissä olevista tuloista. Ennen maksukaton käyttöönottoa sellaisten kotitalouksien määrä, joissa terveydenhuollon maksut muodostivat 25 prosenttia tai jopa 40 prosenttia kotitalouden käytettävissä olevista tuloista, oli huomattavasti suurempi. Suurimmat kustannukset kotitalouksille koituvat lääkkeiden sekä yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käytöstä perittävistä maksuista. Lääkkeiden maksukatto näyttäisi hillitsevän jokseenkin tehokkaasti kaikkein korkeimpien lääkkeistä aiheutuvien maksurasitusten syntyä, mutta yhteenlaskettuna kotitalouden kaikki asiakasmaksut muodostavat maksukatoista huolimatta yhä merkittävän suuren kulutuserän monille kotitalouksille.

Maksupolitiikan tulevaisuudennäkymiä

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikka on uudelleenarvioinnin tarpeessa. Maksupolitiikan linjaukset ovat ajan kuluessa hämärtyneet ja maksut ja omavastuut ovat kytköksissä palvelujen käytössä ilmenevään eriarvoisuuteen. Tulevien vuosien maksupolitiikan lähtökohtia ja keskeisiä linjauksia tulisi lähestyä vallitsevien sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden näkökulmasta. Asiakasmaksujen tavoitteet ovat edelleen samat, eli niiden avulla pyritään palvelujen rahoittamiseen, palvelujen käytön sektorikohtaiseen ohjaukseen sekä terveyspalvelujen rahoituksen ja palvelujen käytön oikeudenmukaiseen jakautumiseen. Palvelujen käytön ohjauspyrkimyksissä on perusteltua kiinnittää erityistä huomiota keinoihin, joilla voidaan lisätä avohoito- ja kotihoitotyypisten palvelujen käyttöä. Tällaisten ohjauskeinojen merkitys kasvaa ikääntyvän väestön määrän kasvaessa. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalvelujen maksupolitiikassa onkin entistä tärkeämpää erottaa toisistaan maksulinjaukset, jotka koskevat lasten päivähoitoa, akuuttipalveluja (sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalvelut) ja pitkäaikaishoidon palveluja.

Maksusäädösten tulisi olla selkeitä. Maksupolitiikka-linjausten tulisi kattaa kuntasektorin maksut sekä sairausvakuutuksen omavastuut. Maksujärjestelmältä edellytetään hallinnollista toimivuutta ja nykyistä selvästi pienempiä hallinnointikuluja. Asiakasmaksujen sähköiseen käsittelyyn siirtyminen luo edellytykset yhdistää eduskunnan eri yhteyksissä esiintuomien esitysten mukaisesti kuntasektorin maksukatto ja sairausvakuutuksen maksukatot. Tällöin olisi

helpompi poliittisella tasolla sopia, kuinka maksukattoylytysten kustannukset jaetaan kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kesken. Maksupolitiikan kehittämisessä tulisi pyrkiä siihen, että maksujärjestelmä on tulevaisuudessa mahdollisimman läpinäkyvä ja avoin. Sen periaatteiden, sisällön ja toiminnan tulee olla valtakunnallisten ja paikallisten päättäjien sekä myös kansalaisten seurattavissa ja arvioitavissa.

Lähteet

- Jönsson, B. & Musgrove, P. (1997). Government Financing of Health Care. Working paper presented at World Bank conference on innovations in health care financing, Washington D.C., March 1997.
- Klavus, J. & Häkkinen, U. (1995). Terveyspalvelujen, käyttö, rahoitus ja tulonjako. Stakes, Raportteja 175. Jyväskylä, 1995.
- Klavus, J. & Häkkinen, U. (1996). ”Health care and income distribution in Finland.” Health Policy, Vol. 38, pp. 31–43.
- OECD (1987). Financing and delivering health care: a comparative analysis of the OECD countries. Paris, 1987.
- OECD (2005). OECD Reviews of Health Systems, Finland. OECD, Paris 2005.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita, 2003:12.
- Stakes (2004). Terveys- ja huollon menot ja rahoitus vuonna 2004, Stakes, Tilastotiedote 1/2006. Helsinki, 2006.
- Xu, K. & Evans, D. B. & Kawabata, K. & Zeramdini, R. & Klavus, J. & Murray, C. J. L. (2003). ”Household catastrophic expenditure: a multicountry analysis.” The Lancet, Vol. 362, pp. 11–117.

TERVEYSPOLIITTISET ARVOT JA MARKKINOISTUVA TERVEYDENHUOLTO

EVA OLLILA

Taustaa

Terveydenhuollon tulevaisuus ja siinä tehtävät ratkaisut ovat vilkkaan keskustelun kohteena. Terveydenhuolto ei ole toistaiseksi erityisen pahassa kriisissä, mutta parantamistavoitteet, tulevaisuuden haasteet sekä terveydenhuoltoon liittyvät moninaiset uudet odotukset ovat kasvattaneet kriisitietoisuutta. Terveydenhuolto on myös kokenut suuria muutoksia.

Valtionosuusjärjestelmän muutos vuonna 1993 lisäsi kuntien autonomiaa ja jätti terveyspalveluiden järjestämisen päävastuun kunnille. Lama ja sitä seurannut rahanpuute olivat omiaan tehostamaan terveydenhuollon toimintaa. Viime vuosikymmenen aikana erikoissairaanhoidossa tilaaja ja tuottaja on alettu erottaa toisistaan, palveluita on tuotteistettu, hinnoiteltu ja ryhmitelty hintaluokkiin sekä sopimusohjaukseen käytännöt on otettu käyttöön liikelaitoistettujen palvelutuotantoyksiköiden kanssa. Valtioneuvoston kansallinen hanke terveydenhuollon turvaamiseksi vuodelta 2002 on toiminut pohjana terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä ja erityisesti hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Vuonna 2005 sisäministeriö asetti kunta- ja palvelurakennemuutoksen -hankkeen, jossa terveyspalvelujärjestelmän uudistamispäätökset olivat myös keskeisellä sijalla. Taustalla oli odotuksia enenevästä siirtymisestä tilaaja–tuottaja-malliin ja ulkoistettuihin palveluihin.

Terveyspolitiikan tai terveydenhuollon toimijoiden tavoitteista lähtevien muutosten lisäksi terveydenhuoltoa on kehitetty yleisen yhteiskuntapolitiikan ja myös elinkeinopolitiikan lähtökohdista käsin. Etenkin viimeisen vajaan kymmenen vuoden aikana lähellä elinkeinopolitiikkaa olevat toimijat ovat tehneet enenevässä määrin aloitteita terveyspalveluiden kehittämisestä markkinoiden suuntaan. Kehitys-

kuilu ei ole ominainen vain Suomelle, vaan useissa maissa elinkeinopolitiikasta vastaavat ministeriöt sekä yksityiset yritykset itse puhuvat yksityisen terveyspalveluteollisuuden edellytysten parantamisen puolesta (WHO 2000).

Tämän artikkelin tarkoituksena on tarkastella palveluiden markkinaehtoistamisen eri muotoja, erityisesti painottuen palveluiden tuotannon ulkoistamiseen ja yksityistämiseen. Päähuomio kiinnitetään siihen, millaisia vaikutuksia näillä kehityskuluilla voidaan ajatella olevan terveyspoliittisten tavoitteiden, erityisesti palveluiden oikeudenmukaisen saatavuuden, toteutumiseen sekä siihen, minkälaisia ohjaus- ja säätelyhaasteita ne tuovat mukanaan. Kirjoituksessa ei tarkastella sitä, millaisin keinoin olemassa oleviin ja tuleviin haasteisiin tulisi vastata nykyisen järjestelmän puitteissa.

Terveyspalvelupolitiikan tavoitteet ja elinkeinopolitiikan odotukset

Perustuslain mukaan jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Lainsäädännön mukaan palveluiden järjestämisvastuu on pääosin kunnilla. Järjestämisvastuu sekä vastuu palveluiden toimivuudesta ja laadusta säilyy kunnilla myös ulkoistettujen palveluiden osalta. Valtiolle kuuluu vastuu terveyspolitiikan ohjauksesta ja yleisistä toimintaedellytyksistä. Terveyspalvelupolitiikan tavoitteita ovat perinteisesti olleet palveluiden oikeudenmukainen saatavuus, vaikuttavuus sekä taloudellinen kestävyys. Lisäksi asiakaslähtöisyys on ollut julkilausuttu tavoite (taulukko 1).

2000-luku on tuonut terveyspalveluille uusia tavoitteita, kun elinkeinopolitiikan tavoitteet ja odotukset palveluita kohtaan ovat voimistuneet. Lisäännytynyt kiinnostus johtuneen osin yleisestä palveluyrittäjyyden monia muita elinkeinoaloja

TAULUKKO 1. Hyvinvointipolitiikan ja elinkeinopolitiikan arvolähtökohdat

Hyvinvointipolitiikka	Elinkeinopolitiikka
<i>Oikeudenmukaisuus</i> Terveyspalvelut tarpeen mukaan, maksu maksukyyn mukaan	Kaikille palvelun tarjoajille samat kilpailuedellytykset
<i>Vaikuttavuus, tuloksellisuus</i> Terveysvaikutuksien maksimointi suhteessa kustannuksiin	Tuottojen maksimointi suhteessa investointeihin
<i>Kestävyys</i> Taloudellinen kestävyys Palvelun sovittaminen yhteiskunnan sekä yksilön maksukykyyn	Markkinoiden toimivuus Kilpailukyky, toimivien palvelumarkkinoiden syntyminen
<i>Kansalaisen asema</i> kansalais- tai potilaslähtöisyys Kansalaisilla oikeus vaikuttaa terveyspalveluiden suunnitteluun ja toimintaan etenkin kansalaisdemokratian kautta, potilailla oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa ja osallistua päätöksentekoon	kuluttajalähtöisyys – Kuluttajan toiveiden huomioiminen tärkeää asiakas-tyytyväisyyden kannalta – Maksajalla oikeus valita hoitava henkilö, tai hoitava taho, sekä vaikuttaa hoidon sisältöön. Kun maksaja on julkinen taho, kilpailutus luo raamit näiden valintojen teolle.

paremmista tulevaisuuden näkymistä globalisoituvassa eurooppalaisessa yritysmaailmassa, erityisesti terveyspalveluyrittäjyyteen liittyvistä voittopotentiaaleista sekä osin rahaja talouspolitiikan tavoitteista supistaa julkista sektoria.

Elinkeinopolitiikan tavoitteissa korostuu yksityisten terveyspalveluiden kilpailukyyn parantaminen suhteessa julkisiin palveluihin. Tämä on tarkoittanut lainsäädännöllisiä toimia, muun muassa hankintalakia sekä muita yritysten toimintaympäristöä parantavia toimia. Yllättävää on, että näissä kaavailuissa ja tulevaisuuden skenaarioissa julkisen terveydenhuoltotuotannon tärkeää työllistävää vaikutusta ei ole nostettu esiin (Julkunen 2006).

Kuten taulukosta 1 käy ilmi, hyvinvointipolitiikan ja elinkeinopolitiikan lähtökohdat terveyspalveluiden antamisesta tuottavat varsin erilaiset toimintaympäristöt. Ei ole yhdentekevää, kumman viitekehyksen mukaisesti ohjaus- ja säätelyjärjestelmät ensisijaisesti rakentuvat: Onko keskeisempää kansalaisten vai yritysten yhdenvertaisuus? Onko keskeisempää markkinoiden toimivuus ja yritysten menestys vai terveyspalveluiden taloudellinen kestävyys

yhteiskunnan kannalta. Vaikka kansalais- tai asiakaslähtöisyys on kummassakin viitekehyksessä tärkeä, on senkin ilmenemismuoto erilainen: käytännössä asiakkaiden asemaa on hyvinvointipolitiikan viitekehyksessä katsottu pääasiassa kansalaisdemokratian näkökulmasta eikä asiakkaan valinnoilla ole ollut kovin keskeistä sijaa, kun taas elinkeinopolitiikan näkökulmasta kuluttajan tyytyväisyys on keskeistä ja huomio kiinnittyy näin enemmän kuluttajan (tai maksajan) toiveiden huomioimiseen ja kuluttajan (tai maksajan) tekemiin valintoihin. Onkin selvää, että markkinalähtökohdista rakennettu ohjaus- ja säätelyjärjestelmä on erilainen kuin integroituun terveyspalvelujärjestelmään rakennettu järjestelmä. On kuitenkin erittäin tärkeää, että markkinaehtoiseen ohjaus- ja säätelyjärjestelmään rakennetaan elementtejä, jotka takaavat hyvinvointipolitiikan terveyspoliittiset tavoitteet mahdollisimman hyvin.

Dilemma elinkeinopolitiikan ja perinteisemmän terveyspolitiikan välillä ei ole pelkästään kansallinen. Se jopa korostuu Euroopan yhteisön tavoitteissa. Viimeaikoina on käynyt yhä selvemmäksi, että Euroopan yhteisön neljä

vapautta – pääomien, tavaroiden, palveluiden ja ihmisten vapaa liikkuvuus – koskevat myös terveyspalveluita. Koska terveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kansalliseen kompetenssiin ja koska Euroopan yhteisöllä ei ole erityisesti terveyslähtökohdista tehtyä riittävän tukevaa lakipohjaa terveyspalveluihin sovellettavaksi, terveyspalveluiden reunaehtoisten kehittämistä ovat ohjanneet lähinnä sisämarkkinoihin, kilpailuun, kauppaan ja vapauksiin perustuvat periaatteet ja näiden Euroopan yhteisön tuomioistuimessa tehdyt tulkinnat. EY-tuomioistuimen terveyspalveluiden liikkuvuutta koskeva oikeuskäytäntö on korostanut tarvetta selventää palveluiden vapaan liikkuvuuden ja kansallisten terveysjärjestelmien välistä suhdetta. Toisaalta Euroopan komissio (COM (2002) 774 final) on vuonna 2002 kirjannut eurooppalaisten terveyspalveluiden ja pitkäaikaishoidon palveluiden yhteisen arvopohjan seuraavasti:

- 1) saatavuus tuloihin tai varallisuuteen katsomatta
- 2) korkea laatu
- 3) palvelujärjestelmien taloudellinen kestävyys.

Komissio valmistelee terveyspalveluista erillissäätelyä, koska terveyspalvelut jäivät pois palveludirektiivistä. Tähän liittyen Euroopan unionin neuvosto on vuonna 2006 valmistellut yhteisön terveyspalveluiden yhteisistä arvoista ja periaatteista päätelmät ja julkilausuman.

Markkinaehtoistaminen ja yksityistäminen

Markkinaehtoistuminen tarkoittaa sekä taloudellisia arvoja korostavaa asennemuutosta, että yhteiskunnallisten toimintojen järjestämistä markkinamekanismeja mukaillen. Tällä hetkellä monet tekijät ovat omiaan johtamaan kohti markkinaehtoistumista ja sitä kautta myös kohti palvelujen tuotannon yksityistämistä. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa paineet pienentää julkisen sektorin kokoa osana raha- ja talouspolitiikkaa sekä sen tavoitetta lisätä kilpailukykyä. Globalisaation myötä savupiipputeollisuuden mahdollisuudet kasvun vetureina pelätään käyvän yhä niukemmiksi ja katseet ovatkin enenevästi alkaneet kohdistua palvelusektoriin ja sen kasvupotentiaaliin tuottavana elinkeinoalana.

Toistaiseksi odotukset yksityinen palvelutuotannon kasvusta ovat kuitenkin nojautuneet pääosin odotuksiin julkisesta rahoituksesta.

Uuteen julkisjohtamiseen (New public management) liittyvät ideat ja ajatukset ovat levinneet teollisuusmaissa laajalti viimeisten reilun kahden vuosikymmenen aikana. Uuteen julkisjohtamiseen kuuluu keskeisesti julkisen sektorin roolin muuttaminen siten, että julkinen sektori ohjaa, mutta ei enää itse tuota palveluita, politiikan erottaminen palveluiden järjestämisestä sekä rahoittamisen erottaminen palveluiden tuottamisesta. Keinona näiden tavoitteiden saavuttamiseksi on ollut tilaajatuottaja -mallit, liikelaitoistaminen, uudet tavat maksaa palveluiden tuottajille sekä kilpailun lisääminen. (Mills et al. 2001.) Suomessa toteutetut uudistukset ovat seuranneet näitä ajatuskulkua.

Uuden julkisjohtamismallin mukaisesti tilaaja–tuottaja-mallia, jossa terveyspalveluiden rahoittaja ja terveyspalveluiden tuottaja erotetaan toisistaan, on esitetty ratkaisuksi erityisesti niille maille, joissa nämä toiminnot eivät aiemmin ole olleet selkeästi erotettuina. Näin on ollut laita muun muassa Pohjoismaiden verorahoitteisissa järjestelmissä. Vaikka tämäntyyppinen reformi ei sinänsä tarkoita palveluiden yksityistämistä, se voidaan myös nähdä ennakoivana toimena, joka mahdollistaa jatkossa myös palveluiden tuottamisen kilpailuttamisen ja yksityistämisen.

Keskustelu Suomessa ja myös muissa Länsi-Euroopan maissa on keskittynyt lähinnä palvelutuotannon markkinaehtoistamiseen ja yksityistämiseen, eikä niinkään muutoksiin rahoitusjärjestelmissä (Ham 1998) (joskin Euroopan unionissa tapahtuvat muutokset ja lisääntyvä potilaiden ja palveluiden liikkuvuus saattavat luoda paineita siirtyä vakuutusperusteiseen järjestelmään). Useat eurooppalaiset terveyspalveluyritykset ovat sitä mieltä, että yksityiset rahoitusmarkkinat avautuvat todennäköisesti hitaasti. Terveyspalveluyritysten päähuomio keskittyy julkisrahoitteeseen terveyspalvelutuotantoon, jonka kasvun uskotaan olevan nopeaa muun muassa sairaaloiden jonojen vuoksi (Lehtbridge 2005, Ekroos 2005, Partanen 2004). Yksityisen palvelutuotannon uskotaan kasvavan etupäässä julkisen rahoituksen turvin ja seurauksena siitä, että julkisten palveluiden rakenne muutetaan markkinoille sopivaksi, muun muassa liikelaitoistamalla, tilaaja–tuottaja -mallin käyttöönotolla, ulkoistamalla ja kilpailuttamalla. Monien

yritysten mukaan yksityisten vakuutusten lisääntyminen on ollut kuitenkin tärkeä kannustin yksityis palveluinvestointien kasvulle (Lehtbridge 2005).

Rahoituksen yksityistämien on Suomessa liittynyt pääasiassa potilasmaksujen suhteellisen painoarvon kasvuun, työterveyshuollon yksityiseen rahoitukseen sekä joihinkin yksittäisiin vakuutusmuotoihin, kuten lapsivakuutuksiin. Lähitulevaisuudessa voi yksityinen rahoitus kasvaa ainakin lisääntyvien yksityisten vakuutusten kautta sekä mahdollisesti myös lisääntyvien kansalaisten omien rahoitusosuuksien kasvun myötä (Ekroos 2004).

Yksityisen sektorin tuottamien terveyspalveluiden määrä on ollut viime vuosina voimakkaassa kasvussa (Ekroos 2004) ja Suomeen on syntynyt aiempaa suurempia yksityisiä terveyspalveluita tarjoavia yrityksiä. Toistaiseksi tämä kasvu on koskenut kuitenkin pääosin julkiselle sektorille rinnakkaisia palveluita sekä jononpurkuja ja keikkalääkäripalveluita, joskin muutamat kunnat ovat joko osittain tai kokonaan yksityistäneet terveyspalvelunsa.

Terveyspalveluiden tarpeen odotetaan kasvavan lähitulevaisuudessa lähinnä seuraavista syistä: väestön ikääntymisen vuoksi, teknologian kehityksen vuoksi sekä väestön lisääntyvän vaatimustason vuoksi. Näistä kaksi viimeistä ovat osittain seurausta terveydenhuoltosektorin markkinoinnista: sen ohella, että tulevaisuudessa pystytään hoitamaan sellaisiakin sairauksia, joita vielä nykyisin ei pystytä, markkinoinnin itsessään lisää sekä odotuksia että uuden teknologian käyttöä.

Terveyspalveluiden kilpailuttaminen

Vuodesta 1994 voimassa ollut laki julkisista hankinnoista (hankintalaki) velvoittaa julkiset viranomaiset ja muiden lain soveltamisalaan kuuluvat yksiköt kilpailuttamaan hankintansa, mikäli se ei itse niitä tuota tai osta omalta osakeyhtiöltään. Kansallinen laki on soveltamisaltaan laajempi kuin EY:n hankintadirektiivi, johon se perustuu. Hankintalaki kattaa myös pienet kynnysarvon alittavat hankinnat sekä direktiivin velvoituksesta poiketen myös niin sanotut toissijaiset palvelut, joihin muun muassa kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut (Pihkala 2003). Tuoreessa hankintalainsäädännön uudistuksessa kansallisia kynnysarvoja sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta nostettiin 50 000 euroon, mutta näiden alojen poissulkemisesta lain ulkopuolelle ei tässä yhteydessä keskusteltu.

Vaikka täydellisiä markkinoita ei yleensä ole, on huomattavaa, että terveydenhuollossa puuttuvat kaikki täydellisten markkinoiden edellytykset (taulukko 2) (Sintonen et al. 1997). Kilpailuttaminen on monimutkaista, aikaa ja resursseja vievää, ja lopputulos on helposti kiistanalainen, jolloin on riskinä se, että epäselvyydet ja erimielisyydet ratkaistaan markkinaoikeudessa.

Kilpailuttamisprosessi vaatii tietoa ja osaamista sekä resursseja. On ilmeistä, että teknologioiden, tukipalveluiden ja helposti tuotteistettavien toimenpiteiden kilpailuttaminen on helpompaa kuin monimutkaisempien kliinisten palveluiden tai palvelukokonaisuuksien kilpailuttaminen (Mills

TAULUKKO 2. Täydellisten markkinoiden edellytykset (Sintonen ym. 1997)

1. Varmuus – kuluttaja tietää tarkasti, mitä haluaa ja mistä haluamansa saa.
2. Täydellinen tietämys – kuluttaja tuntee terveydentilansa ja vaihtoehtoiset keinot siihen vaikuttamiseen
3. Ei ulkoisia vaikutuksia – terveyspalveluiden vastaanottamisella ei ole sen paremmin itsekääseen toimintaan perustuvia kuin välittämiseenkään perustuvia ulkoisia vaikutuksia
4. Kuluttajan valinnanvapaus – kuluttajat toimivat vapaasti omaksi parhaakseen päättäessään terveyspalveluiden kuluttamisesta Tarjonta määräytyy siitä, mitä kuluttajat arvostavat suhteessa hintaan
5. Lukuisia pieniä tuottajia, joille ei ole markkinavoimaa – hintakilpailun vuoksi hyödykkeet tuotetaan mahdollisimman pienin kustannuksin

et al. 2001, 125, Ollila et al. 2003). Näistä ensiksi mainituista onkin kilpailuttamalla saatu aikaan kustannussäästöjä. Kaiken kaikkiaan terveystalouden kilpailutuksen tuomat taloudelliset hyödyt ovat kansainvälisesti olleet vaatimattomia tai puuttuneet. Osin tähän on syynä itse kilpailuttamisen kustannukset. Etenkin pienten kuntien on käytännössä hyvin vaikea käydä läpi monimutkaisia kilpailuttamisprosesseja. Niinpä kunta- ja palvelurakennemuutos -keskustelumallien ehdottamat suuremmat tilaajapoolit olisivatkin kilpailuttamisessa hyödyksi.

Koska laadun vertaaminen yksiselitteisesti on hankalaa, kokonaistaloudellisuuden arvioinnin sijasta on usein päädytty halvimpaan hintaan. Näin on tehty osin siksi, että tällaista valintaa on hankalin kiistää. Valitukset markkina- tuomioistuimeen ovatkin jo nyt terveydenhuollon kilpailuttamisprosesseissa lisääntyneet. Valitusprosessin aikana joudutaan palvelut järjestämään tilapäisjärjestelyin.

Jotta kilpailuttaminen ylipäätään voidaan toteuttaa, on tarjolla oltava useampia palveluntuottajaehdokkaita. Tämä vaatii terveydenhuollon ylikapasiteettia, joka osaltaan taas lisää palveluiden kysyntää, koska tarjonnalla on taipumus synnyttää tarvetta. Isoimmista kaupungeista voi kilpailua syntyä, mutta sielläkin kilpailua saattaa rajoittaa toisaalta yhä ketjuuntuva yksityinen sektori ja toisaalta se, että laajempia palvelukokonaisuuksia voi tarjota vain riittävän suuri yksikkö. Maaseudulla ei ole realistista odottaa todellista kilpailutilannetta, ainakaan pidemmällä aikavälillä, koska hävitessään pienet paikalliset palveluntarjoajat tuskin säilyvät elinkelpoisina yli sopimuskausien. Erityisesti sairaalahoito on myös hyvin investointi-intensiivinen ala, jonka perusrakenteen ylikapasiteetin luominen olisi järjetöntä, ja se tulisikin ilmeisesti joka tapauksessa pitää pääosin julkisessa omistuksessa.

On todennäköistä, että markkinaehtoistuminen ja kilpailutus kohtelee eri henkilöstöryhmiä eri tavoin riippuen ainakin henkilöstön saatavuudesta, erikoistumisasteesta, korvattavuudesta sekä ammattikunnan neuvotteluvoimasta. Osaa henkilöstöstä voidaan korvata rekrytoimalla ulkomailta. Lisäksi uudet teknologiat (mm. kuvantamistekniikat) mahdollistavat moninaisten toimintojen siirtämisen kauas itse asiakkaasta. Kun palveluiden kilpailuttaminen on tuonut säästöjä, säästöt ovat usein olleet seurausta henkilökunnan

huonommista palkkaehdoista. Mikäli todellisia kilpailutilanteita syntyy, epävarmuus työpaikasta ja palkkausolosuhteista saattaa olla omiaan heikentämään henkilöstön halukkuutta hakeutua alalle, mikä osaltaan vaikeuttaa paitsi ylikapasiteetin ylläpitoa, myös välttämättömimmän henkilökunnan saatavuutta.

Markkinoituvien terveystalouden tuomat terveystaloudelliset haasteet ja niiden hallinta

Suomalainen ohjausjärjestelmä on pääosin rakentunut julkisten palveluiden säätelyyn. Ohjausjärjestelmässä tapahtui valtava muutos valtionosuusjärjestelmän uudistamisen ja siihen liittyneen desentralisaation myötä, jolloin vastuu terveystalouden järjestämisestä keskittyi entistä kokonaisvaltaisemmin kunnille. Ohjaus- ja säätelyjärjestelmä olisi haasteiden edessä, vaikka suuria rakenteellisia muutoksia terveydenhuollossa ei olisikaan näköpiirissä. Informaatio-ohjaus ei ole täyttänyt sille asetettuja toiveita ja odotuksia, eikä hankeohjaukseen ole toistaiseksi osoittautunut erityisen tehokkaaksi.

Markkinoituvan terveydenhuollon myötä Suomi kohtaa myös aivan uusia ja entistä suurempia haasteita ohjaus- ja säätelyjärjestelmän rakentamisessa. Markkinoitua terveydenhuoltotuotanto suuntaa säätelyä markkina-perusteiseen säätelyyn, jossa palveluntuottajien yhtäläisen kohtelun ja markkinoiden toimivuuden vaateet korostuvat. Samanaikaisesti olisi pystyttävä turvaamaan kansalaisten yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus, palveluiden laatu ja vaikuttavuus sekä taloudellinen kestävyys.

Yleisellä tasolla on todettu, että markkinoituvien palveluiden myötä regulaation ja monitoroinnin tarve kasvaa ja muuttuu sofistikoitummaksi. Sopimusten kilpailuttaminen, neuvottelu ja valvonta ovat monimutkaisempaa ja vaativat enemmän henkilökuntaa kuin suora valvonta integroidussa järjestelmässä. Tulosohtauksen suunnittelu on monimutkaisempaa kuin säännösten ja ohjekirjeiden kautta tapahtuva säätely. Markkinoituvassa terveydenhuollossa ohjaukseen, säätelyyn ja seurantaan tulee suunnata aiempaa enemmän

resursseja. Tarvittavan henkilökunnan osaamistarpeet poikkeavat entisistä. Saltmanin mukaan markkinaohjaus ja sen valvonta vaativat ohjaus-, hallinta- ja seurantajärjestelmiltä yhtä suurta uudelleenjärjestelyä kuin ne vaativat rahoitus- ja tuotantojärjestelmiltäkin (Saltman 2002).

Taulukossa 3 (s. 166) tarkastellaan joitakin terveyspoliittisiin tavoitteisiin liittyviä haasteita, jotka vaativat markkinoistuvassa terveydenhuollossa uudenlaisia kohtaamistapoja. On selvää, että markkinoistuva terveydenhuolto pystyy vastaamaan oikeudenmukaisuuden tavoitteisiin yleisesti ottaen heikommin kuin julkinen järjestelmä. Erittäin haasteelliseksi muodostuisivat oikeudenmukaisen rahoituksen reunaehdot yksityisen rahoituksen puitteissa. Toisaalta esimerkiksi Ruotsin kokemuksiin viitaten on todettu, että oikeudenmukaisuuden tavoite voidaan säilyttää myös markkinoistuvan tuotannon puitteissa, mikäli oikeudenmukaisuuden tavoite koetaan riittävän tärkeäksi yhteiskunnalliseksi arvoksi (Rehnberg 1998), joskin tässä tarkastelussa katsottiin oikeudenmukaista palveluiden saatavuutta ikäryhmissä eikä esimerkiksi alueellisesti tai sosioekonomisten ryhmien mukaan.

Tuloerojen kasvu, yhdessä lisääntyvien lääketieteellisten mahdollisuuksien, yhä kallistuvien uusien teknologioiden ja markkinoistuvan terveydenhuollon myötä aiheuttavat aivan erityisen haasteen terveydenhuollon oikeudenmukaisuustavoitteen suhteen. Terveydenhuollon kustannuskriisiin on tarjottu ratkaisuksi myös sen rajaamista, mitä julkinen rahoitus ylipäättään hoitaa. Kustannuksia on pyritty hallitsemaan asiakasmaksuilla ja omavastuuosuuksilla, sekä teknologioiden korvattavuutta rajaamalla. Näillä rajauksilla on kuitenkin usein negatiivinen vaikutus palveluiden oikeudenmukaiseen saatavuuteen.

Oikeudenmukaisuuden käsite voidaan myös päätyä määrittelemään uudelleen. Tällöin oikeudenmukaisuustavoite voisi esimerkiksi kattaa vain rajatumman tai keskeisimmän osan terveydenhuollosta jättäen osan terveydenhuollon vähemmän tärkeiksi katsotuista osista yksityisen rahoituksen ja palvelun piiriin sekä oikeudenmukaisuustavoitteiden ulkopuolelle. Voidaan päätyä esimerkiksi siihen, että oikeudenmukaisuustavoite ei kata sairauksia, joissa keskeisenä syynä pidetään sairaan omaa elämäntapaa (Aaltonen 2005). Tällöin

elämäntapaan liittyvinä sairauksina näytettäisiin pitävän lähinnä alkoholiin, tupakkaan, lihavuuteen ja vähäiseen fyysiseen liikuntaan liittyviä sairauksia. Tällaisella rajauksella olisi eniten vaikutuksia keskimääräistä köyhempien ihmisten terveyspalveluiden saantiin.

Terveydenhuoltoon kohdistuu kasvavia kustannuspaineita, mutta terveydenhuollon julkisen rahoituksen kasvattaminen on hankalaa, koska samanaikaisesti on paineita vähentää verotusta. Tästä epäsuhdasta rahoitustarpeiden ja verorahojen niukkuuden välillä aiheutuu vaikeita ongelmia toisaalta taloudellisen kestävyuden ja toisaalta oikeudenmukaisen rahoituksen varmistamiselle. Vaikka ulkoistamista ja kilpailutusta on edistetty vedoten kustannussäästöihin, markkinapohjainen terveydenhuolto näyttää kansainvälisten kokemusten valossa olevan julkista integroitua terveydenhuoltoa kalliimpaa (Ham 1998, Saltman 2002).

Jotta terveydenhuollon kapasiteetti ei kasvaisi hallitsemattomasti, on eri maissa pyritty rajoittamaan terveydenhuollon käyttöä ja kustannuksia monin eri tavoin. Terveydenhuollon kapasiteettia on rajoitettu lupamenetelyin tai säädelty hintoja määrittämällä maksimihintoja (esim. DRG-ryhmien perusteella). Terveydenhuollon eri tasojen tehtäviä on selkiytetty sekä säädelty pääsykriteereitä eri tasoille. Laatuun on puututtu myös henkilöstön kouluttamisella, informaatiolla ja seurantajärjestelmillä sekä parantamalla asiakkaiden valitusoikeuksia ja helpottamalla valitusprosessia. (Chinitz 2002.) On panostettu hoitojen vaikuttavuuden arviointiin ja pyritty karsimaan sellaiset hoidot ja teknologiat, joille on vaikuttavampi vaihtoehto korvausten piiristä.

Suomalainen terveydenhuollon asiakaslähtöisyys on perustunut paljolti ajatukseen kansalaisdemokratiasta, potilasturvallisuuteen ja potilaanoikeuksiin sekä hyviin hoitosuhteisiin. Markkinapainotteisessa terveydenhuollossa asiakkaan toiveet ja tyytyväisyys ovat keskeisemmällä sijalla. Monimuotoisessa palvelutuotannossa asiakkaan valinnalla hoitopaikan suhteen voi myös olla keskeisempi sija kuin järjestelmässä, jossa on vain yksi tuottaja. Markkinapainotteisessa terveydenhuollossa keskeisellä sijalla voi kuitenkin olla myös maksaja eikä itse potilaalle välttämättä jää erityisen paljon sananvaltaa hoitopaikan tai hoitojen suhteen.

TAULUKKO 3. Näkökulmia terveyspalveluiden yksityistymisen ohjaukseen ja säätelyyn

Terveyspolitiikan arvo ja nykyisiä keinoja toteuttaa	Terveyspalveluiden rahoituksen yksityistäminen (Potilasmaksut, yksityiset vakuutukset) <i>Erityispiirre tai mahdollinen ongelma</i>	Ohjauksjärjestelmän keinoja parantaa toimivuutta tai puuttua ongelmaan	Terveyspalveluiden tuottamisen yksityistäminen (Maksajan tai käyttäjän valitsemat palvelut) <i>Erityispiirre tai mahdollinen ongelma</i>	Ohjauksjärjestelmän keinoja parantaa toimivuutta tai puuttua mahdolliseen ongelmaan
Oikeudenmukaisuus – ”rahoitus maksukyvyyn mukaan, saatavuus tarpeen mukaan”	Rahoituksen solidaarisuus vähenee	<ul style="list-style-type: none"> – Vakuutettavien valikointi sekä maksujen määrääminen sairausriskien, sairauksien tai palveluiden käytön mukaan kielletään – Vakuutusmaksu määrätään maksukyvyyn mukaan – Vakuutuksen valitsemiseksi palkataan neuvonantaja 	<ul style="list-style-type: none"> – Palvelun tuottajan tekemät rajaukset liittyen potilaisiin, toiminta-alaan ja toiminta-alueeseen vaarantavat oikeudenmukaisen palveluiden saatavuuden – Moniongelmaiset voivat pudota järjestelmän ulkopuolelle – Palveluiden valinta vaativa tehtävä potilaalle 	<ul style="list-style-type: none"> – Potilaiden, sairauksiin ja toimenpiteisiin liittyvä valikointi minimoidaan edellyttämällä laajoja palvelukokonaisuuksia ja säätelemällä valintakriteereitä – Maantieteellistä tasa-arvoa hankalampi taata – Palveluiden valintaa helpottamaan palkataan asiamiehiä
Vaikuttavuus – mahdollisimman hyvä terveysvaikutus suhteessa kustannuksiin – hyvät käytännöt, teknologian arviointi	<ul style="list-style-type: none"> – Maksaja (asiakas tai vakuutuslaitos) voi päättää pitkälti palvelun sisällöstä, mutta ongelmana tiedon asymmetria (yksityinen henkilö). Tehty sopimus sekä maksajan taloudelliset intressit voivat rajoittavaa palveluiden saantia 	<ul style="list-style-type: none"> – Laatu- ja hoitokäytäntöstandardien laatiminen – Yhtiöiden toiminnan säätely ja seuranta – Hoidon sisällön ja sen perusteiden dokumentointi ja seuranta – Näyttöön perustuva puolueeton kuluttajainformaatio, kaupallisen informaation laadun säätely 	<ul style="list-style-type: none"> – Ylihoitaminen sekä korkean teknologian menetelmät ja tuotteet vaarana, mikäli maksuperuste suoritepohjainen – Pirstoutuvan järjestelmän vaarana katkeilevat hoitosuhteet, jota vaikeuttavat vielä eri organisaatioiden erilaiset tavoitteet 	<ul style="list-style-type: none"> – Velvoittavat laatu- ja käypä hoito-suositukset, hyvät käytännöt ja niiden seuranta – Hoidon sisällön ja sen perusteiden dokumentointi ja seuranta – Lopputuloksesta palkitsevaa maksujärjestelmä, joka painottaa myös terveydenedistämistä – Pitkät palvelukokonaisuuksia kattavat sopimukset – Kattavat potilastietojärjestelmät – Puolueettoman tiedon tuottaminen, kaupallisen informaation laadun säätely – Profiisien oma säätely
Taloudellinen kestävyys – Terveyspalveluiden kustannusten tulee olla suhteessa julkisiin varoihin	<ul style="list-style-type: none"> – Ennakoimattomat sairauskulut ja muut katastrofaaliset menot ongelma asiakasmaksuperusteisessa yksityisessä rahoituksessa – Yksityisvakuutusten järjestelmässä terveyspalveluiden kokonaiskulut ja siten vakuutusmaksut nousevat 	<ul style="list-style-type: none"> – Tulotasoon kytketyt maksukatot ja kattava sosiaaliturva – Vakuutusyhtiöiden maksujen säätely, seuranta ja aito kilpailu 	<ul style="list-style-type: none"> – Kilpailutettavissa palveluissa säätely-, ohjaus-, seuranta- sekä kilpailukustannukset kasvavat – Julkiselle sektorille mahdollisesti jäävät hankalasti ulkoistettavat toiminnot (kuten katastrofivalmius, moniongelmaisten hoito) tulevat entistä hankalammiksi ja kallimmiksi hoitaa 	<ul style="list-style-type: none"> – Lopputuloksesta palkitseva maksujärjestelmä, jossa turvataan kansalaisen tarvitsemat palvelut – Palveluiden kilpailuttamien suurina kokonaisuuksina – Potilaiden ja palveluiden vapaaseen liikkuvuuteen ja siitä aiheutuviin kustannuksiin vaikea vaikuttaa
Kansalaislähtöisyydestä, potilas- ja asiakaslähtöisyyteen, sekä kuluttajalähtöisyyteen – Kansalaisilla oikeus vaikuttaa terveyspalveluiden suunnitteluun ja antamiseen, potilailla oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa sekä halutessaan saada toinen mielipide ja/tai vaihtaa hoitavaa ammattilaista	<ul style="list-style-type: none"> – Kuluttaja voi varojensa puitteissa valita, mitä vakuutuksia tai palveluita ostaa, mutta informaatioasymmetria ja asioiden kompleksisuus ja ennakoimattomuus väistämättömiä – Vakuutuspaketin valinnan jälkeen voivat valintamahdollisuudet olla rajatut – Kansalaisen demokraattiset vaikutusmahdollisuudet huonot 	<ul style="list-style-type: none"> – Peruspakettien kattavuuden säätely – Puolueeton kuluttajainformaatio ja neuvontapalvelut – Neuvontapalveluiden kattavuus ja valitusteiden joustavuus 	<ul style="list-style-type: none"> – Monen tuottajan ympäristössä kuluttajan valinta ja toivomukset voidaan huomioida siinä määrin kun maksaja sallii. Kilpailutus edellyttää kuitenkin palveluiden lääketieteellistä standardoimista. – Pirstoutuva järjestelmä ja katkeilevat hoitosuhteet vaikeuttavat asiakkaan yksilöllistä kokonaisvaltaista huomioimista 	<ul style="list-style-type: none"> – Puolueeton tieto lääketieteellisestä laadusta ja vaikuttavuudesta tarpeen, mutta tiedon hyödyntäminen vaatii erittäin kehittyneitä laadunseurantamenetelmiä ja valistunutta kansalaista tai hyviä neuvontapalveluita

Vastuu palveluiden saatavuudesta ja laadusta on nykyinsäädännön mukaan pääosin kunnilla. Vaikka kunnat voivatkin valita tuotantotavan, ne eivät voi siirtää vastuuta pois itseltään ulkoistettujen palveluiden osalta. Asiakkaan valinnan vapauden lisääntyessä vastuuta voi näiltä osin siirtyä myös asiakkaalle.

On selvä, että jos terveyspalveluiden yhtäläinen saatavuus kuuluu yhteiskunnan tärkeisiin tavoitteisiin, eurooppalaisten terveyspalvelujärjestelmän kehittämisen olisi syytä pitäytyä julkisrahoitteisten mallien piirissä. Koska näyttää myös siltä, että sopimusohjausmallit ovat keskimäärin kalliimpia kuin integroidut julkiset systeemit, tiedossa ei ole terveyspoliittista syytä ottaa mallia sen paremmin yhdysval-

talaisesta rahoitus- kuin palveluntuotantojärjestelmistäkään (Ham 1998).

Terveydenhuollon markkinoistamispaaineet eivät ole lähtöisin terveyspoliittisten tai hyvinvointitavoitteiden näkökulmasta, vaan ne toteuttavat muita yhteiskunnallisia tavoitteita. Tämä tarkoittaa myös sitä, ettei markkinoitumisvirtaa todennäköisesti pystytä kääntämään pelkästään terveyspoliittisten argumentein. Tässä tilanteessa on tärkeää ottaa vakavasti markkinoistuvan terveydenhuollon tuomat ohjaus- ja säätelyhaasteet sekä seurata valppaasti yleistä lainsäädäntötyötä ja yhteiskunnallista kehitystä, jotta hyvinvointi- ja terveyspoliittiset näkökulmat tulisivat mahdollisimman hyvin huomioiduiksi ja jotta ohjaus- ja säätelyvalmiudet vastaisivat riittävän hyvin lähitulevaisuuden haasteita.

Lähteet

- Aaltonen, A. (2005). Esko Aho yhdistäisi yhteiskunnan vastuun ja kansalaisten omatoimisuuden. *Promo* 2005:38:5–7.
- Chinitz, D. (2002). Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas. In Saltman, R. B. & Busse, R. & Mossialos, E. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory of Health Care systems Series. Open University Press, 2002.
- Ekroos, V. (2004). *Terveydenhuollon palvelutuotanto*. Yksityisesti vai julkisesti. Talentum.
- Ham, C. (1998). Lessons and conclusions. Teoksessa Ham, C. (Ed.) *Health care reform. Learning from international experience*. State of health Series. Open University Press, 1998.
- Lethbridge, J. (2005). Strategies of multinational companies in Europe and Asia. Teoksessa Mackintosh, M. & Koivusalo, M. (toim.) *Commercialization of health care. Global and local dynamics and policy responses*. UNRISD, Palgrave 2005.
- Mills, A. & Bennett, S. & Russell, S. (2001). *The challenge of health sector reform*. Palgrave.
- Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) (2003). *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta*. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Partanen, I. (2004). *Terveyspalvelut*. Toimialaraportti. Kauppa ja teollisuusministeriö ja Työvoima- ja elinkeinokeskusten julkaisu.
- Pihkala, A. (2003). Suomen Kuntaliiton näkökulma kilpailuttamiseen. Kirjassa Ollila, E. ym. (toim.) *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta*. Stakes, Raportteja 276, Helsinki.
- Rehnberg, C. (1998). Sweden. Teoksessa Ham, C. (Ed.) *Health care reform. Learning from international experience*. State of health Series. Open University Press.
- Saltman, R. B. (2002). Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social science and medicine* 54:1677–84.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. & Linnakko, E. (1997). *Terveydenhuolto*. WSOY.
- World Health Report 2000. *Health systems: improving performance*, WHO 2000.

MARKKINAEHTOISTUVA TERVEYDENHUOLTO – PROFESSIO, POTILAAT JA PRIORISOINTI

SAMULI SAARNI, LAURI VUORENKOSKI

Tausta

Markkinaehtoistumisella tarkoitetaan sitä, että yhteiskunnallisten toimintoja järjestetään markkinamekanismeja mukaillen. Tämän lisäksi sen voidaan katsoa tarkoittavan myös taloudellisia arvoja korostavaa asennemuutosta. Monet tekijät, kuten esimerkiksi EU:n kilpailukyky politiikka, tulee lisäämään markkinaehtoisuutta myös suomalaisen terveydenhuoltoon. Tässä artikkelissa tarkastellaan markkinaehtoistumista erityisesti kilpailun lisäämisen (tilaaja–tuottaja-malli), potilaan asiakkuuden ja professionaalisen itsekontrollin näkökulmista. Tavoitteena on kuvata niitä tekijöitä ja malleja, joiden puitteissa markkinaehtoistumisen hyöty–haitta-suhde olisi mahdollisimman hyvä.

Markkinaehtoistamista on esimerkiksi erilaisten markkinamekanismien – terveydenhuollon osalta on puhuttu kvasimarkkinoista – toiminnan mahdollistamista järjestelmän rakenteita kehittämällä. Tämä korostaa paitsi yleistä oletusta vapaiden markkinoiden laajasta sovellettavuudesta terveydenhuoltoon, myös taloudellisten insenttiivien, kontrollijärjestelmien ja ekonomisten käsitteiden merkitystä johtamisessa.

Markkinaehtoistuminen on siis prosessi, joka vaikuttaa sekä asenteiden että toimintaympäristön rakenteiden kautta (Saarni & Vuorenkoski 2003). Markkinaehtoistumiseen voi liittyä myös oikeudemukaisuuskäsityksen siirtyminen lopputuloksen tasa-arvon (tässä: terveyden ja terveystalouden käytön jakautuminen) korostuksesta kohti mahdollisuuksien tasa-arvoa (tässä: mahdollisuus ylläpitää terveyttä ja käyttää palveluita).

Terveydenhuollon pitäminen puhtaana markkinahyödykkeenä on ongelmallista, mm. koska

- Terveys on perustarve, jota ilman ihminen ei voi pyrkiä omiin päämääriinsä (tai toimia vapailla markkinoilla). Siksi terveyden saavuttamiseksi tarvittavien palveluiden saantia puhtaasti maksukyvyn perusteella ei pidetä oikeudenmukaisena (Daniels 2001).
- Terveydenhuolto on pääosin julkisesti rahoitettua, joten terveydenhuollon markkina-arvon kasvua pidetään osittain kielteisenä asiana.
- Tuottajien ja kuluttajien (potilaiden) informaatioepäsymmetria (lääkäri tietää sairauksista ja hoitovaihtoehdoista enemmän kuin potilas) tekee ”asiakassuhteesta” vääjäämättä epätasapainoisen.
- Täysin informoitukin asiakas-potilas toimii usein virallisen terveyspolitiikan tavoitteiden vastaisesti, esimerkiksi asettaen oman terveyshyötynsä terveyden sosioekonomisen tasaamisen edelle ja harrastamalla epäterveellisiä elintapoja.

Tavoitteena on löytää tasapaino markkinoistumisen hyötyjen ja haittojen välille. Keskeisenä tavoitteena markkinoistumisessa on esitetty terveydenhuollon palvelutuotannon tehostuminen. Ideaalitapauksessa tehostumisen hyödyt saadaan ilman vaikutuksia palveluiden jakautumiseen, mutta tätä voinee pitää käytännössä mahdottomana. Terveydenhuollossa markkinaehtoistumisen tuomia haasteita ovat erityisesti tarve turvata riittävät peruspalvelut kaikille ja ohjata järjestelmää muiden tarvoitteiden mukaisesti kuin toimijoiden taloudellisen hyödyn maksimointi (Ollila ym. 2003).

Tilaaaja–tuottaja-malli

Tilaaaja–tuottaja-mallilla tarkoitetaan terveydenhuollossa palvelujen järjestämistä vastaavasta tahosta. Suomessa aiheesta on juuri tehty kaksi selvitystä (Konttinen 2005, Lillrank 2006). Tilaaaja–tuottaja-mallin tavoitteena on kehittää tilausprosessin läpinäkyvyyttä ja samalla kehittää palvelujen ohjattavuutta tehokkaampaan suuntaan. Tuottajien autonomian ja kes-

kinäisen kilpailun toivotaan tuottavan paremmin tarvetta vastaavaa palvelutuotantoa tehokkaasti ja pitämään hinnanmuodostuksen realistisena markkinamekanismien kautta (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006).

Tilaaaja–tuottaja-malli edellyttää jonkinasteista tuotteistamista. Tämä tarkoittaa ajatusta sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja sen tuloksien vertailtavuudesta muihin markkinoilla liikkuviin ja jaettaviin tuotteisiin. Tämän lähtökohdan oletuksia ja ongelmia on tiivistetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tuotteistaminen terveydenhuollossa (Saarni 2003, Lillrank & Haukkapää-Haara 2006)

Tuotteistamisen oletuksia markkinoilla	Ongelmat terveydenhuollossa
Tuotteella on hinta, jolla sen voi ostaa ja myydä. Tuotteet ovat välineellisessä suhteessa omistajaansa, hän tekee niille mitä haluaa. Tuotteita vaihdetaan vapailla markkinoilla, joilla niille muodostuu hinta kysynnän ja tarjonnan mukaan.	Terveydenhuollon palveluiden käyttö ja myynti ei ole vapaata, vaan sille on asetettu rajoja ja säännöksiä, kuten myös potilaan oikeudelle ostaa tai myydä palveluja. Terveys on välttämätön hyödyke; ääritapauksissa sitä ilman ei voi olla. Hinnan määräytyminen markkinamekanismien mukaan on siksi ongelmallista. Yhteiskunta puuttuu hinnoitteluun ja tuotteiden jakamiseen oikeudenmukaisuussyistä.
Tuotteet ovat vaihdettavia muihin riittävän samankaltaisiin tuotteisiin. Ostaja päättää, mikä on ”riittävän samankaltaista” ja miten hän arvottaa erilaisia tekijöitä keskenään.	Ostajalla ei usein ole käytännössä valinnanvaraa, kykyä tai oikeutta päättää vaihdettavuudesta. Lääkäri tai maksaja voivat varata oikeuden päättää tästä esim. lääketieteellisin tai taloudellisin perustein; potilaan sairaus voi tehdä hänet kyvyttömäksi valitsemaan.
Markkinoilla tuotteen lisäksi myös ostajat ja myyjät ovat vaihdettavia ja välineellisiä toistensa kannalta; päämääränä on tuotteen kauppa. Heillä ei ole moraalista eikä muuta yksilöllistä sidettä toisiinsa.	Ihmisten auttaminen, hoiva ja ymmärtäminen ovat tärkeä osa terveydenhuoltoa, joissa yksilöiden välinen moraalinen tai empaattinen suhde on välttämätön osa tapahtuman onnistumista. Sairastuminen johtaa tiedon ja vallan kannalta epäsymmetriseen tilanteeseen, jossa henkilökohtainen luottamus on välttämätöntä.

Keskeistä on määrittää, mitkä palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa soveltuvat tuotteistettaviksi ja millä mekanismeilla. Ongelmitta tuotteistettavia palveluita tai ainakin palveluketjun osia epäilemättä on.

Arvioitaessa tuotteistamisen vaikutuksia on keskeistä erottaa seuraukset palvelujen tuottamiselle ja niiden jakaantumiselle. Merkittävin kysymys on, miten tilaaaja onnistuu tuotteiden jakamisessa terveyspolitiikan tavoitteiden mukaisesti. Perusongelma on, että tilaaaja–tuottaja-mallin ideaalista huolimatta juuri tuotteistamisajatteluun liittyy sisällöllisesti sekä tuotanto että jakaminen: jos terveydenhuolto tuottaa tuotteita, on vaikeaa rajata, mitä niistä saa levittää vapailla markkinoilla maksukyvyyn mukaan ja mitä ei. Tulee myös vaikeaksi estää tuotteiden markkinointi, vaikka se johtaisikin lääketieteellisesti perusteettomaan kysyntään ja yhteiskunnallisen medikalisaation kiihtymiseen (vs. reseptilääkkei-

den markkinointi kuluttajille). Lisähaasteeksi muodostuu, aiheuttaako oikeudenmukaisten kvasimarkkinoiden ylläpito niin monimutkaista sääntelyä, että tavoitellut positiiviset vaikutukset terveydenhuollon laatuun ja tehokkuuteen jäävät saavuttamatta (Walshe 2002).

Professionalismi ja itsesääntely

Terveydenhuollon laadunvarmennukseen ei voi käyttää suoraan teollisuudessa sovellettavia menetelmiä (CEN 2005). Professionaalinen itsesääntely on sitä tärkempää, mitä monimutkaisemmista, yksilötason harkintaa edellyttävistä ja vaikeammin standardoitavista asioista on kysymys. Eettisen itsesääntelyn kannalta keskeistä on professionalismin

sisäistäminen eli se, että ammattihenkilöt kokevat olevansa potilaan parhaaksi työskenteleviä, yhteiskunnallisesti merkittävää työtä tekeviä korkeasti koulutettuja ammattilaisia. Professionalismi operoi agentti–päämies-suhteella: ammattilainen (esim. lääkäri) pyrkii päämiehensä (potilas) parhaaseen, ja päämies luottaa tähän. Markkinaehtoistuminen voidaan asennetasolla nähdä agentti–päämies suhteen muuttumisessa asiakas–myyjä-suhteeksi.

Koska terveydenhuollon informaatioepäsymmetria on niin syvä, on agentti–päämies-suhteiden muuttaminen asiakas–myyjä-suhteiksi riskialtista. Terveydenhuollon asiakas–myyjä-suhteessa myyjät voivat usein lisätä kysyntää markkinoinnilla, ohjata tarjontaa haluamiinsa suuntiin, kiertää kontrollijärjestelmiä (tai edellyttää kustannus-hyödyiltään negatiivisia, raskaita kontrollijärjestelmiä) ja painostaa tilaajia lisäämään tilauksiaan. Terveydenhuollon professionalismiin liittyvää itsesääntelyä kannattaa tukea ja rakentaa kontrolli- ja insentiivijärjestelmät ensisijaisesti niin, etteivät ne sisällä professionalismin kanssa ristiriitaisia elementtejä. Näitä voivat olla esimerkiksi:

- a) Työn tavoitteiden ja palkitsemisen irrottaminen potilaan ja/tai kansanterveyden parhaan edistämisestä
- b) Kontrollin lisääminen ilman selkeää näyttöä väärinkäytöksistä ja kontrollimenetelmien hyödyistä
- c) Taloudellisten insentiivien korostuminen työn ohjauksen menetelmänä

Toisin sanoen, on järjestelmän tehokkuuden, laadun ja potilastyytyväisyyden kannalta tärkeää, että henkilökunnan ensisijainen lojaliteetti saadaan pidettyä potilaiden ja kansanterveyden auttamisessa. Insentiivijärjestelmä on rakennettava tämän mukaiseksi.

Markkinaideologiaan perustuvaa vaikuttavuuden korostamista on kehitetty yksilöiden palkkauksen tasolla esimerkiksi Isossa-Britanniassa. Tällöin ideana on, että lääkärin palkkaus muodostuu saavutettujen hoitotulosten (terveyden suoran mittaamisen vaikeuksista johtuen käytännössä joko selkeästi terveyteen liittyvät tekijät, kuten verenpaine ja verensokeri, tai suositusten mukaisen hoidon toteutuminen) mukaan eikä toimenpiteiden tai käyntien lukumäärästä. Riskinä on, että ne hoidot ja lopputulokset, joita ei mitata, jäävät vähemmälle huomiolle. Järjestelmä edellyttää runsasta hoitotietojen keräämistä, eli käytännössä toimivaa, strukturoitua sähköistä sairauskertomusta.

Jos kuva ihmisestä on egoistinen, ”homo economicus”, ei terveydenhuoltoammattilaisten eikä poliitikkojen pyrkimyksiä korostaa moraalista vastuuta tai sosiaalista oikeudenmukaisuutta uskota vaan pidetään verhottuna oman edun tavoitteluna molemmiin puolin. Osapuolien luottamuksen menetys uhkaa terveydenhuollon kehittämistä. Potilaiden, poliitikkojen ja ammattilaisten sitoutumisen samoihin päämääriin ja tavoitteisiin oikeudenmukaisen valmistelun kautta voi siis asettaa kontrastiksi tilanteelle, jossa kaikki osalliset suhtautuvat toisiinsa välineellisesti ja pyrkivät hyötymään tilanteesta. Hyödyllisempää olisi sitouttaa terveydenhuollon asiantuntijat ”kriittisiksi yhteistyökumppaneiksi”, eikä tehdä heistä puhtaita myyjiä (Buchanan 2000).

Professionaalisen itsesääntelyn merkitys on yhtä tärkeää sekä julkisessa että markkinaehtoisessa järjestelmässä. Suomalaisen lainsäädännön mukaisesti niin kunnan kuin yritystenkin mahdollisuus vaikuttaa suoraan yksittäisten potilaiden hoitoon on rajoitettu. Lääkärit ja hammaslääkärit päättävät hoidosta ja sairaalaan ottamisesta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tämän periaatteen tarkoituksena on taata potilaiden oikeus hyvään hoitoon pitämällä valta ja vastuu hoitopäätöksistä yksittäisen potilaan ja lääkärin välisenä asiana.

Kuten julkisellakin puolella, vastuu yksityisesti tuotettavien palveluiden laadusta on yrityksen palveluista vastaavalla ylilääkärillä ja hoitavilla henkilöillä. Erityinen haaste voi syntyä yksityisellä puolella yritysmuotoisessa toiminnassa siitä, että organisaation toiminnan tavoitteena on taloudellisen voiton tuottaminen, kun se julkisella puolella on riittävien palveluiden tuottaminen kansalaisille. Yksityisen yritysten lojaliteetti lepää viime kädessä omistajilla, kun julkisten organisaatioiden kansalaisilla, mikä on huomioitava toiminnan valvonnassa organisaatiotasolla.

Yksilötason käytännön motiiveilla ei kuitenkaan ole mitään välttämätöntä suhdetta organisaatiotason teoreettisiin tavoitteisiin: yksityislääkäri voi yhtä hyvin pyrkiä potilaan parhaaseen kuin kunnan lääkäri omaan taloudelliseen etuunsa. Yksilötasolla valvonnan ja kontrollin tarpeen ratkaisee professionaalisen itsesääntelyn ja rakennettujen insentiivijärjestelmien yhteensopivuus, riippumatta siitä millä sektorilla palvelut tuotetaan. Jo nykyisellään ”yksityisen” ja ”julkisen” terveydenhuollon raja on hämärtynyt ulkoistusten, ostopalvelujen, henkilöstövuokrauksen ja kunnallisten liikelaitosten yleistessä.

Potilas keskiöön

Yksi tapa yhdistää ammattieettisen itsesääntelyn ja markkinainsentiivien hyödyt on korostaa potilaan roolia kvasimarkkinoiden aktiivisena toimijana. Informaatioepäsymmetriasta huolimatta on tilanteita, joissa potilas on riittävän kykenevä päättämään asioistaan. Valinnanvapauden ja -vastuun myötä toivotaan korostettavan potilaan omaa vastuuta sekä aktiivisuutta terveytensä edistämässä (Tulevaisuusvaliokunta 2006). Keskeistä on valita ne alueet, joissa tämä on mahdollista, ja taata palvelut ilman valinnan pakkoa myös niille, jotka eivät halua tai kykene osallistumaan vastuun kantamiseen.

Potilaan asiakkuus on Suomessa näkynyt lähinnä vain potilaan autonomian korostamisessa. Autonomiallekin on asetettu Suomessa tiukat rajat – se koskee pääosin vain oikeutta kieltäytyä julkisen vallan tarjoamista hoidoista. Perusteena on informaatioepäsymmetria: potilaiden ei oleteta kykenevän rationaalisesti päättämään omista terveystarpeistaan. Riippumatta tämän käytännön oikeutuksesta on kyseenalaista, miten tämä potilaiden positiivisen valinnanvapauden kieltö selviytyy markkinaehtoistuvassa ympäristössä. Lisää paineita asettanevat kasvava tarve saada ihmiset itse kantamaan vastuuta oman terveytensä ylläpidosta. Lisääntyvän terveysvastuun vaatimus johtaa loogisesti lisääntyviin vaatimuksiin vallasta päättää hoidoista.

Vaikka informaatioepäsymmetria on joiltakin osin vähenemässä mm. internetin vaikutuksesta, se tuskin katoaa. Tietoa on aina sovellettava, ja lääketieteen monimutkaisuus kasvaa kiihtyvällä tahdilla. Sen sijaan, että lisättäisiin potilaiden oikeuksia päättää yksittäisistä hoidoista, pitäisi etsiä niitä terveydenhuollon alueita, joilla potilaille on mahdollista tehdä riittävän informoituja valintoja pyrkimyksenä kannustaa vastuunottoa oman terveyden ylläpidosta. Potilaan aseman korostaminen markkinaehtoistumiskeskustelussa on näkökulma, joka on Suomessa jäänyt erilaisten rakennemallien kehittämisen varjoon. Potilaan roolia voidaan korostaa riippumatta siitä, minkälaisiin malleihin päädytään.

Omalääkärin valinnan oikeus tiettyjen rajoitusten puitteissa on hyvä esimerkki mahdollisesta potilaan valinnanvapaudesta. Potilaalla on kyky valita oma perusterveydenhuollon lääkäriinsä. Kyse on luottamuksellisesta suhteesta, jossa keskeisenä laatuksena on potilaan luottamus lääkäriinsä. Toimivan omalääkärisuhteen yksilöllinen ja

terveyspoliittinen merkitys kasvaa entisestään, mikäli perusterveydenhuollon toimivuutta ja painoarvoa lisätään ja terveyskeskuksista muodostetaan suurempia yksiköitä.

Omalääkärin valinta voidaan toteuttaa esimerkiksi ns. listalääkärimallilla, jossa potilaalla on mahdollisuus valita lääkäriinsä, mikäli lääkärin listalla on tilaa. Lääkäri saa päättää potilaslistansa koon, mutta ei saa kieltää yksittäisiä potilaita listautumasta. Potilas saa vaihtaa lääkäriä vain tietyin väliajoin, esimerkiksi kerran vuodessa. Lääkärin palkkaus muodostuu osaltaan listan koon, osaltaan käynti- ja toimenpidemäärien perusteella. Malli on käytössä monissa maissa, muun muassa Norjassa, missä se on toiminut ongelmitta. Malli pyrkii yhdistämään potilaiden valinnanvapauden, tehokkuuteen ja potilastyytyväisyyteen kannustavan palkkauksen sekä lääkäreiden joustavan työmäärän säätelyn.

Markkinaehtoistuminen ja terveydenhuollon priorisointi

Terveydenhuollon priorisointi (säännöstely) on kasvava haaste (Vuorekoski tässä julkaisussa). Keskeistä terveydenhuollon priorisoinnin kannalta on, saadaanko markkinamekanismeilla lisättyä päätösten läpinäkyvyyttä, poliittikkojen osallistumista priorisointipäätöksiin ja resurssien keskittämistä potilaiden kannalta oikeudenmukaisesti ja vaikuttavimpiin hoitoihin. Tämä voitaisiin periaatteessa saavuttaa tilaaja–tuottaja-mallissa niiltä osin, kun tuotteet ovat selkeästi määriteltävissä ja tilaajalla riittävä asiantuntemus.

Käytännössä rajoittavaksi tekijäksi muodostuu, kuinka yksityiskohtaisesti terveydenhuollon tuotteet voidaan ja kannattaa määritellä. Kun niitä ei voi määritellä yksityiskohtaisesti, jää tuottajalle mahdollisuus ja velvoite valita tilanteeseen sopivin hoito (tilaajan antamissa rajoissa). Riittävää joustovaraa voi pitää välttämättömänä potilaslähtöisen hoidon toteutumisen kannalta (potilaan oikeus poiketa hoitonormeista), mutta todennäköisesti se on usein hyödyllistä myös hoidon laadun ja tehokkuuden (mikrotason priorisointi) kannalta. Yleisenä ongelmana on aina, että tuottajan insentiivi tavoitella taloudellista hyötyä (”voittoa” kun kyseessä on yksityinen yritys, ”säästöjä” kun kyseessä on julkinen toimija) voi johtaa mikrotason priorisoinnin ohjau-

tumisen tarpeen, vaikuttavuuden tai oikeudenmukaisuuden periaatteiden vastaisesti.

Johtopäätöksiä

Ideaalitapauksessa markkinaehtoistumisella luodaan innovatiivisia ja tehokkaita tapoja tuottaa palveluita, jotka jaetaan julkisten tavoitteiden mukaisesti. Käytännössä markkineh-

toisuus soveltuu kuitenkin vain joihinkin palveluihin tai toimenpiteisiin. Prosessin soveltuvuusalueen rajaaminen onkin keskeinen haaste. Lisäksi kaikkien sopimus- ja kannustinjärjestelmien tulisi edistää terveyden tuottamista, oikeudenmukaisuutta ja olla yhteneviä terveydenhuollon ammattietiikan kanssa. Tämä on tärkeää, jotta voidaan minimoida uusien kontrolli-, valvonta ja ohjausjärjestelmien tarve, koska näiden haitat voivat käytännössä ylittää markkinaehtoistumisen hyödyt.

Lähteet

- Buchanan, A. (2000). Trust in managed care organizations. *Kennedy Inst Ethics J* 10(3):189–212.
- CEN (2005). Health services - Quality management systems – Guide for the use of EN ISO 9001:2000: European Committee for Standardization.
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth* 1(2):2–16.
- Konttinen, M. (toim.) (2005). Tilaja–tuottaja-malli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Helsinki: Stakes.
- Lillrank, P. & Haukkapää-Haara P. (2006). Terveydenhuollon tilaja–tuottaja-malli. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.
- Saarni, S. & Vuorenkoski, L. (2003). Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 119(10):993–1000.
- Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M.(toim.) (2003). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Helsinki: Stakes.
- Tulevaisuusvaliokunta (2006). Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Helsinki: Eduskunta. www.eduskunta.fi.
- Walshe, K. (2002). The rise of regulation in the NHS. *BMJ* 324(7343):967–970.

PIENTEN JA HAAVOITTUVIEN RYHMIEN OIKEUKSIEN VARMISTAMINEN

– Näkökulmia ja ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kohdentumisen oikeudenmukaisuuden varmistamiseksi

PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN

Onko olemassa pieniä ja haavoittuvia ryhmiä? Ja jos on, niistä tunnistamme näiden ryhmien jäsenet? Ja onko tunnistaminen tärkeää, ja jos niin miksi? Ja miten tämä kaikki liittyy oikeudenmukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden toteutumiseen? Ja jos meidän tulisi tehdä jotain pienten ja haavoittuvien ryhmien oikeuksien varmistamiseksi, niin mitä?

Haavoittumiselle alttiit ja pienet ryhmät

Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio on määritellyt haavoittuviksi ryhmiksi mm. vanhuksat, vammaiset, lapset ja kaikki ne, jotka eivät pysty huolehtimaan itsestään. Näiden ryhmien koko voi olla erittäin suuri (esim. vanhuksat), mutta *riippuvuus toisten ihmisten avusta ja huolenpidosta* tekee ryhmän jäsenistä haavoittumiselle alttiita. Ryhmät, joiden jäsenmäärä on suuri ja joihin liittyy positiivisia mielikuvia ja yleistä tuttuutta, kuten lapset ja vanhuksat, saavat itselleen helposti puolestapuhujia ja edustajia. Tätä samaa ei tapahdu, kun haavoittuva *ryhmä on pieni* ja sitä määrittävä *piirre on vieras tai harvinainen*. Yhdeksi indikaattoriksi, tunnisteeksi, pieniä ja haavoittuvia ryhmiä määriteltäessä voidaankin ottaa ryhmän asioiden esilletulon mahdollisuus ja todennäköisyys demokraattisessa järjestelmässä. Demokratiassa enemmistöllä ja enemmistön asioilla on painoarvoa. Pienten ja haavoittuvien ryhmien tarpeet voivat tulla demokratiassa esille enemmistön tietoisena eettisen pohdinnan avulla.

Eettinen pohdinta ja perustuslaki

Eettinen pohdinta ja asioiden avoin tarkastelu on tie laajalajaisen oikeudenmukaisuuden toteutumiseksi. ETENEN selvityksessä vuonna 2001 todetaan, että ”eettinen keskustelu ja pohdinta on sellaista prosessia, joka edeltää myöhemmin kiteytyvää ja säädettävää lakia. Eettinen prosessi johtaa oikeudelliseen konkretisointiin. Toisaalta eettinen keskustelu voi myös alkaa siitä, mihin laki lopettaa. Eettinen vastuu ei rajoitu juridiseen vastuuseen.”

Demokraattisen prosessin ja eettisen pohdinnan tuloksena ovat syntyneet perusoikeudet, jotka on ilmaistu perustuslaissa. Paunio mukaan perusoikeusajattelussa *oikeudenmukaisuus on yhdenvertaisuutta*. Ihmiset ovat lain mukaan yhdenvertaisia: palvelujen saannin, sisällön ja laadun suhteen. Suomen perustuslain kuudennessa pykälässä todetaan, että ”ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Kettään ei saa asettaa eri asemaan *sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilön liittyyvän syyn perusteella*.” Perustuslain seuraavassa pykälässä todetaan, että jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Perustuslaki vahvistaa vielä 22 pykälässä sen, että julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Kaarlo Tuori on todennut, että lainsäädännössä määriteltyjen subjektiivisten oikeuksien tehtävänä on huolehtia siitä, että ne ihmiset, jotka eivät pysty itse ajamaan etujaan demokraattisessa järjestelmässä ja joiden tarvitsema palvelu tai tuki on

sellainen, että sen puuttuminen on uhka henkilön olemassaololle, tarvitsevat itselleen lain tuoman suojan tältä osin.

Haasteena on se, että pieniä ja haavoittuvia ryhmiä voi olla vaikea tunnistaa ja huomata jäsenten haravalukuisuuden vuoksi. Ryhmiä on vaikea nimetä, koska haavoittuvuuden mahdollisuus voi väistyä tai etäännyä. Esimerkkejä pienistä ja haavoittuvista ryhmistä voisi olla hengityslaittepotilaat, Lock In -syndrooman saaneet (tällöin liikkumiskyky voi olla lähes täysin kadonnut, mutta ajatustoiminta normaali), kaikki harvinaiset vamma- ja sairasyhmät ja monet moni-ongelmaiset.

Vielä vaikeampi voi olla havaita niitä asenteita, tapoja, rakenteita tai valintoja, jotka voivat haavoittaa. Haavoittaminen tapahtuu usein siten, että näiden ryhmien jäsenten yhdenvertaisuutta suhteessa muihin kansalaisiin ei tunnusteta. Jokin piirre, erityisyys, määrittelee jonkin ryhmän jäsenet ns. toisiksi. Tämä leimaava piirre asettaa heidät erityisasemaan. Haavoittuvuus kertoo siitä, että ryhmän jäsenillä on jokin ominaisuus, joka merkitsee heikkouden mahdollisuutta tai jopa heikkoutta. Heikkous on tässä suhteellinen käsite riippuen paljolti arvioijasta ja hänen kokemuksistaan.

Pienten ja haavoittuvien ryhmien asiat koskettavat monia yhteiskunnan alueita, ei yhtä osa-aluetta tai vain palvelusektoria. Näin ollen oikeudenmukaisuuden toteutumista tukevia ratkaisujakin täytyy toteuttaa laaja-alaisesti, monitahoisesti ja kattavasti. Osmo Soininvaara on todennut, että asioita tulee katsoa sekä käytännön ja lainsäädännön lisäksi talouden näkökulmista (Soininvaara 2001). Samaa on todennut myös Nancy Fraser (Fraser 2001). Hänen mielestään yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus edellyttää kokonaisvaltaista ajattelua. Tämä tarkoittaa erilaisten ryhmien *erityispiirteiden tunnustamisen* yhdistämistä *tulonjakoon* liittyviin kysymyksiin. Fraserin näkemyksen mukaan nämä kaksi näkökulmaa muodostavat osan niistä käsitteellisistä voimavaroista, joita tarvitaan hahmotellessamme yhteiskunnallisia järjestelmiä, jotka vastaisivat sekä taloudellisiin että kulttuurisiin epäoikeudenmukaisuuksiin. Hän näkee hyödyttömiksi joko-tai-asetelmat ja vastakkainasettelut. Hänen näkemyksensä antaa ajattelemisen aihetta myös pienten ja haavoittuvien tilanteeseen. Suuren enemmistön kannalta lienee hyödyllistä huolehtia myös muidenkin ryhmien tarpeista, jotta yhteiskunnastamme tulisi tasapainoinen.

Lienee hyvä myös muistaa se, että ihmisyyteen liittyy aina haavoittumisen mahdollisuus.

Oikeudenmukaisuus = normit + käytäntö

Hannu Tapani Klami on todennut, että oikeudenmukaisuus on yhtä kuin normit ja käytäntö. Oikeudenmukaisuus ei siis synny tämän näkemyksen mukaan pelkästään lakien ja asetusten avulla, vaan mukana on oltava aina myös käytännön toteutus. Mikään laki ei lopullisesti pysty varmistamaan kenenkään oikeuksien toteutumista, vaan lainsäädäntö antaa ohjeistusta käytännölle. Jokaisen yksittäisen toimijan ja yhteisön vastuulla on luoda eettistä ymmärrystä ja itseohjautuvuutta. Eettisesti kestävä toiminnan suunta ja toteutus syntyvät parhaimmillaan ihmisten omasta ymmärryksestä, halusta ja sitoutumisesta, ei ensisijaisesti rangaistuksen pelosta, valvonnasta tai palkkion toivosta.

Tutkimusten mukaan ihmiset pitävät niin sanottuja hyviä asioita, kuten oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa ja rauhaa, erittäin tärkeinä ja tavoiteltavina asioina. Asenteiden tarkempi tarkastelu osoittaa kuitenkin, että näiden arvojen ei välttämättä katsota koskevan aivan kaikkia ihmisiä. Esimerkiksi oikeudenmukaisen kohtelun on nähty usein koskevan vain läheisiä, tuttuja ja samanlaisia ihmisiä kuin itse. Ihmiset samaistuvat toisiinsa, muodostavat ryhmiä, luokittelevat ja eristävät toisistaan. Jotkin leimat ja piirteet ovat pysyvämpiä ja lokeroivampia, toiset vaihtuvat ja muuntuvat ajan kuluessa. Pysyväisluonteiset piirteet liittyvät sukupuoleen, ihonväriin, rotuun ja myös osittain toimintakykyyn. Martti Lindqvist on todennut, että ihmisten ja erityisesti auttaja-ammateissa olevien, tulisi tunnistaa oma haavoittuvuus, hauraus, yksilöllisyys ja erilaisuus – ja samalla yhteinen inhimillisyytemme ja ihmisyytemme. Tällöin voidaan puhua jaetusta ihmisyydestä. Kukaan ei ole täydellinen, kaikissa on erilaisuuden rikkaus ja hauraus. Kaikissa on myös pahuutta, jonka tunnistaminen auttaa sen voittamisessa. Kun tunnistamme itsemme ja omat piirteemme, niin meidän on helpompi kohdata muita ihmisiä, nähdä heidän tarpeensa ja mahdollisuutensa.

Toista henkilöä, ryhmää ei voi kohdata tietoisesti, jos häntä ei edes havaitse sellaisena kuin hän on. Asiakasta, jota ei huomata, ei voida palvella. Havaitsemisen jälkeen

toimiminen on mahdollista. Havaitsemisen herkkyyteen vaikuttavat muun muassa havaittajan omat asenteet ja ennakko-odotukset, havaittavan ryhmän koko ja ryhmän tarpeiden tuttuus tai vieraus. Havaitsemme itsellemme tuttuja ja merkityksellisiä asioita. Havaittuihin asioihin puutummekin arjen toiminnan tasolla että luodessamme rakenteita, lakeja ja päättäessämme resursseista.

Syrjinnän mekanisme

Mutta useinkaan pelkkä toisen havaitseminen ei riitä. Saatamme toteuttaa automaattisesti asioita, jotka haavoittavat jotain henkilöä tai jopa ryhmää. Tämän vuoksi meidän on pyrittävä tunnistamaan tilanteet, joissa syrjintää ja sortoa on vaarassa ilmetä. Simo Vehmas toteaa kirjassaan *Vammaisuus*, että Iris Marion Youngin tutkimusten mukaan syrjintä ja sorto ilmenevät viidellä ulottuvuudella. Näitä ovat hyväksikäyttö, marginalisoiminen, voimattomuus, kulttuurinen imperialismi sekä väkivalta. Tietoinen ponnistelu syrjintää vastaan antaa mahdollisuuden sille, että oikeudenmukaisen kohtelu toteutuu palvelujärjestelmissä kattavasti.

Hyväksikäyttö, marginalisoituminen ja voimattomuus liittyvät paljolti valtaan ja vallankäyttöön. Kulttuurisessa imperialismissa on kyse siitä, että yhteisössämme muodostuu itsestään selvinä totuuksina pidettyjä näkemyksiä, joiden perusteella annetaan erilaisille ryhmille leimoja (esim. naiset ovat hyviä kasvattajia, mustalaiset varkaita, vammaiset säälittäviä jne.). Arvostamattomuus ja väheksyntä, jopa väkivalta perustuvat usein näille kulttuurin kautta luoduille näkemyksille. Väkivallan mahdollisuuden voi havaita myös haavoittuvien ryhmän nimityksessä. Väkivallalla on monia muotoja, joista joillain on jopa lainsäädännöllinen suoja, kuten eristämisellä. Usein väkivalta on kuitenkin piilossa tai vaikeasti havaittavissa, kun kyse on pienistä ja haavoittuvuudelle alttiista ryhmistä ja sen jäsenistä.

Väkivalta voi olla ilmeistä, henkistä tai se voi olla sisällä järjestelmämme rakenteissa. Väkivaltaa voi olla voimattomuutta ylläpitävät käytännöt, tavat ja rakenteet ihmisten elämässä. Tästä yhtenä esimerkkinä on esteellinen ympäristö. Ne jotka päättävät siitä, millaista ympäristöä rakennetaan, eivät ota riittävästi huomioon sitä, että ihmisten toimintakyky vaihtelee eri ihmisten välillä ja eri ikäryhmissäkin.

Ympäristön esteettömyys on yhä edelleen poikkeus, ja esteellinen, vaikeasti saavutettava ympäristö lähes itsestäänselvyys. Tässä tilanteessa monet vammaiset kokevat itsensä voimattomiksi, koska heillä on vähän määräysvaltaa, jos lainkaan oman elinympäristönsä suhteen. Kuitenkin esimerkiksi liikuntavammaisten kohdalla ympäristön rakenteilla ja ratkaisuilla on suuri merkitys. Ympäristökin voi haavoittaa, sulkea pois yhteisyyden piiristä ja täten jopa sortaa jotain ihmisryhmää. Esteellisen ympäristön poissulkemista ihmisistä ei nähdä, kohdata, joten heidät on helppo unohtaa, jättää vaille huomiota.

Väkivalta vai valta? Voimattomuus on Youngin mukaan sitä, että ei voi tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Hänellä ei ole valtaa omiin asioihinsa. Päätökset tulevat niiltä, joilla on valtaa. Vallankäyttö ja voimattomuuden kokemus voi olla erityisen haavoittavaa, kun päätöksenteon ja puuttumisen alueena on ihmisen yksityisyys. Voimattomuuden ja avuttomuuden tunteet saattavat nousta esille, kun ei selviä ilman toisen ihmisen apua, mutta avun mukana tulee puuttumisen kulttuuri. Haavoittuneempia ovat kuitenkin ne, jotka eivät edes osaa kaivata mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä. Usein pitkä ja moninainen palveluiden historia altistaa voimattomuuden kokemuksille. Voimattomuus syntyy siitä toistuvasta tunteesta, että joku muu tietää paremmin ja jollain muulla on oikeus päättää asioista. Tällöin heidän elämästään on tullut erilaisten ammattilaisten kohtaamisen näyttämö, jossa ihmisen oman elämän ääni ja tahto on vaimentunut.

Hyväksikäyttö liittyy siihen, että henkilön kyvyt eivät ole tilanteessa hänen käytettävissään. Hän on alistainen toisille ja toisten tahdolle. Eikä hän voi toteuttaa omia ajatuksia ja näkemyksiään. Hyväksikäytön mahdollisuus korostuu tilanteissa, joissa ihminen tarvitsee toisen henkilön apua tai tukea toteuttaakseen omaa toimintaansa. Näissä tilanteissa apua tarvitsevan itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus jää avun, tuen, hoidon ja hoivan aiheuttaman riippuvuuden vuoksi helposti havaitsematta ja on helposti myös ohitettavissa. Julkisen mielikuvamme mukaan yhteiskunnassamme arvostettuja ihmisiä ovat itsenäiset, tuottavat, omillaan selviytyvät ja koko ajan eteenpäin pyrkivät ihmiset.

Yrjö Engeström puhuu ns. roska-asiakkaista kuvatesaan palvelujärjestelmien sisällä olevia ryhmiä, joihin ei riitä kiinnostusta. He eivät ole kenties yhteistyökykyisiä tai ”sopi-

via” ihmisiä tai ovat muutoin sellaisia, joilla ei ole ”markkina-arvoa”. Asiakkaiden valikointiprosessia sosiaalityöntekijöiden työssä on kuvannut Tom Arnkil. Hänen mukaansa asiakkaan emotionaalinen tuttuus työntekijälle voi auttaa asiakasta saamaan palveluita. Asiakkaan tuttuutta sekä motivoituneisuutta ja tarpeiden arviointia tapahtuu palvelusuhteen alussa. Asiakkaan eteneminen palveluissa voi päättyä pikaiseen apuun mutta myös siihen, että ”asiakas pettää työntekijän luottamuksen tai odotukset tai hänen ongelmansa ovat liian ahdistettavia”. (Arnkil 2005.) Asiakastyötä saatetaan kutsua myös likaiseksi tai ilkeäksi työksi, jolloin tarkoitetaan sitä, että työ koetaan vaikeaksi tai luotaantyöntäväksi. Asia ja myös henkilöt, joita näillä käsitteillä kuvataan, ovat vaarassa jäädä palveluiden ulkopuolelle, koska heitä ei haluta kohdata. Lisäksi vaarana voi se, että palvelurakenteiden tasolla heidän ongelmiaan ja tarpeitaan saatetaan, joko liika yksinkertaistaa tai ylenpalttisen monimutkaistaa. (Pösö 2005.)

Edellä kuvattu arvostamisen vähyys, ongelmien määrittäminen tai liiallinen monimutkaistaminen mahdollistaa marginalisoitumisen synnyn. Marginalisoituminen tarkoittaa sitä, että ryhmä/ihminen on siirretty pois ihmisyyteen liittyvästä *yhteisöllisyyden kehästä*. Hän ei ole meitä, vaan heitä – kohteita. Ryhmien nimeämisen yhteydessä on syytä pohtia aina sitä, millaisen viestin ryhmän nimi antaa. Tässä kohden on syytä tiedostaa, että monikaan muiden mielestä haavoittuviin kuuluva ei haluaisi itseään nimitettävän haavoittuvaksi tai haavoittumiselle alttiiksi.

Marginalisoitumista saattaa lisätä hyvää tarkoittavat *eristävät ja eriyttävät toimenpiteet*, jotka siirtävät pienen ryhmän jäsenet erityisiin (palvelu)yksiköihin. Eristäminen ja laitostaminen lisäävät ihmisten avuttomuutta ja riippuvuutta muista ihmisistä. Usein näitä palveluita keskittäviä ratkaisuja perustellaan esimerkiksi asumisessa toteamalla, että kehitysvammaisen tai mielenterveyspotilaan on mukava asua toisten samankaltaisten parissa. Kyse on palveluiden keskittämisestä ja viimekädessä rahasta, sillä ryhmämuotoisten ja keskitettyjen ratkaisujen nähdään antavan säästömahdollisuuksia. Viime aikoina tätä säästämisen ja keskittämisen näkökulmaa on korostettu hengityslaitetta käyttävien henkilöiden kotiin annettavan avun järjestämisen kohdalla.

Hengityslaitetta käyttävän henkilön elämään liittyy ajatus heikkoudesta ja haavoittuvuudesta. Heitä on monenlaisia, monissa elämäntilanteissa, mutta yksi keskeinen

asia on se, että he tarvitsevat yhteiskunnan tukea ja apua elämään. Avun tarvekin vaihtelee. Joku selviää itsenäisesti koneen kanssa, mutta jotkut tarvitsevat toisen henkilön apua koneen käytössä ja kenties muussakin.

Runsaasti toisen henkilön apua ja hengityskonetta käyttävien ihmisten määrä on pieni. Arviot vaihtelevat 135–800 henkilöön maassamme laskentatavasta riippuen. Näiden ihmisten kohdalla erilaiset haavoittavat mekanismit ja toimenpiteet voivat aiheuttaa suurta vahinkoa. Se mitä muut ihmiset tekevät automaattisesti (hengittäminen) edellyttää heidän kohdallaan hengityslaitetta sekä usein myös toisen henkilön jatkuvaa läsnäoloa, auttamista. Ryhmä ei ole kuitenkaan yhtenäinen edes sen suhteen, miten tarve hengityksen tukemisen on ilmennyt ja kuinka jatkossa hengityksen tukeminen tulee toteuttaa. Joillakin hengityksen tukemisen tarve on syntynyt nopeasti onnettomuuden seurauksena (esim. selkäydinvammaiset). Toisilla nopeasti etenevän taudin seurauksena (esim. ALS) tai hitaasti, vähitellen (esim. jotkut etenevät lihastaudit). Alkuvaiheen jälkeen kaikkien kohdalla on kuitenkin kyse siitä, miten järjestää elämänsä hengityskoneen käyttäjänä toisen henkilön avun varassa. Kotihoidon ja sairaalan ulkopuolisen elämän järjestäminen ei ole yksinkertaista. Siirtyminen potilaasta koneen käyttäjäksi ja pois sairaalasta omaan kotiin vaatii hengityslaitteen käyttäjältä omaa päätöstä ja halua – riskin ja mahdollisuuksien ottoa. Mutta tilanteen haavoittuvuus ei johdu pelkästään tästä, vaan lainsäädäntö, sairaaloiden ja kuntien käytännöt, avustavan henkilökunnan asenteet, yhteiskunnan järjestelmät ja hyvin monet muut asiat voivat hankaloittaa tai jopa estää ihmisten tavanomaista elämää.

Hengityslaittepotilaat ry täytti 50 vuotta vuonna 2006. Juhlavuoden kunniaksi potilasjärjestö teki kyselyn jäsenistönsä keskuudessa (65 jäsentä vuonna 2005). Kyselyn perusteella yhdistyksen jäsenet eivät asu sairaaloissa vaan yksityiskodeissa. Hengityskonetta jäsenet ovat käyttäneet keskimäärin 15 vuotta. He matkustelevat, harrastavat yhdistystoimintaa, käyvät työssä ja elävät omaa elämäänsä. Heidän joukossaan on myös niitä, jotka eivät pysty puhumaan joko sairauden etenemisen vuoksi tai sen vuoksi, että heille on asennettu henkitorveen kanyyli, joka ei mahdollista puhumista (22 %). Puhuen mahdollistavia kanyyleitakin (hengityspuutkia) on olemassa, joten...

Ihmiset ovat erilaisia ja elämäntilanteet ovat erilaisia – hengityslaitetta käyttävienkin. Heitä ei tule kohdella massana, edes pienenä massana. Väärin kohdenneet yleistyksen, itsestään selvänä pidettävät perustelemattomat toimintatavat sekä tietämättömyys voivat haavoittaa tämän pienen ryhmän yksittäisiä jäseniä. Edellä mainitussa selvityksessä kävi ilmi, että ”huolestuttavan moni otti esille jäykkyydet asioiden hoidossa sairaalan kanssa” (Sariola 2006). Jäykkyys, byrokratia ja laitospäätökset eivät ole tavallista elämää, mutta onko niin, että niiden avulla voidaan etäyttää ja jopa eristää vieraat ja pelottavat asiat. Sillä onhan hengityslaitteen käyttö hieman pelottavaa ja ei tavanomaista. Tällöin voi käydä niin, että keskitytään koneen toimintaan, ei siihen, miten henkilö, joka käyttää konetta voi elää mahdollisimman oman näköistä elämää.

Oikeudenmukaiset palvelut – oikeudenmukainen yhteiskunta – Miten se toteutetaan?

Eettinen työ

On sanottu, että yhteiskunnan sivistyneisyys mitataan sillä, kuinka se kohtelee pienimpiään ja heikompiaan. Yhteiskunnan kannalta eettistä toimintaa murentava tilanne syntyy silloin, jos julkituotu toimintaideologia poikkeaa käytännön todellisuudesta hyvin paljon. Ihanteita tarvitaan, mutta organisaation jäsenet menettävät uskonsa ja jopa kykynsä toimia luovasti ja oppia uutta, jos he näkevät suuren ristiriidan toteutuksen ja kirjoitettujen arvojen välillä. Tämä aiheuttaa asioiden kohtaamattomuutta ja palvelutoiminnassa asiakkaisiin suuntautuvaa välttävää käyttäytymistä. Eettinen pohdinta on sekä hyvän lainsäädännön kuin käytännön edellytys. Jotta pohdinnalle syntyy tila ja oikeus ja jotta sitä kuunnellaan, se tulee organisoida mahdollisimman korkean tason toimesta.

Tutkimus ja selvitykset

Pienten ja haavoittuvien ryhmien asioiden esille tuominen edellyttää tutkimusta ja selvitystä, jotta tieto ja ymmärrys lisääntyvät heidän tarpeistaan. Tiedon pohjalta keskustelu ja eettinen pohdinta ovat mahdollista. Se on taas välttämätöntä kehitettäessä lainsäädäntöä. Tämä kaikki tulee organisoida siten, että keskusteluun ja toimintaan myös pienten ryhmien edustajat voivat käytännössä osallistua.

Pienten ja haavoittuvien ryhmien tilanteiden seuraaminen ja niistä raportointi lisää tietoa siitä, kuinka yhteiskunta toimii sekä yleisellä että yksilön tasolla. Haavoittuvia ryhmiä voidaan pitää yhteiskunnan eräänlaisina indikaattoriryhminä, mittareina. Yhteiskunta, joka toimii esimerkiksi vaikeavammaisten kohdalla hyvin, toimii sitä myös todennäköisesti muidenkin kohdalla. Ryhmien pienuus tekee seurannasta ja tutkimuksesta haasteellisen, sillä usein seurantajärjestelmämme perustuvat, samoin kuin demokratiamme, suurien massojen näkemykseen ja niistä saatuun tietoon. Tarvitsemme seurantamenetelmiä, jotka havaitsevat myös pienten ja haavoittuvien tilanteissa tapahtuvat muutokset. Tarvitsemme herkkyyttä kuulla marginaalissa, valtavirran katveessa olevien ääntä.

Toteutuksen tukeminen: sanoin, teoin, voimavaroin ja valvonnalla

Toteutuksen tueksi tarvitaan käytännön ohjausta, taitojen kehittämistä ja tosiasiallista mahdollisuutta toteuttaa asioita. Koulutusjärjestelmässä tulee ottaa huomioon pienten ja haavoittuvien ryhmien tarpeet. Erityisesti täydennyskoulutukseen tulee varata voimavaroja.

Käytännön työ on vaikeaa ilman riittäviä voimavaroja. On syytä pohtia pienten ja haavoittuvien ryhmien tarvitsemien palveluiden rahoitusmalleja. Tämä liittyy myös alueellisiin palvelurakenteisiin ja niiden kehittymiseen. Alueellisuuden käsitettä tulee pohtia pienten ja haavoittuvien ryhmien näkökulmasta. Alueellisissa ratkaisussa, joissa

puuttuu riittävä tieto pienistä ja haavoittuvista ryhmistä, näiden ryhmien palvelut toteutuvat entistä satunnaisemmin. Alueiden laajuus, riittävä ohjaus- ja seurantajärjestelmä sekä hyvää palveluun kannustava rahoitusjärjestelmä on edellytys oikeudenmukaiselle palvelulle. Erityisesti terveydenhuollossa tulee pohtia riittävän laaja-alaisen yhteistyön toteuttamista, jopa maan rajojen ulkopuolelle. (Esimerkiksi hengityslaittepotilaiden hoidon pohjoismainen yhteistyö?)

Hyvä lainsäädäntö, rahoitusjärjestelmät ja käytäntö tarvitsevat tuekseen valvonnan, koska pienten ja haavoittuvien ryhmien tarpeilla on taipumus hautautua ja väistyä valtavirran tarpeiden tieltä.

Asiamiesjärjestelmän ja muun valvonnan kehittäminen on osa palvelujärjestelmän kehittämistä. Valvonnan tulee olla siten suunniteltu ja toteutettu, että se kannustaa ja ohjaa oikeudenmukaiseen toteutukseen yhdessä talouden ja hyvien käytäntöjen kanssa.

Osallisuuden varmistaminen

Pienten ja haavoittuvien ryhmien jäsenten on vaikea saada omia tarpeitaan yleiseen tietouteen. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää huolehtia siitä, että niissä keskusteluissa ja prosesseissa, joissa näiden ryhmien asioita pohditaan ja päätetään, on mukana ryhmien vahva edustus.

Lopuksi

Erilaisia prosesseja johtaessani olen todennut, että on tärkeää tunnistaa valtavirran eli niin sanotun tavanomaisen toiminnan vaatimukset ja edellytykset. Mutta tämän perustoimin-

nan lisäksi on tarkkailtava ja pyrittävä havaitsemaan virran juoksun poikkeamat. On syytä pohtia kulloisenkin toiminnan kohdalla sitä, että voidaanko perusprosessia muokata siten, että myös harvinaisia palveluita tarvitsevia voidaan palvella perusprosessissa. Usein perusprosessia voidaankin muokata joustavampaan ja toimivampaan suuntaan. Erityisratkaisuja kuitenkin tarvitaan ja niihin tulee päätyä tietoisien työskentelyn kautta. Erityisratkaisujen tulee olla positiivisesti syrjiviä. Niiden avulla henkilö saavuttaa samanlaisen tason mahdollisuuksien, velvollisuuksien ja oikeuksien saralla kuin muutkin kansalaiset. Jos erityisratkaisun luonne on negatiivisesti syrjivä, niin sen toteuttaminen ei ole perusteltua.

Käytännössä ratkaisuissa tarvitaan suunnitelmallisuutta ja selkeitä päätöksenteon kohtia, joissa sekä asiakas että prosessin muut osalliset tietävät mihin suuntaan lähdetään ja miksi. Oma kokemukseni on myös, että harvinaisten ja haavoittuviksi koettavien asiakkaiden kohdalla perustyöntekijät tarvitsevat tukea, niin arvopohdinnoissaan kuin siinä, että heillä on tosiasiallinen mahdollisuus toimia arvojen ja lainsäädännön mukaisesti. Jos lähiorganisaation ja – yhteisön viesti ja odotukset sekä taloudelliset voimavarat ovat ristiriidassa perustuslain, muiden säädösten ja ammattien eettisen ohjeistojen kanssa, niin syntyy vakavia ristiriitoja ja ongelmia. Yhteiskunnan normien, voimavarapäätösten ja käytännön tulisi olla eettisesti tarkasteltuna yhdensuuntaiset. Yksittäistä asiakasta ja hänen lähityöntekijäänsä ei saa jättää vaille tukea. Pieniin ja haavoittuviin ryhmiin kohdistettu huomio, niin taloudellinen kuin muukin, antaa sysäyksiä kehittää yhteiskuntaamme parempaan ja kestävämpään suuntaan.

Lähteet

- Arnkil, T. (2005). Peräkammari ja huolen vyöhykkeet. Metaforat, dialogisuus ja yhteinen kielialue. Yhteiskuntapolitiikka 2/2005, 155–169.
- Engeström, Y. (2005). Mistä arvot tulevat ja mihin ne menevät: toiminnan näkökulma. Teoksessa Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen: Pirttilä-Backman, Ahokas, Myyry & Lähteenoja (toim.). Helsinki: Gaudeamus.
- Klami, H. T. (1990). Johdatus Suomen oikeusjärjestelmään luvussa 1. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.
- Lindqvist, M. (2002). Paha, ymmärtämisen rajat ja auttajan varjo. Teoksessa Pahan kosketus. Ihmisyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. Laitinen & Hurtig (toim.). PS-kustannus.
- Paunio, R.-L. (2001). Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa. Artikkelit Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä

- 2001:1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki.
- Pösö, T. (2005). Ilkeät ongelmat, hyvät käytännöt. *FinSoc Sosiaalialan menetelmien arviointi* 2/2005, 4–6.
- Sariola, J. (2006). Jäsenkysely selvitti – kuka on TriplaE. Juhlajulkaisussa Hengityslaitopotilaat ry 50 vuotta. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 2001:1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki.
- Schwartz, S. H. (2005). Universalismiarvot ja moraalisen universumimme laajuus. Teoksessa *Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen*. Pirttilä-Backman, Ahokas, Myyry & Lähteenoja (toim.) Helsinki: Gaudeamus.
- Varila, J. (1991). Näkökulmia henkilöstön kehittämiseen ja henkilöstökoulutukseen. Perusteiden teoreettista ja empiiristä tarkastelua. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1991.
- Vehmas, S. (2005). *Vammaisuus Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan*. Helsinki: Gaudeamus.

Muu aineisto

- Fraser, N. Yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus identiteettipoliittikan aikakaudella – tulonjako, tunnustaminen ja osallistuminen -luentoteksti. Suomen Antti Kauppinen 2001. www.helsinki.fi/~amkauppi/phil/fraser.htm.
- Soininvaara, O. (2001). Puhe Sosiaaliturvan päivillä elokuussa 2001.
- Tuori, K. (2005). Vammaisten henkilöiden oikeus henkilökohtaiseen avustajaan. Henkilökohtaisen Avustajien Työnantajien Liitto ry:n pyytämä lausunto. www.heta-liitto.fi.

YHTEENVETO: SAAVATKO KAIKKI RIITTÄVÄT PALVELUT?

JUHA TEPERI

Tämän raportin tavoitteena oli koota yhteen useita näkökulmia sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukaisuuteen. Suomalaisessa arjessa toteutuvaa palvelujen tasa-arvoa tarkasteltaessa yksi johtopäätös on ilmeinen. Monet oikeudenmukaisuutta tukevat strategiset linjaukset ja järjestelmän rakenteet eivät ole riittäneet kohdentamaan palveluita aiotulla tavalla.

Havaittuja ongelmia ei voi vähätellä toteamalla niiden olevan luonteeltaan yleismaailmallisia. Vaikka eri järjestelmien vertailu on hankalaa, on olemassa myös vertailukelpoista määrällistä tietoa palvelujen kohdentumisesta eri maissa. Esimerkiksi lääkärikäyntien hyvätuloisia suosiva kohdentuminen haastaa aiemman ajatusmallin, jonka mukaan suomalainen palvelujärjestelmä kaikkine kehittämistarpeineen olisi sittenkin keskeisiltä osiltaan monia muita tasa-arvoisempi.

Oikeudenmukaisuutta koskevaa tietopohjaa on lähitulevaisuudessa selkeästi vahvistettava. Tietoa on kuitenkin jo niin paljon, että tietämättömyyttä ei voi käyttää verukkeena passiiviselle politiikalle. Käsillä ovat ne vuodet, jolloin aiempien julistusten painoarvo punnitaan. Ilman tuntuvia toimenpiteitä epäsuhta perustuslain ja sen taustalla olevan arvopohjan ja toisaalta palvelujärjestelmän todellisuuden välillä uhkaa kasvaa räikeäksi.

Oikeudenmukaista palvelujärjestelmää luotaessa ei nykyongelmien ratkaiseminen yksin riitä. Yleiset yhteiskunnalliset kehityskulut uhkaavat luoda entistä eriarvoisempia lähtökohtia sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjille. Paljon keskusteltu väestön vanheneminen ei ole ainoa demografinen muutosprosessi. Talouden voimakas rakennemuutos uhkaa eriarvoistaa eri osissa maata asuvien elinoloja ja palveluja entisestään.

Vaikka suomalainen yhteiskunta on pitkään ollut montaa muuta monokulttuurisempi, tulevaisuus on myös

Suomessa monikulttuurinen. Eri kulttuuri- ja kielivähemmistöjen hyvinvoinnista ja niiden saamista palveluista on vähän tietoa. Mitä kertoo halustamme ja valmiuksistamme huolehtia monimuotoistuvan väestön erilaisista palvelutarpeista se tosiasia, että jo olemassa oleviakaan aineistoja ei ole aina hyödynnetty kuvaamaan eroja kulttuuri- ja kieliryhmien hyvinvoinnissa ja palvelujen käytössä?

Tämän raportin artikkelit osoittavat, kuinka laaja-alainen ja monimuotoinen kysymys palvelujen oikeudenmukaisuudesta on. Kattavan yhteenvedon sijasta tässä lopuluvussa nostetaan esille eräitä kirjoittajan arvion mukaan keskeisimpiä tulkintoja.

Jääkö palvelujärjestelmän eettinen perustehtävä piiloon?

Terveydenhuolto toimii elämän, kärsimyksen ja kuoleman kentällä. Sosiaalipalvelujen tehtävä on varmistaa, että muita heikommassa asemassa olevien ihmisoikeudet toteutuvat. Järjestelmien arvioiminen ja kehittäminen edellyttävät lähtökohtaisesti eettistä näkökulmaa. Oikeudenmukaisuuden tulee olla tällaisen pohdinnan keskiössä.

Koko toiminnan perustuessa eettisille lähtökohdille on selvää, että alalla toimivien on kyettävä arvioimaan toimintansa lähtökohtien kestävyyttä. Ammattilaisten peruskoulutukseen kuuluukin kokonaisuuksia, joissa pohditaan omaa työtä esimerkiksi suhteessa omaan ihmiskäsitykseen ja asiakkaiden oikeuksiin. Tällaisen ammatillista työtä tukevan valmennuksen riittävydestä voitaneen olla eri mieltä. Sen sijaan lienee selvää, että pohdinta toiminnan eettisestä kestävydestä yhteisöjen ja organisaatioiden tasolla on riittämätöntä. Käytäntö osoittaa, että kysymystä palvelujen

oikeudenmukaisuudesta ei välttämättä osata edes asettaa. Toiminnan arviointia ja kehittämistä tässä suhteessa tukeva käsitteistö, tietopohja, keskustelu ja käytännön työkalut ovat kaikki riittämättömiä.

Tätä taustaa vasten ei ole yllättävää, että alan asiantuntijoilla on erilaisia tapoja hahmottaa palvelujen oikeudenmukaisuutta. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen kohteena olevien ongelmien monimuotoisuudesta johtuen samat käytännön kysymykset eivät edes ole mielekkäitä kaikilla toimintasektoreilla. Ongelma on ennemminkin sellaisen keskustelun puute, joka auttaa hahmottamaan oikeudenmukaisuuden kysymyksiä kunkin hyvinvointiongelman ja päätöksentekotason kannalta merkityksellisellä tavalla.

Oikeudenmukaisuus on tarpeenmukaisuutta

Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden hahmottamisessa tarvelähtöisyys on välttämätöntä. Käytännössä tarpeen mittaaminen tai erilaisten tarpeiden suhteuttaminen toisiinsa jäävät sekä menetelmällisen että tehtävien arvovalintojen vaikeuden takia usein tekemättä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö tarveperusteisuuden tule olla johtava periaate järjestelmää kehitettäessä. Vain näin voidaan päästä kohti sitä tavoitetta, joka on esimerkiksi Suomen perustuslakiin kirjattu julkisen vallan tehtävänä järjestää kaikille riittävät sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Jos tarpeenmukaisuus korvautuu vaikkapa kysynnällä tai tasajakoperiaatteella, ei riittävyys määrity taloudellisesti kestäväällä ja oikeudenmukaisella tavalla.

Katoaako tarvelähtöisyys käytännön palvelujärjestelmäpolitiikasta ja organisaatioiden kehittämisestä? Muuta kansantaloutta nopeampi kustannustason nousu ja työvoimavaltaisen sektorin monia muita aloja heikompi tuottavuuskehitys osaltaan korostavat järjestelmän tehokkuutta kehittämisen erityisenä tavoitteena. Tehokkuudesta on luonnollisesti kannettava huolta. Jos tehokkuuden varmistaminen katsotaan ensisijaiseksi tavoitteeksi, tarpeenmukainen kohdentaminen saattaa kuitenkin jäädä teknisen tehostamisen varjoon. Kun järjestelmän kehittämisessä korostetaan tieteellistä näyttöä ja siitä johdettua järkipäisiä prosessien

(tuottavuuden) kehittämistä, arvovalintoja edellyttävä tarpeenmukaisuuden varmistaminen voi jäädä toissijaiseksi tavoitteeksi. Teknologinen kehitys ja osin siihen liittyvä medikalisaatio luovat uusia tarpeita ja ikään kuin muuttavat tarpeen suhteellisemmaksi ja tarpeenmukaisen kohdentamisen monimutkaisemmaksi. Tarpeiden ja niihin vastaamisen näkökulmaa onkin määrätietoisesti pidettävä esillä.

Kohdentamispäätökset näkyviksi

Tarpeiden (sekä todellisten että koettujen) ja voimavarojen epäsuhtaan jatkuvasti kasvaessa palvelujen perustellun kohdentamisen merkitys lisääntyy. Tähän mennessä ei rakenteistetuilla ja läpinäkyvillä priorisaation (kääntäen: säännötely) menetelmillä ole päästy kovin pitkälle. Käytännössä suuri valtaosa päätöksistä tehdään läpinäkymättömissä prosesseissa, joiden lopputulokset (palvelun saaminen tai saamatta jääminen) saattavat vaihdella toissijaisista tekijöistä (esimerkiksi asuinpaikka, palvelun tarjoaja tai käytettävissä olevat tulot) johtuen. Eri tasoilla tehtävät päätökset yhdistyvät huonosti ennakoitaviksi lopputuloksiksi: yksilö joutuu usein priorisoinnin kohteeksi sitä edes itse ymmärtämättä.

Piiloon jäävä säännötely saattaa olla käytännössä helppompi toteuttaa. Jos arvovalinta näyttäytyy kohteelle tietoon perustuvana asiantuntijan tekemänä loogisen päättelyn tuloksena, valintaa ei välttämättä kyseenalaisteta. Tämä ei kuitenkaan voi olla kestävä pohja palvelujen oikeudenmukaiselle kohdentamiselle. Arvovalintojen tunnistaminen, näiden prosessien ja niissä käytettävien argumenttien läpinäkyvyys sekä säännötelyn kytkeminen demokraattiseen ohjaukseen ovat edellytyksiä eettisesti kestäväälle palvelujen kohdentamiselle.

Terveystieteiden huollon haasteita on paikannettu

Terveystieteiden huollon osalta tämä raportti kokoaa tiiviisti yhteen tietoja, jotka on aiemmin esitetty eri yhteyksissä. Hyvätulot ja hyvin koulutettuja suosivia eroja palvelujen määrissä on todettu kirurgisista leikkauksista lääkärin vastaanotto-

käyntien kautta aina ehkäiseviin palveluihin. Joidenkin leikkausten osalta tilanne on alkanut korjaantua operaatioiden kokonaismäärän voimakkaasti kasvaessa. Muuten tilanne on jatkunut pitkään entisen kaltaisena tai näyttää kärjistyvän edelleen: avopalvelujen tuotannon siirtyminen entistä enemmän työterveyshuollon ja yksityispalvelujen suuntaan vaikuttaa kaikkien terveyspalvelujen kohdentumiseen. Yhä suurempi osa kunnallisten sairaaloiden saamista läheteistä kirjoitetaan muualla kuin kaikille kuntalaisille suunnatuissa terveyskeskuksissa. Työikäisten terveystarkastukset keskittyvät voimakkaasti työterveyshuollon piirissä oleville.

Myös hammashuollossa on perinteisesti ollut suuria sosioekonomisia eroja palvelujen käytössä. Tällä vuosikymmenellä toteutetulla mittavalla uudistuksella ei ensi vaiheen arvioiden mukaan ole merkittävää korjaavaa vaikutusta tilanteeseen. Osin vajavaisesta tietopohjasta huolimatta tiedetään, että monet mielenterveysongelmista kärsivien hoitomuodot – esimerkiksi psykoterapia ja eräät lääkehoidot – jakaantuvat hyvätuloisia suosien. Ylipäätään heikommassa asemassa olevien sekä pitkäaikaisista ja monimuotoisista ongelmista kärsivien asema on heikentynyt suhteessa työikäisiin ja -kykyisiin palvelujen käyttäjiin.

Yksittäisten hoitomuotojen käyttö vaihtelee alueellisesti usein moninkertaisesti. Tilanteen arvioiminen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta on kuitenkin usein vaikeaa, sillä oikeasta toimenpiteiden määrästä ei ole tietoa: on siis mahdollista, että eniten tiettyä hoitoa tarjoavilla alueilla käytäntö ei ole väestön terveyden kannalta paras toimintalinja.

Alueellisessa tarkastelussa keskeinen systemaattinen epäoikeudenmukaisuuden lähde on työvoiman saatavuus. Sairausvakuutus on jo pitkään myötävaikuttanut siihen, että erikoislääkäripalvelut ovat keskittyneet vauraaseen osaan maata sekä suurempiin asutuskeskuksiin. Tulevaisuudessa syrjäisemmät ja köyhemmät seudut uhkaavat jäädä entistä heikompaan asemaan: yleinen niukkuus työvoimasta, sosiaali- ja terveyssektorin heikko keskimääräinen palkkataso, erikoissairaanhoidon kasvu sekä kansalliselta järjestelmältä puuttuvat keinot suunnata työvoimaa alueellisesti voivat johtaa henkilöstötilanteen kriisiytymiseen ensin syrjäseuduilla.

Myös sukupuolten välisten palvelujen käytön erojen arviointi oikeudenmukaisuusnäkökulmasta on vaikeaa. Näyttää siltä, että monet systemaattiset erot ovat tarkoi-

tuksenmukaisia ja johtuvat tarpeiden erosta. Ainakin kaksi seikkaa herättää kuitenkin huolta. Esimerkiksi sydäninfarktin hoidossa on viitteitä siitä, että miehet saavat - ilman hyväksyttäviä perusteita - naisia aktiivisempaa hoitoa. Ilmiön laajuudesta muissa sairaustiloissa ei ole tietoa. Toinen huolen aihe on sukupuolen ja sosiaalisen aseman yhteisvaikutus: jo aiemmin miehillä selvemmin näkyneet sosioekonomisten ryhmien erot palvelujen käytössä uhkaavat kärjistyä, kun miesten palvelujen käyttö jatkaa nopeaa siirtymistään työterveyshuoltoon.

Tämän raportin taustalla olleen työryhmän toimeksianto keskittyi palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuuteen. Siksi palvelujen rahoituksen oikeudenmukaisuutta ei tässä yhteydessä ole käsitelty. On kuitenkin muistettava, että myös järjestelmän ylläpitämiseen tarvittavat voimavarat kerätään monia kanavia pitkin. Tämän kokonaisuuden tasapainossa tapahtuvat muutokset heijastuvat myös rahoitusrasituksen kohdentumisen muutoksina. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on useimmiten käytetty oikeudenmukaisuuden normina rahoituksen neutraalia kohdentumista: kukin yksilö tai talous rahoittaa järjestelmää tulostasostaan riippumatta yhtä suurella suhteellisella osuudella käytettävissä olevista tuloistaan. Edellisen ja tämän vuosikymmenen aikana suomalainen järjestelmä on muuttunut progressiivisesta regressiiviseksi: nyt pienituloiset rahoittavat järjestelmää suhteellisesti jonkin verran hyvätuloisia enemmän.

Myös keskeisimmät syyt terveyspalvelujen kohdentumisen ongelmille on todettu jo aiemmin. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä johtaa kolmeen erilliseen peruspalveluita tuottavaan tuotantjärjestelmään (kunnallinen perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, yksityinen terveydenhuolto). Vakiintuneen ilmaisun mukaan nämä sektorit täydentävät toistensa toimintaa. Tosiasiassa ne eivät kehity yhtenä kokonaisuutena, ja erilliset muutosprosessit ovat selvästi vaikuttaneet palvelujen ja niiden kohdentumisen tasapainoon myös väestöryhmien näkökulmasta katsottuna. Maksupoliitikan ehkä kärjekkäin eriarvoistava tekijä, erikoissairaanhoidon erikoismaksuluokka, poistuu käytöstä vuoden 2007 alussa. Eräät asiakasmaksut ja erityisesti korkeiden omavastuuosuuksien sairausvakuutus muodostavat jatkossakin pienituloisille suhteellisen esteen palvelujen käytölle.

Eräänlaisena perustavana syynä ongelmille voidaan myös pitää äärihajautettua palvelujärjestelmää. Kansalliselle

tasolle ei ole jäänyt keinoja, joilla se voisi strategisesti vaikuttaa esimerkiksi henkilöstövoimavarojen kohdentumiseen. Äärihajautus ei viittaa vain järjestelmän kuntapainotteisuuteen vaan myös siihen, että kansallisen tason keinot sovitetaan yhtein eri rahoituskanavien kautta syntyneitä tuotantöjärjestelmiä ovat heikkoja.

Myös sosiaalipalveluissa tarvitaan lisää keskustelua oikeudenmukaisuudesta

Sosiaalipalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuutta on kirjallisuudessa käsitelty huomattavasti terveydenhuoltoa vähemmän. Tälle on useita eri tasoilla vaikuttavia syitä. Terveys mielletään yksiselitteisemmin itseisarvoksi kuin sosiaalinen hyvinvointi. Ikään kuin heijastumina erilaisista teoreettisista lähtökohdista elää rinnakkain erilaisia ja keskenään ristiriitaisia tulkintoja yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta ja sen edellyttämästä aktiivisesta tuesta hyvinvoinnille. Nämä puolestaan johtavat erilaisiin johtopäätöksiin palveluista, joiden tulisi olla yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. On myös muistettava, että sosiaalipalvelujen tilaus ei synny pelkästään hyvinvointipolitiikasta ja sen vaalimisesta perusoikeuksista. Esimerkiksi työmarkkinoiden rauhallisuuden tai ylipäänsä yhteiskuntarauhan takaajina ainakin osa sosiaalipalveluista näyttäytyy yhtä aikaa edunvalvonnan tuloksena syntyneinä kompromissina. Tämä tekee perusoikeuksina vaalittavien riittävien sosiaalipalvelujen rajat suhteessa aina kyseenalaistettavissa oleviin ”saavutettuihin etuihin” epätarkaksi.

Sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuuskeskustelun näkymättömyyttä selittänee osaltaan toimialan erityisluonne. Kun valtaosa työstä pyrkii heikoimmassa asemassa olevien elämän ehtojen turvaamiseen, kysymys palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuudesta saatetaan kokea intuitiivisesti epärelevantiksi tai muuten yliakateemiseksi.

Oikeudenmukaisuutta koskevan keskusteluperinteen ohuudella lienee myös konkreettisempia syitä. Sosiaalipalvelujen toimintaa kuvaava tietopohja on paljon terveydenhuoltoa aukottaisempi. Rutiiniluontoisesti kerättävistä tietokannoista on vaikeaa löytää osoittimia palvelujen todelliselle tarpeelle. Monet toiminnan kannalta kiperimmät

kysymykset liittyvät vertikaaliseen oikeudenmukaisuuteen eli eri hyvinvointiongelmista kärsivien väliseen oikeudenmukaisuuteen. Sen mittaaminen ei ole ainoastaan empiirisesti hankalaa vaan se vaatii aina myös arvovalintoja, eri hyvinvointitarpeiden keskinäistä arvottamista.

Kaikesta edellä sanotusta huolimatta voidaan todeta, että sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuutta koskeva keskustelu on tarpeettoman vähäistä. Tiedetään, että kaikkien kotona selviytymistä tukevien kotiin annettujen palvelujen jakauma suosii hyvätuloisia. Kuntien kolmannelta sektorilta ostamien päihdepalvelujen oston voimakas leikkaus, joka johtui 1990-luvun lamasta, vaikuttaa yhä niin, että heikoimmassa asemassa oleville ei palveluja ole riittävästi tarjolla.

Valtaosa dokumentoiduista eroista liittyy alueelliseen eriarvoisuuteen. Vaikka eräät vammaisten palvelut ovat kasvaneet kokonaismäärältään merkittävästi (kuljetus- ja tulkkipalvelut, henkilökohtaiset avustajat), ovat alue-erot myös niiden kohdalla edelleen suuret. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrissä ja päihteiden käyttäjille tarkoitetuissa asumispalveluissa on moninkertaisia eroja maakuntien välillä. Ikääntyville suunnatuissa palveluissa palvelurakenne vaihtelee alueittain voimakkaasti. Viimeksi mainitusta ei voida kuitenkaan vetää johtopäätöksiä siitä, onko alueiden välillä merkittävää eroa palvelutarpeeseen vastaamisen välillä.

Havaittujen ongelmien syyt ovat samankaltaisia kuin terveyspalveluissakin. Esimerkiksi kotiin annettaviin palveluihin liittyy asiakkaan maksettavaksi jääviä osuuksia, joiden vaikutus pienituloisten ikäihmisten palvelujen käyttöön on merkittävä. Valtaosa sosiaalipalveluista on harkinnanvaraisia ja määrärahasidonnaisia. Kunnilla on siis suuri valta tulkita sitä, mikä palvelutaso on laissa tarkoitettussa mielessä riittävä. Käytännössä asuinpaikkakunta vaikuttaa hyvin merkittävästi useimpien palvelujen saatavuuteen.

Pelkkä tilastotieto ei sellaisenaan riitä kuvaamaan eri ongelmista yhtä aikaa kärsivien tilannetta. Epäsuorasti päätellen ja alan asiantuntijakäsityksiä kuunnellen näyttää ilmeiseltä, että yhtä aikaa päihde-, mielenterveys- ja työttömysongelmista kärsivät putoavat helposti tukiverkon ulkopuolelle. Sen sijaan että suurimpaan tarpeeseen vastattaisiin voimakkaimmin toimenpitein, nämä henkilöt jäävät usein organisaatioiden välisiin aukkoihin.

Tarvitaan eri vähemmistöjen kulttuureille sensitiivisiä palveluja

Kulttuuri- ja kielivähemmistöjen asema ja ongelmat sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjinä vaihtelee ryhmittäin. Perinteisesti valtaväestöä terveemmällä ja paremmin voivalla ruotsinkielisellä vähemmistöllä ei liene ongelmia terveyspalvelujen saannin suhteen – mahdollisena poikkeuksena ehkäisevien terveyspalvelujen hieman odotettua vähäisempi käyttö. Palvelujen järjestämiseen liittyvät ongelmat ovat kahtalaisia: toisaalta pienten maaseutukuntien yleiset vaikeudet ylläpitää riittävää palvelutasoa, toisaalta isoissa kaupungeissa vähemmistöinä asuvien mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään. Päivähoidossa ruotsinkielisiä palveluja on yleensä saatavissa, ainakin jos vanhemmat ovat valmiita hakemaan niitä muuta väestöä kauempaa. Sen sijaan erityispalveluissa, esimerkiksi lastensuojelussa, tilanne on ongelmallisempi.

Saamelaiset eivät muodosta pelkästään kielellistä ja kulttuurista vähemmistöä, vaan he ovat pohjoismaiden ainoa kansainvälisten sopimusten tarkoittama alkuperäiskansa. Alkuperäiskansoilla ei ole ainoastaan oikeutta kielensä ja kulttuurinsa säilyttämiseen vaan myös erityisiin itsemääräämisoikeutta toteuttaviin järjestelyihin. Yksi jännite itsemääräämisoikeuden ja palvelujärjestelmän välille syntyy siitä, että palvelut ja niiden kehittämishankkeet järjestetään kunnallisen rahoituksen pohjalta. Tällöin saamelaisten kannalta keskeiset kysymykset eivät aina nouse kehittämisen kohteeksi, onhan Suomessa vain yhdessä kunnassa (niukka) saamelaisemmistö. Toinen saamelaisten palvelujen käyttömahdollisuuksia uhkaava tekijä on niiden järjestämisen kaltevuus harvaan asutulla, pitkien välimatkojen syrjäseuduilla.

Palvelujen käyttömääristä suhteessa tarpeeseen ei ole kovin kattavaa kuvaa. Useilla mittareilla mitaten saamelaiset ovat jonkin verran muuta väestöä terveempää, ja palvelujen saatavuus on kohtuullisen hyvä. Kieli, jolla palvelut saadaan, on saamelaisten kannalta erityisen keskeinen kysymys. Omankieliset palvelut eivät ole ainoastaan yksilöiden perusoikeus, vaan niillä on suuri merkitys kielen ja kulttuurin säilyttämisessä. Vaikka päivähoidon kohdalla tilanne on tyydyttävä, ovat haasteet muiden palvelujen osalta huomattavan suuret.

Romanien kannalta lähtötilanne on ollut toinen. Eri puolilla maata asunut ja siksi paikallisesti vain pieniä yhteisöjä muodostanut vähemmistö on ollut riippuvainen suomenkielisistä kaikille tarkoitetuista palveluista. Romanien kannalta keskeinen kysymys on, pystyvätkö yleiset palvelut jatkossa tarjoamaan riittävän kulttuurisensitiivisiä palveluja.

Romaniväestön palvelutarpeesta ja -käytöstä ei ole selkeästi dokumentoitua yleiskuvaa. Yleisemmän hyvinvoinnin kannalta sosiaalipolitiikan universalismi on ollut ratkaiseva tekijä sille, että romaniväestön hyvinvointi on kehittynyt valtaväestön suuntaan. Asiantuntijamielipiteen mukaan 1990-luvulta alkanut tarveharkintaisuuden korostuminen ja muut sosiaaliturvan muutokset ovat oleellisesti heikentäneet romaniväestön mahdollisuuksia saavuttaa muun väestön hyvinvointitaso. Sen sijaan syrjäytymisen katsotaan nyt olevan kasvussa.

Maahanmuuttajat ovat kulttuuriselta, kielelliseltä, uskonnolliselta ja sosiaaliselta taustaltaan hyvin monimuotoinen ryhmä. Väestöryhmän kasvavaan merkitykseen verrattuna heidän hyvinvoinnistaan ja erityisesti palvelujen tarpeesta ja käytöstä tiedetään vähän. Maahanmuuttajat ovat keskimäärin nuoria ja terveitä, ja siksi muuta väestöä vähäisempi terveyspalvelujen kokonaiskäyttö ei ole välttämättä ongelma. Toisaalta heidän elinolosuhteensa sekä lähtömaassa että Suomessa ovat suomalaista väestöä huonommat, ja siksi ongelmiin tulisi aktiivisesti varautua. Tässä suhteessa on huolestuttavaa, että jo olemassa olevien aineistojen tutkimuskäyttöä ei ole varmistettu. Vastaisuudessa ei riitä vain hyvinvoinnin ja palvelujen käytön selvittäminen alaryhmittäin. On saatava tietoa maahanmuuttajien saamien palvelujen laadusta - myös käyttäjien itsensä näkökulmasta katsottuna.

Elinkeinopolitiikan ja sosiaalipolitiikan välillä on vahva jännite

Tämän raportin useissa artikkeleissa on sivuttu kilpailutamista, palvelujen markkinoistumista tai, vielä laajemmin, elinkeinopoliittista intressiä hyvinvointipalvelujen kehittämisessä. Ajankohtaisessa keskustelussa käsitellään

yksittäisten markkinaorientoituneiden toimenpiteiden oletettuja vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kehitykseen. Oleellista on kuitenkin se, millaisessa laajemmassa kontekstissa toimenpiteitä sovelletaan. Hyvä esimerkki on tilaaja-tuottajamalli, jonka vaikutukset riippuvat siitä, hyödynnetäänkö sitä julkisen palvelutuotannon kehittämisen työkaluna (”kvasimarkkinat”) vai aidosti kilpailutetun palvelutuotannon ohjauksessa.

Elinkeinopoliittisen ja sosiaalipoliittisen intressin välillä palvelutuotannon kehittämisessä on ilmeinen ristiriita. Elinkeinopoliitiikan päämääränä on edistää yritystoimintaa ja sen kasvun edellytyksiä. Sosiaalipoliitiikan tehtävä on varmistaa kansalaisten hyvinvointi, sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta varmistamalla niiden taloudellinen kestävyys, vaikuttavuus ja oikeudenmukainen kohdentuminen.

Elinkeinopoliitiikan työkalujen hyödyntämistä perustellaan ainakin kahdella näkökohdalla. Toisaalta kilpailun avulla uskotaan päästävän tehokkaampaan palvelutuotantoon ja sitä kautta taloudellisesti kestävämpään järjestelmään. Toisaalta palvelusektorin kehittäminen nähdään parhaana tapana hakea taloudellista kasvua, ja siksi palvelutuotannon vapauttaminen nähdään seuraavana liberalisaation tuomana mahdollisuutena tukea uutta liiketoimintaa (vertaa telekommunikaatiota säädelleen lainsäädännön purku 1980-luvulla).

Erityisesti terveyspalveluissa tuottajalla on vahva asema palvelutarpeen määrittämisessä ja sitä kautta palveluvolyymien asettamisessa. Yksityiseen palvelutuotantoon perustavassa mallissa ylituotannon lisäksi ylikapasiteetti ja paineet vastata asiakkaiden kysyntään kalleimmalla teknologialla luovat suuria kustannusten nousupaineita. Tarvitaan erittäin mittava säätelyjärjestelmä, jos syntynyt kustannuspaine aiotaan hillitä edes välttävästi. Mittava byrokratia taas jo yksin riittää nostamaan järjestelmän kokonaiskustannuksia huomattavasti.

Laajasti aitoa kilpailuttamista hyödyntävän tuotantojärjestelmän esittäminen kokonaiskustannusten hallinnan välineeksi ei siis ole uskottavaa. Verorahoituspaineen hillitsemisen keinoiksi jäisikin yksityisen palvelutuotannon tilanteessa julkisen palvelujen järjestämisvastuun piiriin luettavien palvelujen voimakas karsiminen ja/tai yksityinen rahoitusjärjestelmä. Molemmat linjat johtavat merkittäviin uhkiin palvelujen oikeudenmukaiselle kohdentumiselle.

Jälleen: jotta palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus voitaisiin pitää edes suunnilleen nykyisellä tasolla, tarvitaan monimutkaiset ja kalliit säätelymekanismit.

Myös elinkeinopoliittiseen pyrkimykseen kasvattaa sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoiden volyyymiä liittyy ongelmia. Ainakin toistaiseksi yksityiset palvelutuottajat näkevät toimintansa kasvupohjan tulevan julkisista ostoista. Näin palvelusektorin kasvu merkitsisi verorahoituspaineen kasvua. Vakuutusrahoitukseen siirtyminen ei ratkaisisi ongelmaa: eurooppalainen pakollinen vakuutusmalli on verrattavissa veronkantoon, vaikkakin toisella nimellä. Vapaaehtoinen, maksukyvyyn mukaan palveluvalikoimaa säätelevä vakuutusmalli ei taas olisi perustuslain, EU-tason linjausten tai laajempien kansainvälisten sopimusten mukainen.

Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta voi kehittää

Tässä raportissa on esitetty lukuisia toimintalinjoja, joita toteuttamalla palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta voitaisiin edistää. Osa linjauksista kuvaa yleisen tason politiikkaorientaatiota, jotkin taas konkreettisia toimenpiteitä. Epäoikeudenmukaisuuden syitä esitettäessä ei aina ole edetty toimintapoliittisten vaihtoehtojen määrittelyyn, vaan osa mahdollisuuksista jää lukijan paikannettavaksi.

Alla oleva esitys ei ole kattava lista toimenpiteistä, jotka voivat tulla kyseeseen. Se pyrkii esimerkein kuvaamaan sitä laajaa kirjoa, joka päätöksenteolle ja johtamiselle tarjoutuu.

Strategisen ohjauksen tarve korostuu monessa yhteydessä. Strategisen ohjauksen (koko palvelujärjestelmän pitkän tähtäyksen kehittäminen yhtenä kokonaisuutena) käyttövoimaksi tarvitaan arvokeskustelua. Toistaiseksi poliittinen keskustelu ei ole riittävästi auttanut avaamaan sitä ilmeistä jännitettä, joka vallitsee sosiaali- ja terveyspolitiikan ja toisaalta elinkeinopoliitiikan välillä. Hyvinvointia ja sen jakautumista korostavan sosiaali- ja terveyspoliittisen tavoitteen asetannan pohjalta tehty palvelujärjestelmän kehittämisen käytännön linjaukset poikkeavat merkittävästi kasvavaa yritystoimintaa korostavasta elinkeinopoliittisesti orientoituneesta kehittämisestä. Vaikka reaali maailmassa ei

tehdäkään mustavalkoisia päätöksiä, on välttämätöntä, että kulloinkin tehtävät arvovalinnat tulevat näkyviksi.

Arvokeskustelua voidaan tukea luomalla sille foorumeita. Terveystieteiden neuvottelukunnassa (ETENE) on jo jonkin verran pohdittu järjestelmätason kysymyksiä. Tällaista keskustelua tulisi vahvistaa ja samalla varmistaa, että pohdinta välittyy yleisen ja poliittisen keskustelun käyttövoimaksi. Sosiaalihuollosta vastaava elin puuttuu. Sosiaalihuollon periaatekomitea teki arvokasta työtä yli kolmekymmentä vuotta sitten. Nyt tarvitaan nykyhetken sovitettu muoto varmistamaan laaja-alainen dialogi.

Strategisen ohjauksen erityinen haaste näyttää olevan toimeenpanossa, sillä keskeisimmät tavoitteet eivät ole aina muuttaneet palvelujärjestelmää toivottuun suuntaan. Käytännössä toimeenpanon tehostaminen ei tarkoita vain kansallisen tason ohjauksen vahvistamista vaan myös alueellisen ja paikallisen toimintapolitiikan edellytysten vahvistamista. On todennäköistä, että nykyisten erillisten lakien integroiminen kohti yhtä sosiaali- ja terveyspalvelulakia loisi edellytyksiä järjestelmän kokonaiskehittämiseksi. Alueellisen kehittämisvastuun keskittäminen yhdelle toimijalle vaikuttaisi samaan suuntaan.

Haasteen suuruudesta huolimatta on monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmiin kyettävä tarttumaan. Jos itse kanavien määrää ei saada vähennettyä, on niiden turvin tuotettavien palvelujen ohjausta yhtenä kokonaisuutena kyettävä tuntuvasti vahvistamaan muin keinoin. Yksi konkreettinen tehtävä on koko maksupolitiikan (kunnalliset asiakasmaksut, sairausvakuutuksen omavastuuosuudet) uudistaminen yhtenäisen sosiaali- ja terveyspoliittisen tavoitteen asettelun pohjalta.

Luja ankuroituminen paikallisdemokratiaan on ollut suomalaisen palvelujärjestelmän vahvuus, josta on mahdollisuuksien mukaan pidettävä kiinni. Tarvitaankin tapoja, joilla valtiolta ja kuntasektori entistä selkeämmin sopivat kehittämisen tavoitteista ja voimavaroista. Uudenmuotoiset, muiden ohjauskeinojen kanssa yhteen sovitettut mallit (tavoite- ja toimintaohjelmat, peruspalveluohjelmat) voisivat kehittyä tällaisen sopimisen instrumenteiksi samalla, kun valtionosuusjärjestelmää kehitettäisiin tukemaan sopimusten toimeenpanoa.

Keskeinen, monella mekanismilla oikeudenmukaisuutta tukeva strateginen yleislinjaus on panostus nykyistä selväs-

ti peruspalvelujohtoisemman järjestelmän rakentamiseen. Tulevina vuosina henkilöstön riittävyys ja kohdentuminen tulee olemaan koko järjestelmän kannalta kriittinen kysymys, josta riippuvat keskeisesti myös palvelujärjestelmän mahdollisuudet toimia oikeudenmukaisesti.

Loogisesti ajatellen hajautetuimmat palvelujärjestelmät vaativat vahvimman valvontamekanismin. Erittäin hajautettu suomalainen tuotantomalli yhdistyy kuitenkin esimerkiksi pohjoismaihin verrattuna heikkoon valvontajärjestelmään. Heikkous viittaa tässä sekä valvonnan voimavarojen että sen käytettävissä olevien työkalujen niukkuuteen. Suuret vaihtelut määrärahasidonnaisten sosiaalipalvelujen tarveharkinnassa tai terveydenhuollon hoitokäytännöissä viittaavat siihen, että palvelut eivät kaikkialla toimi hyväksyttävällä tavalla. Rajoja asettavien normien, toimintaa kuvaavien tietojen sekä suoranainen henkilöstön puute estävät kriittisen arvioinnin toteuttamista.

Terveystieteiden tuoreet lakisäätöiset määräykset hoitopääsyn aikarajoista (”hoitotakuu”) ovat merkki uudelta ajattelulta. Samalla kun hoitotakuujärjestelmän toimintaa arvioidaan huolella, tulisi pohtia mahdollisuuksia käyttää vastaavia työkaluja myös sosiaalihuollossa. Jo nyt on ehdotettu ”sosiaalitakuun” säätämistä. Kriittisiä kysymyksiä ovat aiheutuvista kustannuksista vastaaminen sekä mahdolliset ei-toivotut vaikutukset: lujin normein priorisoidut toiminnot saavat ainakin osan lisävoimavaroista muita palveluja leikaten.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten peruskoulutuksessa tarkastellaan nykyisin ammatillisen työn eettisiä kysymyksiä. Myös tässä lienee kehittämisen varaa: esimerkiksi haavoittuvien ryhmien oikeuksien varmistaminen edellyttää ammatilaisilta aktiivista panosta. Ilmeinen ongelma on kuitenkin se, että järjestelmän johtamisesta ja kehittämisestä vastaavilla ei ole riittävästi tietoa oikeudenmukaisuusongelmista, eikä myöskään työkaluja niiden korjaamiseen. Jatko- ja täydennyskoulutuksen lisäksi haaste kohdentuu tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

Tutkijoiden osallistuessa arviointiprosesseihin keskeinen loppupäätelmä tapaa olla tarve lisätutkimukseen. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuskysymyksessä tulema on perusteltu, mutta eräin täsmennyksin. Terveystieteiden suurien kokonaisuusosien osalta palvelujen kohdentumisesta tiedetään jo melko paljon. Yksittäisillä toimintasektoreilla

on suuria aukkoja, esimerkkinä mielenterveyspalvelut. Sosiaalipalvelujen osalta tietopohja on huomattavasti heikompi. Kohdennettu aloite sosiaalipalvelujen tutkimuksen vahvistamiseksi esimerkiksi tutkimusohjelman muodossa olisi perusteltu.

Toistaiseksi lähes kaikki empiirinen tieto palvelujen väestöryhmittäisestä kohdentumisesta perustuu erillistutkimuksiin (alueellisia vertailuja lukuun ottamatta). Teknisesti olisi mahdollista varmistaa, että jo rutiiniseurantajärjestelmät kykenisivät tuottamaan keskeisimmät seurantatiedot. Koska kyseessä on koko palvelujärjestelmän keskeisen tavoitteen seuranta, tulisi tilastointijärjestelmää kehittää tähän suuntaan.

Pienempien väestöryhmien osalta ollaan vastedeskin riippuvaisia erillistutkimuksista. On yllättävää, että esimerkiksi maahanmuuttajien hyvinvoinnin ja palvelujen käytön arvioimisessa ei ole täysimääräisesti hyödynnetty jo olemassa olevia aineistoja. Eri vähemmistöjä tutkittaessa tulee entistä paremmin ymmärtää kunkin ryhmän kulttuurille ominaiset lähtökohdat.

Valtaosa tutkimustiedosta on edelleen kuvausta palvelujen käyttömäärien eroista. Mittavat haasteet liittyvät palvelujen laadun ja vaikuttavuuden vertailuun. Tarvitaan myös havaittujen epäkohtien syntymekanismeihin puretuva tutkimusta. Se puolestaan mahdollistaa sekä käytännön kohdentamistyökalujen kehittämisen että ennakoivan politiikka-arvioinnin. Kohdentamisen työkaluja tulisi saada niin kansalliselle, järjestelmän kuin ammatillisellekin päätöksenteon tasolle.

Osana kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia tulisi olla arvio vaikutuksista oikeudenmukaisuuteen. Matti Vanhasen hallituksen viimeisen kahden vuoden suurin aloite lienee ollut kunta- ja palvelurakenteen uudistus. Luotu puitelaki on vasta ensimmäinen vaihe, josta tultaneen seuraavan hallituksen aikana etenemään kohti merkittäviä uudistuksia. Tähänastisessa keskustelussa ovat korostuneet erityisesti taloudellisen kestävyuden ja lähidemokratian säilyttämisen tavoitteet. Kestävät ratkaisut edellyttävät myös oikeudenmukaisuuden huomioimista samalla painoarvolla.