

LAURI VUORENKOSKI, MAUNO KONTTINEN,
MINNA SINKKONEN (TOIM.)

Signaaleja

Stakesin tulevaisuusraportti 2007



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1888-5 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 951-33-1889-3 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2006

Valopaino Oy

Helsinki 2006

ESIPUHE

Ennakoivaa tietoa tarvitaan globaalisti

VAPPU TAIPALE, pääjohtaja
Stakes

Koko maailma siirtyy kohta käyttämään uudenlaisia lasten kasvukäyriä Maailman Terveysjärjestön WHO:n suosituksen mukaan. Uusi käyrästä on todella innovatiivinen, sillä sen keskeinen viesti on lapsen kasvun nopeus. Se ilmaisee aiempaa herkemmin lapsen ylipainon tai alipainon, siis viestii sekä kehittyneille että kehitysmailla tärkeää tietoa lapsen tilasta. Uudistus on pitkällisen ja kunnianhimoisen YK-yliopiston tutkimusprojektin tuote.

YK-yliopisto, United Nations University, UNU (www.unu.edu), on verkostoyliopisto, jonka syntysanat lausui pääsihteeri U Thant jo 1970-luvulla. Tuolloin verkostoista ei puhuttu lainkaan, mutta isolla maailmanjärjestöllä oli tietoinen tarve saada päätöksentekonsa pohjaksi tutkittua tietoa. Yliopiston verkostomainen rakenne syntyi välttämättömyyden pakosta, kun rahaa keskitettyyn toimintaan ei ollut käytettävissä. Suomi lähti nopeasti mukaan toimintaan: perustettiin WIDER, kehityksen ja talouden suhteita tutkiva laitos. Vaikka Suomessa vuonna 1983 keskusteltiin tulisesti siitä, onko oikein käyttää melkoinen osa silloin nopeasti kasvavia kehitysyhteistyörahoja yhden instituutin peruspääomaan, ratkaisu on osoittautunut viisaaksi. Kehityksen taloustiede on ollut tarpeen, ja WIDER on tänä päivänäkin eräs akateemisesti tunnetuimpia ja tuloksiltaan korkeatasoisimpia YK-yliopiston laitoksia.

Nykyinen YK-yliopisto muodostuu 14 laitoksesta ja ohjelmasta ympäri maailmaa. Isäntämaat rahoittavat omat laitoksensa joko peruspääoman tuotolla tai tavallisimmin jaksottaisella budjettirahoituksellaan. Laitoksia on kehitysmaissa, kuten Ghanassa sijaitseva Afrikan luonnonvarojen käyttöä tutkiva laitos, tai Venezuelassa bioteknologiaa ja yhteiskuntaa tutkiva ohjelma. Kehitysmaiden rahoituksen epävakaisuus ja poliittisten olojen vaihtelevuus antavat kuitenkin oman värinsä toimintaan. Jordaniassa sijaitseva kansainvälinen johtajuusinstituutti on sekin haparoinut tehtävässään, sillä maan kuningashuoneen yksityiskohtiin puuttuva tapa johtaa jonkun laitoksen toimintaa on osoittanut johtamisen kulttuurisidonnaisuuden. Valitettavaa, mutta ehkä ymmärrettävää on, että useimmat laitokset ovat syntyneet länsimaihin, joista löytyy sekä osaamista että poliittista tahtoa tarvittavaan rahoitukseen. Islanti on oiva esimerkki maasta, joka käyttää kohdennetusti kehitysyhteistyörahojaan. Se on tukenut UNUn geotermalista koulutusohjelmaa, jossa tuliperäisten maiden luonnonvarat ohjataan talouden ja sosiaalisen ympäristön hyväksi. Muutamana miljoonan dollarin vuotuinen panostus on tuottanut kukoistavan tutkimus- ja kehitysverkoston erityisesti kehitysmaihin, ja paljon tunnettuutta ja hyvää PR:ää pikkuiselle saarivaltiolle.

Kesällä 2004 YK-yliopiston tulokas, Bonniin perustettu ympäristöturvallisuutta tutkiva laitos sai globaalia julkisuutta arvioidessaan, miten suuret alueet maapallosta joutuisivat veden varaan jäätiköiden sulassa ilmastomuutosten vuoksi. Teema nousi konkreettisesti ihmisten tietoisuuteen sittemmin tsunamin yhteydessä. UNUn alueellista integraatiota tutkiva laitos Bryggesä käynnistyi nihkeästi viitisen vuotta sitten, mutta kaukonäköiset tutkijat arvioivat oikein tällaisen tiedon tarpeen nopean kasvun. Nyt sen asiantuntemusta tarvitaan YK:ssa jatkuvasti.

YK-yliopiston Tokiossa sijaitsevan päämajan ohjelmat kohdistuvat kestäväan kehitykseen ja rauhankysymyksiin. Ajankohtaiset huippukokoukset vuoristojen, merten ja kosteikkojen ekologian turvaamisessa saavat UNUlta vahvan panoksen. Pääsihteeri Kofi Annanin raportit rauhasta ja konfliktien ehkäisystä ovat perustuneet UNUn merkittävälle tutkimustyölle.

Olen toiminut kuusi vuotta YK-yliopiston 24-henkisen neuvoston jäsenenä ja näistä kaksi vuotta sen puheenjohtajana. Kurkistus globaaliin huippuosaamiseen ja verkostoituvan toimintatavan vahvuuksiin ja heikkouksiin on ollut erittäin mielenkiintoinen. Suomen asema UNUssa on vahva WIDERinkin takia, ja neuvosto voi todella ohjata UNUn päätöksentekoa. Globaali päätöksenteko etsii yhä enemmän tietoa taustakseen, eikä pelkästään YK, vaan myös sen erityisjärjestöt ja globaalit alueelliset päättäjät. Relevantin tiedon tuottaminen edellyttää tutkijoilta hyvää asiantuntemusta sekä aihealueestaan että päätöksenteosta, ja halua asettaa työnsä tulokset palvelemaan yhteistä päämäärää. Ennakointia tarvitaan, jotta teemat todella olisivat globaalisti kiinnostavia ja merkittäviä.

Suomessa keskustellaan tällä hetkellä sektoritutkimuslaitosten asemasta ja sektoritutkimuksen tarpeesta. Sektoritutkimuksen missiona on osoittaa, että korkeatasoinen tieteellinen tieto tuo vaikuttavuutta ja näyttöä ratkaisujen suunnasta. Laitosten tehtävänä on seurata ja arvioida kansallista ja kansainvälistä kehitystä, mutta myös ennakoita, millaista tietoa tullaan tarvitsemaan lähitulevaisuudessa.

Tässä yhteydessä on mielenkiintoista ottaa YK-yliopisto vertailukohdaksi. UNUn parhaat yksiköt tuottavat todella kunnianhimoisia projekteja ja osaamista minimaalisella, epävarmalla rahoituksella. Onnistumisen takana ovat tällöin UNUn missioon todella sitoutuneet kansainväliset huippututkijat ja heidän globaalit verkostonsa, jotka todella haluavat yhteistä hyvää YK:n nimissä. Voidaan siis tuottaa korkeatasoista tietoa tietyssä nichessä, kulmauksessa, lähes olemattomin kiintein resurssein. UNUn ongelmayksiköissä taas taistellaan paitsi epävarman rahoituksen kanssa myös YK:n paikallisesti mielettömän korkeaan palkkatasoon mieltyneen, vakituisen ja paikalleen jämähtäneen henkilökunnan tuottamattomuuden kanssa.

Meillä sektoritutkimuslaitosten ongelmana taas ovat sekä tuottavuusohjelman vaatimat henkilöstövähennykset että jatkuva ulkopuolisen rahoituksen hankkimisen tarve. Puiteohjelmat ja muut projektirahoitusmuodot synnyttävät yhä uusia kilpailtuja hankkeita. Se varmasti terävöittää tutkimus- ja kehityshankkeiden kilpailukykyä, mutta samalla projektirahoitus johtaa pirstoutuneeseen tilanteeseen. Tutkijat joutuvat hakemaan leipäänsä pienistä paloista. Teemat ja tiimit vaihtuvat. Lyhytaikaiset työsuhteet ovat arkipäivää. Osaaminen ei kerry ja kasva, vaan se on ikään kuin vaihtotavaraa kulloisenkin rahoituslähteen mukaan. Senioritutkijat joutuvat käyttämään merkittävän osan työajastaan ja luovuudestaan yhä uusien hakemusten valmistelemiseen, sen sijaan että keskittyisivät itse tieteeseen. Tällainen tilanne ei ole eduksi Suomen, eikä Euroopan muutenkin pieniin osiin hajautuneelle osaamiselle. EU:n kilpailukyvyyn nimissä kannattaisi kerätä suurempia kokonaisuuksia ja antaa tieteellisen osaamisen kasvaa niissä organisaatioissa, tiedeyhteisöissä ja vaalien.

Sektoritutkimuslaitosmalli on tällä hetkellä vastaus globaaliin ja eurooppalaiseen kysyntään. On syytä toivoa, että Suomessa löytyy viisautta ja rohkeutta katsoa viiden- kymmenen vuoden päähän ja kehittää sektoritutkimuslaitoksiamme tuleviin, ennakoitavissa oleviin ongelmiin.

Tiivistelmä

Lauri Vuorenkoski, Mauno Konttinen, Minna Sinkkonen. Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2007. Stakes, Työpapereita 30/2006. 80 sivua, hinta 18 €. Helsinki 2006.

Stakesissa on toiminut vuodesta 2003 lähtien tulevaisuuden ennakoinnin työryhmä. Sen tehtävänä on tulevaisuuden tietämyksen hankkiminen, kokoaminen ja kohdentaminen sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen ja kehittämisen avuksi sekä Stakesin strategisen johtamisen tueksi. Tämä raportti on työryhmän kokoama vuosittainen tulevaisuuskatsaus.

Raportin ensimmäisessä artikkelissa työryhmän jäsen Ronald Wiman tarkastelee tulevaisuutta Valtioneuvoston tuottaman kansallisen kestävän kehityksen strategian kautta. Seuraavassa artikkelissa Johanna Kohl puolestaan perustelee poikkihallinnollisen yhdyskuntasuunnittelun tärkeyttä. Artikkelissa todetaan, että eri toimijat – myös kansalaiset – tulisi ottaa paremmin mukaan yhdyskuntasuunnitteluun ja esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoilla olisi siihen paljon nykyistä enemmän annettavaa. Sosiaalipalveluiden tulevaisuutta kolmen tulevaisuusskenaarion pohjalta luotaavat Riitta Haverinen kumppaneineen. Artikkelissa haetaan näkökulmia siihen, miten sovittaa yhteen tulevana vuosina taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys sekä ihmisten palvelujen tarve. Irma Kiikkalan artikkelissa käsitellään heikentyneitä mielenterveyttä joka ei täytä lääketieteellisesti asetettuja häiriöiden kriteereitä, mutta joka aiheuttaa ihmisten elämään huomattavaa kärsimystä. Kirjoittajan mukaan henkinen pahoinvointi on Suomessa lisääntynyt, ja sen takia tulevaisuudessa tarvitaankin sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä siten, että palveluilla vahvistettaisiin kansalaisten mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia häiriöitä hoitavan toiminnan ohella.

Sirpa Anderssonin artikkelissa peräänkuulutetaan lisää tietoa perheistä, joissa aikuiset lapset ovat muuttaneet pois ja pariskunta jatkaa yhteiselämäänsä kahdestaan. Ikääntyneet ovat sekä avun ja hoivan saajia että antajia. Tieto vanhoista perheistä, niiden voimavaroista, perhe-elämän dynamiikasta ja sosiaalisista suhteista toisi tärkeän lisän yhteiskunnallisten muutosten ja tulevaisuuden pohdintaan. Persephone Doupin ja muiden kirjoittamassa artikkelissa ennakoidaan kolmen eri tulevaisuusskenaarion pohjalta tietoteknologiakehityksen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuteen, eri vaihtoehtoihin tulevaisuuksiin johtavia kehityspolkuja sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan roolia suomalaisessa tietoyhteiskuntakehityksessä. Lopuksi Martti Kekomäki tarkastelee niitä keinoja, joilla tulevaisuuden terveydenhuollossa valitaan sovellettavat menetelmät ja kuinka menetelmien vaikuttavuutta seurataan. Artikkelissa todetaan, että tulevaisuudessa arjen vaikuttavuuden seuranta tulee olemaan keskeisemmässä asemassa ja että se aikaa myöten alkaa vaikuttaa myös voimavarojen allokoitipäätöksiin, aina hoitoprioriteettien asettamista myöten.

Avainsanat: tulevaisuuden ennakointi, toimintaympäristön muutokset

Sisällys

Esipuhe: Ennakoivaa tietoa tarvitaan globaalisti

VAPPU TAIPALE

Tiivistelmä

Kohti kestäväää kehitystä – Suomen kestäväen kehityksen uusi strategia 9

RONALD WIMAN

Tulevaisuuden voimavarat löytyvät rajapinnoilta..... 17

JOHANNA KOHL

Sosiaalipalveluiden tulevaisuus – kilpailukykyäkö vai hyvinvointia? 22

RIITTA HAVERINEN, ANU MUURI, PÄIVI VOUTILAINEN JA PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN

Henkinen pahoinvointi – uusi ja kasvava haaste? 33

IRMA KIIKKALA

Miksi perhetutkimuksen pitäisi kiinnostua vanhuudesta? 44

SIRPA ANDERSSON

Katoaako sosiaali- ja terveydenhuolto eUtopiaan? 49

PERSEPHONE DOUPI, HANNELE HYPPÖNEN, PÄIVI HÄMÄLÄINEN, JARMO KÄRKI JA TERO MELTTI

Optimivaikuttavuuden mittaamisesta arjen vaikuttavuuden seurantaan 63

MARTTI KEKOMÄKI

Euroopan Unioni ja terveyspalveluiden tulevaisuus Suomessa – Vie sinä minä vikisen? 68

MERI KOIVUSALO

KOHTI KESTÄVÄÄ KEHITYSTÄ – SUOMEN KESTÄVÄN KEHITYKSEN UUSI STRATEGIA

RONALD WIMAN, kehittämisspällikkö
Stakes

Suomi on ollut ensimmäisten joukossa laatimassa kestävän kehityksen strategioita globaalien kokousten suositusten mukaisesti. Uusin strategia, ”Kohti kestäviä valintoja – kansallisesti ja globaalisti kestävä Suomi” luotaa Suomen tulevaisuuden haasteita ja valintoja. Lähtökohtana on entistä selvemmin globalistuva maailma. Keskeiset haasteet syntyvät ilmastomuutoksesta, maailmantaloudesta, väestörakenteesta, globaalista köyhyydestä, eriarvoisuudesta ja väestön kasvusta. Tässä artikkelissa käsitellään raportin linjauksia sosiaali- ja terveyssektorin näkökulmasta. Taustaksi esitellään keskeisiä käsitteellisiä lähtökohtia.

Kestävän kehityksen käsite ja periaate kehitettiin vaihtoehtoisiksi positiivisiksi näkökulmiksi maailmanlopputeorioille ja -ennusteille. Gro Harlem Brundtlandin vetämä toimikunta määritteli sen sellaiseksi kehitykseksi, joka tyydyttää nykyhetken tarpeet viemättä tulevilta sukupolvilta mahdollisuuksia tyydyttää omat tarpeensa (World Commission... 1987). YK:n globaalissa kehitys- ja ympäristökonferenssissa Rio de Janeirossa 1992 ja Johannesburgin seurantakokouksessa 2002 käytännössä kaikki maailman hallitukset sitoutuivat kestävän kehityksen periaatteisiin.

Suomi oli ensimmäisiä maita, jotka laativat kansallisen kestävän kehityksen strategian (vuonna 1998). Sitten lukuisat muut suomalaiset toimijat ovat laatineet omat strategiansa. Vuoden 2006 kansallisen strategian perspektiivi ulottuu vuoteen 2030. Sen visiona on *hyvinvoinnin turvaaminen luonnon kantokyvyn rajoissa kansallisesti ja globaalisti*. Sen mukaan ”tavoitteena on luoda kestävää hyvinvointia turvallisessa, osallisuutta edistävässä ja moniarvoisessa yhteiskunnassa, jossa kaikki kantavat vastuuta ympäristöstä.” (Valtioneuvoston kanslia 2006.)

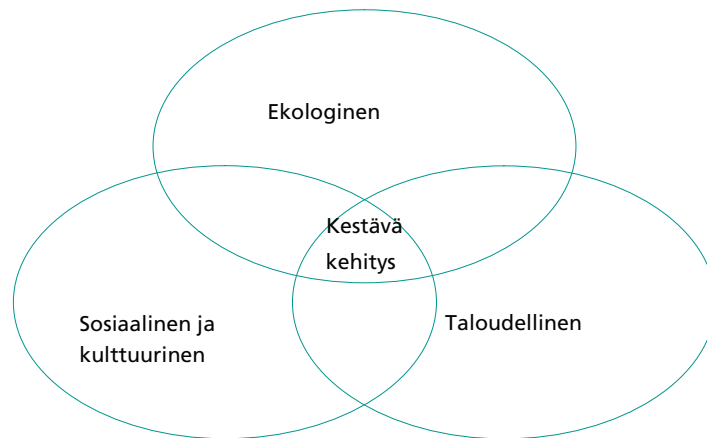
Kestävän kehityksen perspektiivejä

Kestävä kehitys ei tarkoita luonnossuojelua vaan nimenomaan ihmisen suojelua. Rion julkklausumassa (1992) todetaan, että ”ihmiset ovat kestävän kehityksen keskipisteenä ja päämääränä on ihmisten terveys ja tuottava elämä sopuisuudessa luonnon kanssa.”¹

Kestävän kehityksen strategiat syntyivät ympäristössä, jossa kylmä sota oli päättynyt ja maailman uhat näyttäneet uudessa valossa. Niin ikään ajalle oli tunnusomaista nopea globalisaatio, maapalloistuminen. Kaikki maat olivat tulleet yhä enemmän toisistaan riippuvaisiksi. Kansalliset strategiat nousivat samasta maaperästä: yhteisestä globaalista ympäristöstä sekä välttämättömyydestä hallita kotimaisen kehityksen eri ulottuvuuksien keskinäisriippuvuuksia.

Kestävän kehityksen ydinajatus on taloudellisen, ekologisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ulottuvuuden keskinäinen riippuvuus.

¹ The Rio Declaration <http://www.un.org/geninfo/bp/envirp2.html>.



KUVIO 1. Kestävän kehityksen ulottuvuudet

Kehityksestä tulee kestävää vain kun nämä kaikki pilarit otetaan tasapainoisesti huomioon – ja saadaan myös tasapainoisesti ja yhtä aikaa toteutumaan. Viimeaikaiset kehitystrendit eivät ole olleet kovin vakuuttavia ja tasapainoisia, eivät maailmalla eivätkä Suomessa. Ekologiset tilit ovat luotolla – kulutamme luonnon pääomia kestävämmällä tavalla. Talous toimii eriarvoisuutta lisäävästi eli sosiaalisesti kestävämmästä. Suomessakin tuloerot ovat kasvaneet, vaikkakin ne edelleen ovat OECD maiden pienimpiä. Eriarvoisuus kuluttaa sosiaalista pääomaa.

Politiikka on ollut tasapainotonta. Taloudellinen paradigma on ollut politiikan tavoitteita asettaessa kärjessä. Taloudelliset instituutiot ja talousministeriöt ovat nousseet johtavaan asemaan. Globaalitasolla esimerkiksi Maailmanpankista on tullut kehityspolitiikan tavoitteiden asettaja, vaikka sen päätöksenteko ei toimi periaatteella yksi maa yksi ääni vaan "dollari ja ääni". YK, joka on ainoa demokraattisin periaattein toimiva globaali päätöksentekoinstituutio, on monilla areenoilla jäänyt sivustakatsojan asemaan, kun pankki on ohjannut lainarahoituksen välinein maiden kehitysohjelmia uusliberalistiseen suuntaan.

Myös Suomalaisen yhteiskuntapolitiikan johtotähtenä on 90-luvun alusta lähtien ollut keskeisesti talouden toimivuus ja kansainvälinen kilpailukyky. Tulevaisuuden suuntaviivoja on piirretty keskeisesti talouden ja taloudellisen globalisaation näkökulmasta. Tosin suomalaisessa keskustelussa on myös tuotu esiin se, että hyvinvointiyhteiskunta myös tukee kansainvälistä kilpailukykyämme (Sinkkonen 2006).

Kestävän kehityksen sosiaalinen ulottuvuus on jäänyt vähemmälle huomiolle. Sosiaalisesta ulottuvuudesta on ollut vaikea saada otetta sekä käsitteellisesti että käytännössä. Sitä on ollut vaikea määrittellä ja mitata. Sen roolia on ollut vaikea hahmottaa. Rion konferenssin seurantakokouksessa 1997 Suomi tarjoutui siksi selvittämään kestävän kehityksen sosiaalista ulottuvuutta. STM ja Stakes järjestivät kansainvälisen asiantuntijakokouksen Kellokoskella 1998. Se esitti, että ihmiset – eivät instituutiot tai järjestelmät – tulisi asettaa kestävän kehityksen keskipisteeseen hyödyn saajina ja aktiivisina toimijoina (Wiman 1999a). Suomi on globaalipolitiikassaan pitänyt aktiivisesti yllä yhteiskunta kaikille -visiota ja globalisaation sosiaalista ulottuvuutta.

Kehityksen käsite on muuttunut. Vaikka talouskasvun rajoitukset kehityksen mittarina on tiedettykin, vielä 1990-luvun taitteeseen saakka taloudellisen kehityksen indikaattorit olivat ainoita kehityksen yleismittareita. YK:n kehitysohjelma UNDP laati sitten vaihtoehtoisen "ihmillisen kehityksen indeksin" (Human Development Index, HDI). Sen keskipisteessä oli ihminen ja hänen "toimintamahdollisuutensa" tai "toimintaresurssinsa" ("human capabilities"). (Human development report 1990.)

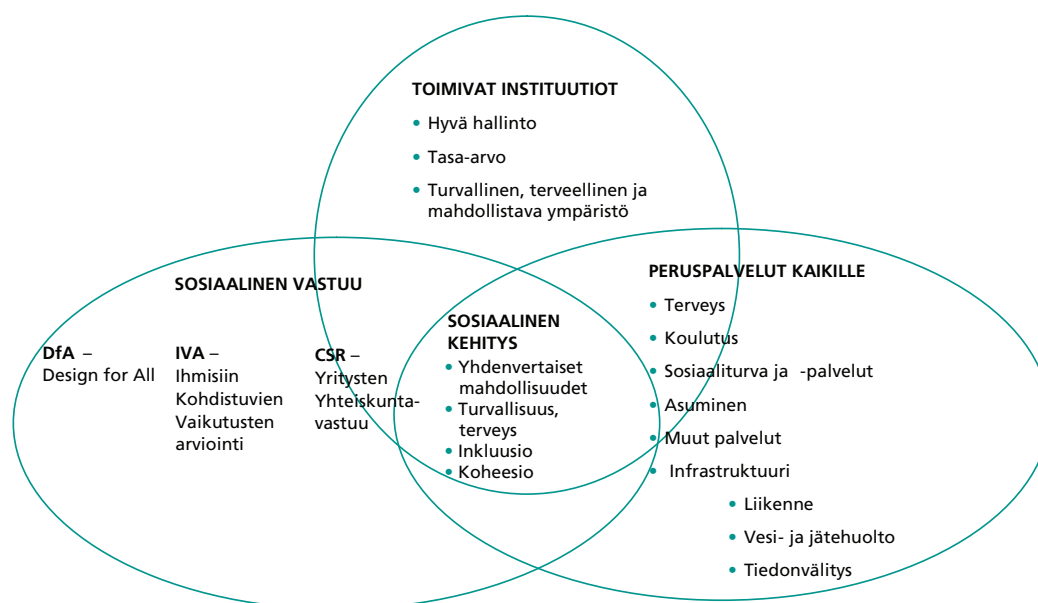
Nobelilla palkittu taloustieteilijä, Amartya Sen, jonka teoriat olivat UNDP:n innovaation pohjana, on sittemmin luonnehtinut kehitystä vapautumiseksi (Sen 1999). Kehitys vapauttaa ihmiset jostakin ja johonkin: se vapauttaa puutteesta ja epävarmuudesta ja se lisää vapauttaa tehdä omia valintoja. *Sosiaalisesti* kehitykseksi voi kutsua sellaista muutosta, joka mahdollistaa tuollaiset vapaudet yhdenvertaisesti kaikille. Sosiaalisen kehityksen ytimessä on oikeudenmukaisuus. Se on herkkä tasapaino yhdenvertaisten mahdollisuuksien (equity of opportunity) ja yhdenvertaisen lopputuloksen (equity of outcome) välillä (Holtzmann & Jorgensen 1999). Sosiaalisesti kestäväksi voi kehitystä kutsua, jos se ylläpitää tai parantaa yhdenvertaisuutta ja sosiaalista integraatiota (Wiman 1999b, Konstantinos 2006). Oikeudenmukaisuus – sekä sukupolvien välillä että sukupolvien sisällä – on sosiaalisesti kestävä kehityksen avainkäsite.

Sosiaalisesti kestävä kehitys edellyttää sellaista institutionaalista muutosta, joka lisää yhdenvertaisuutta ja ihmisten osallisuutta, kaikkien mukaan ottamista, inklusiota. Tälle visiolle on vakiintunut ilmaus ”yhteiskunta kaikille”, ”A Society for All”. (United Nations 1994)

Aktiivisten ihmisten täyden osallisuuden mahdollistava ympäristö edellyttää tiivistäen kolmea asiaa:

1. Sosiaalisia instituutioita, jotka toimivat siten, että kaikki ovat mukana yhdenvertaisina yhteiskunnan jäseninä.
2. Peruspalveluiden saatavuutta kaikille yhdenvertaisin perustein, jotta jokainen voi ylläpitää ja kehittää inhimillistä pääomaansa ja kykyjään osallistua yhteiskunnan toimintaan.
3. Yksityisen – ja julkisen – sektorin toimien sosiaalista ja ekologista vastuullisuutta, jotta ”korjaavien” julkisen vallan interventioiden tarve pysyisi mahdollisimman pienenä. Vastuullisuutta voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että yksityiset ja julkiset toimijat arvioivat toimintansa vaikutuksia ihmisiin ja pyrkivät tuottamaan sellaisia tuotteita, palveluita ja elinympäristöjä, jotka on suunniteltu kaikille (Design for All).

Nämä ovat kestävä kehityksen sosiaalisen ulottuvuuden pilareita, joiden tasapainoinen toteutuminen on edellytyksenä sille, että ihmisillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet tuottaa hyvinvointiaan. Lisäksi tarvitaan toimivia paikallisyhteisöjä, paikallista toimintaympäristöä, joissa kaikkien osallistuminen ja osallisuus voi toteutua konkreettisesti. Paikallisyhteisöt ovat ikään kuin välittäjinä makrotason yhteiskunnan pelisääntöjen ja ihmisten välillä.



KUVIO 2: Kestävän kehityksen sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalisen kehityksen päämääränä on ”yhteiskunta kaikille”, jossa hyvinvoinnin edellytykset jakaantuvat oikeudenmukaisesti. Tämän saavuttamiseksi julkisten ja yksityisten instituutioiden tulee toimia hyvän hallintotavan ja yhdenvertaisuuden periaattein. Tämä kasvattaa sosiaalista pääomaa. Toisaalta kaikilla tulee olla yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää peruspalveluita ylläpitääkseen ja kehittääkseen inhimillistä pääomaansa. Lisäksi edellytetään, että yksityiset ja julkiset toimijat kantavat tietoisesti myös sosiaalista ja ekologista vastuuta², arvioivat toimintansa vaikutuksia ihmisiin³ ja pyrkivät tuottamaan sellaisia tuotteita, palveluita ja elinympäristöjä, jotka on suunniteltu kaikille (Design for All⁴).

Sosiaalisen kehityksen aikaansaamat institutionaaliset muutokset ovat se instrumentti, joka mahdollistaa kestäväen taloudellisen kasvun ja sen oikeudenmukaisen jaon. Yhdenvertaisuus ja osallisuus luovat myös kiinnostuksen ekologisen vastuun kantamiseen kun koetaan, että ollaan samassa veneessä. Tästä syystä kestäväen kehityksen strategioiden tulee painottaa kehityksen sosiaalista ulottuvuutta aiempaa enemmän sekä välineenä että päämääränä.

Suomen uusi kestäväen kehityksen strategia

Vähitellen on tultu aivan uuteen ajatusten arkkitehtuuriin muun muassa YK:n globaalien konferenssien tuloksena. Aktiivinen ihmiskuva ja yhdenvertaisten edellytysten luominen ihmisten omatoimiseksi pyrkimykselle hallita elämäänsä ja tehdä siitä mielekäästä on myös Suomen uuden strategian ydinajatus. Stakesin Kirsi-Marja Lehtelä osallistui strategiaryhmän työhön ja vei sen valmisteluun edellä kuvattuja käsitteellisiä lähtökohtia.

Suomen strategia ei siis perustu sääntelylle tai holhoamiselle vaan edellytysten luomiselle ja kannusteille. ”Kestävä kehitys edellyttää, että kansalaisilla on yhdenvertaiset mahdollisuudet osallistua, kantaa vastuuta ja hyötyä kehityksen tuomien valinnanmahdollisuuksien lisääntymisestä. Ylläpitämällä yhteiskunnassa tietoisesti ja aktiivisesti arvokeskustelua mahdollistetaan kansalaisille osallisuus yhteisten asioiden tärkeysjärjestyksen määrittämisessä.” (Valtioneuvoston kanslia 2006.) Osallisuus sitouttaa ja tekee ihmisistä kehityksen omistajia ja asianosaisia.

Strategian tavoitekehys sisältää seuraavat kokonaisuudet:

- Tasapaino luonnonvarojen käytön ja suojelun välillä
- Kestävät yhdyskunnat kestävässä aluerakenteessa
- Hyvinvointia koko elämänkaareen
- Talous kestäväen kehityksen turvaajana
- Suomi globaalina toimijana ja vastuunkantajana
- Kestävien valintojen tukeminen

Strategia toteaa, että keskeisiksi kansallisiksi haasteiksi ovat nousseet ilmastonmuutos, maailmantalouden nopeat muutokset ja Suomen väestörakenteen muutos. Globaalitasolla keskeisiksi haasteiksi nimetään myös globaali köyhyys ja eriarvoisuus sekä väestönkasvu.

Päävastuu kestäväen kehityksen linjauksista ja toimeenpanosta on valtioneuvostolla. Se ohjaa työtä hallitus- ja politiikkaohjelmilla sekä periaatepäätöksillään. Tarkoitus on luoda edellytyksiä sille, että ”kansalaiset, kunnat, seudut, maakunnat, erilaiset yhteisöt ja yritykset” tekevät kestäväen kehityksen strategian mukaisia valintoja. Poliitiikan innovatiivisuus varmistetaan ”hallinnon, tiede- ja kansalaisyhteisön sekä talouselämän verkostoyhteistyöllä ja ohjelmilla” (Valtioneuvoston kanslia 2006, 27). Toteutumista seurataan indikaattorityön kautta.

² Yritysten yhteiskuntavastuu verkosto Finnish Business & Society – yritysten yhteiskuntavastuun verkosto.

³ Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi – hankkeita Stakesissa ks. Mitä IVA on? – Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi – Stakes.

⁴ Design for All Stakesissa ks. Suomen Design for All -verkosto.

Suomen vahvuuksina strategia nostaa esiin panostukset tutkimus- ja kehittämistoimintaan, koulutusjärjestelmämme, toimivat palvelujärjestelmät, vastuulliset yritykset, hyvän hallinnon, toimivan kansalaisyhteiskunnan sekä yhteistyön perinteen. Puhdas ympäristö on myös hyvinvointimme perustekijöitä. Osaaminen ja tietoyhteiskuntakehitys luovat pohjan vientiteollisuudelle. Tähän saakka Suomi on ollut kärkimaita monissa kestävästä kehitystä mittaavissa vertailututkimuksissa. Maailman talousfoorumien ympäristön kestävyysindeksissä Suomi sijoittui ykköseksi kolmesti. Suomi on vähiten korruptoituneita maita, kärkisijoilla kilpailukykyvertailuissa, koulutuksen tasoa, yhteiskunnallista vakautta, elämän laatua, sosiaalista kehitystä, sukupuolten tasa-arvoa, yritysten sosiaalista vastuuta ja julkisen sektorin toimintakykyä mittaavissa indekseissä. (Valtioneuvoston kanslia 2006, 39.)

Haasteina mainitaan tupakan ja päihteiden aiheuttamat terveysmenetykset, mielenterveysongelmat, ylipainon lisääntyminen ja väestön vanhenemisen mukanaan tuovat terveysongelmat ja kustannukset. Niinkään muistutetaan laman pitkistä varjosta, joka näkyy mm. sitkeänä pitkäaikaistyöttömyytenä. Sosiaali- ja terveystalouden kysynnän kasvu haastaa julkisen talouden tasapainon pitkällä aikavälillä. Myös verokilpailun arvioidaan tiukentavan julkisen talouden rahoitusta.

Teollisuustuotannon tendenssiä siirtyä pois rikkaista teollisuusmaista ehdotetaan kompensoitavan innovaatiotoiminnan ja koulutuksen hyödyntämisellä. Maan sisäinen ja ulkoinen turvallisuuden riippuvuus globaalista tilanteesta on voimistumassa ja siksi on investoitava myös oikeudenmukaisemman globalisaatiokehityksen toteutumiseen.

Hyvinvointitavoitteet

Tässä kappaleessa on poimintoja kestävästä kehityksen strategian sosiaalisesta agendasta (kappaleesta 5.3. Kansalaiset – hyvinvointia koko elämänkaareen). Hyvinvointitavoitteiden ankkureina ovat kansalaisten aktiivisuus, itsenäisen suoriutumisen edistäminen, ongelmien ehkäisy ja ihmisten yhdenvertaisuus.

Tasapaino yksilön ja yhteiskunnan vastuun välillä

Visiossa Suomi nähdään tulevaisuudessakin pohjoismaisena hyvinvointiyhteiskuntana, jossa julkisella vallalla on keskeinen rooli palvelujen turvaajana, mutta yksilön vastuuta nostetaan näkyvästi esille. ”Kestävässä yhteiskunnassa yhteiskunnalla on vastuu peruspalveluiden ja perusturvan järjestämisestä samalla kun aktiiviset kansalaiset ottavat vastuuta omasta ja tulevien sukupolvien hyvinvoinnista taloudellisesti ja ympäristön kannalta kestäväällä tavalla. Yhteiskunnan on luotava mahdollisuudet yksilön omatomaisuudelle, oman elämän hallinnalle ja toiminnalle paikallisyhteisössä.” (Valtioneuvoston kanslia 2006, 47.)

Perustuslain hengessä sosiaali- ja terveystaloudet on turvattava tasavertaisesti asuinpaikasta riippumatta. Väestörakenteen muutos ja muuttoliike tekevät tästä varsin haasteellisen tehtävän. Ikäsidonnaisten menojen, kuten eläkkeiden, terveydenhoidon, pitkäaikaishoidon ja koulutuksen menojen osuuden BKT:stä arvioidaan kasvavan lähes kuudella prosenttiyksiköllä vuoteen 2030 mennessä.

Palvelujärjestelmän tulee ”kattaa koko elämänkaari, oltava sosiaalisesti oikeudenmukaisia ja taloudellisesti kestäviä”. ”Palvelujärjestelmän kestävyys kannalta keskeistä on, että ikääntyvän väestön toimintakykyä vahvistetaan, ikääntyvien hoivan tarvetta myöhennetään ja palvelut kohdennetaan hoivatarpeen mukaisesti.” (Valtioneuvoston kanslia 2006, 87.)

Työelämän laatu

Strategia toteaa, että suurten ikäluokkien eläköitymisestä seuraa työvoimapula. ”Työmarkkinoiden rakennetta kehitetään edelleen siten, että työnantajan kannattaa tarjota työtä ja työntekijän kannattaa ottaa sitä vastaan” (Valtioneuvoston kanslia 2006, 20). Työkyvyn ja terveyden ylläpito, sukupuolten tasa-arvo, työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen, työelämän joustot, hyvä johtaminen ja elinikäinen oppiminen ja työperäinen maahanmuutto ovat keinoja työmarkkinoiden tasapainottamiseksi.

Sukupolvien yhteenkuuluvuus

Tulonsiirto- ja palvelujärjestelmien tavoitteena on ”huolehtia eri ikäryhmien tarpeista sukupolvien yhteenkuuluvuutta tukevasti” (Valtioneuvoston kanslia 2006, 39). Ikääntyvien uskotaan olevan vauraampia ja aktiivisempia kuin edellisten sukupolvien ikääntyneiden. He ovat voimavara ja esteettömillä ratkaisuilla ja toimivilla julkisilla palveluilla itsenäinen suoriutuminen voidaan säilyttää pitempään. Lapsiperheiden syrjäytymistä tulee ehkäistä ja ongelmiin tulee puuttua varhain.

Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäisy

Syrjäytymisen ehkäisy ”vakiinnutetaan normaalin toiminnan osaksi”. Erytishuomiota kiinnitetään pitkäaikaistyöttömyyteen. Toimintakeskukset, klubitalot ja kansalaistalot ovat esimerkkeinä tulevaisuuden hyvistä käytännöistä työelämän ulkopuolelle joutuneiden nivomiseksi arkeen.

Terveellisten elämäntapojen ja toimintakyvyn edistäminen sekä terveysuhkien torjuminen

Terveyserojen kaventaminen on keskeinen tavoite. Julkisella puolella panostetaan ehkäisevään terveyspolitiikkaan. Terveyttä edistävät rakenteelliset ratkaisut ja mm. liikunnan edistäminen lisäävät terveyttä, sosiaalista yhteenkuuluvuutta, parantava työkykyä ja mahdollistavat aktiivisenä ikääntymisen. Terveysvaikutusten arviointia osana ympäristövaikutusten arviointia tulee vahvistaa. Myös ilmastollisiin terveysuhkiin varaudutaan.

Monikulttuurisuus

Suomesta tulee monikulttuurisempi maa. Vahva kansallinen perintö ja vuorovaikutus lisäävät yhdessä vakautta ja suvaitsevaisuutta. Erytistä huomiota tulee kiinnittää maahanmuuttajataustaisten nuorten integrointiin.

Kansalaisvaikuttamisen edistäminen

”Kestävä kehitys edellyttää, että kansalaisilla on yhdenvertaiset mahdollisuudet osallistua, kantaa vastuuta ja hyötyä kehityksen tuomista valinnanmahdollisuuksien lisääntymisestä.” (Valtioneuvoston kanslia 2006, 39.)

Raportin mukaan talous on kestävä kehityksen turvaajana ensisijaisessa asemassa. Suomen talouden kilpailukykyyn avaimet nojaavat innovaatioihin, vahvaan panostukseen tutkimus ja kehittämistoimintaan, hyvään koulujärjestelmään ja sosiaaliturvaan. Hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen edellyttää hyvää kansainvälistä kilpailukykyä ja tasapainoista julkista taloutta,

korkeaa työllisyysastetta (75 %) ja tuottavuuden jatkuvaa kasvua. Hyvä työllisyys, koulutus, terveys-sosiaali- ja ympäristöpolitiikka nähdään yhteiskunnan vakauden edellytyksinä ja siten myös kilpailukyvyn tukijoina.

Kansainvälisessä yhteistyössä Suomi korostaa YK:n vahvistamista keskeisenä monenkeskisenä yhteistyöjärjestönä. Kestävä kehitys, sananvapaus, hyvä hallinto, ihmisoikeudet, tasa-arvo, oikeusvaltioperiaate ja toimiva markkinatalous kuuluvat asioihin, joita Suomi edistää. YK:n toiminnan koherenssi ja johdonmukaisuus on edistettävien asioiden listalla. Strategiassa mainitaan Kestävän kehityksen toimikunta, mutta ei mainita Sosiaalisen kehityksen toimikuntaa.

Oikeudenmukainen globalisaatiokehityksen edistäminen ja ihmisoikeudet huomioonottava työelämän kehittäminen (Decent Work Agenda) nähdään keskeisinä osina Suomen kestävän kehityksen politiikkaa.

Lopuksi

Strategia korostaa julkisten instituutioiden toimivuuden tärkeyttä. Se myös ottaa nimenomaisesti huomioon julkisten peruspalveluiden saatavuuden tasavertaisesti maaseudulla ja kaupungeissa. Yksityistymiskehityksen seurauksia ei kuitenkaan syvemmin pohdita. Onko Suomeen(kin) syntymässä kahdet palvelumarkkinat, jossa julkiset palvelut kohdennetaan huono-osaisille.

Yritysten sosiaalinen vastuu todetaan Suomessa hyväksi. Olisi nähtävä että poikkeuksiakin on. Esimerkiksi sekä julkisten että yksityisten työmarkkinoiden työsuhteiden muuttuminen ”epätyypilliseksi” heijastaa myös arvoja, joissa työntekijän elämän tasapaino ja yhteiskunnalliset vaikutukset eivät ole listan kärjessä. Sosiaalisten ja ekologisten vaikutusten arviointi todetaan tärkeäksi välineeksi kohti tasapainoista kehitystä. On todettava, että erityisesti sosiaalisten vaikutusten arviointi suurten yhteiskuntapoliittisten ratkaisujen yhteydessä ei ole kuulunut politiikkamme perinteeseen. Viimeaikaiset alkoholipoliittiset ratkaisut ovat tästä hyvä esimerkki.

Suomen sosiaalisen kehityksen suuret haasteet liittyvät strategiankin mukaan syrjäytymiseen ja sen uhkaan. Eriarvoistumiskehityksestä sekä yhteiskunnassa yleensä että erilaisten julkisten palvelujen suhteen tulisi kuitenkin olla erityisen huolestunut. Uutena, suomalaiselle yhteiskunnalle vieraana haasteena tulee olemaan ulkomaalaistaustaisten ihmisten syrjäytymisuhka ja asuinalueiden eriytymiskehitys, josta on jo merkkejä. Suomalaisen yhteiskunnan perinteinen sosiaalinen integraatio on uusien haasteiden edessä. Näihin kehityskulkuihin puuttuminen ajoissa ansaitsisi enemmän painoa kuin kestävän kehityksen strategiassa niillä nyt on.

Loppujen lopuksi ”kestävyys” on hankala käsite. On kysyttävä: millä kriteerein, kenen kannalta, kuinka kauan? Ja onko sellainen kehitys, joka ei ole kestävää lainkaan kehitystä? Kestävyys on sitä, että ei tänään syödä huomisen eväitä. Toisaalta, ei ole tarpeen puhua kaukaisista ja abstrakteista ”tulevista sukupolvista”. Ne ovat jo täällä tänään. Kehityksen kestävyuden ensimmäisenä kriteerinä tulee olla tietysti nykyinen lapsisukupolvi – vuonna 2035 aikuisikänsä aloittavat ovat kaikki jo syntyneet. Kestävän kehityksen indikaattoreissa tulisikin painottua lasten hyvinvointi ja kehitysedellytykset. Juuri ilmestynyt Stakesin Sirpa Taskisen opas (Taskinen 2006) on siis eräs avain kestävämpään kehitykseen.

Kestävän kehityksen strategia ei sisällä suuria yllätyksiä ja uutuuksia. Asiat ovat olleet esillä jo monissa tulevaisuutta luotaavissa raporteissa. Olennaisinta on, että juuri kestävän kehityksen strategiassa mainittuna nuo haasteet, tavoitteet ja keinot saavat erityistä painoa, koska niiden takana on niin laajojen intressipiirien yhteisymmärrys.

Suomen kestävän kehityksen strategia on kehityksen suuntaa näyttävä kansallinen konsensusdokumentti. Vaikka se on monin tavoin aika yleisellä tasolla, sen painoarvo ja merkitys on siinä, että sen takana seisoo hyvin laajapohjainen joukko ministeriöitä, etujärjestöjä ja yleisiä kansalaisjärjestöjä. Sen tarkoitus on ohjata sekä hallitusohjelmia että eri yhteiskunnan julkisten ja yksityisten toimijoiden valintoja.

Kestävän kehityksen strategiavalintojen yhtenä kriteerinä on ns. ekologinen jalanjälki. Sillä arvioidaan ihmisen kuluttamien uusiutuvien luonnonvarojen määrää suhteessa niiden uusiutumiskykyyn. Suomalaisen ekologinen jalanjälki on 3,7-kertainen maapallon ihmisten keskimääräiseen ekologiseen jalanjälkeen verrattuna. (World Wildlife Foundation 2006) Tapio Aaltonen Novetos Consulting Oy:stä peräänkuulutti hiljakkoin Finnish Business and Society lehdessä 2/2006 ihmisten ”sosiaalista jalanjälkeä” eli sitä miten toimintamme on horjuttanut tai parantanut muiden ihmisten sosiaalista elämää.

Ajatusta voisi soveltaa vaikkapa Suomen kehitysyhteistyöhön - paljonko pahaa saadaan aikaan kehitysaputavoitteista tinkimällä. Yhtä lailla olisi kysyttävä ensisijaisesti politiikkavalintojen sosiaalista jalanjälkeä - kestääkö suomalainen yhteiskunta, kestävätkö ihmiset, ihmissuhteet ja perheet kansainvälisen kilpailukykyyn ykkössijan tavoittelun?

LÄHTEET

- FIBS – Finnish Business and Society – lehti yritysten yhteiskuntavastuusta 2/2006.
- Holtzmann, Robert & Jorgensen, Steen (1999). Social Protection as Social Risk Management. Julkaisussa: Wiman, Ronald & Partonen, Tuija (toim.): Putting People at the Centre of Sustainable Development. Volume 2, Contributed Papers. Internetissä: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/FDF3B6F5-F067-4A9A-848C-1513CEAACDD3/0/puttingvol2.pdf>.
- Human Development Report 1990 (1990). Concept and measurement of human development. UNDP. Elektroninen versio osoitteessa: <http://hdr.undp.org/reports/global/1990/en/>.
- Konstantinos, Papadakis (2006). Socially sustainable development and participatory governance: legal and political aspects. ILO Decent Work Research Programme DP/166/2006. Internetissä: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inst/download/dp16606.pdf>.
- Sinkkonen, Minna (2006). Katsaus tulevaisuusraportteihin. Julkaisussa: Vuorenkoski, Lauri & Konttinen, Mauno & Sinkkonen, Minna (toim.): Signaaleja – Stakesin tulevaisuusraportti 2006. Stakes, Työpapereita 8/2006. Internetissä: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp8-2006.pdf>.
- Sen, Amartya (1999). Development as Freedom. Oxford University Press.
- Taskinen, Sirpa (2006). Lapsiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Stakes, Helsinki.
- United Nations (1994). Report of the UN Secretary General to the Commission for Social Development 1994.
- Valtioneuvoston kanslia (2006). Kohti kestäviä valintoja. Kansallisesti ja globaalisti kestävä Suomi. Kansallinen kestävä kehityksen strategia. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 5/2006, s. 22.
- Wiman, Ronald (1999a). Putting People at the Centre of Sustainable Development. Stakes ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Internetissä: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/EFDB43F9-BC96-4811-92A3-5E0A48103737/0/puttingvol1.pdf>.
- Wiman, Ronald (1999b). Sustainable Social Development – Towards Inclusive Societies for All People. Julkaisussa: Wiman, Ronald & Partonen, Tuija (toim.): Putting People at the Centre of Sustainable Development. Volume 2, Contributed Papers. Internetissä: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/FDF3B6F5-F067-4A9A-848C-1513CEAACDD3/0/puttingvol2.pdf>.
- World Commission on Environment and Development (1987). Our Common Future. From One Earth to One World. Oxford University Press. Oxford 1987.
- World Wildlife Foundation (2006). Europe 2005- The Ecological Footprint. Claes Printing, Belgium. Internetissä: <http://assets.panda.org/downloads/europe2005ecologicalfootprint.pdf>

Internet-lähteet

- Finnish Business & Society - yritysten yhteiskuntavastuun verkosto. <http://www.businessandsociety.net/>, <http://www.fibsry.fi>.
- Mitä IVA on? – Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi – Stakes. <http://info.stakes.fi/iva/FI/Mita/index.htm>.
- Suomen Design for All -verkosto. <http://dfasuomi.stakes.fi/FI/index.htm>.
- The Rio Declaration. <http://www.un.org/geninfo/bp/envirp2.html>.
- WWF/Suomi: Euroopan ekologinen jalanjälki vaarantaa kestävä kehityksen. http://www.wwf.fi/tiedotus/tiedotteet/tiedotteet_2005/euroopan_ekologinen_jalanjalki.html.

TULEVAISUUDEN VOIMAVARAT LÖYTYVÄT RAJAPINNOILTA

JOHANNA KOHL, projektipäällikkö
Tulevaisuuden tutkimuskeskus

Sosiaalinen ulottuvuus on tulevaisuuden voimavara. Elinympäristön suunnittelussa sosiaalialan asiantuntemusta tarvitaan kestäväen kehityksen mukaisen toiminnan aikaansaamiseksi. Innovatiivisuus syntyy erilaisilla rajapinnoilla, kun eri asiantuntijat kohtaavat. Näitä rajapintoja voi kutsua toriksi, jossa tiede, yhteiskunta, markkinat ja niiden eri asiantuntijuudet sekoittuvat.

Nyt ja tulevaisuudessa

Yli sukupolvien menevä kestäväen kehityksen mukainen elinympäristön suunnittelu ei ole vain ympäristösektorin asia. Se läpäisee kaikki yhteiskunnan sektorit. Läpäisy ei ole sektorin ohi puotoava hipaisu, vaan sisäistetty kokonaisvaltainen tapa suunnitella ja toimia. Kestävä kehitys on horisontaalisesti käsiteltävä asia, jossa sektoroitunut hallinto ja järjestökenttä ovat uudistuspaineen alla. Vertikaalisesta ajattelusta on siirryttävä yli sektorirajojen menevään ajatteluun, jotta kestäväen kehityksen eri ulottuvuudet tulevat samanaikaisesti tunnistettua ja ymmärrettyä.

Suomen kestäväen kehityksen toimikunnan¹ (2006) päivittämän strategian visiona on ”hyvinvoinnin turvaaminen luonnon kantokyvyn rajoissa kansallisesti ja globaalisti. Tavoitteena on luoda kestävää hyvinvointia turvallisessa, osallisuutta edistävässä ja moniarvoisessa yhteiskunnassa, jossa kaikki kantavat vastuuta ympäristöstä.”

Tuossa sitaatissa yhdistyvät niin ympäristö, hyvinvointi, turvallisuus, vastuu, velvollisuus kuin osallistuminenkin. Tarvitaan keskustelua eri hallinnonalojen yli yhdessä kansalaisjärjestöjen ja tutkijoiden sekä yritysmaailman kanssa. Agora (antiikin kreikan tori) on esimerkki tilasta, jossa eri asiantuntijat kohtaavat (Kohl 2006, ks. Nowotny et al. 2001). Tuo kestäväen kehityksen toimikunta on esimerkki torista, jossa eri asiantuntijat kohtaavat yhteisen vision laatimiseksi.

Tulevaisuus rakentuu koko ajan. Aika on läsnä. Osuvasti tätä kuvaa intiaanien käsitys ajasta ja maanomistuksesta: ”Maa kuuluu suurelle perheelle, joista monet ovat kuolleet, muuttamat elossa ja lukematon määrä maan isännistä on vielä syntymättömiä”. Aikaulottuvuuden lisäksi ilman, lämmön, maan myyminen tai ostaminen hyödykkeenä tai niiden omistaminen tuntui intiaaneista käsittämättömältä: ”me olemme osa maata ja maa on osa meitä”. (Coleman 1994, 83.)

Suomen lainsäädännössä aika ja paikka yhdistyvät erilaisten tarkasteltavien ulottuvuuksien kautta esimerkiksi hyvään yhdyskuntasuunnitteluun. Voisiko tulkita siellä olevan tarve torille?

Maankäyttö- ja rakennuslaissa sanotaan rakentamisesta:

- 1) hyvän ja käyttäjien tarpeita palvelevan, terveellisen, turvallisen ja viihtyisän sekä sosiaalisesti toimivan ja esteettisesti tasapainoisen elinympäristön aikaansaamista;
- 2) rakentamista, joka perustuu elinkaariominaisuuksiltaan kestäviin ja taloudellisiin, sosiaalisesti ja ekologisesti toimiviin sekä kulttuuriarvoja luoviin ja säilyttäviin ratkaisuihin
- 3) rakennetun ympäristön ja rakennuskannan suunnitelmallista ja jatkuvaa hoitoa ja kunnossapitoa.

(MRL 12 §)

¹ Suomen kestäväen kehityksen toimikunnan puheenjohtajana on toiminut pääministeri Vanhanen. Nykyisessä toimikunnassa on jäsenenä mm. kuusi muuta hallituksen ministeriä. 37 muuta jäsentä ovat eduskunnasta, eri ministeriöistä, kuntahallinnosta, tuottaja-, kuluttaja- ja elinkeinojärjestöistä, ammattijärjestöistä, ympäristö- ja muista kansalaisjärjestöistä, toimittajia ja kirkkokunnasta. (<http://www.ymparisto.fi/default.asp?node=4427&lan=fi>)

Sosiaali- ja terveysalan asiantuntemus

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on tietoa elinoloista, viihtyvyydestä ja terveydestä. Linkit ja tulkit yhdyskuntasuunnitteluun ovat kuitenkin puutteelliset. Poikkihallinnollisuus ei ole tarkoittanut sitä, että sosiaalinen ja tekninen sektori olisivat kohdanneet elinympäristön suunnittelussa. Tekninen kysyy sosiaalisen asiantuntijuuden perään, mutta vastaako sosiaalinen (Tapaninen ym. 1998).

Sosiaalisesti kestävä kehitys tarkoittaa erilaisten ihmisten tarpeiden ja tavoitteiden huomiointia eri elämäntilanteissa elämänkaaren kaikessa vaiheissa. Tämä koskee niin suunnitelmia, ohjelmia kuin käytännön toimintaa ja toteutusta paikallisesta valtakunnalliseen – miksei ylikansallisestikin.

Kuka on asiantuntija? Asiantuntijuus on kontekstisidonnaista. Niinpä hyvinvoinnin ja turvallisuuskysymysten asiantuntijoita ovat virkamiesten ja tutkijoiden lisäksi esimerkiksi lapsiperheet, iäkkäät, vammaiset tai myös erilaiset järjestöt, kuten Mannerheimin lastensuojeluliitto. Tämän asiantuntijuuden linkittäminen muiden eri asiantuntijoiden tietoon ja tietämykseen on käyttämätön voimavara juuri yhdyskuntasuunnittelussa. Elinympäristö on myös sosiaali- ja terveysalan asia ja sen asiantuntemusta hyödyntämällä voidaan toimia kestävä kehityksen mukaisesti.

Sosiaalisesti kestävä kehityksen asiantuntija tunnistaa elinympäristön suunnittelussa väestöryhmät, elämänmuodot – ja tavat eri elämänkaaren vaiheissa. Siis tunnistaa ihmisten arki ja juhla kaikessa moninaisuudessaan: having, loving, being (Allardt 1972) nyt ja pitkälle tulevaisuudessa.

Poikkihallinnollisuus on voimavara

Hyvänä esimerkkinä poikkihallinnollisesta suunnittelusta tulee mieleen Turku. Siellä hyvinvointi lähtee poikkihallinnollisesta suunnittelusta, jossa tien hiekoittajat, sosiaali- ja tekninen toimi, iäkkäät sekä lonkkaleikkauksia tekevät lääkärit ovat yhdessä miettineet hyvinvoinnin perustaa (Hartiala 2006). Poikkihallinnollisuus on ennakointia, joka myös säästää resursseja, kun yhteistyö on saatu toimimaan.

Poikkihallinnollinen suunnittelu koetaan usein hitaana ja aikaa vievänä, mutta se on lopulta resursseja säästävää ja tehokkuutta lisäävää, kun yhteistyökanava on saatu auki. Olisi päästävä joko-tai-ajattelusta sekä-että-ajatteluun. Tästä esimerkkinä on Salon kaupungin hyvinvointikertomuksen laatiminen, jossa sosiaali-, terveys-, sivistys- ja tekninen toimi ovat yhdessä tarkastelleet salolaisten hyvinvointia ja pahoinvointia ja ratkaisuja erilaisiin ongelmiin. Hyvinvointi on siis eri sektorit läpäisevä (<http://ixos.turkuamk.fi>).

Sosiaali- ja terveysalan tiedot, näkemykset ja kokemukset ovat voimavara, jota kestävä kehityksen edistäminen tarvitsee. Tarvitaan ennakkoluulottomuutta ja kriittistä tarkastelua sekä yhteinen tori, jossa asioita puidaan ja pohditaan. Innovaatiot syntyvät juuri rajapintakeskusteluista, mutta vaatimuksena ovat kuuntelutaito, halu oppia ja ymmärtää, luotettavuus, vuorovaikutustaidot. Siis arkipäivän taitoja, jotka ovat jääneet etenkin lyhytnäköisten tehokkuusvaatimusten peittoon.

Eri osapuolten tulisi voida osallistua omista lähtökohdistaan käsin ja tulla ymmärretyksi. Tarvitaan kuuntelutaitoa ja suvaitsevuutta sekä vuoropuhelua yli rajojen. Yhteisen kielen löytäminen on haaste, mutta siinä se voimavara ja innovatiivisuus juuri piilevätkin: ”ottaa hetkeksi naapurin lasit silmilleen ja yrittää katsoa maailmaa niiden läpi” (ks. Kohl 2006). Sosiaalinen ulottuvuus voimavarana pitää sisällään innovatiivisuuden. Innovaatioilla tarkoitetaan tässä asioiden uudella, erilaisella tavalla tekemistä, jolloin tavoitteena on esimerkiksi jonkin lisäarvon saavuttaminen. Innovaatiot eivät ole pelkästään teknologiaan tai talouteen liittyviä. Ne voivat käytännössä olla uudenlaisia tuotteita, palveluita, toimintamalleja organisoitintapoja tai strategisia lähestymis-

tapoja. Innovaatioita voi syntyä milloin ja missä vain ja millä tahansa toiminnan alueella (vrt. Suomi innovaatiotoiminnan... 2005, 14). Innovaatiot onnistuvat vain, jos ne toteuttavat ainakin seuraavia kriteereitä (Prigogine 1989, ks. myös Stähle ja Grönroos 1999, 110):

1. innovaatioiden perustana toimii kaaos
2. innovaation tuottamiseen tarvitaan paljon informaatiota
3. innovaatio vaatii herkkyyttä havaita heikot signaalit
4. innovaatiolla on oma ajoituksensa.

Osaamisen ennakkointia ja tieteiden välistä synergiaa tarvitaan myös sosiaalisektorilla. Siis strategista tulevaisuussuunnittelua, jossa panostetaan syvälliseen osaamiseen (Aaltonen & Wilenius 2002) – esimerkiksi heikkojen signaalien tunnistamista eri sektoreiden rajojen yli. Korjauksesta on päästävä ehkäisevään toimintaan ja ennakkointiin – ei vain ennakkointitilanteissa ja -osastoilla.

Turvallisuuden, tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja hyväksyttävyyden asiantuntemus pitäisi saada eri rajapinnoilla tapahtuviin keskusteluihin (Kohl 2006). Tulevaisuudessa tätä tietoa pitäisi integroida mm. tutkimuksen ja kehityksen kautta esimerkiksi ekologiseen turvallisuuteen. Kestävästä kehityksestä tai ympäristöasioista puhutaan myös vastuuna, velvollisuutena tai esimerkiksi liitettynä nk. elinympäristön tai palveluiden laatuun, turvallisuuteen, imagoon ja terveyteen.

Tarvitaan innovatiivisia menetelmiä poikkihallinnollisten prosessien eteenpäin viemiseksi. Tarvitaan laskeutumista tavallisen kansalaisen arkeen. Esimerkiksi OPUS- hanke (Oppiva kaupunkisuunnittelu ja asumisen arki) on monitieteinen tutkimushanke, jonka tavoitteena on kehittää ja tutkia kaupunkisuunnitteluprosesseja eri osapuolten vuorovaikutusta ja oppimista tukevien menetelmien avulla. (<http://opus.tkk.fi/>.)

Kumppanuutta tarvitaan. Erilaiset ympäristöjärjestöt ovat aktiivisia myös sosiaalisen ulottuvuuden korostamisessa voimavarana. Nyt olisi aika saada sosiaalialan toimijat itse pitämään omaa osaamistaan voimavarana muiden toimijoiden kentillä. Sosiaalisen asiantuntijuus ja osaaminen ovat voimavara niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Tarvitaan myös liiketoimintaosaamista tällä saralla. Suomen Akatemian Liiketoimintaosaamisen tutkimusohjelman avulla pyritään vastaamaan kysymykseen siitä, miten liiketoimintaosaaminen toimii teknologisten ja sosiaalisten innovaatioiden ohella suomalaisen yhteiskunnan peruspilarina (www.aka.fi).

Koulutusta tarvitaan kestävästä kehityksestä hallinnossa erityisesti johdon osalta siitä, miten se eri aloilla ilmenee toimintoina ja miten strategiat implementoidaan käytännössä. Mitä on sosiaalisesti kestävä kaavoittajan toimissa ja mitä taas on esimerkiksi ekologisesti kestävä toimintaa sairaanhoitajan toimissa – tarvitaan johdon ymmärrys puitteiden luomiselle ensin. Eikä tämä riitä, vaan koko kestävä kehitys pitäisi olla sisäistettyä niin, ettei sitä pidetä muista toiminnoista eroavana toimintana.

Hyvässä suunnittelussa huomioidaan näkemykset, kokemukset ja erilaiset tuntemukset. Paikallistieto on saatava myös suunnittelukäyttöön. Tarvitaan erilaisia tiedon keräämistapoja. Internetin hyödyntäminen on yksi mahdollisuus, joka ei kuitenkaan voi korvata perinteisiä muotoja, kuten tapaamisia. Edustavuutta ei pidä sivuuttaa, muttei siihen vedoten myöskään pidä estää erilaisten menetelmien kehittämistä kansalaisten osallistumisen aktivoimiseksi. Esimerkkinä kokeiluista kansalaispalautteen saamisesta elinympäristöön liittyvistä asioista on mm. www.puistot.turku.fi.

Erilaisista ympäristöä muuttavista hankkeista ja suunnitelmista tehdään ympäristövaikutusten arviointi (esimerkiksi laki suunnitelmien ja arviointien vaikutusten arvioinnista tai laki ympäristövaikutusten arvioinnista). Arvioinneissa pitäisi tunnistaa ja arvioida myös sosiaali- ja terveysvaikutukset. Tämä edellyttäisi vaikutusten arviointiosaamista, joka kuitenkin jää henkilökohtaisten intressien varaan eri alueilla. Ei ole mitään yhtenäistä linjaa siinä, tulisiko sosiaalisektorin asiantuntijoiden olla mukana suunniteltaessa moottoroiteita, uusia asuinalueita tai voimalaitoksia. Kaikilla näillä on sosiaalisia vaikutuksia, mutta erityisesti sosiaalisektorin viranomais- ja järjestöpuolen asiantuntemusta ei ole käytettävissä (ks. Kohl 2006).

Elinympäristön elämyksellisyys

Seuraavassa on esitelty Sosiaalisten vaikutusten arviointi kaavoituksessa – oppaan (Päivänen ym. 2005) kuvaa elinympäristön elämyksellisyydestä. Elinympäristön laatua ja erilaisia kestävän ja eheän yhdyskuntasuunnitteluun on yhdistetty havainnollistamisvälineenä karttaa (kuva 1, ks. myös Kyttä & Kahila 2006), johon on koottu mm. sosiaalista, kulttuurista ja ekologistakin kestävyyttä paikallisten asukkaiden asiantuntemusta hyödyntäen. Tässä on tarkasteltu siis viihtyisyyttä, turvallisuutta ja terveellisyyttä eri väestöryhmien näkökulmasta ja mukaan on otettu tärkeiksi ja arvokkaiksi koetut paikat (historia, kulttuuriympäristö, estetiikka, luonto, maisema, harrastuspaikat) ja niiden merkitys eri ihmisryhmille. Tästä kuvasta löytää hyvin sosiaalisen ja ekologisen linkittymisen elinympäristön hyvinvointitekijänä: asukkaiden mielestä suunniteltu ojan peittäminen veisi heiltä karuksi koetun keskusta-alueen ainoan paikan, jossa he voivat nähdä vuoden aikojen vaihtelun (ks. Päivänen ym. 2005). Kyse on mielenvirkeydestä ja vihervyöhykkeestä, jotka putkeen työnnetty oja veisi mennessään.

Keitä tulisi kuunnella ja miten saada eri näkemykset koottua? Haastava tehtävä ja vaatii hallinnonin ja suunnittelun uudelleenajattelua. Lähtökohtaisesti asiantuntija ei ole aina korkealle koulutettu professionalisti, vaan yhtä lailla esimerkiksi elinympäristön asiantuntijuutta on meillä kaikilla. Paikallisten asukkaiden tietämystä alueen hyvinvointitekijöistä on käyttämätön voimavara. Ympäristöjärjestöjen ja paikallisten ihmisten ympäristötietämystä osataan jo jonkin verran hyödyntää suunnittelussa (Yli-Pelkonen & Kohl 2005). Seuraava askel voisikin olla näiden tietämysten yhdistäminen: liito-oravat, liikenneväyläsuunnitelmat, melualueet ja päiväkodit samalle kartalle! Tekniikka on jo, toteuttajat puuttuvat. Tällaisista poikkihallinnollisista kokonaisuuksia hahmottavista kuvista olisi valtavasti apua päätöksentekijöille.



KUVA 1. Espoon keskus ja elinympäristön elämyksellisyys (Päivänen ym., 2005)

Tulevaisuuden voimavarat käyttöön – miten ja miksi

Kestävän kehityksen mukainen poikkisektorinen ajattelu vaatii muutosta. Painopiste siirtyy suunnittelussa alueelliseen, ongelma- tai ilmiökohtaiseen tarkasteluun sektorikohtaisen toiminta-ajattelun sijaan (tosin sitäkin tarvitaan). Siirrytään korjauksesta ennakkointiin. Lisäksi osataan hyödyntää erilaisia menetelmiä käyttäen paikallista asiantuntemusta, jolloin näkemykset, kokemukset ja tuntemuksetkin ovat vakavasti otettavia tietolähteitä ja niitä osataan hyödyntää elinympäristön laadukkaassa suunnittelussa. Tämä taas ei onnistu ilman läpinäkyvää, avointa ja keskustelemaa prosessia. Olisi päästävä erilaisista osallistumislegitiimaattoreista läpäisevään asiantuntijuuteen, jossa esimerkiksi sosiaali- ja terveysalojen asiantuntemus on muiden sektoreiden hyödynnettävissä ja päinvastoin. Tämä ei tapahdu itsestään, vaan tarvitaan myös poliittista tahtotilaa, asennemuutosta: elinympäristö ja hyvinvointi kuuluvat kaikille. Instituutioiden oppiminen – johtoa myöten – ja täydennyskoulutus ovat tämän prosessin osia.

- Yhteiskuntatieteellistä osaamista elinympäristön suunnitteluun. Menetelmillä on väliä!
- Sosiaalialan ammattilaiset – kuten sosiaalityöntekijät tietävät – mitä haittavaikutuksia erilaisilla hankkeilla on elinympäristössä ja kuinka haittavaikutuksia voisi ehkäistä ja lieventää.
- Päättäjät mukaan suunnitteluun alusta asti. Pilottikokeilu Espoon keskuksessa: kävelykierros valtuutettujen kanssa kaava-alueella sai kaikki aistit avoimiksi.
- Tarvitaan sosiaali- ja terveyssektorin tutkimus- ja kehittämistyötä sekä koulutusta (esim. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, tutkimuskeskukset, yliopistot), jotta nähdään elinympäristö yhteisenä asiana.

LÄHTEET

- Aaltonen, M. & Wilenius, M. (2002). Osaamisen ennakkointi. Pidemmälle tulevaisuuteen, syvemmälle osaamiseen. Kauppakamarisarja. Johtamistaito. Edita. Helsinki.
- Allardt, E. (1972). Dimensions of welfare in a comparative study of the Scandinavian societies. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia 173. Helsinki.
- Coleman, D. A. (1993). *Ecopolitics. Building a Green Society*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Yearsey. pp.83.
- Kohl, J. (julkaisematon): Sosiaalinen ulottuvuus tulevaisuuden voimavarana. Avauksia sektorien välisille rajapintakeskusteluille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Painossa.
- Kohl, J. (2006). Ympäristöasiantuntijuuden jäljillä. Väitöskirjan käsikirjoitus. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Kyttä, M. & Kahila, M. (2006). PehmoGIS elinympäristön koetun laadun kartoittajana. YTK:n julkaisuja. B 90. TKK.
- Laki ympäristövaikutusten arviointimenettelystä 468/1994.
- Maankäyttö- ja rakennuslaki MRL 132/1999.
- Nowotny, H. & Scott, P. & Gibbons, M. (2001). *Re-thinking science: Knowledge and the public in an age of uncertainty*. Polity Press, Cambridge.
- Prigogine, I. & Nicholis, G. (1989). *Exploring complexity: An Introduction*. New York: Freeman.
- Päivänen, J. & Kohl, J. & Manninen, R. & Sairinen, R. & Kyttä, M. (2005). Sosiaalisten vaikutusten arviointi kaavoituksessa. Avauksia sisältöön ja menetelmiin. Suomen ympäristö. Alueiden käyttö 766. Ympäristöministeriö.
- Suomi innovaatiotoiminnan kärkimaaksi (2005). Kilpailukykyinen innovaatioympäristö -kehittämisohjelman loppuraportti. Sitra. Helsinki.
- Stähle, P. & Grönroos, M. (2002). *Knowledge management. Tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä*. WSOY. Helsinki.
- Tapaninen, A. & Kauppinen, T. & Kurenmiemi, M. & Kotilainen, H. (1998). Sosiaalinen kohtaa teknisen. Palvelurakenteen ympäristöt -projekti 1994–1997. Stakes. Aiheita 9/1998. Helsinki.
- Yli-Pelkonen, V. & Kohl, J. (2005). The role of local ecological knowledge in sustainable urban planning: perspectives from Finland. *Sustainability: Science, Practice, & Policy* 1: 1. 29.12.2005. www.ejournal.nbi.org/archives/vol1iss1/0410-007.yli-pelkonen.html.

SOSIAALIPALVELUIDEN TULEVAISUUS – KILPAILUKYKYÄKÖ VAI HYVINVOINTIA??

RIITTA HAVERINEN, tulosaluejohtaja
 ANU MUURI, kehittämispäällikkö
 PÄIVI VOUTILAINEN, ryhmäpäällikkö
 PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN, projektipäällikkö
 Stakes

Johdanto

Sosiaalipalveluiden tulevaisuuden suuntaviivoja on hahmoteltu mm. sosiaali- ja terveystieteiden uudessa strategiassa ja tulevaisuuskatsauksessa (STM 2006a; 2006b). Näissä esitetään neljä linjausta sosiaali- ja terveystieteiden lähivuosikymmenille. Strategian mukaan edistetään terveyttä ja toimintakykyä, lisätään työelämän vetovoimaa, vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä, varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Mm. köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi korostetaan ehkäisevää näkökulmaa, puututaan lasten, nuorten ja perheiden ongelmiin, tuetaan vaikeasti työllistettäviä ja vahvistetaan päihdehaittojen ehkäisyä. Palveluiden kehittämisessä korostetaan asiakkaiden aseman parantamisen, palvelujen laadun ja saatavuuden, palvelujen monipuolisuuden, uusien ohjausmallien ja palvelurakenteiden uudistamista. Palvelujen kehittämistä sivutaan myös Sosiaalityö 2015 (Karjalainen & Sarvimäki 2005) -raportissa ja valmisteilla olevassa Hyvinvointi 2015 -linjapaperissa. Tavoitteet ovat kunnianhimoiset myös keväällä hallituksen antamassa vammaispoliittisessa selonteossa (STM 2006c).

Rinnan hyvään pyrkivien strategisten linjausten kanssa tuotetaan tietoa globalisaation arjesta näkyvistä lieveilmiöistä. Valtion aloitteesta on tehty globalisaatioraportti (Osaava, avautuva ja uudistuva Suomi..., 2004) ja luotu kestävä kehityksen linjaukset (Kohti kestäviä valintoja..., 2006). Myös muut toimijat kuten Sitra ja kauppa- ja teollisuusministeriö ovat olleet aktiivisia tulevaisuuden suuntaviivojen tarjoamisessa. Niissä on esitetty siirtymää markkinapalvelujen lisäämisen suuntaan. Hankintalainsäädäntö ja EU:n palveludirektiivin valmistelu (COM (2006)160, 4.4.2006) ohjaavat osaltaan palveluiden tulevaisuuden näköaloja. Avoin koordinaatio ja sisämarkkinat tuovat oman lisänsä kansallisten valintojen kirjoon, vaikka avoimen koordinaation menetelmää ei alkuun pidetty järeänä kansallista päätöksentekoa ohjaavana välineenä. Linjaukset vaikuttavat kansallisiin prosesseihin ja tätä kautta näyttävät vähitellen muuttavan palvelujen tuotannon ajatteluperspektiiviä ja mahdollisuushorisontteja. Maailmantalouden realiteettien koetaan asettavan reunaehdot Suomen talous- ja elinkeinopolitiikalle tulevaisuudessa. Hämmäläisen (2006, 8–11) mukaan myös arkielämässä näkyvä hyvinvoinnin murros avaa uusia näkökulmia suomalaisten yritysten kilpailukykyyn ja yhteiskunnallisten rakenteiden kehittämiseen tulevaisuudessa. Muutoksen vaateita nousee sekä toimintaympäristöstä että ihmisten arjesta.

Optimismia ja pessimismia

Optimistit lähtevät siitä, että korkeatasoinen hyvinvointi ja taloudellinen kilpailukyky on mahdollista yhdistää, mutta se edellyttää ihmisten arkielämän ja hyvinvoinnin muutosten huomioon ottamista päätöksenteossa (mm. Hämmäläinen 2006, Heiskala 2006; Kantola 2006). On myös esitetty kriittisempiä kommentteja (mm. Julkunen 2006; Kettunen 2006). Kaisa Kautto-Koivuniemi ja Marita Huhtaniemi (2006, 114, 119) kysyvätkin jatkuvan talouskasvun tarkoitusta, jos siitä loppujen lopuksi hyötyvät harvat, ja suuri osa kärsii enemmän tai vähemmän sen seurauksista. Heidän mukaansa liiallinen kilpailu tuhoaa kasvudynamiikan ytimen: keksinnöt ja innovaatiot, uuden vaurauden syntyminen perusedellytykset.

Yhteiskunnan vaurastuminen ja avautuminen on luonut tilanteen, jossa kansalaisten resurssit, toimintamahdollisuudet, vapaudet ja valinnan mahdollisuudet ovat tarjolla suurimmalle osalle väestöä, samalla kun noin kymmenesosa väestöä uhkaa jäädä osattomaksi tästä hyvästä. Ihmisten oman elämänhallinnan ja vastuun korostaminen antaa mahdollisuuksia toimia omaehtoisesti, mutta se edellyttää kykyä toimia uusilla yksilöllisyyksien areenoilla. Maailmantalouden murros on jakamassa kokonaisia kansakuntia uudistumiskykyisiin menestyjiin ja taantuviin häviäjiin, mikä näkyy myös polarisaationa kansallisesti, kun teknis-taloudellinen kehitys johtaa ihmisten välisiin osaamiserojen ja tuottavuuserojen kasvuun (mm. Hämäläinen 2006). Tämä tuottaa myös alueellisia ja väestöryhmittäisiä hyvinvointieroja, joita on empiirisesti osoitettu (mm. Heikkilä ym. 2005; Kautto ym. 2006).

Valtioneuvoston tuottamissa raporteissa ja linjauksissa korostetaan kovenevaa toimintaympäristöä, kilpailua ja kilpailukyvyä, innovaatioiden ja osaamisen sekä oman vastuun lisäämisen merkitystä. Palvelujen tuotannossa luotetaan enenevästi monitoimijuuteen ja markkinoihin. Tämä näkyy sekä kestäväen kehityksen linjauksissa että Suomi maailmantaloudessa -raporteissa. Yhtäältä hyvinvointipoliitikkojen ja ekonomistien keskustelut ovat eriytyneet, toisaalta taloudellinen näkökulma ja talouskäsitteistö ovat vallanneet alaa. Tiede, teknologia ja innovaatiot (Tiede- ja teknologianeuvosto 2006, 13–14) -raportissa painotetaan lupaavien elinkeinoelämän vahvuuksien kehittämistä. Näitä ovat mm. tietointensiiviset palvelut ja koko hyvinvointiklusteri. Palvelusektoria pidetään keskeisenä kehittämiskohteena ja erityisesti palvelujen viennistä odotetaan paljon samalla, kun sen kehittämiseen asettuu suuria haasteita. Kilpailukyvyä merkitys on nostettu keskeiseksi, mikä näkyy käytettävässä terminologiassa. Puhutaan kilpailuvaltiosta, kilpailukunnasta ja yritysten ja yksiköiden kilpailukyvyistä. Tässä haetaan myös julkisen ja yksityisen vastuiden uusia rajoja.

Raija Julkunen (2006) puhuu vastuutetusta, aktivoitusta, valtaistetusta ja hylätystä, kannustetusta, oikeuksin varustetusta ja sopimuksellistetusta kansalaisesta. Nyt aktivointia korostava lainsäädäntö lähtee siitä, että yksilö kantaa oman vastuunsa, osallistuu työhön, myös sen uusilla ehdoilla samalla kun myös sosiaaliseen hoivaan ja vapaaehtoistyöhön osallistumiseen on lisääntyviä paineita. Yhteiskunta muuttuu ja suomalainen kulttuuri pirstoutuu maailmankuvaltaan ja arvomaailmaltaan pienempiin ryhmiin, kun uusien yhteisöjen eriävät elämisen mallit ja monikulttuurisuus lisääntyvät. Samalla ikäpolvierot ja yhteiskunnan polarisaatio kasvavat. Myös uusi aktiivinen seniorisukupolvi voi lisätä arvojen ja vaatimusten kirjoa. Kolmas ikä on aktiivisen toimimisen, osallistumisen ja vaikuttamisen aikaa.

Kuluttajana toimimisen mahdollisuudet ovat kasvaneet varallisuuden kasvun myötä, mikä haastaa palvelujärjestelmän ja se saattaa haastaa myös hyvinvointivaltion legitimitetin, ellei eteneminen kilpailuvaltion ja kilpailukunnan suuntaan tapahdu aktiivisesti tasapainoiseen ja kestävään kehittymiseen vaikuttamalla. Tässä valtio, markkinat, vapaaehtoissektori ja perhe nähdään yhdessä toimijoina. Julkunen (2006, 105) mukaan hyvinvointia rakentavat eri pilarit nojaavat kuitenkin hyvin erilaisiin periaatteisiin: valtio/julkinen demokratiaan ja sosiaalisiin oikeuksiin, perhe rakkauteen, velvollisuuteen ja lojaalisuuteen, järjestöt vapaaehtoisuuteen, markkinat voittoon ja kuluttajuuteen. Silti niiden on ajateltu toimivan toistensa vastikkeina, osin toisiinsa vaihdettavina. Tästäkin näkökulmasta yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin työnjakoa joudutaan pohtimaan uudelleen, jolloin tarvitaan vahvaa empiiristä tietoa eri vaihtoehtojen vahvuuksista ja heikkouksista. Myös julkissektorin olisi uudistuttava kohti visiojohtoisuutta, ohutta organisaatiota ja verkostoitumista. Nämä liike-elämässä parhaimmillaan hyvin toimivat elementit olisi tuotava myös demokratiavetoiseen järjestelmään, mikä haastaa demokratian toimintatavat (ks. myös Kaivo-oja & Suvinen 2002).

Onnellisuuden taloustiede (Economics of Happiness) on tuonut esille sen, ettei ihmisten kokemaa hyvinvointia ole viimeisten vuosikymmenien aikana enää lisääntynyt talouskasvun myötä eikä perustarpeiden tyydyttäminen enää ole väestön suurimman osan kannalta keskeinen hyvin-

vointihaaste. Kansalaisten koulutustaso on noussut, ihmisten käytettävissä olevan tiedon määrä on informaatioteknologian avulla lisääntynyt, fyysinen hyvinvointi on parantunut kehittyneen terveydenhuollon ansiosta ja vapaa-aikaa on enemmän. Näiden ansiosta kuluttajakansalaisuus on yksi vaihtoehto kansalaisille. Mutta on myös toisenlaisia kansalaisia, jotka eivät pääse osallisiksi talouskasvusta ja joiden vaihtoehdot eivät ole yhtä monipuoliset.

Artikkelin tavoite

Tässä artikkelissa analysoimme kolmen mahdollisen tulevaisuusskenaarion avulla, keille skenaarioista johdetut palvelujen organisointimallit, palvelujen kokonaisuudet ja erilaiset mahdollisuudet ovat myönteisiä ja keille kielteisiä. Haemme näkökulmia siihen, miten sovittaa yhteen tulevana vuosina taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys sekä ihmisten arjen tuen tarve palvelujen avulla.

Tulevaisuuden tekemisessä on kyse eettisistä arvovalinnoista ja niiden mukaisen tahtotilan tuottamisesta palvelujen järjestämisessä. Siksi monia nyt retorilta näyttäviä malleja ja ajattelutapoja sekä käsitteitä on analysoitava huolella myös siltä kannalta, mitä ne merkitsevät palvelujen tuotannon vaihtoehtoina ja valinnan mahdollisuuksina palveluja tarvitseville ihmisille tulevaisuudessa. Millaista tulevaisuutta olemme valintojen kautta tuottamassa? Onko puhe kätketystä hyvinvointivaltiosta (Julkunen 2006) liioittelua, vai onko se itse asiassa hyvinkin terävä analyysi siitä, mitä ympärillämme tapahtuu? Viime kädessä lähes kaikki puheenvuoroja käyttävät asiantuntijat pyrkivät yhdistämään hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn, mutta yksilön ja yhteiskunnan vastuiden rajoista ja palvelujen organisoinnista vallitsee erilaisia näkemyksiä. Jotkut uskovat markkinoihin, toiset kvasimarkkinoihin ja kolmannet puolustavat julkisesti järjestettyjä hyvinvointipalveluja.

Kolme tulevaisuusskenaariota kahden ryhmän näkökulmasta

Jotta sosiaalipalvelujen tulevaisuuden tekemisen vaihtoehtoja voidaan tutkia tarkemmin, tarkastelemme erikseen kolmea tulevaisuusskenaariota. Ne ovat:

- 1) kilpailukyky-yhteiskunta
- 2) kärjistyissä ongelmissa sinnittelevä yhteiskunta
- 3) pelisääntöjen hyvinvointiyhteiskunta.

Käsitteet ovat tulevaisuudentutkija Mika Mannermaan (2006), mutta olemme kehittäneet skenaarioita pidemmälle sosiaalipalveluiden organisoinnin kontekstissa. Millaisia näkymiä eri skenaariot tarjoavat? Tulevaisuuden pohdinnan perustaksi tarvitaan peilausta nykytilaan. Analysoimme tulevaisuuden skenaarioita vammaisten ja ikääntyneiden näkökulmasta.

Vammaisten ihmisten tila ja paikka

Vammaiset ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, mutta vammaisille yhteistä on tarve käyttää vammaan vuoksi erilaisia palveluita ja/tai tukia. On arvioitu, että Suomessa on noin 250 000 ihmistä, joilla on toimintakykyä rajoittava merkittävä vamma tai toimintavajaus. Myönteistä kehitystä vammaisten henkilöiden asemassa ovat tukeneet kansalliset ja kansainväliset toimenpiteet, joista merkittävimpänä on YK:n kuluvan vuoden syksynä laatima vammaisten ihmisoikeussopimus (YK 2006). Siinä vammaisuutta tarkastellaan toimintaedellytysten ja ihmisoikeuksien kautta.

Vammaisten ihmisten mahdollisuudelle toimia yhteiskunnassa ja tosiasiallinen asiakaslähtöisyys liittyvät niihin voimavaroihin ja tavoitteisiin, mitä poliittinen päätöksenteko asettaa. Tämä merkitsee sitä, että ihmisten erilaiset toimintamahdollisuudet otetaan kattavasti huomioon. Monet

haasteet liittyvät ympäristön toimivuuteen/toimimattomuuteen, henkilökohtaisen avun saannin ongelmiin ja toimeentuloon. Kyse on päätöksenteosta, rakennetusta ympäristöstä, yleisistä sekä yksilöllisistä palveluista ja palvelujen erilaisiin tarpeisiin vastaavuudesta. (Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö... 2003.)

Ikääntyneiden ihmisten tila ja paikka

Ikäihmisten kasvava joukko on monimuotoinen; ikäihmiset ovat erilaisia, kuten lapset, nuoret ja työikäisetkin. Ns. tulevaisuuden ikäihmiset ovat ympärillämme, sillä vuonna 2030 65 vuotta täyttävät vuonna 1965 syntyneet. Joukossa on aktiivisia, harmaita panttereita, terveitä ja hyväkuntoisia, hyväosaisia ikäihmisiä, mutta osa on myös hauraita, monisairaita, syrjäytyneitä. Kaikki eivät ole valkoihaisia eivätkä puhu Suomea.

Ikäihmisten erilaisuuden huomioon ottaminen on tulevaisuuden yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän keskeinen haaste. Onnistunut ikääntyminen muotoutuu hyvästä fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä, monimuotoisesta osallistumisesta yhteiskuntaan ja mielekkästä tekemisestä. Näihin vaikuttamalla luodaan edellytyksiä hyvälle tulevaisuudelle. Tulevaisuuden rakentamisessa on turvattava vanhuuden demedikalisaatio: ihmisten on – nyt ja tulevaisuudessa – selviydyttävä arjestaan ja sosiaalipalvelujen on turvattava tätä arjesta selviytymistä. Suuri enemmistö, noin 80 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, elää tällä hetkellä arkeaan ilman palvelujärjestelmän säännöllistä tukea. On kuitenkin huolellisesti varauduttava palvelutarpeiden kasvuun; palvelujen tarve kasvaa, vaikka ei lineaarisessa suhteessa ikääntyvän väestön määrään, mutta kasvaa kuitenkin.

Tällä hetkellä noin joka kymmenes 75 vuotta täyttänyt saa säännöllistä kotihoitoa ja samoin noin joka kymmenes pitkäaikaista hoivaa joko tehostetun palveluasumisen yksikössä tai laitoksessa. Omaishoidon tuella hoivaa saa noin neljä prosenttia ikäluokasta. Panostamalla ikäihmisten toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen ja kehittämällä ehkäiseviä palveluita voidaan vaikuttaa palvelutarpeiden kasvuun ja ikäihmisten elämänlaatuun. Palvelutarpeen kattava arviointi on keskiössä ikäihmisten erilaisuuden huomioon ottavien palvelujen oikeudenmukaiseksi kohdentamiseksi.

Vammaisten ihmisten palveluiden toimivuus ja tai toimimattomuus kuvaa sitä, kuinka yhteiskunnan palvelut tulevat toimimaan ikääntyneiden kohdalla. Vaikka vammaiset ja vanhukset eivät ole samanlainen ryhmä, vammaisia auttavat asiat tukevat myös ikääntyvien ja vanhusten selviytymistä. Tässä mielessä me kukin katsomme omaan tulevaisuuteemme ikääntyvinä ihmisinä.

Kolmen tulevaisuusskenaarion mukaan vammaisille ja ikääntyneille palvelujen tarvitsijoille tarjoutuu sekä vapauksia että pakkoja. Näitä tarkastellaan lähemmin, kun konkretisoimme skenaarioita arvojen, palvelujen organisoimisen, johtamisen ja professioiden sekä asiakkaiden ja epävirallisen avun näkökulmasta.

Skenaario 1. Kilpailukyky-yhteiskunta

Hyvinvointiyhteiskuntamalli on hylätty. Kilpailukyky-yhteiskunnan perusarvoja ovat kilpailu, menestyminen, itsekkyyden, yksilöllisyys sekä oman vastuun korostaminen. Avainkäsitteitä ovat markkinat, valinnan mahdollisuudet ja valinnan vara. Taustalla on uskomus kilpailun tuottamista hyödyistä. Julkisen vastuun rajat on vedetty tiukalle, ja palvelujen organisoiminen on jätetty markkinoiden ja kilpailuttamisen varaan. Maaseutu on pitkälti autioitunut.

Sosiaalinen perusturva on heikko. Pienten kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kriisiytyneet ja suurissa kasvukeskuksissa palvelut ovat yksityisten markkinoiden hallussa. Kunta on

toimija, joka on osaomistajana erilaisissa sosiaali- ja terveysalan yrityksissä (SOSTER-Nokiat). Sosiaali- ja terveysjärjestöt sekä seurakunnat yrittävät pitää haavoittuvien ja syrjäytymisvaarassa olevien ryhmien puolta, koska julkiset toimijat ovat heikkoja ja heikosti resursoituja. Nämä yleishyödylliset palvelut on tarkoitettu vähävaraisille. Yksityiset sosiaalipalvelut ovat maksullisia kun taas julkiset palvelut maksuttomia, mutta niitä on vähän. Yksityisten maksullisten palvelujen taso on korkea, palvelujen vaikutukset tunnetaan ja niitä osataan markkinoida. Palvelujen valikoimaa laajennetaan yhtä tehokkaasti kuin asiakasmaksuja korotetaan. Johtaminen on liikkeenjohdollista: tuottavuutta, kuluttajien palautekanavia (asiakastytyväisyyskyselyt) ja valitusoikeutta korostetaan. Kermankuorinta on tehokasta. On suorastaan yleistä neuvotella ongelmista asiantuntijan kanssa ja näiden nimiä vaihdetaan.

Järjestöjen, vertaisryhmien, diakonian sekä omaisten, perheen ja läheisten apu on merkittävää vähävaraisille, joilla ei ole mahdollisuuksia hankkia markkinahintaisia sosiaalipalveluja. Samalla on kehittynyt ns. omaishoidon työmarkkinat. Ruokapankit ja yksityiset hyväntehtäjät toimivat yhteiskunnan marginaalissa elävien ihmisten arjen tukena, yrittäen muistuttaa yhteiskunnan vastuusta vähäosaisia kohtaan. Osa kansalaisia reagoi yhteiskunnan tilanteeseen radikalisoitumalla ja valtaistamalla oikeuksiaan puolustaviksi kuluttajiksi. Oma-apuliikkeet toteuttavat palveluiden arviointia, neuvontaa ja konsultaatiota. Taulukossa 1 kiteytämme skenaarion vammaisten ja vanhusten näkökulmasta.

TAULUKKO 1. Kilpailukyky-yhteiskunnan skenaario vammaisten ja ikääntyneiden näkökulmasta

Skenaarion peruselementtejä	Vammaiset	Ikääntyneet
Markkinoiden – ei demokratian pelisäännöt! – Kapea julkinen vastuu, laaja yksilövastuu – Markkinat ja kilpailu – Menestyminen, tuotto, asiakastytyväisyys – Näyttöperusteisuus ja mittaaminen	– Pärjääjiä aktiiviset rammantanterit – Kansalaiskuluttaja – Valintoihin kykenevät	– Pärjääjiä aktiiviset harmaat pantterit – Valintoihin kykenevät – Sosiaalisesti verkottuneet
<i>Organisointi</i>		
– Monituottaja-mallit: kilpailuttaminen ja tilaajatuottajamallit – Non profit – For profit – Kuluttajuus	– Koosta-se-itse -palvelut eli ns. IKEA-malli – Palvelusetelit – Tarveharkinta minimoitu – Palvelukokonaisuudet tuotteistettu – Palvelupaketit, komponentit ja yhdistäminen – Kansalliset ja kansainväliset yritykset – Käyttäjät kuluttajina ja kuluttajaneuvojat	
<i>Kansalaiset, asiakkaat, valinta</i>		
– Valinnanvara, exit-mahdollisuus, sähköinen asiointi – Heikko-osaisille suppeat julkiset palvelut – Epävirallinen apu, vertaisverkostot ja oma-apuryhmät keskeisiä	– Vahva kansalaisuus, sosiaaliset ja tietotaidot korostuvat – Vammaisten businessyritykset – Tietotekniikka työllistäjänä ja palveluiden mahdollistajana – Osa palveluista ei kilpailutettu	– Hyvinvoivat ja terveet harmaat pantterit – Syrjäytymisvaarassa varattomat, fyysisiltä ja kognitiivisilta toimintaan rajoittuneet, ilman verkostoja olevat
<i>Johtaminen ja professioiden asema</i>		
– Liikkeenjohtajuus, tuottavuus – Kuluttajapalautte- ja valituskanavat – Ammatillaiset kuluttajien palvelijoita – Yksityisiä maksullisia sosiaalipalveluja	– Johtajuuden trendit korostuvat – Kuluttajuus ja kuluttajavastuu – Mustat listat – Profiokamppailu: vain vahvin säilyy	– Taloudellisen voiton tavoittelu ke – Matalapalkkaiset maahanmuuttajat palvelujen perustuottajina – Työvoimaa lähinnä kaupungeissa – SOSTER – Nokian yksilölliset palvelut
<i>Epävirallinen ja läheisapu</i>		
– Non profit ja perheen ja läheisten antama palvelu vähävaraisilla – Diakoniapalvelut, maksutonta vertaisapua, vapaaehtoistyötä, ruokapankit	– Yksinasuminen ja eristäytyminen – Yhteistoiminnasta yhteisyyttä – Ystävät ja läheiset sosiaalisesti keskeisiä; muu apu ostetaan – Omaishoito ammattina ja ansaintakeinona lisääntyy – Järjestöt luovat yhteisyyttä ja vaatimattomia kohtaamispaikkoja	

Kilpailukyky-yhteiskunnassa näyttävät selviävän vain aktiiviset rammat ja harmaat pantterit, koska kilpailukyky-yhteiskunta edellyttää kuluttajan taitoja, osaamista ja kykyä itse hakea palvelujaan, myös sähköisesti, netistä ja käyttää puhelinpalvelua. Heikompia näkymiä on odotettavissa niille, joilla on vähän voimavaroja, toimintaedellytyksiä, omaisuutta ja sosiaalisia verkostoja. Yksinäiset ja sosiaalisesti eristäytyvät ikääntyneet ja vammaiset eivät kykene samalla tavalla pitämään puoliaan. Näiden ihmisten palvelut ovat järjestöjen ja epävirallisen avun varassa, jolloin apuun ei voi pitkäjärjenteisesti ja varmasti luottaa, kun järjestöjen auttamisedellytykset voivat vaihdella. Myös palveluiden laatu voi vaihdella huomattavasti. Pieni, mutta merkittävä osa ihmisiä näyttäisi jäävän armeliaisuuden varaan, eikä heidän luottamuksensa avun jatkuvuuteen ja ihmisarvoiseen elämään voi olla kovin vakaalla pohjalla. Millaiselta näyttää kärjistyvien ongelmien yhteiskunta?

Skenaario 2. Kärjistyvien ongelmien yhteiskunta

Hyvinvointivaltio on rapautunut. Siihen ei ole tietoisesti pyritty, vaan siihen on ajautettu taloudellisten arvojen korostuessa. Kärjistyvien ongelmien yhteiskunnassa on vallalla eriarvoisuus ja epätasa-arvo, jotka nähdään väistämättöminä seurauksina kilpailukykyyn tavoittelussa. Pitkälle menevä yksilöllistyminen on tuottanut sitä, että sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat nähdään ihmisten valintojen seurauksina ja omana syynä. Julkinen sektori vetäytyy taka-alalle. Sen tuottamat palvelut ovat suppeita, viimesijaisia, selektiivisiä ja niukkoja. Heikko demokratia-areena vetoaa taloudellisiin ongelmiin ja kilpailukykyyn ensisijaiseen säilyttämiseen. Tilaa ja tilausta markkinapalveluille on runsaasti ja tilanteen jatkuessa samanlaisena toteutuu uusliberalistisen kilpailukykyyn skenaarion kuvaama tilanne.

Sosiaalityön ja -palvelujen liudentuminen on johtanut medikalisaation, juridisoitumisen ja pedagogisoitumisen suuntaan. Pienimuotoisia sosiaalipalveluja toimii sosiaalipalvelujen jäänteinä, mutta sosiaalipalveluyritykset, myös kansainväliset, kasvavat. Kuluttajille tilanne tuo valinnan varaa, jos kykenee maksamaan yksityisistä palveluista. Monialaisissa konsulttiyrityksissä juristit käsittelevät sosiaalipalvelujen saatavuuden, valittamisen ja hinta-laadun epäsuhtaan kysymyksiä. Vähävaraisten tukena ovat uskonnolliset yhteisöt kuten Caritas -säätö, Pelastusarmeija ja seurakunnat sekä myös järjestöt, kuten esimerkiksi Punainen risti ja lisäksi ihmisten lähiverkosto eli omaiset ja läheiset.

Sosiaalialan ammattilaiset ja muut aktivistit muistuttavat yhteiskunnan eettisestä vastuusta. He nostavat julkiseen keskusteluun solidaarisuuden, tasa-arvon ja yhteisvastuun teemoja, mutta kilpailukykyyn uskovat toimijat vastaavat muistuttamalla maapalloistumisen ensisijaisuudesta, EU:n sisämarkkinoista ja kehityksestä maksettavasta hinnasta. Henkilöstön koulutustaso laskee julkisen sektorin vetovoiman vähetessä työnantajana ja ammattikunnat alkavat sammua. Taulukossa 2 kiteytämme skenaarion vammaisten ja vanhusten näkökulmasta.

Skenaariossa on elementtejä, joita on jo nähtävissä tänä päivänä esimerkiksi aktivoivan sosiaalipolitiikan linjauksissa. Meillä on selkeää tutkimusnäyttöä polarisaatiosta eli väestön jakautumisesta pärjääviin ja huono-osaisiin. On myös nähtävissä reagoivaa, hätäilevää päätöksentekoa ja johtamista, jossa kiireellisiä ongelmia ratkaistaan lyhytnäköisesti ja palokuntamaisesti. Sosiaalityöntekijöiden vajeen ja vaihtuvuuden vuoksi jo nyt asiakkaita joudutaan osittain valikoimaan resurssien eikä asiakkaiden avun tarpeiden pohjalta. Ajankohtaisessa keskustelussa ylimpänä on huoli taloudesta, joka sivuuttaa eettiset kysymykset. Ydinasiiana kuulostaa olevan huoli etuuksien kustannuksista, eikä niiden merkityksestä asiakkaiden elämän kohentamisessa. Olisiko pelisääntöjen yhteiskunta lohdullisempi tulevaisuusnäky?

TAULUKKO 2. Kärjistyvien ongelmien yhteiskunnan skenaario vammaisten ja ikääntyneiden näkökulmasta

Skenaarion peruselementtejä	Vammaiset	Ikääntyneet
Selektiivinen julkinen järjestelmä ja markkinat -demokratia turvaa kilpailukyvyyn, ei palveluja – Julkinen sektori vetäytyy – Tilaa ja tilausta markkinapalveluille	– Vammaisuus nähdään huono-osaisuuden ilmentymänä ja paljolti ihmisen omana syynä	– Ikääntymisen haasteisiin pitää itse vaikuttaa ennakkoon
<i>Organisointi</i>		
– Monituottajuus ja markkinat – Sosiaalipalvelut liudentuvat osaksi muita hallintoja – Minimalistinen palvelu	– Terveystuotteen tuottamat palvelut; medikalisaatio – Sosiaalipalvelut? – Ei palvelutakuuta eikä subjektiivisia oikeuksia – Juridiset ja lääketieteelliset palveluperusteet; tiukat palvelujen saamisen kriteerit – Ei ennalta ehkäiseviä palveluita – Heikoimmassa asemassa olevat putoavat palvelujärjestelmän ulkopuolelle? – Ansaintalogiikka, ihmisten tuottavuus – Myös omaisuus palvelumaksuna – Hinnoittelu tuotekohtaista ja vakuutusperusteista	
<i>Kansalaiset, asiakkaat, valinta</i>		
– Kuluttajat hankkivat palvelut markkinoilta, jossa valinnanvaraa – Vähävaraisille suppeita palveluita – Maksavilla kansalaisilla valinnanvaraa ja kuluttajan asema	– Kahdet palvelumarkkinat - kahdet asiakkaat – Kahtiajako hyvinvoiviin ja syrjäytyneisiin – Vastuu asiakkaalla itsellään – Laatu pystyvät vaatimaan ja valvomaan itse palvelunsa maksavat – Yhteiskunnan viimesijainen tuki tuottaa pysyvää köyhyyttä – Huono-osaiset hyväntekeväisyysjärjestöjen ja Pelastusarmeijan ja kirkkojen varassa – Menestyneiden charity- ja yhdyskuntatyö	
<i>Johtaminen ja professioiden asema</i>		
– Profioiden valtakamppailu: Medikalisaatio, pedagogisaatio ja juridisatio – Julkisen sektorin vetovoima kadonnut – Pienimuotoisia sosiaalipalvelujen jäänteitä – Korkeatasoisia sosiaalipalveluyrityksiä	– Päälle kaatuvien ongelmien ratkaisua ja ajautumista – Uusliberalistinen johtaminen – Markkinavalta – Kustannusten minimointia – Selektiivistä sosiaalityötä – Sosiaalityö ammattikuntana sammuu, muuntuu tai sulautuu – Tehokas rahanjako ja rangaistukset väärinkäytöksistä	
<i>Epävirallinen ja läheisapu</i>		
– Köyhät ja huono-osaiset kirkon, järjestöjen vastuulla – Oma- läheis-, vertaisapu	– Sosiaalityön Robin Hoodit kansalaisten rinnalla – Eettinen keskustelu olematonta – Vaikuttavuus vain taloudellisuutta ja tehokkuutta – Yhteiskunta arvostaa tuottavaa toimintaa – Vapaaehtoistyö korostuu	

Skenaario 3. Pelisääntöjen yhteiskunta

Hyvinvointivaltio on selviytynyt. Tarkennuksia on tehty yksityisen ja julkisen vastuun rajaamiseen. Keskeiset arvot ovat tasa-arvon turvaaminen, turvallisen arjen varmistavat palvelut, valinnan vaihtoehtojen lisääntyminen kaikille sekä sosiaalisesti kestävä talous. On päästy luottamusyhteiskuntaan, jossa subjektiiviset oikeudet ja sosiaalipalvelujen palvelutakuu varmistavat palvelujen saamisen. Jokainen tietää, millaisissa tilanteissa palveluja saa, koska palvelujen saamisen kriteerit ovat hyväksyttävät ja läpinäkyvät. Palvelujen saatavuutta ja laatua seurataan valtakunnallisesti. Palveluiden tuotanto on hallitusti monimuotoistunut. Vakaus ja luotettavuus ovat kehittäneet toimivan palvelukulttuurin ja -prosessit, joihin voivat luottaa sekä käyttäjät että palveluiden kustannuksista vastaavat tahot. Kilpailuttaminen on maltillista; osa palveluista kuuluu julkisen vastuun alaan, täydentävät palvelut kilpailutetaan. Löytyy myös kuntia, kuntayhtymiä ja yhteistoiminta-alueita, joissa kilpailutetaan kaikki palvelut. Näiden kokemuksia seurataan. Sekä

aktiivisilla kuluttajille että muille palvelujen tarvitsijoille on tarjolla valinnanvaraa. Voucherit lisäävät palvelujen käyttäjien valinnan mahdollisuuksia.

Palveluiden alaa ja työmuotoja on kehitetty määrätietoisesti. Työntekijät kehittävät osaamistaan ja seuraavat aktiivisesti tutkimuksen ja kehittämistyön tuloksia. Johtaminen on kehittyntä ja perustuu strategiaan ja visioon. Sosiaalipalvelujen vetovoima on parantunut ja hyvät palvelut nähdään kunnissa kilpailuvalttina. Työolosuhteet kannustavat ja mahdollistavat hyvää toimintaa. Henkilöstö on ammattitaitoista, osaavaa ja se toimii moniammatillisesti ja verkottuneesti. Palkkauksen määrätietoinen kehittäminen on ollut avain kilpailukykyisen julkisen sektorin ammattityön luomisessa. Epävirallinen apu, omaiset ja läheiset tuottavat täydentävät palveluja, mutta läheisiä ei haluta kuormittaa kohtuuttomasti.

Kansalaiset maksavat mielellään veroja, koska näkevät niiden mahdollistavan hallitun yhteiskunnan kehityksen, palvelujen saamisen tasa-arvon, yhteiskuntarauhan ja takaavan kaikille samanarvoiset palvelut. Palvelujen käyttö ei leimaa ihmistä.

TAULUKKO 3. Pelisääntöjen yhteiskunnan skenaarion vammaisten ja ikääntyneiden näkökulmasta

Skenaarion peruselementit	Vammaiset	Ikääntyneet
Demokratian pelisäännöt – Lainsäädäntö, normit, linjaukset, suositukset – Kansalaiskeskeisyys – Palvelutakuu – Palvelujen saatavuuskriteerit – Arviointi ja vertailutieto tärkeää	– Vammainen henkilö aktiivinen palveluidensa järjestäjä ja asiantuntija – Luottamus järjestelmään	– Ikäihmiset voimavarojensa mukaisesti palveluidensa suunnittelijana ja arvioijana – Luottamus järjestelmään
<i>Organisointi</i>		
– Maltillinen kilpailuttaminen – Palveluoikeudet läpinäkyvät – Luotettava tieto ja osaaminen – Monimuotoiset palvelut	– Palvelupluralismi – Yksilölliset, käyttäjälähtöiset palvelukokonaisuudet – Kattava palvelutakuu; palveluohjaajia ja -neuvoja käytettävissä – Palveluyrityksiä – Palveluiden tuottajien itsearviointi – Luottamukseen perustuvat pitkäaikaiset palvelujen ostosopimukset	
<i>Kansalaiset, asiakkaat, valinta</i>		
– Läpinäkyvät palvelujen saamisen kriteerit – Kuluttajille valinnanvaraa, muillekin vaihtoehtoja – Voucherit → Personal Budget – Palautekanavat	– Kansalaisten luottamus palvelujärjestelmään – Julkisen ja yksityisen vastuun raja selvä – Etsivän ja ehkäisevän työn muodot käytössä – Läpinäkyvät palveluiden saamiskriteerit ja palveluprosessit – Asiakkaiden ja palvelun tuottajien yhteisiä foorumeja – Empowerment, kansalaisten täysivaltaisuus lähtökohtana – Palveluseleleistä Personal Budget -ratkaisuihin	
<i>Johtaminen ja professioiden asema</i>		
– Sisältöjohtaminen, visiot, strategiat, – Osaava henkilöstö – Verkottunut toimijajärjestelmä – Erikoistuneet palveluyritykset – Palkkapolitiikalla vetovoimaa	– Perustuslain takaama perusturva – Tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin perustuva toiminta – Vaikuttavat interventiot käytössä – Avoimuus ja läpinäkyvyys päätöksenteossa – Vastuullinen johtajuus – Innovatiivisuus – Vetovoimainen ja miehistynyt sosiaaliala – Sosiaalialan työammatit arvostettuja – Kansainvälinen osaajajoukko – Työjärjestelyjen joustavuus – Julkisten palvelujen magneettiorganisaatiot	
<i>Epävirallinen ja läheisapu</i>		
– Epävirallinen sektori täydentävänä palveluna – Omaiset ja läheiset tärkeitä	– Eettinen toiminta, ihmisoikeuksien kunnioittaminen – Sosiaaliset verkostot keskeisiä – Omaiset ja muut läheiset sosiaalisena pääomana – Virallisen ja epävirallisen sektorin kumppanuus – Voimavara-ajattelu	

Joitakin ituja pelisääntöjen yhteiskunnasta on jo nähtävissä tänä päivänä. Erityisesti ammattilaiset kaipaavat ohjeita ja suosituksia työnsä tueksi. He ovat kiinnostuneita kehittämään työtään ja toimimaan asiakkaiden parhaaksi. On myös ilahduttavaa, että suuri osa ikääntyneistä ja osa vammaisista on aktivoitunut kuluttajan tai toimijan rooliin, he tuntevat oikeutensa ja he vaativat parempia palveluja. Palvelupluralismista on esimerkkejä, kun osassa kuntia kilpailutetaan jo palveluita. Toistaiseksi palvelutakuun ala on vielä suppea sosiaalialalla, mutta sitä suunnitellaan laajennettavaksi. Tutkimusten mukaan kansalaisten suuri enemmistö haluaa edelleen, että vastuu julkisista palveluista on kunnilla ja näin tuotettuihin palveluihin luotetaan. Palveluseleleistä ja henkilökohtaisesta avustajasta on jo hyviäkin käyttökokemuksia. Mutta sosiaalialan vetovoimasta ei juuri näy merkkejä. Pikemminkin päinvastoin. Matalapalkka-alat eivät onnistu enää rekrytoinnissaan, jos muita vaihtoehtoja on tarjolla. Julkisten palveluiden ”magneettiorganisaatiot” odottavat vielä kehittäjäänsä.

Pohdinta

Kaikkien edellä esitettyjen skenaarioiden ituja on jo nyt nähtävissä. Tulevaisuuden valinnat ratkaisevat minkälaisia paikallisia ja alueellisia palveluratkaisuja syntyy. Vaikka edellä kuvatut skenaariot eivät näy arjessa sellaisenaan, niiden osioita yhdistellään jo nyt. Näin muodostuu erilaisia alueellisia ja paikallisia palvelujen tuottamisen rakenteita. Monissa kunnissa kilpailutetaan täydentävät palvelut ja peruspalvelut ovat edelleen kuntien järjestettävänä. Kilpailuttaminen tuli vähitellen sosiaalialalle tukitoimien kilpailuttamisen kautta. Nyt aletaan kilpailuttaa jo kaikkia sosiaalialan palveluja useissa suurimmissa kunnissa. Tavoitteena on paitsi palveluiden monipuolistaminen myös kustannusten säästäminen. Talous on muutosten keskeinen määrittävä tekijä.

Erilaisiin tulevaisuusvaihtoehtoihin liittyy valinnanvaraa kuluttajiksi valtaistuneille maksukykyisille ihmisille, mutta valinnanvara kapenee omien tulojen niukentuessa. Noin 90 prosenttia väestöstä on hyvätulaisia ja ostokykäisiä, vaativia ja kuluttavia etenkin tulevaisuudessa. Empiiristekin osoitettuna hyvinvointia on entistä useamman ulottuvilla mutta se edellyttää osallistumista työhön sen erilaisilla ehdoilla. Uhkia ja epävarmuuksia on tarjolla kaikissa skenaarioissa erityisesti vähätuloisille ja perustulon varassa oleville. Peruspäivärahalla tai peruseläkkeellä oleva ei voi suhtautua luottavaisesti siihen, että yhteiskunnan palveluja on arjen ja elämän ongelmiin tarvittaessa tarjolla, jos markkinaperusteiset mallit toteutuvat. Hyväntekeväisyysjärjestöjen ylläpitämiä palvelut ovat näiden ihmisten turvaverkko omaisten ja läheisten ohella.

Kun tehdään eettisiä ja poliittisia valintoja palveluista, olisi kyettävää katsomaan kokonaisuutta, eri tilanteissa elävien ihmisten mahdollisuuksia ja turvata ne palveluja suunniteltaessa. On olemassa vastaan sanomatonta empiiristä näyttöä palveluvajeista joidenkin ihmisryhmien kohdalla. Näitä ryhmiä ovat mm. päihteiden ja mielenterveyden vuoksi ongelmissa olevat sekä jotkut vammaisryhmät ja osa lastensuojelulapsista ja -nuorista.

Kilpailuttaminen ja kunta- ja palvelurakennemuutos nähdään helposti ratkaisuna kaikkiin hyvinvointipalvelujen talouden ja järjestämisen ongelmiin. Valintojen seurauksista ja kilpailuttamisen vaikutuksista demokratialle, johtamiselle, ammattilaisten osaamiselle ja ennen kaikkea palvelujen käyttäjille, ei vielä tässä vaiheessa vielä tiedetä riittävästi. Hallinnon ja tutkimuksen areenoilla on merkittävä ero: hallinnolla on ratkaisupakko, tutkimuksella sitä ei ole. Suuret reformit viedään nopeasti lävitse ja tässä paineessa tutkimuksen intressi helposti jää sivuun. Ratkaisujen tuottama arvioitu taloudellinen säästö on liian usein riittävä perustelu muutoksille ja supistuksille ja valintojen seurausten oletetaan lähtökohtaisesti tuottavan kustannushyötyjä. Kilpailuvallion ja kilpailukunnan suuntaan etenevässä reformipolitiikassa ei näytä ole vakavasti otettavia vaihtoehtoja talouslähtöisille valinnoille.

Onko sitten kilpailukyky ja hyvinvointipalvelujen turvaaminen yhdistettävissä? Uskomme, että se on mahdollista: kestävän talouden ajattelun konkretisoinnin avulla, kun käytetään järke-

västi palvelujen tuotannossa eri osapuolten osaamista, palvelun tuottajien tarjonnan ja palvelujen tarvitsijoiden kysynnän yhdistelmiä. Kilpailukyky-yhteiskunnassa tuottavuuden ja taloudellisen hyödyn vastapainoksi tarvitaan julkisen vallan säädellyn palveluvastuun pysyvyyttä ja vakautta. Julkinen vastuu kansakunnan sosiaalisesta koheesiosta, tasa-arvon toteutumisesta ja yhtäläisistä mahdollisuuksista kaikille, jotta sosiaalinen ja taloudellinen polarisaatio saadaan pysähtymään, on jatkossakin yhteiskunnallinen arvokysymys.

Mitä tulevaisuuteen liittyvien osioiden tavoittamisessa ja tulevaisuuden aktiivisessa tekemisessä on tutkimus- ja kehittämislaitoksen tehtävä? Yksi keskeinen asia on tuoda esille ajan merkkejä ja signaaleja myös huono-osaisten ihmisten näkökulmasta, tarjota tietoa erilaisista vaihtoehtoista ja niiden ennakoituista seurauksista, analyysiä ja konkretisoida kestävä talouden ajattelua arjen palvelurakennelinnoissa. Kestävä talouden käsitteessä yhdistyy talouden ymmärtäminen palvelutuotannossa ja panostus hyvinvointipalveluihin kestävä kehityksen edellytyksenä, ei vain kustannuksena. Eettiset käsitteet kuten tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja sosiaalinen koheesio ovat yhteiskuntapolitiikan lähtökohtana edelleen arvokkaita, mutta myös konkretisoitavissa hyvinvointipalvelujen järjestämisessä.

LÄHTEET

- Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha (2005). Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5. Valtioneuvoston kanslia, Edita Prima Oy: Helsinki.
- Heiskala, Risto (2006). Kansainvälisen toimintaympäristön muutos ja Suomen yhteiskunnallinen murros. Teoksessa: Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.) Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? s. 14–43, Gaudeamus: Helsinki.
- Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.) (2006). Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Gaudeamus: Helsinki.
- Hämäläinen, Timo (2006). Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä yhteiskuntaa. Kansallisen ennakointiverkoston näkemyksiä Suomen tulevaisuudesta. Sitra: Helsinki.
- Julkunen, Raija (2006). Kätkeyty hyvinvointivaltio vai pohjoismainen malli. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2), 179–185.
- Kaivo-oja, Jari & Suvinen, Nina (2002). Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden näkymät 2030. Teoksessa: Voutilainen, P. & Saranto, K. & Peiponen, A. & Miikkola T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. s. 9–48, Tammi: Helsinki.
- Kantola, Anu (2006). Suomea trimmaamassa: suomalaisen kilpailuvallion sanastot. Teoksessa: Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.) Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? s. 156–178, Gaudeamus: Helsinki.
- Karjalainen, Pekka & Sarvimäki, Pirjo (2005) Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineen 2015 -toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/01/h1137582267435/passthru.pdf>. [viitattu 16.11.2006].
- Kautto, Mikko (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi. Stakes: Helsinki.
- Kautto-Koivula, Kaisa & Huhtaniemi, Marita (2006) Rengistä isännäksi. Vapaaksi kvartaalitalouden talutusnuorasta. Edita: Helsinki.
- Kettunen, Pauli (2006) Kilpailukyky-yhteisön rajat. Teoksessa: Kolanen, Risto (toim.) Työtä! Hyvinvointi globaalissa murroksessa. Riittääkö työ hyvinvoinnin tuottamiseen? -hankkeen loppuraportti. s. 37–49, Työväen sivistysliitto TSL ry: Tammerpaino.
- Kohti kestäviä valintoja (2006). Kansallisesti ja globaalisesti kestävä Suomi. Kansallinen kestävä kehityksen strategia, Valtioneuvoston julkaisusarja 5.
- Komission uudistettu ehdotus direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla (COM(2006) 160, 4.4.2006).
- Mannermaa, Mika (2006). Apumetodit. <http://onet.tehonet.fi/mannermaa/onet/>. [viitattu 16.11.2006].
- Osaava, avautuva ja uudistuva Suomi (2004). Suomi maailmantaloudessa -selvityksen loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19. Valtioneuvoston kanslia, Edita Oyj: Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimasta yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b). Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:35. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006c). Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tiede- ja teknologianeuvosto (2006) Tiede, teknologia, innovaatiot. Yliopistopaino. Helsinki. Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 9: Helsinki.
- Yhdistyneet Kansakunnat (2006) <http://www.un.org/esa/socdev/enable/> [viitattu 30.11.2006].
- Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö (2003). Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. STM Oppaita 2003:4. Helsinki.

HENKINEN PAHOINVOINTI – UUSI JA KASVAVA HAASTE?

IRMA KIIKKALA, kehittämisspäällikkö
Stakes

Johdanto

Vuonna 1998 valmistui Arisen ym. tutkimus suomalaisten terveydestä ja terveyspalvelujen käytöstä. Raportissa kuvattiin terveydenhuollon väestötutkimuksen tuloksia vuosilta 1995 - 1996 niin, että tuloksia vertailtiin vuonna 1987 tehdyn väestötutkimuksen tuloksiin. Mielenterveyttä koskevan osion tuloksina todettiin, että psyykkisiä oireita ilmoitettiin vuosien 1995/96 tutkimuksessa selvästi enemmän kuin vuonna 1987, ja kyseiset oireet olivat yleistyneet erityisesti työikäisillä. Nämä psyykkistä pahoinvointia ilmentävät oireet olivat unettomuutta, voimattomuutta, väsymystä ja yllirasittuneisuutta. Asian arvioitiin olevan yhteydessä toisaalta pitkäaikaiseen työttömyyteen, mutta yhtä hyvin työelämän henkisen ilmapiirin kiristymiseen (Arinen ym. 1998).

Uutta tietoa väestön mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä saatiin Terveys 2000 -tutkimuksen (2002) tulosten yhteydessä. Tutkimuksen perustulosten raportissa todetaan, että ”mielenterveysongelmien, erityisesti mielialahäiriöiden, työuupumuksen ja riippuvuusongelmien katsotaan yleisesti olevan nykyisin yleisempiä kuin ennen. Tulosten valossa vaikuttaa kuitenkin siltä, että alkoholiriippuvuutta lukuun ottamatta mielenterveysongelmat ovat suunnilleen yhtä yleisiä kuin 20 vuotta sitten. Erityisesti psyykkisten oireiden määrä ja vaikeusaste vaikuttavat muuttumattomilta. Työuupumuksesta vertailukelpoisia tietoja ei ole, mutta Terveys 2000 -tutkimuksen yleisyysluvut ovat pienempiä kuin 1990-luvulla tehtyjen aikaisempien tutkimuksien. Myöskään mielialahäiriöiden yleisyydelle ei ole sopivaa vertailukohdetta aiemmilta vuosikymmeniltä. Psyykkisen oireilun säilyminen ennallaan viittaa kuitenkin siihen, että väestön mielenterveys ei olisi olennaisesti muuttunut. Vaikka mielenterveysongelmien perusteella myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet ovat 1990-luvulla yleistyneet, on tulos lupaava siksikin, että ei ole syytä olettaa eläkkeelle siirtymisen enää lisääntyvän ainakaan sairastavuuden kasvun takia. Epäedullisen poikkeuksen muodostanevat yleistyvät riippuvuusongelmat seurauksineen.” Johtopäätöksissä tutkijat toteavat, että ”mielenterveysongelmat, psyykkiset oireet, vakava masennus, alkoholiriippuvuus ja työuupumus ovat yleisiä ja hyvinvointia heikentävät oireet vielä yleisempiä. Mielenterveysongelmien yleistymisestä kuluneiden 20 vuoden aikana ei ole viitteitä” (Terveys 2000 tutkimuksen... 2002).

Mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä ja määrällistä kehitystä koskeva tutkimus tuo esiin, ettei kansalaisten mielenterveys olisi parin vuosikymmenen kuluessa muuttunut. Toisaalta saadaan tuloksia, että riippuvuusongelmat seurauksineen ja lieveilmiöineen ovat lisääntyneet ja että hyvinvointia heikentävät oireet ovat entistä yleisempiä. Tuloksissa on ristiriitaisuutta, mikä viittaa siihen, ettei mielenterveyttä ole ymmärretty itsenäisenä dynaamisena käsitteenä (Lahtinen ym. 1999, Sohlman 2004), jonka laadusta ei voi tehdä häiriöiden perusteella pitäviä johtopäätöksiä. Onkin perusteltua olettaa, että puhe ja arkipäivän kokemus mieleltään häiriintyneiden määrän suuresta lisääntymisestä viittaakin lisääntyneeseen henkiseen pahoinvointiin eli heikentyneeseen mielenterveyteen, joka ei täytä lääketieteellisesti asetettuja häiriöiden kriteereitä, mutta joka aiheuttaa ihmisten elämään huomattavaa kärsimystä. Kysymyksessä ei todennäköisesti ole sairauden ja häiriöiden ilmentymät, vaan mielenterveydessä eli henkisessä hyvinvoinnissa ilmenevä puutteellisuus ja heikentyminen.

Viitteitä kansalaisten henkisestä pahoinvoinnista saadaan monista eri lähteistä. Tässä artikkelissa kuvataan näitä henkisen pahoinvoinnin ilmentymiä ihmisten eri ikävaiheissa. Niitä tarkastellaan haasteena, johon tulevaisuudessa on otettava kantaa ja johon on vastattava tavoilla, joita ei vielä ole riittävästi kehitetty.

Mitä on henkinen hyvin- ja pahoinvointi ja mikä pahoinvointia tuottaa?

Mielenterveys on osoittautunut käsitteeksi, joka on monella tapaa kiistanalainen. Sohlman (2004) selvitti mielenterveyden malleja, joita on rakennettu tutkimusta varten mielenterveyden määritelmien operationalisoimiseksi. Hän kuvaa kirjallisuuden perusteella kolme erilaista mielenterveyden mallia: 1) Mielenterveyden yksinapainen malli, joka on lähinnä mielen sairauden kaunisteleva nimi ja ilmenee käytännössä niin, että puhutaan sievistellen mielenterveydestä, mutta tarkoitetaan sairautta. 2) Mielenterveyden kaksinapainen malli tarkoittaa jatkumoa, jossa saman jatkumon toisessa päässä ajatellaan olevan mielenterveys, toisessa päässä sairaudet. 3) Kolmannessa mallissa päädytään siihen, että mielen sairaus ja mielenterveys tulee erottaa käsitteellisesti toisistaan, ne ovat ontologisesti eri käsitteitä. Ihmisellä voi olla mielenterveyttä enemmän tai vähemmän, minimaalisesta mielenterveydestä optimaaliseen. Se, että mielenterveyttä on jonakin hetkenä minimaalisesti, ei tarkoita mielen sairautta, vaan mielenterveyden heikentyneisyyttä. Tämän kolmannen mallin perusteella on päädytty puhumaan positiivisesta mielenterveydestä, joka jälleen on käsitteenä problemaattinen (Sohlman ym. 2004).

Positiivinen mielenterveys (Lahtinen ym. 1999) on terveyden yksi olennainen ulottuvuus niin, ettei ole terveyttä ilman mielenterveyttä. Se on ihmisen voimavara, jonka lähtökohtana on yksilölliset tekijät ja kokemukset. Näihin kuuluvat emotionaalinen-kognitiivinen toiminta, käsitys itsestä, itsearvostus ja identiteetti, sopeutumiskyky, elämän tarkoituksellisuuden kokemus, fyysinen terveys ja henkilökohtaiset resurssit, koulutus ja tietotaso. Mielenterveys muovautuu dynaamisesti näiden yksilöllisten ominaisuuksien perusteella yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Ympäristöstä saatava sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet ovat yksilön mielenterveyden kannalta merkittäviä mielenterveyttä lisääviä tai heikentäviä elementtejä. Perheen elämäntilanne, koulu, työ, ympäristö ja yhdyskunta, hallinto ja palvelut kuuluvat myös tähän ryhmään. Yhteiskunnan rakenteet ja resurssit vaikuttavat osaltaan yksilöiden mielenterveyteen. Ei ole siis yhdentekevää, millaista yhteiskuntapolitiikkaa toteutetaan, millaiset ovat eri organisaatioiden toimintapolitiikat, koulutukselliset ja kasvatukselliset resurssit, asumisolosuhteet tai palveluiden laatu ja saatavuus. Yksilöiden mielenterveyden kannalta ovat lisäksi kulttuuriset arvot varsin merkittäviä. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot, kuten ihmisoikeudet tai oikeudenmukaisuus vaikuttavat mielenterveyteen, samoin mielenterveyden yhteiskunnallinen arvostus, sosiaalisia suhteita säätelevät normit, häiriöiden leimaavuus ja poikkeavuuksien sietäminen. Ihmisen mielenterveys eli henkinen hyvinvointi on se voimavara, jonka avulla yksilö voi toimia yhteisöissä ja yhteiskunnassa luovalla tavalla, olla produktiivinen ja kokea elämänsä merkitykselliseksi (Lahtinen ym. 1999, Sohlman 2004).

Henkinen hyvinvointi eli mielenterveys itsenäisenä ilmiönä ja ihmisen voimavarana on ymmärrettävä niin, ettei siihen kuuluvia ominaisuuksia voi eikä pidä yrittää ymmärtää tai selittää sairaus-lähestymistavasta. Henkinen pahoinvointi on moni-ilmeistä kärsimystä, joka syntyy yksilön ja ympäristön välisestä epäsuotuisasta ja mielenterveyttä heikentävästä vuorovaikutuksesta, mutta se ei suinkaan aina tarkoita sairautta.

Trent (1992) kirjoittaa, etteivät mielen sairaudet ole tarttuvia tauteja; ei tartu dementia sen enempiä kuin paranoiaakaan. Mielenterveys eli henkinen hyvinvointi sen sijaan tarttuu ihmisestä toiseen. Kannattaa tässä yhteydessä muistaa ihmiset, jotka ovat täynnä elämää ja iloa. He vetävät puoleensa toisia ihmisiä ja tartuttavat ja levittävät energisyytensä ja ilonsa. Henkinen hyvinvointi on siis ilmiönä itsenäinen ja sairaudesta poikkeava, ihmisten keskuudessa leviävä ja tarttuva. Mielenterveyttä ei voi eikä pidä hoitaa sairaus-lähestymistavasta, vaan sitä pitää levittää ja tartuttaa ihmisten keskuudessa (Trent 1992).

Halldórsdóttir (1996) tutki hoidossa olevien ihmisten kohtaamista ja tunnisti kaksi kohtaamisen pääkategoriaa. Toisen kategorian mukaan ihmiset kohdataan hoitavalla tavalla, jolloin

toisen ihmisen kuuleminen, joustavuus, rakastava ja kunnioittava suhtautuminen leimaavat hoitotilanteita. Tällaiset kohtaamiset rakentavat siltoja ihmisten välille ja ne merkitsevät hoidossa olevalle itsetunnon vahvistumista, voimaantumista ja toipumisen edistymistä. Ihmisen mielen-terveys lujittuu. Kohtaamistapa muistuttaa Trentin (1992) kuvaamaa henkisen hyvinvoinnin tarttumista ihmisestä toiseen. Toisen pääkategorian mukaan hoitamista leimasi pakottaminen, alistaminen, nöyryyttäminen, tunteettomuus ja kylmyys. Nämä kohtaamiset kasvattavat ihmisten välille esteitä ja muureja ja hoidossa oleva menettää voimansa, masentuu ja murentuu henkisesti eli menettää mielenterveyttään. Kyseessä on sellainen epäsuotuisa vuorovaikutus ihmisten välillä, joka heikentää mielenterveyttä.

Edellä tuli jo esiin, että palveluiden laatu ja saatavuus vaikuttavat osaltaan kansalaisten henkiseen hyvinvointiin. Ihmisen ja hänen ympäristönsä välinen suotuisa vuorovaikutus lisää ja levittää henkistä hyvinvointia, epäsuotuisa vuorovaikutus päinvastoin heikentää sitä. Viimeaikoina on raportoitu toistuvasti sellaisista hyvinvointipalveluista, jotka heikentävät mielenterveyttä ja lisäävät kärsimystä. Roos (2006) sanookin, että tavallisen kansalaisen on tavattoman vaikea puolustaa oikeuksiansa ja nojautua lain pykälien tukeen, kun häntä vastassa on palveluiden moniasiantuntijuus eli esimerkiksi lastensuojelutyöntekijät, lastenpsykiatrit ja hallintojuristien rintama. Hyvinvointipalveluissa ja auttamisjärjestelmissä on lisäksi monia rakenteellisia puutteita, byrokratiata ja jäykkyyttä. Auttamistyöhön kietoutuu hyvän ja pahan paradoksi niin, että pahan säikeet ovat auttamistilanteissa lähes huomaamattomina pieninä sanoina, ilmeinä, eleinä, kosketuksen kylmyytenä tai tekemättä jättämisinä. Palvelujen saaja olettaa saavansa hyvää palvelua, mutta voikin kokea pahaa. Esimerkiksi valtasuhde voi lisätä eriarvoisuutta ja erilaisuuden kokemuksia. Tavallinen kokemus palveluissa on, ettei asiakkaan asiaa uskota, eikä häntä oteta todesta ja niin syntyy luottamuksen asemesta epäluottamus. Asiakas voidaan myös esineellistää ja hänet voidaan kohdata väheksyen ja välinpitämättömästi. Silloin ihminen kokee olevansa ”vain” asiakas, tietämätön, kokematon ja hierarkian alimmainen. Hän kokee tulevansa mitätöidyksi, on toivoton tapaus, parantumaton ja passiivinen. Järjestelmä ei vastaa oikeutettuihin tarpeisiin, vaan aiheuttaa kankealla byrokratialla lisää vaikeuksia ja pikemminkin lannistaa kuin kannustaa ihmisiä, kun he pyrkivät hallitsemaan yhteiskunnallisia muutoksia ja oman elämänkulun murrosvaiheista johtuvia riskitilanteita. Ihmisten elämään tulee kohtuuttomia tilanteita, kun toimeentulotuen maksaminen ei onnistu, autot eivät hae vammaisia tai kun kuntaan on valittu jokin toimimaton järjestelmä (Pohjola 2002, Hiilamo 2005, Eräsaari 2006, Niemi 2006).

Metteri (2004) keräsi tutkimuksessaan tietoa niiden hyvinvointipalveluja tarvitsevien kansalaisten tilanteista, joiden ääni kuului heikosti ja joiden tilanne vaati korjausta. Hän löysi kohtuuttomia tilanteita ja niillä tarkoitettiin sosiaalityöntekijän sellaista asiakastilannetta, jonka sekä työntekijä että asiakas arvioivat kohtuuttomaksi. Kysymyksessä ovat silloin kohtuuttomuuden kokemus, laittomuus, kyseenalaiset kriteerit, ammatillinen itsesensuuri ja portinvartiointi. Kohtuuttomuudet lisäävät kansalaisten huonoa vointia. Metteri (2004) nimeää henkisen pahoinvoinnin kokemuksiksi seuraavaa: epäoikeudenmukaisuuden kokemus, nöyryytys ja henkinen loukkaantuminen, syvälinen pettymys, tunne ihmisarvon menetyksestä, luottamuksen menetys hyvinvointivaltioon, sen instituutioihin ja viranomaisiin sekä kokemus yhteiskunnan hylkäämäksi joutumisesta.

Murto (2006) tunnistaa yhteiskunnassamme olevat ”ilkeät ongelmat”, joilla hän tarkoittaa vaikeasti diagnosoitavia, ei selkeästi mistään alkavia eikä mihinkään päättyviä ongelmia. ”Ongelmat ovat usein koko elämää koskevia sosiaalisia ja moraalisia ongelmia, joihin ei ole standardiratkaisuja.” Näihin ”ilkeisiin ongelmiin” sisältyvät alkoholi-ongelmat ja väkivaltaisuus, jotka kietoutuvat toisiinsa ja periytyvät sukupolvelta toiselle. Ammatillisesti ja hallinnollisesti sektoroitunut palvelujärjestelmämme vaikeuttaa näiden ongelmien käsittelyä: pirstaleisten palveluiden, tukitoimenpiteiden ja taloudelliseen toimeentuloon liittyvien etuuksien yhteensovittaminen ei suurista ponnisteluista huolimatta ota onnistuakseen. Sensijaan suoritteet ja

tehokkuus ovat vaarantamassa kansalaisten oikeudenmukaista kohtelua ja palveluoikeuksien toteutumista (Murto 2006).

Henkistä pahoinvointia on kaikkialla ihmisten elämässä. Nykyinen media- ja teknologia-painotteinen yhteiskunta asettaa erityisiä haasteita ihmisten psyykkiselle hyvinvoinnille. Kilpailutusten ja säästöjen myötä erilaisten instituutioiden tarjoama tuki on käynyt epävarmaksi ja katkonaiseksi, työ on muuttunut paljolti pätkätöiksi. Ihmiset eivät enää tiedä, onko yhteiskunnassa suojaverkkoja, jos ei pysy mukana muutoksissa, sairastuu tai jää työttömäksi. Elämäntavat ovat muuttuneet ja moninaistuneet, samalla riskit ovat kasvaneet ja ihmisten minuuksa haavoittuu. Kaikki eivät enää pysty sijoittamaan itseään sosiaaliseen maailmaan mielekkäällä tavalla. Tyhjiydentunnetta täytetään elämyksillä, päädytään elämysähkyyn, jossa mikään ei enää tunnu miltään. Ihmisten oma toimintakyky näyttää olevan uhattuna ja se taas synnyttää väkivaltaisuutta (Oksanen 2006).

Tedre (2006) mainitsee omassa kodissaan elävät avuttomat, pelkäävät, hauraat ja haavoittuvat ihmiset. He ovat jääneet vankiloiksi muuttuneisiin koteihinsa vaille apua tilanteeseen, josta kukaan ei huolehdi. Mäntysaari (2006) puolestaan mainitsee ihmiset, joiden elämässä toisiinsa kietoutuvat köyhyys, yhteiskunnallinen eriarvoisuus ja päihteet. Ne muodostavat haastavan kokonaisuuden. Vaikka mielenterveyden häiriöiden lisääntymisestä ei ole viitteitä tai tutkimustuloksia (Wahlbeck 2005), niin lisääntyneestä päihteiden käytöstä on. Alkoholikulutus on lisääntynyt vuosi vuodelta ja lisääntynyt päihteiden käyttö lisää väkivaltaisuutta, kuolleisuutta, aiheuttaa sairauksia, tapaturmia ja edistää perheiden hajoamista (Nuorvala & Metso 2005). Henkinen pahoinvointi ja elämäntaidolliset vaikeudet näyttävät leviävän tätä tietä pitkin.

Miten henkinen pahoinvointi ilmenee eri ikävaiheissa?

Seuraavassa kuvataan lyhyesti kirjallisuuden perusteella eri ikävaiheissa olevien ihmisten henkistä pahoinvointia.

Lasten ja perheiden henkinen pahoinvointi

Lasten nykyinen henkinen pahoinvointi kytkeytyy 1990-luvun taloudellisen laman seurauksiin, köyhyyteen ja vanhempien lisääntyneeseen päihteiden käyttöön, väkivaltaisuuteen ja riittaisuuteen.

Leinonen (2004) tutki lasten ja perheiden hyvinvointia lama-ajan Suomessa eli vuonna 1994-kerätyn aineiston perusteella niin, että analyysissä käytettiin mielenterveyden, parisuhteen ja vanhemmuuden mittareita sekä vanhempien talous- ja työllisyystilannetta, kulutustapojen muutoksia ja lasten kouluuoriutumista, ystävyssuhteita ja nautinta-aineiden käyttöä mittaavia asteikkoja. Tuloksista käy ilmi, että vanhempien mielenterveys ja parisuhde sekä vanhemmuuden laatu välittävät talousvaikeuksien kielteisiä vaikutuksia lasten mielenterveyteen. Lasten mielenterveydessä todettiin talousvaikeuksien aiheuttama muutos huonompaan. Samassa tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhemman mielenterveysongelmat ovat merkittävä uhka toimivalle vanhemmuudelle ja lapsen hyvinvoinnille, kuten lapsen sosiaalisille suhteille, kouluuoriutumiselle ja mielenterveydelle. Salmi ym (1996) toteavat Leinosen tavoin, etteivät lapsiperheet ole pärjänneet 1990 - luvun muutoksissa aina kovinkaan hyvin. Työn ja perheen yhteensovittamisessa on pulmia ja sosiaaliturvan leikkaukset ovat muuttaneet lasten kasvuympäristöjä epäsuotuisaan suuntaan. Avioerot ja muut perheiden hajoamiset ovat koetelleet lasten ja perheiden hyvinvointia. Bardy ym. (2001) tuovat esiin lasten elämässä tapahtuneen aikuisen läsnäolon vähentymisen ja kasvuympäristön heikentymisen ja Taskinen (2005) täsmentää, että yhä useammin lasten perhesuhteet ovat rikkonaiset, mikä näkyy lasten huoltoon ja elatusapuun liittyvien sopimusten kasvaneena

määränä. Perheväkivalta, lasten pahoinpitely ja seksuaalinen hyväksikäyttö ovat nousseet palvelujen piiriin, turvakotien asiakasmäärät ovat pysyneet ennallaan.

Köyhyydestä on tullut yhä useamman lapsen pulma, koska lapset ja nuoret jakautuvat yhä vahvemmin hyvin toimeentulevien lapsiin ja köyhien lapsiin. Lapset ohjautuvat vanhempien aseman mukaan eri suuntiin niin, että perheen köyhyys määrittää lasten tulevaisuutta. Köyhien lapset eivät esimerkiksi pääse lukioon, koska lukiokirjoihin ei riitä rahaa (Ritakallio 2001). Moisio (2006) mukaan lapsiperheiden suhteellinen asema tulonjaossa on heikentynyt 1990- ja 2000-luvuilla. Muutos on havaittavissa alimpaan tulokymmenykseen kuuluvien lapsiperheiden osuuden ja lapsiköyhyyden kasvuna. Työttömyyden kasvu ja työmarkkinoiden yleinen epävakautuminen 1990-luvulla on koskettanut erityisesti nuoria työmarkkinoille tulevia, mikä on lisännyt taloudellista polarisaatiota nuorten aikuisten parissa ja sitä kautta lapsiperheiden parissa. Uudet sukupolvet eivät kiinnity työmarkkinoille, eivätkä saavuta edellisten sukupolvien tasoa. Erityisesti yksinhuoltajilla, suurilla lapsiperheillä ja alle 3-vuotiaiden lasten perheillä tulokehitys on ollut heikkoa. Suurin selittäjä on työllisyyden lasku. Lapsuudenkodin köyhyys ennustaa kaksinkertaista köyhyysriskiä aikuisiällä. Köyhyysrajan alittavissa kotitalouksissa eli 132 200 alle 18-vuotiasta lasta vuonna 2003 ja lapsiperheissä luodaan huomisen yhteiskuntaa, niin hyvässä kuin pahassa. Köyhyys tuo tullessaan eriarvoisuutta, epävarmuutta ja syrjäytymistä sekä kasvattaa epäluottamusta yhteiskuntaa kohtaan. Köyhyydessä olevat lapset joutuvat muita heikompaan asemaan, heitä kiusataan ja heidän koulumenestyksessään on vaikeuksia. (Kantola & Kautto 2002, Moisio 2006.)

Päihteiden runsas käyttö aiheuttaa ongelmia päihteiden käyttäjille itselleen ja lähiyhteisölle lieveilmiöitä, joka näkyy perheiden hajoamisessa, väkivaltaisuuksissa ja lasten huostaanotoissa. Kantola & Kautto (2002) toteavat, ettei lapsiperheillä mene kovin hyvin. Kolmannes lapsiperheistä kärsii pahenevista ongelmista ja osa nuorista ajautuu syrjäytymisvaaraan. Aromaa ym. (2005) mukaan ”suomalaisten lasten terveys ei ole hyvä, vaikka sitä pikkulasten vähäisen kuolleisuuden perusteella usein pidetään esimerkillisenä. Tutkimusta ja hoitoa vaativia psyykkisiä häiriöitä on ainakin 10 %:lla lapsista”. Onkin oletettavissa, että henkistä pahoinvointia on jo ennen kuin tarvitaan tutkimusta ja hoitoa, ja sitä on myös muilla kuin tutkimuksen 10 %:iin kuuluvilla lapsilla.

Nuorten henkinen pahoinvointi

Lapsista, jotka voivat huonosti, kasvaa huonosti voivia nuoria. Sosioekonomisten erojen seuraukset tuottavat moni-ilmeistä henkistä pahoinvointia, johon kytkeytyy monenlaista menestymättömyyttä.

Aromaa ym. (2005) toteavat, että sosioekonomiset erot alkavat vahvistua jo varhain peruskoulussa. Syntyy negatiivinen kierre: huono menestyminen koulussa kuluttaa terveyttä ja hyvinvointia, käytetään tupakkaa ja päihteitä, suoritetaan lyhyet koulutuskurssit ja jäädytään alempiin sosiaaliryhmiin. Näiden nuorten taustalla on perheiden hajoamista ja mielenterveysongelmia. Vaikein ongelmaryhmä on nuoret, joiden humalajuominen ja tupakointi ovat poikkeuksellisen runsasta, se on myös huumeitten käytön riskiryhmä (Aromaa ym. 2005). Varsinkin 1990-luvulla nuorten väsymysoireet yleistyivät. Masennus näyttää lisääntyneen, samoin nuorten humalajuominen lisääntyi 1990-luvun loppuun saakka. Osa varusmiehistä keskeyttää palveluksen terveydellisistä syistä niin, että tärkeimmät syyt ovat mielenterveydellisiä. Pitkäaikaistyöttömiksi jäävät nuoret syrjäytyvät ja siitä seuraa jälleen muita terveysongelmia (Aromaa ym. 2005).

Kouluterveyskyselyn (vuodet 1999–2004) tulosten mukaan vanhemmuuden puute näkyi lisääntyen peruskoulussa, jossa koululaisten väsymys yleistyi. Samaan aikaan lukioikäisten humalajuominen väheni, mutta peruskoululaisten lisääntyi (Luopa ym. 2005). Vuosina 1996–2004 väsymys lisääntyi koko ajan niin, että kaikkien terveysindikaattoreiden mukaan tyttöjen tilanne oli huonompi kuin poikien. Koulukiusaaminen oli entisen kaltaista, päivittäin koettu väsymys

kaksinkertaistui, koulu-uupumus, unihäiriöt ja väsymys sekä masentuneisuus pysyivät ennallaan (Luopa ym. 2006).

Osa nuorista ei löydä paikkansa opiskeluissa, eikä työelämä tarjoa enää paikkoja ammatitaitaidoittomille. Toisaalta opiskelevat nuoret ovat ahdingossa: yliopistot odottavat ja vaativat tuloksia ja tehokasta suoriutumista, mutta opintotuet eivät takaa riittäviä opiskelumahdollisuuksia. Myöskään elämäntaidot eivät anna riittäviä valmiuksia stressaavista elämäntilanteista selviytymiseen, joten moni kärsii ahdistuksesta, peloista ja uupumuksesta. Oireilu ja terveytensä huonoksi kokeminen on tytöillä yleisempää, kuin pojilla. Tyttöjen oireilu nousi vuoteen 2003, sitten kehitys tasoittui. 34%:lla nuorista on vähintään kolme oiretta viikossa seuraavista: vatsakipu, jännittyneisyys, hermostuneisuus, ärtyneisyys, kiukunpurkaukset, vaikeudet päästä uneen, herääminen öisin, käsien vapina, väsymys, heikotus, ja huimauksen tunne (Rimpelä ym. 2006)

Työikäisten henkinen pahoinvointi

Työikäisten keskuudessa henkinen pahoinvointi kietoutuu paljolti pitkäaikaistyöttömyyteen, köyhyyteen ja päihteiden käyttöön, toisaalta työelämän rasitukseen ja epävarmuuteen.

Ritakallion (2001) mukaan köyhyys on lisääntynyt ja keskeinen köyhien ryhmä on pitkäaikaistyöttömät; pitkäaikaistyöttömyys on selvin köyhyyden syy. Myös eläkeläisten, opiskelijoiden ja yksinhuoltajaperheiden keskuudessa on köyhiä. Työttömyys aiheuttaa köyhyyden lisäksi henkistä pahoinvointia, varsinkin jos uhkana pitkäaikaistyöttömyys. Näyttää myös siltä, että mielenterveysongelmien osuus työikäisten sairastavuudesta on kasvamassa (Aromaa ym. 2005).

Työikäisistä osa on joutunut pätkätöiden aiheuttamaan epävarmuuteen ja toivottomuuteen. Vastaavasti pienipalkkaiset kärsivät toivottomuudesta ja päivittäisen elämän puutteellisuudesta ja turvattomuudesta. Samaan aikaan, kun osa kärsii pitkäaikaistyöttömyydestä, köyhyydestä ja syrjäytymisestä, osa kärsii liiallisesta työkuormasta, stressaantuu ja uupuu. Työpaikkojen epäoikeudenmukaiset johtamiskäytännöt sallivat työpaikkakiusaamisen ja aiheuttavat henkistä kärsimystä (Karvonen ym. 2006). Työn vaikutus terveyteen onkin kaksisuuntainen. Työ voi tukea terveyttä ja jopa pidentää elinaikaa. Työn puute ja vaarallinen epähygieeninen työ ovat puolestaan terveydelle ja hyvinvoinnille haitaksi. Työkyvyn heikkeneminen johtaa helposti työelämästä syrjäytymisen ja työttömyyteen liittyy työkyvyttömyyden vaara. Osalla työttömistä terveys huononeekin nopeasti ja heille ilmaantuu mielenterveys- ja muita ongelmia (Rantanen 2005).

Köyhyys ja työttömyys uhkaavat mielenterveyttä, esimerkiksi Mannila ja Martikainen (2005) toteavat, että työttömyyden vaikutus henkiseen terveyteen ja hyvinvointiin voidaan osoittaa useissa tutkimuksissa. Sohlman (2004) tutki funktionaalista mielenterveyden mallia positiivisen mielenterveyden kuvaajana ja juuri hänen saamiensa tulosten mukaan heikko taloudellinen tilanne ja työttömyys ovat mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä.

Haatainen (2004) tutki aikuisväestön kokemaa toivottomuutta. Hänen tulostensa mukaan useampi kuin joka kymmenes aikuinen suhtautuu tulevaisuuteensa toivottomasti ja valtaosalla toivottomuus on pitkäaikaista. Taustalla on lapsuuden ikäviä kokemuksia, ajankohtaisia vaikeuksia, kuten työttömyys ja taloudelliset vaikeudet sekä ristiriidat työpaikan ihmissuhteissa.

Alkoholin runsas käyttö heikentää monella tapaa perheiden henkistä hyvinvointia, kuten edellä jo tuli esiin. Nyt päihteitä käyttävän ryhmän koostumus muuttuu, joten pahoinvointi tuskin on lievittymässä. Puhtaasti alkoholin ongelmakäyttäjien rinnalle on tullut sekä alkoholin että huumeiden käyttäjät. Puhtaiden huumeongelmaisten joukko on kasvamassa, nopeimmin kasvaneet sekakäyttäjien joukko, jolla on sekä alkoholi-, huume- että lääkeriippuvuutta (Mustonen & Simpura 2005).

Kokonaisuutena työikäisen väestön hyvinvoinnissa on havaittu suotuisaa kehitystä. Karvosen ym. (2006) mukaan työikäisen väestön hyvinvointi on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Se näkyy asumisväljyyden lisääntymisenä, tulojen ja varallisuuden tasaisena kasvuna, terveys on kehittynyt

myönteisesti, stressaantuneisuus näyttää vähentyneen. Lisääntynyt hyvinvointi ei kuitenkaan tavoita kaikkia: työttömyys on jäänyt korkealle tasolle ja se keskittyy ikääntyviin naisiin, köyhyys on yleistynyt. Moni kärsii työn osa-aikaisuudesta, henkisestä rasittavuudesta ja kiireestä.

Köyhyys ja pienituloisuus selittävät ja ennakoivat hyvinvoinnin vajeita. Tuloköyhyys, ahtaasti asuminen, sosiaalisen tuen puute, stressi ja huonoksi koettu terveys yhdistyvät epäsuotuisaksi elämäntilanteeksi. Työttömyys, toimeentulo-ongelmat ja huono-osaisuus ovatkin työikäisten hyvinvoinnin keskeinen ongelma-alue. Hyväosaisten ja menestyvien rinnalle on tullut huono-osaisen ryhmä. Karvonen ym. (2006) ennakoivat, että ”jos työssäkäyvät ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevat muodostuvat kovin erityyppisistä ihmisryhmistä, ennen pitkää solidaarisuus ja viime kädessä yhteiskuntasopimus voivat kyseenalaistua”. Vuonna 2004 kerätyn aineiston mukaan runsas neljäsosa työikäisistä koki terveytensä ja hyvinvointinsa – koetun olotilansa – keskitasoiseksi, 7 prosenttia piti terveytään melko huonona tai huonona.

Vanhusten henkinen pahoinvointi

Vanhusten elämään tulee toimintakyvyn heikkenemistä, surua ja yksinäisyyttä, mitkä kaikki heikentävät mielenterveyttä.

Ala-Nikkolan (2003) mukaan vanhusten määrän lisääntyessä yhä useampi jää yksin ja kärsii menetetyntoimintakyvyn aiheuttamista vaikeuksista ja yksinäisyydestä, turvattomuudesta ja luottamuksen puutteesta. Yhteiskunnan kovat arvot lisäävät itsetunnon heikkenemistä ja edistävät masentumista. Hoivaköyhyys tuo yksilöiden elämään kohtuuttomia tilanteita ja arvottomuuden kokemuksia. Vaarama ym. (2006) tutkivat ikääntyneiden (yli 60-vuotiaat) omia käsityksiä elinoloista, toimintakyvystä, avun tarpeesta ja saannista, elämänlaadulle tärkeistä tekijöistä. Joka kymmenes tunsikin olevansa jatkuvasti yksinäinen, kymmenesosalla elämänlaatu oli hyvin huono. Iäkkäitten ryhmässä lisääntyvät eniten diabeteksen ohella dementoivat ja vanhuuteen liittyvät mielenterveyden häiriöt (Aromaa ym. 2005).

Tiikkainen (2006) tutki 80 vuotta täyttäneiden vanhusten yksinäisyyttä. Lähes kolmasosa kokee jossakin määrin yksinäisyyttä, yhdellä kymmenestä on yksinäisyyden tunteita lähes aina (myös Vaarama ym. 2006). Yksinäisyydessä on kaksi ulottuvuutta: 1) Emotionaalinen yksinäisyys, johon kuuluu kielteisiä tunteita ja masentuneisuutta. Sitä lisää leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky. 2) Sosiaalinen yksinäisyys ilmenee puutteellisiksi koettuina vuorovaikutussuhteina ja sitä lisäävät vähäiset ystäväkontaktit, mielialaongelmat sekä huono toimintakyky. Yksinäisyyden taustalla on usein menetyksiä, muutoksia ja kuolemantapauksia (Tiikkainen 2006).

Apua tarvitessaan vanhukset eivät saa yksilöllistä asiakassuhdetta, vaan joutuvat tapaukseksi muiden vastaavien tapausten joukkoon. Informaalinen hoivan vähäisyys ja omaisten kokematon voimattomuus ovat totta. Päätöksenteko tapahtuu ylimedikalisoituneessa, yli-institutionalisoituneessa ja yliprofessionalisoituneessa organisaatiossa, jossa asiakkaiden yksilölliseen kohtaamiseen jää liian vähän tilaa. Asiakkaan roolina on sopeuttaa tarpeensa palvelutarjontaan (Ala-Nikkola 2003). Osasta tulee onnettomia ja hauraita kotinsa vankeja.

Pohdintaa

Ainakin 1980-luvulta alkaen on yhä useammin saatu erilaisten tutkimusten tuloksena viitteitä ihmisten henkisestä pahoinvoinnista. Kysymyksessä on ilmiö, joka tunnustetaan sekä lapsilla että nuorilla, työikäisillä että ikääntyneillä. Henkinen pahoinvointi leviää perheissä, se vahvistaa nuorten syrjäytymiskehitystä, uuvuttaa aikuiset ja yksinäistää vanhukset. Pahoinvointi ei kuitenkaan yllä lääketieteellisesti määriteltävien sairauksien joukkoon, eikä sitä voi pitää sosiaalihuoltoon

oikeuttavana ongelmanakaan. Nykyisen mielenterveyskäsityksen mukaan kysymyksessä onkin henkisen hyvinvoinnin eli mielenterveyden dynaaminen vaihtelevuus, huonompi tai parempi mielenterveys, joka on yhteydessä yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen laatuun. Osittain tähän huonoon vointiin kytkeytyy monia moraalisia, elämäntaidollisia ja elämäntarkoitusta etsiviä aspekteja.

Se, että henkinen pahoinvointi ei täytä sairauden kriteereitä, ei oikeuta tekemään johtopäätöstä, etteivät nämä ihmiset tarvitse apua. Kiivailu itse aiheutetuista sairauksista ja palveluiden liiallisesta medikalisoitumisesta, keskustelu ”rupusakeista”, terveyspalveluiden turhista potilaista ja terveyskeskusten eksistentiaalisesti ahdistuneista asiakkaista näyttää muodostuvan lyömäaseeksi, joka lisää ainakin joidenkin henkisesti pahoinvoivien ihmisten kärsimystä ja vähentää entisestään vähenevää mielenterveyttä.

Ihmisten pahoinvointia ja palveluja tuottavan henkilöstön tieto-taito eivät voi kohtaantua hedelmällisellä tavalla, koska yritetään hoitaa ongelmaa, vaikka pitäisi ”tartuttaa” ja levittää hyvinvointia. Hyvinvointipalveluiden lähestymistapa paljastuu yksipuolisesti ongelmiin keskittyväksi, joten orientaatio on riittämätön ja kapea. On aihetta olettaa, että nykyiset hyvinvointipalvelut ja niissä toimiva henkilöstö teoreettisine toimintamalleineen eivät olekaan nykyisellään relevantteja henkisestä pahoinvoinnista kärsivän laajenevan ihmisjoukon auttamiseen. Kansalaisten hyvin- ja pahoinvoinnissa tapahtuneet muutokset uudistusta vaativina heikkoina signaaleina eivät ole tulleet havaituiksi. Tulevaisuudessa tarvitaan toimijoita, jotka ymmärtävät auttavan toiminnan laaja-alaisena hyvinvoinnin edistämisenä ja jotka lähtevät vahvistamaan kansalaisten mielenterveyttä, henkistä hyvinvointia häiriöitä hoitavan toiminnan ohella ja lisäksi. Tarvitaan myös toiminnalliset rakenteet ja organisaatiot, jotka mahdollistavat henkisen hyvinvoinnin tartuttamisen; nykyiset johtamis- ja toimintatavat eivät ole vielä ylittäneet tällaiseen avarakatseisuuteen.

Tulevaisuudessa uudistetaan kunta- ja palvelurakenteita. Tekninen uudistus ei kuitenkaan ole riittävä, vaan tarvitaan ihmisten avun tarpeiden nykyistä laaja-alaisempaa ymmärrystä, ajattelun avarakatseisuutta ja suvaitsevaisuutta, erilaisten tieteenteoreettisten orientaatioiden tunnistamista ja opiskelua niin, että käytäntö voi perustua ongelmien hoitamisen lisäksi ihmisten henkisen hyvinvoinnin edistämiseen ja ”tartuttamiseen”. Tarvitaan siis ihmissuhdetyöntekijöiden koulutuksen ja tutkimusvalmiuksien opetuksen sisältöjen uudistamista ja laajentamista niin, että valmentaudutaan olemaan kokonaisvaltaisesti apua tarvitsevien ihmisten tukena. Ihmisiä, jotka jo kärsivät köyhyyden, yksinäisyyden, työttömyyden, toimintakyvyttömyyden, päihteidenkäytön ja lopulta mielenterveyden heikkenemisen tuomasta tuskasta, on voitava auttaa auttamaan itsekin itseään, vaikkei heidän huono vointinsa olekaan nykyisten ongelma- ja sairausnäkemysten mukaisella tavalla poistettavissa.

Koulutuksellisten uudistusten lisäksi tarvitaan hyvinvointipalveluissa urautuneiden työn- ja vastuunjakojen uudistamista. On tarkistettava jo nyt, että toimintamallit ja lähestymistavat mahdollistavat vastaamisen kansalaisten hätään moniulotteisesti. Terveyskeskukset ovat olleet perustamisensa alusta lähtien eräänlaisia sairauskeskuksia, joita johtaa lääketieteellisen koulutuksen saaneet asiantuntijat. Malli ei sellaisenaan ole enää ihmisten voimien muututtua relevantti, vaan olisi aika perustaa hyvinvointikeskuksia.

Tulevaisuuden hyvinvointikeskukset voisivat olla toiminnaltaan nykyistä terveyskeskusta laaja-alaisempia niin, että niihin koottaisiin paikallista hyvää vointia ja terveyttä edistävää toimintaa ja tietoa sairaanhoidon lisäksi. Tavoitteena tulee olla henkisen hyvinvoinnin levittäminen ja ”tartuttaminen” nykyisen sairaanhoidon ohella. Nykyinen johtamismalli on uudistettava niin, että lääketieteellinen osaaminen kohdentuu asianmukaisesti tarpeisiin ja hoito- ja sosiaalityöntekijöiden osaaminen saadaan täysimääräisenä ja laajenevana kansalaisten hyödyksi. Toimijoiksi uusiin hyvinvointikeskuksiin tarvitaan nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön lisäksi kansalaisjärjestöjen toimijat ja erilaiset vapaaehtoistyöntekijät, myös yrittäjät, kuten jalkojen ja käsien hoitajat, kampaajat, hierojat ja liikunnanohjaajat. Tavoite olisi, että jokaisen hyvinvoin-

tialueen koko väestö tunnetaan ja siitä huolehditaan, jokaisen yksinäisen luona käy esimerkiksi joku vapaaehtoistyöntekijä, jotta vältetään loputon yksinäisyys ja avuttomuuteen perustuva kärsimys. Kansalaisten sosiaalisia yhteyksiä ja toimintakykyisyyttä vahvistetaan ja mielenvireyttä vaalitaan kerhoissa, vertaistukiryhmissä ja yhteislaulutilaisuuksissa. Lasten, nuorten ja perheiden selviytymistä tuetaan, harrastus- ja koulutusmahdollisuuksia kehitetään paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Tekninen välineistö tuodaan kansalaisten ulottuville hyvinvointia ja ajan tasalla pysymistä lisäävänä elementtinä niin, ettei kukaan syrjäydy.

Kuntien tehtävänä on kuntalain mukaan huolehtia asukkaattensa hyvinvoinnista. Tämän perusteella kunnallispolitiikassa tullaan tarvitsemaan entistä enemmän joustavuutta ja keskittymistä hyvinvointia edistävän kulttuurin luomiseen. Kansalaisten ja asiakkaiden omien ehdotusten ja toivomusten huomioimisen vaatimus tulee kasvamaan, samoin tiedotuksen, hoivan ja huolenpidon vaatimus tulee lisääntymään. Jo nyt kolmasosa palveluja etsivistä on sitä mieltä, ettei omia toivomuksia oteta huomioon riittävästi (Muuri 2006), joten on oletettavissa, että tämä ääni vahvistuu varsinkin suurten ikäluokkien siirtyessä apua etsivien joukkoon. Vaarama ym. (2006) muistuttavat myös siitä, että on aika lopettaa ikärasistinen puhe ikäihmisistä taakana ja rasitteena. Kunnissa ja tulevaisuuden kuntayhtymissä, seuduilla, voitaisiin kilpailla siitä, missä väestö kokee voivansa parhaiten, missä kansalaiset toimivat aktiivisesti itse alueensa kehittämiseksi, missä muuttoliike vähenee ja missä nuoretkin löytävät uusia koulutus-, opiskelu- ja yrittämismahdollisuuksia, missä kansalaiset luovat uusia innovatiivisia toiminoja ja missä on vähiten yksinäisyyttä. Henkinen hyvinvointi vahvistuu siellä, missä yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus on suotuisaa.

Henkinen pahoinvointi on kaikissa ikäryhmissä ilmenevää kärsimystä, joka saa käytännössä monia erilaisia piirteitä: se on fyysistä kipua, psyykkistä pahoinvointia, hengellistä ja moraalista ahdistusta, tuskaa, masennusta, sosiaalista eriarvoisuuden ja syrjinnän kokemusta, häpeää, syyllisyyttä, köyhyyttä, elämänhallinnan menetystä, pettymyksiä, väsymystä, yksinäisyyttä ja uupumusta ja päihteisiin turvautumista. Yltyessään, toistuessaan ja jatkuessaan nämä kokemukset voivat murtaa ihmisen identiteetin, jatkuvuuden, luottamuksen, tulevaisuudenuskon ja lopulta koko elämän perustat. Jos elämän perustat järkkyvät, uhkaa ihminen jäädä emotionaaliseen, sosiaaliseen ja toiminnalliseen irrallisuuteen ja merkityksettömyyteen eli anomiaan (Utriainen 2004). Tämä kehitys kasvaa ja vahvistuu, turvattomuus ja väkivaltaisuus lisääntyy, köyhät köyhtyvät ja luottamus yhteiskunnan rakenteisiin murenee. Lapset kasvavat kurjuuteen, nuoret ajautuvat rikollisuuteen ja syrjäytymiseen, mellakointi ja väkivaltaisuus lisääntyy eli yhteiskuntarauha alkaa murentua. Henkisen pahoinvoinnin hiipivä lisääntyminen on tästä kehityksestä jo vahva signaali, jonka tulee herättää yhteiskuntapolitiikan suunnannäyttäjät. Henkistä pahoinvointia, joka voidaan nyt ymmärtää heikentyneenä mielenterveytenä, tulee lähestyä koko yhteiskuntapolitiikassa ilmiönä, johon tarvitaan kiireesti uudet konstit. Ongelmakeskeisen ja ihmisten hyvinvointia murentavan ”markkinataloustoiminnan” rinnalle on kehitettävä ihmisiä kunnioittava, välittävä ja rakastava kulttuuri, jossa suositaan luottamusta, ihmisten monien voimavarojen vaalimista ja lisätään hyvää mieltä. Henkinen pahoinvointi on tämän ajan haaste ja henkiseen hyvinvointiin on olemassa tienviittoa, kuten edellä mainittu Halldórsdóttierin (1996) välittävä, kunnioittava ja arvostava tapa suhtautua apua tarvitseviin. Se on tapa, joka lisää sosiaalista pääomaa ja henkistä hyvinvointia. Tulevan valtioneuvoston on aika fokusoida yhteiskuntapolitiittinen toimintansa kansalaisten henkisen hyvinvoinnin lisäämiseksi, jos aiotaan menestyä kansana tulevaisuuden globalisaatiassa.

LÄHTEET

- Ala-Nikkola, M. (2003). Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Väitöskirja. Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Arinen, S. & Häkkinen, U. & Klaukka, T. & Klavus, J. & Lehtonen, R. & Aro, S. (1998). Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystieteen tutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes, KELA ja SVT, Helsinki.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.
- Aromaa, A. & Huttunen, J. & Koskinen, S. (2005). Yhteenvedo väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Kirjassa: Aromaa, A. & Huttunen, J. & Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) s. 444–460. Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, KTL, Helsinki.
- Bardy, M. & Salmi, M. & Heino, T. (2001) Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000 -luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263, Stakes, Helsinki.
- Eräsaari, L. (2006). New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Kirjassa: Helne T & Laatu M. (toim.) Vääryyskirja, s. 87–101. KELA, Helsinki.
- Haatainen, K. (2004). Hopelessness in a general population of Finnish adults. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Halldórsdóttir, S. (1996). Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory. Doctoral dissertation. Linköping University, Linköping.
- Hiilamo, H. & Hytti, H. & Takala, P. (2005). Työikäiset toimeentuloturvan vähimmäisetuuksien saajina. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 42, KELA, Helsinki.
- Kantola, A. & Kautto, M. (2002). Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000 -luvulla. Sitra & Edita, Helsinki.
- Karvonen, S. & Lahelma, E. & Winter, T. (2006). Työikäisten terveys ja hyvinvointi 2000 -luvun alussa. Kirjassa: Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006, s. 78–103. Stakes, Helsinki.
- Lahtinen, E. & Lehtinen, V. & Riikonen, E. & Ahonen J. (1999). Framework for Promoting Mental Health in Europe. Stakes, Helsinki.
- Leinonen, J. (2004). Families in Struggle. Child Mental Health and Family Well-being in Finland During the Economic Recession of the 1990s: The Importance of Parenting. Väitöskirja. Tutkimuksia 143, Stakes, Helsinki.
- Luopa, P. & Räsänen, M. & Jokela, J. & Rimpelä, M. (2005). Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset tulokset vuosina 1999–2004. Aiheita 12/2005. Stakes, Helsinki.
- Luopa, P. & Pietikäinen, M. & Jokela J. (2006). Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005. Työpapereita 25/2006. Stakes, Helsinki.
- Mannila, S. & Martikainen, P. (2005). Työttömyys. Kirjassa: Aromaa, A. & Huttunen, J. & Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) s. 62–64. Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, KTL, Helsinki.
- Metteri A. (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. YTY ry, Helsinki.
- Moisio P. (2006). Kasvanut polarisaatio lapsiperheiden parissa. Kirjassa: Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006, s. 36–56. Stakes, Helsinki.
- Mustonen, H. & Simpura, J. (2005). Alkoholien käyttö. Kirjassa: Aromaa, A. & Huttunen, J. & Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) s. 105–110. Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, KTL, Helsinki.
- Murto, L. (2006). Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Kirjassa: Helne, T. & Laatu, M (toim.) Vääryyskirja, s. 135–144. KELA, Helsinki.
- Muuri A. (2006) Sosiaalipalvelut vuonna 2004 - Väestön mielipiteitä ja asiakkaiden palvelukokemuksia. Kirjassa: Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006, s. 204–233. Stakes, Helsinki.
- Mäntysaari, M. (2006). Syrjiikö sosiaalityö? Kirjassa: Helne, T. & Laatu, M (toim.) Vääryyskirja, s. 115–132. KELA, Helsinki.
- Niemi, R. (2006). Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisen yksilölliset elämäntilanteet. Kirjassa: Helne, T. & Laatu, M (toim.) Vääryyskirja, s. 61–75. KELA, Helsinki.
- Nuorvala, Y. & Metso, L. (2005) Päihdepalvelut. Kirjassa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, s. 76–91, Stakes, Helsinki.
- Oksanen, A. (2006). Haavautuva minuu: väkivallan barokki kontrolliyhteiskunnassa. Väitöskirja. sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Pohjola, A. (2002). Pahan säikeitä auttamistyössä. Kirjassa: Laitinen, M. & Hurtig, J. (toim.) Pahan kosketus, ihmisyden ja auttamistyön varjojen jäljillä, s. 42–62, PS-kustannus, Jyväskylä.
- Rantanen J. (2005) Työelämä. Kirjassa: Aromaa, A. & Huttunen, J. & Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) s. 58–61. Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, KTL, Helsinki.

- Rimpelä, M. & Luopa, P. & Räsänen, M. & Jokela, J. (2006). Nuorten hyvinvointi 1996–2005 – Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat? Kirjassa: Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006, s. 57–77. Stakes, Helsinki.
- Ritakallio, V.-M. (2001). Tuloerot ja köyhyys kansainvälisessä vertailussa 1980–1995. Kirjassa: Heikkilä, M. & Karjalainen, J. (toim.) Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros, s. 17–42, Gaudeamus, Helsinki..
- Roos, J. P. (2006). Miksi Suomessa ei saa muutoksia väriin päätöksiin? Kirjassa: Helne, T. & Laatu, M. (toim) Vääryyskirja, s. 213. KELA, Helsinki.
- Salmi, M. & Huttunen, J. & Yli-Pietilä P. (1996). Lapset ja lama. Raportteja 197, Stakes, Helsinki.
- Sohlman, B. (2004) Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Väitöskirja. Tutkimuksia 137, Stakes, Helsinki.
- Sohlman, B. & Immonen, T. & Kiikkala I. (2005). Ongelmallinen mielenterveys. Yhteiskuntapolitiikka vol. 70, 2/2005, 210–213.
- Taskinen, S. (2005) Lasten ja lapsiperheiden palvelut. Kirjassa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, s. 20–35, Stakes, Helsinki.
- Tedre, S. (2006) Asunnon vangit - ulospääseminen sosiaalisena ongelmana. Kirjassa: Helne, T. & Laatu, M. (toim) Vääryyskirja, s. 161–171. KELA, Helsinki.
- Tiikkainen, P. (2006) Joka kolmas vanhus kokee itsensä yksinäiseksi. Väitöskirja. Gerontologian laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Trent, D. (1992). Breaking the single continuum. Kirjassa: Trent, D. (toim.) Promotion of Mental Health, 117–125. Aldershot, Avebury.
- Utriainen, T. (2004) Suojaavat kehykset ja alaston kärsimys. Kirjassa Honkasalo, M.-L. & Utriainen, T. & Leppo, A. (toim.) Arki satuttaa, s. 226–252. Vastapaino, Tampere.
- Vaarama, M. & Luoma, M.-L. & Ylönen, L. (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Kirjassa: Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006, s. 104–133. Stakes, Helsinki.
- Wahlbeck, K. (2005) Mielenterveyspalvelut. Kirjassa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, s. 60–75, Stakes, Helsinki.

MIKSI PERHETUTKIMUKSEN PITÄISI KIINNOSTUA VANHUUDESTA?

SIRPA ANDERSSON, tutkija
Stakes

Otan esiin kaksi ajankohtaista esimerkkiä perhetutkimuksen ja ikääntymisteeman yhteenliittymisestä. Esimerkkien avulla tuon näkyviin, että perheellä on merkitystä ihmisen koko elämän ajan, eikä vain silloin kuin eletään pikkulapsi-perhevaihetta: Tänä syksynä uutisoitiin kyselystä, jossa kuntien virkamiesjohdolta oli kysytty mielipiteitä vanhusten asumis- ja hoivapalveluiden järjestämisestä tulevaisuudessa (Taloustaito 9/2006, Päättäjät nojaavat vanhusten omaishoitoon). Sen mukaan johtavat virkamiehet uskovat, että suurin osa näistä palveluista järjestetään jatkossakin nykyiseen tapaan kunnan omana vanhustenhuoltona. Kuitenkin palveluiden ulkoistamisen arvioidaan lisääntyvän. Mutta virkamiehet luottavat myös omaishoivan kasvuun ja näkevät, että näin ratkaistaan osaltaan erityisesti lähitulevaisuudessa lisääntyvää vanhusten hoidon ja palvelujen tarvetta ja kysyntää. Moni kuitenkin epäilee tätä: mistä löytyvät ne uudet omaishoivaajat, kun toisaalta työelämään tarvitaan ikäluokkien pienessä kaikki kynnelle kykenevät aikuiset nuorimmasta vanhimpaan.

Toinen esimerkki on lasten elämästä. Suomessa on perinteisesti suhtauduttu varauksellisesti ja torjuvasti siihen, että isovanhemmat ottaisivat huolenpito- ja kasvatustuon lapsesta tilanteessa, jossa lapsen omat vanhemmat syystä tai toisesta eivät voi jatkaa lasten huoltajina. Nyt tätä kysymystä on alettu avata ja Ruotsin käytännöt ja kokemukset ovat olleet siinä vertailukohtana. Asiassa ollaan ottamassa varovasti askelia myönteisemmän suhtautumisen suuntaan. Vuonna 2001 valmistui raportti sijoituksista sukulaisperheisiin lastensuojelussa (Heino 2001). Raportissa ilmenee, että lastensuojelun piirissä sukulaisten rooli on hyvin vaikea ja vaatii paljon paneutumista. Sosiaalityön työkalut vaihtelevat siinä, miten suhtaudutaan yhtäältä lasten sijoittamiseen sukulaisperheeseen ja toisaalta näiden sukulaisperheiden tukemiseen. Kuitenkin tästä on myös runsaasti myönteisiä kokemuksia.

Näiden kysymysten ja ongelmien pohtimista ja tulevaisuuden käytäntöjen suuntaamista helpottaisi, jos meillä olisi enemmän tietoa perheistä, joissa aikuiset lapset ovat muuttaneet pois ja pariskunta jatkaa yhteiselämäänsä kahdestaan. Tiedetään hyvin vähän vanhojen perheiden, aikuisten lasten ja lastenlasten keskinäisistä suhteista. Ikääntyneet ovat sekä avun ja hoidon saajia että antajia. Tieto vanhoista perheistä, niiden voimavaroista, perhe-elämän dynamiikasta ja sosiaalisista suhteista toisi tärkeän lisän yhteiskunnallisten muutosten ja tulevaisuuden pohdintaan. Jonkin verran on tutkittu ylisukupolvisia sosiaalisia ongelmia ja köyhyyden periytymistä, mutta tiedämme vain vähän ylisukupolvista perheiden voimavaroista.

Yksinasuvien määrä kasvaa

Yksiasuvien määrä kasvaa erityisesti kaupungeissa. Vuonna 2005 Suomessa asutokunnista 40 prosenttia oli yhden henkilön asutokuntia. Näistä jo nyt suuri osa on ikääntyneitä ja tulevaisuudessa yksin eläviä vanhuksia on paljon nykyistä enemmän. Yksinäisyys on yhä suurempi ihmisten hyvinvointia uhkaava tekijä. Samaan aikaan myös vanhojen perheiden määrä kasvaa. Eliniän odote on edelleen nousussa ja miesten ja naisten eliniän ero pienenee jonkin verran tulevaisuudessa.

TAULUKKO 1. 70 ja 80 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten määrät ja avioliittoisuus vuosina 1990, 2005 sekä ennuste vuodelle 2015

Vuosi	Sukupuoli ja ikä	N kaikkiaan	Heistä avioliitossa	%
1990	Miehet 70+	147 452	98 780	67
	Naiset 70+	302 912	70 213	23
	Miehet 80+	39 328	20 452	52
	Naiset 80+	104 208	10 553	10
2005	Miehet 70+	223 564	151 152	68
	Naiset 70+	375 167	116 465	31
	Miehet 80+	61 669	35 797	58
	Naiset 80+	150 778	22 311	14
2015	Miehet 70+	293 295		
	Naiset 70+	424 139		
	Miehet 80+	87 945		
	Naiset 80+	170 924		

(Tilastokeskus, väestötilasto 2006)

Vanhat naiset ovat usein leskiä, kun taas vanhoista miehistä suuri osa elää yhdessä vaimon kanssa (taulukko 1). Avioliitossa olevien miesten määrä on kasvanut viidessätoista vuodessa ja vuonna 2005 avioliitossa eläviä yli 70-vuotiaita oli yli 150 000 (68 %) ja yli 80-vuotiaitakin yli 35 000 (58 %). Vastaavat naisten luvut olivat vajaa 120 000 (31 %) ja noin 22 000 (14 %). Nekin ovat suuremmat kuin vastaavat luvut vuonna 1990.

Kun vuonna 2015 yli 70-vuotiaiden määrän ennustetaan olevan yli satatuhatta suurempi kuin vuonna 2005, voidaan arvioida, että vanhoja parejakin on kymmeniä tuhansia enemmän kuin nyt. Pitkäikäisyys yleistyy edelleen ja se merkitsee sitä, että vaikka avioerotkin yleistyvät niin yhä useampi pariskunta elää vanhuuttaan kahdestaan kotona. Tämä kahdestaan selviytyminen on yhteiskunnalle tärkeä voimavara.

Perhe pitää pintansa

Perheen käsite yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa ei ole selvärajainen, eikä perheestä ole yhtä, yhteisesti sovittua määritelmää. Perhe ja koti eivät ole yksi, luonnollinen ja muuttumaton instituutio tai käsite niin kuin ideologinen puhe voi antaa ymmärtää (Häggman 1992). Aikuisien, muualla asuvien lasten sijainti perherakenteessa ei ole selkeä. Tutkijan on määriteltävä "oma perheensä" esimerkiksi kysymällä tutkittavilta mikä on hänen perheensä.

Perheiden tutkimus meillä on ollut ja on pääasiassa lapsiperheiden tutkimusta. Esimerkiksi arjen ja elämäntavan kysymyksiä pohditaan meillä eniten perheen ja työn yhteensovittamisessa. Perheen uudet muodot, yksinhuoltajuus, uusperheiden todellisuus, avioitumisen ja perheellistymisen myöhentyminen sekä lapsettomuusongelmat ja vapaaehtoinen lapsettomuus ovat ilmiöitä, joita perhetutkimuksen on tärkeä käsitellä.

Samaan aikaan, kun avioerot ovat nykyisin yleisiä, avioliittoja solmitaan edelleen runsaasti ja lapset syntyvät useimmiten perheisiin. Aikuisien elämässä vanhemmuus ja myös isovanhemmuus ovat edelleen keskeisiä ja tärkeitä rooleja. Perheet tuottavat edelleen monenlaista vastavuoroista tukea ja apua sukupolvien välillä ja kesken huolimatta monista tuntuvista ja todellisista perherakenteen muutoksista.

Terveyden lisäksi parisuhde, perhe ja lapset ovat toistuvasti nousseet kärkeen, kun ihmisiltä on kysytty heidän arvoistaan. Perheestä on tullut jopa entistä tärkeämpi ja esimerkiksi Osmo Kontula kysyy, tulisiko perhepolitiikka nostaa lähivuosina ja vuosikymmeninä hyvinvointi- ja yhteiskuntapolitiikan erityiseksi painoalueeksi (Kontula 2004). Perhepolitiikan keskeistä sisältöä on lapsista aiheutuvien kustannusten tasaaminen. Tärkeää on myös kotityön arvostuksen lisääminen. Tässä olisi myös sukupolvien toisilleen antaman avun ja tuen näkyväksi tekemisen paikka.

Ihmiset tarvitsevat perhettä eri tavoin eri-ikäisinä ja eri elämän vaiheissa. Ikääntyneet saavat ja antavat tukea puolisoilleen ja aikuisille lapsilleen. Perheenjäsenet ovat vanhoillekin ihmisille tärkeitä, heihin pidetään yhteyttä, ja heidän hyvinvoinnistaan huolehditaan. Tarvitsemme kuitenkin tästä lisää tietoa perhetutkimuksen avulla. Voidaan jopa kysyä, tarvitaanko Suomessakin gerontologista perhetutkimusta. Yhdysvalloissa, jossa perhetutkimusta on harrastettu myös gerontologian piirissä, on esitetty, ettei ikääntyneiden tarvitseman hoivan kysymyksiä tulisi tarkastella vain hoivan tarjoajien (aikuisen lasten) näkökulmasta. Suomeen sovellettuna tämä merkitsee esimerkiksi, että vanhan ihmisen tulisi omaishoitotutkimuksessa olla joskus myös subjekti eikä aina vain objekti. Vanhenemista ja perhe-elämää koskevat kysymykset edellyttävät perheen paikan ymmärtämistä sosiaalisessa järjestyksessä. (Blieszner & Bedford 1995.)

Yllä mainitussa amerikkalaisessa artikkelikokoelmassa esitellään useita tutkimuksia, joiden perheteemat voisivat hyödyttää suomalaistakin gerontologiaa. Esimerkiksi seuraavia teemoja olisi hyvä tutkia:

- vanhuus ja sukulaisuussuhteet
- ikääntyneiden sisarusten suhteet
- vanhat vanhemmat ja heidän eläkkeelle jäämässä olevat lapsensa
- perhe ja ystävyysuhteet elinkaarella
- eri sukupolvien kuolemaa koskevat käsitykset
- leskeys
- ikäihmiset perheenä ja vanhusten palvelut
- vanhojen perheiden kulttuurinen kirjo.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa elämänkulkua, sukupuolta, sosioemotionaalista vaihtelevuutta ja perheen sisäistä solidaarisuutta koskevat teoriat ovat auttaneet lisäämään ymmärrystä perheen keskinäisestä hoivasta, vanhempien ja lasten suhteista, aviosuhteen muutoksista ja isovanhemmudesta.

Suomessa suurten ikäluokkien tulo eläkeikään on virittänyt hankkeen¹, jossa tutkimuskysymys on mitä suurten ikäluokkien perheille tapahtuu tässä eläkkeelle jäämisen vaiheessa ja minkälaisia suhteita ja yhteyksiä kehittyy. Perhe määritellään tässä tutkimuksessa systeeminä, joka käsittää vähintään kolme sukupolvea ja ulottuu näin ydinperheen rajojen yli. Siinä tutkitaan suuriin ikäluokkiin kuuluvien suhteita omiin vanhempiinsa ja aikuisiin lapsiinsa. Tutkimuksen kysymyksiä ovat kuinka tiivistä on yhteydenpito, miten paljon annetaan/saadaan taloudellista tukea, miten huolenpidon ja hoivan kysymykset jäsentyvät ja miten niihin vaikuttaa julkisen sektorin toimenpiteet. Siinä tarkastellaan myös eroja miesten ja naisten välillä. Tutkimussuunnitelmassa mainitaan kiinnostavasti, ettei esimerkiksi YK:n maailmankonferenssissa naisten aseman edistämiseksi Pekingissä 1995 naisten rooli isoäiteinä tullut mitenkään huomioituksi, eikä edes mainituksi, vaan keskustelu käytiin työn ja perheen yhteensovittamisen ympärillä.

¹ Suomen akatemian rahoittama tutkimus: Sukupolvien ketju - suuret ikäluokat ja sukupolvien väliset vaihdot Suomessa, Helsingin yliopisto.

Vanhoiden perheiden palvelut

Perhetutkimuksen näkökulmat hyödyttäisivät ikääntyneiden pariin elämänsä elämisen ymmärtämistä ja antaisivat eväitä palvelujen järjestämiseen. Asumisratkaisut ovat yksi mielenkiintoinen elämäntilanne, jossa moni eläkkeelle jäänyt tekee ratkaisun yhdessä puolisonsa kanssa. Antti Karisto pohtii eläkeläisten muuttamista ja kysyy: maalle, mökille, etelään vai keskustaan (Karisto 2000). Senioritaloja rakennetaan paljon kaupungeissa ja niiden kysyntä on suurta. Asunnonostajana on tällöin usein pariskunta, joka on myynyt omakotitalonsa. Varustetasoltaan hyvässäkin omakotitalossa saattoi kiinteistön hoitaminen olla liian raskasta. Senioritalon esteettömässä asunnossa kaupungin keskustassa ollaan lähellä kaikkia palveluja. Voimavarojen vähetessä kotiin tarvitaan kuitenkin palveluja, joita on sitten kyseltävä kunnalta tai palveluyrittäjältä. Palveluasuminen on jos selkeämmin varautumista hoivan tarpeisiin ja nykyisellään palvelutalossa asuvilla avun ja hoivan tarve onkin jo suuri. Seniori- ja palveluasumisen konseptia tulisi selkiyttää.

Eläkkeelle jääneet pariskunnat viettävät entistä enemmän aikaa kesämökillä ja sen muuttaminen talviasuttavaksi on monen mielestä. Mikä on mökkikunnan vastuu palvelujen järjestäjänä, onkin jo monesti esitetty kysymys. Tai sitten eläkkeellä harkitaan jopa kokonaan maalle muuttamista. Seuraako uusi muutto taas kun toinen puolisoista sairastuu tai kuolee, sillä omakotiasumisen haasteet tulevat tässäkin eteen. Omaisten on vaikea ryhtyä hoivaamaan, jos välimatka on esteenä. Tärkeää olisi, että tulevaisuudessa vanhat ihmiset voisivat vanheta asunnossaan ilman pohdintaa: Kuinka kauan pärjään tässä asunnossa... pärjääkö vielä huomenna? (Åkerblom & Åkerblom 1994.) Tärkeää on ymmärtää vanhojen pariskuntien arkielämää ja sen dynamiikkaa, joka on asumis- ja muuttamispäätösten takana. Paikallaan vanheneminen on arvossaan, erityisesti puolison kanssa.

Gerontologinen sosiaalityö on kunnissa vähäistä. Se on kuitenkin tärkeä näkökulma ikääntyneiden perheiden elämään ongelmia ennalta ehkäisevänä ja kuntouttavana työnä (Karjalainen & Sarvimäki 2005). Ikä ei määritä palvelutarvetta, ja vanhoillakin ihmisillä on toimeentuloon, päihteisiin tai ihmissuhteisiin liittyviä ongelmia. Gerontologisessa sosiaalityössä työntekijä tarvitsee ymmärrystä parisuhteen dynamiikasta. On osattava kuunnella molempia.

Myös homo- ja lesboparit vanhenevat. Etniset erot perheeroissa tulevat asettamaan uutta pohdintaa sosiaalipalvelujen käytännöissä. Entä lapsettomien vanhojen pariskuntien tilanne? Tämä kaikki haastaa sosiaalialan työntekijöiden tietotaidot. Sosiaalityöntekijöiden eettisiä kysymyksiä pohdineessa seminaarissa todettiin äskettäin että, ”vanhustenhuollon palvelujärjestelmän joustamattomuus näkyy siinä, että vanhustenhuollon asiakkaana nähdään yleensä vain vanhus itse, eikä esimerkiksi omaishoitajaa ja vanhusta hoitavaa lähipiiriä, jotka tarvitsisivat niin ikään tukea ja apua tehtävään” (Liisa Viljaranta).

Gerontologista perhetutkimusta vai perhegerontologiaa?

Vanhoissa perheissä ajankäyttö yhtenäistyy ja esimerkiksi kotitöitä tehdään yhdessä. Huolenpito on perhetutkimuksessa tunnistettu lapsiperheiden tehtäväksi, mutta ikääntyvät parit nostavat sen uudelleen esiin, sillä kotona pärjäämisessä puolisoiden keskinäinen apu, tuki ja turva ovat erittäin tärkeitä. Kun vanha ihminen tässä perhetilanteessa alkaa tarvita apua, on avun otettava huomioon pariskunnan yhteiselle perhe-elämälleen antama merkitys, niin ettei heitä esimerkiksi eroteta toisistaan organisaatioiden ja hallinnon vaatimien ratkaisujen perusteella.

Vanhoilla ihmisillä on kokemusta useista perhemuodoista: ensin oma lapsuuden perhe, sitä seurannut oman perheen perustaminen ja lapsiperhe ja sen jälkeen se perheen vaihe, joista amerikkalaisessa kirjallisuudessa käytetään termejä ”post-child ages” ja ”later life families”. Haluaisin, että etsisimme tietoa näistä elämänvaiheista ikääntyneiden omasta näkökulmasta ja luottaen heidän omaan arviointikykyynsä. Tutkimuskysymyksistä ei olisi puutetta gerontologian näkökulmastaan ja tuloksilla olisi käyttöä vanhenevassa yhteiskunnassa.

LÄHTEET

- Blieszner, Rosemary & Bedford, Victor (toim.) (1995). Handbook of Aging and the Family. Greenwood Press.
- Heino, Tarja (2001). Sijoitukset sukulaisperheisiin lastensuojelussa. Stakes, Aiheita 19/2001.
- Häggman, Kai (1992). 1800-luvun perhe: murros ihanteissa ja käsitteissä. Kirjassa Alanen Leena & Kähkönen Päivi (toim.) Arki, perhe, politiikka. Näkökulmia perheeseen ja perhetutkimukseen. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisu 3/1992.
- Karisto, Antti (toim.) (2000). Suomalaiselämää Espanjassa. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Kansanelämän kuvauksia 49. Jyväskylä.
- Karjalainen, Pekka & Sarvimäki, Pirjo (toim.) (2005). Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2005:13.
- Kontula, Osmo (2004). Perhepolitiikka käännekohdassa. Perhebarometri 2004. Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos Katsauksia E18.
- Åkerblom, Satu & Åkerblom, Ralf (1994). Palveluasuminen. Tausta - toteutus - tulevaisuus. Ympäristöministeriö. Tutkimusraportti 3.

KATOAAKO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO eUTOPIAAN?

PERSEPHONE DOUPI, erikoistutkija
 HANNELE HYPPÖNEN, kehittämispäällikkö
 PÄIVI HÄMÄLÄINEN, ryhmäpäällikkö
 JARMO KÄRKI, projektipäällikkö
 TERO MELTTI, erikoissuunnittelija
 Stakes

Lähtökohdat – viimeiset kymmenen vuotta

Tämän artikkelin tavoitteena on ennakoida tietoteknologiakehityksen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisiin tulevaisuuksiin, eri vaihtoehtoihin johtavia kehityspolkuja, sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan roolia suomalaisessa tietoyhteiskuntakehityksessä. Tarkastelu rajataan tulevaan 10–15 vuoteen.

Tietoteknologia on ollut osa sosiaali- ja terveydenhuollon arkea jo 1970-luvulta lähtien, jolloin alettiin kehittää toimintayksiköiden omia tietojärjestelmiä. Tietojärjestelmien käyttöönotto eteni paikallisesti teknologian kehittyessä. Suurempi kehityssysäys tapahtui 1990-luvulla, kun internetin leviäminen ja laajempi tietoyhteiskuntakehitys toivat mukanaan mahdollisuuden kehittää reaaliaikaista sähköistä asiakastietojen vaihtoa eri toimintayksiköiden välillä. Saumaton tiedonkulku ja yhteensopivat tietojärjestelmät edellyttivät sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian valtakunnallista koordinoitua. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisikin tietoteknologian hyödyntämisstrategian vuonna 1996. Strategia liittyi 1990-luvun puolivälin tietoyhteiskuntakehityksen poliittiseen valmisteluun. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tason ohjaus kohti tietoyhteiskuntaa on jatkunut siitä lähtien. Strategian tavoitteita on toimeenpantu lukuisissa työryhmissä, rahoituspäätöksin sekä kokeilulaeilla ja -asetuksilla. (Hyppönen ym. 2005.)

1990-luvulla tehtyjen kansallisten linjausten päähuomio oli Suomen kilpailukyvyssä, työvoiman osaamisessa sekä kansalaisten valmiuksissa ja mahdollisuuksissa päästä käyttämään tietotekniikkaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen esitettiin siirtävän hoitoa laitoksista koteihin, lisäksi tieto- ja viestintäteknikkaa hyödyntämällä odotettiin tehostettavan organisaatioiden välistä viestintää, synnyttävään uusia toimintamalleja sekä keinoja tukea kansalaisten itsenäistä suoriutumista. Tietoteknologian hyödyntämisen tavoitteeksi asetettiin palvelujen saumattomuus, tietoturvallinen sähköinen asiointi sekä asiakkaiden tietosuoja. (STM 1995.)

Tietoteknologian hyödyntämisstrategiaa päivitettiin vuonna 1998. Strategiapäivityksessä korostettiin sähköisten potilaskertomusten käyttöönottoa, niiden alueellista ja kansallista yhteensovittamista sekä tietoturvaa ja tietosuoja. Tärkeänä pidettiin myös palveluketjujen hallinnan parantamista ja sitä, että kansalaiset pääsevät internetin välityksellä katselemaan ja hallitsemaan omia tietojaan. Tavoitteiden toteutumisen edistämiseksi säädettiin vuonna 2000 sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilua koskeva laki.

1990-luvun lopulla valtakunnalliseen tietojärjestelmäkokonaisuuteen pyrittiin alueellisen integroinnin kautta. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi tukea alueellisille tietojärjestelmähankkeille, kuten Makropilotille. Tämän jälkeen kehitys jatkui saumattoman palveluketjun kokeiluna, joka laajeni valtakunnalliseksi kokeiluksi, sekä sähköisen reseptin kokeiluna ja osana kansallisten sosiaalialan ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden toimeenpanoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian kehittämisen painopiste on 2000-luvulla siirtynyt alueellisesta toiminnasta kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin toteuttamiseen. Vaikka tietoteknologian käyttö on edennyt huomasti vuodesta 1996, ovat monet strategian alkuperäiset visiot ja tavoitteet kansalaisten voimaantumisen ja palvelujen sektorirajat ylittävästä saumattomuudesta jääneet käytännössä toistaiseksi toteutumatta. (Hämäläinen & Hyppönen 2006).

Kuvaamamme sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiakehityksen kehityshistorian kautta siirrymme esittelemään nykytilaa. Tämän jälkeen artikkelissa paikannetaan näköpiirissä olevia toimintaympäristön sosiaalisia, toiminnallisia, rakenteellisia ja teknologisia muutoksia hyödyntäen olemassa olevaa kirjallisuutta ja asiantuntija-arvioita. Paikannuksista siirrytään esittelemään kolme vaihtoehtoista tulevaisuuden skenaariota, jotka perustuvat kirjallisuuteen ja asiantuntija-arvioihin. Lopuksi pohditaan skenaarioiden toteutumisen seurauksia suomalaiselle sosiaali- ja terveyspolitiikalle. Keskeisiä kysymyksiä esitellään erityisesti kansalaisten näkökulmasta. Haastamme lukijan pohtimaan, mitä sosiaali- ja terveyspolitiikassa on tehtävä, jotta toivottu tulevaisuus on mahdollista saavuttaa.

Tietoteknologian nykytila sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiakehityksen nykytilaa tarkastellaan omissa alaluvuissaan, sillä niiden kehittäminen on tapahtunut pääasiassa toisistaan erillään. Kehittämisen erillisyydestä johtuen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tietoteknologioiden tilat ovat tänä päivänä eri kehitysvaiheissa. Lisäksi aloilla on myös erityispiirteitä, jotka ovat osaltaan tukeneet kehityksen eriytymistä.

Erilaisuudesta ja erivaiheisuudesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiakehityksessä on paljon yhteisiä piirteitä ja kosketuspintoja. Molempien alojen tulevaisuuden suuntana näyttäisivätkin olevan yhä integroidummat ja yhtenäisemmät ratkaisut.

Terveydenhuollon tietoteknologian nykytila

Suomen terveydenhuolto on jo melko pitkällä tietoyhteiskuntakehityksessä. Sähköinen potilaskertomus on käytössä lähes kaikissa terveyskeskuksissa, sairaanhoitopiireissä sekä yksityisillä palveluntuottajilla. Suomalaisten terveystiedot välitetään teleoperaattoreiden ylläpitämässä laajakaistaverkoissa noudattaen moderneja tietosuojaj- ja tietoturvastandardeja. Potilastietojen välitys on edennyt kahdenvälisestä tiedonkulusta alueelliseen tiedonvälitykseen, ja on edelleen laajenemassa kansallisen tason ratkaisuihin. Alueellista tiedonvaihtoa varten on rakennettu hakemistojärjestelmiä, joilla voidaan etsiä ja hakea toisen organisaation sähköisiä potilastietoja. Alueellisia hakemistojärjestelmiä on toiminnassa kuudessa sairaanhoitopiirissä. (Winbland ym. 2006.)

Myös potilastiedon tietorakenteiden yhteensovitus on käynnissä osana kansallista potilaskertomusprojektia. Yhteiset ydintiedot on määritelty ja niitä ollaan ottamassa parhailaan käyttöön. Stakes ylläpitää koodistopalvelinta, jonne kaikki keskeiset luokitukset ja koodijärjestelmät varastoidaan sähköisessä muodossa. (Emt. 2006.)

Radiologisten kuvien ja laboratoriotutkimusten tulosten välitys toimijalta toiselle on yleistynyt niin, että 18 keskussairaala ja lähes kolmannes terveyskeskuksista käytti teleradiologiaa vuonna 2005. Telelaboratoriotoiminta oli käytössä 19 keskussairaalassa ja kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksista. Potilaille suoraan tarjottavia sähköisiä terveydenhuollon palveluja kuten ajanvarausta ja tiedon saantia ollaan myös rakentamassa. Kunnallisia verkkopalveluja on jo useita, kuten myös eri sairauksien ympärille toteutettuja portaaleja. Lisäksi ammattilaisille on suunnattu oma portaali, Terveysportti.fi. (Emt. 2006.)

Kansallisen tason tietojärjestelmäarkkitehtuuri on rakenteilla. Ensimmäisenä konkreettisenä kokeiluna oli sähköisen reseptin pilotointi. Sähköisen reseptin pilotissa lääkäri kirjoitti ATK-reseptin, allekirjoitti sen ammattilaisen älykortin avulla ja lähetti reseptin tietoturvallisesti Kelan ylläpitämään kansalliseen reseptitietokantaan. Apteekit hakivat tietokannasta potilaan reseptit omilla tunnisteillaan, tekivät resepteihin tarvittavat merkinnät, tallensivat ne tietokantaan ja toimittivat potilaille lääkkeen. (Hyppönen toim. 2006.)

Saumattomien palveluketjujen kokeilulain toimeenpano on edennyt maantieteellisesti ja sisältöalueittain eritahtisesti. Myönteisiä vaikutuksia hoitoprosessiin ja organisaation toimintaan on koettu erityisesti alueilla, joilla on pisin kokemus sähköisestä tietojen luovutuksesta. Sosiaalitoimi, yksityiset palvelujen tuottajat ja Kela ovat tähän mennessä olleet hyvin vähän mukana terveydenhuollon kansallisessa tietoteknologiakehittämisessä. (Hyppönen ym. 2005.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on määritellyt kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuuria ja sitä hyödyntäviä palveluja sekä ohjannut niiden toimeenpanoa. Samaan aikaan EU:ssa ja WHO:ssa on käynnistetty eHealth (eTerveys) -valmistelu, jonka tavoitteena on vahvistaa kansalaisten asemaa tietoyhteiskunnassa ja yhdenmukaistaa terveydenhuollon tietojärjestelmiä kansainvälisesti sekä mahdollistaa terveydenhuollon tietojen välittäminen potilastyössä ja tilastoinnissa eri maiden kesken. EU:ssa julkaistiin vuonna 2004 eTerveydenhuollon toimintasuunnitelma ja siihen pohjaava kansallinen eTerveydenhuollon toimintasuunnitelma on valmisteilla sosiaali- ja terveysministeriössä. (Doupi ym. 2006.)

Tietoyhteiskuntaohjelman ministeriryhmä esitti keväällä 2006 kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon arkistointipalvelun rakentamista Kelan yhteyteen. Kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuurin kokonaisuutta on lähdetty rakentamaan tämän mallin pohjalta. Lakiesitys annettiin eduskunnalle marraskuussa 2006, ja asiaan liittyvä budjettivalmistelu ja toiminnan suunnittelu on käynnistynyt.

Sosiaalihuollon tietoteknologian nykytila

Tietoteknologian hyödyntämisen nykytilaa sosiaalihuollossa voidaan tarkastella ammattilaisten käyttämien asiakastietojärjestelmien, sähköisten palveluiden, tietoteknologiaosaamisen ja mobiilien työvälineiden näkökulmista (ks. Kuusisto-Niemi 1999; Sahala 2005).

Lähes kaikissa Suomen kunnissa on käytössä jonkinlainen *asiakastietojärjestelmä*, joka palvelee ainakin osaa sosiaalihuollon ammattilaisista. Tietojärjestelmät ja niiden käyttötarkoitukset vaihtelevat palvelutyypin ja kunnan mukaan. Sähköistä järjestelmää hyödynnetään laajimmillaan hakemusten käsittelyn, hallintopäätösten tekemisen, maksatuksen ja asiakkaan käyntitietojen kirjaamisen tukena. Manuaalinen kirjaaminen on kuitenkin edelleen yleistä sähköisen kirjaamisen rinnalla.

Yhtäältä asiakastietojärjestelmiä ei hyödynnetä niiden tarjoamalla täydellä kapasiteetilla, toisaalta ohjelmistot eivät aina vastaa ammattilaiskirjaamisen tarpeisiin. Esimerkiksi ohjelmistot saattavat kyllä mahdollistaa tilastotiedon tuottamisen, mutta tietoa toiminnasta, sen tuloksista tai vaikuttavuudesta ei juuri pystytä kokoamaan. Sosiaalialan palveluissa syntyy runsaasti hyvin- ja pahoinvointitietoa, jota ei nykyään saada päätöksenteon, tutkimuksen tai suunnittelun käyttöön. Tietojärjestelmät eivät tue tiedon tuotantoa, eikä palvelun tuottajilla ole voimavaroja koota, hallita tai analysoida tietoa.

Sosiaalialan työ on perusluonteeltaan verkostomaista. Silti tiedonsiirto sosiaalihuollon eri ohjelmistojen välillä, puhumattakaan organisaatioiden välisestä tiedonvaihdosta, ei ole vielä mahdollista. Tietojärjestelmät eivät myöskään sovellu nykyisellään asiakastietojen sähköiseen arkistointiin, koska asiakirjahallinnolliset ominaisuudet, kuten seulonta- ja hävittämistoiminnot, puuttuvat niistä tyystin.

Sähköisten verkkopalveluiden käyttö on arkipäivää suurimmalle osalle sosiaalihuollon ammattilaisista. Tiedontarpeet vaihtelevat ajantasaisesta lainsäädännöstä ammatilliseen menetelmä tietoon. Sosiaalipalveluiden tuottajien verkkosivujen laatu vaihtelee ja tiedottaminen on pirstaleista. Vuonna 2005 avattu, Stakesin ylläpitämä Sosiaaliportti.fi-verkkopalvelu helpottaa yleisellä tasolla sosiaalialan ammattilaisten tiedonhakua ja ammatillisen tuen saantia internetissä. Myös sähköisiä ammatilaiskonsultaatiopalveluita on jo rakennettu sosiaalialan tarpeisiin.

Asiakkaille suunnattujen sähköisten asiointipalveluiden tuottaminen on sosiaalialalla vasta alkumetreillä. Järjestöt ovat olleet tällä saralla aktiivisimpia, esimerkiksi päihdeongelmallisille on kehitetty toimivia internet-pohjaisia neuvonta- ja auttamispalveluja. Myös kuulovammaisten etätulkkauspalveluja käytetään. Kunnallisen sosiaalihuollon puolella sähköisessä asiointissa ollaan vasta pilotointiasteella. Esimerkiksi Kemijärvellä on avattu virtuaalinen sosiaalitoimisto, joka tarjoaa neuvontapalveluja suojatussa yhteydessä. Joensuun sosiaalitoimessa on puolestaan kokeiltu toimeentulotuen hakemista sähköisesti.

Valtaosassa kuntia *sosiaalihuollon tietohallinto ja tietoteknologiaosaaminen* puuttuu tai se on erittäin heikosti resurssoitu. Ammattilaisten tietotekniikkavalmiudetkin kaipaavat kohennusta. Viimeaikaisten selvitysten (esim. Kallio ym. 2006) mukaan sosiaalialalla toimivat ammattilaiset tarvitsevat lisää tietotekniikan käyttökoulutusta.

Mobiileja työvälineitä hyödynnetään sosiaalialalla hyvin rajoittuneesti suhteessa markkinoilla oleviin teknologisiin välineisiin. Mobiileista työvälineistä yleisimmin käytössä on matkapuhelin ja sen sovellukset, esimerkiksi vanhusten kotipalveluissa. Lisäksi on kokeiltu kannettavien tietokoneiden hyödyntämistä työntekijän käydessä asiakkaan kotona.

1990-luvulla laaditun tietoteknologian hyödyntämisstrategian toteuttamisessa on painottunut terveydenhuollon tietoteknologian kehittäminen, jonka varjoon sosiaalihuolto on jäänyt (Tenhunen ym. 2006). Varsinainen sosiaalialan omat lähtökohdat huomioiva, kansallinen tietoteknologiakehittäminen alkoi osana kansallista sosiaalialan kehittämishanketta vuonna 2005. Sosiaalialan tietoteknologiahanke (Tikesos) priorisoi tärkeimmäksi kehittämisalueekseen sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmien kansallisen määrittelytyön, jossa sovitaan muun muassa sosiaalihuollon tietojärjestelmissä käytettävistä termeistä, ydintiedoista ja asiakasdokumentaatiosta (Kortelainen ym. 2005). Sosiaalihuollon ominaispiirteinä ovat muun muassa tehtäväkohtainen henkilörekisterin muodostus ja kuntien yksilölliset palveluiden toteuttamistavat, mitkä tekevät kentästä terveydenhuoltoa kirjavamman kokonaisuuden. Sosiaalialan asiakastietojärjestelmien kehittämisessä etsitään ratkaisuja myös sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen sähköiseen tiedonvaihtoon.

Toimintaympäristön muutokset

Tarkasteltaessa toimintaympäristön muutoksia ennakoivia tulevaisuuskatsauksia ja -raportteja muutostrendit näyttävät kuin yhden henkilön kirjoittamilta. Keskeisimmäksi Suomalaisen yhteiskunnan lähitulevaisuudessa kohtaamaksi haasteeksi nimetään väestörakenteen muutos. Suomalaiset ikääntyvät kiihtyvällä vauhdilla, samanaikaisesti eliniän odotetaan pidentyvän. Väestön ikääntymisen rinnalle merkittäväksi toimintaympäristön muutokseksi nostetaan globalisaatio ja Euroopan integraatiokehitys seurauksineen, hyvinvointierojen polarisoitumisen mahdollinen jatkuminen sekä tietoteknologian kehityksen jatkuminen vahvana. (Mm. Stakes 2005; Elinkeinoelämän keskusliitto 2006; STM 2006; Suomen Akatemia ja Tekes 2006.)

Väestön ikääntymisen odotetaan vaikuttavan ainakin kahdella tavalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Ensiksikin, vanheneva väestö tarkoittaa kasvavia palvelun tarpeita sekä eläkemenojen kasvua, ja tätä kautta myös lisääntyviä kustannuksia yhteiskunnalle (mm. Rynänen ym. 2004; Vuorento 2004; Stakes 2005). Paljon hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevien yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa jyrkästi tulevina vuosikymmeninä (Tilastokeskus 2006). Toiseksi, väestön ikääntyminen näkyy sosiaali- ja terveyspalveluissa nykyisen henkilöstön massamittaisena eläköitymisenä (Halmeenmäki 2005; Vuorensyrjä ym. 2006). Sosiaali- ja terveyspalvelujen ammattitaitoisen henkilöstön tarve kasvaa tulevaisuudessa sekä nykyisen henkilöstön eläköitymisen että väestön ikääntymisestä johtuvan palvelutarpeen kasvun seurauksena.

Väestön ikääntymisen rinnalle merkittäväksi toimintaympäristön muutokseksi nostetaan globalisaatio ja Euroopan integraatiokehitys. Globalisoitumisen vaikutuksia pidetään sosiaali- ja terveyshuollon kannalta pääasiassa välillisinä, mutta todellisia muutoksia aiheuttavina. Globali-

soituminen vaikuttaa osaltaan Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan rahoituspohjaan ja kustannuksiin. Lisäksi kansainvälisen yhteistyön merkityksen nähdään entisestään korostuvan. (Mm. Stakes 2005; STM 2006.) Euroopan unionin integraatiokehityksen syveneminen tarkoittaa yhteisen eurooppalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan luomista, ja sen nivomista osaksi talouden, kilpailukyvyn ja työllisyyden kokonaisuutta (Elinkeinoelämän keskusliitto 2006).

Mahdollisia toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia ovat hyvinvointierojen kasvun jatkuminen, jolloin aiempaa suurempi osa suomalaisista voi ja tulee toimeen entistä paremmin ja toisaalta useista ja syvenevistä ongelmista kärsivien ihmisten elämä käy yhä tukalammaksi (Kautto 2006). Tulevaisuudessa väestörakenne muuttuu myös alueellisesti, sillä kaupungistuminen ja väestön keskittymisen Etelä- ja Länsi-Suomen kasvukeskuksiin uskotaan jatkuvan. Väestön keskittyminen tarkoittaa haasteita palvelujen järjestämisessä sekä muuttotappioalueilla että kasvukeskuksissa. (Nivalainen ja Volk 2002; STM 2006.)

Tieto- ja viestintäteknologian kehityksen nähdään jatkuvan vahvana myös tulevaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa uuden teknologian käyttö ja soveltaminen laajenee ja arkipäiväistyy. Kansallisena suuntauksena on valtakunnallisesti yhtenäisten tietojärjestelmäratkaisujen aikaansaaminen. Myös kansalaisten pääsy omiin tietoihin tulee mahdolliseksi, kun keskitettyjä potilas- ja asiakastietorekistereitä luodaan. Henkilöstöltä edellytetään tulevaisuudessa tietoteknologian käytön hyvää hallintaa. (Mm. Rynnänen ym. 2004; Stakes 2005; STM 2006.) Uuden teknologian myötä kustannusten esitetään, ainakin aluksi, kasvavan, mutta teknologian laajenevan käytön väitetään tuovan pitkällä tähtäimellä tuntuja säästöjä, kun palveluita voidaan tuottaa entistä tehokkaammin ja tuloksellisemmin. Tulevaisuudessa uuden teknologian avulla arvioidaan pystyttävän tukemaan vanhusten omatoimista arjesta selviytymistä yhä pidempään. (Mm. Elinkeinoelämän keskusliitto 2006; Suomen Akatemia ja Tekes 2006.)

Teknologian kehityssuunnat

Tietoteknologian kehitystä voidaan tarkastella suurten sosiaali- ja terveyspoliittisten peruslinjausten kautta. Suomeen ollaan rakentamassa sähköistä kansalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon arkistoa (Valtioneuvosto 2006). Näin syntyvät todelliset eliniän pituiset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjat, joita säilytetään keskistetyksi. Haaste kehitystyössä ei ole niinkään itse teknologia, vaan yksityisyyden suojaan, tietoturvaan, tiedon omistajuuteen sekä hallinnointiin liittyvät kysymykset. Ammattilainen joutuu uudella tavalla perustelemaan ratkaisunsa asiakkaansa koko henkilöhistoriaa vasten. Lisäksi ihmisten vaivaton pääsy omiin tietoihinsa tulee muuttamaan muun muassa asiakas-työntekijäsuhteen luonteen ammattihenkilölle entistä haastavammaksi.

Toinen merkittävä kehitystrendi on suunta kohti virtuaali-, etä- ja robottipalveluja. Telelääketieteen palvelut ja videokonferenssit eivät tunne maiden rajoja. Tämä saattaa johtaa erityisosaamisen, esimerkiksi harvinaisten tautien osaamisen, keskittymiseen kansallista tasoa suurempiin yksiköihin. Halvat, internetpuhelutekniikalla toteutetut, näköpuheluyhteydet tuovat ihmisille ensimmäisen yleisesti tarjolla olevan mahdollisuuden etävastaanottoon, kunhan tietoturva ja palvelumaksut saadaan kuntoon. Tietokoneiden käyttämä kieli ja ihmiskieli lähentyvät. Kun koneet alkavat ymmärtää puhetta tai vapaana tekstinä kirjoitettuja viestejä kasvavat tietojärjestelmiin tallennetun informaation käyttömahdollisuudet nopeasti. Samanaikaisesti lähestytään ihmisten kumppanuutta robottien ja robottien tuottamien palvelujen kanssa.

Kolmanneksi, sekä palvelut että niiden käyttämiseksi tarkoitetut teknologiat ovat konvergoitumassa, ja rajanveto eri toimialojen ja teknologioiden välillä hämärtyy. Toimialojen välillä tapahtuu lähentymistä ja verkostoitumista, jonka välineenä tietoteknologia toimii. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lähenevät kauppa-, kiinteistö-, rahoitus-, liikenne-, ravitsemus- ja muiden toimialojen palveluja, auttaen tukemaan kansalaisten hyvinvointia ja ennaltaehkäisemään palvelujen tarvetta. Hyvinvointiteknologiat integroituvat sosiaali- ja terveydenhuollon

henkilökunnan ja organisaatioiden käyttämiin järjestelmiin. Lisäksi ihmisten omaehtoiseen ja ennaltaehkäisevään terveyden ylläpitämiseen käyttämät teknologiat sulautetaan osaksi samaa kokonaisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiat liittyvät yhteen muiden toimintasektorien teknologioiden kanssa. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2006.)

Uutta tai kehitymässä olevaa teknologiaa, joka saattaa vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden muotoutumiseen, voidaan tarkastella kolmijakoisen ryhmittelyn avulla. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat teknologiat, jotka ovat jo käytössä ja ne leviävät sosiaali- ja terveydenhuollossa nopeasti. Toisen ryhmän muodostavat teknologiat, jotka ovat jo olemassa tuotekehitysympäristöissä ja ne on mahdollista ottaa käyttöön aivan lähivuosina. Kolmas ryhmä koostuu teknologioista, jotka ovat vasta kehitteillä. Viimeksi mainittu ryhmä on tulevaisuuden ennakkoinnin näkökulmasta mielenkiintoisin, koska nämä niin sanotut nousevat teknologiat ovat käytössämme aikaisintaan 10–20 vuoden päästä.

Nykyisin käytössä olevat sosiaali- ja terveystoimen tietoteknologiaratkaisut tulevat lähitulevaisuudessa, kymmenen vuoden sisällä, integroitumaan monipuolisiksi kokonaisuuksiksi. Integroituneessa kokonaisuudessa tulee olemaan mukana myös sellaisia teknologioita, jotka ovat tällä hetkellä kokeiluvaiheessa. Esimerkiksi päätöksenteon tukijärjestelmät hoitosuositusosioineen tulevat toimimaan osana potilaskertomusta. Samoin tilasto- ja hallinnollisen tiedon keruu tulee tapahtumaan reaaliaikaisesti. Myös organisaatioiden välinen tietoliikenne on sujuvaa, mikäli hallinnolliset vastuukysymykset on onnistuttu ratkaisemaan.

Kehityksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö tulee kohtaamaan uusia osaamisen haasteita. Työn intuitiiviset ja hoito-/asiakassuhdeosaamiseen liittyvät ihmistyön elementit on sovitettava jatkuvaan, tietokoneen tarjoamaan näyttöön perustuvaan tietovirtaan, jonka luotettavuutta ja soveltuvuutta on ammattilaisen kyettävä arvioimaan kaikissa työtilanteissa. Samalla henkilöstön koulutuksessa käytetyt menetelmät uudistuvat virtuaalioppimisympäristöjen avulla.

Millaisia teknologioita kansalainen tai tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas, tulee ottamaan tulevaisuudessa käyttöönsä? Monenlaisia hyötyteknologioita on jo pitkään kehitetty ja tarjottu ihmisille, mutta vastaanotto on ollut vaatimatonta. Ihmisille tarjotaan hyvinvointiteknologioita terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn sekä erilaisia sairauksien testi- ja hoitovälineitä. Esimerkiksi diabeteksen seurantajärjestelmiä ja kotitestejä on markkinoilla. Jo nyt julkiseen keskusteluun on noussut yhteiskunnan korvausvastuu tilanteissa, joissa kansalainen haluaa itsehoitoa tukevia teknologioita käyttöönsä.

Tulevaisuuden mediakeskusta (laajennettua televisiota) käytetään niin vapaa-ajan kuin etähoidon välineenä. Mobiileja navigointi- ja paikannuslaitteita hyödynnetään niin liikkumisessa työ- ja vapaa-aikana kuin turvallisuustarkoituksissa osana hoitoa. Rajanveto arkitekniikan ja apuvälineiden välillä hämärtyy, ja sopiminen niiden myöntämiskäytännöistä tulee sitä tärkeämmäksi mitä pidemmälle konvergenssi etenee.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävät teknologiset välineet sekä teknologia-avusteen itsepalvelu tulevat yleistymään lähitulevaisuudessa. Tämän seurauksena oletetaan, että henkilöstöresursseja vapautuu niiltä osin kuin kansalaiset ottavat itse vastuuta omasta hoidosta ja hyvinvoinnista. Kymmenen vuoden sisällä on tulossa ja yleistymässä erilaiset älyvaatteet ja älykodit, joihin on upotettu tunnistimia ja muita tarkkailulaitteita mittaamaan elin- ja käyttäytymistapojamme sekä fyysistä tilaamme.

Pelkästään sosiaalihuoltoa hyödyttäviä tietoteknologiaratkaisuja on myös odotettavissa, vaikka kehitys on varovaisempaa kuin terveydenhuollossa. Ikääntyville suunnatut teknologiat ovat sosiaali- ja terveydenhuollolle luonnollisesti yhteisiä. Reilun kymmenen vuoden kuluttua sosiaalihuollossa kirjataan asiakastiedot yhtenäisiin sähköisiin asiakirjoihin, joita säilötään kansallisessa arkistossa. Organisaatioiden välinen sähköinen viestintä yleistyy askeleittain. Sosiaalihuollon asiakastyöhön, jossa pyritään etsimään ratkaisuja ihmisten elämäntilanteisiin ja olosuhteisiin,

soveltuu erittäin hyvin sähköinen konsultointi. Sähköisen asioinnin osalta sosiaalihuolto on oikea mahdollisuuksien aarreaitta: monia palveluita ja etuuksia haetaan määrämuotoisilla lomakkeilla ja päätökset kirjataan määrämuotoisina dokumentteina. Niin ammattilaiskonsultointi kuin sähköinen asiointikin tulevat vähitellen osaksi sosiaalipalveluiden arkea. Kehitys voi olla jopa nopeaa, jos palveluprosessit selkeytyvät, asiakkaan ja palveluorganisaation luotettava sähköinen tunnistaminen turvataan ja tietoturvallinen viestinvälitys onnistuu.

15–20 vuoden perspektiivillä käyttöön tulevat bio- ja nanoteknologiaan sekä uudenlaisiin älykkäisiin materiaaleihin perustuvat ratkaisut (Anton 2001, Silberglitt 2006). Tällä aikavälillä saatetaan jo puhua geneettisestä seulonnasta ja tietoteknologian implantoimisesta ihmiseen, vaikkapa korvaan konekuuloksi, näkeväksi tekosilmäksi tai suoraan aivoihin sijoitettavasta muistisirusta (ERCIM and project group 2006).

Vaihtoehtoiset skenaariot

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiakehityksen tulevaisuuksista on mahdollista hahmotella kolme vaihtoehtoista kehityskulkuja kuvaavaa skenaariota. Skenaariot on muodostettu artikkelin alkulukujen sekä erilaisissa tulevaisuuskeskusteluissa esitettyjen kehityskulkuarvioiden pohjalta. Skenaarioiden tavoitteena on kirkastaa näköpiirissä olevia kehitystrendejä, jotka mielestämme tulisi huomioida sosiaali- ja terveystieteissä.

Virallinen skenaario (vuonna 2020)

Suomen virallisessa skenaariossa sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämiskehitys jatkuu valtionhallinnon strategioiden ja visioiden suuntaisesti. Ihmiset ottavat yhä enemmän vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, vähentäen näin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuormitusta. Tätä kehitystä tuetaan erilaisin portaalein ja virtuaalisten tukipalvelujen avulla, joiden kautta kansalaiset pääsevät omiin sosiaali- ja terveystietoihinsa sekä itsehoito, oma- ja vertaisapujärjestelmiin. Virtuaalisten palvelujen avulla ihmiset voivat esimerkiksi ennakoita henkilökohtaista sairastumisriskiä ja ryhtyä toimenpiteisiin sairauksien ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi verkkohoitajan tai -lääkärin tuella. Palveluun- tai hoitoonohjaus tapahtuu verkossa, samoin erilaisten seurantatietojen välitys, palvelujen varaus, tutkimustulosten ja hoitomääräysten välitys. Itsenäistä suoriutumista tukevat hyvinvointiteknologiat leviävät. Kansalaiset ovat valmiita maksamaan omaa terveyttä, hyvinvointia ja itsenäisyyttä tukevista teknologiaratkaisuista.

Sähköistä ajanvarausta ja uusia logistiikkajärjestelmiä hyödyntäen voidaan kaikille järjestää tarpeelliset palvelut, joista suuri osa tuotetaan sähköisiä yhteyksiä käyttäen. Potilaiden tilaa kotona seuraavat anturit lähettävät vointitiedot hoitokeskuksiin, joissa hyvin koulutetut ammattihenkilöt päätöksentekojärjestelmiä hyödyntäen päivittävät hoitosuunnitelmia kulloisenkin tilanteen mukaan. Lääkemääräykset ja hoito-ohjeet lähetetään sähköisesti. Jos epäselvyyttä ilmenee, potilas voi ottaa videoneuvotteluyhteyden tietokoneellaan hoitovastaavaansa.

Hyvinvointi- ja terveystieteet on huomioitu keskeisillä elämänalueilla kuten elintarviketeollisuudessa ja liikennejärjestelyissä. Epäterveellistä ruokaa ei ole markkinoilla ja liikenteessä törmäysmahdollisuudet ovat olemattomat. Fyysisiä sairaalarakennuksia ja palvelupisteitä on vähän. Sairaaloita on lähinnä kirurgisille toimenpiteille ja tehohoitopotilaille. Palvelupisteitä tarvitaan näyttöön, kuvantamiseen ja henkilöille, jotka eivät kykene käyttämään virtuaalipalveluja. Kun rakennuksia hotellipalveluineen ei ylläpidetä ja yksi ammattilainen pystyy huolehtimaan suuresta joukosta potilaita, ovat terveydenhuollon kokonaiskustannukset tulleet niin kohtuullisiksi, että uusia kalliita hoitomenetelmiä voidaan ottaa yleisesti käyttöön.

Kansalaiset ovat hyvin tietoisia hoito- ja palveluvaihtoehtoista. He osaavat seurata hyvinvointiriskejään ja terveydentilaansa, potilasasiakirjojaan lukien, ja arvioida hoitonsa tai saamansa palvelun onnistumista. Ihmisillä on hyvät mahdollisuudet esittää kysymyksiä ja antaa hoidosta tai palvelusta vastaavalle palautetta tarpeen mukaan. Vaikka valtaosa palveluista on ulkoistettu yrityksille ja kolmannen sektorin toimijoille, palvelujen laatu on hyvää ja tasalaatuista, sillä niiden tuotanto noudattaa laatustandardeja ja poikkeamat rekisteröidään automaattisesti, ja niistä ilmoitetaan välittömästi vastuullisille prosessien korjaamiseksi.

Futuristinen skenaario (vuonna 2030)

Futuristisessa skenaariossa ihmisten elämäntodellisuus ja koko yhteiskunta on läpeensä teknologisoitunut (ks. Pearson ja Neild 2006; Pearson 2000; Martens ja Huynen 2003; Bezold 1996). Digitalisoituminen valtaa kodin huonekalut ja -koneet sekä rakenteet. Ihmisen henkilökohtaista terveyttä ja hyvinvointia tarkkailevan ja ohjaavan kotitietojärjestelmän sensoreita on istutettu kodin kalusteisiin ja huonekaluihin, kuten kylpyhuoneen peiliin tai vessanpönttöön. Älykkäät kalusteet ja kodinkoneet tunnistavat sisältönsä, muuntavat toimintaansa sen mukaisesti ja ilmoittavat niistä asukkaille. Kodin ikkunanäkymää voidaan säätää virtuaalisesti asukkaan mielialan ja tarpeen mukaan. Kaikki kuluttajille suunnattu elektroniikka on integroitu keskenään.

Ihminen ei vieta aikaansa ainoastaan virtuaaliystävien kanssa kyberyhteisöissä, vaan alkaa yhä enemmän itsekin hybridisoitumaan. Mikrorobotit ja nanoteknologiset välineet kiertävät verenkierrössämme korjaten niitä osia kehostamme, joihin ihmisen luonnollinen puolustusjärjestelmä ei kykene. Älyvaatetus on ihmisten arkipukeutumista. Älyvaatteisiin kytketyt tietojärjestelmät on yhdistetty ihmisen biologisiin aistielimiin. Radiotaajuus tunnistimet (RFID) ovat yleisessä käytössä kaikessa tunnistamisessa niin tavaroissa kuin ihmisissäkin.

Terveydenhuollossa jokaisen ihmisen perimä tallennetaan osaksi elinikäistä potilastietoa. Sikiöaikaisesta ominaisuusvalinnasta on muodostunut yleinen käytäntö. Kantasolututkimuksen aikaansaannoksena muun muassa diabetekseen on löytynyt parannuskeino. Vähitellen ihmisen omia kudoksia voidaan kasvattaa korvaamaan rapistuvia tai vahingoittuneita elimiä.

Tieto pakkautuu yhä pienempään tilaan: tietokoneen kovalevy kutistuu henkilökohtaiseksi muistitikuksi, joka kehittyy häviävän pieneksi siruksi. Tietokoneen äänitunnistamisen yleistyttyä siirrytään kehittämään teknologista ajatusten tunnistamista. Tulevaisuudessa syntyy valtavaan, yhdistettyyn tieto- ja tietämysmassaan pohjautuvia supertietokantoja ja -koneita. Tekoälyyn (artificial intelligence) perustuvat tietokoneet ja polymeerilihaksiset robotit saavuttavat ajattelukyvyssään ihmisen. Tällainen tekoälykäs toimija alkaa muistuttaa yhä enemmän eräänlaista ihmistä apuvälineen tai koneen sijasta. Robotti hoitaa siivoamisen ja korvaa näkövammaisen ihmisen opaskoiran. Ei ole enää kovinkaan pitkä matka siihen, että tekoälykäs opettaja korvaa opettamisessa ihmisen. Ihmisten korvaaminen koneilla johtaa laajan teknologian vastaisen alakulttuurin syntymiseen.

Työttömyys on alati lisääntyvä ongelma kiihtyvän automaatio- ja teknologiakehityksen vuoksi. Ne, joilla vielä on töitä, työskentelevät erityisissä etätyökeskuksissa. Virtuaaliyritykset ja virtuaalisesti tapahtuva yhteistyö lisääntyvät. Merkittävä osa maapallon pinta-alasta on valjastettu biomassan tuotantoon. Sosiaali- ja terveydenhuolto kohtaa uusia haasteita erityisesti mielenterveyden alueella. Internetiin ja verkkopelaamiseen liittyvät riippuvuusongelmat muodostuvat kansallisiksi huolenaiheiksi. Samoin jatkuva, useiden erilaisten netti-identiteettien käyttäminen aiheuttaa persoonallisuushäiriöiden kasvua. Myönteisenä kehityksenä puolestaan on ikääntyvän väestön yksinäisyysongelmien väheneminen virtuaaliyhteisöjen suosion kasvun myötä.

Kauhuskenaario (vuonna 2030)

Kauhuskenaariossa hahmotamme kehitystä, jossa toteutuisivat teknologioiden haavoittuvuuksien ja yksiarvoisen kehityksen mukanaan tuomat uhkat. Skenaario pohjaa seuraaviin haavoittuvuuksiin, joita on hahmoteltu EU-rahoitteisessa SWAMI-projektissa luoduissa pimeissä skenaarioissa: Kontrolli, teknologiariippuvaisuus, tekninen kompleksisuus, yhteensopimattomuus, yksityisyyden suojan tietosuojongelmat, identiteetin häviäminen, vastuun hajaantuminen, sosiaalinen syrjäytyminen, rikollisuus. (Wright 2006.)

Haavoittuvuuksien toteutuminen ilmenee pitkälle automatisoidun kontrolliyhteiskunnan muodostumisena, jossa yksilöllisyys ja ihmisarvo syrjäytyvät järjestelmän arvojen tieltä. Kaikki uudet suomalaiset ovat geneettisesti, fyysisiltä ja psyykkisiltä ominaisuuksiltaan, laadukkaita, sillä geeni- ja ominaisuusvalinnasta on tullut virallinen käytäntö. Mikäli vanhemmat eivät ole suostuneet lapsen ominaisuuksien valikointiin, ovat vanhemmat menettäneet itseltään ja jälkikasvulta kansalaisoikeudet. Kaikkiin kansalaisiin on istutettu jo synnytyssairaalassa tai muussa yhteydessä erilaisia siruja sekä sensoreita, joiden avulla ihminen pystytään paikantamaan ja hänen elintapojaan ja -käyttäytymistä voidaan seurata ja ohjata reaaliaikaisesti. Kaikista kansalaisista on myös elinikäinen rekisteri, johon säilötään tieto kaikesta ihmisen elämään liittyvästä.

Kansalaisten elämä on täysin teknologiasta riippuvaista. Elintapoja seurataan reaaliaikaisesti, sillä kaikki ostokset rekisteröidään, syöty ruoka analysoidaan ja suhteutetaan energian kulutukseen. Päihde- ja ihmissuhdeongelmia pidetään itseaiheutettuina, mikäli ihminen ei ole käyttänyt tarjolla olevia virtuaalisia oma-apuohjelmia ja virtuaaliterapeuttia. Jos ihminen ei yhteiskunnan ohjauksesta huolimatta ota vastuuta omasta elämästään hänen elämäänsä luonnollisesti puututaan. Poikkeava käyttäytyminen voidaan kytkeä pois virtuaalisen etävalvontakeskuksen toimesta. Ihmisten ajatuksia ja tuntemuksia voidaan stimuloida keinotekoisesti. Etästimulointi onkin arkea työkyvyttömän ja tuottamattoman väestön kohdalla, jotka on asutettu virtuaaliseen kotihoitoon.

Virtuaalisessa kotihoidossa koti ja arki ovat muuttuneet täysin teknologian ja kontrollin läpitunkemaksi. Elämä, joka tarkoittaa kaikkea toimintaa kodissa – liikkumista, elintoimintoja, ravitsemusta ja eritystä, rekisteröidään etävalvontakeskukseen. Valvontakeskus hoitaa arjen sujumisen: tilaa ruoat jääkaappiin, ohjaa imurirobotia, siivousrobotia ja pesurobotia. Valvontakeskus myös valvoo ja diagnosoi asukkaan terveydentilaa hälyttäen poikkeamista. Standardoidun pisteytysten perusteella voidaan arvioida ennalta kenen kohdalla kannattaa tilata apua ja kenen taas ei. Valvontakeskus ohjaa yksinkertaisia hoitotoimenpiteitä, esimerkiksi ruokintarobotia lisäämään kuitua ruokaan tai vähentämään suolaa ja automaattista lääkeannostelijaa muuttamaan insuliinin annostusta. Valvontakeskus hälyttää ulkopuolista ihmisapua tarvittaessa. Kilpailutuksen seurauksena valvontakeskus sijaitsee seuraavat kolme kuukautta Kurdistanissa, jonka jälkeen se siirtyy Meksikoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluhenkilöstöä on vähän, suuri osa henkilöstöstä on teknologian ”hoito”tehtävissä huolehtimassa uudesta kehitystyöstä, teknologian ylläpidosta ja huollosta. Järjestelmän tekninen kompleksisuus aiheuttaa yhteensopivuusongelmia ja käyttöhäiriöitä, joiden hoitamiseen kuluu vähintään samat resurssit kuin ennen potilaiden hoitoon, sillä suurin osa hoi- vasta ja huolenpidosta on automatisoitu roboteille tai ihmiset hoitavat itse itsensä. Jäljellä olevien ammattilaisten ammatillinen autonomia on kaventunut mitättömäksi, sillä tietojärjestelmät ovat niihin kehittyneitä, että ne pystyvät ohjeistamaan ihmistä tilanteessa kuin tilanteessa. Ohjeiden noudattamatta jättämisestä sanktioidaan. Ensimmäisellä kerralla joutuu tuuraamaan kuukauden pesurobotia ja toisesta rikkeestä päätyy pysyvästi virtuaaliseen kotihoitoon.

Ihmisten suhde tietoteknologian kehitykseen

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitettävän tietoteknologian tarkoituksena on ollut sosiaali- ja terveyspolitiikan mukaan ainakin viimeisen kymmenen vuoden ajan parantaa palvelujen saata- vuutta, laatua ja tehokkuutta. Aina on muistettu mainita myös tietoteknologian tuoma lupaus kansalaisen, potilaan tai asiakkaan aseman vahvistumisesta tietoteknologian kehittyessä. Tulevien 15–20 vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus muuttuu varmastikin paljon. Kehityssuuntauksina ovat itsepalvelu ja omahoito, yksilölliset hoito- tai palvelukokonai- suudet, geneettiseen tietoon perustuva preventio sekä ihmisten reaaliaikainen seuranta. Seuraa- vassa tarkastelemme skenaarioita ihmisten näkökulmasta. Mikä on ihmisten suhde sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologioiden kehityksessä?

Suurimmat odotukset tulevaisuuden teknologioiden kehittämisessä kohdistuvat siihen, että ne lisäävät ihmisten elämän laatua ja pituutta kohtuullisin kustannuksin. Toistaiseksi tämän odo- tuksen täyttymiselle on vain vähäistä näyttöä. Väestön ikääntyminen haastaa palvelujärjestelmän toiminnan. Arvokeskustelua tarvitaan siitä, minkä laatuista ja kestoista elämää ihmiset odottavat. Keskustelua tarvitaan niinkään siitä, millaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tulevaisuu- dessa kustannetaan verovaroin ja mitä kansalaiset ovat niistä valmiita itse maksamaan.

Missään skenaarioista ei nouse vahvasti esiin kansalaiskeskustelu tai ihmisten ja arvojen moninaisuus kehitystä määräävänä tai edes ohjaavana tekijänä. Tulevaisuutta rakennetaan yksi- selitteisesti tietoteknologiaa haluaville ihmisille, jotka osaavat sitä myös käyttää. Lähtökohtaisesti oletetaan, että kaikki kansalaiset ovat valmiita hyväksymään julkishallinnon tai uusien tekno- logioiden tuomien mahdollisuuksien määrittämän kehityssuunnan. Pidetään itsestään selvänä, että reilun kymmenen vuoden kuluttua ihmiset käyttävät sähköisiä reseptejä, kirjaavat kiltisti painonsa, verenpaineensa, Pef-arvonsa ja verensokerinsa omahoitojärjestelmään, sekä myönty- vät terveyskasvatukseen ja hoitotoimiin. Toisin sanoen vahvana suuntana on ihmisten ja heidän elämänsä keskitetyn valvonnan ja hallinnan tai ainakin valvonnan ja hallinnan mahdollisuuden lisääntyminen.

Tulevaisuudessa on varmasti myös ihmisiä, jotka hallitsevat hyvin tietoteknologian käytön, mutta eivät suostu hyödyntämään sitä itseensä kohdistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon toi- missa tai käyttämissään sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tämä ihmisryhmä vastustaa tietoisesti ja aktiivisesti tietoteknologian käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Syitä tähän voi olla monia. Omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen ei ehkä ole heistä kiinnostavaa. Vastustajat saattavat arvostaa elintapoja, joita yhteiskunnassa pidetään epäterveellisinä, eivätkä he näin ollen ole kiinnostuneita sairauksien itsehoito-ohjeiden noudattamisesta. Vastustajat määrittelevät oman elämänsä laadun, hyvän ja hyvinvointinsa tavalla, joka on ristiriidassa palvelujärjestelmän taustalla olevan hyvinvointikäsityksen kanssa. Palvelujärjestelmä ei saa näistä ihmisistä otetta.

Vastustajissa on ihmisiä, jotka valitsevat vaihtoehtoisia, ei-virallisia, terveyden- ja hyvinvoin- ninhoitotapoja tai yksinkertaisesti vastustavat aktiivisesti yhteiskunnan tietoteknologiakehitystä. Vastustajat voivat esimerkiksi vaatia, ja olla valmiita maksamaan siitä, että kaikki hoitotoimen- piteet kirjataan vain käsin paperille, joka säilyy ainoastaan hoidosta vastaavan tahon arkistossa. Yksittäisinä tällaiset luomuhoitoa kannattavat kansalaiset eivät ole sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta kuitenkaan merkittävä ongelma, koska he ovat tietoisesti ja omaehtoisesti valinneet suhteensa palvelujärjestelmään. Yhteiskunnan kannalta todellinen ongelma syntyy vasta silloin, kun suuret ihmisjoukot haluavat irtisanoutua virallisesta palvelujärjestelmästä. Kansalaisten massamittainen sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiakehityksestä irtisanoutuminen heikentäisi julkishallinnon uskottavuutta ja johtaisi poliittisen järjestelmän epävakauteen.

Aina tulee olemaan myös ihmisiä, jotka eivät pysty omatoimisesti käyttämään tietotekno- logiaa. Tällaisten kansalaisten lukumäärän voi olettaa jopa lisääntyvän seuraavan 10–15 vuoden aikana. Väestö vanhenee ja ikääntymisen seurauksena monen ihmisten kyky tietoteknologioiden itsenäiseen käyttöön heikkenee, vaikka osaamista ja tahtoa vielä olisi. Omatoimista tietotek-

nologian hyödyntämistä voivat rajoittaa myös ihmisen osaamis- ja varallisuusresurssien vajeet, joita hyvinvointijärjestelmä ei kykene paikkaamaan.

Tulevaisuudessa on mahdollista, että esimerkiksi muistihäiriöitä sairastava tai hänen omaisensa voi sallia mikrosirun asennuksen ihon alle, jotta ihminen voisi liikkua itsekseen turvallisesti, mutta valvotusti. Sirujen hyödyntäminen olisi vastaavasti mahdollista myös joidenkin lastensuojelun piirissä olevien lasten tai kehitysvammaisten kohdalla. Nämä henkilöt ovat yhteiskunnan tarjoaman hoitojärjestelmän tai aktiivisen omaisjoukon ohjauksessa ja valvonnassa. Tietoteknologian hyödyntäminen kyseisten ihmisryhmien kohdalla on eettisesti arveluttavaa, sillä raja sen välillä, palveleeko teknologia aidosti kansalaisia vai pelkästään kontrollijärjestelmää, on epäselvä ja liukuva.

Yhteiskunnassa tulee edellä mainittujen ryhmien lisäksi aina olemaan myös ihmisiä, jotka eivät kykene, eivätkä halua käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiaa. Tähän ryhmään kuuluu ihmisiä, joiden yhteiskunnan vallitsevien normien mukainen vastuunotto itsestään, omasta elämästä ja hyvinvoinnista horjuu tai on jo tyystin kadonnut, jolloin ihmisen elämäntodellisuudessa tietoteknologia on eittämättä myös marginaalissa. Ihminen saattaa olla aivan yhteiskunnan laidalla, esimerkiksi hoitamattomista pitkäaikaissairauksista kärsivä asunnoton narkomaani tai karkotusta pakoileva lukutaidoton kidutuksen uhri. Näillä syrjäytyjillä ei ole välttämättä edes henkilöllisyyttä – ainakaan virallisissa järjestelmissä. Palvelujärjestelmällä voi olla vaikeuksia saada yhteys näihin ihmisiin. Syrjäytyneiden, tai syrjäytettyjen, korvaledessä mikrosiru ei pysy. Eikä heistä myöskään mielellään tietoteknologiaskenaarioissa puhuta.

Edellä on tarkasteltu ihmisten suhdetta sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiaan sen mukaan, haluaako ja onko ihmisellä mahdollisuus hyödyntää teknologiaa. Taulukko 1 tiivistää ihmisten vaihtoehtoiset suhteet alan tietoteknologiaan.

TAULUKKO1. Ihmisten ja tietoteknologian käytön suhde sosiaali- ja terveydenhuollossa

	Ihminen haluaa ottaa tietoteknologiaa käyttöön terveydestään ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan huolehtiakseen	Ihminen ei halua ottaa tietoteknologiaa käyttöön terveydestään ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan huolehtiakseen
Ihminen kykenee ja hänellä on mahdollisuus käyttää hyvinvointi- ja terveysteknologiaa	<i>A. Myöntäjät Kansalliset kehittämistoimet ja innovaatiot otetaan innolla käyttöön</i>	<i>B. Vastustajat Kansalliset kehittämistoimet ja innovaatiot jätetään tarkoituksella käyttämättä tai niitä vastustetaan aktiivisesti</i>
Ihminen ei kykene tai hänellä ei ole mahdollisuutta käyttää hyvinvointi- ja terveysteknologiaa	<i>C. Mukautujat Ihminen on valmis siihen, että häneen kohdistetaan tietoteknologian avulla hoito- ja valvontatoimenpiteitä, joissa hän ei itse ole aktiivisesti mukana</i>	<i>D. Syrjäytyjät Ihminen on yhteiskunnasta syrjäytynyt niin, että tietoteknologiaa ei saada hänen käyttöönsä</i>

Tietoteknologiakehityksen haasteet sosiaali- ja terveystaloudelle

Sosiaali- ja terveystaloudessa joudutaan ratkaisemaan, keiden hyvää tietoteknologian käytön edistämiseksi tavoitellaan. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon olisi tulevaisuudessa mahdollista palvella kaikkia kansalaisia tasapuolisesti? Ja toisaalta halutaanko tulevaisuudessa edes tasapuolisuutta? Tekemämme jäsennys ihmisten ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian suhteesta osoittaa, että tietoteknologian käyttöä ei voida erottaa yleisestä sosiaali- ja terveystaloudellisesta keskustelusta.

Myönteisesti tietoteknologian käyttöön suhtautuvien kansalaisten (taulukon kentät A ja C) osalta keskusteluun nousevat tietoteknologian käytön kustannus/hyöty -näkökulmat. Teema on

aivan sama kuin missä tahansa muussakin sosiaali- ja terveydenhuollon kysymyksessä. Yksinkertaistaen, kysymys on siitä, edistääkö tietoteknologiaan käytetyt resurssit kustannustehokkaasti ja riittävästi veronmaksajien hyvinvointia ja terveyttä.

Kielteisesti tietoteknologian käyttöön suhtautuvien ihmisten (taulukon kentät B ja D) osalta nousee puolestaan tarve monitasoiseen ja -kanavaiseen palvelutuotantoon, sillä missä määrin ihmisiä voidaan velvoittaa käyttämään sähköisiä palveluja ja kuinka toisaalta turvataan vaihtoehtoiset palvelut ja toimintatavat, kuten mahdollisuus ammattilaisten henkilökohtaiseen tapaamiseen, kun palvelut on päätetty organisoida toisin?

Sähköisen kansalaistiedon keskittäminen suuriin järjestelmiin on voimistuva virtaus. Poliittisten vaikuttajien tulisi valppaasti seurata, että tavoiteltu kustannustehokkuus saavutetaan ilman, että samalla luodaan uusia, eettisesti kestäättömiä, vallan käytön välineitä. Esimerkiksi geeniteknologialla syntyvän tiedon laillisista käyttötarkoituksista ja -oikeuksista tarvittavat säädökset tulevat olemaan sosiaali- ja terveyspolitiikan toimijoille näytönpaikka, jossa tulevaisuuden kehityssuuntia voidaan määrittää.

Utopiat, joissa internetissä välitetyllä tiedolla kansalaisten käyttäytyminen saadaan muuttamaan, lienevät todellisia eUtopioita. Strategisesti suunniteltu, pitkäkestoinen ja suunnitelmalinen vaikuttaminen kaikkia tiedon välityskanavia hyödyntäen sekä terveyden ja hyvinvoinnin, mutta myös sairauksien ja pahoinvoinnin tuominen osaksi kaikkia politiikkoja säilynee edelleen sosiaali- ja terveyspolitiikan toimintamallina, kuten kokemukset tupakoinnin vähentämisestä, ravitsemustottumusten muuttamisesta ja yleisen hygienian edistämisestä ovat opettaneet.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan valinnolla on ratkaiseva merkitys ihmisten asemalle tulevaisuuden palvelujärjestelmässä. Ohjataanko tietoteknologiakehittämistä niin, että sen avulla tuetaan ihmisten valtaistamista? Tuetaanko monikanavaisen ja ihmisten äänille herkän palvelujärjestelmän kehittämistä? Toimivista sähköisistä ajanvarauksista hoitopaikkavalintoihin on jo monissa maissa kokemuksia. Samoin kansalaisten omaehtoisesta teknologiavälitteisestä hyvinvoinnista huolehtimisesta on onnistuneita esimerkkejä. Palvelujärjestelmän teknologisoitumiseen ja asiakkaiden suhteeseen liittyy myös suuria riskejä. Tietoteknologian avulla voidaan tukea sellaista itsepalvelujärjestelmää, jossa asiakas saa sähköiset toimintaohjeet ja seurantavälineet, mutta inhimillinen palvelusuhde ei tuottavuuden ja tehokkuuden nimissä ole enää mahdollista. Hoito etäännyy, hoiva katoaa ja inhimillisuus teknologisoituu. Pahimmillaan ihminen näyttäytyy yhteiskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttäessään pelkkänä kuluna, joka saa minimipalvelua etämittauslaitteen ilmoittaman standarditarpeen mukaan.

Teknologiapolitiikkaa on perinteisesti suomalaisessa yhteiskunnassa integroitu osaksi muita politiikan osa-alueita kuin sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. 1990-luvulta lähtien myös terveyspolitiikkaa on integroitu teknologiapolitiikan osa-alueeksi. Sosiaalipolitiikkakin mainitaan ilman varsinaista sisältöä. Sosiaali- ja terveyspolitiikan ulkopuolella tehdään runsaasti tietoteknologian kehitykseen liittyviä päätöksiä, jotka vaikuttavat myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja sen tietoteknologiakehitykseen. Esimerkiksi palvelutarpeen ennaltaehkäisyyn vaikuttaa suoraan se, kuinka esteetöntä ja käyttäjien kannalta toimivaa tietoyhteiskuntaa ja teknologioita rakennetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöille on haaste seurata yleistä kehitystä ja puuttua siihen, jos kehitys etenee sosiaali- ja terveystoimen kannalta haitalliseen suuntaan. Puuttumisen lisäksi tarvitaan proaktiivista roolia sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian kehityksessä ja kehityksen suunnan määrittelyssä ja ohjauksessa.

Päätöksentekijöiden tueksi tarvitaan arviointi- ja tutkimustietoa uudistusten terveys- ja hyvinvointivaikutuksista. Arviointia ja tutkimusta tulee tehdä ennakoivasti, uudistuksia suuntaavasti ja vaikutuksia eri toimijoiden näkökulmista todentavasti. Mitä utopistisempaan tulevaisuudenkuvaan sitoudutaan, sitä enemmän tarvitaan kriittistä arviointia ennen vision laajamittaista edistämistä. Näinhän pyritään toimimaan myös esimerkiksi uusien lääkeaineiden kehittämisessä ja käyttöönotossa. Monet julkaistuista utopistisista skenaarioista on luotu teknologian kehittämis-

mahdollisuuksista käsin. Uudet teknologiset mahdollisuudet eivät yleensä huomioi yhteiskuntakehityksen pelisääntöjä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeintä ei kuitenkaan ole teknologia sinänsä, vaan sen käytön välinearvo. Kaikenlaista erikoista ja mullistavaa voidaan kehittää, mutta käyttöönotto vaatii yhteiskunnallisen tilauksen.

Nyt olemme toteuttamassa niitä ajatuksia, joita kymmenen vuotta sitten hahmoteltiin tietoteknologian hyödyntämisstrategiassa. Kun katsomme tästä päivästä kymmenen vuoden päähän tulevaisuuteen, olemme todennäköisesti tilanteessa, jossa 1990-luvun strategiset visiot on toteutettu. Kuitenkin teknologian kehitysvauhti kiihtyy, joten onko 1990-luvun visio ainoa visio jota kohti suuntaamme vai onko suomalaisessa sosiaali- ja terveystieteissä nousemassa tuoreempia orientoitumisia, joissa huomioidaan näköpiirissä olevat toimintaympäristön muutokset ja teknologian kehitys aiempaa herkemmin? Sosiaali- ja terveystieteissä olisi varmasti mahdollista entistä aktiivisemmin hyödyntää tulevaisuuden ja tietoteknologiakehityksen ennakkointia osana strategista suunnittelua.

LÄHTEET

- Anton, P. S. (toim.) (2001). The global technology revolution: bio/nano/materials trends and their synergies with information technology by 2015. Philip S. Anton, Richard Silberglitt, James Schneider. RAND raport.
- Bezold, C. (1996). Your health in 2010. Four Scenarios. The Futurist September–October, 35–39.
- BIOINFOMED White Paper “Synergy between Medical Informatics and Bioinformatics: Facilitating Genomic Medicine for Future Healthcare” – Scope and Vision; Expected Impact. BIOINFOMED Study, EC-IST 2001-35024, “Prospective Analysis of the Relationships and Synergy Between Medical Informatics and Bioinformatics”, April 2003. Internetissä: <http://bioinfomed.isciii.es/Bioinfomed/The%20White%20Paper/results/White%20Paper.pdf> viitattu 8.11.2006.
- Cabrera, M. & Burgelman, J.-C. & Boden, M. & da Costa, O. & Rodríguez, C. (2004). eHealth in 2010: Realising a Knowledge-based Approach to Healthcare in the EU – Challenges for the Ambient Care System April 2004, Institute for Prospective Technology Studies Report. Internetissä: <http://forera.jrc.es/documents/eur21486en.pdf> viitattu 8.11.2006.
- Cahill, E. & Scapolo, F. (1999). The Futures Project - Technology Map. Eamon Cahill, Fabiana Scapolo, December 1999. Internetissä: <http://forera.jrc.es/documents/eur19031en.pdf> viitattu 8.11.2006.
- Doupi, P. & Hämäläinen, P. & Ruotsalainen, P. & Hyppönen, H. (2006). Country Report FINLAND. D 2.2 The European eHealth Innovation-oriented RTD Report.
- Elinkeinoelämän keskusliitto (2006). Palvelut 2020 – Osaaminen kansainvälisessä palveluyhteiskunnassa. Lopuraportti. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto.
- ERCIM and project group (2006). Beyond the Horizon: Anticipating Future and Emerging Information Society Technologies. Booklet: June 2006. Internetissä: <http://www.beyond-the-horizon.net> viitattu 8.11.2006
- ERCIM and project group (2006). Beyond the Horizon: Anticipating Future and Emerging Information Society Technologies. Final Report, June 2006. Privacy Concerns – Some Key Points for Technology Policy & Law Compliance, p. 165–169
- Halmeenmäki, T. (2005). Kunta-alan eläkepoistuma 2006–2020. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.
- Hyppönen, H. & Hämäläinen, P. & Pajukoski, M. & Tenhunen, E. (2005). Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueella. Raportteja 6/2005, Helsinki, Stakes. Internetissä: <http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/sarjat/index.htm?Page=2> viitattu 8.11.2006.
- Hyppönen, H. & Hännikäinen, K. & Pajukoski, M. & Ruotsalainen, P. & Salmivalli, L. & Tenhunen, E. toim. (2006). Sähköisen reseptin pilotin arviointi II (2005–2006). Raportteja 11/2006, Stakes: Helsinki.
- Hämäläinen, P. & Hyppönen, H. (2006). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian pitkän aikavälin toimeenpano. Sosiaaliläketieteellinen aikakauslehti 2006: 43 111–123.
- IEEE Fellows Survey (2006). Bursting Tech Bubbles before They Balloon. IEEE Spectrum September 2006, p. 42–47. Internetissä: <http://spectrum.ieee.org/sep06/4435> viitattu 8.11.2006.
- Kallio, J. & Kontio, T. (2006). Sosiaalitoimen ja varhaiskasvatuksen henkilöstön tietotekninen osaaminen seitsemässä Kaakkois-suomalaisessa kunnassa. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom.
- Kortelainen, P. & Kärki, J. (2005). Rakenteiset asiakasasiakirjat sosiaalihuollossa. Julkaisussa: Jämsén, A. (toim.) Uudistuva Itä-Suomi – vahvistuva sosiaalityö. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisu 1/2005.
- Kautto, M. (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.

- Kuusisto-Niemi, S. (1999). Sosiaalihuollon tietotekniikka. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.): Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY.
- Martens, P. & Huynen, M. (2003). A Future without Health? Health Dimension in Global Scenario Studies. Bulletin of the World Health Organisation 81 (12), s. 896–901.
- Nivalainen, S. & Volk, R. (2002). Väestö ja hyvinvointipalvelut vuonna 2030: alueellinen tarkastelu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pearson, I. (2000). The Next 20 Years in Technology: Timeline and Commentary. The Futurist January–February, 14–19.
- Pearson, I. & Neild, I. (2006). A Timeline for Technology: To the Year 2030 and Beyond. The Futurist March–April, 31–36.
- Sahala, H. (2005). Tietoteknologian käytön edistäminen sosiaalihuollossa -hankesuunnitelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:1.
- Silberglitt, R. ym. (2006). The Global technology revolution 2020: bio/nano/materials/information trends, drivers, barriers, and social implications. RAND Report 2006. Internetissä: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG475/> viitattu 8.11.2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1995). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1995:27.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stakes (2005). Tiedosta hyvinvointia – strategia 2012. Esite. Helsinki: Stakes.
- Suomen Akatemia ja Tekes (2006). FinnSight 2015 paneelien raportit. Helsinki: Suomen Akatemia ja Tekes.
- Ryynänen, O.-P. & Kinnunen, J. & Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. & Kuusi, O. (2004). Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Helsinki: Eduskunta.
- Tenhunen, E. & Hämäläinen, P. & Kärki, J. & Väinälä, A. (2006). Sosiaaliala ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiakehitys. Teoksessa: Häyrinen, K. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät 2006. Helsinki: Stakes.
- Tilastokeskus (2006). Väestöennuste iän ja sukupuolen mukaan 2004–2040. koko maa. Statfin-tietokanta. Internetissä: <http://statfin.stat.fi/StatWeb/start.asp?LA=fi&lp=home> viitattu 8.11.2006.
- Topo, P. (2006). Medikalisaatio muuttuvassa maailmassa. Pääkirjoitus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2006, 171–173.
- Valtioneuvosto (2006). Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevaiksi lainsäädännöksi 2006.
- Valtiovarainministeriö (1995). Suomi tietoyhteiskunnaksi. Kansalliset linjaukset. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Vuorensyrjä, M. & Borgman, M. & Kempainen, T. & Mäntysaari, M. & Pohjola, A. (2006). Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA): loppuraportti. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vuorento, R. (2004) Kuntien lähiajan toimintaympäristö. Teoksessa: Forma, P. & Väinänen, J. (toim.). Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Kuntatyö 2010 -tutkimus. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.
- Winblad, I. & Reponen, J. & Hämäläinen, P. & Kangas, M. (2006). Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005. Tilanne ja kehityksen suunta. Sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksikön julkaisuja, Raportteja 7/2006, Helsinki: Stakes.
- Wright, David toim. (2006). Safeguards in a World of Ambient Intelligence: Final Report, SWAMI Deliverable D4: A report of the SWAMI consortium to the European Commission under contract 006507, August 2006. Internetissä: <http://swami.jrc.es>

OPTIMIVAIKUTTAVUUDEN MITTAAMISESTA ARJEN VAIKUTTAVUUDEN SEURANTAAN

MARTTI KEKOMÄKI, professori
Helsinki

Terveysthuollon voimavarat tunnustetaan rajallisiksi kansalaiskeskustelussa. Keskustelulle antaa erikoisen ajankohtaisuuden se demografinen havainto, minkä mukaan maamme koko työvoima pienenee seuraavien parin vuosikymmenen aikana noin 300 000 työntekijällä, kun taas yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa 600 000:lla. Huoltosuhteen muuttuminen ei voi olla vaikuttamatta kykyimme tuottaa hyvinvointipalveluita, niin hoitoa kuin hoivaakin. Siksi meidän on yhteiskuntana kiinnitettävä huomiota kaikkiin niihin tapoihin, joilla näitä palveluita tuottaessamme käytämme yhteisiä voimavarojamme.

Tarkastelen tässä kirjoituksessa ensisijaisesti niitä keinoja, joilla hoitava toiminta valitsee tulevaisuudessa soveltamansa menetelmät ja seuraa niiden vaikuttavuutta. Painopisteeni on siis voimavarojen allokaation arvioinnissa. Menetelmien tosiasiallisten toteuttamistapojen eli teknisen tehokkuuden punnitsemisen jätän vähemmälle huomiolle, vaikka silläkin on oma vaikutuksensa allokaatioihin: hoitomenetelmän heikko toteutus saattaa tietenkin vähentää koko hoitomenetelmän arvoa taikka hävittää sen kokonaan.

Lääketiede – tieteistä nuorimpia?

Parantamisen perinne ulottuu ihmiskunnan alkuhämärään. Vuosituhansien ajan parantamisen keinovalikoima pohjasi erilaisiin rohtoihin, joiden vaikutusta tehostettiin monenlaisin nykyistä lumehoitoa muistuttavin keinoin, mutta myös aivan maagisin menoin ja loitsuin. ”Pahaa” häädettiin sairaasta niin suonta iskemällä, suolta tyhjentämällä kuin muillakin puhdistusrituaaleilla, mm. monenmoisista kylvyin. Toisaalta vammojen hoito ei edes kuulunut yleensä lääkärikunnalle, ”pitkien takkien ammattikunnalle”, vaan siitä huolehti partureiden, väliskäreiden ja haavureiden joukko, ”lyhyttakkiset parantajat”.

Valistuksen aika erotti tiedon uskosta ja merkitsi koko hellenistisen maailmankuvan vähittäistä hylkäämistä. Luonnontieteet, kemia ja fysiikka, mutta myös anatomia ja fysiologia, alkoivat elää itsenäisinä, kokeelliseen tutkimukseen perustuvina tieteenhaaroina. Induktio, kriittisten ja toistettavien havaintojen tekeminen, syrjäytti tiedon keräämismenetelmänä päättelyn eli deduktion, jonka vahvaksi linnakkeeksi jäi mm. matematiikka.

Lääketiede ei kuitenkaan seurannut tässä muutoksessa luonnontieteitä. Syitä sen jättäytymiseen pääosiltaan vanhan varaan voidaan etsiä mm. kokeellisen menetelmän soveltamisen ongelmista, onhan sentään kysymys ihmisten ongelmien tutkimisesta ja usein aivan elämän ja kuoleman kysymyksistä. Jos kokeita joskus tehtiinkin, niiden kohteet olivat useimmiten merimiehiä ja sotilaita. Toinen, varmaankin yhtä painava syy pitäytyä traditioon on ollut lääkäriprofession sulkeutuneisuus, jossa oppia siirrettiin seuraavalle sukupolvelle luottamuksen, kollegiaalisuuden ja hyvin vahvan auktoriteettiuskon ympäristössä. Parantamiseen liittyneitä liki maagisia rituaaleja ei pyritty vähentämään, päinvastoin: sekä selvät että epäselvät asiat hämärrettiin lääkärilatinaksi, pukeutumiseen, koreografiaan ja kaikkeen esiintymiseen liitettiin sopivat, ammattikunnan arvoa alleviivaavat koodit, eikä tilaisuuksia oman oppineisuuden korostamiseen haluttu yleensä jättää käyttämättä.

Sattuvasti onkin sanottu, että lääkärikunta on ollut omalla tavallaan näihin aikoihin asti keskiaikaisen kiltaperinteen jatkaja. Jotkut näkivät silti tämän asetelman läpi jo luonnontieteiden

syntymän aikoina. Voltairen tokaisun mukaan ”lääkärin tärkein tehtävä on huvittaa potilasta sillä aikaa kun luonto parantaa hänen sairautensa”. *Post hoc* – hoidon jälkeenkö – vai *propter hoc* – hoidon takiaako – kysymys jäi siis keskimäärin vastaamatta, jopa vuosisadoiksi. Luonto on ihmeellinen parantaja, eikä sen voimaa voida aina hävittää edes suonta iskemällä eikä peräruiskeilla, rohtouutteista ja kuhnekylvyistä puhumattakaan.

Traditionaalisen parantamisopin valtakausi – tieteksi sitä on siis nykymerkityksessä vaikea kutsua – jatkui 20. vuosisadalle asti. Anatomian, fysiologian, ja myöhemmin myös patologian ja mikrobiologian vahva osaaminen erotti kuitenkin lääkärikunnan selvästi puoskarikunnasta. Diagnostiikassa pyrittiin tautietiologian selvittelyyn ja hoito asetettiin diagnoosin mukaisesti, *dia gnosis*, 'tiedon kautta'. Anestesian kehittyminen 1800-luvun puolivälin jälkeen nosti kirurgian terveydenhuollon merkittäväksi osa-alueeksi. Maailmansodat nopeuttivat tavattomasti kirurgian kehittymistä, minkä lisäksi jälkimmäinen sota osoitti antimikrobisen lääkehoidon suorastaan strategisen merkityksen.

Eräät toisen maailmansodan aikaiset merkilliset tapahtumat loivat pohjaa myös uudentyyppiselle tieteelliselle ajattelulle. Kriittisyys kaikenkirjavia hoitosuosituksia kohtaan kasvoi, ensiksi obstetrisissa käytännöissä, myöhemmin koko tutkivan, hoitavan ja kuntouttavan lääketieteen alueella. Skottigynekologi Archibald Cochranen nimi tuli vuosisadan lopulla tunnetuksi juuri sen vuoksi, että hän nosti juuri etenevän satunnaistetun kokeen (RCT sanoista *randomised clinical trial*, satunnaistettu kliininen koe) lääketieteellisten menetelmien arvioinnin tärkeimmäksi instrumentiksi. Sen vuoksi on paikallaan kerrata RCT:n vahvuudet, sen heikkouksiakaan unohtamatta.

RCT – tutkimuksen kultainen standardi

Suuri osa traditionaalisen – siis loitsujen lukijoista 20. vuosisadan nimekkäisiin professoreihin asti ulottuvan – hoitoperinteen näennäisistä vahvuuksista perustui kahteen tekijään, joista kumpikaan ei riippunut suoraan sovellettavasta hoitomenetelmästä. Näistä ensimmäinen on elimistön oma, vuosimiljoonien saatossa hämmästyttävän hyväksi kehittynyt kyky korjata erilaisia sairaustilojaan, joka ulottuu haavan ja luunmurtuman parantumisesta järkkyyneen mielenterveyden palautumiseen, siis aivan Voltairen oivalluksen mukaisesti. Toinen tekijä liittyy parantajan persoonaan. Toisen empaattisen ihmisen läsnäolo ja tuki, hänen oppineisuudestaan ja nauttimastaan arvostuksesta puhumattakaan, lieventävät vakavankin taudin oireita ja synnyttävät näin potilaassa parantamisen tahdon ja tunteen. Lumehoito – nimitys vähätteleekin aivan turhaan parantajan persoonan vaikutusta; lumehoidon tekniikka, hienommin nimettynä ”potilaan kohtaaminen”, ansaitsisi itse asiassa tulla jopa nykyistä paljon paremmin integroiduksi lääkärikoulujen ohjelmaan.

Mutta itse hoitomenetelmän itseisarvon kanssa sen enempää luonnollisella, kaikesta hoidosta riippumattomalla parantumisella tai hoitavan persoonan suggestiivisella vaikutuksella ei ole siis välitöntä tekemistä. Jotta siis nuo kaksi tekijää voitaisiin tehokkaasti sulkea pois hoidon lopputuloksesta, tutkimusmenetelmän on oltava 1) valvottu – sisältäen verrokkiryhmän, joka ei saa tutkittavaa hoitoa –, 2) satunnaistettu – jolloin koe- ja verrokkiryhmään joutuminen sattumanvaraista tarkoituksena jakaa tutkimustulosta mahdollisesti sekoittavat tekijät mahdollisimman tasaisesti koe- ja tutkimusryhmään – ja 3) sokkoutettu, – jolloin tutkijan tai tutkijoiden omat asenteet eivät voi päästä muokkaamaan tutkittavien tuntemuksia, koska tutkija(t)kaan eivät tiedä, kuka hoitoa saa, kuka ei. Tämä selvitetään vasta itse kokeen päätyttyä ja sen jälkeen, kun parantumisen aste on jo arvioitu.

Kärjistään voidaan siis todeta, että RCT on tuonut lääketieteen 'takaisin' tieteiden joukkoon. Koska terveydenhuollon soveltamat tutkimus- ja hoitomenetelmät ovat suurimmalta osalta kaikkialla samat, myös tutkimustiedon keruu, käsittely ja vaihdanta yhdistävät kaikkia jälkiteollisia maita. Kansainvälinen Cochrane Collaboration Centre pitää päämajaansa Englannissa. Kertyneestä

tiedosta ja meneillään olevista RCT-tutkimuksista pidetään siellä kirjastoa ja tutkimustuloksia yhdistetään meta-analyysin keinoin niiden tilastollisen painoarvon vahvistamiseksi. RCT-kirjasto on tuhansien hoitosuosituksen perusta, joista puolestaan muokataan parhaat kansalliset versiot ja paikalliset olosuhteet huomioon ottavat hoito-ohjelmat.

RCT on kyseenalaistanut suuren määrän vakiintuneita hoitotapojamme, haavojen ompelemisen perinteestä posttraumaattiseen 'debriefing'-terapiaan: kummassakin esimerkissä RCT on paljastanut tyypillisen 'ylihoidon': suuri osa esimerkiksi käden tuoreista haavoista paranee jopa paremmin ompelematta, suuri osa 'debriefing'-toiminnasta ei auta järkyttynyttä, vaan pikemminkin hidastaa hänen toipumistaan. On helppo ymmärtää, että tämänkaltaisia, vakiintuneen hoitokäytännön ja siksi joskus lähes 'järjen vastaisia' tutkimustuloksia ei aina ole helppo siirtää muuttuneeksi toiminnaksi, tämän muutoksen pekuniaarisia seurauksiakaan unohtamatta.

Vaikka etenevä, satunnaistettu ja sokkoutettu tutkimusasetelma soveltuu monien vakiintuneiden ja vielä vakiintumattomien hoitomenetelmien arviointiin, uskomushoidon ja luontaisparantamisen laajasta kentästä puhumattakaan, kaikkia lääketieteen menetelmiä ei voida tutkia RCT-asetelmassa. Puhutaan ns. laskuvarjotutkimuksesta: tuskin kenellekään tulisi mieleen selvittää, pienentääkö laskuvarjon käyttäminen lentokoneesta hyppävien kuolleisuutta vai ei. Analogisesti, jos käytettävissä on riittävä määrä luotettavaa tietoa vakavan sairauden, vamman tai epämuodostuman luonnollisesta kulusta, tätä tietoa voidaan käyttää korvaamaan verrokki-ryhmää.

RCT:n kolminkertainen harha

"Laskuvarjotutkimuksen" luoma menetelmällinen katve ei silti ole RCT:n pahin pulma. Kultaisen standardin suurin ongelma liittyy kaksin- tai kolminkertaiseen valikoitumisharhaan, joka säännön mukaan suurentele hoitomenetelmän todellista arvoa.

Ensimmäinen harha liittyy potilaiden valikoimiseen. Jotta potilaiden yksilölliset, tutkimustulokseen sekoittavina tekijöinä vaikuttavat erityispiirteet olisivat jotenkin hallittavissa, suurin osa RCT-tutkimuksista joutuu sulkemaan osan tarjoutuvista potilastapauksista pois itse tutkimussarjoista. Tällaisina poissulkukriteereinä käytetään varsinkin samanaikaisia muita sairauksia, muuta lääkitystä, mutta myös potilaan ikää ja mielentilaa. Kun hoidon painopiste siirtyy länsimaissa jatkuvasti vanhempiin ryhmiin, myös monisairaus ja polyfarmasia yleistyvät. Ääritapauksissa poissulkukriteerein 'merkitty' potilasjoukko saattaa siis edustaa arjen potilaistoa jopa paremmin kuin se selekoitu tutkimusjoukko, jota RCT käyttää aineistonaan.

Toinen harhaisuus liittyy tutkimuslaitosten valikoitumiseen. Suurin osa ns. monikeskustutkimuksista rekrytoi osallistujansa akateemisten yliopistosairaaloiden parhaimmistosta. Näiden sairaaloiden kyky toteuttaa hoito mahdollisimman moitteettomasti on yleensä selvästi keskitasoa parempi. "Paremmuus" merkitsee tässä esimerkiksi parempaa hoitomyöntyvyyttä, nykyaikaisempia seuranta- ja valvontalaitteita ja ennen muuta kokeneempaa henkilökuntaa.

Kolmas harha liittyy nimenomaan operatiiviseen toimintaan, hoidon ensisijaisen toteuttajan henkilökohtaiseen osaamiseen ja käden taitoihin. RCT:t perustuvat hyvin usein menetelmien kehittäjien ja heidän oppilaittensa haluun selvittää uuden tutkimus- ja hoitomenetelmän arvo vanhaan toimintatapaan verrattuna. Nämä toteuttajat ovat siis jo kiivenneet teknisen oppimiskäyrän yläosiin, kun taas RCT:n tulosten soveltajat joutuvat askartelemaan saman käyrän alaosassa ja todennäköisesti vielä toistelemaan myöhemmin vältettävissä olevia teknisiä virheitä.

Harhaisuuden merkitystä lisää siis sen kumuloituminen. Kun esimerkiksi kaulavaltimokirurgiassa selvitettiin toimenpiteeseen liittyvää 30 päivän kuolleisuutta, se oli RCT:ssä vain 0,5 prosenttia. Samaan aikaan ja samoissa sairaaloissa tehtyjen kaulavaltimotoimenpiteiden kokonaiskuolleisuus oli kuitenkin kolminkertainen, mikä kuvastaa yksistään potilaiden valikoitumisesta syntyneitä harhaa. Kun selvitettiin vielä tutkimuksiin osallistumattomien sairaaloiden kaulaval-

timotoimenpiteisiin liittynyt kuolleisuus, (jotka summaavat kohdat kaksi ja kolme edellisestä analyysistä), se todettiin viisi kertaa niin korkeaksi kuin RCT raportoi.

Kysymys ei siis ole mistään vähäisestä kokonaisharhasta. Ajatuksellisesti ero RCT:n ja arjen välillä vastaa englanninkielisten termien efficacy ja effectiveness välistä eroa. Efficacy, 'optimivaikuttavuus', on ilmaistu suomenkielisessä kirjallisuudessa myös terminä 'teho'. Valitettavasti 'teho' ja 'tehokkuus' pyrkivät hämärtymään ja sekoittumaan keskenään jokapäiväisessä kielenkäytössä. Sen vuoksi ehdotan, että 'efficacy'-sana käännettäisiin suomeksi sanalla optimivaikuttavuus, kliinisen etenevän tutkimuksen mittaama vaikuttavuus.

Kohti vaikuttavuuden järjestelmällistä seurantaa

Korostin johdannossa vaikuttavuuden mittaamisen merkitystä suhteellisesti niukkenevien voimavarojen maailmassa. Lyhyesti: emme voi yhtäältä tyytyä seuraamaan toiminnan teknistä tehokkuutta ja toisaalta luottaa kritiikittä RCT:ien tuottamaan tietoon. Meidän on totuttauduttava ajatukseen, että vaikuttavuuden seuranta koskee mahdollisimman laajasti koko järjestelmän jokapäiväistä toimintaa, aivan niiden periaatteiden mukaisesti, joita WHO, OECD, Yhdysvaltojen Institute of Medicine (IOM), Institute for Healthcare Improvement (IHI) ja Britannian National Health Services ovat kirjoituksissaan ja toiminnassaan toistuvasti ja yhtäpitävästi korostaneet.

Edelleen on painotettava, ettei terveydenhuollon vaikuttavuuden seuranta voi perustua ensisijaisesti väestön terveysindikaattoreiden, ikä- ja sukupuolivakioidun tai edes sairauskohtaisen kuolleisuuden, sairauspoissaolojen tai sairausperäisen työkyvyttömyyden seurantaan. Kaikkiin näihin liittyy se pulma, että niiden mittaama sairauden rasite (disease burden) on myös monen muun tekijän kuin terveydenhuollon toiminnan tulosta. Ainoaksi mahdollisuudeksi punnita itse hoidon vaikuttavuutta arjessa on pyrkiä mittaamaan terveyden määrän eli oireettomuuden ja autonomian asteen muutosta poikki lääketieteellisen intervention ja luottaa siihen, että tämä muutos hoitamattomaan tilaan verrattuna kuvastaa itse intervention tuottamaa hyötyä. – Tätä ajatusta on tarkasteltava seuraavaksi sekä teoreettiselta että käytännölliseltä kannalta.

Eräänlaisesta rationaalisuudestaan huolimatta arjen vaikuttavuusmittauksen arvoa rajoittaa kaksi teoreettista tekijää. Näistä ensimmäinen ja tärkeämpi liittyy asetelman epätieteellisyyteen: edustava verrokiryhmään arjen toiminnassa yleensä puuttuu. Eksplisiittinen, nimenomainen tuloksellisuuden punninta muuttuu sen vuoksi pakostakin implisiittiseksi, viitteelliseksi. Puutetta voidaan yrittää paikata seuraamalla esimerkiksi (leikkaus)hoitoa odottavien terveydentilan muutoksia, kuten on tehtykin. Tällaiset seurannat ovat osoittaneet todeksi sen, että potilaiden subjektiivinen terveyselämys on sekin monen vaikeasti valvottavan seikan tulosta eikä siis aina edes lyhyellä aikavälillä välttämättä aivan stabiili.

Toinen pulma liittyy vähäoireisiin tai oireettomiin kliinisiin tilanteisiin, joiden seurantaan sovelletaan sairauteen liittyviä likimuuttujia. Esimerkiksi kelpaavat verenpainetaudin tai diabeteksen seuranta, joissa taudin ennusteen likimuuttujina käytetään totutusti verenpainelukema tai veren sokeripitoisuutta. Koska potilaat voivat täysin oireettomia, ei hoidoltakaan voida odottaa subjektiivista terveydentilaa parantavaa vaikutusta. Ainoaksi hoidon vaikuttavuuden seuranta-mahdollisuudeksi jää niin muodoin pitkäaikaisseuranta ja komplikaatioiden rekisteröinti eri hoitomuotoja saaneiden välillä.

Käytännön ongelmat tuntuvat näitä kahta teoreettista ongelmaa pienemmiltä. Itse asiassa hoidon vaikuttavuuden mittaamismenetelmien kehittäminen on liikkeellä ainakin kahdessa suomalaisessa yliopistosairaalassa, Kuopion yliopistosairaalassa ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Vaikuttavuustieto kerätään kummassakin käyttämällä Suomessa validoitua strukturoitua kyselylomaketta, joka jakaa subjektiivisen terveyselämyksen viidelletoista ulottuvuudelle ja käyttää kullakin niistä viittä eri luokkaa. Ennen-jälkeen asetelmassa tietoa on kerätty yli kymmeneltä erikoisalalta ja yli viidestäkymmenestä sairaustilasta.

Tärkein kertyneiden tulosten perusteella tehty havainto koskeekin itse tiedonkeruun yleistä merkitystä voimavarojen allokoinnin kannalta. Sellaisten hoitojen tosiasiallinen merkitys terveyden lisääjänä, joiden saatavuudesta on totuttu tekemään repäiseviä otsikoita, saattaa usein olla peräti marginaalinen. Edelleen, massiivinen ja järjestelmällinen elämänlaadun heikkeneminen saattaa verottaa hyvin raskaasti kuratiiviseksi kuvitellun ja suunnitellun kirurgisen intervention tuottamaa tosiasiallista hyötyä. Kliinisestä tilanteesta toiseen on voitu havaita, että terveyden kokemus on todellakin holistinen eikä yhteen elimeen tai elinryhmään liittyvä ilmiö. Esimerkiksi selkä kivun helpottuminen heijastuu potilaan elämään paljon laajemmin kuin vain kipu-ulottuvuuden korjautumisena: hoitotulos näkyy myös liikkumiskyvyn, unen saannin, jokapäiväisten toimintojen, energisyyden ja sukupuolielämän kohentumisena.

Tämän perusteella näyttää ilmeiseltä, että arjen vaikuttavuuden seuranta tulee järjestelmälliseksi ja että se aikaa myöten alkaa vaikuttaa myös voimavarojen allokoituspäätöksiin, aina hoitoprioriteettien asettamista myöten. Tiedon keruuta tukee elektroninen, elinikäinen terveystietojärjestelmä, jota vahvimmin. Tiedon keruu voidaan automatisoida ja siirtää langattomaan ympäristöön. Mittaristoa voidaan kehittää edelleen ja varmentaa sen validiteetti muuttuvassa ajassa. Kertyvä tieto voidaan kerätä Bayes-tyyppiseksi prioritetiedostoksi, joka kirjaimellisesti opettaa koko palvelujärjestelmää yhä optimaalisempiin, potilaan erityispiirteet huomioon ottaisiin hoitopäätöksiin. Kaikki tämä on tehtävissä rikkomatta potilassalaisuutta tai vaarantamatta tiedon eheyttä ja tietoturva.

Matka maagisesta parantamisesta tutkitun tiedon käyttämiseen ja siitä hoidon vaikuttavuuden järjestelmälliseen seuraamiseen voi tuntua samaan aikaan sekä ajallisesti pitkältä että ajatuksellisesti lyhyeltä. Koko muutoksen ponsi on silti selvästi nähtävissä: niukkuuden keskellä tarvitaan uutta, mahdollisimman luotettavaa tietoa eri hoitojen relatiivisesta, so. niiden kustannuksiin suhteutetusta kyvystä tuottaa yksilöautonomiata, elämän fyysistä ja psyykkistä rikkautta, yksilön tekemien valintojen runsautta, sanalla sanoen terveyttä. Tätä vasten tarkasteltuna kuvaamani kehityksen kaari on eettinen, 'oikea' ja sellaisena helppo hyväksyä.

EUROOPAN UNIONI JA TERVEYSPALVELUIDEN TULEVAISUUS SUOMESSA – VIE SINÄ MINÄ VIKISEN?

MERI KOIVUSALO, erikoistutkija
Stakes

Suomen liittyessä Euroopan Unioniin pidettiin selvänä että Euroopan Unioni ei vaikuta terveys- ja sosiaalipalveluihin. Tämä näkemys on vähitellen joutunut uudelleenarvioinnin kohteeksi. Euroopan Unionin puitteissa tehtävät sitoumukset ja lainsäädäntö vaikuttavat monella tapaa siihen miten Suomessa voidaan terveyspalveluita tuottaa, rahoittaa ja säädellä. Toisaalta Suomi on kansallisella tasolla toteuttanut useita toimia, jotka menevät pidemmälle kuin mitä Euroopan Unionin lainsäädäntö on vielä ehtinyt velvoittaa. EU:n sanelemat ehdot eivät myöskään ole välttämättä niin tiukkoja kuin minä ne kansallisella tasolla nähdään.

Euroopan Unionin vaikutusta terveyspalveluiden tulevaisuuteen voidaan tarkastella kolmea eri tietä: Ensinnäkin Euroopan Unionin terveyspalveluihin kohdentuvien toimien kautta osana EU:n terveyspoliittisia toimia, toiseksi rahoituksen eri kanavien vaikutusten kautta sekä kolmanneksi terveyspalveluiden osalta sektorin ulkopuolelta nousevan säätelyn kautta. Kaikkien näiden osalta voidaan todeta viimeaikaisia muutoksia Euroopan Unionin puitteissa sekä niiden vaikutuksia kansalliseen lainsäädäntöön. Rahoituskanavilla on merkittämpi vaikutus uusille jäsenmaille kuin Suomelle, kun taas EMU säädökset rajaavat rahaliittoon kuuluvien maiden toimintamahdollisuuksia

Suomen kansalliset tavoitteet ja prioriteetit niin EU:n kuin kansallisen politiikan puitteissa eivät välttämättä ole yhteneviä terveystavoitteiden tai hyvinvointipalveluihin ja politiikkaan laajemmin liittyvien tavoitteiden suhteen. Selkein esimerkki tästä on alkoholin verotus ja siihen liittyvät toimet niin kansallisella kuin Euroopan Unionin tasolla. Euroopan Unionin nimissä voidaan viedä eteenpäin myös sellaisia tavoitteita, joita kansallisen politiikan puitteissa ei voitaisi edistää. Kansallisella tasolla voidaan sitten vikiä, vaikka vietäväksi on kaikin tavoin itse asetettu.

Tulevaisuuden kannalta on syytä nostaa esille myös Euroopan laajemmän poliittisen yhteisön merkitys. Euroopan Unioni voi olla erityisen haasteellinen kansallisen terveyspolitiikan näkökulmasta, mutta joissain kysymyksissä muiden EU maiden politiikka ja tavoitteet voivat olla myös kansallisia toimia merkittävämpi turva Euroopan Unionin toimiin vaikutettaessa. Suomen yleisen tason EU politiikka ei ole Euroopan Unionin puitteissa loistanut hyvinvointipoliittisilla avauksilla ja läpikäyvällä hyvinvointipoliittisella painotuksella suhteessa EU:n laajempaan agendaan, jossa sen sijaan ovat painottuneet ensisijaisesti talous- ja teollisuuspoliittiset tavoitteet. Suomalaisten terveyspalveluiden tulevaisuuden kannalta voi merkittäväksi nousta yllättäen se miten kansalaiset Saksassa, Ranskassa ja Englannissa suhtautuvat Euroopan Unioniin. Tulevaisuuden kannalta hyvinvointipalveluiden keskeisin turva EU:n markkinalähtöisiä toimia vastaan voi siten olla eurooppalaisessa yhteistyössä.

Euroopan Unionin puitteissa terveyspalveluihin vaikuttavat Euroopan Unionin perusvapauksien ja Euroopan Yhteisön tuomioistuimen puitteissa tehtävät päätökset sekä niiden pohjalta tehtävät lainsäädäntöesitykset. Näitä vaikutuksia pidetään suorina vaikutuksina, vaikka niidenkin puitteissa on usein ennakoitua enemmän toimintavapauksia. Näiden suorien lainsäädännön nk. ”kovien” vaikutusten lisäksi Euroopan Unionin vaikutuksiin voidaan lukea poliittiset päätökset sekä päätökset siitä, minkälaisiin toimiin tuomioistuimen päätösten nojalta lähdetään Euroopan Unionin tasolla. Poliittisiin toimiin kuuluvat esimerkiksi laajemmat poliittiset strategiat, kuten Lissabonin strategia, sekä poliittiset päätökset eri sektoreiden toiminnan osalta, kuten esimerkiksi terveyspalveluiden ottaminen lisääntyvässä määrin osaksi Euroopan Unionin toimintaa ja osaksi komission omaa toimialuetta sekä avoin koordinaatio. Terveyspalvelut ovat olleet esillä osana

Lissabonin strategiaa sekä potilaiden vapaan liikkuvuuden kysymyksiä, mutta viimeisimmässä komission avauksessa ja konsultaatiossa Unionin toiminnasta terveyspalveluiden suhteen on argumenteiksi otettu mukaan myös kansalaisten perusoikeudet ja kansalaisten tarpeet terveyspalveluiden saamiseksi kaikkialla Euroopassa.

Euroopan Unionin vaikutus kansalliseen terveyspolitiikkaan on toistaiseksi ollut laajeneva ja kaksijakoinen. Se on jakautunut toisaalta Unionin terveyspolitiikan tavoitteista tehtäviin toimiin sekä siihen, miten unionin muut politiikat ja etenkin perusvapaudet, vaikuttavat kansalliseen terveyspolitiikkaan ja sen toiminta-alueisiin. Terveyspolitiikan kannalta keskeisiä toimialueita, kuten lääkepolitiikka on Euroopan Unionissa ollut alun perin teollisuuspolitiikan piirissä ja osana sisämarkkinapolitiikkaa. Tämä on heijastunut myös EU:n lääkepolitiikan sisällöissä.

Terveyspalvelut Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikan kentässä

EU:n vähitellen laajeneva rooli terveyspolitiikassa on perustunut niin uusille sopimusteksteille, kuin Euroopan tuomioistuimen päätöksille ja niistä tehdyille tulkinnoille. Maastrichtin ja Amsterdamin ja sopimukset kaikki laajensivat terveysmandaattia ja näin tapahtui myös esitetyn uuden perustuslain puitteissa. Perustuslakiesityksen lähtökohdat sekä tuomioistuimen päätösten perusteella perussopimuksesta tehdyt tulkinnat terveyspalveluista ovat johtaneet varsin nopeasti EU:n omien toimien laajentumiseen sen kansanterveysmandaatin puitteissa. Uusia avauksia on tehty paitsi kansanterveyspolitiikan ja -ohjelman puitteissa, myös osana avoimen koordinaation toimia pääosin sosiaalisen komitean ja työllisyys- ja sosiaaliosaston toiminnan puitteissa. Avointa koordinaatiota käsittelevä komission tiedonanto toteaa sen tavoitteista seuraavasti:

”Terveystieteiden ja vanhushuollon sektorin organisaatiota ja rahoitusta koskevat säännöt kuuluvat jäsenvaltioiden ensisijaiseen toimivaltaan. *Jäsenvaltioiden on tätä toimivaltaa harjoittaessaan noudatettava perustamissopimuksessa määrättyjä perusvapauksia ja sääntöjä.* Avoimen koordinaatiomenetelmän tuoma lisäarvo liittyykin siihen, että sen avulla voidaan kartoittaa yhteiset haasteet ja tukea jäsenvaltioiden toteuttamia uudistuspyrkimyksiä.” (European Commission 2004, KOM 2004.)

Komission esitys uudeksi kansanterveysohjelmaksi on myös ensimmäistä kertaa ottanut terveyspalvelut suoraan osaksi agenda ja tavoitteita. Aikaisemmin kansanterveysohjelman puitteissa on nojattu perussopimusten tekstiin, jossa vastuu on ollut yksiselitteisesti jäsenmailla ja komissiolla on ollut täydentävä rooli. Yllä esitetty tulkinta jäsenmaiden ja EU:n välisestä kompetenssista ja vastuusta suhteessa perussopimukseen on kuitenkin avannut myös komissiolle mahdollisuuden laajentaa terveysmandaattia. Käytännössä uusi kansanterveysohjelma pyrkii laajentamaan tätä monessa suhteessa perustuslakiesityksen mukaisesti, kuten esimerkiksi kansainvälisessä yhteistyössä ja Euroopan Unionin toimissa suhteessa terveydenalan kansainvälisiin järjestöihin. Euroopan Unionin ja komission rooli kansainvälisessä yhteistyössä ja terveyspolitiikassa on tiukentunut ja aiemman koordinaation sijaan komission rooli on vahvistunut myös perinteisesti jäsenmaiden hallussa olleilla alueilla, kuten Maailman Terveysjärjestöön (WHO) liittyvissä toimissa.

Terveysmandaatin laajentumisen ja terveyspalveluiden sisällyttämisen prosessia on vahvistanut osaltaan myös nk. korkean tason reflektioprosessi, jonka tavoitteena on ollut etsiä tasapainoa sisämarkkinoiden ja palvelujärjestelmien kansallisen hallinnan välillä. Tämä prosessi avautui etenkin Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen oikeustapauksien kautta. Siinä missä avoin koordinaatio on etsinyt linjauksia osana sosiaalipolitiikan linjauksia ja laajempaa suhdetta Lissabonin strategiaan, on korkean tason reflektioprosessi hakenut yhteistä linjaa hallitusten välille terveyspalveluihin ja etenkin vapaaseen liikkuvuuteen liittyvissä kysymyksissä. Yhtenä reflektioprosessin

suosituksena oli terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevän korkean tason työryhmän perustaminen. Useat jäsenvaltiot ovat pitäneet komission päätöstä ryhmän perustamiseksi hätköitynä, vaikka toisaalta on viitattu myös reflektioprosessin tuloksena syntyneeseen suositukseen, jossa komissiota kehoitetaan harkitsemaan Euroopan Unionin tason pysyvän mekanismin kehittämistä (Kattelus ja Saari 2006). Olennaista tulevaisuuden kannalta on se, että korkean tason työryhmän toiminnan kautta voidaan nähdä kanava myös komission toimivallan laajentumiselle terveyspalveluiden puitteissa.

Tuomioistuimen päätöksiä voidaan pitää keskeisenä syynä sille, että jäsenmaat ovat hyväksyneet laajemman Euroopan Unionin roolin terveyspalveluissa. Tässä uhkana on ollut vallan siirto tuomioistuimelle ja sisämarkkinatoimijoille, kuten palveludirektiivin puitteissa jouduttiin toteamaan. Komission roolin lisääminen terveyspalveluissa ei kuitenkaan ole välttämättä vastakkainen tai vaihtoehtoinen sisämarkkinoiden ja perusvapauksien merkitykselle, sillä ei ole mitään takeita siitä, että sisämarkkinasäädökset vaikuttaisivat väistämättä vähemmän kansallisiin järjestelmiin, jos terveyspalveluista säädellään enemmän EU-tasolla. Pikemminkin voidaan väittää, että sisämarkkinoiden puitteissa tehdyt toimet palveluiden liikkuvuuden edistämiseksi sekä etenkin palveludirektiivistä käyty keskustelu ovat avanneet pohjaa erityisille toimille terveyspalveluiden suhteen ja toimineet lähtökohtana tälle argumentaatiolle. Perusvapauksien lähtökohtaisuus myös terveyspalveluiden puitteissa tehtäville toimille heijastuu myös komission avauksista terveyspalveluiden osalta. Yllä olevasta avoimen koordinaation tavoitteiden painotuksesta käy myös ilmi, että EU-tason työn tavoitteena ei ole niinkään ratkaista mahdollista konfliktia, kuin sovittaa palvelujärjestelmät noudattamaan sisämarkkinalainsäädäntöä.

Potilaiden vapaata liikkuvuutta tarkasteleva korkean tason työryhmä ja siihen liittyvät selvitystyöt ovat yksi osa tätä kokonaisuutta. Komission konsultaatio terveyspalveluista EU:ssa vuoden 2006 lopulla on osa tätä laajentumista ja pyrkimyksiä saada jäsenmaiden tuki laajeneville EU:n toimille terveyspalveluiden suhteen. Näiden toimien kannalta keskeistä ja olennaista on se, että päätöksiä tekevät terveysministeriön ja hallinnon edustaja. Merkittävä avaus on myös Euroopan Unionin Neuvoston tekemä päätöslauselma arvoista ja lähtökohdista terveyspalveluissa (EN 2006).

Komissio on alkanut syksyllä 2006 myös terveyspalveluihin liittyvän konsultaatioprosessin, jonka lähtökohtina ovat oikeusvarmuuden parantaminen sekä jäsenmaiden työn täydentäminen. Palveludirektiivin jättäessä terveyskysymykset pois, on terveyspalveluista odotettu avauksia komission taholta. Komission aloittama prosessi viittaisi siihen, että sektorikohtaista lainsäädäntöä terveydenhuoltoon pyritään hakemaan lähitulevaisuudessa (KOM 2006).

Komission konsultaatioprosessissa haetaan selkeyttä – neuvoston aikaisemmasta julkilausumasta huolimatta – siihen onko Euroopan Unionissa jaettuja arvoja ja periaatteita terveyspalveluihin liittyen, joihin kansalaiset voisivat luottaa ja siten lisätä oikeusvarmuutta näissä kysymyksissä. Muina esitettyinä tavoitteina haetaan selkeyttä seuraaviin tavoitteisiin (KPM 2006):

1. Mitä käytännön seikkoja on selvennettävä niiden kansalaisten kannalta, jotka haluavat hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon
2. Minkälaista liikkumavaraa jäsenmailla on omien järjestelmiensä hoitamisessa ja suunnittelussa niin, ettei synny perusteettomia esteitä vapaalle liikkuvuudelle
3. Miten voidaan sovittaa yhteen yksilöllisten oikeuksien suurempi valinnan vapaus ja terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksen kestävyys
4. Miten turvataan asianmukainen taloudellinen korvaus rajat ylittävästä terveydenhoidosta, jonka vastaanottavan valtion terveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa
5. Miten potilaat ja terveydenhoitohenkilöstö voivat kartoittaa, vertailla tai valita terveydenhoitopalvelujen tarjoajia muissa maissa sekä
6. Selkiyttää yhteyttä terveyspalveluiden ja niihin liittyvien muiden palveluiden, kuten sosiaalipalveluiden välillä (KOM 2006a).

Komission konsultaatiossa terveyspalveluista huomiota kiinnittää erityisesti tavoite siitä, että kansalaisten tulisi voida valita ja vertailla palvelutuottajia eri maiden välillä. Kun samassa paperissa myöhemmin tuodaan esille, että potilaat yleensä haluavat tulla hoidetuiksi lähellä asuinpaikkaansa, ja että nykyinen potilaiden liikkuvuus kattaa vain noin yhden prosentin terveydenhuollon kuluista, laajan konsultaation tarve asiasta ei näyttäisi ainakaan ensi näkemykseltä mielekkäältä. Kansalaisten oikeusvarmuuden kannalta laadukkaiden palvelujen saatavuus ylipäätään lähellä ja omalla kielellä voidaan nähdä myös vähintään yhtä merkittävänä kansalaisten kannalta, kuin tarpeet vertailla palvelutuottajia tai valita palvelutuottaja toisesta maasta. Konsultaatiossa esille tuotu tarve mahdollisuudesta käyttää eri maissa olevia palvelutuottajia on myös erityisen ongelmallinen, koska sen voidaan nähdä johtavan suoraan markkinoistumiseen ja rahoituksen kestävyuden ongelmiin palvelujärjestelmissä.

Koska ongelman mittakaava ei sinänsä edellyttäisi näin merkittävää panostusta asiaan, voidaankin kysyä onko siten kyse ensisijaisesti poliittisesta tavoitteesta. Tulevaisuuden kannalta tulisikin pohtia rakennetaanko EU:n puitteissa nyt sisämarkkinoita ehdoin tahdoin niillä toimintavapauksilla, jotka EU voi ottaa perusvapauksien ja liikkuvuuden nimissä. Kansalaisten kannalta palveluiden tasavertainen saatavuus ja laatu maan sisässä ja etenkin syrjäseuduilla on tätä olenaisempi tekijä ja vaarassa valintaa ja markkinoistumista painottavien siirtymien vuoksi

Terveyspalvelut osana yleishyödyllisiä sosiaalipalveluita

Lissabonin strategiaan liittyen on huomioitava myös avoimen koordinaation laajempi sitoutuminen EU-tason sosiaalipolitiikkaan ja toimiin yleishyödyllisten palveluiden suhteen, jotka ovat ensisijaisesti sosiaalikomitean ja sosiaali- ja työllisyysosaston mandaatilla. EU:n politiikassa sosiaali- ja terveysasiat siten nivoutuvat yhteen ja tähän liittyvät myös työterveydenhuollon kysymykset. Lissabonin strategian merkitys nousee siten sosiaalipolitiikan tavoitteiden ja avoimen koordinaation eri avausten yhdentymisen kautta tärkeäksi myös terveyspalveluiden tulevaisuudelle. Tässä prosessissa osana ja osatekijänä on Komission tiedonanto Lissabonin strategiasta ja yleishyödyllisistä sosiaalipalveluista. Tiedonannossa lähdetään selkeästi siitä, että (KOM 2006b, European Commission 2006):

”Kun yksityiset toimijat tarjoavat sosiaalipalveluja, jäsenvaltio voi päättää säännellä markkinoiden toimintaa yleistä etua koskevien tavoitteiden toteutumisen varmistamiseksi. Tätä toimivaltaa käyttäessään jäsenvaltioiden on kuitenkin noudatettava yhteisön lainsäädäntöä ja erityisesti niitä perustamissopimuksen sääntöjä ja yleisiä periaatteita, jotka koskevat palvelujen tarjoamisen vapautta ja sijoittautumisvapautta. On syytä muistuttaa, että palveluja sisämarkkinoilla koskevan direktiivin soveltamisalan ulkopuolelle jätettyihin palveluihin sovelletaan edelleen näitä sääntöjä ja periaatteita.”

Näistä otetaan komission tiedonannossa esille etenkin sijoittautumisvapaus, palvelujen tarjoamisen vapaus sekä käyttäjien mahdollisuus käyttää palveluja, joita toiseen jäsenvaltioon sijoittautunut palveluntarjoaja tarjoaa. Tässä yhteydessä tuodaan esille myös se, että EY:n perustamissopimuksen 43 ja 49 artiklassa ei kielletä pelkästään kansallisia syrjiviä sääntöjä vaan myös kaikki kansalliset säännöt, joita sovelletaan erotuksetta kansallisiin ja ulkomaisiin toimijoihin ja jotka voivat haitata näiden perusvapauksien harjoittamista tai tehdä siitä vähemmän houkuttelevaa. Terveyspalveluiden tehokkaan säätelyn kannalta tämä on ongelmallista.

Euroopan Parlamentin työllisyyden ja sosiaaliasioiden valiokunnan marraskuussa julkaisema mietintöluonnos yleishyödyllisistä sosiaalipalveluista Euroopan Unionissa myös selkeästi edisti Euroopan Unionin toimia terveyspalveluiden osalta ja osana sosiaalipalveluita. Mietintöluonnoksessa esitettiin siten terveyspalveluista seuraavaa (Euroopan parlamentti 2006):

” 17. [Euroopan parlamentti] pyytää komissiota esittämään tiedonannon terveystalouden Euroopan Unionissa, jonka lähtökohdaksi on, että niitä olisi pidettävä sosiaalipalveluina ja jossa otetaan huomioon niiden erityispiirteet ja jossa arvioidaan juridista tarvetta tai mahdollisuutta esittää lainsäädäntöehdotus, johon voitaisiin sisällyttää näiden palvelujen perustana olevat yhteiset arvot ja periaatteet, niiden toimintaa koskevat olennaiset säännöt ja sosiaalialan organisaatioiden, terveydenhoitoalan ammattikunnan ja yksityisten organisaatioiden asema sekä potilaiden oikeudet ja velvollisuudet kuitenkin niin, että jäsenvaltioilla on oikeus päättää näiden palvelujen organisointia koskevista täsmällisistä säännöistä.”

Yleishyödyllisten sosiaalipalveluiden puitteissa on siten nyt luotu myös kehikko ja lähtökohdat Euroopan Unionin lainsäädännölle terveystalouden. Huomiota tässä vaatii myös se mitä käytännössä tarkoitetaan täsmällisillä säännöillä, sillä vaarana on, että vaihkaa siirrytään tilanteeseen, jossa Euroopan Unionille siirtyy valta määrätä varsinaisista säännöistä samalla kun jäsenvaltiot ”täsmäntävät” nämä omien palvelujärjestelmien mukaisiksi. Yleishyödyllisten palveluiden suhteen on tärkeää painottaa myös määritelmien merkitystä, sillä yleishyödyllisiin taloudellisiin palveluihin sovelletaan kilpailu- ja sisämarkkinasäädöksiä. Tässä on syytä painottaa komission juridisen analyysin toteutuksesta siitä, että tuoreiden tuomioistuimen päätösten valossa taloudelliseksi palveluiksi voitaisiin määrittää toiminta, joka liittyy palveluiden ja tavaroiden tarjoamiseen annetuilla markkinoilla (KOM 2006b, European Commission 2006). Tuomioistuimen päätöksiä voidaan tulkita myös siten, että markkinoiden olemassaolo on keskeinen tekijä eikä niinkään palveluiden tuottamisen tapa tai luonne. Tämä merkitsisi taasen sitä, että varsinaiset yleishyödylliset ja markkinasäädösten ulkopuolelle jäävät palvelut jäisivät kattamaan vain ne palvelut, joiden tuottamisesta markkinatoimijat eivät ole kiinnostuneita.

Muiden poliitikkojen vaikutukset terveystalouteen

Euroopan Unionin tasolla terveystalouteen eivät kuitenkaan vaikuta ainoastaan terveystalouteen suoraan liittyvät toimet, vaan myös se, mitä esimerkiksi julkisten hankintojen, teollisuuspolitiikan, kauppapolitiikan tai yleishyödyllisten palveluiden osalta laajemmin säädetään. Euroopan Unionin sisämarkkinoihin liittyvät tavoitteet nousivat esille mm. palveludirektiivin osalta, johon terveystaloutta oli alun perin myös sisällytetty. Tässä voidaan nostaa Suomen osalta esille etenkin julkisiin hankintoihin liittyvä lainsäädäntö, koska sen puitteissa tullaan erityisesti käsittelemään kuntien palvelutuotannon tilanteita ja kysymyksiä.

Julkisen talouden rajat ja kustannusten hallinta

Terveystaloutta ovat merkittävä kustannuserä kaikissa Euroopan Unionin jäsenmaissa ja etenkin EMU:n jäsenmaille julkisen talouden kulujen kasvu on ongelma. Tämä on heijastunut myös etenkin Saksassa ja Ranskassa terveystalouden kustannuksiin ja siihen on myös kiinnitetty talouspolitiikan seurannan puitteissa huomiota (Council 2004). Terveystaloutta käsiteltiin myös kilpailukykyä käsittelevässä komission kilpailuraportissa vuonna 2005, joka kuitenkin oli varsin kriittinen sen suhteen, voidaanko kilpailuttamisella ja markkinoistamisella saada tavoiteltuja hyötyjä terveystalouteen (KOM 2004). Euroopan Unionin puitteissa tehtyjen päätösten määrittämä julkisen talouden kehikko nousee ongelmalliseksi terveystalouden osalta etenkin silloin kun huomioidaan se, että monet muut Euroopan Unionin puitteissa edistettävät toimet, kuten lääkepolitiikka ja e-health, tulevat todennäköisemmin lisäämään terveydenhuollon kustannuksia. OECD:n tilastojen puitteissa lääkkeet ja uusi teknologia ovat terveydenhuollon nopeimmin nousevat kustannuserät (OECD 2006).

Terveyspalveluissa yksi keskeinen tulevaisuuden huoli Euroopan Unionin puitteissa onkin siinä, että terveyspalveluiden toimintaa pyritään tehostamaan ensisijaisesti markkinamekanismien kautta siitä huolimatta, että varsinaista evidenssipohjaa näille toimille ei ole.

Julkiset hankinnat ja terveyspalvelut

Suomessa julkisten hankintojen lainsäädännössä on huomioitu jo ennakoivasti EU lainsäädäntö ja siten kansallinen lainsäädäntö menee käytännössä EU lainsäädännön velvoittamaa pidemmälle. Suomen lainsäädännössä huomioidaan Euroopan Unionin lainsäädännön henki, vaikka käytännössä Euroopan Unionin puitteissa terveyspalvelut on asetettu kategoriaan, johon julkisten hankintojen yksityiskohtaisia säädöksiä ei sovelleta Euroopan Unionin lainsäädännön puitteissa. Julkisten hankintojen toimilla on erityistä merkitystä kunnallisten palveluiden hankinnalle ja esimerkiksi yhteisille hankintaprosesseille. Ongelmaksi ovat myös tällä alueella nousemassa tuomioistuimen päätökset, jotka painottavat markkinalähtöisyyttä perusvapauksien nimissä. Tämä on heijastunut myös niissä näkemyksissä, jotka ovat painottaneet terveyspalveluiden sisällyttämistä kansalliseen lainsäädäntöön siitä huolimatta, että tätä ei erityisesti veloiteta Euroopan Unionin lainsäädännön julkisiin hankintoihin liittyvän yksityiskohtaisen lainsäädännön puitteissa.

Lääkkeet ja terveydenhuollon teknologia Euroopan Unionissa – teollisuuspolitiikan ja terveyspolitiikan välimaastossa

Euroopan Unionin toimet muilla sektoreilla vaikuttavat myös lääkepolitiikkaan ja uuden teknologian kustannuksiin terveyssektorilla, sillä näitä säädellään Unionin puitteissa ensisijaisesti teollisuudenaloina ja lähtien yritysten intresseistä. Euroopan Unionin lääkepolitiikassa teollisuuspolitiikan tavoitteet ovat korostuneet vahvasti niin sisämarkkinoiden kuin EU:n kansainvälisten sopimusten puitteissa tekemissä linjauksissa. Lääketeollisuus on ollut Euroopan Unionin tasolla merkittävä - ellei merkittävin - etujärjestötoimija (Greenwood 1997). Teollisuuspolitiikan intressit ovat myös heijastuneet Euroopan Unionin lääkepolitiikan linjauksissa ja säädöksissä (Hervey 2002).

On oletettavaa, että lääkkeiden edelleen kallistuessa teollisuusvetoista Euroopan Unionin politiikan painotusta on välttämättä arvioitava lääkepolitiikassa uudelleen. Tässä vahvana osatekijänä ovat myös uusien jäsenmaiden kautta tulevat paineet, koska näiden osalta lääkkeiden osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on suhteellisesti suurempi kuin vanhoissa jäsenmaissa. On voitava käydä keskustelua myös siitä, miten ja mistä lähtökohdista kansallisella tasolla voidaan harjoittaa hintapolitiikkaa ja kontroleja, ilman että näitä pidetään innovaatioiden – ja potentiaalisesti kansainvälisen kauppapolitiikan – vastaisina toimina.

Euroopan Unionissa on myös systemaattisesti etsitty keinoja ja mekanismeja e-health toimien edistämiseksi. Osa näistä perustuu tavoitteisiin mahdollistaa tietojen liikkuvuus asiakkaan mukana, joka sisämarkkinoiden kannalta mahdollistaisi paremmin myös kuluttajan valinnan ja siirtymät palvelutuottajien välillä. Terveyspalveluiden kannalta sähköisten ja muiden tietoteknologiaan liittyvien toimien osalta voidaan nähdä sekä mahdollisuuksia, että uhkia. Mahdollisuuksia ovat ennen kaikkea nopeampi ja tehokkaampi tiedonsiirto ja toimivampi järjestelmä, kun taas uhkia ovat kustannukset, tietosuojan ongelmat, kehittymättömien järjestelmien toimintaongelmat sekä fragmentoituminen erilaisten kaupallisten toimijoiden tarjoamien palveluiden mukaan. Kansallisen järjestelmän kannalta uudistamisen tason ja lähtökohtien ongelmat ovat nostaneet keskustelua esille etenkin Englannissa, jossa tietoteknologian uudistusten kulujen on katsottu paisuneen kohtuuttomalla tavalla.

Toisaalta esimerkiksi korkean tason reflektioprosessin puitteissa on pyritty hakemaan keinoja nimenomaan terveydenhuollon teknologian arvioimiseksi ja siihen liittyvien kustannusten hallitsemiseksi. On odotettavissa, että tulevaisuudessa ennemmin tai myöhemmin Euroopan Unionin toimet teollisuuspolitiikan puitteissa ja markkinoiden edistämiseksi tulevat törmäämään kansallisiin toimiin kustannusten vähentämiseksi. Lääkepolitiikassa tämä tulee todennäköisimmin tapahtumaan aikaisemmin kuin teknologian arvioinnin ja e-healthin alueilla, vaikka kustannusten voidaan olettaa kasvavan kaikilla kolmella alueella. Vaarana tässä on kansalaisten kannalta se, että kulujen hallinnan paisuessa siirrytään yhä enemmän ”asiakas maksaa” lähtökohtaan ja siirtämään vastuuta kasvavista kustannuksista kansalaisille.

Kauppapolitiikan tavoitteet ja terveystalouden prioriteetit

Kauppapolitiikan tavoitteet heijastuvat terveystalouteen pääosin kolmea kanavaa pitkin. Tavaroiden liikkuvuuden osalta tavoitteet heijastuvat standardien asetuksessa ja niihin liittyvissä toimituksissa, terveystalouden osalta GATS-sopimuksen ja julkisten hankintojen osalta tehtyjen sopimusten kautta, sekä TRIPS-sopimuksen ja muiden patentteihin ja teollis- ja tekijänoikeuskysymysten vaikutusten kautta. Teollis- ja tekijänoikeuksien osalta keskeisimmät osa-alueet ovat lääkepolitiikka, lääketutkimuksen suuntautuminen sekä uusien lääkkeiden hinnoittelu. Tavaroiden liikkuvuuden osalta vaikutukset heijastuvat niihin lähtökohtiin, joiden pohjalta terveydensuojelua voidaan toteuttaa tai tarjota kuluttajien kannalta keskeistä informaatiota tuotteista.

Terveystalouden osalta kauppapolitiikan vaikutukset ovat suhteessa niihin toimiin ja lähtökohtiin, joita kansallisessa politiikassa on toteutettu. Suomen kansallisessa terveystalouden politiikassa on lähdetty siitä, että vaikka markkinoille pääsy on Suomessa vapaata, ei tätä haluta sitoa osaksi GATS-sopimusta, jotta hallituksen säätelyvara ja vapaudet alueella voidaan pitää jatkossakin ja mahdollistaa palveluiden säätely ensisijaisesti terveystalouden lähtökohdista. Suomessa toimivilla terveystalouteen tuottavilla yrityksillä on ollut ulkomaista omistusta jo pidempään ja esimerkiksi Mehiläisestä omistavat pääosan nyt brittiläinen sijoitusyhtiö ja Singaporen valtion sijoitusosasto (Mehiläinen 2006).

Terveystalouden tarkastelu potentiaalisena yritysten markkina-alueena on kuitenkin lisääntynyt myös kansallisella tasolla ja valitettavasti johtanut kuitenkin lisääntyviin paineisiin sitoa terveys- ja sosiaalisektorin palvelut GATS-sopimukseen nykyisen lainsäädännön mukaisesti. Omana ongelmakohtanaan ovat myös bilateraaliosopimukset, joita Euroopan Unionin puitteissa neuvotellaan selkeämmin komission kautta ja joissa tapahtuu helpommin siirtymiä. Bilateraaliosopimuksissa on käytetty myös palveluiden kaupan laajemminkin ehdotettua nk. stand still -periaatetta. Tämä periaate on erityisen ongelmallinen sen perustuessa olemassa olevaan lainsäädäntöön ja siten sisällyttäessä sopimukseen sektorit niiden olemassa olevan lainsäädännön mukaisesti. Tämänkaltaiset ongelmat bilateraaliosopimuksissa – ja kauppaneuvotteluissa muutenkin – todennäköisimmin lisääntyvät ja voivat johtaa ongelmiin kansallisella tasolla neuvottelujen nopean tempon ja EU-tason keskeisen roolin vuoksi.

Teollis- ja tekijänoikeuksien osalta TRIPS-sopimuksen merkitys lääkkeiden hinnoittelulle on ollut esillä etenkin kehitysmaissa. Patenttien ja muiden yksinoikeuksien merkitystä lääkekustannuksille, kehitystyön suuntaamiselle sekä tiedon saatavuudelle teollisuusmaissa ei ole vielä laajemmin kyseenalaistettu. Kysymyksiä on kuitenkin alettu nostaa esille myös Yhdysvalloissa (CBO 2006). Lääkepolitiikan osalta TRIPS-sopimus sisältää kuitenkin joustoja ja mahdollisuuksia, joita teollisuuspolitiikan puitteissa on pyritty myös kaventamaan. Euroopan Unionissa teollisuuspoliittisista syistä lääkkeiden myyntiluvan myöntämisen yhteydessä annetun lisäsuojan merkitys on myös vasta nyt avautumassa jäsenmaille. Uudet ja erityisen kalliit lääkkeet ovat tämän ongelman ytimessä. TRIPS-sopimuksen puitteissa jäsenvaltiot voivat periaatteessa käyttää pakkolisensointia, mutta myyntilupadokumentointien yksinoikeuksien (data exclusivity) perusta

nousee monien lääkkeiden osalta vastaan tästä huolimatta. Kansainvälisellä tasolla erityistä kritiikkiä ovat herättäneet neuvotellut bilateraaliosopimukset, joissa käytännössä TRIPS-sopimuksen antama joustavuus on käytännössä nolattu bilateraaliosopimusten kautta käyttäen tässä hyväksi mm. myyntilupadokumentaation yksinoikeuksiin liittyviä vaateita.

Kansanterveyden ja terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta olennaista olisikin eriyttää teollisuuspolitiikan toimet terveystalitiikasta ja hyväksyä, että teollisuuden ja jäsenvaltioiden intressit lääkepolitiikassa ja etenkin uusien lääkkeiden osalta ovat erillisiä ja osin vastakkaisia. Tämän totuuden tunnistaminen voi kuitenkin EU:n toimintaympäristössä viedä aikaa ja monimutkaistaa teollisuuden ja potilasjärjestöjen yhteistoiminnan ja rahoitussuhteiden linkittyessä yhä vahvemmin toisiinsa.

Kansallisen terveystalitiikan kannalta EU:n sisämarkkinasäädökset ovat toistaiseksi kauppapolitiikkaa merkittävämpi foorumi kauppapolitiikan intressien kanavoituessa epäsuoremmin samansuuntaisten sisämarkkina- ja teollisuuspolitiikan kautta. Olennaista kauppapolitiikan toimien ja tavoitteiden kannalta on se, että niiden kautta voidaan pyrkiä vakiinnuttamaan jo avattuja markkinoita ja käytäntöjä, joista voitaisiin pelkästään Euroopan Unionin puitteissa muuten helpommin luopua.

Mitä kansallisella tasolla halutaan?

Kansallisessa politiikassa on Suomessa korostunut pyrkimys pois hyvinvointivaltiosta kohti avointa palveluyhteiskuntaa (Tietoyhteiskuntaohjelma 2006). Palvelurakennemuutos on myös noussemassa keskeiseksi keinoksi ja mekanismiksi kohti kohti palveluyhteiskuntaa. Tätä painotusta ovat tukeneet myös Euroopan Unionin palveluiden kaupan vapautumista edesauttavat toimet sekä Lissabonin strategian päätavoitteet. Kauppapolitiikassa on yleisellä tasolla terävästi ajettu kauppapolitiikan tehostamista Euroopan Unionissa. Tämä on vastakkainen pyrkimys kansallisen päätäntävällän pitämiseksi keskeisenä terveys- ja sosiaalipolitiikan päätöksenteossa, minkä katsotaan hidastavan kauppapolitiikan prosesseja. Suomi on toisaalta ollut kauppapolitiikassa tiukka teollis- ja tekijänoikeuksien puoltaja myös lääkepolitiikkaan liittyvissä kysymyksissä, vaikka käytännössä ilman julkista rahoitusta toimivaa lääketieteellisuutta ei Suomessa merkittävästi ole, vaan ainoaa kansallista toimijaa ja alkuvaiheen pienyrityksiä lukuunottamatta keskeiset toimijat ovat monikansallisten yritysten tytäryhtiöitä.

Kattelus ja Saari (2006) ovat painottaneet sitä, että Suomen vahvuus ja mahdollisuus tulevat olemaan siinä, missä määrin suomalaiset kykenevät jatkossakin ylläpitämään horisontaalisen yhteisymmärryksen eri ministeriöiden ja eturyhmien välillä. Tämä lähtökohta on ongelmallinen, koska on ollut jo jonkin aikaa päivänselvää, että terveystalitiikan tavoitteiden, ministeriöiden ja eturyhmien välillä on merkittäviä eroja ja ristiriitoja, joissa terveystalitiikan tavoitteet ovat jäämässä alisteisiksi muille tärkeämmille tavoitteille, kuten oletetulle kilpailukyvyyn ja talouden kasvulle. Tulevaisuuden kannalta on olennaista, että terveystalitiikan tavoitteiden saavuttamiseksi eduskunta käyttää riittävää valtaa ja painotusta sen takaamiseksi, että terveystalitiikan tavoitteet ja keino, mukaanlukien hyvinvointipalveluiden saatavuus, eivät jää alisteisiksi muille tavoitteille. Tämä edellyttää linjauksista tehtävien poliittisten päätösten tekemistä siten, että ne myös sitovat eri ministeriöiden toimijoita ja neuvottelutavoitteita.

Terveystalitiikan ja -tavoitteiden osalta on siten olennaista pystyä näkemään myös ministeriöiden välisten toimien ja painotusten erot ja ristiriidat eri eturyhmien intressien ja terveystalitiikan tavoitteiden ja keinojen välillä. Terveystalitiikan tavoitteiden kannalta tukea voidaan monissa kysymyksissä löytää paremmin Euroopan Unionin muiden maiden terveystalitiikan puitteista, kuin esimerkiksi kansallisen kauppaa- ja teollisuuspolitiikan toimijoista. Kotimaisista toimijoista esimerkiksi lääketieteellisyys on jo nyt käytännössä monikansallista ja myös kauppapoli-

litiikan puitteet ja tavoitteet heijastavat kansallisella tasolla yleisempiä piirteitä. Tässä mielessä on syytä painottaa ILO:n globalisaatioraportin huomiota siitä, että globalisaatio alkaa kotona.

Kansallisen politiikan kannalta olisikin konsensuksen sijaan olennaista painottaa selkeää ja avointa päätöksentekoa, jossa eri sektoreiden tavoitteet ja ongelmat nousevat aikaisempaa paremmin esille. Tässä voidaan löytää myös mahdollisuuksia sektorien yhteisten ja samankaltaisten tavoitteiden väliltä, mikä esimerkiksi nousi esille EU:n perustuslaista käydyssä keskustelussa ja toimissa, joissa opetussektorin ja terveyssektorin intressit olivat yhtenevät. Kansalaisten tuki hyvinvointipalveluille on ollut vahvaa ja paineet uudistamiseen ovat tulleet palvelutuottajien ja muiden toimijoiden piiristä tai teknisinä ja tehostamiseen tähtäävinä muutoksina. Terveyspalveluiden osalta olennaista on, että päätöksiä voidaan tehdä kansallisella tasolla terveyspolitiikan lähtökohdista ja tavoitteista lähtien ja että päätöksenteossa huomioidaan tavoitteiden määrittämisen lisäksi myös se, miten näitä kohti edetään.

Tulevaisuuden haasteet

Euroopan Unionin politiikan ja kansallisten terveyspalveluiden kehityksen osalta – olettaen että Suomi pysyy Euroopan Unionin jäsenenä – voidaan tuoda esille kolme erilaista skenaariota tulevaisuuden haasteista terveyspalveluille. Nämä voidaan kärjistää jakaa passiiviseen julkisten menojen kurimukseen ja palveluiden jakautumiseen, aktiiviseen markkinoistumiseen sekä Euroopan sosiaalisen mallin mahdollisuuteen. Kaikissa näissä kehityskuluissa voidaan nähdä elementtejä niin eurooppalaisessa kuin kansallisessa politiikassa ja päätöksenteossa.

Julkisten menojen kurimus ja palveluiden jakautuminen

Suomen terveydenhuollossa kustannusten kasvu on ollut varsin hallittua ja muihin OECD-maihin verrattuna jopa huomattavan matalaa. Palveluiden markkinaehtoistamisesta on kuitenkin kansallisella tasolla haettu vastausta julkisen sektorin tuottavuuden kasvuun ja tehostamiseen (VNK 2004). Näyttö markkinamekanismien hyödyistä terveyspalveluiden tehostamisessa on kuitenkin käytännössä puutteellista ja jopa niille vastakkaista (KOM 2005, Mackintosh ym. 2005). On siten oletettavaa, että mitä pidemmälle kansallista terveyspalvelujärjestelmää viedään markkinoille, sitä vahvemmin Euroopan Unionin ja etenkin sisämarkkinoiden lainsäädäntö siihen kohdentuu. Olemassa olevan tiedon perusteella terveyspalveluiden markkinaehtoisempi tuottaminen ja valinnanmahdollisuuksien lisääminen lisäävät kustannuksia ja riskiä palveluiden saatavuuden eriytymisestä. Tehostamisen sijaan on siten todennäköisempää, että terveydenhuollon kustannukset kokonaisuudessaan kasvavat, mitä markkinaehtoisemmin niitä pyritään tuottamaan.

EU:n talouspolitiikan laajoissa suuntaviivoissa Suomea on kuitenkin toistuvasti kehoitettu alentamaan verotustaan, uudistamaan sosiaaliturvaansa ja lisäämään kilpailua hyvinvointipalveluissa (Palola ja Särkelä 2006). Euroopan Unioni tuo paineita myös niin poliittisen strategian kuin EMU sitoumusten puitteissa tiukalle julkiselle taloudelle ja terveydenhuollon rahoitukselle. Vaikka EMU ei ole ollut vielä ongelma Suomessa, jossa kansallisen politiikan puitteissa on asetettu tiukat rajat terveydenhuollon menojen kasvulle, se voi rajata tulevaisuudessa terveyspalveluiden puitteissa tapahtuvaa kasvua ja kasvumahdollisuuksia. OECD:n mukaan kustannuspaineita terveydenhuoltoon OECD maissa tuovat ennen kaikkea uuden teknologian kustannukset, jotka ovat nousseet terveydenhuollon muita kuluja nopeammin. Nykyinen Euroopan Unionin - ja Suomen kansallinen – teollisuus- ja innovaatiopolitiikka myös omalta osaltaan edistävät tätä vahvistamalla teollisuustoimijoiden monopoliasemaa ja valtaa lääkkeiden hintapolitiikassa vahvoja teollis- ja tekijänoikeuksia painottamalla, sekä muiden yksinoikeuksiin perustuvien kannustimien kautta.

Terveyspalveluiden osalta voidaankin nähdä tulevaisuudessa varsin selkeästi ”uhkakuva”, jossa julkisen sektorin osuutta ei voida nostaa, mutta terveydenhuollon kokonaiskustannukset nousevat vahvasti. Tässä tilanteessa on todennäköistä, että julkisen sektorin palveluiden saatavuuden sijaan ryhdytään rajaamaan niiden saajaryhmiä joko aktiivisesti pyrkimällä lisäämään keskiluokan siirtymistä yksityisten vakuutusten käyttäjiksi tai passiivisesti palveluiden laadun huonontumisen ja sisältöjen kaventumisen kautta. Terveyspalveluiden jakautumista voivat edelleen lisätä EU:n sisämarkkinoiden vaatimukset kansalaisten ja palveluiden vapaasta liikkuvuudesta sekä mahdollisuudesta valita palvelutuottaja myös oman maan ulkopuolelta.

Käytännössä tällöin siirrytään helposti Yhdysvaltain mallin mukaiseen järjestelmään (Koivusalo 2005), joka kuitenkin kokonaisuudessaan on nykyistä kansallista järjestelmää kalliimpi. Ongelmallista on myös se, jos julkisia kustannuksia pyritään karsimaan eriyttämällä julkiset palvelut omaksi karsituksi peruspalvelukokonaisuudeksi. Lopputuloksena olisivat tällöin eriytyneet palvelut ja etenkin köyhemmän – ja sairaamman – väestönsosan kannalta heikommat palvelut. Menettäjinä olisivat myös haja-asutusalueilla asuvat, koska laajan palveluverkoston ylläpitäminen markkinavetoisessa järjestelmässä ei olisi mielekästä.

Hyvinvointipalvelut talouskasvun resurssina Euroopan Unionissa

Palveluiden kaupan puitteissa Euroopan Unionissa ja etenkin kauppapolitiikan toimijoiden puitteissa on noussut myös uusi aggressiivisempi painotus terveyspalveluista ensisijaisesti taloudellisen kasvun välineenä. Terveyspalveluiden kustannukset eivät enää ole ongelma, koska ne ovat osa talouskasvua. Julkisten terveysmenojen viitekehyksessä tämä edellyttää, että suurempi osa kustannuksista on voitava siirtää yksilöiden kustannettavaksi. Tässä päätöksentekoon heijastuvat kuitenkin ensisijaisesti markkinatoimijoiden näkökulmat ja painotukset vapaasta liikkuvuudesta, kansalaisten valinnasta sekä sektorin kasvupotentiaalista. Terveyspalveluiden keskeiseksi arviointiperusteeksi nousee tällöin se, miten ne tuovat lisäarvoa markkinoilla.

Tässä argumentaatiossa kansalliset sitoumukset palveluiden universaalista saatavuudesta eivät ole ongelma, koska asiaa tarkastellaan yritystoiminnan lähtökohdista ja niin kauan kuin riittävää julkista rahoitusta palveluiden tuottamiseen voidaan saada, ei yritystoimijoilla ole estettä näiden tuottamiseksi. Tämä sama ongelma liittyy terveysteknologian ja lääkkeiden saatavuuteen ja painotuksiin oikeuksista tasavertaiseen saatavuuteen, sillä teollisuuden intressien kannalta keskeisiä on etenkin uusien lääkkeiden osalta kysyntä ja vaatimukset ottaa uusia lääkkeitä käyttöön mahdollisimman nopeasti ja laajalti.

Lääketeollisuuden on siten mielekästä liittoutua potilasjärjestöjen kanssa vaatimaan tasavertaista uusien lääkkeiden saatavuutta. Tämä ongelma on noussut esille potilasjärjestöjen kampanjoissa sekä etenkin Euroopan Unionin tasolla toimivien potilasjärjestöjen toiminnan rahoituksessa. Tulevaisuuden haasteena ovat todennäköisimmin myös nk. muoviruohonjuurien edustajat (astro-turf), jotka ovat kansalaisjärjestöjä tai potilasjärjestöjä, joiden rahoitus ja toimintalähtökohdat määrittyvät ensisijaisesti teollisuuden intresseistä luomaan kysyntää ja vaatimuksia palveluille, lääkkeille ja teknologioille.

Euroopan Sosiaalisen mallin uusi aika?

Kansallisen politiikan puitteissa on tärkeätä nähdä myös se miten Euroopan Unionin painotukset vaikuttavat kansallisen politiikan kehukseen ja jäsentymiseen. Aivan samoin kuin ILO:n globalisaatioraportti on todennut globalisaation alkavan ”kotona”, voidaan myös Euroopan Unionin politiikan osalta nähdä kansallisessa politiikassa siirtymiä, jotka vahvistavat ja tukevat tätä kehitystä.

Vaikka suuntaus näyttäisi etenkin päätöksentekijöiden osalta niin EU:ssa kuin kansallisella tasolla olevan kohti kahta edellä esitettyä mallia, on nähtävissä myös elementtejä, jotka voivat avata tilaa Euroopan sosiaalisen mallin uudelle avautumiselle.

Suomen kansallisessa politiikassa hyvinvointikysymykset ovat ajautuneet 1990-luvun taouskriisin jälkeen selkeästi takapenkille kansallisessa päätöksenteossa, jota ovat dominoineet kauppa- ja teollisuuspoliittiset intressit ja painotukset. Kansalaisten tuki hyvinvointivaltiolle ja hyvinvointipalveluille on ollut selkeästi poliittista eliittiä vahvempaa. Monessa Euroopan maassa on todettavissa samankaltaisia suuntauksia ja liikehdintää. Tähän ovat liittyneet myös painotukset Euroopan sosiaalisen mallin vahvistamisesta uusliberalististen painotusten sijaan. Kansalaisten luottamus Euroopan Unioniin on kriisissä ja tätä kriisiä ei tule edesauttamaan Euroopan Unionin tuottama paine peruspalveluiden markkinoistamiseksi. Yksi elementti tästä on tuotu selkeästi esille Euroopan neuvoston päätelmissä arvoista terveyspalveluissa (Neuvosto 2006).

Euroopan politiikassa perustuslaista käydyt kansanäänestykset sekä palveludirektiivistä nousut kohu ovat nostaneet esille myös kansalaisten merkityksen toimijoina ja terveyspalvelut kansalaisille tärkeänä kysymyksenä. Palveludirektiivistä käyty keskustelu toi esille perustavia ongelmia terveyspalveluiden markkinoistamisessa sekä tämän laajan vastustuksen.

Kansalaisten ja etenkin hyvinvointipalveluiden tulevaisuuden kannalta yksi mahdollisuus olisi voinut olla perustuslain hyväksymiseen liittyvä jatkoprosessi, jossa Suomi valitettavasti joutui menettämään mahdollisuutensa vaikuttaa asiaan alkuperäisessä prosessissa rannalle jääneiden tavoitteiden osalta. Hyvinvointipalveluiden ja sisämarkkinoiden välisen rajan selkiyttäminen olisi yksinkertaisinta sisällyttämällä asia perussopimuksiin ja lähtökohtiin. Mikäli perustuslakiprosessi avataan voitaisiin siitä käytävien neuvottelujen puitteissa vahvistaa sosiaalista Eurooppaa. Tulevaisuuden kannalta tämä mahdollisuus on edelleenkin auki, mutta on todennäköistä, että tässä valtaa käyttävät käytännössä ne maat, jotka eivät ole perustuslakiesitystä vielä hyväksyneet.

Terveyspalveluiden osalta eurooppalainen yhteistyö voi siten tarjota myös kansallisen tason ohi mahdollisuuden vaikuttaa niihin lähtökohtiin ja tavoitteisiin, joiden puitteissa Euroopan Unionin politiikkaa tullaan kehittämään. Tässä esille on tuotu myös kansalaisten perusoikeuksien merkitys Euroopan Unionin päätöksenteossa taloudellisten perusvapauksien rinnalla. Yhteistyössä on huomioitava myös kansalaisjärjestöjen herääminen sisämarkkinoiden ja EU-politiikan merkitykseen kansallisille toimille ja hyvinvointivaltion aktiivinen puolustaminen (Palola ja Särkelä 2006, HYVA 2006). Euroopan Unionin osalta on mahdollista edetä yhteistyössä myös eri sektoritoimijoiden kanssa, sillä esimerkiksi opetustoimen ja terveystoimen haasteet ovat monelta osin yhteisiä. Tehokkaampi toiminta edellyttäisi myös sitä, että terveys- ja sosiaalialan kysymykset nähtäisiin tärkeinä ja myös kansallisen poliittisen tason prioriteetteina suhteessa Euroopan Unionin politiikkaan. Muuten vaarana on, että kansalaisten hyvinvointiin ja terveyspalveluihin liittyvät kysymykset ovat tärkeitä, mutta eivät yhtä tärkeitä kuin erilaisten eturyhmien intressit.

LÄHTEET

Council of the European Union (2004). The update of the Broad Guidelines of the Economic Policies of the Member States and the Community for the 2003–2005 period. Brussels, 21 June 2004, 10676/04.

Council of the European Union (2006). Council conclusions on Common values and principles in EU health systems. 2733 Employment, social policy, health and consumer affairs Council meeting. Luxembourg 1–2 June, 2006.

European Commission (2004). Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the "open method of coordination". COM 2004 304 final.

European Commission (2005). Commission staff working documents. European Competitiveness report 2004. European Commission, Brussels.

- European Commission (2006). Commission Staff working document. Annexes to the Communication from the Commission on social services of general interest in the European Union. COM 2006 177 final.
- Euroopan Parlamentti (2006). Mietintöluonnos yleishyödyllisistä sosiaalipalveluista Euroopan Unionissa. Väliaikainen 15.11.2006.
- Greenwood, J. (1997). Representing interests in the European Union. Palgrave/Macmillan, Basingstoke.
- Hervey, T. K. (2002). Mapping the contours of EU health law and policy. *European Public Law* 8(1):69–105.
- HYVA (2006). Verkkosivut: <http://www.hyvinvointivaltio.fi/>. Tulostettu 21.12.2006.
- Hämäläinen, R.-M. & Koivusalo, M. & Ollila E. (2004). EU policies and Health. STAKES Themes 1/2004.
- Kattelus, M. & Saari, J.(2006). Terveyspolitiikan eurooppalaistumien – reflektioprosessi sisämarkkinoiden tasa-painottamisen välineenä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006:71:73–88.
- Koivusalo, M. (2005). Euroopan Unioni ja terveyspalvelut. Kirjassa: Euroopan Unionin vaikutukset kuntien hyvinvointipalveluihin. Kuntaliitto, Helsinki.
- Koivusalo, M. (2005). Future of European health policies. *International Journal of Health Services* 2005: 35:2:325–342.
- Komission tiedonanto (2006a). Terveyspalveluita koskeviin yhteisön toimiin liittyvä kuuleminen. Bryssel (2006)1195/4.
- Komission tiedonanto (2006b). Yhteisön Lissabon-ohjelman täytäntöönpano: Yleishyödylliset sosiaalipalvelut Euroopan Unionissa. Bryssel 26.4.2006 lop.
- Mackintosh, M. & Koivusalo, M. (2005). Commercialisation of health care. Global and local dynamics and policy responses. Palgrave, Basingstoke 2005.
- Mehiläinen (2006). www.mehilainen.fi, yritysinfo. Tarkistettu 20.12.2006.
- OECD (2005). Health data 2005. OECD, Paris, 2006.
- Palola, E. & Särkelä, E. (2006). Hyvinvointi United FC Sisämarkkinat: Reilu peli. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki. 2006.
- Valtioneuvoston kanslia (2004). Osaava, avautuva ja uudistuva Suomi. 2004.
- Valtioneuvoston kanslia (2006). Tietoyhteiskuntaohjelma.



TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Esa Eriksson, Tom Erik Arnkil, Marie Rautava: Ennakointialojeja huolten vyöhykkeillä. Verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn

Työpapereita 29/2006 Tilausnro T29/2006

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO: Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto

Työpapereita 28/2006 Tilausnro T28/2006

Tuomas Tenkanen: Ennakointialogiien käyttö päihdestrategiatyössä

Työpapereita 27/2006 Tilausnro T27/2006

Eija Hiltunen (toim.): Terveystutkimuksen päivät 2006. Yksilö vai rakenteet. Kuopio 5.–

6.10.2006 Tutkimuspapereit

Työpapereita 26/2006 Tilausnro T26/2006

Pauliina Luopa, Minna Pietikäinen, Jukka Jokela: Nuorten elinolut, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005

Työpapereita 25/2006 Tilausnro T25/2006

Mauno Konttinen, Milla Roos (red.): Annus Socialis och Medicus Fenniae 2006. Nordiskt social- och

hälsodirektörsmöte. Grönland 22.–24. augusti 2006

Työpapereita 24/2006 Tilausnro T24/2006

Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta

Työpapereita 23/2006 Tilausnro T23/2006

Tuula Hurnasti: Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa. Kuntoutustyöntekijöiden erilaiset

näkemykset "lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline" ja "päivittäiset toiminnot" -käsitteistä

Työpapereita 22/2006 Tilausnro T22/2006

Päivi Topo (toim.): Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006

Työpapereita 21/2006 Tilausnro T21/2006

Antti Parpo (toim.): SOMA 2003. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli

Työpapereita 20/2006 Tilausnro T20/2006

Timo Itälä: Hoidon saatavuuden seuranta. Hoidon saatavuuden seurannan määritys- ja toteutushankkeen loppuraportti.

Työpapereita 19/2006 Tilausnumero T19/2006

Kristiina Häyrinen (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspapereit 2006

Työpapereita 18/2006 Tilausnro T18/2006

Matti Rimpelä, Anne-Marie Rigoff, Kirsi Wiss, Tuovi Hakulinen-Viitanen: Seulontatutkimukset 3–7-vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Kyselytutkimus terveyskeskuksille huhti-toukokuussa 2006

Työpapereita 17/2006 Tilausnro T17/2006

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, John Nilsson, Kersti Samuelsson, Tuula Hurnasti, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson: Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari NAME 1.0. Käsikirja

Työpapereita 16/2006 Tilausnro T16/2006