

# NÄKÖKULMIA TODELLISUUDEN TERVEYDENHUOLLOSTA

PROSESSEJA, RAKENTEITA, HAASTEITA SEKÄ EHDOTUKSIA



AGENDA



NÄKÖKULMIA TODELLISUUDEN  
TERVEYDENHUOLLOSTA

PROSESSEJA, RAKENTEITA, HAASTEITA SEKÄ EHDOTUKSIA

Ajatushautomo Agenda 2016

ISBN 978-952-68299-6-8 (nid.)

ISBN 978-952-68299-7-5 (PDF)

Käännökset ruotsin kielestä:

Anna-Maija Nordling, Linda Ahlbäck ja Linda Lindholm

## SISÄLLYSLUETTELO

AGENDAN ESIPUHE

SISÄLLYSLUETTELO

KIRJOITTAJIEN ESITTELYT

- 12 LINNÉA HENRIKSSON  
ONGELMIA, RATKAISUJA JA SOTE-UUDISTUS ERI NÄKÖKULMISTA
- 40 JOHAN GROOP  
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSET JATKAVAT  
KASVUAAN: MITEN TÄHÄN KEHITYKSEEN VOISI VAIKUTTA?
- 62 GÖRAN HONGA  
SOTE-UUDISTUS ERIKOISSAIRAANHOIDON NÄKÖKULMISTA
- 74 MATS BROMMELS  
KOKEMUKSET RUOTSIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON  
UUDISTUKSISTA JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN SUOMEN  
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSUUDISTUKSESSA
- 94 BJARNE PETH  
ICT – ISÄNTÄ VAI RENKI ?
- 110 LINNÉA HENRIKSSON  
RUOTSINKIELISET INTRESSIT JA KIELIPOLITIikka  
SOTE-UUDISTUKSESSA
- 132 LINDA LINDHOLM  
KIELELLISET OIKEUDET UUDESSA  
TERVEYDENHUOLLON HALLINTOMALLISSA



## AGENDAN ESIPUHE

PERUSTEELLISTA SOSIAALI- JA terveyssektorin uudistusta on suunniteltu usean vuoden ajan. Sote-uudistus on valtava projekti – riippumatta sen lopullisesta muodosta – ja vielä monen vuoden valmistelun jälkeen ilmassa on edelleen suuri määrä vastaamattomia kysymyksiä. Tämä raportti käsittelee niistä muutamia. (Sote-uudistuksella tarkoitetaan tässä tekstissä sellaisia uudistuksia, joiden tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen siirtäminen suuremmille alueille.)

Raportin tavoitteena on ennen kaikkea keskustella sote-uudistuksesta eri näkökulmista, jotta voidaan näyttää, että se mikä aspekti milloinkin on keskeinen, riippuu siitä, mistä näkökulmasta uudistusta tarkastellaan. Toiseksi raportti pyrkii artikuloimaan sote-uudistukseen liittyviä kielellisiä intressejä. Osalla uudistuksen aspekteista ei ole suoraa kielellistä ulottuvuutta. On syytä tehdä ero sote-uudistusesityksen haasteiden ja sen kielellisten haasteiden välillä.

Raportti ei millään tavalla väitä olevansa kokonaisvaltainen, eikä voi vastata kaikkiin kysymyksiin. Raportti ei tuo uusia tutkimustuloksia, mutta kokoaa yhteen tietoa eri osamisalueilta ja muistuttaa sellaisista näkökulmista, jotka eivät näy ministeriöiden valmisteluteksteissä.

Raportti koostuu eri kirjoittajien teksteistä, ja jokainen kirjoittaja vastaa oman tekstinsä sisällöstä. Kirjoittajat toimivat eri asiayhteyksissä, mikä puolestaan näkyy tekstien tyylilajien ja formaattien eroavaisuuksina. Jokaisen tekstin lopussa kirjoittaja listaa muutamia toimenpide-ehdotuksia ja suosituksia.

Nykyinen sote-uudistusesitys asettaa suuria toiveita sille, että suuremmat alueet ratkaisevat kaikki ongelmat. Suuremmat alueet, niin 18 maakuntaa kuin 5 sote-aluetta, voivat ratkaista

joitain sote-päätöksenteon ongelmista. Yhtäältä suurempi alue mahdollistaa resurssien allokoinnin tavalla, joka ei ole mahdollinen nykyisten alue- ja toimivaltarajojen puitteissa, toisaalta valtion hallinnoima suurempi alue pidentää niin henkistä kuin maantieteellistä etäisyyttä tarpeettomiksi koetuista yksiköistä, mikä helpottaa toimintojen keskittämistä. Jotta resurssien allokointikonflikteja ei pelkästään siirrettäisi kunnista ja sairaanhoitopiireistä maakuntiin, vaaditaan viideltä sote-alueelta voimakasta koordinoitua. Suuremmat alueet eivät itsessään ratkaise mahdollisia toiminnallisuusongelmia, kuten huonoa resurssien optimointia, takkuilevia hoitoketjuja ja toisiaan poissulkevia tai päällekkäisiä palvelumuotoja. Tämän kaltaisen toiminnallisuuden kehittämisen ja koordinoinnin paine kasvaa entisestään suuremmissa organisaatioissa, joissa tilaukset ja valinnanvapausuudistus luovat kirjavan joukon toimijoita.

Sekä Johan Groop että Bjarne Peth painottavat hoitoprosessien ja –järjestelmien parantamisen tärkeyttä, päätösvallan ja hallinnon rakenteiden sijaan. Noin 10 prosenttia väestöstä aiheuttaa 80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sairaanhoidon kustannuksista. Johan Groop huomauttaa, että mahdollisuudet vaikuttaa näihin kustannuksiin löytyvät ensisijaisesti prosesseista, ei niinkään rakenteista. Ruotsinkielisestä näkökulmasta 18+5 aluetta on mahdollisesti parempi vaihtoehto kuin esimerkiksi 12 aluetta, mutta voimakas valtiollinen ohjaus ja palveluntuottajien moninaisuus aiheuttavat myös suuria riskejä.

Ruotsinkielinen Suomi menettää maaperää, kun toiminnan edellytyksistä päätetään yksiköissä, jotka sijaitsevat kaukana ruotsinkielisistä kunnista. Ruotsinkielisten mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon, käytännössä vaikuttaa hoidon tarjontaan, huonontuvat kaikissa kunnissa.

Joissain tapauksissa valinnanvapausjärjestelyt voivat parantaa hoitoon pääsyä, mutta ainoastaan mikäli hoitoa on



tarjolla. Muissa tapauksissa, etenkin ruotsinkielisillä haja-asutusalueilla, tilanteen huonontumisen riski on suuri. Tässä yhteydessä on hyvä muistaa, että erot maakuntien sisällä ovat välillä suurempia kuin erot maakuntien välillä. Suurta hoidon määrää tarvitsevien henkilöiden osalta koordinointi voi olla erityisen vaativaa. Koska yksi sote-uudistuksen tärkeimmistä tavoitteista on lähipalveluiden turvaaminen, tulisi paikallisella tasolla enemmän keskittyä valinnanvapausjärjestelmään kuin kilpailutukseen. Mats Brommels toteaa, että tämä sekä tukisi sosiaali- ja terveystalouden yrittäjyyttä että turvaisi sellaisen pienimuotoisen toiminnan, jota kustannustehokkaasti voidaan ylläpitää myös pienen väestöpohjan omaavilla alueilla. Toisaalta on syytä painottaa, että laajamittaisen valinnanvapauden tarkoitus ei ole parantaa eri hoitomuotojen integraatiota.

Lainsäädännön valmistelulta vaaditaan toimia, jotta täyden ruotsinkielisen palvelun palvelupisteet säilyvät jatkossa. Göran Honga huomauttaa, että tulevan hoitolainsäädännön tulee sisältää säännöksiä ruotsinkielisistä erityispalveluista kaikilla kaksikielisillä alueilla. Linda Lindholm toteaa, että kielisäädännökset on otettava kielilain lisäksi osaksi erityislainsäädäntöä, ja että mahdollisilla kielellisillä elimillä on oltava aito valta tehdä päätöksiä.

Linnéa Henriksson nostaa esiin ruotsinkielisen läsnäolon tärkeyden tilaajatoiminnoissa palveluntuotannon lisäksi. Ruotsinkielisen palvelutarjonnan säilyttämiseksi on välttämätöntä osoittaa selkeä vastuu ruotsinkielisistä palveluista sekä tilaajajaksikössä että palveluntuotannossa. Tämä vastuu mahdollistaa myös palvelutarjonnan koordinoinnin erityisen suuren hoidon määrän tarvitseville henkilöille sekä ymmärryksen siitä, mitä ruotsinkielisen hoidon järjestäminen vaatii.

Göran Honga kyseenalaistaa tavoitteen siirtää kaikki hoitopalvelut pois kunnilta, etenkin kun kunnat jatkossakin vastaavat ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä. Paikallisen tason

hoidolla on suuri merkitys paikalliselle palvelulle, ja yhdistyy monilta osin kunnan muiden sektoreiden ennaltaehkäisevään työhön. On lisäksi hieman kaukaa haettua uskoa kunnallisesta palvelusta täysin irralliseen paikalliseen identiteettiin ja elinvoimaan.

Sote-uudistuksen kielellisistä seurauksista vaikuttaa nyt yhä enemmän tulevan kysymys yhtiöittämisen ja valinnanvapauden seurausten välisestä tasapainosta.

MAGNUS ÖSTER

JOHTAJA, SVENSKA BILDNINGSFÖRBUNDET

## KIRJOITTAJIEN ESITTELYT

MATS BROMMELS ON sisälääketieteen erityislääkäri ja lääketieteellisen kirurgian tohtori Helsingin yliopistossa. Vuosina 1988-1992 hän toimi terveys- ja sairaanhoitohallinnon professorina Göteborgin Nordiska högskolan för folkhälsovetenskapissa, sekä Helsingin yliopistossa vuosina 1992-2010 (osa-aikaisena vuosina 2002-2010). Vuodesta 2002 Mats Brommels on Tukholman Karolinska Institutetin professori ja Medical Management Centrumin johtaja. Hän oli kansallisen terveydenhuoltoprojektin rakennekysymysten selvitysmies vuosina 2001-2002 ja Suomen hoitotakuulainsäädäntöä vuosina 2002-2003 valmistelevan työryhmän puheenjohtaja. Tällä hetkellä hän johtaa selvitysryhmää, joka muodostaa perustan vapaaehtoisuuden toteutukselle ajankohtaisessa sote-uudistuksessa.

JOHAN GROOP ON tekniikan tohtori Aalto-yliopistosta (Espoo). Hänen tohtorintutkielmansa käsitteli vanhuspalveluiden tuotavuuden kehitystä. Tutkielma johti malliin, jonka käyttöönottoa valmistellaan yhä useammassa kunnassa. Nykyään Groop työskentelee johtamiskonsultointiyritys Nordic Healthcare Groupissa, missä hän auttaa sekä julkisia että yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita kehittämään toimintansa. Hän työskentelee myös osa-aikaisena post-doc tutkijana Aalto-yliopistossa. Groop on aiemmin toiminut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, yksityisyrittäjänä sekä vieraillevana tutkijana Kalifornian Stanford-yliopistossa.

LINNÉA HENRIKSSON ON valtiotieteiden lisensiaatti ja opettaa ja tutkii julkista hallintoa Åbo Akademiassa. Hänen tutkimusaiheisiinsa kuuluu kaksikielinen hallinto, kunnalliset päätöksentekijät sekä kunnallisen palveluntuotannon markkinasuuntau-

tuminen. Hän on kirjoittanut useita selvityksiä organisaatioiden ja hallinnon kielestä. Henriksson on myös toiminut useiden vuosien ajan kunnallisissa luottamustehtävissä.

GÖRAN HONGA ON diplomi-insinööri Espoon Teknisestä korkeakoulusta (Aalto-yliopisto) sekä MBA Hankenilta / Vaasan yliopistolta. Hän on aiemmin työskennellyt Pietarsaaren kauounginjohtajana ja on vuodesta 2005 toiminut Vaasan sairaanhoitopiirin johtajana. Honga on osallistunut asiantuntijana Kataisen, Stubbin ja Sipilän hallitusten sote-uudistuksen rakenteita käsitteleviin työryhmiin ja toiminut monen uudistuksen taustaselvityksen selvitysmiehenä.

LINDA LINDHOLM ON julkisoikeuden valtiotieteiden maisteri Åbo Akademiasta. Hän kirjoitti pro gradu -tutkielmansa kielellisten oikeuksien toteutumisesta lakisääteisten kuntayhtymien kielellisten elinten kautta. Lindalla on lisäksi ollut kuntayhtymätason luottamustehtäviä, muun muassa maakuntahallituksen varajäsenenä ja Varsinais-Suomen liiton kielellisten palveluiden komission varapuheenjohtajana.

BJARNE PETH ON kokenut muutoskonsultti, jolla on kokemusta useista haastavista muutosprojekteista yksityisellä sektorilla, valtionyhtiöissä ja terveydenhuollossa.



## ONGELMIA, RATKAISUJA JA SOTE-UUDISTUS ERI NÄKÖKULMISTA

LINNÉA HENRIKSSON

SOTE-UUDISTUS ON OLLUT tuloillaan vuosikymmenen ajan. Vuonna 2005 lanseeratun kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena oli luoda taloudellisesti ja ammatillisesti kanto-kykyisempiä alueita suurempien kuntien kautta. Keskittämällä sosiaali- ja terveyspalvelunsa vastuukunnille kunnilla oli mahdollisuus pysyä itsenäisinä. Näin ollen Suomen kuntakenttä koostuu edelleen useista hyvin erikokoisista ja eri tavoin toimivista kunnista. Erilaisia sote-ratkaisuja syntyi vaihtelevin tuloksin ja kehityskuluiin. (Kuntauudistuksista ja sote-yhteistyöstä ovat kirjoittaneet esim. Puustinen & Niiranen 2011 sekä Stenvall ym. 2015.)

Uudistuksen aloittaneet Vanhasen ja Kiviniemen hallitukset vaihtuivat Kataisen ja Stubbin hallitukseen, jotka siirtyivät kuntaliitoksista sote-ratkaisuihin. Sote-ehdotus, johon sisältyi viisi sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavaa sote-aluetta ja niiden alle korkeintaan yhdeksäntoista kuntayhtymää, joilla olisi tuottamisvastuuta yhtenä kokonaisuutena, kaatui lopulta eduskunnassa joulukuussa 2014. Kaatumisen kannalta ratkaisevaa oli perustuslakivaliokunnan mietintö (PeVL 67/2014 vp), jossa muun muassa todettiin, että tämä ratkaisu johtaisi tilanteeseen, jossa kuntien vastuu kustannuksista ja vaikutusmahdollisuudet olisivat epätasapainossa.

Tällä aiemmalla painolastilla on tietysti ollut merkittävä vaikutus nyt esillä olevaan sote-uudistusehdotukseen. Huhtikuun 2015 eduskuntavaaleissa keskusta saavutti suuren voiton, perussuomalaisista tuli hieman yllättäen toiseksi suurin puolue ja kokoomus päätyi kolmannelle sijalle. Nämä kolme puoluetta

muodostivat myöhemmin hallituksen, jonka hallitusohjelma on lyhyempi ja vakuuttavampi kuin aiemmat ohjelmat. Tähän hallitusohjelmaan sisältyi uusi versio sote-uudistuksesta. Uusi sote-ehdotus on selvästi kompromissi, johon nykyiset hallituspuolueet keskusta, perussuomalaiset ja kokoomus ovat päätyneet melko suurten ponnistelujen ja uhkaavan hallituskriisin jälkeen. Ehdotus sote-uudistuksesta muuttui syksyn 2015 aikana ja sai seurakseen aluehallintouudistuksen. Marraskuussa 2015 sovittu ehdotus hylättiin alkukevällä ja huhtikuussa 2016 oli seuraavan ehdotuksen aika. Juuri nyt uudistusten lähtökohdat ovat seuraavat:

Aluehallinto on vuodesta 2019 alkaen tarkoitus jakaa 18 maakuntaan (aiemmin itsehallintoalueet), pääasiassa perustuen nykyiseen maakuntajakoon, mutta lisätyin tehtävin. Maakunnat vastaavat jatkossa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollosta, ympäristöterveydenhuollosta, alueellisista kehittämistehtävistä, joukkoliikenteen suunnittelusta, työ- ja elinkeinopalvelujen järjestämisestä sekä maakuntaliittojen nykyisistä tehtävistä.

Maakunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaistehtävistä ja palveluiden järjestämisestä sekä perusoikeuksien toteutumisesta. Maakunta erottaa järjestämisen ja tuotannon eri organisaatioihin (eri oikeushenkilöihin). Maakunnat tuottavat palvelut itse, yhdessä muiden maakuntien kanssa tai käyttävät yksityisiä tai kolmannen sektorin toimijoita. Eri palvelutuottajille (julkisille, yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille) taataan tasapuoliset toimintaedellytykset. Tämän lisäksi valinnanvapautta lisätään, siten että käyttäjä voi itse valita palvelujen tuottaja. Viiden yliopistomaakunnan ympärille luodaan yhteistyöalueita, jotka erikoistuneiden palvelujen lisäksi vastaavat pelastustoimesta. Vain 12 alueella on oikeus päivystyssairaalaan. Valtion sote-alueisiin kohdistuva ohjaus vahvistuu muun muassa valtioneuvoston säännöllisellä arvioinnilla. Maakuntien arviointimenettely turvaa perusoikeudet sekä

sote-järjestämiskyvyn ja taloudellisen kantokyvyn. Maakuntia johtaa valtuusto, joka valitaan vaalilla. Rahoitus siirretään valtiolle, mutta mahdollista verotusoikeutta maakunnille tulleisuusudessa selvitetään.

Sote-uudistuksen tavoitteena on sote-palveluiden kokonaisintegraatio, jossa sairaanhoito, terveydenhuolto ja sosiaalihuolto on yhdistetty yhteen organisaatioon. Käytännössä nämä sote-alueet vievät suuren osan kuntien nykyisistä tehtävistä. Tällä on vaikutusta verojärjestelmään, verojen tasausjärjestelmään sekä valtionosuuksiin. Uudistus koskee yli 200.000 työntekijää. Uudistuksen tarkoituksena on jyrkät kustannusvähennekset, hallinnon keventäminen, paremmat IT-järjestelmät ja valtion näkökulmasta helpommin käsiteltävät yksiköt.

Hallituksen lähtökohdat sekä sote-uudistuksessa että aluehallintouudistuksessa muuttuvat koko ajan. Myöhemmin tulevat muutokset tulevat varmasti muuttamaan tätä kuvausta. Uusimmat tiedot saadaan osoitteesta [www.alueuudistus.fi](http://www.alueuudistus.fi).

## MITÄ HALLITUS UUDISTUKSELLA TAVOITTELEE?

NYKYINEN HALLITUSOHJELMA, *Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juba Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015*, esittäytyy toimenpidesuuntautuneena. Hallitusohjelman mukaan **keskeiset toimet julkisen talouden vahvistamiseksi** ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus sekä **kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentäminen**. (Ratkaisujen Suomi 2015:11<sup>1</sup>)

Hallitusohjelman tavoitteet *sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseksi* ovat:

1. *terveyserojen kaventaminen*
2. *kustannusten hallinta sekä*
3. *vahvistaa perustason palveluita ja turvata ihmisten nopea hoitoonpääsy.* (Ratkaisujen Suomi 2015:26)

*1 Kursivoitu teksti on lainaus hallitusohjelmasta.*



Sote-uudistuksessa tavoitellaan kunnianhimoisesti samaan aikaan sekä terveyserojen kaventamista ja kustannusten hallintaa että nopeampaa hoitoon pääsyä. Sote-uudistuksen tavoitteet ovat suhteellisen konkreettisia. Sote-uudistuksen eri osia koskevat päätökset ovat kuitenkin monimutkainen tarina. Sote-uudistuksen suunnittelu on tähän saakka ollut hallintopainotteinen<sup>2</sup>. Hallitus, kuten myös sen edeltäjä, on käyttänyt paljon aikaa riitelemiseen; lainsäädännöstä, sote-alueiden lukumäärästä, kuntien roolista ja rahoitusjärjestelmästä. Melko vähän huomiota on kiinnitetty uudistuksen sisältöön (vrt. Kinnula ym. 2014a).

Päätöksenteko voidaan jakaa kahteen vaiheeseen. Päätöksenteossa on kyse *ongelmanratkaisusta*, jossa tarkoituksena on saavuttaa optimaalisia ratkaisuja konkreettisiin ongelmiin. Päätöksenteossa on myös kyse *konfliktinratkaisusta*, jonka tavoitteena on saada molempia osapuolia tyydyttävä ratkaisu aikaan konkreettisista tuloksista riippumatta (vrt. Brunsson & Brunsson 2014). Todellisuudessa päätöksenteko sisältää molemmat vaiheet mutta pitämällä vaiheet erillään voidaan löytää uusia näkökulmia. Siksi tätä erottelua käytetään tässä yhteydessä sote-uudistuksen sisältöä sekä hallitusohjelmassa esitettyjä uudistusta koskevia tavoitteita pohdittaessa.

## TERVEYDENHUOLLON KOLME TAVOITETTA

### JA MITEN NE VOIDAAN SAAVUTTA

**Ensinnäkin** HALLITUKSEN SOTE-UUDISTUKSEN tavoitteena on **kaventaa terveyseroja**. Ensimmäinen ratkaistavissa oleva ongelma on siis asukkaiden väliset liian suuret erot terveydentilassa.

Panostuksista huolimatta erot eri väestöryhmien tervey-

<sup>2</sup> Hyvä esimerkki siitä, että valmistelun energia on suunnattu enemmänkin ballintoon kuin sisältöön, katso Kauppila & Tuulonen (2016).

dentilassa ovat vuosien kuluessa vain lisääntyneet. Keskeiset syyt heikkoon terveydentilaan ovat matala koulutustaso, pienet tulot ja työttömyys, jotka korreloivat vahvasti alkoholin suurkulutuksen, tupakoinnin, huonompien ruokailutottumusten ja vähäisen liikunnan kanssa ja johtavat siten suurempaan sairastavuuteen (Rotko & Manderbacka 2015). Tämä näkyy esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) 2013–2015. Tutkimuksesta voi tarkastella terveydentilan eroja sekä aluejaon että esimerkiksi koulutustason ja elintapojen mukaan. (www.terveytemme.fi/ath/, myös Kaikkonen ym. (2015))

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan *‘hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan vähentää yhteiskuntapoliittisin keinoin, jolloin puututaan erojen taustalla oleviin sosiaalisiin taustatekijöihin ja niissä esiintyvään eriarvoisuuteen, kuten köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen’*. Samalla tulee tukea terveellisiä elämäntapoja koko väestössä, erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa terveydelle haitalliset elintavat ovat yleisiä. Sen lisäksi tavoitteena on *‘parantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden tasa-arvois- ta ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä’*. (Hyvinvointi ja terveyserot Suomessa 2015)

**Toiseksi** hallituksen sote-uudistus tähtää **kustannusten hallintaan**. Yksinkertaistettuna tämä tarkoittaa sote-kustannusten vähentämistä, sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä, huomioiden niin tämän päivän taloustilanteen kuin tulevaisuuden näkymät muun muassa väestönkehityksen kannalta<sup>3</sup>. Hallitusohjelmassa leikkaukset suuntautuvat kustannusten vähentämiseen lyhyellä aikavälillä, kun taas sote-uudistuksen rakenteelliset muutokset tähtäävät kustannusten alentamiseen pitkällä aikavälillä.

Yleisesti ottaen, kun kyseessä on kustannusten hallinta ja leikkaukset, yksinkertaisia ratkaisuja on vähän ja vielä vä-  
3 *Sote-kustannusten kehityksestä, katso Johan Groopin kirjoittama luku.*

hemmän löytyy miellyttäviä ratkaisuja (vrt. Raudla ym. 2013). Perinteinen ratkaisu, jolla usein on kustannuksia vähentävä vaikutus, on **suurtuotanto tai toiminnan keskittäminen harvempiin yksiköihin**. Optimaalisen kokoiset yksiköt, jotka eivät ole liian suuria tai pieniä toimintaansa nähden, ovat tehokkaampia kuin muut. Useat pienet yksiköt voivat johtaa osittain päällekkäisiin toimintoihin, mikä nostaa kustannuksia. Toisaalta löytyy myös kokemuksia missä keskittäminen on johtanut toiminnan kallistumiseen.

Yleisen väärinkäsityksen mukaan suurin säästöpotentiaali saadaan yhdistämällä *ballinnot*, kun toiminta keskitetään tai yhdistetään suurempiin yksiköihin. Tämä ei pidä paikkaansa. Suurin potentiaali säästöihin ja leikkauksiin löytyy *palveluyksiköistä*. Tämän potentiaalin toteuttaminen tarkoittaa melkein poikkeuksetta muutoksia palveluverkkoon (vrt. Kinnula ym. 2015), käytännössä toimintojen keskittämistä harvempiin yksiköihin. Tärkeää on myös että toimintojen keskittäminen suurempiin yksiköihin ei *itsessään* tuo säästöjä, keskittäminen ainoastaan antaa *mahdollisuuden toimia* (vrt. Pentti Meklin (2010) kuntien kehitysmahdollisuuksista kuntaliitoksissa). Lisäksi kaikki yritykset muuttaa ja uudistaa organisaatioita lähes poikkeuksetta johtavat hallinnollisen työn lisääntymiseen (Forsell & Westerberg 2000). Hallinnon pieneneminen saattaa johtaa siihen, että hallinnolliset tehtävät siirretään muulle henkilökunnalle, sillä tehtävät itsessään harvoin katoavat.

Hallituksen suunnitelmilla siirtää koko sosiaali- ja terveydenhuolto kunnilta sote-alueille keskitetään vastuuta, sillä alaa tullaan johtamaan suuremmista yksiköistä käsin. Sote-alueille vihjaillaan merkittävästä tuotannon keskittämisestä, mikä näkyy muun muassa esimerkiksi ehdotuksessa rajoittaa päivystyssairaaloiden lukumäärää.<sup>4</sup> Toimintojen keskittäminen lisää jonojen pituutta ja kaikkein pisin jonotusaika potilailla

*4 Katso Göran Hongan kirjoittama luku.*

on yliopistosairaalaan (Valtokari 2015). Pidemmät jonot tuovat myös lisäkustannuksia. Joidenkin tutkimusten mukaan 65–75 prosenttia sairastumisen kokonaiskustannuksista koostuvat sairausloman kustannuksista ennen ja jälkeen toimenpiteiden, muu osa on suoria hoitokuluja (Vohlonen ym. 2015). Myös matkakustannukset herättävät keskustelua: joidenkin väitteiden mukaan noin 30 prosenttia terveyden- ja sairaanhoidon kokonaiskustannuksista meni matkakustannuksiin (Anna-Maija Raaste, HBL 18.1.2016), mikä luultavasti kuitenkin riippuu laskentatavasta (vrt. Häkkinen & Peltola 2014).

Toinen perinteinen kustannusten vähentämiseen käytetty ratkaisu on lisätä **yksityisten toimijoiden osuutta tuotannosta**. Tämä ratkaisu toteutetaan pääasiassa joko kilpailutuksen (hankintamenetelmän) tai valinnanvapausjärjestelmän kautta. Yksityistämisen vaikutukset kustannuskehitykseen ovat vaihtelevia (Valkama ym. 2008), mutta kustannuspaine lienee todennäköisempi kilpailutuksessa kuin valinnanvapausjärjestelmässä.

Kolmas terveydenhuollon kannalta oleellinen ratkaisu on **avohoidon painottaminen laitoshoidon** sijaan, koska avohoito aiheuttaa vähemmän kustannuksia kuin laitoshoido. Verrattuna muihin maihin vuodeosastoja ja -paikkoja on aivan liian paljon Suomessa, mikä on yksi syy hoitosektorin liian suuriin kustannuksiin. Siihen taas on syynä erityisesti vanhuksille suunnatun systemaattisen ja tavoitteellisen kuntoutuksen puute, mikä johtaa liian pitkiin vuodehoitajaksoihin (Kinnula ym. 2014a, 2014b).<sup>5</sup>

Neljäs ratkaisu on **tehokkaammat hoitoprosessit**, joissa keskitytään potilaan hoitamisen sijaan potilaan *paranemiseen*. Viides ratkaisu voisi olla järjestely, jossa hoidon järjestäjä (päämies) myös vastaa hoidon rahoituksesta, jotta nykyään esiintyvistä sairaanhoidopiirien ja kuntien välisestä osaoptimoinnista voitaisiin välttyä.

**Kolmanneksi hallituksen sote-uudistuksen tarkoituksena on parantaa hoitoon pääsyä.** Hoitoa tarvitsevien asukkaiden

*5 Katso myös Johan Groopin kirjoittama luku.*

hoitoon pääsyssä on liian suuria eroja. Ensimmäinen ongelmakenttä on **resurssien jakautuminen** työterveyshuoltoon piiriin kuuluvien ja muun väestön välillä (Niemi & Saarinen 2015:25). Työkykyisillä työterveyshuoltoon oikeutetuilla henkilöillä on harvoin ongelmia hoitoon pääsyn kanssa. Kysymys näiden hoitoresurssien jakautumisesta on yhteiskuntatason kysymys. Mahdolliset muutokset täytyy tehdä lainsäädännön kautta. Tämän lisäksi sote-palveluiden saatavuudessa ja käytössä on yllättävän suuria alueellisia eroja (Kinnula ym. 2014a, 2014b). Nämä erot lisäävät asukkaiden välistä eriarvoisuutta, mikä taas puhuu tietoisemman resurssien käytön puolesta. Tämä kysymys ratkaistaan ennemmin organisaatio- kuin yhteiskunnan tasolla.

Toinen ongelmakenttä on **hoitoon pääsy aivan konkreettisesti**. Silloin puhutaan esimerkiksi ajanvarauksesta, odotusajoista, jonoista, (seniori-)lääkäreiden tarjonnasta<sup>6</sup> sekä (puutteellisesta) hoidon laadusta, joka johtuu vastaanottotoiminnan arjesta, kuten puutteellisista IT-järjestelmistä tai ylimitoitetusta hallinnosta. Tämä ongelmakenttä koskee pääasiassa niitä henkilöitä, jotka eivät kuulu työterveydenhuollon piiriin eli eläkeläisiä, vanhuksia, lapsia, nuoria, työttömiä ja muita henkilöitä, jotka jostain syystä ovat työterveyshuoltojärjestelmän ulkopuolella. Tämäkin ongelmakenttä on pääasiassa organisaatiotasolla, mikä tarkoittaa, että ratkaisuihin pitäisi puuttua hoitoa tuottavissa organisaatioissa.

Monet hoitoon pääsyn pullonkauloista ovat pääasiassa terveyskeskusten vastaanottotoiminnoissa. Kuntien terveydenhuoltoon kuuluu myös paljon ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa; lastenneuvonta, kouluterveydenhuolto, vanhusten neuvonta ja muu avohoito, joka toimii muulla logiikalla kuin vastaanottotoiminta. Neuvontatoiminnassa suurtuotantoedut

*6 Seniorilääkäri ei ole vakiintunut termi, mutta tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan kokenutta lääkäriä, jonka puoleen nuoremmat erikoistumassa olevat lääkärit voivat epäselvissä tilanteissa kääntyä konsultointia varten.*

ovat vähäiset. Usein nämä palvelut järjestetään koulujen ja päiväkotien yhteydessä. Ehkäisevän terveydenhuollon hoitajat työskentelevät hyvin itsenäisesti. Kunnallinen terveydenhuolto toimii tältä osin erittäin hyvin (Pekola-Sjöblom 2015, 2012, 2011). Tämä on todettu esimerkiksi ARTTU- ja ARTTU2-tutkimusohjelmien kuntalaistutkimuksissa, johon on osallistunut 40 kuntaa, jotka muodostavat edustavan otannan koko maan kunnista. Perustuen viimeksi tehtyihin kyselyihin, joihin vastasi noin 12.500 asukasta kevään 2015 aikana, tiedetään, että terveyspalveluiden arvioidaan olevan toimivampia kuin sosiaalipalveluiden. Tyytyväisimpiä ollaan äitiys- ja lastenneuvontaan, kun taas mielenterveys- ja hammashuoltoon pääsy ja ajan saaminen lääkärivastaanotolle toimivat huonoiten. Sote-palveluita käyttävät ovat tyytyväisempiä hoitoon pääsyyn ja laatuun kuin ne, jotka eivät käytä palveluita. Parhaiten palvelut toimivat kunnissa, joissa on 5.000–10.000 asukasta. (Pekola-Sjöblom 2015). Aikaisemmista ARTTU-tutkimuksista tiedetään myös, että palvelut, joihin on helppo päästä, yleensä myös koetaan toimivan hyvin (Pekola-Sjöblom 2011). Asukkaat pitävät tärkeänä sitä, että palvelutuotanto säilyy kunnallisena (Pekola-Sjöblom 2012).

**Kertauksena:** Hallituksen ehdotus uudistukseksi tarkoittaa 18 maakuntaa, viittä yhteistyöaluetta, valtion vahvempaa ohjausta ja valinnanvapautta. Maakunnat tuottavat palvelut itse tai käyttävät yksityisiä tai kolmannen sektorin toimijoita. Rahoitus siirretään valtiolle. Sallittakoon hieman kärjistetty kysymys: Onko mikään näistä kolmesta yllä esitetystä ongelmakentistä ratkaistavissa hallituksen suunnitelmilla?

Terveyserot kapenevat ensisijaisesti vähentämällä sosioekonomista eriarvoisuutta vaikuttamalla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen sekä tukemalla terveellisiä elintapoja. Kustannusten hallinta paranee mahdollisesti parhaiten terveydenhuollon tuotantoyksikköjen optimaalisella koolla sekä avohoidon osuuden lisäämisellä. Tehokkaampien hoitoprosessien

potentiaalia on vaikea arvioida, mutta sen nähdään olevan suuri. **Hoitoon pääsy paranee** mahdollisesti resurssien uudelleen jakamisella työterveyshuollon ja yleisen terveydenhuollon välillä sekä terveydenhuollon paremmalla organisoimisella.

Hallitusohjelman ja hallituksen myöhempien sopimusten ensisijaisena tavoitteena on ilmeisesti ratkaista kustannusten hallintaan liittyvät ongelmat. Sen lisäksi hallituksen suunnitelmat vaikuttavat enemmän konfliktinratkaisulta kuin ongelmanratkaisulta. Kustannusten hallinta voi lisääntyä sote-alueilla, sillä edellytyksellä, että palvelut keskitetään suurempiin yksiköihin. Toisaalta se ei välttämättä paranna hoitoon pääsyä. Valinnanvapausjärjestelmän yksityiset toimijat voivat edistää hoitoon pääsyä<sup>7</sup> (vrt. Glenngård 2015), edellyttäen, että nämä toimijat onnistuvat paremmin perustason terveydenhuollon järjestämisessä. On kuitenkin todettava, että kilpailutus ei ole yksinkertaista (ei hankintamenetelmän eikä valinnanvapauden kautta), siitä on sekä hyviä että vähemmän hyviä esimerkkejä. Järjestelmällinen kilpailutus vaatii siksi suurta huolellisuutta, mikä vuorostaan ei vähennä hallintoa.<sup>9</sup>

Sote-alueiden perustaminen ei automaattisesti johda parempaan kustannusten hallintaan tai parempaan hoitoon pääsyyn. Mitään yksinkertaista yhteyttä suurempien terveydenhuoltoalueiden ja pienempien terveydenhuoltokulujen välillä ei ole. Sote-uudistuksen tavoitteiden ja ehdotettujen toimenpiteiden välillä on useita mainitsemattomia seikkoja ja välivaiheita, mistä johtuen **uudistuksen menestys on täysin riippuvainen sen toteuttamisesta.**

*7 Katso Johan Groopin ja Bjarne Pethin kirjoittamat luvut.*

*8 Katso Mats Brommelsin kirjoittama luku.*

*9 Lisätietoa yksityistämiseen liittyvistä transaktiokustannuksista, katso Jordabl (2014).*

## TOTEUTTAMISTA VAILLE VALMIS

TAVOITTEIDEN, PÄÄTÖSTEN JA toteutuksen välillä ei ole mitään automaattista yhteyttä. Teoriassa ja käytännössä tämä johtuu siitä, että uudistusprosessin eri vaiheissa ovat mukana eri toimijat. Sote-uudistuksen ovat aloittaneet useat eri hallitukset ja heidän hallintokoneistonsa – mukaan lukien kaikki ne työtunnit eri puolilla kunnissa, kuntayhtymissä ja sairaanhoitopiireissä, yrityksissä ja eri organisaatioissa, jotka on käytetty uudistuksen seurauksien pohtimiseen. Päätöksen, johon sisältyy lakiehdotus sote-uudistuksesta sekä muutosehdotus muuhun lainsäädäntöön liittyen, muotoilee hallitus ja sen hyväksyy eduskunta. Sote-uudistuksen toteuttavat sitten ne toimijat, jotka lainsäädännön mukaan saavat mandaatin sote-uudistuksen suorittamiseksi. Aikaisempien hallitusten on ollut vaikea tehdä päätöstä sote-uudistamisesta, eikä ole itsestään selvää, että päätöksen tekeminen on helpompaa nykyisenkään ehdotuksen pohjalta.

Jos yleinen väärinkäsitys on se, että säästöjä saadaan aikaan vähentämällä hallintoa, niin toinen väärinkäsitys on se, että ongelmat ratkaistaan tekemällä päätös. Päätös on vasta lähtöpiste. Jotta *päätös* tai *linjaus* voidaan toteuttaa, täytyy useiden eri toimijoiden suorittaa useita eri toimenpiteitä. Mitä vähemmän selvä – mitä enemmän monimutkainen päätös on – sitä enemmän kuluu aikaa sen pohtimiseen, mitä päätös oikeastaan tarkoittaa. Päätöksen hyvän toteuttamisen voi varmistaa huomioimalla sen, miten toiminnot toimivat ja miksi ne toimivat, kuten toimivat. Tämä merkitsee sitä, että tehtyjen päätösten tulisi *olla yksiselitteisiä* niin, että aikomuksia ei voi ymmärtää väärin sekä *sisältää selkeä vastuu* ja selkeät resurssit. Lisäksi niiden tulee olla sellaisia, että ne, joiden tehtävä on toteuttaa päätökset, pitävät niistä ja ovat motivoituneita niistä (vrt. Vedung 1998, Pressman & Wildavsky 1973).



Kaikkein tärkein asia päätöksen tai linjauksen toteuttamisvalmiudessa ja toteuttamistahdossa ei kuitenkaan ole se, miten organisaatio toimii tai työntekijöiden persoonallisuuspiirteet, vaan toteutettavien päätösten sisältö (Tummer ym. 2012). Päätösten tai linjausten toteuttajien täytyy ymmärtää miten uusi linjaus tulee parantamaan asioita.

Muutosjohtajuutta sekä henkilöstön kokemuksia muutoksista käsittelevää kirjallisuutta löytyy paljon. Tässä yhteydessä kuntauudistuksesta saatujen kokemusten pitäisi olla kiinnostavia (esimerkiksi Stenvall ym. 2007, Vakkala 2012). Näiden kokemusten perusteella voi ennustaa uusien sote-alueiden haasteita sekä pohtia miten ihmiset mahdollisesti reagoivat muutoksiin. Sote-uudistuksen toteuttavat ihmiset, eikä ole mitään syytä olettaa, että ihmiset reagoisivat eri tavalla sote-uudistukseen kuin muihin uudistuksiin. Koska uudistus on niin laaja ja koskettaa niin monia ihmisiä, on motivoitavien ihmisten joukko tällä kertaa myös moninkertainen.

Joitain johtopäätöksiä voidaan vetää myös kokemuksista, joita saatiin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisestä vuonna 2013. Henkilökunnan on ollut vaikea uskoa fuusion tuomiin hyötyihin, muun muassa eri ammattikuntien välillä on koettu epäoikeudenmukaisuutta ja konflikteja (Hakonen ym. 2015). Sosiaali- ja terveysviraston kokemukset ovat mielenkiintoisia ennen kaikkea siksi, että ne valaisevat hyvin selvästi sitä, mitä tapahtuu organisaatiomuutoksissa, joissa eri tietopohjan omaavien ammattien täytyy yhdistää täysin erilaisia toimintalogiikoita. Helsingin tapauksesta voi ottaa opikseen ainakin sen, että on tärkeää, että eri osapuolet kokevat tullessa kuulluiksi. Tässä tapauksessa sosiaalipuolella koettiin, että yhdistymistä johdettiin terveydenhuollon puolelta (Hakonen ym. 2015). Helsingin tapaus osoittaa, että horisontaalinen integraatio ei ole aivan yksinkertaista (Simoila & Ylisipola 2013).

Voidaan ehkä väittää, että sote-uudistus on suunnattu suuriin rakenteisiin ja siksi on todennäköistä, ettei kovinkaan monen henkilön todellinen työnkuva tule muuttumaan, vaikka organisaatio ja työnantaja vaihtuisivatkin. Toisaalta paremman kustannusten hallinnan edellyttämät toimenpiteet tulevat vaatimaan melko suuria muutoksia sekä yksiköiltä että työtavoilta. Sote-uudistuksen tulos on näin ollen riippuvainen uudistuksen toteuttamisesta ja toteuttaminen on riippuvainen siitä, että sen toteuttajat pitävät uudistuksen sisältöä mielekkäänä. Tätä taustaa vasten on ongelmallista, että monet kokevat että ‘jotain pitäisi tehdä’, mutta tähän asti aika harva uudistuksen toteuttajista on kauhean innoissaan siitä.

## SOTE-UUDISTUS ERI NÄKÖKULMISTA

ON TÄRKEÄÄ, ETTÄ sote-uudistus koetaan järkeväksi, mielekkääksi, jotta sen toteuttaminen onnistuisi. Sote-uudistus on monimutkainen uudistus, jonka vaikutukset ulottuvat monelle eri tasolle. Siksi on syytä pysähtyä hetkeksi sen tosiasian ääreen, että uudistus näyttää hyvinkin erilaiselta riippuen siitä, mistä näkökulmasta sitä katsoo.

### **Laaja näkökulma – hallituksen tarve tehokkaampaan ohjaukseen kokoamalla kaikki toiminta muutamalle suurelle alueelle**

Laajasta näkökulmasta katsottuna eli hallituksen, eduskunnan ja ministereiden näkökulmasta terveydenhuoltoa on helpompi käsitellä mitä vähemmän eri osapuolia on. Terveydenhuollosta vastaavat alueet saavat mielellään olla suunnilleen yhtä suuria ja suurin piirtein vertailukelpoisia, koska se tekee niistä yhdenvertaisia ja silloin on mahdollista soveltaa samoja sääntöjä ilman erityisiä huomioita. Rahoitusmallin tulee olla valtiovarainministeriölle helppo käsitellä.

Laajasta näkökulmasta katsottuna nykytilanne on vaike-

aselkoinen, sillä eri tehtäviä omaavia toimijoita eri tasoilla on paljon ja niillä on eri kykyjä hoitaa annettuja toimintoja. Lisäksi rahoitus tapahtuu usealla eri tavalla. Laajasta näkökulmasta katsottuna on siksi ymmärrettävää, että uudistus, jonka on tarkoitus yksinkertaistaa organisoimista, vaikuttaa niin houkuttevalta. Laajasta näkökulmasta katsottuna odotukset täydellisestä integraatiosta ja tehokkaasta ohjauksesta riitelevät aika tavoin laajan valinnanvapauden ja toimijoiden moninaisuuden kanssa.

Laajasta näkökulmasta katsottuna perusoletus on ollut, että palveluista vastaavien alueiden tulee olla niin suuria, että taloudellinen ja ammatillinen kantokyky voidaan taata. Sekä taloudellisen kantokyvyn että resurssien käytön optimoinnin (tai kulujen nousun hillitsemisen) nähdään edellyttävän riittävän suurta väestöpohjaa. Uudistuksen väestöpohjalaskelmat pohjautuvat lähinnä taloudelliseen kantokykyyn tai erikoissairaanhoidon tarpeisiin.<sup>10</sup>

Talouden näkökulmasta, jos tavoitteena on hallituksen tavoittelema tehokkaampi kustannusten hallinta, terveydenhuollon päätöksenteon uudistus on välttämätöntä, jotta tarvittavat uudelleenjärjestelyt voidaan toteuttaa. Ainoa yksinkertainen tapa vähentää kustannuksia pysyvästi on yksikköjen vähentäminen. Tässä suuret yksiköt pääsevät oikeuksiinsa: mitä suurempi hallinnoitava alue on, sitä kauempana on toteutettava taso ja sitä harvemmillä ihmisillä on vahvoja tunteita toimipistettä kohtaan. Sitä helpompi on silloin myös sulkea toimipisteitä, koska päätökseen eivät vaikuta alueelliset, paikallispoliittiset tai tunnetason seikat.

*10 Väestöpohjan koon lisäksi myös tuotantoyksikköjen koko on väbintään yhtä tärkeä. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat pienimmät kunnissa, joissa on 25.000-50.000 asukasta, kun taas tätä pienempien ja suurempien kuntien kustannukset ovat suuremmat (Kinnula ym. 2014a, 2014b:118).*

## KAPEA NÄKÖKULMA – KUNTALAISTEN TARVE PÄÄSTÄ HOITOON

ASTEIKON TOISESSA PÄÄSSÄ, kapeasta näkökulmasta katsottuna, asukkaiden näkökulmasta on kysymys hoidon saatavuudesta. Kuntalaisten näkökulmasta hyvä hoitoon pääsy tarkoittaa sitä, että joku vastaa puhelimeen terveyskeskukseen soittaessa, että ajan voi varata kohtuullisen aikaraamin sisällä ja että matka terveyskeskukseen on kohtuullinen. Lisäksi se tarkoittaa sitä, että Kelan kautta tilattu taksi tulee silloin kuin se on tilattu, että terveyskeskuskäynti sujuu ilman kohtuutonta odotusaikaa sekä että lääkäri kuuntelee ja puhuu potilaan ymmärtämää kieltä. Vielä kuntalaiselle on tärkeää, että käynnin jälkeen tuntuu siltä, että ollaan askel lähempänä ratkaisua, riippumatta siitä onko ratkaisu resepti, lähete tai vahvistus sille, että huoli oli aiheeton. Muiden kuin terveyskeskusten tarjoamiin palveluihin pätee samat periaatteet eri palvelumuotoihin sovellettuna. Loppujen lopuksi tässä on enemmän kyse siitä, miten asukas kokee tullessa kohdelluksi terveydenhuollossa kuin siitä, miten hoito tosiasiaa on järjestetty (vrt. Stenvall & Virtanen 2012:64–65).

Vaasan sairaanhoitopiirissä on uudistukseen liittyen kuultu sekä poliitikkoja, henkilökuntaa että asukkaita<sup>11</sup>. Tässä yhteydessä tuli esiin, että ihmiset ovat huolissaan lähipalveluiden järjestämisestä, yksiköiden sijainnista ja etäisyydestä niihin sekä vaikutusmahdollisuuksistaan. Huolta aiheuttavat myös terveydenhuollon yksiköihin liittyvät erilaiset yhteistyömuodot, esimerkiksi jos keskuskeittiö tekee ruokaa sekä terveydenhuollon että koulutuksen yksiköille. Huolissaan ollaan myös

*11 Mielipiteet kerättiin Vaasan sairaanhoitopiirissä syksyllä 2014. On syytä uskoa että huolenaiheet ovat yhtä ajankohtaisia ja pienin eroavaisuuksin oleellisia myös muissa sairaanhoitopiireissä, vaikka juuri tämä aineisto on alueellisesti rajoittunut ja sote-ehdotus muuttunut.*

vanhustenhuollosta, lähihoitajista ja heidän asemastaan sekä lähiomaisten matkoista terveydenhuollon yksiköihin, koulu-terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tulevaisuudesta. Asukkaat ovat huolissaan oman kunnan sote-yksiköiden tulevaisuudesta, kuntien kiinteistöistä sekä eri yksiköiden välisestä viestinnästä. Huolissaan ollaan myös (rajoittuneesta) hoitopaikan valintamahdollisuudesta yli aluerajojen, potilaan valinnanvapaudesta ja potilaan roolista ylipäänsä, sillä uudistuksen lähtökohtana ovat rakenteet. Kannustavien ja ennaltaehkäisevien elementtien puuttumista on kritisoitu. (Ollikainen 2014)

Parhaiten palvelut toimivat kunnissa, joissa on 5.000–10.000 asukasta (Pekola-Sjöblom 2015). Vähiten tyytyväisiä ollaan yli 50.000 asukkaan kaupunkimaisissa kunnissa. Käsi-tykseen palveluista vaikuttaa asukkaiden käsitys palvelutasosta ja -tarjonnasta, mutta myös asukkaiden palveluille asettamat vaatimukset. Suuremmissa kunnissa asukkailla on yleisesti ottaen suuremmat vaatimukset palveluita kohtaan, kun taas pienempien kuntien asukkaat usein tyytyvät matalampaan palvelutasoon (Pekola-Sjöblom 2011).

## KUNTIEN NÄKÖKULMA – ERIKOISSAIRAANHOITO SUURI KUSTANNUSSYÖPPÖ

TÄNÄ PÄIVÄNÄ KUNNILLA on vastuu asukkaidensa terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset muodostavat noin puolet kunnan budjetista. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat suurin yksittäinen menoerä, siksi kuntien näkökulmasta on niin ongelmallista, että erikoissairaanhoidon kustannuksiin on vaikea puuttua. Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa sairaanhoitopiiri. Kunnat hoitavat rahoituksen, mitä perustellaan sillä, että kunnat joutuvat silloin huolehtimaan paremmin ehkäisevästä terveydenhuollosta. Sairaanhoitopiiri-

rit ovat kuntayhtymiä, joita johtaa valtuusto, jonka edustajat valitaan niistä kunnista, jotka ovat sairaanhoitopiirin jäseniä. Jäsenkunnat ovat edustettuina sairaanhoitopiirin päättävässä elimessä, pääasiassa kokonsa mukaisesti ja jäsenkunnilla on oikeus antaa lausuntonsa talousarviosta. Käytännössä monet kunnat kuitenkin kokevat mahdollisuutensa vaikuttaa kuntayhtymissä erittäin rajallisina; vain 11 prosenttia kunnallisista päättäjistä kokee voivansa vaikuttaa kuntayhtymien palvelutuotantoon (Sandberg 2012:92).

Kuntien erikoissairaanhoidon kustannukset ovat pääasiassa suhteessa kuntien kokoon ja käyttöön ja menevät niin sanotusti hyvään tarkoitukseen, mikä tekee niiden poliittisesta kyseenalaistamisesta vaikeaa. Samalla sairaanhoitopiiri toimii piirin valtuuston hyväksymän budjetin mukaisesti. Hallinnollinen itsesuojeluvaisto takaa sen, että sairaanhoitopiiri, jolla on tarve kattaa kustannuksensa ei palkitse kuntia, jotka ovat käyttäneet vähemmän palveluita, vaan sen sijaan toimenpidekohtainen hinta kohoaa. Kuntien näkökulmasta on turhauttavaa, että sairaanhoitopiireillä, kuten kuntayhtymillä ylipäänsä, ei vaikuta olevan minkäänlaisia syitä pitää kustannuksensa alhaisina.

Kunnallisessa talousarviossa erikoissairaanhoido luo sekä käytännöllisiä että periaatteellisia ongelmia. Käytännön ongelma on se, että erikoissairaanhoido on vaikeasti arvioitava menoerä. Periaatteellinen ongelma on taas se, että erikoissairaanhoidon kustannukset syövät paljon energiaa kunnissa, erityisesti suhteessa siihen miten vähän niihin on mahdollista vaikuttaa. Tämä suuren ja arvaamattoman kustannusmenon johdosta tarpeelliset parannukset ja toimenpiteet muissa palveluissa tuntuvat merkityksettömiltä. Organisaatiomuutos, joka laskee kustannuksia 100 000 eurolla vanhustenhoidossa, tuntuu lähinnä epäonnistumiselta, kun erikoissairaanhoidon lisälasku on 1,5 miljoonaa euroa.

Toisaalta kunnat eivät itse pienennä sairaanhoidon laajuutta. Vaikka kunnat haukkuvat sairaanhoitopiiriä, on yleistä että sairaalapaikkakuntien tärkein terveydenhuoltoon liittyvä tavoite on ‘pitää sairaala pystyssä’. Paikallisella sairaalalla on suuri symbolinen arvo, se lisää turvallisuuden tunnetta ja sillä on väistämättä suuri merkitys työnantajana. Pienemmissä kunnissa paikallisilla terveyskeskuksilla ja päivystysvastaanotoilla voi olla sama symboliarvo. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnat voivat itse vaikuttaa toimipisteiden ja kunnalle epäsuotuisten kustannusrakenteiden säilyttämiseen.

Kuntien mahdollisuuden vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin nähdään riippuvan hyvin tehdystä ennaltaehkäisevästä työstä<sup>12</sup>. Tässä hoitoon pääsyllä on suuri merkitys, mikä selittää sen, miksi tämä on keskeinen sote-uudistuksen tavoite. Suurkaupunkien ulkopuolella kunnallisten terveyskeskusten suurimpia pullonkauloja on lääkärille pääsy. Maassa ei ole yleisesti ottaen ole pulaa lääkäreistä, mutta selvästikin harva lääkäri haluaa työskennellä yleislääkärinä pienemmissä terveyskeskuksissa. Tämä tarkoittaa sitä, että työikäinen väestö, jolla on vähäisiä tai hyvin konkreettisia terveydellisiä ongelmia, saa hyvää hoitoa työterveyshuollon kautta. Sillä yhteiskunnan kerroksella, jolle on kerääntynyt enemmän sairauksia, on puolestaan huonompi pääsy lääkäriin. Kuntien kokemukset osoittavat, että nuoremmat lääkärit välttelevät terveyskeskuksia, joista puuttuu kokeneempia lääkäreitä. Nuoremmat lääkärit eivät halua työskennellä ilman mahdollisuutta konsultointiin – se on ensimmäinen asia, josta nuoremmat lääkärit kysyvät ja se on ratkaiseva tekijä siinä, ottavatko he vastaan työn terveyskeskuksessa. Muita merkittäviä tekijöitä nuorempien lääkärin kiinnostukseen terveyskeskusta kohtaan on etäisyys lähimpään suurkaupunkiin, mahdollisuus vaikuttaa työaikoihin sekä hyvin järjestetty vastaanotto, jossa on tarpeeksi aikaa potilaille. Vasta tämän jälkeen tulee palkka ja muut edut.

<sup>12</sup> Katso Göran Hongan kirjoittama luku.

Puutteellinen pääsy lääkäriin tekee perusterveydenhuolosta huonosti toimivaa, mikä lisää kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksia. Siksi on syytä mainita vertikaalisen integraation mahdollisia etuja: jos terveydenhuollon vastaanotot ja erikoissairaanhoido kuuluisivat samaan terveydenhuollon organisaatioon, se toisi organisaatiolle suuremman motivaation parantaa lääkäriin pääsyä perusterveydenhuollossa, minkä pitäisi parantaa hoidon saatavuutta.

Sote-uudistuksen horisontaalisella integraatiolla halutaan parantaa eri sektorien välistä yhteistoimintaa; esimerkiksi sitä, miten terveydenhuolto on järjestetty käytännössä ja miten eri ammattikunnat suhtautuvat toisiinsa. Sairaanhoidon ammattikunnilla on korkea status, lääketieteissä käytetään kallista teknologiaa ja tulokset ovat mahdollisesti elintärkeitä ja toisinaan hyvin helppoja mitata – elämä tai kuolema. Toisella puolella on sosiaalihuollon ammatit, joiden ammattikäsitys saattaa olla yhtä vahva, mutta joiden statuksen ei katsota olevan yhtä korkea. Sosiaalihuolto kokee usein olevansa alakynnessä lääketieteisiin verrattuna, mikä tuskin helpottaa horisontaalista yhdistämistä. Toisaalta sosiaalihuolto ei välttämättä ammattinsa puolesta ole sote-uudistusta vastaan. Ammattikuntana sosiaalihuolto toisinaan suhtautuu kriittisesti sekä kuntia että kunnallista vaihtelevuutta kohtaan, sillä kuntien toimintalogiikka perustuu sekä talouteen että sisältöön, kun taas sosiaalihuollon lähtökohdanna on yksilön tarve (vrt. Palola & Karjalainen (toim.) 2011).

Horisontaalisen integraation pitäisi saada aikaan sellaisia muutoksia toiminnassa, palveluprosesseissa ja hoitomenetelmissä, jotka vähentäisivät eroja hoidon saatavuudessa. Tämä tarkoittaisi, että terveydenhuolto järjestettäisiin potilaan ehdoilla eikä niinkään terveydenhuoltojärjestelmän logiikan mukaan. Esimerkiksi henkilöiden, joilla on suuri useiden eri palveluiden tarve, tulisi voida tavata henkilökohtainen palveluneuvoja, joka voisi selvittää henkilön todelliset palvelutarpeet ja



jolla olisi valtaa ajaa asioita sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolella. Ei voi olettaa että ihmiset jotka voivat huonosti löytäisivät itse oikean tien palveluihin. Tämä vähentäisi sellaisten käyntien määrää, jossa käynnin syy on moninainen ja epäselvä tai potilas on väärällä luukulla.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

SOTE-UUDISTUSTA SUUNNITELLAAN LAAJASTA näkökulmasta käsin. Terveydenhuoltoa tulee kehittää koko sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla, jossa suurien sote-alueiden lukumäärä on rajallinen. Odotukset ovat suuret.

Sote-uudistuksen suunnitelmia vaikeuttaa se, että **suuremmat hallintoalueet eivät itsessään ratkaise ongelmia**. Suuremmat toimijat luovat mahdollisuuksia koordinointiin sekä tehokkaaseen päätöksentekoon, mikä tosin edellyttää suurta viisautta organisaatiotasolla. Nämä mahdolliset edut eivät synny itsestään.

Jotta suuremmat sote-alueet johtaisivat kaventuneisiin terveyseroihin, tehokkaampaan kustannusten hallintaan ja parempaan hoidon saatavuuteen vaaditaan muun muassa päätös toiminnan keskittämisestä harvempiin yksiköihin, resurssien uudelleen jakoa eri väestöryhmien välillä ja huomattavasti laajempaa yhteistyötä eri ammattikuntien välillä. Logiikka sekä eri ammattiryhmien ammattietiikassa että poliitikkojen edustustehtävissä sotii tätä vastaan. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston kokemusten tulisi toimia varoittavana esimerkkinä. Elsa Parosen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia koskevan tutkimuksen (2015) tulisi olla toinen varoittava esimerkki. Paronen osoittaa, että ennen päätöstä esiintyy rinnakkain sekä muodollista että epävirallista tietoa ja luottamushenkilöillä on tapana uskoa enemmän epäviralliseen tietoon kuin muo-

dolliseen. Hän tekee johtopäätöksen, että päätöksiä ei tehdä rationaalisin perustein ja on sitä mieltä, että nämä tulokset ovat relevantteja myös koko sote-uudistusta ajatellen.

Tulevien sote-alueiden poliitikoilla tulee olemaan suunnilleen samat ominaisuudet kuin nykyisillä päätöksiä tekevillä poliitikoilla. Poliitiikan logiikka perustuu olennaisessa määrin enemmän asukkaiden tai äänestäjien tarpeista ja toiveista huolehtimiseen kuin organisaation tarpeisiin – se on julkisen toiminnan haaste pähkinänkuoressa. On epärealistista olettaa, että sote-alueiden päätöksentekijät katsoisivat ainoastaan valtion rahoittajien tarpeiden perään.

Sote-uudistuksen suunnitelmia vaikeuttaa myös se, että **yhteys ongelmien ja toimenpiteiden välillä ontuu**. Ei ole mitään syytä odottaa, että laaja uudelleenjärjestely toisi nopeita kustannusten vähennyksiä. Kuntaliitosten ensimmäisten vuosien aikana menot yleensä kasvavat, muun muassa palvelutasojen, palkkajärjestelmän ja ICT-ratkaisujen yhdenmukaistamisen vuoksi. Voimakas uudelleenjärjestäminen johtaa hämmennykseen ja epävarmuuteen organisaatiossa, mikä johtaa pidempiin odotusaikoihin ja (näin ollen) suurempiin menoihin. Päätöksenteon keskittämällä on tapana johtaa sääntöjen, hierarkioiden ja selvästi rajattujen roolien, toisin sanoen byrokratian, lisääntymiseen (vrt. Forssell & Westerberg 2000). Jos yhdistäminen suuremmiksi yksiköiksi olisi helppo toteuttaa, niin Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tai Salon kuntaliitosten tulisi olla malliesimerkkejä. Ihan näin yksinkertaista se ei ole.

Sote-uudistuksen suunnitelmia vaikeuttaa se, että motiivit **kaiken toiminnan johtamiseen keskitetysti ovat heikot**. Suomen väestö on jakautunut hyvin epätasaisesti. Tiheästi asuttujen alueiden ongelmat eivät ole samat kuin haja-asutusalueilla. Ei ole ollenkaan itsestään selvää, että haja-asutusalueiden ratkaisuja johdetaan paremmin taajamasta käsin. Palveluiden

tehokkaaseen tuottamiseen haja-asutusalueilla tarvitaan hyvää paikallistuntemusta ja mahdollisuutta koordinoita palveluita useilta eri alueilta samoihin toimipisteisiin. Uudistuksen pitäisi siksi koskea ainoastaan niitä alueita, joilla koordinointi todella parantuu suuremman yksikön ansiosta ja jossa etäisyydet ovat toisarvoinen kysymys. On vaikea perustella sellaisten tehtävien keskitettyä ohjausta ehkäisevässä terveydenhuollossa (lastenneuvonta, kouluterveydenhuolto, vanhusten neuvonta sekä sosiaalihuolto kunnissa), jotka lainsäädännön mukaan on veloitettu toimimaan yhteistyössä toisen kunnallisen ennaltaehkäisevän toiminnan kanssa (vrt. vanhustenhuoltolaki, oppilashuoltolaki, päivähoito), sillä näiden toimintojen sisällä on suurin tarve paikalliseen sitouttamiseen. Palvelut, joita ohjataan kaukaa, eivät ole paikallisesti sidottuja.

Sote-uudistuksen suunnitelmat vaikeutuvat lopulta siksi, että yhteys ongelmien, tavoitteiden ja toimenpiteiden välillä on kuvattu huonosti sote-uudistuksen ehdotuksessa. Sote-uudistuksen toteutuminen riippuu siitä, miten uudistus toteutetaan ja yksi hyvän toteuttamisen tärkeimmistä tekijöistä on se, että ne jotka suorittavat työn kokevat sen merkitykselliseksi.

**Mitä sitten pitäisi tehdä?** Resurssien kannalta on tehokkaampaa rakentaa jo olemassa olevan varaan, sillä silloin saadaan hyötyä organisaatiota tuntevasta henkilökunnasta. Olisi helppompaa lähteä liikkeelle olemassa olevista sairaanhoitopiireistä, siirtää terveyskeskusten vastaanotto toiminta ja vuodeosastot ja ehkä osia pelastuslaitoksista tähän organisaatioon, koska vertikaalisessa yhdistämisessä on näiltä osin paljon etuja. Tässä on kyse palveluista, joissa koordinointi paranee suurempien yksiköiden myötä, joissa mahdollisia etuja ovat paremmat hoitoketjut, parempi pääsy lääkäriin vastaanotto toiminnassa paikallisella tasolla ja pienempi osaoptimointi terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi rakennettaisiin kuntouttava vanhushuolto ja vähennettäisiin pitkäaikaishoidon paikko-

ja. Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ja sosiaalihuolto jäisivät vuorostaan kunnille, sillä nämä palvelut hyötyvät paikallisesta sitouttamisesta ja yhteistyöstä kunnallisten toimijoiden välillä yli sektorirajojen. Jos halutaan vahvistaa sairaanhoitopiirien demokraattista ohjausta, ei ole mitään estettä muuttaa näitä itsehallinnon suuntaan. Sairaanhoitopiirien rahoitus voitaisiin siirtää valtiolle, jotta valtion ohjaus vahvistuisi. Myös olemassa olevat verotukseen ja valinnanvapauteen liittyvät suunnitelmat voitaisiin toteuttaa tällaisen ratkaisun puitteissa. Koska useimmat kunnat ja kuntien työntekijät oikeasti välittävät suorittamistaan tehtävistä, on resurssien hukkaamista siirtää tehtäviä ympäriinsä ja luoda suurempaa sotkua kuin on tarpeen.

## LÄHTEET

**Brunsson, Karin & Nils Brunsson (2014):** *Beslut*, Stockholm: Liber

**Forssell, Anders & Anders Ivarsson Westerberg (2000):** *Administrera mera! Organisationsförändring och administrativt arbete*, SCORE (Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor), Score Rapportserie 2000:13

**Glenngård, Anna Häger (2015):** *Primärvården efter vårdvalsreformen. Valfrihet, kvalitet, produktivitet*, SNS Förlag, Stockholm

**Hakonen, Marko, Lipponen, Jukka, Kaltiainen Janne & Olli-Jaakko Kupiainen (2015):** *Fuusiot henkilöstön näkökulmasta: Opas fuusioon ja Case Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto*, Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2015:17, Helsingin yliopisto, Helsinki

**Hyvinvointi ja terveyserot Suomessa (2015)**, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

**Häkkinen, Unto & Mikko Peltola (2014):** *Sairausvakuutuksen korvaamien matkojen kustannukset erikoissairanhoidossa: Tuloksia PERFECT-bankeesta*, Työpaperi 20/2014, Terveyden ja hyvin-

voinnin laitos, Helsinki

**Jordahl, Henrik (red.) (2014):** *Välfärdstjänster i privat regi. Framväxt och drivkrafter*, SNS Förlag, Stockholm

**Kaikkonen Risto, Murto Jukka, Pentala, Oona, Koskela, Timo, Virtala, Esa, Härkänen, Tommi, Koskenniemi, Timo, Ahonen, Juha, Vartiainen, Erkki & Seppo Koskinen (2015):** *Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015*, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

**Kauppila Tarja & Anja Tuulonen (2016):** *Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus*, Raportteja ja muistioita 2016:5, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki

**Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Erkki Vauramo (2014a):** *Sisältöä sote-uudistukseen. Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun*, Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 78, Helsinki

**Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Erkki Vauramo (2014b):** *Saadaanko sote-uudistuksella tasa-laatua?*, Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 82, Helsinki

**Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Erkki Vauramo (2015):** *Miten sote-uudistus toteutetaan?*, Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 91, Helsinki

**Meklin, Pentti (toim) (2010):** *Parasta Artun mitalla? Arviointia Paras-uudistuksen lähtötilanteesta ja kehittämispotentiaalista kunnissa*, Paras-ARTTU-tutkimusohjelman tutkimuksia nro 5, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Niemelä, Mikko & Arttu Saarinen (2015):** *Terveydenhuolto-politiikan muutokset*, teoksessa Niemelä, Mikko, Kokkinen Lauri, Pulkki, Jutta, Saarinen, Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.) (2015): *Terveydenhuollon muutokset: Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset*, Tampere University Press, Tampere

**Niemelä, Mikko, Kokkinen Lauri, Pulkki, Jutta, Saarinen, Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.) (2015):** *Terveydenhuollon muutokset: Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset*, Tampere

University Press, Tampere

**Ollikainen, Mikko (2014):** *Sote-uudistus demokraattisesta näkökulmasta. Loppuraportti*, Vaasan sairaanhoitopiirin kunnat, Vaasa

**Palola, Elina & Vappu Karjalainen (toim.) (2011):** *Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä?* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

**Paronen, Elsa (2015):** *Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksissa – tapaustutkimus kahdesta sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta Pohjois-Savossa*, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio

**Pekola-Sjöblom, Marianne (2011):** *Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa. Tutkimus kuntalaisten asenteista ja osallistumisesta ARTTU-tutkimuskunnissa 2008*. Paras-ARTTU-tutkimuksia nro 9. Acta nro 229, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Pekola-Sjöblom, Marianne (2012):** *Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina. Tutkimus kuntalaisten mielipiteistä kunnallisista palveluista ARTTU-tutkimuskunnissa vuosina 2008 ja 2011*. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 21, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Pekola-Sjöblom, Marianne (2015):** *Käyttäjät tyytyväisiä kuntien sote-palveluihin*, Kuntalehti, Utis-kirje 48/2015, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Perustusvaliokunnan lausunto 67/2014 vp**

**Pressman, Jeffrey L & Aaron Wildavsky (1973):** *Implementation*, University of California Press, Berkeley

**Puustinen, Alisa & Vuokko Niiranen (2011):** *Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaali- ja terveyspalveluissa*, Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 16. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015**, Hallituksen julkaisusarja 10/2015, Helsinki

**Raudla Ringa, Savi, Riin & Tiina Randma-Liiv (2013):**

*Literature Review on Cutback Management*, Coordination for Cohesion in the Public Sector of the Future, Workpackage 7, [www.cocops.eu](http://www.cocops.eu)

**Rotko, Tuulia & Kristiina Manderbacka (2015):** *Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveyspalvelujen käytössä*, teoksessa Niemelä, Mikko, Kokkinen Lauri, Pulkki, Jutta, Saarinen, Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.) (2015): *Terveydenhuollon muutokset: Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset*, Tampere University Press, Tampere

**Sandberg, Siv (2012):** *Paras-uudistus kuntapäätäjän silmin, Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 20*, Acta 235, Åbo Akademi ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Simoila, Riitta & Helena Ylisipola (2013):** *Vuosi muutoksen ytimessä: Raportti Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä*, Helsingin kaupungin keskushallinnon julkaisuja 2013:19, Helsinki

**Stenvall, Jari, Majoinen Kaija, Syväjärvi Antti, Vakkala, Hanna & Antti Selin (2007):** *'Mees romppeines siihen'*. *Henkilöstövoimavarojen hallinta ja muutoksen johtaminen kuntafuusiassa*, Acta nr 191, Lapin yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Stenvall, Jari & Petri Virtanen (2012):** *Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kebittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*, Tietosanoma, Helsinki

**Stenvall, Jari, Syväjärvi Antti, Vakkala, Hanna, Virtanen, Petri & Kari Kuoppala (2015):** *Kunnat ajopuina - koskesta sumaan. Vuosina 2011–2014 kuntiin kohdistuneiden uudistusprosessien arviointi*. ARTTU2-ohjelman tutkimuksia nro 1. Acta nro 258. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Tummer, Lars, Steijn, Bram & Victor Bekkers (2012):** *The willingness of public professionals to implement public policies: content, context, and personality characteristics*, Public Administration 2012 (90) 3, 716-736.

**Vakkala, Hanna (2012):** *Henkilöstö kuntauudistuksissa. Psyko-*

*loginen johtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä*, Acta nro 238, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Valkama, Pekka, Kallio, Olavi, Haatainen, Jaana, Laurila, Hannu & Pentti Siitonen (2008):** *Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. I osa: Käsitteet, teoreettiset lähestymistavat, metodologia ja aikaisemmat tutkimustulokset*, Kunnallisan alan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu-sarjan julkaisu nro 9, Helsinki

**Valtokari, Maria (2015):** *Hoitoon pääsyn moniulotteisuus erikoissairaanhoidossa*, Oulun yliopisto, Oulu

**Vedung, Evert (1998):** *Utvärdering i princip och praktik*, Studentlitteratur, Lund

**Vohlonen, Ilkka, Vehviläinen, Arto, Husman, Kaj, Koisitinen Veli, Rasilainen, Jouni & Heikki Pesonen (2015):** *Terveysturvan rahoitus: Seurantatutkimus 2000-2013. Alustavia kansallisia tuloksia*, (tehnyt Finnish Consulting Group Suomen kuntaliitolle, julkaisematon kooste alustavista tuloksista)

Vården kan komma till dig, Hufvudstadsbladet 18.01.2016

<http://www.alueuudistus.fi>

<http://www.kunnat.net> à ARTTU2

<http://www.terveytemme.fi/ath/>





## SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSET JATKAVAT KASVUAAN: MITEN TÄHÄN KEHITYKSEEN VOISI VAIKUTTA?

JOHAN GROOP

SUOMALAISTEN SOSIAALI- JA terveydenhuollon (sote) kustannuskehitys on kestävä (kuva 1). Vuosina 2004-2014 sote-kustannusten keskimääräinen vuosikasvu oli lähes 6% eli huomattavasti bruttokansantuotteemme kasvua suurempaa. Kustannukset kasvoivat noin 16 miljardista eurosta reiluun 28 miljardiin euroon<sup>1</sup>. Kustannuksista noin 40% oli sosiaali- huollon ja 60% terveydenhuollon kustannuksia. Mikäli viime vuosikymmenen kustannuskehitys jatkuisi myös tulevaisuudessa, pelkästään terveydenhuollon menot työikäistä kohden kaksinkertaistuisivat vuoteen 2030 mennessä (kuva 1). Tämä vastaisi noin 50 prosentin kustannuskasvua suhteessa bruttokansantuotteeseen. Tällainen menojen kehitys on kestävä, erityisesti Pohjoismaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa, jossa valtaosa sote-palveluista on julkisrahoitteisia.

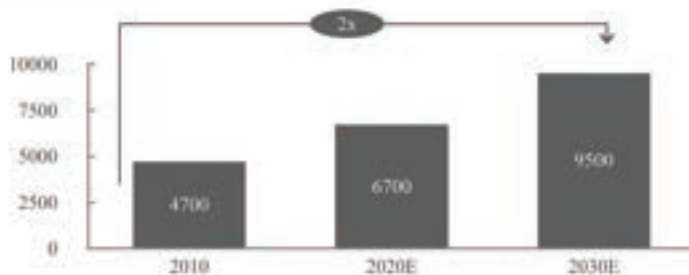
Haasteeseen vastaamiseksi meidän täytyy parantaa sekä palvelujärjestelmämme 1) vaikuttavuutta että 2) tuottavuutta. Vaikuttavuuden parantaminen tarkoittaa, että yksilön palveluista saama hyöty hänen terveystensä ja/tai hyvinvointinsa edistämisen kannalta on suurempi (esim. parempi hoitotulos tai terveydentilan luonnollisen heikentymisen hidastaminen). Yksilön elämänlaadun paranemisen lisäksi syntyy kustannussäästöä esimerkiksi siitä, että yksilön hoitoaika lyhenee, hän palaa nopeammin töihin entistä työkykyisempänä tai mahdollisen

<sup>1</sup> *Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset 2015.*

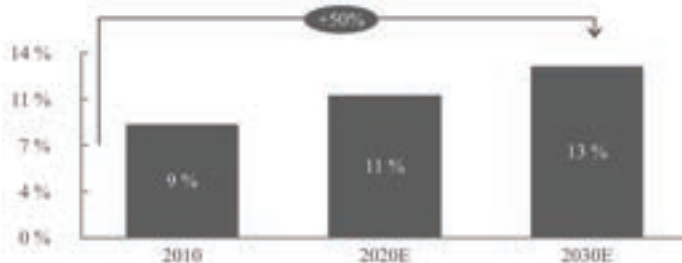
(Lähde: Tilastokeskus)

jatkohoidon tarve vähenee. Tuottavuus puolestaan tarkoittaa, että olemassa olevilla resursseilla tuotetaan enemmän (laadukasta) palvelua tai, että nykypalvelut tuotetaan vähemmillä resursseilla. Toisin sanoen, koska kysyntä kasvaa nykyresursseilla

Terveystenhuollon menot  
EUR / 15-64 vuotias<sup>1</sup>



Terveystenhuollon menot / BKT<sup>2</sup>



Kuva 1. Nykyinen menokehitys on kestävä (Arvio: Nordic Health Group 2015<sup>\*,\*\*</sup>)

\* Terveystenhuoltomenot yhteensä vuoden 2011 hinnoin (lähde: THL, 2010). Sisältää myös vanhusten ja vammaisten laitoshoidon ja lääkekulut, 2020 ja 2030 NHG ennuste jos historiallinen kokonaiskasvu 5,4% jatkuu. Kasvu korjattu 2% inflaatiolla.

\*\* BKT kasvuoletus 1,4% per vuosi ja inflaatiokorjattu terveystenhuollon menojen kehitys 3,4% per vuosi.

tulisi hoitaa enemmän potilaita tai asiakkaita. Tuottavuus ei kuitenkaan parane jos tehdään vääriä asioita. Palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuus paranee, kun onnistumme joko vaikuttavuuden tai tuottavuuden kehittämässä. Tavoitteena on tietenkin onnistua molemmissa samanaikaisesti.

Sote-uudistusta koskevassa julkisessa keskustelussa painopiste on ollut palvelujen järjestämisessä. Poliittinen keskustelu sote-alueiden määrästä sekä jaosta on saanut erityisen paljon huomiota. Muita keskeisiä asioita ovat sote:n rahoituskanavien ja rahoituksen selkeyttäminen, valinnanvapaus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio. Nämä ovat kaikki tärkeitä asioita palvelujärjestelmän uudistamisen kannalta. Ei kuitenkaan sovi unohtaa, että käytännössä vain hyvin vähän muutosta tapahtuu ilman palvelutuotannon uudistamista. Vaikka sote:n tehokasta järjestämistä voidaan pitää eräänlaisena edellytyksenä myös palvelutuotannon uudistamiselle, palvelujärjestelmän vaikuttavuuden ja tuottavuuden kehittäminen tapahtuu ensisijaisesti palvelutuotannossa.

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehityksen taustoja sekä kustannusten jakautumista erilaisiin segmentteihin. Suurin kehityspotentiaali on siellä, missä kustannuksia kertyy eniten. Lisäksi keskustellaan siitä, miten kalliimpien segmenttien palvelutuotannon vaikuttavuutta ja tuottavuutta voi kehittää sote-kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Kirjoituksen tavoitteena on antaa lukijalle tiivis yleiskuva muutamista sote-järjestelmämme kannalta keskeisistä haasteista palvelutuotannon näkökulmasta.

Palvelutuotannon kehittämistä lähestytään kolmesta toisistaan täydentävästä näkökulmasta:

1. palvelurakenne: tehdään oikeita asioita
2. hoito- ja palveluketjut: oikea palvelu oikealle asiakkaalle oikeaan aikaan
3. laatu ja tehokkuus: tehdään asiat oikein

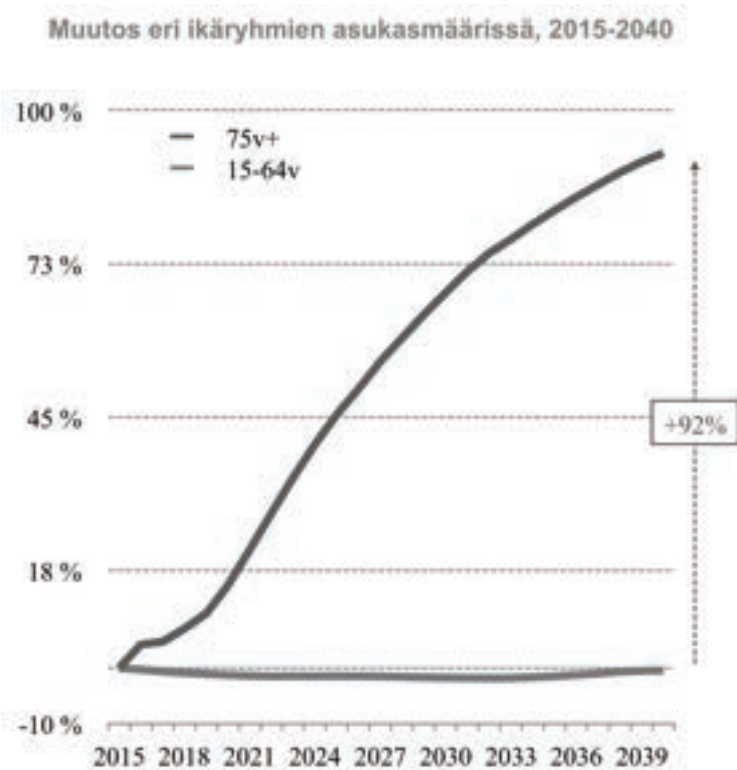
Jokaista näkökulmaa valaistaan ratkaisuesimerkkien avulla. Esimerkeissä ikäihmisten palveluita painotetaan, koska väestön ikääntyminen on yksi keskeisimpiä syitä kustannuskehityksen taustalla. Näiden esimerkkien kautta esitetyt periaatteet pätevät kuitenkin myös moneen muuhunkin palvelusegmenttiin.

## KUSTANNUSKEHITYKSEN TAUSTAT

KUSTANNUSKEHITYKSEN TAUSTALLA ON useampia tekijöitä. Väestön ikääntymisen ja vaatimustason nousun lisäksi esimerkiksi lääketieteen kehityksen ansiosta yhä useampi sairaus tai terveysongelma on hoidettavissa. Hoitovalikoimamme on siis kasvanut, mikä luo uudenlaista kysyntää. Myös lääkemenot kasvavat. Taustalla on uusien kalliiden lääkkeiden tulo markkinoille (esim. yksilöllisesti räätälöidyt ja erityisiin sairauksiin kohdistuvat lääkkeet, kuten moni syöpälääke).

Suomen vaikutusmahdollisuudet modernien hoitomuotojen ja lääkkeiden kustannusten kasvuun ovat rajalliset. Hyvinvointiyhteiskuntana emme halua rajata parhaita hoitotuloksia aikaansaavien, mutta mahdollisesti hyvin kalliiden, lääkkeiden tai hoitomuotojen tarjoamista niitä tarvitsevilta. Paras keino on siis pyrkiä ennaltaehkäisemään näiden tarpeiden syntymistä tai ainakin ehkäisemään olemassa olevien terveysongelmien tarpeetonta komplisoitumista.

Merkittävin tekijä sote-menojen kasvun takana lienee kuitenkin ikääntyvästä väestöstä johtuva avun- ja palvelutarpeen (kysynnän) kasvu. Tämä muutos nähdään kysynnän kasvuna niin sosiaali- kuin terveystaloudissa. Suurin osa tästä kysynnästä kohdistuu 75 vuotta täyttäneisiin asukkaisiin, joiden määrän ennustetaan kasvavan jopa 92 % seuraavan 25 vuoden aikana (2015–2040). Työikäinen väestö (15–64-vuotiaat) pysyy kuitenkin lähes nykytasollaan (kuva 2). Toisin sanoen, työssäkäyvien



Kuva 2. Ikäihmisten määrä on ennustettu kasvavan 92 % vuoteen 2040 mennessä. Työikäinen väestö puolestaan pysyy nykytasolla (Tilastokeskus: SotkaNet)

ja siten valtaosan Suomen verovaroista maksavien asukkaiden osuus väestöstä pienenee.

Haasteena ei kuitenkaan ole pelkästään varojen puute, vaan myös työvoiman rajallisuus. Ikäihmisten määrän kasvaessa työikäistä väestöä nopeammin, hoito- ja hoivatyövoiman saatavuus heikkenee.

Siinäkö kaikki? Ei, emme tyydy yhteiskuntana pelkästään nykypalveluiden turvaamiseen. Palvelujen laatu ja näiden

käyttäjien asiakastyytyväisyys ei ole monesti halutulla tasolla. Resurssien rajallisuudesta huolimatta haluamme myös parempia, asiakaslähtöisempiä palveluita.

Mitä voimme päätellä tästä? Emme voi tulevaisuudessa vastata kysynnän kasvuun pelkästään lisäämällä henkilöstöä. Tarvitsemme uusia keinoja.

Ennen kuin siirrymme käsittelemään palvelujärjestelmän kehittämistä, on syytä tarkastella sote-kustannusten jakautumista erilaisten käyttäjien ja palvelukokonaisuuksien mukaan.

## MIHIN RAHAT MENEVÄT?

PIENI OSA SUOMEN väestöstä kuluttaa valtaosan sote-palveluista. Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan (Leskelä et al. 2013), 81 % sote:n kokonaiskustannuksista kohdentuu 10 %:lle asukkaista (kuva 3). Vastaavia tuloksia on saatu myös toisilla paikkakunnilla<sup>2</sup> (Kapiainen et al. 2010), ja lienee paikoillaan puhua 10 % / 80 % -säännöstä<sup>3</sup>. Kalliimmasta asukasryhmästä (10 % väestöstä), puolet (eli 5 % väestöstä) aiheuttaa puolestaan lähes 70 % kustannuksista. Samalla voidaan todeta, että 90 % väestöstä kerryttää vain 20 % kustannuksista.

Keitä nämä palveluiden suurkuluttajat sitten ovat? Yhteistä heille on, että he käyttävät useampia palveluita. He ovat usein sekä ikääntyneitä että monisairaita. Eniten kustannuksia

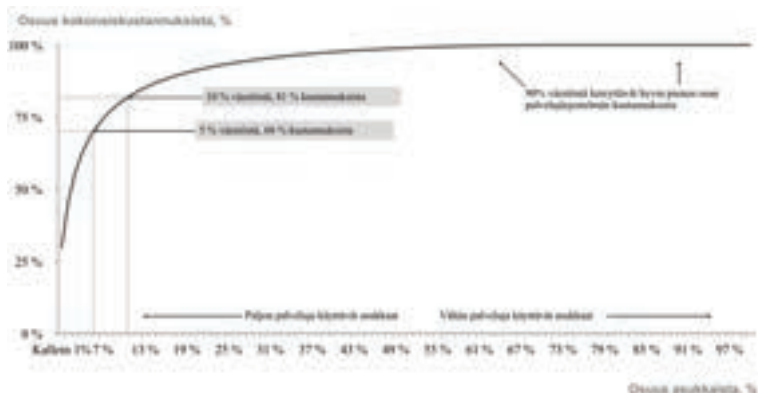
*2 Nordic Healthcare Group:in tekemät analyysit: Riihimäki-Hausjärvi-Loppi (2014), Porvoo (2015)*

*3 Myöhemmissä tutkimuksissa Nordic Healthcare Group on esittänyt tarkempia analyyskejä. Mikäli kuntien kustannusten lisäksi sisällytetään myös Kansaneläkelaitoksen ja työterveydenhuollon kustannukset, laskevat luvut jonkin verran; näissä myöhemmin tehdyissä analyyseissä suurkuluttajat (10 prosenttia väestöstä) aiheuttavat 73 prosenttia kustannuksista (Leskelä et al. 2016).*

kerryttävät vanhuspalvelujen asiakkaat sekä kalliita hoitoja tarvitsevat terveystalouden asiakkaat.

Oulun tutkimuksessa kalliimman asukasryhmän kokonaiskustannuksista 38 % koitui asiakkaille, jotka olivat käyttäneet pelkästään terveystaloutta. 62 % puolestaan kohdistui asukkaisiin, jotka käyttivät vähintään yhtä sosiaalipalvelua. Merkille pantavaa on, kuinka vähäiselle huomiolle sosiaalihuolto on jäänyt keskustelussa sote-uudistuksesta tästä huolimatta. Kenelläkään ei vaikuta olevan vielä käsitystä sosiaalihuollon roolista sote-uudistuksessa.

Jos haluamme vähentää kustannuksia tai hillitä palvelujärjestelmän kustannuskehitystä, suurin potentiaali on siellä, missä kustannuksia kertyy eniten eli suurikäikäijien palveluissa. Lisäksi tulisi pyrkiä ennaltaehkäisemään 90 % / 20 % -ryhmän joutumista kalliimpaan ryhmään.



Kuva 3. 10 % väestöstä kerryttää valtaosan palvelujärjestelmän kustannuksista (esimerkki Oulusta).



## PALVELURAKENNE KUNTOON!

JULKISESSA KESKUSTELUSSA SOTE-UUDISTUKSESTA on puhuttu paljon palvelurakenteen uudistamisesta. Keskiössä on ollut sote-palvelujen järjestämisestä vastaavien maakuntien määrä. Sote-ammattilaiset tarkastelevat kuitenkin palvelurakennetta enemmän palvelujen sisällön kuin toiminnan järjestämisen näkökulmasta. Kysymys on, millaisia palveluita ylipäättään tulisi tarjota erilaisille asiakasryhmille. Teemmekö oikeita asioita? Saadaanko palveluilla aikaiseksi se, mitä halutaan? Ovatko palvelut siis vaikuttavia? Yksittäisen palvelun vaikuttavuuden todentaminen on monesti monimutkainen asia. Palvelujärjestelmätasolla vaikuttavuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kalliimpien palvelumuotojen tarvetta vähennetään tarjoamalla asukkaille oikeanlaista kevyttä tukea oikea-aikaisesti.

Palvelurakennetta uudistaessa tulee pohtia, minkälais-ta palvelua missäkin tarjotaan ja miten. Esimerkiksi kuinka monta päivystävää akuuttisairaala-a tarvitaan ja missä näiden kuuluisi olla. Julkisessa keskustelussa esiintyy aika ajoin negatiivisävytteistä keskustelua sairaalaan sulkemisesta. Monesti ajatellaan, että taustalla olisi pelkästään talouspaineet. Todel-lisuudessa palvelun laatu on myös tärkeässä asemassa. Joidenkin asiantuntijoiden arvioiden mukaan laadukkaiden palvelujen tuottaminen vaatii riittävän määrän toistoja. Tämä on vaikea saavuttaa pienellä väestöpohjalla. Näkemystä on perusteltu sillä, että joihinkin toimenpiteisiin, kuten leikkauksiin (esi-merkiksi Katz et al. 2001), liittyy enemmän komplikaatioita, kun toimenpidettä ei pienten asiakasmäärien takia toisteta tarpeeksi usein. Tämä johtaa sekä ikäviin ihmiskohtaloihin että kustannusten kasvuun.

Hyvin erikoistuneiden palvelujen tarjoaminen monessa paikassa tarkoittaa myös kalliin infrastruktuurin ylläpitämistä.

Yhdeksi ratkaisuksi on ehdotettu korkean erikoistumisasteen palvelujen nykyistä suurempi keskittäminen niin, että väestöpohja (volyymi) olisi riittävä korkean erikoistumisasteen ylläpitämiseksi. Tämä edellyttäisi myös lähipalveluiden uudistamista hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Esimerkkinä tästä tietyn tasoista erikoissairaanhoidon voisi tarjota avopalveluna peruspalvelujen yhteydessä osana lähipalvelua. Tavoitteena olisi, että yhä useamman asukkaan terveysongelmiin voitaisiin vastata yhdessä paikassa ja näin vähentää turhaa liikennettä korkeamman erikoistumisasteen palveluihin.

Paljon palvelua tarvitsevien asukkaiden kohdalla palvelurakenteella on erityisen suuri merkitys niin sote-kustannusten hillitsemisen kuin asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Sote-palveluiden suurkuluttajista vanhuspalvelujen asiakkaat muodostavat jo tässä vaiheessa suurimman ja kasvavan segmentin. Yksi keskeisimpiä ikäihmisiin liittyviä palvelurakenteen uudistuksia on ns. laitoshoidon purkaminen, eli vanhuspalvelujen painopisteen siirtäminen ympärivuorokautisesta hoivasta kotiin<sup>4</sup>. Taustalla on ajatus siitä, että laitospainotteinen hoito on sekä kallis että monesti ikäihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia heikentävä palvelumuoto.

Siitä huolimatta, että laitoshoidon purkaminen on ollut menneillään jo pitkään, on syytä muistaa, että kansainvälisessä vertailussa Suomessa on edelleen paljon laitospaikkoja. Tässä palvelurakenteen uudistuksessa ei ole kyse siitä, ettei ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjottaisi sitä todella tarvitseville. Tavoitteena on vähentää sen turhaa käyttöä, koska se ei monesti ole asiakkaan edun mukaista eikä meillä ole siihen myöskään varaa. Meidän on keksittävä uusia tapoja tukea asukkaiden arvokasta vanhenemista.

*4 Vuonna 2013 voimaan tullen vanhuspalvelulain mukaan ikäihmisten tulisi pystyä asua kotona mahdollisimman pitkään, tarvittaessa kotihoidon ja/tai muiden palveluiden tukena.*

Miten ikäihmisten palvelurakennetta tulisi uudistaa? Laitoshoidon sijaan ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa pyritään tarjoamaan tehostetussa palveluasumisessa. Palvelumuoto on kodinomaisempi ja apua on saatavilla ympäri vuorokauden. Laitoshoitoa tarjonneet vanhat terveyskeskussairaalat muutetaan kuntouttaviksi lähisairaaloiksi. Fyysisesti hyväkuntoisille, mutta muistihäiriöisille ikäihmisille on alettu tarjoamaan ryhmäkoteja. Uusimpana kehityksenä joissain kunnissa tarjotaan ikäihmisille palveluasumisen ja kotihoidon välimuotoa. Ikäihmiset asuvat samassa kiinteistössä, mutta kotihoito vastaa palvelusta.

Monessa kunnassa on julkisten palvelujen lisäksi tarjolla yksityisistä ja kolmannen sektorin toimijoista koostuva palveluverkko. Keskeinen kysymys on, miten näitä toimijoita voisi hyödyntää paremmin. Moni ikäihminen hyötyisi enemmän monesta sellaisesta palvelusta, joka ei välttämättä edes kuulu julkisen palveluntarjonnan piiriin. Tiedostettu haaste on, että ikäihmisille tarjotaan välillä mieluummin hänen tarpeisiinsa huonommin sopivaa palvelua, kuin ei mitään. Tällaisissa tilanteissa on hyvin tärkeää, että neuvonnasta ja palveluohjauksesta vastaava tietää, mitä muita palveluita kunnassa on tarjolla, jotta asiakkaalle löydetään hänen tarpeisiinsa parhaiten vastaavaa tukea. Joissain tapauksissa ikäihmiselle voi jopa olla halvempaa ostaa hänen tarpeisiinsa räätälöityä palvelua yksityiseltä palveluntuottajalta, kuin käyttää julkista palvelua, jonka sisältöä välillä voi olla heikoimmin räätälöitävissä.

Edesmennyt johtamisajattelija Peter Drucker sanoi aikoinaan, että 'ei ole mitään niin hyödytöntä kuin tehdä tehokkaasti sitä, mitä ei lainkaan pitäisi tehdä'. Rajallisia resurssejamme hukataan jos tarjotaan asiakkaalle hänen tarpeisiinsa nähden vääränlaisia palveluita, riippumatta siitä, kuinka tehokkaasti palvelutuotanto toimii.

## SUJUVAT HOITO- JA PALVELUKETJUT

PALVELURAKENTEEN UUDISTAMISESSA ON kyse palveluntarjonnasta ja sen järjestämisestä. Hoito- ja palveluketjujen sujuvoittamisessa on puolestaan kyse siitä, että oikea palvelu osataan kohdentaa oikealle asiakkaalle oikeaan aikaan ja että siirtymät palvelumuotojen välillä ovat saumattomia. Siirtymiä on monenlaisia, kuten esimerkiksi kodin, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoito- ja palveluketjujen sujuvuus koskettaa erityisesti suurkuluttajaryhmää. Kallein 10 % asukkaista on keskimäärin käyttänyt neljää eri palvelukokonaisuutta (Leskelä et al. 2013). Muu väestö on puolestaan käyttänyt keskimäärin noin yhtä palvelukokonaisuutta<sup>5</sup>. Moni suurkuluttaja saattaa kuitenkin olla huomattavasti useamman palvelukokonaisuuden piirissä. Siiloutuneessa palvelujärjestelmässä kenelläkään ei ole kokonaiskuvaa eikä vastuuta asukkaan hoidosta, jolloin osa asukkaan palvelutarpeista saattaa jäädä huomioimatta hänen siirtyessä palvelumuodosta toiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on keskeinen osa sote-uudistusta. Tavoitteena on varmistaa, että asiakkaille tarjotaan saumaton kokonaisuus, varmistamalla parempi yhteistyö perus- ja erikoissairaanhoidon välillä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Näin halutaan mm. vähentää asukkaan pompottamista paikasta toiseen sekä varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on ajantasaista ja kokonaisvaltaista tietoa saatavilla. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään.

*5 Nordic Healthcare Groupin myöhemmin tekemissä tutkimuksissa, joissa huomioidaan sekä kunnan, Kansaneläkelaitoksen että työterveydenhuollon kustannukset, on suurkuluttajien todettu käyttävän keskimäärin viittä palvelumuotoa, kun muu väestö keskimäärin käyttää kahda palvelumuotoa (työterveydenhuollon tullessa mukaan) (Leskelä et al. 2016).*

Taustalla on mm. vanhentunut tietosuojalaki, joka ei salli sosiaali- ja terveystietojen yhdistämistä.

Sote-integraatio on kannatettava kehityssuunta. On kuitenkin huomioitava, että se koskettaa lähinnä vain kalleinta kymmenystä väestöstä, jotka kuuluvat useampien palvelumuotojen piiriin. Vaikka sukuluttajaryhmä on tärkeässä roolissa, ei pidä unohtaa loppua 90 % väestöstä, joka käytännössä maksaa palvelujärjestelmästäme. Jos he eivät koe saavansa vastinetta sille, mistä maksavat veroja, heidän kiinnostuksensa kantaa vastuu hupenee. Tälle ryhmälle on myös tulevaisuudessa turvattava laadukkaiden palvelujen hyvä saatavuus.

Keskittämällä sosiaali- ja terveyspalvelut yhden johdon alle (integraatio) pyritään välttämään osa-optimointia: kun ongelmaa ei hoideta kerralla kuntoon (esim. asunnottomuus), se voi synnyttää kustannuksia muualla järjestelmässä (terveyspalveluissa). Jos vanhuspalveluissa ei osata vastata ikäihmisen kokonaisvaltaisiin tarpeisiin, ikäihminen saattaa joutua turhaan kalliimpien hoitomuotojen piiriin kuten päivystykseen ja/tai vuodeosastolle. Integraatio ei kuitenkaan toimi ilman koordinaatiota. Organisaatioiden yhdistäminen ei toimi jos samalla ei koordinoida sekä asiakkaiden kulkua läpi palvelujärjestelmän että yksittäisiä palveluita.

Mitä asialle on tehtävissä? Otetaan esimerkki sukuluttajaryhmän kalliimmasta segmentistä, eli vanhuspalveluista.

Olennaista on osata tunnistaa ikäihmisen palvelutarve ajoissa. Lisäksi tulee olla ajantasaista tietoa siitä, mitä palveluita on tarjolla (julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluita), jotta ikäihmisen erityistarpeisiin räätälöityjä palveluja osataan tarjota oikea-aikaisesti. Kuulostaako järkevältä, jopa itsestään selvältä? Käytännössä tämän toteuttaminen on kuitenkin useammassa kunnassa melkoinen haaste. Siiloutuneessa järjestelmässä asiakkaan luona saattaa käydä monta eri tahoja, jopa vanhuspalveluiden sisäلتä, arvioimassa asiakkaan

tarpeita. Arviointi tapahtuu liian usein vain oman tarjoaman näkökulmasta: tarjotaan mieluummin kotihoitoa kuin ei mitään. Tämän seurauksena palvelun piiriin saattaa tulla vääriä asiakkaita tai palvelusta ei osata luopua asiakkaan tarpeen vähentyessä tai muuttuessa. Päällekkäisyydet ja katvealueet asiakkaan saamista palveluissa ovat myös yleisiä.

Yhtenä ratkaisuna tähän moninaiseen haasteeseen on yhä useammassa kunnassa suunniteltu ikäihmisten neuvonnan- ja palveluohjauksen keskittämistä omaan yksikköönsä<sup>6</sup>. Toimintamallin tavoitteina on varmistaa, että palvelut osataan räätälöidä kunkin asiakkaan tarpeita vastaavaksi sekä varmistaa neuvonnan, palvelutarpeen selvittämisen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen tasalaatuisuus. Toisto luo mestarin. Arviointiosaaminen paranee jos se on työntekijän päätyö eikä arviointi ole pelkästään yksi tehtävä muiden joukossa. Muiden töiden ohessa palveluohjausta tekevällä on vaikeampaa pysyä ajan tasalla kunnan palveluntarjonnasta. Toisena tavoitteena on keskittää vastuu suurkuluttajien palveluista ns. vastuutyöntekijälle, joka koordinoi asiakkaan kaikkia palveluita ja tarpeita riippumatta siitä, missä kohtaa palvelujärjestelmää hän on.

Tulokset ovat olleet hyvin lupaavia. Esimerkiksi uusien kotihoidon piiriin ohjautuvien asiakkaiden määrän on nähty laskevan: kunnan palveluverkosta on hyödynnetty ja ikäihmiset on osattu ohjata heidän tarpeisiinsa paremmin vastaaviin palveluihin. Kotihoidon piiriin tulevalle asiakkaalle on myös osattu tarjota hänen tarpeisiin paremmin soveltuvaa palvelua, eikä useamman eri tahon ole enää tarvinnut erikseen käydä arvioimassa asiakkaan tarpeita.

*6 Esimerkkejä kunnista ja kuntayhtymistä joissa tällainen toimintamalli on käytössä ja kehitteillä ovat mm. Vantaa, Hämeenlinna, Labti, Heinola, Porvoo, Espoo, Jyväskylä, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote).*

Toinen esimerkki hoito- ja palveluketjujen sujuvoittamisesta on mediassakin huomiota saanut Lonkkaliukumäki. Espoossa 2011 aloitetun toimintamallin tavoitteena on varmistaa lonkkamurtumapotilaiden nopea kotiutuminen, entistä toimintakykyisempänä ja tyytyväisempänä. Kuntoutussuunnitelmat käydään läpi jo ennen leikkausta. Leikkaukseen pääsyä on nopeutettu ja leikkausmenetelmä on muutettu niin, että se tukee kuntoutumista ja potilasta aletaan kuntouttaa huomattavasti aikaisemmassa vaiheessa leikkauksen jälkeen. Kun erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja kuntoutus saadaan toimimaan optimaalisesti yhdessä törmäämättä ammattiryhmien ja organisaation välisiin raja-aitoihin, hoitajakset saadaan lyhenemään merkittävästi. Hoitopäivät ovat kalliita, mikä tuo jo itsessään merkittäviä kustannussäästöjä. Huomattavasti merkittävämmät kustannussäästöt tulevat kuitenkin siitä, että lonkkamurtumille alttiiden ikäihmisten laitostumisriski vähenee makuupäivien vähentyessä.

Erikoissairanhoidossa hoitoketjujen sujuvuutta on pyritty edistämään rakentamalla uusia yksiköitä tyypillisten oireyhtymien ympärille. Erikoissairaanhoito on perinteisesti organisoitu erikoisaloihin, jossa ideana on mm. osaamisen keskittyminen ja toiminnan tehokkuus. Tällainen organisoituminen sopii hyvin kun potilaalla on vain yksi melko tarkasti määritetty terveysongelma. Organisoituminen sopii kuitenkin heikommin jos kyseessä on monisairaita potilaita tai epämääräisempiä oireyhtymiä (esim. migreeni), joiden määrittämiseen ja hoitamiseen voi liittyä erilaisia tai useampia erikoisaloja. Jos oireyhtymä on tarpeeksi yleinen, voi olla järkevää järjestää toimintaa oireyhtymän ympärille siten, että potilas saadaan diagnosoitua nopeasti ja hoidettua yhdessä paikassa, lyhyemmässä ajassa.

## PALVELUJEN TEHOKKUUS JA LAATU

TÄHÄN ASTI ON tarkasteltu palveluntarjontaa (tehdään oikeita asioita) ja asiakkaan sujuvaa liikkumista palvelujärjestelmässä eri palveluntarjonnan välillä (oikea palvelu oikealle asiakkaalle oikeaan aikaan). Seuraavaksi siirrytään tarkastelemaan yksittäisen palvelun tehokkuuden ja laadun kehittämistä. Kyseessä on siis aikaisemmin määritettyjen ‘oikeiden asioiden’ tekeminen sujuvasti, kustannustehokkaasti ja asiakaslähtöisesti (tehdään asiat oikein). Tämä edellyttää, että rajatut resurssit osataan käyttää joustavasti ja täysimääräisesti haluttujen palvelujen tuottamiseksi.

Tässä keskustellaan ensisijaisesti tehokkuudesta, sillä tehokkuuden lisääminen laadun kustannuksella heikentää käytännössä usein tuottavuutta (tuotos/panos, esim. hoidettujen potilaiden ja tähän käytettyjen resurssien suhde): heikko laatu tarkoittaa uusintahoitoja ja järjestelmän turhaa uudelleenkuorittamista korjaavilla toimenpiteillä.

Kansainvälisessä vertailussa Suomen sote-järjestelmä on melko tehoton. Erään tutkimuksen mukaan, Suomen sote-palveluissa on viidenneksi eniten henkilökuntaa asukasta kohden kaikista OECD-maista (Kinnunen et al. 2014), eikä hoitotuloksia voida pitää juurikaan parempina kuin muissa OECD-maissa. Samassa tutkimuksessa todetaan myös, että keskieuropallaiset sairaalat ovat noin 20-30 % tehokkaampia.

Useimmat kunnat taistelevat erikoissairaanhoidon kasvavien kustannusten kanssa. Kuten aikaisemmin todettiin, erikoissairaanhoidon kustannusten kasvu johtuu osittain saatavilla olevien hoitojen lisääntymisestä sekä kallistumisesta. Vaikka näihin on vaikea vaikuttaa, voimme kuitenkin poistaa tehotomuudet palvelutuotannosta.

Miten palveluiden tehokkuutta voidaan kehittää? Vastaus riippuu siitä, minkälaisesta toimintalogiikasta palvelussa on



kyse. Prosessikeskeisessä sairaalamaailmassa, jossa potilas käy läpi erilaisia vaiheita, usein eri ammattilaisten hoitamina, kyse on ensisijaisesti potilasvirran kehittämistä. Potilasvirta tarkoittaa, että potilaat virtaavat nopeammin prosessin läpi, lyhentäen hoitajakson kestoja. Hoitajaksojen lyheneminen tarkoittaa hoitokustannusten vähenemistä. Lyhyemmät hoitajakset tarkoittavat sairaalamaailmassa myös sitä, että hoitoon liittyvien infektioiden määrä ja niistä syntyvän lisähoidon tarve vähenee. Tämä on hyvä huomioida, koska sairaalassa on tapana olla myös muita sairaita potilaita hoidettavana.

Hoitajakson kestoja lyhennetään mm. karsimalla 1) ylimääräisiä prosessivaiheita (esim. lääketieteellisesti turhat tutkimukset), 2) heikon laadun aiheuttamia uusintatutkimuksia ja -käyntejä, 3) turhaa odottamista eri vaiheiden välillä sekä 4) viivästyksiä kotiutuksessa tai jatkohoitopaikkaan siirtymisissä. Lyhyemmät hoitajakset tarkoittavat, että sairaala voi hoitaa enemmän potilaita nykyisillä resursseilla (kapasiteetti kasvaa), koska potilaiden hoitamiseen sidotut resurssit (hoitohenkilökunta, sairaansijat jne.) vapautuvat aikaisemmin seuraavien potilaiden käyttöön. Tämä tarkoittaa samalla hoidon saatavuuden paranemista eli pienempää odotusaikaa ja nopeampaa hoitoon pääsyä, mitkä parantavat asiakastyytyväisyyttä. Työikäisten osalta nopeampi työhön paluu kasvattaa bruttokansantuotettamme ja säästää työnantajan kustannuksia.

Virtaustehokkuus ei ole sama asia kuin resurssitehokkuus, joka tarkoittaa, että jokaista resurssia hyödynnetään 100-prosenttisesti. Käytännössä liian korkea resurssitehokkuus johtaa usein virtaustehokkuuden heikkenemiseen eli hoitajaksojen, ja siten myös toiminnan tuottavuuden heikkenemiseen. Taustalla on erilaisia toimialasta riippumattomia tilastollisia ilmiöitä,

*7 Suositeltavaa lukemista: Alex Knight (2014): Pride and Joy, Never Say I Know, UK (omasta mielestäni yksi parhaista sairaalan perinteisiä toiminnanohjaus sekä johtamishaasteita sekä ratkaisuja kuvaavia kirjoja).*

jotka yhdessä johtavat ns. keskeneräisten potilaiden kertymiseen prosessivaiheiden välillä. Tämä pidentää prosessin sisäisiä odotusaikoja ja siten hoitojakson kestoja. Resurssitehokkuutta ei missään nimessä saa unohtaa, vaikka virtaustehokkuutta tuleekin priorisoida. Ei tehdä töitä kovemmin, vaan fiksummin!

Prosessikeskeisen sairaalamaailman tehostamiseen ja laadun kehittämiseen on maailmalla onnistuneesti sovellettu tuotantotaloudellisia jatkuvan kehityksen metodologioita kuten Theory of Constraints ja Lean. Olemme Suomessa valitettavasti vuosikymmeniä monia muita kehittyneitä maita jäljessä näiden metodologioiden tuomien ratkaisujen soveltamisessa.

Toisenlainen toimintaympäristö, vanhusten kotihoito, ei noudata samanlaista toimintalogiikkaa, kuin prosessikeskeinen yhden fyysisen toimipisteen ympärille rakentunut sairaalamaailma. Kotihoidossa kyse on hoivasta, joten hoitojakso ei tyypillisesti lopu asiakkaan paranemiseen. Toiseksi, kotihoito on ns. kenttäpalvelu, jossa hoitaja vierailee eri asiakkaiden luona säännöllisin väliajoin; asiakas ei liiku eri prosessivaiheiden välillä ennen toisen palvelun piiriin siirtymistä. Tällaisessa ympäristössä virtaustehokkuus ei ole relevantti vaan tehostamisessa keskitytään ensisijaisesti resurssitehokkuuteen eli hoitajien täysimääräiseen ja joustavaan hyödyntämiseen.

Kotihoidossa yleisenä haasteena on krooninen vajaamiehitys: vajaamiehitystä koetaan yksikön resursoinnista riippumatta. Vielä muutamia vuosia sitten oli hyvin harvinaista löytää julkista kotihoitoyksikköä, jota voitiin pitää vajaaresursoituna. Kysynnän nopean kasvun ja rajattujen resurssien takia tilanne on muuttumassa.

Kotihoidossa haasteena on poikkeuksellisen kompleksinen suunnittelu yhdistettynä vanhanaikaisiin toiminnanhajuseriaatteisiin. Vaikka kotihoitoyksikössä olisi enemmän kuin riittävästi työvoimaa, jollain maantieteellisellä alueella on aina vajaamiehitys, koska väärä määrä hoitajia on väärässä pai-

kassa vääriin aikaan. Alueiden resursointi noudattaa kiinteätä mitoitusajattelua, jonka mukaan vuorossa tulisi aina olla tietty määrä hoitajia. Käytännössä sekä hoitajien sairauspoissaolojen määrä (ja siten tarjonta) että asiakastarve (kysyntä) vaihtelevat päivittäin. Toisinaan hoitajia on liian vähän, toisinaan liikaa asiakastarpeeseen nähden. Hoitajien kohdentaminen niille alueille, missä tarve on suurempi, on osoittautunut vaikeaksi.

Ratkaisuna näihin on viime vuosina alettu käyttöönottaa toiminnan optimaalista suunnittelua tukevia toiminnanohjausjärjestelmiä sekä keskitettyä resurssipoolia, jonka avulla osa hoitajista voidaan päivittäin kohdentaa sinne, missä tarve on suurin (Groop 2014).

Teknologiakin tuo uusia mahdollisuuksia toiminnan tehostamiseen. Yksi keskeisimpiä teknologian tuomia mahdollisuuksia on palvelujen digitalisointi. Asiakkaat voivat asioida etänä silloin kun heille parhaiten sopii, mikä vähentää myös sairaaloiden ruuhkautumista. Esimerkiksi Ruotsissa harva potilas tulee päivystykseen soittamatta ensin kansalliseen neuvontanumeroon. Tämä mahdollistaa samalla kysynnän osittaista hallintaa: päivystykseen päätyy vähemmän tapauksia, jotka eivät ole päivystyksen tarpeessa. Valitettavasti Suomessa tilanne on päinvastainen. Täällä on edelleen harvinaista, että potilas olisi ollut etukäteen yhteydessä päivystykseen ennen sinne saapumistaan.

## YHTEENVETO

- NOIN 10 % väestöstä kerryttää 80 % sote:n kokonaiskustannuksista, eniten palveluita käyttävän 5 %:in osuus on lähes 70 % kokonaiskustannuksista
- SOSIAALIPALVELUJEN PIIRISSÄ olevat asukkaat aiheuttavat

enemmän kustannuksia kuin pelkästään terveydenhuollon palveluita käyttävät asukkaat. Kallein yksittäinen segmentti on vanhuspalveluasiakkaat.

- **SOTE-PALVELUIDEN SUURKULUTTAJAT** käyttivät keskimäärin neljää palvelukokonaisuutta, kun muulla väestöllä se oli keskimäärin noin yksi. Siiloutunut palvelujärjestelmämme sopii huonosti suurkuluttajien tarpeisiin.
- **PALVELUTUOTANNON VAIKUTTAVUUDEN** ja tuottavuuden kehittäminen on tärkeää, sillä kustannuspaineiden lisäksi työvoiman saatavuus heikkenee väestön ikääntyessä. Sote-uudistus luo osittain edellytykset vaikuttavuuden ja tuottavuuden kehittämiseksi, mutta hyvin vähän muutosta tapahtuu ilman palvelutuotannon uudistamista.
- **PALVELUTUOTANNON KEHITTÄMISEN** voi jakaa kolmeen toisensa täydentävään näkökulmaan: 1) palvelurakenteeseen (tehdään oikeita asioita), 2) hoito- ja palveluketjujen sujuvuuteen sekä 3) tehokkuuteen ja laatuun (tehdään asiat oikein). Näiden merkitys voi vaihdella riippuen siitä, mitä osaa palvelujärjestelmästä tarkastellaan.
- **PALVELURAKENNETTA UUDISTAESSA** otetaan kantaa palveluntarjontaan. Mitä palveluita tulisi tarjota eri asukasryhmille, missä ja miten?
- **HOITO- JA palveluketjujen** sujuvoittamisessa on kyse siitä, että palveluntarjontaa osataan kohdentaa oikealle asiakkaalle oikeaan aikaan, ja että siirtymät palvelumuotojen välillä ovat saumattomia.
- **YKSITTÄISEN PALVELUN** tai organisaation tehokkuuden ke-

hittämisessä kyse on siitä, kuinka paljon henkilöstö- ja muita resursseja tarvitaan laadukkaan palvelun tuottamiseen.

- **SOSIAALIHUOLLON** (sis. vanhuspalvelujen) osalta palvelurakenteen tarkoituksenmukaisuus (palveluntarjonta), palvelujen oikea ja oikea-aikainen kohdentuminen sekä hoito- ja palveluketjujen sujuvuus on merkittävimmissä roolissa.
- **TERVEYSPALVELUIDEN SUURKULUTTAJIEN** osalta voi monesti olla vaikeampaa vaikuttaa kysyntään. Merkittävin potentiaali lienee olemassa olevien terveysongelmien tarpeettoman komplisoitumisen ehkäisemisessä sekä potilasvirtojen kehittämisessä: yksittäisten palvelujen tuotannon tehostamisessa ja hoitoketjujen sujuvoittamisessa.

#### LÄHTEET:

**Groop J** (2014): *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään?*, Finlands Kommunförbund, Helsingfors

**Kapiainen S, Seppälä TT, Häkkinen U, Lauharanta J m.fl.** (2010): *Pääkaupunkiseudun erittäin kallit potilaat*, THLAvauksia 3/2010

**Katz, J.N., Losina, E., Barrett, J., Phillips, C.B., Mahomed, N.N., Lew, R.A., Guadagnoli, E., Harris, W.H., Poss, R. & J.A. Baron** (2001): *Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the united states medicare population\**, J. Bone Jt. Surg. 83, 1622–1629

**Kinnunen P, Malmi T & E Vauramo E** (2014): *Sisältöä sote-uudistukseen*, Kunnallisanalan kehittämissäätiö, Helsinki

**Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haaverinen A, Olli S-L & K Ylitalo-Katajisto** (2013): *Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asukkaat Oulussa*, Suomen

Lääkärilehti 48/2013

**Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Mikkola H, Ahola E, Pikkujämsä S, Olli S-L, Haverinen A, Ylitalo-Katajisto K & E Huurre (2016): Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa, Suomen Lääkärilehti 11/2016**



# SOTE-UUDISTUS ERIKOISSAIRAANHOIDON NÄKÖKULMASTA

GÖRAN HONGA

## I. UUDISTUSTARVE

TERVEYDENHUOLLON UUDISTUS ON ollut työlistalla Suomessa aina 2000-luvun alusta lähtien. Uudistustarve saa kannatusta lähinnä eri sosioekonomisten ryhmien terveydentilan kasva-  
neiden muutosten, huonosti toimivien hoitoketjujen, perus-  
terveydenhuollon saatavuuden, erikoissairaanhoidon pitkien  
odotusaikojen ja jonojen sekä kustannusten nousun vuoksi. Eri-  
koissairaanhoidon kustannusten ja näiden osuuden kasvavista  
kokonaiskustannuksista on todettu olevan syytä sille, että  
sosiaali- ja perusterveydenhuoltoa ei ole voitu kehittää siten  
kuin tarvetta olisi ollut.

## 2. ERIKOISSAIRAANHOIDON TILA TÄNÄÄN

LAKISÄÄTEISTÄ ERIKOISSAIRAANHOITOA JÄRJESTETÄÄN nykyään  
20 sairaanhoitopiirissä, joissa kussakin on yksi tai useampi  
sairaala. Asukasmäärältään Itä-Savon 44 051 asukkaan piiri on  
pienin ja Helsingin ja Uudenmaan 1 599 390 asukkaan piiri on  
suurin. Vuonna 2014 erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuk-  
set olivat 7 miljardia euroa ja perusterveydenhuollon 4 miljardia  
euroa. Koska erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon  
työ- ja kustannusjako vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, voidaan  
ainoastaan 11 miljardin euron kokonaiskustannuksia verrata  
muiden maiden kustannuksiin.



OECD:N TILASTOINNIN<sup>1</sup> MUKAAN Suomen terveydenhuollon kustannusten osuus BKT:stä oli 8,6 % vuonna 2013. Vastaava luku Ruotsissa oli 11,0 %, Norjassa 8,9 %, Tanskassa 10,4 % ja Englannissa 8,5 %. Reaaliarvoiset ostovoimakorjatut asukas-kohtaiset kustannukset dollareissa olivat vuonna 2013 Norjassa 5862 \$, Ruotsissa 4904 \$, Tanskassa 4553 \$, Englannissa 3235 \$ ja Suomessa 3442 \$. Suomen terveydenhuollon kustannukset ovat matalat verrattuna useimpiin muihin Euroopan maihin ja kustannusten osuus bruttokansantuotteesta on myös pieni. Tässä yhteydessä on huomattava, että me käytämme saman kustannustason lääkkeitä ja laitteita kuin muut kehittyneet maat.

Kuntien koko sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kustannukset olivat vuonna 2013 keskimäärin 3208 euroa asukasta kohden. Tästä sosiaalialan kustannukset olivat 1387 euroa ja terveydenhuollon 1830 euroa. Erikoissairaanhoidon asukas-kohtaiset kustannukset olivat 872–1740 euroa ja keskiarvo oli 1139 euroa. Erikoissairaanhoidon osuus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli siten 35,5 %.

Vuoden 2012 tilastot<sup>2</sup> osoittavat, että erikoissairaanhoidon piirissä käytettiin 4 591 426 hoitovuorokautta 791 751 hoitojakson aikana – toisin sanoen 846 hoitovuorokautta 1000 asukasta kohden, mikä on samassa linjassa muiden Pohjoismaiden kanssa. Suurin hoitotarve on ikäluokalla 65–74-vuotiaat. Vertailuna voimme todeta, että ikäryhmä 40–44-vuotiaat käyttää 92 hoitovuorokautta ryhmän 1000 asukasta kohden, 70–74-vuotiaat puolestaan 293 ja 80–84-vuotiaat 433 hoitovuorokautta. Erikoissairaanhoidon painopiste on ikäihmisten hoidossa.

Erikoissairaanhoidon avohoidon eli päivystystervastaanot-

<sup>1</sup> [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

<sup>2</sup> THL Hilmo-rekisteri: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus/raportointi/tietokannat>

tojen ja -klinikoiden kävijämäärä vuonna 2012 oli 8 354 398, terveyskeskusten 11 327 918 ja yksityislääkärien sekä työterveydenhuollon 7 355 309 käyntiä. Suomalaiset kävivät sairaalavastaanotolla keskimäärin 1,5 kertaa ja terveyskeskuksissa 2,0 kertaa. 40–44-vuotiaiden ikäryhmä teki 1341 erikoissairaanhoidon avohoitokäyntiä ryhmän 1000 asukasta kohden, kun taas ikäryhmä 70–74-vuotiaat teki 2417 käyntiä.

### 3. ERIKOISSAIRAANHOIDON ONGELMAT

ERIKOISSAIRAANHOIDON SUURIN ONGELMA viime vuosien aikana on ollut sen saatavuus. Tämä on näkynyt väestölle pitkinä jonoina ja odotusaikoina. Jonojen moninaisiin syihin kuuluvat muun muassa pienten sairaaloiden lääkäripula, huonosti toimivat hoitoketjut ja ennen kaikkea lisääntyvä elektiivisten, etukäteen suunniteltujen toimenpiteiden tarve. Hoitotakuun käyttöönoton myötä kapasiteettia on tullut lisää ja odotusajat ovat pysyneet yleisesti hoitotakuun aikarajoissa. On syytä huomata, että erikoissairaanhoidon priorisoi aina asiakkaitaan. Asiakkaat, joilla on akuutti lääketieteellinen vaiva, hoidetaan aina ensimmäisenä ja vähemmän kiireiset vaivat saavat odottaa. Hoitotakuun myötä kapasiteettia varataan sekä akuuteille että elektiivisille, ei niin kiireisille tapauksille.

Kunnat ovat valittaneet erikoissairaanhoidon kasvavista kustannuksista, jotka rajoittavat panostamista muihin sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin. Toinen kuntien ongelma on erikoissairaanhoidon vaikeasti ennakoitava laskutus, sillä järjestelmä rakentuu käytönmukaiseen veloitukseen ja sairastavuuden variaatiot voivat olla huomattavat eri vuosina pienessä kunnassa.

Valtion näkemys on nostanut esiin ennen kaikkea epätaasa-arvon eri sosioekonomisten ryhmien välillä koko sosiaali- ja terveydenhuoltopoliittisella sektorilla sekä nousevan kustan-

nustason, joka kasvaa huomattavasti nopeammin verrattuna kansantalouden ja tulojen kasvuun. Erikoissairaanhoidon nostettu myös esiin ongelmatekijänä.

#### 4. ERIKOISSAIRAANHOIDON ROOLI JA KEHITYS

SAIRAANHOITOPIIRIEN TEHTÄVÄNÄ ON tänä päivänä toteuttaa erikoissairaanhoidon kahden lain mukaisesti.

Erikoissairaanhoidonlain (1062/1989) § 3 sanoo: *’Kunnan, joka on kotikuntalainen (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.’*

Terveydenhuoltolain (1326/2010) § 3 momentit 3 ja 4 määrittelevät terveydenhuollon seuraavasti: *’3) erikoissairaanhoidolla [tarkoitetaan] lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja; 4) erikoistason erikoissairaanhoidolla [tarkoitetaan] sairaanhoidon harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erikoisten vaatimusten perusteella on sellaiseksi valtioneuvoston asetuksella säädetty’.*

Potilaat tulevat erikoissairaanhoidon joko päivystyksen kautta tai läheteellä. Yli puolet vuodehoitoon tulevista potilaista ovat päivystyspotilaita.

Terveydenhuoltolaki antaa potilaalle oikeuden valita hoidoista toivomansa. Koska suuri osa potilaista on päivystystapauksia, ei valinnanvapaus ole niinkään olennaista, vaan potilas hakeutuu lähimpään sairaalaan tai naapuripiiriin, mikäli koti sijaitsee kahden sairaalan välissä. Valinnanvapautta hyödynnetään eniten

erikoissairaanhoidon elektiivisissä toimenpiteissä, joista tietyt kirurgiset toimenpiteet, kuten lonkkien ja polvien nivelproteesileikkaukset, ovat yleisimpiä.

Lääketieteellisen tekniikan ja lääkinnän nopea kehitys on lisännyt kaikkien sairauksien hoitomahdollisuuksia. Samalla diagnosointimenetelmät ovat lisääntyneet ja parantuneet, jolloin sairaudet voidaan löytää ja hoitaa. Lisääntyneiden hoitomahdollisuuksien rinnalla lääketieteen erikoistumista on viety eteenpäin ja nyt Suomessa on jo 50 lääketieteen erikoissalaa. Yleislääkäreiden merkitys sairaaloissa on vähentynyt, mutta pitkälle erikoistuneiden lääkäreiden merkitys puolestaan on lisääntynyt. Lääketieteellisesti katsottuna kehitys on ollut suopeaa potilaalle, mutta lääketieteellisen osaamisen jakaantuminen kapeille sektoreille on vähentänyt harvinaisempia sairauksia hoitavien lääkäreiden saatavuutta pieniin sairaaloihin. Kehitys 15 viimeisen vuoden aikana on johtanut piirisairaaloiden lopettamiseen, tuotannon siirtymiseen keskussairaaloihin sekä kehittyneimpien hoitomuotojen ja pienten erikoisalojen hoitamiseen yliopistosairaloissa.

Hoitomenetelmien muuttumisen seurauksena yhä suurempi osuus hoidoista voidaan tehdä polikliinisesti avohoidossa tai päiväkirurgian yksiköissä. Keskussairaaloiden vuodepaikat vähenevät. Lisäksi yhä vuodehoitoa vaativien sairauksien ja toimenpiteiden hoitoajat lyhenevät. Keskimääräinen vuodehoitoaika Vaasan keskussairaalassa on vähemmän kuin kolme vuorokautta, vaikka potilaan vaiva olisikin vaativa.

Tehostamis- ja säästövaatimusten vuoksi sairaalat pyrkivät lyhentämään hoitoaikojaan ja tehostamaan hoitoketjujaan. Kuntien perusterveydenhoitoyksiköihin ja kotisairaanhoidoon kohdistuva paine on siten lisääntynyt, koska kotiinlähdön jälkeen tarvitaan usein vaativaa jälkihoitoa ja kuntoutusta. Terveyskeskuksilla ei ole tällaisia resursseja tänä päivänä. Samalla näiden yksiköiden lääkäreiltä edellytetään kaikkien lääketie-

teen erikoisalojen syvää osaamista, sydänsairauksista vaativaan saatto- ja geriatriseen hoitoon.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on päivystysasetuksella *'kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 782/2014'* nostanut esiin vaatimuksen hoidon laadusta asettamalla kriteerejä päivystävien sairaaloiden toimintojen määrälle ja miehitykselle. Vaatimuksena on, että päivystävällä sairaalalla on oltava kirurgian, trauma- ja pehmytkudoskirurgian, sisätautien, anestesian, tehohoidon ja synnytyslääkärien päivystys. Näiden lisäksi päivystystoimintoja on myös muilla erikoisaloilla. Väestön keskeisimmistä suurista tautiryhmistä sydänpäivystyksellä on suuri merkitys. Esimerkiksi STEMI-sydänkohtauksen aikaikkuna on kaksi tuntia hälytyksestä kardiologiseen toimenpiteeseen, tavallisimmin pallolaajennukseen ja stenttaukseen. Päivystystoiminnoista on tullut kynnyskysymys yliopistollisten sairaaloiden ulkopuolella ylläpidettävään erikoissairaanhoidon. Lääkärien työehtosopimus rajoittaa päivystyksien määrän kuuteen per kuukausi, mikä tarkoittaa, että päivystävällä erikoisalalla tulisi olla noin kymmenen lääkäriä selvitäkseen vaatimuksesta. Näiden lääkärien tulisi tehdä työtään normaalisti muulloin kuin päivystysaikoina. Potilasmäärät ja toimialueen väestömäärä ovat tuolloin ratkaisevassa asemassa taloudellisesti kannattavalle toiminnalle. Myös pääsy ja etäisyydet päivystäviin sairaaloihin tulisi ottaa huomioon.

## 5. HALLITUKSEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUS

PÄÄMINISTERI JUHA SIPILÄN hallitus on ilmoittanut ohjelmassaan koko sosiaali- ja terveydenhuoltorakenteen uudistuksesta. Uudistus rakentuu kolmelle keskeiselle tukipilarille:

- täydellinen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio yhteneville alueellisille järjestäjätahoille.
- kuntien tehtäviä siirretään uusille itsehallintoalueille (maakunnille).
- integraatiolla halutaan parantaa potilaan asemaa ja hillitä kustannuskehitystä siten, että vuosittaiset kustannukset vähenevät kolmella miljardilla eurolla vuoteen 2030 asti. Vuosittainen kustannusnousu voi siten olla keskimäärin 0,9 %, kun se nyt on ollut keskimäärin noin 2,8 %.

Hallitus päätti myöhemmin, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta vastaa valtio. Alkuvaiheessa alueet eivät saa itsenäistä verotusoikeutta, mutta tätäkin vaihtoehtoa tutkitaan. Hieman myöhemmin päätettiin, että itsehallintoalueiden määräksi tulee 18, ja ne vastaavat käytännössä nykyisiä maakuntiamme. Tämän lisäksi päätettiin, että vain 12 alueella olisi oikeus ylläpitää sairaalassa ympärivuorokautista laajaa päivystystä. Muilla olisi oikeus vain suppeaan päivystykseen.

Hallituksen päätökseen sisältyi myös klausuuli potilaan valinnanvapauden laajentamisesta ja sekä yksityisen että kolmannen sektorin aseman kasvattamisesta palveluntuottajana.

## 6. MIELIPITEITÄ HALLITUKSEN EHDOTUKSESTA

### ERIKOISSAIRAANHOIDON NÄKÖKULMASTA

ITSEHALLINTOALUEIDEN MÄÄRÄ RATKAISEE kuinka koko sosiaali- ja terveydenhuoltosektori pystytään organisoimaan. Nykyisellä kuntien organisoimalla ja vahvasti paikallisella sosiaali- ja perusterveydenhoidon järjestelmällä on suuri merkitys sille, kuinka integraatio muiden kunnan sektoreiden kanssa onnistuu ja kuinka tehokkaita ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat. Erikoissairaanhoidon kustannuksia ja tarvetta voidaan vähentää vain ennaltaehkäisevin ja paikallisin toimin. Erityisen

tärkeää tämä on pitkäaikaissairaille potilaille, jotka käyttävät runsaasti erikoissairaanhoidon palveluja. Ehdotus nykyisten maakuntien toimimisesta pohjana itsehallintoalueille on hyväksyttävää, ellei kunnille voida antaa tehtäviä sosiaalisektorilta.

Ruotsin maakäräjämalli on yksi tutkittava vaihtoehto joidenkin sosiaali- ja perusterveydenhuollon osien suhteen. Järjestelmä on osoittautunut toimivaksi.

Hallituksen ehdotuksella 18 sosiaali- ja terveydenhuolto-alueesta, joista vain 12:lla olisi ympärivuorokautinen päivystys, ei ole minkäänlaista tietopohjaa, eikä sitä voida perustella asiallisesti. Päivystävien ja muiden alueiden välinen suhde tulee hankalaksi. Ehdotuksen perusolettamus - että suuri maksaa vähemmän - on keksitty. Aiheesta saadut vähäiset tutkimustulokset osoittavat, että kustannustehokkaimmissa sairaaloissa vuodepaikkojen määrä olisi 200–300. Suurien sairaaloiden kustannukset ovat suuremmat, mutta laatu on hieman parempaa – ehkäpä siksi, että yliopistoympäristöön lääkäreitä on saatavilla paremmin. Koskapa valtio voi ohjata toimintaa rahoituksella, ja siten myös ohjata eri sairaaloiden välistä työnjakoa, ei ole syytä asettaa eri alueiden sairaaloita eri luokkiin. Pitkien välimatkojen ja potilasturvallisuuden vuoksi Suomi tarvitsee enemmän kuin 12 päivystävää sairaalaa toimintaan, joka määritellään päivystysasetuksessa. Tämän päivän järjestelmällä väestömäärän ja taloudellisen kantokyvyn minimirajan taitaa olla noin 100 000 asukkaassa, jotta päivystys toimisi hyväksytyllä tasolla.

Hallituksen ehdotuksessa kaikistaärkevintä olisi siten se, että 18 maakuntaa vastaisi kaikista sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin tehtävistä.

Kielellisestä perspektiivistä katsottuna uudistus- ja aluejakoehdotus heikentää tilannetta, koska järjestämisvastuu poistettaisiin kunnilta. Jako suuriin alueisiin vähentää kaikissa kunnissa ruotsinkielisten mahdollisuutta osallistua

ja vaikuttaa, lukuun ottamatta Pohjanmaan kuntia, joissa vaikutusmahdollisuudet on turvattu maakuntajaolla. Järjestelmä täytyy rakentaa Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa ja Keski-Pohjanmaalla siten, että näillä alueilla on palvelukeskuksia, joista kaikki palvelut saadaan ruotsin kielellä. Riittävien ruotsinkielisten erityispalvelujen saanti voidaan turvata nyt vain Vaasan keskussairaalassa. Uuden järjestelmän lainsäädännön valmisteluun on sisällytettävä säännöksiä ruotsinkielisestä erikoispalvelusta kaikilla kaksikielisillä alueilla järjestämistä vastuun puitteissa. Potilaan vapaus valita hoitava yksikkö ja ostaa ruotsinkielisiä palveluja voivat helpottaa tilannetta osittain.

Hallituksen uudistusehdotuksen tavoitteet näyttävät olevan taloustilanteeseen pohjautuvia eivätkä perustu todellisiin laskelmiin. Sairaanhoidopiirit ovat tehneet laskelmia ja ennusteita yhdessä Aalto-yliopiston kanssa siitä, kuinka sosiaali- ja terveydenhuoltoa voitaisiin tehostaa ja kuinka suuri säästöpotentiaali kullakin mallilla olisi. Kaikista radikaaleimmat laskelmat osoittavat, että toiminnan kokonaissäästöpotentiaali on 1,5–2,5 miljardia euroa, mutta asumisen ja hoidon muutostarve on niin suuri, ettei muutosta voida toteuttaa hallituksen asettaman aikarajan puitteissa. Ehdotuksessa ei ole myöskään osoitettu investointivaroja muutosten toteutukseen.

Kela, Sitra ja Oulun kaupunki tekivät Oulussa tutkimuksen<sup>3</sup> asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen käytöstä ja näihin liittyvistä kustannuksista, mukaan lukien Kela-korvaukset yksityisistä palveluista ja lääkkeistä. Tutkimus osoitti, että 10 % väestöstä käyttää miltei 80 % resursseista ja kustannuksista. Siksi järjestelmän korjaavat toimenpiteet tulisikin suunnata erityisesti näihin erityisryhmiin paremman

*3 [http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/74944\\_Komssi\\_Monikavaraboitus\\_Peurunka2.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/74944_Komssi_Monikavaraboitus_Peurunka2.pdf)*



tehokkuuden saavuttamiseksi. Asiakkaan valinnanvapauksilla ja mahdollisella hoitoalan kilpailulla on vain marginaalinen vaikutus kokonaiskustannuksiin.

Erikoissairaanhoidon kustannusten pieneneminen voidaan saada aikaan vain ennaltaehkäisevällä työllä ja hoitamalla kroonisia sairauksia perusterveydenhuollossa. Lääketieteellisen tekniikan ja lääkinnän kehitys jatkuu nousevin kustannuksin ja edistyneemmin hoitotuloksin. Väestön vanhetessa ja keskimääräisen eliniän pidentessä toimenpiteitä tarvitaan edelleen, mutta myöhemmässä elämänvaiheessa.

## 7. PÄÄTELMÄT

HALLITUKSEN EHDOTUKSELLE IRROTTAA sosiaali- ja terveydenhuolto kunnilta on suuri vaikutus paikalliseen palveluun ja kuntien muiden sektoreiden ennaltaehkäisevään työhön. Erikoissairaanhoidon säästömahdollisuuksia säätelee se, kuinka hyvin ennaltaehkäisevässä työssä onnistutaan. Ruotsin maakäräjämallia ja integraation tuomia etuja tulee suosia käytettäväksi rakennemallina. Ruotsi on säilyttänyt sosiaali- ja vanhustenhuollon sekä osan perusterveydenhuollosta kunnilla, ja siirtänyt perusterveydenhuollon ”*sairaanhoidon*” ja erikoissairaanhoidon maakuntakäräjien hoidettavaksi. Hoidon valinnanvapaus koskee Ruotsissa perusterveydenhuoltoa eli Suomen terveyskeskusten vastaanotto toimintoja vastaavia tehtäviä, jossa palveluntuottajina voi olla myös yksityisiä toimijoita. Rahoitus saadaan maakäräjien kautta.

Aluejaolla ja kuntien jättämisellä ulkopuolelle voi olla tuhoavia vaikutuksia kaksikieliselle palvelulle. Potilaan vapaus valita hoitava yksikkö ja mahdollisuus ostaa palveluita kielellisin perustein turvaavat palvelujen saannin. Tästä on sisällytettävä säännöksiä lakiehdotukseen.

Taloudelliset tavoitteet ovat ylimitoitettuja, eikä säästöpotentiaalia saavuteta vain rakenteita uudistamalla. Säästötoimet koettelevat myös sosioekonomisesti heikimpiä ryhmiä, koska taloudellinen apu ja tuki vähenevät. Potilaan vapaudella valita hoitava yksikkö ei ole sen suurempaa taloudellista merkitystä, mutta se voi parantaa palvelujen saatavuutta.

Väestön ikääntymisen, kysynnän lisääntymisen ja uusien, kalliiden hoitomahdollisuuksien johdosta erikoissairaanhoidon kustannukset eivät laske mainittavasti. Kansainvälisesti katsottuna suomalainen sairaanhoito on tehokasta ja edullista. Samojen hoitomenetelmien, laitteiden ja lääkkeiden käyttö ei voi olla selvästi edullisempaa Suomessa kuin muissa maissa.



# KOKEMUKSET RUOTSIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSISTA JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSUUDISTUKSESSA

MATS BROMMELS

## I. ALUKSI

SUOMEN JA RUOTSIN hyvinvointijärjestelmät nojaavat samoihin periaatteisiin, mutta niillä on selkeitä rakenteellisia eroja. Tärkeimmät niistä ovat Ruotsin kolmiportainen julkinen hallinto ja maakäräjälaitoksen (alueellisen itsehallintoyksikön) vastuu terveyspalvelujen järjestämisestä. Sen seurauksena Ruotsissa ei ole yhtä kansallista terveydenhuoltojärjestelmää vaan 21 erilaista terveydenhuollon järjestämismallia. Ruotsin maakäräjien piirissä on seurattu kansainvälistä kehitystä ja kokeiltu ulkomailta saatuja esimerkkejä etenkin 1990-luvun alusta alkaen. Ruotsissa on näin ollen toteutettu runsaasti organisaatiota koskevia, toiminnallisia ja sisäisiä rahoitustapoja koskevia muutoksia. Niistä saatuja kokemuksia tarkastellaan tässä katsauksessa. Suomen ja Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistavoissa olevista eroista johtuen niiden soveltaminen sellaisenaan Suomessa ei luonnollisestikaan ole mahdollista.

Katsaus jakaantuu neljään osaan. Ensin kuvaan lyhyesti Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisperiaatteet ja erot Suomen järjestelmään. Sen jälkeen esittelen Suomen kannalta mielenkiintoiset uudistukset ja kokeilut. Kolmanneksi esitän yhteenvedon ajankohtaisesta keskustelusta hyvinvointipalvelujen rahoituksesta tulevaisuudessa. Päätteeksi pohdin

Ruotsista saatujen havaintojen hyödyntämismahdollisuuksia suomalaisessa keskustelussa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta ja rahoitusmalleista.

Lähteinä käytän tutkimusraportteja ja selvityksiä sekä havaintoja oman tutkimusryhmäni osin julkaisemattomien hankkeiden tuloksista. Lähdeviitteitä en esitä, mutta olen koonnut lähdeluettelon katsauksen liitteeksi. Omat tutkimustuloksemme esitän erillään muusta kirjallisuudesta.

## 2. RUOTSIN JÄRJESTELMÄT

HYVINVOINTIPALVELUIHIN LASKETAAN RUOTSISSA opetus- toimii, terveydenhuolto ja sosiaalihuolto (*skola, vård och omsorg*). Hyvinvointipalvelujen rahoitukseen osallistuu neljä viranomaistahoja. Maakäräjät vastaavat terveydenhuollosta ja kunnat sosiaalipalveluista, vanhustenhuollosta, vammaispalveluista ja asumispalveluista. Maakäräjillä ja kunnilla on verotusoikeus ja ne pääosin rahoittavat vastuullaan olevan toiminnan. Valtion tuki (n. 10 % kokonaiskustannuksista) suunnataan erityisrahoitukseen: *satsauksiin*, joiden avulla pyritään kehittämään palvelujärjestelmää (esimerkkejä: hoidon saatavuuden parantaminen, mielenterveyspalvelujen kehittäminen). Kansaneläkelaitosta vastaava *Försäkringskassan* hallinnoi valtion rahoittamia sosiaalivakuutusetuksia (sairauspäiväraha, *sairauseläke*, vanhempainraha, vammaisen etuudet ja korvaukset, hammas- huolto sekä työkykyä tukeva kuntoutus<sup>1</sup> – *arbetslivsinriktad rehabilitering*). Työvoimaviranomainen osallistuu työkykyä koskevan kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Mainittakoon, että matkakustannusten korvauksista (*färdtjänst*) päättää kunta kansallisen lainsäädännön perusteella. Työterveyshuollolta poistettiin valtionosuus 1990-luvulla.

<sup>1</sup> Lääkinnällinen kuntoutus on maakäräjien vastuulla.

Myös lääkekorvausjärjestelmä uudistettiin 1990-luvulla. Valtiollinen hintalautakunta (*Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden*) päättää ne lääkkeet, jotka kuuluvat kansalaisten *lääke-etuuden* piiriin ja vahvistaa niiden hinnat. *Lääke-etuus* tarkoittaa, että kansalainen maksaa apteekeista toimitetuista reseptilääkkeistä korkeintaan 2 200 kr (vuonna 2014) vuoden aikana. Kyseisen rajan ylittävät kustannukset maksaa maakäräjät.

Vain lasten ja nuorten hammashuolto on maakäräjien vastuulla. Aikuishammashuolto rahoitetaan asiakasmaksuilla, mutta valtion hammashuoltovakuutus korvaa tietyn kustannuskynnyksen ylittävät maksut vuoden aikana (*högkostnadsskydd*).

Merkittävimmät erot Suomeen nähden on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun jakautuminen alueellisten maakäräjien ja paikallisten kuntien kesken, yksikanavainen omien verotulojen käyttöön perustuva palvelujen rahoitus ja valtion vaatimaton rooli rahoituksessa. Valtio on nykyisen hallituksen aikana ryhtynyt käyttämään valtionapuinstrumenttia lisääntyvässä määrin taloudellisena kannustimena terveyspoliittisten tavoitteittensa tueksi.

### 3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSET JA KOKEILUT RUOTSISSA

#### 3.1. TILAAJA-TUOTTAJAMALLIT

1980-LUVULLA VAHVISTUNUT 'New Public Management' -liike herätti Ruotsissa suurta kiinnostusta. 1990-luvulla noin puolet maakäräjistä (kattaen 75 % väestöstä) erottivat organisaationsa sisällä tilaamisen tuottamisesta. Samalla *sopimusohjaus* ja suoriteperusteinen rahoitus korvasi kiinteät määrärahat toimintayksiköiden rahoitusmuotona. Hyvin yleisesti siirryttiin rahoittamaan sairaaloiden vuodeosastotoimintaa kiinteällä

hoitajaksokohtaisella rahoitusosuudella (perustuen diagnoosiin ja hoitotoimenpiteisiin, ns. DRG-järjestelmä). Poliklinikka-toiminnassa otettiin käyttöön toimenpidepalkkiotyypinen rahoitus. Toiminnan ulkoistusta tapahtui vain rajatuilla alueilla, usein niin että maakäräjien henkilökunnalle annettiin mahdollisuus siirtyä yksityisyrittäjäksi, säilyttäen mahdollisuuden palata työntekijäksi. Esimerkkeinä ovat äitiysneuvolat ja erikoislääkäreiden vastaanotot. Vasta vuonna 1998 tapahtui merkittävä yksityistäminen, kun Tukholman läänin maakäräjät myi S:t Görans sjukhusin Capio-konsernille.

Omat tutkimuksemme osoittivat että *tilaajaidentiteetti* ja osaamisen kehittyminen maakäräjien virkamiesten keskuudessa tapahtui hitaasti (*loiva oppimiskäyrä*). Usein valitettiin, että maakäräjien omistamien tuottajien ohjaaminen sopimuksin oli vaikeaa, koska vetoaminen poliitikko-omistajiin oli yleistä. Vain yksityisten tuottajien kanssa solmitut sopimukset olivat (yksityis)oikeudellisesti sitovia. Kunnat käyttivät maakäräjiä aktiivisemmin mahdollisuuksia ulkoistaa ja kilpailuttaa sosiaalipalveluja ja vanhusten hoivapalveluja.

### 3.2. PALVELUNTUOTTAJIEN KILPAILUTUS

SEKÄ MAAKÄRÄJIEN ETTÄ kuntien palvelujen hankkiminen kilpailuttamalla on yleistynyt 2000-luvulla. Tällaisia palveluja ovat mm. geriatrinen avo- ja laitoshoido (maakäräjät) ja vanhusten tuetut asumismuodot (*särskilt boende*) (kunnat). Yksityinen palveluntuotanto on näillä toiminta-alueilla (kuten Suomessa) keskittynyt isohkojen kansallisten ja kansainvälisten yritysten hoidettavaksi. Suurin yksityinen toimija on hammaslääkäreiden ja lääkäreiden omistama Praktikertjänst, joka osakeomistusta koskevien rajoitusten vuoksi on lähinnä verrattavissa osuuskuntaan. Muut isot yritykset ovat pääomasijoittajien omistuksessa.

Kilpailutuksiin sovelletaan julkisia hankintoja koskevaa lakia (*Lag om offentlig upphandling, LOU*). Se perustuu EU-direktiiviin ja on siten samansisältöinen kuin Suomen hankintalaki. Kokemukset ovat myös pitkälle samat kuin Suomessa. Tosin Suomen kaltaisia *raamisopimuksia* (jotka sisältävät tilaajan option tarpeen mukaan tilata palveluja tarjouksessa ilmoitettuun hintaan ilman takeita tuottajalle) ei Ruotsissa ole solmittu hankintamenettelyinä.

### 3.3. VALINNANVAPAU SJÄRJESTELMÄ JA “RAHA SEURAA POTILASTA”

#### 3.3.1. VALINNANVAPAU SJÄRJESTELMÄT

KAHDEKSASSA MAAKÄRÄJÄORGANISAATIOSSA TOTEUTETTIIN vuosina 2007–2009 kansalaisten vapaa perusterveydenhuollon tuottajan valinta siten, että *raha seurasi potilasta*. Maakäräjät rahoittivat tuottajia listattujen potilaiden määrään sidotulla *kapitaatiokorvauksella* sekä käynti- ja toimenpidekohtaisilla rahoitusosuuksilla. Ensimmäisten joukossa oli Hallannin, Västmanlandin ja Tukholman läänien maakäräjät.

Vuonna 2009 astui voimaan valinnanvapausjärjestelmiä koskeva laki (*Lag om valfribetssystem, LOV*), joka sääti valinnanvapausjärjestelmät pakollisiksi perusterveydenhuollossa vuoden 2010 alusta ja määritteli valinnanvapausjärjestelmien käyttöperiaatteet (hallintomenettelyn) muussa julkisessa palvelutoiminnassa. Palvelujen hankinta valinnanvapausjärjestelmää käyttäen on lain mukaan vaihtoehto hankinnalle, joka tapahtuu hankintalakia (*LOU*) soveltamalla.

Valinnanvapausjärjestelmien ydin on, että terveystalvemarkkinat ovat avoinna kaikille palvelujen tuottajille, jotka



saavat maakäräjiltä tai kunnilta auktorisoinnin. Auktorisointimenettelyn avulla varmistetaan että tuottajalla on riittävät ammatilliset ja taloudelliset edellytykset tuottaa palveluja laatu- ja turvallisuuskriteereitä noudattaen. Kansalaiset saavat vapaasti valita palvelun tuottajan auktorisoitujen joukosta. Palveluista kansalainen suorittaa maakäräjien tai kunnan määräämän asiakasmaksun, joka on riippumaton tuottajasta. Tuottajilta on lisäpalvelujen myynti asiakkaille kiellettyä. Tuottajat saavat palveluista tilaajalta saman maksun riippumatta siitä, onko tuottaja julkinen, yksityinen tai kolmatta sektoria edustava. Toiminnan järjestäjä ja rahoittaja säätelee markkinoita (hyväksyy markkinoille pääsyn ja määrittelee taloudelliset korvaukset tuottajille) ja tuottajat kilpailevat laadulla. Mainittakoon, että kansalainen voi valita palvelujen tuottajan vain maakäräjien tai kunnan alueella toimivien auktorisoitujen tuottajien keskuudesta.

Perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmästä on nyt kuuden vuoden kokemus, ja eri maakäräjien sovelluksista on laadittu useita arviointeja. Kansallisia vertailuja on tehty sekä SKL:n että valtion toimesta (*Myndigheten för vårdanalys*). Oman tutkimusryhmäni terveystaloustieteilijät ovat seuranneet Tukholman valinnanvapausjärjestelmää koko sen olemassaolon aikana. Esitän alla perusterveydenhuollon eri järjestelmien ominaisuuksia, etenkin rahoitusmalleja, ja saatuja kokemuksia arviointiraportteihin tukeutuen.

Valinnanvapausjärjestelmien käyttö muilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla kuin perusterveydenhuollossa on vapaaehtoista. Vain suurimmat maakäräjät ovat perustaneet valinnanvapausjärjestelmiä erikoissairaanhoidossa. Tukholman läänin maakäräjät on kaikkein suunnitelmallisimmin siirtänyt erikoissairaanhoidon palveluja valinnanvapauden piiriin.

### 3.3.2. PERUSTERVEYDENHUOLTO

PERUSTERVEYDENHUOLLON TEHTÄVÄT eli toimeksianto vaihtelee eli maakäräjien alueilla. Toiminnan ytimen muodostaa yleislääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanottotoiminta. Äitiys- ja lastenneuvolat sisältyvät toimeksiantoon joillakin maakäräjäalueilla, mutta monilla alueilla toiminta määriteltiin lisätehtäväksi tai se oli oman valinnanvapausjärjestelmän piirissä. Sama koskee (fysio- ja toimintaterapeuttien toteuttamaa) lääketieteellistä kuntoutustoimintaa ja jalkojenhoitoa. Esimerkiksi Tukholmassa kaikki mainitut ydinpalveluiden ulkopuoliset palvelut kuuluvat omiin valinnanvapausjärjestelmiinsä. Kotisairaanhoito on periaatteessa osa perusterveydenhuoltoa, mutta varsin yleistä on, että toiminnan järjestämisestä vastaa sopimus pohjaisesti peruskunta (usein kuuluen kunnan sosiaalitoimen valinnanvapausjärjestelmän piiriin).

Myös rahoitusmallit eroavat toisistaan. Kaikki maakäräjät käyttävät rahoitustapojen kombinaatiota. Kiinteä rahoitusosuus perustuu listattujen potilaiden lukumäärään ja muuttuva rahoitusosuus suoritetaan potilaskäyntien tai toimenpiteiden mukaan. Lisäksi kaikki maakäräjät yhtä lukuun ottamatta suorittavat tulosperusteisen rahoitusosuuden, joka määräytyy laatuindikaattorien ja tehokkuuden (lähinnä tuottavuuden) pohjalta.

Kaikkien maakäräjien alueella *kapitaatorahoituksessa* otetaan huomioon listattujen potilaiden ikä ja puolessa myös ja sairastavuus ja alueen sosioekonominen luonne. Yleinen sairastavuuden mitta on diagnoosi ns. ACG-luokitukseen perustuen<sup>2</sup>. Sosioekonomista luonnetta kvantifioidaan CNI-

<sup>2</sup> *Ambulatory Care Groups (ACG) –järjestelmä laskee ryhmiensä hoitoisuustasteen (paimoarvona) potilaan diagnoosien lukumäärän ja kombinaatioiden perusteella.*

indeksillä<sup>3</sup>. Palvelujen peittävyys otetaan myös huomioon (*uskottomien* listattujen potilaiden käynnit muualla vähentävät rahoitusta).

Yleisin muuttuva rahoitusosuus on käyntikohtainen maksu, usein työntekijäryhmäkohtaisesti. Joillakin maakäräjä-alueilla tuottajat saavat vain potilaan suorittaman maksun, joka on sama palvelujen tuottajasta riippumatta. Toimenpiteet joista maksetaan erikseen, ovat esim. kotikäynnit, vaativa hoidon suunnittelu ja kuntoutustoimenpiteet.

Tulosperusteiset rahoitusosuudet liittyvät antibioottien rationaaliseen käyttöön, hoitosuositusten noudattamiseen, palvelujen saatavuuteen, ehkäisevän toiminnan laajuuteen, laaturekistereihin ilmoittamiseen ja potilastyytyväisyyteen. Tulosperusteisen rahoituksen osuus on tyypillisesti 2-5 % kokonaisrahoituksesta.

Tukholmassa kiinteän rahoituksen osuus on 40 % ja muuttuvan, lähinnä käyntikohtaisen ja tulosperusteisen rahoituksen osuus 60 %. Muiden maakäräjien alueilla kiinteän rahoituksen osuus on selvästi korkeampi, 70-80 %.

*Myndigheten för vårdanalys* julkaisi vuonna 2013 koko maata koskevan arvioinnin perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmän vaikutuksista. Siinä todetaan, ettei paljon palveluja tarvitsevien potilasryhmien *syrjimistä* ollut havaittavissa, vaikka koko väestön palvelujen käyttö lisääntyi, myös ensimmäitun ryhmän palvelujen käyttö kasvoi, joskin vähemmän kuin väestön keskimäärin. Kotikäynnit tämän ryhmän potilaiden luona olivat myös lisääntyneet. Palvelujen (potilaskäyntien) saatavuus on ratkaisevasti parantunut. Väestöstä 75 % ilmoitti olevansa tyytyväinen mahdollisuuteen valita palvelujen tuottaja. Järjes-

*3 Care Need Index (CNI) ilmaisee väestön terveysongelmien sosioekonomisista tekijöistä riippuvan riskin (tekijät ovat työttömyys, alle viisivuotiaiden lasten lukumäärä, EU:n ulkopuolella syntyneiden osuus, yksinhuoltajien määrä, yksinasuvien vanhusten määrä, muuttovirta ja väestön alhainen koulutustaso).*

telmällisiä eroja julkisten ja yksityisten palvelujen tuottajien välillä ei ollut. Poikkeuksena olivat uudet yksityiset tuottajat; niillä oli jonkun verran keskiarvoa vähemmän listattuna potilaita, joilla on suuri palvelujen tarve.

Tukholmassa julkaistiin loppuvuodesta 2013 laaja terveystaloustieteellinen arviointi, joka kattoi perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmän viisi ensimmäistä vuotta. Tulokset olivat seuraavat:

Tuotanto on lisääntynyt – koskee erityisesti lääkäriissäkäyntejä – ja palvelujen saatavuus on parantunut. Useampi kansalainen on käyttänyt palveluja ja käyntien lukumäärä henkilöä kohti on myös kasvanut. *Syrjäyttämisaikutusta* tai potilaiden ohjaamista muualle hoitoon ei ole tapahtunut. Päinvastoin on perusterveydenhuollon osuus polikliinisista palveluista lisääntynyt erikoissairaanhoidon kustannuksella. Tuotannon lisääntymisestä huolimatta kustannukset eivät ole kasvaneet, vaan kustannusraami on pysynyt muuttumattomana. Tuotavuus kasvoi voimakkaimmin seurantajakson alussa, mutta on kehittynyt suotuisasti koko jakson aikana. Tuotavuus on korkea erityisesti niissä yksiköissä, jotka ilmoittavat runsaasti käyntejä listattua potilasta kohti. Suuri lääkäriissäkäyntien osuus kaikista käynneistä vaikuttaa negatiivisesti tuottavuuteen. Sen sijaan potilastyytyväisyys ei ole muuttunut seuranta-aikana. Terveyskeskuksissa, joiden listattujen potilaiden ikä on keskiarvoa korkeampi ja lääkäriissäkäyntien osuus keskiarvoa suurempi, potilaat olivat muita tyytyväisempiä.

Palvelujen tuottajien määrä on kasvanut ja *tuotantorakenne* monipuolistunut. Etenkin uusia yksityisiä terveystalouksia on perustettu ja maakäräjien omistamien yksiköiden määrä on vähentynyt. Yksityisten tuottajien markkinaosuus on tätä nykyä 60 %. Uudet yritykset ovat syntyneet niin Tukholman keskustassa kun reuna-alueilla. Etenkin alueille joilla palvelujen saatavuus on ollut huono (mm. maahanmuuttajien suosimilla

alueilla) on tullut uusia yrittäjiä. Valinnan mahdollisuudet ja kilpailu ovat lisääntyneet, mutta omistus ei ole seuranta-aika keskittynyt.

Terveiden tasa-arvo ei ole kehittynyt epäsuotuisasti. Kaikkien väestöryhmien palvelujen käyttö on lisääntynyt mitään ryhmää syrjimättä. Käyntien lukumäärien ja rahoituksen erot sosioekonomisten alueiden välillä ovat pienet. Tosin hyvätuloiset ovat lisänneet palvelujen käyttöä huonotuloisia enemmän. Sen sijaan korkeasti koulutettujen palvelujen käyttö ei ole kasvanut vähemmän koulutettuja enemmän.

### 3.3.3. SOSIAALIPALVELUT

RUOTSIN VALTION SELVITYSMIES on hiljattain julkaissut laajan kartoituksen ja arvioinnin valinnanvapausjärjestelmien käytöstä sosiaalipalvelujen piirissä. Käyttö on, kuten edellä totesin, vapaaehtoista. Ennen uudistusta noin 40 kuntaa tarjosi asukkailleen eräiden kunnan kustantamien sosiaalipalvelujen kohdalla mahdollisuuden valita palvelujen tuottaja. Lokakuussa 2013 181 maan 290 kunnasta oli ottanut käyttöön valinnanvapausjärjestelmiä.

Tavallisin valinnanvapauden piiriin kuuluva palvelu on kotipalvelu, siten että palveluun useimmiten myös kuuluu turvapuhelin ja hoivapalveluja. Muut useissa kunnissa valinnanvapauden kuuluvat ovat vammaisten tukipalvelut, saattajapalvelu, tuettu palveluasuminen, vanhusten päivätoiminta ja perheneuvonta. Tukholmassa ja neljässä ympäröivässä kunnassa ylläpidettiin vähintään viisi valinnanvapausjärjestelmää sosiaalitoimen alueella.

Valinnanvapausjärjestelmien puitteissa palveluja tuottavien yritysten määrä on kasvanut nopeasti. Heinäkuussa 2013 niiden lukumäärä oli 846. Niistä 590 oli osakeyhtiöitä, 116

ammattinharjoittajaa, 86 muita yhtiöitä, 22 järjestöä, sekä 14 säätiötä. Suurin osa eli 562 tuottivat vain kotipalveluja. Yhteensä 598 tuottajalla oli toimintaa vain yhdessä kunnassa, 77 oli auktorisoitu neljässä tai useammassa kunnassa. Suurin osa tuottajista on pieniä ja paikallisesti toimivia. Suurempaa tuottajien moninaisuutta koskeva tavoite on siis saavutettu.

Sosiaalihuollon vuonna 2012 suoritetun tutkimuksen mukaan voittoa tavoittelevien ja tavoittelemattomien palveluasumisen tuottajien välillä ei ole merkittäviä toiminnallisia tai palvelujen laatuun liittyviä eroja. Kotipalveluissa voittoa tavoittelemattomilla tuottajilla oli vähemmän työntekijöitä esimiestä kohti ja enemmän kokopäiväistä henkilökuntaa sekä suurempi koulutettujen työntekijöiden osuus.

Hyvin usein sosiaalipalvelujen tuottaja on *profloituunut*, esimerkiksi tarjoten palveluja asiakkaan äidinkielellä tai erikoistuen asiakasryhmiin kuten dementia- tai afasiapotilaisiin. Sosiaalipalvelujen tuottajilla on myös oikeus tarjota maksullisia lisäpalveluja; eräs esimerkki on lumen luonti.

Selvitysmies suoritti suunnatun asiakaskyselyn viidessä kunnassa sekä tutustui Sosiaalihuollon ja Valtiokonttorin vastaaviin selvityksiin. Vajaat 50 % vastanneista oli tehnyt aktiivisen valinnan ja antoivat arvoa valinnan mahdollisuudelle. Asiakastyytyväisyys oli korkeampi kunnissa, jotka tarjoavat valinnan mahdollisuutta. Sen sijaan järjestelmällisiä eroja palvelujen laadussa ei ole voitu osoittaa. Selvitysmies analysoi kustannuksia ja tehokkuutta vertaillen valinnan vapautta tarjoavia kuntia kuntiin, jotka eivät olleet ottaneet käyttöön valinnanvapausjärjestelmiä. Kustannukset asiakasta kohti olivat samalla tasolla kummassakin kuntaryhmässä vuonna 2008. Vuonna 2012 valinnanvapautta tarjoavien kuntien kustannukset olivat vertailukuntia merkitsevästi alhaisemmat. Koska selvitysmiehen käyttämä asiakastyytyväisyysindeksi oli jonkun verran korkeampi valinnanvapautta tarjoamattomissa kunnissa,

tehokkuudessa (asiakastyytyväisyys/kustannus asukasta kohti) ei voitu osoittaa eroa kuntaryhmien välillä.

Selvitysmies analysoi myös voittoa tavoittelevia yrityksiä kahdessa kunnassa. Yritysten toimintakate oli vuosina 2008-2012 keskimäärin 6 % (painotettu keskiarvo). Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimivien yksityisten yritysten toimintakate oli samalla ajanjaksolla 10 %. Tilastollista riippuvuutta asiakastyytyväisyyden ja omistajien voitto-osuuksien tai sisäisen siirtohinnoittelun välillä ei voitu osoittaa.

Ruotsi on sosiaali- ja terveydenhuollon integraation osalta Suomea jäljessä. Paradoksaalista kyllä, palvelujen yhteensovittaminen vaikeutui 1990-luvulla kun vastuu vanhustenhuollosta ja vammaisten hoito- ja hoivapalveluista siirrettiin maakäräjiltä peruskuntien vastuulle. Myös Ruotsissa saumattomien palveluketjujen aikaansaaminen varsinkin monisairaiden vanhusten hoidossa on tärkeä tavoite.

#### 4. AJANKOHTAINEN KESKUSTELU SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN RAHOITUKSESTA

RIIPPUMATTOMAN *Studieförbundet näringsliv och sambälle (SNS)* -ajatushautomon ns. Suhdanneneuvosto on alkuvuodesta 2014 julkaissut pohdinnan hyvinvointipalvelujen rahoituksesta tulevaisuudessa. Hyvinvointivaltion perustan muodostavat hyvinvointipalvelujen lisäksi sosiaalivakuutukset ja tulonsiirtojärjestelmät, joita tulisi tarkastella kokonaisuutena. Keskeisinä periaatteina ovat tarpeisiin perustuva ja kattava palvelujen saatavuus kaikille sekä niiden julkinen rahoitus.

Hyvinvointipalvelut luovat turvallisuutta, mutta ovat tärkeitä myös taloudellisen kasvun mahdollistajina. Lisäksi hyvinvointisektori on kasvava toimiala, suuri työllistäjä ja potentiaalisesti innovaatioiden lähde. Hyvinvointipalveluihin

liittyy kuitenkin kolme dilemmaa. Niiden tuottaminen muodostuu jatkuvasti suhteellisesti kalliimmaksi, koska palvelujen tuottavuutta on vaikeampi kohottaa kuin automatisoitavassa olevassa teollisessa tuotannossa (Baumolin tauti). Palvelujen kysyntä kasvaa elintason noustessa (Wagnerin laki). Hyvinvointipalveluja luonnehtii ns. positiivinen hintajousto – mikä aiheuttaa kasvavaa painetta priorisoida tai säännöstellä palveluja. Demograafinen kehitys johtaa heikentyvään huoltosuhteeseen – seikka, mihin myös Suomessa kiinnitetään paljon huomiota.

Suhdanneneuvosto katsoo, että demograafiseen haasteeseen on pääosin vastattu Ruotsin eläkeuudistuksen ansiosta. Hyvinvointipalvelujen nykymuotoinen ylläpitäminen on neuvoston mielestä mahdollista, mutta vaatii järjestelmän muutoksia.

Tehottomia keinoja ratkaista rahoitusongelmaa on vältettävä. Taloudellinen kasvu ei automaattisesti tuo helpotusta. Verotuksen kiristäminen voi haitata kansantaloutta ja heikentää järjestelmän legitimitettä. Radikaali hyvinvointipalvelujen tai niiden rahoituksen leikkaaminen voi uhata järjestelmän perustaa eli universaalisuusperiaatetta (kattava kaikille kuuluva perusturva).

Suhdanneneuvoston suositukset koskevat toiminnan tehostamista, järjestelmän vakuutuspiirteiden vahvistamista sekä asiakasmaksujen ohjausvaikutusten tarkentamista. Tärkein tehostamiskeino on palvelujen tuottajien *baastaminen*. Termillä (englanniksi *contest*) tarkoitetaan että sekä julkisten että mahdollisten yksityisten toimijoiden tehokkuutta tulee tarkistaa kuten hyvin toimivilla markkinoilla. Se tapahtuu avoimella ja järjestelmällisellä toiminnan arvioinnilla. Julkinen rahoittaja määrittelee ja julkaisee toimeksiannot, tulostavoitteet sekä arviointikriteerit (ennen mahdollista hankintamenettelyä) ja kaikkia palveluja arvioidaan jälkikäteen. Arviointia käytetään myös avoimeen tuottajien vertailuun, ja tehokkaimpien toimintakäytäntöjen levittämistä edistetään.



Asiakasmaksujen korottamisella ei hyvinvointipalvelujen rahoitusta voida ratkaisevasti lisätä. Maksuilla on kuitenkin palvelujen käyttöä ohjaava vaikutus. Julkisen rahoittajan tulisi päättää asiakasmaksuista noudattaen periaatteita jotka kannustavat kansalaisia terveyden edistämiseen, omahoitoon ja avohoitopalvelujen käyttämiseen (laitospalvelujen sijasta).

## 5. HYÖDYNTÄMISMAHDOLLISUUDET SUOMESSA

### 5.1. RUOTSIN TULKINTA EU-OIKEUDESTA

VALINNANVAPAU SJÄRJESTELMIEN KÄYTTÖÄ SOSIAALIPALVELUJEN piirissä tutkinut valtion selvitysmies analysoi työnsä lähtökohdina olevia valinnanvapausjärjestelmien oikeudellisia perusteita. Hän totesi, että valinnanvapausjärjestelmistä säättävä laki (*Lag om valfribetssystem, 2008:962, LOV*) koskee hallintomenettelyä, jota julkisen viranomaisen tulee noudattaa hankkiessaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Valinnanvapausjärjestelmä on näiden palveluiden osalta *vaihtoehdo* hankinnalle, joka tapahtuu julkisia hankintoja koskevaa lakia (*Lag om offentlig upphandling, 2007:1091, LOU*) soveltaen.

Hankintayksikkönä toimiva viranomainen tiedottaa valinnanvapausjärjestelmästä kansallisessa tietokannassa. Tuottaja joka haluaa toimia valinnanvapausjärjestelmän piirissä voi koska tahansa anoa pääsystä tuottajaksi. Hyväksyminen (Tukholmassa käytetään termiä auktorisointi) edellyttää järjestelmää esittelevässä tiedotteessa määriteltyjen kriteerien täyttämistä. Hyväksymisen jälkeen hankintayksikkö laatii tuottajan kanssa sopimuksen. Tuottajien lukumäärää ei saa rajoittaa. Kansalainen voi vapaasti valita minkä hyväksytyt palvelujen tuottajan puoleen hän kääntyy. Hankintayksikön ja tuottajan välinen sopimus varmistaa, että käyttäjä saa tuottajalta ne palvelut joihin hän on

säädösten mukaan oikeutettu. LOV ei siten rajoita maakäräjien tai kunnan velvollisuuksia järjestää laissa säädettyjä palveluja tai kansalaisen lainmukaisia oikeuksia.

Maakäräjät ja kunnat hankintayksikköinä ovat veloitettuja noudattamaan toiminnassaan EU-oikeutta, ts. EU:n sisämarkkinoita koskevia kilpailurajoituksia kieltäviä sääntöjä ja EU-oikeuden päätöksiä valtionavustuksista. Sosiaali- ja terveystalouden hankintaan sovelletaan ns. *klassista* hankintadirektiiviä, jonka määräykset sisältyvät hankintalakiin (LOU).

Palvelujenkäytösopimusta koskeva direktiivi hyväksyttiin helmikuussa 2014. Direktiivin määräämät menettelytavat *palvelukonsessioita* jaettaessa vastaavat hyvin pitkälle nykyistä Ruotsin valinnanvapausjärjestelmiä koskevaa lakia (LOV). Ruotsi voi siten jatkaa nykyistä hallintokäytäntöään, jonka mukaan julkisesta rahoitettuja sosiaali- ja terveystalouden palveluja voidaan hankkia kahden rinnakkaisen järjestelmän mukaisesti: soveltamalla hankintalakia (LOU) tai käyttämällä valinnanvapausjärjestelmää (LOV).

## 5.2. TILAAJAN JA TUOTTAJAN HALLINNOLLINEN EROTTAMINEN

RUOTSISSA ON YLI 20 vuoden kokemus tilaaja-tuottaja-järjestelmästä. Se kehittyi maakäräjien tai kuntien *sisäisten markkinoiden* ohjausjärjestelmästä tavaksi luoda aitoa kilpailua omassa omistuksessa olevien ja yksityisten (mukaan lukien kolmas sektori) välillä. Vasta siirtyminen *sekatalousjärjestelmään* hioi tilaamisesta ja sopimusohjauksesta tehokkaan keinon asettaa tuottajat tulosvastuuseen, etenkin laatutavoitteiden saavuttamisesta. Viimeksi mainittu tapahtuu taloudellisten palkintojen tai sanktioiden muodossa. Tilaajaosaamisen kehittyminen vaatii keskittymistä tilaamiseen ja sen keinojen

kehittämiseen. Tänä päivänä tilaaja on etenkin maakäräjien ja suurimpien kuntien sisällä täysin eriytynyt toiminta, minkä maakäräjissä edesauttaa se, että terveyspalvelujen rahoituksen allokoinnista päättää maakäräjävaltuuston lautakunta (*bälso- och sjukvårdsnämnden*), ei maakäräjähallitus. Tuottajat ovat varsin itsenäisiä organisaatioyksiköitä, joilla on omat hallitukset tai jotka ovat kunnallisia osakeyhtiöitä.

JOHTOPÄÄTÖS ON, ETTÄ vahva tilaaja, jolla on käytössään osaa- mista ja monipuolisia ohjauskeinoja, ei voi olla sidoksissa palvelujen tuotantoon. Tämä vaatimus korostuu, mikäli hankitaan palveluja myös yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tähän pakottaa kilpailuneutraliteetin vaatimus, mutta myös se tosiseikka että julkinen rahoittaja myös Suomessa *hallitsee markkinoita*, ja terveyden tasa-arvoa ja muiden terveystaloudellisten tavoitteiden vartijana on velvollinen toimimaan markkinoiden *säätelijänä*. Tehtävään kuuluu siitä päättäminen, millä ehdoilla toimijoilla on pääsy markkinoille, ja minkälaisin ehdoin julkisesti rahoitettuja palveluja tuotetaan (merkittäväksi tehtäväksi muodostuu rahoitusmuotojen kehittäminen, jota kommentoin jäljempänä). Suomessa joudutaan ratkaisemaan vastuun- ja työnjako vahvan tilaajan roolin saaneiden sote-alueiden ja lupa- ja valvontaviranomaisten välillä.

TÄSSÄ YHTEYDESSÄ KOMMENTOIN myös maakäräjien (ja omalta osaltaan kuntien) asemaa terveyspalvelujen rahoittajana. Koska maakäräjien rahoitusosuus (mukaanlukien asiakasmaksutulot) on 90 %, Ruotsissa vallitsee *yksikanavarahoitus*. Suomen kaltaista sairausvakuutusta ei ole (ks. edellä), ja täysin yksityiset terveystaloudet ovat häviävän pienet. Yksityiset toimijat tuottavat käytännössä vain palveluja, joita maakäräjät rahoittavat. Maakäräjät käyttävät kumpaakin vaihtoehtoista tapaa suorittaa julkisia hankintoja – joko valiten tuottajaa tarjouspyyntöjen perusteella (soveltaen hankintalain menettelytapoja) tai valinnanvapausjärjestelmiä perustaen. Jälkimmäisessä

tapauksessa taloudelliset ehdot ovat kaikille auktorisoiduille tuottajille samat, ja ne kilpailevat keskenään laadulla.

KOSKA JULKISTEN SOSIAALI- ja terveyspalvelujen osuus Suomessa on noin 80 %, tulevien sote-alueiden asema on myös tosiasiallisesti hyvin vahva, enkä näe esteitä sille, etteikö sote-alue voisi käyttää tilaajana samoja keinoja kuin Ruotsissa.

### 5.3. ”RAHA SEURAA POTILASTA”

SUOMEN KANNALTA MIELENKIINTOISIMMAT kokemukset Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon kokeiluista ja uudistuksista liittyvät valinnanvapausjärjestelmiin. Suomessa niitä vastaavista palveluseteleistä on toistaiseksi vain rajallisesti kokemusta, varsinkin kun palveluseteleitä on käytetty lähinnä julkisia täydentäviä palveluja tarjoavien tuottajien houkuttelemiseksi etabloitumaan tai keinona alentaa kunnan kustannuksia.

Valinnanvapausjärjestelmä käytöstä perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalvelujen piirissä on jo monen vuoden kokemus, ja toiminnasta on valmistunut useita, myös tieteellisiä, arviointiraportteja. Yleinen havainto on, että uusia palvelujen tuottajia on ilmentynyt markkinoille, että lisääntynyt kilpailu on parantanut palvelujen saatavuutta, nostanut tuottavuutta kuitenkin johtamatta kustannuskontrollin menetykseen, ja että hyvinvoinnin tai terveyden tasa-arvoon liittyviä haittoja ei juuri voida osoittaa.

Laatueroja tai eroja asiakastyytyväisyydessä julkisten ja yksityisten palvelujen tuottajien välillä ei ole pystytty osoittamaan.

Perusterveydenhuollon rahoitusmalleissa useimmiten kiinteä, listattujen potilaiden lukumäärään sidottu rahoitusosuus on muuttuvaa suurempi (70-80 %). Tämän pitäisi teoriassa nostaa kiinnostusta myös panostaa terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Tukholmassa käyntikohtainen

rahoitusosuus on huomattavan suuri (60 %), mikä ymmärrettävästi on kasvattanut potilaskäyntien määrää, mutta ei edistä yleisiä terveystavoitteita.

Kokemukset erikoissairaanhoidosta ovat vielä vähäiset, mutta ne ovat samansuuntaisia kuin perusterveydenhuollossa. Valinnanvapausjärjestelmiä on toistaiseksi sovellettu elektiiivisiin toimenpiteisiin ja erikoissairaanhoidon poliklinikkatoimintaan. Käynnistymässä ovat ensimmäiset kokeilut ulottaa valinnanvapaus koskemaan myös kroonisesti sairaiden palveluita.

Valinnanvapausjärjestelmä mahdollistaa myös pienille palvelujen tuottajille etabloitumisen markkinoille, mitä Ruotsissa on pidetty etuna. Hankintalain mukaiseen tarjouskilpailuun osallistuminen on monelle pienelle yritykselle ylivoimaista, mikä on johtanut toiminnan keskittymiseen muutaman ison kansallisen ketjun hallintaan. Tämä on näkynyt selvästi vanhus-ten tuetussa palveluasumistoinnassa, kun sen sijaan kotisairaanhoido- ja kotipalvelutoiminnassa, joka on valinnanvapauden piirissä, on runsaasti pieniä paikallisesti toimivia yrityksiä.

Koska Suomen ajankohtaisen uudistuksen eräs tärkeä tavoite on lähipalvelujen turvaaminen, tulisi ainakin niiden järjestämisessä asettaa valinnanvapausjärjestelmät etusijalle suhteessa hankintamenettelyyn. Tällöin sekä edistettäisiin yrittäjyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa että varmistettaisiin sellainen pienimuotoinen toiminta, jota kannattavasti pystytään ylläpitämään myös pienen väestöpohjan alueella.

#### 5.4. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIO

KIRJALLISUUDESTA SAADUT HAVAINNOT, joita Ruotsin kokemukset tukevat, ovat ensinnäkin että integroidut palvelujärjestelmät ovat taloudellisesti tehokkaita ja myös omiaan edistämään väestön terveyden ja hyvinvoinnin parantamista.

Toisaalta hajanaisessa palvelujärjestelmässä integraation aikaansaaminen on haastavaa, etenkin sen takia että on yhteen sovitettava erilaisia paikallisia ja ammatillisia toimintakulttuureja. Johtopäätös on, että tilaajan tai alueellisen palvelujen järjestäjän tulee edistää pitkäjännitteistä kehittämistyötä palveluintegraation aikaansaamiseksi. Ensimmäinen askel on toiminnallinen integraatio, jota tilaamisen keinon voidaan jossain määrin edistää. Tärkeintä siinä vaiheessa on yhteistyöesteiden raivaaminen. Integroitujen palvelujärjestelmien rahoitus tapahtuu tehokkaimmin *kapitaatioperusteisesti*, mahdollisesti täydennettynä tavoitteisiin sidotuilla rahoitusmuodoilla.

Tämän pohdinnan johtopäätös on, ettei sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon eikä rahoituksen muodoista tule päättää säädöspohjaisesti, vaan jättää ne vahvojen alueellisten järjestäjien kehitettäväksi, mieluummin yhteistyössä keskenään.

## LÄHTEET

**Anell A, Nylinder P & AH Glenngård AH (2012):** *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*, Sveriges kommuner och landsting, Stockholm

**Andreen Sachs M, Larsson H, Hansson J, Sveréus S, Rehnberg C & M Brommels (2011):** *Från två till Tiobundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*, Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, Stockholm

**Brommels M m.fl (1997):** *FINSAM Västmanland - ett samhällsexperiment: utvärdering med panel och fristående experter*, Försäkringskassaförbundet, Stockholm

**Dahlgren C, Brorsson H, Sveréus S, Goude F & C Rehnberg (2014):** *Fem år med busläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*, Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting, Stockholm

**Einevik-Bäckstrand K, Brommels M & G Maathz (2002):** *Att styra utifrån en beställarroll*, Rapport 4, 2002, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Göteborg

**Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten. Betänkande av utredningen om framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten (2014)**, Statens offentliga utredningar SOU 2014:2, Stockholm

**Hansson J, Ovretveit J & M Brommels (2011):** *Case study of how successful coordination was achieved between a mental health and social care service in Sweden*, Int J Health Plann Manage 2011 Aug 1. doi: 10.1002/hpm.1099.

**Inspektionen för socialförsäkringen (2012):** *Samverkan inom socialförsäkringen*. Rapport 2010-2, Stockholm

**Janlöv N, Andersson A, Beckman A, Sveréus S, Wiréhn A-B & C Rehnberg (2013):** *Vem har vårdvalet gynnat?* Myndigheten för vårdanalys, Stockholm

**Ovretveit J, Hansson J & M Brommels (2010):** *Innovation in organisation: an integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique health services and social care system*, Health Policy 2010 Oct;97(2-3):113-21.

**Schön P, Hagman L & S-E Wånell (2012):** *Kan två bli en? TioHundra projektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre*, Rapporter 2012:1, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Stockholm

**Sundén A, Andersen TM & J Roine (2014):** *Hur får vi råd med välfärden?* SNS förlag, Stockholm  
Omat julkaisemattomat tutkimukset

## ICT – ISÄNTÄ VAI RENKI?

BJARNE PETH

### POLITIikka OHJAA SOTE-UUDISTUSTA VUOSIMALLIA 2015

OLEMME SEURANNEET MELKO suuren dramatiikan vallitessa, kuinka sote-alueiden määriä on lyöty lukkoon tavalla, josta näkyy, että sote-uudistuksen ensimmäisiä päätöksiä on ohjannut täysin politiikka. Koska yhtään asiallista argumenttia ei ole esitetty, ovat kaikki muut ymmällään. Yli 20 vuoden ajan keskustelu on jatkunut kuumana julkisen terveydenhuollon ympärillä. Koska asian ympärillä liikkuu miljardiluokan rahat, ilmestyy valtapeli heti paikalle. Onko poliittinen värikartta todellakin tärkeämpi kuin terveydenhoidon saatavuus kaikille jaärkevin hinnoin? Poliitikot ovat päällepäin yhtä mieltä uudistuksen tarpeellisuudesta, mutta puolueiden linjaukset ovat erilaisia.

Projektin suuruudesta sokaistuneena poliitikot ovat omineet kehittämispäätökset itselleen, vaikka parempi ja tehokkaampi terveydenhuolto on oikeastaan täysin epäpoliittinen kysymys. Sen teho ei vaihtelee eri alueilla sen mukaan, mitkä puolueet ovat vallan kahvassa. Päinvastoin: ICT-järjestelmät, kliiniset hoitomenetelmät, tehokkaat hoitoprosessit, tuotantomallit, hoidon logistiikka ja johtamisen roolit jne. ovat avaimia ja malleja, jotka perustuvat erikoisosaamiseen. Vain antamalla tilaa ja resursseja asiantuntijoille voi muutoksista tulla laadultaan riittävän hyviä, jotta sote-uudistus onnistuu. Asiantuntijaresurssien ohjaus tapahtuu selkeiden tavoitteiden, riittävien kehitysinvestointien ja realististen aikataulujen avulla. Poliitikkojen vastuulla on antaa asiantuntijoille tilaa ja resurs-



seja tekemällä tarpeelliset päätökset oikeassa järjestyksessä.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana liukuhihnalta tuotetut selvitykset ja kiihtyvällä tahdilla suolletut uudet lakialoitteet ovat hallinneet terveydenhuollon muutostöitä. Lainopillinen saivartelu, niin etu- kuin jälkikäteen, on ollut suosittua. Kaikenlaiset lainvalmisteluprosessit ja useat hallitukset ovat antaneet itse muutostyölle rutkasti hengitystaukoja. Tämän vuoksi itse muutostyö on jo nyt myöhässä yli kymmenen vuotta. Lait ja asetukset, joita oikeastaan kukaan ei pysty seuraamaan, ovat tuttu näky. Koska työkalut lain noudattamiseksi puuttuvat, ei käytännössä mikään muutu. Laki hoitajien määrästä yhtä vanhusta kohden ei takaa parempaa hoitoa. Useissa tilanteissa normit johtavat vain tarpeettomiin kustannusnousuihin.

Lakeja kirjoitetaan ilman minkäänlaista käytännönpohtia, mikä todistaa ennen kaikkea sitä tosiasiaa, että julkisen terveydenhuollon johdon roolit eivät toimi. Tämän päivän terveydenhuolto on organisoitu kahdentyyppisellä johtamisella: hallinnollisella, joka vastaa taloudesta sekä kliinisellä, joka vastaa lääkärinhoidosta lääkärinvalan eettiseen vastuuseen perustuen. Koko järjestelmä nojautuu nykyään hallinnollisiin tarpeisiin. Erilaiset säännöt byrokratisoivat asioita, joista johtajat voisivat kantaa vastuun, jos heille vain annetaan siihen mahdollisuus. Ainoa ratkaisu parempaan julkiseen terveydenhuoltoon ruohonjuuritasolla olisivat selkeät ja konkreettiset tavoitteet, joiden saavuttamista motivoituneet johtajat seuraisivat aktiivisesti. Seuranta hitaan jälkianalyysin ja tilastoinnin avulla ei kompensoi kaikilla tasoilla toteutuvia oikeita johtamismuotoja.

Yksityisellä hoitosektorilla on onnistuttu paljon paremmin monessa suhteessa siksi, että omistajat ohjaavat yrityksiä, pyrkivät parempaan kilpailukykyyn ja käyttävät hyväkseen kasvumahdollisuuksia julkisen hoitosektorin törmättyä seniin. Yksityinen sektori ennakoi, että julkisen puolen ongel-

manratkaisukyky on huono jatkossakin dominoivan ja ohjaillevan parlamentaarisen ympäristön takia. Veronmaksajien rooli on maksaa veronsa ilman vaikuttamismahdollisuuksia. Yksityishenkilöiden ainoa tapa vaikuttaa terveydenhuoltoon on kääntyä yksityisen hoitosektorin puoleen ja maksaa siitä kaksinkertaisesti.

Poliitikot eivät voi tehdä tätä työtä omin päin. Sote-uudistuksen suunnitteluun tarvitaan tilaaja ja rahoittaja, joka vastaa investoinneista. Tuloksiin päästään vain riittävän monitieteellisen ja taustaltaan tarpeeksi osaavan ja kokeneen tiimin avulla. Kehitystyön ohjaamiseen tarvitaan vankkaa ja monipuolista kokonaisosaamista. Näitä taitoja tarvitaan myös uudistuksen käyttöönottovaiheessa, jotta muutostyötä osataan johtaa yhtäjaksoisesti ja yhtenä kokonaisuutena kokonaistehokkuus ja kokonaiskustannukset kirkkaana mielessä pitäen.

Sote-uudistus käynnistettiin poliittisena prosessina hoitosektorilla tapahtuneen kustannuskehityksen ja kehityksen mukanaan tuomien rahoitusongelmien vuoksi. Poliitikot eivät sen sijaan ole ehtineet määritellä ja päättää tavoitteista ja kaikesta muusta tarvittavasta riittävän muutoksen aikaansaamiseksi koko maassamme. Sote-uudistus olisi tullut aloittaa selkeillä, koko uudistukselle asetetuilla tavoitteilla. Nyt ainoa julkistettu tavoite on, että julkisen sektorin talousalijäämän tulee pienetä kolmella miljardilla eurolla. Tavoitteet on toisin sanoen johdettu valtion- ja kunnantalouden näkökulmasta ilman sen tarkempaa analyysiä siitä, mitä julkisessa terveydenhuollossa todella tulisi parantaa ja tehostaa. Ilman mitään muuta tavoitetta kuin tämä leikkaus ei saada aikaan muuta kuin kansalaisten terveydenhoitopalveluiden vähentymistä. Ei hoidon laatu, eikä liioin hoidon tehokkuus näin parane. Säästöt syntyvät uudelleenpriorisoinneista, käytännössä tietyille potilasryhmille annettavien hoitojen tason madaltamisesta ja aiempaa korkeammista potilaiden maksamista omavastuista.

Siten uudistus tarkoittaa käytännössä kustannusvastuun siirtämistä julkiselta sektorilta potilaiden kukkaroille.

Valtion rahoitus tämän päivän kuntaperusteisen rahoituksen sijaan ei ole takuu paremmasta ja tehokkaammasta terveydenhuollosta. Valtionbudjetti sisältää myös suuria eriä, jotka voidaan luokitella ”*liian irtonaisiksi rahoiksi*”. Miksi tämä ongelma häviäisi sote-uudistuksen myötä? Me veronmaksajat tiedämme vallan hyvin, että siitä, mitä valtio ajaa omin päin, ei useinkaan seuraa mitään hyvää, koska vastuu on yhtäaikaisesti liian monen harteilla. Kunnat ajavat omia etujaan ja niillä on usein liian heikko kantokyky voidakseen ottaa täysi vastuu tekemisistään. Yksikanavarahoitus ei ole mikään patenttiratkaisu hoitosektorin kustannuksiin liittyvissä ongelmissa.

Tämän hetken pohdinnoista puuttuu melkein kokonaan sellaiset näkökulmat kuin *potilaan parasta ajatellen ja hoidon laadun ja tehokkuuden tavoitteiden määrittely*. Omissa laskelmissani olen päässyt noin viiden miljardin euron vuotuisen tehokkuuden parantamiseen. Mutta toimijoiden kiinnostus tätä kohtaan vaikuttaa rajalliselta. Luulen tämän johtuvan siitä, ettei kukaan oikeastaan usko tällaiseen mahdollisuuteen, koska niin monta kertaa on jo epäonnistuttu terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamisessa.

Julkisen terveydenhuollon muutostyö on jatkunut nyt yli kymmenen vuotta. Edistysaskeleet ovat lyhyitä tehtyyn työmäärään verrattuna. Olemme saaneet nähdä ja kokea useita kunnianhimoisia kehitysprojekteja, jotka ovat jääneet puolitiehen, ja jotka eivät ole koskaan päässeet maaliin. Näitä epäonnistumisia analysoidaan tarkemmin vain harvoin, osaksi poliittisen herkkyyden takia, osaksi siksi, että analysointi on monimutkaista vaillinaisen ja järjestyättömän dokumentoinnin vuoksi. Se, että emme ole vielä onnistuneet oppimaan aiemmin tekemistämme virheistä, johtuu myös poliitikkojen vaihtumisista sekä siitä, että suurelta osaa virkamiehiä puuttuu

aito halu muuttaa tilannetta. Valtionkoneiston byrokraateina virkamiehiltä sitä paitsi puuttuu sellainen mandaatti. Kuka voi, haluaa ja uskaltaa ottaa täyden vastuun siitä, että sote-uudistusprosessi pääsee tällä kertaa oikealle radalle heti lähtölaukauksen jälkeen?

Olen seurannut muutamia suuria sairaalainvestointeja joissakin sairaanhoitopiireissä vertaamalla erityisesti takaisinmaksuaikoja. Suurin oppi tästä oli, että päätöksien seuranta ja investointien tulos ei kiinnosta niistä päätöksiä tehneitä. Useimmille jopa kyky hahmottaa ero investointikustannuksien ja toimintamenojen välillä oli puutteellinen. Investointeja käsitellään jonkinlaisina ”*uponneina kustannuksina*”, joita ei kannata analysoida sen suuremmin. Niissä tapauksissa, joissa vertailuja tehtiin, vaadittiin niin paljon improvisaatiota jälkikäteen, ettei vertailujen validiteetti ollut enää riittävä.

Sote-uudistus vaatii myös jätti-investointeja. Näihin kuuluu lisäkustannukset, jotka uppoavat valmistelutyöhön ja monivuotiseen käyttöönotto-työhön muun muassa useilta suunnilta kohdattavan vastustuksen takia. Hallintokustannukset tulevat luultavasti nousemaan. Tiedämme jo nyt, että sote-uudistus maksaa vuosittain satoja miljoonia tavanomaisten kustannusten lisäksi. Sitä vastoin emme tiedä, millä logiikalla panostukset maksavat itsensä takaisin ja milloin tämä tapahtuu. Juuri nyt keskustellaan säästöistä tietämättä, miten ne tehdään ja milloin säästämisen vaikutukset toteutuvat.

Kun rahoitus- ja muut hallinnolliset ratkaisut hallitsevat muutostyötä, tarkoittaa tämä sitä, että kriittisin ja konkreettisin kysymyksenasettelu paremmasta ja tehokkaammasta terveydenhuollosta puuttuu muutostyön suunnittelusta. Ymmärtäksemme, mitkä nuo kriittisimmät vaiheet ovat ennen kuin uudet rakennemallit voidaan istuttaa, sote-uudistusta voidaan verrata vaativaan rakennusprojektiin. Analyysien teko, ennen kuin tavoitteet voidaan määrittää, vaihtoehtoisten ratkaisujen

luonnostelu ja johtopäätösten teko näistä (sote-uudistuksen vaatimusmäärittelyt) vie aikaa noin vuoden verran, mutta vain tällä tavoin voidaan välttää puolivillaisia töitä ja reviirohjattuja projekteja. Suomen suuri dilemma on talouden kurja tila sekä suuri pelko sen huonontumisesta edelleen. Tämä lyö leimansa myös sote-uudistukseen muun muassa siten, että muutostöiden toteuttamiseen annettu aika on epärealistisen lyhyt. Vaikka kuinka me haluaisimme asioiden tapahtuvan nopeammin, vie sote-uudistusprosessi viidestä seitsemään vuotta ennen kuin kaikki vaativa kehitystyö ja uudet rakenteet uudenaikaisten ICT-sovellusten avulla on saatu paikoilleen.

## HOITOTYÖN PROSESSIT JA

### OHJAUS POTILAAN PARHAAKSI

HOITOTYÖ EI OLE niin ainutlaatuista ja monimutkaista kuin usein ajatellaan hyvää ja tehokasta hoitotyötä suunniteltaessa. Muilla sektoreilla, joissa myös halutaan luoda hyvää palvelua asiakasta ajatellen, on täysin samat vaatimukset prosien sisällöille. Sekä palvelusektorilla että teollisuudessa ERP on standardikäsitteenä malli modernille ohjaukselle ja valvonnalle. Tehokkaan tuotantoprosessin ydin muodostuu järjestelmäohjauksesta resurssien suunnittelusta ja määrittelyjen tuotteiden ja palvelujen tuotannonohjauksesta.

Miksi terveydenhuollossa ei tehdä systemaattista työtä hoidon laadun ja samalla sen tehokkuuden kehittämiseksi? Tuotteistaminen ja tehokkaat logistiikkaratkaisut ovat mahdollistaneet tehostamisen ja tehostaminen on puolestaan elinehto toiminnalle, joka kohtaa jatkuvasti kovempaa kilpailua. Hoitotyössä tuntuu sekä hyvä että huono kelpaavan. Kriittisiä menestyksen mittareita ei tarvita, eikä sovelleta. Konkreettinen

esimerkki tästä on helsinkiläisten terveyskeskusten pisteytysluokittelu. Luokittelu vaihtelee suuresti, vaikka terveyskeskukilla on vain muutama kilometri välimatkaa ja kuuluvat samaan organisaatioon. Miksi jokaisen terveyskeskuksen annetaan vuosi vuoden jälkeen viljellä omaa kulttuuriaan? Logistisesti katsottuna voisi uskoa, että niillä saattaisi olla toisiltaan opittavaa. On käsittämätöntä, ettei keskusjohto puutu asiaan, vaikka johtaminen ei selvästikään toimi joissakin terveyskeskuksissa.

Hoidon laadun kriittiset mittarit koskevat ensisijaisesti **potilaskohtaamisia ja hoitolupausta**. Palvelualalla käytetään termiä *totuuden betki*, joka toistuu joka kerta potilaan kohdassa hoitajansa.

Hoitosektori tarvitsee selvempiä vastuuta ja hoitotulosten mittareita. Se tarvitsee klinisen järjestelmän, joka tukee päivittäistä hoitotyötä, ja joka auttaa potilaita ja hoitajia. Järjestelmät tarvitsevat hoitotietojen automaattista päivitystä. Alueellinen sooloilu aiheuttaa kehitysresurssien tuhlausta. Hoitotarpeet, hoidon laatu ja tehokkaan hoidon toimenpiteet toimivat samalla logiikalla kaikkialla. Alueellinen reviirijattelu häiritsee siksi kehitystyötä ja luo tarpeettomia ongelmia, kuten esimerkiksi eri järjestelmien välisiä viestintäongelmia. Kun potilaan hoito on sirpaloitunut usealle eri paikkakunnalle, hoitoketju rikkoutuu. Koska vastuu hoidosta on epäselvää, hoitotyö heikkenee. Kun viestintä eri hoitopalveluiden tuottajien kesken takkuu, ei potilaiden hoitolupausta voida toteuttaa.

Yllämainitulla järjestelmällä (ERP), joka on jo standardisovellus muilla sektoreilla, voidaan vuositasolla saada aikaan miljardisäästöjä Suomen julkisella hoitosektorilla. Miksi tätä ei sitten vielä käytetä? Ei edes nyt suunniteltava uudistus täytä tätä vaatimusta. Onko syy tähän se, etteivät poliitikot, eivätkä vakiintuneet hoitotyön rakenteet uskalla tai halua ottaa tätä askelta, sillä tämänhän tarkoittaisi muutoksia asioihin, jotka putoavat omalle reviirille?

## POTILAAN PARHAAKSI

POTILAAN PARHAAKSI ON asenne ja eettinen arvo. Emme voi kuitenkaan määritellä, mitä tämä käsite tarkoittaa hoitotyön kaikissa eri tilanteissa. Kaikki hoitotyöhän tehdään potilasta varten ja kaikki muut mittapuut priorisoidaan siten alemmalle tasolle. Taloudellisia realiteetteja ja siten myös priorisointivaihtimuksia on vuosien mittaan alettu painottaa yhä enemmän, koska verovaroin toteutettu rahoitus rajoittaa julkisen terveydenhuollon panostusmahdollisuuksia.

Tässä yhteydessä *potilaan parhaaksi* tarkoittaa sitä, ettei kukaan hoitoketjun osallisista voi järjestää toimintoja vain omasta näkökulmastaan katsottuna. Jos sitä, mikä on potilaalle parhaaksi, laiminlyödään jonkun toimijoista ajatellessa vain omia etujaan ja ottamatta asioista täyttä vastuuta, on jokin mennyt pieleen. Hoitolupaus on tuolloin siirretty sivuun ja siksi hoitovastuullisen on puututtava asiaan viivytyksettä.

Voi vaikuttaa siltä, että *potilaan parhaaksi* on itsestäänselvyys, ja että on tarpeetonta ottaa esiin tätä herkkää ydinkysymystä. Väitän kuitenkin, että jakaantuneet mielipiteet toiminnan tavoitteista sekä erilaiset yleiset talouden ohjausarvot heikentävät aivan turhaan niin hoidon laatua kuin tehoakin. Tätä taustaa vasten ajatellen hoitoprosessit ja hoidon interaktiiviset ICT-tukijärjestelmät ovat täysin ratkaisevasa asemassa siinä, kuinka onnistumme parantamaan hoidon laatua ja tehoa. Hoidon laatu ja teho kulkevat käsi kädessä, sitä vastoin ikävän pitkäikäinen myytti kuuluu: suuremmilla hoitokustannuksilla saadaan aikaan parempaa hoidon laatua.

Haluan nostaa esiin tässä yhteydessä toisenkin ikävän kompastuskiven. Hoitotyö on pääosin työntensiivistä, ja sitä tehdään hyvin erilaisissa olosuhteissa. Jos potilaan ääni ei kuulu neuvottelupöydissä, joissa hallinto- ja organisaatiomalleista päätetään, on tällä tapana johtaa suurtuotantoon potilaan kus-

tannuksella, mikä näkyy huonompana hoitona. Kun poliitikot keskittyvät hallinnollisiin malleihin ja rahoitusratkaisuihin, kuvaan ilmestyy mukaan heti mittakaavaetuja suurempien yksiköiden muodossa. Suurtuotanto nähdään luonnollisena ratkaisuna huolimatta siitä, että suurin osa hoitotyöstä ei siitä parane, eikä tehostu, sillä mittakaavaetuja ei saada tai ne ovat ruohonjuuritasolla jopa negatiivisia. Jos hoitoprosessia tarkastellaan kokonaistehokkuusnäkökulmasta, suurtuotanto usein heikentää hoitotyön potilasprosesseja ja -logistiikkaa. Mittakaavaedut siten sekä ovat olemassa ja puuttuvat, kun toimintoja optimoidaan ruohonjuuritasolla.

Ainoa tie parempiin tuotantosuunnitelmiin on aikaan perustuva toimintoresursointi ja kokonaiskustannusajattelu. Entistä paremmat tuotantosuunnitelmat luovat puolestaan mahdollisuuden parempaan ja tehokkaampaan hoitotyöhön olemassa olevien tuotantomallien puitteissa. Tuottamalla ja hinnoittelemalla terveydenhoito tämän mallin mukaisesti yleinen suurtuotantoajattelu kaikenkattavana patenttiratkaisuna putoaa pois kuvasta. Päivän sanoina ovat verkostot ja viestivät tietokannat. Mutta sote-uudistuksen suunnitelmat ovat tähän saakka kulkeneet muita polkuja, eikä voi kuin ihmetellä miksi.

Mitä organisaatioita sitten luodaankaan sote-uudistuksen seurauksena, on niillä kaikilla samat haasteet edessään. Jotta voimme ottaa selkeän vastuun sekä potilaista että julkistaloudesta tarvitaan aivan uusi ICT-järjestelmien sukupolvi, joka auttaa potilaita, hoitajia ja johtoa uusiin työtapoihin. Nämä työtavat eivät ole vielä toistaiseksi mahdollisia kankeiden hallinnollisten järjestelmien vuoksi. Nämä järjestelmät rakennettiin aikoina, jolloin vaatimusmäärittelyä täysin ohjasivat budjetointi ja kustannuslaskenta. Tuon ajan johtavana ajatuksena oli, että taloutta ohjataan valvonnalla ja hintalaskelmilla, johtamisvastuu oli kameraalista, ja oli tärkeää pystyä osoittamaan, mihin rahat oli käytetty. Työpanosten tulokset eivät olleet niinkään kiin-



nostavia, eikä panostuksia mitattu sen kaltaisilla mittapuilla. (Näin on asioiden laita nykyäänkin mitä suurimmassa määrin, koska mittausprosessi on vaivalloinen tai jopa mahdoton, sillä kliinisiä tuloksia ei yhdistetä taloudelliseen dataan.)

Hyvän ICT-järjestelmän tarkoituksena on yksinkertaistaa ja tehostaa arjen hoitotyön työprosesseja. Onnistuneen ratkaisun mittapuuna on työtuntien vapauttaminen prosessin ytimeen, nimittäin potilaasta huolehtimiseen, käyttämällä tähän riittävästi aikaa interaktiivisessa hoitoprosessissa.

## ICT:N FOKUS POTILAAN PARHAAKSI

YTIMENÄ ICT:N LÄSNÄOLO terveydenhuollossa -ajattelussa on terveydenhoitopalvelujen tuotanto potilas- ja resurssitietojen avulla. Nämä tiedot ohjaavat sitä, kuinka hyvin ja tehokkaasti terveydenhuollon työt voidaan toteuttaa. Punaisena lankana on informaatio, joihin potilaan ja hoitajien on päästävä käsiksi nopeasti ja helposti ajasta ja paikasta riippumatta, jotta kaikkein paras voidaan tehdä potilaan hyvinvoinnin eteen.

Voidaksemme ylipäätään johtaa terveydenhoitotyötä tarvitsemme **jatkossa radikaalisti tänä päivänä käytössä olevista poikkeavia ICT-järjestelmiä**, sillä nykyisistä puuttuvat tarvittavat rajapinnat, jotta järjestelmät voisivat kommunikoida suoraan keskenään. Nykyään tarvitaan sekä tiedonsyöttöä että manuaalisia hakuprosesseja, mitkä kuormittavat hoito- ja muuta henkilökuntaa tarpeettomasti.

On olemassa suuria tietokantoja, joita ei käytetä säännöllisesti, vaikka ne sisältävät hoitotyölle arvokasta tietoa. Järjestelmät ovat niin vaikeakäyttöisiä, että aika- ja resurssipulan vuoksi ne jäävät aivan liian usein kokonaan käyttämättä. Suurin osa tärkeimmistä tiedonsiirroista voidaan tuoda itse hoitoty-

öhön automaattisesti, mutta tämä edellyttää hyvin suunniteltua synkronointia itse hoitotyön ja prosessinohjauksen välillä. Tänä päivänä suuret puutteellisuudet potilaslogistiikassa ja potilasvirtojen ohjauksessa heikentävät sekä hoidon laatua että sen tehoa. Kaiken kaikkiaan hoitotyön rakenteet näyttävät monimutkaisilta, mutta jos ne määritellään tarkemmin hoitoyksiköittäin, avautuu uusia mahdollisuuksia hoitotyön parantamiseen. Monitahoisten rakenteiden johtaminen vaatii aina yksinkertaistamista, jotta kussakin operatiivisessa hoitoyksikössä voidaan delegoida vastuut täysin ja aidosti oikeille toimijoille. Tähän sopii analogia suuryrityksestä: Suuryrityksessä voi olla 100 tulosyksikköä, joilla jokaisella on oma liikeidea. Jokaisella tulosyksiköllä on vastaava johtaja, jolla on toimitusjohtajan valtuudet ja oma budjetti. Siten myös suuryritys on jaettava pienempiin yksiköihin, jotka voivat ottaa vastuuta ja tehdä päätöksiä itsenäisesti oman budjettiraaminsa sisällä.

Konkreettista hoitotyötä ei voida johtaa säännöstoilla ja komentoketjuilla. Siksi tehokkaalle hoitotyölle tehdyn konkreettisen ja yksityiskohtaisen suunnitelman **on toimittava pohjana** vaatimusmäärittelyssä listatuille ICT-järjestelmien vaatimuksille. Näiden kattavien ICT-ratkaisujen tulee pohjautua kansalliseen standardiin, joka perustuu nykyaikaiseen ja hyödylliseen teknologiaan. Parhaillaan luodaan ICT-järjestelmien arkkitehtuuria yhtäaikaaisesti sote-uudistuksen kanssa – tai oikeastaan etukäteen – lähtien liikkeelle aiemmin käytetyistä järjestelmistä ja tähänastisista kokemuksista. Tällä tavoin helposti unohdetaan minkä takia yritetään rakentaa uusia, parempia ja tehokkaampia hoitoprosesseja, hyvin erilaisista hoitotarpeista ja työympäristöistä käsin. Ei ole järkevää investoida nykyaikaiseen ICT-teknologiaan ja järjestelmiin ennen kuin kaikki toimintamuodot ja uudet hoitoprosessit on lyöty lukkoon. Parhaillaan on siis käynnissä sekä kilpajuoksu että toiminnan lamaan riippuen kunkin sairaanhoitopiirin tavasta tulkita tilannetta.

En ole myöskään täysin vakuuttunut siitä, että nämä kaksi ajankohtaista jättiprojektia, ICT-järjestelmät Kanta ja Apotti, ovat keskittyneet riittävästi helpottamaan hoitotyötä helppokäyttöisillä ja joustavilla järjestelmillä. Nämä mammuttiprojektit eivät myöskään pohjaudu nykyaikaisempaan teknologiaan. Apotin hankinnasta on lisäksi tarpeellista todeta, ettei kenelläkään tunnu olevan oikein käsitystä siitä, mitä investointi pitää sisällään, vaikka tilaus on jo tehty.

Kenellä on vastuu miettiä, kuinka vähentää ICT-työstä johtuvaa työtaakkaa, joka ylikuormittaa tänä päivänä hoitohenkilökuntaa? Kuka miettii, kuinka viimeisintä ICT-teknologiaa voidaan soveltaa, paremman ja tehokkaamman hoidon aikaansaamiseksi? Kuka huolehtii siitä, että järjestelmillä voidaan ohjata hoitotyötä toimivaksi kokonaisuudeksi koko hoitokentällä? Tarvitaan todella paljon uusia hoitoprosessien vaatimusmäärittelyitä ennen kuin järjestelmäsuunnittelijat pääsevät työhönsä.

## VAATIMUSMÄÄRITTELYT OSOITTAVAT KURSSIN

ICT-JÄRJESTELMÄT OVAT TYÖKALUJA sekä potilaalle että hoitajalle, jotka yhdessä etsivät parhaan mahdollisen hoidon. *Potilaan parhaaksi* tarkoittaa siten sitä, että potilas pääsee nopeasti sisään hoitoprosessiin ja saa ensimmäisen diagnoosinsa, hoitosuunnitelman koko hoitoprosessista ja aikaan sidotun *hoitolupauksen*. Riippumatta siitä, mihin suuntaan hoitoprosessi tästä lähtee, annettu hoitolupaus pitää (edellyttäen, että diagnoosi ei muutu matkalla). Potilasvastuu sisältää myös vaatimuksen siitä, että mahdollisten häiriötekijöiden sattuessa, hoitosuunnitelmalle on löydettävä uusi kurssi. Vastuusta potilaan parhaaksi ei voida livetä resurssipulan tai muun häiriötekijän vuoksi. Kliinisessä

hoitotyössä resurssit ovat aina niukat ja työtä tehdään alituisen aikapulan vallitessa. Siksi on tärkeää todeta, että hoitoprosessien tuotantoa ohjaa kaksi laatumääritystä ylitse muiden, nimittäin **hoitolupauksen sisältö ja potilaalle suotava aika.**

Potilas- ja hoitotietojen syötön tulisi tapahtua automaattisesti ja kaiken yhdellä kertaa. Potilastietojen syöttäminen, hakuprosessit ja vaikeasti saatava informaatio kuormittavat sekä potilasta että hoitajia aivan liikaa siksi, että kankeat järjestelmät ja tietokannat ovat kankeita eivätkä ne kommunikoi keskenään. Ei ole harvinaista, että yli 30 prosenttia potilaaseen käytettävään aikaan kuluu tietojen kirjaamiseen ja lukemiseen aivan liian hitailla järjestelmillä. Potilaan yksityisyydensuoja on viety niin pitkälle, että on tilanteita, joissa nopeasti saatavilla olevien potilastietojen puute voi saada niin vakavia seurauksia, että potilaan henki vaarantuu. Vaatimusmäärittelyiden tulee poistaa kaikenlainen ylimääräinen byrokratia - sellainen byrokratia, joka aiheuttaa huonompaa hoitoa ja hoitoresurssien tuhlausta. Vaatimusten, jotka makrotasolla ohjaavat terveydenhoitoalan työtä ja kehitystä, on lähdettävä samasta kunnianhimon tasosta, johon hoitohenkilökuntakin pyrkii päivittäisessä työssään. Nyt määrittelyt koostuvat pitkistä toivelistoista, joissa koko organisaation toiveet otetaan huomioon. Jokaisella hoitoyksiköllä ja työpaikalla on omat tavoitteensa ja resurssinsa, jotka vaihtelevat a:sta ö:hön. Tässä tapauksessa ”*demokraattinen*” prosessi, joka pyrkii huomioimaan kaikki osapuolet, johtaa loppupeleissä tehottomuuteen ja madaltuneeseen potilashoidon laatuun.

Terveydenhoitoala on yksi eniten tietoa keränneistä aloista. Terveydenhoitotyö luokitellaan perinteisesti joksikin miltei mystiseksi asiaksi, jossa jokainen yksittäinen hoitaja vastaa potilaastaan yksin. Meillä on edistyneitä diagnoosikarttoja ja kasoittain potilasraportteja enemmän tai vähemmän onnistuneista hoidosta. Muilla sektoreilla tällaista dataa analysoidaan

systemaattisesti, jotta voitaisiin luoda jatkuvasti uusia normeja ja prosesseja ja siten ajan mittaan tarjota asiakkaillemme parempaa palvelua. Terveydenhuollossa oppimisprosessit ovat hyvin henkilövetoisia: uusien tietojen ja taitojen leviäminen riippuu hoitajien omasta halusta ja kunnianhimosta. Julkisessa terveydenhuollossa ei ole minkäänlaista auktorisoitua tiedonhallintajärjestelmää. Miksi ei ole? Potilastapaukset vaihtelevat rutiinihoidoista vaikeisiin monisairaushoitoihin. Potentiaalia hoidon parantamiseksi on paljon, edellyttäen, että toimijoilla on pääsy dokumentoituihin erilaisten hoitotilanteiden suosituksiin. Toimijoilla tarkoitetaan tässä koko hoitohenkilökuntaa ja myös potilaita itseään. Hoito on parasta silloin, kun se on helppoa, nopeaa ja tehokasta - silloin kun se on mahdollista. Siten vapautetaan resursseja vaikeampiin ja harvinaisempiin potilastapauksiin.

Vaativuusmäärittelyt ovat ratkaisevassa asemassa siinä, miten onnistumme tässä täysin politisoidussa sote-uudistuksessa. Kenellä on vastuu ottaa härkää sarvista näissä ratkaisevissa linjavalinnoissa, jotka ohjaavat edelleen määrittelytyötä?

## PÄÄTELMIÄ

HOITOTYÖN LAATUA JA tehokkuutta voidaan parantaa uudenlaisten ICT-palveluiden, muun muassa hoitohenkilökunnalle ja potilaille tarkoitettujen kliinisten tukijärjestelmien avulla. Johtoajatuksena on, että ICT-järjestelmien on oltava helppoja käyttää, milloin ja missä tahansa. Hoitohenkilökuntaa ei saa kuormittaa päivitysvastuilla ja vaikeilla tiedonhakuprosesseilla, mitkä tällä hetkellä voivat vaatia yli 30 prosenttia työajasta.

*Potilaan parhaaksi* on oltava kaikkien ICT-ratkaisujen keskipisteenä. Jos lähtökohtana on potilaan tarpeen - ei hallinnon - huomioiva tieto, voidaan byrokratiaa vähentää. Poti-

laan yksityisyydensuojaan liittyvät säännöt ovat tänä päivänä liioiteltuja, ja ne estävät potilastietojen jakamista hoitotyössä. Tämä johtaa huonompilaatuiseen hoitotyöhön ja joskus jopa tarpeettomiin kuolemiin.

Kaikkien hoitotyöhön osallistuvien, myös tukitoimintojen, on otettava täysi vastuu annetusta hoitolupauksesta. Hoitolupaus perustuu kansallisiin tavoitteisiin ja selkeisiin vastuualueiden määrittelyihin. Johdon joka tasolla on kannettava itsestään selvä vastuu parantaa jatkuvasti hoidon laatua ja tehokkuutta. Totaalinen vastuunotto potilaille annetusta hoitolupauksesta vaatii aivan uuden johtamismallin sekä uuden palkitsemisjärjestelmän.



## RUOTSINKIELISET INTRESSIT JA KIELIPOLITIIKKA SOTE-UUDISTUKSESSA

LINNÉA HENRIKSSON

YKSI TÄMÄN SELVITYKSEN tavoitteista on **muotoilla kieleen liittyvät intressit** sote-uudistuksessa. Osalla sote-uudistuksen seurauksista ei ole mitään suoraa kielellistä ulottuvuutta. Tietyt sote-uudistuksen lähtökohdat tosin muuttavat ruotsinkielisen sosiaali- ja terveydenhuollon edellytyksiä perusteellisesti. Tekstissä pyritään selvittämään, mihin tulisi kiinnittää huomiota, kun tarkoituksena on huolehtia ruotsinkielisten intressit tulevassa uudistuksessa.

*Ruotsinkielisiä intressejä* KÄSITTELEVÄN tekstin aluksi on hyvä määritellä, mitä näillä intresseillä tarkoitetaan, sekä yleensä että sote-uudistuksen yhteydessä. (Vastaamatta jäänyt kysymys on, mikäli ruotsinkielisten intressit ovat samat kuin ruotsinkieliset intressit. Pidän kysymystä ruotsinkielisistä intresseistä laajempänä kuin kysymystä ruotsinkielisten (henkilöiden) intresseistä, mutta kielellisesti 'ruotsinkieliset intressit' ei toimi, joten kirjoitan jatkossa lähinnä henkilö-lähtöisesti.)

Ruotsinkieliset intressit uudistuksessa ovat esimerkiksi:

- normatiivisia – kuten julkiset lupaukset siitä, että palveluiden tulee toimia ruotsin kielellä
- kielellisiä – kuten palveluiden todellinen saatavuus ruotsin kielellä
- kulttuurisia – tällä tarkoitetaan yksiköitä, joissa ruotsinkielinen kulttuuri huomioidaan ilman kyseenalaistamista ja joissa ruotsin kieli ei ole vain käänös suomesta
- poliittisia – ruotsinkielisten todelliset poliittiset vaikutusmahdollisuudet oleellisissa kysymyksissä



- hallinnollisia – siten että kaikilla, eri tasoilla palveluita suunnittelevilla, on itsestään selvä tietoisuus siitä, että palvelun tulee toimia myös ruotsiksi
- prosesseihin liittyviä – toimivia palveluratkaisuja, joissa kaikki hoitoketjujen osat toimivat ruotsiksi
- ammatillisia – jotta täydennyskoulutus ja ammatillinen kehittäminen toimii ruotsin kielellä sekä yksilöille että organisaatiotasolla
- käytännöllisiä – niin, että palvelut toimivat itsestään selvästi ruotsin kielellä myös arkipäiväisissä hoitotilanteissa, palvelutiskeillä, ajanvarauksessa, ruokaa jakavien hoitoapulaisten sekä ruotsinkielisiä avustushakemuksia käsittelevien keskuudessa
- marginaaliryhmiä koskevia – toimivat palveluratkaisut myös marginaaliryhmille ja henkilöille, jotka kuuluvat kahteen vähemmistöön (esimerkiksi ruotsinkieliset vammaiset) joiden lukumäärä on pieni, mutta palveluiden tarve suuri.

Ruotsinkielisten intressejä käsittelevä teksti aiheuttaa kysymyksiä **kaksikielisten ja ruotsinkielisten intressien välisestä suhteesta**. Mitään pätevää totuutta tähän ei tietenkään ole olemassa. *Kaksikielisyys* liitetään positiivisiin ilmiöihin (kielellisiin kohtaamisiin, suvaitsevaisuuteen, avoimuuteen), kun taas ruotsinkielisten intressit herättävät mielikuvia erityis-isoikeuksista, nalkuttavista kielipoliiseista ja (vaatimuksista) poikkeavista ratkaisuista. On kuitenkin syytä huomata, että kaksikielisten ja ruotsinkielisten intressit eivät automaattisesti ole yhteneväisiä tai tarkoita samaa asiaa. Eroa kuvataan tässä erona *tietoisuudessa*.

Kaksikielisen näkökulman lähtökohtana on kaksikielinen toiminta, jossa positiivista on se, että kielet nähdään tasavertaisina. Kaksikielisen näkökulman lähtökohta on että ihmisiä, joilla on eri äidinkieli, on suunnilleen yhtä paljon, he elävät samalla

tavalla ja heidän alueellinen ja demografinen levinneisyytensä on sama. Rivien välissä näkökulman lähtökohtana on myös, että kaikki puhuvat molempia kieliä ja siten kielikysymys ei ole oleellinen. Kolikon toinen puoli on taas se, että kaksikielisen näkökulman etu on myös sen haitta. Näkökulman rajoitteet koskevat sitä, että kaksikielisellä näkökulmalla on välineellinen suhde kieliin, mikä tarkoittaa, että kieliä ei huomioida palveluita suunniteltaessa. Koska kielillä ei oikeastaan ole merkitystä, vähemmistön kielellisiä tarpeita ei tarvitse huomioida, sillä lähtökohtaisesti oletetaan, että enemmistön tarpeet koskevat yhtä lailla myös vähemmistöjä.

Kaksikielinen näkökulma katsoo huomioivansa kaikkien tarpeita, eikä siksi salli ruotsinkielisille mitään oikeutta eikä näe tarvetta suunnitella toimintaa kielellisin perustein. Tämä tarkoittaa samalla, että kaksikielisestä näkökulmasta tulee hyvin helposti enemmistön näkökulma (vrt. Henriks-son 2011), jossa enemmistö ei edes tule ajatelleeksi sitä, että vähemmistöillä saattaa olla enemmistöstä poikkeavia tarpeita. Tässä on myös suurin selitys siihen, miksi kaksikieliset organisaatiot, joissa ruotsin kieli on vähemmistöasemassa, eivät toimi ruotsin kielellä: koska ruotsin kieli on vain yksi monista huomioitavista asioista, se hukkuu muiden mahdollisten prioriteettien mereen. Ymmärrys siitä, että kaksikielisellä organisaatiolla todella on velvollisuus *tietoisesti* edistää molempia kieliä, puuttuu. Lisääntynyt yksilökeskeinen kaksikielisyys, jossa yksilön näkökulmasta ei ole väliä mitä kieltä käytetään, ei kuitenkaan tarkoita että organisaatiossa voidaan olettaa että kaikilla on tämä valmius.

Onko tällä jotain väliä käytännössä? Kyllä, sillä on väliä. Mikäli palveluita suunniteltaessa ei huomioida kielellisiä aspek- teja, ei välttämättä huomata, että esimerkiksi Helsingin ja Kirkkonummen vanhemman väestön keskuudessa on suhte- ellisesti enemmän ruotsinkielisiä, millä pitäisi olla vaikutusta

henkilökunnan kielitaitoihin. Vastaavasti: mikäli kieliaspekteja ei huomioida, ruotsinkielisten sosiaalihuoltoa koordinoimassa ei välttämättä tulla ajatelleeksi katsoa koko kuntaa alueellisen koordinoinnin sijaan, vaikka ruotsinkielisten määrä kokonaisuudessaan on riittävä, mutta sen levinneisyys on erilainen kunnassa (vrt. Westman 2011). Ja niin edelleen.

Kaksikielisen näkökulman heikkoudet eivät siis ole periaatteellisia, vaan käytännöllisiä. Vaikka suomi ja ruotsi ovat muodollisesti tasaveroisia Suomen valtiosäännön mukaan, viime kädessä vain hyvin harvassa organisaatiossa on yhtä paljon suomen- kuin ruotsinkielisiä. Useimmissa organisaatioissa, useimmissa kunnissa kieliryhmien välillä on enemmistö-vähemmistösuhte. Ylensä vähemmistökielenä on ruotsi.

Keskustelua ruotsinkielisten, kaksikielisten ja suomenkielisten välisestä suhteesta ei pidä nähdä yrityksenä puolustaa jonkun ryhmän tarpeita tärkeämpinä tai oikeampina kuin toisien. Keskustelu koskee sitä, että jos näiden ryhmien erilaisia tarpeita ei ilmaista, ei myöskään ole edellytyksiä tyydyttää näitä tarpeita.

Ruotsinkielinen näkökulma taas lähtee siitä, että on itsestään selvästi tärkeää, että palvelut toimivat sekä ruotsiksi että suomeksi. Siksi on olemassa myös ymmärrys siitä, että tämän itsestäänselvyuden toteuttaminen vaatii tietoista organisointia. Usein toimivia palveluita vähemmistökiellä helpottaa se, että mahdollisuuksien mukaan on palveluyksiköitä, joiden tarkoituksena on hoitaa ruotsinkielisten tarpeita ja että molemmilla kielillä toimivat palveluyksiköt huomioivat kaksikielisyyden tietoisesti ja järjestelmällisesti, ja että toimintaa koordinoivat sitä varten vastuutetut henkilöt.<sup>1</sup>

*1 Tämä toimii myös toisinpäin. Suomenkielisten ollessa vähemmistönä voidaan yllä mainittua ruotsinkielistä näkökulmaa soveltaa suomenkielisten tarpeisiin.*

## RUOTSINKIELISTEN INTRESSIT YLEENSÄ SEKÄ ERITYISESTI SOTE-UUDISTUKSESSA

KIELELLISISTÄ INTRESSEISTÄ PUHUTTAESSA nousee myös joitain lisäkysymyksiä. **Yksi niistä on kansalliskielten välinen yhdenvertaisuus:** Jos on tärkeää, että ruotsinkieliset palvelut toimivat alueilla jossa on suomenkielinen enemmistö, eikö silloin ole yhtä tärkeää, että suomenkieliset palvelut toimivat kunnissa, joissa ruotsin kieli on enemmistönä? Vastaus on tietenkin kyllä. Suomenkielisistä palveluista ruotsinkielisillä alueilla tiedetään, että suomenkieliset palvelut yleensä toimivat siellä paremmin kuin ruotsinkielisiä palveluita kunnissa, joissa suomen kieli on enemmistössä (vrt. Herberts 2009, myös Herberts 2015). Ruotsinkielisissä kunnissa elävien suomenkielisten lukumäärä on noin 35.000. Suomenkielisessä vähemmistössä ruotsinkielisellä paikkakunnalla elävän paikallista elämää helpottaa se, että maan suuret rakenteet (valtion viranomaiset, media jne.) toimivat heidän äidinkielellään. Osalla ruotsinkielisistä enemmistöistä on mahdollisesti hieman parempi ymmärrys suomenkielisiä vähemmistöjä kohtaan kuin toisinpäin, mutta on kuitenkin syytä lisätä, että myös suomenkieliset vähemmistöt ruotsinkielisissä kunnissa kohtaavat samaa ymmärtämättömyyttä ja välinpitämättömyyttä kuin ruotsinkieliset ollessaan vähemmistönä. Enemmistön sokeus nähdä vähemmistön tarpeita koskee myös ruotsinkielisiä enemmistöjä. (Vrt. Henriksson 2010)

Toinen kysymys, joka nousee esiin keskusteltaessa kielellisistä intresseistä, on vähemmistöjen välinen tasavertaisuus tai suhde ruotsinkielisen vähemmistön ja muiden vähemmistöjen välillä. Joissain yhteyksissä, joillain paikkakunnilla, joissa ruotsin kieli on selvässä vähemmistössä, herää suomenkielisten keskuudessa kysymys siitä, miksi ruotsinkielisiin palveluihin tulisi suhtautua eri tavalla kuin muita kieliä puhuvien asukkai-

den, esimerkiksi maahanmuuttajien, palveluihin. Ottamatta huomioon sitä seikkaa, että lain mukaan suomi ja ruotsi ovat kansalliskieliä, käytännössä tämä kysymys on yhä ajankohtaisempi. Suuremmissa kunnissa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku) niiden asukkaiden osuus, joiden äidinkieli on muu kuin ruotsi tai suomi, kasvaa jatkuvasti. Tuore kaksikielisten kaupunkien strategioiden läpikäynti vahvistaa sen, että *monikielisyys* on laajempi kysymys kuin ruotsinkielisten tarvitsemat palvelut äidinkielellään (Henriksson 2015).

Kolmas ruotsinkielisten intressejä koskeva kysymys liittyy **ruotsinkielisten sekä RKP:n intressien väliseen suhteeseen**. Ruotsinkielisten intressit käyvät usein yksin Ruotsalaisen kansanpuoleen intressien kanssa, mutta ruotsinkielisyys Suomessa voi kiinnostaa myös RKP:n ulkopuolella olevia henkilöitä samalla kun RKP:n intressit ulottuvat myös kielikysymysten ulkopuolelle. Ongelmallista ruotsinkielisten intressien ja RKP:n intressien välisessä suhteessa on se, että suomenkieliset joskus ymmärtävät perustellut kielelliset intressit ainoastaan kysymyksenä RKP:n poliittisesta vaikutuksesta. Tässä kohtaa politiikan pääkaupunkikeskeisyydellä ja toimijoiden puutteellisella yleissivistyksellä on merkittävä rooli: Täysin suomenkielisten alueiden suomenkieliset poliitikot ja virkamiehet kohtaavat pääkaupunkiseudulla erittäin kaksikielisen ruotsalaisuuden, jossa ruotsinkieliset yleisesti ottaen puhuvat erinomaista suomea (esimerkiksi Mustajoki 2009). On melkein oletettavaa, että silloin – ilman laajempaa tietämystä ruotsinkielisen Suomen maantieteestä – on vaikea ymmärtää, että on olemassa ruotsinkielisiä, joilla on suuri tarve nimenomaan ruotsinkielisistä palveluista ja että ruotsinkielisten intressit ensisijaisesti koskevat kieliryhmän säilymisestä huolehtimista ja ruotsinkielisten palveluiden saatavuutta. Harmillista on, että tällä puutteellisella näkemyksellä ruotsinkielisen Suomen variaatiosta, saattaa olla suuret seuraukset juuri ruotsinkielisten

palveluiden kannalta. Tähän voi lisätä, että on tietysti täysin oikeutettua, että RKP haluaa poliittista vaikutusvaltaa (niin haluavat kaikki puolueet). Asian ydin on kuitenkin se, että ruotsinkielisten intresseistä voidaan puhua myös ilman, että muutoin otetaan kantaa RKP:n intresseihin.

Neljäs kielellisiä intressejä koskeva kysymys käsittelee **ruotsinkielisten palveluiden saatavuutta ja niiden tasoa**. Tässä kohtaa on syytä erottaa terveydenhuollon eri palvelumuotoja. Osa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ruotsinkielisiä palveluita koskevista keskusteluista johtaa ennemmin tai myöhemmin siihen väitteeseen, että ei ole väliä mitä kieltä kirurgi puhuu, kunhan vain toimenpide tehdään oikealle ruumiinosalle. Tiettyihin *erikoissairaanhoidon* toimintoihin tämän voidaan todeta pätevän. Mikäli pidetään kiinni väittämästä, ettei kielellä ole merkitystä unohtetaan kuitenkin samalla se, että kirurgi ja leikkausosaston henkilökunta on ennen toimenpidettä käynyt potilaan kanssa useita keskusteluja, joiden tulisi mielellään olla ymmärrettäviä. On myös tärkeää, että potilas ymmärtää, miten jälkihoito toteutetaan. Äidinkielen merkitys onnistuneessa hoitokokemuksessa on tunnettu tosiasia sairaanhoidossa (vrt. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kieliohjelma).

*Erikoissairaanhoidossa* palveluiden saatavuus ruotsin kielellä kilpailee useiden muiden tekijöiden kanssa. Esimerkki: Vastasynnyttänyt äiti kysyi, miksi synnytyksessä ei ollut ruotsinkielistä henkilökuntaa. Nainen piti tätä kohtuullisena odotuksena, sillä kyseessä oli suunniteltu keisarinleikkaus ja organisaatiolla oli siksi ollut mahdollisuus huomioida ruotsintaitoisen henkilökunnan tarve. Sairaanhoito on hyvä esimerkki siitä, miten useat erilaiset toimintalogiikat kilpailevat vierekkäin huomiosta: ammattitaitovaatimukset, moniammatillisten työryhmien kokoonpanot ja oikea-aikainen työvuorolistojen suunnittelu, joka noudattaa työaikalain vaatimuksia sekä vaatimusta tilojen tehokkaasta hyödyntämisestä. Nämä ovat prio-

risoinnissa usein korkeammalla, ainakin talouden näkökulmasta kuin ”*pehmeät*” tarpeet, kuten potilaan kieli.

Erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuutta ruotsin kielellä Suomessa tulee todennäköisesti aina leimaamaan tietty sattumanvaraisuus – erikoissairaanhoidossa korostetaan henkilökunnan ammattitaitoja ja näin ollen on oikeutettua, että kirurgi valitaan leikkaustaitojen, eikä vieraan kielen taitojen perusteella. Kielellisestä näkökulmasta katsottuna tämä on kuitenkin kokonaisuuden kannalta pienempi ongelma: useimmat ihmiset joutuvat suhteellisen harvoin olemaan tekemisissä erikoissairaanhoidon kanssa, vaikka tilanteet, joissa tällainen tarve muodostuu, ovat usein luonteeltaan vakavampia. Mitä sairaampi ihminen on, sitä tyytyväisempi hän yleensä on saamaansa hoitoon. Sitä taustaa vasten, että kielitaidot eivät ole itsestään selviä, eikä ole kohtuullista odottaa erikoissairaanhoidon priorisoivan kielitaitoja, on kuitenkin tärkeä huolehtia sen kielellisen kompetenssin ylläpitämisestä, joka erikoissairaanhoidon piirissä nykyään on. On erittäin onnetonta jos molemmilla kielillä toimivia toimintayksiköitä ajetaan alas.

*Perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa* ruotsinkielisten palveluiden saatavuus on vaihtelevaa. Saatavuus on yleensä sitä parempaa, mitä suurempi ruotsinkielisten osuus on paikkakunnalla (vrt. Henriksson 2012, Herberts 2009, Mustajärvi 2009). Tämä luo hyvin erilaiset lähtökohdat edellytyksille saada ruotsinkielistä palvelua. Paikkakunnilla, joissa ruotsinkielinen väestö on enemmistönä, saatavuus on hyvä. Paikkakunnilla, joissa on suuri ruotsinkielinen vähemmistö, saatavuus on myös melko hyvä. Paikkakunnilla, joissa ruotsinkielisen vähemmistön osuus jää alle 25-30 prosentin, ruotsinkielisten palveluiden saatavuudesta tulee yhä sattumanvaraisempaa, mitä pienempi vähemmistö on. Paikkakunnilla, joissa palveluiden järjestämisessä on huomioitu äidinkieli, ruotsinkieliset palvelut voivat toimia erinomaisesti. Kaksikielisten palveluiden järjestämisen

riskinä, silloin kun äidinkieli ei ole määräävä tekijä, on se, että kysyntä ja tarjonta eivät kohta. Ruotsinkieliset potilaat eivät löydä ruotsintaitoisia lääkäreitä, mikä voi johtaa vääriin johtopäätöksiin molempiin suuntiin – sekä siihen, että ruotsinkielistä tarjontaa ei ole ja että sitä ei tarvita.

Ruotsinkielisten palveluiden *saatavuus* on yksi näkökulma palveluun. Ruotsinkielisten palveluiden *taso* on toinen, mutta vähemmän huomioitu näkökulma. Joskus ratkaisu, jossa punnitaan erillisten ruotsinkielisten yksiköiden järjestämisen tai kaksikielisen integroimisen välillä, kaatuu ruotsinkielisen organisaation pienuuteen. Joskus erilliset ruotsinkieliset yksiköt ovat ongelma johtamisen näkökulmasta – poikkeava organisaatio pistää silmään. Muissa tapauksissa erilliset ruotsinkieliset yksiköt ovat uhka osaamisen kehitykselle, sillä pienemmissä yksiköissä on vähemmän henkilökuntaa, jonka osaaminen ei ehdi karttua samassa tahdissa kuin isomman yksikön henkilökunnan. Tässä ei ole kyse yksittäisten henkilöiden osaamisesta, vaan organisaation pätevyydestä kokonaisuutena.

Ovatko palvelut ruotsin kielellä aina hyviä? Tämä kysymys nousee esiin aina välillä, varsinkin sellaisten henkilöiden keskuudessa, joilla on erityistarpeita, sillä pienempien organisaatioiden on vaikea vastata liian erilaisiin tarpeisiin. Ei ole olemassa mitään objektiivista mittaa, joka ratkaisisi miten tulisi valita, jos valinta täytyy tehdä vähemmän kattavan äidinkiellisen tarjonnan ja toisella kielellä saatavan joustavamman tarjonnan välillä. Joillakin erikoisaloilla omalla kielellä saatua hoitoa pidetään tärkeämpänä kuin muilla aloilla: esimerkiksi mielenterveyspalveluissa, kommunikointiin liittyvässä kuntosuorituksessa ja synnytyshoidossa kieli on tärkeä. Ruotsinkieliset ovat ylipäänsä tyytyväisempiä kunnallisiin palveluihin kuin suomenkieliset (Pekola-Sjöblom 2012:59).

Viides kielellisiä intressejä koskeva kysymys liittyy siihen, että **sote-uudistuksen vaikutukset voivat olla suuremmat**



## ruotsinkieliselle Suomelle kuin vaikutukset ruotsinkielisiin palveluihin.

Vuoden 2013 alussa Svenska Bildningsförbundet teetti Taloustutkimuksella puhelinkyselyn, johon osallistui 1000 vastaajaa Pohjanmaan kunnista. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää miten 18-79-vuotiaat Maalahden, Mustasaaren, Luodon, Pederören, Uusikaarlepyyn ja Vöyrin kunnan asukkaat suhtautuvat kuntaliitoksiin. Tutkimuksen selvin tulos oli, että 61 prosenttia vastanneista tukisi kuntaliitosta, jos se *vahvistaisi kunnan päätösoikeutta* palveluistaan (mukaan lukien sairaanhoito). Vasta sen jälkeen tulivat muut syyt; parempi palvelutaso, parempi talous, paremmat elinkeinoelämän edellytykset, parempi alueellinen yhteisöllisyys sekä virkamiehien ja poliitikkojen paremmat ammattitaidot. Kysymykset on tosin esitetty hieman toisenlaisessa yhteydessä, mutta varovainen tulkinta kuitenkin on se, että päätösoikeuden merkitys omista palveluista, mukaan lukien sairaanhoito, on suuri.

Koska ruotsinkielisten palvelujen saatavuus vaihtelee suuresti kuntien välillä ja on riippuvainen kunnan kielellisestä statuksesta, on sanomattakin selvää että nyt valmis-teilla oleva terveydenhuollon uudistus muuttaa tilannetta monella tapaa, mutta eri laajuudessa eri ryhmille:

- **Yksittäisille ihmisille muutos ei välttämättä ole erityisen suuri.** Elämä jatkuu, vaikka koko hoito-organisaatio muuttuu. Aikuiset ihmiset käyttävät hyvin vähän sote-palveluja. Mutta myös monille ihmisille, jotka käyttävät sote-palveluita säännöllisesti, tilanne tulee näyttämään samalta kuin aiemmin; samat tilat, sama henkilökunta ja suunnilleen sama järjestelmä, vaikka hoidon järjestäjä muuttuu.

- **Ruotsinkieliselle Suomelle muutos taas on erittäin suuri.** Kunnille, joissa ruotsinkieliset ovat enemmistönä, uudistus tarkoittaa Siv Sandbergin (2008) sanoin, että *'sosiaali- ja terveydenhuollon päätök-*

*set tullaan nyt tekemään poliittisen organisaation puitteissa, jossa ruotsin kieli on selvässä vähemmistössä*<sup>2</sup>.

- Muutos, joka koskee **ruotsinkielisten palveluiden saatavuutta**, on riippuvainen siitä, miten terveydenhuollon organisaatiot järjestävät ruotsinkieliset palvelut. Sandberg kirjoittaa, että *‘suurimmat ja vaikeimmat havaittavat ongelmat, jotka koskevat ruotsin kielen asemaa hallinnossa ja palvelutuotannossa, löytyvät hallinnollisissa valinnoissa, kun uusia yksiköitä muodostetaan. Organisaatiokuvioiden laatikoiden ja nuolien takana piileksii valta, raha ja vastuu.’* (Sandberg 2008). Ja hän jatkaa: *‘Ongelma ei ole, että tapoja järjestää ruotsinkielisiä palveluita puuttuisi [...] melkein kaikki on järjestettävissä. Riskinä on, että vaihtoehdot jäävät teoreettisiksi, eivätkä poliittiset päättäjät koskaan huomioi niitä.’* (Sandberg 2008) Suurin riski, kun kyseessä on ruotsinkielisten palveluiden saatavuus tulevaisuudessa, on se, että ruotsin kielen läsnäolo organisaatiossa ei ole tarpeeksi suuri, jotta se takaisi ruotsinkielisten tarpeiden huomioimisen. Ja sitten olemmekin palanneet kysymykseen kansalliskielten tasavertaisuudesta sekä enemmistön kyvystä nähdä vähemmistön tarpeet.

Sen lisäksi on todennäköistä, että osa sote-uudistuksen vaikutuksista ruotsinkielisten palvelujen saatavuuteen näkyy vasta ajan kuluessa, sillä muutokset tapahtuvat asteittain. Instituutiot ovat muutosvastaisia, ja ruotsia puhuva henkilöstö ei yhdessä yössä lakkaa puhumasta ruotsia. Mutta jos ruotsia osaava henkilökunta pikku hiljaa korvataan suomenkielisellä henkilökunnalla, jolla ei ole ruotsin taitoja, se vähentää ruotsinkielisiä palveluita ajan kuluessa.

<sup>2</sup> Sandbergin kirjoitus käsittelee oikeastaan kunta- ja palvelurakennemuutosta, mutta hänen ruotsinkielisen terveydenhuollon järjestämistä koskevat pohdintansa ovat yhtä relevantteja nyt kuin vuonna 2008. Uudempi versio keskustelusta, katso Sandberg (2015).

## KIELIPOLITIikka SOTE-UUDISTUKSESSA

JOTTA PALVELUITA SAADAAN ruotsin kielellä myös vastaisuudessa, sote-uudistuksen täytyy sisältää hyvää kielipolitiikkaa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen (Kotus) mukaan *‘kielipolitiikalla tarkoitetaan keinoja, joilla yhteiskunnassa tuetaan, suunnitellaan ja järjestetään eri kielten asemaa’* (Kotus: Kielipolitiikka). Kielipolitiikka ei siis harjoiteta ainoastaan lakeja säätämällä, päinvastoin kielipolitiikkaa tehdään hyvin hienovaraisin keinoin: rahoituspäätöksillä ja muiden lakien vaikutuksista<sup>3</sup> (Lappalainen ym. 2010). Sote-uudistukseen liittyvällä lainsäädännöllä tulee olemaan merkittävät vaikutukset maan kielipolitiikkaan – mitä kysymys ruotsinkielisistä palveluista tosiasiaassa on.

On hyvä huomata, että palveluiden järjestäminen ei ole nollasummapeliä – ruotsinkielisten palveluiden saatavuuden edistäminen ei tarkoita, että niitä edistetään suomenkielisten palveluiden kustannuksella tai että se välttämättä olisi kalliimpaa tai vaikeampaa.

Sote-uudistuksen yhteydessä kohtuullinen kielipolitiikka tarkoittaa sitä, että huomioidaan niitä seikkoja, joiden tiedetään edistävän ruotsinkielisiä palveluita. Kohtuulliseen kielipolitiikkaan kuuluu:

- **KAKSIKIELISTEN ALUEIDEN säilyttäminen niin yhtenäisinä kuin mahdollista niin, että ruotsinkielinen väestö jakautuu niin harvoille alueille kuin mahdollista.**

Tätä voidaan pahimmillaan ymmärtää pelkästään RKP:n poliittisia vaikutusmahdollisuuksia koskevana kysymykse-

*3 ”Kielipolitiikkaa ei tehdä vain kielilakeja säätämällä, vaan se syntyy pitkälti varsin huomaamattomin keinoin: esimerkiksi rahoituspäätöksistä, muiden lakien vaikutuksista ja yritysten kielivalinnoista. Keskeisiä toimijoita täällä kentällä ovat paitsi poliittiset päättäjät myös yritykset, koululaitos, media, kielen ammattilaiset – viime kädessä kaikki kieliyhteisön jäsenet.” (Lappalainen ym. 2010)*

nä. Tässä kohtaa perusteena tosin on kysymys palveluiden järjestämisestä ja toiminnan käytännön edellytyksistä - mitä suurempi on alueen ruotsinkielinen väestö, sitä suurempi on todennäköisyys, että palvelut myös toimivat ruotsiksi. Tämän periaatteen takana on (vähintään) kolme mekanismia:

- Tarvitaan tietty *kriittinen massa* (vrt. Moss Kanter 1977), jotta kaksikielisiin toimintayksiköihin saadaan riittävän monta työntekijää, jotka puhuvat molempia kieliä. Mitä suurempi ruotsinkielisen väestön osuus on alueella, sitä enemmän on ruotsia äidinkielenä puhuvia työntekijöitä ja sitä enemmän on suomenkielisiä työntekijöitä, joilla on riittävät ruotsin taidot, jotta toimintayksikkö toimii käytännössä kummallakin kielellä.
- Poliittisessa organisaatiossa ja toiminnassa tarvitaan *ruotsin kielen läsnäolo*, jotta alueiden johto ja hallinto pitävät ruotsin kieleen liittyviä kysymyksiä huomionarvoisena asiana palveluiden järjestämisessä (vrt. Phillips 2000). Niin kutsutun Kokkolan tapauksen ratkaisussa oli kyse juuri tästä: organisaatiossa, jossa pienemmästä väestöryhmästä tulee liian pieni, ei ole hallinnollisia edellytyksiä ylläpitää palveluita (lisää tähän liittyvästä keskustelusta, katso Suksi 2012).
- Kriittinen massa on riittävän pätevyyden edellytys. Joskus on aiheellista järjestää suomen- ja ruotsinkielinen toiminta erikseen. Erilliset yksiköt voivat olla tarpeen muun muassa silloin, kun kyseessä on potilaiden erityistarpeet (esimerkiksi tietyt hoitomuodot/tiettyjen ryhmien hoito; lapset, dementian hoito, mielenterveyshuolto) tai siksi, että henkilökunnalta puuttuu riittävät kielitaidot (esimerkiksi Pihlajamäki 2013). Ruotsinkieliset yksiköt eivät myöskään saa jäädä liian pieniksi. Liian pienet yksiköt ovat ongelmallisia tuottavuuden kannalta, mutta myös siksi, että tietty kriittinen massa henkilökunnassa on tarpeen ammattitaidon ylläpitämisen kannalta. Ruotsinkielisten yksikköjen edellytysten täytyy olla tarpeeksi hyvät, jotta ne voivat olla yksiköitä muiden joukossa, eivätkä jatkuvia

poikkeuksia, jotka ovat olemassa vain hyvästä tahdosta.

Kohtuulliseen kielipolitiikkaan kuuluu myös se, että ruotsinkielisiä palveluita ei tietoisesti huononnetta tuhoamalla toimivia kielellisiä rakenteita. Esimerkkinä tästä ovat suunnitelmat muuttaa Vaasan sairaanhoitopiirin toimintaedellytyksiä siten, että ainoa sairaanhoitopiiri, jolla tänä päivänä on ruotsi enemmistön kielenä, jatkossa alennetaan. Hallituksen virkamiesselvitys (5.II.2015), josta käy ilmi toive, että ruotsinkielisten palveluiden saatavuuden tulee olla yhtä hyvä sote-alueella, jonka enemmistökieli on suomi, osoittaa valitettavasti puutteellista näkemystä siitä, miten sote-alueiden organisoiminen ja johtaminen vaikuttavat kielellisiin palveluihin.

- POLIITTISET VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET ruotsinkielisten palveluiden osalta tarkoittavat todellista päätösvaltaa.

Joissakin organisaatioissa, joissa ruotsinkieliset ovat selvänä vähemmistönä, ruotsinkielisten vaikutusmahdollisuudet ratkaistaan vähemmistökielisellä lautakunnalla. Esimerkki tästä on sairaanhoitopiirien kielilautakunnat. Näissä lautakunnissa on ainakin kaksi ongelmaa: Ensinnäkin näiltä lautakunnilta puuttuu useimmiten päätäntävalta. Toiseksi lautakunnat valitaan alueen poliittisen paikkajaon mukaisesti. Tämä kuulostaa kohtuulliselta. Käytännössä se kuitenkin tarkoittaa kaksikielistä näkökulmaa, joka ei huomioi sitä, että alueilla joissa suomi on enemmistökielenä paikkajako näyttää erilaiselta kuin alueilla, joissa ruotsi on enemmistökielenä. Lopputuloksena on, että enemmistö lautakunnan paikoista jaetaan henkilöille, jotka edustavat sellaisia puolueita (ja henkilöitä), jotka eivät yleensä ole erityisen kiinnostuneita ruotsinkielistä väestöä koskevista kysymyksistä. Lautakunta edustaa näin ollen enemmänkin alueen väestöä ruotsiksi, kuin alueen ruotsinkielistä väestöä.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Lisää kieliryhmien edustuksesta, katso Linda Lindbolmin teksti.

Sote-uudistukseen liittyen on tärkeää todeta, että ruotsinkielisten palveluiden osalta poliittisen vaikuttamisen tulee paremminkin hakea vaikutteita sivistystoimen organisoinnista kuin nykyisistä 'ruotsinkielisistä lautakunnista' (vrt. Enestam & Henricson 2015, myös Böhme ym. 2014)

- RUOTSIN KIELI ON vastuualue toiminnan suunnittelussa

Ehdotuksia ja neuvoja kaksikielisten palveluiden edellytysten parantamiseksi hallinnossa ja palveluissa löytyy runsaasti. Hyviä esimerkkejä ovat muun muassa seuraavat: Valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta (2006, 2009, 2013), Folktingetin toimintaohjelma kahden elinvoimaisen kansalliskielen puolesta (2011), joka myöhemmin johti Kansalliskielistrategiaan (2012), Suomen Kuntaliiton Ruotsinkielisen palvelun arvioinnin käsikirja (2007) sekä Kahden kielen seitsemän teesiä kunnille (Henriksson 2012), Kaksikielisten kuntien hallintomalleja (Enestam & Henricson 2015) sekä useat Magman kielikysymyksiä käsittelevät raportit. Kunnalliselta tasolta esimerkiksi Vantaan kaupungin kaksikielisyysohjelma (2013) on rehellinen ja rakentava esimerkki.

Sote-uudistuksen yhteydessä ei voi liiaksi korostaa sen tärkeyttä, että **jollain täytyy olla selvä vastuu ruotsinkielisistä palveluista**. On hienoa, jos voidaan nimittää poliittisen vastuun kantaja, mutta koska ruotsinkielisten palvelujen toteuttajia ovat työntekijät, on mahdollisesti vieläkin tärkeämpää, että **joka-isella sote-alueella nimetään ruotsinkielisistä palveluista vastaava henkilö**. Vastuuhenkilön lisäksi ruotsinkieliseen toimintaan tarvitaan selkeät ja toistuvat tavoitteet, joiden lähtökohtana on suunniteltu, asteittainen ruotsinkielisten palveluiden parantaminen (vrt. Henriksson 2015).

Miten sote-uudistus tulee vaikuttamaan ruotsinkielisiin palveluihin, riippuu hyvin pitkälle siitä, miten uudistus toteut-

etaan sote-alueilla eli miten toiminta järjestetään käytännössä. Tämä voi tarkoittaa enemmän tai vähemmän kieliystävällistä organisoimista.

Sote-uudistuksen tavoitteena on tasoittaa hoitoon pääsyn eroja. Laaduntasaus on positiivinen, jos sen tavoitteena on nostaa kaikki toiminta samalle tasolle. Erojen tasoittaminen tuo tosin merkittäviä riskejä eri toimintojen ruotsinkielisille osille. Mitä enemmän on yhteensovitusta, laatustandardeja, ja mitä yhdenmukaisempaa toiminnan tulee olla, sitä pienemmäl-  
tä näyttää ruotsinkielisille ratkaisuille jäävä tila, sillä ne ovat usein hieman pienempiä, niiden alueellinen organisointi on poikkeavaa tai niihin sisältyy useampia toimintoja kuin suomenkielisellä taholla. Nämä ruotsinkieliset yksiköt – missä niitä ylipäänsä on olemassa – eivät sovi samaan toimintamalliin, ja siksi ne erottuvat yhdenmukaistamisessa. Esimerkiksi Helsinki, Espoo ja Vantaa ovat viime vuosien aikana järjestäneet sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleen ja siirtyneet yksijohtajamalliin, joka järjestelmällisesti sulkee pois kielikysymyksistä vastaavan edustajan johtoryhmistä. Näin kielikysymykset joutuvat ulkopuolelle, ja virkamiehet, joiden tehtävänä on valvoa ruotsinkielisten etuja, joutuvat työstämään kieliin liittyviä ratkaisuja jälkeinpäin (Mustajoki 2009:18).

- RUOTSIN KIELEN tulee olla mukana tilaajatoiminnassa

Jos sote-uudistus johtaa siihen, että sote-alueen keskeisenä tehtävänä on keskittyä hoidon järjestämiseen ja hankintaan eri toimijoilta, on välttämätöntä että ruotsin kieli on edustettuna yksikössä, jossa tilaukset tehdään. On myös välttämätöntä, että jollakulla yksikössä on vastuu ruotsinkielisten asioiden hoitamisesta, jotta ruotsinkieliset palvelut eivät putoa pois eri kilpailutusprosesseista.

- LAINSÄÄDÄNTÖÖN SISÄLLYTETÄÄN kokeilupykälä

Jotta terveydenhuollon uudistus ei ainakaan muodollisista syistä sulkisi ovea ”normaaleihin” rakenteisiin kuuluvilta välttämättömiltä poikkeuksilta, olisi suotuisaa, että lainsäädännössä olisi kokeilupykälä. Silloin lakiin olisi jo alusta alkaen kirjattu mahdollisuus poiketa tietyistä normeista tietyissä olosuhteissa. Tällä tavoin tuettaisiin innovatiivisia ratkaisuyrityksiä sekä ratkaistaisiin myös osa niistä kysymyksistä, jotka eivät sovi hallituksen nykyisiin suunnitelmiin. Tämä antaisi lakisääteisen mahdollisuuden siihen, että vähemmistökielellä tarjottavat palvelut voitaisiin järjestää muulla tavalla, jos palvelun saatavuus ei toteudu olemassa olevassa toiminnassa. Tällainen kokeilupykälä voisi mahdollisesti helpottaa Kärkullan kuntayhtymän kaltaisen toimijan tulevaisuutta sekä myös muita ruotsinkielisiä intressejä (ongelmakäyttäjien, vammaisten, näkövammaisten, kuntoutujien ja mielenterveyshuollon jne. ruotsinkieliset palvelut). Tämän tyyppisten ruotsinkielisten palveluiden tulevaisuuden haasteita on vähintään kaksi: Ensimmäinen ongelmakategoria koskee ruotsinkielisten palveluiden saatavuutta. Toinen kategoria koskee kehitystyön, osaamisen lisäämisen ja yhteensovittamisen mahdollisuuksia ruotsiksi. Erityisesti viimeksi mainitun kategorian (joka jo nyt toimii osittain puutteellisesti) riskinä on, että sote-uudistus huonontaa näitä mahdollisuuksia huomattavasti.

- henkilöiden tulee voida valita ruotsinkieliset terveystalvelut

Hallituksen sote-uudistusta koskeviin suunnitelmiin kuuluu suurempi valinnanvapaus. Ruotsinkielisten palveluiden

*5 Tämä on täysin yhteneväinen perustuslain 122§, 1 momentin kanssa (731/1999): Hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejako-otuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan.*



kohdalla tämä voi tarkoittaa parannusta palveluiden saatavuudessa. Ruotsinkielisestä näkökulmasta katsottuna valinnanvapausmalli on kannatettavampi vaihtoehto (Henricson 2014:27) kuin muut hankintatavat, sillä hankinnoissa joku toinen tekee valinnat väestön puolesta. Ruotsinkielisten palveluiden takaa-minen on osoittautunut vaikeaksi hankintoja tehdessä.

- KIELELLISET VAIKUTUKSET täytyy selvittää ennen päätösten tekemistä

On olemassa lukuisia erilaisia suosituksia siitä, miten kielellisiä vaikutuksia voidaan selvittää etukäteen niin, että selvitys tosiaan arvioi vaikutukset (Suksi 2012, katso myös Sundquist & Oulasvirta 2011). Jotta kielellisten vaikutusten arvioinneissa olisi mieltä<sup>6</sup>, ne täytyy tehdä rehellisesti ja niin aikaisessa vaiheessa prosessia kuin mahdollista, jotta niillä olisi vaikutusta lopputuloksen kannalta.

## LÄHTEET

**Böhme, Cecilia, Hägglund, Henrik & Stefan Sjöblom (2014):** *Bildningsförvaltningen och skolan. Rekommendationer för en fungerande svensk bildningsförvaltning*, 2/2014 SSKH Notat, Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet, Helsingfors

**Enestam, Jan-Erik & Marcus Henricson (2015):** *Yksi kunta, kaksi kieltä. Kaksikielisten kuntien hallintomalleja*, Ajatushautomo Magma 1/2015, Helsinki

*6 Perhe- ja peruspalveluministeri Juba Rebula on luvannut sote-uudistukseen kielellisten vaikutusten arvioinnin. 'Viimeistään silloin kun ehdotus menee eduskuntaan tulee kaikkien vaikutusarviointien olla mukana', Juba Rebula totesi, kun hallitus esitteli kärkibankeitaan torstaina 3. syyskuuta 2015. (Västra Nyland 4.9.2015, sivulla 17)*

**Handlingsprogram för ett Finland med två nationalspråk (2011)**, Svenska Finlands folkting, Helsingfors

**Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kieliohjelma (2007/2010)**

**Henricson, Marcus (2014):** *Metropolialueen ruotsinkielisten palvelujen hallintomalli*, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Henriksson, Linnéa (2010):** *Språkgruppernas relation till varandra och till den kommunala offentligheten, i Det finlandssvenska sociala kapitalet. Fakta och fiktion* av Sundback, Susan & Fredrica Nyqvist (red.) (2010), Svenska Litteratursällskapet i Finland, Helsingfors

**Henriksson, Linnéa (2011):** *En- eller tvåspråkiga lösningar? Om språkliga konsekvenser vid sammanslagningar*, Tankesmedjan Magma, Helsingfors

**Henriksson, Linnéa (2012):** *Två förvaltningspråk*, Finlands Kommunförbund, Helsingfors

**Henriksson, Linnéa (2015):** *Språk i strategier: Spelar strategier någon roll för svensk service?*, teoksessa *Makten att kombinera. Utmaningar vägval och handlingskraft i Svenskfinland*, Sjöblom, Stefan & Siv Sandberg, Svenska Kulturfonden, Helsingfors

**Herberts, Kjell (2009):** *Service på svenska och finska – ett medborgarperspektiv*, Institutet för finlandssvensk samhällsforskning vid Åbo Akademi, Vasa

**Herberts, Kjell (2015):** *I skilda världar? Finlandssvenskarna och strukturerna*, teoksessa *Makten att kombinera. Utmaningar vägval och handlingskraft i Svenskfinland*, Sjöblom, Stefan & Siv Sandberg, Svenska Kulturfonden, Helsingfors

**Kanter, Rosabeth Moss (1977):** *Men and women of the corporation*, Basic Books, New York

**Kielipolitiikka**, Kotimaisten kielten keskus

<http://www.kotus.fi/kielitieto/kielipolitiikka> (08.04.2016)

**Lappalainen Hanna, Marja-Leena Sorjonen ja Maria Vilkkuna (toim.) 2010:** *Kielellä on merkitystä. Näkökulmia kielipo-*

*litiikkaan*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 160 ja SKS:n toimituksia 1262. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Suomalaisen Kirjallisuuden Seura

**Mustajoki, Marianne (2009):** *Svenskans ställning i metropolen. Språkkonsekvenser av samarbetslösningar i huvudstadsregionen*, Tankesmedjan Magma 3/2009, Helsingfors

**Kansalliskielistrategia. Valtioneuvoston periaatepäätös (2012)**, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2012

**Marianne Pekola-Sjöblom (2012):** *Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina. Tutkimus kuntalaisten mielipiteistä kunnallisista palveluista ARTTU-tutkimuskunnissa vuosina 2008 ja 2011*, Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 21, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Phillips, Anne (2000):** *Närvarons politik – den politiska representationen av kön, etnicitet och ras*, Studentlitteratur, Lund

**Pihlajamäki, Eini (2013):** *'De talar finska över huvudet på mig'. Perspektiv på svenskspråkig mentalvård*, Tankesmedjan Magma, Helsingfors

**Ruotsinkielisen palvelun arvioinnin käsikirja**, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Sundquist, Salme & Leena Oulasvirta (toim.) (2011):** *Vaikutusten ennakoarvointi kunnallisessa päätöksenteossa*, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

**Sandberg, Siv (2008):** *Svenskfinland och kommunreformen – en karta över förändringar under ytan*, Svenskbygden 4/2008

**Sandberg, Siv (2015):** *Kommunernas Svenskfinland i reformcentrifugen: Fem scenarier och deras konsekvenser för det svenska*, teoksessa *Makten att kombinera. Utmaningar vägval och handlingskraft i Svenskfinland*, Sjöblom, Stefan & Siv Sandberg, Svenska Kulturfonden, Helsingfors

**Suksi, Markku (2012):** *Kielellisten vaikutusten ennakoarvointi lainsäädännön ja hallinnon muutosten valmistelussa*, Selvityksiä ja ohjeita 68/2012, Oikeusministeriö, Helsinki

Suomen perustuslaki (731/1999)

**Svenska Bildningsförbundet (2013):** *Undersökning av österbottniska kommuners inställning till kommunsammanslagningar*, utförd av Taloustutkimus

**Valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2006**, Oikeusministeriö 2006

**Valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2009**, Oikeusministeriö 2009

**Valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2013**, Oikeusministeriö 2013

**Vantaan kaupungin kaksikielisyysohjelma (2013)**

[https://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/106610\\_Kaksikielisyysohjelma.pdf](https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/106610_Kaksikielisyysohjelma.pdf) (22.12.2015)

Västra Nyland 04.09.2015

**Virkamiesselvitys: Uusien itsehallintoalueiden muodostaminen (05.11.2015)**

<http://alueuudistus.fi/lausuntopyynnot>

**Westman, Johanna (2011):** *Språket på agendan i metropolen – med service på svenska i fokus*, Tankesmedjan Magma, Helsingfors



## KIELELLISET OIKEUDET UUDESSA TERVEYDENHUOLLON HALLINTOMALLISSA

LINDA LINDHOLM

VIIME VUODET OVAT olleet kiireistä aikaa Suomen tulevan kunta- ja aluehallinnon järjestämiseksi sekä kielellisten oikeuksien ja niiden toteutumisen suhteen. Eniten keskustelua on kieltämättä herättänyt ehdotus uudeksi laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Kielikysymyksiäkin on sivuttu, vaikkakaan ne eivät ole nousseet uudistuksen ja sen eri vaiheiden kärkiotsikoihin. Käynnissä olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistyössä on tärkeää analysoida kuinka kielelliset oikeudet toteutuvat sairaanhoitopiireissä ja verrata mallia Stubbin hallituksen marraskuussa 2014 asettamaan ehdotukseen sosiaali- ja terveydenhoidon uudelleenjärjestämiseksi.<sup>1</sup> Yhtäläillä on ajankohtaista mieltä kieli-oikeudellisia kysymyksiä pääministeri Sipilän hallituksen valmistelussa olevan sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen hallintomallin yhteydessä. Tämän artikkelin tarkoitus on kuvata tässä yhteydessä oleellista lainsäädäntöä sekä sitä, miltä kielelliset oikeudet näyttävät sairaanhoitopiireissä tänään ja kuinka kielellisiä oikeuksia tulisi toteuttaa ja organisoida uudessa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden hallintomallissa.

Kielilainsäädännön historiallinen perusta on vuoden 1919 hallitusmuodossa. Hallitusmuodon 14 §:ssä säädetään, että Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Pykälässä määritellään myös, että kielilainsäädännön tulee rakentua tasa-arvoperiaatteelle, ei enemmistöperiaatteelle. Kieliä on siten kohdeltava tasa-arvoisesti, vaikkakin toinen niistä on enemmistön kieli.

*1 HE 324/2014*

Tämä periaate on Suomen voimassaolevan perustuslain 17 §:ssä, jonka kaksi ensimmäistä momenttia kuuluu seuraavasti: *'Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan.'*

Hallitusmuodon 14 § muodosti perustan kielilaille, joka astui voimaan vuonna 1923. Lakia muokattiin vuonna 1975, koska sen soveltamisessa yksityishenkilöiden kieliturvaan ja hallintoelinten toimintoihin havaittiin puutteita.<sup>2</sup> Nyt voimassa oleva kielilaki on vuodelta 2003. Kielilainsäädäntö pohjautuu alue- ja yksilöperiaatteiden yhdistelmään hallintoalueilla. Se, mitä kieltä on käytettävä eri tilanteissa, määräytyy sekä hallintoyksikön että henkilön kielen mukaan. Kielialuejaon pohjana on kunta.<sup>3</sup> Suomen perustuslain 19 § määrää, että julkisen vallan on turvattava kaikille kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveystalvetut sekä edistettävä väestön terveyttä. Tätä määräystä noudattaakseen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.<sup>4</sup>

Tämänhetkisiä kaksikielisiä sairaanhoitopiirejä ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Vaasan sairaanhoitopiiri, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri.<sup>5</sup> Terveystalvettolain (1326/2010) 6 § määrää, että yksikielisten kuntien ja sairaanhoitopiirien kun-

<sup>2</sup> Liljeström (1976:336-338).

<sup>3</sup> Liljeström (1976:339).

<sup>4</sup> [kunnat.net](http://kunnat.net), 31.3.2014.

<sup>5</sup> Kielilain 5 § perusteella. Myrskylän kunta tekee Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiristä kaksikielisen. KHO:n päätöksellä 2004:107 ruotsinkieliset myrskyläläiset saavat kuitenkin erikoissairaanhoitonsa HUS:lta.

tayhtymien on järjestettävä terveydenhuollon palvelut kunnan tai kuntayhtymän kielellä.

Kaksikielisten kuntien ja kuntayhtymien, joihin kuuluu kaksikielisiä tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia, on järjestettävä terveydenhuoltopalvelunsa suomeksi ja ruotsiksi, jotta asiakkaita ja potilaita palvellaan näiden valitsemalla kielellä.<sup>6</sup> Kielellisistä oikeuksista erikoissairaanhoidon alueella on määrätty erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 18 ja 21 §:ssä. 18 §:ssä määrätään vähemmistökielisestä lautakunnasta ja 21 §:ssä vähemmistökielisen lautakunnan alaisesta osavastuualueesta. Vähemmistökielisten lautakuntien tehtävä on huolehtia siitä, että piirit turvaavat toiminnassaan asukkaidensa kielelliset oikeudet.

Terveydenhuollossa viitataan usein lisäksi lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista ja sen 5 §:ään, joka koskee potilaan tiedonsaantioikeutta. Määräyksen mukaan potilaalla on oikeus saada tietoja häntä itseään koskevista asioista, jotta hän ymmärtää tiedon sisällön ”riittävästi”. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa viestiä potilaan kielellä, on tulkkia käytettävä ”mahdollisuuksien mukaan”. Määräys ei kuitenkaan koske kansalliskieliä kaksikielisisä kuntayhtymissä. Kielilain 18 § oikeudesta tulkkaukseen koskee yksikielisiä viranomaisia. Kielilain 10 § säätelee yksityishenkilön kielellisistä oikeuksista viranomaisissa. Kielilaki antaa myös muutoin käytännön ohjeita viranomaisten velvollisuuksista, jotta kielelliset oikeudet toteutuisivat.

Kielellisten oikeuksien toteutuminen käytännössä pohjautuu siis perustuslakiin, kielilakiin sekä erityislainsäädännön kielimääräyksiin. Kielilainsäädännössä yhä tärkeämmäksi kysymykseksi on noussut, kuinka pitkälle kielilakia on mahdollista pitää yleislakina, joka toimii sellaisenaan riittävänä

*6 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2007:1. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2007:1. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2007:1.*



ohjenuorana kielellisiä oikeuksia turvaaville tahoille. Vastavasti kuinka tarpeellista on kirjata kieltä koskevia määräyksiä erityislainsäädäntöön. Kielilain pitämistä pääasiallisena ohjenuorana on kritisoitu siksi, ettei se käytännössä ole yksinään riittävä.

Viime vuosien aikana kielimääräyksiä on nimittäin ehdotettu poistettavaksi erityislainsäädännöstä useissakin tapauksissa – tai on jo jopa poistettu. Uudesta laista alueiden kehittämisestä ja rakennerahastotoiminnan hallinnoinnista (7/2014) poistettiin määräys kielellisten palveluiden toimikunnasta, joka oli kirjattu tätä edeltävään lakiin vain viisi vuotta sitten. Nyt voimassa olevan kuntalain (410/2015) valmistelun yhteydessä hallitus esitti, että tuolloin voimassa olleen lain (365/1995) 50 § poistettaisiin.<sup>7</sup> Pykälä velvoitti kuntia määräämään hallintosäännössään eri kieliryhmille samanlaisin perustein annettavista palveluista. Uudessa kuntalaissa määräys on kuitenkin edelleen kirjattuna 90 §:ssä siten, että hallintosäännön tulee sisältää määräyksiä, joita tarvitaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Svenska Finlands folktinget -järjestö on huomannut saman ilmiön sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta koskevan lain<sup>8</sup> sekä sosiaalihuoltolain<sup>9</sup> valmistelussa.<sup>10</sup>

On aiheellista kysyä, onko kielilaista tulossa tekosyy poistaa erityislainsäädännöstä tiettyjä määräyksiä kielellisistä oikeuksista. Folktinget on kiinnittänyt huomiota juuri tähän oikeuskanslerille lähettämässään kirjelmässä lainsäädännön kielimääräyksistä.<sup>11</sup> Folktinget toteaa, että yksi syy kielimääräysten poisjättämiseen on ilmoitettu olevan sen, että ”*ne koetaan*

7 Svenska Finlands Folkting, lausunto 21.I 2015.

8 HE 108/2014.

9 HE 164/2014.

10 Svenska Finlands folkting, kirjelmä Oikeuskanslerille 2013.

11 Svenska Finlands folkting, kirjelmä 14.II 2014.

*tarpeettomiksi, erityisesti kun otetaan huomioon kielilakiin sisältyvät kielimääräykset*". Samaa perustelua käytettiin silloin, kun aiemmin mainittu kielellisten palveluiden toimikuntaan velvoittava kirjaus poistettiin maakuntaliitoilta.<sup>12</sup> Kielilain esityöt ovat kuitenkin vastakohtaisia niiden perusteluiden kanssa, joita on käytetty kielimääräysten poistamiseksi erityislainsäädännöstä, ja jotka antavat kielilaille kokonaisvastuun kielellisiä oikeuksia koskevan sääntelyn osalta. Esitöissä todetaan päinvastoin, että vaikka kokonaiskuvan saaminen voimassa olevasta sääntelystä olisi helpompaa jos kaikki kieltä koskevat säännökset koottaisiin samaan lakiin, tulisi kaikki kieltä koskevat säännökset sisältävästä laista kuitenkin hyvin laaja ja eri soveltamistilanteissa epäkäytännöllinen. *"Tämän vuoksi on pidetty parempana, että (...) tarkemmat säännökset sisältyvät erityislainsäädäntöön. Näin asianomaisen hallinnonalan virkamiehet ja muu henkilöstö helpommin löytävät juuri heitä koskevat säännökset."*<sup>13</sup>

ON SELVÄÄ, ETTÄ on olemassa erilaisia käsityksiä kielilain tehtävästä perustuslaillisten kielellisten oikeuksien turvaajana. Mahdollinen selitys sille aaltoliikkeelle, joka on havaittavissa asennoitumisessa kielilakiin kaikenkattavana kielilainsäädäntönä verrattuna erityislainsäädännön tarpeellisuuteen, voi olla kronologisesti ja/tai poliittisesti muuttuva tapa lähestyä kielilainsäädäntöä. Klami toteaa vapaasti käännettynä, että: *"Olisi selkeintä tunnustaa avoimesti, että ne oikeusjärjestyksen osat, jotka ovat syntyneet eri aikakausilla, heijastavat erilaisia näkemyksiä niistä arvoista ja tavoitteista, jotka otetaan huomioon oikeudellisessa sääntelyssä. Erityisesti kun eri henkilöiden käsitykset yhteiskunnasta ovat poikenneet toisistaan. Siksi on ongelmallista puhua lainsäätäjän tahdosta, joka tästä näkökulmasta katsottuna muodostaa pohjan oikeuden objektiivisuudelle"*.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> HE 190/2013, sivulla 40.

<sup>13</sup> HE 92/2002, sivulla 50.

<sup>14</sup> Klami (1987:81).

Vaikka tämän havainnon alkuperäinen tarkoitus ei mahdollisesti ollutkaan keskustella lakialoitteen poliittisesta valmistelutyöstä, on sellainenkin tulkinta helppo tehdä. Lainvalmistelun objektiivisuus ei ole välttämättä absoluuttista. Useimmat lait syntyvät hallituksen ehdotuksen pohjalta ja tämän kokoonpano ja agenda voivat vaihdella. Näkemys vaikkapa kielilainsäädännöstä ei ole välttämättä sama kaikissa ministeriöissä ja kaikissa puolueissa. Siten ei ole mahdotonta, että lainsäädäntökäin peilaa joissain määrin näitä ”*lainvalmistelutyössä huomioitavia erilaisia mielipiteitä arvoista ja tavoitteista*”. Tätä analyysiä tukee Folktingetin lausunto siitä, että ministeriöt eivät aina huomaa kielimääräysten tarvetta lainvalmistelutyössä. Folktinget on tähdentänyt, että kielimääräysten puuttumisella voi olla seurauksia perustuslakiin pohjautuvien kielellisten oikeuksien varmistamiselle, ja että kielimääräyksiä koskevaa lainsäädäntöä täytyy kehittää. Folktinget korostaa myös kielellisten vaikutusten arvioinnin tarvetta.<sup>15</sup>

Kielellisin perustein muodostetut lautakunnat ja toimikunnat muodostavat perustan kielellisten oikeuksien toteutumiselle paikallishallinnossa. Seuraavaksi kuvaan lyhyesti kuinka nykyisten sairaanhoitopiirien lautakunnat valitaan ja kuinka ne toimivat kielellisten oikeuksien toteutumiseksi.

Sairaanhoitopiirien (kuntayhtymien) jäsenkunnat valitsevat edustajansa piirin valtuustoon. Valtuusto nimittää hallituksen.<sup>16</sup> Luottamuselinten vaalissa sovelletaan sekä suhteellisuusperiaatetta, joka tarkoittaa sitä, että toimielimen kokoonpano vastaa sitä ääniosuutta, jonka jäsenkuntien valtuustossa edustetut puolueet ovat saaneet kunnallisvaaleissa, että miesten ja naisten tasa-arvoperiaatetta.<sup>17</sup> Kuntakohtaisten

<sup>15</sup> *Svenska Finlands folkting, kirjelmä Oikeuskanslerille 2013.*

<sup>16</sup> *Poikkeuksena yliopistojen täyttämät paikat VSSHP:n ja HUS:n valtuustossa ja hallituksessa.*

<sup>17</sup> *Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (1986/609), 44 §.*

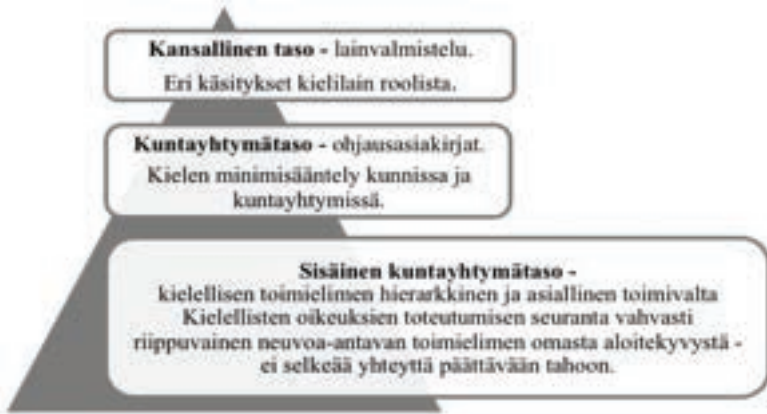
edustajien määrä määräytyy hiukan erilaisten kriteerien pohjalta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä määrä perustuu jäsenkunnan osuuteen peruspääomasta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Vaasan sairaanhoitopiirissä kuntakohmainen edustajien määrä pohjautuu puolestaan jäsenkunnan asukaslukuun.

Koska paikkajaon on oltava suhteellinen suhteessa äänimäärään, jonka eri jäsenkuntien valtuustoryhmät ovat saaneet, ovat poliittiset puolueet osallisina kuntayhtymän toimielimien asettamisessa. Tämän työn tekemisestä ei ole virallista sääntelyä, mutta käytännössä suurin puolue johtaa ja koordinoi neuvotteluja. Esimerkiksi Varsinais-Suomessa on asia järjestetty siten, että maakuntahallitus nimittää valintatoimikunnan, jonka sihteerinä toimii maakuntaliiton hallintojohtaja.

Valintatoimikunnan tehtävänä on valmistella liiton luottamustoimielimen vaali siten, että edustajistolle määrätyt kuntalain, tasa-arvolain ja kuntayhtymän perussopimuksen kriteerit täyttyvät. Käytännössä valintatoimikunta, kuten muutkin enemmän tai vähemmän viralliset toimielimet muissa maakunnissa, on ottanut tehtäväkseen hoitaa myös muiden kuntayhtymien, joskus myös sairaanhoitopiirin luottamuselinten valmistelun.<sup>18</sup> Ennen neuvottelujen käynnistymistä puolueet tutustuvat matemaattisen paikkajakoon ja sopivat keskuudessaan (puolue-edustajat jäsenkuntien kesken) paikkajakotavoitteistaan kunta- ja sukupuolikohtaisesti. Koska joillakin toimielimillä on määräksiä vaalikelpoisuudesta, esimerkiksi äidinkielen tai virallisen aseman suhteen (kuten jäsenyys omassa kunnanvaltuustossa), on mahdollista, että puolueet tekevät keskinäisiä tarkistuksia sen mukaan, keitä heillä on mahdollista esittää eri toimiin. Kuntalaisten oikeusturva on valtaosin repressiivistä, eli jälkikäteistä. Kuntalaisilla on mahdollisuus

*18 Tästä toiminnasta ja sen oikeusteoreettisesta näkökulmasta tarkemmin Lindholm (2015:27-43).*

hakea muutosta tehtyihin päätöksiin perustuslain 21 §:n ja kuntalain 135 §:ään kirjatun kunnallisvalituksen turvin. Tällä tavoin sovitut kunnallisvaalin jälkeiset päätökset voidaan siis viedä – ja on vietykin – tuomioistuimeen.<sup>19</sup>



Kuva 1. Kolme pääongelmaa kielellisten oikeuksien toteutumisessa kuntayhtymähallinnossa.

Kielellisten oikeuksien turvaamisen seuranta- ja kehitystyöllä kielellisissä lautakunnissa on jo pitkät perinteet.<sup>20</sup> Erikoissairaanhoidolain 18 §:n mukaan vähemmistökielisen lautakunnan jäseniksi on valittava erityissairaanhoidopiirin vähemmistökielisiä kuntia ja kaksikielisten kuntien vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä.<sup>21</sup> Nykyisessä mallissa kielellisten oikeuksien toteutumisessa on pääasiassa kolme ongelmaa.

<sup>19</sup> Tästä tarkemmin Lindholm (2015:35-41).

<sup>20</sup> Tore Modéen näki nämä kieleen perustuvat toimielimet vähemmistönäkökulmasta arvokkaana mahdollisuutena perustaa vähemmistökielisiin erikoistuneita toimielimiä viranomaisten sisällä. (Modéen 1977:80)

<sup>21</sup> Lautakunnan jäseniin ei siis sovelleta kuntalain 58 § vaatimusta siitä että kokoonpano on sovitettava sellaiseksi, että se vastaa jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kuntavaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella vaalilaissa säädetyn subteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Kansallisella tasolla haaste on lainvalmistelutyössä, jossa käsitykset kielilain roolista ja sen yleispätevyydestä vaihtelevat jonkin verran. Piiritasolla (kuntayhtymä) ongelmana on sisäisiin ohjausasiakirjoihin kirjattujen kielimääräysten laajuuden ja sisällön vajavuus. Käytännön työn haasteena on toimielimen toimivalta: sen ja päättävän tason vaillinaisen yhteys ja viestintä, sekä se, ettei toimielimellä itsellään ole päätäntävaltaa. Kielellisten oikeuksien toteutumisen seuranta jää siten kyseisen lautakunnan oman aloitekyvyn ja aktiivisuuden varaan.

Stubbin hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ehdotettiin, että viisi kuntayhtymää muodostaisi sote-alueet, joiden alaisuuteen muodostettaisiin korkeintaan yhdeksäntoista palvelujen tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää. Tämän päivän tilanteeseen verrattuna nämä alueet olisivat olleet suurempia, mikä olisi tarkoittanut myös kielellisten oikeuksien tulemistä toteutettaviksi suuremmalla alueella.

Hallitus totesi esityksessään, että perustuslain 17 § 2 mom. ja 122 § 1 mom. on otettava huomioon sote-alueita sekä tuottamisvastuullisia kuntayhtymiä muodostettaessa. Pykälillä tarkoitetaan sitä, että yhteensopivan aluejaon hallintoa järjestettäessä suomen- ja ruotsinkielisen väestölle on pyrittävä turvaamaan mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellä samanlaisin perustein. Hallitus viittasi perustuslakivaliokunnan mietintöön perustuslakiesityksestä, jossa valiokunta totesi, että kielelliset olosuhteet voivat merkitä sellaisia erityisiä syitä, joiden vuoksi voidaan poiketa sinänsä yhteensopivista aluejaotuksista, ja että kuntajaon muutokset eivät huononna kieliryhmien mahdollisuuksia tulla toimeen omalla kielellään<sup>22</sup>: ”Jos sosiaali- ja terveysalueella on yksikin suomen-, ruotsin tai kaksikielinen kunta, niin koko alueella hallinnolliset päätökset olisi tehtävä asiakkaan tai potilaan äidinkielellä tai hänen valitsemallaan kielellä, 22 *PeVM 10/1998, sivulla 35.*

suomeksi tai ruotsiksi. Myös palvelut tuottamisvastuualueella pitäisi antaa suomeksi tai ruotsiksi. Uudistuksen vaikutukset kielellisiin oikeuksiin riippuisivat siitä, miten kuntien pakollista yhteistoimintaa käytännössä toteutettaisiin.”<sup>23</sup>

Hallituksen mukaan uuden lain 7 § määräisi kielestä, jolla palvelut on järjestettävä. Säännösesitys huomioi perustuslain ja kielilain säännökset kansalliskielistä, suomen ja ruotsin kielestä ja henkilöiden oikeudesta käyttää niitä, sekä hallinnon kielestä. Jos sote-alueella on erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia, on hallinto ja palvelut järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi, kun taas alueilla jossa kaikki kunnat ovat yksikielisiä, palvelut ja niihin liittyvä hallinto järjestetään alueen kuntien kielellä. Lisäksi viitataan kielilain 10, 18 ja 20 §:ssä kirjattuun oikeuteen käyttää, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa sekä tarvittaessa saada tulkkausta suomen tai ruotsin kielellä. Hallitus huomioi myös viranomaisen velvollisuuden huolehtia oma-aloitteisesti huolehdittava siitä että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Yksikielisillä alueilla jokaisella on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada asiakirjat omalla kielellään silloinkin kun se on toinen kuin alueen kieli.

Kaavaillun 11 § 2 momentin perusteella järjestämisvastuuseen sisältyisi hallituksen mukaan myös vastuu perustuslain ja kielilain mukaisten kielellisten oikeuksien toteutumisesta sosiaali- ja terveystaloudissa. Hallitus viittaa tässä kielilain 23 §:ään kirjattuun viranomaisten velvollisuuteen huolehtia toiminnassaan oma-aloitteisesti siitä että kielelliset oikeudet toteutuvat sekä kielilaissa olevaan säännökseen, jonka mukaan viranomaisten on huolehdittava molempien kieliryhmien tiedonsaantitarpeista. Järjestämispäätöstä koskevassa 12 §:ssä hallitus ehdottaa kirjausta jonka mukaan väestön kielellisten oikeuksien toteuttamista sosiaali- ja terveystaloudella on selvi-

*23 HE 324/2014, sivulla 70.*

tettävä. Tehtävien ja palveluiden tuottamista koskevassa 16 pykälässä hallitus sallisi tietyin ehdoin oikeuden tuottaa palvelua yhdelle tai useammalle toimijalle määrääjäksi. Säännöksen tarkoituksena olisi turvata kielivähemmistöihin kuuluvien tarvitsemat palvelut.

Mahdollisuus keskittää osa sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista annettaisiin ehdotetussa 17 § kirjauksessa, jonka mukaan tuotantoa voitaisiin keskittää valtakunnallisesti tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille esimerkiksi kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Hallitus viittasi tässä terveydenhuoltolain 45 §:ään, jonka perusteella vaativan erityistason sairaanhoitoon liittyviä toimenpiteitä ja hoitoa voidaan keskittää jollekin tai joillekin erityisvastuualueelle. Tästä esimerkkinä voisi olla vaativat vammaispalvelut vähemmistökielellä.<sup>24</sup>

Sosiaali- ja terveystoimien kuntayhtymän toimielinten kokoonpanosta ja valinnasta ehdotettiin säädettävän 21 §:n kolmannessa momentissa, jossa hallituksen tarkoituksena oli alueen muiden toimielinten kokoonpanoa käsittelevän säädöksen kautta turvata ruotsinkielisen väestöryhmän edustus alueen hallituksessa; *”Ehdotuksen mukaan erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävän sosiaali- ja terveystoimien hallituksessa vähintään yhden jäsenen ja yhden varajäsenen on edustettava ruotsinkielistä väestöryhmää. Ruotsinkieliseen väestöryhmään kuulumisen tarkoittaa joko äidinkieltään ruotsinkielistä henkilöä tai henkilöä joka muulla tavalla kuuluu ja on kiinnittynyt ruotsinkieliseen paikallisyhteiskuntaan. Säännös ei kuitenkaan määrittele sitä poliittista ryhmää, josta ruotsinkielistä väestöä edustavan jäsenen on oltava. Muutoin sosiaali- ja terveystoimien toimielinten valinta ja kokoonpano määräytyvät kuntalain 81 §:n 4 momentin mukaisesti.”*<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Tällä alueella toimii nyt ruotsinkielisille Kärkulla samkommun.

<sup>25</sup> HE 324/2014, sivulla 93. Sitaatissa mainitut pykälät ovat kumotusta kuntalaista (365/1995). Uudessa kuntalaissa (410/2015) vastaava kirjaus löytyy 58 §:n 3 momentista.



Vähemmistökielen lautakunnasta ehdotettiin säädettävän 24 §:ssä. Ehdotetussa 24 §:ssä on erityisesti kolme mielenkiintoista avautusta tähän mennessä lakisäätteisten kuntayhtymien kielellisistä toimikunnista todetun valossa. Ensimmäiseksi ehdotettiin säädettävän, että lautakunnalla ei olisi sosiaali- ja terveystalveita sitovaa päätäntävaltaa. Tämä on linjassa kielitoimikuntien käytännön toiminnasta tehtyjen havaintojen kanssa, mutta erillistä määräystä tästä ei nykylainsäädännöstä ole löydettävissä. Toiseksi sana määritellä on lisätty selvittämisen ja arvioinnin rinnalle kielellisen vähemmistön palvelujen tarpeen, saatavuuden ja laadun osalta. Käsitteen *määritellä* lisääminen viittaa toimivallan vahvistamiseen tällä alueella. Kolmanneksi ehdotettiin toisenlaista toimintatapaa lautakunnan asettamiseksi kuin mitä sairaanhoitopiireissä nyt on käytetty. Menettely vastaisi mallia jota nyt on käytetty Svenska Finlands folkting -järjestön edustajien valinnassa.<sup>26</sup>

Tämä tarkoittaisi sitä, että lautakunnan jäsenet olisi nimetty vähemmistökieltä edustavien ehdokkaiden kunnallisvaaleissa saaman ääniosuuden perusteella, vaalilain mukainen suhteellisuusperiaate huomioiden. Vähemmistökielisiä edustajia voitaisiin siten valita muistakin kuin alueen erikielisistä tai kaksikielisistä kunnista. Tämä eroaa tavasta jota on käytetty vähemmistökielen lautakuntien jäseniä valitessa. Vähemmistökielen lautakuntaan jäseniksi valitaan erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 18 §:n nojalla sairaanhoitopiiriin vähemmistökielisiä kuntia ja kaksikielisten kuntien vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä. Jossakin määrin tämän voisi katsoa heikentävän kaksikielisten kuntien asemaa, koska kotikunta ei enää olisi vaalikelpoisuuden määrittävä tekijä. Alla on kuvattu

*26 Svenska Finlands Folkting- nimisestä järjestöstä annetun lain 4 §:n 1 mom. mukaan edustajat valitaan kunnallisvaalien yhteydessä siten, että edustajanpaikkojen jakautuminen määräytyy ruotsinkielisten ehdokkaiden kunnallisvaaleissa saamien äänien perusteella.*

tämänhetkistä sairaanhoitopiirien kielellisten lautakuntien tilannetta verrattuna Stubbin hallituksen joulukuussa 2014 ehdottamassa mallissa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä esitettyihin muutoksiin. Kuvassa 2 on huomioitu kielellisten lautakuntien tehtäväkuva, juridinen toimivalta, luottamushenkilöiden valinta sekä ero muun kieleen perustuvan hallinnollisen edustuksen osalta.



Kuva 2. Sairaanhoitopiirien kieleen perustuvan edustuksen tämänhetkinen tilanne verrattuna Stubbin hallituksen ehdottamassa mallissa esitettyihin muutoksiin.

Marraskuussa 2015 Sipilän hallitus linjasi sote-uudistusta ja itsehallintoalueita koskevista periaatteistaan. Tarkoituksena

oli perustaa 18 itsehallintoaluetta<sup>27</sup>, joita myöhemmin alettiin kutsua maakunniksi. Uudistusta valmisteltaessa ajankohtaiseksi nousee myös kysymys kielellisten oikeuksien turvaamisesta hallinnollisissa ratkaisuisa. Oikeusturva näyttää nyt kielellisten oikeuksien osalta olevan pääosin repressiivistä, eli jälkikäteistä, jolloin todistusvastuu on pääasiassa potilaalla tai asiakkaalla. Määräystasolla kirjattu preventiivinen turva on usein minimitasolla ja aktiivinen kielellisten oikeuksien toteutus ex officio pitkälti riippuvainen kunkin hallintoelimen tai -yksikön aloitteellisuudesta. Tämä asettaa myös alueellisen tasa-arvon kyseenalaiseen valoon. Seuraavassa määritellään lähtökohtia kielellisten oikeuksien käsittelemiseksi uudessa hallintomallissa.

Yhdessä kielilain (423/2003) kanssa perustuslaki (731/1999) antaa yleisesti perusoikeuksien ja erityisesti kansalliskieliä koskevien säännöstensä kautta vakaan pohjan vaatimuksille siitä, että tulevaan sosiaali- ja terveyspalveluiden hallintomalliin on sisällytettävä ratkaisu kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Toukokuussa 2015 voimaan astunut uusi kunnallislaki (410/2015) on myös keskeisessä asemassa tässä yhteydessä. Muu asiaankuuluva lainsäädäntö on erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010). Kielellisten määräysten tarpeellisuutta erikoislainsäädännössä on käsitelty yllä. Kokemus on myös osoittanut, että tapa muotoilla kirjauksia joiden tarkoituksena on turvata kielellinen edustus voi olla ratkaisevassa asemassa näiden kirjausten käytännön tulkinnassa. Kirjaukset ovat monessa tapauksessa verrattain sallivia ja mahdollisia tulkita suhteellisen laajasti.

Ajankohtaisessa tapauksessa Varsinais-Suomen liiton asettama valintatoimikunta oli käsitellyt maakunnan aluepe-  
lastuslautakunnan kokoonpanoa.<sup>28</sup> Aluepe-  
lastuslautakuntaa

*27 Valtioneuvoston verkkosivuilla julkaistu tiedote 9.11.2015.*

*28 Valintatoimikunta, pöytäkirjat 15.1.2013, 7.2.2013, 28.2.2013.*

sääntelevään sopimukseen on kirjattu että lautakunnassa on oltava *ruotsinkielisen väestöryhmän edustus*.<sup>29</sup> Hallinto-oikeus määritteli ruotsinkielisen väestöryhmän edustajan seuraavasti: ”Hallinto-oikeus katsoo, että vaatimus, jonka mukaan ruotsinkielisen väestön pitää olla edustettuna pelastuslautakunnassa, tarkoittaa kyseisen edustajan kielellistä taustaa tai kielellistä identiteettiä. Tästä kielellisestä näkökannasta katsottuna edellytetään, että edustajalla on oleellinen ja henkilökohtainen yhteys ruotsin kieleen ja niihin, jotka käyttävät ruotsia äidinkielenään tai tärkeimpänä kielenään.”<sup>30</sup>

Aluepelastuslautakunnan asettaminen on hyvä esimerkki niistä ongelmista jotka voivat seurata siitä että kieliryhmän edustaja määritellään muotoilulla jonka tulkintamahdollisuudet ovat laajat. Ruotsinkielisen väestöryhmän edustaja ei ole yhtä selvä kirjaus kuin ruotsinkielinen henkilö. Selvyttä voidaan hakea kuntalain 30 §:stä, joka määrittelee kieliryhmän edustajan kaksikielisten kuntien sivistyshallinnon toimielimissä. Kummallekin kieliryhmälle asetettaviin toimielimiin ja jaostoihin valitaan henkilöitä jotka kuuluvat ko. kieliryhmään. Säännöstä voidaan tulkita laajasti niin että myös koulu- tai kotikieli voi määritellä kuulumisen kieliryhmään.<sup>31</sup> Säännös on siis jo sinänsä laaja. Kielellinen identiteetti tai tausta on sen sijaan yksittäiselle valmisteluelimelle mahdollisesti haastava määriteltävä sillä se avaa tulkintamahdollisuuksia jotka uhkaavat lipsua mielivaltaisuuden puolelle.

Toinen esimerkki ruotsinkielisen väestöryhmän edustajan määritelmän laajasta tulkinnasta löytyy myös Stubbin hallituksen ehdotuksesta 21 §:ksi, joka käsittelee sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän toimielinten kokoonpanoa ja valintaa. Hallituksen mukaan ”*ruotsinkieliseen väestöryhmään kuuluminen*

29 Kirjoittajan korostus.

30 Turun hallinto-oikeuden päätös 23.12.2014 nro 14/0387/1, diaarinumero 02064/13/2299.

31 Harjula & Prättälä (2012:235).

*tarkoittaa joko äidinkieleltään ruotsinkielistä henkilöä tai henkilöä joka muulla tavalla kuuluu ja on kiinnittynyt ruotsinkieliseen paikallisyhteiskuntaan*”.<sup>32</sup> Lainsäädäntövalmistelussa olisi syytä jatkossa yrittää sopia yhdestä muotoilusta ja määritelmästä kieliryhmän edustajan osalta. Eri muotoiluja käytettäessä asianomaiseen asiakirjaan tulisi kirjata kunkin muotoilun määritelmä.

Sosiaali- ja terveystalvelujen uudessa järjestämismallissa olisi hyödyllistä asettaa käyttäjäläheisyys lähtökohdaksi kielellisten oikeuksien turvaamista koskevia ratkaisuja luotaessa. Erytisesti seuraavia kolmea kysymystä tulisi pohtia; 1) miten käytännössä turvataan jokaisen oikeus käyttää viranomaisissa omaa kieltään? 2) miten preventiivistä, eli ennaltaehkäisevää oikeusturvaa voidaan vahvistaa? 3) miten taataan tiedonkulku niin että omakielisessä palvelussa esiintyvät ongelmat kulkeutuvat päättäjien tietoon ja johtavat toimenpiteisiin?

Perustuslain 122 § 1 momentin vaatimus siitä, että hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan, on huomioitava kun on kyse siitä miltä hallintoalueet maantieteellisestikin näyttävät. Tulevaisuudessakin mahdolliset uudet vastuualueet jaettaneen yksi- ja kaksikielisiin. Kuntalain 90 §:n mukaan hallintosäännössä annetaan tarpeelliset määräykset, joilla turvataan kielellisten oikeuksien toteutuminen kunnan hallinnossa. Vastaavia säännöksiä voisi kirjata alueita koskeviin lakeihin ja ohjesääntöihin. Säännökset voisivat hyvinkin konkreettisesti määritellä miten kielelliset oikeudet on tarkoitus turvata sekä palvelurakenteessa että niiden toteutumisen seurannan osalta.

Erilaiset kieleen perustuvat toimielimet voivat jatkossakin olla varsin käypä mahdollinen tapa järjestää kielellisten

<sup>32</sup> HE 324/2014, sivulla 93.

oikeuksien toteutuminen. Nykyisissä sairaanhoitopiireissä on vähemmistökielen lautakuntia. Kunnissa on kieleen perustuvia toimielimiä sivistyshallinnossa. Kuntalain 31 §:ssä annetaan lisäksi kunnanvaltuustolle mahdollisuus asettaa kaksikielisen kunnan muihinkin toimielimiin jaosto kumpaakin kieliryhmää varten. Tällöin jaoston jäsenet on valittava asianomaiseen kieliryhmään kuuluvista henkilöistä.

On syytä muistaa, että myös nykyisissä maakuntaliitoissa toimii kielellisten palveluiden toimikuntia. Nämä eivät aiemmin mainitun mukaisesti ole enää lakisäätteisiä sen jälkeen kun vuonna 2014 voimaan astuneesta laista alueiden kehittämisestä poistettiin niiden asettamista edellyttänyt säännös, joka oli kirjattu lakiin vain viisi vuotta aiemmin. Kaksikielisissä ELY-keskuksissakin on ollut vapaaehtoisuuteen pohjautuvia kielellisiä toimikuntia. Esimerkiksi Varsinais-Suomessa tällaisen elimen toiminta on kuitenkin vastikään päättynyt.<sup>33</sup>

Kielellisiä oikeuksia koskevaa työtä varten perustetut toimielimet vakiinnuttaa sen osana hallintoa. Kielitoimikuntien toimivalta on kuitenkin syytä määritellä tarkasti ja pitkäjänteisesti osaksi hallintorakennetta. Toimielimillä tulee olla päätäntävaltaa ja suora yhteys ylempiin hallintoelimiin. Tavoitteena tulee olla preventiivisen oikeusturvan vahvistaminen kielellisten oikeuksien osalta. Lähtökohtana tulee olla sellaisten toimielinten luominen jotka toimintansa kautta toteuttavat kielellisten vaikutusten arviointia. Siten ne myös myötävaikuttaisivat kielellisten oikeuksienkin kannalta kestävään päätöksentekoon eivätkä jäisi vain toiminnassa jo olemassa olevien heikkouksien huomioijiksi.

Valtioneuvosto suositteli kansalliskielistrategiassa kaksikielisille kunnille ja kuntayhtymille yhden tai useamman yhteyshenkilön asettamista avukseen kansalliskieliasioissa, *33 Tieto Varsinais-Suomen liiton kielellisten palveluiden toimikunnan pöytäkirjasta 1/2015.*

strategiassa määritellyn tehtäväkuvan pohjalta. Yhteys henkilön tehtäviin kuuluisi johdon tukeminen ja avustaminen niin että kansalliskieliä koskeva lainsäädäntö huomioitaisiin viranomaisten toiminnassa ja sen seurannassa. Tämä tarkoittaisi muiden viranhaltijoiden tukemista ja evästämistä siinä miten kielilainsäädäntöä tulisi noudattaa, aloitteiden tekemistä epäkohtien korjaamiseksi ja vähintään vuosittaisen yhteenvedon tekemistä niin positiivisista kuin negatiivisistakin havainnoista kielilainsäädännön noudattamisen osalta. Yhteys henkilöllä olisi johtoon selkeä raportointisuhde. Vastaavia yhteys henkilöitä voisi hyvinkin ajatella asetettavan tuleville sosiaali- ja terveysalueille täydentämään mahdollisia demokraattisin menetelmin asetettujen kielitoimikuntien toimintaa.

Kielelliset oikeudet ovat perusoikeuksia joista säädetään perustuslain 17 §:ssä, joka käsittelee kansalliskieliä ja oikeutta omaan kieleen ja kulttuuriin. Kielellisten oikeuksien toteutumisessa hallinnollisessa toiminnassa on kyse jokaisen oikeudesta yhdenvertaiseen kohteluun ja palveluun omalla kielellään. Tämä on se tausta jota vastaan kielellisten oikeuksien toteutuminen on syytä järjestää ja niiden toteutumista arvioida. Kielilainsäädäntö on riittävän kattava, ja antaa toimeenpanevalle hallinnolle kaikki edellytykset turvata maan suomen- ja ruotsinkieliselle väestölle sivistykselliset ja yhteiskunnalliset tarpeet samanaisten perusteiden mukaan perustuslain vaatimalla tavalla. Kaksikielisen Suomen tavoitteena tulee olla kieliryhmien oikeuksien toteutuminen myös käytännössä.

## SUOSITUKSIA YHTEENVETONA

**Kieltä koskevia määräyksiä tarvitaan erityislainsäädännössä**  
KIELILAKIA EI OLE tarkoitettu kielellisten oikeuksien toteutumisen yleislaiksi. Tarkempia määräyksiä tarvitaan erityislainsäädännössä jotta sekä suomen- että ruotsinkieliset palvelut pystytään turvaamaan.

### **Selkeät määritelmät kieliryhmän edustajista**

LAINSÄÄDÄNTÖVALMISTELUSSA OLISI SYYTÄ jatkossa yrittää sopia yhdestä muotoilusta ja määritelmästä kieliryhmän edustajan osalta. Eri muotoiluja käytettäessä asianomaiseen asiakirjaan tulisi kirjata kunkin muotoilun määritelmä.

### **Kieleen perustuville toimielimille on annettava päätäntävaltaa**

KIELEEN PERUSTUVIEN TOIMIELINTEN on oltava päätäntävaltaa käyttäviä lausuntoja antavia elimiä jotka toiminnallaan myötävaikuttavat kielellisten oikeuksien kannalta kestävään päätöksentekoon jotteivät ne jää vain toiminnassa jo olemassa olevien heikkouksien huomioijiksi.

### **Kielellisten palveluiden yhteyshenkilöiden asettaminen**

KIELELLISTEN PALVELUIDEN YHTEYSHENKILÖT asetetaan tuleville sosiaali- ja terveysalueille kansalliskielistrategiassa esitetyn mallin mukaan. Yhteyshenkilöt täydentäisivät ja tukisivat mahdollisten demokraattisin menetelmin asetettujen kielitoimikuntien toimintaa.



## LÄHTEET

*Kirjallisuus ja julkaisut*

**Harjula, Heikki & Kari Prättälä (2012):** *Kuntalaki- tausta ja tulkinnat*, Talentum, Helsingfors

**Kansalliskielistrategia. Valtioneuvoston periaatepäätös (2012)**, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2012

**Klami, Hannu Tapani (1987):** *Introduktion till rättsteorin*, Juristförbundets förlag, Helsingfors

**Liljeström, Marita (1976):** *Finlands gällande språklag*, Meddelanden från statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi, Rättsvetenskapliga institutionen, Ser. A:103, Åbo

**Lindholm, Linda (2015):** *Förverkligande av språkliga rättigheter genom språkorgan i lagstadgade samkommuner*, pro gradu, Åbo Akademi.

**Modéen, Tore (1977):** *Finlandssvenskarnas nationella grundlagskydd*, Acta Academiae Aboensis, Ser. A, vol. 54 nr 3, Åbo Akademi, Ab Sydvästkusten, Åbo.

**Oikeusministeriö (2015):** *Kansalliskielistrategian väliraportti. Kansalliskielistrategian seuranta sekä hallituskautta 2011 – 2015 koskevien hallituksen toimenpiteiden toteutuminen*, Ohjeita ja selvityksiä 34/2015

*Kansallisia oikeustapauksia ja ratkaisuja*

KHO 2012:128, diaarinumerot 2108/3/10, 2111/3/10, 2179/3/10, 2283/3/10, 2301/3/10 ja 2511/3/10

KHO 2004:107, diaarinumero 2136/3/04 ja 2199/3/04

Turun hallinto-oikeus, päätös 13/0282/1, diaarinumero 00740/13/2299

Turun hallinto-oikeus, päätös 14/0387/1, diaarinumero 02064/13/2299

***Kansallinen lainsäädäntö***

Suomen perustuslaki (731/1999)  
Hallintolaki (434/2003)  
Terveydenhuoltolaki (2010/1326)  
Kuntalaki (410/2015)  
Kuntalaki (365/1995 - kumottu)  
Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989)  
Laki alueiden kehittämistä ja rakennerrahastotoiminnan hallinnoinnista (7/2014)  
Laki alueiden kehittämistä (1651/2009 – kumottu)  
Laki Svenska Finlands folkting -nimisestä järjestöstä (2003/1331)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (1986/609)  
Kielilaki (423/2003)  
Vaalilaki (1998/714)

***Esityöt***

HE 108/2014  
HE 164/2014  
HE 190/2013  
HE 92/2002  
PeVM 10/1998  
HE 324/2014

***Pöytäkirjat***

*Varsinais-Suomen liitto*

Valintatoimikunta 15.1.2013, 7.2.2013, 28.2.2013  
Kielellisten palveluiden toimikunta 1/2015

***Hallintosäännöt ja perussopimukset***

Perussopimus, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2013)  
Perussopimus, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2004)

***Lausunnot, kirjelmät ja ohjelmat***

**Svenska Finlands folkting:** *Utlåtande om social- och hälsovårdsutskottets föreslagna ändringar till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt vissa lagar som hänför sig till den, 4.3.2015*

**Svenska Finlands folkting:** *Skrivelse till Justitiekanslern om språkbestämmelser i lagstiftningen, 14.II.2013*

**Svenska Finlands folkting:** *Utlåtande om förslaget till ny kommunallag, 21.I.2015*

**Svenska Finlands folkting:** *Skrivelse till Justitiekanslern om språkbestämmelser i lagstiftningen, 14.II.2013*

Ajatushautomo Agenda esittelee tässä selvityksessä seitsemän tekstiä, joissa keskustellaan sosiaali- ja terveystuollon uudistuksista.

Selvityksen ensimmäinen osa pyrkii keskustelemaan sote-uudistuksesta eri näkökulmista, jotta voidaan näyttää, että se mitkä aspektit milloinkin ovat keskeisiä, riippuu siitä, mistä näkökulmasta uudistusta tarkastellaan. Kirjoittajia ovat Linnéa Henriksson, joka kirjoittaa ongelmista, ratkaisuksista ja sote-uudistuksen eri näkökulmista, Johan Groop sote-uudistuksen kustannuskehityksestä, Göran Honga sote-uudistuksen vaikutuksista erikoissairaanhoidon kannalta, Mats Brommels mahdollisen valinnanvapausjärjestelmän muodosta ja Bjare Peth ICT-järjestelmien tehostamisesta.

Selvityksen toinen osa pyrkii artikuloimaan sote-uudistuksen kielellisiä intressejä. Linnéa Henriksson ja Linda Lindholm pohtivat teksteissään ruotsinkielisiä intressejä, kieli-politiikkaa ja kielellistä edunvalvontaa.