

Kohti keskittynyttä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa?

Vapaakuntakokeilun vaikutuksista kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon.*

Marianne Pekola

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä kuntasalla on tuottaa kuntalaisille peruspalveluja, ns. hyvinvointipalveluja. Terveyspuolella näiden peruspalvelujen kehittäminen on ollut yksi keskeinen painoalue ja samalla kasvavien voimavarojen kohde kansanterveyslain (66/1972) tultua voimaan 1970-luvun alkupuolella. Sosiaalipuolella kehittäminen on taas keskittynyt 1980-luvulle, jolloin ns. VALTAVA-uudistuksen yhteydessä, vuonna 1984 tuli voimaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistus (SVOL 1982/677). Tämä on merkinnyt mm. sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön lisäämistä ja sosiaalihuollon toimintaedellytysten parantamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorit ovat jo pitkään harrastaneet erilaista kokeilu- ja kehittämistoimintaa, toisaalta pieniä, yhden tai muutaman kunnan kanssa yhdessä toteutettavia hankkeita ja toisaalta taas keskushallinnosta käsin ohjattuja laajempia kokeiluohjelmia. Niimenomaan sosiaalipolitiikan puolella on päämääränä ollut *uuden sosiaalipoliittisen palvelukulttuurin luominen*, jonka toteuttamiseksi on saatettu käyntiin edellämainitusti erilaisia toiminnallisia kokeiluhankkeita (vrt. Karisto ym 1988). Vaikka sosiaali- ja terveydenhuolto omaa jo vakiintuneen kokeiluluonteen, koskettelee myös vuonna 1989 käyntiin saatettu *vapaakuntakokeilu* kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Jo pikainen vilkaisu vapaakuntakokeilun tavoitteisiin osoittaa, että näillä on selvät kytkentänsä muiden sektorien ohessa myös sosiaali- ja terveystoimen alalle. Tavoitteista selvimminkin ehkä palvelutuotannon tehokkuuden lisääminen sekä kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisääminen koskettelee tätä ns. hyvinvointisektoria.

Vapaakuntakokeilun yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla ovat korostuneet etenkin sosiaali- ja terveystoimien alueellistamiskokeilu sekä ns. sofy-projekti, »yhteistyömallien kehittäminen sosiaalisten ja fyysisten näkökohtien yhteensovittamiseksi asuinalueiden suunnittelussa». Nämä molemmat kehittämishankkeet on käynnistetty sosiaali- ja terveystoimien sekä valtionhallinnon ja kuntien toimesta itse asiassa jo vuonna 1983, ja useat aikoinaan kokeiluun mukaan lähteneet kunnat ovatkin nykyisiä vapaakuntia. Toisaalta nämä hankkeet ovat herättäneet uudenlaista kiinnostusta kunnissa vapaakuntakokeilun myötä niin, että jotkut aikaisemmassa vaiheessa kokeilusta piittaamattomat kunnat ovat nyttemmin saattaneet alkuun esim. alueellistamistai sofy-kokeilun. (vrt. esim. KM 1987:2; Sosiaaliliikituksen julkaisuja 1987:19)

Vapaakuntakokeilulakeja valmisteltaessa on eri hallintokunnilla ollut enemmän tai vähemmän erimielisyyttä tavoitteiden suhteen. Sosiaali- ja terveystoimen osalta keskeisistä tavoitteista keskusteltaessa painottuivat seuraavat pyrkimykset (Jaakkola 1990, 83—84):

- palvelujen parantaminen
- mahdollisuus poiketa lain velvoitteista, esim. päivähoitolaki
- mahdollisuus poiketa valtakunnallisen suunnitelman sisältötavoitteista
- kunnalle oikeus itse päättää mihin käyttää valtionosuutensa
- mahdollisuus voida kokeilla valtionosuuden perusteita

Tavoitekeskustelun lopputuloksena on todettu, että vapaakuntia koskevat kaikki samat velvoitteet kuin muitakin kuntia, mm. päivähoiton ja vammaishuollon velvoitteet. Vapaakuntakokeilu ei siis mahdollista puuttumista välttämät-

* Artikkelin perustuu tutkimukseen Pekola 1990.

tömiin peruspalveluihin, eikä se myöskään saa vaarantaa palvelujen saatavuutta eikä oikeusturvaa. Ilmeisesti vapaakuntakokeilun tarpeellisuutta ei ole sosiaali- ja terveystoimen kannalta kyseenalaistettu, ennemminkin näyttäisi vallalla olevan sellainen käsitys, että *sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmille saadaan enemmän huomiota kunnan sisäisessä keskustelussa, jos nämä liitetään vapaakuntakokeiluun.* Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä vallitsevista vähäisemmistä kahlehtivista normeista johtuen katsotaan edelleen, että sillä on *muuta sektoreita paremmat mahdollisuudet keskittyä tarkastelemaan kokeilua toiminnallisista lähtökohdista käsin ja asettaa siten laajempia sisällöllisiä tavoitteita.* (Jaakkola 1990)

Keskushallinnon yksiköiden lisäksi monet *yksittäiset kunnat* lähtivät tekemään esityksiä kokeilutoimiksi samanaikaisesti kuin muiden Pohjoismaiden vapaakuntakokeilut olivat jo käynnissä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskien ne esittivät mm. seuraavaa (KM 1987:2, liite 4):

- raittiuslautakunta lakkautetaan ja sen tehtävät siirretään terveyslautakunnan terveyskasvatukseen
- kunnan palvelut tulisi voida suunnitella kutakuinkin vapaasti ilman että ne sidotaan sektorikohtaiseen vaitionapuun
- kokeiluun tarkoituksena lasten päivähoitosuunnitelman tulisi olla palvelujen parantaminen mm. käyttämällä henkilöstöä ja tiloja joustavammin
- palvelumaksujen säätelyn vaikutusta palvelujen kysyntään tulisi selvittää erityisesti päivähoito-, kotipalvelu- ja vanhustenhuoltomaksujen kohdalla
- iian tiukasta normiohjauksesta tulisi luopua
- sosiaalitoimen ja terveydenhuollon virkojen liian tiukasta kiintiöinnistä tulisi luopua
- sosiaali- ja terveydenhuollon alueelle tulisi perustaa vain yksi hallintokunta
- myös kansanterveystyön kuntainliiton purkamista on ehdotettu toimintojen yhteensovittamisen helpottamiseksi
- sosiaalihallituksen ja lääninhallituksen antamia ohjeita tulisi yksinkertaistaa
- valtiosuusjärjestelmää pitäisi yksinkertaistaa
- sosiaalitoimen viranhaltijoiden päätösvaltaa tulisi lisätä

Vapaakuntakokeiluun mahdollistamat uudistukset sosiaali- ja terveydenhuollon alalla voitaisiin tiivistää toisaalta sosiaali- ja terveystoi-

men *lautakuntien ja virastojen uudelleenjärjestelyinä* näiden kahden sektorin yhteistyön parantamiseksi sekä vapaakunnissa että hallinnon kokeilukunnissa ja toisaalta vain vapaakuntia koskevinä *oikeuksina hakea poikkeusta etupäässä hallinnonalaansa koskevasta toiminnallisesta lainsäädännöstä sekä valtiosuusjärjestelmästä.*

2 TUTKIMUSASETELMA

Tutkimukseni, johon tämä artikkeli perustuu, pääpyrkimyksenä on ollut vastata kysymykseen *miten vapaakuntakokeilu on alkuvaiheessaan vaikuttanut kokeilukuntien sosiaali- ja terveyssektoriin.* Muutoksia kuvaillaan lähinnä hallinnollisella tasolla; tarkastelun kohteeksi on otettu toisaalta muutokset luottamushenkilöorganisaatiotasolla ja toisaalta virkamiesorganisaatiossa. Jälkimmäisen osion tutkimusta on tosin rajoittanut puutteellinen materiaali. Tutkimuksen avulla on haluttu selvittää poikkeavakuntien taustaominaisuudet eri kuntaryhmissä — vapaakunnissa, hallinnon kokeilukunnissa ja ei-kokeilukunnissa — ja onko taustaominaisuuksilla vaikutusta kuntien sosiaali- ja terveyssektoreilla tehtyihin muutoksiin. Sosiaali- ja terveyssektorin muutoksia pyritään sitten selittämään organisaatioteoreettisesta lähestymistavasta käsin, ja sen eri suuntauksista *kontingenssiteorian* pohjalta.

Tutkimukseen tarvittavat tiedot on koottu lähinnä Sisäasiainministeriön Itsehallintoprojektin kaikille kunnille lähettämän, kokeilun lähtötilannetta selvittävän kyselyn vastauksista, mutta myös vapaakuntien kokeilusuunnitelmista, sosiaalihalituksen 1989 lopulla vapaakuntiin kohdistamasta kyselystä sekä eri tilastoihteistä kerättyjen taustamuuttujien pohjalta tehtyä kuntarakennetiedostoa hyväksikäyttäen. Tutkimusmenetelmänä on käytetty pääasiassa riittäviä aineistoja.

Tietojen käsittelemiseksi ja analysoimiseksi kunnat on ryhmitelty neljäksi ryhmäksi. Vapaakuntakokeilun luonteen pohjalta on luonnollista luokitella ne vapaakuntiin, hallinnon kokeilukuntiin sekä ei-kokeilukuntiin. Vapaakunnat on edelleen jaettu kahtia, sillä ryhmässä on useita huomattavan suuria kaupunkeja, etenkin Helsinki, jotka muutoin dominoisivat koko ryhmän tuloksia. Suurten ja pienten vapaakuntien ryhmien rajapyykkienä on 90 000 asukasta, jolloin suurten ryhmään mahtui seitsemän vapaakuntaa.

3 KONTINGENSSITEORIA JA VAPAAKUNTA-KOKEILU

Yleistä

Kontingenssiteorian keskeisenä perusidena ovat toisaalta organisaation avoimuus esim. ympäristön impulsseille ja toisaalta se, ettei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa organisoida, vaan että organisointiin vaikuttavat organisaation tehtävät ja ympäristö. Organisaatiot koostuvat keskinäisistä riippuvista osista, organisaatio-osasista tai funktionaalisista alajärjestelmistä, joilla on erilaisia luokittelujatapoja — esim. luokittelu strategiseen, operatiiviseen, inhimilliseen ja hallitsevaan — ja joiden osalta organisaatiot voivat sitten vaihdellannoudattamatta mitään yhtenäistä suunnitelmaa organisaatioissa. Alajärjestelmille elintärkeää on vuorovaikutus ympäristön kanssa. Edelleen on muodostunut käsitys, että ympäristö ja sisäiset alajärjestelmät voivat vaihdella erilaisten päädimensioiden mukaan. (Morgan 1986, 48—49; Burrell & Morgan 1979, 167—171).

Mintzberg (1979), joka on osaltaan kehittänyt kontingenssiteoriaa, erottaa organisaatioympäristöistä neljä tiettyä ulottuvuutta; 1) stabiliteettiulottuvuus, joka rakentuu stabiilien ja dynaamisten ympäristöjen välisille eroille, 2) kompleksisuusulottuvuus, joka vaihtelee yksinkertaisesta kompleksiseen, 3) markkinoiden eriytyminen integroiduista sekalaisiin markkinoihin sekä 4) taisteludimensio, joka riippuu ympäristön välisestä kilpailusta.

Mintzberg on kehittänyt seuraavanlaisia hypoteeseja, jotka kytkeytyvät erilaisille ympäristöaspekteille ja jotka ovat perustavanlaatuisia kytkentöjä tälle vapaakuntakokeiluun liittyväle tutkimukselle (Mintzberg 1979, 270—282):

1. Mitä dynaamisempi ympäristö, sitä kiinteämpi, orgaanisempi rakenne
2. Mitä kompleksisempi ympäristö, sitä desentralisoidumpi rakenne
3. Mitä eriytyneempiä organisaatioiden markkinat ovat, sitä suuremmat taipumukset organisaatiolla on jakautua markkinaperusteisiin kokonaisuuksiin
4. Organisaation ympäristössä vallitseva voimakas taisteluhenkisyys ajaa sen väliaikaisesti sentralisoimaan rakenteen
5. Ympäristön epäyhenteväisyys ja vastakkaiset ympäristövaatteet rohkaisevat organisaatiota selektiviseen desentralisointiin.

Mintzberg (1979, 285—286) on edelläolevien hypoteesien perusteella jakanut ympäristön

neljään erilaiseen perustyyppiin — stabiili, dynaaminen, kompleksinen ja yksinkertainen — mikä aiheuttaa sentralisaatioasteen ja byrokraatisoitumisasteen vaihteluita. Hänen mukaansa ympäristömuuttujilla voi olla syvää vaikutusta rakenteeseen, usein jopa suurempaa vaikutusta kuin iällä, koolla ja teknisellä systeemillä. Näin ollen kun muut tekijät saattavat olla valitsevia vakaissa olosuhteissa, dynaamisten ympäristöjen nähdään ajavan rakenteen orgaaniseen tilaan riippumatta sen iästä, koosta tai teknisestä systeemistä. Samalla tavoin kompleksiset olosuhteet näyttäisivät vaativan desentralisaatiota ja vihamieliset olosuhteet taas sentralisaatiota, olivat sitten mitkä tahansa kontingenssifaktorit läsnä. (emt., 286)

Teorian sovellutus vapaakuntakokeiluun ja erityisesti sosiaali- ja terveyssektoriin

Vapaakunnilla ja osin hallinnon kokeilukunnilla on tunnetusti seuraavanlaisia toimintaa käsitteleviä mahdollisuuksia (KM 1987:2):

- lisääntynyt itsehallinto siirrettäessä päätösvaltaa valtiolta kunnalle sekä alistamisvelvollisuudesta luopumisen kautta
 - uusien lautakuntien perustaminen ja olemassaolevien lautakuntien yhdistäminen tai lakkauttaminen
 - desentralisointia esim. delegoimalla päätösvaltaa ylemmältä alemmalle tasolle
 - poikkeamisoikeuksien anomukset, jotka voivat sisältää useampia edellämainittuja kohtia
 - sentralisointia, joka tapahtuu lautakuntayhdistämisten kautta tai vaihtoehtoisesti siirtämällä päätös- ja toimivaltaa hallitukselle
- Laajassa mielessä voidaan kysyä kuinka kunnat käyttävät vapaakuntakokeilun myötä saavuttamaansa uutta vapauttaan, miten ne hyödynävät edellä olevan luettelon mukaisia erilaisia mahdollisuuksia. Ja mitä nämä mahdollisuudet ja niiden käyttäminen, sopeutumiset, sitten ilmaisevat kontingenssiteoreettisessa perspektiivissä?

Edellämainitut erilaiset muutosmahdollisuudet saattavat aiheuttaa tulkintavaikeuksia, sillä *muutokset eivät välttämättä tarkoita samaa asiaa eri kunnissa*. Siksi muutoksen sisältöä pitäisikin tulkita *lähtökohtataustaa* varten, mikä saattaa vaihdella eri kunnissa. Käyttämällä lähtökohtataustaa, siis organisaatioiden rakennetta riippuvana muuttujana, ts. tekemällä eroja eri tyyppisten kuntien välillä, voidaan ajatella tehtävän mahdollisemmaksi tarkastella vapaakun-

takokeilun tuomia muutoksia yhdenmukaisemalla tavalla eri tyyppisissä kunnissa. (Ståhlberg 1990b)

Vastauksena siihen millaisista kunnista on sitten tullut vapaakuntia voidaan olettaa valtiollisen säätelyn aiheuttaman puutteellisen sopeutumisen ja siten tehottomuuden seurauksena, että vapaakunnat ovat aiemmin olleet vähemmän tehokkaita, samaten niillä on dynamisempi ympäristö kuin muilla kunnilla. Edelleen oletetaan, että vapaakunnat ovat suurempia kuin muut kunnat. (vrt. Ståhlberg 1990a, 1990b)

Koska jo edellä olevan kaltaisesti todettiin kuntien työskentelevän erilaisissa ympäristöissä (vrt. Minzbergin tekemä ympäristön jako neljään perustyyppiin), tuntuisi luonnolliselta, että *kontingenssiteoria tulostuisi odotuksissa, jotka koskevat eri kuntien valitsemän sopeutumisen, ts. vapaakuntapolitiikan eroja*. Samoin kuin oletetaan erilaisten kuntien reagoivan eri tavoin, niin myös niiden *alajärjestelmien, siis kuntien eri sektoreiden odotetaan mahdollisesti reagoivan toisistaan poikkeavasti*. Ne toisin sanoen joutuvat erilaisten vaateiden eteen, mistä johtuen *tarkoituksenmukainen sopeutuminen yhdellä sektorilla ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista jollain toisella sektorilla*. Minzberg (1979) väittää mm. että terveydenhuollon miljöö on yleensä kompleksinen, mutta stabiili, ja siksi siellä oletetaan tapahtuvan delegointia. Samalla tavoin tapahtuu luultavasti koulu-sektorilla. Toisaalta taas sellaisella sektorilla kuin elinkeinotoimi, erityisesti pienemmissä ja keskiuurissa kunnissa on olemassa kuntien välistä vihamielisyyttä ja kilpailua, minkä seurauksena ilmeisesti pienemmät vapaakunnat valitsevat elinkeinopoliittisen toiminnan sentralisoimisvaihtoehdon. Mikäli kontingenssiteoreettiset oletukset mm. siitä, että vapaakunnilla olisi muita kuntia dynamisempi ympäristö, osoittautuisivat paikkansapitäviksi, niin silloin on syytä olettaa, että *alajärjestelmien sisällä tulokset osoittaisivat eroja vapaakuntien ja muiden kuntien kesken tulojen merkittävyden vaihdellessa eri sektoreiden ympäristöominaisuuksista riippuen*. (tästä mm. Ståhlberg 1990b)

KESKEISIÄ TUTKIMUSTULOKSIA

Kuntien taustamuuttajat

Kuntien taustamuuttajien eroja on mitattu asukasluvun, asukastiheyden, asukaskohtais-

ten käyttömenojen ja valtionosuuksien suhteen, samaten elinkeinojen jakautumisen, työtömien sekä poliittisten puoluejakautumien suhteen. Tulokset osoittavat, että vapaakunnat ovat yleensä ottaen asukasmäärältään ja -tiheydeltään sekä asukaskohtaisilta käyttömenoiltaan suurempia kuin hallinnon kokeilukunnat ja ei-kokeilukunnat. Vapaakunnat ovat myös elinkeinorakenteeltaan muita nykyaikaisempia. Poliittisilta voimasuhteiltaan vapaakunnat näyttävät olevan muita sosialistisempia, kun taas ei-kokeilukunnat maatalouden suhteellisen suuren osuuden myötä ovat muita keskustalaisempia kuntia. Hallinnon kokeilukunnat muodostavat vapaakuntien ja ei-kokeilukuntien välille jäävän ryhmän kallistuen kuitenkin useammin ei-kokeilukuntien suuntaan. Kuntien kehitystä 1975—86 tarkasteltaessa kävi ilmi, että vapaakunnat ovat kasvattaneet asukaslukuaan selvästi muita enemmän. Puoluekannatusmuutokset on toinen selvä alue, missä on ollut nähtävissä melkoista vaihtelua; keskustalaisten puolueiden osuuden väheneminen on ollut selvintä nimenomaan suurissa vapaakunnissa, samaten niissä on tapahtunut rajua sosialististen puolueosuuksien laskua. Sen sijaan hallinnon kokeilukuntien ja ei-kokeilukuntien kohdalla keskustalaisten osuus on ollut hyvinkin stabiili ja sosialistienkin kohdalla stabiilimpi kuin vapaakunnilla. (Ståhlberg 1990a, Pekola 1990)

Edellä mainittujen, taustamuuttajia koskevien tutkimustulosten perusteella voitaisiin tehdä sellainen johtopäätös, että *vapaakunnat ovat yleensä ottaen muita kuntia paremmin toimeentulevia*, karkeasti sanoen niitä voitaisiin kutsua jopa maamme kuntien eliitiksi, kuitenkin ei niin, että vapaakunniksi olisi valittu kuntien eliitti — vapaakuntakokeiluun mukaan pääsevistä kunnistahan ei koskaan suoritettu varsinaista karsintaa, vaan jokainen halukas kunta kelpuutettiin mukaan.

Luottamushenkilöorganisaatiossa tapahtuneet muutokset

Toimielinten muutosten luokittelussa on käytetty neljää kategoriaa; lautakunta 1) pysyy ennallaan, 2) lakkautetaan, 3) yhdistyy tai 4) laajentuu. Sosiaali- ja terveyslautakunnissa esiintyy vaihtelevasti kaikkia muita vaihtoehtoja kuin lakkauttamista. Taulukon 1 prosentuaaliset osuudet on laskettu niistä kunnista, joilla on ollut oma sosiaalilautakunta ennen vapaakuntakokeilua.

Taulukko 1. Muutoskomponenttien %-osuudet sosiaalilautakunnassa kuntatyypeittäin

	suuret vk:t	muut vk:t	hallinnon- kok.kunnat	ei-kokeilu- kunnat	kaikki
Pysyy ennallaan	71.4	51.1	66.7	83.5	64.8
Lakkautetaan	—	—	—	—	—
Yhdistyy	14.3	17.8	4.1	0.0	19.7
Laajentuu	14.3	31.1	29.3	16.5	15.5
Kaikki	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n =	7	45	123	79	254

Tuloksista ilmenee, että jopa 254 kunnalla on ollut kyseinen luottamuselin, lopuilla neljällä havaintokunnalla yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta. Tulosten mukaan kussakin kuntatyyppissä sosiaalilautakunnan ennallaan säilyttäminen on ollut selvästi yleisintä, keskimäärin 65 % kunnista on jättänyt lautakunnan koskemattomaksi. Pienten vapaakuntien ryhmä on osoittanut suurinta uudistusmielisyyttä; tehtyjen muutosten painopisteenä on ollut lähinnä laajentaminen, ts. yhden tai useamman lautakunnan liittäminen sosiaalilautakunnan yhteyteen. Tavallisinta on raittiuslautakuntatehtävien siirtäminen sosiaalilautakunnalle, mutta analyysimateriaalin mukaisesti myös loma-, oikeusapu- ja asuntolautakunta on useissa kunnissa siirretty sosiaalilautakunnan yhteyteen. Suurten vapaakuntien vähäisempi muutosilmiö selittyä todennäköisesti muita kuntia hitaammasta, vapaakuntakokeilua koskevasta päätöksentekoprosessista.

Taulukosta 1 ilmenevä, ei-kokeilukuntien jonkinasteinen lautakunnan laajentaminen juontaa juurensa vuoden 1989 voimaanastuneen ns. Pikku-Valtavan mahdollistamasta raittiuslautakunnan tehtävien siirtämisestä jollekin muulle lautakunnalle tai kunnanhallitukselle. Tällä lakiuudistuksella lienee oma vaikutuksensa muiden kuntatyyppien tapauksessa, mutta sitä on käytännössä mahdotonta ja tarpeetontakin erottaa vapaakuntalain mahdollistamista lautakuntajärjestelyistä.

Terveyslautakunnan tilanne poikkeaa sosiaalilautakunnasta sikäli, että kuntainliitot ovat terveyspuolella huomattavan yleisiä; 72% havaintokunnista kuuluu useamman kunnan muodostamaan kansanterveystyön kuntainliittoon. Taulukon 2 mukaan pienempien vapaakuntien ryhmä on myös terveyslautakunnan osalta suorittanut uudistuksia. Terveyslautakunnan yhdistäminen on ollut yhtä yleistä kuin ennallaansäilyttäminen, lähes neljä kymmenestä kunnasta kussakin tapauksessa. Lisäksi runsas 25% kunnista on laajentanut lautakuntaansa. Muiden kuntaryhmien kohdalla muutosinnostus on ollut vaatimatonta ainakin kahden kolmasosan kunnista säilyttäessä tilanteen ennallaan.

Viranhaltijaorganisaatiota koskevista muutoksista

Kuten alussa mainitsin, sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa koskevat uudistustoimet liittyvät toisaalta usein keskushallinnon toimesta alkuunpantuihin kehittämistoimiin ja toisaalta taas vapaakuntakokeilun mukanaan tuomaan yleiseen uudistushenkeen. Taulukossa 3 käy ilmi Itsehallintoprojektin vuoden 1989 kyselyn perusteella kunnissa käynnissä olleitten tai olevien kehittämishankkeiden ja delegoinnin määrät.

Tulokset kertovat, että vain noin 6%:lla eli 15 kunnalla on ollut aiemmin käynnissä alueellistamiseen, lähidemokratiaan ja SOFYyn liittyviä

Taulukko 2. Muutoskomponenttien %-osuudet terveyslautakunnassa kuntatyypeittäin

	suuret vk:t	muut vk:t	hallinnon- kok.kunnat	ei-kokeilu- kunnat	kaikki
Pysyy ennallaan	71.4	36.8	66.7	88.9	64.8
Lakkautetaan	—	—	—	—	—
Yhdistyy	14.3	36.8	18.5	5.6	19.7
Laajentuu	14.3	26.3	29.3	5.6	15.5
Kaikki	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n =	7	19	27	18	71

Taulukko 3. Aikaisempien sosiaali- ja terveystointia koskevien kehittämishankkeiden sekä delegoinnin %-osuudet kuntatyypeittäin

	suuret vk:t	muut vk:t	hallinnon- kok.kunnat	ei-kokeilu- kunnat	kaikki
<i>Kehittämishankkeet:</i>					
— Alueellistaminen, lähidemokratia ja SOFY (n = 15)	28.6	12.2	3.3	3.8	5.8
— Palvelutuotanto (n = 51)	42.9	34.7	16.3	13.9	19.8
<i>Delegointia palvelujen parantamiseksi:</i>					
— sosiaali- ja terveystoimessa (n = 57)	28.6	36.7	18.9	17.7	22.2
n =	7	49	122	79	257

kehittämishankkeita. Lähinnä niitä on ollut käynnissä suurilla vapaakunnilla, kun taas hallinnon kokeilukunnilla ja ei-kokeilukunnilla ei lähes lainkaan. Palvelutuotantoon, ts. sosiaali- ja terveydenhuoltoon, sivistykseen ja asumiseen liittyviä hankkeita sen sijaan on harrastettu ahkerammin, keskimäärin viidenneksessä kaikista havaintokunnista vapaakuntien osuuskien noustessa selvästi korkeimmiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin selvästi kuuluvia hankkeita ovat esimerkiksi kotipalvelun ja vanhustenhuollon kehittäminen. Myös muiden sektorien alaisuuteen kuuluvia kehittämishankkeita on ollut vireillä eniten vapaakunnissa.

Delegointi sosiaali- ja terveystoimessa on yleisin delegointiala henkilöstöhallinnon jälkeen. Viidennes kunnista on ilmoittanut suorittaneensa tai suorittavansa delegointia tällä alalla palvelujen parantamiseksi. Jälleen kerran vapaakuntaryhmät osoittautuvat aktiivisimmiksi, vaikkakin kahden muunkin ryhmän delegointiaste nousee lähelle 20 prosenttia.

Sosiaali- ja terveystoimen muutoksista kontingenssiteoreettisessa valossa

Jotta ajan vaatimuksiin sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla pystyttäisiin vastaamaan, on sekä 1980-luvun alussa alkuunsaatetun VALTA-VA-uudistuksen että myös parhaillaan käynnissä olevan vapaakuntakokeilun tavoitteena korostunut pyrkimys sosiaali- ja terveydenhuollon kasvavaan yhteistyöhön — rakenteiden integrointiin ja toimintojen koordinointiin (Nikkilä & Sinkkonen 1985, 34).

Yhteiskunnallisten tehtäviensä luonteen samankaltaisuudesta huolimatta on sosiaali- ja terveydenhuollolla sellaisia yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä kuten organisaatioiden poikkeava historia, rakenne sekä toimintatavat. Näiden *ympäristöjen* voidaan kuitenkin katsoa muistuttavan melkoisesti toisiaan. Toisaalta niillä on kompleksinen ympäristö, siis sellainen, joka vaatii järjestelmältä melkoisesti ns. professionaalista tietoa esimerkiksi asiakkaiden suhteen. Asiakasryhmätän ovat jo sinällään kompleksisia, ts. näiltä sektoreilta hyvin erilaisia palveluja tarvitsevia asiakasryhmiä ja toisaalta yksi ja sama asiakasryhmä (ns. moniongelmaiset) usein tarvitsee monen eri tyyppistä palvelua. Terveydenhuollon että sosiaalihuollon ympäristöä voidaan pitää edelleen stabiilina siinä mielessä, että toiminnan laajuutta ja eri toimintamuotoja, esimerkiksi sairauspaikkoja, päivähoitopaikkoja ja vanhustenhuoltoa kyetään suunnittelemaan pidemmälläkin tähtäimellä törmäämättä kovin yllättäviin ongelmiin. Kunnan alajärjestelmäisessä vertailussa koulusektorilla voidaan katsoa olevan suhteellisen samankaltainen kompleksinen ja stabiili ympäristö, mutta aiemmin mainitun mukaisesti ainakin kunnan elinkeinotoimen ympäristö lukeutuu ennemminkin dynaamiseksi ja yksinkertaiseksi. (vrt. Nikkilä & Sinkkonen 1985; Mintzberg 1979)

Sosiaali- ja terveystoimen luottamuselinten muutoksia voidaan ajatella kuvattavan ns. *stabiili-konsentroidu -malliulottuvuudella*, jossa Nikkilän ja Sinkkosen (1985) artikkelia karkeasti soveltaakseni kutsun sosiaali- ja terveydenhuollon lautakuntien *yhdistymispyrkimysiksi yhden-*

tymisellä, joka voisi siten olla joko *marginaalista laajentumista tai suoranaista yhdentymistä tai konsentraatiota*. Toisaalta yhdistymisprosessista, ts. muodollisesta *yhteistyöstä pois jättäytymistä* voisi kuvata termillä *harkittu stabiilisuus tai eriytyminen*. (vrt. myös Mintzberg 1979)

stabiili	konsentroitunut
eriytynyt	yhdentynyt

Ns. harkitun yhdentymis-eriytymisprosessin aiemmin mainitusti mahdollistaa vapaakuntalain kunnille mukanaan tuoma vapaus järjestellä sisäistä hallintoaan haluamallaan tavalla, tässä tapauksessa vapaus säilyttää tai olla säilyttämättä lakisääteiset lautakuntansa.

Aiemman luvun kuvausta luottamushenkilöelinmuutoksista tarkasteltaessa voidaan todeta, että *kunnat ovat yleensä ottaen lähteneet melkoisen varovaisesti toteuttamaan lautakuntaorganisaation uudelleenjärjestelyjä sosiaali- ja terveystoimen lautakuntien osalta*. Jopa yli puolet sellaisista kunnista, joilla on oman kunnassa sosiaali- ja terveyslautakunnat, on jättänyt sosiaali- ja terveystoimen täysin ennalleen. Toisaalta toisen ääripään eli yhdistämislinjalle lähteneitä kuntia on noin 16%. Vaikkakin käytännössä monen kunnan kohdalla päätökset vapaakuntakokeilun suuntaviivoista onkin tehty vasta tässä lähdemateriaalina käytetyn kyselyn jälkeen, ei liene kuitenkaan liian uskaliasta väittää, että kunnista löytyy molempien ääripäiden vankkumattomia kannajia, ts. niitä, jotka uskovat sosiaali- ja terveydenhuollon kehitykseen yhteisen lautakunnan myötä. ja toisaalta taas niitä, joiden mielestä sosiaali- ja terveystoimi edustavat niin omanlaisiaan kulttuureita ettei yhdistämistä nähdä kannattavaksi eikä välttämättä edes mahdolliseksi. Yhdistämis-ennallaansäilyttämis- problematiikassa heijastavana tekijänä on varmastiin myös mahdollinen halukkuus tai haluttomuus luottamushenkilöpaikkojen vähentämiseen lautakuntayhdistämisen kautta.

Edellä olevien lukujen perusteella sosiaali- ja terveyssektorilla tapahtuneita muutoksia voidaan tiivistää seuraavasti:

* Alle 90 000 asukkaan vapaakunnissa on jo ennen vapaakuntakokeilun käynnistymistä ollut aktiivista kokeilu- ja kehittämistoimintaa, lähinnä alueellistamiseen, lähidemokratiaan sekä sofy-yhteissuunnitteluun liittyvää toimintaa. Tästä on pääteltävissä, että nämä kunnat ovat

jo ennen kokeilua muita kuntia enemmän kokeineet tarpeelliseksi kehittää organisaatiotaan, toisin sanoen ne ovat näin osoittautuneet *myös ei-kokeilutilanteessa aktiivisiksi ja dynaamisiksi*.

* Pienempien vapaakuntien ryhmä on vapaakuntakokeilun lähtötilanteessa, vuoden 1989 aikana lähtenyt muita kokeilukuntia ja ei-kokeilukuntia selvästi enemmän toteuttamaan sekä muutoksia lautakuntaorganisaatiossa että myös sosiaali- ja terveystoimen delegointia. Näitä tulokset tukevat sitä sovellettua olettamusta, että *vapaakuntien ollessa suurempia ja dynaamisempia kuin muut kunnat ne esittävät aktiivisempaa muutospolitiikkaa sosiaali- ja terveyssektorilla*.

Sosiaali- ja terveyssektori toimii siis stabiilissa ja kompleksisessa ympäristössä, ja kuten empiiriset tulokset kertovat, sen muutokset eivät ole yhtä suuria kuin sellaisilla sektoreilla jotka toimivat dynaamisessa ympäristössä. Esimerkkinä tällaisissa ympäristöissä toimivista ovat vapaa-ajan sektoriin kuuluvat nuorisoliikunta- ja kulttuurilautakunnat, joissa on suoritettu muita rajumpia yhdistämis- ja lakkauttamisia. Nuorisolautakunnat ovat säilyneet ennallaan 38% kunnista, liikuntalautakunnat 46%:ssa ja kulttuurilautakunnat 34%:ssa kunnista. Koulusektorin lukeutuessa sosiaali- ja terveystoimen kaltaiseen ympäristöön se on säilytetty ennallaan jopa 82 % kunnista — se on siis vielä stabiilimpi kuin sosiaali- ja terveyssektori. Ympäristölautakunta on osoittautunut suurinpiirtein yhtä stabiiliksi kuin edellä mainittu elinkeinolautakunnan osoittautuessa odotetusti yhtä suurien muutosten alaiseksi kuin vapaa-aikasektori. Teknisen lautakunnan muutokset jäivät kahden äären välimaille 55% lautakunnista säilyessä ennallaan ja 44%:n laajentuessa.

Kuntien, tulosten perusteella nimenomaan vapaakuntien muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa kuvastavat oletettavasti ainakin pyrkimystä kyseiselle sektorille tyypillisestä desentralisoidusta ja byrokraattisesta organisaatiokulttuurista tälle ajalle tyypillisten integraatiovaateiden takia *keskittämisen* suuntaan, nähtävästi jonkinlaisen *selektiivisen desentralisoinnin* kautta. Tällä tarkoitan sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kehityksen eläessä jonkinlaista välimenokautta näillä aloilla toimivien kokema sosiaali- ja terveydenhuollon epäyhteneväisyys ja vastakkaiset vaateet rohkaisevat organisaatiota nimenomaan »pienten askelten» kehitystielle, tässä vai-

heessa valikoivaan hallinnon hajauttamiseen. (vrt. Mintzbergin 5. hypoteesi)

Toisaalta muutokset vievät ilmeisesti kunnan sosiaali- ja terveyssektoria kohti orgaanisempaa tilaa, missä sosiaali- ja terveystoimen katsotaan toimivan tarkoituksenmukaisemmin ja tehokkaammin keskitetyssä yhteistyössä, siten että järjestelmästä löytyy orgaaniselle järjestelmälle ominaisia vuorovaikutus- ja alistussuhteita. Näissä vuorovaikutus- ja alistussuhteissa voidaan toisaalta nähdä olevan mahdollisuudet eri osien jatkuvalla uudistumiselle, esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimessa jatkuvasti käynnissä olevat toiminnalliset kehittämishankkeet, toisaalta niistä on kuitenkin löydettävissä osien ominaisuuksia määääviä kokonaisuutta koskevia lainalaisuuksia ja rakenteita kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset suunnitelmat.

LOPPUHUOMAUTUKSIA

1. Kunnan peruspalveluita tarjoava sosiaali- ja terveyssektori tarvitsee organisatorisia, byrokraatiaa keventäviä järjestelyjä, jotta se pystyisi toteuttamaan nykyajalle luonteenomaisia ja tarpeellisia uusia toimintamuotoja. Yhteistyön kehittämisen perusteluina on hoitotyön siirtyminen yhä enemmän ennaltaehkäisevämpään suuntaan. Niiden asiakaskunta on monin paikoin yhteistä toisaalta toiminnan rajojen hämärtyessä ja toisaalta asiakaskunnan ns. moniongelmaisten joukon ollessa yhä lisääntymään päin.

2. Vaikka vapaakuntakokeilun myötä mahdollistuneet uudistukset ovat jo monin paikoin entuudestaan tuttuja sosiaali- ja terveydenhuollon sektorille, myötävaikuttanee kokeilu ainakin ilmapiiriin muuttumista uudistushenkisemmäksi. Uusia toiminnallisia mahdollisuuksia meneillään olevan kokeilun myötä voi avautua ainakin delegoinnin ja poikkeamisoikeuksien kautta.

3. Vaikka vapaakuntakokeilun yhteydessä puhutaan useimmiten sosiaali- ja terveystoimesta, niin käytännössä vapaakuntakokeilussa on tähän asti aktiivisesti ollut mukana vain sosiaalitoimi. Lääkintöhallitus ei ole tehnyt mitään sosiaalihalituksen vapaakunnille lähettämän kyselyn kaltaista kartoitusta siitä, onko kuntien terveystoimi yleensäkin mukana vapaakuntakokeilussa. Lisäksi lääkintöhallituksella ei ole ollut muutaman virkamiehen kanssa käymäni keskustelun pohjalta päätellen ainakaan tähän asti ollut mitään virallisia yhteyksiä vapaakuntakokeiluun. Terveystoimen sektorilla on to-

ki ollut 1980-luvulla lukuisia kokeiluja, uusimpana mainittava *väestövastuuden perusterveydenhuollon kokeilu*, jonka kymmenestä kokeilupaikkakunnasta jopa seitsemän on vapaakunta- tai hallinnon kokeilussa mukana olevia kuntia.

Lääkäriliitto on ottanut omalta osaltaan kantaa vapaakuntakokeiluun 14.2.1990 vapaakunnissa luottamustehtävissä toimiville lääkäreille järjestämässä tapaamisessa (Suomen Lääkärilehti 9/1990). Liitto totesi suhtautuvansa kokeiluun ja siihen liittyvään päätösvallan lisäämiseen myönteisesti. Liitto pitää kuitenkin esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen hallintokuntien yhdistämistä kielteisenä perustelemalla kantaansa siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakasryhmien hoidon katsotaan järjestyvän jo hallintokuntien ja työntekijöiden välisen yhteistyön avulla.

4. Suurimmat ongelmat kunnille, sekä kokeilukunnille että ei-kokeilukunnille, muodostanevat kaiken kaikkiaan taloudelliset kysymykset. Siksi juuri valtiosuosisjärjestelmän uudistus näyttää tärkeää osaa uudistusten joukossa. Varsinkin sosiaali- ja terveystoimessa uudistus koetaan välttämättömäksi, jotta kunnat voisivat toimia ja tuottaa palveluja omien tarpeidensa mukaan. Toisaalta on myöskin syytä huomioida puhtaasti resurssiongelmat erityisesti terveydenhuollon puolella, esimerkiksi sairaaloiden osastojen täystoiminnan ylläpitäminen.

5. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta kokeilun merkitys painottunee lähinnä toiminnalliselle puolelle nimenomaan aiemmin mainittujen delegointitointen ja poikkeusoikeusten mahdollistamana. Merkityksen suuruus viime kädessä riippuu tietenkin siitä kuinka aktiivisia ja innovatiivisia kunnat ovat — kuinka ennakkoluulottomasti ne lähtevät toteuttamaan erilaisia hankkeita.

Lopuksi on todettava, että vaikka vapaakuntakokeilu onkin sinänsä tarpeellinen ja tervetullut uudistushanke, se ei varmastikaan kuitenkaan voi muodostua varsinaiseksi viisasten kiveksi kuntien hallinnollisille ja toiminnallisille ongelmille. Vastaan tulee ja on jo tullutkin uudenlaisia polttavia ongelmia, yhtenä esimerkkinä viranomaisten ennakkoluulot kuntien liikumavaran lisäämisen suhteen.

LÄHTEET

Burrell, G. & Morgan, G. 1979. *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. Elements of the Sociology of Corporate Life. London.

- Jaakkola, A. 1990. Vapaakunta ja peruspalvelut. *Sosiaaliturva* 3/1990.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Karisto, A. & Takala, P. & Haapola, I. 1988. *Elintaso, elämäntapa, sosiaalipolitiikka suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta*. Juva.
- Komiteanmietintö 1987:2. *Vapaakuntatyöryhmän mietintö*. Helsinki.
- Mintzberg, H. 1979. *The Structuring of Organisations*. Englewood Cliffs, N.J.
- Morgan, G. 1986. *Images of Organization*. Sage Publications, Inc. Beverly Hills, Ca.
- Nikkilä, J. & Sinkkonen, S. 1985. Suomen terveydenhuollon hallinnon viimeaikaisista muutospiirteistä. *Hallinnon tutkimus* 1/1985.
- Pekola, M. 1990. *Vapaakuntakokeilu ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto*. Suomen Kaupunkiliitto.
- Sosiaalihuollon tutkimus- ja kehittämistoiminta 1987. Helsinki.
- Ståhlberg, K. 1990a. *Finnish local government in the postwar period*. The development of the state-local relationship and the free-commune experiment. Frikommunprojektet, rapport 2. Meddelanden från Ekonomisk-statvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. Ser A:294. Åbo.
- Ståhlberg, K. 1990b. *Frikommunerna I kontingensteoretiskt perspektiv*. Työmoniste Åbo Akademin vapaakuntasymposiumia 12.-13.3.1990 varten. *Suomen Lääkärilehti* 9/1990. »Vapaakuntien luottamushenkilöt Lääkäriliitossa». Ss. 872—873.