

# SUOMEN TERVEYDENHUOLLON HALLINNON VIIMEAIKAISISTA MUUTOSPIIRTEISTÄ

*Juhani Nikkilä  
Sirkka Sinkkonen*

## 1. TERVEYDENHUOLLON HALLINNON MUUTOKSEN LUONTEESTA

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on varsinkin toisen maailmansodan jälkeen muuttunut huomattavasti. Julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittyminen on ollut suomalaisen sosiaalivaltion rakentamisessa tärkeimpiä uudistuksia lapsilisien, kansaneläkejärjestelmän, työeläkkeiden ja sairausvakuutuksen uudistamisen kanssa.<sup>1</sup> Terveystenhuollon laajentumista kuvaavat esimerkiksi terveydenhuollon kustannusten reaaliarvon ja BKT-osuuden nousu, terveydenhuollon organisaatioiden ja henkilöstön sekä terveystalvelujen käytön jatkuva lisääntyminen. Terveystalvelut ovat monipuolistuneet ja laajentuneet sekä korjaavien että ehkäisevien toimintojen osalta.

Tämän esityksen tarkoituksena on eritellä ja arvioida maamme terveydenhuollon hallinnon viimeaikaisia muutoksia ja muutospyrkimyksiä. Viime vuosien aikana on ollut käynnissä useita terveydenhuollon hallinnon uudistuksia, joiden toteuttamisessa on ollut suuria vaikeuksia. Uudistusten tavoitteita, toteuttamisprosessia ja suoranaisia esteitä tutkimalla pyritään löytämään hallinnon muutoksen ja sen tutkimisen kannalta yleisemminkin merkittäviä tekijöitä.

Terveystenhuollon kehityksessä on havaittavissa kaksi olennaisesti hallintoon liittyvää seikkaa, joiden luonnetta on syytä tutkia yksityiskohtaisemmin:

1. Yhteiskuntapoliittisesti asetetut terveydenhuollon hallintoa koskevat tavoitteet näyttävät toteutuvan melko huonosti terveydenhuollon toimeenpanevien organisaatioiden tasolla.
2. Terveystenhuollon hallinnossa ilmenevä eriytymiskehitys on vastakkainen siihen kohdistuvien yhdentämistavoitteiden kanssa.

Yhteiskuntapoliittisten terveystalvelu- ja tavoitteiden taustalla on nähtävissä arvoissa

tapahtuneita muutoksia. Toisen maailmansodan jälkeisessä kehityksessä pääpaino oli sairaanhoidon järjestämisessä, mikä ilmeni kattavan ja monipuolisen sairaalajärjestelmän organisointina. Sairaanhoidomme useat osa-alueet ovat saavuttaneet kansainvälisesti arvostetun aseman. Terveysarvojen muutos ilmeni siinä, että terveyspolitiikka alettiin nähdä vähitellen osana muuta yhteiskuntapolitiikkaa.<sup>2</sup> Terveydenhuolto alettiin määritellä »sosiaalipolitiikan lohkoksi, joka puuttamalla terveyspalvelusten riittävyyteen, laatuun ja käyttömahdollisuuksiin pyrkii väestön terveydentilan (terveystason) jatkuvaan kohottamiseen».<sup>3</sup>

Terveydenhuollon käytännön tasolla uudet arvot konkretisoituivat pyrki- myksinä »ehkäisevien palvelujen», »kokonaishoidon» ideologian ja »potilas- keskeisen hoidon» toteuttamiseen. Terveys alettiin ymmärtää siis laaja-alaisesti psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen terveyden kombinaationa.<sup>4</sup> Näiden tavoit- teiden toteuttaminen on nähty nimenomaan organisaatio- ja hallinto-ongelmi- na, jotka voidaan ratkaista erällä hallinnollisilla uudelleenjärjestelyillä. Tämän kysymyksen käsittelemiseksi on pyrittävä täsmentämään ennen muuta ter- veydenhuollon hallinnollisten keinojen mahdollisuuksia vaikuttaa terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn.

Kokonaisvaltaista terveydenhuoltoa on yrittetty toteuttaa erilaisilla tervey- denhuollon hallintoon kohdistuvilla *yhdentämistoimenpiteillä*. Tavoitteen toteutumisen arviointia vaikeuttaa se, että samaan aikaan taloudellinen ja organisatorinen tehokkuus alkoivat työntyä terveydenhuollon hallintoon yhä selvemmin. Tämä näkyi mm. hallinnon eri tasot kattavina suunnittelu- ja valvontajärjestelminä.

Terveydenhuollon hallinnon muutosta voidaan tarkastella erittelemällä yhdentymiseen ja eriytymiseen kytkeytyviä tekijöitä ja etsimällä syitä näille muutospirteille. Sekä yhdentymisessä että eriytymisessä on erotettava kaksi ominaisuutta, jotka usein virheellisesti samaistetaan toisiinsa.<sup>5</sup>

#### 1. Yhdentyminen:

- a) *integrointi*, joka on eheyttämistä, erilaisten ainesten sulauttamista yhdeksi kokonaisuudeksi
- b) *koordinointi* merkitsee yhteenjärjestämistä, sen avulla kootaan yhteen sitä, minkä työnjako pirstoaa

#### 2. Eriytyminen:

- a) *segmentoituminen*, joka tarkoittaa sellaista systeemin muodostumista- paa, jossa kaikki samalla tasolla toimivat osasysteemit ovat rakenteel- taan samanlaisia ja hoitavat samanlaisia tehtäviä
- b) *differentioituminen*, joka tarkoittaa segmentoitumisen rinnalla työn- jakoa, jossa luonteeltaan erilaiset osatehtävät hoidetaan niin rakenteel- taan kuin toiminnaltaan toisistaan poikkeavien yksikköjen toimesta

Näiden käsitteiden operationaalistaminen terveydenhuollon hallintoon ei ole ongelmattonta, mutta kuitenkin mahdollista. Integrointi merkitsee terveydenhuollon organisaatioiden tai niiden alayksikköjen suoranaista yhdistämistä, kun koordinoinnissa on kyse siitä, että rakenteita tai toimintoja pyritään jollakin tavoin yhteensovittamaan. Segmentoituminen, nimenomaan eriytymiskehitykseen liittyneenä merkitsee uusien terveydenhuollon organisaatioiden tai organisaatioiden alayksikköjen syntyä ja muodostumista. Differentioituminen on olennaisesti eri asia kuin segmentoituminen, siinä on merkittävintä organisaation eri toimissa ja yksiköissä työnjaon seurauksena kehittyvät erilaiset näkemykset, valmiudet, arvostukset jne.

## 2. TERVEYDENHUOLLON HALLINNON MUUTOKSEN TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTIA

Terveydenhuollon hallinnon tutkimuksessa on erotettavissa kaksi paradigmaattista piirrettä. Toisaalta ollaan melko pitkälle sidoksissa määrätynlaiseen tapaan tarkastella terveydenhuollon hallinnon makroilmiöitä. Tällä tasolla on tyypillistä terveydenhuollon valtakunnallisten ohjelmien toteutumisen ja yleensä terveystalouden kysymysten erittely. Varsinkin policyanalyttinen, evaluoiva tutkimusote on ollut korostuneesti esillä. Toisaalta on varsin paljon tutkittu myös terveydenhuollon organisaatioiden sisäisiä rakenteita ja toimintatapoja. Organisaatiososiologian perinteiden mukaisesti on tutkittu mm. työnjakoa, päätöksentekotapoja ja konfliktitilanteita terveydenhuollon organisaatioissa. Ilmeinen puute on ollut kyvyttömyys yhdistää toisiinsa näitä kahta terveydenhuollon hallinnon tarkastelutasoa.

Tässä lähdetään olettamuksesta, että yleensä hallinnon muutoksen taustalla nyky-yhteiskunnassa ovat yhä selvemmin erilaiset hallintoon kytkeytyvät sosio-taloudelliset intressit. Hallinnon muutos noudattaa siis omaa logikkaansa, joka on suhteellisen irrallinen yhteiskuntapolitiikan arvomuutoksista ja tavoiteasetteluista. Vaikka tämä onkin todettu tutkimuksessa ja teorianmuodostuksessa kahden seuraavan kysymyksen täsmentäminen on silti tarpeellista:<sup>6</sup>

- millä tavoin erilaiset sosio-taloudelliset intressit suodattuvat hallintoon? miten itsenäisesti hallinnon toimeenpanevat organisaatiot toimivat ja muotoutuvat suhteessa hallinnon ohjaaviin yksikköihin?

Teoreettisessa mielessä ongelmallista on se, että hallinnon makroteoriat eli valtio- ja byrokratiateoriat eivät pysty selittämään kovinkaan paljon hallinnon sisäistä muotoutumista. Ne kuvaavat ja selittävät pääosin ainoastaan hallinnon muutokseen yhteydessä olevien ympäristötekijöiden luonnetta. Makroteorioi-

den mukaan hallinnon muutoksessa on kyse eräänlaisesta *luonnollisesta valinnasta*: ympäristöt kytkevät erilaisia organisatorisia rakenteita ja toimintoja nimenomaan ympäristön tarpeisiin ja ominaisuuksiin.<sup>7</sup> Tällä tavoin voidaan arvioida kuitenkin vain erilaisten sosio-taloudellisten intressien keskinäistä suhdetta, ei sitä, miten nämä intressit toimivat ja vaikuttavat hallinnollisten toimintojen ja niiden muutosten yhteydessä.

Hallinnon ulkopuolisen ympäristön tarkastelu ei siis riitä. Olennaista julkisen hallinnon muutoksessa, verrattuna vielä 1960-luvun lopun tilanteeseen, on se että hallinto on sekä taloudellistunut että politisoitunut sisäisesti. *Taloudellistuminen* on merkinnyt taloudellisten ja jopa melko välittömästi tuotantoon liittyvien asioiden lisääntyvää hoitamista ja yleensä taloudellisten arvojen ilmenemistä yhä enemmän hallinnollisissa toiminnoissa. *Politisoituminen* tarkoittaa ennen muuta sitä, että yhteiskunnalliset kiistakysymykset käsitellään aikaisempaa paljon enemmän hallinnon sisällä.<sup>8</sup> Silti melko vähän on empiirisesti tutkittu sitä, miten nämä kehityspiirteet tosiasiallisesti muuttavat toimintoja ja rakenteita eri hallinnonalojen piirissä.

Edellä kuvattu tilanne on synnyttänyt hallinnon *päätöksentekoprosesseihin* liittyviä muutoksia ja muutospaineita. Hallinnossa on yhä vaikeampaa muodostaa selkeitä, yhteisesti hyväksytyjä tavoitteita, sovitella niitä yhteen ja arvioida hallinnollisten toimenpiteiden vaikutuksia. Tästä syystä varsinaisia hallinnollisia ilmiöitä on vaikea erottaa muista tekijöistä ja on epäselvää, tulisiko hallinnollisia rakenteita ja prosesseja arvioida poliittisen, taloudellisen, oikeudellisen, sosiaalisen tai eettisen merkityksen kannalta.

Oletettavasti juuri prosessuaaliset, päätöksenteon ja toimintojen monimutkaistumiseen liittyvät muutokset ovat synnyttäneet hallinnon sisällä vasta-reaktioita, eräänlaisia puolustusmekanismeja. Ristiriita hallinnon sisäisessä muutoksessa, kuten yhdentymisen ja eriytymisen jatkuvassa jännitetilassa, johtuu suurelta osin byrokraattisen hallintotavan periaatteiden, kuten voimakas hierarkkisuus, täsmällinen työnjako, tarkat normit, objektiivisuus jne. ilmeisestä sopimattomuudesta muuttuneisiin olosuhteisiin. Hallinto reagoi tällaiseen kehitykseen muutoksilla, jotka eivät ole yhteiskuntapoliittisen tai poliittis-hallinnollisen ohjauksen mukaisesti tapahtuvia.

### 3. VOIMAVARARIIPPUVUUDEN MALLI TERVEYDENHUOLLON HALLINNON MUUTOKSEN TUTKIMISESSA

Hallinnon muutoksen tutkimuksessa tarvitaan tietoa paitsi hallinnon ja sille relevantin ympäristön välisestä suhteesta, myös niistä mekanismeista, jotka tähän suhteeseen liittyneinä muuntavat hallinnollisten rakenteiden ja proses-

sien piirteitä ja merkitystä. Seuraavassa hallinnon muutoksen suhdetta ympäristöönsä analysoidaan *voimavarariippuvuuden mallin*<sup>9</sup> avulla. Voimavarariippuvuuden malli on nimittäin sekä lähtökohdiltaan että tavoitteiltaan sellainen, että sen avulla voidaan suhteellisen hyvin selittää erityisesti juuri julkisen hallinnon ja siihen kuuluvien organisaatioiden muutosta.

Voimavarariippuvuuden mallin ydinhypoteesi on se, että hallinnon muutoksen keskeinen syy on *organisaatioihin ja niiden alayksikköihin kytkeytyvien intressien jatkuva kilpailu organisaation hallussa olevista erilaisista voimavaroista*. Varsinkin julkisia organisaatioita eli virastoja ja laitoksia on tarkoituksenmukaista tutkia yhteiskunnallisina valtakeskuksina oloissa, joissa sosio-taloudelliset kiistat suurelta osin käsitellään niiden piirissä. Voimavarariippuvuuden mallin mukaan organisaatiot eivät varsinaisesti itse päätä voimavarojen tuottamisesta ja jakamisesta. Ratkaisevaa muutoksen kannalta on se, millä tavoin ja miten voimakkaasti intressitekiäjät pyrkivät tavoitteidensa saavuttamiseen juuri organisaatioiden voimavaratekijöiden avulla.

Organisaatioiden itsenäisyys, muutoksenkykyisyys ja responsiivisuus erilaisten tekijöiden suhteen perustuvat siihen, miten varsinkin tärkeimpiä voimavaroja koskevat valintatilanteet ovat hallinnossa järjestyneet. Tällaisia valintoihin liittyviä malleja on useita. Toisena ääripäänä on tilanne, jossa kaikki organisaatioon kytkeytyvät intressit voivat tasa-arvoisesti tavoitella organisaation voimavaroja. Tällainen tilanne edellyttää varsin laajalle ulottuvia monimutkaisia osallistumisjärjestelmiä. Toisena ääripäänä taas on tilanne, jossa lähinnä vain yksi intressitekijä (esimerkiksi voimakas etujärjestö, yritysorganisaatio tai ammattijärjestö) pääsee osalliseksi voimavaroja koskevista päätöksistä.

Voimavarariippuvuuden malliin nojautuen hallinnon ja organisaatioiden muutoksen selittämisen edellytyksenä on siis intressitekijöiden ja voimavaratekijöiden määrittely sekä näiden keskinäisten riippuvuuksien osoittaminen. Julkisiin organisaatioihin liittyy yleensä useita intressitekijöitä, jotka vaihtelevat viraston tai laitoksen tehtävien ja yhteiskunnallisen merkityksen perusteella. Terveydenhuollon järjestelmässä intressejä ovat ainakin seuraavat:

1. Poliittiset intressit, jotka ilmenevät yhteiskuntapoliittisesti tai puoluepoliittisesti ilmaistuina pyrkimyksinä terveydenhuollon suhteen.
2. Hallinnolliset intressit, jotka ilmenevät viranomaisen pyrkimyksinä uudistaa tai kehittää terveydenhuoltoa ja erityisesti sen hallintoa.
3. Taloudelliset korporatiiviset intressit, jotka ilmenevät elinkeinoelämän tai muiden taloudellisia tavoitteita ajavien järjestöjen pyrkimyksinä terveydenhuollon suhteen. Myös kuntien ja kaupunkien keskusjärjestöt voidaan lukea tähän ryhmään.
4. Professionalistiset intressit, jotka ilmenevät terveydenhuollon ammattiryhmien pyrkimyksinä terveydenhuollon suhteen. Nämä intressit saattavat

perustua a) ammatillisiin, b) tiedeperusteisiin tavoitteisiin.<sup>10</sup>

5. Kansalaisten tai kansalaisjärjestöjen intressit, jotka ilmenevät näiden pyrki-  
myksinä terveydenhuollon suhteen.

On vielä painotettava sitä, että pyrkiessään vaikuttamaan itse terveyden-  
huollon sisältöön, intressitekiäjät käyttävät välineinä organisaation voima-  
varoja, jotka luonteeltaan ovat siis hallinnollisia eivätkä itse terveyttä tai  
sairautta välittömästi koskevia tekijöitä. Nykyajan organisaatioilla on yleensä  
hallussaan useita eri tyyppisiä voimavaroja. Terveydenhuollon organisaatiot  
ovat luonteeltaan palvelu- tai asiakassuuntautuneita organisaatioita, joiden  
tehtävänä on ennen muuta asiakkaiden tai potilaiden tarpeiden tyydyttämi-  
nen.<sup>11</sup> Tätä taustaa vasten terveydenhuollon organisaatioiden tärkeimmät  
voimavarat ovat:

- tieto, erityisesti asiakkaiden tarpeista, tavoitteista ja hyvinvoinnista tervey-  
den suhteen,
- valta, erityisesti mahdollisuus päättää muodolliseen asemaan perustuvista  
asioista,
- rahalliset ja henkilöstövoimavarat, erityisesti varojen ja henkilöstön määrä,  
rakenne ja laatu,
- palvelut, erityisesti niiden määrä, laatu ja arvointitavat.

Usein näitä voimavaretekiäjiä on vaikea erottaa selkeästi toisistaan. Esi-  
merkiksi valta voidaan ymmärtää yläkäsitteenä. Vallankäytön kautta luodaan  
valintatoiminnot, joiden kautta taas eri intressitekiäjöiden mahdollisuudet  
osallistua esimerkiksi tietoa, henkilöstövoimavaroja ja palveluja koskevaan  
päätöksentekoon määräytyvät.<sup>12</sup>

Ennen kuin seuraavassa arvioidaan yksityiskohtaisemmin Suomen tervey-  
denhuollon hallinnon viimeaikaisia muutospiirteitä, on syytä kerrata perus-  
hypoteesi: terveydenhuollon hallinnon muutoksen taustalla on eri intressi-  
tekiäjöiden kyvykyys olla tekemisissä terveydenhuollon hallinnon tärkeim-  
pien voimavaretekiäjöiden kanssa. Tarkentamalla tätä hypoteesinomaista  
mallia voidaan luonnehtia paitsi terveydenhuollon hallinnon muutosten syitä,  
myös (ja mikä on yhtä tärkeää) niiden esteitä.

Terveydenhuollon hallinnon muutoksessa voidaan erottaa kaksi tasoa.  
Nämä ovat ensiksikin terveydenhuollon organisaatioiden keskinäisen yhteis-  
toiminnan ja työnjaon taso sekä toiseksi terveydenhuollon organisaatioiden  
sisäisten järjestelyjen taso. Seuraavassa näitä tasoja analysoidaan erikseen  
pyrkimällä vastaamaan tämän avulla kolmeen kysymykseen:

1. Millaista muutos on ollut yhdentymis- ja eriytymisulottuvuuksilla tarkas-  
teltuna?
2. Mistä muutos johtuu?

3. Mitä muutos merkitsee asiakaskeskeisyyden tai kansalaisläheisyyden toteutumisen kannalta?

#### 4. TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOIDEN YHTEISTYÖTÄ KOSKEVAT MUUTOKSET

Terveydenhuollon hallinnon osalta ehkäisevän terveydenhuollon ja kokonaisuhoion ideologian vaatimuksiin on reagoitu hallinnon yhdentämiseen tähtävillä pyrkimyksillä. Integrointi on nähtävä nimenomaan poliittishallinnollisten intressien mukaisena pyrkimyksenä vaikuttaa terveyspalvelujen määrään, laatuun ja käyttöön järjestämällä terveydenhuollon organisaatio vastaamaan uudenlaisia tarpeita ja niistä johdettuja tavoitteita. Yhdentämistavoitteet ovat tulleet esille sekä kansanterveyslain, VALTAVA-lainsäädännön että erikoissairaanhoidon hallinnon uudistamisen alueilla.

*Kansanterveyslain* (1972) tavoitteena on ollut erityisesti perusterveydenhuollon järjestäminen yhtenäisen organisaation puitteissa. Organisaatorinen ratkaisu tähän oli terveyskeskusten perustaminen. Kyse oli osittain uudenlaisten ja osittain entisten toimintojen integroinnista ja koordinoinnista. Koko terveydenhuoltojärjestelmää ajatellen integrointi ja koordinointi jäivät puolitiehen, sillä osa sairaanhoitoa pysyi erillään ehkäisevästä terveydenhuollosta. Segmentaatiota piti yllä myös se, että kuntien sairaalat organisoitiin yleensä suoraan terveyskeskusten vuodeosastoiksi. Tämä uudistus siis säilytti eriytyneisyyden itse sairaanhoitojärjestelmässä.<sup>1 3</sup>

Myöhemmin toteutetulla terveydenhuollon *porrastusperiaatteella* on yritetty korjata eriytymisongelmia. Tämän periaatteen tavoitteena on luoda yhtenäinen järjestelmä, jonka avulla koordinoidaan yliopistollisen keskussairaalan, keskussairaalan, aluesairaalan sekä terveyskeskuksen toiminnot. Tässä keskussairaaloille on annettu kehittämis-, ohjaus- ja koordinoitavastuu. Yhdentämistavoitteen toteutumisen kannalta, varsinkin kaksi seikkaa ovat pulmallisia. Ensiksikin on outoa, että erikoissairaanhoidosta vastaava yksikkö toimii keskeisenä organisaationa pyrittäessä erityisesti kokonaisuhoion tavoitteisiin ja toteuttamaan perushoitoa. Toinen ongelma on se, että eräitä toimintoja (kuten psykiatrinen terveydenhuolto) jää kokonaan järjestelmän ulkopuolelle.

Tutkimusten mukaan palvelujen porrastusperiaate ei ole toteutunut kovinkaan hyvin.<sup>1 4</sup> Eräät terveydenhuolto-organisaatioiden sisäiset muutospiirteet (joista myöhemmin) ovat heijastuneet myös organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Sairaalapalvelujen konsultaatio on ollut puutteellista eivätkä terveyskeskukset ole aina saaneet haluamiaan palveluja sairaaloilta. Osittain juuri

tämä tilanne on pakottanut terveyskeskuksia luomaan uusia palvelumuotoja, mikä puolestaan on eriyttänyt niiden sisäisiä toimintoja ja rakenteita.

Kansanterveyslain tavoitteiden kannalta puolestaan ongelmallista on se, että kuntien välinen yhteistyö terveydenhuollossa on ollut puutteellista.<sup>15</sup> Tämä on tullut esille kansanterveystyön kuntainliittojen perustamisen yhteydessä. Tällöin on monessa tapauksessa ollut vaikeuksia löytää kaikkia kuntia tyydyttäviä yhteistyömuotoja. Tästä osoituksena on se, että valtioneuvosto pakotti kuntainliittoihin 41 kuntaa, useita kuntainliittoja on purettu ja useita on purkautumassa.<sup>16</sup> Tässäkin tapauksessa alkuperäinen yhdentymistavoite on joutunut väistymään tosiasiallisen eriytymiskehityksen tieltä.

*VALTAVA-lainsäädännön* mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdentämistavoite on myös osoitus uudenlaisen terveystieteiden (ja tavallaan myös ihmiskäsityksen) huomioon ottamisesta ja sen soveltamisesta konkreettisesti toiminnassa. Se on osoitus siitä, että terveyden perustana ei pidetä pelkästään biofysisiä tekijöitä (joita sairaalat oikeastaan yksinomaan hoitavat), vaan myös sosiaalisia ja psyykkisiä tekijöitä (joita varten taas ehkäisevän terveydenhuollon ja sosiaalitoimen organisaatiot ovat olemassa). VALTAVA-uudistuksen tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden integrointipyrkimys ja toimintojen koordinoitipyrkimys näiden hallinnonalojen kaikilla tasoilla ja lohkoilla. Yhdentämisen osoittimina ovat lähinnä valtakunnalliset, suhteellisen keskitetyt suunnittelujärjestelmät sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämiseen ja tasapainoittamiseen tähtäävä valtionosuus uudistus.<sup>17</sup>

Tähän mennessä saatujen tietojen perusteella VALTAVA-uudistuksen vaikutuksia ei ole mahdollista arvioida kovinkaan luotettavasti ja yksityiskohtaisesti. Päätöksenteko-ongelmat ovat kuitenkin ilmeisiä verrattaessa paikallisella tasolla terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tarpeellisuutta toisiinsa. Myös keskushallinnon (erityisesti valtiovarainministeriön mutta myös sosiaali- ja terveysministeriön) voimavara- ja normiohjaus ovat ilmeisiä ongelmakohtia.

On syytä huomauttaa, että VALTAVA-uudistuksen kohdalla uudenlaisten hallinnollisten ratkaisujen toteuttaminen on ollut vaikeaa. Tämä ilmenee erityisesti eräiden kokeilujen kohdalla. Näiden kokeilujen avulla on ennalta pyritty arvioimaan eräiden uudistusten toteutumisen todellisia vaikutuksia. Esimerkiksi alueellistamiskokeilujen avulla on pyritty soveltamaan erilaisia malleja palvelujen tuotannon yhdistämiseksi ja myös hallinnon rakenteiden integroimiseksi. Myös sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämällä kokeilulla ja kehittämisprojektilla on ollut samanlaisia vaikutuksia, sillä vain harvat kunnat ovat olleet halukkaita uudistusten vapaaehtoiseen kokeilemiseen kehittämällä sosiaalilautakuntien ja terveyslautakuntien yhteistoimintaa.

Kolmas terveydenhuollon organisaatioiden integroinnin ja koordinoinnin edistämiseksi suunniteltu uudistus liittyy *sairaanhoitopiirien* organisointiin.



Uudistusta koskevia komiteamietintöjä ja muita suunnitelmia on valmistunut jo useiden vuosikymmenien ajan, mutta kovinkaan pitkälle ei ole päästy. Tavoitteiltaan uudistus on varsin perusteltu ja yhdistettävissä kokonaishoidollisen ideologian periaatteisiin. Uudistuksen avulla pyritään väliportaan erikoissairaanhoidon hallinnolliseen yhdistämiseen. Tavoitteena on organisoida alueatasolle vain yksi erikoissairaanhoidosta vastaava päätöksentekoelein yhdistämällä mielisairaanhoidopiirit kuntainliittoineen ja tuberkuloosipiirit kuntainliittoineen keskussairaalan kuntainliittoihin. Suunnitelmien mukaan uudistus käynnistetään vuonna 1986 ja sillä tulee olemaan kymmenen vuoden voimaanpano-aika.<sup>18</sup>

Sairaanhoidopiirien mallinnollinen järjestäminen näyttää liittyvän läheisesti väliportaan hallinnon uudistamiseen. Usein on viitattu siihen, että erikoissairaanhoidoa ei voida järjestää ennen kuin on tarkemmin päästy selvytyteen siitä, mitkä tulevat olemaan väliportaan hallinnon uudistamisen yleiset perusteet. Joka tapauksessa suunniteltua uudistusta on ollut mahdollisuus toteuttaa vapaaehtoiselta pohjalta. Jälleen merkittävä huomio on se, että vain kolme aluetta (Kainuu, Vaasa ja Keski-Suomi) ovat olleet halukkaita uudistusten kokeilemiseen.

Miksi siis poliittishallinnollisesti asetetut terveydenhuollon hallinnon yhteistoimintatavoitteet eivät ole toteutuneet tai ovat toteutuneet melko puutteellisesti? Voimavarariippuvuuden mallin avulla tarkasteltuna voidaan esittää joitakin, joskin vain hypoteesinomaisia selityspäätöksiä:

- valtakunnalliset pyrkimykset eivät ole olleet yhteneviä alue- ja paikallistason tavoitteiden kanssa,
- yhdistämistavoitteet on koettu pikemminkin vallan keskittymisenä kuin demokratian lisäämisenä,
- hallinnon eriytyminen on koettu hyväksyttävänä, ainakin keskeisten intressitekiäjien piirissä,
- olosuhteiden säilyttäminen monissa tapauksissa lähes ennallaan osoittaa, että uudistuspyrkimykset koetaan uhkana niiden intressitekiäjien taholta, joille vallitseva tilanne on edullinen.

Tällä analyysitasolla eri intressitekiäjien yhteyttä terveydenhuollon hallinnon voimavarakäyttöihin ei ole mahdollista selittää kausaaliosuudessa, ainakaan kovin tarkasti. Voidaan kuitenkin havaita, että poliittiset intressit ilmenevät eräiden poliittisten ryhmien pyrkimyksenä säilyttää valta-asemansa, toisin sanoen terveydenhuollon hallinnon voimavarakäyttäjät ovat niiden kannalta edulliset. Hallinnon intressit näyttävät suuntautuvan hallinnon rationalisointiin olemassa olevia voimavaroja (erityisesti henkilöstöä ja palveluja) uudelleen kohdentamalla. Sen enempiä poliittiset kuin hallinnollisetkaan intressit eivät näytä tähtäävän terveyspalveluja koskevan tiedon ja palvelujen

laadun kehittämiseen. Korporatiivisten professionaalisten tai kansalaisten intressien yhteys terveydenhuollon hallinnon muutokseen jäävät jokseenkin vaille selkeää osoitusta. Ainakin käytettävissä olevien tutkimustietojen ja tilastojen perusteella ei pystytä todellakaan osoittamaan selkeitä selitysperspektiivejä sille, miksi terveydenhuollon organisaatioiden yhteistoimintaa koskevat tavoitteet eivät ole kovin hyvin toteutuneet. Tämän johdosta voidaan olettaa, että kysymystä ei voida selittääkään organisaatioiden välisen yhteistoiminnan ongelmana, vaan pikemminkin on oletettavissa, että syyt terveydenhuollon hallinnon muutokseen tältä osin *johtuvat nimenomaan organisaatioiden sisäisistä muutostekijöistä*. Toisin sanoen selityksen avain on löytää muutokseen liittyviä selittäviä tekijöitä itse organisaatioiden sisäisistä asioista.

Mitä tarkastelu sitten merkitsee kokonaishoidollisen ideologian toteutumisen suhteen? Keskeinen havainto on se, että hallinnon organisatorinen yhdistäminen ei sinänsä välttämättä edistä kansalaisten terveystarpeiden parempaa huomioon ottamista. Myöskään kysymystä kansalaisläheisestä hallinnosta ei voida selittää ilman tietoa itse terveydenhuolto-organisaatioiden sisäisistä toimintatavoista ja rakenteista.

## 5. TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOIDEN SISÄINEN MUUTOS

Sairaalat, terveyskeskukset ja muut terveydenhuoltojärjestelmän piiriin kuuluvat laitokset ovat koko ajan segmentoituneet ja differentioituneet. Selvimmin tämä näkyy siinä, että niihin on syntynyt uusia osastoja, toimistoja ja muita alayksiköitä sekä siinä, että niiden ammattiryhmien ja ammattinimikkeiden määrä on jatkuvasti kasvanut. Tyypillisessä terveyskeskuksessa on 1980-luvulla noin 20 ammattia ja keskussairaalassa jopa noin 70.<sup>19</sup> Useimmat ammattiryhmät ovat erikoistuneet hoitamaan yhtä sairautta tai elintä tai osaa kokonaisuhoitoprosessissa. Terveys syntyy kuitenkin eri ammattiryhmien kokonaistuotteena päivittäisen työnjaon ja yhteistyön perusteella. Kokonaistuotteesta huolehtimaan erikoistuneita ammatteja ei kuitenkaan ole.

Eri yhteyksissä on todettu, että sairaaloissa ja terveyskeskuksissa on useita vaikeita hallinnollisia ongelmia.<sup>20</sup> Näitä ovat muun muassa

- lääketieteen erikoisaloittainen pirstoutuminen (varsinkin sairaaloissa),
- luottamushenkilöiden vaikutusvallan väheneminen,
- yksilöjohtamisen riittämättömyys,
- lääkäreiden erikoisoikeudet,
- johtamisvastuun epäselvyys,
- hoitohenkilöstön muodollisen ja tosiasiallisen aseman toisiaan vastaamattomuus,

eri henkilöstöryhmien erilaiset oikeudet, ensiasteen esimiesten identiteettiristiriita koskien sitä, minkä näkemyksen, tarpeen tai edun hyväksi kulloisessakin tilanteessa tulee toimia.

Sairaaloiden ja terveyskeskusten epäkohtia pyritään poistamaan niiden sisäisiä johtosääntöjä uudistamalla. Sairaaloiden osalta uudistus on ollut esillä 1960-luvulta alkaen. Mallijohtosääntöjen avulla on pyritty hahmottamaan koko hallintoa koskeva ohjeisto, joka sisältää toiminnalliset ja rakenteelliset järjestelyt sekä organisaatiomallin, johtamisen, päätöksenteon, toimenkuvien että esimies—alainen-suhteiden osalta. Johtosääntöjen uudistamisen taustalla on sekä pyrkimys asiakaskeskeisen hoidon toteuttamiseen että yleensäkin toimintojen koordinoinnin kehittämiseen.

Terveydenhuollon organisaatioiden sisäisen muutoksen kannalta johtosääntöjen uudistaminen on ollut prosessi, joka myös selittää melko pitkälle näiden organisaatioiden sisäistä eriytymistä. Ennen johtosääntöuudistusta sairaalaorganisaatiosta määräsi ohjesääntö, joka tulisi korvata johtosääntöuudistuksella kaikissa sairaaloissa ja myös terveyskeskuksissa vuoteen 1985 mennessä. Uudet johtosääntömallit osoittavat pyrkimystä sairaalan toimintojen yhteensovittamiseen ja laaja-alaiseen yhteistyöhön. Tämä tapahtuisi johto- ja vastuuryhmien laajentamisella, potilaan oikeuksia vahvistamalla, luottamushenkilöiden asemaa selkiyttämällä, hoitohenkilöstön ammatillisia mahdollisuuksia vahvistamalla, demokraattisten johtamistapojen kehittämällä sekä ottamalla huomioon kaikkien henkilöstöryhmien osuus kokonaishoidossa.<sup>21</sup> Juuri näiden tavoitteiden soveltaminen käytäntöön on tuonut esille asioita, jotka osoittavat terveydenhuollon organisaatioiden muutoksen luonnetta.

Vuoden 1985 alussa johtosääntöuudistus on muodollisesti pääosin toteutettu siten, että uudet johtosäännöt ovat voimassa joitakin poikkeuksia lukuunottamatta sekä sairaalakuntainliitoissa että kansanterveystyön kuntainliitoissa eli käytännössä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Tehdyn selvityksen<sup>22</sup> mukaan selkeä suuntaus tarkastelluissa johtosäännöissä näyttää olevan hoitotyön aseman ainakin jonkinasteinen paraneminen, vaikka hoitotyön osasto (mikä merkitsee tiettyyn rajaan asti erillistä hoitotyön linjaa) on vain joissakin organisaatioissa. Kuitenkin hoitotyön vastuualue on kirjattu suurimmassa osassa (2/3) tarkastelluista organisaatioista. Selvityksessä tulee korostuneesti esille se, että johtosääntöä koskevat kiistat ovat lähes poikkeuksetta koskeneet juuri hoitotyön muodollista asemaa. Hoitotyön itsenäistä olemassaoloa ei ole haluttu hyväksyä lääketieteen edustajien eikä osittain taloushallinnosta vastaavan henkilöstönkään taholta. Hoitotyö on kuitenkin alettu mieltää omaksi erityiseksi toimintakokonaisuudeksi, vaikka sille ei virallista asemaa olisikaan myönnetty.<sup>23</sup>

Terveyskeskusten ja sairaaloiden ammattirakenteen eriytymistä vastaa *terveydenhuollon koulutuksen* pirstoutuneisuus ja erillisuus. Potilaskeskeisen ja kokonaishoidollisen ideologian kannalta potilasta (tai pikemminkin ihmistä) koskeva tietoinen välittyy koulutuksessa toisistaan irrallisina tietoina. Ihmistä koskevat tarve-, hyvinvointi- ja elämäntapakäsitykset, erilaiset eettiset säännöt ja hoitoa koskevat ideologiat toimivat koulutuksessa erillisinä järjestelminä. Tällä on haittavaikutuksia sekä yleensä terveydenhuollossa harjoitettavaan toimintaan että erityisesti kokonaishoidollisten tavoitteiden toteutumisen kannalta.

Keskiasteen terveydenhuollon koulutuksen uudistamisella on pyritty, ainakin osittaiseen koulutuksen integrointiin ja koordinointiin. Keskiasteen uudistuksessa opistoasteen perustaso jää pois, jonka jälkeen koulutetaan ainoastaan perushoitajia ja erikoishoitajia.<sup>24</sup> Yhdentämistavoitteen toteutumisen esteenä on kuitenkin se, että näiden kahden tason sisällä erikoistuminen on entistä pitemmälle vietyä. Toinen yhdentämistä heikentävä tekijä saattaa olla terveydenhuollon korkeakoulutuksen sisäinen eriytyminen ja irrallisuus keskiasteen koulutuksesta. Nykyiseen terveystieteeseen viitaten tuleva kehitys saattaa olla sellainen, että lääkärikoulutus erikoistuu yhä enemmän terveyden biofyysiseen puoleen, terveydenhuollon kandidaattikoulutus yhä enemmän terveyden psyykkiseen puoleen ja sosiaalialan koulutus yhä enemmän terveyden sosiaaliseen puoleen. Ihmisen kokonaishoidon kannalta tällainen suuntaus on ongelmallinen.

Näyttää siltä, että voimavarariippuvuuden mallin avulla voidaan melko pitkälle selittää ja tulkita terveydenhuollon organisaatioiden edellä kuvattua muutosta. Organisaation voimavaroista varsinkin tiedon merkitys tulee korostuneesti esille. Organisaatioiden toiminta sinänsä perustuu ympäristössä olevien tarpeiden tyydyttämiseen. Ympäristön tarpeita koskeva tieto puolestaan välittyy organisaatioon siinä toimivien ja siihen kytkeytyvien intressitekiäjien kautta. Intressitekiäjät tulkitsevat tiedon luonteen ja tarpeen, mutta tiedon varsinainen todentuminen konkreettiseksi toiminnaksi riippuu puolestaan intressitekiäjien kyvystä saada tulkinnoilleen hyväksyttävä perusta ja tämä puolestaan riippuu organisaatiossa harjoitettavasta vallankäytöstä.<sup>25</sup> Varsinkin sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja muissa vastaavissa terveydenhuollon organisaatioissa niiden käyttämä tieto perustuu ammatilliseen asiantuntemukseen, hallinnollisiin tarpeisiin sekä poliittisen järjestelmän edustamaan ideologiseen rakenteeseen.

On painotettava sitä, että kun ympäristön tarpeista ei ole täyttä varmuutta (kuten on tyypillistä terveydenhuollon organisaatioissa) tällöin joudutaan väistämättä toimimaan *epävarmuuden* vallitessa. Tästä syystä olennainen merkitys on sillä, miten organisatoriset intressitekiäjät tulkitsevat organisaation

voimavarojen arvoa tavoitteidensa ja pyrkimystensä kannalta.<sup>26</sup> Ehkä tärkein voimavaroja koskeva kilpailutilanne syntyy sen suhteen, *ketkä ja millä tavoin voivat määritellä toiminnan kannalta keskeisten käsitteiden (esim. terveys, sairaus, hoidon laatu, potilaan paras) merkityksiä ja soveltamistapoja.*

Voimavarariippuvuuden mallin tarkentamisen kannalta on syytä korostaa eräiden ongelmien tärkeyttä:

Professionalistiset intressit (erityisesti lääkärien ja hoitohenkilöstön) tähtäävät sinänsä potilaskeskeisen hoidon toteuttamiseen. Kiista näiden ammattiryhmien edustamien tieteenalojen välillä tulee kuitenkin ratkaisuksi käytännössä vain *valtaan* liittyvien järjestelyjen avulla.<sup>27</sup>

Demokratiaa ja tasa-arvoa korostavat pyrkimykset eriyttävät organisaatioiden rakenteita ja toimintoja. Nämä pyrkimykset ovat sinänsä oikeutettuja, mutta eivät välttämättä edistä kokonaishoidollisia tavoitteita.

- Poliittis-hallinnollisen ohjauksen merkitys sairaaloiden ja terveyskeskusten sisäiseen muotoutumiseen on erittäin vähäinen. Sekä luottamushenkilöiden että taloushallinnon virkamiesten pyrkimykset kohdistuvat pääosin vain määrällisiin voimavaroihin (henkilöstömäärät, varat jne.):
- Korporatiiviset intressit kytkeytyvät professionalistisiin tarvetulkintoihin (esim. laitehankinnat, investoinnit jne.).

Kansalaisten (potilaiden) tarpeiden huomioon ottaminen perustuu siihen, miten eri intressitekiäjät kulloinkin pystyvät käyttämään hyväkseen organisaation hallinnassa olevia voimavaratekijöitä.

Se, mitä terveydenhuollon organisaatioiden sisäinen muutos merkitsee kokonaishoidollisten tavoitteiden saavuttamisen kannalta ei ole yksiselitteisesti käsiteltävissä. Varsinkin suhtautuminen *kolmeen peruskysymykseen* tulisi jollakin tavoin ratkaista: 1) Onko kokonaishoidolliset tavoitteet mahdollista saavuttaa organisaatiossa, jossa ei ole edustettuna moniin ammatillisiin ryhmiin kytkeytyvää tietoa (huom. fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys)? Onko siis kokonaishoidon mahdollistava terveydenhuollon organisaatio väistämättä ainakin ammatillisesti melko eriytynyt? 2) Miten professionalistinen ideologia voidaan sovittaa yhteen kokonaishoidon vaatimusten kanssa? Professionalismin ideologian keskeinen ominaisuus on juuri siinä, että asian tuntija tietää potilaan tarpeet. Ongelma on myös se, voidaanko jonkin ammattiryhmän tulkinnat potilaan tai asiakkaan tarpeista määritellä objektiivisesti muita paremmiksi. 3) Missä määrin voidaan osoittaa, että jotkut organisaation rakennemallit ovat muita parempia nimenomaan potilaan tarpeiden tyydyttämisen kannalta. Tämä selvittäminen edellyttää tietoa siitä, mitkä ovat terveydenhuollon ja erityisesti sen hallinnollisten ratkaisuvaihtoehtojen mahdollisuudet terveyden ylläpitämiseksi ja sairauden parantamiseksi. On huomattava,

että terveydenhuollon keinoin näihin tavoitteisiin voidaan vaikuttaa melko vähän: ehkä 90 % sairauksia synnyttävistä ja ylläpitävistä tekijöistä on tämän järjestelmän ulottumattomissa.<sup>28</sup>

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET: ERÄITÄ TEOREETTISIA JA KÄYTÄNNÖLLISIÄ SUUNTAVIIVOJA

Terveydenhuollon hallinnon muutoksen tutkimuksen kannalta on syytä kiinnittää huomiota eräisiin asioihin, joissa selvästi tulee terveydenhuollon hallinnon teorian ja käytännön välinen yhteys esille. Merkittävin seikka, johon on sekä jatkotutkimuksissa että käytännön kehittämistyössä paneuduttava, on *poliittis-hallinnollisen ohjauksen suhde terveydenhuollon organisaatioiden toimintojen ja rakenteiden todelliseen määräytymiseen*.<sup>29</sup> Tässä prosessissa poliittis-hallinnollinen ohjaus ilmenee kaksitasoisena:

- valtakunnallisena hallituspoliittisena ohjauksena, jonka puitteissa pyritään parlamentaarisesti asetettujen tavoitteiden toteuttamiseen alue- ja paikallistasolla,
- alue- ja paikallistason poliittis-hallinnollisena ohjauksena, jonka avulla valtakunnalliset tavoitteet pyritään luottamushenkilöjärjestelmän kautta soveltamaan käytännön toimintaan.

Ilmeinen ongelma on se, että juuri poliittis-hallinnollisesti asetetut tavoitteet eivät kovinkaan hyvin toteudu johtuen toimeenpanevien organisaatioiden sisäisistä valtamekanismeista. Näyttää siltä, että politiikan merkitys terveydenhuollossa on lähinnä määrällisten voimavarojen alueella. Sen sijaan terveydenhuollon *laatu ja käyttömahdollisuudet* riippuvat muista tekijöistä (vrt. terveydenhuollon tavoitteet). Käytännön kehittämisen kannalta ohjeet ovat selvät: tulisi kehittää valtakunnallisen tason suunnittelu- ja ohjausjärjestelmiä laadulliseen suuntaan määrällisten tuotostavoitteiden sijasta sekä alue- ja paikallistason poliittista päätöksentekoa eli luottamushenkilöjärjestelmää.<sup>30</sup> Esteet tällä linjalla ovat mittavia.

Toinen kehittämislinja on se, että kiinnitetään nykyistä enemmän huomiota itse *kansalaisläheisen ja potilaskeskeisen* toiminnan ja hallinnon kehittämiseen. Tällöin ongelma on lähinnä tiedollinen siinä mielessä, että olisi tarkemmin selvitettävä, mitä ihmisten kannalta (ei vain potilaiden) merkitsee mm.: 1) Monipuoliseen asiantuntemukseen perustuvien terveydenhuollon organisaatioiden olemassaolo (vrt. esim. tälle vastakkaisen kotihoidon ja itsehoidon ideologia). 2) Elinolojen ja tarpeiden laajamittainen medikalisointi; se on tilanne, jossa ihmisten hyvinvointi määritellään yhä enemmän lääketieteellisin

ternein ja nornein. 3) Vuorovaikutus terveydenhuollon organisaatioiden ja henkilöstön kanssa (esim. biofyysisen lääkärinhoidon korkeatasoisuus suhteessa ihmisen sosiaalisen ja psyykkisen kokemisen merkitykseen).

Terveydenhuollon organisaatioiden piirissä on ilmeisesti otettava yhä enemmän huomioon se, että ihmisten tarpeet terveyspalvelujen suhteen vaihtelevat huomattavasti. Jos näin on, ja kun näin todellakin on, terveydenhuollon organisatoriset kysymykset ja organisaatioiden voimavarakysymykset eivät ole luonteeltaan kovinkaan poliittisia.<sup>31</sup> Näin olleen poliittisten päättäjien rooli voisi olla juuri voimavarojen määrällisellä puolella, toisin sanoen poliittisen järjestelmän on huolehdittava ensisijaisesti terveyspalvelujen tasa-  
puolisesta tarjonnasta, monipuolisuudesta ja riittävydestä.

Kansalaisläheisyyden kannalta avainasemassa on se, miten terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemus määritellään suhteessa ihmisten kokonaishoidon tarpeisiin. Tämä on myös työnjaon ja koordinoinnin ongelma: Miten terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa oleva asiantuntemus – se on tietoa siitä, millaisia terveyspalveluja ihminen todella tarvitsee – yhdistetään konkreettisesti toiminnassa? Tässä mielessä ensisijainen kehittämissuunta on sellaisten terveydenhuollon yhteistyöryhmien organisointi, jossa on monipuolinen asiantuntemus (vrt. laaja-alainen terveystieteellinen), melko heteraarkinen rakenne (so. ei-hierarkkinen), joustava työnjako sekä melko väljät toimintaa koskevat normit. Vastuu olisi pikemminkin kollektiivista kuin yksilöllistä. On siis jatkuvasti kysyttävä, mikä toimintamalli on asiakkaiden ja potilaiden kannalta edullisin eikä sitä, mikä tuntuu helpoimmalta ja rationaalisimmalta itse terveydenhuollon organisaatioiden ja työntekijöiden kannalta.<sup>32</sup>

Millaisia teoreettisia ja tutkimuksellisia otteita terveydenhuollon hallinnon ja niiden puitteissa toimivien organisaatioiden muutosta tulisi tutkia? Tässä tutkimuksessa sovellettu voimavarariippuvuuden malli on monin tavoin melko käyttökelpoinen. Sen avulla voidaan selittää ja tehdä ymmärrettäväksi eri tahojen terveydenhuoltoon liittyvien etujen pyrkimysten luonne sekä mekanismit, joilla terveydenhuollon muotoutumiseen pyritään konkreettisesti vaikuttamaan. Lisäksi mallin avulla voidaan arvioida sitä, miten erilaiset intressit pyrkivät tavoitteisiinsa erilaisten hallinnollisten ja organisatoristen voimavarojen kautta. Tässä prosessissa on tärkeä huomata olosuhteet säilyttämään pyrkivien ja niitä uudistamaan pyrkivien voimien jatkuva ristiriita.<sup>33</sup> Tällä on selkeä yhteys organisaatioissa harjoitettavaan vallankäyttöön, minkä yhteyttä sen sijaan asiakkaiden tarpeista lähtevään toimintaan on usein vaikea osoittaa.

Pitkälle eriytyneissä ja monimutkaistuneissa asiakassuuntautuneissa organisaatioissa tiedon merkitys on avainasemassa. Toiminnan määräytymisen kannalta merkittävintä todellakin näyttää olevan se, ketkä voivat päättää

että terveydenhuollon keinoin näihin tavoitteisiin voidaan vaikuttaa melko vähän: ehkä 90 % sairauksia synnyttävistä ja ylläpitävistä tekijöistä on tämän järjestelmän ulottumattomissa.<sup>28</sup>

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET: ERÄITÄ TEOREETTISIA JA KÄYTÄNNÖLLISIÄ SUUNTAVIIVOJA

Terveydenhuollon hallinnon muutoksen tutkimuksen kannalta on syytä kiinnittää huomiota eräisiin asioihin, joissa selvästi tulee terveydenhuollon hallinnon teorian ja käytännön välinen yhteys esille. Merkittävin seikka, johon on sekä jatkotutkimuksissa että käytännön kehittämistyössä paneuduttava, on *poliittis-hallinnollisen ohjauksen suhde terveydenhuollon organisaatioiden toimintojen ja rakenteiden todelliseen määräytymiseen*.<sup>29</sup> Tässä prosessissa poliittis-hallinnollinen ohjaus ilmenee kaksitasoisena:

- valtakunnallisena hallituspoliittisena ohjauksena, jonka puitteissa pyritään parlamentaarisesti asetettujen tavoitteiden toteuttamiseen alue- ja paikallistasolla,
- alue- ja paikallistason poliittis-hallinnollisena ohjauksena, jonka avulla valtakunnalliset tavoitteet pyritään luottamushenkilöjärjestelmän kautta soveltamaan käytännön toimintaan.

Ilmeinen ongelma on se, että juuri poliittis-hallinnollisesti asetetut tavoitteet eivät kovinkaan hyvin toteudu johtuen toimeenpanevien organisaatioiden sisäisistä valtamekanismeista. Näyttää siltä, että politiikan merkitys terveydenhuollossa on lähinnä määrällisten voimavarojen alueella. Sen sijaan terveydenhuollon *laatu ja käyttömahdollisuudet* riippuvat muista tekijöistä (vrt. terveydenhuollon tavoitteet). Käytännön kehittämisen kannalta ohjeet ovat selvät: tulisi kehittää valtakunnallisen tason suunnittelu- ja ohjausjärjestelmiä laadulliseen suuntaan määrällisten tuotostavoitteiden sijasta sekä alue- ja paikallistason poliittista päätöksentekoa eli luottamushenkilöjärjestelmää.<sup>30</sup> Esteet tällä linjalla ovat mittavia.

Toinen kehittämislinja on se, että kiinnitetään nykyistä enemmän huomiota itse *kansalaisläheisen ja potilaskeskeisen* toiminnan ja hallinnon kehittämiseen. Tällöin ongelma on lähinnä tiedollinen siinä mielessä, että olisi tarkemmin selvitettävä, mitä ihmisten kannalta (ei vain potilaiden) merkitsee mm.: 1) Monipuoliseen asiantuntemukseen perustuvien terveydenhuollon organisaatioiden olemassaolo (vrt. esim. tälle vastakkaisen kotihoidon ja itsehoidon ideologia). 2) Elinolojen ja tarpeiden laajamittainen medikalisointi; se on tilanne, jossa ihmisten hyvinvointi määritellään yhä enemmän lääketieteellisin



termein ja normein. 3) Vuorovaikutus terveydenhuollon organisaatioiden ja henkilöstön kanssa (esim. biofyysisen lääkärinhuollon korkeatasoisuus suhteessa ihmisen sosiaalisen ja psyykkisen kokemisen merkitykseen).

Terveydenhuollon organisaatioiden piirissä on ilmeisesti otettava yhä enemmän huomioon se, että ihmisten tarpeet terveyspalvelujen suhteen vaihtelevat huomattavasti. Jos näin on, ja kun näin todellakin on, terveydenhuollon organisatoriset kysymykset ja organisaatioiden voimavarakysymykset eivät ole luonteeltaan kovinkaan poliittisia.<sup>31</sup> Näin olleen poliittisten päättäjien rooli voisi olla juuri voimavarojen määrällisellä puolella, toisin sanoen poliittisen järjestelmän on huolehdittava ensisijaisesti terveyspalvelujen tasa-puolisesta tarjonnasta, monipuolisuudesta ja riittävydestä.

Kansalaisläheisyyden kannalta avainasemassa on se, miten terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemus määritellään suhteessa ihmisten kokonaishoidon tarpeisiin. Tämä on myös työnjaon ja koordinoinnin ongelma: Miten terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa oleva asiantuntemus – se on tietoa siitä, millaisia terveyspalveluja ihminen todella tarvitsee – yhdistetään konkreettisesti toiminnassa? Tässä mielessä ensisijainen kehittämissinja on sellaisten terveydenhuollon yhteistyöryhmien organisointi, jossa on monipuolinen asiantuntemus (vrt. laaja-alainen terveystieteiden tutkimus), melko heterarkkinen rakenne (so. ei-hierarkkinen), joustava työnjako sekä melko väljät toimintaa koskevat normit. Vastuu olisi pikemminkin kollektiivista kuin yksilöllistä. On siis jatkuvasti kysyttävä, mikä toimintamalli on asiakkaiden ja potilaiden kannalta edullisin eikä sitä, mikä tuntuu helpoimmalta ja rationaalisimmalta itse terveydenhuollon organisaatioiden ja työntekijöiden kannalta.<sup>32</sup>

Millaisia teoreettisin ja tutkimuksellisin ottein terveydenhuollon hallinnon ja niiden puitteissa toimivien organisaatioiden muutosta tulisi tutkia? Tässä tutkimuksessa sovellettu voimavarariippuvuuden malli on monin tavoin melko käyttökelpoinen. Sen avulla voidaan selittää ja tehdä ymmärrettäväksi eri tahojen terveydenhuoltoon liittyvien etujen pyrkimysten luonne sekä mekanismit, joilla terveydenhuollon muotoutumiseen pyritään konkreettisesti vaikuttamaan. Lisäksi mallin avulla voidaan arvioida sitä, miten erilaiset intressit pyrkivät tavoitteisiinsa erilaisten hallinnollisten ja organisatoristen voimavarojen kautta. Tässä prosessissa on tärkeä huomata olosuhteet säilyttämään pyrkivien ja niitä uudistamaan pyrkivien voimien jatkuva ristiriita.<sup>33</sup> Tällä on selkeä yhteys organisaatioissa harjoitettavaan vallankäyttöön, minkä yhteyttä sen sijaan asiakkaiden tarpeista lähtevään toimintaan on usein vaikea osoittaa.

Pitkälle eriytyneissä ja monimutkaistuneissa asiakassuuntautuneissa organisaatioissa tiedon merkitys on avainasemassa. Toiminnan määräytymisen kannalta merkittävintä todellakin näyttää olevan se, ketkä voivat päättää

asiakkaita koskevasta tiedosta ja millaisin keinoin tämän tiedon legitimizeetti turvataan. Voimavarariippuvuuden mallin puutteet ovat myös ilmeiset.<sup>34</sup> Puutteita ovat ainakin:

- kyvyttömyys tarkastella erilaisten makrotasoisten seikkojen yhteyttä organisaatioiden toimintoihin (esim. poliittis-hallinnollisen ohjauksen ja kansanvaltaisuuden merkitys),
- kyvyttömyys tarkastella evaluoivasti organisaatioiden muutosta, esimerkiksi sitä, miten arvojen muutokset tulisi ottaa huomioon organisaatioissa,
- kyvyttömyys ottaa huomioon organisaatioiden alayksikköjen sisällä ilmenneviä jännitetiljoja ja niiden syitä (tarkastelu keskittyy liiaksi ulkopuolisten intressien ja toisaalta organisaatioiden alayksikköjen väliseen kilpailutilanteeseen),
- kyvyttömyys arvioida organisaatioiden sosiaalista ja eettistä merkitystä.

Lopuksi on todettava, että terveydenhuollon hallinnon muutosta voidaan ja sitä tulisi arvioida korostaen muutoksen kriteerien perustelemisen tärkeyttä. Hallinnon muutosta tulisi analysoida moniulotteisen kriteeristön mukaan. Tulisi luoda sellainen arviointimalli, joka pystyy samanaikaisesti ottamaan huomioon ainakin seuraavat kriteerit:<sup>35</sup> 1) Muutoksen merkitys hallituspolitiikan (valtakunnallisten suunnitelmien) toteutumisen kannalta, 2) Muutoksen merkitys päivittäisen, organisaatioiden piirissä ja niiden välillä tapahtuvien toimintojen onnistuneisuuden kannalta, 3) Muutoksen merkitys pätevänsä asiantuntemuksen kannalta, 4) Muutoksen merkitys kansalaisten palvelutason ja palvelujen saatavuuden kannalta.

Terveydenhuollon hallinnon ja organisaatioiden pätevyyttä voidaan lopulta arvioida vain riittävän laaja-alaisen yhteiskuntapoliittisen, sosiaalisen ja eettisen keskustelun kautta. Tämä johtuu siitä, että terveyden vaikutusten ja merkitysten mittaamista ei voida kovinkaan pitkälle osoittaa pelkästään määrällisin perustein. Tarvitaan laadullista terveydenhuollon merkityksen arviointia. Tässä keskustelussa terveydenhuollon eri intressiteikijöillä tulisi olla nykyistä tasa-arvoisemmat lähtökohdat ja mahdollisuudet määritellä ja muotoilla terveydenhuollon voimavarojen määrää ja laatua.

## VIITTEET

1. Sosiaalivaltion piirteet Suomessa noudattavat melko pitkälle Englannin ja muiden Pohjoismaiden soveltamia malleja, katso Karisto 1984, Karisto & Takala & Haapola 1983.
2. Arvomuutos on tullut esille useissa terveydenhuoltoon ja sosiaalipolitiikkaan liittyvissä yhteyksissä, katso esimerkiksi Terveyttä kaikille . . . 1981, Sosiaali- ja terveys-

- politiikan . . . 1979, Laurinkari & Niemelä 1978.
3. Bäckman 1978, sivu 144.
  4. Tällainen laaja-alainen terveystietämys muodostui alunperin 1960-luvulla WHO:n piirissä.
  5. Katso käsitteistä tarkemmin esimerkiksi Lawrence & Lorsch 1967, Eloranta 1977. Käsitteet ovat keskeisiä organisaatioiden rakenteita koskevassa tutkimuksessa. On kuitenkin syytä korostaa, että rakenteet ovat aina yhteydessä prosesseihin ja toimintoihin. Tässä tutkimuksessa näitä käsitteitä ei ymmärretä tiukasti rakenteellisesti, vaan yleisemmin organisaatioiden kehitystä luonnehtivina ilmiötason ominaisuuksina. Kuten Weick (1976) on korostanut, hallintoa ja organisaatioita ei tulisi tutkia muodollisina järjestelminä tarkkoine mittauksineen, vaan pikemminkin väljästi toisiinsa liittyvien tekijöiden kokonaisuuksina.
  6. Varsinkin empiirisiä tutkimuksia tällä alueella on tehty melko vähän, mutta teorianmuodostuksen piirissä problematiikka on todettu modernin byrokratian selittämisen/ymmärrettäväksi tekemisen kannalta keskeiseksi. Katso esimerkiksi Offe 1972, Nikkilä 1983.
  7. Tätä hallinnon tutkimuksen paradigmaa ovat korostaneet hallinnon ja ympäristön suhdetta koskevan tutkimuksen historiaa arvioivat analyysit, esimerkiksi Aldrich & Pfeffer 1976.
  8. Hallinnon politisoitumis- ja taloudellistumistrendejä on pidettävä piirteinä, joista vallitsee suhteellisen laaja yksimielisyys hallinnon tutkimuksen piirissä, katso Vartola 1979, Nikkilä 1983. Olennaista on havaita se, että moderni julkinen hallinto on luonteeltaan melko pitkälle yhteiskuntapolitiikan muotoilija ja soveltaja eikä vain sen mekaaninen toteuttaja.
  9. Voimavarariippuvuuden mallia (Resource Dependence Model) on kehitetty erityisesti Yhdysvalloissa tutkimalla useita erilaisia julkisia organisaatioita (korkeakoulu, sairaalat, sosiaalivirastot jne). Tutkimussuuntauksen juuret ovat enemmän sosiologisessa valtatutkimuksessa kuin systeemiteoreettisessa intressitutkimuksessa, joskin se on omaksunut vaikutteita näistä molemmista. Katso tarkasteltavan teoriaperustasta erityisesti Pfeffer 1981, Pfeffer & Salancik 1978. Suuntauksen yhteys toimeenpanotutkimukseen tulee myös usein esille, katso Benson 1976.
  10. Korporatiivisten ja professionalististen intressien erottaminen toisistaan on usein vaikeaa. Esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön tiedeperusteiset tavoitteet yhtyvät usein taloudellisiin etupyrkimyksiin.
  11. Fleming 1981, Sloan 1980, Mills & Margulies 1980, Mills & Chase & Margulies 1983.
  12. Katso erityisesti Pfeffer 1981.
  13. Lappalainen 1983, Närkki 1982, Toikka 1977.
  14. Katso Lappalainen 1983, Kauppinen 1980. Porrastusperiaatteen tarkoituksena on erityisesti terveydenhuollon organisaatioiden ja toimintojen työnjaon kehittäminen. Ilmeisesti kuitenkin tässä on sekä tavoitteellisia että sanktioihin liittyviä puutteita.
  15. Sinkkonen & Ruotsalainen 1977.
  16. Sinkkonen & Nikkilä & Kinnunen 1985.
  17. Ojala & Pitsinki 1983, Närkki 1982.
  18. Katso Komiteamietintö 1982: 71, Lappalainen 1983, Toikka 1983.
  19. Martikainen 1982.
  20. Katso esimerkiksi Kaasalainen 1983, Toikka 1983.
  21. Sinkkonen & Nikkilä & Kinnunen 1985.

22. Sinkkonen & Nikkilä & Kinnunen 1985.
23. Hoitotieteen ja hoitotyön asema on vahvistunut juuri laajentuneen terveyskäsityksen myötä, katso Sinkkonen (toim.) 1983.
24. Komiteamietintö 1977:3, Komiteamietintö 1983:81.
25. Katso tiedon merkityksestä organisaation voimavarana Pfeffer 1981, Pfeffer & Salancik 1979.
26. Huomaa näkökulman läheisyys nk. kognitiiviseen organisaatiokäsitykseen, vrt. Weick 1976.
27. Esimerkiksi Pfeffer (1981) korostaa kolmen valtatekijän merkitystä organisaatiossa, 1) resurssien jakoon liittyvä valta, 2) kyky hallita epävarmuutta, 3) korvaamattomuuden aste.
28. Tätä näkökulmaa on korostettu useissa terveyspolitiikan mahdollisuuksia koskevissa tutkimuksissa, katso esimerkiksi Illich 1976, Mechanic 1981, Navarro 1976.
29. Katso tätä ohjaussuhdetta koskevasta tutkimuksesta yleisemmin Alford 1975, Le Grand 1978, Mechanic 1981.
30. Katso tämän suuntaisista suosituksista Kaasalainen 1982, Ojala & Pitsinki 1983.
31. Vertaa Andersen et al. 1983, Fleming 1981, Mills & Chase & Margulies 1983.
32. Katso esimerkiksi Martikaisen (1982) kritiikki terveydenhuollon organisaatioiden teknistä rationaalisuutta kohtaan. Teknisen rationaalisuuden Martikainen katsoo olevan vastakkaista potilaskeiselle rationaalisuudelle.
33. Esimerkiksi sairaaloissa ja terveyskeskuksissa tämä ilmenee juuri lääkärin ja sairaanhoitohenkilökunnan välisinä ristiriitoina.
34. Puutteet kärjistyvät yleisesti ottaen siihen, että poliittis-hallinnollisen ohjauksen suhdetta toimeenpanevien organisaatioiden toimintoihin ja rakenteisiin tulisi pystyä tutkimuksellisesti arvioimaan paremmin, katso tällaisesta teorianmuodostuksesta Self 1979, Niskanen 1981, Maynard & Ludbrook 1980, Mechanic 1981, Spicer 1982.
35. Vertaa alunperin YK:n piirissä esitettyihin suosituksiin julkisten organisaatioihin erityispiirteiden merkityksestä organisoinnin kannalta, katso Eloranta 1977, s. 146.

## LÄHTEET

- Aldrich, H. & Pfeffer, J.: Environments of Organizations. Annual Review of Sociology. Vol. 11. Greenwich 1976.
- Alford, R.R.: Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform. Chicago 1976.
- Andersen, R. et al.: Exploring Dimensions of Access to Medical Care. Health Services Research 1/1983.
- Benson, J.K.: The Interorganizational Network as a Political Economy. Administrative Science Quarterly 2/1976.
- Bäckman, G.: Terveydenhuollon tietojärjestelmä. Teoksessa Vauhkonen, O. & Laurinkari J. & Bäckman G.: Suomalaista terveyspolitiikkaa. Porvoo 1978.
- Eloranta, K.: Johdatus organisaatiosuunnitteluun. Helsinki 1977.
- Fleming, G.: Hospital Structure and Consumer Satisfaction. Health Services Research 1/1981.
- Illich, I.: Limits to Medicine. London 1976.

- Kaasalainen, S.: Luottamushenkilöiden päätöksenteko-ongelmat ja päätöksenteon kehittämismahdollisuudet sairaalakuntainliitossa. Tampereen yliopisto. Tampere 1982.
- Kaitalo, H. & Walls, G.: Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaprofiilit. Tampereen yliopisto. Tampere 1979.
- Karisto, A.: Onko Suomessa sosiaalivaltion kriisiä? Sosiaaliviesti 4/1984.
- Karisto, A. & Takala, P. & Haapola, P.: Elinolot, elämäntapa, sosiaalipolitiikka. Lahti 1983.
- Kauppinen, H.: Mitä terveyskeskukset odottavat sairaalalta. Sairaala 8–9/1980.
- Komiteanmietintö 1977:3 Terveydenhuollon opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö.
- Komiteanmietintö 1982: 71 Väliportaan hallintokomitea II: n I. mietintö.
- Komiteanmietintö 1983: 81 Ammatillisen koulutuksen kehittämistoimenpiteiden kartoitustyöryhmän muistio.
- Lappalainen, P.: Suomen sairaalahallinnon kehityksestä ja toimivuudesta sekä Keski-Suomen, Vaasan ja Kainuun sairaanhoitopiirien muotoutumisesta. Tampereen yliopisto. Tampere 1983.
- Laurinkari, J. & Niemelä, P.: Terveys yhteiskuntapolitiikan tavoitteena. Kuopio 1978.
- Lawrence, P. & Lorsch, J.: Organizations and Environments. Cambridge 1967.
- LeGrand, J.: The Distribution of the Public Expenditure. The Case of Health Care. *Economica* 2/1978.
- Maynard, A. & Ludbrook, A.: Budget Allocation in the Health Service. *Journal of Social Policy* 2/1980.
- Martikainen, T.: Byrokratia ja terveydenhuollon hoitoprosessi. Helsinki 1981.
- Mechanic, D.: Some Dilemmas in Health Care Policy. *Health and Society* 1/1981.
- Mills, P. & Chase, R. & Margulies, N.: Motivating the Client/Employee System as a Service Production Strategy. *Academy of Management Review* 2/1983.
- Mills, P. & Margulies, N.: Toward a Core Typology of Service Organizations. *Academy of Management Review* 2/1980.
- Navarro, V.: Medicine under Capitalism. New York 1976.
- Nikkilä, J.: Kriittisen teorian byrokratiakonseptio. Tampereen yliopisto. Tampere 1983.
- Niskanen, W.: Bureaucracy and Representative Government. Chicago 1971.
- Närkki, A.: Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan nykytilanteesta. STM/suunnitelusihteeristö. Helsinki 1982.
- Offe, C.: Strukturprobleme des kapitalistischen Staates. Frankfurt am Main 1972.
- Ojala, P. & Pitsinki, P.: Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen ja voimavarojen ohjauksjärjestelmänä. Sosiaalinen aikakauskirja 5/1983.
- Pfeffer, J.: Power in Organizations. Marshfield 1981.
- Self, P.: Administrative Theories and Politics. Second Ed. London 1979.
- Shortell, S. & Getzen, S.: Measuring Hospital Medical Staff Organization Structure. *Health Services Research* 2/1979.
- Sinkkonen, S. (toim.): Hoitotiede I. Kuopio 1983.
- Sinkkonen, S. & Nikkilä, J. & Kinnunen, J.: Johtosäätöuudistus terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto 1985. (julkaisematon käsikirjoitus)
- Sinkkonen, S. & Ruotsalainen, A.: Ilmenneitä epäkohtia sekä niiden syitä ja seurauksia kansanterveystyön kuntainliittojen perustamisessa. *Hallinto ja terveys* 5/1977.
- Sloan, F.: The Internal Organization of Hospitals. *Health Services Research* 2/1980.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähtökohtia ja suuntaviivoja. Sosiaalinen aikakauskirja 3–4/1979.
- Spicer, M.: The Economics of Bureaucracy and the British National Health Service.

- Health and Society 4/1982.
- »Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä». Lääkintöhallituksen julkaisuja 5/1981. Helsinki 1981.
- Toikka, P.: Sairaalakuntainliiton johtaminen. Sairaaliitto. Mänttä 1983.
- Toikka, P.: Suomen terveydenhuollon hallinnon ja organisaatioiden kehittäminen tulopoliitikan kaudella. Psykologia 3/1977.
- Vartola, J.: Valtionhallinnon rakenteellisen muutoksen ongelmasta. Tampereen yliopisto. Tampere 1979.
- Weick, K.: Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. Administrative Science Quarterly 1/1976.