

Yksinkertaiset terveydenhuollon reformit kyseenalaistettuina:

Tarkoituksena luoda ideaalimalli laajalle terveydenhuollon reformille

Harri Raisio

Artikkeli on toteutettu Suomen Akatemian sekä tutkijakoulu SOTKA:n rahoituksen turvin. Kiitos heille siitä.

ABSTRACT

The world is changing and we change with it. The changing world is full of very complex problems; problems that are even so beyond basic complexity that they can be called wicked. So what we are facing now are wicked problems instead of simple problems. That is a fact we need to understand for simple solutions don't fit to complex problems. If we however try to solve these problems with simple and wrong solutions the results can be something else than what we expected. And not in a positive way.

Modern health problems can be also understood as wicked problems. Health is a very wide concept. It is more than just what the basic health care can offer. We all have a role in it. So can we say that problems that affect our health directly and also indirectly shouldn't be solved just inside the health care? In this article it will be proposed that the concept of health care should be widened to include also all those others sectors of our society, not just the basic health sector as we now know it.

To be more effective the modern health care reforms facing very complex problems should be as purposeful, fundamental and sustainable as possible. Reforms should start with an intention. They should be widely planned and implemented. And just the implementation isn't enough. Reforms should also be kept in watch constantly and if there is need to change then the change should be done. One cannot just create something, and then leave it to survive alone.

JOHDANTO

Maailma muuttuu ja me muutumme sen mukana. Voimme muuttua sattumanvaraisesti tai sitten tarkoituksellisesti. Käytännössä muutos on kuitenkin toimivinta silloin, kun se ei ole pelkkää sattumaa, vaan sen sijaan juurikin tarkoituksellista muutosta (esim. Boyatzis 2006). Reformoiminen on yksi tarkoituksellisen muutoksen toteutustapa. Siitä kertoo esimerkiksi se, että viime vuosikymmeninä maailmalla ja myös Suomessa on toteutettu monia merkittäviä julkisen sektorin reformeja. Yhtenä tällaisena reformiryhmänä ja tämänkin tutkimuspaperin aiheena ovat terveydenhuollon reformit. Terveydenhuollon reformeilla on pyritty maailmanlaajuisesti vastaamaan kyseisen sektorin epäkohtiin. Yhtenä tällaisena epäkohtana on esimerkiksi ollut terveydenhuollon kustannusten jatkuva kasvu (STM 1995, 1-3). Samalla kun kasvavia kustannuksia on pyritty saamaan kuriin, on huomio kiinnittynyt myös palveluiden tasapuolisen saatavuuden säilyttämiseen (WHO 1997, 1). Reformit ovat tällöin pyrkineet vastaamaan vaikeaan ongelmaan yrittäessään rajoittaa kustannusten kasvua pyrkien kuitenkin säilyttämään samalla myös palveluiden tasa-arvoisen saatavuuden.

Samoin kuin ongelmat, joita reformeilla on pyritty korjaamaan, ovat myös itse reformitkin olleet erittäin moninaisia. Voidaan esimerkiksi havaita, että kun osa terveydenhuollon reformeista on ottanut tavoitteekseen merkittävät rakenteelliset muutokset, ovat toiset reformit

puolestaan tyytyneet vain suppeisiin inkrementaalisiiin kehityspolkuihin. Esimerkiksi Verheijan (1998, 4-5) on jakanut julkisen hallinnon reformit kolmeen eri ryhmään: radikaaleihin, inkrementaalsiiin sekä maltillisiin managerialistisiin reformeihin. OECD:n (1994, 15-35) raportissa seitsemäntoista OECD:n maan terveydenhuollon reformit on jaettu puolestaan evolutionaarisiiin ja strukturaalsiiin reformeihin. Strukturaalsilla ja radikaaleilla reformeilla tarkoitetaan pääasiassa fundamentaalsia ja jopa big-bang tyylisiä laajoja rakenteellisia reformeja. Inkrementaalsiiit ja evolutionaarisiiit reformit tai pikemminkin muutokset pitävät sisällään puolestaan enemmänkin hitaasti kehittäväää jokapäiväistä ja ei niin perin pohjin suunniteltua muutosta. (WHO 1997, 2-3.) Reformien jaottelussa on kuitenkin havaittavissa pientä sattumanvaraisuutta, jolloin reformeille annetaan erilaisia määritelmiä eri tahoilla (esim. OECD 1994, 14). Mikä loppujen lopuksi oikeuttaa tällaisen reformien moninaisuuden? Pyrkikö kukin reformi ratkaisemaan erilaisia ongelmia, vai yritetäänkö erilaisilla ratkaisutavoilla saada ratkaisua vain yhteen laajaan ongelmaan? Reformien toteutukselle ei myöskään ole näkymässä loppua. Onko reformeissa tällöin jotain vikaa, vai onko reformien toteutus vain luontaista toimintaa nykymaailmassa?

Edellä olevat kysymykset ovat aiheellisia, koska ongelmat joihin reformeilla tulisi vastata, ovat erittäin haastavia. Tällöin jos näihin ongelmiin lähdetäisiin vastaamaan uudistuksilla, jotka eivät todellisuudessa vastaisikaan sitä mitä reformien tulisi käytännössä olla, ei näihin ongelmiin todennäköisesti saataisi haluttuja ratkaisuja. Reformien luonteen tulisi siis vastata itse ongelmien monimutkaisuutta. Usein reformeja kuitenkin toteutetaan ilman, että ymmärrettäisiin logiikka ja filosofia terveydenhuollon reformien taustalta. Esimerkiksi Seedhouse (1996b, 233) näkee, että ilman tätä ymmärrystä toteutettu reformi ei voisi toimia.

Tässä artikkelissa puhutaan uudistuksista, muutoksista sekä reformeista. Nämä käsitteet erotetaan toisistaan siten, että reformit nähdään uudistuksiksi ja muutoksiksi, mutta kaikki uudistukset ja muutokset eivät kuitenkaan ole välttämättä reformeja. Ideaalinen reformi on jotakin paljon laajempaa. Uudistus ja muutos nähdään käytännössä synonyymeiksi, mutta kuitenkin sillä erotuksella, että uudistuksen pitäessä sisällään suunnittelua, voi muutos tapahtua myös ilman

tätä suunnittelun mukanaan tuomaa tarkoituksellisuutta.

Tämä artikkeli rakentuu muun muassa terveydenhuollon reformin määritelmää sekä määrittelyä koskevan teoreettisen käsittelyn ympärille. Aikaisempien tutkimusten perusteella pyritään saamaan selvyys erityisesti laajasti nähdyin terveydenhuollon reformin määritelmästä. Lisäksi tavoitteena on rakentaa kyseisen määritelmän ympärille ideaalimalli, johon terveyssektorin uudistuksia voisi vertailla. Kyseistä viitekehikkoa pystyisi käyttämään esimerkiksi tutkimusvälineenä reformien laajamittaisessa arvioinnissa sekä se toimisi myös apuna reformien suunnittelussa että toteutuksessa. Ideaalimallin jäädessä tässä vaiheessa vielä ilman empiiristä testausta, jää se toistaiseksi vain teorian tasolle.

Artikkeli pyrkii avaamaan myös keskustelua muuttuvasta maailmasta. Vanhat ja yksinkertaiset ratkaisut eivät enää toimi monimutkaisiin kansallisiin sekä yleismaailmallisiin ongelmiin. Pääosin ratkaisut näihin kyseisiin erittäin kompleksisiin ongelmiin ovat vielä tänäkin päivänä juurikin yksinkertaisia. Ne voivat tuottaa lyhyt aikaisesti voittoa, mutta pidemmällä tähtäimellä tilanne voi muuttua tappion puolelle (Ackoff 1974, 28). Yhdeksi esimerkiksi yksinkertaisista ja vääristä ratkaisuista voidaan pienin varauksin nähdä hoitotakuu-uudistus. Se on ollut lyhytaikaisesti hyvinkin tuottelias uudistus, mutta jo nyt on nähtävissä tilanteen muuttuminen potilasjonojen vähittellen lähtiessä takaisin kasvuun. Hoitotakuun voidaan nähdä myös aiheuttaneen lisää ongelmia esimerkiksi henkilökunnan työmotivaation laskun vuoksi. Monimutkaisia ongelmia ei pystytä ratkaisemaan hoitotakuun kaltaisilla yksinkertaisilla ratkaisuilla. Pääavoitteenaan tällä artikkelilla on tällöin laajan terveydenhuollon reformin ideaalimallin rakentamisen kautta pyrkiä osoittamaan, etteivät yksinkertaiset terveydenhuollon reformit olisi enää päteviä vastaamaan laajoihin meidän kaikkien terveytemme suorasti ja epäsuorasti liittyviin ongelmiin.

ONKO TERVEYDENHUOLTO YHTÄ KUIN TERVEYS?

Terveydenhuollolla on ilmeisen tärkeä rooli yhteiskunnan terveydentilan ylläpitämisessä sekä kehittämisessä. Tätä terveydenhuollon asemaa ei

sinänsä juuri kukaan kiistä. Tässä luvussa kyseinen asema kuitenkin kyseenalaistetaan ainakin hetkeksi. Kyseenalaistaminen tapahtuu kysymällä, että onko tämä kyseinen rooli kuitenkaan ihan niin tärkeä, että terveydenhuollon voitaisiin nähdä toimivan terveyden saralla yksinään kaikkien muiden yhteiskunnallisten sektoreiden puolesta. Vai onko niin, että kaikki yhteiskuntamme osa-alueet toimivat yhdessä meidän kaikkien yhteisen terveyden puolesta. Eli jos haluamme parantaa terveydentilaamme, niin riittääkö pelkkä terveydenhuollon reformoiminen, vai pitääkö reformointia pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman laajasti myös itse terveydenhuollon ulkopuolellakin?

Meistä jokainen ymmärtää sen, että terveydenhuolto ei sanan varsinaisessa merkityksessä tarkoita samaa kuin terveys¹. Ihmisten terveyteen vaikuttavat monet asiat ja terveydenhuollolla on toki tärkeä rooli, mutta loppujen lopuksi pelkkä terveydenhuolto ei pysty takaamaan kansalaisten hyvää terveyttä. Tämän vuoksi Lundberg ja Wang (2006, 26) määrittelevät sen näkökulman, että terveydenhuollon kulutus on vain yksi osuus terveyden tuotannossa, yhdeksi piirteeksi joka erottaa terveydenhuollon muista julkisista palveluista. Lundberg ja Wang painottavat sitä, että tutkittaessa terveydenhuollon reformien vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin, tulisi tällöin ymmärtää myös näiden yllättävien tekijöiden kuten esimerkiksi elämäntapojen, ravitsemuksen sekä infrastruktuurin vaikutus. Tämä terveydenhuollolle erityinen piirre tekee tällöin terveydenhuollosta ei-niin-erityisen. Kansalaisten terveydestä huolehtiminen on kaikkien vastuulla, jolloin terveydenhuolto ei saisi ottaa itselleen määrävää roolia.

Myös Ljubljanan peruskirja terveydenhuollon uudistamisesta (1996) muistuttaa, että pelkästään terveydenhuolto ei yksinään vaikuta ihmisten hyvinvointiin. Tämän vuoksi kyseisessä julistuksessa nähdäänkin tarpeen hahmottaa tämä eri sektoreiden välinen yhteys keskeiseksi terveydenhuollon reformien piirteeksi. Lisäksi Ackoffin (1974, 160) toteaa, että "terveys riippuu kaikista elämän osa-alueista eli siten kaikista yhteiskunnan ja ympäristön osa-alueista". Myös OECD:n (1995, 13, 59, 62) julkaisussa muistutetaan siitä, että terveydentilasta puhuttaessa huomio tulisi kiinnittää pelkkää terveydenhuoltoa laajemmalle. Tämä siksi, että ensinnäkin terveydenhuollon kulutuksen lisääminen ei välttämättä kasvata

kokonaisterveystasoa halutulla tavalla ja toiseksi koska ihmisten terveyteen vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin pelkkä terveydenhuolto². Valtioiden tulisi tällöin huomioida se, että ne voisivat mahdollisesti saada aikaiseksi parempia tuloksia, jos ne jakaisivat resursseja laajemmin eri tekijöiden kesken sen sijaan, että suurin osa resursseista kiinnitettäisiin terveydenhuoltoon. "Tarpeeton" kulutus terveydenhuoltoon resurssien ollessa rajalliset voi merkitä myös sitä, että silloin muut ja ehkä myös varsinaiset ongelmat jäävät ratkaisematta, koska varoja ei riitä enää niiden huomioimiseen.

Tulisiko terveydentilan nostamiseen suuntautuvat reformit suuntautua tällöin pelkkään terveydenhuoltoon vai sen sijaan sitä selvästi laajemmalle alueelle? Alustavasti voidaan vastata, että reformit voivat suuntautua näistä molempiin. Jos terveydenhuollossa on esimerkiksi joi-takin helppoja ongelmia, joihin voidaan vaikuttaa yksinkertaisilla terveydenhuollon reformeilla, on se tällöin suotavaa. Mutta jos ongelmat ovat kompleksisimpia, tulisi tällöin lähteä etsimään ongelmia selvästi laajemmalla viitekehyksellä. Tässä artikkelissa tuodaan julki ajatus, jonka mukaan kansalliset sekä myös yleismaailmalliset terveyteen ja siten terveydenhuoltoon liittyvät ongelmat ovat kasvaneet mittasuhteissa niin kompleksisiksi, ettei niitä ole enää mahdollista ratkaista yksinkertaisilla terveydenhuollon reformeilla. Siksi terveydenhuollon reformin määritelmän tulee laajentua pelkän terveydenhuollon ulkopuolelle. Tulevaisuudessa voisimme pohtia myös sitä, että olisiko "terveysreformin" käsite parempi kuvaamaan laajoja terveydenhuollon reformeja kuin terveydenhuollon reformin käsite.

MIKSI YLIPÄÄNSÄ REFORMOIDA?

Ackoff (1974, 22-31) jakaa ihmiset neljään eri tyyppiin pääosin heidän tulevaisuuden näkemyksensä perusteella. Jos me uskoisimme, että asiat ovat nyt hyvin, eikä niitä tarvitsisi muuttaa, tekisi uskomuksemme meistä epäaktiivisteja. Tällöin paitsi emme haluaisi muutoksia, pyrkisimme me myös kaikin mahdollisin tavoin estämään näkyvissä olevat muutokset. Jos puolestaan uskoisimme, että kaikki oli paremmin aikaisemmin ja haluaisimme siten palauttaa asiat siihen malliin, missä ne olivat aikaisemmin, olisimme me silloin

reaktivistaja. Kolmantena ihmistyyppinä, eli preaktivistaina uskomuksemme tulevaisuuteen olisi jo melko vahva. Uskoessamme, että parempi tulevaisuus olisi mahdollinen, tekisimme me tällöin kaikkemme ennustaaksemme tulevaisuutta ja valmistautuaksemme siihen. Jos puolestaan ajattelisimme, että parempi tulevaisuus olisi ehdottomasti mahdollista, ja että me pystyisimme vaikuttamaan siihen ja muokkaamaan omaa kohtaloamme, olisimme me silloin interaktivistaja. Interaktivistaina emme vain pyrkisi valmistautumaan tulevaisuutta varten saati sitten vain ennustamaan sitä, vaan pyrkisimme muokkaamaan siitä sellaisen kuin me siitä itse haluamme. Interaktivistien näkemysten kaltainen usko parempaan tulevaisuuteen on tällöin yksi syy reformien toteuttamiselle.

Maailmalla toteutettujen reformien suuresta määrästä huolimatta voidaan nähdä, että toteutettavien reformien määrä tuskin koskaan tulee ainakaan merkittävästi tippumaan. Tutkiessaan hallinnon reformien toteuttamisen jatkuvuutta

Euroopan maissa, Peters (2001) on jakanut syyt tähän jatkuvuuteen kolmeen eri luokkaan; hallinnollisiin syihin, teknisiin syihin sekä poliittisiin syihin. Kyseiset syyt ovat esitettyinä tiivistetysti taulukossa 1.

On vielä tarpeen muistaa se tosiasia, että kaikki ongelmia aiheuttavat olosuhteet eivät suinkaan ole täysin hallitusten kontrollissa (OECD 1992, 16). Hallitusten on esimerkiksi mahdoton vaikuttaa ihmisten ikääntymiseen ja lisäksi niiden erittäin hankala puuttua kansalaisten kasvaviin odotuksiin ja teknologian kasvuun sekä muun muassa biologisista syistä johtuviin terveyseroihin ihmisten keskuudessa. Vaikka olosuhteita ei pystykään muuttamaan, pitää niiden kanssa kuitenkin oppia elämään. Mukautuminen muutokseen on tällöin välttämätöntä. Charles Darwinin (1809-1882) tapaan voimmekin ajatella, ettei ihmisten älykkyys saati sitten voimakkuus tee meistä vielä selviytyä, vaan sen sijaan se on kykymme mukautua muutokseen, joka auttaa meitä selviytymään ajanjaksosta toiseen. Peter-

Taulukko 1. Syytä reformien jatkuvuudelle. (Mukaillen Peters 2001, 45-51)

LUOKKA	SYY	KUVAUS
Hallinnolliset syyt	<i>Pettymys lopputuloksiin</i>	Liian kovat tavoitteet -> vaikea saavuttaa -> pettymys lopputuloksiin -> uusi reformi.
	<i>Reformin onnistuneisuus</i>	Halutaan nähdä kuinka pitkälle muutosta voidaan viedä. "Ahnehditaan liikaa".
	<i>Vääristyneet lopputulokset</i>	Reformit ovat tuottaneet lopputuloksia, jotka ovat jotain aivan muuta kuin mitä oli tavoitteena.
	<i>"Ruoho on vihreämpää toisella puolella aitaa"</i>	Uskotaan, että on olemassa jokin ideaalimalli, jonka tavoittelu ei koskaan pääty.
Tekniset syyt	<i>Mittaukselliset ongelmat</i>	Kuinka tulisi mitata oikein reformien aikaansaannokset?
	<i>Rajojen löytämisen ongelma</i>	Kuinka määritellä se raja, jonka yli reformia ei voi enää viedä?
Poliittiset syyt	<i>Laadun paradoksi</i>	Yrittäessään parantaa palvelujen laatua, voivat uudistukset saada näkyviksi uusia laatuun liittyviä epäkohtia.
	<i>Muutokset puolueissa ja ideologioissa</i>	Jos puolueet tai ideologiat muuttuvat, tällöin muuttuvat myös todennäköisesti asetetut tavoitteet.
	<i>Puolueiden halu pitää valta itsellään</i>	Poliitikot hyötyvät reformien toteuttamisesta. Reformit ovat niin sanotusti "mediaseikkaita".
	<i>Liian pitkälle meneminen</i>	Menty reformien toteuttamisessa liian pitkälle, jolloin uusien reformien kautta yritetään palata takaisinpäin.
	<i>Organisatorinen politiikka</i>	Organisaatioiden poliittiset konfliktit toimivat "ruutitynnyrinä" uusille reformeille.

sin (2001) määrittelemiin reformien jatkuvuuden syihin, eli hallinnollisiin, teknisiin sekä poliittisiin syihin, voidaan lisätä tällöin vielä käytännöllisten syiden joukko. Reformien tulee jatkua, koska maailmakin muuttuu jatkuvasti. Reformoiminen on tällöin välttämätöntä.

Vaikka reformoiminen onkin käytännössä edellä mainitulla tavalla välttämätöntä, ei se tarkoita sitä, että siihen voisi suhtautua varomattomasti. Esimerkiksi Maynardkin (2005) muistuttaa vielä, että terveydenhuollon reformien toteuttaminen pelkkänä "sosiaalisena kokeiluna" esimerkiksi ilman evaluointia olisi paitsi epäeettistä, olisi kyseisten reformien mahdollista tuottaa kansalaisten terveydelle haittaa yhtälailla kuin muutkin huonosti suunnitellut terveydenhuollon palvelut. Maynard yhdistää tässä vakavuusasteeltaan samaan luokkaan huonosti toteutuneet lääkäripalvelut kuin vastaavalla tavalla epäonnistuneet terveydenhuollon reformitkin. On vaikea väittää Maynardin olevan tässä väärässä, sillä vaikka terveydenhuollon reformin epäonnistumisen vaikutukset eivät heti näkyisikään, on niillä kuitenkin yhtä tuhoisat vaikutukset kuin esimerkiksi lääkärin aiheuttamilla hoitovirheillä. Erona on se, että terveydenhuollon reformien epäonnistumisten vaikutuksia on vaikea hahmottaa. Se ei kuitenkaan vähennä yhtään kyseisten vaikutusten olemassaolon todellisuutta. Maynard toteaaakin, että käytännössä huonosti suunnitellut terveydenhuollon reformit voivat vaarantaa meidän kaikkien terveyden.

Reformoimisen välttämättömyyttä vahvistaa esimerkiksi d'Intignanon (1995, 211-213) esittämät kolme keskeistä tulevaan terveydenhuoltoon vaikuttavaa tekijää, joihin meidän tulee vastata. Kyseiset tekijät liittyvät ihmisten elämäntietokulkuun lähtien liikkeelle lisääntymisestä ja syntyvyydestä päätyen aikuisiän akuuteista sairauksista aina rappeutumiseen ja kuolemaan asti. Ensinnäkin lisääntymiseen ja syntyvyyteen liittyy syntyvien lasten vähentyvä määrä sekä naisten synnytysien jatkuva nousu. Vaikka lasten syntymisen väheneminen osaltaan vähentää kustannuksia, tulevat naisten korkeasta synnytysistä johtuvat ongelmat esimerkiksi hedelmöityshoitojen muodossa kuitenkin lisäämään osaltaan terveydenhuollon kustannuksia. Toisekseen vaikka aikuisiän varsinaiset akuutit sairaudet voivatkin olla vähenemässä, ei terveydenhuolto tule tulevaisuudessa pääsemään kuitenkaan helpolla. Esimerkiksi vapaaehtoiseen riskiin liittyvien sai-

rauksien määrä tulee kasvamaan. Lisäksi vanhusväestö tulee lisääntymään merkittävästi, joka puolestaan lisää esimerkiksi erittäin kallista saat-tohoitoa. Kysymykset liittyen edellä mainittuihin tekijöihin herättävät monia kysymyksiä, joihin tulevien terveydenhuollon reformien tulisi onnistuneesti vastata. Vaikka terveydenhuollon tila tällä hetkellä olisikin kohtuullisella tasolla, ei meidän tulisi elää vain tässä päivässä vaan sen sijaa alkaa päämäärätietoisesti tähytä kohti tulevaisuutta ja muuttuvaa maailmaa.

MAAILMA MUUTTUU JA ME MUUTUMME SEN MUKANA

Ongelmat eivät ole enää samoja mitä ne aikaisemmin ovat olleet. Helpot ongelmat ovat kehittyneet luontaisen evoluution myötä erittäin kompleksisiksi. Tämä tarkoittaa sitä, että elämisen perusteet on käytännössä jo rakennettu eli ne ongelmat, jotka vaikuttavat perustavanlaatuisesti elämiimme, on jo ratkaistu. Kehittyneissä maissa ihmisillä on siis pääasiassa paikka jossa elää, ruokaa tarpeeksi, mahdollisuus saada terveydenhuoltoa ja koulutusta sekä tehdä töitä. Suurin osa yksinkertaisista ongelmista on tällöin jo ratkaistu. Tutkijat ovat kehittäneet lääkkeet moniin tappaviin sairauksiin, insinöörit ovat rakentaneet kaupunkirakenteita ja yhteiskuntatieteilijät ovat suunnitelleet perustasolla toimivan terveydenhuollon. Näiden peruskysymysten ratkaiseminen on kuitenkin johtanut siihen, että ongelmat ovat monimutkaistuneet. Ihmiset ovat tulleet vaativimmiksi, eikä pelkkä perusteiden luominen elämälle enää riitä ihmisten vaatiessa nopeampaa ja toimivampaa terveydenhuoltoa, työpaikkoja jokaiselle ja esimerkiksi parempaa koulutusta. (Rittel & Webber 1973, 156) Ongelmat joutuvat tällöin kehittymään olosuhteiden ja varsinkin ihmisten vaatimusten muuttumisen myötä.

Aikaisemmin kun ongelmat olivat vielä perustavanlaatuisia, oli asiantuntijoiden työ käytännössä melko suoraviivaista. Tällöin asiantuntijat ratkaisivat ongelmia, jotka oli mahdollista ratkaista lineaarisin ratkaisutavoin. Ongelmien monimutkaistumisen myötä, pelkät lineaariset ratkaisutavat eivät kuitenkaan enää riitä. Varsinkin "sosiaaliset ongelmat" ovat helppojen ongelmien vähenemisen myötä kasvaneet erittäin kompleksiksi. (Rittel & Webber 1973, 160) Rittel ja Webber (1973) puhuvat tällöin wicked problema-

tiikan mukaisista pirullisista³ sekä kesyistä ongelmista (wicked & tame problem).

Kesyvät ongelmat ovat määriteltävissä pirullisten ongelmien vastakohtiksi, sillä ne ovat useimmiten helposti määriteltäviä ja helposti ratkaistuja. Esimerkiksi tietynlainen matemaattinen tehtävä voi olla tällainen kesy ongelma. Pirulliset ongelmat ovat puolestaan vaikeasti määriteltävissä eikä niihin ole olemassa mitään helposti löydettävissä olevaa ratkaisua. (Clarke & Stewart 2000, 377-378.) Tällainen pirullinen ongelma olisi esimerkiksi tavoite lisätä terveydenhuollon tehokkuutta ilman, että palvelujen saatavuuden tasa-arvoisuus huononisi.

Terveydenhuollon reformienkin kohteena on tällöin lähes poikkeuksetta pirullisia ongelmia, sillä vain todella harva reformi kykenee ratkaisemaan kohdeongelmansa tavallisin lineaarisin ratkaisukeinoin. Sen sijaan reformit tarvitsevat onnistuakseen erittäin monipuolista ja laajaa eri osapuolien huomioon ottavaa suunnittelua (Rittel & Webber 1973, 160). Yksinkertaisten terveydenhuollon reformien tulee tällöin muuttua huomattavasti nykyistä laajemmiksi. Seuraavassa luvussa pyritäänkin rakentamaan ideaalimalli laajemmalle terveydenhuollon reformille. Kyseisen mallin toivotaan toimivan airuena asennemuutokselle reformien suunnittelun suhteen. Pirullisten ongelmien erilaisten piirteet tulevat myös vielä tarkentumaan samassa yhteydessä.

TERVEYDENHUOLLON REFORMIN IDEAALIMALLI

Esimerkiksi Cassels ja Janovsky (1996, lainaus artikkelista Berman & Bossert 2000) näkevät, ettei terveydenhuollon reformin käsite välttämättä tarvitsisi mitään yksittäistä universaalia määritelmää. Muun muassa reformien evaluoinnin lisääntymisen myötä kyseinen näkemys on kuitenkin muuttunut ja nykyään nähdäänkin tärkeäksi reformien tarkka määrittely. Edelleenkin ei kuitenkaan nähdä niinkään tarpeelliseksi kaikenkattavaa määritelmää, vaan enemmänkin painotetaan reformien yksilöllistä luonnetta. Reformit tulisi siis käytännössä määritellä tapauskohtaisesti sen sijaan, että ne nähtäisiin yhtenä homogeenisenä tapauksena. (esim. Figueras, Saltman & Mossialos 1997, 6) Tästä huolimatta tarvitaan kuitenkin myös terveydenhuollon reformin yläkäsitettä, johon yksittäistä reformia voitaisiin ver-

rata. Muutoin on vaarana, että yksittäinen reformi onkin jotain muuta kuin mitä terveydenhuollon reformin tulisi ideaalisimmin olla.

Tieteellinen kirjallisuus julkisen hallinnon reformeista on kattavaa. Nähtävissä on kuitenkin, että reformeja käsitellään usein ilman tarkempaa määrittelyä siitä, mitä reformin käsite todellisuudessa pitää sisällään. Terveydenhuollon reformista ei siis ole olemassa mitään kaikenkattavaa ja kaikkien hyväksymää määritelmää. On esimerkiksi nähty, että poliittisilla päättäjillä olisi suuri houkutus nimetä pienetkin muutokset terveydenhuollon sektorilla reformeiksi vain korostaakseen niiden vaikutusta. (WHO 1997, 2.)

Reformeja ei kuitenkaan tulisi määritellä edellä mainitulla "poliittisella" tavalla. Uudistuksia on monenlaisia, eivätkä kaikki niistä suinkaan ole luettavissa edes suppean määritelmän mukaisiksi terveydenhuollon reformeiksi. Terveydenhuollon reformeille ja reformeille yleensäkin on löydettävissä monia erilaisia määritelmiä. Esimerkiksi WHO (1997, 2) määrittelee reformin "valtion hallinnon johtamana jatkuvana ja perusteellisena eksplisiittisten poliittisten tavoitteiden saavuttamiseen pyrkivänä institutionaalista ja rakenteellista muutosta aiheuttavana prosessina". Boyne, Farrell, Law, Powell ja Walker (2003, 3-4) näkevät reformin puolestaan "tarkoitukselliseksi muutokseksi järjestelyissä julkisen sektorin palveluiden suunnitteluksi ja jakeluksi". Terveydenhuollon reformi on määritelty myös DDM:n (Harvardin yliopisto, Data for Decision Making Project) tavoin "vakaaksi, tarkoitukselliseksi ja fundamentaaliseksi muutokseksi" (Berman 1995). WHO (1997, 3) on tiivistänyt terveydenhuollon reformin keskeiset piirteet seuraavaan taulukkoon 2.

Taulukossa esitetyt piirteet tulevat vielä tarkentumaan myöhemmin tässä paperissa tarkasteltaessa erilaisia kriteereitä terveydenhuollon reformeille. Jo tässä vaiheessa on kuitenkin nähtävissä, että terveydenhuollon reformit ja julkisen sektorin reformit on yleisesti määritelty samoin tavoin. Olisiko kuitenkin tarpeen tehdä ero näiden kahden eri käsitteen välillä? Esimerkiksi Lundberg ja Wang (2006, 40) toteavat, että vaikkakin muutamat terveydenhuollon reformien ominaiset piirteet näkyvät mahdollisesti jollakin tapaa myös muissakin julkisen sektorin reformeissa, ovat nämä piirteet terveydenhuollon reformeissa kuitenkin kompleksisempia ja hämmentävämpiä kuin muualla. Tässä artikkelissa kuitenkin ehdotetaan wicked problematiikkaan vedoten, että

Taulukko 2. Terveysthuollon reformin keskeiset piirteet. (WHO 1997, 3)**PROSESSI:**

- Pikemminkin rakenteellinen kuin inkrementaalinen tai evolutionaarinen muutos
- Pikemminkin poliittisten tavoitteiden muutosta seuraava institutionaalinen muutos kuin pelkästään yksistään tavoitteiden uudelleenmäärittely
- Pikemminkin tarkoituksellinen kuin sattumanvarainen
- Pikemminkin vakaa ja pitkäkestoinen kuin hetkellinen muutos
- Poliittinen ylhäältä alaspäin johdettu prosessi

SISÄLTÖ:

- Keinovalikoiman monipuolisuus
- Terveysthuollon systeemien piirteiden maakohtainen vaikutus

kyseisen keinotekoisien rajan määrittäminen on turhaa ja jopa haitallista. Yleismaailmalliset ongelmat, jotka ovat tänä päivänä huomiomme keskipisteessä, pitävät sisällään lukuisia eri sektoreita. Terveysthuolto on vain osana näitä ongelmia, joten sille ei sinänsä tulisi antaa mitään erityistä asemaa. Ei ole mahdollista väittää, että esimerkiksi asianmukaisen hoidon saaminen olisi yhtään sen kompleksisempää kuin rasmin tai rikollisuuden kitkeminen. Perusteet ovat tällöin kaikilla laajoilla reformeilla samat. Tässä artikkelissa käytettäväksi esimerkiksi on kuitenkin otettu juuri terveyteen liittyvä teema, joten sen vuoksi tarkastelu on terveyskeskittynyttä.

Tarkoituksena ei ole myöskään suoranaisesti väittää, että terveydenhuollon reformin laajan määrittelyn käyttäminen olisi yhtään sen tärkeämpää kuin suppeaan. Esimerkiksi Mason ja Mitroff (1981, 31) muistuttavat, etteivät kyseisen laajaan määrittelyyn liittyvät pirulliset ongelmat ole kuitenkaan käytännössä sen tärkeämpiä kuin suppeaan määrittelyyn liittyvät yksinkertaiset ongelmat. Molemmat ongelmat ovat sen sijaan luontainen osa ympäristöämme. Muutosta pääasiassa kuvaavat pirulliset ongelmat ja pysyvyyttä edustavat yksinkertaiset ongelmat ovat tällöin toisiaan täydentäviä osaluaita. Käytännössä voidaan kuitenkin nähdä, että jatkuva muutos on olennaista ihmiskunnan selviytymisen kannalta, jolloin pirullisten ongelmien käsittely on kesyihin ongelmiin nähden etusijalla.

Artikkelin taustalla olevat teoriat tukevat edellä

esitetyn DDM:n terveydenhuollon reformin määrittelyn valintaa kuvaamaan laajaa terveydenhuollon reformia. Määrittelmä sopii luontaisesti myös muillekin laajoille reformeille. Yleisesti ottaen erittäin monimutkaisiin ongelmiin vastaavien reformien tulisi tällöin olla fundamentaalisia, vakaita sekä tarkoituksellisia. Ensinnäkin kompleksisuustieteet* ja erityisesti niiden sisällään pitämä wicked problematiikka tukevat varsinkin reformien fundamentaalisuutta. Fundamentaalisuuden tulisi koskea reformin implementaatiota, vaikuttavuutta sekä myös suunnittelua. Reformin suunnittelussa olisi tällöin mukana mahdollisimman monia eri toimijoita ja se toteutettaisiin mahdollisimman laajasti. Lisäksi reformien tulee olla tarkoituksellisia. Esimerkiksi tarkoituksellisen muutoksen teorian (intentional change theory, tästä lähin ICT) mukaan muutos ei ole useimmiten jatkuvaa ilman tätä tarkoituksellisuutta (esim. Boyatzis 2006). Muutosta tulisi haluta ja siihen tulisi tietoisesti pyrkiä, jotta se olisi jatkuvaa. Lopuksi reformien tulisi olla myös vakaita. Se ei riitä, että reformi toteutetaan, vaan sitä pitää myös jatkuvasti muokata vastaamaan ympäristön muuttuvia haasteita. Viisas ongelmanratkaisija ei ole tällöin se joka ratkaisee ongelman, vaan se joka ratkaisee ongelman ja sen lisäksi valvoo tehtyä ratkaisua jatkuvasti ja on valmis muokkaamaan sitä tarpeen mukaan. (Ackoff 1978, 189.)

On mahdollista havaita, että "reformiteoriat", kompleksisuustieteet sekä ICT sopivat yhteen kuin palapelin palat ja tällöin niiden yhdistelmä tukee myös valitun määrittelyn valintaa. Tämän

eri "teorioiden" yhteensopivuuden voi havaita esimerkiksi seuraavasta valitun määritelmän mukaisesta yksittäisten osatekijöiden tarkastelusta. Kyseiset tarkastelut tulevat pohjautumaan vielä tässä vaiheessa pääasiassa "reformiteorioihin" kompleksisuustieteiden ja ICT:n jäädessä pääosin vain täydentävään asemaan. Myöhemmissä julkaisuissa tarkastelu tulee kuitenkin täydentymään laajemmin myös kompleksisuustieteiden sekä ICT:n osalta.

Tarkoituksellisuus

DDM:n ehdottamassa terveydenhuollon reformin määritelmässä reformin tarkoituksellisuudella pyritään tarkoittamaan sitä, että reformien tulisi rakentua rationaalisella tavalla eli reformien tulisi tällöin perustua suunniteltuun ja näyttöön perustuvaan prosessiin. (Berman ja Bossert 2000, 2-3). Reformia ei tällöin kuvaa sattumanvaraisuus, vaan sen sijaan juuri tarkoin harkittu tarkoituksellisuus (esim. WHO 1997, 3).

Jos tarkoituksellisuudella tarkoitetaan reformin taustalla olevaa laajaa suunnittelua, niin kuinka tätä suunnittelun toteutumista voitaisiin arvioida tai mitata? Määritellesään viittä ehtoa rationaa-

liselle reformille, on Seedhouse (1996a) osaltaan jo vastannut tähän kysymykseen. Seedhouse (emt. 2-3) on rakentanut viidestä olennaisesta ehdosta rationaaliselle reformille koostuvan kriteeristön, jota voidaan harkita käytettävän juuri tähän reformien tarkoituksellisuuden määrittelyyn. Vaikka Seedhouse käsittelee kirjoituksessaan pääasiassa terveydenhuollon reformeja, tarkoittaa hän ehtoja käytettäviksi kuitenkin kaikenlaisiin reformeihin. Määrittelemiensä viiden ehdon yläpuolella hän asettaa ajatuksen, että "jokaisen reformin tulisi tähdätä jo olemassa olevan rakenteen tai systeemin uudelleenrakentamiseen mahdollistaakseen alkuperäisten tavoitteiden saavuttamisen entistä kehittyneemmällä tavalla". Seedhousen viisi ehtoa perustuvat tähän kyseiseen ajatukseen. Ehdot on esiteltyä taulukossa 3.

Yhdenkään Seedhousen (1996a) toimittamassa kirjassa kuvatun projektin suhteen edellä mainitut ehdot eivät kuitenkaan täysin toteudu. Samalla kun hän toteaa, että ehkä kyse on vain akateemisen filosofin liian kovista vaatimuksista, tukee Seedhouse kuitenkin omia päätelmiään rationaalisen reformin ehdoista. Hän kirjoittaa, että "jos kerran reformin ehdot eivät toteudu, on tällöin terveydenhuollon reformeja kokeile-

Taulukko 3. Viisi ehtoa rationaaliselle terveydenhuollon reformille. (Seedhouse 1996a, 2-11.)

EHTO	KYSYMYS REFORMOIJALLE
1. Reformoitavan toiminnan kohde tulee määritellä.	- Mikä on se toiminnan kohde joka tullaan reformoimaan?
2. Alun perin halutut määritellyn toiminnan kokonaispäämäärät tulee olla tiedossa.	- Mitkä ovat alun perin halutut kokonaispäämäärät määritellylle toiminnalle?
3. Tulee olla selvää miksi olemassa oleva järjestely: a) ei ole saavuttamassa haluttuja kokonaispäämääriä b) saavuttaa halutut kokonaispäämäärät, mutta haittojen x, y ja z... kanssa (jotka pitää myös määritellä).	- Miksi voimassa oleva järjestely: a) ei ole saavuttamassa haluttuja päämääriä b) saavuttaa päämäärät ei-haluttujen ja tarpeettomien kustannusten x, y ja z kanssa?
4. 3a:n ja 3b:n ratkaisemiseen tarkoitettut strategiat tulee olla tiedossa sekä mahdollisia. Tulee olla selvää miten tarkoitettut reformit tulevat varmistamaan sen, että kokonaispäämäärät tultaisiin saavuttamaan paremmin.	- Miten kysymyksiin 3a ja 3b aiotaan vaikuttaa?
5. Alun perin haluttuja kokonaispäämääriä ei saisi hylätä.	(Tämän toteuttaminen ei olisi enää reformi vaan sen sijaan radikaali muutos; esimerkiksi polkupyöriä valmistava yritys alkaisi valmistaa autoja.)

vien maiden kansalaisilla oikeus kysyä, että mitä oikein ollaan toteuttamassa, sillä (siltä osin, että ehdot eivät täyty) reformi se ei ainakaan ole" (Seedhouse 1996a, 11). Seedhouse ehdottaa myös, että jos toteutettavan reformin suhteen ehdot eivät tulisi todennäköisesti täyttymään, olisi tällöin parasta miettiä uudelleen koko projektin toteuttamista.

Seedhousen ehdot antavat hyvät lähtökohdat reformien tarkoituksellisuuden arvioimiselle. Ehtoja on mahdollista kuitenkin täydentää vielä ICT:n sekä kompleksisuustieteiden kautta. Ensinnäkin ICT:hän on erittäin läheisessä suhteessa kompleksisuustieteisiin, sillä se on jo itsessään kompleksinen systeemi (Boyatzis 2006, 608). ICT on tällöin määritellyt itseään monilla kompleksisuustieteissä esitetyillä periaatteilla. Boyatzis (2006, 619) on kuvannut tarkoituksellisuuden asemaa muutoksen onnistumisen kannalta seuraavasti: "Ihmiset muuttuvat. Ihmiset muuttuvat halutuilla tavoilla, mutta eivät ilman tarkoituksellista pyrkimystä. Ryhmät, organisaatiot, yhteisöt ja jopa maat voivat muuttua halutuilla tavoilla. Mutta edelleenkin, ilman tarkoituksellista pyrkimystä muutokset ovat hitaita, niiden lopputulokset päätyvät huonoihin tahattomiin seurauksiin verrattuna siihen mitä oli haluttu ja ne herättävät jaettu epätoivoa tulevaisuudesta ja heikentävät ihmisten mielialaa."

"Tarkoituksellinen muutos on haluttua, tarkkaan harkittua ja vuorottelevaa" (Howard 2006, 660). Sillä ei tarkoiteta muutosta, joka ei olisi vapaaehtoista (Dyck, Caron & Aron 2006, 672). Tarkoituksellinen muutos edellyttää tällöin tietoista valintaa. Boyatzis (2006, 609-610) perustelee tarkoituksellisuuden merkitystä muutoksen vakauden kannalta muun muassa tarkastelemalla tutkimuksia aikuisten ihmisten oppimisprosesseista. Näiden tutkimusten mukaan muutos on säilyvää usein ainoastaan silloin kun oppiminen on tarkoituksellista. Näkemys perustuu siihen, että ilman tarkoituksellisuutta ihmiset voivat teeskennellä kuuntelevansa ja oppivansa kuitenkin unohtaen kaiken sen opetuksen päätyttyä. Muutoksen tekee tällöin mahdolliseksi vain ihmisten halu tietoisesti oppia ja muuttua. Esimerkiksi Dyck, Caron ja Aron (2006) käsittelevät tätä näkemystä vaikeasti sairaiden aikuisten näkökulmasta. Heidän mukaan se, että nämä potilaat haluaisivat itse tietoisesti ja harkitusti tavoitella ideaali-minäänsä, toisi heille toivoa tulevaisuudesta ja opettaisi heitä muun muassa ottamaan

enemmän itse vastuuta hoidostaan. Painotus on juuri siinä, että kyseisen muutoksen pitäisi olla tarkoituksellista sekä potilaan, että häntä hoitava organisaation osalta.

Laajan terveydenhuollon reformin ideaalimallin piirteitä voidaan laajentaa tarkoituksellisuuden osalta ICT:n pohjalta. Paitsi, että reformi olisi Seedmanin ehtojen mukaisesti tarkkaan suunniteltua, tulisi sen olla myös haluttua. Reformin toteutuksen tulisi tällöin lähteä liikkeelle tietoisesta ihmisten, organisaatioiden ja jopa valtioiden halusta muuttua.

Fundamentaalisuus

Hsiao (esim. 2003, 5) määrittelee viisi "ohjauksäädintä" (control knobs), joihin vaikuttamalla hallitukset voivat saada aikaan merkittäviä lopputuloksia toteuttamilleen reformeille. Nämä viisi ohjauksäädintä ovat rahoitus, maksut, terveydenhuollon jakelun makro-organisaatio, säännöstely ja vakuuttelu. Esimerkiksi Berman ja Bossert (2000) määrittelevät terveydenhuollon reformin fundamentalistisuuden juuri näiden Hsiao'n ohjauksäätimien avulla. Reformeja jotka koskevat vähintään kahta ohjauksäädintä, Berman ja Bossert nimittävät "iso-r" (big-r) reformeiksi. "Pieni-r" (little-r) reformit koskettaisivat puolestaan vain yhtä Hsiao'n määrittelemää ohjauksäädintä. Tällöin reformit, jotka eivät koskisi edes yhtä tällaista ohjauksäädintä, eivät olisi luettavissa määritelmän mukaisiksi terveydenhuollon reformeiksi. Terveydenhuollon reformin fundamentaalisuudella tarkoitetaan tällöin reformin toteutuksen laajuutta, eli sitä kuinka moneen eri osa-alueeseen reformi vaikuttaa. Mitä enemmän vaikutuksen kohteena olevia osa-alueita, sitä fundamentaalisemmasta reformista on kyse.

Berman ja Bossert (2000, 4) ehdottavat, että "iso-r" reformit määriteltäisiin strategisiksi ja "pieni-r" reformit puolestaan inkrementaalisiksi. Tarkoituksellisuuden suhteen he puolestaan näkevät nämä inkrementaalisiksi määritellyt reformit merkittävämmiksi kuin strategiset reformit. Tämä siksi, että jälkimmäiset reformit johtuvat usein yhteiskunnallisista kriiseistä, jolloin reformeilla voi olla kiire toteutua, eikä niitä tällöin välttämättä ehditä suunnitella tarpeeksi. Tämä on ollut yleistä varsinkin kehittyvissä maissa. Lisäksi Berman ja Bossert (emt. 9) huomauttavat, että "iso-r" reformi voi koostua myös useasta pienem-

mästä reformista. Tällöin ”iso-r” reformi ei kuitenkaan saisi olla vain osiensa summa. Taulukossa 4 esitetään lyhyesti Hsiao ohjaussäätimet.

Hsiao ohjaussäätimien kautta pystytään kuvaamaan hyvin sitä, kuinka fundamentaalinen reformin toteutus on eli kuinka laajoin keinoin reformia lähdetään toteuttamaan. Näiden ohjaussäätimien kautta ei kuitenkaan pystytä vastaamaan siihen, että kuinka fundamentaalisesti reformin idealistiset tavoitteet toteutuvat käytännössä.

PAHO:n (Pan American Health Organization) jäsenhallitukset ovat määritelleet viisi terveydenhuollon reformeja ohjaavaa periaatetta, jotka auttavat tuomaan näkyviin myös terveydenhuollon reformin toteutumisen fundamentaalisuuden. Näiden ohjausperiaatteiden tarkoituksena on määrittellä reformien suunta niille määriteltyjen tavoitteiden näkökulmasta. Ideaalinen reformi olisi tällöin sellainen, joka reformin loputtua olisi parantanut jokaista viittä ohjausperiaatetta ja vältettävä reformi puolestaan sellainen joka toimisi näitä ohjausperiaatteita vastaan. Nämä kyseiset ohjausperiaatteet ovat oikeudenmukaisuus, laatu, tehokkuus, vakaus sekä sosiaali-

nen osallistuminen. (López-Acuña 2000, 1, 5.) Ohjausperiaatteiden sisältö selitetään lyhyesti taulukossa 5.

Hsiao ohjaussäätimet sekä PAHO:n jäsenhallitusten määrittelemät viisi ohjaavaa periaatetta antavat hyvän pohjan laajan terveydenhuollon reformin ideaalimallille fundamentaalisuuden näkökulmasta. Reformien tulee tällöin olla toteutukseltaan sekä vaikutuksiltaan mahdollisimman laajoja. Tälle ajatukselle saadaan tukea myös kompleksisuustieteistä ja erityisesti wicked problematiikasta. Ensinnäkin Ackoff (1978, 118) muistuttaa, että monimutkaisuuden ongelmiin on vain harvoin niin helppoja ratkaisuja, että ongelmat voitaisiin ratkaista vain yhtä osatekijää muuttamalla. Hän puhuu tällöin eri osatekijöiden välisistä kausaalisista suhteista. Vaikka näitä suhteita onkin usein vaikea havaita, ovat ne kuitenkin joka tapauksessa olemassa. Niiden havaitseminen on oleellista erittäin kompleksisten ongelmien ratkaisussa, jolloin vaikeuksista huolimatta eri tekijöiden välisten kausaalisten suhteiden löytäminen on erittäin tärkeää.

Myös Churchman (1967, 141-142) huomauttaa, ettei pirullista ongelmaa voida ratkaista valit-

Taulukko 4. Hsiao ohjaussäätimet (Hsiao 2003, 9-19)

OHJAUSSÄÄDIN	SELITYS
1. Rahoitus	Viittaa tapaan jolla raha pannaan liikkeelle ja käytetään. Pitää sisällään rahoituksen, rahoituksen jakamisen, säännöstelyn ja institutionaaliset sopimukset rahoituksesta.
2. Terveydenhuollon jakelun makro-organisaatio	Viittaa siihen rakenteeseen, jonka vastuulla on terveydenhuollon järjestäminen. Pitää sisällään kilpailun, desentralisaation, integraation ja omistussuhteet.
3. Maksut	Viittaa tapoihin, joilla rahoitus maksetaan yksilöille ja organisaatioille. Pitää sisällään kannustinpalkkiot kuluttajille sekä tuottajille.
4. Säännökset	Viittaa hallituksen tapaan käyttää pakkovaltaa määrätäkseen pakotteita yksilöille ja organisaatiolle. Pitää sisällään muun muassa lait, tutkinnot ja ohjesäännöt.
5. Vakuuttelu	Viittaa tapaan vaikuttaa ihmisten uskomuksiin, odotuksiin, elämäntapoihin ja mieltymyksiin mainostamisen, koulutuksen ja informaation levittämisessä.

Taulukko 5. PAHO:n jäsenhallitusten määrittelemät viisi "ohjaavaa periaatetta" (López-Acuña 2000, 7-8)

OHJAUSPERIAATE	SELITYS
1. Oikeudenmukaisuus	Ovatko terveydenhuollon reformit johtaneet (oikeudenmukaisuuden) kehitykseen kattavuudessa, resurssien jakelussa, hoitoon pääsyssä ja resurssien käytössä?
2. Vaikuttavuus ja laatu	Ovatko terveydenhuollon reformit johtaneet parannuksiin teknisessä laadussa, koetussa laadussa, terveydentilassa ja kuolleisuudessa?
3. Tehokkuus	Ovatko terveydenhuollon reformit johtaneet (tehokkuuden) kehitykseen resurssien käytössä ja hallinnoinnissa?
4. Vakaus	Ovatko terveydenhuollon reformit parantaneet muun muassa hoidon tuottajien legitimiteettiä ja hyväksyttävyyttä?
5. Sosiaalinen osallistuminen	Ovatko terveydenhuollon reformit parantaneet sosiaalista osallistumista ja hallintaa terveydenhuollossa?

semalla kokonaisuongelmasta vain tietty osa-alue. Kyseinen ratkaisutapa voi ehkä "taltuttaa pirullisen ongelman murinan", mutta se johtaa kuitenkin vain siihen, että "pirullinen ongelma ei enää näytä hampaitaan ennen kuin se puree". Tällöin syntyy helposti harhaluulo, että ongelma on ratkaistu, mitä se ei kuitenkaan tosiasiaassa ole. Tämä johtaa taas siihen, että pirullinen ongelma yllättää ihmiset ilmestymällä kuin salama kirkaalta taivaalta. Laajoja sosiaalisia ongelmia on myös hankala ratkaista pyrkimällä vaikuttamaan pelkästään ongelman oireisiin. Sen sijaan tulisi vaikuttaa itse varsinaiseen ongelmaan. (Ackoff 1978, 116) Esimerkiksi jos epäterveellisille ruokavalmisteille asetettaisiin suurempi arvonlisävero kuin terveellisille, olisi se vaikuttamista juuri ongelman, eli ihmisten lisääntyvän ylipainoisuuden, oireisiin. Ratkaisun tulisi kuitenkin sen sijaan kohdistua itse ongelmaan, eli siihen miksi ihmiset eivät pidä huolta terveydestään. Lisäksi Clarke ja Stewart (2000, 378-379) ovat sitä mieltä, että pirulliset ongelmat ovat niin laajalla levinneitä kokonaisuuksia, ettei niitä pystyttäisi ratkomaan pelkästään tyypillisin hallinnollisin toimenpitein kuten esimerkiksi lainsäädännön ja säätelyn

avulla. He toteavat asian laidan lyhyesti seuraavalla tavalla: "pirulliset ongelmat ovat luonteeltaan kietoutuneita vakiintuneisiin tapoihin elää sekä ajattelumalleja; ne voidaan selvittää vain muuttamalla näitä vakiintuneita tapoja ja ajattelumalleja".

Kompleksisuusajattelun myötä fundamentaalisuuden piirre laajoissa terveydenhuollon reformeissa laajenee pelkän toteutuksen ja vaikuttavuuden ulkopuolelle. Tällöin paitsi toteutus ja vaikuttavuus olisivat mahdollisimman laajoja, myös itse suunnittelun pitäisi olla fundamentaalisuudeltaan erittäin mittavaa. Clarke ja Stewart (2000) tuovat julki tätä ajattelumallia. Ensinnäkin he painottavat sitä, että pirullisten ongelmien selvittäminen vaatii lineaarisen tai vaillinaisen ajattelun sijasta holistista ajattelua. Tällöin holistisella ajattelulla tarkoitetaan ajattelumallia, joka pystyisi pitämään sisällään monien eri toimien, tapojen, käytösten ja asenteiden vuorovaikutuksen. Clarcken ja Stewartin (2000, 379) sanoin kyseisen ajattelutavan tarkoituksena olisi nähdä niin sanottu "big picture", joka vähentäisi mahdollisuutta siihen, että jotkin pirullisten ongelmien selvittämisen kannalta oleelliset asiat jäisivät

pimentoon. Päättäjiä tulisi siis yrittää välttää kiusta rajoittaa käsittelyalueen laajuutta.

Toisekseen Clarcken ja Stewartin (2000, 380-383) mukaan pirullisten ongelmien selvittämisen kannalta olisi tärkeää ajatella ja työskennellä ylitse organisaatioiden sisäisten että ulkoisten rajojen. Tässäkin tapauksessa painotetaan holistista ajattelua, joka mahdollistaa monien eri asianomaisten ottamisen huomioon. Esimerkiksi tästä käy hyvin terveydenhuolto. Jos valtionhallinto yrittää ratkaista laajoja terveyteen liittyviä ongelmia, joutuu se tällöin ottamaan päätöksentekoon mukaan lukuisia eri toimijoita. Pelkästään terveydenhuollon organisaatiot eivät välitä terveyttä.

Kolmanneksi Clarke ja Stewart (2000, 383-384) kirjoittavat kansalaisten sisällyttämisestä pirullisten ongelmien ratkaisuprosesseihin. Kansalaisten mukaan ottamisen tärkeyttä selittää kaksi asiaa. Ensinnäkin koska pirullisia ongelmia on erittäin vaikea ymmärtää ja koska eri ihmisillä on niistä usein eri käsityksiä, merkitsee useampien ihmisten mukaan ottaminen erilaisten näkökulmien lisääntymistä ja tällöin pirullisten ongelmien syvempää ymmärtämistä. Lisäksi voidaan nähdä, että kansalaisten mukaan ottaminen selvitysprosessiin on erityisen tärkeää, koska heillä on usein ensikäden tietoa eli omakohtaisia kokemuksia pirullisten ongelmien ilmentymisistä. Toisekseen Clarke ja Stewart (2000, 384) näkevät, että koska pirullisten ongelmien selvittäminen vaatii usein muutoksia kansalaisten käytöksessä, on näiden muutosten aikaansaaminen helpompaa kansalaisten ollessa itse mukana keskusteluissa ja päätösten hyväksynnässä. Clarke ja Stewart (2000, 379) painottavatkin pirullisten ongelmien ratkaisussa hallinnollista tyyliä, joka "oppi ihmisistä ja työskentelisi ihmisten kanssa". Toisin sanoen reformit tulisi toteuttaa ihmisten kanssa sen sijaan, että ne toteutettaisiin ihmisiä varten.

Reformin fundamentaalisuuteen liittyy myös moraalinen petoksen periaate: "Se joka yrittää kesyttää osan pirullisesta ongelmasta, mutta ei kokonaisuutta, on moraalisesti väärässä". (Churchman 1967, 142) Voidaan nähdä, että jos kyseisen kesyttäminen tapahtuu tietoisesti eli kyseinen toimija tietää ratkaisun olevan väärä ja on tietoinen ratkaisun aiheuttamista mahdollisista negatiivisista vaikutuksista, on paitsi itse ongelma pirullinen, jakaa myös toimija tämän pirullisuuden määritelmän sen eettisessä merkityksessä

vaikkakin sitten vain lievästi. On tarpeen kuitenkin välttää ylilyöntejä pitäen mielessä se, että poliittiset päätökset ovat usein erittäin vaikeita ja tuskallisia. Joskus on vain käytännössä pakko tehdä päätöksiä, jotka auttaessa monia voivat aiheuttaa kuitenkin monille muille ihmisille harmia. Näiden päätösten teko ei kuitenkaan tee ihmisestä pirullista. (Benn 1985, 801.)

Vakaus

Vakaudella DDM:n terveydenhuollon reformin määritelmässä pyritään tarkoittamaan sitä, ettei reformi tulisi olemaan vain pelkkä lyhytkestoinen toteuttamaton ajatus tai niin sanotusti vain kertalaukauksena toteutunut uudistus ilman pysyviä vaikutuksia, vaan sen sijaan toteutettu pitkäkestoinen ja vakaa uudistus (Berman ja Bossert 2000, 2-3). Fundamentaalisuuden ja tarkoituksellisuuden ohella vakaushan on keskeinen osa reformin määritelmää tai ehkä jopa kaikista keskeisistä. Voidaankin pohtia, miten kävisi uudistusten rationaalisuuden, jos ne jäisivät vain lyhytkestoisiksi muutoksiksi vailla minkäänlaista tulevaisuutta? Reformien toteutus vaatii kuitenkin paljon aikaa ja resursseja, joten jos uudistus jää vain hetkelliseksi ilmiöksi tai jopa pelkäksi ajatukseksi, voitaisiin sitä siinä tapauksessa pitää epäonnistuneena, sen jättäessä täyttämättä reformeille asetettuja vaatimuksia. (Century & Levy 2004, 18.)

Milloin reformin voidaan sitten nähdä olevan vakaa? Amerikkalainen laaja RSR-projekti (the Researching the Sustainability of Reform) on osaltaan onnistunut vastaamaan tähän kysymykseen tutkiessaan sitä, että kuinka koulutussektorille tehtyjä muutoksia voitaisiin ylläpitää ja että kuinka reformeja voitaisiin kannustaa jatkumaan. Ensinnäkin RSR-projekti osoitti sen, että pelkkä uudistuksen ylläpito ei sinänsä tarkoita vielä sitä, että uudistus olisi vakaa. Se, että uudistuksen peruselementit olisivat toteutuneet ja että niitä jopa pystyttäisiin ylläpitämään, ei sinänsä tee uudistuksesta vakaata. Siinä missä RSR-projektin tutkima koulutussektori on kompleksinen ja jossa olosuhteet muuttuvat jatkuvasti, voidaan terveydenhuollon sektorilla nähdä näiden piirteiden korostuvan vielä entisestään. Se, että uudistusta ylläpidetään, ei näissä olosuhteissa ole riittävää vaan uudistuksen tulee myös kehittyä näiden olosuhtemuutosten myötä. Tämän

vuoksi RSR-projekti määrittelee vakauden tarkoittamaan "projektin (tässä tapauksessa reformin) kykyä säilyttää perus uskomuksensa ja arvonsa ja käyttää niitä hyväkseen sopeutessaan muutoksiin ja ympäristön paineisiin". (Century & Levy 2004, 4-5.)

Käyttämällä hyväksi RSR-projektin laajaa tutkimusta, voidaan vakaudelle antaa tällöin tietyt ehdot. Vakaudella olisi tällöin kolme eri tasoa ja mitä korkeammalla tasolla reformi tässä suhteessa olisi, sitä vakaampi reformi olisi. Nämä tasot ovat perustaminen, kypsyminen ja kehittyminen. Kyseisten tasojen yläpuolella on ajatus, että vakaus ei ole vain pelkkää muutoksen ylläpitoa vaan myös adaptaatiota muutoksiin ja ympäristön paineisiin. (Century & Levy 2004, 4-6). Tasot esitetään taulukossa 6.

Kompleksisuustieteiden näkökulmat tukevat edellä esitettyä vakauden määritelmää. Jos ennen uskottiin, että ongelmiin olisi mahdollista löytää jokin perimmäinen ja lopullinen ratkaisu, on tilanne tänä päivänä eri. Systeemijalla on havahduttu siihen, että maailma on suljetun systeemin sijaan avoin ja dynaaminen, jolloin myös ongelmat ja niiden ratkaisut ovat vain osa sen hetkistä maailmaa. Koska ongelmat ja ratkaisut ovat tällöin jatkuvassa liikkeessä, on niiden käsittely jatkuva prosessi. Ongelmat eivät pysy ratkaisutuna, joten pelkkä hetkittäinen vakaus ongelman ratkaisun suhteen ei vielä ole lopullinen ratkaisu. Tällöin on tarpeen jatkuvasti seurata tilannetta ja muokata suunnitelmia olosuhteiden muuttuessa. (Ackoff 1974, 31-33.) Tämän vuoksi RSR-projektin määritelmistä tasoista erityisesti kolmas taso on ehdottoman tärkeä. Eli kuten Ackoff (1974, 33) toteaa: "Mikään ongelma ei ole koskaan lopullisesti ratkaistu. Tämän vuoksi ratkaisut tarvitsevat kontrollia; jatkuvaa ylläpitoa ja kehittämistä".

VOIDAANKO YKSINKERTAISET TERVEYDENHUOLLON REFORMIT KYSEENALAISET?

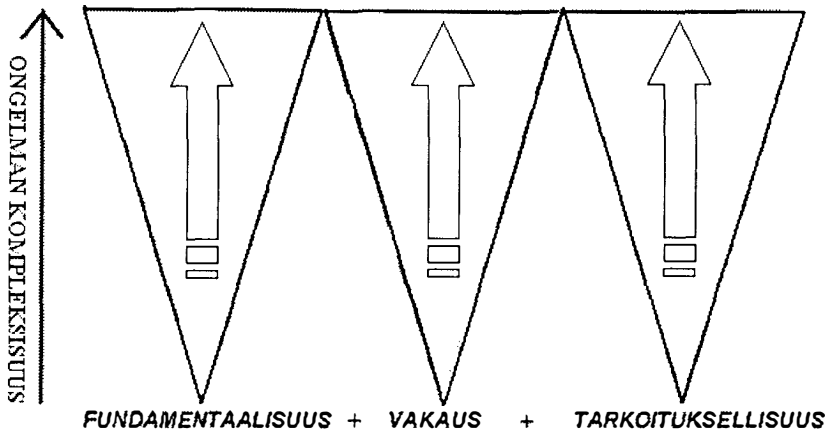
Edellä on luotu ideaalimalli laajalle terveydenhuollon reformille. Vastatakseen nykyajan erittäin kompleksisiin ongelmiin, tulee reformin olla tällöin mahdollisimman tarkoituksellinen, fundamentaalinen sekä vakaa. Ongelman kompleksisuuden kasvaessa, kasvaa myös näiden kolmen eri tekijän painoarvo. Kyseinen näkökulma on esitetty kuviossa 1. Kuvion mukaisesti reformin tarkoituksellisuus, fundamentaalisuus sekä vakaus ovat kiinteässä vuorovaikutussuhteessa toistensa kanssa. Jos jokin näistä osatekijöistä epäonnistuu, on tällöin suurena vaarana myös koko reformin epäonnistuminen.

Kuinka oikeutettu rakennettu ideaalimalli lopujen lopuksi on? Ensinnäkin tähän kriteeristöön valittiin Seedmanin ehdot, Hsiaon ohjaussäätiöt, PAHO:n ohjausperiaatteet sekä RSR-projektin määritelmät vakauden kolme tasoa. Näiden eri määritelmien valintaa selittävät osaltaan jo niiden järjestyksessä niissä itsessään. Tämän loogisuuden näkökulman lisäksi selittävänä tekijänä valintoja tehdessä oli myös tarkasteltavien käsitteiden määritelmien ja kriteeristöjen suppeus varsinkin terveydenhuollon reformien näkökulmasta. Määritelmät ovat myös ansioituneiden tutkijoiden ja laajojen tieteellisten projektien tulosta, joka osaltaan lisää tässä artikkelissa tehtyjen valintojen oikeutusta. Myös kompleksisuustieteiden sekä ICS:n näkökulmat tukevat tässä artikkelissa tehtyjä valintoja.

Entä mikä puolestaan oikeuttaa kompleksisuustieteiden sekä ICS:n valinnan. Voidaan esimerkiksi kysyä, että ovatko nämä kompleksisuustieteet ja ICS vain ohimeneviä muoti-ilmi-

Taulukko 6. RSR-projektin määrittelemät vakauden kolme tasoa (Century & Levy 2002, 3)

VAKAUDEN TASO	SELITYS
Taso 1. Perustaminen	Reformi on käyttöön otettu, perus elementit ovat vakiintuneet ja toiminta on tehokasta ja odotettua.
Taso 2. Kypsyminen	Reformi on laajasti hyväksytty ja toteutus on piintynyt.
Taso 3. Kehittäminen	Reformi keskittyy kasvuun ja kehitykseen. Tartutaan muutoksiin ja pyritään saamaan parempi ymmärrys reformista.



Kuvio 1. Terveydenhuollon reformin ideaalimalli ongelmien kompleksisuuden mukaan.

öitä. Onko niiden varaan tällöin turha laittaa näinkin paljon painoarvoa? Esimerkiksi Grobman (2005, 353) kyseenalaistaa myöntävän vastauksen tähän kysymykseen. Hän kysyykin sen sijaan, että jos nämä teoriat ovat kerran täysin turhia ja tavanomaiset teoriat sen sijaan niin erinomaisia, niin minkä vuoksi nykyiset ratkaisumallit eivät sitten tuota toimivia ratkaisuja. Eli jos vallitsevien teorioiden mukaan tulevaisuutta kerran voidaan nähtävästi ennustaa, niin miksi tämä ennustaminen ei sitten tuota tulosta. Voi toki olla, etteivät kompleksisuustieteet eikä myöskään ICS saa aikaa sen parempia tuloksia, mutta ainakin vielä tässä vaiheessa kaikkialla ympäristössämme tapahtuvat muutokset ja niihin suhtautuminen tukevat näiden "uusien" teorioiden käyttöönottoa.

Seedmania (1997a) lainaten voidaan myös kysyä, että onko esitetty ideaalimalli vain nuoren aloittelevan tutkijan idealistinen päähänpintymä. Onko tätä ideaalimallia edes mahdollista toteuttaa kun otetaan huomioon esimerkiksi poliittiset ja taloudelliset rajoitukset? Vaikka ideaalimalli voisikin olla rationaalisin malli terveydenhuollon reformille, tulee toki tiedostaa sen rajoitukset. Simonin "rajoitetun rationaalisuuden" käsitteen mukaan suunnittelu ja päätöksenteko perustuvat rajoitettuun tietoon ja tiedonkäsittelyyn (esim. Hanoch & Rice 2006). Kaikkia mahdollisuuksia on mahdoton ottaa huomioon, mutta se ei kuitenkaan tarkoita liian hätäistä rajojen asettamista. Hatchuel (2001) puhuu tällöin "laajenevasta rationaalisuudesta". "Laajeneva rationaalisuus" tulee

esille erityisesti suunnittelussa, jossa erilaisia suunnittelumahdollisuuksia on ääretön määrä. Käytännössä "laajenevan rationaalisuuden" voidaan nähdä tarkoittavan sitä, ettei se sulje pois mitään vaihtoehtoja rajoitetun rationaalisuuden tapaan. Suunnittelun alkuvaiheessa kaikki eri suunnittelupolut olisivat siinä mielessä vielä avoimina (Hatchuel & Weil 2002, 16-17). Rajoitettu rationaalisuus puuttuu suunnitteluprosessiin aikanaan, mutta ainakin suunnittelun alkuvaiheessa kaikki mahdolliset vaihtoehdot pitäisi pitää mahdollisina, tuntuivat se sitten kuinka mahdottomilta tahansa. Eli kuten esimerkiksi Van Wyk (2003, 6) on todennut, me emme suinkaan tarvitse mitään guruja, jotka kertovat kuinka erittäin monimutkaisia ongelmia ratkaistaan. Sen sijaan tarvitsemme oppaita, jota opastavat meidän uudenlaiseen ajatteluun. Tämä ideaalimalli pyrkii toimimaan tällaisena oppaana.

Voidaanko tämän artikkelin perusteella yksinkertaiset terveydenhuollon reformit kyseenalaistaa? Onko niin, että tänä päivänä toteutetut terveydenhuollon reformit ja myös muutkin reformit ovat suunnittelultaan, toteutuksiltaan ja vaikutuksiltaan riittämättömiä vastaamaan tämän päivän ja erityisesti tulevaisuuden haasteisiin. Ensinnäkin mainittakoon se, että yksinkertaisia terveydenhuollon reformeja ei sinänsä voida kiistää. Niilläkin on oma tärkeä tehtävänsä yksinkertaisten terveydenhuollon ongelmien ratkaisussa. Monimutkaisia terveydenhuollon ongelmia ei niillä kuitenkaan erittäin todennäköisesti pystytä ratkaisemaan. Toisekseen myönnettäkään, että tässä

artikkelissa ei vielä pystytä tätä väitettä todistamaan. Todistus vaatisi laajaa terveydenhuollon reformien tarkastelua ja siihen ei tässä vaiheessa ole vielä mahdollisuuksia⁵. Tulevan tutkimuksen aiheena tulee kuitenkin olemaan laaja viime vuosikymmenien aikana toteutettujen terveydenhuollon reformien arviointi. Hypoteesina on tällöin se, että kyseiset reformit eivät ole saaneet aikaan haluttuja saati sitten tarvittavia lopputuloksia. Tämän hypoteesin osoittautuessa todeksi, syinä reformien epäonnistumiseen olisi silloin erittäin todennäköisesti reformien kohteena olevien ongelmien näkeminen yksinkertaisina ja siten yksinkertaisten ratkaisujen toteuttaminen.

LOPUKSI

Tunnettu yhdysvaltalainen sosiaalikiritikko H. L. Mencken (1880-1956) on kirjoittanut; "Jokaiseen kompleksiseen ongelmaan on olemassa ratkaisu, joka on yksinkertainen, viehättävä ja väärä". Tämän päivän sosiaaliset ongelmat, koskivat ne sitten ihmisten terveyttä tai esimerkiksi turvallisuutta, ovat erittäin kompleksia. Menckenin ajatusten mukaisesti yksinkertaiset ratkaisut näihin ongelmiin ovat hyvin todennäköisesti väärä. Väärä, koska ne eivät ratkaise ongelmaa. Väärä, koska ne voivat aiheuttaa vain lisää ongelmia. Väärä, koska ne voivat myöhemmin estää oikeiden ratkaisujen toteuttamisen. "Vaarana ei ole niinkään se, että epäonnistuisimme rakentamaan siltoja oikeiden jokien yli. Ennemmin suurin vaara on siinä, että me tuhoaisimme sen materiaalin mitä tarvitaan siltojen rakentamiseen oikeiden jokien yli" (King 1993, 106).

Meidän tulee rakentaa siltoja oikeiden jokien yli, sillä tekemämme ratkaisut tulevat vaikuttamaan miljoonien ihmisten elämään, eikä meillä ole tällöin varaa epäonnistua näissä ratkaisuissa. Vastuu on tällöin meillä kaikilla, mutta eritoten reformien suunnittelijoilla. Reformien suunnittelijoiden pitää ymmärtää käsillä olevien ongelmien kompleksisuus. Se on erittäin tärkeä lähtökohta onnistuneelle ratkaisuprosessille. Reformoijien pitää myös ottaa huomioon reformien suhde ongelmien kompleksisuuteen. Mitä suurempi ongelmien kompleksisuus, sitä suurempi painoarvo reformien tarkoituksellisuudelle, fundamentealisuudelle sekä vakaudelle tulisi antaa.

Tämä artikkeli pyrkii kontribuutiollaan herät-

tämään keskustelua muuttuvasta maailmasta ja sen mukana muuttuvista ongelmista. Suoranaisesti artikkeli luo myös viitekehysten laajan terveydenhuollon reformin ideaalimallille. Ideaalimalli on tässä vaiheessa vielä osittain vajaa, ja sitä tullaankin vielä myöhemmissä julkaisuissa laajentamaan varsinkin kompleksisuustieteiden sekä tarkoituksellisen muutoksen teorian kautta. Tässäkin vaiheessa kyseisen malli voi kuitenkin toimia jo suunnannäyttäjänä tuleville reformeille. Toivottavaa olisi ainakin se, että tässä artikkelissa rakennettu terveydenhuollon reformin ideaalimalli saisi ihmiset näkemään asioita avarammin pelkän oman (suppean) näkemyksensä ulkopuolelle. Tämän toteutuessa olisi artikkeli jo ajanut tehtävänsä erittäin onnistuneesti.

Seedhousen (1996b, 231-232) innoittamana jätetään vielä yksi ajatus leijumaan ilmaan. Tällä hetkellähän terveydenhuollon reformien tavoitteina on pääosin kehittää nykyistä terveydenhuollon systeemiämme. Mitä jos muuttaisimme näiden reformien tavoitteiksi terveydenhuollon systeemin kehittämisen sijaan kansakuntamme terveyden kehittämisen? Mitä tällöin tapahtuisi?

VIITTEET

¹ Seedhouse (1996b) muistattaa terveys käsitteen monimerkityksellisyydestä. Siinä missä terveydenhuolto voidaan määritellä laajasti tai suppeasti, myös itse terveys voidaan käsitellä monin eri tavoin. Terveydenkin määrittelemisen on tällöin tärkeää reformoimisen yhteydessä. Tässä artikkelissa terveydellä tarkoitetaan Rowlandin ja Cooperin (1983, 1) tavoin fyysisen, sosiaalisen ja mentaalisen hyvinvoinnin positiivista olotilaa, jossa jokainen näistä tekijöistä on vaikutussuhteessa toisiinsa. Terveys tulisi tällöin nähdä kokonaisuutena, eikä vain pelkkänä fyysisenä terveydentilana.

² Myös Abel-Smith (1996, 14-15) huomauttaa, että enemmän kehittyneissä maissa ei ole löydetävissä selkeää yhteyttä terveydenhuollon kuluksen sekä eliniänodotuksen välillä.

³ Käytetään myös suomennosta "ilkeä ongelma" (kts. esim. Sotarauta 1996, 118-119 & Pösö 2005). Ongelman ilkeys kuvastaa kuitenkin pirullisuuden käsitettä enemmän ongelman eettistä pahuutta. Pirulliset ongelmat eivät kuitenkaan ole luonteeltaan kieroutuneella tavalla ilkeä, vaan Rittelin ja Webberin (1973, 160) mukaisesti

"pahanlaatuisia vastakohtana hyvänlaatuisiin tai turmiollisia kuten noidankehä tai pulmallisia kuin haltijat tai aggressiivisia kuin leijonat verrattuna lampaiden rauhallisuuteen".

⁴ Kompleksisuustieteillä tarkoitetaan muun muassa kompleksisuus- ja kaaosteoriasta koostuvaa teorioiden joukkoa (Mathews, White & Long 1999). Voidaan käyttää myös nimitystä "uudet tieteet" (Murray 2003). Kompleksisuusteorioiden teoria-asetmien kyseenalaistamisten myötä voidaan puhua myös esimerkiksi kompleksisuusajattelusta ja kaaosajattelusta (kts. esim. Willamo 2005). Tässä artikkelissa tullaan keskittymään pääosin kompleksisuustieteiden sisällään pitämään wicked problematiikkaan. Kompleksisuus-teoria sekä kaaosteoria tulevat saaman huomiota laajemmassa mittakaavassa tulevissa julkaisuissa.

⁵ Esimerkiksi Vartiainen (2005) on kuitenkin käsitellyt lyhyesti terveydenhuollon reformeja wicked problematiikan näkökulmasta. Hänen mukaansa reformien suunnittelussa ja toteutuksessa ei ole otettu tarpeeksi huomioon ongelmien monimutkaisuutta. Jos tulevaisuudessa ongelmien pirullinen luonne huomioitaisiin paremmin, olisivat reformit Vartiaisen mukaan todennäköisesti onnistuneempia kuin mitä ne tähän päivään asti ovat olleet.

LÄHTEET

- Abel-Smith, B. (1996). The Escalation of Health Care Costs: How Did We Get There? Teoksessa: Health Care Reform: The Will To Change, 19-30. Health Policy Studies No. 8. OECD: Pariisi.
- Ackoff, R. L. (1974). Redesigning the Future. John Wiley & Sons: New York.
- Ackoff, R. L. (1978). The Art of Problem Solving. John Wiley & Sons: New York.
- Benn, S. I. (1985). Wickedness. *Ethics* 95(4), 795-810.
- Berman, P. (1995). Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable. Teoksessa: Health Sector in Developing Countries: Making Health Development Sustainable, 13-33. Toim. Peter Berman. Harvard University Press: Boston.
- Berman, P. & Bossert, T. (2000). A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? Saatavissa 30.10.2006: <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/closeout.PDF>.
- Boyatzis, R. E. (2006). An overview of intentional change from a complexity perspective. *Journal of Management Development* 25(7), 607-623.
- Boyne, G., Farrell, C., Law, J., Powell, M. & Walker, R. (2003). Evaluating Public Management Reforms. Open University Press: Buckingham.
- Cassels, A. & Janovsky, K. (1996). Reform of the Health Sector in Ghana and Zambia: Commonalities and Contrasts. WHO: Geneva.
- Century, J. R. & Levy, A. J. (2002). Sustaining Your Reform: Five Lessons from Research. The Quarterly Newsletter of the National Clearinghouse for Comprehensive School Reform 3(3). Saatavissa 7.12.2006: http://sustainability2003.terc.edu/media/data/media_000000000208.pdf
- Century, J. R. & Levy, A. J. (2004). Sustaining Change: A Study of Nine School Districts with Enduring Programs. Paper Presented at the National Association for Research on Science Teaching Annual Conference Vancouver, B.C., April 3.
- Churchman, C. W. (1967). Wicked problems. *Management Science* 14(4), 141-142.
- Clarke, M. & Stewart, J. (2000). Handling the Wicked Issues. Teoksessa Changing Practice in Health and Social Care, 377-386. Toim. Calia Davies, Linda Finlay & Anne Bullman. Sage: Lontoo
- d'Intignano, B. M. (1995). Emerging Changes in the Public Demand for Health Care. Teoksessa: Reforming Health Care Systems, 211-213. Toim. Joshua Shemer & Mikko Vienonen. Gefen: Jerusalem
- Dyck, L. R., Caron, A. & Aron, D. (2006). Working on the positive emotional attractor through training in health care. *Journal of Management Development* 25(7), 671-688.
- Grobman, G. M. (2005). Complexity Theory: A New Way to Look at Organizational Change. *Public Administration Quarterly* 29(3), 350-382.
- Figueras, J., Saltman, R. & Mossialos, E. (1997). Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview. London School of Economic and Political Science Discussion paper nro. 8.
- Hanoch, Y. & Rice, T. (2006). Can Limiting Choice Increase Social Welfare? The Elderly and Health Insurance. *The Milbank Quarterly* 84(1), 37-73.
- Hatchuel, A. (2001). Towards Design Theory and Expandable Rationality: The Unfinished Program of Herbert Simon. *Journal of Management and Governance* 5(3-4), 260-273.
- Hatchuel, A. & Weil, B. (2002). C-K theory : Notions and applications of a unified design theory. Proceedings of the Herbert Simon International Conference on Design Sciences, Lyon, 15-16 March 2002.
- Howard, A. (2006). Positive and negative emotional attractors and intentional change. *Journal of Management Development* 25(7), 657-670.
- Hsiao, W. (2003). What is a Health System? Why Should We Care? Saatavissa 30.10.2006: [http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-Final%20\(general%20format\)%208.5.03.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-Final%20(general%20format)%208.5.03.pdf).
- King, J. B. (1993). Learning to Solve the Right Problems: The Case of Nuclear Power in America. *Jour-*

- nal of Business Ethics 12(2), 105-116.
- Ljubljanan peruskirja terveydenhuollon uudistamisesta (1996). European Health Care Reforms: The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. WHO: Kööpenhamina.
- López-Acuña, D. (2000). The Nature of Health Sector Reform in the Americas and its Significance for PAHO's Technical Cooperation. Saatavissa 30.10.2006: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48243/05%20Reading%20%2DThe%20Nature%20of%20HSR%20in%20the%20Americas.pdf>.
- Lundberg, M. & Wang, L. (2006). Health Sector Reforms. Teoksessa *Analyzing the Distributional Effects of Reforms*, 43-100. Toim. Aline Coudouel & Stefano Paternostro. World Bank: Washington.
- Mason, R. O. & Mitroff, I. I. (1981). *Challenging Strategic Planning Assumptions: Theory, Cases and Techniques*. John Wiley & Sons: New York.
- Mathews, K. M., White, M. C. & Long R. G. (1999). Why Study the Complexity Sciences in the Social Sciences. *Human Relations* 52(4), 439-462.
- Maynard, A. (2005). Searching for the holy grail in health care reform or don't confuse me with facts! Weighing the Evidence Conference. Saatavissa 18.1.2007: <http://www.weighingtheevidence.ca/maynard.ppt>.
- Murray, P. J. (2003). So What's New About Complexity. *Systems Research and Behavioral Science* 20 (5), 409-417.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies No. 2. OECD: Pariisi.
- OECD (1994). *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*. OECD: Pariisi.
- OECD (1995). *New Directions in Health Care Policy*. Health Policy Studies No. 7. OECD: Pariisi.
- Peters, B. G. (2001). From Change to Change: Patterns of Continuing Administrative Reform in Europe. *Public Organization Review* 1, 41-54.
- Pösö, T. (2005). Ilkeät ongelmat, hyvät käytännöt. Sosiaalialan menetelmien arviointi 2. Saatavissa 14.12.2006: https://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/B3FD2BE2-55BE-4BEF-AAF2-3784792B614A/0/Finsoc2_2005.pdf
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in General Theory of Planning. *Policy Sciences* 4, 155-169.
- Rowland, A. J. & Cooper, P. (1983). *Environment and Health*. Edward Arnold: Lontoo.
- Seedhouse, D. (1996a). Introduction: The logic of Health Reform. Teoksessa: *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, 1-11. Toim. David Seedhouse. Wiley: Chichester.
- Seedhouse, D. (1996b). Conclusion: Theory Before Practice. Teoksessa: *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, 229-233. Toim. David Seedhouse. Wiley: Chichester.
- Sotarauta, M. (1996). Kohti epäselvyyden hallintaa: Pehmeä strategia 2000-luvun alun suunnittelun lähtökohtana. Finnpublishers: Tampere.
- STM (1995). *Terveydenhuolto muutosten paineissa: Vaihtelutelmia muiden maiden uudistuksista*. Sosiaalija terveysministeriön monisteita No 9.
- Vartiainen, P. (2005). *Wicked Health Care Issues: An Analysis of Finnish and Swedish Health Care Reforms*. *Advances in Health Care Management: International Health Care Management* 5, 163-186.
- Van Wyk, G. (2003). *A Systems Approach To Social And Organizational Planning: Cure For The Mess In Health Care?* Trafford Publishing: Victoria, BC.
- Verheijan, T. (1998). *Aims, Structure and Methodology of the Study*. Teoksessa: *Innovations in Public Management: Perspectives from East and West Europe*, 3-7. Toim. Tony Verheijen & David Coombes. Elgar: Cheltenham.
- Willamo, R. (2005). *Kokonaisvaltainen lähestymistapa ympäristönsuojelutieteessä: Sisällön moniulotteisuus ympäristönsuojelijan haasteena*. *Environmentalica Fennica* 23. Yliopistopaino: Helsinki.
- WHO (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. WHO: Kööpenhamina.