

Terveyspalvelujen ohjausta puoli vuosisataa

Puheenvuoro pohjautuu Terveystieteiden tutkimuksen seminaarissa 29.5.2009 Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella pidettyyn esitelmään.

TAUSTAA

Eric Beinhocker kuvaa kirjassaan ”The Origin of Wealth”(2007) kuinka mahdollisimman tehävän eteen joutuisimme, jos meidän olisi suunniteltava pikkukaupungin jokaisen asukkaan päivittäiset tehtävät ja vaikkapa vain ostokset. Kuitenkin kaikki näyttää sujuvan, vaikka hypermarkettien hyllyjä katsellessa ihmettelee, miten kaikki tuotteet löytävät ostajan (tai ostaja tuotteen hyllymeren keskeltä). Samalla tavalla on mahdotonta, että joku meistä suunnittelisi yksityiskohtaisesti kaiken, mitä sairaalassa tai terveyskeskuksessa päivän mittaan tehdään.

Adam Smithin tunnetun vertauskuvan mukaan markkinoita ohjaa näkymätön käsi, kysyntä ja tarjonta. Kun jokainen tavaran tai palvelun tuottaja ajattelee omaa etuaan ja jokainen niiden ostajista puolestaan omaa etuaan, markkinat järjestävät asiat. Hyvät tuotteet menevät kaupaksi ja huonojen tekijöiden on parannettava laatua tai pudotettava hintaa. Kilpailu pakottaa tehokkuuteen. Merkantilistiseen säätelyyn tottuneessa maailmassa, ajatus oli uusi ja kumouksellinen. Moraalifilosofian professorina Smith kyllä samalla edellytti toimijoilta rehellisyyttä ja kohtuutta, mikä usein unohtuu häntä lainattaessa.

Markkinat eivät kuitenkaan toimi niin kuin ideaalimalli edellyttäisi. Ostajalla tai myyjällä saattaa olla lukumäärään tai tietoon perustuva ylivalta. Monopoliasema on ääriesimerkki markkinaylivallasta. Siihen rinnastettava asetelma syntyy myös silloin, kun toisella osapuolella on tietoylivaltta. Palvelumarkkinoiden ominaispiirre on palvelujen alueellinen keskittyminen. Kannattava toiminta edellyttää kohtuullista asiakaskuntaa. Jos toimitaan pelkästään kannattavuuspohjalla, saattavat reuna-alueet jäädä vaille tarvittavia palveluja. Kun puhutaan terveydenhuollosta, kaikkia näitä piirteitä saattaa esiintyä ja niinpä tarvitaan myös ohjaavia toimia.

Suunnittelu eli kulta-aikaansa toisen maailmansodan jälkeen. Sota-aika pakotti säännösteilyyn ja vahva valtion ote säilyi vuosia sodan jälkeen. Terveystieteiden puolelta tunnetuimpia esimerkkejä on Britannian NHS-lyhenteellä tunnetun terveydenhuoltopalvelun luominen 1940-luvun lopulla. Suomen terveydenhuolto oli monella tavalla takaperoisessa asemassa pitkälle sodan jälkeen. Sairausvakuutus tuli vasta 1960-luvulla kattamaan sairaudesta aiheutuvia kustannuksia. Saman vuosikymmenen alussa oli jo asetettu komitea laatimaan ehdotuksia kansanterveyden edistämiseksi. Huolta tunnettiin avohoidon hajanaisuudesta ja palveluverkoston alueellisesta keskittyneisyydestä. Vastauksena oli 1972 voimaan astunut kansanterveyslaki. Silloin suomalainen terveydenhuolto astui suunnittelun ja ohjauksen maailmaan.

MITEN OHJAUSTA ON TOTEUTETTU

Kuvainnollisesti voidaan sanoa, että ohjauksella on ruumis, sielu ja henki. Allegoria kuvaa ohjauksen elementtejä mielestäni paremmin kuin usein esitetty kolmijako: resurssi-, normi- ja informaatio-ohjaus. Ohjauksen *ruumiilla* tarkoitan voimavarojen määrää ja jakautumaa: Paljonko on henkilökuntaa, millaista teknologiaa on käytettävissä, ovatko tilat kelvollisia ja muu varustus asianmukaista. Markkinoilla ruumista ohjaa pääosin kysyntä, 1970-luvun suunnittelujärjestelmässä ohjaus oli vahvasti valtion käsissä. Valtakunnallisessa suunnitelmassa päätettiin, paljonko voimavaroja koko maassa on käytettävissä ja terveyskeskukset saivat siitä oman osansa esittämiensä toimintasuunnitelmien pohjalta. Kehon rakentaminen sujuikin vauhdikkaasti, terveyskeskuksia nousi ensin reuna-alueille ja vähitellen verkosto kattoi koko maan. Rakennukset eivät jääneet tyhjilleen, sillä virkoja lisättiin reippaasti joka vuosi.

Suunnitelmien yksityiskohtaisuus koitui kuitenkin kohtalokkaaksi, ne tukahduttivat lääkintöhallituksen toiminnan, varsinkin kun heti perään myös erikoissairaanhoidon otettiin suunnitelmien piiriin. Ruuhkan purkamiseksi jakopäätökset siirrettiin lääninhallituksiin, joista samalla tuli merkittäviä vallankäyttäjiä.

1980-luvulla yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu yhteiseen valtakunnalliseen suunnitelmaan ja samalla poistettiin suuri määrä yksityiskohtaisuutta henkilöstö- ja rakensuunnittelusta. Se ei kaikkia tyydyttänyt. Maailmalla olivat samaan aikaan puhaltamassa uudet tuulet. Suunnittelu, komentotalous oli joutunut huonoon huutoon ja markkinatalous nostettu kunniaan. Vuosikymmenen lopulla se saapui Suomeenkin ja johti lupien vähentämiseen, keskusvirastojen lakkauttamiseen ja suunnitelmien poistamiseen. Lääkintöhallituksen toiminta päättyi 1991 (Tiitta 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua purettaessa valtaa ja tehtäviä ei kuitenkaan siirretty valtiolta yksityisille markkinoille, vaan valtiolta kunnille. Vuoden 1993 alusta tuli voimaan nykyinen menettelytapa, jossa suunnittelusta luovuttiin (investointien osalta tosin myöhemmin) ja valtionosuus ohjattiin suoraan kunnille laskennallisin perustein. Palvelujen järjestämisvelvollisuus säilyi edelleen kunnilla. Lainsäädäntöä oli vähitellen muutettu siten, että kunta voi luopua tuottajan roolista ja siirtyä ostajan asemaan. Näin oli ruumiin ohjaus siirtynyt ratkaisevasti kuntien käsiin. Valvonta toki säilyi valtion hallussa.

Terveydenhuollon *sielu* koostuu osaamisesta, toimintatavoista ja eettisistä pyrinnoista. Ohjausvälineistä tärkein on koulutus. Se luo pohjan sille, mitä käytännössä tapahtuu. Tämän ohjaustavan puitteista päättää valtio, mutta sisältö tulee alan tutkimuksesta ja osaamisesta, joka koulutuksen kautta siirtyy uusille sukupolville. Tutkimuksen ja koulutuksen taso on taannut osaavaa hoitohenkilökuntaa. Osa terveydenhuollon itseohjauksesta tuleeekin tutkimuksen puolelta. Ohjauksen sisällön määrittelee tutkimus itse tuloksillaan.

Osaaminen ei koske vain terveydenhoidon sisältöä, vaan myös johtamista, mikä asiantuntijoita täynnä olevassa organisaatiossa ei ole helpompia tehtäviä. Kaikin ajoin ei johtamista ole terveydenhuollossa erityisesti arvostettu ja se on jäänyt liikaa ammatillisten kiistojen jalkoihin. Johtamiskoulutusta ei kuitenkaan ole unohdettu. Muun muassa MBA-ohjelmat ovat osaltaan tarjoamassa välineitä johtamisen parantamiseen.

Valtakunnallisiin suunnitelmiinkin sisältyi aikanaan tavoitteita ja ohjeita, joilla pyrittiin vaikuttamaan hoidon sisältöön ja toimintatapoihin. Käytännön vaikutus jäi hyvästä tarkoituksesta huolimatta enimmäkseen ohueksi. Syynä oli ennen kaikkea vuosittain annettujen, usein virkkeen tai kahden mittaisten ohjeiden runsaus ja toimeenpanon laiminlyöminen.

Huoli terveydenhuollon sielun tilasta alkoi voimistua sitä mukaa kun ruumiin suunnitteluun ei enää voitu puuttua. 1990-luvun loppupuolella käynnistyi käypähoito-ohjeiden valmistelu. Tässä hankkeessa valtiolla oli tärkeä rooli toiminnan käynnistäjänä, vaikka se viisaasti ymmärsi jäädä varsinaisessa toiminnassa taustalle. Monet kehittämishankkeet ja 2000-luvun puolella käynnistetty kansallinen terveysohjelma vauhdittivat samalla terveydenhuollon toiminnallista uudistamista.

Terveydenhuollon *henki* näkyy terveytenä, hengissä pysymisenä. Tunnetusti suuri osa terveiden elinvuosien kasvusta seuraa muista tekijöistä kuin terveyspalveluista tai laajemminkaan ymmärryksestä terveydenhuollosta. Terveydenhuollon osuutta ei kuitenkaan pidä väheksyä sairauksien ehkäisijänä ja terveyden edistäjänä. Kiinnostus terveydenhuoltoon laajemmin näkyy siinä, että tämän hallituksen aikana käynnistettiin terveyden edistämisen politiikkaohjelma.

Sairauksien pitkittyminen on vakava asia potilaan kannalta ja usein myös kansantaloudellista tuhlausta. Vaikka kansallinen terveysohjelma olikin ensi sijassa kunnallisen palvelutoiminnan kehittämishankkeena, se vahvisti myös potilaan asemaa. Hoidolle asetetut määrääjat ovat nopeuttaneet hoitoon pääsyä ja ryhdyttäneet koko järjestelmää. Määräaikojen seurauksena on syntynyt kunnille ja valtiolle kustannuksia, mutta niiden vastapainona elinkeinoelämä on saanut hyötyjä nopeammasta työhön paluusta. Hyötyjä ei vain kirjata eikä muisteta.

Terveydenhuollon sielun ja hengen tilan huonoudesta puhuu terveyserojen suuruus ja kasvu. Sosiaalista vastuun kantamista kuvaa terveyserojen vähentämiseen tähtäävien toimien käynnistäminen. Terveyden ammattilaisten on paneuduttava entistä huolellisemmin siihen, miksi hyvät ohjeet ja puheet eivät siirry ihmisten ja varsinkin heikommin koulutettujen ihmisten arkeen. Selityksiä löytyy ennen muuta elintavoista, mutta kokonaan varjosta eivät pääse terveystalouteen. Valikoivuus ei ole vierasta julkistenkaan palvelujen puolella. Yksi selitys löytyy myös perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tarjoa-

mien palvelujen erilaisesta nopeudesta ja toimintatavasta. Perusterveydenhuollon puutteet kokevat nahoissaan juuri heikoimmoin eväin varustetut kansalaiset.

MITÄ OPITTIIN JA MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN

Keskitetty ohjaus oli ilmeisesti aikanaan tarpeellista palvelujen alueellisen jakautuman muuttamiseksi. Näin luotiin kattava perusterveydenhuollon verkosto. Nyt kun se on luotu ja toiminut vuosikymmeniä, ei pitäisi enää hautoa sukupolvi sitten aiheellisia epäluuloja perus- ja erikoissairaanhoidon kesken. Olen ainakin omalta osaltani ollut jo vuosia vakuuttunut siitä, ettei suomalaisen terveydenhuollon johtaminen onnistu, elleivät ne toimi samassa organisaatiossa. On monta tapaa huolehtia siitä, että perusterveydenhuolto saa tällaisessa organisaatiossa nykyistä paremman aseman eikä se ole pois erikoissairaanhoidolta. Päinvastoin.

Brittiprofessori Julian Le Grand (2003) kuvaa hyvinvointivaltion alkuvaiheita kahdella ulottuvuudella. Toisella ovat ammattilaiset ja toisella kansalaiset. Hyvinvointivaltion kantaisien mielestä ammattilaiset olivat ritareita, jotka toteuttivat pyyteettömästi tehtäviään yhteiseksi hyväksi. Kansalaiset puolestaan olivat kuuliaisista alamaisista, shakkitermeillä sotilaita, jotka hakeutuivat määrättyyn palvelupisteeseen ja seurasivat annettuja ohjeita. Markkinatalouden henki on sittemmin muuttanut hänen mukaansa asetelmaa siten, että ammattilaiset ovat omaksuneet kauppiaan roolin ja kansalaiset ovat ottaneet kuningattaren viitan. On syntynyt erilaisia kvasimarkkinoita, joilla Tony Blairin neuvonantajakin toimineen Le Grandin mielestä on omat hyvät puolensa. Samoja piirteitä löytyy Suomesta ja samalla myös monenlaisia kokemuksia.

Tilaja-tuottajamallit ovat usein osoittautuneet enemmänkin palvelun järjestäjän ja tuottajan pelikentäksi kuin asiakkaan aseman parantajaksi. Palvelun laatu ja saatavuus ovat saattaneet suorastaan heikentyä. Toivottavasti se voidaan laittaa harjoittelun nimiin ja kokemuksista otetaan opiksi. Siirtyminen luottamukseen perustuvasta järjestelmästä kilpailuun nojaavaan käytäntöön vaatii omaa osaamistaan. Tässä suhteessa on vielä paljon tehtävää ja se koskee myös ohjausapparaattia. Valtakunnallisen strategian välittyminen koko terveydenhuollon kentälle vaatii uusissa oloissa uutta otetta.

Ehkä ohjausopit on markkinaoppineiden sijasta syytä lopettaa Benedictus Olain 430 vuotta sitten kirjoittamaan viisauteen (sit. Härö 2008): Se dieetti johon on tottunut pitkän ajan kuluessa, vaikka se on itse asiassa huonoa ja haitallista, ei kuitenkaan haittaa niin paljon niitä, jotka ovat siihen tottuneet kuin niitä jotka ovat tottuneet muunlaiseen.

KIRJALLISUUS

Beinhocker E. The Origin of Wealth. Random House Business Books, London 2007.

Härö S. (suom.) Den nyttig Läkare book, Benedictus Olain lääkärikirja vuodelta 1578. Suomen lääkäriliitto, Keuruu 2008.

Le Grand J. Motivation, Agency and Public Policy. University Press, Oxford 2003.

Tiitta A. Collegium medicum, lääkintöhallitus 1878–1991. THL, Helsinki 2009.

MARKKU LEHTO

VTT, dosentti

Kansliapäällikkö, STM, eläkkeellä