

Matti Rimpelä, Eeva Ollila (toim.)

Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen

Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja

Aiheita 8/2004

ISBN 951-33-1437-5
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2004

Tekijät Matti Rimpelä, Eeva Ollila (toim.)		Julkaisija Stakes
		Kustantaja Stakes
Julkaisun nimi Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja		
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 8/2004		
Tiivistelmä <p>Syyskuussa 2003 Stakesin terveystalouteen hankekokonaisuus järjesti "2000-luvun terveystaloutta – millaisia näkemyksiä Stakesissa?" -seminaarin, jonka puheenvuoroihin perustuvat katsaukset on koottu tähän raporttiin. Raportin nimi "Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen" kuvaa raportin luonnetta: se on valikoima tutkijoiden omia näkökulmia valikoiduista ajankohtaisista terveystalouteen kysymyksistä.</p> <p>Monien satunnaisten tekijöiden muokkaama puheenvuorokokoelma nostaa keskusteluun muuten varsin hyvin Stakesin keskeisiä tehtäväalueita, mutta terveystaloustieteen asiantuntijat eivät päässeet mukaan seminaariin: EU ja Suomen terveystaloutta, terveydenhuollon ohjaushaasteet, päihdepolitiikka, mielenterveys, lääkepolitiikka ja uudet terveystalouteen ohjelmat:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eeva Ollila pohtii Suomen terveystaloutta kansainvälisessä kehityksessä. – Juha Teperi kysyy, mikä ohjaa ja ohjaa mikään terveystalouttaamme. – Maarit Alasuutari ja Tytti Solantaus pohtivat lasten asemaa aikuisten mielenterveyspalveluissa. – Thomas Karlsson ja Esa Österberg kuvaavat Suomen alkoholipolitiikan kehitystä suhteessa toimijarakenteen ja suunnittelun muutoksiin. – Anneli Pienimäki kysyy, miten saada päihdetyö tavaksi terveydenhuollossa. – Lauri Vuorenkoski ja Elina Hemminki arvioivat STM:n laatimaa Lääkepolitiikka 2010 -asiakirjaa. – Matti Rimpelä hakee "paholaisen asianajan silmin" vastausta kysymykseen: Onko mahdollista, että kaiken luvattun hyvän rinnalla kansallinen terveyshanke voisi vahingoittaa kansan terveyttä? 		
Avainsanat Terveystaloutta, kansainvälistyminen, informaatio-ohjaus, alkoholipolitiikka, lääkepolitiikka, mielenterveyspalvelut, terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)		
ISSN 1236-9845	ISBN 951-33-1437-5	
Kokonaissivumäärä 90	Kieli Suomi	Hinta 19 € (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

Johdanto

Stakesiin perustettiin keväällä 2003 terveystalouden hankekokonaisuus, jonka tavoitteena on edesauttaa keskustelua ja käsityksenmuodostusta terveystaloudellisesti keskeisistä kysymyksistä. Vaikka Stakesissa tehdään paljon terveystaloudellisesti merkittävää tutkimus- ja kehittämistyötä, asiantuntemuksen täysimääräistä hyödyntämistä saattaa kuitenkin toisinaan vaikeuttaa se, ettei tätä tietämystä aina koota yhteen niin, että muodostuisi terveystaloudellinen kokonaisnäkemys. Terveystalouden hankekokonaisuuden tehtävänä on koota Stakesissa olevaa asiantuntemusta terveystaloudellisesti relevanteista aiheista sekä myös rikastuttaa tätä asiantuntemusta Stakesin ulkopuolisilla asiantuntijoilla.

Toistaiseksi tärkeimpänä työmuotona on ollut erilaisten seminaarien ja keskustelutilaisuuksien järjestäminen. Näissä yhteyksissä on pohdittu Stakesin roolia terveystalouden tutkimuksessa sekä terveystaloudellista koskevassa keskustelussa. Mitä tarkoittaa ja millainen asema terveystaloudellisella tutkimuksella tulisi olla Stakesin strategiassa? Mistä johtuu, ettei ajankohtaisiin terveystalouden strategisiin kysymyksiin keskittyvää tutkimusta ole nykyistä enempää? Missä ovat Stakesin asiantuntijoiden perustellut – kriittisetkin – puheenvuorot silloin, kun tehdään valtakunnallisesti merkittäviä terveystaloudellisia valintoja?

Syyskuussa 2003 hankekokonaisuus järjesti ”2000-luvun terveystaloudellista – millaisia näkemyksiä Stakesissa?” -seminaarin. Tähän raporttiin on koottu seminaarissa esitettyihin puheenvuoroihin perustuvat katsaukset, pohdinnat ja ehdotukset. Raportin nimi ”Näkökulmia 2000-luvun terveystaloudelliseen” kuvaa myös puheenvuorojen luonnetta. Kyseessä on Stakesin asiantuntijoiden henkilökohtaisesti ajankohtaiseksi kokemien puheenvuorojen valikoima, joka on tarkoitettu nostamaan esiin tärkeitä kysymyksiä ja virittämään keskustelua¹.

Raportin sisältö nostaa keskusteluun muuten varsin hyvin Stakesin keskeisiä tehtäväalueita, mutta terveystaloustieteen asiantuntijat eivät päässeet mukaan seminaariin: EU ja suomen terveystaloudellisuus, terveydenhuollon ohjaushaasteet, päihdepolitiikka, mielenterveys, lääkepolitiikka ja uudet terveystaloudelliset ohjelmat.

Ensimmäisessä puheenvuorossa Eeva Ollila asettaa Suomen terveystalouden kansainväliseen kehitykseen. Yhteiskunnallisesta päätöksen teosta merkittävä osa on siirtynyt kansainvälisille foorumeille. Samalla kansalliselle tasolle on jäänyt aiempaa vähemmän työkaluja säätelyyn ja vastuuta on siirtynyt enenevässä määrin paikalliselle tasolle. Valtaosa Suomen kansallisesta lainsäädännöstä tehdään EU:ssa. Terveystaloudellisuus ei ole ollut EU:n keskiössä, mutta EU:n muut politiikat, kuten sisämarkkinalainsäädäntö, kilpailupolitiikka ja kauppa- ja teollisuuspolitiikka, vaikuttavat hyvin merkittävästi terveystaloudelliseen Suomessa. Yhtenä viimeaikaisena esimerkkinä tästä on alkoholi-politiikassa tehdyt monet muutokset. EU on laajentamassa myös suoraa mandaattiaan aiempaa enemmän terveystalouden alueelle. Suomen mahdollisuudet omaan erityiseen toimintalinjaansa ovat monessa suunnassa kaventumassa. Etenkin itsenäistä vastuuta kantavan kunnan pienellä veneellä voi olla vaikeaa pitää oikeaa kurssia kansainvälisten vaikutteiden ja suomalaisen perinnön kohtaamisessa syntyvässä ristiaallokossa.

Juha Teperi kysyy, mikä ohjaa ja ohjaako mikään terveystaloudellisuuttamme. Vastuun siirtymä kunnille epäsuhta kuntien oman ja kuntayhtymien palvelutuotannon välillä on kärjistynyt. Painopiste siirtyy erikoissairaanhoidon suuntaan. Rahoituksen monet kanavat, koulu- ja tutkimuspolitiikan eriytyminen sosiaali- ja terveystaloudellisuudesta ovat esimerkkejä rakenteellisista haasteista. Informaatio-ohjaukseen

¹ Kiitämme Minna Ilvaa ansiokkaasta yhteistyöstä seminaarin järjestämisessä ja raportin toimittamisessa.

rajoittuminen jättää rakenteelliset ongelmat ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveysalan haasteet ovat monissa kunnissa lähes ylivoimaisia suhteessa omaan osaamiseen. Teperi kysyy, ovatko kunnat saaneet tukea ja onko terveydenhuoltopoliittika liudentumassa pois. Näyttää siltä, että strategisissa linjauksissa toistetut keskeiset tavoitteet (alueellinen ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ehkäisevän ja edistävän orientaation vahvistaminen, perusterveydenhuollon ensisijaisuus, painotus lasten ja nuorten hyvinvointiin, kotona selviytymisen tuki) ovat kaikki uhattuina, sillä viime aikaiset kehityskulut ovat kulkeneet päinvastaisiin suuntiin. Hänen mielestään Suomen terveyspalvelujärjestelmä huutaa avointa arvopohjaista terveydenhuoltopoliittista keskustelua.

Mielenterveyspoliittisessa puheenvuorosaan Maarit Alasuutari ja Tytti Solantaus pohjivat lasten asemaa aikuisten mielenterveyspalveluissa. Vanhempien mielenterveyden ongelma on merkittävä vaaratekijä lapsen mielen-terveydelle. Lastensuojelulaissa veloitetaan ottamaan lapsen tuen ja hoidon tarve huomioon, kun aikuiselle annetaan mielenterveys- tai päihdepalveluja. Käytännössä lasten huomioonottaminen ei kuitenkaan ole systemaattista. Vakiintuneisiin käytäntöihin ei näytä kuuluvan esimerkiksi sen varmistaminen, mitä tietoa lapsille tai nuorille on annettu vanhempien ongelmista. Lasten unohtumista selittävät tiedon puutteen rinnalla myös luottamuksellisuutta korostavat hoitosuhdenäkemykset ja resurssipula. Toimiva perhe -hankkeessa on kehitetty kaksi työmallia, joilla voidaan tukea lasten kehitystä ja vanhemmuutta silloin, kun vanhemmilla on psykiatrinen häiriö.

Alkoholipoliittikkaa pohditaan kahdessa puheenvuorossa. Thomas Karlsson ja Esa Österberg kuvaavat Suomen alkoholipoliittikan kehitystä suhteessa toimijarakenteen ja suunnittelun muutoksiin. EU ja erityisesti lähialueiden uudet jäsenmaat yhdessä poliittisen ilmaston muutosten kanssa ovat muokanneet vuoden 2003 alkoholipoliittisen toimijakentän huomattavasti toisenlaiseksi siitä, mitä se oli vuonna 1990. Suomen alkoholipoliittikan tukipilarit – saatavuuden kontrolli, korkea hinnat ja voitontavoittelua ehkäisevä monopoli – ovat

jääneet historiaan. Uuden alkoholipoliittisen ohjelman valmistelusta ei enää ole vastannut päihde- ja raittiusasioiden neuvottelukunta, vaan korkean tason virkamiestyöryhmä, joka rakentaa työtään tutkimukseen perustuvaan tilannearvioon. Uuden alkoholiohjelman ydinkäsite on kumppanuussopimus: Kansallista alkoholiohjelmaa toteuttamaan kutsutaan kaikki toimijat, kunnat etunenässä.

Anneli Pienimäki kysyy, miten saada päihdetyö tavaksi terveydenhuollossa. Alkoholien käyttö on yksi vakavimpia terveysuhkia. Siksi olisi tärkeätä tarttua ongelmaan jo varhaisvaiheessa, jolloin avaintoimija on perusterveydenhuolto. WHO suosittaa jokaisen asiakkaan alkoholien käytön selvittämistä. Kuitenkin vain noin 7 % lääkäreistä on tehnyt merkinnän työikäisen potilaan alkoholien käytöstä. Tavallisin selitys alkoholien unohtumiseen on ajanpuute. Lääkärin koulutus alkoholiongelman hoidossa on vähäistä. Pienimäki kysyy, voisiko lääkäri jättää mahdollisen diabeteksen tutkimatta pelätessään, että hänellä ei ole aikaa hoitaa potilasta. Terveydenhuoltoon on tarjolla alkoholi-ongelman hoitoon lyhytneuvonta, josta tosin tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. Olennaista kuitenkin on vuorovaikutus ja avainasemassa terveydenhuollon työntekijöiden koulutus.

Lääkemenojen nopea kasvu on nostanut lääkepolitiikan terveyspolitiikan ydinkysymysten joukkoon. Lauri Vuorenkoski ja Elina Hemminki arvioivat STM:n laatimaa Lääkepolitiikka 2010 -asiakirjaa. Lääkepolitiikassa lääkinnön ja teollisuuden tukemisen paineet ovat olleet suuret. Lääkepolitiikka on nähty enemmän teollisuus- kuin terveyspolitiikkana. Lääkemenoja kasvattavat uudet yhä kalliimmat lääkkeet ja lääkkeiden käytön lisääntyminen. Tehokkaiden lääkkeiden on ajateltu tuovan säästöä, ehkäistyjen ja hoidettujen tautien tilalle näyttää aina tulevan uusia. Lääkemenojen kasvun hillitsemiseksi tarvitaan peruslääkevalikoimaa, elämäntapojen ja elinympäristön muutoksen korostamista ehkäisevän lääkehoidon sijasta ja lääkkeiden priorisoimista. Lyhyt Lääkepolitiikka 2010 -asiakirja pitää nykyistä lääkehuoltoa toimivana ja analysoi niukasti tulevaisuuden haasteita. Asiakirjassa annetaan epärealistisen positiivinen kuva lääkkeiden te-

rapeuttisesta arvosta. Vuorenkoski ja Hemmin-ki pitävät asiakirjaa hyvänä keskustelun avauksena ja haastavat jatkamaan lääkepolitiikan avointa kehittelyä.

Kansallinen terveyshanke on noussut Suomen yhteiseksi tehtäväksi. Matti Rimpelä tarkastelee hanketta ”paholaisen asianajan silmin”: Onko mahdollista, että kaiken luvutun hyvän rinnalla kansallinen terveyshanke voisi kuitenkin vahingoittaa kansan terveyttä? Terveydenhuollon hanke ja Terveys 2015 -ohjelma perustuvat uuteen käsitykseen terveydenhuollon tehtävistä: Terveydenhuolto keskittyy sairaanhoitoon eikä sillä ole merkittävää roolia kansanterveyden edistämässä. Terveyden edistäminen kuuluu muille hallintokunnille, kansalais-toiminnalle ja kansalaisille itselleen. Osoittaakseen terveyspoliittisen strategian muutoksen Rimpelä kuvaa kansanterveysajattelun kehitystä kansanterveyslain valmistelussa ja toimeenpanossa. Kuntien kansanterveysvastuu jäi epäselväksi jo lakia säädettäessä. Terveyskeskusten kehittäminen keskittyi vähitellen yhä enemmän

sairaanhoitoon. Valtio vetäytyi kansanterveystyön johto- ja kehittämisvastuusta. Normiohjauksen sijasta kunnat joutuivat ottamaan vastaan lukuisilta eri tahoilta tulevan ristiriitaisen ohjauksen. Erikoissairaanhoito on vahvistunut ja kuntien kansanterveystyön ajautunut kehittymättömiksi markkinoiksi. Terveydenhuollon hankkeen toteutuminen nykyisessä muodossaan vahvistaa terveyden edistämisen eriyttämisen terveydenhuollosta ja terveydenhuollon keskittymisen sairaanhoitoon. Suomi on ajautumassa laittomaan terveyspolitiikkaan: Kansalliset tavoitteet näkyvät valtioneuvoston päätöksistä ja lakien yksityiskohdissa, mutta eivät terveydenhuoltolakien perusrakenteessa. Rimpelän mukaan terveydenhuoltolait tulisi kiireisesti uudistaa ilmaisemaan Suomen vastauksen 2000-luvun haasteisiin. Avoimessa keskustelussa olisi otettava kantaa terveydenhuollon tehtäviin kansanterveyden edistämässä ja selvitettävä uuden kansanterveystyön vastuut kunnissa ja valtakunnallisesti.

Matti Rimpelä

Eeva Ollila

Sisällys

Johdanto

Terveys politiikkojen ristiaallokossa	11
<i>Eeva Ollila</i>	
Kansainvälistymisen vaikutukset päätöksenteon foorumeihin, toimijoihin ja näkökulmiin	11
Euroopan Unioni terveystoliittisena toimijana	12
Kansainvälistymisen vaikutus terveystoliittiseen toimintaympäristöön ja intersektoraaliseen terveystoliittikkaan	14
Kansainvälistymisen vaikutuksista terveydenhuoltopolitiikkaan ja terveydenhuoltoon	15
Paikalliset toimijat terveyteen vaikuttavien politiikkojen ristiaallokossa	17
Mikä ohjaa suomalaista terveydenhuoltopolitiikkaa – vai ohjaako mikään?	18
<i>Juha Teperi</i>	
Lapset ja aikuispsykiatria	21
<i>Maarit Alasuutari, Tytti Solantaus</i>	
Keitä masennus kohtaa?	21
Miksi masennuspotilaiden lapsiin on kiinnitettävä huomiota?	22
Lastensuojelulain velvoite ja sen toteutuminen	23
Miksi lapset ”unohtuvat”?	24
Lasten kehityksen tukeminen aikuispalveluissa	25
Suomen alkoholipolitiikka, EU, WHO, Viro ja vuosi 2004	27
<i>Thomas Karlsson, Esa Österberg</i>	
Suomen nykyisen alkoholijärjestelmän juuret	27
Toimijarakenteen ja alkoholipoliittisen suunnittelun muutokset	28
Alkoholi ja alkoholipolitiikka Euroopan unionissa	31
WHO:n toiminta alkoholikentällä	33
EU laajenee	34
Hallituksen periaatepäätös ja uusi alkoholiohjelma	36
Miten saada päihdetyö tavaksi terveydenhuollossa?	38
<i>Anneli Pienimäki</i>	
Alkoholin käyttöä ei rohjeta ottaa puheeksi	39
Jokaisella on henkilökohtainen suhde alkoholiin	40
Ei ole aikaa?	41
Lääkäreiden koulutus alkoholiongelman hoidossa on vähäistä	41
Mikä on mini-interventio?	42
Mini-interventio puhuttaa	42
Muutos on hidas prosessi	43
Vuorovaikutus ratkaisee	44
Tavoitetilassa päihdetyötä tehdään jatkumona	45
Päihdetyön käytäntöjen luominen ja kouluttaminen haasteena	45
Suomalainen lääkepolitiikka nyt ja tulevaisuudessa	47
<i>Lauri Vuorenkoski, Elina Hemminki</i>	
Lääkemenojen kasvu	47
Lääkkeiden priorisointi	49
Euroopan unioni ja Suomen lääkepolitiikka	50
Lääkemarkkinointi	50
Lääkepolitiikka 2010 ja katse tulevaisuuteen	51

Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden?	53
<i>Matti Rimpelä</i>	
Johdanto	53
Suomen terveystoiminnan strategia 2000-luvulla	54
Kansanterveyden uudistaminen	59
Rakentamisesta valtion vetäytymiseen	67
Lamasta kansanterveyden kehittämättömiin markkinoihin	72
Uudeksi tavoitteeksi hyvinvointikunta	77
Pohdinta	79
Päätelmät	87

Terveys politiikkojen ristiaallokossa

EVA OLLILA

Suomen terveyspolitiikka on monenlaisten haasteiden edessä. Maailman terveysjärjestön vuonna 2000 julkaiseman terveysjärjestelmiin keskittyneen Maailman Terveysraportin (WHO 2000) myötä suomalainen terveydenhuolto nousi yleisen keskustelun aiheeksi ja viimeistään seuraavana vuonna valtioneuvoston asettama hanke kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (ks. Rimpelä tässä julkaisussa) takasi kansallisen terveyspalvelukeskustelun jatkumisen. Näin terveydenhuolto oli noussut ensimmäistä kertaa vuosikymmeniin kansalliseksi poliittiseksi kysymykseksi. Kaikesta huolimatta, kun suomalaisilta tutkimuksissa kysytään terveydenhuollosta, he ovat edelleen varsin tyytyväisiä. Terveydenedistämisen osalta monet kysymykset, kuten lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäiseminen, työikäisten uupuminen ja ikääntyneiden toimintakyvyn säilyttäminen, ovat nousseet julkiseen keskusteluun. Suurin huoli on kuitenkin noussut alkoholipolitiikan muutoksista aiheutuvien terveys- ja sosiaalipoliittisten haasteiden kohtaamisesta (ks. Österberg ja Karlsson tässä julkaisussa).

Perinteisesti terveyspolitiikkaa on tarkasteltu kansallisena politiikkana, usein vieläpä vain terveyssektorin sisäisenä kansallisena asiana. Näin ei voi enää tehdä. Viimevuosikymmenen aikana terveyspoliittinen päätöksenteko on siirtynyt kansalliselta tasolta toisaalta kansainväliselle, toisaalta paikalliselle tasolle. Kansalli-

sen tason julkisen vallan toimintatavat ja -mahdollisuudet ovat muuttuneet huomattavasti. Juha Teperi käsittelee tämän julkaisun kirjoituksessaan tätä muutosta lähinnä kansallisen ja paikallisen tason näkökulmasta.

Yleinen kansainvälistymiskehitys ja viimeistään Suomen liittyminen Euroopan unioniin limittivät kansainväliset asiat kansallisiin ja paikallisiin asioihin. Onkin tärkeää huomata, ettei EU-politiikkaa voida enää pitää kansainvälisenä politiikkana, onhan suurin osa kansallisesta lainsäädännöstämme suoraan johdettavissa EU-tason päätöksenteosta.

Kun terveyspolitiikka käsitetään sen laajassa merkityksessä, joka sisältää paitsi terveyssektoria koskevan politiikan, myös sektoripolitiikan ulkopuolella tehtävän terveyteen olennaisesti vaikuttavan politiikan, on sekä globaalisen että EU-tason merkitys ilmeinen. EU:n monet politiikkalohkot, kuten sisämarkkinointa, kilpailua, vero- ja talouspolitiikkaa koskevat politiikat, vaikuttavat paitsi intersektoraaliseen terveyspolitiikkaan, suoranaisesti myös kansalliseen terveyspalvelujärjestelmäämme, vaikka se periaatteessa on yhä kansallisessa päätäntävällässä. Tässä kirjoituksessa tarkastelen kansainvälistymiskehityksen vaikutuksia terveyspoliittiseen päätöksentekoon terveyspolitiikan foorumeihin, toimintaympäristöön sekä terveyspolitiikan sisältöön. Lopuksi tarkastelen näiden vaikutusten merkitystä paikallistason haasteisiin.

Kansainvälistymisen vaikutukset päätöksenteon foorumeihin, toimijoihin ja näkökulmiin

Viime vuosikymmenten kansainvälistyminen on tapahtunut paljolti talouden ja kaupan näkökulmasta, niin maailmanlaajuisesti kuin Euroopassa ja muillakin alueilla. Talouden, kaupan ja kilpailukyvyn prioriteetit ovat olleet hal-

litsevia ja päätöksen on tehty usein foorumeilla, joissa terveyspolitiikan toimijat eivät ole läsnä tai eivät ainakaan saa ääntään kuuluville. Siten talouden, kaupan, markkinoiden ja kilpailun näkökulmat ovat voimistuneet myös

terveyspolitiikan kannalta tärkeissä asioissa. Kansainvälisellä tasolla terveyspoliittisen vallan painopiste on siirtynyt enenevästi pois perinteisiltä terveyteen liittyviltä YK-järjestöiltä (Maailman terveysjärjestö, Maailman lastenrahasto, Maailman väestörahassto), Bretton Woods -järjestöille (erityisesti Maailmanpankille ja Maailman valuuttarahastolle), Maailman kauppajärjestölle, yksityisille säätiöille ja yrityksille sekä uusille julkis-yksityisille erillisrahastoille (public-private partnerships) (Ollila 2003a, b). Esimerkiksi Maailman kauppajärjestön (WTO) puitteissa tehdyt sopimukset vaikuttavat voimakkaasti terveyspolitiikan toimintaympäristöön. Alueellisesti EU ja OECD ovat tärkeitä terveyspoliittisia toimijoita. EU:hun liittymisen myötä suuri osa aiemmin kansallisella tasolla olleesta päätöksenteosta siirtyi EU-tasolla.

Päätöksenteon foorumien kansainväliset siirtymät heijastuvat kansalliseen päätöksen tekoon. Kauppa-, teollisuus- ja talouspolitiikkaan liittyvissä kansainvälisissä neuvotteluissa avainasemassa ovat ulkoministeriö sekä näistä asioista kansallisella tasolla vastaavat sektorit. Terveys- ja sosiaalisektoreilta vaaditaan aktiivisuutta ja riittäviä resursseja havaita ja tehdä näkyviksi kansainvälisillä areenoilla tehtävien päätösten mahdolliset terveyspoliittiset vaikutukset ennen lopullista kansallista kannanmuodostusta ja sitä seuraavaa kansainvälistä päätöksentekoa. Onkin tärkeää, että terveyspolitiikan toimijat seuraavat aktiivisesti kansainvälistä kehitystä yli sektorirajojen, jotta he pystyvät ennakoimaan mahdollisia sekä kansalliselle että paikalliselle tasolle ulottuvia terveyspoliittisia vaikutuksia.

Vertikaalisen (kansalliselta toisaalta paikalliselle ja toisaalta kansainväliselle) ja hor-

isontaalisen (sosiaali- ja terveyspolitiikan sektoreilta talous-, kauppa, teollisuus- ja ulkopolitiikan suuntaan) siirtymän lisäksi kolmas siirtymä on tapahtunut julkiselta vallalta yksityiselle sektorille. Tämä on osaltaan käsittänyt kansalaisjärjestöjen kasvavan merkityksen, mutta ennen kaikkea kysymys on yritysten merkityksen kasvusta. Erityisesti suuret monikansalliset yritykset ovat kasvattaneet valtaansa myös kansainvälisen politiikan muotoilussa (Ollila 2003a). Yrityksiä on enenevässä määrin pyydetty mukaan myös perinteisesti julkiselle sektorille kuuluviin toimintoihin ja yritysten toiminnan normivalvonnan vähentyessä vastuuta on siirretty yritysten omavalvontajärjestelmille. Toisinaan yritykset ovat ottaneet itselleen sellaisia valvontatehtäviä, joita julkisen hallinnon on ollut vaikea esimerkiksi kilpailukysymysten vuoksi suorittaa. Esimerkki tällaisesta on ollut kotieläintuonnon ja siihen liittyvien tautiriskien valvonta. Viranomaisvalvonta olisi voitu helposti tulkita kaupanrajoittamiseksi, mutta yritysten on helpompi asettaa sääntöjä sille, mitä he haluavat tuottajilta ostaa. Onkin alettu puhua yritysten mukaan ottamisesta poliittiseen päätöksentekoon, yritysten vapaaehtoisista toimintaohjeista ja -normeista sekä yritysten sosiaalisesta vastuusta. Voidaan kuitenkin väittää, että useat kansainvälisellä tasolla teollisuusmaiden ja kehitysmaiden välisiltä intressiristiriidoilta näyttävät kysymykset ovat pohjimmiltaan ristiriitoja yksityisten ja julkisten intressien välillä. Näin on pitkälti asian laita lääkepatenttien suhteen. Kehitysmaiden lisäksi, myös teollisuusmaat tarvitsevat kohtuuhintaisia lääkkeitä (ks. Vuorenkoski ja Hemminki tässä julkaisussa).

Euroopan Unioni terveyspoliittisena toimijana

EU on pohjimmiltaan talousliitto. ”Virallisesti” terveys tuli EU:hun lähinnä Maastrichtin ja Amsterdamin sopimusten myötä. Amsterdamin sopimus luo perustan terveysvaikutusten arvioinnille EU:n muissa politiikoissa. Uusi

kansanterveysohjelma keskittyy pääasiassa kansanterveyttä koskevan tiedon parantamiseen, vahvistamaan yhteisön kapasiteettia reagoida terveysuhkiin ja terveyttä määrittäviin elämäntapatekijöihin. Viime aikoina EU:n suora vai-

kutus terveydenhuoltojärjestelmäämme on kasvanut, paitsi EU:n tuomioistuimen päätösten kautta, myös niin kutsuttujen pehmeiden menetelmien, kuten avoimen koordinaation ulottuessa aiempaa selkeämmin terveydenhuoltojärjestelmään. (Hämäläinen ym. 2004.)

Eräs terveys- ja sosiaalipolitiikan kannalta keskeinen tällainen siirtymä oli alkoholipolitiikassa, kuten Karlsson ja Österberg tämän julkaisun kirjoituksessaan kuvaavat. Monella muulla politiikka-alueella, kuten kauppa- ja sisämarkkinapolitiikan alueilla, pyrkimykset sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmien nostamiseen ovat olleet toistaiseksi hajanaisempia ja heikompia kuin alkoholipolitiikan osalta. On selviä merkkejä siitä, että EU tulee laajentamaan toimivaltaansa terveyspalvelujen osalta. Nämä muutospaineeat tulevat paitsi kansanterveysohjelman myötä vielä voimakkaammin EU:n perinteisten politiikka-alueiden suunnasta, liittyen sisämarkkinoihin, vapaaseen liikkuvuuteen ja kilpailuun (Hämäläinen ym. 2004).

EU:n yleinen politiikka onkin terveyspolitiikan kannalta selvästi merkittävämpi kuin sen eksplisiittisesti terveyteen liittyvä politiikka. EU on paitsi globalisaatioprosessin välittäjä alueellisella tasolla, myös aktiivinen taloudelliseen integraatioon ja talous- ja kauppapoliittisiin prioriteetteihin nojautuvan kehityksen edistäjä. EU:n neljän perusvapauden – tavaroiden, palveluiden, pääoman ja ihmisten vapaa liikkuminen – periaatteet ja määräykset koskettavat myös terveyttä ja terveydenhuoltoa ja vaikuttavat kansalliseen terveyspoliittiseen ympäristöömme. Muiden alueiden, kuten talous- ja rahapolitiikan, kilpailu- ja yrityspolitiikan, sisämarkkinoiden sekä maatalouspolitiikan terveyspoliittiset vaikutukset voivat olla hyvin merkittäviä sekä terveyttä määrittävien tekijöiden, että pidemmällä tähtäimellä osin myös terveydenhuollon rahoituksen ja rakenteen kannalta.

EU:n vaikutus tulee lähivuosina korostumaan muun muassa seuraavista syistä:

- 1) Pyrkimykset EU:n rakenteen tiivistämiseen lisäävät EU:n vaikutuksia jäsenmaissa. Nykymuodossaan konventin esitys perustuslailliseksi sopimukseksi lisää EU:n

valtaa myös terveysasioissa, muun muassa sisältäen koko kauppapolitiikan (myös terveyspalveluiden osalta), virallistaen avoimen koordinaation komission työvälineeksi ja ilmeisesti käytännössä siirtäen pitkälti myös WHO-suhteet jäsenmailta yhteisön päätäntävällän piiriin.

- 2) EU:n laajeneminen tuo Suomelle uusia haasteita terveyden- ja terveyspalveluiden alueella. Alkoholii-, tupakka- ja huumeet saattavat liikkua entistä vilkkaammin. Alkoholiveron hinnanalennuspaineet kävivät jo sietämättömiksi. Terveydenhuoltohenkilöstö ja -palvelut saattavat liikkua aiempaa enemmän. Uudet jäsenmaat tuovat myös uutta politiikkaa ja uusia painotuksia sekä muuttanevat nyt vallitsevaa EU:n sisäistä poliittista tasapainoa ja vaikuttavat omalta osaltaan niihin arvoihin ja lähtökohtiin, joista terveyspolitiikkaan ja terveyteen vaikuttavia ratkaisuja tehdään.

Suomi on joutunut strategisen valinnan eteen: Pyrkivätkö jatkossakin pitämään terveysasiat mahdollisimman tiukasti kansallisina rajoittamalla EU:n päätäntävältä terveysasioissa ("EU on perusteeltaan talousyhteisö ja katsoo siten myös terveysasioita pääasiassa talouden ja kaupan näkökulmasta, jotka eivät aina ole yhteensopivia terveyspoliittisten näkökulmien kanssa"), vai antaako EU:lle enemmän mandaattia terveysasioissa ("Ilman riittävää toimivaltaa terveysasioissa EU ei voi perustaa päätöksentekoaan terveyspoliittisille näkökulmille"). Kummassakin lähestymistavassa on etunsa ja riskinsä. EU:n toimielimissä terveyspoliittiset näkökannat, osaaminen ja resurssit eivät ole vahvoja, mutta näyttää todennäköiseltä, että EU:n vaikutus kaikesta huolimatta terveysasioissa laajenee. Tällä hetkellä terveyteen, terveyspolitiikkaan ja terveydenhuoltoon olennaisesti vaikuttavista kysymyksistä päätetään EU:ssa usein foorumeilla, joissa terveyspolitiikan ja -huollon näkökulmat eivät ole adekvaattisti esillä päätösvaihtoehtoja arvioitaessa. EU:n tuomioistuin on päätöksillään linjannut terveyspolitiikkaa merkittävässä määrin, mutta se joutuu tekemään päätöksensä EU-säädösten

heikon terveystalouden mandaatin viitekehyyksessä ja ilman terveystaloudellisia näkökulmia tai asiantuntemusta. Selvää kuitenkin on, että EU-

politiikan seuraamista ja siihen vaikuttamista terveystalouden näkökulmasta tulisi jatkossa entisestään tehostaa. (Hämäläinen ym. 2004.)

Kansainvälistymisen vaikutus terveystaloudelliseen toimintaympäristöön ja intersektoraaliseen terveystalouteen

Kuten yllä kuvattiin, tulevaisuuden maailmaa luodaan edelleen paljon talouden, yritysten ja kaupan näkökulmasta. Kansainvälisen kilpailukyvyyn ylläpitämisen nimissä monet poliittiset valinnat näyttävät ainoana vaihtoehtona. Verotuksen alentamispaheet ja pyrkimykset pienentää julkista sektoria aiheuttavat muutospaineita nykyisenkaltaiselle hyvinvointitalouksellemme.

Globalisaation myötä sosioekonomiset erot ovat kasvaneet sekä maiden välillä että niiden sisällä. Eriarvoisuudella ja seurauksilla on vaikutusta terveyteen ja terveystalouteen. Tutkimuksissa on todettu, että tasa-arvoisemmissa yhteiskunnissa on terveempiä ihmisiä kuin epätasa-arvoisissa. Mikäli yksityisen terveydenhuollon rooli kasvaa, on vaarana, että hyvätuloisimmat siirtyvät yksityisen terveydenhuollon piiriin ja että näin julkisen terveydenhuollon legitimitetti, rahoitus ja lopulta laatu vaarantuvat.

Pääomien, yritysten, palveluiden ja ihmisten vapaampi liikkuvuus ja lisääntyvä kansainvälinen kilpailu luovat paineita luoda yritystaloudellista ilmapiiriä, jonka on tulkittu merkitsevän julkisen sektorin pientä kokoa ja alhaista verotusta. Paineet verotuksen alentamiseen ja julkisen sektorin koon pienentämiseen voivat olla huonosti sovitettavissa yhteen veropohjaisen julkiseen sektoriin painottuvan terveydenhuollon resurssitarpeiden kanssa. Toisaalta suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on todettu toimivaksi, tehokkaaksi ja kustannuksiltaan hyvin kohtuulliseksi (OECD 2000) ja Suomi hyvinvointijärjestelmineen on todettu kuuluva kilpailukyvyiltään kärkimaihin.

Kilpailupolitiikan näkökulmasta on tärkeää, että yrityksiä kohdellaan tasa-arvoisesti ja vapaan kaupan esteitä puretaan. Jos esteitä ase-

tetaan, ne on perusteltava ja usein on myös todistettava, ettei samaa tavoitetta voida saavuttaa kauppaa vähemmän rajoittavilla keinoilla. EU:n tuomioistuimien tuomioiden aiemmin tupakkamainontadirektiivin laittomaksi, koska sen ei katsottu olevan kaikilta osiltaan sopusoinnussa Amsterdamin sisämarkkinoita koskevan artiklan kanssa. Myös Ruotsi on joutunut tuomioistuimen määräyksestä harkitsemaan, voisiko se saavuttaa samat alkoholipoliittiset tavoitteet keinoilla, jotka haittaisivat kilpailua alkoholimainontakieltoa vähemmän. Näin terveyslähtöistä politiikkaa joudutaan enenevässä määrin sovittamaan ja perustelemaan kauppa-, teollisuus- ja kilpailupolitiikan raameista käsin. Kansainväliset sopimukset määrittävät myös sitä, miten terveysvaikutuksia ja -riskejä voidaan huomioida päätöksiä tehtäessä. Voisiko esimerkiksi huomioida tuotteen tuotantoprosessin terveysvaikutukset, vai vain lopputuotteen terveysvaikutukset? Miten mahdollisia tai epävarmoja riskejä voidaan huomioida ja lankeako todistusvelvollisuuden taakka valvontaviranomaisille vai tuotteen tuottajalle tai maahantuojalle?

Talous-, kauppa- ja finanssipolitiikan viitekehyyksestä lähtevä kansainvälistyminen vaikuttaa siihen näkökulmaan, josta asioita tarkastellaan, oli kyse sitten liikenne-, ympäristö-, sosiaali- tai jostain muusta sektoripolitiikasta. EU:n suhteen maatalouspolitiikkalohko ottaa leijonanosan EU:n budjetista ja unioniin liittymisen myötä maatalouspolitiikka siirtyi käytännössä lähes kokonaisuudessaan EU-tasolle. Tällä muutoksella on ollut suuria vaikutuksia paitsi kansalliseen maatalouspolitiikkaan, myös tupakka- ja alkoholipolitiikkaan, jotka EU:ssa kuuluvat maatalouspolitiikan lohkoille.

EU on maailman suurin alkoholin viejä ja tuoja ja eräissä maissa jopa yli 10% maataloustuotannosta on viinintuotantoa. EU:ssa alkoholilla ei ole perinteisesti ollut veroja ja alkoholipolitiikkaa on katsottu pääasiassa vapaa-kaupan ja verotuksen harmonisoinnin näkökulmista. Tästä johtuen alkoholin tuonnin rajoitukset, aiemmanmuotoinen alkoholimonopoli sekä Suomen korkeat alkoholiverot ovat joutuneet tulilinjalle (ks. Karlsson ja Österberg tässä julkaisussa).

Suomi – ja kenties vielä voimakkaammin Ruotsi – ovat yrittäneet aktiivisesti voimistaa sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmien hu-

mioonottamista alkoholikysymyksissä. Tutkijat ja virkamiehet ovat nostaneet esiin kriittisiä alkoholipolitiikkaan liittyviä kansallisia terveys- ja sosiaali- sekä veropolitiikan kysymyksiä, mutta toimintamahdollisuuden terveys- ja sosiaalipolitiikan kannalta perustellun alkoholipolitiikan toteuttamisen mahdollisuudet ovat osana EU:ta rajalliset. Nuorten alkoholin käytön nostaminen ongelmaksi EU:ssa on ensiaskel kohti terveyslähteisempää alkoholipolitiikkaa. Verrattuna aiempiin Ruotsin ja Suomen kansallisiin alkoholipolitiikkoihin takapakit ovat kuitenkin ilmeisiä.

Kansainvälistymisen vaikutuksista terveydenhuoltopolitiikkaan ja terveydenhuoltoon

Myös suomalainen kuntien järjestämistä vastaava toimivaan terveydenhuoltoon kohdistuu suuria muutospaineita. Julkisten resurssit ovat niukentuneet, mutta terveydenhuollon tarpeet ja mahdollisuudet kasvaneet. Väestö ikääntyy – samoin terveydenhuoltohenkilöstö. Miten henkilöstö jaksaa kasvavien paineiden alla? Lääketieteen teknologian mahdollisuudet kasvavat. Lääkekulut kasvavat muita terveydenhuoltokuluja nopeammin. Uudet lääkkeet ovat aiempaa kalliimpia, usein varsin marginaalisin lisähyödyin (ks. Vuorenkoski ja Hemminki tässä julkaisussa). Terveydenhuolto markkinoistuu. Suomalainen terveydenhuolto on toistaiseksi pysynyt pääosin julkisen sektorin tuottamana verorahoitteisena järjestelmänä. Terveyspalvelurakenteen monimuotoistumisen myötä riski eriarvoistumisen lisääntymiseen edelleen on ilmeinen. Jo nyt suomalaisessa terveydenhuollossa kotitalouksien kustannukset ovat korkeat ja saatavuudessa on selviä sosioekonomisia ja alueellisia eroja. Kunnallisilla päättäjillä ja virkamiehillä riittää haastetta suunnistaa tästä monimutkaistuvasta ympäristöstä omien kuntalaistensa parhaaksi.

EU:n tuomioistuimen päätökset ovat korostaneet potilaiden oikeuksia saada palveluita toisesta maasta oman maansa sairausvakuutus-

korvauksia menettämättä. Nämä päätökset ohjaavat terveydenhuoltoa rajan yli tapahtuvan kaupan suuntaan. Rajan yli tapahtuva terveyspalveluiden kauppa samoin kuin potilaiden liikkuminen Suomesta toisiin maihin saamaan hoitoa on toistaiseksi ollut vähäistä, mutta aivan ilmeisesti on tulossa entistä tärkeämmäksi kysymykseksi. Myös internetin kautta tapahtuva mainonta ja kauppa sekä erityisesti uusien jäsenmaiden tulo EU:hun tullevat kasvattamaan rajan yli siirtyvien terveyspalveluiden ja teknologioiden merkitystä Suomen näkökulmasta. Jo nyt Virossa ostetaan paljon muun muassa silmälaseja, lääkkeitä ja joitakin erikoispalveluita, kuten plastiikkakirurgisia leikkauksia.

Kansainväliset kilpailupoliittiset säännöksen ja suuntaukset ovat luoneet paineita kilpailuttamiseen myös terveydenhuollossa, joskin kansallinen kilpailulainsäädäntömme on itse asiassa tiukempi kuin, mitä esimerkiksi EU edellyttää. On tärkeää huomata, että kilpailuttamispaineet ovat tulleet ensisijassa kilpailupolitiikan, eivät terveyspolitiikan suunnalta. On todettu, että kilpailuttaminen soveltuu parhaiten laite- ja tuotehankintoihin, sekä sellaisiin palveluihin, jotka ovat tuotteistettavissa, niiden tarve ennakoitavissa ja laatu arvioitavissa etu-

käteen. Lisäksi edellytyksenä on, että on olemassa vaihtoehtoisia palveluntuottajia ja että kilpailuttajana on osaava organisaatio. Kilpailuttamisen soveltaminen laajalti terveydenhuollossa edellyttää terveydenhuollon rakenteen muuttamisesta liikelaitostamisen suuntaan. Tilaja-tuottaja -mallin mukainen terveydenhuolto, etenkin kun se tuoteistetaan pitkälle (hintalaput kaikkeen) voidaan haluttaessa markkinoistaa, ja myös yksityistää. Jo nyt on nähtävissä yksityisten terveyspalveluiden ketjuuntumista, kansainvälisten palveluidentuottajien aiempaa voimakkaampaa läsnäoloa sekä pääomasijoittajien näkökulmien korostumista tässä toiminnassa terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmien sijaan. (Ollila ym. 2003.) Kilpailuttamismekanismeilla on pystytty vaikuttamaan lähinnä hintaan, mutta palveluiden laadun määrittäminen on ollut vaikeampaa. Tästä huolimatta kilpailuttaminen tulee lisääntymään kaikilla terveydenhuollon lohkoilla. Yksityisten palveluntuottajien merkityksen kasvu tulee näkymään ennen kaikkea julkisen sektorin rahoittamissa palveluissa, mutta on todennäköistä, että myös yksityiset terveysvakuutukset tai muut vakuutusperusteiset erityisjärjestelyt lisääntyvät ja vahvistavat tätä kautta yksityisten toimijoiden asemaa.

EU:n komissio on vast'ikää tehnyt esityksen palveluiden sisämarkkinoista, jossa palveluiden määritelmä kattaa muun muassa terveyteen liittyvät palvelut ja iäkkäiden kotipalvelut (Euroopan yhteisöjen komissio 2004). Ehdotuksen tarkoituksena on poistaa palveluntarjoajien sijoittautumisvapauden ja palvelujen vapaan tarjoamisen esteet. Esityksen mukaan palveluita voitaisiin valvoa ainoastaan siinä maassa, mihin palvelut on rekisteröity. Ehdotuksen potentiaaliset vaikutukset palveluiden laadun turvaamiseen sekä palveluiden tasa-arvoiseen saatavuuteen sekä koko julkiseen terveyspalvelujärjestelmäämme ovat mittavat.

EU:hun liittymisen yhteydessä lääkkeiden hyväksymiskriteereitä ja -menettelyä muutettiin muun muassa poistamalla hinnan kohtuullisuus kriteereistä ja nopeuttamalla hyväksymisaikoja. Myöhemmin siirryttiin EU-tason järjestelmään. Teollisuuden tietosuoja parannettiin sekä EU:n että Maailman kauppajärjes-

tön (WTO) sopimusten kauttatoimesta. WTO:n sopimusten kautta patenttien kelpoisuusajat pitenevät lisäten aikaa, jolloin lääke on hintakilpailun ulkopuolella. Kuten Vuorenkoski ja Hemminki artikkelissaan tässä numerossa toteavat, kansainvälinen lääkepolitiikka on ollut sekä EU:n tasolla että Maailman kauppajärjestön tasolla ensisijaisesti teollisuuslähtöistä. Uudet teknologiat leviämistä maasta toiseen aiempaa nopeammin sekä perinteisiä kanavia pitkin että myös sähköisesti, patenttisuojaa on parannettu ja lääkekustannukset ovat nousseet merkittävästi muita terveydenhuoltokustannuksia nopeammin.

Terveydestä, sairaudesta, hoidoista ja lääkkeistä kansalaisille tarjolla olevan tiedon määrä on kasvanut. Informaation laadun valvonta on kuitenkin entisestään vaikeutunut, koska internetin merkitys tiedonvälittäjänä on kasvanut. Kaupallinen myyninedistäminen sekoitetaan yhä useammin tieteelliseen tai muutoin puolueettomaan tietoon. EU:n komissio on ajanut lääkemainonnan sallimista myös suoraan kuluttajille vedoten tiedon lisäämiseen, vaikka lääkemainonnan tietosisältö on tunnetusti vähäinen ja lääkemainonnan sallimisen kuluttajille tiedetään lisäävän turhaa lääkkeen käyttöä.

Yksi terveyspolitiikan ja terveydenhuollon haasteista on myös ymmärtää monikulttuuristuvan yhteiskunnan tarpeita ja kohdata erilaisista kulttuuritaustoista olevia asiakkaitaan. Asiakkaiden haasteisiin saattaa jatkossa kuulua myös ymmärtää monikulttuurista henkilökuntaa, sillä ihmisten vapaa liikkuminen koskee luonnollisesti myös terveydenhuoltohenkilöstöä. Suomen EU-jäsenyyden myötä terveydenhuoltoalan ammattitutkintoja harmonisoitiin muun Euroopan kanssa yhteensopiviksi. Noin viisi prosenttia suomalaisista lääkäreistä ja sairaanhoitajista työskentelee ulkomailla. Lääkäreistä suuri osa on ulkomailla väliaikaisesti jatkokoulutuksessa ja palaa Suomeen koulutuksen päätyttyä. Hoitajista suurin osa työskentelee Norjassa ja Englannissa. Suomessa on noin 120 Suomessa laillistettua ulkomaalaista lääkäriä, mutta muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvia lääkäreitä moninkertainen määrä. On odotettu, että EU:n laajenemi-

nen lisäksi ulkomaisen terveydenhuoltohenkilökunnan työskentelyä Suomessa. Vanhustenhoito saattaa olla ensimmäisten kansainvälistyvien hoitoalojen joukossa.

Lisääntyvä kansainvälisyys lisää myös tautien liikkuvuutta, mikä on konkreettisesti huo-

mattu muun muassa kurkkumätä- ja HIV- ja seksitautitapausten osalta. EU:n alueella on rakennettu toimivat ”hälytysjärjestelmät”. Alkoholin sekä laittomien huumeiden ja lääkkeiden virta uhkaa kasvaa kansainvälistymisen ja vapaan liikkumisen myötä.

Paikalliset toimijat terveyteen vaikuttavien politiikkojen ristiaallokossa

Paikallistasolla kansainvälistyminen on merkinnyt paljon uusia haasteita yhdessä samanaikaisen ja osin erillisen desentralisaatiokehityksen sekä taloudellisen laman kanssa. Samalla kun toimijoiden kirjo on laajentunut ja paikallistason vastuu suurentunut, ovat resurssit haasteisiin ja vastuisiin nähden pienentyneet. Sääntely tapahtuu enenevässä määrin kansainvälisellä taholla. Kansallisen tason etsiessä uusia ohjauksen muotoja paikallistasolla vaadittava julkisen sektorin osaaminen on laajenemassa uusien hallinnollisten tehtävien myötä, esimerkiksi kilpailuttamisosaamiseen ja moninaiseen laadunvalvontaan, alkaen paikallistason yritysten omavalvonnan valvonnasta aina erilaisten ostopalveluiden laadunvalvontaan. Paikallistason on turvattava potilaiden oikeudet, huolehdittava palveluiden laatukriteereistä ja siitä, että kansalaiset saavat oikeudenmukaisia ja laadukkaita palveluita samalla kun ulkoistettavien palveluiden osalta on huolehdit-

tava yrittäjien tasapuolisesta kohtelusta. Omien kuntalaisten työllisyys ja palveluiden jatkuvuuskin ovat tärkeitä, mutta vaikeasti sovitettavissa yhteen kilpailusäädösten kanssa. Terveydenedistämistä ei saisi tinkiä, mutta se on erityisen haastavaa tässä pirstaleisessa kentässä. Alkoholipolitiikka liberalisoituu, kansainväliset roskaruokailutottumukset lisääntyvät, yhteiskunta autoistuu ja luonnollinen liikkuminen vähenee. Työelämässä tahti kiristyy. Miten yhdistää terveydenedistäminen ulkoistettaviin terveyspalveluihin? Kuka vastaa kansanterveys-työstä? Miten turvata opetuksen taso pienenevillä resursseilla, tarjota laadukasta kouluruokaa ja estää lasten syrjäytyminen. Terveydenhuoltopalveluiden rakennemallitus on sovitettava kuntatalouden suunnitelmallisuuteen ja pitkäjännitteiseen kuntatyön ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen. Tässä ristiaallokossa voi olla vaikeaa pitää oikeaa kurssia, etenkin pienen kunnan pienellä veneellä.

LÄHTEET

- Euroopan yhteisöjen komission (2004). Ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla. KOM 2. Lopullinen.
- Hämäläinen, R.-M., Koivusalo, M., Ollila, E. (2004). EU policies and health. STAKES, Themes 1. Helsinki.
- Koivusalo, M. (2003). The impact of WTO agreements on health and development policies Kirjassa: Deacon et al. Global Social Governance. Themes and prospects. Elements for Discussion, Ministry of Foreign affairs.
- OECD (2000). OECD Health Data 2000. A Comparative analyses of 30 countries. Paris [CD rom].
- Ollila, E., Ilva, M., Koivusalo, M. (2003). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276. Helsinki.
- Ollila, E. (2003). Health-related public-private partnerships and the United Nations. Kirjassa: Deacon et al. Global Social Governance. Themes and prospects. Elements for Discussion. Ministry of Foreign affairs, Helsinki.
- Ollila, E. (2003). Alma Atan julistus henkitorissaan. Pirstoutuva globaalinen terveyspolitiikka. Kirjassa: Rönnberg, L., Simpura, J. (toim.) Sosiaalipolitiikan globaalit ulottuvuudet. Suomen ICSW ja Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen hanke terveydenhuollon turvaamiseksi. <http://www.stm.fi/suomi/hankeet/hanke01fr.htm>
- WHO. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation, Geneva.

Mikä ohjaa suomalaista terveydenhuoltopolitiikkaa – vai ohjaako mikään?

JUHA TEPERI

Kimmoke tälle esitykselle on kansliapäällikkö Markku Lehdon kirje Stakesille ja muille hallinnonalan suurille tutkimuslaitoksille kesäkuussa 2003. Kirjeessään kansliapäällikkö esitti Stakesille yhden tulevien vuosien haasteen ylitse muiden, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän aukollisuuden. Kansliapäällikkö nosti esiin erityisesti yhden aukkokohdan, henkilöstökadosta johtuvan terveyskeskuspalvelujen huonon saatavuuden.

Ennen kuin Stakes päättää omista toimenpiteistään, tulisi vastata kahteen kysymykseen: Missä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon aukot? Mistä ne johtuvat?

Palvelujärjestelmän aukoista keskusteltaessa puhutaan analyttisellä kielellä palvelujen saatavuudesta ja siitä, missä määrin palvelujen käyttö kohdentuu niiden tarpeen mukaan. Näin määritellen tarjoutuu muutama luonnollinen tarkastelunäkökulma. Alueellisen näkökulman lisäksi on tietysti myös sosioekonomisten väestöryhmien ulottuvuus. Näiden horisontaalisen oikeudenmukaisuuden ulottuvuuksien lisäksi voidaan palvelujen saatavuutta tarkastella myös vertikaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Silloin kysytään, saavatko eri potilasryhmät oikeudenmukaisesti palveluita suhteessa toisiinsa. Myös eri ikäryhmien saamien palvelujen kehitystä voidaan pitää vertikaalisen oikeudenmukaisuuden kysymyksenä.

Kun palvelujen nykytilaa tarkastellaan näiden ulottuvuuksien mukaan, alueellisesta epätasa-arvosta löytyy toki näyttöä. Enemmän silloin kuitenkin puhutaan tulevaisuuden vakavasta uhkakuudesta. Tällä hetkellä terveyskeskuksilla on ongelmia pienillä paikkakunnilla erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa. Sama tilanne koskee myös pienempiä keskussairaaloita. Henkilöstöpula, tällä hetkellä nimenomaan lääkärinpula, uhkaa toimintaa. Keskustelussa nousi esiin kaksi toisiinsa liittyvää selitystä asian-

tilalle: huonosti johdetut organisaatiot ja liian raskas työtaakka johtuen pienistä yksiköistä. Tämän seurauksena lääkäreiden uskotaan kadonneen yksityissektorille tai tutkimustehtäviin ja jättäneen kunnallisen palvelusektorin tyhjilleen.

Tästä ei kuitenkaan ole kysymys. Tällä hetkellä lääkäreitä toimii kunnallisessa terveydenhuollossa enemmän kuin koskaan ennen. Määrän kasvu on ollut tasaista viimeiset kymmenen vuotta. Kysymys on pikemminkin siitä, että kunnallisen palvelujärjestelmän sisällä lääkäri työvoima on jaettu uudella tavalla. Kahdentuhannen aktiivisen lääkärin lisäpanos kymmenessä vuodessa on jaettu epätasaisesti, erikoissairaanhoidon painottaen. Tämä näkyy Suomen Lääkäriliiton joka vuosi tekemästä lääkärikyselestä.

Uusjaon syntymekanismi on ehkä selvin esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän purkamisen seurauksista. Näihin aikoihin asti on ollut vaikea erottaa, mitkä palvelujärjestelmän muutoksista 1990-luvulla johtuivat lamasta, mitkä valtionosuusuudistuksesta. Lääkäreitä on julkisessa terveydenhuollossa huomattavasti aiempaa enemmän – lama ei siis tyhjentänyt terveyskeskuksia. Yhteen sovittamaton virkojen perustaminen on johtanut tilanteeseen, jossa jo rintamailla on ylitarjontaa työpaikoista ja jonne lääkärit siis yhä enenevässä määrin keskittyvät.

Toisesta ulottuvuudesta, sosioekonomisten ryhmien välisistä eroista palvelujen käytössä, on toki keskusteltu pitkään. Kuitenkin vasta 1990-luvun alkupuolella alettiin julkaista järjestelmällisesti tietoja, ensin erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon puolelta (Keskimäki 2000). Suurta osaa näistä palveluista käytetään enemmän ylemmissä sosiaaliryhmissä, vaikka tarve niissä on pienempi. Sitä mukaa kun tietoa on alkanut kertyä, sama ilmiö näkyy toistuvan muilla terveydenhuollon sektoreilla. Yksi

sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen painopisteistä on vanhusten palvelujärjestelmä ja erityisesti kotona selviytymisen tukeminen. Nyt on käynyt ilmi, että kotiin annettavissa tukipalveluissa maksukyky ratkaisee: varakkaat vanhukset saavat palveluja köyhiä enemmän (Vaarama ja Hertto 2003).

Kolmantena ulottuvuutena on palvelujen kohdentuminen eri asiakasryhmien välillä. Yksi tapa paikantaa mahdollisia aukkoja on verrata väestön hyvinvointi-indikaattoreiden osoittamaa palvelun tarpeen kehitystä palvelujärjestelmän toteutuneeseen kehitykseen. Näkökulmat yhdistämällä voimme päätellä, kykenemkö ohjaamaan toimintaa tarpeen suuntaan.

Lasten ja nuorten keskimääräinen terveydentila ja hyvinvointi on koko ajan parantunut, mutta samanaikaisesti vakavien psykososiaalisten ongelmien määrä on kasvanut. Näkyvimmat vastaukset haasteeseen on annettu ongelmien hoidon puolella: eduskunta on korvamerkinnyt voimavaroja terapioihin, ja maahan on perustettu vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitoyksiköt. Mutta pitkän tähtäyksen investoinneissa lasten ja nuorten terveyteen, siis ehkäisevissä palveluissa ja työmalleissa, on otettu kovasti takapakkia viime vuosina. Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto lienevät terveydenhuollon voimakkaimmin supistetut sektorit.

Väestön somaattinen terveydentila on kehittänyt jatkuvasti myönteiseen suuntaan. Mielenterveyden osalta kehitys ei ole ollut yhtä hyvää: indikaattorista riippuen mielenterveyden taso joko junnaa paikoillaan tai jopa huononee. Samaan aikaan palvelujärjestelmä on muuttunut rakenteellisesti. Jo 1970-luvulla aloitettiin sairaalapaikkojen vähentäminen, mutta niitä korvaamaan tarkoitettujen avopalvelujen rakentaminen tyssäsi viimeistään 1990-luvun alussa. Sen jälkeen on palveluja kunta-kohtaistettu ja mielenterveyspotilaiden asumispalveluja yksityistetty. Eri prosessit summearautuvat pirstoutuneeksi, alueellisesti epätasaroiseksi kehitykseksi ja viime kädessä mielenterveyspotilaiden ja heidän omaistensa saaman tuen vähenemiseksi.

Jos jatkamme eteenpäin tarveindikaattorien ja palvelujärjestelmän kehityksen tarkastelua, esiin nousevat edellä mainitut vanhus-

ten (koti-)palvelut ja päihteisiin liittyvät palvelut. Tulevaisuuden haasteisiin suhteutettuna palvelujen nykytila ja viimeaikaiset kehitystrendit antavat aiheen vakavaan huoleen.

Mitä kaikki edellä mainittu kertoo palvelujärjestelmän ohjaamisesta tai ohjautumisesta? Näyttää siltä, että strategisisissa linjauksissa toistetut keskeiset tavoitteet (alueellinen ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ehkäisevän ja edistävän orientaation vahvistaminen, perusterveydenhuollon ensisijaisuus, painotus lasten ja nuorten hyvinvointiin, kotona selviytymisen tuki) ovat kaikki uhattuina, sillä viime aikaiset kehityskulut ovat kulkeneet päinvastaisiin suuntiin.

Ensimmäisenä katseet tahtovat kääntyä kuntien suuntaan. Kunnilla, joilla on palvelujen järjestämisvastuu, on myös keskeinen vastuu painopistemuutoksista. Kuntapäätäjät ovat viime vuodet toimineet niukan talouden puitteissa. Sosiaali- ja terveysalan haasteet ovat monessa kunnassa lähes ylivoimaisia suhteessa omaan osaamiseen. Oleellista onkin kysyä, mitä tukea kunnat ovat saaneet mittavien haasteiden kohtaamiseen.

Onko Suomessa ollut sellaista kansallista strategista ohjausta, jolla olisi edes informaatio-ohjauksen pohjalta tehty näkyväksi niitä palvelujärjestelmän isoimpia kysymyksiä joihin edellä viittasin? Entä kovemmat ohjauksen ja tuen muodot? Viimeisen muutaman vuoden aikana valtionosuudet sosiaali- ja terveydenhuoltoon ovat nousseet 25:sta ensi vuoden 35:een prosenttiin. Olisiko tämä lisäsaatus voitu kytkeä resurssiohjauksen keinoin palvelujärjestelmän todellisten kipupisteiden hoitoon?

Esityksen alkupuolella esittämiäni palvelujen saatavuuden ongelmien taustalla on useita rakenteellisia syitä. Alueelliset, palvelujen kokonaisuutta yhteen sovittavat prosessit puuttuvat. Silloin epäsuhta suurten kuntayhtymien ja kuntakohtaisten palvelutuottajien välillä pääsee kärjistymään. Painopiste on viimeisten vuosien aikana selvästi siirtynyt perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon suuntaan.

Huono koordinaatio on myös palvelujen rahoituksen leimallinen piirre: palveluja rahoitetaan verojen luonteisesti mutta yhteen sovit-

tamattomasti niin kuntien, kansaneläkelaitoksen kuin työterveyshuollon omien rahoituskanavien kautta. Kun tähän yhdistetään sellaiset maksupolitiikan käytännön järjestelyt kuin hyvin korkeat omavastuuosuudet suuressa osassa erikoissairaanhoidon avopalveluita (siis käynnit erikoislääkäreiden yksityisvastaanotilla) ja muutenkin kansainvälisesti vertaillen korkeat kotitalouksien maksuosuudet, alkavat palvelujen käyttöerot sosiaaliryhmien välillä löytää selityksensä.

Rakenteelliseksi ongelmaksi hahmottuu myös koulutuspolitiikan ja sosiaali- ja terveyspolitiikan irtikytkeminen toisistaan. Koulutuksen ja tutkimuksen tuki järjestelmän uudistumiselle ei ole sillä tasolla kuin olisi välttämätöntä.

Väitän, että terveysjärjestelmämme huuftaa avointa arvopohjaista terveydenhuolto-oliittista keskustelua. Voimme edelleen olla ylpeitä 1970- ja 1980 -lukujen terveydenhuolto-oliittian saavutuksista Suomessa. On edelleen välttämätöntä, että kansallisen terveyspolitiikan orientaatio pysyy terveyttä edistävässä politiikoissa ja että tässä työssä lähestytään yhteiskuntapolitiikan muita lohkoja. Mutta samaan ai-

kaan on välttämätöntä huolehtia siitä, että terveydenhuolto-oliittikka ei liudennu kokonaan pois. Tällä hetkellä järjestelmää kehitetään kuntatasolla ja keskushallinnon satsaus on kunnallisten kehittämisprojektien rahoittamista. On selvää, että jos uuden ohjelmaohjauksen toimeenpanossa tyydytään hankerahoitukseen, edellä mainitut rakenteelliset ongelmat jäävät kehittämisen ulkopuolelle.

Ohjelmia ja hankkeita tarvitaan terveydenhuollon kehittämisessä nyt ja tulevaisuudessa. Mutta jos terveydenhuolto-oliittian linjat pelkistyvät hanketyöksi, syntyy näköalaton ja siksi haavoittuva tilanne. Yhteisen tavoitteen puuttuessa yksittäisten toimijoiden etunäkökohdat saattavat korostua. Syntyy valtatyhjiö, jolla on luonnonvoiman omainen taipumus täyttyä. Käytännössä kehitys keskittyy perinteisiin valtakeskuksiin. Silloin ei puhuta ainoastaan rintamaiden menemisestä ohi syrjäseutujen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa valta ja kehittämisen painopiste tahtoo keskittyä terveydenhuollon puolelle ja erityisesti somaattiseen, hoitavaan (erikois-)sairaanhoitoon.

LÄHTEET

Keskimäki, I. (2000). Sairaalapalvelujen käyttö tuloryhmittäin. Teoksessa: Uusitalo, H., Parpo, A., Hakkarainen, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, Raportteja 250. Helsinki.

Vaarama, M., Hertto, P. (2003). Vanhuspalveluiden tuloksellisuus 21 kunnassa. Käsikirjoitus. Stakes, Helsinki.

Lapset ja aikuispsykiatria

MAARIT ALASUUTARI, TYTTI SOLANTAUS

Mielenterveyden häiriöitä tarkasteltaessa ollaan yleensä kiinnostuneita sairastuneista yksilöinä. Myös häiriöiden hoito on perinteisesti ollut yksilökeskeistä, onhan psyykkisessä häiriössä kysymys syvästi henkilökohtaisesta kokemuksesta. Psykkiset ongelmat eivät kuitenkaan ole vain yksilön mielen sisäinen asia, vaan ne ilmenevät yksilön toiminnassa ja heijastuvat hänen vuorovaikutussuhteisiinsa. Näin ne ovat myös osa sairastuneen lähipiirin arkea ja kokemusmaailmaa. Aikuispsykiatrian hoitokäytäntöjä onkin pyritty kehittämään siten, että potilaan omaiset otetaan aiempaa enemmän huomioon hoidon toteuttamisessa. On kuitenkin oletettavaa, että työskentely potilaan puolison tai vanhempien kanssa nivoutuu luontevammin aikuispsykiatrian hoitokäytäntöihin ja -valmiuksiin kuin lasten huomioon ottaminen. Sen sijaan työskentely potilaiden lapsiin liitty-

vissä kysymyksissä muodostaa lasten kehityksellisten erityispiirteiden ja vanhemmista riippuvuuden vuoksi erityisen haasteen aikuispsykiatrisille käytännöille.

Tässä kirjoituksessa paneudumme psykiatristen potilaiden lasten tarpeiden huomiointiin. Tarkastelemme sitä, miksi potilaiden lasten tilanteeseen on tärkeää kiinnittää huomiota ja miten lasten tarpeista huolehtiminen toteutuu tällä hetkellä suomalaisen aikuispsykiatrian käytännöissä. Lisäksi esittelemme toimintatapoja ja työmenetelmiä, joita aikuispsykiatriassa voidaan soveltaa, kun potilaalla on lapsia. Painotamme ennaltaehkäisevän työtteen kehittämisen ja käyttöön ottamisen tarpeellisuutta. Keskitymme tässä kirjoituksessa perheisiin, jossa vanhempi kärsii masennuksesta tai muusta mielialahäiriöstä.

Keitä masennus kohtaa?

On arvioitu, että vakavasta masennuksesta kärsii maassamme noin 5–6 % aikuisväestöstä, eli 200 000–240 000 henkilöä. Lisäksi masentuneesta mielentilasta on arvioitu kärsivän noin 15 % aikuisista (Tilastokeskus 1999). Masennus on naisilla yleisempää kuin miehillä. Esimerkiksi vuosina 1997–1999 sairaalahoitoa saaneista masennuspotilaista oli 57,5 % naisia (Viinamäki ym. 2003). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan taas naiset kärsivät vakavasta masennuksesta lähes kaksi kertaa useammin kuin miehet (Pirkola, Lönnqvist ym. 2000).

Potilaan itsensä lisäksi masennus kohtaa myös hänen läheisiään. Masennukseen sairastutaan tyypillisesti nuorena aikuisuudessa. Viinamäen ym. (2003) mukaan sairaalahoidossa olleiden masennuspotilaiden keski-ikä oli 39,9 vuotta. Suomalaisia lapsia koskevat tilastotiedot taas kertovat, että 10-vuotiaan lapsen van-

hemmat ovat tavallisimmin noin 40-vuotiaita (Kartovaara, Sauli 2000). Tilastotietojen perusteella voikin olettaa, että masennuspotilaan läheisiä ovat usein puoliso ja alaikäinen lapsi tai lapset. Masennus on osa myös heidän arkeaan.

Masennus heijastuu usein kielteisesti puolisosuhteeseen ja heikentää vanhemmuuden voimavaroja. Lapsen ja vanhemman suhteessa tämä voi tarkoittaa muun muassa lapsen ohjaamisen vähenemistä, vanhemman ärtyvyyden lisääntymistä ja hänen vetäytymistään vuorovaikutuksesta lapsen kanssa. Lapselle vanhemman käyttäytyminen taas voi olla hyvin vaikeasti ymmärrettävää. Tällöin lapsi voi syyllistää itseään vanhemman käyttäytymisestä ja vaikeuksista.

Meillä ei ole tarkkaa tietoa siitä, kuinka moni suomalainen lapsi elää perheessä, jossa vanhempi kärsii masennuksesta tai muusta

mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyspotilaiden perhesuhteista ei ole helposti saatavia tilastotietoja, sillä perhetietojen keräämisen ja kirjaamisen käytännöt vaihtelevat eri hoitoorganisaatioissa. Lisäksi koko maan kattavia tietoja psykiatrisen avohoidon toiminnasta ei ylipäätään ole olemassa.

Parista alueellisesta selvityksestä on kuitenkin saatavissa suuntaa-antavia tietoja niiden psykiatristen potilaiden osuudesta, joilla on alaikäisiä lapsia. Etelä-Pohjanmaalla toteutetussa Akkula II -projektissa kartoitettiin yhden päivän osalta psykiatristen potilaiden perhetiedot alueen kaikista aikuispsykiatrisista hoitoyksiköistä. Havaittiin, että 25 prosentilla potilaista oli alaikäisiä lapsia (Leijala ym. 2001). Myös Imatralla toteutetussa viikon potilasseurantaan perustuvassa tutkimuksessa todettiin, että hie-man yli neljänneksellä psykiatrisen poliklinikan ja päihdekliniikan potilaista oli alaikäisiä lapsia (Kirmanen 2000). Koska terveydenhuollossa ei

ole koko maan kattavaa yhtenäistä psykiatrisen avohoidon tilastointikäytäntöä, ei edellä mainittujen alueellisten selvitysten perusteella ole kuitenkaan mahdollista tehdä mitään määrällisiä oletuksia psykiatristen potilaiden lasten lukumäärästä.

On kuitenkin oletettavaa, että psykiatristen potilaiden lasten määrä vaihtelee häiriöluokittain. Kirmasen (2000) tutkimuksessa havaittiin, että selvästi yleisin diagnoosi psykiatrisen poliklinikalla asioivilla vanhemmilla oli masennus (59 %). Skitsofreniapotilailla on yleensä vähemmän lapsia kuin väestöllä keskimäärin (Haukka ym. 2003), kun taas masennus puhkeaa usein vasta lasten synnyttyä (Solantaus 2001). Kirmasen (2000) tutkimuksessa havaittiin, että selvästi yleisin diagnoosi psykiatrisen poliklinikalla asioivilla vanhemmilla oli masennus (59 %). Skitsofrenia tai muu psykoosi oli diagnosoitu 14 prosentilla vanhemmista.

Miksi masennuspotilaiden lapsiin on kiinnitettävä huomiota?

Vaara lapsen psyykkisen kehityksen häiriintymiseen on kohonnut, jos vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. On muun muassa todettu, että äidin sairastaessa vakavaa masennusta noin puolella lapsista on varhaislapsuudesta lähtien psyykkisen kehityksen ongelmia, jotka jatkuvat tai ilmenevät toistuvasti nuoruusikästä asti (Radke-Yarrow, Klimes-Dougan 2002). Lisäksi on esitetty, että 60 % vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista kärsii psykiatrisesta häiriöstä ennen 25 ikävuottaan (Downey, Coyne 1990). Tavallisia ongelmia lapsilla ovat masennus, ahdistuneisuus ja käytöshäiriöt. Ne esiintyvät usein yhdessä, mutta voivat myös vaihdella eri ikäkausina (Beardslee ym. 1998, Radke-Yarrow, Klimes-Dougan 2002).

Kun tarkastellaan vanhemman psyykkistä sairastamista ja lastenpsykiatrisessa hoidossa olevien lasten tilannetta Suomessa, havaitaan edellä esitetyn kaltaisia yhteyksiä. Porin kaupungin ja Satakunnan sairaanhoitopiirin

alueella tekemässä selvityksessä todettiin, että 43 % lastenpsykiatrisella poliklinikalla hoidossa olevista lapsista oli perheistä, joissa vanhemmalla oli mielenterveysongelmia. Osastohoidossa olevien lasten osalta luku oli 69 % (Erkolahti ym. 2000).

Kansainvälisesti onkin runsaasti tutkimustietoa, joka osoittaa psyykkisten häiriöiden sukupolvittaisen siirtymisen. Siirtymistä ei voida selittää pelkästään geneettisillä tekijöillä, vaan häiriön syntymiseen vaikuttavat useat yksilön elämään liittyvät seikat yhdessä. Lapsen kehityksen häiriintyminen on vanhemman häiriön lisäksi yhteydessä moniin psykososiaalisiin tekijöihin. Toisaalta on myös huomattava, että suurella osalla lapsista kehitys sujuu ilman erityisiä ongelmia. Lapsen kehitystä suojaavat muun muassa hyvä suhde vanhempiin ja ymmärrys vanhemman häiriöstä sekä hyvät sosiaaliset suhteet (Solantaus 2001, Solantaus, Beardslee 1996).

Tietämys lapsen kehityksellisestä riskistä vanhemman kärsiessä masennuksesta tai muusta psyykkisestä häiriöstä on vahva peruste sille, että lapset otetaan huomioon aikuispsykiatrian hoitokäytännöissä. Lasten kehitystä on pyrittävä tukemaan vanhemman hoidon ohel-

la. Kehityksen riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen tekee mahdolliseksi lasten psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisyn. Lisäksi lasten tilanne ja mahdollinen hoidon tarve on tärkeää arvioida.

Lastensuojelulain velvoite ja sen toteutuminen

Toisen tärkeän, mutta usein vähälle huomiolle jäävän perusteen mielenterveyspotilaiden lasten kehityksen tukemiselle muodostaa lainsäädäntö. Lastensuojelulain 7. §:ssä todetaan, että kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon, kuten päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, on otettava huomioon myös hänen huollossaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve. Lakipykälä tarkoittaa kaikkia niitä mielenterveyspotilaita, joilla on huollettavanaan alakäinen lapsi. Tämän säädöksen toteutuminen on kuitenkin puutteellista.

Aikuispsykiatrian palveluja koskevista alueellisista selvityksistä on saatavissa jonkin verran tietoa siitä, miten potilaiden lasten tarpeet otetaan huomioon palveluissa. Nämä tiedot eivät ole kuitenkaan koko maan kattavia eikä niiden pohjalta voida tehdä yleistyksiä koko aikuispsykiatrian palvelujärjestelmään. Selvityksiä ovat tehneet työryhmät, jotka ovat kiinnittäneet potilaiden lasten asiaan huomiota ja kehittäneet toimintoja. Näin ollen voi olettaa, että ne antavat koko maan tilannetta ajatellen liian myönteisen kuvan. Selvitysten ongelmana on myös se, että ne eivät eritele tarkemmin, mitä lasten huomioon ottaminen psykiatristen palvelujen toiminnassa tarkoittaa.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Akkula II -hankkeessa haastateltiin alueen kaikkia aikuispsykiatrisia työryhmiä. Haastattelujen perusteella vaikutti siltä, että potilaiden perheissä elävät lapset olivat työntekijöillä hyvin tiedossa. Lapsia ei kuitenkaan tavattu säännömukaisesti. Jos perheessä oli väkivaltaa tai jos vanhempi yritti itsemurhaa, oli lasten huomioon ottaminen hoidossa tavallisempaa. Toisaalta työntekijät kertoivat keskustelevansa

potilaiden lapsista enemmän keskenään erilaisissa työryhmissä kuin potilaiden itsensä kanssa tai muiden tahojen työntekijöiden kanssa. Tavallista oli myös, että paikallistasolla yhteistyö sosiaalitoimen ja erityisesti lastensuojelun kanssa kangerteli tai puuttui kokonaan (Leijala ym. 2001).

Imatran alueella toteutetussa tutkimuksessa (Kirmanen 2000) tuli esiin samantyyppisiä havaintoja. Tiedot potilaan perhesuhteista selvitettiin psykiatrian poliklinikalla ja päihdepoliklinikalla heti hoidon alussa. Toisaalta kukin työntekijä ratkaisi ainakin osittain itsenäisesti, mitä perhettä ja lapsia koskevia tietoja otettiin selville. Lasten huomioon ottaminen ei myöskään ollut systemaattista. Vakiintuneisiin käytäntöihin ei esimerkiksi kuulunut sen varmistaminen, mitä tietoa lapsille tai nuorille on annettu vanhemman ongelmista.

Stakesissa käynnistyi vuonna 2001 Toimiva perhe -hanke. Siinä kehitetään terveydenhuollon käyttöön työmenetelmiä, joilla voidaan tukea perhettä ja ennaltaehkäistä lasten häiriöitä silloin, kun vanhemmalla on mielialahäiriö. Hankkeeseen tuli alussa mukaan 14 aikuispsykiatrian hoitoyksikköä eri puolilta Suomea, mutta hanke on sittemmin laajentunut. Pääosa yksiköistä on psykiatrian poliklinikoita ja mielenterveystoimistoja, mutta mukana on myös psykiatrian osastoja sekä yksi perusterveydenhuollon yksikkö. Hankkeen alkuvaiheessa tehtiin siihen osallistuvissa hoitoyksiköissä työryhmähaastattelut, joissa kerättiin tietoa muun muassa masennuksen hoitokäytännöistä sekä potilaiden omaisiin ja ala-ikäisiin lapsiin liittyvistä työkäytännöistä.²

² Stakesin Toimiva perhe-hanketta johtaa kehittämisspäällikkö Tytti Solantaus. Hankkeessa työskentelevät myös erikoistutkija Maarit Alasuutari ja tutkija Sini Toikka. Lisäksi lastenpsykiatri Päivi Aronen on osallistunut hankkeen alkuvaiheen työryhmähaastattelujen suorittamiseen.

Useimmat yksiköt ilmoittivat tavoitteekseen tavata potilaan omaisia. Yhdeksässä toimipisteessä kerrottiin, että tähän pyrittiin säännömukaisesti tai pääsääntöisesti osana työkäytäntöjä. Viidessä toimipisteessä omaisten tapaaminen ei kuulunut systemaattiseen käytäntöön, vaan riippui työntekijän työskentelytavoista. On kuitenkin huomattava, että kun työntekijät puhuivat potilaan omaisista, he tarkoittivat näillä yleensä potilaan puolisoa tai nuoren aikuisen vanhempia.

Useimmissa toimipisteissä potilaan lasten tapaaminen ei kuulunut tavanomaisiin työskentelykäytäntöihin. Ainoastaan kahdessa toimipisteessä kerrottiin, että yksikön käytäntöihin kuului lasten tapaaminen vanhemman hoidon yhteydessä. Muutamassa toimipisteessä lapsia tavattiin erityistilanteissa, esimerkiksi

perheväkivaltatapauksissa. Työryhmähaastattelujen perusteella vaikutti kuitenkin siltä, että tapaamisilla lasten osuus tai rooli keskusteluissa saattoi jäädä varsin määrittelemättömäksi. Lisäksi useassa toimipisteessä kerrottiin, että yhteistyö lasten mielenterveyspalvelujen kanssa oli niukkaa.

Vaikka meillä ei ole koko maan kattavia tietoja siitä, miten potilaiden omaiset ja erityisesti alaikäiset lapset otetaan huomioon aikuispsykiatrisessa hoitoprosessissa, viittaavat edellä esitetyt havainnot siihen, että erityisesti lasten tilanteen arviointi ja kehityksen tukeminen jää vähäiseksi sekä vaihtelee riippuen työyksikön ja työntekijän työorientaatiosta. Edellä esitetyt selvitykset eivät vakuuta sen suhteen, että lastensuojelulain velvoite täyttyy mielen-terveyspotilaiden lasten kohdalla.

Miksi lapset "unohtuvat"?

Mielenterveyden häiriöiden sukupolvittainen siirtyminen on varsin vakuuttavasti tutkimuksellisesti osoitettu. Lisäksi moni aikuispsykiatrian työntekijä tunnistaa tämän ilmiön oman työkokemuksensa kautta. Kun vielä lastensuojelulaki velvoittaa ottamaan huomioon lasten tuen ja hoidon tarpeen, jää ihmettelemään, miksi lasten tilanteen ja asioiden käsittely näyttää kuitenkin olevan varsin vähäistä aikuispsykiatrisissa palveluissa.

Eräs selitys tähän lienee tiedon puute. Akkula II -hankkeessa ja Imatralla toteutetussa selvityksessä tuli molemmissa esiin, että työntekijät eivät pitäneet omia ammatillisia valmiuksiaan riittävinä lasten kanssa toimimiseen. Lisäksi työntekijät kokivat vaikeutena oman tietämättömyytensä siitä, mitä pitäisi tehdä tai mitä on velvollisuus ja lupa tehdä silloin, kun lapsen kehitys huolestuttaa (ks. Kirmanen 2000, Leijala ym. 2001). Myös Toimiva Perhe -hankkeessa toteutetussa kyselyssä valtaosa työntekijöistä esitti tarvitsevansa lisäkoulutusta siinä, miten potilaan lapset voidaan ottaa huomioon aikuispsykiatrian työkäytännöissä. Työntekijän kokemus omien ammatillisten valmiuksien tai tietämyksen riittämättömyydestä voi tuottaa

sen, että lapsia ja vanhemmuutta koskevista kysymyksistä ei pyritä keskustelemaan.

Toiseksi hoitosuhteeseen liittyvät näkemykset voivat olla esteenä lasten asioiden käsittelylle. Työntekijöiden huolena on usein hoitosuhteen luottamuksellisuuden vaarantuminen, jos vanhemmuudesta ja lapsia koskevista kysymyksistä aletaan keskustella tai jos potilasta tavataan yhdessä perheensä kanssa. Esimerkiksi useissa Toimiva perhe -hankkeeseen osallistuvissa psykiatrian yksiköissä todettiin, että potilas voi tulkita keskustelun lapsista lastensuojelulliseksi huoleksi, millä taas voi olla kielteisiä seurauksia hoitosuhteen kannalta. Tätä huolta työntekijät eivät taas halua potilaissaan herättää.

Myös psykiatristen palvelujen resurssipuula voi selittää sitä, että potilaan lapsia ei oteta huomioon hoitokäytännöissä. Yksittäisen työntekijän kohdalla resurssipuula ja siitä johtuvat työpaineet voivat tuottaa sen, että periaatteessa tärkeänä pidetyt tehtävät tai asiat jäävät sivuun, jos ne eivät näyttäydy potilaan hoidossa ensisijaisina. Keskustelu lapsen tilanteesta voi olla tällainen asia.

Resurssikysymykset ovat tärkeä tekijä myös organisaatioiden toiminnan näkökulmasta. Kun organisaatioissa työskennellään ääri rajoilla – kuten nykyisin usein on tilanne – on vaikea käynnistää uudenlaisia työmuotoja. Niihin tarvitaan koko organisaation tuki. Tämä on erityisen tärkeää aikuispsykiatriassa, jossa yksilökeskeinen orientaatio on vahva. Lasten ja perheiden tukeminen ei ole mahdollista vain yksittäisten asiaan motivoituneiden työntekijöiden avulla, vaan siihen tarvitaan koko työyksikön hyväksyntä.

Uusien työmuotojen käynnistäminen nostaa lisäksi esiin kysymyksen tähän asti varsin erillään toimineiden aikuis- ja lastenpsykiatristen palvelujen rajoista. Palvelujen erillisyys on osaltaan mahdollistanut potilaiden lasten asioiden jäämisen sivuun, kun on oletettu, että joku toinen organisaatio tai palvelu vastaa tai hoi-taa asioita. Psykiatristen potilaiden lasten tilan-teen tarkastelu edellyttääkin uudenlaisten yhteistyökäytäntöjen kehittämistä aikuispsykiat-rian ja lasten mielenterveyspalvelujen välille.

Lasten kehityksen tukeminen aikuispalveluissa

Toimiva perhe -hankkeessa on kehitetty kaksi työmallia, joilla voidaan tukea lasten kehitystä ja vanhemmuutta, kun vanhemmalla on psykiatrinen häiriö. Nämä työmallit perustuvat ennalta ehkäisyn periaatteille. Työmalleilla pyritään siten tukemaan psykiatristen potilaiden perheitä ja lasten kehitystä riippumatta siitä, oireileeko lapsi vai ei. Niissä ei puututa vain mahdollisiin ongelmiin, kuten nykyisin pääasiassa tapahtuu, vaan tarjotaan tukea, jotta ongelmia ei syntyisi.

Lyhyempi työmalleista on suunnattu vanhemmalle tai vanhemmille. Se käsittää pari keskustelukertaa vanhempien kanssa lapsen tilanteesta ja heidän lasta koskevista kysymyksistään. Keskusteluissa pohditaan tapoja, joilla vanhemmat voivat tukea lastaan, muun muassa miten he voivat auttaa lasta ymmärtämään, mistä on kysymys vanhemman käyttäytymisessä, kun tämä voi huonosti. Lisäksi voidaan keskustella tuesta, jota vanhemmat, perheen ja lapsen lähiverkosto sekä muut palvelutahot voivat antaa lapselle hänen senhetkisessä kehitysvaiheessaan ja elämäntilanteessaan. Jos lapsen kehitys ja psyykinen hyvinvointi herättävät erityistä huolta, keskusteluissa voidaan sopia, miten lapsen tilannetta arvioidaan tarkemmin. Tämän työmallin osana käytetään vanhemmille tarkoitettua Tytti Solantauksen ja Antonia Ringbomin (2002) kirjaa ”Miten autan lastani?”

Laajemman ennalta ehkäisevän työmallin tarjoaa 6–8 tapaamista käsittävä Beardsleen

perheinterventio (ks. Solantaus & Beardslee 1996 ja 2001). Siinä tavataan vanhempia ja lapsia erikseen sekä koko perhettä yhdessä. Työmalli yhdistää psykoedukatiivista ja narratiivista ajattelua. Sen tavoitteena on lisätä perheenjäsenten ymmärrystä vanhemman mielenterveydenhäiriöstä sekä tukea perheen sisäistä kommunikaatiota ja vanhemmuutta. Työmallissa ei ole kyse perheterapiasta. Sen sijaan siinä pyritään vahvistamaan perheenjäsenten keskinäistä kommunikaatiota ja tukemaan perheen selviytymistä, jotta perhe voi jatkaa elämäänsä vaikeuksista huolimatta. Työskentelyn lähtökohtana ja ”punaisena lankana” ovat perheenjäsenten omat kysymykset ja tavoitteet. Työskentely on myös lapsikeskeistä. Perheen tilannetta ja vanhemman vaikeuksia tarkastellaan lapsen kokemuksen näkökulmasta ja samalla pohditaan tapoja tukea lapsen tervettä kehitystä.

Beardsleen perheintervention toteuttaminen vaatii uudenlaista resurssointia potilaiden perheiden ja lasten tukemiseen. Se edellyttää työntekijöiden kouluttamista ja aikaresurssien intervention toteuttamiseen. Kansainvälisesti on kuitenkin tutkimuksellista näyttöä intervention vaikuttavuudesta. Sen avulla on ollut mahdollista tukea lasta suojaavia tekijöitä ja vähentää riskitekijöitä (Beardslee ym. 2003).

Toimiva perhe -hankkeessa tutkitaan Beardsleen perheintervention ja lyhyemmän vanhemmille suunnatun intervention vaikut-

tavuutta Suomen oloissa. Tavoitteena on saada tietoa siitä, mitkä perheet ja ketkä lapset saavat riittävän tuen vanhemmille suunnatusta interventiosta ja keitä taas Beardsleen perheinterventio tukee paremmin.

Kun vanhempi kärsii psykiatrisesta häiriöstä, lasten ja perheiden tukeminen merkitsee aikuispsykiatrian palveluissa perustavanlaatuisia työkäytäntöjen muutosta. Tämä muutos konkretisoituu siirtymisenä yksilökeskeisestä ja potilaan mielen sisään keskittyvästä työskentelystä hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaiseen tarkasteluun ja tukemiseen. Se merkit-

see myös ennaltaehkäisevän työorientaation tuomista korjaavan työotteen rinnalle. Lisäksi lasten ja perheen tukeminen vaatii lasten- ja aikuispsykiatristen palvelujen rajojen uudelleen tarkastelua ja yhteistyön kehittämistä. Se vaatii myös taloudellisia ja ajallisia resursseja, jotka pitkällä aikavälillä voivat kuitenkin tuottaa niin taloudellisia kuin inhimillisiäkin säästöjä.

On lisäksi huomattava, että vaikka tässä kirjoituksessa on käsitelty aikuispsykiatrian palveluja ja niiden potilaita, asioivat mielenterveyden häiriöistä kärsivät useissa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluissa. Edellä esitetyt kysymykset ja näkökohdat koskevatkin yhtä lailla näitä palveluja.

LÄHTEET

- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Gladstone, T. R. G. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 37(11): 1134–1141.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. G., Wright, E. J., Cooper, A. B. (2003). A Family-Based Approach to Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics* (112): 119–131.
- Downey, G., Coyne, J. C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative review. *Psychological Bulletin* 108(1): 50–76.
- Erkolahti, R., Menelius, P., Salminen, T., Lahti, T., Salmi, L., Savolainen, J., Lahtinen, E. (2000). Lapsi ja psyykkisesti sairas vanhempi - kuka kuulee lasta? *Suomen lääkäri-lehti* 47: 4861–4864.
- Kartovaara, L., Sauli, H. (2000). *Suomalainen lapsi*. SVT. Väestö 2000:7. Tilastokeskus, Helsinki.
- Kirmanen, T. (2000). Mielenterveysongelmaisten vanhempien lasten elämänlaadun kehittäminen – syrjäytymisriskistä oman elämän hallintaan. Tutkimus Imatran mielenterveyden vastuualueen lapsi- ja nuorisotyön kehittämiseksi. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Leijala, H., Nordling, E. ym. (2001). Psyykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen – AKKULA-HANKE. Teoksessa: Inkinen, M. (toim.): Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Pirkola, S., Lönnqvist, J. ym. (2002). Psyykinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. *Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, Helsinki. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>
- Radke-Yarrow, M., Klimes-Dougan, B. (2002). Parental Depression and Offspring Disorders: A Developmental Perspective. Teoksessa: Goodman, S. H., Gottlib, I. H. (toim.): *Children of Depressed Parents. Mechanisms of Risk and Implications for Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Solantaus, T. (2001). Lapsen ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa: Inkinen, M. (toim.): *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Solantaus, T., Beardslee, W. (1996). Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim* 112:1647–1656.
- Solantaus, T., Beardslee, W. (2001). Kun isä tai äiti sairastaa depressiota: Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Teoksessa: Inkinen, M. (toim.): *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Solantaus, T., Ringbom, A. (2002). Miten autan lastani? Opa vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Yhteistyössä Toimiva perhe -hanke, Stakes ja Omaiset Mielenterveyden tukena, Uudenmaan yhdistys, Helsinki.
- Tilastokeskus (1999). Hyvinvointikatsaus 2. <http://www.stat.fi/tk/el/hyv992.html>.
- Viinamäki, H., Vehviläinen, A., Vohlonen, I. (2003). Masennuspotilaiden osastohoito - kesto ja kustannukset vaihtelevat Suomessa. *Suomen lääkäri-lehti* 15: 1755–1761.

Suomen alkoholipolitiikka, EU, WHO, Viro ja vuosi 2004

THOMAS KARLSSON, ESA ÖSTERBERG

Suomen nykyisen alkoholijärjestelmän juuret

Vuoden 1932 väkijuomalaki kumosi kieltolain ja synnytti Suomeen valtion omistaman alkoholijuomien valmistuksen, tuonnin, viennin, tukkumyynnin ja vähittäismyynnin monopolit omaavan yhtiön, Alkon, jonka hallintoneuvosto sai myös oikeuden päättää alkoholijuomien hinnoista. Lisäksi Alkolle annettiin viranomaistehtäviä kuten alkoholijuomien anniskelun ja valmistuksen lupahallinto sekä valvonta. Alkolle annettujen monopolioikeuksien perusteluna oli yksityisen voitontavoittelun poistaminen alkoholin valmistuksesta ja kaupasta. Kokonaisvaltaisen alkoholimonopolin lisäksi suomalaisen alkoholikontrollin tukipilareita ovat olleet alkoholin saatavuuden tiukka kontrolli ja korkeat alkoholijuomien hinnat (Österberg 2003).

Vuoden 1932 jälkeen alkoholin saatavuutta on Suomessa voimakkaasti helpotettu, josta kehitys ei ole ollut suoraviivaista. Esimerkiksi vuonna 1943 Suomessa otettiin käyttöön erityinen Alkon henkilötodistus eli viinakortti, mihin myöhemmin liitettiin kaikkien alkoholijuomien ostojen kirjaus sekä ostajatarkkailu. Ostojen kirjauksesta ja ostajien tarkkailusta luovuttiin asteittain seuraavien vuosikymmenien kuluessa ja lopullisesti viinakortti poistui vuonna 1971.

Vuoden 1968 alkoholilaki ja keskiolutlaki lisäsivät alkoholijuomien saatavuutta erittäin suuresti tuomalla keskioluen päivittäistavara-kauppoihin ja kahviloihin sekä sallimalla Alkon myymälöiden ja paikallisväestöä palvelevien anniskeluravintoloiden avaamisen maalaiskunnissa. Samassa yhteydessä alennettiin alkoholijuomien ostoon oikeuttava ikäraja 21 vuodesta 18 vuodeksi mietojen alkoholijuomien ja 20 vuodeksi väkevien alkoholijuomien osalta. Anniskelussa ikäraja pysyi 18 vuotena.

Vuoden 1968 alkoholilainsäädäntö, voimakas muuttoliike ja nopea taloudellinen kas-

vu lisäsivät suuresti sekä alkoholin kulutusta että alkoholihaittoja ja johtivat vuosikymmenen kestäneeseen alkoholipolitiikan kiristymisen kauteen. Tuona aikana tiukennettiin anniskeluoikeuksien myöntämisperiaatteita ja hidastettiin uusien Alkon myymälöiden avaamisen tahtia sekä kiellettiin alkoholijuomien mainonta ja päätettiin pitää Alkon myymälät suljettuina kesälauantaisin. Lisäksi useat kunnat peruuttivat yleissuostumuksensa keskioluen vähittäismyyntiin ja anniskeluun.

Alkoholipolitiikan suunta kääntyi 1980-luvun puolessavälissä. Viimeiset ostoskertakohdattaiset määrälliset rajoitukset poistettiin vuonna 1986. Alkoholijuomien anniskeluoikeuksia alettiin myöntää aiempaa enemmän ja Alkon myymälöiden lukumäärä kääntyi selvään kasvuun. Samalla niitä muutettiin kiihtyvässä tahdissa itsepalvelumyymälöiksi. Lisäksi keskioluen myynnin alueellaan kieltäneet kunnat peruivat päätöksiään. Myös ravintolaelinkeinon piirissä kehitys oli 1980-luvun jälkipuoliskolla kulkemassa kohti lievempää asiakkaiden kontrollointia.

Aina 1980-luvun lopulle asti Suomen alkoholipoliittisen järjestelmän liberalisoituminen samoin kuin sen ajoittaiset kiristymiset perustuivat lähes yksinomaan kotimaisiin intresseihin. Vasta 1990-luvulla kansainväliset tekijät ovat alkaneet merkittävästi vaikuttaa suomalaisen alkoholikontrollin muotoutumiseen (Österberg 2002a).

Suomea ympäröivä maailma muuttui 1990-luvulla suuresti ja nopeasti. Neuvostojärjestelmä sortui ja Suomi haki Euroopan unionin (EU) jäsenyyttä sekä liittyi Euroopan talousalueeseen (ETA) 1.1.1994. Suomen osallistuminen Euroopan integraatiokehitykseen edellytti myös Suomen alkoholipoliittisen järjestelmän sopeuttamista uusiin kilpailua sääteleviin periaatteisiin. Tämän vuoksi hallitus

antoi vuonna 1994 esityksensä uudeksi alkoholilaksi. Sen lähtökohtana oli alkoholijuomien tuotannon, tuonnin, viennin ja tukkumyynnin monopolien purkaminen sekä alkoholihallinnon siirtäminen pois Alkosta. Muilta osin lakiesitys perustui näkemykseen, että alkoholijärjestelmän keskeisiä sosiaali- ja terveyspoliittisia lähtökohtia ei tulisi muuttaa (Alavaiko & Österberg 1999). Näin ollen hallitus muun muassa esitti alkoholijuomien vähittäismyymintimonopolia säilytettäväksi vuoden 1968 alkoholilaissa määritellyssä muodossa.

Vuoden 1994 alkoholilaki purki hallituksen esityksen mukaisesti alkoholijuomien tuotannon, tuonnin, viennin ja tukkumyynnin monopolit sekä siirsi Alkolla olleet alkoholihallinnon tehtävät muille viranomaisille. Vastoin hallituksen esitystä eduskunta sen sijaan päätti sallia alle 22-tilavuusprosenttisten alkoholijuomien mainonnan, antaa viinitiloille ja sahdin valmistajille vähittäismyymintioikeudet näiden itse valmistamiin alle 13-tilavuusprosenttisiin tuotteisiin ja sallia kaikkien käymisteitse valmistettujen alle 4,7-tilavuusprosenttisten tuotteiden kuin keskioluen myynnin päivittäistavara- ja kioskikaupoissa, kahviloissa ja kioskeissa. Tätä aiemmin näistä juomista oli päivittäistavara- ja kioskikaupoissa voitu myydä vain keskiolutta. Kios-

keissa ei ennen vuotta 1995 voitu myydä mitään alkoholijuomia. Vuoden 1994 alkoholilain säätäminen osoittaa varsin selvästi, että alkoholin saatavuuden paraneminen vuonna 1995 ei perustunut vain ulkoisiin paineisiin.

Lainsäädännölliset muutokset antoivat alkoholikentällä huomattavasti liikkumatilaa yksityiselle voitontavoittelulle. Myös toinen alkoholikontrollin tukipilari eli saatavuuden rajoittaminen on edelleen heikennyt vuoden 1994 alkoholilain aikana kun sekä Alkon myymälöiden että anniskeluravintoloiden määrät ovat lisääntyneet ja aukioloajat ovat pidentyneet huomattavasti. Lisäksi Alko on ryhtynyt avaamaan myös erityisiä tilauspalvelupisteitä, siirtänyt myymälöitään markettien ja kauppakeskusten yhteyteen tai sisälle, muuttanut loputkin tiskimyymälät itsepalvelumyymälöiksi, laajentanut valikoimiaan ja hyväksyt yleisimmät luottokortit maksuvälineiksi.

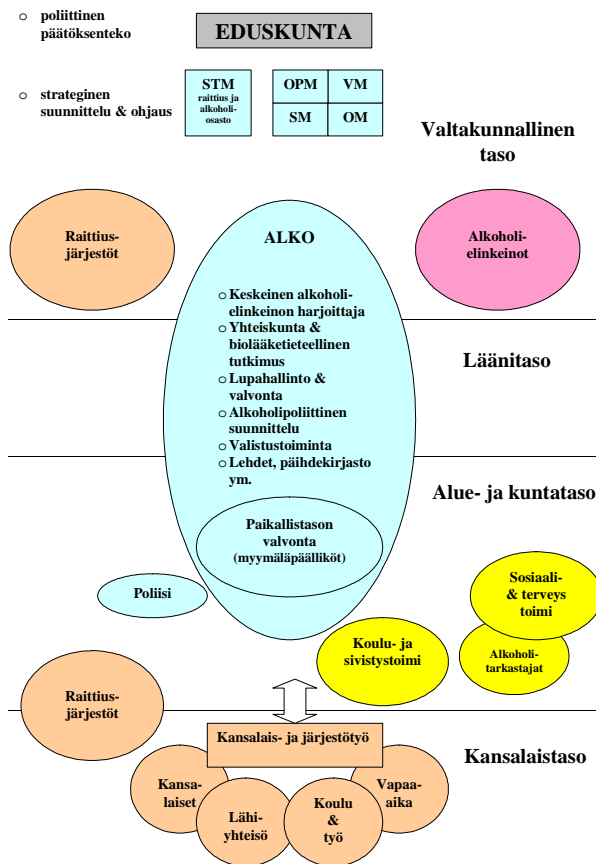
Alkoholikontrollin kolmas tukipilari eli alkoholijuomien korkeat hinnat ei osoittanut heikkenemisen merkkejä vielä 1990-luvulla. Itse asiassa alkoholijuomien reaalihinnat olivat 1990-luvun alkuvuosina korkeammalla kuin koskaan eivätkä ne vuoteen 2003 mennessään ole alentuneet kovin paljon.

Toimijarakenteen ja alkoholipoliittisen suunnittelun muutokset

Kuten edellä on käynyt ilmi, elämme 2000-luvun alussa hyvin erilaisessa alkoholipoliittisessa tilanteessa kuin vuosikymmen sitten. Alkoholilainsäädännössä tapahtuneiden suurten muutosten ja alkoholin saatavuuden huomattavan paranemisen lisäksi myös alkoholipoliittinen valmistelu ja toimijakenttä ovat muuttuneet ratkaisevasti Suomen EU-jäsenyyden jälkeen (Tigerstedt & Karlsson 2003).

Vielä viime vuosikymmenen alkupuolella Alko hallitsi ylivertaisesti alkoholipoliittista toi-

mijakenttää. Alkon tehtäviin kuului muun muassa alkoholipoliittinen suunnittelu, yhteiskunta- ja biolääketieteellinen alkoholitutkimus, lupahallinto ja -valvonta sekä kansalaisille suunnattu valistustoiminta (kuvio 1). Alkolla oli myös mittava päihdekirjasto ja se julkaisi useita eri lehtiä (Neuvoa-antavat, Alkoholipoliittikka ja Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift).



KUVIO 1. Alkoholipoliittinen toimijakenttä vuonna 1990

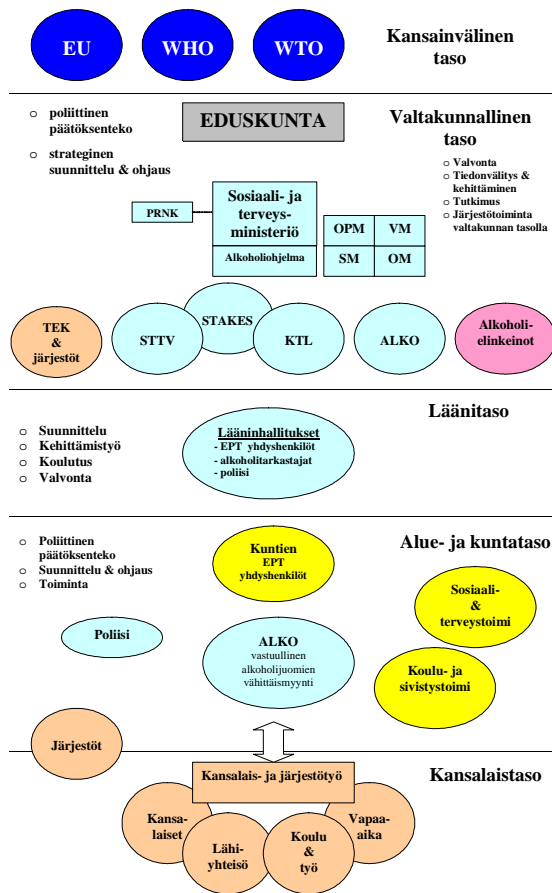
Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) alkoholi-liasioita hallinnoi erillinen raittius- ja alkoholi-osasto, joka muun muassa rahoitti ja seurasi kuntien ja järjestöjen toimintaa. Vaikkakin raittiusjärjestöt olivat jo 1990-luvun alussa huomattavasti heikentyneet, kanavoitiin alkoholiin liittyvä kansalaisjärjestötoiminta yhä raittiusjärjestöjen kautta niin valtakunnallisella kuin paikallisella tasolla.

Paikallistason alkoholivalvonnasta vastasivat Alkon myymäläpäälliköt, poliisi ja kunnalliset alkoholitarkastajat, joita vuoteen 1991 oli vielä yli 400 koko maassa. 1980-luvun puolivälissä melkein joka kunnasta löytyi vielä lakisääteinen raittiuslautakunta ja -sihteeri. 1990-luvun alkupuolella raittiuslautakunnat lakkautettiin useimmissa kunnissa ja niiden tehtävät

siirrettiin toisille lautakunnille (Warpenius 2002).

Kun tarkastellaan nykyistä tilannetta alkoholikentällä, voidaan todeta, että alkoholipoliittinen toimijakenttä on kokenut täydellisen muodonmuutoksen sitten 1990-luvun alun (kuvio 2).

Kansainvälisten ja ylivaltiollisten toimijoiden merkitys alkoholipolitiikassa on korostunut. Vuonna 2003 kuvaan mukaan ovat tulleet EU ja Maailman kauppajärjestö (WTO), jotka vapaan kaupan periaatteiden mukaisesti ovat edesauttaneet ja nopeuttaneet Alkon kattavan monopolirakenteen murentumista. Myös Maailman terveysjärjestön (WHO) ja erityisesti WHO:n Euroopan aluetuimiston (WHO-EURO) vaikutus Suomen alkoholipolitiikkaan



KUVIO 2. Alkoholipoliittinen toimijakenttä vuonna 2003

on 1990-luvulta lähtien lisääntynyt erityisesti Euroopan alkoholiohjelmien kautta.

Valtakunnan tasolla STM on päävastuussa alkoholipolitiikan suunnittelusta, mutta nyt ilman Alkon vahvaa tukea. STM:n alainen Päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta (PRNK) sai vuonna 1995 tehtäväksi muotoilla esityksen kansalliseksi alkoholiohjelmaksi. Tämä oli uutta. Vanhan Alkon aikaan ei tällaisia määräaikaista ohjelmia edes tunnettu. Idea ohjelmasta oli otettu WHO-EURO:n vuonna 1992 hyväksymästä Euroopan alkoholiohjelmasta ja neuvottelukunnan tehtäväksi tuli valmistella esitys ohjelman soveltamisesta ja sen toimeenpanosta Suomessa (Karlsson 2001). Siitä lähtien kansallisen alkoholipolitiikan strateginen linjaus on – ainakin paperilla – tehty kansallisten alkoholiohjelmien kautta (Esitys kansalliseksi

alkoholiohjelmaksi 1995; Onks tietoo? 1997; 2000-luvun alkoholiohjelma 2001).

Sisältönsä puolesta tähänastiset alkoholiohjelmat ovat pyrkineet strategiseen irtiottoon vanhan Alkon aikaisesta alkoholipolitiikasta. Yksi alkoholiohjelmien tavoitteista onkin ollut alkoholipolitiikan ja ehkäisevän päihdetyön painopisteen siirtäminen kansalliselta tasolta paikallistasolle. Alkoholiohjelmat ovat samalla myös vahvistaneet painopisteen siirtymistä primaripreventiosta alkoholista johtuvien haittojen vähentämiseen. Enää ei myöskään yritetä hallinnoida alkoholioaisoita yhtenäisenä poliittisena ongelmakimppuna. Tämän päivän alkoholipoliittisia avainsanoja ovat projekti- ja ohjelmatyöskentely, verkostoituminen, kansalaisnäkökulma, lähiyhteisöhankkeet ja omavastuu (Tigerstedt & Karlsson 2003).

Alko hoitaa yhä alkoholijuomien vähittäismyyntiä, mutta sen vastuulla aikaisemmin olleet alkoholihallintoon ja alkoholipolitiikkaan liittyvät tehtävät on eriytetty muualle. Lupahallintoa ja valvontaa hoitaa Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdessä lääninhallitusten kanssa. Alkon yhteiskunnallinen ja biolääketieteellinen tutkimustoiminta on pilkottu Stakesiin ja Kansanterveyslaitokseen (KTL). Kansalaisille suunnattu valistustoiminta ja kansalaisjärjestötyö ovat nykyisin Terveyden edistämisen keskuksen (TEK) vastuul-

la, kun taas Stakes on vastuussa kuntiin ja kuntayhtymiin suuntautuvasta työstä. Joitain poikkeuksia lukuun ottamatta valtakunnallisia ja paikallisia raittiusjärjestöjä ei enää ole (Karlsson 2001). Alkoholipoliittista toimijakenttää alue- ja kuntatasolla ovat 1990-luvun puolivälin jälkeen kirjavoittaneet myös kuntien ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkosto, jota koordinoi Stakesin ehkäisevän päihdetyön ryhmä. Mitään alkoholipoliittisia tehtäviä, alkoholijuomien vastuullista myyntiä lukuun ottamatta, Alkon paikallishenkilökunnalla ei enää ole.

Alkoholi ja alkoholipolitiikka Euroopan unionissa

Euroopan unionissa alkoholin voidaan sanoa olevan mielenkiinnon ja politiikkatoimien kohteena neljästä eri syystä. Ylivoimaisesti tärkeimpiä ovat ne toimet, jotka kohdistuvat viininviljelyyn ja viiniin ja joissa viini mielletään maataloustuotteeksi ja viininviljely osaksi Euroopan yhteisöjen (EY) maatalouspolitiikkaa. Toiseksi alkoholiin on kohdistunut erilaisia toimenpiteitä siksi, että jotkin alkoholijuomien tuotantoa ja kauppaa säätelevät kansalliset lait ja määräykset on nähty sellaisina kaupan esteinä, jotka Euroopan yhteisöjen peruseräpäätösten mukaan on poistettava sisämarkkinoiden häiriöttömän toiminnan takaamiseksi. Sisämarkkinoita luotaessa alkoholijuomiin on kohdistunut erityistä mielenkiintoa myös siksi, että tässä yhteydessä on pyritty yhtenäistämään jäsenmaiden arvonlisä- ja valmisteverotusta, ja alkoholijuomien valmisteverot ovat poikenneet toisistaan huomattavasti sekä keuruutavan että etenkin verotuksen tason suhteen. Neljänneksi EU:ssa on oltu kiinnostuneita alkoholista myös sosiaali- ja terveyspoliittisista syistä pyrittäessä torjumaan alkoholin käyttöön kytkeytyviä haitallisia ilmiöitä yhteisön alueella (Österberg & Karlsson 2002).

EU on perusteiltaan taloudellinen yhteisö ja näin ollen mielenkiinto alkoholia kohtaan on EU:ssa kohdistunut ensi sijassa alkoholin tuotannon ja kaupan edellytysten turvaamiseen sekä alkoholiin liittyvien kaupan esteiden pois-

tamiseen ja alkoholiverotuksen yhtenäistämiseen. Yhteisöä perustettaessa Rooman sopimuksessa kylläkin mainittiin tarve turvata sosiaalinen kehitys yhteisön alueella, mutta mitään kansanterveyttä koskevaa laillista toimivaltaa jäsenmaat eivät EY:lle Rooman sopimuksessa antaneet.

Vasta Maastrichtin sopimuksen vuodelta 1993 katsotaan antaneen EU:lle toimivaltaa kansanterveyden alueella artiklan 129 muodossa. Toimivalta rajoittui kuitenkin terveyden edistämiseen tutkimuksen ja informaation avulla sekä jäsenvaltioiden rohkaisemiseen yhteistyöhön, koska artiklassa 129 nimenomaisesti todettiin, että se ei valtuuta EU:ta kansanterveyttä koskevien kansallisten lakien tai säädösten yhtenäistämiseen tai muuttamiseen.

Amsterdamin sopimus vuodelta 1999 laajensi EU:n toimivaltaa kansanterveyden alueella. Artiklan 129 korvanneessa artiklassa 152 todetaan, että kaikkien yhteisön politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa on varmistettava ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu. Kansallisia politiikkoja täydentävä yhteisön kansanterveyden parantamiseen suuntautuva toiminta käsittää vaarallisten sairauksien torjunnan edistämällä niiden syiden, leviämisen ja ehkäisemisen tutkimusta sekä terveysvalistusta ja -kasvatusta. Toisaalta artiklassa 152 nimenomaisesti todetaan, että yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan

täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet. Tosin sanoen EU:lla ei vielä ole valtuuksia säädellä ja yhtenäistää jäsenvaltioiden terveys- tai sosiaalipolitiikkoja ja niihin liittyviä käytäntöjä.

Kun otetaan huomioon EU:n toimivalta kansanterveyden alueella, ei ole kovin kummallista, että EU:lla ei ole yhtenäistä alkoholipoliittista ohjelmaa. Alkoholilla on kylläkin ja jopa jo ennen vuotta 1993 mainittu joissain EU:n kansanterveyttä koskevissa dokumenteissa. Esimerkiksi vuonna 1981 neuvoston päätelmässä koskien EY:n toista kuluttajansuojaohjelmaa todettiin alkoholin olevan kansanterveydellisesti syistä mahdollinen säätelyn kohde. Vuonna 1986 neuvoston päätelmässä todettiin alkoholin väärinkäytön olevan vakava kansanterveyttä ja sosiaalista hyvinvointia uhkaava ongelma. Alkoholilla mainittiin myös vuonna 1987 käynnistetyssä syövän vastaisessa ohjelmassa.

Kansanterveyden painoarvon lisääntymisen johti erityisen kansanterveysyksikön perustamiseen komissioon 1980-luvun lopulla. Seuraavan vuosikymmenen lopulla terveyden edistämistä, informaatiota, opetusta ja koulutusta koskeva ohjelma vuosille 1996-2000 pyrki edistämään tutkimusta alkoholin väärinkäytöstä sekä sosiaalisten ja terveydellisten alkoholiongelmien ehkäisyä koskevista toimenpiteistä sekä lisäämään tiedonvaihtoa näistä saaduista kokemuksista. Vuonna 1996 komissio perusti työryhmän, joka keräsi ja vaihtoi kokemuksia alkoholiongelmiensa torjunnasta.

Ensimmäisen kerran alkoholipolitiikkaa käsiteltiin kansanterveyspolitiikkana niin kutsutun limuviinatapauksen yhteydessä. Kyse oli vuonna 1995 Englannissa alkaneesta mietojen ja makeiden sekä erikoisesti nimettyjen ja värikkäästi pakattujen nuorisolle tarkoitettujen

alkoholijuomien markkinoinnista nousseesta kohusta. Pitkän prosessin jälkeen tuloksena oli neuvoston vuonna 2001 hyväksymä suositus lasten ja nuorten alkoholinkäytöstä. Suosituksella pyritään vaikuttamaan nuorten alkoholin käyttöön muun muassa luomalla säännöt nuorisoon kohdistuvan alkoholijuomien markkinoinnille, mainonnalle ja sponsoroinnille, korostamalla alkoholijuomien myyntiä koskevien ikärajojen noudattamisen tarvetta ja nuoriin kohdistuvan laittoman alkoholikaupan kontrolloinnin merkitystä. Samana päivänä kun neuvosto hyväksyi edellä mainitun nuorisosituksen, se päätti myös ryhtyä kehittämään yhteisön strategiaa alkoholiin liittyvien haittojen vähentämiseksi.

Vuonna 2002 EU hyväksyi yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman vuosille 2003–2008. Tämän ohjelman tarkoituksena on täydentää kansallisia politiikkoja ja sen päämääränä on suojella ihmisen terveyttä ja parantaa kansanterveyttä. Ohjelman yleisinä tavoitteina on parantaa kansanterveyttä edistävää tietoa ja tietämystä, parantaa valmiutta reagoida nopeasti ja koordinoitusti terveysuhkiin sekä edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksia kiinnittämällä huomiota terveyden taustatekijöihin kaikkien politiikkojen ja toimintojen yhteydessä. Vuoden 2003 painopistealaksi on nimetty muun muassa terveyteen vaikuttavat tekijät ja yhtenä terveyteen vaikuttavista tekijöistä mainitaan alkoholi. Ensisijaisina toimina alkoholin suhteen on asiantuntijaorganisaatioiden verkoston perustaminen tukemaan nuorten alkoholinkäyttöä koskevan neuvoston suosituksen täytäntöönpanoa ja myötävaikuttaa alkoholihaittojen vähentämiseen tähtäävän yhteisön strategian kehittämiseen. Tarkoituksena on myös järjestää alkoholia, terveyttä ja yhteiskuntaa käsittelevä konferenssi vuonna 2005.

WHO:n toiminta alkoholikentällä

Jo ensimmäisessä WHO:n yleiskokouksessa vuonna 1948 todettiin, että alkoholismi kuuluu mielenterveystyön alueelle ja siten myös WHO:n toimialaan. Siksi alkoholismi ja alko-

holistien hoito oli WHO:ssa hyvin esillä 1950-luvulla.

1970-luvun puolivälissä, tarkalleen sanottuna vuonna 1975 pidetyssä yleiskokouksessa

WHO hyväksyi päätöksen, jossa käsiteltiin alkoholinkulutuksen terveydellisiä vaikutuksia eri kulutustasoilla. Tämä merkitsi painopisteen muutosta WHO:ssa ja ensimmäisen kerran puhuttiin hoidon lisäksi myös ennaltaehkäisevästä toiminnasta.

WHO-EURO:n toiminta alkoholikentällä on ollut selvästi aktiivisempaa kuin WHO:n muiden aluetoimistojen tai päämajan toiminta. Hyvä esimerkki tästä on, että WHO-EURO oli yksi päätukijoista siinä tapahtumaketjussa, joka johti teoksen ”Alkoholipolitiikka. kansanterveydellinen näkökulma” julkaisemiseen vuonna 1975 (Bruun ym. 1975). Tämän niin kutsutun purppurakirjan ansiona voidaan pitkälti pitää sitä, että alkoholiasioita alettiin käsitellä myös kansanterveydellisestä näkökulmasta.

WHO-EURO hyväksyi vuonna 1980 tavoitteen, joka oli osa Terveyttä kaikille ohjelmaa, ja jonka mukaan jäsenmaiden olisi pyrittävä vähentämään alkoholijuomien kokonaiskulutusta 25 prosentilla vuoteen 2000 mennessä. Osana tämän tavoitteen saavuttamista Euroopan aluetoimisto hyväksyi ensimmäisen Eurooppalaisen alkoholiohjelman vuonna 1992. Ohjelmassa todettiin, että alkoholijuomien kokonaiskulutuksella ja alkoholihaitoilla on selvä yhteys. Yhtenä ohjelman tavoitteena oli, että jäsenmaat laatisivat omat kansalliset alkoholiohjelmansa, jotka tukeutuisivat ja noudattaisivat Euroopan alkoholiohjelmassa esitettyjä suuntaviivoja. Näin myös monessa jäsen-

maassa tapahtui ja vaikutti Euroopan alkoholiohjelman vaikutusta eri maiden alkoholipolitiikkaan pidä liioitella on se kuitenkin auttanut alkoholiasioiden nostamista poliittiseksi kysymykseksi monessa maassa (Österberg & Karlsson 2002).

Vuonna 1995 Suomeen laadittiin ensimmäinen alkoholiohjelma, ja WHO-EURO:n Pariisissa järjestämässä ministerikokouksessa hyväksyttiin Eurooppalainen julistus alkoholista (European Charter on Alcohol). Tämä julistus antoi suuntaviivat toiselle Eurooppalaiselle alkoholiohjelmalle, joka hyväksyttiin vuonna 1999. Tässä vuosia 2000–2005 koskevassa ohjelmassa oli selvästi nähtävissä painopisteen siirtyminen alkoholin kokonaiskulutuksen säätelystä alkoholihaittojen vähentämiseen (Tigerstedt & Karlsson 2003).

Viimeisin WHO-EURO:n suuren luokan panostus alkoholiasioihin oli vuonna 2001 Tukholmassa yhdessä EU:n kanssa järjestetty ministerikonferenssi. Sen teemana oli ”Alkoholi ja nuoret”. Tällä hetkellä näyttää kuitenkin siltä, että alkoholiasioiden painoarvo niin WHO-EURO:ssa kuin Geneven päämajassa olisi viime vuosina vähentynyt siinä määrin, ettei Euroopan alkoholiohjelma enää saa jatkoa vuoden 2005 jälkeen. Tämä johtuu osaltaan keskeisistä henkilövaihdoksista WHO:n sisällä, mutta myös WHO:n ja jäsenmaiden haluttomuudesta panostaa alkoholiasioihin WHO:n sisällä.

EU laajenee

EU:n yritykset yhtenäistää alkoholijuomien valmisteverotusta 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa johtivat vuonna 1992 kahden asiaa koskevan direktiivin hyväksymiseen. Toinen direktiivi koski alkoholijuomien valmisteverojen rakenteen yhtenäistämistä ja toinen alkoholijuomien valmisteverojen tasojen lähentämistä.

Valmisteverojen rakenteen yhtenäistävä direktiivi jakoi alkoholijuomat neljään ryh-

mään eli väkeviin alkoholijuomiin, välituotteisiin, viiniin ja olueen. Väkevien alkoholijuomien ja oluen valmisteverot tulee säätää suhteessa näiden juomien sisältämän alkoholin määrään. Välituotteita ja viinejä taas verotetaan juoman määrän perusteella siten, että juomat on jaettu alkoholipitoisuuden perusteella eri luokkiin ja kussakin luokassa vero on suhteessa juomalitrojen määrään.

Valmisteverojen tasojen yhtenäistäminen ei suuremmin onnistunut. Kullekin neljälle juomaryhmälle säädettiin vähimmäisverotaso ja väkeville alkoholijuomille myös tavoiteverotaso. Vähimmäisverot, joita kaikkien maiden on noudatettava, asetettiin kuitenkin varsin alhaiselle tasolle, ja viinien vähimmäisveroksi säädettiin nolla euroa (taulukko 1). Näin ollen vain muutama jäsenmaa joutui vuonna 1993 nostamaan alkoholijuomien veroja sisämarkkinoiden tullessa voimaan.

Kun EU ei kyennyt yhtenäistämään alkoholiveroja hallinnollisesti, jäi tämä tehtävä markkinoille. EU:n komissio ei kuitenkaan uskonut markkinoiden suoriutuvan tästä vain rajojen avautumisen turvin, joten se päätti avittaa niitä poistamalla alkoholijuomien verotonta matkustajatuontia rajoittavat kiintiöt vuoden 1993 alusta.

Kun Suomi ja Ruotsi liittyivät EU:n jäseniksi vuonna 1995, ne saivat oikeuden rajoittaa matkustajien verottomasti tuomien alkoholijuomien määrää kahtena ensimmäisenä jäsenvuotena. Vuonna 1996 Suomi onnistui pidentämään poikkeusta. Ehtona oli, että tuontikiintiöitä oli siirtymäkautena nostettava asteittain ja että kiintiöistä oli lopullisesti luovuttava vuoden 2004 alussa (Österberg 2002b).

Ennen EU-jäsenyyttä suomalaisten matkustajien vuosittain verottomasti tuomat alkoholimäärät olivat varsin vähäisiä. Vuoden 1992 tuonniksi on arvioitu noin 3 miljoonaa litraa väkeviä alkoholijuomia, noin 4 miljoonaa litraa viinejä ja noin 4 miljoonaa litraa olutta. Vuonna 1995 tuontikiintiöt nousivat, ja alkoholintuontioikeutta rajoittavat määräykset matkan kestosta poistuivat. Matkustajien alkoholintuonti kasvoikin sitten huomattavasti. Eri tutkimusten mukaan vuosittaiset tuontimäärät olivat EU-jäsenyyden alkuaikoina noin kuusi miljoonaa litraa väkeviä alkoholijuomia, lähes 10 miljoonaa litraa viinejä ja noin 30 miljoonaa litraa olutta.

Toukokuussa 1996 alkoholijuomien tuontiin kolmansista maista ryhdyttiin uudelleen soveltamaan 20 tunnin aikarajaa, eivätkä tuontikiintiöt ole olutta lukuun ottamatta enää nousseet. Vaikka eri tutkimukset antavat jälleen hieman erilaisia lukuja, ne kaikki kertovat mat-

kustajien alkoholintuonnin pysyneen ennallaan tai jopa hieman vähentyneen sitten vuoden 1996. Vuonna 2002 matkustajien alkoholintuonniksi voidaan arvioida noin 5 miljoonaa litraa väkeviä alkoholijuomia, alle 10 miljoonaa litraa viinejä ja vajaat 30 miljoonaa litraa olutta.

Suomen samoin kuin monien muidenkin maiden kokemukset osoittavat selvästi, että matkustajien alkoholintuontia säätelevät kiintiöt ja matkan kestoa koskevat aikarajoitukset ovat ehkäisseet matkustajien alkoholintuontia sekä mahdollistaneet korkean alkoholiverotuksen. Nämä seikat ovat tukeneet alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen vähentämispyrkimyksiä sekä taanneet valtiolle huomattavat alkoholitulot. Tammikuun 1. päivänä vuonna 2004 tämä viivytystaistelu päättyi, kun Suomi ryhtyi vuonna 1996 tekemänsä sopimuksen mukaan noudattamaan EU:n sisämarkkinoilla yleisesti voimassa olevia säädöksiä matkustajien oikeudesta tuoda verovapaasti alkoholijuomia toisista jäsenmaista. Vaikka alkoholijuomien verotonta matkustajatuontia ei enää voidakaan rajoittaa määrällisten tuontikiintiöiden avulla, on verovapaan tuonnin ehtona yhä alkoholijuomien tulo omaan käyttöön ja niiden tuonti maahan matkustajan itsensä toimesta.

Verottaman alkoholintuonnin kiintiöt poistuivat tammikuun 1. päivänä 2004 vanhoista EU-maista. Varsinainen alkoholimatkatulo kuitenkin alkaa, jos on alkaakseen, vasta toukokuussa 2004, kun Virosta tulee EU:n jäsen, vaikka Suomen alkoholiveroja on sitä ennen alennettu tuntuvasti. Tähän vaikuttavat muun muassa seuraavat seikat. Alkoholijuomien hintataso on Virossa selvästi alhaisempi kuin Suomessa. Kirkkaiden viinujen hinnat ovat edelleen vain noin kolmannes Suomen hinnoista. Myös olutta, long drink-juomia ja väkeviä viinejä saa Virosta selvästi halvemmalla kuin Suomesta. Kohtuuhintaiset viinit ovat Virossa sen sijaan vain noin kolmanneksen halvemmat kuin Suomessa. Matkustusaika Viroom on varsin lyhyt. Nopeimmilla laivoilla matkan taittaa alle kahdessa tunnissa. Lisäksi Suomen asutuksen painopiste on Etelä-Suomessa ja pääkaupunkiseudulla, mikä lisää ostosmatkojen todennäköisyyttä.

TAULUKKO 1. Alkoholiverotus nykyisissä EU-maissa, EU:n hakijamaissa sekä EEA-maissa tammikuussa 2004, euroa litralta puhdasta alkoholia*

Maa	Väkevät alkoholijuomat	Välituotteet	Viinit	Olut
EU:n minimivero	5,50	2,50	0,00	1,87**
Romania	1,50	2,35	0,30	1,33
Bulgaria	2,57	2,57	0,00	1,35
Kypros	4,28	0,00	0,00	4,33
Slovakia	6,06	3,23	0,00	1,82
Slovenia	7,07	3,54	0,00	6,98
Italia	7,31	3,12	0,00	3,98
Espanja	7,40	2,75	0,00	1,77
Unkari	7,56	2,89	0,29	4,13
Tšekin tasavalta	8,31	8,31	0,00	1,88
Latvia	8,47	5,99	4,20	1,97
Portugali	8,98	2,91	0,00	3,10
Liettua	9,27	5,95	3,95	2,03
Viro	9,27	5,68	6,04	3,52
Kreikka	9,45	2,60	0,00	2,83
Puola	9,63	1,47	2,70	3,75
Itävalta	10,00	4,06	0,00	5,20
Luxemburg	10,41	3,72	0,00	1,98
Saksa	13,03	8,50	0,00	1,97
Ranska	14,50	11,86	0,31	2,60
Belgia	16,61	5,51	4,28	4,28
Alankomaat	17,75	5,70	5,37	5,02
Sveitsi	18,84	9,42	0,00	3,22
Tanska	20,20	7,89	8,63	9,31
Malta	23,32	2,59	0,00	1,87
Iso-Britannia	27,76	16,68	20,47	17,34
Turkki	34,45	10,55	11,51	12,66
Irlanti	39,25	22,01	24,82	19,87
Suomi ***	50,46	39,24	21,41	28,59
Ruotsi	55,19	27,62	22,09	16,18
Norja	67,29	43,85	43,85	43,85
Islanti	74,27	59,28	47,15	36,25

Lähde: CEPS

* Laskelmat perustuvat seuraaviin viinien ja välituotteiden alkoholipitoisuuksiin: viini 11 tilavuusprosenttia ja välituotteet 18 tilavuusprosenttia.

** EU:n minimivero oluelle on joko 1,87 euroa hehtolitralta ja tilavuusprosenttia kohti tai 0,748 euroa hehtolitralta ja Platoastetta kohti.

*** Suomen verot 1.3.2004 lähtien ovat väkevät alkoholijuomat 28,26, välituotteet 23,65, viinit 19,27 ja olut 19,4.

Viron tämänhetkistä matkailullista suositusta voi kuvata toteamalla, että vuosittain suomalaiset tekevät sinne yli kaksi miljoonaa matkaa. Näiltä matkoilta suomalaiset tuovat tätä nykyä keskimäärin litran väkeviä alkoholijuomia, litran viinejä tai välituotteita ja kahdeksan litraa olutta. Voimassa olevien tuontikiintiöiden, litra väkeviä alkoholijuomia tai kaksi litraa välituotteita ja kaksi litraa viinejä sekä 16 litraa olutta, ja 20 tunnin aikarajan voidaan

katsoa tehokkaasti rajoittaneen matkustajien alkoholintuontia.

Hallitus ilmoitti pyrkivänsä alkoholijuomien verojen alentamisella ehkäisemään matkustajien alkoholijuomien tuontia Virosta. Veronalennukset painottuivatkin juomiin, joissa hinnanero Viron ja Suomen välillä oli huomattavin. Veronalennuksista huolimatta hallitus arvioi alkoholijuomien matkustajatuonnin Virosta lisääntyvän, joten tässä mielessä hallituk-

sen esittämiä veronalennuksia voidaan pitää kohtuullisina tai jopa välttämättöminä.

On arvioitu että alkoholijuomien verojen alentaminen, matkustajatuontikiintiöiden poistuminen ja Viron liittyminen EU:n jäseneksi kasvattavat alkoholin kokonaiskulutusta nykyisestä 9,3 litrasta noin 11 litraan asukasta ja vuotta kohti. Tämä merkitsisi huomattavaa lisäystä alkoholin aiheuttamiin haittoihin. Veronalennuksista pidättäytyminen olisi johtanut nykyistä huomattavasti laajempaan alkoholijuomien matkustajatuontiin. On arvioitu, että

ilman veronalennuksia matkustajat olisivat tuoneet Virosta vuositasaalla alkoholimäärän, joka olisi ollut noin kolme litraa puhdasta alkoholia asukasta ja vuotta kohti. Tästä osa olisi ollut kotimaisten ostojen korvautumista tuontialkoholilla, joten kokonaiskulutuksen arviointiin tässä vaihtoehdossa jäävän jonkin verran alle 11 litran. Näin ollen myös verojen alentamatta jättäminen olisi lisännyt huomattavasti alkoholin kokonaiskulutusta ja alkoholihaittoja.

Hallituksen periaatepäätös ja uusi alkoholiohjelma

Suomalaisen alkoholikontrollin tukipilareita ovat perinteisesti olleet alkoholin saatavuuden tiukka kontrolli, korkeat alkoholijuomien hinnat ja yksityistä voitontavoittelua ehkäisevä kokonaisvaltaisen valtion alkoholimonopoli. Kuten edellä on todettu, alkoholin saatavuus on Suomessa parantanut erittäin merkittävästi viimeisen puolen vuosisadan aikana ja saatavuutta rajoittavien keinojen valikoima on supistunut selvästi. Kokonaisvaltaisesta alkoholimonopolista on jäljellä vain yli 4,7 tilavuusprosenttisten alkoholijuomien vähittäismyyntimonopoli. Kolmas perinteisen alkoholikontrollin tukipilari eli korkeat alkoholiverot on heikentynyt maaliskuussa 2004. Odotettavissa olevaa alkoholin kokonaiskulutuksen ja alkoholihaittojen kasvua on siis pyrittävä torjumaan uusien keinoin. Edellä on myös käynyt ilmi, että apua ei tässä yhteydessä ole odotettavissa EU:sta tai WHO:sta. Itse asiassa EU:ssa vallalla oleva alkoholiverojen markkinaehtoinen yhtenäistäminen on ongelmallisempi vaihtoehto kuin verojen yhtenäistäminen hallinnollisin päätöksin, koska markkinat harmonisoivat veroja kohti alempia verotasoja. Jos siis haluamme ehkäistä alkoholihaittojen kasvua, sen on tapahduttava kotimaisin ehdoin ja ponnistuksin.

Vanhasen hallituksen ohjelmassa todetaan muun muassa, että hallitus tekee alkoholihaittojen ehkäisyä koskevan ohjelman ja antaa alkoholiasioista valtioneuvoston periaatepäätöksen. Tuo periaatepäätös annettiin syksyllä 2003,

ja se oli ensimmäinen hallituksen alkoholia koskeva kannanotto sitten hallituksen iltakoulun muistion vuodelta 1996, jossa Lipposen ensimmäinen hallitus lausui yleiset linjauksensa tulevien vuosien alkoholipolitiikasta. Periaatepäätöstä valmisteltiin erityisessä peruspalveluministeri Hyssälän nimeämässä johtoryhmässä, jossa mukana olivat kaikki keskeiset asiaa koskevat ministeriöt.

Periaatepäätöksen tavoitteena on alkoholista aiheutuvien haittojen ehkäisy, joka voidaan jakaa kolmeen ala-osioon. Nämä ovat lasten ja perheiden hyvinvointi, riskikäytön vähentäminen ja alkoholin kokonaiskulutuksen kasvun hillitseminen. Keinoina näiden tavoitteiden saavuttamiseksi mainitaan muun muassa alkoholijuomien hinnan ja saatavuuden hallinta, paikallisten toimien tukeminen sekä yhteiskunnallinen viestintä. Ideana on, että ensiksi valtioneuvosto esittää poliittisen tahtonsa periaatepäätöksen muodossa ja sen jälkeen laaditaan uusi alkoholiohjelma edistämään tätä tahtotilaa.

Syksyllä 2003 ja keväällä 2004 valmistettava uusi alkoholiohjelma koskee vuosia 2004–2007. Valmistelusta ei enää vastaa edellisten ohjelmien tapaan päihde- ja raittiusasiain neuvotelukunta vaan korkean tason virkamiestyöryhmä, jota johtaa STM:n osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson. Muut valmisteluryhmän jäsenet tulevat Sisäasiainministeriöstä, Opetusministeriöstä, KTL:stä ja Stakesista.

Alkoholiohjelma nähdään eräänlaisen saateenvarjoprojektina, jonka alle koko alkoholi-poliittinen toimijakenttä voidaan sovittaa. Tavoitteena on, että kansallinen alkoholiohjelma vuosille 2004–2007 sisältäisi muun muassa tilannearvion Suomen alkoholioloista, jonka valmistelusta vastaavat Stakesin alkoholi- ja huume tutkimusryhmä yhdessä Kansanterveyslaitoksen kanssa. Ohjelman on myös määrä sisältää kuvaus valtionhallinnon toimista sekä jatkuvasti päivitettävä osio kumppanuussopimuksista alkoholihaittojen ehkäisyssä. Kumppanuussopimusten ideana on, että kansallista alkoholiohjelmaa toteuttamaan kutsutaan mukaan kaikki toimijat, kunnat etunenässä. Tä-

män jälkeen alkoholiohjelman eri tavoitteista neuvotellaan ministeriön ja mahdollisten kumppaneiden kesken ja sovitaan miten kukin kumppani sitoutuu ohjelman tavoitteisiin. Vähimmäisedellytyksenä on kuitenkin sitoutuminen alkoholista aiheutuvien haittojen ehkäisyyn. Kumppani on myös oikeutettu osallisuuteen alkoholiohjelman kokonaisuudesta ja saa luvan käyttää ohjelman logoa ja ohjelman tiedostusmateriaalia. Mitään erillisrahoitusta valtion puolelta eivät nämä kumppanuussopimukset kuitenkaan sisällä. Tämän lisäksi ohjelma sisältää viestintäsuunnitelman, jota valmistelemaan on nimetty erillinen työryhmä.

LÄHTEET

- 2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta (2001) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Alavaikko, M., Österberg, E. (1999). Alkoholiiin kytkeytyvät elinkeinointressit Suomessa 1990-luvulla. Yhteiskuntapolitiikka 64 (4): 301–316.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.-J., Sul-kunen, P., Österberg, E. (1975). Alkoholipolitiikka - kansanterveydellinen näkökulma. Alkoholitutkimus-säätiö, Helsinki.
- Esitys kansalliseksi alkoholiohjelmaksi vuosiksi 1996–1999. (1995). Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:28. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Karlsson, T. (2001). Onks' tietoo? Arviointi kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanosta. Teoksessa: 2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1995:29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. 45–84.
- Onks tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi. (1997). Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:14. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Tigerstedt, C., Karlsson, T. (2003). Vaivalloinen irtiotto. Tommi 2003. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huume tutkijain seura ry, Keuruu. 49–66.
- Warpenius, K. (2002). Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Stakes, Raportteja 270. Helsinki.
- Österberg, E. (2002a). Alkoholipolitiikan murros 1990-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, M., Kautto, M. (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki. 230–248.
- Österberg, E. (2002b). Onko vuosi 2004 kohtalokas alkoholiveroillemme? Yhteiskuntapolitiikka 67(3): 234–244.
- Österberg, E. (2003). Vuosi 2004 – legenda jo vuodesta 1994, Tommi 2003. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huume tutkijain seura ry, Keuruu. 31–48.
- Österberg, E., Karlsson, T. (Eds.) (2002). Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Stakes, Helsinki.

Miten saada päihdetyö tavaksi terveydenhuollossa

ANNELI PIENIMÄKI

Päihdeongelmaisia hoidetaan Suomessa nykyisin varsin kalliilla tavalla: Ongelman annetaan kasvaa suureksi ennen kuin siihen tarjotaan apua. Varhaisvaiheessa ongelmia tunnistetaan harvoin tai ei lainkaan, ja siksi hoitoa ja muuta tukea ei myöskään usein tarjota. Alkoholiongelman varhaisvaiheen tunnistaminen ja ratkaisuvaihtoehtojen esille tuominen olisi kuitenkin paljon edullisempaa niin yksilön kuin yhteiskunnan kannalta.

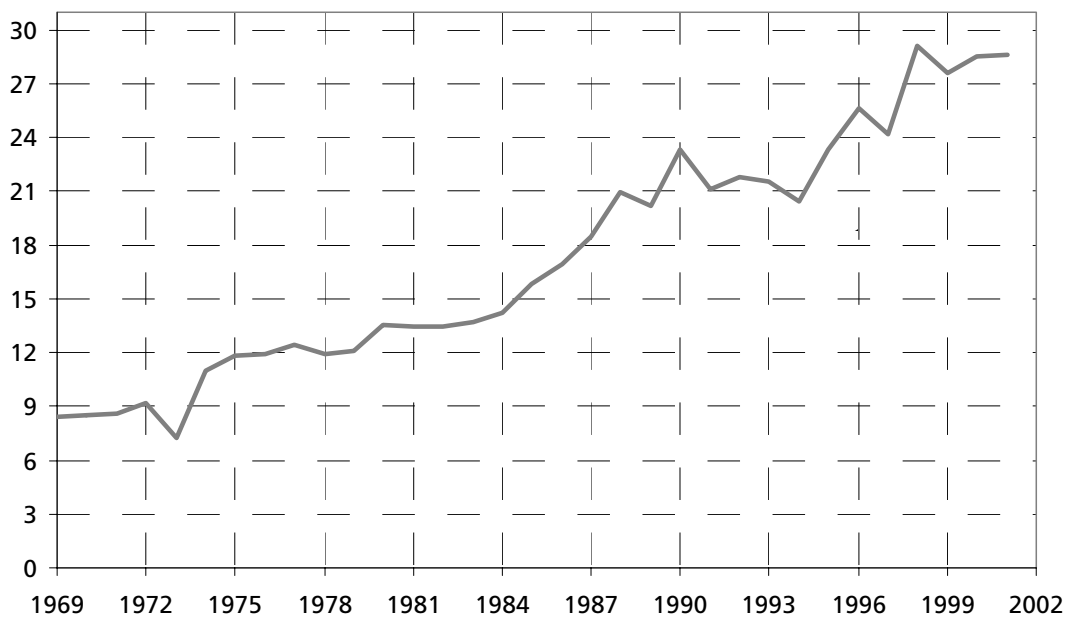
Alkoholin suurkulutus on Suomessa yksi suurimpia yksittäisiä väestön terveysriskejä. Kansallisessa terveyshankkeessa se on nimetty jopa suurimmaksi väestön terveyttä uhkaavaksi tekijäksi, koska sen haittavaikutukset kertaantuvat, eivätkä rajoitu pelkästään alkoholin suurkuluttajaan itseensä.

Alkoholin riskikäyttäjiä oli Suomessa vuoden 2000 Juomatapatutkimuksen³ mukaan 5–6 % naisista ja miehistä jopa 23–24 %. Heillä oli niin sanottuja Audit-pisteitä 11 tai enemmän. Audit-mittari on kehitetty erityisesti varhaisvaiheen alkoholin riskikulutuksen havaitsemiseen, pisteet vaihtelevat nolasta neljäänkymmeneen. Täysin raittiilla henkilöllä summapistemääräksi on asetettu nolla. Riskikäytön rajana pidetään yleensä kahdeksaa pistettä, mutta juomatapatutkimuksessa tätä rajaa oli

korotettu 11 pisteeseen. Siitä huolimatta ainakin joka viides suomalainen mies voidaan tutkimuksen mukaan luokitella riskikäyttäjäksi. Audit-mittarilla mitataan käyttömäärien lisäksi myös muun muassa alkoholin aiheuttamia sosiaalisia haittoja. Yleinen arvio on, että jollain tavoin alkoholiongelmaisia olisi noin kymmenen prosenttia koko Suomen väestöstä.

Alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa noussut 1,7 litraa henkeä kohti vuosina 1985–2002. Vuonna 2002 alkoholia kulutettiin 9,3 litraa asukasta kohti. Kokonaiskulutuksen kasvu tarkoittaa aina todennäköisesti myös suurkäyttäjien määrän kasvua. Mitä enemmän alkoholia kulutetaan sitä enemmän on yleensä myös suurkäyttäjiä. Alkoholin suurkuluttaja on henkilö, joka juo pitkään niin suuria alkoholimääriä, että näiden on epidemiologisissa tutkimuksissa todettu lisäävän sekä sairastavuutta että kuolleisuutta. Keskikokoiselle miehelle tällainen viikkokulutuksen riskiraja on noin 280 g absoluuttista alkoholia (25 pulloa keskiolutta) ja naiselle noin 190 g (16 pulloa keskiolutta). Riskikäyttöä on myös runsas kertajuominen. Miehillä kertajuomisen riskiraja on yli 80 g absoluuttista alkoholia (7 pulloa keskiolutta) ja naisilla yli 60 g (5 pulloa keskiolutta).

³ Vuoden 2000 Juomatapatutkimukseen osallistui 1 932 15–69-vuotiasta suomalaista. Mustonen ym. 2000. Juomatapatutkimuksia on toteutettu kahdeksan vuoden välein vuodesta 1968 alkaen.



Lähde: Tilastokeskus; Stakes

KUVIO 1. Alkoholisairauksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolleet vuosina 1969–2001 100 000/asukasta kohden

Kuten yllä olevasta kuviosta näkyy, alkoholi-kuolemat ovat lisääntyneet Suomessa kolmesakymmenessä vuodessa noin kolminkertaisiksi. Alkoholin aiheuttamiin haittoihin kuolee Suomessa nykyisin yksi ihminen 2,5 tunnin välein, vuodessa se tekee yhteensä noin 3 200 ihmistä. Alkoholi aiheuttaa noin kuusi prosenttia kaikista kuolemantapauksista ja on merkittävin suomalaisen työikäisen miehen ennenaikaiseen kuolemaan johtava tekijä. Alkoholin suurkulutus on siis paitsi yleinen ongelma, alkoholi myös tappaa huomattavan määrän ihmisiä. Vertailun vuoksi voidaan esimerkiksi todeta, että liikenneonnettomuuksissa kuolee

vuosittain noin 450 ihmistä ja näistäkin kuolemista noin sadassa alkoholi on ollut mukana.

Sairaaloiden vuodeosastoilla kirjattiin vuonna 2001 yli 33 000 hoitajaksoa, joissa alkoholisairaus oli joko pää- tai sivudiagnoosi. Vuonna 2000 alkoholin yhteiskunnalle aiheuttamat välittömät kustannukset olivat noin 500–650 miljoonaa euroa, josta terveydenhuollon osuus oli noin 100 - 200 miljoonaa euroa. Esimerkiksi akuutin haimatulehduksen hoito maksaa erikoissairaanhoidossa noin 30 000 €. Samalla summalla voitaisiin tehdä systemaattiset seulat yhden yleislääkärin kaikille työikäisille potilaille (laskennallinen määrä 1 600 aikuispotilasta). (Seppä & Aalto 2003.)

Alkoholin käyttöä ei rohjeta ottaa puheeksi

Alkoholin käyttö ja siitä aiheutuvat haitat eivät edellä kerrottujen tilastolukujen valossa ole mitenkään marginaalinen ja ainoastaan hyvin pientä väestönosaa koskettava tekijä, vaan yksi vakavampia terveysuhkia. Siksi asiaan olisikin syytä tarttua ja tarjota aktiivisesti apua mah-

dollisimman varhaisvaiheessa. Varhaisvaiheen hoito olisi helpointa tarjota perusterveydenhuollossa. Nämä palvelut ovat parhaiten saatavilla ja ne ovat useimmiten asiakkaan ensikontakti sosiaali- ja terveydenhuollossa. WHO:n suosituksen mukaan jokaisen tervey-

denhuollon asiakkaan alkoholinkäyttötapa pitäisi selvittää ja todettuun riskikulutukseen tulisi puuttua. WHO:n suositus ei kuitenkaan useinkaan toteudu käytännössä.

Marja Aira (2000) selvitti väitöskirjatutkimuksessaan neljän itäsuomalaisen terveyskeskuksen terveyskertomuksia vuoden ajalta. Hän totesi lääkäreiden tehneen merkinnän alkoholinkäytöstä vain seitsemälle prosentille työikäisistä kävijöistä. Useimmiten merkintä koski humalassa asiointia päivystyksessä. Alkoholinkäytön täsmällisempää määrää oli arvioitu vain neljässä prosentissa merkinnöistä.

Aira myös haastatteli neljää terveyskeskuslääkärinä, ja he nimesivät haastattelussa erityisiä potilasryhmiä, joiden alkoholinkäyttöä tiedustellaan vielä muitakin harvemmin. Haastattelukommenteissa näkyi, että alkoholin käyttö koetaan edelleen arkaluontoiseksi asiaksi. Lääkärit pelkäsivät, että potilaat saattavat loukkaantua, jos heiltä tiedustellaan alkoholin käytöstä. Pelkona oli myös, että jo asiasta kysyminen saatetaan kokea epäilyksi alkoholin liikaikäytöstä. Erityisen vaikeaksi lääkärit kokivat alkoholin käytön puheeksi ottamisen, jos potilas vaikutti muuten herkkätunteiselta ja/tai oli ulkoiselta olemukseltaan siisti, työssä käyvä tai

hyvässä sosiaalisessa asemassa. Vanhusten alkoholiongelmat jäivät myös usein huomaamatta. Alkoholin väärinkäyttö on kuitenkin varsin ”demokraattinen” ongelma, joka koskettaa kaikkia väestöryhmiä.

Eräessä terveyskeskuksessa ihmeteltiin, kun vanhempi rouvashenkilö oli usein mustelmilla ja ruhjeilla, minkä johdosta hänen puolisoon alettiin epäillä pahoinpitelyä. Puoliso kuitenkin kertoi, että vaimolla on alkoholiongelma ja että tämä oli usein loukannut itseään humalassa ollessaan. Perheväkivalta on ollut vielä vahvempi tabu kuin alkoholi, mutta tehokkaan valistuksen ja tiedottamisen ansiosta sen puheeksi ottamiseen on onnistuttu luomaan käytäntöjä. Tässä esimerkissä sitä osatiin epäillä jopa paremmin kuin päihteiden käyttöä ja se myös otettiin rohkeasti ja ammatillisesti puheeksi.

Alkoholin käytöstä kysytään usein helpommin, jos käytön vaikutukset näkyvät jo päällepäin. Alkoholin riskikulutus ei kuitenkaan välttämättä näy ulospäin varhaisvaiheessa. Niinpä pitäisi löytää muita keinoja tunnistaa mahdollinen alkoholiongelma tai suurkulutus.

Jokaisella on henkilökohtainen suhde alkoholiin

Alkoholin käytön puheeksi ottamiseen liittyy monia asiaa vaikeuttavia tekijöitä. Kuten lääkäri Pekka Harve on joskus todennut: ”Meillä jokaisella on henkilökohtainen suhde alkoholiin.” Tuo suhde on usein varsin tunnepitoinen. Esimerkiksi tupakoinnin puheeksi ottamista ei jatkuvan onnistuneen valistustyön ansiosta enää koeta moralistisena tai henkilökohtaisesti loukkaavana kysymyksenä, kuten taas alkoholin käytöstä kysymistä. Liikalihavuuskin saatetaan ottaa helpommin puheeksi. Kaikki ovat kuitenkin elämäntaparisejää, joista alkoholiin liittyy edelleen vahvin tunnelataus.

Tunnelataus voi vaikuttaa jopa niin, että lääkäri tai vaikkapa terveydenhoitaja ei osaa-kaan toimia yhtä ammatillisesti kuin muuten

toimisi. Terveystenhoitohenkilöstö saattaa suhtautua asiakkaan mahdolliseen alkoholiongelmaan enemmän yksityishenkilönä kuin ammattilaisena. Alkoholin käyttö ja sen puheeksi ottaminen herättää niin monenlaisia ja ristiriitaisia tunteita, että ammattihenkilökin saattaa kadottaa oman ammattiroolinsa. Tämä voi johtaa siihen, että alkoholin käyttöä ei joko oteta lainkaan puheeksi tai se kuitataan esimerkiksi häveliäällä ”niin, sinähän et juurikaan käytä alkoholia” -toteamuksella. Tällaisen vähättelevän ja kiertelevän toteamuksen jälkeen asiakkaan on erittäin vaikea tunnustaa mahdollisia asiaan liittyviä ongelmiaan tai ottaa niitä millään tavoin puheeksi. Ammattihenkilö myös viestittää käytöksellään epäsuorasti, että tällai-

set ongelmat eivät ole suotavia eikä niistä sovi puhua, edes ammattilaiselle. Ammatillisuus on todellakin kadoksissa.

Muotitermiä ”asiakslähtöisyys” voidaan myös käyttää esteenä alkoholin puheeksi ottamiselle. Kerrotaan, että tehdään työtä asiakaslähtöisesti ja että tartutaan vain niihin asioihin, joita asiakas itse ottaa esille. Asiakslähtöisyydellähän tarkoitetaan asiakkaan tarpeista lähtevää toimintaa, mutta asiakkaan tarpeet voivat olla laajemmat kuin mitä hän itse ottaa puheeksi. Alkoholin käyttö on asia, joka asiak-

kaan on yhtä vaikea, ellei vaikeampikin, ottaa puheeksi kuin henkilökunnan. Henkilökunta voi kuitenkin tehdä sen ammatillisesti, ja esimerkiksi kyselylomakkeet antavat usein hyvän syyn kysyä asiaa (Seppä ja Aalto 2001). Ammatihenkilön on myös helpompi havaita mahdollinen yhteys asiakkaan terveysongelmien ja alkoholin käytön välillä. Vastuuta alkoholin käytön puheeksi ottamisesta ei voi sysätä asiakkaan tai potilaan itsensä harteille, vaan se on ammatihenkilöstön tehtävä.

Ei ole aikaa?

Perusterveydenhuollossa vedotaan usein ajan puutteeseen selityksenä sille, että alkoholin käytöstä kysytään harvemmin. Tämä herättää kysymyksen, pidetäänkö alkoholia todella vakavana terveyshaittana. Jos alkoholi nähdään vakavasti henkilön terveyttä uhkaavana tekijänä, eikö sen puheeksi ottamiseen silloin tulisi olla aikaa?

Saatetaan jopa vedota siihen, että alkoholin käyttöä ei haluta ottaa vastaanottotilanteessa puheeksi siinä pelossa, että asiakkaalla todella on ongelma, joka ryöpsähtää silmille asiaa kysyttäessä. Annettaisiinko muiden vastaavanlaisten terveyshaittojen muhia samalla tavalla rauhassa asiaan reagoimatta? Jos lääkäri esimerkiksi epäilisi potilaalla olevan diabetes, jättäisikö hän asian tutkimatta siinä pelossa, että näin todella on ja että hänellä ei olisi aikaa hoitaa

potilasta? Tai jos epäiltäisiin, että potilaalla on korkea verenpaine? Ehkä kyse on enemmän siitä, että päihdeongelman hoitoon ei perusterveydenhuollossa ole yhtä vakiintuneita käytäntöjä, miten asia tutkitaan ja miten sitä hoidetaan eteenpäin.

Terveydenhuollon työntekijät ilmoittavatkin joskus, että heillä ei ole riittävästi ammatitaitoa päihdeongelman kohtaamiseen ja hoitamiseen. Kertooko tämä sitten koulutuksen vai jo edellä mainittujen käytäntöjen puuttumisesta? Päihdeongelman puheeksi ottamista pidetään usein paljon vaikeampana ja monimutkaisempana asiana kuin se käytännössä onkaan. Kysehän on lopulta varsin yksinkertaisista asioista: miten paljon käytät alkoholia ja kuinka usein, millaisia mahdollisia haittoja siitä on.

Lääkäreiden koulutus alkoholiongelman hoidossa on vähäistä

Millerin ynnä muiden (2001) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan vuosikymmenen välein tehdyt tutkimukset osoittavat lääkäriksi opiskelevien negatiivisten asenteiden päihdeongelmaisia kohtaan lisääntyvän opiskelun myötä: toisen vuoden opiskelijoiden asenteet todettiin tutkimuksessa negatiivisemmiksi kuin ensimmäisen vuoden opiskelijoiden. Kaikkien

negatiivisimmin päihdeongelmaan asennoitui lääketieteellisen henkilökunta. Opiskelijoilta puuttuukin usein positiivinen roolimalli päihdeongelmaisten hoidossa. Suomessakin on tällä hetkellä vain yksi päihdelääketieteen professori.

Samaisen katsauksen mukaan yhdysvaltalaisissa yliopistoissa lääkärin koulutukseen kuuluu keskimäärin yhteensä noin 12 tuntia aihe-

seen liittyvää opetusta. Yleislääketieteen professorin Kaija Sepän mukaan Suomessa opetusta on ehkä hieman enemmän, mutta silti opetusta on kaiken kaikkiaan vähän ja lääkäriopiskelijoiden asenteet muuttuvat opiskelun myötä negatiivisiksi. Ongelmana on myös, että opetus on hajallaan ja opetusresurssit vähissä. Julkaistua tietoa päihdeopetuksesta Suomessa ei kuitenkaan ole.

Millerin ynnä muiden (2001) kirjallisuuskatsauksen mukaan lääketieteen opiskelijoiden epäpätevä ja riittämätön opetus riippuvuuson-

gelmaisten hoidossa johti siihen, että heillä ei ollut luottamusta omaan kykyihinsä hoitaa näitä ongelmia ja asenteet päihdeongelmaisista ja heidän hoitoaan kohtaan olivat negatiivisia. Tutkimukset osoittavatkin, että lääkäreillä on yleisesti negatiivinen ja pessimistinen käsitys päihdeongelmista ja niistä toipumisesta ja päihdeongelmia ei seuloita rutiininomaisesti. On hyvin yleistä, että lääkärit eivät tunne olevansa päteviä hoitamaan alkoholi-ongelmia ja eivät pidä työskentelystä alkoholi-ongelmaisten kanssa, eivätkä koe sitä palkitsevana.

Mikä on mini-interventio?

Mini-interventio tai lyhytneuvonta, kuten se on suomennettu, on suurkuluttajien hoitoon kehitelty varsin yksinkertainen menetelmä. Siinä ensin tunnustetaan potilas alkoholin suurkuluttajaksi. Tunnistamisen jälkeen asiakkaalle tai potilaalle annetaan tietoa alkoholin haitoista ja mahdollisesta yhteydestä hänen oireisiinsa. Potilaan kanssa myös keskustellaan, tunteeo hän tarvetta vähentää alkoholin käyttöään, ja potilaan niin halutessa määritellään tavoite käytön vähentämiseksi. Potilasta motivoidaan juomatapojen muuttamisessa ja ohjataan henkilökohtaisen tavoitteiden asettamisessa. Tämän jälkeen sovitaan useimmiten vielä seuranta-käynti tai -käyntejä. (Inkinen 1999.)

Mauri Aallon väitöskirjatutkimuksessa (2001) testattiin mini-intervention tehoa 414:n

alkoholin varhaisvaiheen suurkuluttajan ryhmässä. Tutkimus toteutettiin osana terveyskeskuksen toimintaa usean vuoden aikana. Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksessa käyvistä työikäisistä joka viides mies ja joka neljästoista nainen oli alkoholin suurkuluttaja. Noin puolet heistä oli halukkaita osallistumaan mini-interventio hoitoon.

Mini-interventiomalli ei ole kuitenkaan ole vakiintunut toimivaksi käytännöksi. Haasteena on, miten saada mini-interventiomalli integroitua terveydenhuoltoon ja sen toimintatapoihin, niin että sen käyttö olisi vakiintunutta eikä vain erityishankkeisiin ja -projekteihin liittyvää.

Mini-interventio puhuttaa

Mini-intervention tehoa on tutkittu paljon ja tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia, vaikka valtaosaltaan myönteisiä. Wilkin ym. (1997) tekemän meta-analyysin mukaan suurkuluttajat, joille tehtiin mini-interventio olivat kaksi kertaa todennäköisemmin kohtuukäyttäjää vuoden kuluttua interventiosta verrattuna suurkuluttajiin, joille vastaavaa interventiota ei tehty. Fleming ym. (1997) päätyivät omas-

sa satunnaistetussa kokeessaan siihen, että osanottajien viikoittainen alkoholinkulutus aleni merkittävästi mini-intervention seurauksena.

Kari Poikolaisen (1999) meta-analyysin mukaan toistuviin käynteihin perustuva neuvonta vähensi naisten viikoittaista alkoholinkulutusta 51 g, kun taas hyvin lyhyellä neuvonnalla (5–20 min.) ei ollut vaikutusta. Mie-

hillä vähenemä oli suunnilleen sama, mutta tulokset eivät olleet tilastollisesti riittävän samankaltaisia, jotta ne voitaisiin yleistää. Poikolaisen mukaan tulosten vaihteluiden syitä olisi tutkittava tarkemmin, jotta neuvonnan vaikuttavuutta voitaisiin parantaa ja hyödyistä voitaisiin olla varmempia.

Beich ym. (2002) tekivät kvalitatiivisen haastattelututkimuksen seulontojen ja mini-intervention tekemisestä. Heidän haastattelemansa lääkärit olivat yllättyneitä siitä, kuinka vaikeaa oli muodostaa toimiva työskentelysuhte niiden henkilöiden kanssa, joilla oli tarvetta neuvonnalle alkoholinkäytön suhteen. Osa heistä myös ilmaisi, ettei heillä ollut tarpeeksi luottamusta omiin kykyihinsä neuvoa ihmisiä tehokkaasti elämäntapakysmyksissä. Haastatellut lääkärit eivät olleet valmiita suosittelemaan mini-intervention käyttöä, vaikka he pitivät tärkeänä neuvoa potilaitaan alkoholin käytön suhteen. Heidän mielestään mini-intervention tekeminen häiritsee perusterveydenhuollon normaalirutiineja, mutta sillä ei kuitenkaan pystytä auttamaan kaikkia ongelmakäyttäjiä. Johtopäätöksenä Beich ja kumppanit esittävät, että terveyden edistämisen ohjelmien tulisi ottaa huomioon kunkin kontekstin ammatilliset, käytännölliset, tekniset ja eettiset tekijät.

E erityisen vaikeana tutkimukseen osallistuvat lääkärit pitivät nuorten alkoholikäytön seulontaa ja puheeksi ottoa. Heidän mielestään ehkäisevän päihdetyön tekeminen nuorten parissa olisi paremminkin muiden tahojen, kuten perheiden tehtävä. Lääkäreiden mielestä nuoret usein ”kasvavat ulos” haitallisesta juomisesta. Lea Pulkkisen (2003) tutkimukset kuitenkin osoittavat, että varhaisnuorilla, jotka käyttävät alkoholia säännöllisesti ja ovat toisinaan humalassa, on vakava riski tulla alkoholi-

ongelmaiseksi aikuisiässä. Pulkkisen tutkimuksessa on seurattu samojen henkilöiden kehitystä 8-vuotiaista 42-vuotiaiksi.

Tuoreena esimerkkinä mini-intervention herättämästä keskustelusta on BMJ-lehden internetsivuilla (www.bmj.com) käytävä kiivas palautekeskustelu Beich'n ynnä muiden (2003) tekemästä meta-analyysistä. Analyysissä päättyttiin siihen, että alkoholin käytön seulonta ei olisi hyvä lähtötilanne mini-interventioiden tekemiselle, vaikka kaikki läpikäyty tutkimustulokset suosivat ainakin jossain määrin seulontojen ja mini-intervention tekemistä. Heidän läpikäymässään aineistossa yhteensä tuhannesta henkilöstä 90 oli seulontojen mukaan alkoholin suurkäyttäjiä, heistä vain 25:lle tehtiin mini-interventio ja vain 2–3 näistä vähensi juomistaan. Useimmat analyysissä siteeratut tutkijat kritisoivat, että heidän tekemänsä tutkimusta on tulkittu meta-analyysissä väärin. Analyysi on herättänyt muutenkin paljon kritiikkiä.

Kaija Seppä esimerkiksi kirjoittaa internetsivulla palautteenaan, että vaikka tulokset eivät ota huomioon tosielämän tilanteita. Tavanomaisella asiakaskäynnillä potilas ei joudu allekirjoittamaan tutkimussopimuksia osallistumisestaan tutkimukseen, mikä ehkä saa heidät suhtautumaan suopeammin interventioon. Toiseksi potilaat saattavat vähentää juomistaan, vaikka tulos ei olisikaan riittävän suuri, jotta se luokiteltaisiin tutkimuksessa ”onnistuneeksi” tulokseksi. Juomisen vähentäminen saattaa kuitenkin edesauttaa muutosprosessissa ja ehkäistä alkoholihaittoja. Pienikin vähentäminen saattaa myötävaikuttaa muiden asiaan liittyvien ongelmien vähenemiseen, esimerkiksi depression alenemiseen.

Muutos on hidaskprosessi

Päihteiden käytön vähentäminen ja lopettamisenhan ovat käyttäytymiseen liittyviä muutoksia, joiden toteutuminen on usein pitkä prosessi. Ongelmakäyttäjien toipuu harvoin ”ker-

rasta poikki” -periaatteella, vaan onnistuneisakin tapauksissa ihmisillä on ollut useimmiten monia hoitokokemuksia ja lopettamisyri-tyksiä. Epäonnistuneilta näyttävät hoitokoke-

mukset saattavat omalta osaltaan pohjustaa tulevaa muutosta.

Prochaskan ja DiClementen (1983) luoman muutosvaihe -mallin mukaan muutosprosessiin kuuluu ensinnäkin niin sanottu esiharkintavaihe (precontemplation) eli harkintaa edeltävä vaihe. Tällöin henkilö ei vielä lainkaan tiedosta, että hänellä on esimerkiksi päihdeongelma, eikä tunne minkäänlaista tarvetta muutokseen. Esiharkintavaiheen jälkeen ihminen siirtyy harkintavaiheeseen, jossa hän alkaa jo pohtia mahdollista ongelmaansa. Tässä vaiheessa hän on valmis ottamaan vastaan tietoa ja harkitsemaan muutosta. Ottamalla alkoholin käyttö puheeksi voidaan kenties havahduttaa esiharkintavaiheessa olevia ihmisiä tulemaan tietoiseksi omasta ongelmastaan ja ikään kuin siirtää häntä harkintavaiheeseen. Mini-interventio toimii kenties parhaiten nimenomaan harkintavaiheessa olevilla henkilöillä, mutta se voi myös kylvää siemenen, joka ehkä itää myöhemmin ja johtaa havahtumiseen.

Päihdeongelmien hoidossa tuloksellisuus on kaiken kaikkiaan hyvin ongelmallinen kysymys, koska ei ole olemassa mitään vakiintu-

nutta käsitystä siitä, mikä on päihdehoidon tulos.

Päihdepalvelujen laatusuosituksissa (2002) hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet päihdehoidossa on jaettu viiteen tasoon:

- 1) lievitetään asiakkaan päihteiden käytöstä aiheutuneita haittoja,
- 2) estetään erilaisin tukitoimin asiakkaan tilan ja/tai elinolojen heikentyminen,
- 3) erilaisten tukitoimien avulla asiakkaan tila ja/tai elinolot pysyvät ennallaan,
- 4) asiakkaan tilaa ja/tai elämäntilannetta pysytään osittain korjaamaan ja
- 5) asiakkaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen tilanne kohenee oleellisesti.

Tavoitteissa ei puhuta esimerkiksi pelkästään päihteiden käytön vähenemisestä, vaan laajemmin asiakkaan elämäntilanteesta ja sen koehenemisestä. Mikäli päihdehoidon tuloksellisuutta mitataan vain yhdellä mittarilla, mitä tietysti tutkimuksellisista syistä joudutaan usein tekemään, se voi vääristää kuvaa hoidon todellisista ja monipuolisista vaikutuksista.

Vuorovaikutus ratkaisee

Psykososiaaliset menetelmät eivät muutenkaan koskaan ole verrattavissa lääkehoitoon, joka ei ole yhtä riippuvainen lääkkeenantajasta. Psykososiaalisessa hoidossa asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus on hyvin keskeisessä asemassa ja vaikuttaa suuresti hoidon tuloksellisuuteen. Mini-interventiota tehdessäkin on hyvin tärkeää, että sitä toteuttava henkilö uskoo itse asiaansa, kokee sen tärkeäksi, luottaa omiin kykyihinsä sekä pyrkii rakentamaan avoimen ja luottamuksellisen suhteen asiakkaaseen.

Saarnio ja Mäntysaari (2001) ovat kokeilleet avopäihdehoidossa terapeutin arvioinnissa käytettäviä menetelmiä. Heidän tulostensa mukaan työntekijän empaattisuus, aitous, asiakkaan kunnioittaminen ja konkreettisuus ovat hyvin merkittäviä hoitosuhteen jatkuvuu-

den kannalta. Mitä paremmiksi terapeutin vuorovaikutukselliset ominaisuudet arvioitiin, sitä parempi oli asiakkaan arvio heidän suhteestaan ja sitä harvemmin hän keskeytti hoidon.

Ulkomaisissa tutkimuksissa on myös havaittu, että eri terapeuttien tuloksellisuus vaihtelee, ja vaihtelu on potilaasta tai terapeutin ammatillisesta taustasta riippumatonta. Esimerkiksi Kleinmanin ynnä muiden (1990) tutkimuksessa havaittiin, että seitsemän eri päihdeterapeutin onnistumisasteet vaihtelivat 14:stä 81 prosenttiin. Itse asiassa hoidon onnistuminen ja jatkuminen riippui eniten siitä kuka potilaan terapeutina oli, mikään potilaaseen liittyvä ominaisuus (ikä, pidätysten lukumäärä, koulutus, päihdeongelman aste tms.) ei merkinnyt yhtä paljon hoidon keskeytyemisessä.

Tavoitetilassa päihdetyötä tehdään jatkumona

Ehkäisevää päihdetyötä ja hoitotyötä on perinteisesti tehty hyvin erillään toisistaan. Peruspalveluissa tehtävän varhaisvaiheen hoidon ja avun tarjoamisen asema ja käytännöt ovat jääneet muodostumatta lähes kokonaan. Kuitenkin varhaisvaiheen hoito olisi juuri olennainen tekijä ennalta ehkäisevän työn ja päihdehuollon erityispalveluiden välissä. Tämän niin sanotun sekundaariprevention tulisi alkaa siitä mihin ennalta ehkäisevä työ päättyy, mutta mihin päihdehuollon erityispalvelut eivät vielä ulotu. Päihdetyön eri osien tulisi muodostaa saumaton kokonaisuus.

Ennalta ehkäisevä työ eli primaaripreventio kohdistuu joko koko väestöön tai kohdennetumpana esimerkiksi nuoriin. Riskiryhmä-ehkäisy eli sekundaaripreventio taas liikkuu nimensä mukaisesti päihteidenkäytön riskialueella. Sitä voidaan toteuttaa sekä kaikille riskikäyttäjille suunnattuna valistuksena, kuten kotiin jaettavina tiedotteina tai sitten henkilö-

kohtaisesti palveluiden piirissä. Kohdennettujen toimenpiteiden tulisi edetä samaa tahtia päihdeongelman kanssa, toisin sanoen suurkulutukseen tarjottaisiin tukea ja apua jo varhaisvaiheessa ja siitä eteenpäin ongelman mahdollisesti laajetessa tarjottaisiin aina vastaavaa hoitoa. Olisi suotavaa, että asiaan reagoitaisiin ennen kuin ongelma muodostuu niin pahaksi, että tarvitaan päihdehuollon erityispalveluita niihin vastaamaan. Nykyisin asiakkaat kuitenkin usein saavat apua päihdeongelmaansa ensi kertaa nimenomaan erityispalveluissa.

Päihdepalvelujen laatusuosituksissa suositellaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi vähintään yksi päihdetyöhön erikoistunut työntekijä, jonka tehtävänä on asiakastyön lisäksi kouluttaa muita oman yksikönsä työntekijöitä ja tehdä yhteistyötä muiden päihdetyötä tekevien ja eri viranomaistahojen kanssa.

Päihdetyön käytäntöjen luominen ja kouluttaminen haasteena

Näyttäisi siltä, että suurin este alkoholin käytön puheeksi ottamiselle ja alkoholihaittojen hoitamiselle terveydenhuollossa on se, että siitä ei ole muodostunut rutiinitoimenpidettä terveydenhuollossa (Seppä ym. painossa, Aalto ym. 2003). Alkoholin käytöstä on vaikea puhua, koska siihen ei ole olemassa vakiintuneita käytäntöjä. Perusterveydenhuollossa puuttuu myös usein rutiinikäytännöt, joiden mukaan toimittaisiin, jos asiakkaalla todella on alkoholi-ongelma tai riskikäyttöä. Jos alkoholin käytöstä kysyminen olisi rutiinitoimenpide, joka sisältyisi luonnollisena osana terveydenhuollon toimintaan, kenellekään tuskin tulisi mieleen kyseenalaistaa sen asiaan kuuluvuutta. Olisikin toivottavaa, että väittelystä – kuuluuko alkoholi-ongelman hoito ja ennalta ehkäisy terveydenhuollon tehtäviin vai ei – päästäisiin pikku hiljaa pohtimaan, miten sitä voitaisiin peruster-

veydenhuollossa toteuttaa: Ryhdyttäisiin miettimään käytäntöjä ja toimintamalleja.

Muidenkin sairauksien hoidossa saattaa olla useita mahdollisia toimenpiteitä, joista valitaan potilaalle ja hänen ongelmaansa parhaiten sopiva. Miksi tällainen käytäntö ei olisi mahdollista myös päihdeongelman hoidossa? Tätä mallia toteutetaan jo päihdehuollon erityispalveluissa, joissa esimerkiksi pyritään valitsemaan asiakkaalle parhaiten soveltuva laitoshoitopaikka. Samoin avohoidossakin terapeutti pyrkii yleensä etsimään kyseiselle asiakkaalle toimivia lähestymistapoja.

Mini-interventio on todettu useissa tutkimuksissa erittäin tehokkaaksi, toisissa tulokset ovat olleet vaatimattomampia. Todennäköisesti mini-interventio on joillekin asiakkaille erittäin toimiva toimenpide ja silloin sitä kannattaa käyttää. Ammattihenkilön tehtäväksi jääkin

tunnustella ja tunnistaa, mikä toimenpide voisi olla paras kullekin asiakkaalle. Tämä vaatii myös uusien toimintamallien ja menetelmien luomista sekä niiden tuntemista. Mini-interventiota ja sen tehoa koskevan väittelyn sijasta olisi hyvä päästä sen kehittämiseen ja hiomiseen.

Terveydenhuollon työntekijöiden koulutus on avainasemassa uusien käytäntöjen ja toimintatapojen muodostumisessa. Kuten edellä on kerrottu, koulutuksen aikana omaksutut asenteet ja opitut toimintatavat elävät pitkään. Siksi olisikin tärkeää sisällyttää alkoholiongelmien hoito entisestä paremmin ja suuremmissa määrin terveydenhuollon koulutukseen. Lää-

käreiden rooli päihdeongelman diagnostisoinnissa ja hoidossa tulisi määritellä entistä tarkemmin jo lääketieteellisessä koulutuksessa ja heillä tulisi olla siihen vaadittavat ja taidot (Miller 2001). Panostamalla enemmän päihdeongelmien hoidon koulutukseen voitaisiin kenties vaikuttaa myös tulevien lääkäreiden asenteisiin. Jos alkoholi-ongelmien hoitoa ei ole jo ammatillisen peruskoulutuksen aikana sisäistetty olennaiseksi osaksi terveydenhuoltoa, voi se myöhemmin olla vaikeampaa. Käytäntöjen ja menetelmien luominen päihdetyöhön perusterveydenhuollossa ja niihin perehdyttäminen koulutuksessa on tämän hetken suuri haaste.

LÄHTEET

- Aalto, M. (2001). Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary health care: Lahti project study. *Acta Universitatis Tamperensis*; 802. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Aalto, M. ym. (2003). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a three year intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence* 69: 9–14.
- Aira, M. (2000). Alkoholihaittojen sekundaaripreventio terveyskeskuksessa - lääkärin näkökulma. *Kuopion yliopiston julkaisuja D, Lääketiede* 226.
- Beich, A., Gannik, D., Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal* 325: 870.
- Beich, A., Thorsen, T., Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 327: 536–540.
- Fleming, M. F. ym. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A rando controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association* 277: 1039–1045.
- Inkinen, M. (1999). Mini-interventio - kysymällä ja motivoimalla muutokseen. *Stakes, Ehkäisevä päihdetyö* 1. Helsinki.
- Kleinman, P., Woody, G., Todd, T. (1990). Crack and cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *National Institute on Drug Abuse Research Monographs*, 104, 24–38.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002). *Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita* 2002:3.
- Miller, N. S. ym. (2001). Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Academic Medicine* 76(5): 410–418.
- Poikolainen, K. (1999). Paljonko lyhytneuvonta vähentää perusterveydenhuollon alkoholinkulutusta? *Duodecim* 115, 2389.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology* 51: 390–395.
- Pulkkinen, L. (2003). Nuoren kehitystä tukevia ja haavoittavia tekijöitä maassamme. *Valtakunnalliset Päihdepäivät, abstraktikirja*.
- Saarnio, P. (2001). Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 66(3): 224–232.
- Seppä, K., Aalto, M. (2001). Alkoholisairauksien sekundaaripreventio perusterveydenhuollossa. *Kunnallislääkäri* 16(3): 15–17.
- Seppä, K. ym. (2003). Activity to do brief intervention for risky drinking – analysis of videotaped consultations in primary health care. *Drug Alcohol Review, painos*.
- Seppä, K., Aalto, M. (2003). Screening and brief alcohol intervention – costs in primary health care. *Yleislääketieteen päivät, abstraktikirja*.
- Sillanaukee, P. ym. (1992). Alkoholin suurkulutuksen kriteerit. *Suomen Lääkärilehti* 92: 2919–2921.
- Wilk, A. I., Jensen, N. M., Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12: 274–283.

Suomalainen lääkepolitiikka nyt ja tulevaisuudessa

LAURI VUORENKOSKI, ELINA HEMMINKI

Suomalainen lääkepolitiikka on muutoksen pyörteissä: Euroopan unionin kehitys vaikuttaa lääkepolitiikkaamme yhä enemmän, lääkemenoit kasvat nopeammin kuin terveydenhuoltomenot tai yhteiskunnan voimavarat, ja potilaat ovat yhä aktiivisempia niin potilas-lääkärisuhteessa kuin yleisessä lääkepolitiikassa keskustelussakin. Lisäksi Suomessa on meneillään lääkekorvausjärjestelmän uudistusprosessi. Näinä muutoksen aikoina Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Lääkepolitiikka 2010 asiakirjan, jonka tarkoituksena on linjata lääkepolitiikan keskeisiä periaatteita. Merkittäväksi tämän tekee se, että edellisen kerran Suomessa on lääkepolitiikan kokonaisuutta arvioitu 1980-luvulla.

Lääkepolitiikalla tarkoitamme lääkkeitä – niiden valmistusta, jakelua, määräystä ja käyttöä – koskevaa yhteiskunnallista päätöksentekoa. Perinteisesti lääkehuolto on ollut monin eri tavoin säädeltyä ja siten lääkepolitiikan kokonaisuus muodostuu monen eri sääntelymekanismin dynaamisena vuorovaikutuksena. Kuten muillakin politiikan alueilla, liittyminen Euroopan unioniin on tehnyt tästä vielä monimuotoisemman. Lääkepolitiikan haasteena on tämän monimuotoisuuden hahmottaminen ja uusien toimenpiteiden toteuttaminen kokonaisuus huomioon ottaen. Lääkepolitiikkaa ei voida irrottaa muusta terveyspolitiikasta johon se on hyvin läheisesti yhteydessä.

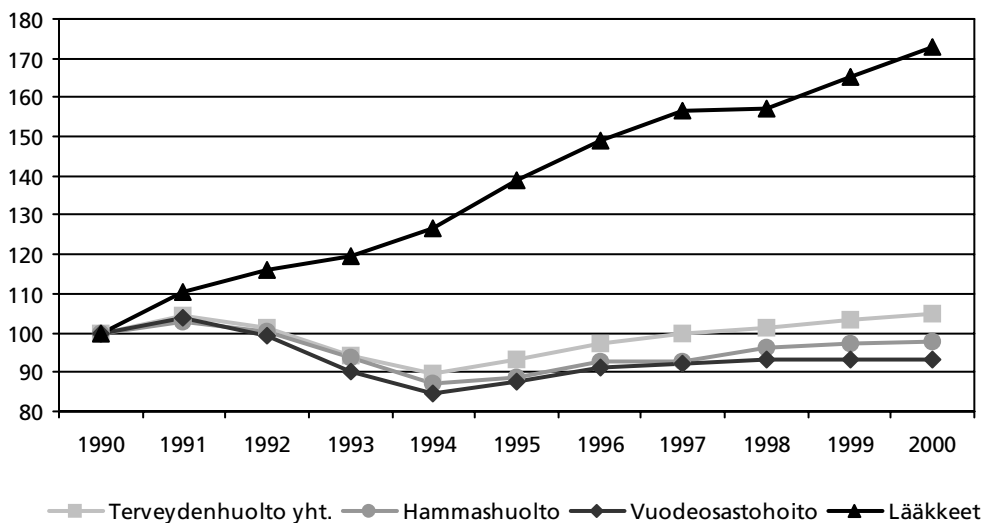
Lääkemenojen kasvu

Lääkemenoit ovat kasvaneet keskimääräistä 10 % vuosivauhtia jo 1960-luvulta lähtien. Vuosien 1991 ja 2001 välisenä aikana lääkemenojen osuus terveydenhuollon kokonaisuudesta on kasvanut hieman yli 10 prosentista lähes

Lääkepolitiikalla voi olla ja on ollut monia erilaisia tavoitteita. Näitä tavoitteita ovat mm. lääketeollisuuden edesauttaminen, (kotimaisen) lääketeollisuuden kilpailukykyyn tukeminen, lääkkeiden saatavuudesta huolehtiminen, rationaalisen lääkemääräyskäytännön ja oikean lääkkeidenkäytön tukeminen, lääkkeiden laadun turvaaminen ja väestön terveyden parantaminen. Osittain nämä tavoitteet voidaan nähdä rinnakkaisina, mutta osittain ne ovat keskenään ristiriitaisia. Tähän asti Suomen lääkepolitiikan tavoitteita ovat olleet erityisesti lääkkeiden saatavuuden ja hyvän laadun turvaaminen. Niitä on tavoiteltu lääkerekisteröinnillä (myyntiluvat), apteekkilaitoksen sääntelyllä ja haittavaikutusten seurannalla. Sen sijaan lääkkeiden oikean ja tehokkaan käytön tukemiseen suomalaisen lääkepolitiikan keinot ovat olleet heikkoja. Tähän on pyritty mm. lääke-markkinoinnin säätelyllä ja lääkäreiden koulutuksella. Lääketeollisuuden ja teollisuuden tukemiseen paineet ovat suuret. Lääkepolitiikka on yhä enemmän nähty osana teollisuuspolitiikkaa, jonka tavoite selkeästi poikkeaa terveyspolitiikan tavoitteista.

Tässä kirjoituksessa otamme esille muutamia yksittäisiä ajankohtaisia lääkepolitiikan kysymyksiä sekä lopuksi kommentoimme STM:n laatimaa Lääkepolitiikka 2010 asiakirjaa (STM 2003). Valitsemistamme teemoista ei ole mielestämme käyty tarpeeksi keskustelua Suomessa.

20 prosenttiin. Laman jälkeen terveydenhuollon menot eivät ole juurikaan kasvaneet, mutta lääkemenoit kasvu on jatkunut kuten aiemmin.



Lähde: Kela/tutkimusosasto

Kuvio 1. Terveydenhuoltomenojen kehitys vuosina 1990–2000 kiintein hinnoin (1990 = 100)

Lääkemenojen kasvu johtuu perimmältään kahdesta syystä: toisaalta uudet lääkkeet ovat yhä kalliimpia kuin aiemmin markkinoille tulleet ja toisaalta lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Reseptin hinta on yli kaksinkertaistunut viimeisen 15 vuoden aikana. Lääkkeiden käyttö lisääntyy sairauksien hoidon laajentuessa yhä lievempien tautimuotojen hoitoon (esim. verenpaineen ja masennuksen hoidossa) sekä kehitettäessä lääkkeitä sairauksiin ja muihin tiloihin johon ei aiemmin ollut lääkehoitoa (esim. Alzheimerin tauti).

Lääkemenoja lisääviä lääkekehityksen nykytrendejä ovat pienille potilasryhmille harvinaisissa sairauksissa käytettävät hyvin kalliit lääkkeet ja suurille potilasryhmille tarkoitettui sairauksia ennaltaehkäisevät lääkkeet. Tulevaisuudessa pienille potilasryhmille tarkoitettuja täsmälääkkeitä tulee olemaan myös yleisimpiin sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. Hyvänä esimerkkinä ennaltaehkäisy tulevaisuudesta oli viime kesänä ilmestynyt *British Medical Journal* (Rodgers 2003), jossa ehdotettiin, että kaikki yli 55-vuotiaat käyttäisivät rutiinisti kuutta eri lääkeainetta (statiini, diureetti, beetta-salpaaja, ACE-estäjä, asetyylisalisyylihappo ja foolihappo) sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Osaltaan lääkemenojen, kuten myös terveydenhuollon kokonaisuusmenojenkin, kasvuun vaikuttaa yhteiskunnan medikalisaatio, jonka yksi trendi on lääkkeellistyminen. Lääkkeellistymisellä tarkoitetaan sitä, että yhä useampaan arjen ongelmaan haetaan ratkaisu lääkkeistä. Lääkkeet ovatkin yksi teollisen kehityksen voitokulun symboli, jolla sairauksien hoitamisen ohella voimme helposti edistää terveyttä, vähentää elämään liittyviä riskejä, säädellä ihmiskehon toimintoja, parantaa elämänlaatua ja tavoitella pitkää ikää. Useimmiten näihin ongelmiin voitaisiin kuitenkin vaikuttaa myös eiläkkeellisesti, muuttamalla elämäntapojamme tai elinympäristöämme.

Terveydenhuoltojärjestelmälle lääkemenojen kasvu on uhka ja mahdollisuus. Toisaalta lääkkeet vievät resursseja terveydenhuollon muilta mahdollisesti tehokkaammilta hoitomuodoilta. Erityisesti tämä koskee pienen lisähyödyn omaavia uusia ja kalliita lääkkeitä. Toisaalta lääkehoitojen valtava kehittyminen viimeisen 50 vuoden aikana on tuonut merkittäviä uusia mahdollisuuksia monien sairauksien hoidossa.

Tehokkaiden lääkkeiden on ajateltu säästävän rahaa muualla terveydenhuollossa tai yhteiskunnassa. Asia ei ole kuitenkaan ole näin yksinkertainen. Jonkin sairauden väistyessä ti-

lalle tulee muut sairaudet, jotka voivat olla yhä kalliimmin hoidettavia. Hyvä esimerkki tästä on työikäisten sydänkuolleisuuden väheneminen, joka on lisännyt huomattavasti syövän ja dementian esiintyvyyttä ja sitä kautta terveydenhuollon kustannuksia. Vaikka on epärealistista olettaa todellisia taloudellisia säästöjä lääkkeillä syntyvän, elinajan piteneminen ja elämänlaadun paraneminen ovat realistisia tavoitteita.

Lääkemenojen kasvun hillitsemiseksi on monia keinoja, joista useita on jo Suomessa kokeiltu. Patenttisuojasta vapautuneiden lääkkeiden käyttöä on lisätty geneerisellä määräämisellä ja geneerisellä substituutiolla, lääkemääräyskäytäntöä on pyritty ohjaamaan Mikstra- ja Rohto-ohjelmilla, sekä viranomaisien suorittamalla kohtuullisen tukkuhinnan arvioinnilla. Näistä toimenpiteistä huolimatta lääkemeno-ot ovat jatkuvasti kasvaneet, joskin voidaan olettaa että kasvu olisi ollut vielä rajumpaa ilman näitä. Eräs ongelma on, että ulkopuolisten on kohtuullisen vaikea puuttua lääkeyritysten hinnoitteluun. Lääkkeille ei ole olemassa ”oikeata” tuotantohintaa, koska itse val-

mistus ei yleensä ole oleellinen kustannustekijä vaan kustannukset koostuvat lääkekehittelystä ja markkinoinnista. Lopulliseksi hinnaksi yritys pyrkii määrittelemään hinnan, millä lääke tuottaisi mahdollisimman paljon voittoa.

Uusia keinoja voisivat olla esimerkiksi peruslääkevalikoimien käyttäminen ja lääkkeellisen ennaltaehkäisyn sijasta sairauksien ennaltaehkäisy elämäntapojen ja elinympäristön muutoksella. Yhteiskunnan lääkemenoja voitaisiin vähentää tehokkaammalla priorisoinnilla, eli rajaamalla yhä enemmän sairauksia korvausjärjestelmän ulkopuolelle. Tällä olisi luultavasti vaikutusta myös lääkkeiden määräämiseen ja käyttöön.

Lääkemenoja voitaisiin vähentää markkinointimenoja vähentämällä. Geneerisellä substituutiolla tämä saatiin ainakin osittain toteutettua lääkEVaihdon piirissä olevien lääkkeiden osalta. Keinoja patentoitujen lääkkeiden markkinointikustannusten vähentämiseen on varmasti vaikeampi löytää. Yksi mahdollisuus olisi tiukentaa lääkemarkkinoinnin sääntelyä ja valvontaa.

Lääkkeiden priorisointi

Suomessa lääkkeiden priorisointia tapahtuu sekä sairaaloissa että avoterveydenhuollossa. Aiemmin lääkkeitä priorisointiin myös lääkerekisteröinnin yhteydessä. Lääkekorvausjärjestelmässä priorisointia on tapahtunut korvausjärjestelmän perustamisesta lähtien. Silloin osa tärkeimmiksi koetuista lääkkeistä oli kokonaan korvattavia ja ehkäisevät lääkähoidot jäivät korvausta vaille. Myöhemmin tilalle on tullut erityiskorvattavien luokka ja lääkkeitä on jäänyt aiempaa enemmän korvausjärjestelmän ulkopuolelle. Tällä hetkellä avohoidon lääkkeiden priorisointipäätökset muodollisesti tehdään lääkkeiden hintalautakunnassa ja valtioneuvostossa (Vuorenkoski ym. 2003). Verrattuna muiden hoitomuotojen priorisointiin, avohoidon lääkkeiden priorisointi tapahtuu hyvin eksplisiittisesti ja keskitetysti. Siten alueellinen tasearvo toteutuu suhteellisen hyvin.

Lääkkeitä koskevia priorisointipäätöksiä ei voi tehdä pelkästään epätäydelliseen lääketieteelliseen tietoon nojautuen, vaan siinä tarvitaan myös terveystaloudellisia kannanottoja. Poliittisesti pitäisi päättää lääkEkorvauksiin käytettävissä oleva rahamäärä. Lisäksi lähitulevaisuudessa tulee linjata, missä suhteessa resursseja käytetään sairauden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn, sekä missä suhteessa kroonisiin sairauksiin ja akuutteihin sairauksiin. Poliittisesti voitaisiin linjata myös, minkälaisen sairauksien hoito on erityisen tärkeitä toteuttaa yhteiskunnan varoilla. Näihin kysymyksiin lääketieteellinen tieto ei anna suoraa vastauksia.

Suomen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä, jossa avohoidon lääkkeet maksetaan erilaisen mekanismin kautta kuin muut hoitomuodot, vaikeuttaa priorisointipäätöksiä. Lääkkeitä koskevassa päätöksenteossa pitäisi

pystyä ottamaan paremmin huomioon muut hoitovaihtoehdot ja päätösten vaikutus terveydenhuollon muihin toimintoihin. Sairaalahoidossa tämä ongelmaa on pienempi. Tästä syöpätautien hoito on hyvä esimerkki. Solunsalpaajien vuosittaiset kustannukset ovat lisääntyneet Suomessa 30–40 % vuosivauhdilla ja uu-

det lääkkeet voivat olla jopa 100 kertaa kalliimpia kuin vanhemmat. Sairaaloiden syöpäklinoissa joudutaan miettimään, mikä lääke on tärkeä ja punnitsemaan lääkehoitojen ja muiden hoitojen suhteellista hyödyllisyyttä ja kustannuksia.

Euroopan unioni ja Suomen lääkepolitiikka

Euroopan yhdentymisellä on ollut suuri vaikutus suomalaiseen lääkepolitiikkaan. Ehkä merkittävin muutos oli myyntilupapäätöksen ja korvauspäätöksen erottaminen 1990-luvulla. Aiemmin myyntiluvan antamisen yhteydessä arvioitiin myös hinnan kohtuullisuus ja lähes kaikki markkinoilla olevat lääkkeet olivat korvattuja, mutta uusien säännösten mukaan hinta ei enää voinut olla myyntilupapäätöksenteon peruste. Hinnan kohtuullisuuden arviointi siirrettiin Sosiaali- ja terveysministeriön alaisen lautakunnan tehtäväksi. Näin Suomen markkinoille on tullut lääkkeitä, jotka eivät ole korvausjärjestelmän piirissä, koska niillä ei ole hyväksyttyä hintaa.

Tällä hetkellä Suomen kannalta keskeinen kysymys on, kuinka lääkepoliittinen päätöksenteko tulee jakaantumaan kansallisen ja Euroopan unionin tasojen välillä. Tähän liittyy kysymys siitä, missä suhteessa lääkepolitiikassa korostuu teollisuuspolitiikka ja terveyspolitiikka. EU:n tasolla lääkepolitiikka on pääosin teollisuuspolitiikkaa. Esimerkiksi nykyisestä lääke-direktiivin uudistuksen valmistelusta komissiossa vastuussa on yritystoiminnan pääosasto. Sen kannoissa yritysten näkökulma on luonnollisesti vahvasti esillä. Tämä näkyi myös selkeästi komission kesällä 2003 julkistamassa lääkepoliittisessa tiedonannossa, jossa kansanter-

veydelliset näkökohdat jäivät eurooppalaisen lääketieteellisuuden kilpailukyvyyn tukemisen varjoon.

On mahdollista, että lääkepolitiikka polarisoituu Euroopan tasoiseen teollisuuden lähtökohdista ajettavaan lääkepolitiikkaan ja Suomessa kansallisella tasolla terveydenhuollon lähtökohdista ajettavaan lääkepolitiikkaan. EU:n painotukset voivat vaikeuttaa kansanterveyden ja terveydenhuollon kannalta optimaalisen lääkepolitiikan toteuttamista. Esimerkkejä ongelmallisista EU:n pyrkimyksistä ovat potilaille suunnatun lääkemarkkinoinnin osittainen salliminen, myyntilupahakemusten käsittelyaikaisten lyhentäminen, hintasääntelystä luopuminen ja myyntilupadokumentaation tietosuoja-ajan pidentäminen.

Teollisuuspolitiikan huomattava painoarvo Euroopan unionin lääkepolitiikassa johtuu osittain siitä, että virallisesti terveydenhuolto on EU:n toimialueen ulkopuolella. Terveydenhuoltoa ei kuitenkaan voida käytännössä erottaa kokonaan kaikenkattavan sisämarkkinaperiaatteen ulkopuolelle. EU:ssa tulisikin kunnioittaa jäsenmaiden terveydenhuoltojärjestelmiä ja kansanterveyttä tukevia toimia esimerkiksi joustamalla sisämarkkinaperiaatteen toteuttamisessa.

Lääkemarkkinointi

Lääkemarkkinoinnissa tulee selkeästi esiin terveydenhuollon ja teollisuuden eri tavoitteet. Teollisuuden ensisijainen tavoite on saada mahdollisimman taloudellista voittoa, lähinnä ter-

veydenhuoltojärjestelmiltä, sekä taata oma suosituksa taloudellinen kehitys myös tulevaisuudessa. Tärkeimpiä keinoja tämän tavoitteen saavuttamiseksi on tuotekehittelyn ohella mark-

kinointi. Yritykset markkinoivat lääkkeitään aggressiivisesti ja markkinointikustannukset voivat olla joissakin tapauksessa jopa suuremmat kuin tuotekehityskustannukset. Terveystuotteen huollon, potilaiden ja kansanterveyden kannalta voimavarojen sijoittaminen kaupalliseen markkinointiin on turhaa tai jopa haitallista. Hyvää lääkettä koskeva informaatio leviää hyvin ilman markkinointiakin.

Lääkemarkkinoinnissa, eli lääkkeiden myynninedistämisessä, käytetään monia keinoja. Näkyvimpiä muotoja ovat lääkäreille suunnatut lääkemainokset lehdissä ja erilaisissa tapahtumissa, lääke-esittelijöiden toiminta, lahjat, sekä matkojen ja juhlien järjestäminen ja maksaminen (Hemminki 2001). Näiden lisäksi lääkkeiden myynninedistämisessä käytetään epäsuoria keinoja: koulutustilaisuuksia, media-kampanjoita, informaation levittämistä potilasarjestöjen kautta, tutkimuksia ja ylätasoa vaikuttamista. Lääkeyritysten myynninedistäminen on hyvin monimuotoista ja osittain piilotettua. Lääkemarkkinointia onkin vaikea määrittellä.

Lääkäreihin kohdistuvan lääkemarkkinointi perustuu lääkäreiden ja teollisuuden symbioottisille suhteille. Mikäli markkinoinnin vaikutuksia halutaan vähentää, tulisi tähän symbioosiin puuttua. Viimeaikoina tämä ongelmallinen suhde on ollut esillä julkisuudessa aiempaa enemmän. Loppukeväästä 2003 *British Medical Journal*issa (Britannian lääkäri-lehti) oli teemanumero, jossa tätä suhdetta tarkasteltiin kriittisesti (Abbasi & Smith 2003). Viime vuosina Euroopassa ja Yhdysvalloissa on ollut näkyviä oikeudenkäynte-

jä yrityksiä ja jopa lääkäreitäkin vastaan räikeimpien lahjontatapausten ja muiden väärinkäytösten johdosta. Vaikka Suomessa keskustelu ei ole vielä kunnolla herännyt, tulisi viranomaisten tarkemmin määrittellä tähän liittyviä pelisääntöjä ja sanktioita.

Ratkaisuja epäsuoran markkinoinnin tuomiin ongelmiin voisivat olla riippumattoman koulutuksen järjestäminen, riippumattoman tutkimusrahoituksen järjestäminen, rahoituksen läpinäkyvyyden lisääminen, yhteiskunnan kontrollin tiukentaminen sekä lääkäreiden ryhtiliikkeen ja eettisen keskustelun tukeminen.

Hoitopäätöksenteossa potilaan rooli on kasvanut ja lääkäri-potilassuhde muuttunut tasa-arvoisemmaksi. Tämä on lisännyt lääkeryritysten kiinnostusta markkinoida lääkkeitä suoraan potilaille. Suomessa reseptilääkkeiden markkinointi on kuitenkin kiellettyä suoraan potilaille ja siksi teollisuus on käyttänyt kiertoteitä. Lääkkeiden tarvetta on herätetty näyttävillä kampanjoilla ja lääkkeitä on mainostettu potilasarjestöjen ja median kautta. Myös internetissä on runsaasti lääkemainontaa. Internetissä olevaa lääkeinformaatiota on hyvin vaikea valvoa ja sen laatu ja oikeellisuus on kyseenalaistettu.

Potilaille tulisi antaa puolueettoman tahon kautta laadukasta lääkeinformaatiota. Viranomaisten hallussa on paljon tietoa lääkkeistä: sitä on kertynyt myyntiluvan ja korvauspäätöksenteon yhteydessä. Tästä tiedosta voisivat hyötyä niin potilaat kuin ammattilaisetkin. Lääkkeiden hoidollista arvoa koskeva tieto tulisi vapauttaa julkiseksi ja siitä tulisi aktiivisesti levittää.

Lääkepolitiikka 2010 ja katse tulevaisuuteen

Syyskuussa 2003 sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ”lääkepolitiikka 2010” -asiakirjan (STM 2003), jossa pohditaan lääkepolitiikan nykyisiä ja tulevia haasteita katsoen lääkepolitiikkaa kokonaisuutena. Asiakirja on erittäin tervetullut lääkepolitiikan avaus. Asiakirjassa on hyvin tuotu esille lääketurvallisuuden ylläpito, lääkkeiden alueellisesti kattavan saatavuuden tur-

vaaminen, hallintojärjestelmän läpinäkyvyyden tarve, eläinlääkinnän rooli ja Suomen rooli eurooppalaisessa lääkevalvonnassa.

Yllä olevan pohdintamme valossa erityisen tärkeitä asiakirjassa olevia ehdotuksia ovat kansanterveysnäkökulman vahvistaminen EU:ssa ja potilaiden informaatiotarpeeseen vastaaminen. EU on merkittävä vaikuttaja suoma-

laisessa lääkepolitiikassa ja on tärkeää, että Suomi pyrkii muuttamaan EU:n lääkepolitiikkaa siten, että se tukisi kansalaisten ja terveydenhuoltojärjestelmän etujen mukaista lääkepolitiikkaa. Kun lääkemarkkinoinnin paineet suuntautuvat yhä enemmän suoraan kohti potilasta, tulee potilaiden rooli ottaa uuteen tarkasteluun.

Lääkepolitiikka 2010 asiakirja on kuitenkin varsin lyhyt eikä siinä mennä syvällisempiin analyysiin ja sen tulevaisuusorientaatio jää kevyeksi. Asiakirjassa mainitaan lääkehuollon tulevaisuuden tavoitteet, mutta analyysi toimintaympäristön muutoksista tai lääkehuollon tulevaisuuden haasteista jää vähälle. Tulevaisuuden ennakointi jää asiakirjassa kolmen maininnan varaan: muuttoliike tulee muuttamaan apteekkien alueellista jakaantumista, lääkekustannukset tulevat väistämättä kasvamaan, ja EU:ssa tullaan laajentamaan keskitettyä myyntilupajärjestelmää ja tehostamaan lääketurvatoimintaa. Mikäli lääkehuollon kehittämisessä ja tulevaisuuden tarkastelussa halutaan toimia proaktiivisesti, tarvittaisiin huomattavasti syvällisempää tarkastelua.

Asiakirjan keskeinen viesti on, että maamme nykyinen lääkehuoltojärjestelmä on keskeisiltä osin hyvin toimiva, eikä siten ole tarvetta mihinkään merkittäviin muutoksiin. Tämä on yllättävä johtopäätös, kun otetaan huomioon esimerkiksi tässä artikkelissa aiemmin mainitut lääkehuollon nykyiset ongelmat. Asiakirjan

selkein puute on se, että lääkemarkkinointia tai sen ongelmia asiakirjassa ei mainita ollenkaan. Lääkemarkkinointi on selkeä heikkous lääkehuollossa ja sillä on keskeinen rooli lääkkeiden määräämisessä ja asianmukaisessa käytössä. Keskeistä lääkepolitiikan toimijaa lääketeollisuutta ei myöskään mainita. Lääketeollisuudella on keskeinen osuus lääkehuollon onnistumisessa ja siten sen toimien vaikutukset lääkehuoltoon ja lääkepolitiikkaan tulisi käsitellä.

Vaikka lääkekustannusten kasvu nosteankin asiakirjassa yhdeksi tärkeimmäksi lääkehuollon heikkoudeksi, uusia keinoja kustannusten hallintaan ei juurikaan esitetä ja priorisointia ei mainita lainkaan. Lääkemenojen kasvua ja sen tulevaisuutta olisi voinut pohtia huomattavasti syvemmin. Lääkehuollon heikkouksista on jäänyt pois myös kallis lääkejaku.

Asiakirjassa annetaan epärealistisen positiivinen kuva lääkkeiden terapeuttisesta arvosta. Turhan vähälle huomiolle jää se, että osa uusista lääkkeistä ei tuo mitään merkittävää lisäarvoa terveydenhuollossa ja aiemminkin markkinoille tulleiden lääkkeiden kokonaisyöty vähenee sitä mukaa kun niiden käyttö laajenee yhä lievempiin sairauksien muotoihin. Nämä seikat tulee ottaa selkeämmin huomioon kaikissa lääkepolitiikan osa-alueissa. Joka tapauksessa asiakirja on erittäin hyvä avaus keskustelulle. Toivon mukaan jatkossa seuraa kattavampi keskustelu, jossa mm. edellä mainittuja näkökulmia on tuotu enemmän esille.

LÄHTEET

- Abbasi, K., Smith, R. (2003). No more free lunches. *BMJ* 326:1155–1156 + artikkelit saman lehden sivuilla 1156–1157, 1167–1173 sekä 1189–1210.
- Hemminki E. (2001). Miten lääkärin ja teollisuuden suhteet tulisi järjestää? *Suomen Lääkärilehti* 56:1039–1040.
- Rodgers A. (2003). A cure for cardiovascular disease? *BMJ* 326:1407–1408 + artikkelit saman lehden sivuilla 1419–1431.
- STM (2003). Lääkepolitiikka 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:11.
- Vuorenkoski, L., Toivianen, H., Hemminki, E. (2003). Drug reimbursement in Finland – a case of explicit prioritising in special categories. *Health Policy* 66(2):169–177.

Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden?

MATTI RIMPELÄ

Johdanto

Laajan kansallisen keskustelun ja poliittisen yksimielisyyden tukemana valtioneuvosto asetti 13.9.2001 projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektille nimettiin johtoryhmä ja selvitysmieheksi pääjohtaja Jussi Huttunen kansanterveyslaitokselta. Johtoryhmä nimesi viisi selvityshenkilöä ja heille tukiryhmät. Raportit ja esitykset toimenpiteiksi terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi valmistuivat huhtikuussa 2002 Seuraavassalutellaan tärkeimmät toimenpide-esitykset:

- Hoitoon pääsy määräajassa turvataan vuoteen 2005 mennessä,
- terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta lisätään,
- työyhteisöjä kehitetään järjestämällä johtamiskoulutusta ja systemaattista täydennyskoulutusta,
- perusterveydenhuolto pyritään järjestämään seutukunnallisina kokonaisuuksina,
- erikoissairaanhoidon työnjakoa kehitetään,
- terveydenhuollon lisärahoitustarve vuoteen 2007 on 0,7 miljardia euroa, sekä
- erillishankkeina tuetaan toiminnallisia muutoksia, elektronisen sairauskertomuksen käyttöönottoa, Käypä hoito ja Rohto-projekteja ja terveydenhuollon menetelmien arviointityksikköä. (STM 2002).

Vuonna 2001 hanketta kutsuttiin ”kansalliseksi projektiksi terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi”. Sosiaali- ja terveysministeriön kotisivujen hankeluettelossa otsikkona on ”kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi”. Julkisuudessa nimi lyheni ”kansalliseksi terveysprojektiksi”. Tämä nimi omaksuttiin myös viralliseen käyttöön. Maaliskuussa 2003 STM julkisti kansallisen terveysprojektin hankerahapäätökset (<http://pre20031103.stm.fi/-suomi/pao/-thprojekti-/>

hrahapaa.htm). Kotisivujen osoitteena on terveyshanke: <http://www.terveyshanke.fi>. Joissakin yhteyksissä puhutaan ”kansallisesta terveydenhuollon hankkeesta” (<http://www.stm.fi/-Resource.phx/-hankk/hankt/-terveyshanke/-kehittamishankkeet.htx>). Viimeksi mainittu termi tuntuu parhaiten kuvaan projektin ydintä. Jatkossa tässä raportissa puhutaan kansallisesta terveydenhuollon hankkeesta tai terveydenhuoltohankkeesta.

Hankkeen käynnistämävaiheen otsikko ”Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi” viestitti kaikille mahdollisille tahoille, että kyseessä on koko Suomen yhteinen projekti. Vielä myönteisemmän sävyn hanke sai, kun sitä alettiin kutsua ”Kansalliseksi terveysprojektiksi”. Yhteisen päämäärän innostuksessa jää helposti sivuun lääketieteen ja myös terveyshankkeiden historian tärkeä opetus: Jokaisen uuden tutkimuksen, hoidon ja myös projektin soveltamisessa on odotettujen tulosten rinnalla ennakoitava ja seurattava ei-toivottuja vaikutuksia. Hyödyn maksimoiminen ei riitä, vaan samalla on myös haitat minimoitava.

Tämä puheenvuoro valmisteltiin alun perin Stakesin Terveyspolitiikka-hankekokonaisuuden seminaariin 16.9.2003. Virikkeenä oli ilmeinen ristiriita kansallisen terveydenhuollon hankkeen sisällön ja siitä julkisuudessa muodostuvan kuvan kanssa. Puhe terveysprojektista antoi ymmärtää, että tavoitteena oli edistää suomalaisten terveyttä. Käytännön kehittämistyö ja myös investoinnit näyttivät kuitenkin suuntautuvat sairaanhoitoon. On mahdollista, että sairaanhoitoa tehostavat ja erillään muusta terveyspolitiikasta tehdyt ratkaisut ajavat kunnat tilanteisiin, joissa ne joutuvat tinkimään terveyttä edistävästä toiminnoista.

Kun muokkasin puheenvuoroa tekstiksi, tuli tarve perustella tarkemmin päätelmiä. Päädyin selvittämään terveyden edistämisen ase-

maa terveydenhuollossa. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen merkitys ja myös sen suunta tuntuivat tulevan selvemmiksi tässä kehityksessä tarkasteltuna.

Suomen terveydenhuollon ja terveystieteiden kehitystä 1970-luvulle saakka on aikaisemmin tarkasteltu monesta eri näkökulmasta (ks. esim. Ohtonen ym. 1983, Rintala 1995). Sosiaalilääketieteen Aikakauslehdessä vuonna 1990 julkaistu Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen 100-vuotisnumerossa ja siinä olevassa Kaprion (1990) katsauksessa kuvataan pääpiirteitä ehkäisevän työn kehityksestä. Kunnanlääkärilaitoksen (Kauttu ym. 1990) ja terveysisäntöjen (Siivola 1983) tarinat kertovat kahden keskeisen ammattiryhmän näkökulmista. Terveyttä kaikille -ohjelmasta ja terveyden edistämisestä on tuoreempia arvioita (WHO 1991, Sihto 1997, STM 1998 ja 2001).

Tässä katsauksessa keskitytään terveystieteisiin strategioihin ja terveydenhuollon tehtäviin kansanterveyden edistämiseksi. Katsaus lähtee liikkeelle uusien kansallisten terveysohjelmien arvioinnilla. Kansanterveystyön uudistuksen taustoista ja rakentamisvaiheesta edetään valtion vetäytymiseen ohjaus- ja kehittämismisvastausta. Seuraavaksi tarkastellaan kansan-

terveystyön hajoamista 1990-luvulla ja väitetään, että 2000-luvun alussa kuntien kansanterveystyö ajautui kehittymättömiksi markkinoiksi. Tausta-aineiston erittely päättyy hyvinvointikunnan idean kehittämiseen. Pohdinnassa kysytään ovatko Suomen kansallisen terveystieteiden tavoitteet nimenomaan kansanterveyden edistämisen näkökulmasta muuttaneet siitä huolimatta, että terveystieteiden perustana oleva lainsäädäntö on edelleen ennallaan eikä sen uudistamista ole pidetty ajankohtaisena.

Katsaus on tietoisesti kirjoitettu ”paholaisen asianajajan” silmälasein: Olisiko mahdollista, että luvattun hyvän rinnalla kansallisella terveydenhuollon projektilla voisi olla myös haitallisia vaikutuksia? Pekka Kuusen jo vuonna 1961 julkaiseman terveystieteiden ensimmäisen analyttisen tutkimuksen mukaan ”terveydenhuoltopolitiikka joutuu mittaamaan saavutuksiaan lähinnä kansanterveyden yleistä kehitystä osoittavien ilmiöiden perusteella” (Kuusi 1998, 252). Tässä katsannossa on perusteltua yrittää alustavan riskianalyysin tavoin pohtia, voisiko kansallisen terveydenhuollon hankkeella olla kielteisiä vaikutuksia kansanterveyteen.

Suomen terveystieteellinen strategia 2000-luvulla

Normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen: Muuttuivatko tavoitteet?

Suomi siirtyi 1970-luvun alussa uuteen terveystieteeseen, jonka tavoitteet ja myös toteuttamisen suuntaviivat vahvistettiin useissa laeissa kansanterveystyöstä, erikoissairaanhoitosta, terveydenhuollossa toimivasta valtion keskuksista ja aluehallinnosta sekä suunnittelusta ja valvonnasta. Lait olivat puitelakeja. Sisältöä ohjattiin valtioneuvoston vuosittain hyväksymällä valtakunnallisella suunnitelmalla, jota kuntien ja erikoissairaanhoitokuntainliittojen tuli noudattaa saadakseen valtionosuuden.

Tämän terveystieteiden toteuttamisen ydin – kuntien toteuttaman terveydenhuollon sisällön ja voimavarojen valtakunnallinen oh-

jaaminen – purettiin 1990-luvun alussa. Normiohjauksen purkamisen jälkeen puhuttiin paljon informaatio-ohjauksesta, jonka keinot, sisältö ja mahdollisuudet ovat edelleen jatkuvasti keskusteltavana (Oulasvirta ym. 2002). 1990-luku meni paljolti uuteen tilanteeseen sopeutuessa. Normiohjauksen tilalle ei tullut valtion taholta suunnitelmallista informaatio-ohjausta. Valtakunnalliset suunnitelmat sulivat vähitellen merkityksettömiksi ja niistä luovuttiin. Kokon (2002) ja Lehdon (2003) mukaan viime vuosikymmenelle oli ominaista hajautettu suunnittelu ilman keskitettyä ohjausta.

Lipposen toisen hallituksen aloittaessa toimintansa informaatio-ohjaus keskitettiin koko hallituskauden kattavaan sosiaali- ja terveyden-

huollon tavoite- ja toimintaohjelmaan. Informaatio-ohjauksen uudeksi välineeksi tulivat laatusuosituksiset (STM 1999).

Ensimmäistä TATOA valmisteltaessa terveydenhuollon yleisnäkymät olivat melko myönteiset. Väestövastuun soveltaminen yleistyi terveyskeskuksissa ja laman jälkeen voimavarat olivat taas lisääntymässä. Julkisuudessa puhuttiin eniten lasten ja nuorten pahoinvoinnista ja kasvavasta huumeongelmasta. Vuosina 2000–2001 yleisnäkymä muuttui. Julkiseen keskusteluun tuli kriisi toisensa jälkeen lasten mielenterveydestä huumeriippuvaisten korvaushoitoon ja vanhustenhuollon laitosten henkilöstömiehityksestä erikoissairaanhoidon potilasjonoihin. Eduskunnassa tyytymättömyys terveyspalveluihin purkautui aluksi muutamina korvamerkittynä määrärahoina. Kunnissa yleistyi huoli erikoissairaanhoidon määrärahojen nopeasta kasvusta.

Terveydenhuoltoa uhkaavat kriisit ymmärrettiin voimavara- ja ohjaukskriiseinä. Voimavarakriisillä oli kaksi ulottuvuutta: Välittömästi määrärahojen niukkuus ja muutaman vuoden päästä pula myös muusta henkilöstä lääkäreiden lisäksi. Kuntien mahdollisuudet lisätä terveydenhuollon rahoitusta uhkasivat jotta kunnallisveron korotuksiin. Vaihtoehdoksi esitettiin valtionosuuksien huomattavaa lisäämistä. Säästöjä haettiin myös hallinnollisilla järjestelyillä erityisesti yksikkökokoja suurentamalla ja työnjakoa tehostamalla. Henkilöstöpulaan pyrittiin vastaamaan koulutusta lisäämällä ja helpottamalla ammattihenkilöstön maahanmuuttoa.

Ohjaukskriisi on kärjistänyt kunta-valtiosuhdetta. Valtion talousarvion perustelulausekkeilla ei näytä olevan ohjausmerkitystä. Korvamerkityt määrärahat työllistävät hallintoa, mutta eivät näytä tuottaneet odotettua tulosta. Vaikka valtion taholta toistuvasti on korostettu kuntien yhteistyötä, useita kansanterveys-työn kuntayhtymiä on purettu. Palaamisesta osittaiseen normiohjaukseen on keskusteltu paljon, mutta toistaiseksi sitä on sovellettu vain lastenpsykiatriseen hoitoon.

Viime hallituskauden loppupuolella valtion informaatio-ohjaus alkoi keskittyä kansal-

lisiin ohjelmiin ja kunnille jaettavaan hankerahoitukseen. Uuden hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007 (ks. <http://www.verkkotato.net/>) oli selvästi edellistä suppeampi. Terveyspolitiikan ja terveydenhuollon yksityiskohtaisempi ohjaus perustuu kahteen jo aikaisemmin käynnistyneeseen kansalliseen ohjelmaan:

- Vuonna 2001 hyväksytty Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (<http://www.terveys2015.fi>).
- Vuonna 2003 käynnistetty kansallinen terveydenhuollon hanke (<http://www.terveyshanke.fi>).

Näiden ohjelmien toimeenpanoa ja myös laajemmin kansanterveystyön kehitystä tuetaan useasta eri lähteestä kunnille jaettavalla hankerahoitukselle, jonka kokonaismäärä on tänä vuonna 2004 noin 60 miljoona euroa.

Siirtyminen valtion normiohjauksesta ohjelmien ja hankerahoituksen kautta toteutettavaan informaatio-ohjaukseen voidaan tulkita tekniseksi muutokseksi, jossa kansalliset terveyspoliittiset tavoitteet eivät muuttuneet. Tätä tulkintaa tukee terveydenhuollon perustana olevan lainsäädännön säilyttäminen ennallaan. Lainsäädännön uudistuksen valmistelun käynnistäminen viittaisi tavoitteiden muuttumiseen tai ainakin muutospaineiden tulemisesta avoimesti harkittavaksi.

Terveydenhuoltohankkeen palvelujen kehittämistä koskevassa raportissa esitettiin lainsäädännön kokonaisuudistusta, jossa erilliset lait yhdistettäisiin koko terveydenhuoltoa ohjaavaksi yhdeksi terveydenhuoltolaiksi (Ihalainen ja Brommels 2002, 20). Lainsäädännön uudistamistarvetta ei kuitenkaan mainittu vuoden 2003 hallitusohjelmatyön tukemiseksi STM:ssä laaditussa muistiossa ”Lähivuosisien sosiaali- ja terveyspolitiikan avainkysymyksiä” (STM 2003) eikä myöskään Vanhasen hallituksen ohjelmassa. Poliittisessa harkinnassa ei siis ole katsottu ajankohtaiseksi terveyspolitiikan perustavoitteiden nostamista kansallisesti harkittaviksi.

Seuraavaksi tarkastellaan terveyspolitiikan kahta keskeistä kansallista ohjelmaa. Tarkoituk-

sena on selvittää, miten näissä ohjelmissa hahmottuvat terveydenhuollon tehtävät terveyden edistämisessä.

Terveyden edistäminen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa

Valtioneuvoston periaatepäätöksen tiivistetään Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ydin seuraavasti:

”Strategian pääpaino on terveyden edistämisessä, ei niinkään terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä... Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka toimii laajana kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiselle. Se ulottuu yli hallintosektoreiden, koska kansanterveys määräytyy suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista: elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta, yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä.” (STM 2001,3)

Ohjelmassa määritellään kahdeksan ikäryhmittäistä tavoitetta ja tarkastellaan haasteita elämäntavojen eri vaiheissa. Ikäryhmittäisessä tavoitteessa numero 7. on ainoa viittaus terveyspalveluihin: ”Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen (...) säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.” (STM 2001,18).

Ikäryhmittäisissä toimintasuunnissa todetaan lasten osalta: ”...Parannetaan terveys- ja sosiaalipalvelujen (...) edellytyksiä edistää lasten terveyttä...” (Toimintasuunta 3.). Nuorten osalta korostetaan eri sektoreiden yhteistoimintaa (Toimintasuunta 5.) ja työikäisten toimintasuunnassa 9 asetetaan tavoitteeksi työttömille ja epätyöllisissä työsuhteissa oleville mahdollisuudet samanlaisiin terveyspalveluihin kuin muilla (STM 2001).

Ohjelman luvussa ”Haasteita toimijoille” todetaan kunnan roolista, että kunnan terveystoimi voi vaikuttaa kuntalaisten terveyden edellytyksiin käynnistämällä yhteistyötä kunnan muiden sektoreiden ja muiden paikallis-

ten toimijoiden, kuten järjestöjen, yritysten ja tiedotusvälineiden kanssa (STM 2001,27). Luvussa ”Terveydenhuoltojärjestelmä ja terveyden edistäminen” korostetaan kaikille yhtäläisten ja laadukkaiden palvelujen kehittämistä (Toimintasuunta 16) ja kaikille ymmärrettävän tiedon jakamista terveydestä ja mahdollisuuksista vaikuttaa omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon (Toimintasuunta 17). Toimintasuunnassa 18. tavoitteena on terveyden edistämisen näkökulman nykyistä parempi huomioon ottaminen kaikissa terveyspalveluissa ja myös henkilöstöä kehittämisessä. Tässä toimintasuunnassa painotetaan myös voimavaroja: ”Riittävät voimavarat terveyden edistämistoimintaan ja terveydensuojeluun turvataan väestön tarpeiden mukaisesti, myös järjestettäessä palvelut ostopalveluina.” (STM 2001,28.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman strateginen linja suhteessa terveydenhuoltoon on selvä. Terveyttä edistetään pääosin muilla sektoreilla kuin terveydenhuoltojärjestelmässä. Terveydenhuollon tärkein panos terveyden edistämisessä on muiden sektoreiden yhteistyön tukeminen ja tiedon jakaminen. Terveyspalvelujen tulee olla laadukkaita ja yhtäläisiä kaikille ja niissä tulee ottaa huomioon terveyden edistämisen näkökulma. Erikseen kiinnitetään huomiota työttömien ja epätyöllisissä työsuhteissa olevien mahdollisuuksiin saada tasavertaisesti terveyspalveluja. Ohjelmassa ei mainita sanoja kansanterveysyhtiö, terveysneuvonta, terveystarkastus, neuvolatyö eikä kouluterveydenhuolto.

Terveyden edistäminen kansallisessa terveydenhuollon hankkeessa

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen ”Johdanto- ja Kehittämistyön tavoitteet” -luvuissa ydinkäsite on palvelujen saatavuus. Luvuissa keskitytään tarkastelemaan terveydenhuollon palvelujärjestelmää: ”Tässä suunnitelmassa kuvatus kehittämissuunnitelman tavoitteena on turvata perustuslain säätämällä tavalla terveyspalvelujen saatavuus kaikille kansalaisille heidän tarpeitaan vastaavasti” (STM 2002:13–15).

Terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä korostetaan valtioneuvoston periaatepäätöksen alussa:

”Riittävästi resursoitu ja hyvin toimiva perusterveydenhuolto on koko terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Ennaltaehkäisevä työ on perusterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä, joka yhdessä kansalaisten omasta terveydestä kantaman vastuun ja terveiden elintapojen kanssa vähentää palvelujen kysynnän kasvua ja suuntaa palvelujen tarvetta kevyisiin, avohoitopainotteisiin hoitoihin. (<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/-periaatepaatos.htm>)”

Lyhyessä luvussa tarkastellaan erikseen terveyden edistämistä: ”Terveyden kannalta tärkeitä päätöksiä liittyy elinympäristöön, hyvinvointipalveluihin, koulutukseen, työelämään, sosiaaliseen turvallisuuteen ja tasa-arvoon. Myönteisten vaikutusten aikaansaamista edistää yhteistyö eri toimijoiden ja hallinnonalojen välillä.” Suosituksessa 1. tiivistettiin esitykset seuraavasti:

”Kunnat arvioivat sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta ja järjestämistä osana hyvinvointipoliittista ohjelmatyötä. Työssä korostetaan terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, seudullista ratkaisujen kehittämistä ja palvelujärjestelmän eri osien ja kunnan eri sektoreiden yhteistyötä.

Kunnat ja muut toimijat edistävät väestön terveyttä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman linjausten mukaisesti.”

Lisäksi tässä suosituksessa esitettiin toimia alkoholihaittojen vähentämiseksi. Suosituksessa 4.1 (Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen) todetaan lyhyesti, että ”...erityistä huomiota kiinnitetään terveyden edistämiseen, ...”.

Hankesuunnitelmaa valmistelleessa selvityshenkilöraportissa tarkasteltiin palvelujärjestelmän uudistamista. Ihalainen ja Brommels (2002) totesivat yleisperiaatteissa, että palvelutuotantoa tarkastellaan toiminnallisina kokonaisuuksina, joita ovat ennaltaehkäisevä tervey-

denhuolto, äkillisten sairauksien hoitaminen, pitkäaikaisten sairauksien hoito, ennakolta suunniteltava hoito ja toimintakyvyn tukeminen. He esittävät, että kullekin toiminnallisille kokonaisuudelle tulee määritellä saatavuus- ja laatuvaioitteet. Seuraavan kappaleen mukaan toiminnassa tulee painottaa läheisyys- ja jatkuvuusperiaatetta, ennaltaehkäisyä ja kunnan hyvinvointistrategiaan pohjautuvaa terveyden edistämistä. Raportissa ei tätä enempää käsitellä ehkäisevää työtä eikä terveyden edistämistä. (Ihalainen ja Brommels 2002).

Hankesuunnitelman toteutumista selvittävässä 1.10.2003 päivätyssä raportissa todetaan, että Terveys 2015 -ohjelma etenee kansanterveyden neuvottelukunnan koordinoimana. Alkoholiongelmiin ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi on aloitettu hanke perusterveydenhuollossa. Lisäksi viitataan kansallisen alkoholi-ohjelman valmisteluun. Muita terveyden edistämiseen tai ehkäisevään työhön viittaavia mainintoja raportissa ei ole.

Osahankkeen 4.1 yhteydessä alueelliset tukihenkilöt selvittivät syksyllä 2003 terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluja terveyskeskuksissa. Selvityksen tukemiseksi Stakes teki kyselyn terveyskeskusten johtajille (<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/tkkysely.htm>). Aluetukihenkilöiden selvitykset ja kyselyn alustavat tulokset esiteltiin marraskuussa pidetyssä neuvottelukokouksessa ja erikseen myös STM:n kansanterveyden neuvottelukunnalle. Aluetukihenkilöiden neuvottelusta ei tehty muistiota eikä sovittu jatkotoimenpiteistä. Kansanterveyden neuvottelukunta käsittelee asiaa terveyskeskuskyselyn raportin valmistuttua.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tämän vuoden alusta alkaen järjestänyt sairaanhoitopiireissä terveyskeskusten kehittämispäivän yhdessä Kuntaliiton, sairaanhoitopiirien ja kuntien kanssa. Päivien ohjelma on keskittynyt lääkärin vastaanottotyöhön ja sitä tukeviin toimintoihin sekä alueelliseen yhteistyöhön. Terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut eivät ole olleet erikseen esillä näillä neuvottelupäivillä.

Terveydenhuoltohankkeessa on valmistunut hoidon saatavuutta ja jonon hallintaa

käsitelleen työryhmän muistio (STM 2003). Työryhmä esitti, että valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaiset hoitoon pääsyn aikarat ja sekä niiden ylittymisestä syntyvä velvoite järjestää hoito toisen palvelujen tuottajan toimesta sisällytetään kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin (STM 2003,119).

Terveydenhuoltohanke keskittyy sairaanhoidon kehittämiseen. Terveyden edistämiseksi terveydenhuollon tehtävät on ymmärretty samalla tavalla kuin Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Ehkäisevä työ ei ole mukana terveyskeskusten rakennetta ja toimintaa uudistavassa osaprojektissa 4.1. Ehkäisevä työ voi tosin sisältyä mielenterveyspalveluihin, psykososiaalisiin palveluihin ja päihdepalvelujen seudulliseen yhteistyöhön. Se voi sisältyä myös kansallisiin hoitosuosituksiin, alueellisten hoito-ohjelmien laatimiseen ja terveydenhuollon menetelmien arviointiin. Ehkäisevään työhön ei kuitenkaan toistaiseksi ole näissä yhteyksissä kiinnitetty huomiota.

Terveyspoliittinen strategia tuoreissa kansallisissa ohjelmissa

Kummassakaan ohjelmassa ei selkeästi tarkastella kansallisia terveyspoliittisia tavoitteita. Vaikka yhteisiä tavoitteita ei ole esitetty, ohjelmat muodostavat samaa terveyspoliittista strategiaa kahdesta suunnasta rakentavan kokonaisuuden. Tässä yhteydessä tärkeiksi kannanotoiksi tulevat myös ne teemat, jotka on jätetty mainitsematta tai joita ei ole kehitelty tarkemmin. Ohjelmien keskeiset ja yleislinjaltaan yhteiset strategiset kannonotot ovat jäsenyneet tämän kirjoittajalle seuraavasti:

- Terveyden edistäminen yhtyy kunnissa hyvinvoinnin edistämiseen ja toteutuu pääosin terveydenhuollon ulkopuolella. Kuntien tehtävänä on itsehallintonsa ja laajan toimivaltansa puitteissa tukea ja

osaltaan toteuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä yli sektorirajojen. Kuntien tulee valmistella hyvinvointipoliittisia ohjelmia.

- Kuntien hallinnossa ja terveydenhuollon palveluissa terveyden edistäminen ymmärretään näkökulmaksi, strategiaksi ja yhteistyöksi, joissa ei tarvita erityistä osaamista. Kansanterveystyön osaamisen, hallinnon ja johtamisen kehittäminen eivät ole ajankohtaisia haasteita.
- Terveydenhuollon ydintehtävä on laadukkaiden sairaanhoitopalvelujen järjestäminen kaikille tarpeen mukaan. Lainsäädännössä tulee varmistaa kansalaisten oikeus tarpeen mukaiseen sairaanhoitoon ja kuntien velvollisuus järjestää ja rahoittaa tämä hoito. Muilta osin terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole kiireellisiä uudistamistarpeita.
- Terveydenhuollon tavoitteiden toteutumisesta ilmaisevat asiakkaiden tyytyväisyys, sekä hoitoon hakeutumisessa ja hoitoprosesseissa esiintyvien viiveiden lyheneminen ja taloudellisuus.
- Terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamiseksi on kuntien ja valtion lisättävä yhdessä määrärahoja, yksikkökokoja kasvatettava, työnjakoa toimijoiden ja ammattiryhmien kesken selvennettävä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä tehostettava.
- Sairaanhoidossa tarvitaan kansallista teknologian arviointitutkimusta ja kansallisia hoitosuosituksia.
- Terveydenhuolto ei ole keskeinen toimija kansanterveyden edistämiseksi eikä sen tuloksellisuutta mitata kansanterveysindikaattoreilla.
- Ehkäisevät palvelut ovat tärkeä osa perusterveydenhuoltoa. Niiden sisällössä ja laadussa ei ole erityisiä kehittämistarpeita.

Kansanterveystyön uudistaminen

Terveydenhoidosta kansanterveystyöhön

Suomalainen terveydenhoito on 1800-luvulta alkaen kehittynyt valtion, kuntien ja kansalais-toiminnan yhteistyössä ja vahvan ammatillinen terveydenhoito-osaaminen toteuttamana. Kansanterveyden yhteiskunnallista painoarvoa lisäsi itsenäistymiseen yhdistynyt väestöpoliittinen intressi. Poliittisten puolueiden ja suomalaisen yrityselämän yhteisenä tavoitteena on 1800-luvulta alkaen ollut lisätä terveiden ja työkykyisten suomalaisten lukumäärää.

Kansanterveystyöstä puhuttiin ja se kehittyi 1940-luvulle saakka pääosin kansalaistointimintana: äitiys- ja lastenneuvolat, kättilö- ja terveyssisäarkoulutus, tuberkuloosin torjunta, varhainen mielenterveystyö sekä monet muuta hankkeet väestön terveyden edistämiseksi ja perussairaanhoidon tehostamiseksi (ks. Relander 1882, Siivola 1985, Kaprio 1990, Pesonen 1990, Forsius 1992).

Kuntien kansanterveystyön juuret löytyvät 1800-luvulta: piirilääkärit ja kunnanlääkärit, terveydenhoitosäännöt ja terveydenhoitolautakunnat (Kauttu ym. 1983). 1900-luvun alussa kiinnitettiin eniten huomiota maaseudun terveydenhuollon ongelmiin (Kärnä 1970). Ensimmäiset laaja-alaista julkisen sektorin kansanterveystyötä kuvaavat kirjoitukset löytyvät 1930-luvulta. Siivola (1985, 126) kuvaa ensiaskeleita seuraavasti:

”Rockefeller-säätiön kanssa käytiin 1930-luvulla neuvotteluja ...Kansanterveyslaitoksen perustamisesta säätiön tuella. Tähän opetus-, tutkimus- ja valistuskeskukseen oli tarkoitus siirtää terveydenhoitajatakkoulutus sekä lääkäreiden opetus sosiaalihuigienian alalla. ...Lisäksi laitoksessa oli tarkoitus antaa opetusta terveydenhoitoviranomaisille, terveydenhoidon kassastajille jne. Sen piti toimia terveydenhoidollisen propagandan keskuksena. Propagandaosaston yhteyteen suunniteltiin pysyvää näyttelyä, joka antaisi tietoa kansantaudeista, ravintohygieniasta, äitiys- ja lastenhuollosta sekä muilta hygienian aloilta. Laitokseen oli määrä tulla

myös kansanravitsemusosasto, tilastotieteen tutkimusosasto ja yleishygieninen tutkimusosasto mm. ammattitautien tutkimusta varten.”

Tämä suunnitelma jäi toteutumatta sodan aikaessa. Rockefeller-säätiö päätyi tukemaan Työterveyslaitosta edeltäneen ammattitautien tutkimuslaitoksen perustamista vuonna 1949.

Toinen Rockefeller-säätiön tuella valmistettu hanke toteutui sodasta huolimatta. Syksyllä 1939 valmistui suunnitelma lääkintöhallituksen, Helsingin maalaiskunnan ja Rockefeller-säätiön yhteiseksi rahoittamaksi mallialueeksi terveydenhuoltotyötä varten (ks. Siivola 1985). Seuraavana vuonna allekirjoitettiin sopimus ja näin käynnistyi 1950-luvulle jatkuva tutkimus-, kehittämis- ja koulutushanke, jossa käytännössä selvennettiin moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvaa kansanterveystyötä maalaiskunnassa. Vuonna 1942 Severi Savonen julkaisi Suomen Lääkäriliiton Aikakauskirjassa ehdotuksen ensimmäiseksi kansalliseksi kansanterveystyön ohjelmaksi (Savonen 1942).

Kansanterveystyön tutkimus- ja kehitystyö Helsingin maalaiskunnassa ajautui vaikeuksiin 1950-luvun puolivälissä, kun Rockefeller-säätiö vähensi tukeaan ja edellytti, että Suomen valtion olisi pitänyt ottaa kustannusvastuu. Pysyvämät ratkaisut jäivät tekemättä ja toiminta päättyi 1960. Lääkintöhallituksen tutkimus- ja kehittämismäärärahat käytettiin vuosina 1961–1971 projektiluonteisiin selvityksiin ja tutkimuksiin Kansanterveystyön opetus- ja tutkimuskeskuksen nimellä toimineessa yksikössä, joka hallinnollisesti oli Uudenmaan lääninlääkäriin toimistossa (Kättilölehti 1962, Siivola 1985, 134–135). Tämä yksikkö lopetettiin vuonna 1971 ja määrärahat käytettiin terveyskeskuskokeiluihin ja kansanterveystyön kehittämishankkeisiin.

Kunnallista terveydenhuoltoa 1940-luvulla vahvistaneissa laeissa ei puhuttu laaja-alaisesta kansanterveystyöstä. Kukin toiminta sai oman lakinsa. Säädospaketin ja sitä tulkitsevien ohjeiden mittavuutta havainnollistaa Maalais-

kuntien yleisen terveydenhoidon käsikirjan I täydennysosa (Savonen 1953), jossa oli noin 360 sivua lakeja, asetuksia ja ohjeita. Käsikirjan asiasanaluettelossa ei mainittu kansanterveystyötä. 1960-luvulle saakka kokoavina käsitteinä olivat yleinen ja henkilökohtainen hygienia eli terveydenhoito (Oker-Blom 1916, Ojala 1967), sosiaalihygienia ja sosiaalilääketiede (ks. Noro 1978).

Kuntien ehkäisevät palvelut laajenivat nopeasti 1940–1950-luvuilla. Lääkintöhallituksen johdolla lääninlääkäreiden toimistot tukivat kuntien ehkäiseviä palveluja. Valtion ja kansalaisjärjestöjen yhteisvoimin rakennettiin maaseudulle terveystaloja. 1950-luvun lopussa lähes koko ikäluokka oli neuvolatyön ja koulu-terveydenhuollon piirissä. 1960-luvulle tultaessa ”The Finnish Public Health Nurse” oli tullut jo kansainvälisesti tunnetuksi käsitteeksi (Siivola 1983,133).

Piirilääkäreiden ja lääninlääkäreiden keskeisenä tehtävänä oli valvoa yleistä terveyden ja sairaanhoitoa ja seurata asukkaiden terveydentilaan vaikuttavia olosuhteita. Kuvatessaan lääninlääkärin tehtäviä 1950-luvun alussa Huh-tinen (1954) päätyi korostamaan tehokasta työskentelyä terveydenhuoltolinjalla ja erityisesti ehkäisevää terveydenhuoltotyötä: ”...lääninlääkäreiden on yhä enemmän kiinnitettävä huomiota sairauksien ja erilaisten sosiaalisten tekijöiden välisiin suhteisiin”. Myös kaupungin ja kunnanlääkäreiden (ks. Savonen 1953) tehtäviin kuului väestön terveyden ja terveysolojen seuraaminen ja asiantuntijana toimiminen sekä terveydellinen valistustyö. Käytännössä heidän työnsä kunnanlääkärinä rajoittui kuitenkin useimmiten ehkäiseviin palveluihin. Sairaanhoitoa kunnanlääkärit tekivät pääosin yksityisinä ammatinharjoittajina. Lääkäreistä oli jatkuvasti pulaa etenkin maaseudulla. Kunnanlääkärit, terveyssisaret ja kättilöt tekivät niissä oloissa tehokasta tiimityötä.

Suomessa oli 1960-luvun alussa koko maan kattava, valtakunnallisesti johdettu ja kuntien toteuttama ehkäisevien palvelujen järjestelmä. Kunnallista terveydenhuoltoa koskevissa säädöksissä korostui tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen.

Kuntien tehtävät alkoivat siirtyä sairaanhoidon suuntaan, kun keskussairaalat siirtyivät 1950-luvun puolivälissä kuntainliittojen hallintaan. Uudet investoinnit käytettiin keskussairaalaverkon rakentamiseen (Vauhkonen ja Bäckman 1973). Avosairaanhoidon pulmat kasvoivat koko ajan. Erityisenä ongelman oli maaseudun vaikea lääkaripula. Vaikka sairastamisen kustannuksia vähennettiin sairausvakuutuksella 1960-luvun alussa, maaseudun avosairaanhoidon ongelmat eivät helpottuneet.

Laaja-alaisen kansanterveystyön sisällöstä ja menetelmistä on varsin vähän kirjallisuutta 1950–1960-luvuilta (ks. Pakkala 1982). Savosen (1942) kansanterveystyön ohjelman jälkeen seuraavan merkittävän tutkimuksen ja ohjelmaehdotuksen teki sosiaalipoliitikko Pekka Kuusi, tosin terveydenhuollon asiantuntijoiden tukemana. Hän kuvasi 1960-luvun sosiaalipoliittikka-kirjassaan yksityiskohtaisesti tulevan kansanterveystyön uudistuksen suuntaviivat. Vaikka Kuusi ei näkyvästi käyttänyt kansanterveystyön käsitettä, terveydenhuoltopoliittikka käsittelevä luku asiallisesti rakentaa kansanterveystyön perustaa. Siinä korostettiin suunnitelmallisuutta, kokonaisnäkemystä, tutkimusta ja koulutusta, ehkäisevää työtä ja toimivia peruspalveluja ja hyvää yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. (Kuusi 1968.)

Ennen kansanterveyslain valmistelua kansanterveystyön käsite oli suomalaisessa kirjallisuudessa varsin monenlaisessa käytössä, mikä havainnollistuu seuraavissa lainauksissa 1950–1960-lukujen vaihteessa julkaistuista yhteiskunnallisesta oppikirjasta ja tietosanakirjasta:

”Ne tarkoitusperät, joihin *kansanterveystyö* tähtää, ovat tuotantotoimintaan osallistuvien ikäluokkien työkuuntoisuuden säilyttäminen ja kohottaminen, taistelu kansantauteja vastaan, kuolevaisuuden alentaminen ja kansakunnan rodullisen kehityksen edistäminen.” (Suomalainen yhteiskunta. Virtanen 1959, 260.)

”*Kansanterveystyö*, yksilön terveyden säilyttämiseen pyrkivä, sairauksia ennakolta ehkäisevä toiminta (huolto- ja valistustyö), joka kohdistuu ensisijaisesti suuria ihmisjoukkoja uhkaavien terveyshaitto-

jen, kuten tartuntatautiin, tuberkuloosiin, reuman, syöpäsairauksien, sydäntautien, ym. 'kansantautien' ennakkoehkäisyyn; myös mm. mielenterveyden säilyttäminen sekä äitiys- ja lastenneuvolain toiminta kuuluvat kansanterveystyön toimialaan. Virallisen kansanterveystyön johdossa on lääkintöhallituksen kansanterveysosasto; lukuisat järjestöt edustavat kansanterveystyön eri puolia." (Otavan iso tietosanakirja, 1962.)

Kunnan kansanterveystyö määriteltiin ensimmäisen kerran - ilman laajempia perusteluja - Kansanterveyskomitean mietinnössä (1965). Tämän ehdotuksen mukaan kansanterveystyöhön kuului yksilöön kohdistuva terveydenhoito sekä sairaanhoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Kansanterveystyön suorittamiseksi kunnan tulee huolehtia 1) terveysneuvonnasta; 2) kuntalaisten sairaanhoidosta ja kuntoutuksesta; 3) hammassairauksien vastustamistyöstä ja 4) kouluterveydenhoidosta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kunnallinen terveydenhuolto oli 1950-luvulle saakka terveyden edistäminen ja ehkäiseviä palveluja. Erityisenä tehtävänä oli suojella väestöä tartuntataudeilta ja edistää lasten ja nuorten terveyttä. 1950-luvulla erikoissairaanhoito tuli kuntien tehtäväksi, mutta sitä toteutettiin kuntaliittojen kautta. Seuraava suuri – kansanterveystyön nimellä tunnetuksi tullut muutos – kuntien terveydenhuollossa valmisteltiin 1960-luvulla ja toteutui 1970-luvun alussa.

Kansanterveystyön toteuttajaksi terveyskeskus

Kansanterveystoimikunnan mietinnössä (1969) kunnan kansanterveystyön toteuttajaksi esitettiin terveyskeskusta. Terveyskeskuksista tulikin uudistuksen toiminnallinen ydin. Siksi on yllättävää huomata, että sana "terveyskeskus" yleisty suomalaisessa kirjallisuudessa vasta vuonna 1969 ja paljolti juuri kansanterveystoimikunnan työn tuloksena.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa terveyskeskuskäsite oli esiintynyt jo 1900-luvun alusta alkaen vaihtelevissa merkityksissä. Roemer'in

(1972) mukaan "primary health centre" sisälsi 1920-luvun Englannissa yleislääkäritoiminnan ja ehkäisevät palvelut. Eurooppalaisessa kongressissa maaseudun terveyskeskus määriteltiin 1930-luvulla seuraavasti:

"...an institution for the promotion of the health and welfare of the people in a given (rural) area, which seeks to achieve its purpose by grouping under one roof or coordinating in some other manner, under the direction of a health officer, all the health work of the area, together with such welfare and relief organizations as may be related to the general public health work." (Roemer 1972, 12.)

Tätä kuvausta vastaavia terveyskeskuksia toimi ensimmäiseksi laajemmin Neuvostoliitossa ja muissa sosialistisissa maissa. Muulla terveyskeskuskäsite tuli käyttöön 1940-luvulla. Painopiste oli koko ajan maaseudun ja monesti myös kehitysmaiden terveydenhuollon järjestämisessä sairaaloiden ulkopuolella. Englannissa ja Ranskassa terveyskeskuksilla alettiin 1960-luvulla tarkoittaa yleislääkäritoimintaa, johon liittyi ehkäiseviä palveluja ja myös laboratorio- ja röntgentoimintaa. Belgiassa terveyskeskukset keskittyivät ehkäisevään työhön ja Yhdysvalloissa "health centre" tarkoitti paikallisen "public health" -hallinnon ja -toimintojen taloa. (Roemer 1972). Myöhemmin valmistuneessa arviossaan Kohn (1983, 23) huomautti, että terveyskeskuksella voidaan tarkoittaa koordinoivaa hallintoa, perusterveydenhuollon yksiköiden integroitua kokonaisuutta tai samaan taloon koottua perusterveydenhuollon palvelujen valikoimaa.

Suomalaisen terveyskeskuksen mallia rakennettiin maaseudun terveydenhuolto-oloja koskevissa mietinnöissä ja kirjallisuudessa. Kuusi (1968) ei vielä puhunut terveyskeskuksesta, kun hän hahmotteli "terveydenhuollon kenttäorganisaatiota". Se muodostui terveysasemista ja terveydenhoidollisista paikallisneuvoloista. Poliklinikan tavoin toimivilla terveysasemilla olisi vähintään 4–6 lääkäriä, monipuolinen tutkimusvälineistö, hieman sairaansijoja ja sairausautot sairaankuljetusta varten. Terveysasemat nojaisivat työssään paikallisneuvoloi-

hin, joiden toiminnasta vastaisivat terveystoimijat.

Tämän päivän kielellä Kuusen esittämä maaseudun terveydenhuollon kenttäorganisaatio oli enemmän verkosto kuin keskus. Kansanterveyskomitean (1965) mietintö rakentui paljolti samalle pohjalle. Siinä ei puhuttu terveyskeskuksista, vaan kunnan johtamasta hallinnollisesta kokonaisuudesta, lääkäriasemista ja eriävissä mielipiteessä myös laajemmista kansanterveyspiireistä.

Suomen Lääkärilehti julkaisi vuonna 1969 poliittisten puolueiden kuvaukset terveydenhuoltopoliittisista ohjelmistaan. Niissäkään ei mainittu sanaa terveyskeskus. SDP:n ohjelmassa puhuttiin terveysneuvolasta, terveysasemasta ja avosairaanhoidokeskuksesta, jotka yhdessä muodostaisivat paikallisen tason kokonaisuuden (SDP 1969). Keskustapuolue oli asettanut tavoitteeksi terveydenhuoltoasemien verkoston. Terveydenhuoltoasemasta tulisi koko terveydenhuollon – niin terveydenhoidon, sairaanhoidon kuin kuntoutuksenkin – yhteinen alueellinen peruselin, joka väkiluvusta riippuen käsittää yhden tai useamman kunnan alueen (Keskustapuolue 1969). Myös Kansallinen kokoomus (1969) korosti tiiviissä ohjelmassaan terveysasemaverkon toteuttamista.

Suomen Lääkärilehdessä lääkintöhallituksen kansanterveysosaston päällikkö Aimo Ojala, joka oli ollut keskeinen asiantuntija jo Pekka Kuusen työssä ja myös kansanterveyskomiteassa ja -toimikunnassa – asiallisesti kuvasi terveyskeskuksen, vaikka ei käyttänytkaan tätä sanaa. Pääosa luvusta kuvasi erillisiä toimintojen ehkäisevistä palveluista sairaanhoitoon. Lopuksi hän totesi, että ”välttämättömästi tarpeelliset peruspalvelukset vaativat organisaation, joka tulisi pysyttää muun paikallishallinnon yhteydessä”. Ojalan mukaan paikallista terveyden- ja sairaanhoidotyötä varten tulisi perustaa yhteinen palvelukeskus, jonka tehtäviin sisältyy yleisen terveydenhoidon valvonta, paikalliset terveyden- ja sairaanhoidolliset palvelukset sekä paikallissairaalan ylläpito ja sairaankuljetustehtävät. (Ojala 1969.)

Samana vuonna Suomen Lääkärilehdessä kuvattiin ruotsalaisen Dalbyn terveydenhuoltokeskuksen toimintaa (Kauttu 1969). Harnin

(1969) mukaan terveysasemalla oli yhdistetty terveydenhoito, sairaanhoito, hammashoito ja fysioterapia tutkimustoimintaan. Kansanterveysjärjestö opetus- ja tutkimuskeskukseen ja sitä edeltävään toimintaan Harni ei lainkaan viitanut, kun hän ehdotti Dalbyn kaltaisen kehittämishankkeen käynnistämistä myös Suomessa.

Kansanterveysjärjestötoimikunnan mietinnössä kuvattiin terveyskeskuksen toiminta-ajatus ensimmäisen kerran tällä nimellä:

”Näin ollen kunnan kansanterveysjärjestömuotoa kehitettäessä on saatava aikaan toiminnallinen kokonaisuus, jossa erilaiset osatoiminnot tukevat toisiaan niin paljon kuin mahdollista. Tämä voidaan toteuttaa perustamalla terveyskeskus, jonka hoidettavaksi annetaan kunnan kansanterveysjärjestöön kohdistuvien toimintojen osalta, erikoislääkärijohtoista sairaanhoitoa lukuun ottamatta, ja jonka tehtävät laajennetaan mahdollisuuksien mukaan myös yksilön elinympäristöön kohdistuvat toiminnat käsittäväksi.” (KomM 1969, 11.)

Ensimmäinen yksityiskohtaisempi terveyskeskuksen toiminnan kuvaus löytyy Jyväskylän yliopistossa heinäkuussa 1969 järjestetyn seminaarin julkaisusta (Puro 1969):

”Kun seuraavassa hahmotellaan paikallisen terveydenhuollon, terveyskeskuksen rakennetta ja toimintaa, se perustuu muutaman viime vuoden aikana käytyyn keskusteluun, lehdistössä julkaistuihin artikkeleihin ja valtion komiteamietintöihin...

Missään paikallisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä koskevassa esityksessä ei ole selvästi asetettu kysymystä: onko väestön ensisijaisen terveydenhuollon tarpeen tyydyttämiseksi rakennettava organisaatio perustettava yleislääkärijohtoiseen järjestelmään, vai onko osa ensisijaisesta terveydenhuollosta perustettava erikoislääkärijohtoiseen järjestelmään?... Tämän tarkastelun perustana on erilaisista yksiköistä muodostunut, yleislääkärin johtama, paikallisen terveydenhuollon palvelukeskus, terveyskeskus.” (Puro 1969, sivu X/3.)

Puron mukaan paikallisen terveyskeskuksen toiminta rakentuisi suurelta osin terveyshoitajien varaan. Heille kuuluisi mm. koko väestön perinteisen kättilö- ja terveysisartoiminnan lisäksi koko väestön valistaminen, sairauksien varhaisdiagnostiikka ja ehkäisevä mielenterveysyö. Ehkäisevän terveyshoidon keskuksena paikallisesti toimii terveysneuvola, jonka johtajaksi olisi saatava tarkoitukseen erikoisesti koulutettu terveydenhoitolääkäri. Terveysneuvola kantaisi vastuuta koko eliniän kattavasta terveydenhoidosta, myös hammassairauksien ehkäisemisestä. Terveydenhoitotoimisto johtaisi ja valvoisi ympäristöön kohdistuvaa terveydenhoitoa. Lääkäreiden vastaanotolla tulisi olla ainakin kolme lääkäriä ja heidän tukenaan laboratorio ja röntgen. Terveyskeskuksen kuuluisi lisäksi kuntoutusosasto, kotisairaanhoidokeskus, vuodeosasto, hammashoito, sairaankuljetuskeskus ja lääkkeiden jakelusta huolehtiva apteekki tai lääkevarasto. (Puro 1969.)

Kansanterveysvoimikunnan esitykset viritivät keskustelua vähemmän kuin olisi odotettu. Kirjoitusten aiheita olivat mm. avoterveydenhuollon järjestäminen, lääkäreiden asema ja palkkaus, terveydenhoitajien työ, maksuttomuus ja hallinnolliset järjestelyt ja terveyskeskusrakennusten suunnittelusta. Ehkäisevää työtä korostettiin erityisesti työikäisen ja ikääntyvän väestön terveysneuvontana. (Pakkanen 1982.)

Monissa puheenvuorissa kiirehdittiin kansanterveysvoimikunnan uudistusta valmistettavaa kokeilu- ja tutkimustoimintaa (Puro 1969, Suomen Lääkäriliitto 1969, Westerlund 1969). Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksessa 1970 (SLL 1970:25:2878) todettiin, että valtion budjettiin on ollut ylivoimaista saada määrärahoja terveydenhuollon toiminnallisia kokeiluja varten ja uusien työmuotojen kehittämiseen.

Lain hyväksymistä vauhdittivat sairausvakuutuslain epäonnistuminen maaseudun sairaanhoidon tehostamisessa, työikäisten miesten heikenevä terveys ja jatkuvasti kasvavat erikoissairaanhoidon menot. 1960-luvun lopussa avoterveydenhuollon osuus terveydenhuoltomenoista oli noin 10 prosentin suuruusluokkaa. Käytännön toteutukseen vaikutti pal-

jon Suomen valtionhallinnon tuolloin omaksuma viisivuotissuunnittelu. Sosiaalidemokraatit ja keskustapuolue sopivat hallituksessa kansanterveyslain hyväksymisestä, kun toimeenpääntö päätettiin aloittaa maaseudulta ja Itä- ja Pohjois-Suomesta. Pääosin kansanterveysvoimikunnan mietintöön perustunut hallituksen esitys hyväksyttiin yksimielisesti eduskunnassa.

Kunnan kansanterveysyö kansanterveyslaissa

Eduskuntakäsittelyyn saakka valmisteltiin lakia otsikolla ”laki kansanterveysyöstä”. Hallituksen esityksen (HE 98/1971) mukaan lain tavoitteena oli: ”...siirtää terveyspolitiikan painopiste terveydenhoitoon ja avosairaanhoidon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitajärjestelmän ripeälle ja suunnitelmalliselle kehittämiselle.” Laki esityksen viimeistelystä vastannut sosiaali- ja terveysministeri Pekka Kuusi (1971) kuvasi tarkoitusta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksessa seuraavasti:

”(Tästä syystä) hallitus katsoo välttämättömäksi maan terveyspolitiikan painopisteen määrätietoisen siirtämisen kansanterveysyöhön. Lain luomalle perustalle on (...) mahdollista lähivuosien aikana rakentaa valtiovallan, kuntien ja kansanterveyden piirissä työskentelevän henkilöstön yhteistyönä sellainen peruspalvelujärjestelmä, joka tarjoaa kokonaisvaltaisesti ja suunnitelmallisesti ehkäisevän terveydenhoidon ja sairauksien perushoidon palvelukset kaikkien kansalaisten käytettäväksi.”

Eduskuntakäsittelyn aikana lain nimi muutettiin kansanterveyslaiksi. Tarkemmin perustelematta tehty muutos ei vaikuttanut lain sisältöön. Kansanterveysvoimikunnan tarkoitus ja kunnan kansanterveysvoimikunnan sisältö määriteltiin paljolti samalla tavalla kuin jo kansanterveyskomitean ehdotuksessa. Vaikka 1. §:ssä säädetyn tarkoituksen voisi jälkikäteen ymmärtää varsin laajasti, kunnan kansanterveysvoimikunnan tehtävät kaivatut 14. §:ssä tuolloin tärkeiksi koettuihin

yksilöihin kohdistuviin toimintoihin: Terveysneuvonta, kunnan asukkaiden sairaanhoito, sairaankuljetuksen järjestäminen, hammassairauksien vastustamistyö ja kouluterveydenhuolto.

Kuntien kansanterveystyöhön tulivat mukaan paikallissairaalat ja kaupunkien erikoislääkärijohtoinen sairaanhoito. Sairaanhoitopiirien toteuttama erikoissairaanhoito ja työterveyshuolto jäivät pois lain piiristä, samoin sairausvakuutuksen kautta tuettu sairaanhoito.

Kansanterveystyön terveydenhoito rajattiin yksilötasolle

Viime vuosisadan alusta alkaen terveydenhoito oli jaettu yleiseen ja henkilökohtaiseen hygieniaan eli terveydenhoitoon (Oker-Blom 1916, Kaprio 1990). Yleisen terveydenhoidon (ks. Ojala 1969) keskeisenä tehtävänä on ollut väestön terveydentilan ja terveydellisten olojen seuraaminen sekä asiantuntijana toiminen terveydellisissä asioissa. Vuoden 1951 asetus yleisestä lääkärinhoidosta korosti kaupungin- ja kunnanlääkärin tehtäviä yleisessä terveydenhoidossa:

”27 §. Suorittaessaan virkatehtäviään kaupungin- ja kunnanlääkärin on soveltuvis- sa kohdin yhteistyössä kunnan muiden viranomaisten kanssa erityisesti:

- 1) valvottava virka-alueensa yleistä terveyden- ja sairaanhoitoa, sekä kiinnitettävä huomiota niihin seikkoihin, jotka saattavat vaikuttaa alueen terveydellisiin oloihin, kuten asuntoihin, puhtaanapitoon, vedensaantiin ja liikaveden poistoon, tehtäisiin, työpaikkoihin, kouluihin, majoitus- ja ravitsemusliikkeisiin, parturinliikkeisiin ja muihin niihin verrattavissa oleviin yleisöä palveleviin laitoksiin, elintarvikkeiden ja nautintoaineiden valmistukseen ja kauppaan sekä lasten ruumiilliseen ja henkiseen hoitoon ynnä tässä kohdin annettujen määräysten noudattamiseen;
- 2) annettava yleistä terveyden- ja sairaanhoitoa koskevissa asioissa viran-

omaisten pyytämiä neuvoja ja lausuntoja sekä heidän muita tarkoituksia varten viran puolesta tarvitsemiaan todistuksia;

- 3) annettava tarvittaessa yleisölle neuvoja ja ohjeita yleisluontoista terveyden- ja sairaanhoitoa koskevissa asioissa;...” (Savonen 1953, sivu 198).

Myös lääninlääkärin tehtävissä korostui tuolloin väestön terveysolojen seuraaminen ja yleinen terveydenhoito- ja sairaanhoitopalvelujen valvonta. Lääninlääkäri oli ensisijaisesti ehkäisevän terveydenhuollon asiantuntija ja johtaja (Huhtinen 1954).

Kansanterveyskomitean mietinnössä ei mainittu yleistä terveydenhoitoa kunnan kansanterveystyötä kuvattaessa, mutta lääninlääkärin toimenkuvassa se oli edelleen mukana. Kansanterveystoimikunta rajasi työnsä kunnan terveydenhuoltoon. Mietinnössä todettiin lyhyesti, että terveyskeskuksen hoidettavaksi annetaan kunnan kansanterveystyö yksilöön kohdistuvien toimintojen osalta. Toimikunnan mukaan myöhemmin tehtäviä laajennettaisiin mahdollisuuksien mukaan myös yksilön elinympäristöön kohdistuvat toiminnot käsittäväksi. (KomM 1969, 11.) Tästä rajauksesta seurasi, että aikaisemmin kunnan terveydenhoitola- takunnalle, kunnanlääkärille ja kaupunginlääkärille kuuluneet tehtävät väestön terveyden ja terveydellisten olojen seuraamisessa jäivät pois kunnan terveyslautakunnan, terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen vastaavan lääkärin tehtävistä. Ne eivät myöskään sisältyneet kansanterveystyön johtosäännössä käsiteltäviin asioihin.

Puolueiden terveydenhuoltopoliittisissa ohjelmissa ei 1960-luvun lopussa juurikaan käsitelty kansanterveystyön paikallishallinnon yleisempiä tehtäviä. SDP:n ohjelmassa mainittiin lyhyesti, että aluehallinnon perustaksi on luotava yleensä läänijakoa vastaavat terveydenhuoltopiirit, joiden terveydenhoito-osasto vastaa alueen ehkäisevän terveydenhoidon johdosta ja sairaanhoito-osasto erikoislääkärijohtoisesta sairaanhoidosta. Paikallisen tason terveydenhuollon yhteydessä ei hallinnollista vastuuta terveydenhoidosta erikseen käsitelty. (SDP 1969.)

Rinnan kansanterveystyön uudistuksen kanssa valmisteltiin valtion aluehallinnon uudistuksessa merkittävää muutosta lääninlääkärin asemaan ja myös sairaanhoitopiiri uudistusta. Harni kritisoi alueellisen suunnittelun hajanaisuutta ja kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon suunnittelun erottamista toisistaan (1969b). Hän esitti, että kansanterveystyön ja sairaanhoitopiirien hallintoon olisi saatava yhteinen ”alueellinen kansanterveyshallinnon lääkäri”:

”Kansanterveyshallinto tarvitsee joka tapauksessa sellaisen hallinnollisen lääkärin kansanterveystyön aluehallintoa varten, että tämä voi toimia yhteistyössä sairaalapiirin hallinnon kanssa mieluummin samassa hallinnollisessa toimistossa”. (Harni 1969c.)

Vaikka jälkikäteen voidaan löytää joitakin pohdintoja kansanterveystyön alueellisesta johtamisesta laajemminkin kuin terveyskeskuksen toimintana, paikallinen vastuu väestön yleisemmästä terveyden edistämisestä ei johtanut laajempaan keskusteluun. Esimerkiksi Aerin (1970) katsauksessa paikalliseen terveydenhuollon suunnitteluun ei lainkaan viitattu kunnan vastuuseen terveyspalveluja laajemmasta kansanterveystyöstä.

Ensimmäisten kansanterveystyön valtakunnallisten suunnitelmien yleistavoitteissa viitattiin laajempiin tehtäviin: ”Kansanterveystyötä vuosina xx - xx järjestettäessä pyritään väestön terveydentilan parantamiseksi 1)...; 2) kehittämään kansanterveystyön tuloksellisuuden ja toimintojen järjestämisen taloudellisuuden seurantaa.” Kunnille annetuissa ohjeissa ei kuitenkaan opastettu tämän tavoitteen saavuttamiseksi tarpeellisesta toiminnasta. Kuntien kansanterveystyön suunnitelmia ja toimintakertomuksia hyväksyttäessä ei myöskään kiinnitetty huomiota tähän tavoitteeseen. Yksittäinen kannanotto löytyi 1970-luvun Lääkärilehdestä. Pohtiessaan kansanterveyslain toteutumista Parvinen (1979) korosti, että kunnan olisi selvitettävä, miten hyvin terveydentilaa on onnistuttu ylläpitämään ja edistämään. Parvisen mukaan terveyskeskusten tulisikin jat-

kuvasti seurata niitä muutoksia, joita väestön terveydentilassa on tapahtunut.

Kansanterveystyön vastuiden epämääräisyydestä kannettiin huolto yksittäisissä kirjoituksissa. Vohlosen mukaan kansanterveyslailta polkaistiin maasta myönteissävyinen, mutta peräti hahmoton käsite terveyskeskus. Hänen mielestään olisi ollut parempi puhua kansanterveystyöstä. Terveyskeskuksesta oli tullut ”sairaiden terveyskeskus”:

”Tehostuva kansanterveystyö olisi edellyttänyt muiden työntekijöiden ohella myös lääkäreiden työpanosta. Heidän työvoimansa sidottiin kuitenkin mahdollisimman tiiviisti itsensä sairaksi kokevien hoitoon juuri terveyskeskusten syntymähetkellä, jolloin heidän olisi pitänyt ryhtyä huolehtimaan terveyden säilyttämisestä. ... Vastuun jakautuminen terveyskeskuksessa on tällä hetkellä selkiytymätön. Poliittisesti on kansanterveystyön toiminnasta ja hallinnosta vastuussa terveyslautakunta, terveyskeskus puolestaan vastaa kansanterveystyöstä totaalisesti. Terveyskeskuslääkärin vastuu kohdistuu vain hänen omaan toimintaansa, terveyskeskuksen vastaavan lääkärin harteilla taas on se, että kunnan terveystyöstä on suunnitelmat tehty ja seurannat esitetty terveyslautakunnalle. ... Yhteiskuntamme on nyt siirtänyt vastuun kansanterveystyöstä heterogeeniselle kollektiiville nimeltä terveyskeskus. (Vohlonen 1973.)

Kansanterveystyön käsikirjassa pohdittiin lyhyesti terveyskeskuksen johtavan lääkärin tehtäviä suhteessa kunnanlääkärin tehtäviin. Johtavan lääkärin tehtävissä ei mainittu kansanterveystyön johtamista, vaan hänet kuvattiin terveyskeskuksen johtajaksi:

”Terveyskeskuksen johtavan lääkärin asema on siis olennaisesti toisenlainen kuin ensimmäisen kunnanlääkärin asema ennen kansanterveyslain säätämistä. Johtavan lääkärin tulee toimia kaikkien muiden lääkäreiden ja myös muiden terveyskeskuksen viranhaltijoiden esimiehenä. Hänellä on keskeinen asema järjestettäessä terveyskeskuksen toimintoja ja

suunniteltaessa terveyskeskuksen kehittämistä. Johtavien lääkäreiden harteille on siten asetettu raskas vastuu; toivottavasti yhä useammasta terveyskeskuksen johtavasta lääkäristä kehittyy ajan mittaan terveydenhuoltopalvelujen pystyvä organisaattori ja suunnittelija.” (Aer ja Rokka 1975, 147.)

Jälkikäteen näyttää yllättävältä, että kunnan varhaisemmassa lainsäädännössä selkeästi todettu kunnan ja kaupunginlääkärien tehtävä väestön terveydellisten olojen seuraamisessa ja yleisen terveydenhoidon johtajana toimimisesta jäi näin vähällä keskustelulla pois kunnan kansanterveystyöstä. Osittain selityksenä voi olla 1960-luvun vaikea lääkäripula. Kunnanlääkärit ja kaupunginlääkärit eivät käytännössä toteuttaneet tätä säädösten velvoitetta eivätkä lääninlääkäritkään sitä laajasti tulkinneet.

Toinen selitys löytyy valtakunnallisen terveydenhuoltopolitiikan muuttumisesta terveyspolitiikaksi. Samalla näkymä laajeni terveydenhuollosta kaikille yhteiskunnan sektoreille. Kun Kuusen mukaan terveydenhuoltopolitiikka oli osa sosiaalipolitiikkaa ja sosiaalipolitiikka puolestaan sisältyi yhteiskuntapolitiikkaan. Uusi terveyspolitiikka pyrki integroimaan terveystavoitteet kaikkeen yhteiskuntapolitiikkaan. Terveyspolitiikan uusi strategia kirjattiin ensimmäisen kerran talousneuvoston asettamassa yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkivassa jaostossa ja erityisesti sen työryhmän raportissa (Talousneuvosto 1972), josta ryhmän sihteeri työsti edelleen monille tutuksi tulleen oppikirjan (Puro 1973). Tässä kehittämissä lähdettiin liikkeelle Puolan terveysmallista ja määriteltiin terveyspolitiikan yleistavoitteeksi terveydentilan mahdollisimman täydellinen saavuttaminen ja tasainen jakautuminen väestössä. Keinot jaettiin kahteen osaan: 1) Tautien ja sairauksien ehkäisy ja terveyden edistäminen; 2) Sairausten hoito. Ehdotuksissa päädytään melko selvään työnjakoon terveydenhuollon ja muiden yhteiskuntasektoreiden välillä:

”Suuri osa kokonaisvaltaisen ehkäisevän terveyspolitiikan vaatimista toimenpiteistä on itse asiassa muiden yhteiskuntapo-

litiikan lohkojen alueella toteutettavia: talouspolitiikan, työpolitiikan, asuntopolitiikan, sosiaalihuollon, sosiaaliturvapolitiikan, maatalouspolitiikan, liikennepolitiikan, kauppapolitiikan, jne.” (Talousneuvosto 1972, 89.)

Kansanterveystyön uudistuksessa keskeisesti mukana ollut Osmo Kaipainen korosti vuonna 1969 julkaistussa kirjassaan henkilökohtaista ehkäisevää työtä terveysasemien tehtävänä:

”...Tulevaisuuden terveydenhoitotyönkin keskuksen tulee muodostaan kunnallinen terveysasema, johon myös neuvolat keskitetään. Ja tällöin annetaan lasten- ja äitiysneuvoloiden lisäksi neuvontaa myös nuorisolle, vanhuksille ja työikäisille. Terveysaseman tulisi vielä pitää sisällään kasvatus- ja mielenterveysneuvolan.” (Kaipainen 1969:179.)

Puro (1973, 165) mukaan tehokas ja tavoitteellinen terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen ei ratkaise kansanterveyden ongelmia, ellei kansalaisten terveys tule yhdeksi päätöksentekoperusteeksi koko yhteiskuntapolitiikassa. Kansanterveystoimikunnan ehdottamaa rajausta seuraten Puro (1973, 140) täsmensi terveyskeskusten terveydenhoidon tehtävät yksilötasoiseen terveysneuvontaan:

”Ehkä ensimmäinen tehtävä, johon ehkäisevän terveydenhoidon terveyskeskuksissa olisi suunnattava toimintansa, on sen säännöllisen yhteydenpidon jatkaminen, joka nykyisin syntyy kansalaisten ja terveyspalvelujärjestelmän välille lastenneuvolaverkon avulla. Terveyskeskusten pitäisin asteittain pystyä järjestämään terveysneuvontavastaanottoja kaikille kuntalaisille säännöllisin väliajoin.”

Puro selvensi työnjakoa Kansanterveystyön käsikirjassa:

”Sairauksien ehkäisyssä terveyspalvelujärjestelmän ja kansanterveyslain mukaisten terveyskeskusten tehtävä rajoittuu ihmisten vastustuskyvyn lisäämiseen rokotusten avulla ja terveellisten elintapojen edis-

tämiseen terveyskasvatuksen avulla. Muilta osin sairauksien ja nykyaikaisten kansantautien ehkäisy tapahtuu ensi sijassa muilla yhteiskuntapolitiikan aloilla kuin terveyspalvelujärjestelmässä.” (Puro 1975, 75–79.)

Tässä tarkastelussa olennaista on kunnan kansanterveystyön pelkistyminen terveyskeskuksen toteuttamaksi yksilötasoisesti terveyden- ja sairaanhoidoksi. Kansanterveyslakiin päättyi kunnallisen terveydenhuollon lakisääteinen vastuu väestön terveydentilan ja terveydellisten olojen kehityksen seuraamisesta.

Rakentamisesta valtion vetäytymiseen

Terveyskeskukset vahvistuivat valtion ohjauksessa

Kansanterveyslaki oli alun perin tarkoitettu hallintoa ja rahoitusta ohjaavaksi puitelaksi. Kuntien kansanterveystyön tavoitteet, sisältö ja voimavarat määriteltiin vuosittain valtioneuvoston vahvistamissa valtakunnallisissa suunnitelmissa, joiden toimeenpanoa ohjattiin ja valvottiin tiukasti valtiojohtoisen suunnittelun ja rahoitusjärjestelmän avulla. Uudet voimavarat ohjattiin ensisijaisesti maaseudun ja Itä- ja Pohjois-Suomen terveyskeskusten rakentamiseen ja vahvistamiseen. Kunnat olivat toteuttajia, joille jäi varsin vähän mahdollisuuksia omien tavoitteidensa toteuttamiseen.

Ehkäisevät palvelut ja terveyttä edistävät politiikat olivat keskeisesti esillä 1970-luvun hallitusten ohjelmissa, kansanterveystyön valtakunnallisissa suunnitelmissa ja lääkintähallituksen ohjekirjeissä. Perinteisen neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon lisäksi keskeisenä uusina käsitteinä olivat terveyskasvatus ja seulonlatutkimukset. Useissa terveyskeskuksissa oli erityisesti ehkäisevään työhön keskittyneitä osastonhoitajia ja ylihoitajia. Ohjekirjeitä päivitettiin ja lääkintöhallituksen terveyskasvatustoimistoa vahvistettiin. Kunnissa nimettiin terveyskasvatuksen yhdyshenkilöitä ja perustettiin terveyskasvatuksen yhteistyöryhmiä. Kun samanaikaisesti terveyskeskusten henkilöstö edelleen lisääntyi, ehkäisevä työ ja varsinkin sydäntautien ehkäisy laajeni kansanterveislain tavoitteiden mukaan aikuisväestöön. Myös ikääntyville järjestettiin vaihtelevasti terveysneuvontaa.

Kansanterveystyön uudistuksen rinnalla 1970-luku jää historiaan valtiojohtoisen terveyttä edistävän terveyspolitiikan vuosikymmenenä. Tuolloin toteutettiin talousneuvoston terveyspolitiikan työryhmän (1971, Puro 1973) hahmottelemaa suunnitelmaa lähes kaikille yhteiskunnan sektoreilla. Valtion komiteoissa ja työryhmissä valmisteltiin valtakunnallisia ohjelmia ja säädettiin tarvittaessa niiden tueksi lakeja. Tämä valtiollisen terveyspolitiikan ja kuntien kansanterveystyön välinen työnjako vahvistettiin uudelleen esimerkiksi vuonna 1982 valmistuneessa sosiaali- ja terveysministeriön PTS-asiakirjassa. Sairauksien ehkäisyä tarkasteltiin omana lukunaan. Kansanterveystyö-luvussa pohdittiin perusterveydenhuoltoa, terveyskasvatusta, työterveyshuoltoa ja työlääkietiedettä. Terveyskeskuksen ehkäisevät palvelut sivuutettiin lyhyellä maininnalla. (STM 1982.)

Viralliset arviot kansanterveystyön ensimmäisestä vuosikymmenestä olivat myönteisiä (Melkas 1985, STM 1986). Terveyskeskusten henkilökunta oli kolminkertaistunut ja kasvu oli ollut ripeintä maaseudulla. Kansanterveystyön osuus terveydenhuollon voimavaroista oli noussut 10 prosentista 40 prosenttiin. Kasvusta huolimatta terveydenhuollon kokonaismenot olivat edelleen selvästi alle OECD-maiden keskitason. Työikäisten miesten terveydentila oli selvästi parantunut.

Arvioidessaan ehkäisevän terveydenhoidon toteutumista kansanterveystyössä Ojala ja Niemi (1982) totesivat, että lääkäreiden työpainoksesta osa oli mennyt ehkäisevään työhön ja erityisesti aikuis- ja vanhusväestön osuus eh-

käisevässä työssä on lisääntynyt, joskin se edelleen oli vähäistä verrattuna lapsiin ja nuoriin suunnattuihin palveluihin. Puska (1982) huomautti, että terveystieteiden voimavaroista häviävän pieni osa suuntautui väestöön kohdistuvaan kansanterveystyöhön. Vaaraksi hän näki – samansuuntaisesti kuin Vohlonen (1973) kymmenen vuotta aikaisemmin – terveystieteiden ”sairaalaosoittumisen”.

Kunnan kansanterveystyön teoreettinen pohdinta ja myös tutkimus- ja kehittämistyö jäivät 1970-luvulla niukoiksi. Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämistyö sammui 1970-luvun puoliväliin mennessä (ks. Parvinen 1977). 1970-luvulla ilmestyi yksi Kansanterveystyön käsikirja lukuisten kirjoittajien artikkelikokoelmana. Siinä ei laajemmin pohdittu kansanterveystyön toiminta-ajatusta eikä sen kehittämishaasteita kokonaisuutena (Aer 1975). 1970-luvun lopussa ilmestyneessä Sosiaalilääketiede-oppikirjan uusitus painoksessa ei otiskotasolla mainittu kansanterveystyötä (Noro 1978).

Alma Ata ja Terveyttä kaikille Suomessa

Suomalainen terveystieteiden politiikka ja myös sen toteutuminen kuntien terveydenhuollossa perustui 1960-luvulla saakka kotimaiseen kehitystyöhön. Kunnan kansanterveystyön ja terveystieteiden idea osin jatkoi tätä kehitystä. Mutta samalla tähän uudistukseen tuli mukaan ulkomaisia vaikutteita. Viimeistelyvaiheessa toteuttamistavaksi tuli hallinnollinen hahmotelma, josta ei ollut Suomessa aikaisempaa kokemusta.

Suomalaiseen terveystieteiden poliittiseen keskusteluun alkoi 1980-luvulla tulla yhä enemmän virikkeitä ulkomailta. Alma Atan perusterveydenhuollon julistusta (WHO 1978) ei pidetty Suomessa erityisenä innovaationa. Pikemmin ajateltiin, että siinä suositeltiin suomalaisia kansanterveystyön mallia muulle maailmalle. Julistus muutti kuitenkin ratkaisevasti ydinkäsitteitä. Kansanterveystyö alkoi jäädä sivuun ja terveystieteiden toimintaa alettiin kutsua perusterveydenhuolloksi.

Kansanterveystyön muuttuminen perusterveydenhuolloksi siirsi terveystieteiden

osaamisen painopisteen yleislääketieteeseen ja käytännössä väestötasolta yksilötasolle. Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus vahvistui 1970-luvulla. Vielä vuosikymmenen puolivälissä esitettiin, että yleislääkärimikkeen sijasta Suomessa olisi parempi puhua kansanterveystyön erikoislääkäristä (Isokoski 1975). Kansanterveystieteiden vahvistumisen sijasta akateeminen yleislääketiede alkoi kuitenkin itsenäistyä ja irtaantua kansanterveystieteestä. Kun myös hoitotiede itsenäistyi, yliopistokoulutuksessa 1970-luvun alussa rakennettu kansanterveystiede eriytyi kolmeksi oppialaksi. Hoitotiede keskittyi hoitotyön teorian kehittämiseen. Yleislääketiede puolestaan haki omaa ydintään kansainvälisistä yleis- ja perhelääketieteen yhteisöistä. Samanaikaisesti kansanterveystieteessä vahvistui nopeasti kansainväliseen tiedeyhteisöön suuntautuneet epidemiologinen ja sosiaalierpidemiologinen tutkimus. Yhdessä tämä kehitys eriytti akateemista opetusta ja tutkimusta kuntien kansanterveystyöstä.

Painopisteen siirtyminen perusterveydenhuollon kautta yleislääkäritoimintaan heijastui myös terveystieteiden käytäntöihin. Terveystieteiden ylilääkäreiltä alettiin edellyttää yleislääketieteen erikoislääkäriin pätevyyttä. Julkisen keskustelussa terveystieteiden näkyivät ensisijaisesti lääkäreiden työpaikkana. Näin kansanterveystieteen maininta yksilöön kohdistuvasta terveyden ja sairaanhoidosta alettiin yhä yleisemmin tulkita yksilöön kohdistuvaksi lääkärintyöksi, joka tulisi järjestää useissa maissa vakiintuneen perhelääkäriin toiminta-ajatuksen mukaisesti. Aikaisemmin kunnallisen ehkäisevän terveydenhuollon kivijalkana ollut terveystieteiden ei uusiutunut vaan ajautui perinteisen ammatillisen orientaation ja uusien haasteiden ristiriitaan (Simoila 1994). Terveydenhoitaja ei enää ollut kunnan kansanterveystyön keskeinen toimi vaan yksi monista ammattiryhmistä terveystieteiden keskustelussa.

Alma Atan perusterveydenhuollon asiakirja avasi Maailman Terveystieteiden Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman. Suomi oli ohjelmatyön eturivissä ja mainittiin kansainvälisissä yhteyksissä esimerkkinä. Kansallisen ohjelman luonnos valmistui joulukuussa 1984. Siitä muokattu hallituksen terveystieteiden

selonteko esiteltiin eduskunnalle maaliskuussa 1984 (Melkas 1985). Suomen ensimmäinen Terveyttä kaikille -ohjelma julkaistiin vuoden 1986 lopussa (STM 1986).

Terveyspoliittisessa selonteossa ei erikseen tarkasteltu kansanterveystyötä. Suomen ensimmäinen Terveyttä kaikille -ohjelma liitti terveyden edistämisen yleiseen terveyspolitiikkaan. Erityisesti korostettiin terveellisten elämäntapojen edistämistä. Perusterveydenhuoltoluvun yhdessä kappaleessa todettiin ehkäisevästä työstä seuraavaa:

”Perusterveydenhuollon kehittämisessä painotetaan ehkäisevää työtä, avohuoltoa ja puoliavoimia hoitomuotoja. Järjestelmällinen ehkäisevä työ sisältyy äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon ja työterveydenhuoltoon. Kansantautien torjuntaa aikuisväestössä laajennetaan terveysriskien mukaisesti. Vanhusten ehkäisevä terveydenhuolto on jälkeenyäännyt alue. Vanhusten neuvonta vakiinnutetaan kaikkien terveyskeskusten toiminnaksi.” (Ks. Melkas 1986, 23.)

Vaikka terveyden edistämisen keskustelu oli jo siirtymässä terveydenhuollon ulkopuolelle, 1980-luvun puolivälissä sosiaali- ja terveystoiministeriö vielä asetti työryhmän selvittämään koko elämänkaaren kattavaa terveysneuvontaa. Pekka Puskan johdolla työskennelleen työryhmän muistiossa (STM 1987) esitettiin terveystarkastuksia aikuisille viiden vuoden välein ja ehdotettiin useita muitakin toimia ehkäisevän työn tehostamiseksi. Terveystarkastusjärjestelmä olisi rakennuttava terveyskeskusten ja työterveyshuollon varaan. Työryhmä muistiosta pyydettiin lausuntoja, mutta sen jälkeen ei löydy mitään merkintöjä ehdotusten työstämisestä eteenpäin.

Kuusen vuonna 1961 esittämä neuvolatoiminnan laajentaminen koko elämänkaaren kattavaksi terveysneuvonnaksi päättyi käytännössä Puskan työryhmän ehdotuksiin vuonna 1987. Samalla päättyi myös se vahva luottamus terveydenhuollon toteuttamaan ehkäisevään työhön, joka oli ytimenä sekä Kuusen terveydenhuoltopolitiikassa että kansanterveyslain uudis-

tuksessa ja myös 1960-luvun lopussa kaikkien puolueiden terveyspoliittisissa ohjelmissa.

Sihdon (1997) mukaan Suomen Terveyttä kaikille -ohjelma ei tuonut paljoa uutta Suomessa jo olleeseen terveyspoliittiseen traditioon. Tässä kirjoituksessa päädytään toisenlaiseen tulokseen: 1980-luvulla kansainväliset ideat ja aloitteet alkoivat ohjata suomalaista terveyspoliittista keskustelua ja irrottivat sitä kansallisesta perinteestä. Uusiksi ydinkäsitteiksi tulivat perusterveydenhuolto ja terveyden edistäminen. Perusterveydenhuollon käsitteen yleistymisen vahvisti terveyskeskustöön yksilökeskeisyyttä ja eriytymistä kansanterveysintressistä. Ydintoiminnaksi tuli omalääkäri/ perhelääkäritö. WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma ja sen tulkinta terveyden edistämisestä sopivat hyvin Suomessa jo omaksuttuun työnjakoon.

Väestövastuu terveyskeskustööhön

Kansanterveystöön hidas tehostuminen kaupungeissa ja voimavarojen puute olivat kriittisten puheenvuorojen kestoteemoja kansanterveystöön uudistuksen alusta alkaen. 1970-luvun lopulla nousi esiin myös uusia ongelmia. Terveyskeskusten lääkärintöössä päivystyksen osuus oli liian suuri ja avosairaanhoidon jatkuvuus huonoa. Lukuisista aloitteista ja kehittämishankkeista huolimatta terveyskeskusten avosairaanhoidon ongelmat ja erityisesti lääkärintöön pulmat kasvoivat yhä suuremmiksi 1980-luvulla. Vuonna 1989 tilannetta arvioitiin Sosiaalisen Aikakauskirjan teemanumerossa (3/1989) ”Terveyskeskukset kriisissä”. Kahdeksasta artikkelista viisi keskittyi lääkäreiden työhön ja palkkaukseen. Myös kahdessa muussa artikkelissa keskeisenä teemana oli avosairaanhoidon ja lääkärintöön kriisi. Ehkäisevää työtä ei tässä teemanumerossa käsitelty lainkaan. Kriisi ymmärretään siis avosairaanhoidon kriisiksi, ei ehkäisevän työn kriisiksi.

Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittäminen käynnistyi vuonna 1978 sosiaali- ja terveystoiministeriö asettaessa työryhmän selvittämään terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistä (STM 1979). Laaja-alaisempi avo-

sairaanhoidon kehittäminen kaventui kuitenkin vuonna 1983 lääkärintyöhön keskittyväksi omalääkärikokeiluksi (Vohlonen 1988). Laajemmassa Toimiva terveyskeskus -projektissa kehiteltiin myöhemmin myös muita uusia työtapoja, mutta hankkeen tulokset eivät laajemmin vaikuttaneet terveyskeskusten kehitykseen (Engeström ym 1991, Saarelma ym. 1994).

Avosairaanhoidon rinnalle valtion ja kuntien asialistojen kärkeen nousivat 1980-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö, ammattiryhmien taistelu terveyskeskusten ja sairaaloiden sisäisestä hallinnosta ja myös päihdetyön, mielenterveystyön ja ikääntyvien hoivan kehittäminen. Terveyskeskusten neuvolatyö, kouluterveydenhuolto ja muut terveystarkastukset jatkuivat paljolti ennallaan. Kuten edellä mainittu Sosiaalisen Aikakauskirjan teemanumero osoitti, niissä ei koettu erityisiä ongelmia.

Väestövastuun käsite tuli yleiseen käyttöön hallituksen terveystieteellisessä selonteos- sa 1985. Ensimmäisessä vaiheessa sosiaali- ja terveysministeriössä harkittiin väestövastuun toteuttamista lakisääteisesti, mutta voimakkaan kritiikin vuoksi päädyttiin vuonna 1987 suosittelemaan avosairaanhoidon järjestämistä ”paikallisiin olosuhteisiin soveltuvilla väestövastuisilla tavoilla” (Kokko 2002, 52). Keskeiseksi välineeksi tuli lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimus. Väestövastuun soveltamista tuettiin kansallisesti koulutuksella ja tutkimus- ja kehittämishankkeilla (Aro ym. 1993).

Tässä yhteydessä on huomattava, että alusta alkaen väestövastuuperiaatteen tavoitteena oli tehostaa sairaanhoitoa. Lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimuksessa palkanmuodotukseen sisältyvät kannustimet keskittyivät sairaanhoitoon. Merkittävimmät kriittiset puheenvuorot suuntautuivat lääkärin vastaanottotyön järjestämiseen (esim. Kokko 1990).

Varsin vähän pohdittiin väestövastuun soveltamisen vaikutusta terveyskeskusten ehkäisevään työhön. Muutamissa puheenvuoroissa kannettiin huolta ehkäisevän työn erityisosaamisesta (esim. Elfving 1991) Ensimmäisissä arviointitutkimuksissa katsottiin, että mikään ei kuitenkaan viitannut neuvolatyön heikkenemiseen kokeilujen aikana. Hoidon jatku-

vuuden koettiin tukevan neuvonnan ja ehkäisevän työn mahdollisuuksia. Myönteisenä nähtiin myös, että joillakin alueilla oli väestövastuun myötä kehitelty yhteisötasoisista terveyskasvatusta. (Koponen ym. 1993). Myös aineiston huolellisemmasta analyysistä päädyttiin varsin myönteiseen käsitykseen väestövastuisesta terveydenhoitajan työstä (Koponen 1997).

Valtio vetäytyy kansanterveystyöstä

Terveyskeskusten ehkäisevän työn tukeminen alkoi vähentyä 1980-luvun puoliväliin tultaessa. Lääkintöhallituksen terveyskasvatustoimiston kiinnostus siirtyi yhä enemmän terveydenhuollon ulkopuoliseen toimintaan. Terveyden edistämisenä korostettiin kansalaisjärjestöjen mahdollisuuksia. Puskan toimikunnan esitys elämänsä kaaren kattavaksi terveydenhoito-ohjelmaksi (STM 1987) oli viimeinen laajempi yritys vahvistaa terveyskeskusten vastuuta terveyden edistämisenä yksilötasolla. Ehkäisevien palvelujen valtakunnallinen kehittäminen päättyi 1990-luvun alussa lääkintöhallituksen koordinoimaan ITU -projektiin (Vakkilainen 1992).

1980-luvun puolivälissä valtakunnallisissa suunnitelmissa alettiin laajentaa terveyskeskusten tehtäviä terveyden edistämisenä sektorirajat ylittävään yhteistyöhön. Näissä pyrkimyksissä voidaan jossakin määrin nähdä kansanterveystoimikunnan (1969) hahmottamaa tärkeysjärjestystä: Uuden lain toimeenpanovaiheen yksilökeskeisen toiminnan vakiinnuttua terveyskeskusten tehtävät voisivat laajentua myös elinympäristöön.

Yhteistyön laajentamistavoitteet eivät juurikaan toteutuneet lääkäripulaa poteneissa terveyskeskuksissa. 1980-luvun lopun arviointitutkimuksessa päädyttiin kriittiseen arvioon:

”Valtakunnallinen suunnitelma terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991 edellyttää, että kuntien ja kuntainliittojen kansanterveystyön viranomaisen tulee ottaa vastuu terveiden elintapojen edistämiseksi, ehkäistävissä olevien terveysriskien vähentämiseksi ja terveyspalvelujen kehittämiseksi tarvittavan yhteistyön ja suunnittelun käynnistämises-

tä. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että hallinnollisesti asetettuun tehtävään sisältyvät terveystasvatu-voitteet ja terveysteskusten hallinnolliset edellytykset ja resurssit ovat epäsuhtaiset.... Terveystoliittisiin tavoitteisiin tähtäävän kunnallisen yhteistyön ja suunnittelun käynnistämiseen sekä toiminannan johtamiseen ja toteuttamiseen kansanterveystyön organisaation nykyiset mahdollisuudet ovat ilman muutoksia varsin rajalliset.” (Laitakari ym. 1989.)

Tieto tulossa olevasta keskusvirastojen yhdistämisestä vähensi 1980-luvulla lopussa valtionhallinnossa toimivien asiantuntijoiden kiinnostusta ohjeiden uudistamiseen. Sosiaalishallituksen ja lääkintöhallituksen yhdistämisen ei pitänyt kaventaa valtion terveysteskusten ehkäisevälle työlle antamaa tukea. Ministeri Mauri Miettinen huomautti Suomen Lääkärilehdelle antamassaan haastattelussa (1990), että sosiaali- ja terveystministeriön rooli käytännössä terveydenhuoltoa ohjaavana hallintoelimenä korostuu. Ministeriön siirrettiin keskusvirastoista asiantuntijoita valmistelemaan valtakunnallisia suunnitelmia. Sosiaali- ja terveysthallituksen tehtäväksi oli tarkoitettu jättää sosiaali- ja terveydenhuollon kehityksen seuraaminen.

Vuosina 1991–1992 jäi epäselväksi, miten kansanterveystyötä koskevia ohjeita olisi pitänyt valmistella ja antaa. Käytännössä tämä merkitsi ohjauksen pysähtymistä. Vuodesta 1993 alkaen normiohjaus poistettiin kokonaan sosiaali- ja terveydenhuollosta ja samalla sosiaali- ja terveysthallitus muutettiin Stakesiksi. Useiden henkilösiirtojen ja muiden järjestelyjen tuloksena vuoden 1993 alusta alkaen terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen kehittämistä vastuita jakautuivat lukuisille eri tahoille. Stakesin tehtävänä oli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tutkimus- ja kehitystyö, joka ehkäisevän työn osalta rajoitettiin erillishoitoksen mahdollistamiin projekteihin. Vuosina 1993–1997 Stakesilla ei ollut yleisempiä tehtäviä terveyden edistämässä eikä myöskään ehkäisevien palvelujen kehittämässä.

Käytännössä nämä uudistukset merkitsivät, että vuonna 1993 kuntien ehkäisevät pal-

velut jäivät työterveyshuoltoa ja rokotuksia lukuun ottamatta ensimmäisen kerran 1940-luvun jälkeen ilman valtakunnallista tukea ja kehittämistä vastuuta. Stakesissa on valmisteltu projektiluonteisesti äitiystneuvola ja kouluterveydenhuoltoa koskevia suosituksia. Millään muullakaan valtionhallinnon elimellä ei ole pysyvämmän osoitettua vastuuta näiden toimintojen kehittämisestä. Tilanne on edelleen yhtä epäselvä, vaikka ehkäisevien palvelujen kehittämistä vastuu on toistuvasti otettu esille Stakesin ja sosiaali- ja terveystministeriön välisissä neuvotteluissa.

Valtion aluehallinnon uudistus vähensi osaltaan kuntien kansanterveystyön tukea. Lääninlääkäritoimistot olivat aikanaan olleet kuntien terveydenhoidon alueellinen tukiorganisaatio ja tämä työ jatkui 1970-luvulla läänien uusissa sosiaali- ja terveystosastoissa. Siirtymisen viiteen suurlääniin yhdessä uuden työntekijä sukupolven kanssa vähensi ratkaisevasti läänien mahdollisuuksia tukea kansanterveystyötä.

Terveystoliittisten asiakirjojen sisällönanalyysi vahvistaa valtion vetäytymistä kansanterveystyöstä. Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristönsuojelun järjestämisestä supistuivat nopeasti 1990-luvun alussa. Vuosien 1992–1996 suunnitelmassa kansanterveystyö ja erikoissairaanhoido yhdistettiin samaan lukuun. Seuraavassa suunnitelmassa kansanterveystyön käsitettä ei enää käytetty. Ehkäisevä sosiaali- ja terveystpolitiikka oli omana kokonaisuutena. Vuodesta 1994 alkaen valtakunnallisten suunnitelmien yläotsikoksi tuli ensin ”Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet” ja vuodesta 1997 alkaen ”Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet”. Samalla suunnitelmat tiivistyivät entisestään.

Kansanterveystyön käsite katosi lähes kokonaan muistakin sosiaali- ja terveystministeriön asiakirjoista 1990-luvun puolivälissä. Kansanterveystlain tarkoittamaa palvelujärjestelmää kutsuttiin perusterveydenhuolloksi ja yleisempi terveyden edistäminen käsiteltiin ehkäisevän sosiaali- ja terveystpolitiikan nimikkeillä. Seuraava lainaus vuosien 1998–2001 suunnitelman luvusta ”Lähipalvelut toimiviksi” havainnollis-

taa uutta ajattelutapaa. Väestönäkökulmasta siirryttiin korostamaan palvelujen räätälöimistä asiakkaan erityisiin tarpeisiin:

”Palvelukulttuurimme on yhä rakentunut pitkälti standardoituun, yleisiä palveluita tarjoavaan toimintatapaan. Asiakkaiden tilanteet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja ainutkertaisia. Palvelujen järjestämiseen asiakkaiden tarpeiden, odotusten ja toiveiden lähtökohdista on kiinnitettävä yhä enemmän huomiota. Tämä merkitsee palvelujen monimuotoisuutta, erilaisten vaihtoehtoisten palveluratkaisujen tarjoa-

mista ja asiakkaan kannalta hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa räätälöityjä palvelukokonaisuuksia.” (Valtioneuvosto: Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Helsinki 1997.)

Kansanterveyslain toteuttamisessa oli 1990-luvun lopussa tultu vaiheeseen, jossa sosiaali- ja terveysministeriö ei enää käyttänyt kansanterveyslain keskeistä terminologiaa ja lain tarkoittama sisällön ohjaus oli kaventunut asiakkaiden yksilöllisten ja ainutkertaisten tilanteiden korostamiseen.

Lamasta kansanterveystyön kehittämättömiin markkinoihin

Laman vauhdittamana kuntien voimat sairaanhoitoon

Tarkasteltaessa laman mahdollisia vaikutuksia on ensinnäkin tärkeätä huomata, että terveyden edistämisen asema terveyskeskuksissa oli jo ennen lamaa epämääräinen. Tutkimukseensa terveyspoliittisen ohjelman vastaanotosta Sihto (1997) päätyi tiivistämään terveyskeskuksia koskevat tulokset seuraavasti:

”Terveyskeskuksissa potentiaaliset (Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman) toimeenpanijat eivät nähneet ohjelmaa uutena eivätkä myöskään toimeenpantavana ohjelmana sinänsä. Ensisijaista oli oma normaali terveyskeskuksessa tehtävä työ. Ammattiryhmittäin terveydenhoitajat katsoivat ohjelman vahvistavan omaa ammatillista orientaatiotaan, kun taas terveyskeskuslääkäreille ohjelmalla tuntui olevan vähäinen merkitys. Terveyden edistäminen, ohjelman tuomana uutena ajattelutapana, tuntui olevan vähäistä terveyskeskusten toiminnoissa. Terveydenhoitajille oli pöyrkimystä kehittää työtään terveyden edistämisen suuntaan. Lääkäreille terveyden edistämisen lähestymistavat olivat vieraita.” (Sihto 1997.)

WHO:n johdolla tehdyssä Suomen Terveyttä kaikille -ohjelman arviointiraportissa (1991)

varoitettiin niistä ongelmista, joihin hallinnon hajauttuminen yhdessä mahdollisten talkousvaikeuksien kanssa voisi johtaa:

”...Hajauttamista pidetään tärkeänä. Tämä on suotuisa kehityssuunta, sillä se laajentaa päätöksentekopohjaa. Eräät tekijät saattavat kuitenkin vaarantaa saavutetut tulokset.

Vaara on vielä suurempi, mikä kustannuksia joudutaan leikkaamaan, kun sairaalapalvelujen kysyntä on päästetty ruuhkautumaan. Tällaisessa tilanteessa sekä suuri yleisö että sen valitsevat luottamusmiehet paikallishallinnossa ja sairaalahallinnossa vaativat todennäköisesti ennenminkin lisää sairaalavuodepaikkoja ja sairaalateknologiaa kuin sairaanhoidon tarvetta vähentäviä ennalta ehkäiseviä palveluja. Näiden tulevaisuuden näkymien toteutuminen vaikuttaa entistä todennäköisemmältä, koska lääkärinkunnan kiinnostusta terveyttä edistävään työhön ei ole kyetty lisäämään koulutus- uudistuksen eikä jatkokoulutuksen avulla. ...

Perusterveydenhuollon työntekijöiden työpaineet ovat jo nyt niin suuret, etteivät he pysty huolehtimaan muusta kuin sairauden hoitoon ja terveydenhuoltoon liittyvistä tehtävistä. Paineiden odotetaan vain kasvavan, kun terveydenhuoltoalal-

Innovaatioympäristö heikkeni

Terveydenhuollon byrokratian kritiikissä 1980-luvulla esitettiin usein, että valtion tiukka ohjaus kahlitsi kunnissa olevaa kehittämispotentiaalia. Valtionohjauksen vähentämisen oletettiin vapauttavan ja aktivoivan paikallista kehittämistyötä. Monet 1990-luvun alun hallinnolliset uudistukset perustuivat tähän olettamukseen. Erityisen selvästi näin ajateltiin Toimiva terveyskeskus -hankkeessa. Siinä oletettiin, että useiden terveyskeskusten verkostoituessa kehittävä työntutkiminen tuottaisi innovaatioita, jotka leviäisivät ideakeskuksista muihin terveyskeskuksiin (Engeström ym. 1991, 72–77).

1990-luvulla on toistuvasti jouduttu kysymään miksi, terveyskeskustyön paikallisten kehittämishankkeiden hyviksi todetut käytännöt eivät leviä niin kuin innovaatioiden diffuusion teorian mukaan tulisi tapahtua. Vähitellen on myös alettu kysyä, miksi terveyskeskuksista nousee niinkin vähän merkittäviä uusia innovaatioita, joilla voitaisiin aikaisempaa paremmin vastata 2000-luvun haasteisiin. On mahdollista, että laman ja muiden 1990-luvun muutosten tuloksena kuntien terveydenhuollon ja erityisesti terveyskeskusten innovaatio-kyky heikkeni merkittävästi.

Aikaisemmin ehkäisevän terveydenhuollon innovaatiot tuotettiin kansallisesti ohjatussa kehitystyössä. 1920–1930-luvuilla vetureina olivat kansanterveysjärjestöt. Valtakunnallisesti koordinoitua tutkimus- ja kehittämishankkeet käynnistyivät 1950-luvulla ja 1970-luku oli suurten kansallisten ohjelmien aikaa. 1970-luvulla myös kansallisessa tiedepolitiikassa painotettiin terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamista edistävää tutkimusta. Vielä 1980-luvun lopussa Suomen Akatemiassa valmisteltiin Terveyttä kaikille -ohjelmaa tukeva tutkimuspoliittinen ohjelma. 1990-luvulla hyvinvointi-intressit vähenivät Suomen Akatemian tiede- ja innovaatiopolitiikasta. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveysministeriön käytettävissä olevat tutkimus- ja kehittämishankkeet eivät reaalisesti kasvaneet. Erikoissairaanhoidon EVO-rahoilla tuettiin merkittävästi enemmän bioteknologiaa kuin palvelujärjestelmän kehittämistä.

Kuten edellä todettiin, yliopistojen kansanterveystieteiden laitokset irtautuivat 1980-luvulla palvelujärjestelmän kehittämisestä. Kansanterveystieteen, yleislääketieteen ja hoitotieteen eriytyminen toisistaan vähensi mahdollisuuksia tarkastella kansanterveystyötä ja ehkäiseviä palveluja kokonaisuutena. Tätä kehitystä vauhditti Suomessa omaksuttu ”public health” -käsitteen tulkinta. Se suomennettiin kansanterveystieteeksi ja kansanterveystyö ymmärrettiin kansanterveyslain tarkoittamaksi käytännön kansanterveystieteeksi (Kauhanen ym. 1998). Kansanterveystieteen sitoutuminen yhä enemmän kansainväliseen tiedeyhteisöön etäännytti sitä ”käytännön kansanterveystieteestä”.

Terveydenhuollon 1990-luvun oppikirjoissa kansanterveystyön yleinen toiminta-ajatus ja kuntien kansanterveystyön yleiset tehtävät olivat varsin vähän esillä. Vuonna 1997 julkaistun ja pääosin Stakesissa toimineiden asiantuntijoiden kirjoittamassa ”Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet” -oppikirjan hakusanaisissa ei ollut kansanterveystyö-sanaa (Taipale ym. 1997). Paikallisen ja alueellisen tason tarkastelun niukkuutta kuvastaa se, että sanaa ”kunta” ei mainittu lainkaan kansanterveystieteen keskeisimmän oppikirjan hakemistossa (Kauhanen ym. 1998).

Vaikka Suomen Akatemian, yliopistojen ja tutkimuslaitosten kiinnostus kansanterveystyön tutkimus- ja kehittämistyöhön oli 1970–1980-luvuillakin melko vähäistä, ne yhdessä mahdollistivat useita tutkimushankkeita ja tutkijoiden kouluttamista. 1990-luvulla tämä tuki jäi huomattavasti vähäisemmäksi. Innovatiiviset hankkeet suuntautuivat yhä selvemmin kapeasti rajattuihin kysymyksiin. Näin valtakunnallisen tutkimus- ja kehitystyön ja myös koulutuksen tuki paikallisen ja alueellisen kansanterveystyön laajemman toiminta-ajatuksen kehittämisessä jäi vaatimattomaksi.

Erikoissairaanhoidon tuottavuuden tehostaminen on käytännössä monilta osin merkinnyt kuormituksen kasvamista terveyskeskuksissa. Lyhyemmät hoitoajat ja päiväkirurgia ovat edellyttäneet terveyskeskuksen henkilöstön koulutuksen suuntaamista näiden potilaiden

tukemiseen. Synnytyksen jälkeisen sairaalahoidon olennainen lyhentäminen kuormittaa neuvolatyöntekijöitä. Kasvavaa kuormitusta ovat tuoneet myös uuden tietoteknologian käyttöönotto arkirutiineissa ja nopeasti uudistuvat laboratorioteknologia ja lääkkeet.

Nämä haasteet olisivat tulleet vastaan ilman lomaakin. Laman suurin merkitys innovaatiokyvyn vähentämisessä oli henkilöstön uusiutumisen pysähtyminen. Suuri osa terveyskeskusten henkilöstöstä oli rekrytoitu nopean kasvun vuosina 1970-luvulla. Kasvu hidastui 1980-luvulla ja pysähtyi 1990-luvulla, jolloin terveyskeskuksiin palkattiin varsin vähän uutta työvoimaa. Monet eläkkeelle tai toisiin tehtäviin siirtymisen avaamat toimet jäivät täyttämättä, etenkin hallinnossa. Käytännössä tämä merkitsi kasvavaa työkuormaa vanhenevalle henkilöstölle.

Valtionohjauksen poistamisen oletettiin suoraan vapauttavan kunnissa ja terveyskeskuksissa kehityspotentiaalia. Ohjaus kevensi henkilöstön kokemaa työkuormitusta. Kun toiminnan yleiset pelisäännöt olivat selvät ja ulkoa annetut, voimavarat voitiin keskittää käytännön työhön. Olettamus siitä, että valtionohjauksen purkaminen vähentäisi kunnissa koettua ulkoista ohjausta, saattoi olla harhainen. Todennäköisempää on, että ohjaus on tänään jopa aikaisempaa voimakkaampaa. Aikaisemmin kootun ja keskitetyn valtionohjauksen sijasta, se tulee monista keskenään usein ristiriitaisista ja kilpailevista ohjauskeskuksiin (Lehto 2003). Aikaisemmin ohjauksen ristiaallokko velloi valtionhallinnossa ja kunnat säästyivät monilta jännitteiltä. Viime vuosina ristiriitainen ohjaus on kohdistunut puskuroimattomana paikallisen hallintoon ja työntekijöihin. Kun tähän lisätään vielä tulevaisuuden epävarmuus ja jatkuvat hallinnolliset uudistukset, on ymmärrettävää, että innovaatiokyky on pikemminkin vähentynyt kuin lisääntynyt.

Terveydenhuollon sisäisen innovaatioympäristön heikentyminen ei ole käytännössä pysäyttänyt kehityshankkeita, mutta muutti niiden luonnetta. 1980-luvun lopussa oli selvästi nähtävissä vireyttä ja suunnitelmallisuutta terveyskeskusten kehittämisessä. 1990-luvulla tut-

kimus- ja kehittämishankkeet muuttuivat yhä useammin lyhytkestoisiksi projekteiksi, jotka tarjosivat aktiivisille työntekijöille mahdollisuuden hetkeksi siirtyä rutiinistyöstä kiinnostavampaan kehittämistyöhön. Olennaista ei enää ollut arkityön uudistaminen vaan hengähdystauon saaminen ja henkilökohtaisen ammattitaidon uusintaminen projektityössä.

Erityisen selvästi tämä näkyi ehkäisevässä työssä. Terveyden edistämisen erillisrahoitus (STM + Raha-automaattiyhdistys) tarjosi monille terveydenhuollon aktiivisille työntekijöille mahdollisuuden siirtyä terveydenhuollon ulkopuolella toteutuviin projekteihin ja kehittämishankkeisiin. Aikaisemmin kansanterveysjärjestöt olivat ideoineet ja kehittäneet myöhemmin terveydenhuollossa koko maahan levinneitä innovaatioita. 1990-luvulla järjestöjen toiminta-ajatus alkoi muuttua järjestömuotoiseksi yritystoiminnaksi, joka ei enää ollut kiinnostunut kuntien oman toiminnan kehittämisestä, vaan pikemminkin kunnille myytävien palvelutuotteiden jalostamisesta.

Suurehkon maaseutukuntayhtymän ylläkäarin kirje havainnollistaa terveyskeskuksen sisäistä näkymää terveyden edistämisen innovaatioiden tuottamisessa ja omaksumisessa:

”Terveyden edistäminen on kyllä tärkeää ja sen suunnitelmallinen tekeminen olisi terveyskeskuksen oleellisinta ja ominta tekemistä, mutta resurssit siihen on viety jo kymmenen vuotta sitten. Vielä 1990-luvun alussa meillä oli terveyskasvatuksen yhdyshenkilön virka, johtava hoitaja ja kolme ylihoitajaa.

Ensin hävisi terveyskasvatuksen yhdyshenkilö, sitten johtava hoitaja. Yksi ylihoitajista nimettiin vastaavaksi ylihoitajaksi muiden tehtävien ohella, tehtävänä myös terveyskasvatus (terveyden edistäminen). Viisi vuotta sitten hävisi vielä yksi ylihoitaja. Nyt siis lääkärifulassa yritetään selvittää kahdella ylihoitajalla, joista toinen on kuntayhtymän vastaava hoitaja.

Osastonhoitajille on jouduttu siirtämään hallintoa, joten heidänkin aikansa tehdä terveyttä edistävää työtä on vähentynyt.”

Konsensus hajoaa: Kehittymättömät markkinat

Suomen hyvinvoinnin menestystarinan keskeisenä tekijänä 1900-luvulla oli konsensus ja konsernirakenne. Suomen talouselämä koki tarvitsevana työkykyisiä suomalaisia ja tuki hyvinvointipolitiikkaa. Valtio ja kunnat toimivat yhtenä kokonaisuutena. Kansalaisjärjestöt ja julkinen sektori kehittivät yhdessä uusia suomalaisia hyvinvointi-innovaatioita. 1990-luvulla tämä konsensus ja rakenne hajosi jokaisessa suunnassa. Yhteistyön sijasta pinnalle nousivat suhteiden kriisiytyminen ja kilpailu. Yksityiskohtana tätä havainnollisti kansanterveystyön kuntayhtymien hajoaminen ja toiminnan jakautuminen yhä pienempiin yksiköihin (Kokko 2002), vaikka tavoitteena on jo 1960-luvulta alkaen ollut yksikkökoon suurentaminen.

Konsensuksen ja valtiojohtoisen konsernirakenteen hajoamisella on ollut varsin erisuuntainen vaikutus erikoissairaanhoidon ja kansanterveystyöhön. Erikoissairaanhoidon kehittäminen on keskeinen suuriin ja homogeenisiin kokonaisuuksiin, joissa on vahva hallinnollinen osaamisen perinne. Sisällön kehittämistä on tukenut yliopistosairaaloiden kliininen asiantuntemus. Monien muiden maiden erikoissairaanhoidon toimii melko samanlaisissa ympäristöissä ja niiden innovaatioita voidaan soveltaa Suomessa. Valtionohjauksen erityisenä tehtävänä oli ollut hillitä erikoissairaanhoidon kasvua. Sisällön ja asiantuntemuksen näkökulmasta valtiolla ja sen instituutioilla ei ollut merkittävää roolia erikoissairaanhoidon kehittämisessä. Näennäisesti valta-asemastaan huolimatta kunnat neuvottelukumppaneina olivat selvästi hajanaisempia ja heikompia kuin valtio. Valtionohjauksen purkaminen ja valtion instituutioiden heikkeneminen avasivat erikoissairaanhoidolle uusia kasvun ja kehityksen mahdollisuuksia.

Kansanterveystyön nopea kehitys Suomessa oli perustunut poliittiseen tahtoon ja kuntia velvoitaviin lakeihin. Taloudellinen kasvu oli mahdollistanut resurssilisäykset, joita valtio ohjasi. Yksityiskohtainen valtionohjaus takasi varsin tasalaatuisia toimintaa koko maassa. Kuntien tukena oli valtionhallinnon insti-

tuutioiden asiantuntemus. Kun kaikki nämä elementit heikkenivät ja suurelta osin poistui, kunnat ja terveyskeskukset jäivät yksin sekä kansanterveystyön kehittämisessä yleensä että myös terveyskeskusten ehkäisevissä palveluissa. Kuntien hyvin erilainen koko, rakenne ja olot vähensi toisilta oppimista. Suomalainen kunnan kansanterveystyön ratkaisu on ollut omaleimainen. Missään muussa maassa ei ole samanlaista rakennetta. Tästä seuraa, että kansainvälisestä yhteisöistä tulevia innovaatioita on ollut vaikea sovittaa suomalaiseen terveyskeskukseen.

Tässä vaiheessa kuntien toiminnassa tulivat odottamattoman voimakkaasti näkyviin ne rajaukset ja työnjaot, joihin 1970-luvun alussa päädyttiin. Kunta oli huolehtinut henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidosta ja valtio vastasi laajemmista terveyspoliittisista tehtävistä. Lakisäätöiset velvoitteet ohi henkilökohtaisen terveydenhoidon rajoittuivat ympäristöterveydenhuoltoon ja terveydensuojeluun. Uutena tehtävänä kunnille tuli suora ja väistämätön vastuu erikoissairaanhoidon rahoituksesta. Kun valtion informaatio-ohjauksen mukaan kuntien olisi tullut kiinnostua hyvinvoinnin edistämisestä, niiden terveyspoliittinen mielenkiinto suuntautui erikoissairaanhoidon kustannusten hallintaan. Jokainen kunta ja terveyskeskus on vastannut tähän haasteeseen omalla tavallaan. Eri puolilla maata on käynnistynyt hyvinkin erilaisia hallinnollisia ja toiminnallisia järjestelyjä.

Kuntien kansanterveystyössä siirryttiin vähitellen tilanteeseen, jota yritystoiminnassa kutsutaan kehittymättömiksi markkinoiksi. Lukuisa määrä erilaisia toimijoita vastaa paikalliseen kysyntään. Kansalliset tavoitteet ja valtionohjaus puuttuvat ja toimijoiden keskinäinen yhteistyö on vähäistä. Tutkimus ja kehittäminen hajautuvat lukuisiin paikallisiin ja alueellisiin lyhytkestoisiin projekteihin, joista vain hitaasti kasautuu yhteiseen käyttöön tulevaa uutta tietoa, uutta osaamista ja uusia toimintatapoja.

Kehittymättömät markkinat korostuvat ehkäisevässä työssä, joka jäi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja sairaanhoidon väliin eräänlaisena jakojäännöksenä. Monet ehkäise-

vät palvelut toimivat 1970-luvulla rekrytoidun henkilöstön osaamisen ja kiinnostuksen varassa. Näin toimintaympäristön muutokset eivät vielä näy todellisina käytännön työssä. Vaiku-

tukset tulevat tosiasiallisesti näkyviin siinä vaiheessa, kun 1970-luvulla terveyskeskuksiin tullut ja ehkäisevään työhön sitoutunut työntekijäsukupolvi jää eläkkeelle.

Uudeksi tavoitteeksi hyvinvointikunta

Kunnalle oma hyvinvointistrategia

Kunta itsenäisenä sosiaali- ja terveystalouden strategisena toimijana nousi esiin 1980-luvulla. Tätä kehitystä vauhditti todennäköisesti ensimmäisenä laajempaan tilaisuutena Uudenmaan lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosaston vuoden 1989 keväällä järjestämä hallintoseminaari, jossa yhtenä pääteemana oli kunnan sosiaali- ja terveystalouden ohjelma.

Kunnan oman ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden strategian selventämistä alettiin korostaa 1990-luvun alun sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa, mutta tuolloin ei vielä puhuttu hyvinvointiohjelmista. Syksyllä 1992 hyväksytyssä suunnitelmassa (sivu 3) todetaan, että ”ehkäisevällä työllä seurataan kunnan sosiaalisia ja terveydellisiä oloja, havaitaan epäkohtia ja tunnistetaan riskejä sekä toimitaan niiden välttämiseksi ja poistamiseksi”. Seuraavan vuoden valtakunnallisessa suunnitelmassa suositellaan ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden kunnallisia toimintaohjelmia:

”Paikallisiin oloihin sovitettua, eri tahojen yhteistyönä laadittua ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden toimintaohjelmat ovat keinoja kunnan väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja parantamisessa”. (Valtakunnallinen... 1993:6.)

Vuosina 1994-95 valmistelluissa suunnitelmissa kunnan rooli pysyi ennallaan. Uuteen vaiheeseen tullaan vuonna 1996, kun suunnitelmaan lisättiin luku ”Kunta sosiaali- ja terveystalouden avaintekijänä”. Tässä luvussa selvennetään valtion ja kunnan tehtäviä ja korostetaan kunnan vastuuta. Ensimmäisen kerran suositellaan

kunnalle omien hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimista:

”Kunnalla on keskeinen asema paikallisen sosiaali- ja terveystalouden toteuttamisessa. Kunnan keskeinen asema ... on haaste kunnan johdolle. Se kantaa vastuun sekä kunnan sosiaali- ja terveystaloudellisista strategioista että niiden käytännön toteuttamisen hallinnollisista edellytyksistä.” (Valtakunnallinen...1996:1.)

”Kunnan oman hyvinvointipoliittisten tavoitteellinen ja suunnitelmallinen toteuttaminen edellyttää käytännössä kunnan hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimista. ”Terveyttä kaikille 2000 – Terve Kunta” -ohjelmista ja ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden kuntien toimenpideohjelmista saatujen kokemusten perusteella tällaisen ohjelman laatiminen on tehokas keino koota yhteen kunnan eri toimintatahot ja muut tahot, jotka sitoutuessaan yhteisiin tavoitteisiin voivat samalla antaa oman asiantuntijuutensa hyvinvointipoliittisten toteuttamiseen.” (Valtakunnallinen... 1996:5.)

Vuonna 1998 valmistellussa viimeisessä vuosittaisessa valtakunnallisessa suunnitelmassa sidottiin hyvinvointipoliittinen ohjelma kuntastrategiaan ja ohjattiin yksityiskohtaisemmin sen valmistelua:

”Kunnan hyvinvointipoliittinen ohjelma konkretisoi kuntastrategiassa määriteltyjä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistavoitteita. Hyvinvointipoliittinen ohjelma voidaan jäsentää painoalueittain tai kohderyhmittäin hyödyntäen vastaavia valtakunnallisia ohjelmia ja suosituksia. Ohjelmaan tulee sisällyttää myös

seuranta, jonka avulla voidaan arvioida ohjelman toteutumista ja tuloksia sekä kehittää ohjelmaa.” (Valtakunnallinen... 1998:6.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite ja toimitaohjelman 2000–2003 (TATO) ensimmäisenä toimenpidesuosituksena esitettiin, että kunnissa laaditaan hyvinvointipoliittinen ohjelma osana kuntasuunnittelua (STM 1999:8–9, <http://www.verkkotato.net>).

Hyvinvointikunta

Kuntien uusi hyvinvointivastuu otettiin mukaan 1990-luvun puolivälissä voimaan tulleen kuntalakiin. Laissa todetaan, että kunnan tulee edistää väestönsä hyvinvointia ja kestävä kehitystä. Haveri (2002) on korostanut hyvinvointivastuun laajaa tulkintaa pohtiessaan kuntien uutta johtamista:

”Itseohjautuvassa kunnassa johtamisen tärkein kysymys ei ole se, miten järjestää palvelut, vaan siitä, miten maksimoida laajasti kunnan asukkaiden hyvinvointi, mikä pitää sisällään erilaisia asioita elinkeinoista ympäristökysymyksiin ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen.”

Kuntalain perustelujen mukaan kunnan itsenäisyys on kuitenkin suhteellista. Sen tulee ottaa huomioon kansalliset tavoitteet:

”Sosiaalisen ja taloudellisen hyvinvoinnin turvaaminen voidaan hyvinvointivaltiossa nähdä myös itsehallinnon rajoituksena, koska kansalliset tavoitteet menevät kuntien ja kansalaisten itsehallinnon edelle. Hyvinvointiarvojen toteuttamisen saatetaan katsoa kuuluvan kunnallishallinnolle vain sen vuoksi, että valtio käyttää täytäntöönpanossa hyväkseen poliittisen ja hallinnollisen desentralisaation etuja.” (HE 192/1994.)

Uusi kuntalaki yhdessä sosiaali- ja terveyspolitiikan valtakunnallisen ohjauksen kanssa johtaa kysymään, onko hyvinvointivaltion rinnal-

le rakentumassa hyvinvointikunta: Mitä ”hyvinvointikunta” voisi käytännössä tarkoittaa? Krögerin (1998) mukaan hyvinvointikunta -käsitettä ei juuri ole käytetty Pohjoismaiden ulkopuolella. Pohjoismaissa sitä on eritellyt norjalainen historiantutkija. Hänelle hyvinvointikunta on paikallinen hyvinvointiyhteisö, joka oma-aloitteisesti paikallisten tarpeiden perusteella käynnistää ja kehittää erilaisia hyvinvointipalveluja ja -etuuksia. Tätä kysymystä aikaisemmin pohtineen suomalaisen tutkijan mukaan hyvinvointikunta oli Suomessa -ennen 1990-lukua - laajenevan hyvinvointivaltion paikallishallintojärjestelmä, jolle oli jäänyt hyvin vähän sijaa omien tavoitteiden asettamiselle ja toteuttamiselle. (Kröger 1998.)

Kröger korostaa hyvinvointikunnan ja hyvinvointivaltion välistä jännitettä: Pohjoismaisen paikallisen itsehallinnon perinne edellyttää kuntien autonomiaa kun taas hyvinvointivaltion idea koko väestölle yhtäläisinä tarjottavista etuuksista ja palveluista edellyttää kuntien toiminnan yhtenäistämistä ja harmonisointia. Kröger päättyy määrittelemään:

”Hyvinvointikunnalla tarkoitan laajoja hyvinvointipalvelutehtäviä toteuttavaa ja valtionhallinnon kanssa pitkälti integroitunutta kunnallishallintoa, jonka olennaisena piirteenä on kuitenkin säilynyt jännite valtakunnallisten hyvinvointitavoitteiden ja paikallisten itsemääräämispyrkimysten välillä.” (Kröger 1998:40.)

On huomattava, että kunnan oman hyvinvointipolitiikan selkiyttäminen ja hyvinvointistrategiatyö eivät ole alun perin käynnistyneet kuntien aloitteesta eivätkä myöskään kunnallishallinnon tutkimuksesta tai sen kehittämistyöstä. Virike on tullut valtionhallinnosta, erityisesti sosiaali- ja terveysministeriöstä. Toinen tärkeä havainto on, että kuntien hyvinvointipolitiikkaa ei ole toistaiseksi ohjeistettu erityislainsäädännössä. Ainoa tähän suuntaan viittaava maininta on kuntalain yleissäädös, jonka mukaan kunnan tehtävänä on edistää hyvinvointia ja kestävä kehitystä.

Pohdinta

Tämä kirjoitus on rakennettu seminaaripuheenvuorosta, jossa poleemisesti kysyttiin, voiko kansallinen terveydenhuollon hanke vaarantaa kansan terveyttä. Otsikko tuli valittua hetken mielijohteesta. Puheenvuoron valmistelu ja virittämä keskustelu antoi kuitenkin aiheen paneutua vakavammin otsikkokysymykseen. Henkilökohtaisesti tämä merkitsi palaaamista terveyspolitiikan ja terveyden edistämisen strategisten ja teoreettisten perusteiden selvittelyyn (ks. Rimpelä 1977, Rimpelä 1994).

Tehtävä osoittautui kiinnostavaksi, mutta samalla varsin ennakoitua vaativammaksi. Tässä vaiheessa katsaus ja pohdinta jäivät monelta vain todennäköistä suuntaa osoittaviksi avauksiksi, joiden pitävyyttä on jatkossa tarkemmin selvitettäväksi. Tärkein havainto on vaatimaton harrastus kansanterveystyön kehityksen ja sitä ohjanneiden ideologioiden ja strategioiden tutkimiseen. Yhtä niukasti löytyy tutkimusta viime vuosikymmenien kansallisista terveyspoliittisista strategioista ja niiden mahdollisista vaihtoehtoista. Kun kriittistä tutkimusta on vähän, mahdollisia strategisia muutoksia ei ole tehty näkyviksi. Keskenikäisen ja ensisijaisesti ”paholaisen asianajan silmin” kirjoitetun katsauksen julkaiseminen avaa monia mahdollisuuksia kritiikille. Juuri siksi tämä kirjoitus tulee tässä muodossa luettavaksi. Se on edelleenkin tarkoitettu enemmän poleemiseksi keskustelun avaukseksi kuin vastauksena tärkeisiin tutkimuskysymyksiin.

Tuoreiden kansallisten terveyspoliittisten ohjelmien tarkastelu terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen näkökulmasta johti kysymään, millaiseen terveyspoliittiseen strategiaan ne perustuvat, mihin suuntaan Suomen terveyspolitiikka on menossa.

Kunnat vastasivat terveydenhoidosta

Suomalainen kansanterveystyö kehittyi 1940-luvulle saakka paljolti kansanterveysjärjestöjen ja aktiivisten lääkäreiden yhteistyönä. Kuntien vastuuta korostava kansanterveystyön toiminta-ajatus alkoi kiteytyä 1930-luvulla, pääosin vastauksena maaseudun terveydenhuolto-on-

gelmiin. Eteneminen 1940-luvulla oli ripeää. Kuntia velvoittavia lakeja toimeenpanemaan perustettiin lääkintöhallitukseen kansanterveysosasto ja lääneihin lääninlääkäreiden virat. Terveydenhoidon kattavuutta varmistettiin valtion tuella. 1940-luvun lopussa valtio maksoi kunnille $\frac{3}{4}$ kättilön ja terveyssisaren palkoista sekä lääkärin neuvolapalkkiot kokonaan. (Kauttu ym. 1983, Kaprio 1990, Wrede 2003).

Kuntien kansanterveystyön varhaishistoriaa hallitsee ehkäisevä työ ja erityisesti äitien ja lasten terveydenhoito. Kansalaisten näkökulmasta kyseessä oli samanaikaisesti oikeus ja velvollisuus. Kaikilla äideillä ja lapsilla oli oikeus kunnan järjestämään terveydenhoitoon, mutta samalla myös velvollisuus osallistua heille suunniteltuun ohjelmaan. Kunnilla oli velvollisuus järjestää palvelut kansallisten ohjeiden mukaisesti. Valtio kevensi kuntien taloutta osallistumalla kustannuksiin. Toinen merkittävä piirre on ehkäisevään kansanterveystyöhön erikoistuneiden ammattien syntyminen ja näiden ammattihenkilöiden suunnitelmallinen kouluttaminen. Suomalainen terveysnainen (”the Finnish Public Health Nurse”) oli aikanaan erittäin merkittävä sosiaalinen innovaatio.

Suomeen kehittyi 1940–1950-luvuilla valtion ja kuntien yhteistyönä selväpiirteinen ehkäisevän terveydenhuollon politiikka ja toimeenpanorakenne. Perusteet oli kiteytetty laeissa, ohjauksesta ja osaamisesta vastasivat koulutusyksiköt, lääkintöhallituksen kansanterveysosasto ja lääninlääkäritoimistot ja toteuttamisesta huolehtivat kunnat.

Varhainen kansanterveysajattelu sitoutui kiinteästi terveydenhuoltoon. Kuusen (1968, 275) mukaan terveydenhuollon päätehtävä oli kansanterveyden edistäminen:

”Terveydenhuolto pyrkii kohottamaan väestön terveydentilaa toisaalta tukemalla ja voimistamalla ihmisen luonnolliseen varttumiseen liittyvää kasvu- ja uusiutumiskehitystä, toisaalta estämällä ja hidastamalla ihmisen vanhenemiseen liittyvää kulumis- ja rappeutumiskehitystä. Pyrkimyksensä toteuttamista terveydenhuolto mittaa lähinnä väestön eliniän pituuden ja kuolleisuuden avulla.”

Kansanterveysvastuu jäi pois kansanterveyslaista

Vuoteen 1972 saakka kaupunginlääkärit ja kunnanlääkärit olivat alueellaan myös yleisen kansanterveystyön johtajia, ainakin muodollisesti. Heidän tuli seurata väestön terveyden ja terveydellisten olojen kehitystä ja toimia terveyden asiantuntijana myös muille sektoreille. Nämä tehtävät jäivät pois kunnan kansanterveystyöstä. Kansanterveyslaki rajasi kunnan kansanterveystyön sisällön henkilökohtaiseen terveyden- ja sairaanhoitoon.

Varsin vähän on kiinnitetty huomiota siihen, että muuten niin suunnitelmallisessa kansanterveystyössä ei ole lainkaan asetettu väestön terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita. Vaikka väestön terveydentilan seuraamiseen satunnaisesti kiinnitettiin huomiota, se ei nousut keskeiseksi valtakunnallisessa ohjauksessa eikä myöskään kuntien sisällä. Terveydenhuollon kokonaisvaikutukset ja kansanterveystyön oma vaikutus kuntalaisten terveyteen ovat jääneet seuraamatta ja tutkimatta kaikissa kunnissa ja terveyskeskuksissa.

Kansanterveyslain tehtävänä oli muodostaa eriytyneistä toiminnoista toiminnallinen kokonaisuus. Toteutuksessa korostui kuitenkin enemmän toimintojen keskittäminen samaan rakennukseen kuin niiden yhdistäminen ja kehittäminen. Toiminnallisen kokonaisuuden rakentaminen jäi paljolti hallinnolliseksi toiminnaksi.

Historian tarkastelu osoittaa, että Suomen ehkäisevä terveydenhuolto ei ole koskaan perustunut yhtenäiseen käsitykseen sen sisällöstä eikä myöskään yhtenäiseen osaamiseen. Äitiys- ja lastenneuvolatoyn ja kouluterveydenhuolto tukeutuivat aikanaan omiin lääketieteen erikoisaloihinsa ja hoitohenkilöstön ammattiryhmiin. Tuberkuloosin torjunta oli oma kokonaisuutensa, samoin sukupuolitautien torjunta ja rokotukset ja myös mielenterveystyö. Työterveydenhuolto ja työsuojelu kehittyivät omana eriytyneenä toimintalinjanaan, samoin terveydensuojelu. Tutkimukseen perustuvaa yhtenäisempää kansanterveystyön kokonaisuutta haettiin vain muutamien vuosien ajan

Uudenmaan lääninhallituksen yhteydessä toimineessa yksikössä 1950-luvulla ja lääketieteellisten tiedekuntien kansanterveystieteen laitoksilla 1970-luvulla.

Monissa muissa maissa on erikseen säädetty kansanterveystyön valtakunnallisesta ohjauksesta ja toimeenpanosta paikalliseksi. Public health -toimintojen yhdistäminen perusterveydenhuoltoon on poikkeuksellinen ratkaisu. Kuten edellä on osoitettu, kansanterveyslaissa yhdistäminen jäi kuitenkin näennäiseksi. Tarkempi tarkastelu osoittaa, että tuolloin kansanterveystyön yleiset tehtävät – siis public health -vastuu – jäivät kuntatasolla kokonaan pois lainsäädännöstä. Tästä huolimatta kuluneiden kolmen vuosikymmenen aikana on erittäin vähän keskusteltu kansanterveystyön kuntatasoisen osaamisen ja asiantunteumuksen tarpeesta.

Yleislääketieteen erikoislääkäripätevyys tulo terveyskeskuksia johtavien lääkäreiden hakuilmoituksiin ilman laajempaa keskustelua osaamisprofiilista osaltaan havainnollistaa public health -tyyppisen kansanterveystyön aseman Suomessa. Monissa maissa kansanterveystyön erikoistuminen on arvostettu lääketieteen erikoisalue. Suomessa ei vastaavaa specialiteettia ole. Suomessa terveydenhuollon erikoislääkärikoulutus olisi voitu kehittää tähän suuntaan, mutta siitä ei ole koskaan tullut uraansa suunnittelevalle nuorelle lääkärille vakavasti otettava vaihtoehto.

Suomeen ei ole kehittynyt sellaisia kansanterveystyön kokonaisvaltaisten osaamisen keskuksia, joista englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään termejä ”public health” ja ”community health” (ks. esim. Detels ym. 2002). Sinänsä vahva ja menestyksellinen suomalainen kansanterveysosaaminen oli ennen kansanterveyslakia ja on edelleen eriytynyt ongelma ja toimintakohtaisesti lukuisiin erikoisaloihin, klinikoihin, laitoksiin, järjestöihin ja säätiöiden ylläpitämiin yksikköihin. Menestys on perustunut enemmän poliittiseen tahtoon, lainsäädäntöön ja valtioneuvoston ohjaukseen kuin tutkimus- ja kehittämistyön tuottamaan osaamiseen.

Kunnille vastuu myös avosairaanhoidosta

Kansanterveyslain valmistelua ohjasi vahva luottamus terveydenhuoltoon. Kuntien terveydenhoitopalvelut olivat tuottaneet hyvän tuloksen äitien ja lasten keskuudessa. Myös työikäisillä ja vanhuksilla tulisi olla oikeus samantyyppiseen terveydenhoitoon kuin äideillä ja lapsilla. Uutena tuli oikeus oikeus kunnan toteuttamiseen avosairaanhoidon palveluihin. Kansalaisten oikeutena ja kunnan velvollisuutena sairaanhoito tuli terveydenhoidon rinnalle.

Kansanterveyslaissa tarkoitettu aikuisten ja ikääntyvien oikeus henkilökohtaiseen terveysneuvontaan toteutui hitaasti. 1990-luvulta alkaen monia ja ikääntyvien terveysneuvontatoimintoja on supistettu. Kansanterveyslaki tehosti merkittävästi lasten suun terveydenhoitoa, mutta sitäkin on purettu viime vuosina.

Historiallisessa tarkastelussa kansanterveyslaki nousee sairaanhoidon tehostamisesta paljon tärkeämmäksi kuin terveydenhoidon kehityksessä. Lain tarkoitus saattoi olla terveydenhoidon ja sairaanhoidon tasavertainen kehittäminen. Käytännössä – sekä kuntalaisten että hallinnon näkökulmista – sairaanhoito nousi kuitenkin terveyskeskusten ensimmäisistä päivistä lähtien tärkeämmäksi kuin terveydenhoito.

Uusien terveyskeskusten johdolle ei ole jäänyt missään vaiheessa aikaa keskittyä terveydenhoitoon. Terveyslautakuntien ja terveyskeskusjohdon päätehtäväksi tuli ensin terveyskeskusten rakentaminen, henkilöstöpolitiikka ja talous. Suunnittelujärjestelmä satoi hallinnon voimavaroja. Päivittäistä asialistaa alkoi hallita yhä enemmän sairaanhoito. Kansanterveyslain valmisteluun ja varhaiseen toimeenpanoon liittyvä kirjallisuus osoittaa, että alun perinkään terveyskeskusjohtajia ei ajateltu kansanterveysjohtajiksi.

Kansanterveystyö rapautuu

Kansanterveyden edistäminen terveydenhuoltoa kehittämällä nousi kaikissa poliittisissa puolueissa 1960-luvulla ydinkysymysten joukkoon. Tähän myötävaikuttivat maaseudun terveydenhuollon ongelmat, sairastamisen kohtuuttomat

kustannukset yksilöille ja erikoissairaanhoitoinmenojen nopea kasvu sekä työikäisten miesten terveydentilan heikkeneminen. Kiistaton näyttö ongelmien vakavuudesta tuotti sen poliittisen konsensuksen, joka sai eduskunnan uudistamaan yksituumaisesti terveydenhuollon koko lainsäädännön 1970-luvulla. Kansanterveystyön uudistus perustui enemmän poliittiseen konsensukseen kuin käytännössä kokeiltuihin ja testattuihin toiminta-ajatuksiin.

Samat tekijä, jotka nostivat kansanterveystyön poliittisen agendan keskiöön, myös varsin todennäköisesti selittävät sen putoamisen puolueiden asialistoilta 1980-luvulla. Maaseudun terveydenhuolto oli rakennettu kansainvälisissä vertailuissa esimerkilliseksi. Sairastamisen kustannukset olivat hallinnassa sekä yksilöiden että koko kansan taloudessa. Työikäisten miesten terveys oli kohentunut ja muutkin terveysindikaattorit kertoivat pääosin myönteisestä kehityksestä. Uudessa tilanteessa ei enää ollut riittävän vahvoja voimia ajamassa poliittisia päättäjiä yksituumaisuuteen. Yhteiskunnallisten intressien ristiriidat nousivat taas pinnalle myös terveyspolitiikassa. Kunnallisen kansanterveystyön poliittinen tuki alkoi vähentyä 1980-luvulla.

Kun tutkimus- ja kehitystyö jäivät niukoiksi, kansanterveystyön nopean laajenemisen vuodet eivät tuottaneet Suomeen vahvoja osaamiskeskuksia. Lyhyen integraatiopyrkimyksen jälkeen eri toimintojen osaaminen, koulutus, tutkimus ja teoria alkoivat taas eriytyä ja tässä suhteessa palattiin kansanterveyslakia edeltäneeseen rakenteeseen. Kun kotimaiseen perinteeseen rakentuvan kansanterveystyön osaaminen ja teoria olivat heikkoja, ne jäivät 1980-luvulla nopeasti vahvistuvien uusien kansainvälisten vaikutteiden varjoon. Toisenlaisen terveyspolitiikan ja terveydenhuollon maissa kehittyneet ideat ohjasivat yhä enemmän keskustelua ja myös toimintaa.

Kansanterveystyön uudistamisen yhtenä peruslinjana ollut terveysneuvonnan laajentaminen aikuisväestöön ja vanhuksiin eteni 1970-luvulla. Terveystarkastusten ja terveysneuvonnan kritiikki kuitenkin kasvoi nopeasti. 1980-luvulla lopussa yhä useammat asiantuntijat alkoivat epäillä koko ikäluokan määräraikaisten

yleisten terveystarkastusten hyötyjä. Sairaanhoidon kynnysten madaltuessa ja volyymin lisääntyessä piilevien sairauksien mahdollisuus väheni. Yleisen terveystarkastuksen sijasta alettiin pitää tärkeämpänä suunnattuja syöpätautien, verenpaineen ja kolesterolin seulontoja. Osatekijänä voi myös olla terveysneuvonnan tutkimus- ja kehittämistyön niukkuus ja toiminnan jääminen vanhoihin kaavoihin. Ne ehkäisevän työn työtavat, jotka olivat menestyksellisiä 1950–1960-luvuilla, eivät enää toimineet yhtä hyvin 1980-luvun Suomessa.

Kaiken kaikkiaan aikaisemmin vahva luottamus terveydenhuollon mahdollisuuksiin ja tehtäviin kansanterveyden edistämässä alkoi horjua. Suomalainen tutkijayhteisö seurasi intensiivisesti muualla laajenevaa terveydenhuollon kritiikkiä. Kun Yhdysvalloissa 1970-luvulla tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että sitä aikaisempi terveydenhuolto oli varsin vähän vaikuttanut kansanterveyteen, tätä tulosta lainattiin laajasti ja ilman lähdekritiikkiä 1990-luvun Suomessa. Medikalisoitumista, lääketieteen valtaa ja terveydenhuollon kaupallisuutta kritisoivat tutkimukset viehättivät monia suomalaisia kansanterveyden ja terveydenhuollon tutkijoita. Kun tähän yhdistyi uutena omaksuttu kansainvälinen terveyden edistämisen teoria, yhä useammat alkoivat väheksyä terveydenhuollon mahdollisuuksia kansanterveyden edistämässä. Vaihtoehdoksi esitettiin muiden yhteiskuntasektoreiden vastuuta, kansalaistoimintaa ja erityisesti kansalaisten omaa vastuuta terveydestään.

Lääkintöhallituksen ja lääninhallitusten ohjaus ja niiden käytettävissä oleva osaaminen olivat tärkeimmät kunnan kansanterveystyötä kokonaisuutena pitävät voimat. Lääkintöhallituksen sisäinen jako kansanterveysosastoon ja terveydenhoito-osastoon toi tähän ohjaukseen kuitenkin särön alusta alkaen. Uusi terveyskasvatustoimiston sijoitettiin terveydenhoito-osastoon erilleen kunnan muusta kansanterveystyötä johtavasta kansanterveysosastosta. 1980-luvun puolivälin jälkeen myös valtionhallinnossa alkoi voimistua uusi terveyden edistämisen tulkinta ja huomio siirtyi terveydenhuollon ulkopuolella. Kun 1990-luvulla kansanterveystyötä tukeva hallinto ja ohjaus valtionhal-

linnossa käytännössä kokonaan purettiin, jäljelle ei jäänyt mitään voimaa tai osaamista, joka olisi sitonut kunnan kansanterveystyötä kokonaisuutena ja ohjannut sen kehitystä uusien haasteiden mukaan.

Terveyden edistäminen eriytyy terveydenhuollosta

1980-luvun puolivälin jälkeen valtakunnallisessa ohjauksessa alettiin korostaa terveyskeskusten yhteistyötä terveyden edistämisen muiden toimijoiden kanssa. Kuten Laitakarinen työryhmän (1989) arviointitutkimus osoitti, tällaiseen yhteistyöhön ei kuitenkaan ollut voimavaroja eikä toimivia hallintorakenteitakaan. Yhdessä Puskan työryhmän esittämän elämänkaaren kattavan terveysneuvontaohjelman kanssa (STM 1987) nämä ohjauspyrkimykset näyttivät jääneen viimeisiksi yrityksiksi laajentaa ehkäisevää kansanterveystyötä terveydenhuollossa. 1990-luvulla valtio vetäytyi kuntien kansanterveystyön kehittämisestä ja tukemisesta. Terveyskeskuksissa purettiin sitä terveyskasvatuksen infrastruktuuria, joka 1980-luvulla oli rakennettu.

Samalla kun kansanterveystyön tuki rapautui, valtion informaatio-ohjaus eriytti yhä selvemmin terveyden edistämisen terveydenhuollosta ja keskitti terveydenhuollon informaatio-ohjausta sairaanhoitoon. Viime vuosina puhe terveyden edistämestä on muuttunut hyvinvoinnin edistämiseksi. Kunnille suositellaan oman hyvinvointipolitiikan selventämistä laatimalla erityisiä hyvinvointipoliittisia ohjelmia.

Ohjelma-asiakirjoista ilmenevä käsitys terveydenhuollon tehtävistä kansanterveyden edistämässä on olennaisesti toisenlainen kuin kansanterveystyön uudistamista ohjannut tulkinta. 1970-luvun terveydenhuollon perustehävä oli edistää kansanterveyttä. Kansallisen terveyshankkeen asiakirjoissa ei lainkaan tarkastella terveydenhuollon suhdetta kansanterveyteen. Sairaanhoidon tarve tulkitaan terveydenhuollon ulkopuolelta määräytyväksi asiaksi, johon terveydenhuollossa vastataan laadukkailla ja taloudellisilla sairaanhoitopalveluilla.

Terveydenhuollon kehittämisen ydinkäsitteitä ovat hoitoon pääsy ja sen turvaaminen (STM 2003). Sairaanhoidopalvelujen kysynnän vähentäminen terveyttä edistämällä jää kunnan muiden sektoreiden, järjestöjen, yritysten ja kansalaisten omaksi tehtäväksi.

Tämä tulkinta terveydenhuollon tehtävistä ei ole uusi. Kuntien johdolle 1990-luvun puolivälissä tehdyn tutkimuksessa mukaan terveyden edistäminen terveydenhuollon tehtävänä tuli harvoin esille (Perttilä 1999, 130). Jos kansallinen terveydenhuollon hanke jatkuu nykyisen toimintalinjan mukaan, se saattaa loppuun tämän prosessin ja muuttaa terveydenhuollon kehittämisen sairaanhoidopolitiikaksi. Työryhmän ehdotuksen (STM 2003) toteutuksessa oikeudesta sairaanhoitoon tulisi huomattavasti vahvempi oikeus kuin kansanterveyslaisena oleva oikeus terveydenhoitoon.

Seuraavaksi on perusteltua kysyä, heikentäisikö terveyskeskusten ehkäisevän työn karsiminen kansanterveyttä. Tutkimukseen perustuvaa kiistatonta näyttöä nykyisen ehkäisevän työn hyödyistä on ainoastaan aikuisväestön seulontatutkimuksista. Näyttö äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon tehokkuudesta on lähinnä historiallinen. 2000-luvun olosuhteissa ei ole tutkittu suomalaisen terveysneuvonnan tuloksia.

On myös mahdollista, että epävarmuuteen terveysneuvonnan tuloksista on johtanut työtapojen vanhentuminen. Jos terveystarkastukset ja niiden yhdistetty henkilökohtainen neuvonta olisivat kehittyneet vastaamaan tämän vuosituhatvuotisen haasteisiin ja olosuhteisiin, tulokset voisivat edelleen olla erittäin merkittäviä. Tähän viittaavat rohkaisevat kokemukset kouluterveydenhuollon (Strid 1999) ja ikäännyvän väestön terveyden edistämisestä.

Jos terveydenhuollon mahdollisuuksia sairaanhoidon tarpeen ja kysynnän vähentämisessä ei oteta aktiivisesti tutkittavaksi ja kehitettäväksi, ensin mainittu vaihtoehto toteutuu väistämättä. Toiminta vanhenee ja näyttö sen tuloksista ohenee. Näyttöä toiminnan tuloksista ei ole. Vanhenevat rutiinit koetaan taakaksi. Kuntien terveydenhuolto vetäytyy vähitellen ehkäisevästä työstä ja kapenee sairaanhoidoksi. Samalla on todennäköistä, että maksukykyi-

sille asiakkaille tulee edelleen olemaan tarjolla korkeatasoisia yritysmuotoisia ehkäiseviä palveluja.

Tämäkään kehitys ei välttämättä vaarana kansanterveyttä, jos muiden toimijoiden terveyden edistäminen tehostuu ja kansalaiset kiinnostuvat yhä enemmän oman terveytensä hoitamisesta. Valtion informaatio-ohjauksessa on 1990-luvun puolivälisestä alkaen erityisesti vedottu kuntien yleisjohdon vastuuseen väestönsä terveyden edistämisestä. Vuosien 2000–2003 TATO:n arviointiraportin mukaan noin 90 prosentissa kunnista oli laadittu jonkinasteinen hyvinvointistrategia tai -ohjelma (STM 2003).

Tuore esitutkimus hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallisista rakenteista ja johtamisesta antaa kuitenkin huolestuttavan kuvan keskusjohdon nykytilasta hyvinvointistrategiatyössä. Vaikka kuntien johdossa usein ollaan tietoisia väestön hyvinvointiongelmista, voimavarat haasteisiin vastaamiseksi koetaan niukoiksi. Kuntien keskushallinnossa hyvinvointijohtamisen vastuut ovat tavallisesti määrittelemättä ja toimintarakenteet heikkoja ja hajanaisia. Väestön hyvinvointi ja terveyden edistäminen koettiin edelleen ensisijaisesti sosiaali- ja terveystoimen sisäiseksi toiminnaksi. (Uusitalo ym. 2003). Tähän mennessä käytävissä olevien tietojen perusteella kuntien yleisjohdon kiinnostus ja mahdollisuudet ottaa nopeasti lisää vastuuta kuntalaisten terveyden edistämisestä näyttävät melko kyseenalaiselta.

Terveyden edistämisessä on myös kolmas strateginen painotus. Terveydenhuollon ohella myös kunnan muiden hallinnonalojen vaikutus kansanterveyteen saattaa olla toissijainen. Tärkeimpiä aktiivisia vaikuttajia ovat kansanterveysjärjestöt ja kansalaiset. Tässä katsannossa korostetaan vapaamuotoista kansalaistoimintaa ja kansalaisten omaa vastuuta. Terveys on enemmän kansalaisten arjen ja vapaamuotoisen kansalaistoiminnan kuin kuntien tai valtion asia. Valtion terveydenhuoltohallinnon uudistamista 1990-luvun alussa ohjasi ensisijaisesti tämä strategia. Monista eri vaihtoehtoista päädyttiin osoittamaan valtakunnallinen terveyden edistämisen asiantuntija- ja ohjaus-

tehtävä kansalaisjärjestöjen muodostamalle Terveyden Edistämisen Keskukselle.

Uusien terveystoimittisten ohjelmissa on valittu selkeä linja terveyden edistämisen suhteessa terveydenhuoltoon yleensä ja myös kansanterveystyöhön. Niissä ei ole lainkaan esillä kuntien kansanterveystyön osaamisen vahvistaminen. Pikemminkin strategia perustuu oletukseen, että tällaista kokoavaa osaamista ei tarvita terveydenhuollossa. Terveydenhuoltoa ei enää pidetä merkittävänä toimijana kansanterveyden edistämässä. Terveyden edistäminen toteutuu ensisijaisesti kuntien muilla hallinnonaloilla, kansalais- ja yritystoiminnassa ja ihmisten arjessa. Terveyden edistämässä ei enää tarvita kansanterveystyön kokonaisuuden vastuuta eikä osaamista kunnissa eikä myöskään valtakunnallisesti.

Maaseudun terveystoimittikkaa

Terveytpolitiikan ja ehkäisevän työn suomalaisen kehityksen pisyvin yhteinen teema on ollut maaseudun terveydenhuolto. Maaseudun keskeistä asemaa voidaan perustella 1960-luvulle saakka. Väestön enemmistö asui maaseudulla ja siellä koettiin suurimmat ongelmat. Olisi kuitenkin odottanut, että viimeistään 1980-luvulla maaseudun kysymysten rinnalle yhtä painokkaina olisivat nousseet suurten kaupunkien tarpeet. Tuolloin maaseudun terveydenhuolto oli jo varsin kilpailukelpoinen kaupunkien kanssa ja väestön enemmistö asui kaupungeissa. Tämän vuosituhannen alkaessa väestön enemmistö asuu kuudella kaupunkiseudulla ja nopeasti vähenevä vähemmistö pienissä maaseutukunnissa. Tästä huolimatta edelleen on vaikea löytää kirjallisuutta, jossa olisi keskittetty pohtimaan kaupunkien ja vielä vähemmän suurten kaupunkiseutujen terveystoimittikkaa.

Kansanterveystyön uudistus käynnistyi maaseudulta ja Itä- ja Pohjois-Suomesta. Se eteni varsin hitaasti suurissa kaupungeissa. Valtakunnallisiin suunnitelmiin perustuvilla henkilökiintiöillä tietoisesti hidastettiin kansanterveystyön voimavarojen kasvua kaupungeissa. Kun niiden vuoro olisi viimein tullut 1990-

luvun alussa, kansanterveystyötä painottava valtiosuusjärjestelmä ja ohjaus purettiin. Näin suuret kaupungit eivät koskaan ehtineet saada kansanterveystyön perusrakennetta kuntoon siinä vaiheessa, jolloin valtion tuki kunnille vielä oli merkittävää.

Suuret kehittämishankkeet ovat keskittyneet maaseudulle alkaen 1970-luvun Pohjois-Karjala-projektista viime vuosien Kainuun maakuntamalliin ja Mäntän seudun terveydenhuollon uudistamiseen. Erikoissairaanhoidon jonojen rinnalla kansallisen terveydenhuollon hankkeen toisena pääteemana on edelleen maaseudun terveydenhuolto. Tässä hankkeessa on toistaiseksi varsin vähän selvitelty suurten väestökeskusten terveydenhuollon erityisiä haasteita.

Suomen yhteiskuntarakente on tänään aivan toisenlainen kuin 1960-luvun lopussa, jolloin voimassaolevat terveydenhuoltolait valmisteltiin. Kansanterveyden edistämisen haasteet ja terveystoimittiset strategiat ovat kasvavilla kaupunkiseuduilla erilaisia kuin väestöä menettävissä kunnissa. Tulevaisuudessa kansanterveyden kehitys ratkaistaan kasvavilla kaupunkiseuduilla. Uusin ohjelmien painotukset ja toteuttaminen viittaavat kuitenkin edelleen enemmän maaseudun kuin kaupunkiseutujen terveystoimittikkaan.

Vaarantaako terveydenhuoltohanke kansan terveyden?

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen mukaan hoitoon hakeutumista ja jonohallintaa koskevat lakimuutokset tulevat voimaan vuoden 2005 alussa. Terveydenhuollon käytännössä kyseessä saattaa olla lähes samaa suuruusluokkaa oleva muutos kuin kansanterveystyön maksuton lääkärin vastaanotto vuonna 1972. Tällä kertaa voimaantuloa ei kuitenkaan ole mahdollista ohjata valtakunnallisesti. Jokainen kunta valmistautuu ja toimii omalla tavallaan.

Jos tämä muutos tehdään erillisinä ilman muun terveydenhuoltolainsäädännön uudistamista, merkitsee se samalla historiallista muutosta Suomen terveystoimittikassa. Nyt voimas-

sa olevien kansanterveys- ja erikoissairaanhoidotolakiin tavoitteena oli yhdessä valtionohjauksen kanssa päästä parempaan tasapainoon erikoissairaanhoidon, avosairaanhoidon ja ehkäisevän terveydenhuollon kesken. Tasapainoisesti toimivaa terveydenhuoltoa tavoiteltiin myös alueellisesti. Toimivan terveydenhuoltokokonaisuuden tulisi olla tarjolla asuinpaikasta riippumatta.

Ehdotettu muutos terveydenhuollon lainsäädännössä vahvistaisi oikeuden sairaanhoitoon ja kunnan velvollisuuden järjestää nopea hoitoprosessi. Jos tämä tehdään yksittäisenä muutoksena, päättäjien ja kuntajohdon terveyspoliittinen intressi tulee lähivuosina keskittymään sairaanhoitoon. Uusi säädös ja siitä seuraava taloudellinen todellisuus pakottavat tähän suuntaan. Velvoite hoidon järjestämiseen tarkoittaa joko kunnan oman toiminnan tehostamista tai kustannusten lisääntymistä erikoissairaanhoidossa ja ostopalveluissa. Kummassakin tapauksessa paine terveydenhuollon menojen kasvuun tulee olemaan erittäin suuri. Asiakasmaksut ovat jo kansainvälisessä vertailussa korkeita, joten niiden korottaminen ei kasvavien menojen kattamiseen riitä. Kunnat joutuvat harkitsemaan muiden toimintojen karsimista, kun sairaanhoito vie kasvavan osan kunnan tuloista. Vanha lainsäädäntö ei velvoita kuntia terveydenhoitoon samalla tavalla kuin ehdotetut lakimuutokset velvoittaisivat sairaanhoidon järjestämiseen.

Muodollisesti voidaan ajatella, että Terveys 2015 -ohjelma ja kansallisen terveydenhuollon hanke yhdessä rakentavat Suomelle lähivuosina tasapainoista terveyspolitiikan strategiaa. Kuva muuttuu kuitenkin olennaisesti, kun ohjelmat asetetaan viime vuosikymmenien historian kehukseen ja tarkastellaan niiden toteuttamista tähän mennessä. Terveys 2015 -ohjelman toteuttamisen voimavarat ovat vaatimatomat ja sen sanoma on suunnattu terveydenhuollon ulkopuolisiin toimijoihin. Terveydenhuoltohankkeen toteuttamista sen sijaan tuetaan sosiaali- ja terveysministeriön koko voimalla ja siihen on verrattuna moninkertaiset määrärahat Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteuttamisvaroihin verrattuna. Terveydenhuollon hankkeen toteuttamiseksi esitetään

pikaisia lakimuutoksia. Terveys 2015 -ohjelman oletetaan toteutuvan informaatio-ohjauksen varassa.

1970-luvuna alun laeissa tavoiteltu terveyspoliittinen strategia on vain osittain toteutunut kuntien terveydenhuollossa. 1980-luvulta alkaen tämän strategien keskeiset linjavalinnat ovat olleet keskusteltavina. Jälkikäteen voidaan havaita, että 1990-luvulla valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjoista hahmottuva strategia on koko ajan johdonmukaisesti irtautunut kansanterveyslain perusteista. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ja kansallisessa terveydenhuollon hankkeissa tosiasiallisesti vahvistetaan Suomelle uusi terveyspoliittinen strategia, vaikka sitä ei niissä selkeästi erikseen korosteta. Uudessa strategiassa kunnallisen terveydenhuollon tehtävät keskittyvät sairaanhoitoon. Terveydenhuollolla ei oleteta olevan merkittävää tehtävää kansanterveyden edistämässä. Terveyden edistämisen haasteet ovat terveydenhuollon ulkopuolelle. Suomessa ei enää tarvita kansallista eikä kunnallista vastuuta kansanterveystyöstä eikä sen kokoavaa osaamista. Terveyskeskus toiminnallisena kokonaisuutena hajoaa. Palaan eriytyneiden lääkärivastaanottojen, neuvoloiden ja muiden toimintojen kauteen. On mahdollista, että Suomi siirtyy ensisijaisesti erikoissairaanhoidon johtamaan terveyspalvelujärjestelmään.

Uusissa kansallisissa ohjelmissa vahvistettu terveyspoliittinen strategia on monissa kohdin suorastaan vastakkainen voimassa olevaa lainsäädäntöä ohjanneen strategian kanssa. Strategisten tavoitteiden ja voimassaolevien lakien ristiriita on niin suuri, että voidaan puhua *laittomasta terveyspolitiikasta*. Laittomuus ei tarkoita tässä yhteydessä rikosta, vaan strategiaan perustuvan lainsäädännön puuttumisesta. Suomen terveyspoliittista peruslinjaa ei ole vahvistettu eduskunnassa, vaan valtioneuvoston hyväksymissä kansallisissa ohjelmissa. Eduskuntaan uusi terveyspolitiikka tulee harvittavaksi siinä vaiheessa, kun hallituksen esitys kansallisessa terveydenhuollon hankkeen ehdottamista kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muutoksiksi valmistuu. Hallituksen esityksessä tuskin kuitenkaan tullaan ko-

rostamaan, että hyväksyessään tämän yksittäisen lakimuutoksen eduskunta samalla hyväksyy erittäin merkittävän terveyspolitiikan strategian muutoksen.

Tämän kirjoituksen otsikossa kysyttiin, vaarantaako kansallinen terveydenhuollon hanke kansan terveyttä. Suoraa vastausta otsikon kysymykseen ei voi antaa. Vaikka parin viime vuosikymmenen terveyspolitiikka näyttää alustavassa arvioissa muuttuneen merkittävästi, keskimääräinen elinikä on kasvanut edelleen ja monet muutkin terveysindikaattorit kertovat kansanterveyden paranemisesta. Toistaiseksi ei tiedetä, miten paljon hyvästä tuloksesta selittää sairastumisikäen tulleiden kohorttien lapsuuden, nuoruuden ja varhaisen aikuisuuden elinolojen ja terveyspalvelujen paraneminen jo 1940-1980-luvuilla ja missä määrin hyvä tulos on viime vuosien olojen ja palvelujen ansiota. On mahdollista, että lapsuuden ja nuoruuden olojen paraneminen tuottaa kansanterveyshyötyä vielä 2020–2030-luvuille saakka riippumatta siitä, millaista terveyspolitiikkaa Suomessa harjoitetaan. Pieniä viitteitä terveyspolitiikalle sensitiivisten kansanterveystrendien muutoksesta kielteisempään suuntaan on toistaiseksi ainoastaan lasten suun terveydessä ja joissakin mielenterveysmittareissa.

On mahdollista, että uusi terveystoliittinen strategia jatkaa suomalaista menestystarinaa. Kansanterveys paranee ja terveydenhuollon kustannukset pysyvät kohtuullisina. Alustavakin riskien arviointi tuo esiin myös kielteisen kehityksen vaihtoehtoja. Terveydenhuollossa toteutuva terveyden edistäminen rapautuu. Terveydenhuollon ulkopuolella terveyden edistäminen etenee ennakoitua hitaammin. Sairaanhoidolla ei ole enää kiinnostusta kysynnän vähentämiseen. Sairaanhoidon ja erityisesti ikääntyvän väestön erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat jatkuvasti keskimääräistä talouskehitystä nopeammin. Kustannuskasvun kattamiseksi kunnat ja valtiot joutuvat siirtämään resursseja muilta hallinnonaloilta sairaanhoitoon, Terveydenhuollon painottuessa yhä enemmän ikääntyvään väestöön sen kansantaloudellinen tuottavuus vähenee. Myös

mahdollisiin kielteisiin vaihtoehtoihin tulisi ennalta varautua.

Tässä tarkastelussa on päädytty terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon strategioista ja toteutumisesta huomattavasti kriittisempään arvioon kuin tuoreessa Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälisessä arvioinnissa (STM 2002). Kansainvälisen arvioinnin perussävy oli pääosin myönteinen.

Osaksi erilaiset päätelmät johtuvat lähtökohtien erosta. Tämä tarkastelu on keskittynyt mahdollisten riskien havainnollistamiseen. Vahvuudet ja myönteiset kehityskulut on siis tietoisesti jätetty erittelemättä. Toinen selittävä tekijä on keskittyminen terveydenhuollon tehtäviin terveyden edistämisessä. Kun tämä raja otetaan huomioon, myös kansainväliseen arviointiin sisältyy kriittisiä huomautuksia. Paikallisen tason ongelmat kuvataan kuitenkin enemmän voimavarojen puutteeksi kuin rakenteiden tai osaamisen ongelmiksi (STM 2002, 42).

Kolmanneksi päätelmien eroja selittää 2–3 vuoden aikaero. Kun tuoreinta arviointia tehtiin, Terveys 2015 -ohjelma oli juuri hyväksytty valtioneuvostossa ja Suomen taloudelliset näkymät olivat valoisia. Terveys 2015 -ohjelman toteuttamiseen suhtauduttiin luottavaisesti. Terveyden edistämiseen keskittyneessä arvioinnissa ei kiinnitetty huomiota terveydenhuollon sisäisiin pulmiin, vaikka ne tuolloin olivat jo ilmeistä. Yhteiskunnallinen tilanne oli vuoden 2003 lopussa olennaisesti erilainen. Kansallisen terveydenhuollon hanke oli merkittävästi vähentänyt Terveys 2015 -ohjelman painoarvoa sekä sosiaali- ja terveysministeriössä että kunnissa. Syksyllä 2003 tehdyt arviointitutkimukset kunnissa ja terveyskeskuksissa tuottivat huolestuttavia tuloksia.

Eroja saattaa selittää myös se, että Suomessa ei ole kriittisen terveystoliittisen arviointitutkimuksen perinnettä. Vaikka kansallisen terveyspolitiikan arviointeja on muodollisesti tehty ulkoisena arviointina WHO:n johdolla, ote on kuitenkin ollut lähempänä sisäistä arviointia kuin kriittisen terveyspolitiikan tutkimus-

otetta. Raportissa korostuvat Suomen terveyden edistämisen ja terveyspolitiikan keskeisten viranomaisvaikuttajien äänenpainot.

On mahdollista, että 1990-luvun alussa valmistuneen arviointiraportin päätelmät ovat huomattavasti osuvampia kuin tuorein kansainvälisen arvio. Siksi lopuksi toistetaan aikaisempi lainaus:

”...(Päätöksenteon) Hajauttamista pidetään tärkeänä. Tämä on suotuisa kehityssuunta, sillä se laajentaa päätöksentekopohjaa. Eräät tekijät saattavat kuitenkin vaarantaa saavutetut tulokset.

Vaara on vielä suurempi, mikä kustannuksia joudutaan leikkaamaan, kun sairaalal palvelujen kysyntä on päästetty ruuhkautumaan. Tällaisessa tilanteessa sekä suuri yleisö että sen valitsevat luottamusmiehet paikallishallinnossa ja sairaalahallinnossa vaativat todennäköisesti ennenminkin lisää sairaalavuodepaikkoja ja sairaalateknologiaa kuin sairaan-

hoidon tarvetta vähentäviä ennalta ehkäiseviä palveluja. Näiden tulevaisuuden näkymien toteutuminen vaikuttaa entistä todennäköisemmältä, koska lääkärinkunnan kiinnostusta terveyttä edistävään työhön ei ole kyetty lisäämään koulutus- uudistuksen eikä jatkokoulutuksen avulla. ...

Perusterveydenhuollon työntekijöiden työpaineet ovat jo nyt niin suuret, etteivät he pysty huolehtimaan muusta kuin sairauden hoitoon ja terveydenhuoltoon liittyvistä tehtävistä. Paineiden odotetaan vain kasvavan, kun terveydenhuoltoalalle tulevien uusien työn tekijöiden määrä vähenee. Tämä heikentää entisestäänkin terveyttä edistävien palvelumuotojen kehittämistä, ellei erityistoimenpiteisiin ryhdytä. ... Omalääkäritoiminta on käynnistynyt nopeasti. On kuitenkin varottava luisumasta takaisin perinteiseen perusterveydenhuoltoon, jossa ei ole tilaa sektoreidenväliselle terveyttä edistävälle toiminnalle.” (WHO 1991, 159–160.)

Päätelmät

Tässä kirjoituksessa on eritelty niitä riskejä, joihin 2000-luvun terveyspolitiikassa ja erityisesti terveydenhuollon kehittämisessä tulisi varautua.

1. Terveydenhuoltolakeihin ehdotetut hoidon saatavuutta ja jonohallintaa koskevat muutokset tulevat toteutuessaan nostamaan kuntalaiset oikeudet ja kunnan velvollisuudet sairaanhoidossa huomattavasti voimakkaammiksi kuin lainsäädännössä olevat vastaavat oikeudet ja velvollisuudet terveydenhoidossa. Jos ehdotetut muutokset toteutuvat ilman että saman aikaisesti uudistetaan terveydenhoitoa koskevia säädöksiä, kuntien terveydenhuolto tulee nopeasti muuttamaan yhä enemmän sairaanhoidoksi.
2. On mahdollista, että Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tarkoittama terveyden edistäminen tehostuu terveydenhuollon ulkopuolella ja kansanterveys paranee

niin, että terveydenhuollon vetäytyminen terveyden edistämisestä ja sen sisäisten ehkäisevien toimintojen kaventuminen eivät vaaranna kansan terveyttä. Monet seikat viittaavat kuitenkin päinvastaiseen mahdollisuuteen, jossa samanaikaisesti terveydenhuolto vetäytyy ehkäisevästä työstä ja terveyden edistämisen mahdollisuudet myös kuntien muilla sektoreilla heikkenevät voimavarojen supistuessa. Jos näin käy, kansanterveyden myönteinen kehitys saattaa vaarantua.

3. Terveyspoliittisen strategian olennaisesti muuttuessa olisi riskien hallitsemiseksi
 - hyväksyttävä, että 1970-luvun alussa toiseen yhteiskunnalliseen tilanteeseen ja toisenlaisen terveyspoliittiseen strategiaan perustunut terveydenhuollon lainsäädäntö on pahasti vanhentunut ja monilta osin enemmän haittaa kuin tukee kuntien terveydenhuoltoa ja sen

ulkopuolella toteutuvaa terveyden edistämistä;

- otettavat avoimesti keskusteltaviksi ja tutkittaviksi terveydenhuollon tehtävät kansan terveyden edistämässä ja henkilökohtaisessa terveydenhoidossa;
- lisättävä kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen osaprojekti, joka keskittyy kehittämään terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluja terveydenhuollossa;

- lainsäädäntöä uudistettaessa huolehdittava siitä, että kansalaisten oikeuksissa ja kuntien velvollisuuksissa säädökset takaavat terveyden edistämälle ja henkilökohtaiselle terveydenhoidolle samanlaisen aseman kuin sairaanhoidolle; sekä
- ryhdyttävä toimenpiteisiin modernin kansanterveystyön kunnallisen tutkimus- ja kehittämisvastuun selventämiseksi ja osaamisen vahvistamiseksi sekä valtakunnallisesti että kunnissa.

LÄHTEET

- Aer, J. (1970). Paikallisen terveydenhuollon suunnittelusta. Suomen Lääkärilehti 25: 2883–2893.
- Aer, J. (toim.) (1975). Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki.
- Aer, J., Rokka, S. (1975). Terveyskeskus toiminnallisena kokonaisuutena. Kirjassa Aer, J. (toim.): Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki, 145–152.
- Aro, S., Liukko, M. (toim.) (1993). VPK. Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Stakes, Raportteja 105. Helsinki.
- Detels, R., MxEwen, J., Beaghole, R., Tanaka, H. (Eds.) (2002). Oxford Textbook of Public Health. Oxford University Press, Oxford.
- Elfving, J. (1991). Väestövastuinen neuvolatyo – ainoa autu-aaksitekeva? Kunnallislääkäri 7/5:50.
- Engeström, Y., Saarelma, O., Launis, K., Simoila, R., Punamäki, R. L. (1991). Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 7. Helsinki.
- Forsius, A. (1992). Konrad Relanderin (myöh. Reijo Waara) väitöskirja vuonna 1892. Suomen Lääkärilehti 47:1381.
- Harni, A. L. (1969). Avoterveydenhuollon kokeilutoiminnan päämääristä ja idelogioista. Suomen Lääkärilehti 24:2005–2007.
- Harni, A. L. (1969). Terveydenhuollon hallinnon uudistus-suunnitelmissa arvostelun varaa. Suomen Lääkärilehti 24:2841–2843.
- Harni, A. L. (1969). Lääkintöneuvos Yrjö Hongistolle terveydenhuollon uudistussuunnitelmista. Suomen Lääkärilehti 24:3426–3428.
- Haveri, A. (2002). Kuntien uusi johtaminen – suuntaviivoja tulevaisuuteen. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 29/2:222–226.
- Huhtinen, A. (1954). Lääninlääkärin tehtävät. Suomen Lääkärilehti 3:153–172.
- Ihalainen, K., Soikkeli, J., Jakonen, S. (2002). Selvitys Itä-Suomen läänin ehkäisevän terveydenhuollon kehityksestä 1990-luvulla ja tulevaisuuden näkymät. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja Nro 75, Joensuu.
- Isokoski, M. (1975). Kansanterveystyön erikoislääkäri. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 12/5:631.
- Kaipainen, O. (1969). Kansa kaikki kärsinyt. Arvi A. Karisto Osakeyhtiö, Hämeenlinna.
- Kaprio, L. A. (1990). Suomen preventiivisen lääketieteen historia. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 27:188–205.
- Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J. T., Nissinen, A. (1998). Kansanterveystiede. WSOY, Porvoo.
- Kauttu, K. (1969). Tavoitteena hyvä yleislääkäripalvelu. Esittelemmme Dalbyn terveydenhuollon keskuksen. Suomen Lääkärilehti 24: 1092–1097.
- Kauttu, K., Reinilä, A. M., Voutilainen, A. (1983). Kunnanlääkäreiden työ ja elämä. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Keskustapuolueen terveyden- ja sairaanhoitopolitiikka. (1969). Suomen Lääkärilehti 24:581–.
- Kohn, R. (1983). The health centre concept in primary health care. WHO Regian Office for Europe. Public Health in Europe 22. Copenhagen 1983.
- Kokko, S. (1990). Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua. Hanki ja Jää/WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Kokko, S., Lehto, J. (1993). Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Stakes, Raportteja 93. Helsinki.
- Kokko, S. (2002). Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Kirjassa: Heikkilä, M., Parpo, A. (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelukatsaus 2002. Stakes, Raportteja 268. Helsinki. 48–59.
- Komiteamietintö. (1965). Kansanterveyskomitean mietintö. B 72.
- Komiteamietintö. (1969). Kansanterveystoimikunnan mietintö. KomM A3.
- Koponen, P. (1977). Public health nursing in primary health care based on the population responsibility principle. Acta Universitatis Tamperensis 581. Tampereen Yliopisto. Tampere.
- Koponen, P., Pellinen, S., Perttula, K. (1993). Miten kävi ehkäisevän terveydenhoidon?. Kirjassa: Aro, S., Liukko, M. (toim.): VPK. Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Stakes, Raportteja 105. Helsinki. 91–104.

- Kuusi, P. (1968). 1960-luvun sosiaalipolitiikka. Viides painos. WSOY.
- Kuusi, P. (1971). Kansanterveyslaki – terveystalitiikkamme suunnanmuutos. Suomen Lääkärilehti 25:2332–2333.
- Kröger, T. (1998). Hyvinvointikunta sosiaalipalvelujen rakentajana. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 25/1:35–41.
- Kärnä, U. (1970). Suomen Kunnanlääkäriyhdistyksen pyrkimykset maaseudun terveydenhuollon kehittämiseksi 1920- ja 1930-luvulla. Suomen Lääkärilehti 3001–3008.
- Kättilölehti. (1962). Mikä on kansanterveystyön opetus- ja tutkimuskeskus. Kättilölehti 1962/2:297–304.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M., Vuori, I. (1989). Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Lääkintöhallitus. Terveystyden edistäminen. Tutkimukset 6. Helsinki.
- Miilunpalo, S., Laitakari, J. (1996). Normiohjauksen vähentäminen, lama ja terveyskasvatuksen järjestämistä koskevat muutokset terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 51/13:1461–1465.
- Melkas, T. (toim.) (1986). Hallituksen terveystalitiittisen selonteon eduskuntakäsittely 26.–27.3.1985. Sosiaali- ja terveystalitiisteriö. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Ministry for Social Affairs and Health. (1998). Third evaluation of progress towards health for all in Finland. Reports 2 eng.
- Noro, L. (1978). Sosiaalilääketieteen perusteet. WSOY, Porvoo.
- Ojala, A. (1967). Yleinen terveydenhoito. WSOY, Porvoo.
- Ojala, A. (1969). Paikallisen terveydenhuollon kehittämistä. Suomen Lääkärilehti: Suppl. 1A:40–44.
- Ojala, A., Niemi, A. (1982). Kansanterveystyön palvelujärjestelmän kehittyminen. Sosiaalinen Aikakauskirja 76:5–8.
- Ohtonen, J., Koski, P., Vinni, K. (1983). Katsaus Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen. STM, Sosiaalisen erikoistutkimuksia SVT XXXII:96, Helsinki.
- Oker-Blom, M. (1916). Terveystalitioppi. Otava, Helsinki.
- Oulasvirta, L., Ohtonen, J., Stenvall, J. (2002). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveystalitiisteriön julkaisu ja 19. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Pakkala, P. M. (1982). Kansanterveystyteen tunnetun kiinnostuksen vaihtelu ja kansanterveystalitiittelu sisälto. Sisälönanalyysi lääkärien käymästä kansanterveystalitiitteluusta Suomen Lääkärilehden ja Duodecim-lehden vuosien 1939–1972 artikkelien perusteella. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Elokuu (julkaisematon).
- Parvinen, I. (1977). Kuka terveyskeskusta kehittää? Suomen Lääkärilehti 32:606.
- Parvinen, I. (1979). Kansanterveystalitiittelu toteutuminen paikallistasolla. Suomen Lääkärilehti 34:2759–2762.
- Pesonen, N. (1990). Piirilääkärinä Suomessa 1800-luvulla. WSOY, Juva.
- Perttilä, K. (1999). Terveystyden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes, Tutkimuksia 103. Helsinki.
- Pirskanen, M., Pietilä, A. M. (2000). Terveystalitiitteluksen yhdystalitiittelu ja terveyden edistäminen. Selvitys terveystalitiitteluksen yhdystalitiitteluisten toiminnasta ja sen kehittämistarpeista. Stakes, Aiheita 11. Helsinki.
- Puro, K. (1969). Terveystalitiitteluksen paikallisen terveydenhuollon perusyksikkönä. Monisteessa: Hasan, J., Laine, M. (toim.): Terveystalitiittelu – luentosarja -seminaari. Ongelmia, näkymiä, tavoitteita. 3.–6.7.1969. Jyväskylän yliopisto. Liikuntahygienian ja kansanterveystyden laitos, Jyväskylä. X/1–11.
- Puro, K. (1973). Terveystalitiitteluksen perusteet. Tammi, Helsinki.
- Puro, K. (1975). Terveystalitiitteluksen mahdollisuudet kansanterveystyden kohentamisessa. Kirjassa Aer, J. (toim.): Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki. 75–79.
- Relander, K. (1892). Terveystalitiitteluksen tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripiiristä. Akademinen väitöskirja. Helsingin yliopisto. O.W. Backmannin kirjapaino, Kuopio.
- Rimpelä, M. (1977). Terveystalitiitteluksen vaihtoehdoista. Sosiaalinen Aikakauskirja 71:4–21.
- Rimpelä, M. (1994). Terveystyden edistäminen ja terveyskasvatus – katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. Sosiaalinen Aikakauslehti 31:5–22.
- Rintala, T. (1995). Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. Stakes, Tutkimuksia 54. Helsinki.
- Roemer, M. (1972). Evaluation of Community Health Centres. Public Health Papers 48. WHO, Geneva.
- Saarelma, O., Launis, K., Simoila, R. (toim.) (1994). Terveystalitiitteluksen puhuvat. Kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämistä. Stakes, Raportteja 156. Helsinki.
- Savonen, S. (1942). Suomen kansanterveystyön ohjelma. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 2:52–60.
- Savonen, S. (toim.) (1953). Maalaiskuntain yleisen terveydenhuollon käsikirja. Täydennysosa I. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Sihto, M. (1997). Terveystalitiitteluksen ohjelman vastaanotto. Stakes, Tutkimuksia 74. Helsinki.
- Siivola, U. (1985). Terveystalitiitteluksen kansanterveystyössä. WSOY, Porvoo.
- Simoila, R. (1994). Terveystalitiitteluksen kehitys, ristiriidat ja työorientaatio. Stakes, Tutkimuksia 48. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (1986). Terveystalitiitteluä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalitiitteluä politiiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (1996). Sosiaali- ja terveydenhuollon suuntaviivat. Julkaisu ja 16 Sosiaali- ja terveystalitiitteluä ministeriön hallinnonala. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (1982). Sosiaali- ja terveystalitiitteluä politiiikan lähtökohtia ja suuntaviivoja. Sosiaalinen Aikakauskirja 76:8–102. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (2002). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Työryhmämuistioita 3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (2002). Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdot. Selvityksiä 18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (2003). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TAT = 2000–2003. Seurantajulkaisu. Sosiaali- ja terveystalitiitteluä ministeriön julkaisu ja 12. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalitiitteluministeriö. (1990). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. STM. Työryhmämuistioita 33. Helsinki.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. Helsingin yliopiston kansanterveystalitiitteluä laitos 100 vuotta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 27/3:185–259. Helsinki.

- Strid, O. (1999). Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Stakes, Aiheita 16. Helsinki.
- Suomen Lääkärilehti. (1990). Sosiaali- ja terveysministeri Mauri Miettinen: Asiantuntemuksen asema turvataan lääkintöhallituksen ja sosiaalihallituksen yhdistyessä. Suomen Lääkärilehti 45:1799–1802.
- Suomen Lääkäriliitto. (1969). Kansanterveystyön uudistus. Suomen Lääkärilehti 24:2621–2628.
- Suomen Sosialidemokraattisen puolueen terveydenhuolto-politiikka. (1969). Suomen Lääkärilehti 24:679–686.
- Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., ym. (1997). Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY, Porvoo.
- Vakkilainen, E. (1992). Sirkkalehti 3. Perusterveydenhuollon ideointi-, tutkimus- ja uudistamisprojektin (ITU) väliraportti. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 46. Helsinki.
- Vauhkonen, O., Bäckman, G. (1972). Sairaala suomalaisessa yhteiskunnassa. WSOY, Porvoo.
- Taskinen, S. (toim.) (1995). Miten käy lasten palvelujen? Stakes, Aiheita 6. Helsinki.
- Uusitalo, M., Perttilä, K., Poikajarvi, K., Rimpelä, M. (2003). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO). Stakes, Aiheita 221, Esitutkimusraportti. Helsinki.
- Virtanen, V. (1959). Sosiaaliset kysymykset/Kansanterveystyö. Teoksessa: Suomalainen yhteiskunta. Yhteiskunnallisen korkeakoulun julkaisuja 10. Arvi A. Karisto Osakeyhtiö, Hämeenlinna. 260–263.
- Vohlonen, I. (toim.) (1989). Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu. Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 50. Valtion Painatuskeskus, Helsinki.
- Vohlonen, T. (1973). Sairaiden terveyskeskus. Duodecim 84:115–1158.
- Westerlund, R. (1969). Terveyskeskuskokeilua tarvitaan kii-reesti. Suomen Lääkärilehti 24:2621.
- WHO. (1978). Alma Ata 1978: Primary Health Care. Health for All Series, No 1. WHO, Geneva.
- WHO. (1991). Terveyttä kaikille ohjelma Suomessa. WHO:n terveyspoliittinen arviointi. Maailman Terveysjärjestö. Euroopan aluetoimisto, Kööpenhamina. (Valtion Painatuskeskus, Helsinki)
- Wrede, S. (2003). Kenen neuvola? Kansanterveystyön ”naisten huoneen” rakennuspuut. Kirjassa: Helen, I., Jauho, M. (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki. 58–86.