

# Terveysalan yhteistyö Karjalan tasavallassa

M a r j a T u o m i

Suomen ja Karjalan tasavallan välinen sosiaali- ja terveysalan yhteistyö on jatkunut jo lähes kahdenkymmenen vuoden ajan. Siihen ovat osallistuneet muun muassa kaikki Suomen ministeriöt, alue- ja paikallishallinnon toimijoita, kansalaisjärjestöjä, yrityksiä ja oppilaitoksia. Yhteistyön ensiaskeleita otettiin jo neuvosto-aikana ystävyyskaupunkitoiminnassa, mutta laajamittaisempaan se käynnistyi Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen 1990-luvun alussa.

Yhteistyö perustuu Suomen ja Venäjän Federaation väliseen vuonna 1992 allekirjoittamaan sopimukseen (Finlex 62/1992). Valtioiden välisen yhteistyösopimuksen lisäksi sekä Suomen hallitus että ministeriöt ovat määritelleet yhteistyön tavoitteita, painopistealueita ja välineitä erillisillä toimintastrategioilla ja -ohjelmilla. Karjalan tasavalta on yksi lähialueyhteistyön päätoiminta-alueista.

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöllä on pyritty parantamaan Karjalan väestön hyvinvointia ja tukemaan sitä edistäviä muutoksia. Yhteistyö alkoi varsin haasteellisessa tilanteessa: Karjalassa oli koko yhteiskuntaa ravistelevä kriisi ja Suomella pyrkimys sekä tukea myönteistä kehitystä kohti

markkinataloutta että estää haitallisten ilmiöiden leviäminen Suomeen (Keski- ja Itä-Euroopan... 1993, 16). Lähialueyhteistyö suunniteltiin luonteeltaan väliaikaiseksi siirtymäajan toiminnaksi, jossa tuli pyrkiä välttämään riippuvuussuhteiden syntymistä. Lähialueyhteistyö on osa Suomen virallista ulkopolitiikkaa ja sitä koordinoi Suomen ulkoasiainministeriö.

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä ja sen tuloksellisuutta ei ole kokonaisuutena arvioitu kertaakaan.<sup>1</sup> Tässä katsauksessa kuvataan yhteistyön toimintaympäristöä sekä yhteishankkeiden tukemien sosiaalisten innovaatioiden leviämiseen ja juurtumiseen vaikuttaneita tekijöitä.<sup>2</sup>

## Hyvinvointijärjestelmän kriisi

Suomen ja Karjalan välisen sosiaali- ja terveysalan yhteistyön alkaessa neuvostoaikainen terveydenhuolto ja sen rahoitusjärjestelmät olivat hajoamassa ja sosiaalisektorille oltiin luomassa uusia instituutioita ja käytäntöjä. Neuvostoliitossa vastuu väestön hyvinvoinnista kuului valtiolle ja sitä toteutettiin pääosin kattavan julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ja työpaikkojen järjestämien palvelujen kautta. Valtion luhistuessa myös neuvostoliittolainen hyvinvointijärjestelmä joutui kriisiin useiden samanaikaisten yhteiskunnallisten muutosten seurauksena. Kolme väestön hyvinvoinnin turvanutta peruspilaria – täystyöllisyys, subventoidut hinnat ja työpaikan tarjoamat sosiaaliset

edut ja palvelut – katosivat samanaikaisesti. Terveyttä ja hyvinvointia tukevien rakenteiden murtuminen johti nopeasti väestön yleisen terveydentilan heikkenemiseen, sairastavuuden ja kuolleisuuden nousuun, syntyvyyden laskuun ja eliniän alenemiseen (ks. Tiina Laatikaisen artikkeli tässä samassa lehdessä).

Karjalan tasavallan tietyn asteisesta itsenäisyydestä<sup>3</sup> huolimatta on syytä pitää mielessä, että se on yksi Venäjän Federaation 21 tasavallasta ja alisteinen federaation päätöksille ja lainsäädännölle. Uusi Venäjän valtio asetti tavoitteekseen markkinatalouden ja käynnisti perustavanlaatuisen uudistusten sarjan, joka sisälsi sekä hallinnon desentralisaation että talousuudistuksia. Jälkimmäinen sisälsi muun muassa hintojen vapauttamisen, talouden vakauttamisen ja yksityistämisen. Uudistukset edellyttivät myös uutta lainsäädäntöä ja sitä vastaavien uusien instituutioiden luomista. Uusi lainsäädännöllinen perusta oli tarpeen muuttuneiden olosuhteiden vuoksi ja siksi, että neuvostojailta periytyvä lainsäädäntö saattaisi muodostua esteeksi markkinatalouteen siirtymiselle (Nysten-Haarala 2001, 3). Talouden uudistuksilla, kuten esimerkiksi yksityistämällä, oli puolestaan suoria vaikutuksia väestön hyvinvointiin: uudet omistajat eivät välttämättä katsooneet neuvostoaikaisen työnantajan roolin erilaisten palvelujen järjestäjänä kuuluvan heille, eikä neuvostoaikainen sosiaaliturvajärjestelmä kyennyt vastaamaan syntyneisiin haasteisiin.

Yhtenä talouden ja hallinnon uudistusten tavoitteena oli pyrkimys jakaa vastuuta eri hallinnon tasojen välillä ja supistaa federaation osuutta mm. sosiaali- ja terveydenhuollon kuluista. Paikallishallinnolle siirrettiin päävastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Uudistukset eivät kuitenkaan johtaneet toivottuihin tuloksiin johtuen mm. ongelmista lainsäädännön toimeenpanossa. Myöskään uudet sosiaali- ja terveyssektorien rahoitusjärjestelmät eivät toimineet odotetusti, minkä seurauksena paikallistasolle ei kertynyt riittävää rahoituspohjaa sille siirrettyjen tehtävien toteuttamiseksi. Näillä institutionaalisilla muutoksilla oli kahtalainen merkitys sosiaali- ja terveysalan yhteistyössä:

toisaalta yhteistyöllä pyrittiin tukemaan väestön hyvinvointia tukevia institutionaalisia muutoksia (esim. sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet) ja toisaalta koko federaatiossa käynnistetyt talouden, hallinnon ja lainsäädännön uudistukset vaikuttivat yhteistyön toteuttamiseen ja innovaatioiden leviämiseen ja juurtumiseen. Karjalan taloudelle 90-luvulla luonteenomainen krooninen varojen puute rajoitti sosiaalisten ongelmien ratkaisemisesta. Riittämättömän rahoituksen lisäksi kokonaisvaltaisen sosiaali- ja terveyssektorien kehittämisstrategian puuttuminen vaikeutti tilannetta (Kurilo, Nemkovitš & Senjuškin 2007, 14–16).<sup>4</sup>

## Lähialueyhteistyö ja innovaatiot

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä toteutetaan pääosin hankemuotoisena. Suomen ulkoministeriö edellyttää rahoittamiltaan hankkeilta, että ne ovat Suomen lähialuepolitiikan linjausten mukaisia. Hankkeet suunnitellaan suomalaisten ja karjalaisten toimijoiden yhteistyönä paikallisiin olosuhteisiin soveltuviksi. Hankeasiakirjoissa ei useinkaan puhuta innovaatioista, vaikka ne ovat keskeisessä roolissa kehittämissyhteistyössä. Hankkeilla pyritään kehittämään ja esittelemään jotain uutta: lähestymistapaa, menetelmää tai ongelmanratkaisua. Olennaista innovaatioissa on että ne edustavat jotain uutta vastaanottajalle. Yleensä innovaatiot yhdistetään teknisiin keksintöihin ja teknologiaan, mutta ne voivat olla myös toiminnallisia.

Sosiaalisen innovaation käsite on suhteellisen uusi eikä sille ole vielä vakiintunutta määritelmää.<sup>5</sup> Jotkut tutkijat pitävät kaikkia innovaatioita sosiaalisina, mikäli niillä pyritään muuttamaan vallitsevia käytäntöjä, kun taas toiset näkevät sosiaaliset innovaatiot kehittämisen ja uudistamisen välineinä. (Saari 2008, 18.) Tässä katsauksessa sosiaalisilla innovaatioilla tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla pyritään joko suoraan tai välillisesti parantamaan Karjalan väestön hyvinvointia ja tuetaan sosiaali- ja terveysalan uudistuksia Karjalan tasavallassa.

Valitsin tutkimukseeni viisi yhteistyöhanketta<sup>6</sup> siten, että ne kattoivat eri maantieteellisiä alueita ja substanssikysymyksiä, toteutettiin eri aikoina, niillä oli käytettävissään erisuuret taloudelliset resurssit ja niihin osallistui eri toimijoita Suomesta ja Karjalasta.<sup>7</sup> Yksi hankkeista oli Euroopan unionin ja muut joko osittain tai kokonaan Suomen ulkoasiainministeriön rahoittamia. Pitkärannan, Segežan ja Kostamuksen hankkeet olivat selkeästi paikallistason hankkeita, joissa karjalaisena yhteistyökumppanina olivat paikalliset toimijat ja jotka toteutettiin vain kyseisillä alueilla. Kahdessa muussa tapauksessa – Tacis- ja tuberkuloosihankkeissa – karjalaisena pääyhteistyökumppanina olivat ministeriöt, mutta myös näillä hankkeilla oli erikseen valitut pilottialueensa.

Innovaatioihin usein liitettävästä positiivisesta piirteestä huolimatta, ne eivät juurru ja leviä automaattisesti, vaan leviämiseen vaikuttaa innovaatioiden luonteen lisäksi toimintaympäristö ja siinä tapahtuvat muutokset (vrt. Rogers 1995, 221–223). Vastuun yhteistyössä suunniteltujen ja/tai tuettujen innovaatioiden käyttöönotosta pilottialueiden ulkopuolella katsotaan kuuluvan paikalliselle yhteistyökumppanille tai viranomaisille. Kartoitin tarkastelemieni hankkeiden tukemien innovaatioiden juurtumista pilottialueille ja leviämistä niiden ulkopuolelle toteuttamalla lomakekyselyn, joka kattoi kaikki Karjalan hallinnolliset alueet. Kyselyä varten jokaisessa aluekeskuksessa järjestettiin tilaisuus, jossa lomakkeet täytettiin ja palautettiin. Kokonaistutkimukseen oli kutsuttu jokaiselta alueelta kolme henkilöä, joiden tuli täyttää vähintään yksi kahdesta kriteeristä: heidän tuli joko olla vastuussa sosiaali- ja terveysalan toiminnan suunnittelusta ja/tai toteutuksesta alueella tai olla osallistunut alan kansainvälisiin kehittämishankkeisiin. Vastanneiden ryhmä<sup>8</sup> koostui 53 henkilöstä.

Hypoteesini oli, että mikäli innovaatioiden levittäminen oli ollut systemaattista ja/tai ne olivat juurtuneet Karjalaan, tutkimukseen osallistuneiden virkamiesten tulisi tunnistaa ne. Kyselyn tulosten mukaan kaikki hankkeet ja

niiden tukemat sosiaaliset innovaatiot tunnistettiin kohtalaisen hyvin (noin puolet vastanneista) koko tasavallan alueella. Hankkeista parhaiten (44/53) tunnistettiin suurin ja Karjalassa paljon julkisuutta saanut Tacis-hanke. Kyselyn tulosten ja muun käytetyn aineiston perustella voidaan todeta, että tietoa hankkeista ja innovaatiosta on levinnyt eri kanavien kautta Karjalan eri alueille, mutta etenkin hankkeiden päättymisen jälkeen melko sattumanvaraisesti. Hankkeiden tukemat innovaatiot ovat juurtuneet pääosin hyvin hankkeiden aikaisille pilottialueille, ja joissakin tapauksissa myös niiden ulkopuolelle.

Kyselyssä tiedusteltiin myös tekijöitä, joita vastaajat pitivät esteinä Karjalan sosiaali- ja terveysalan kehitykselle. Useimmin mainittiin taloudellinen tilanne ja rahoituksen riittämättömyys (32), yhteisen strategian ja vision puuttuminen (10), lainsäädännön puutteet (10) sekä koulutukseen liittyvät ongelmat (10). Merkittävimpinä esteinä pidettiin siis virallisiin instituutioihin ja rakenteisiin liittyviä kysymyksiä, joista osaan tutkimuksen hankkeilla oli pyritty vaikuttamaan (esim. strateginen suunnittelu, lainsäädäntö, koulutus). Karjalan 90-luvun lopun hieman kohentuneesta taloudellisesta tilanteesta ja sosiaali- ja terveyssektoreiden rahoituksen kasvusta huolimatta ongelmat näyttävät pysyneen paljolti samoina kuin 1990-luvun puolivälissä. Paljon positiivista muutosta on tapahtunut, mutta tarkasteltujen hankkeiden aikana käynnistettyjen kehittämisprosessien jääminen pääosin paikallisiksi viittaa siihen, että joko tahto tai resurssit hyviksi todettujen innovaatioiden levittämiseksi ovat hiipuneet tai ympäristössä tapahtuneet muutokset eivät ole kyenneet tukemaan muutosprosesseja riittävästi.

## Paikallistason innovaatiot

Aluehallinnon uudistuksilla sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuus siirrettiin paikallishallinnolle ja samanaikaisesti ministeriöiden vaikutusmahdollisuudet vähenivät. Paikallishallinnoilla on oikeus päättää palvelujen järjestämistapa ja ne voivat joko noudattaa mi-

nisteriöiden suosituksia (jos sellaisia annetaan) tai ottaa käyttöön uusia käytäntöjä ja toimintatapoja tai päättää muunlaisesta toimintatavasta. (Danishevski 2006, 188–189.) Rahoituspuhjan ollessa riittämätön paikallishallinto joutuu tekemään valintoja. Paikallishallinnot voivat myös ilman viranomaissuosituksia ottaa käyttöön muilla alueilla testattuja käytäntöjä, mikäli niille on olemassa lainsäädännöllinen pohja.

Tutkimuksen viiden hankkeen joukosta löytyy esimerkkejä erilaisista tapauksista. Tacis-hankkeen tukeman yleislääkäritoiminnan yleisyydessä on suuria alueiden välisiä eroja, kun taas alun perin kahdella alueella (Petroskoi ja Karhumäki) aloitettu tuberkuloosihanke laajennettiin terveysministeriön päätöksellä ja tuella kattamaan koko Karjalan tasavalta.

Innovaatiot saattavat myös levitä ja tulla käyttöön otetuiksi, mikäli ne vastaavat paikallisia tarpeita ja ovat esimerkiksi toteutettavissa usein varsin niukoin resurssein. Tällaisesta tarpeesta syntyneestä innovaatioiden leviämisestä voidaan puhua esimerkiksi niissä tapauksissa, kun Segezhan ja Kostamuksen malleja on muokattu käyttöön muutamilla muilla Karjalan alueilla.

Tarkastelemani innovaatiot edustivat uusia lähestymis- ja toimintatapoja. Venäläisessä yhteiskunnassa tapahtuneista merkittävistä rakenteellisista muutoksista huolimatta perinteet, kulttuuri ja käyttäytyminen ovat muuttuneet hitaasti. Tuberkuloosihankkeen loppuraportissa (Final report 2004, 12) todetaan, että uuden strategian toteuttaminen oli hidasta johtuen sekä henkilöstön sitoutumisesta vanhoihin hoitomenetelmiin että henkilöstön ikärakenteesta ja alhaisesta motivaatiosta uuden käytännön oppimiseksi. Tilanne kuitenkin muuttui hankkeen edetessä ja uudet käytännöt onnistuttiin vakiinnuttamaan. Lopputulokseen todennäköisesti vaikutti myös sekä tasavallan että federaation sitoutuminen ja tuki hankkeelle.

Federaation rooli ei useinkaan tule esiin yhteistyöhankkeissa. Poikkeuksia kuitenkin

löytyy. Tacis-hankkeen aikana valmisteltiin laki yleislääkäritoiminnasta Karjalassa, jonka Karjalan tasavallan hallitus – ensimmäisenä Venäjän Federaatiossa – hyväksyi vuonna 2001. Muutamaa vuotta myöhemmin laki jouduttiin federaation pyynnöstä peruuttamaan, koska se ei ollut federaation lainsäädännön mukainen. Vaikka sekä yleislääkärikoulutus että -toiminta jatkuvat Karjalassa, ne eivät ole levinneet siihen laajuuteen, mitä alun perin suunniteltiin. Paikallisen asiantuntijan mukaan federaation tuki asiassa saattaisi vaikuttaa käytännön yleistymiseen.

Sekä kyselyn tulokset, muu aineisto että käytäntö osoittavat, että vaatimattomillakin resursseilla voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. Sekä innovaatioiden leviämiseen että juurtumiseen vaikuttavat suuresti paikallisen toimijatahon motivaatio, sitoutuneisuus ja valmius muutoksiin. Kestävien muutosten aikaansaamiseksi on ensiarvoisen tärkeää, että paikalliset päätöksentekijät ovat mukana yhteistoiminnassa ja muutosten valmistelussa hankkeen alusta alkaen. Sitoutunut paikallinen yhteistyökumppani ja toimivat ja muutoksia tukevat rakenteet edistävät tulosten pysyvyyttä.

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöhön liittyvässä keskustelussa on noussut esiin kysymys siitä, millä tasolla yhteistyötä tulisi tehdä. □ Suomen ulkoasiainministeriö toteaa sosiaali- ja terveyssektorin yhteistyön olevan edelleen tärkeä yhteistyöala (Venäjä-toimintaohjelma 2009, 26), mutta toisaalta painopistettä suunnattaneen yhä enemmän kansalaisjärjestötoimintaan. Kansalaisjärjestöjen tekemä työ on erittäin arvokasta toimintaa, jonka kautta päästään lähelle paikallisia toimijoita ja väestön todellisia tarpeita. Mikäli sosiaali- ja terveysalan yhteistyön tavoitteena ovat kestävä kehitys ja laajasti käyttöön otetut hyvät käytännöt, kansalaisjärjestötoiminnan lisäksi yhteistyötä tulee toteuttaa myös alue- ja tasavallan tasoilla tai ottaa hankkeisiin mukaan näiden tasojen edustajia, jotta tiedonkulku ja jatkuvuus voitaisiin turvata.

## Viitteet

- 1 Ulkoasiainministeriö on julkaissut vuosien 1997 ja 1998 lähialueyhteistyöstä toimintakertomukset (Toimintakertomus 1997, Toimintakertomus 1998).
- 2 Artikkelit liittyy valmisteilla olevaan väitöskirjatutkimukseeni *Diffusion of Social Innovations across the Borders The Case of Social Sector Cooperation with the Republic of Karelia*.
- 3 Karjalalla on oma perustuslaki (1993) ja hallitus, jota johtaa tasavallan päämies ja parlamentti.
- 4 Ks. Saari (2008, 18-29); vrt. Schienstock ja Hämäläinen (2001, 55–59).
- 5 Hankkeet olivat: Riskitekijätutkimus Pitkärannan alueella, suomalainen päätoimija Kansanterveyslaitos (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos); *Support to the Implementation of Social and Health Care Reforms in the Republic of Karelia*, Tacis-hanke, suomalainen toimija Stakesin ulkomaan avun yksikkö (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kansainvälisten asiain yksikkö); Lastensuojelun kehittäminen Segežan alueella, suomalainen toimija Lastensuojelun keskusliitto; Vammaisten lasten kuntoutuskeskuksen tukeminen, suomalainen päätoimija Oulun lääninhallitus ja Tuberkuloosin leviämisen ehkäisy, suomalainen toimija Filha *Finnish Lung Health Association*. Hankkeet olivat luonteeltaan erilaisia, eivätkä ne kaikki alkaneet projektimuotoisina (esim. Pitkäranta ja Kostamus), vaan pikemminkin alueiden välisenä yhteistyönä.
- 6 Karjalan tasavallassa on 18 hallinnollista aluetta, jotka eroavat toisistaan suuresti pinta-alaltaan (Sortavala 2100 km<sup>2</sup>; Louhi 22 500 km<sup>2</sup>) ja väestötiheydeltään (Sortavala 16,5 / km<sup>2</sup>; Kalevala ja Louhi 0,8/ km<sup>2</sup>), kun taas elinkeinorakenne on samantyyppinen koko tasavallassa. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyö näyttää pääosin keskittyneen Suomen rajan läheisyyteen ja/tai kohtalaisen hyvien kulkuyhteyksien varrelle (esim. Sortavala, Kostamus, Segeža) sekä Petroskoihin ja sen lähiympäristöön (Kontupohja, Karhumäki).
- 7 Kaikkiaan lomakkeen palautti 69 henkilöä. Useilla alueilla useampi kuin yksi henkilö kutakin toimintasektoria kohden halusi osallistua kyselyyn. Vastanneiden joukosta valittiin se, joka parhaiten vastasi esitettyjä kriteerejä.
- 8 Suomen ja Venäjän hallitustenvälisen lähialueyhteistyön kehittämisryhmän 12. yhteiskokous 17.11.2008 Helsingissä. Suomen osapuolen puheenjohtajan valtiosihteeri Pertti Torstilan katsaus lähialueyhteistyöhön.

## Lähteet

- Danishevski, Kirill, Balabanova, Dina, McKee, Martin & Atkinson, Sarah (2006), The fragmentary federation: experiences with the decentralized health system in Russia. – *Health Policy and Planning* 21:3, 183–194.
- Final report (2004) = Fighting Tuberculosis in Karelia Final Report Years 1999–2004. Prepared by Filha in Cooperation with Ministry of Health, Republic of Karelia Republic TB Dispensary. Unpublished.
- Finlex (62/1992) = Finlex 62/92. [http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1992/19920062/19920062\\_2](http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1992/19920062/19920062_2)
- Keski- ja Itä-Euroopan... (1993) = *Keski- ja Itä-Euroopan toimintaohjelma. Suomen toimintastrategia*. Helsinki: Ulkoasiainministeriön julkaisuja.
- Kurilo, A.E., Nemkovitš, E.G. & E.N. Senjuškin (2007), *Sotsialno-ekonomitšeskie preobrazovanija v Respublike Karelija (1990-2005 gg.)*. Petrozavodsk.
- Nystén-Haarala, Soili (2001), *Russian Law in Transition Law and Institutional Change*. Helsinki: Kikimora Publications.
- Rogers, Everett M. (1995), *Diffusion of Social Innovations*. New York: Free Press.
- Saari, Juho (2008), Sosiaalisten innovaatioiden aika. – *Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos*. Toim. Juho Saari. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 7–45.
- Schienstock, Gerd & Hämäläinen, Timo (2001), *Transformation of the Finnish Innovation*

*system. A network approach.* Helsinki: Sitra Reports Series 7.

Toimintakertomus 1997 = *Lähialueyhteistyön tavoitteet, toteutus ja tulevaisuus. Toimintakertomus 1997.* Helsinki: Ulkoasiainministeriö.

Toimintakertomus 1998 = *Lähialueyhteistyön tavoitteet, toteutus ja tulevaisuus. Toimintakertomus 1998.* Helsinki: Ulkoasiainministeriö.