

KILPAILULLISET TOIMINTATAVAT PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

– argumentit ja narratiivit

loppuraportti



Tiina Tiilikka, Hannele Palukka & Helena Tolkki

Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa
– argumentit ja narratiivit

loppuraportti

Tiina Tiilikka, Hannele Palukka & Helena Tolkki

Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit
- hankkeen loppuraportti

Tutkimushanketta ovat rahoittaneet Työsuojelurahasto TSR ja Tampereen yliopisto

Copyright © 2009 kirjoittajat
Taitto ja kansi: Tiina Saari

ISBN

Nid. : 978-951-44-7948-9

PDF: 978-951-44-7949-6

Juvenes Print -Tampereen Yliopistopaino Oy
Tampere 2009

Tiivistelmä

Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa –argumentit ja narratiivit tutkimushankkeelle asetettiin kaksi tavoitetta, joista ensimmäinen oli tiedon tuottaminen perusterveydenhuollon kilpailullisten toimintatapojen merkityksestä terveydenhuollon työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli tuoda esiin tietoa markkinaehtoisten terveystalveluiden toteuttamistapojen sosiaalisesta ja kulttuurisesta ulottuvuudesta. Tutkimuksen tavoitteet kiteytettiin kolmeksi kysymykseksi:

1. Miten terveydenhuollon työntekijät ja johtavat viranhaltijat jäsentävät perusterveydenhuollon tuottamisessa tapahtunutta muutosta?
2. Miten kilpailullisista toimintatavoista kerrotaan ja miten niitä perustellaan?
3. Millaiseksi työntekijät kokevat oman asemansa ja työnsä yksityisen työnantajan palveluksessa?

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla terveydenhuollon työntekijöitä ja johtavia viranhaltijoita vuoden 2008 huhti-kesäkuussa kolmessa eteläisen Suomen kunnassa, joissa kussakin oli ulkoistettu yksi terveysasema yksityiselle palveluntuottajalle. Haastateltavat työntekijät valittiin yksityisen palveluntuottajan palveluksessa olleista terveydenhuollon ammattilaisista, lääkäreistä ja hoitajista. Aineisto käsittää yhdeksän lääkärin ja kymmenen hoitajan yhteensä seitsemän ryhmähaastattelua. Työntekijöiden lisäksi haastateltiin viittä kuntien johtavaa viranhaltijaa, jotka ovat olleet päättämässä terveydenhuoltopalveluiden tilaamisesta yksityisiltä palveluntuottajilta. Viranhaltijoiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Aineistoa analysoitiin kolmen erilaisen menetelmän avulla: aineistolähtöisen sisällönanalyysin, narratiivisen lähestymistavan sekä argumentaatioanalyysin avulla. Analyttisiä luentoja yhdistää ajatus siitä, että haastattelupuhe sisältöinä, narratiivisina diskursseina ja argumentteina on yhteydessä terveysasemien työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden kokemaan terveysasemien ulkoistamista koskevaan todellisuuteen ja vallitseviin arjen käytäntöihin.

Lääkärivaje leimasi terveysasemien tilannetta voimakkaasti ennen kuin palvelut ulkoistettiin. Tilannetta ennen ulkoistamista kuvataan kaoottisena. Terveydenhuollon ammattilaiset katsoivat, että toiminta oli päivystysluonteista: potilaat jonottivat hoitoon, kun vastaanottoaikoja ei ollut tarjolla. Samalla kokonaisvastuu potilaiden hoidosta valui enenevässä määrin hoitajille. Ulkoistamisen jälkeen lääkäritilanne parani ja terveysasemilla oli jaossa huomattavasti enemmän vastaanottoaikoja kuin aiemmin. Viranhaltijoille osoitetut valitukset palvelun laadusta vähenivät. Terveysasemalla työskentely järkeistyi monella eri tapaa. Kansantautien hoidossa otettiin käyttöön selkeät hoitosuunnitelmat, joiden avulla niin lääkärit, hoitajat kuin potilaatkin pystyivät seuraamaan hoitoprosessia. Hoito muuttui suunnitelmien myötä tavoitteellisemmaksi ja samalla hoitajien työ tuli selkeämmin osaksi kokonaihoitoprosessia. Myös turhia rutiinikokeita ja lähetteitä karsittiin.

Vaikka ulkoistaminen on parantanut tutkimuksen kohteina olevien terveysasemien toimintaa merkittävästi, haastateltavat näkevät toimintatavan kuitenkin eräänlaisena hätävarana. Ulkoistaminen ei ratkaise perusterveydenhuollon ongelmia, vaan se toimii pikemminkin ongelmakentän paikkaajana. Ulkoistaminen tuottaa itsessään uusia haasteita ja lisää terveydenhuoltojärjestelmässä jo esiintyviä ongelmakohtia. Kaiken kaikkiaan ulkoistamisen tulevaisuuteen kohdistuvat odotukset näyttävät aineistossa ristiriitaisina. Ulkoistamista koskevat sopimukset ovat lyhyitä ja tilannetta pidetäänkin väliaikaise-

na, joskin paluu vanhaan malliin nähdään epätodennäköisenä. Koko maan mittakaavassa terveystalouden ulkoistamisen uskotaan lisääntyvän, vaikka haastateltavat eivät pitäneetkään ulkoistamista parhaana mahdollisena palvelujen tuottamistapana.

Kokemukset ulkoistetusta perusterveydenhuollosta ovat pääosin myönteisiä, koska tilanteet kunnissa ovat olleet erittäin vaikeita lääkäriä jouduttua. Perusterveydenhuollossa ulkoistamisen hyötyinä on nähty asiakastytyvyyden kasvu, kustannussäästöt ja palveluiden laadun kasvu. Työntekijät arvostavat mahdollisuutta vaikuttaa oman työn järjestelyihin ja työn sisältöön. Vaikkakin tutkituilla suomalaisilla ulkoistetuilla terveysasemilla työnantajan vaihtuminen kunnallisesta yksityiseen koettiin enemmänkin myönteisenä kuin kielteisenä asiana, ulkoistamisen myötä esimerkiksi kysymys siitä, kenellä on vastuu työntekijöiden hyvinvoinnista ja työtiloista saattaa muuttua epäselväksi.

Terveysasemilla työskennellään eräänlaisessa välitilassa; vielä ei tiedetä mihin ulkoistamisprosessit johtavat, onko malli pysyvä ja millainen tulee olemaan terveystalouden järjestelmän uusi malli. Tällä hetkellä näyttää kuitenkin siltä, että terveystalouden markkinoinnista jatkuu. Terveystalouden ulkoistamista koskeva sopimus on määräaikainen, mikä voi työntekijän kannalta merkitä sitä, että tulevaisuuden työpaikka ei ole itsessään selvä. Tämä seikka ei näytä häiritsevän haastateltuja työntekijöitä, he ovat luottavaisia sen suhteen, että tulevaisuudessa lääkäreiden ja hoitajien suuren kysynnän vuoksi työtä riittää. Epävarman työelämän ja päätöksenteon työsuhteiden sijaan haastatellut hoitajat ja lääkärit korostivat työn jatkuvuutta, vahvaa kollegiaalista toimijuutta ja terveydenhuollon asiantuntijuuden rajoja. Kollegiaalisuuteen kuuluu samanmielisyyttä ja asiantuntijuuteen rationaalista toimintaa.

Ulkoistettujen terveysasemien työntekijöiden positio on ensisijaisesti rationaalinen terveydenhuollon asiantuntijan. Kerronnassa vallitsee materiaallinen prosessityyppi, jossa työntekijät ovat toimijoita, jotka ajattelevat, tietävät ja havainnoivat rationaalista. Tunteet ovat haastateltujen työntekijöiden puheissa esillä varsin vähän. Lääkäri tai hoitaja ei ole ensisijaisesti affektiivinen, emotionaalinen kokija. Terveydenhuollon ammattilaiset rajasivat affektiivisen kokemuksellisuuden yksilön ja yksityisyyden maailmaan.

Oletus siitä, että terveydenhuolto on edelleen kulttuuriltaan vahvan hierarkkinen ja työnjaoltaan jäykkä, sävyttää haastateltavien puhetta. Ulkoistamisen jälkeinen tilanne kuvattiin työnjaon osalta toisenlaiseksi. Toiminnan suunnitelmallisuuden lisääntynyttä hoitajien välineet ottaa vastuuta potilaiden hoidosta kasvoivat ja hoitajien vastaanotto toiminta laajeni. Hoitajat kokivat työnkuvansa itsenäisemmäksi kuin ennen, ja lääkärit pitivät hyvänä hoitajien tekemää potilasvirran kontrollointia. Työnjaollisten muutosten myötä myös terveydenhuollossa perinteisesti korostuva hoitajien ja lääkäreiden välinen hierarkia on madaltunut. Hoitajien ja lääkäreiden välillä tehdään kuitenkin rajoja ja työntekijäryhmille rakennetaan erilaiset positiot suhteessa koulutukseen. Hoitajat puhuivat koulutukseen pääsystä tavalla, joka kuvaa koulutuksen olevan ensisijaisesti lääkäreille suunnattua. Hoitajien ja lääkäreiden tasavertaisuus ei ole tässä suhteessa yksiselitteistä, vaan sen suhteen tehtiin rajoituksia.

Kuntien johtavat viranhaltijat esittivät ulkoistamisen syiksi lääkäriä jouduttua, lainsäädännön pakottavuuden sekä 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetun politiikan. Viranhaltijat eivät tuoneet selkeästi esille sitä tahoja, joka on terveystalouden ulkoistamisesta vastuussa, eivätkä esittäneet ulkoistamiselle vaihtoehtoisia toimintatapoja. He perustelivat kuntien terveystalouden ulkoistamista tukeutumalla kolmeen kielelliseen vaikuttamiskeinoon: faktuaalistamisstrategiaan, responsiivisuusstrategiaan ja reaktiivisuusstrategiaan. Viran-

haltijoiden puhe luonnollistaa asioita ja abstrahoi toimijoita, jolloin vaihtoehtojen pohdinta ei ole tarpeellista. Vaihtoehtojen esittämättä jättäminen osoittaa, että valtiovallan ohjausta toteuttavassa viranhaltijoiden puheessa on luonnollistunut tapa jättää eksplikoimatta, miksi ”oikeasti” toimitaan niin kuin toimitaan.

Terveydenhuoltohenkilöstö ja kuntien johtavat viranhaltijat esittivät myös perusterveydenhuollon tulevaisuutta koskevia näkemyksiä. He toivat esille, että terveydenhuollon yksityistämiseksi ja kilpailuttamiseksi etsitään vaihtoehtoja. Haastateltavat pitivät osuus-toimintamuotoisia terveyskeskuksia yhtenä vaihtoehtona markkinoistumista korostavalle nykytrendille. Myös sairaanhoitajien toimenkuvan laajentamista esitettiin yhdeksi ratkaisuksi lääkärivajeen poistamiseksi. Yksi viranhaltija korosti, että perusterveydenhuollon asemaa suhteessa erikoissairaanhoidon tulisi kasvattaa. Toinen viranhaltija toi puolestaan esille, että perusterveydenhuolto ja osia erikoissairaanhoidosta tulisi yhdistää uuden terveydenhuoltolain mukaisesti.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta (PARAS -hanke) arvioitiin myös ja todettiin, että etuja voidaan kyllä saavuttaa terveyskeskusten väestöpohjaa ja kuntakokoa kasvattamalla, mutta suuruuden ekonomia ei ratkaise perusterveydenhuollon ongelmia. Jotkut haastatelluista viranhaltijoista toivat selkeäsi esille, että kunta- ja palvelurakennemuutos on puhtaasti poliittinen hanke, eikä sille ole asetettu samoja laatukriteereitä kuin palvelujen järjestämiselle ja tuottamiselle on asetettu. Kaiken kaikkiaan yhtä tulevaisuuden linjaa ei ole aineistosta löydettävissä. Yksimielisiä oltiin vain siitä, että perusterveydenhuolto tulisi järjestää uudella tavalla. Nykyinen kehitys ei voi jatkua, vaan uusia ratkaisuja on etsittävä.

Terveydenhuollon nykytrendiin kuuluvat yksityissektorin kasvu julkisen sektorin kustannuksella, palveluiden keskittyminen ja kansainvälistyminen. Suomen perusterveydenhuollon ulkoistaminen voidaan nähdä myös osana laajaa ylikansallista hyvinvointipalveluiden instituutioiden ja organisaatioiden markkinavaltaitumista. Suomessa kehitys on osin kytkeytynyt Euroopan unionin ja Euroopan yhteisön sääntelyyn. Perusterveydenhuollossa tämä näkyy siten, että EY:n kilpailulainsäädännön mukaisesti kunnat ovat velvoitettuja kilpailuttamaan hankkimansa palvelut. Myös kansallisessa lainsäädännön kehittämisessä on otettu huomioon terveydenhuollon markkinoistuminen.

Markkinaehtoistamisella haetaan ratkaisua palvelujärjestelmän toiminnan tehostamiseksi. Se ei kuitenkaan ole välttämättä mielekäs keino alentaa terveydenhuollon kustannuksia. Kilpailun aikaansaamiseksi tarvittaisiin useita palveluntuottajia, mutta tämä ei aina ole mahdollista. Silloin kun kunta päättää ulkoistaa terveyspalvelun ja etsii yksityistä palveluntuottajaa, kilpailevia vaihtoehtoja ei ole monta. Tämä merkitsee sitä, että kilpailutus on näennäistä ja käytännössä palveluntuottajan valinta tehdään muutaman yrityksen välillä. Terveysasemien ulkoistamisella nähdään kuitenkin olevan useita myönteisiä vaikutuksia: on voitu purkaa jonoja ja vastata ajoissa potilaiden hoidon tarpeeseen, työntekijöiden tyytyväisyys työhön ja autonomia ovat kasvaneet. Avoimeksi kysymykseksi jää, miten perusterveydenhuollon markkinalähtöisyys vaikuttaa terveyspalveluiden kokonaisuuteen ja kuntiin, joissa palveluita tuotetaan. Käykö esimerkiksi niin, että kunnan ja yksityisen välinen kuilu syvenee entisestään paikkakunnilla, joissa terveyspalveluja on ulkoistettu, vai saadaanko kunnat oppimaan yksityisen tuottajan hyviksi todetut toimintatavat.

SISÄLLYSLUETTELO

Alkusanat	8
1. Johdanto.....	9
1.1 Tavoite ja tutkimustehtävät.....	12
1.2 Aineisto ja menetelmät	15
2. Perusterveydenhuollon ulkoistaminen – lääke terveyskeskusjärjestelmän ja oire niistä.....	25
2.1 Ulkoistaminen lääkkeenä.....	25
2.2 Ulkoistaminen oireena.....	30
3. Työnjaon muutos ja hierarkian madaltuminen	34
3.1 Työn uudelleen jakoa	36
3.2 Hierarkian kieltäminen	38
3.3 Rajattu yhteisyys	40
3.4 Hierarkisuus ja muutos	41
4. Terveydenhuollon työntekijöiden kerronta ja positiot	43
4.1 Prosessityypit ja kerronnallinen ympäristö.....	43
4.2 Terveydenhuollon asiantuntijoiden positiot.....	45
4.3 Terveydenhuollon asiantuntijuus ja kollegiaalisuus	51
5. Viranhaltijoiden argumentit	53
5.1 Terveydenhuollon ulkoistaminen – luonnollinen seuraus vai tietoinen valinta.....	54
5.2 Viranhaltijoiden ulkoistamisen oikeuttavat strategiat	60
6. Perusterveydenhuollon tulevaisuus	62
6.1 Hoitajien ja lääkäreiden tulevaisuuden visioita	63
6.2 Viranhaltijoiden näkemyksiä perusterveydenhuollon tulevaisuudesta.....	66
7. Yhteenveto.....	71
8. Pohdinta.....	76
Lähteet:.....	79
Liitteet	86

Alkusanat

Yksityinen palveluntuotanto on lisääntynyt selvästi sosiaali- ja terveydenhuoltosektorilla viime vuosina. Tämä näkyy myös kuntien perusterveydenhuollossa. Tässä raportissa pohditaan, mitä ulkoistaminen merkitsee niille työntekijöille, jotka työskentelevät ulkoistetuilla terveysasemilla. Nyt raportoitavassa tutkimuksessa analysoidaan, millaiseksi terveydenhuollon ammattilaiset kokevat oman asemansa ja työnsä yksityisen työnantajan palveluksessa. Samalla tuodaan esille kuntien johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä terveydenhuollon ulkoistamisprosesseista. Työntekijöiden ja kuntien viranhaltijoiden näkemyksiä lähestytään sisällönanalyttisin, narratiivisin ja argumentaatioanalyttisin välinein.

Tutkimushanke *Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit* oli Työsuojelurahaston rahoittama. Se toteutettiin 1.2.2008 – 31.12.2009 välisenä aikana. Hankkeen toteuttajana toimi Tampereen yliopiston sosiaalitutkimuksen laitos. Tutkimusryhmään kuuluivat vastuullinen tutkija YTT Tiina Tiilikka ja YTT tutkija Hannele Palukka. Tutkimusavustajana hankkeessa toimi YTM Helena Tolkki, joka teki sosiologian pro gradu -tutkielmansa hankkeen puitteissa. Projektin loppuvaiheessa mukana oli tutkimusavustaja YTM Tiina Saari, joka vastasi loppuraportin editoinnista ja raportin ulkoasun suunnittelusta.

Kiitämme lämpimästi tutkimukseen osallistuneita hoitajia, lääkäreitä ja kuntien viranhaltijoita heidän esittämistään kiinnostavista näkemyksistä terveydenhuollon ulkoistamisesta. Kiitokset myös Työsuojelurahastolle, Tampereen yliopiston sosiaalitutkimuksen laitokselle sekä terveydenhuoltoalan yritykselle, jotka mahdollistivat hankkeen toteuttamisen.

Tampereella 30.11.2009 Tiina Tiilikka, Hannele Palukka ja Helena Tolkki

1. Johdanto

Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana Suomen hyvinvointipalvelujen järjestämisessä, rakenteessa ja rahoittamisessa on tapahtunut suuria muutoksia. Pyrkimyksenä on ollut vähentää valtion puuttumista talouteen ja yhteiskuntaan, tehdä tilaa markkinasuhteille, pysäyttää julkisen sektorin kasvu ja tehostaa sen toimintaa (Julkunen 2001, 97; 2004, 178). Uudistuksilla on yhtäältä rajoitettu resurssien käyttöä ja toisaalta kohennettu palvelujen ja hallinnon laatua, responsiivisuutta ja tuloksellisuutta (Syrjänen 1996, 22; Koskiahho ym. 1999). Valtion ja markkinoiden välistä rajaa on siirretty, julkisia toimintoja yksityistetty, yhtiöitetty, liikelaitostettu, ulkoistettu ja kilpailutettu. Periaatteeksi on muodostunut, että julkisten organisaatioiden pitää kyetä oikeuttamaan julkinen rahoitusensa aikaansaannoksiaan osoittamalla.

Tapahtunutta muutosta voi kuvata siirtymällä suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen (Alasuutari 1996). Suomesta on tullut kilpailukyky-yhteiskunta, jossa julkishallintoa on alettu entistä enemmän johtaa kuin liikelaitosta (Heiskala & Luhtakallio 2006, 7). Kilpailutalouteen ja sen mukaiseen lainsäädäntöön soveltuvat käytännöt ovat muuttuneet osaksi arkipäivää valtionhallinnossa ja sen myötä levinneet yhä enenevässä määrin myös osaksi kuntien toimintaa (Alasuutari 2006, 50). Kuntien oman palvelutuotannon rinnalle on noussut muun muassa yksityistä, kuntien valvontavastuulla olevaa toimintaa. Tämä kehityslinja koskee yhä enenevässä määrin esimerkiksi terveystaloustaloutta.

Hyvinvointivaltio ja hyvinvointikunta¹ nauttivat kuitenkin kansalaisten laajaa luottamusta (ks. Harisalo & Miettinen 2004, 68). On todettu, että hyvinvointivaltio on käytännössä peruuttamaton, koska modernit yhteiskunnat tarvitsevat toimiakseen sosiaaliturvaa, koulutusta ja terveystaloutta. Keskusteluja käydäänkin siitä, pitääkö hyvinvointipalvelujen olla julkisesti rahoitettuja, organisoituja ja tuotettuja. (Karila 1998, 56.)

Kuten edellä esitetystä käy ilmi, hyvinvointipalveluita tuottavien toimijoiden kenttä on laajentunut ja muotoutunut uudelleen. Samalla myös valtio on siirtänyt hyvinvointivastuu-

¹ Teppo Kröger (1997) on väitöskirjassaan käyttänyt käsitettä hyvinvointikunta, jolla hän viittaa laajoja hyvinvointipalveluja tuottavaan kunnallishallintoon. Hyvinvointipalveluiden tuottaminen kunnissa lähti Krögerin mukaan laajenemaan 1970 – ja 1980 – luvuilla, jolloin valtio ohjasi vahvasti hyvinvointipalveluiden rakentamista. 1990 – luvulla hyvinvointikunnan käsite toi vahvemmin esiin paikallista erityisyyttä ja erilaisuutta, vaikkakin universaalit hyvinvoinnin tavoitteet ja päämäärät vaikuttivat taustalla.

ta kunnille. Myös yritykset, järjestöt ja yksittäiset kansalaiset ottavat osaa hyvinvointipalveluiden tuottamiseen julkisen sektorin rinnalla. Hyvinvointipalveluiden tuottajien erilaisista lähtökohdista ja intresseistä seuraa väistämättä erilaisia toimintakäytäntöjä. (Ranta-Tyrkkö & Ropo 2003, 9-10.)

Hyvinvointipalveluiden tuottamisen ja käytön kentällä vallitsevat erilaiset, jopa toisilleen ristiriitaiset intressit ja toimintakäytännöt asettavat erityisiä vaatimuksia niin palvelujärjestelmien, organisaatioiden, ryhmien kuin yksittäisten toimijoidenkin yhteistyölle. Hyvinvointivastuun toteutumisen kannalta tämä merkitsee sitä, että kunnat ja yksityiset palvelun tuottajat tulevat kilpailemaan ammattitaitoisesta terveydenhuollon työvoimasta. Myös terveydenhuollon ammattilaiset joutuvat yhä enenevässä määrin osoittamaan kilpailukykyä sekä suhteessa asiakkaisiin että kunnan päättäjiin.

Käsillä olevan tutkimuksen tehtävänä on tarkastella kilpailullisten toimintatapojen toteutumista perusterveydenhuollossa työntekijöiden ja kunnan johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimushankeen kysymyksenasettelu sai alkunsa vuonna 2006 toteutetusta terveydenhuollon vuokratyötä koskevasta Työsuojelurahaston rahoittamasta tutkimuksesta, jossa selvitettiin vuokratyön rakenteellisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia sekä työnhallintaan liittyviä asioita (Palukka & Tiilikka 2007).

Vuokratyötä koskevan tutkimuksen tulokset osoittivat, että terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat varsin myönteisesti tekemäänsä vuokratyöhön yksityisen palveluntuottajan palveluksessa. He esittivät tärkeimmäksi työsuhteen valintansa syiksi rahan ja työn joustavuuden. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että terveydenhuollon vuokratyöntekijälle yksilöllinen valinnanvapaus on erityisen tärkeää. Heille ei ole niinkään tärkeää vakinaiseen työsuhteeseen sitoutuminen, vaan se, että työaikoja ja osin myös työpaikkoja on mahdollista sopia työnantajan kanssa joustavasti niin, että työntekijän yksilöllinen elämäntilanne otetaan huomioon. Tämä ei ole yleensä mahdollista vakituudessa virkasuhteessa. (Palukka & Tiilikka 2007; 2008.) Tutkittavista työntekijöistä erityisesti lääkärit eivät liitä vuokratyötä koskeviin vastauksiin uraan tai tulevaisuuteen liittyviä pohdintoja. He ovat tässä hetkessä toimivia, pitkäaikaisista sitoumuksista riippumattomia työntekijöitä. Vuokralääkärit ovat sekä työmarkkina-asemaltaan että professionaaliselta asemaltaan vahva työntekijäryhmä, joille vuokratyöntekijänä toimiminen on vapaaehtoisesti valittu työsuhdemuoto. (Tolkki 2007, 24.)

Tutkimus toi myös esille, että terveydenhuollon vuokratyöntekijät tuottavat polarisaatioasetelman kuntatyönantajan ja yksityisen työnantajan välille. Kuntatyönantaja nähtiin byrokraattisena, vanhanaikaisena ja jäykkänä organisaationa, joka ei tue työntekijän ammatillista kehittymistä eikä työssä jaksamista. Yksityinen työnantaja sitä vastoin mahdollisti työntekijän itsenäisyyden ja vapauden. Työntekijät toivat esille, kuinka he kokevat työn palkitsevana ja haasteellisena yksityisen työnantajan palveluksessa. Toisaalta työtä yksityisen työnantajan palveluksessa pidettiin tilapäisenä tai osa-aikaisena ja työntekijän tämänhetkiseen elämäntilanteeseen sopivana välivaiheena työuralla. (Tiilikka 2007.)

Terveydenhuollon vuokratyötä koskevan tutkimuksen tulokset herättivät kysymyksen, perustuvatko myönteiset arviot ensisijaisesti siihen, että työntekijät ovat yksityisen työnantajan palveluksessa. Kyse saattoi olla myös siitä, että terveydenhuollon vuokratyöläiset eivät halua sosiaalistua ja sitoutua yhteen organisaatioon, vaan mieluummin liikkuvat työpaikasta toiseen. He ovat nuoria; yli puolet heistä on alle 30-vuotiaita, mikä osin selittää vuokratyöntekijöiden tapaa jäsentää työnsä merkityksiä. Toisaalta juuri ikä herättää kysymyksen, ovatko terveydenhuollon vuokratyöntekijät uuden työkuulttuurin edustajia, joille urautumisen välttäminen, uuden oppiminen ja monipolvisen uran luominen ovat erityisen tärkeitä, jopa itsestään selviä (vrt. Sennett 2002, 44).

Vuokratyötä koskevan tutkimuksen tulosten herättämän kysymyksen edelleen selvittäminen katsottiin erityisen tärkeäksi tilanteessa, jossa yhteiskunnan valtajärjestelmät muuttuvat ja jossa julkinen palvelujärjestelmä on murtumassa. Erityisen kiinnostavana nähtiin se, miten yksityinen palveluntuottaja eroaa kunnasta työnantajana.

Raportti etenee siten, että aluksi esitellään tutkimustehtävät, aineisto ja menetelmät. Analyysin tasot ja analyttiset luennat ovat erilaisia raportin eri luvuissa ja niitä kuvataan tarkemmin kussakin sisältöluvussa. Ensimmäisessä sisältöluvussa kuvataan perusterveydenhuollon ulkoistamista lääkkeenä terveyskeskusjärjestelmän ongelmiin ja oireena niistä. Luku perustuu Helena Tolkin (2008) sosiologian pro gradu tutkielmaan. Tämän jälkeen siirrytään kuvaamaan terveysasemilla ulkoistamisen myötä tapahtunutta työnjaon muutosta ja hierarkian madaltumista. Luku on laadittu kansallisen ja kansainvälisen tieteellisten konferenssiesitelmien pohjalta (Tiilikka & Tolkki 2008; 2009). Neljännessä luvussa tarkastellaan terveydenhuollon työntekijöiden kerrontaa asiantuntijan position tuottamisen näkökulmasta (Tiilikka 2009). Viides luku käsittelee kunnan viranhaltijoiden

terveysasemien ulkoistamista koskevia argumentteja. Luku perustuu kansainväliseen tieteelliseen konferenssiesitelmään (Palukka 2009). Raportin viimeinen sisältöluke käsittelee perusterveydenhuollon tulevaisuuden näkymiä. Tämä luku, kuten myös johdanto, aineiston esittely, yhteenveto ja pohdinta, on laadittu projektin tutkijoiden yhteistyönä.

1.1 Tavoite ja tutkimustehtävät

Terveyspalvelut eivät ole selkeästi joko yksityisen tai julkisen sektorin toteuttamia, vaan yksityinen ja julkinen kietoutuvat monin tavoin yhteen. Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on edelleen julkisella sektorilla, mutta samalla yksityinen palveluntuotanto on viime aikoina selvästi lisääntynyt (Kovalainen 2004, 188). Tästä esimerkkinä on terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien hankkiminen yrityksiltä. Kokonaisulkoistuksiin on päädytty erityisesti terveyskeskuspalveluiden heikon saatavuuden vuoksi. Suomen Lääkäriliiton vuoden 2008 terveyskeskusten lääkäritilannetta kartoittavan selvityksen mukaan 11 prosenttia koko maan terveyskeskusten noin 3 700 lääkäriinvirasta ja -toimesta oli lokakuussa 2008 hoitamatta ja 7 prosenttia hoidettiin ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta joko vuokratyönä tai ulkoistamalla kokonaisia terveysasemia. (Suomen Lääkäriliitto 2009). Yhä useammalla suomalaisella terveysasemalla työskenteleekin nykyään yksityisen palkkaamia vuokralääkäreitä erityisesti päivystystyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla vuokratyövoiman käyttö on kasvava ilmiö, joka on tullut jäädäkseen (Back 2004).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta noin neljäsosa tapahtuu julkisen sektorin ulkopuolella (Kovalainen 2004, 196). Terveysasemien ulkoistaminen on yksi esimerkki muutoksesta, jossa markkinavaltaistuminen on ottanut tilaa terveydenhuollon kentällä. Suomessa on useita kuntia, joissa kokonaisten terveysasemien työ on ulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle (Tuusa 2007, 17). Terveydenhuollossa kilpailu ei tarkoita pelkästään palveluiden kilpailuttamista tai yksityistämistä. Kyse on myös terveystuloksista kilpailemisesta, jolloin tavoitteena ovat laadukkaat palvelut. (Sitra 2008.) Toisaalta terveyspalvelujen arvioidaan ajautuneen tilanteeseen, jossa markkinointumista ja kilpailua edistetään lähinnä palveluiden "tehostamisen" nimissä. Terveyspalveluiden markkinointumista edistetään asiakkaan valintaa korostavilla mekanismeilla, kuten palveluseteleillä,

ja palveluiden ulkoistamisella. Markkinoistuminen ei ole sama asia kuin yksityistäminen, sillä myös julkiset ja julkisrahoitteiset palvelu voivat markkinoistua. (Koivusalo 2009, 107-108.)

Hankkeessa on tutkittu terveysasemia, jotka on ulkoistettu kokonaan yksityiselle palveluntuottajalle. Kokonaisulkoistuksessa terveysasema toimii samoissa kunnan tiloissa kuin aiemminkin, mutta palvelun tuottaja vastaa terveyskeskuksen toimivuudesta hallinnointia myöten. Ulkoistamista pidetään yhtenä tapana edistää terveydenhuollon markkinoistumista ja markkinaehtoistumista (Koivusalo 2009, 108).

Perusterveydenhuollon palvelujen ulkoistamista edeltää palveluntuottajien kilpailutus. Kilpailutuksessa on olemassa kaksi tekijää: raha ja toimintojen varmuus. Kun nämä tekijät liitetään yhteen, tuloksena voi olla laadukkaita perusterveydenhuollon palveluita. Yksityiseltä palveluntuottajalta edellytetään kuitenkin riittäviä resursseja toteuttaa palvelu. Palveluntuottajalla saattaa olla hyvät toimintaperiaatteet, mutta tuotettava palvelukokonaisuus saattaa olla sille liian suuri. (Savilahti 2008, 11.) Kilpailun aikaansaamiseksi tarvitaan useita palveluntuottajia, mutta terveydenhuollon kokonaiskustannusten ja tavoitteiden näkökulmasta tämä on usein ongelmallista ja haja-asutusalueilla usein mahdotonta (Koivusalo 2009, 111). Käytännössä terveysaseman palvelun tuottamista koskevaan kilpailutukseen osallistuu yleensä muutama palveluntuottaja kerrallaan. Pienet yritykset eivät pärjää perusterveyspalvelujen kilpailutuksissa.

Tutkimuksen ensimmäiseksi tavoitteeksi asetettiin tiedon tuottaminen siitä mikä on perusterveydenhuollon kilpailullisten toimintatapojen merkitys terveydenhuollon työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden näkökulmasta. Kilpailullisten toimintatapojen merkitysten ja vaikutusten selvittäminen työyhteisöjen ja yksittäisten työntekijöiden kannalta on tärkeää, jotta kuntien palvelurakenteen uudelleen järjestämisen myötä saavutettaisiin parannuksia toiminnan tuottavuuteen, vaikuttavuuteen ja laatuun. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli tuoda esiin tietoa markkinaehtoisten terveyspalveluiden toteuttamistapojen sosiaalisesta ja kulttuurisesta ulottuvuudesta. Tutkimus ei näin ollen arvioi kilpailuttamisen taloudellisia seurauksia (vrt. Valkama ym. 2008, 14). Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tuottamista koskeva kilpailulainsäädäntö ei myöskään ole tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena (vrt. Kilpailuvirasto 2001, 47-49). Kilpailu ymmärretään tässä

tutkimuksessa yhtenä hyvinvointivaltion yleistyneenä toimintatapana, johon nivoutuu kulttuurinen ulottuvuus.

Tutkimuksen tavoitteet kiteytettiin kolmeksi kysymykseksi:

1. Miten terveydenhuollon työntekijät ja johtavat viranhaltijat jäsentävät perusterveyspalveluiden tuottamisessa tapahtunutta muutosta?
2. Miten kilpailullisista toimintatavoista kerrotaan ja miten niitä perustellaan?
3. Millaiseksi työntekijät kokevat oman asemansa ja työnsä yksityisen työnantajan palveluksessa?

Tutkimuksen taustalla on ajatus siitä, että markkinaehtoisuudella on merkitystä terveydenhuollon ammattien ja toimintaa ohjaavien arvojen kannalta. Terveydenhuollon muutosprosessin tarkastelun kehyksenä on sosiologinen kulttuuritutkimuksellinen lähestymistapa (Alasuutari 1994, Barker 2000, 7). Tämä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että käsitteitä ja kokemuksia yksityisen palvelun tuottajan toteuttamista perusterveydenhoitopalveluista tarkastellaan yhteistoiminnallisen toteutumisen näkökulmasta, sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuneena todellisuutena. Tutkimuksen keskiössä on diskursiivinen ja narratiivinen kollektiivinen todellisuus, joka on yhteydessä käytäntöihin. Eri subjektien esittämät kokemukset ja yhteiset käytännöt ovat toisistaan erottamattomat (Rabinow 1984, 253; Hautamäki 2002, 29).

Kokemuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, miten perusterveydenhuollon ulkoistamista ja sen seurauksia kuvataan diskursiivisella tasolla. Kerronta kokemuksista ei ole yksi yhteen kuvauksia tapahtumien kulusta, vaan ne ovat kertojan tuottamia rakenteita (Hänninen 1999, 94).

Kokemuksella ei näin ollen tarkoiteta yksilöiden sisäisiä mielenliikkeitä tai totuuksia siitä, mitä kokemukset ulkoistamisesta kertovat psykologisesta tai kognitiivisesta näkökulmasta tarkasteltuina. Kerrotut kokemukset terveyspalveluiden ulkoistamisesta kuvaavat diskursiivisella tasolla sitä, mitä tapahtui. Kerrotut kokemukset ovat jo haastateltavien tuottamia tulkintoja, joita tutkijat tulkitsevat edelleen. Diskursiivinen ja narratiivinen kokemusten tutkiminen kyseenalaistaa ajatuksen siitä, että kokemuksella olisi tietty historiallinen alkukohta. Samalla kyse on myös subjektien kokemuksista, jotka ovat luonteeltaan sekä kollektiivisia että yksilöllisiä. Kokemusten tulkinta tapahtuu tiettyssä historiallisessa tilan-

teessa ja sosiaalisissa suhteissa. (Scott 1998, 66-69, Saarinen 2005, 56-57, Salmi-Niklander 2006, 205.)

1.2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla terveydenhuollon työntekijöitä ja johtavia viranhaltijoita maaliskesäkuussa 2008 kolmessa Etelä-Suomen kunnassa, joissa kussakin oli ulkoistettu yksi terveysasema yksityiselle palveluntuottajalle. Haastateltavat työntekijät valittiin yksityisen palveluntuottajan palveluksessa olleista terveydenhuollon ammattilaisista, lääkäreistä ja hoitajista. Aineisto käsittää yhteensä seitsemän ryhmähaastattelua, joissa oli mukana kaikkiaan yhdeksän lääkäriä ja kymmenen hoitajaa. Työntekijöiden lisäksi haastateltiin viittä kuntien sosiaali- ja terveystoimen johtavaa viranhaltijaa, jotka ovat olleet päättämässä terveydenhuoltopalveluiden tilaamisesta yksityisiltä palveluntuottajilta. Viranhaltijoiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina.

Haastatteluteemat koostuivat seuraavista aihealueista:

1. Kilpailullisille toimintatavoille asetetut tavoitteet ja vastuut
2. Kunnan tuottaman perusterveydenhoitopalvelujen arviointi
3. Kokemukset yksityisen palveluntuottajan toteuttamista perusterveydenhoitopalveluista
4. Kunnan ja yksityisen palveluntuottajan kilpailukykyisyys
5. Arviot tulevaisuuden kehityslinjoista ja kilpailullisten toimintatapojen merkityksestä.

Haastattelujen toteuttamisessa huomioitiin tarkasti tutkimuseettiset näkökohdat (Kuula 2006, 106-112). Käytännössä tämä toteutettiin siten, että ennen haastattelun alkua haastattelija esitteli haastateltaville tutkimushanketta ja kertoi haastattelun luonteesta ja tutkimuksen eettisistä kysymyksistä. Lisäksi haastateltavat lukivat ja allekirjoittivat tutkimussuostumuksen ennen kuin varsinainen haastattelu ja sen nauhoitus alkoivat.

Haastattelut etenivät pitkälti haastateltavien ohjaamina. Haastattelija esitti tarkentavia kysymyksiä ja varmisti, että kaikkia teemoja käsiteltiin ainakin jossain muodossa. Vaikka haastattelut perustuivat ennalta määritellyyn strukturoituun muotoon, ne muodostuivat pikemminkin keskusteluiksi. Tämä näkyi erityisen selvästi ryhmähaastatteluissa. Haas-

tattelijat pyrki tietoisesti saattamaan haastateltavat keskustelemaan keskenään. Haastattelija tarjoi tutkimuksen kohteena olevia teemoja osallistujien keskusteltaviksi ja kommentoitaviksi. (Valtonen 2005, 223-224.) Ryhmän sisäinen vuorovaikutus toi esiin teemoja, joita haastattelijat eivät olisi osanneet ottaa etukäteen huomioon.

Haastattelukysymyksiä ei välttämättä esitetty ennalta suunnitellussa järjestyksessä, vaan haastattelija eteni sen mukaan, kuinka aihealueet haastateltavien puheessa ilmenivät. Niistä aihealueista, joista haastateltavilla oli paljon kerrottavaa, puhuttiin luonnollisesti pidempään kuin niistä, jotka eivät tuottaneet paljon keskustelua. Haastattelija myös kysyi haastattelun loppupuolella erikseen haastateltavilta, oliko heillä mielessä jotain, mitä he haluaisivat vielä tuoda esiin.

Sekä ryhmä- että yksilöhaastattelurunkoa täydennettiin tutkimuksen kuluessa siten, että ensiksi tehdyissä haastatteluissa esiin tulleet teemat kysyttiin eksplisiittisesti myöhemmin haastatelluilta. Näin ilmiön kartoittaminen eteni myös itse haastatteluprosessin aikana. Lopulliset haastattelurungot ovat liitteinä raportin lopussa.

Kaikki tutkimusryhmän jäsenet osallistuivat haastattelujen tekemiseen ja ne toteutettiin työaikana haastateltavien työpaikoilla. Terveystenhuollon ammattilaisia haastateltiin niillä kolmella terveysasemalla, joilla he työskentelevät. Haastattelutilat olivat joko vastaanottohuoneita tai kokoustiloja. Viranhaltijahaastattelut tehtiin kunnan tai kuntayhtymän tiloissa, haastateltavan työhuoneessa. Haastatteluihin kului aikaa keskimäärin tunti. Lyhyin haastattelu kesti hieman yli neljäkymmentä minuuttia ja pisimmät haastattelut noin tunnin ja kaksikymmentä minuuttia.

Työntekijöiden haastattelut

Terveysasemat, joilla haastatellut terveydenhuollon ammattilaiset työskentelivät, ulkoistettiin vuosina 2006-2007. Terveysasemien työntekijät olivat terveyspalveluja tuottavan yrityksen palveluksessa olevia hoitajia ja lääkäreitä. Osa heistä oli virka- tai toimivapaalla kunnan tai kuntayhtymän palveluksesta ja määräaikaisessa työsuhteessa yksityisen palveluntuottajan kanssa. Osa haastateltavista oli työsuhteessa suoraan yrityksen kanssa. Lääkäreiden osalta tämä johtui ennen kaikkea siitä, että kahdella kolmesta kohdeterveysasemasta virkälääkärit eivät saaneet ulkoistamisvaiheessa virkavapautta, vaan hei-

dän toivottiin siirtyvän alueen muille kunnallisille terveysasemille. Yksityinen palveluntuottaja palkkasi näille terveysasemille uudet lääkärit. Toimenpiteellä pyrittiin parantamaan koko alueen lääkäritilannetta. Ennako-odotuksista poiketen suhteellisen suuri osa lääkäreistä siirtyi kuitenkin yksityisille lääkäriasemille.

Virkalääkäreiden siirtyminen pois terveysasemilta näkyy myös aineistossa. Omakohtaisia kokemuksia samalla terveysasemalla työskentelystä ennen ja jälkeen ulkoistamisen oli lähinnä hoitajilla. Ainoastaan yksi lääkäri oli ollut terveysasemalla yhtäjaksoisesti koko ulkoistamisprosessin ajan. Osa lääkäreistä oli kuitenkin työskennellyt samalla terveysasemalla tai lähialueella aiemmin. Lisäksi kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla oli kokemusta sekä kunnan että yksityisen työnantajan palveluksessa työskentelystä. Ne lääkärit, jotka eivät olleet työskennelleet kyseisellä terveysasemalla kunnan palvelutuotannon aikaan, vertaavat kokemuksiaan yrityksessä työskentelystä jollain toisella kunnallisella terveysasemalla työskentelyyn.

Lääkäreiden ryhmähaastatteluja tehtiin kolme. Haastatteluihin osallistui yhdeksän lääkäriä, kuusi naista ja kolme miestä. Taulukossa 1 esitetään haastateltujen lääkäreiden pseudonyymit, ammattiasema, tutkinto ja työkokemuksen määrä.

Taulukko 1. Lääkärihaastatteluihin osallistuneet ammattiaseman ja työkokemuksen mukaan

Haastateltava	Ammattiasema/tutkinto	Työkokemuksen määrä
<p>Korpelan terveys - asema:</p> <p>Laura</p> <p>Jenni</p> <p>Aino</p> <p>Karita</p>	<p>Apulaisylilääkäri / yleislääketieteen erikoislääkäri</p> <p>Europalvelua suorittava LL</p> <p>Europalvelua suorittava LL</p> <p>Terveyskeskuslääkäri</p>	<p>n. 9 v. kuntayhtymän virassa, n. 1,5 v. Yrityksen palveluksessa terveysasemalla</p> <p>6 v. kaikkiaan, n. 10 kk yrityksellä</p> <p>7 v. pääasiassa sijaisuuksia</p> <p>16 v. kuntayhtymän virassa, n. 1,5 v. Yrityksen palveluksessa terveysasemalla</p>
<p>Metsälän terveys- asema:</p> <p>Paula</p> <p>Taija</p>	<p>Ylilääkäri / yleislääketieteen erikoislääkäri</p> <p>Terveyskeskuslääkäri</p>	<p>n. 18 v. terveysasemilla, n. 1,5 v. yrityksen palveluksessa terveysasemalla</p> <p>n. 5 v. eri terveysasemilla sekä kunnan että Yrityksen palveluksessa</p>
<p>Kankaalan terveys- asema:</p> <p>Reino</p> <p>Kari</p> <p>Timo</p>	<p>Yleislääketieteen erikoislääkäri</p> <p>Ylilääkäri/lääketieteen lisensiaatti</p> <p>Terveyskeskuslääkäri</p>	<p>n. 40 v. kaikkiaan, enimmäkseen perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa 15 v., yli 2 v. yrityksellä</p> <p>7 v., n. 1,5 v. Yrityksellä ko. terveysasemalla</p> <p>30 v. eri maissa</p>

Kuten taulukosta 1. voi havaita, haastateltujen lääkäreiden koulutustaso vaihteli jonkin verran. Osa suoritti haastatteluhetkellä europolvelua,² ja osalla oli yleislääketieteen erikoislääkärin koulutus. Mukana oli myös ylilääkäreitä. Kaikki lääkärit olivat kokeneita ammatinharjoittajia. Haastateltujen lääkäreiden ikä vaihteli noin kolmenkymmenen ja seitsemänkymmenen ikävuoden välillä. Nuorillakin lääkäreillä oli takanaan useamman vuoden työkokemus perusterveydenhuollossa.

Hoitajahaastatteluita tehtiin kaikkiaan viisi. Näistä neljä oli ryhmähaastatteluja. Haastatteluihin osallistui yhteensä 11 hoitajaa, joista yksi lähti kuitenkin pois heti haastattelun alussa. Yhteen haastatteluun osallistui hoitaja, joka ei päässyt ryhmähaastatteluun mukaan. Tämä haastattelu epäonnistui teknisten syiden vuoksi, eikä se ole mukana analysoitavassa aineistossa.

² Perusterveydenhuollon lisäkoulutus, jonka jälkeen lääkäriellä on oikeus harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä. Lisäkoulutus vaaditaan kaikilta sosiaaliturvajärjestelmän piirissä toimivilta lääkäreiltä. (Suomen Lääkäriliitto 2008)

Taulukko 2. Hoitajahaastatteluihin osallistuneet ammattiaseman ja työkokemuksen mukaan

Haastateltava	Ammattiasema/tutkinto	Työkokemuksen määrä
Korpelan tk / päivystys:		
Noora	Sairaanhoitaja	5 v. terveysaseman päivystyksessä, 4 v. vuodeosastoilla
Kaisa	Apuhoitaja, tekee sairaanhoitajan sijaisuutta	24 v. terveysasemalla
Korpelan tk / vastaanotto:		
Elina	Sairaanhoitaja	6 v. terveysasemilla, aiemmin 20 vuotta sairaalassa
Jaana	Sairaanhoitaja	3 v. terveysasemalla avopuolella, aiemmin mm. 13 v. vuodeosastolla
Marjaana	Sairaanhoitaja	3v. terveysasemalla, aiemmin 15 v. mm. sairaalassa
Metsälän terveysasema:		
Kirsi	Sairaanhoitaja	2 v. terveysasemalla, aiemmin mm. 4 v. vuodeosastolla
Tellervo	Sairaanhoitaja	terveysasemalla 4 v. kaikkiaan 7 v.
Mirja	Osastonhoitaja/sairaanhoitaja	osastonhoitajana 18 v. kaikkiaan 23 v. työkokemusta sairaanhoitajana
Kankaalan terveysasema:		
Nelly	Sairaanhoitaja	5 v. terveysasemilla, lisäksi sijaisuuksia sairaaloissa
Sanna	Sairaanhoitaja	yhteensä 25 v. terveysasemalla ja sairaalassa

Taulukosta 2. ilmenee, että kaikki tutkimusta varten haastatellut hoitajat olivat erittäin kokeneita terveydenhuollon ammattilaisia. Iältään he olivat noin 30-50 -vuotiaita. He olivat kaikki myös työskennelleet terveysasemalla yhtämittaisesti koko ulkoistamisprosessin ajan.

sin ajan. Hoitajilla oli lääkäreistä poiketen varsin samankaltaiset koulutustaustat ja he kaikki työskentelevät sairaanhoitajan tehtävässä. Heistä yksi hoiti sairaanhoitajan työn lisäksi osastonhoitajan tehtäviä.

Hoitajille ja lääkäreille esitettiin samat ryhmähaastattelukysymykset (ks. liite 1). Kysymykset oli jaettu neljään aihealueeseen. Aluksi haastateltavia pyydettiin esittelemään itsensä ja kertomaan työkokemuksestaan. Toinen aihealue koski kuntaa ja yksityistä palveluntuottajaa. Kolmanneksi keskusteltiin hoitajien ja lääkäreiden työn sisällöistä. Neljäs aihealue käsitteli suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja sen tulevaisuutta.

Viranhaltijahaastattelut

Haastatellut viranhaltijat toimivat johtavissa tehtävissä ja heillä oli kokemusta kunnan perusterveydenhuollon ulkoistamisprosessista. Viranhaltijahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja niitä tehtiin yhteensä viisi. Virka-asemaltaan haastateltavat olivat kunnan terveystoimessa, perusturvassa, yleishallinnossa tai kuntayhtymän palveluksessa työskenteleviä johtajia ja asiantuntijoita. Kaikilla haastateltavilla oli pitkä, vähintään kahdeksan vuoden kokemus kunnan johtavana viranhaltijana toimimisesta. Heistä ei esitetä samanlaista kokoavaa taulukkoa kuin hoitajista ja lääkäreitä, koska ammattinimikkeiden, koulutuksen ja työkokemuksen rinnakkainen esittäminen saattaisi vaarantaa heidän anonymiteettinsä.

Kunnan viranhaltijoiden yksilöhaastatteluissa oli hoitaja- ja lääkärihaastatteluiden tapaan neljä aihealuetta (ks. liite 2). Ensin haastateltavia pyydettiin esittelemään itsensä ja kertomaan työkokemuksestaan. Toiseksi kysyttiin haastateltavien tietoja, kokemuksia ja käsityksiä terveysaseman ulkoistamisprosessista. Kolmas aihealue käsitteli ulkoistettujen terveyspalveluiden toteutumista kunnassa. Lopuksi keskusteltiin suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä ja sen tulevaisuudesta.

Viiden viranhaltijahaastattelun lisäksi tehtiin yksi asiantuntijahaastattelu. Lahden kaupungin hallintoylilääkäri Risto Savilahtea haastateltiin syksyllä 2008. Haastattelun avulla haluttiin tarkentaa ja syventää viranhaltijahaastatteluissa esiin tullutta tietoa. Näin menetteliin, koska haluttiin varmistaa viranhaltijahaastatteluiden relevanssi ja riittävyys suh-

teutettuna hankkeen kysymyksenasetteluun. Asiantuntijahaastattelun kysymykset olivat samansuuntaiset viranhaltijahaastatteluiden kysymysten kanssa (ks. liite 3). Asiantuntijahaastattelua käytettiin yhtenä lähteenä ja tähän pyydettiin lupa haastateltavalta.

Haastatteluaineiston mahdollisuudet ja rajoitukset

Aineisto on suhteellisen pieni ja se on kerätty suppealta maantieteelliseltä alueelta. Tästä huolimatta se on toimiva väline terveyskeskusjärjestelmään kohdistuvien paineiden pohdinnassa. Kokonaisten terveysasemien ulkoistaminen on vielä uutta Suomessa, joten kolme terveysasemaa edustaa näkyvää osaa kaikista ulkoistetuista terveysasemista. Sisällöllisesti aineisto on kattava. Aineistossa näkyy selkeää saturaatiota. Terveystyöhuollon työntekijöiden haastatteluihin perustuvat teemat ovat esillä kaikissa hoitaja- ja lääkärihaastatteluissa. Kaikki vivahde-erot eivät ilmene samassa muodossa, mutta päälinjat ovat yhtenäiset.

Viranhaltijahaastatteluiden ja työntekijähaastatteluiden tarkasteleminen yhdessä antaa monipuolisen kuvan ulkoistamisesta. Tiivistetysti voi sanoa, että tutkimuksessa perusterveyden ulkoistamisesta ja sen vaikutuksesta perusterveydenhuollon toimintaan on kysytty sen parhailta asiantuntijoilta. Haastateltavia ja heidän työkokemustaan kuvaavat taulukot 1 ja 2 kertovat siitä, että haastatteluihin osallistuvilla hoitajilla ja lääkäreillä on takanaan merkittävä työkokemus, jonka perusteella he arvioivat kunnan ja yksityisen palveluntuottajan toimintaa. Myös viranhaltijoilla on pitkä kokemus kunnan johtotehtävistä.

Aineisto voisi olla parempi haastateltavien suhteen siinä (hypoteettisessa) tapauksessa, että haastateltujen työsuhteet olisivat olleet pidempiä. Eräällä terveysasemalla ei esimerkiksi työskennellyt enää yhtään sellaista lääkäriä, joka olisi ollut mukana palvelun ulkoistamisesta lähtien. Kaikki terveysaseman lääkärit olivat siis vaihtuneet sinä aikana, kun yksityinen palveluntuottaja on toiminut terveysasemalla. Myös viranhaltijat ovat vaihtuneet ulkoistamisen jälkeen. Useat ulkoistamisprosessissa keskeisesti toimineet viranhaltijat olivat haastatteluhetkellä siirtyneet muiden organisaatioiden palvelukseen.

Ehkä selkein aineiston heikkous on se, että se on koottu vain yhden yrityksen terveysasemilta. Palveluntuottaja on organisaationa jätetty tutkimuksen ulkopuolelle yhteistyö-

kumppanin asemaan. Se, että tutkimus on tehty yhteistyössä palveluntuottajan kanssa, on kuitenkin helpottanut aineiston keräämistä. Haastateltujen hoitajien ja lääkäreiden yhteystiedot saatiin palveluntuottajalta. Haastattelujen toteuttamista helpotti myös se, että haastattelut voitiin tehdä työaikana ja työpaikoilla.

Aineiston käsittely

Litterointivaiheessa haastateltavien nimet muutettiin, samoin paikkakuntien ja niiden organisaatioiden nimet, joissa he työskentelevät. Yksityisen palveluntuottajaan viitataan sanalla Yritys isolla alkukirjaimella. Litteroinnissa anonymisoitiin myös haastateltavien tunnistettavuutta merkittävästi lisäävät kohdat, kuten viittaukset omaan asemaan. (Kuula 2006, 106-112.)

Haastattelut litteroitiin kaksivaiheisesti, koska eri tutkijat käyttivät erilaisia analyysimenetelmiä. Tarkat litteraatiot ovat kuitenkin tarpeen muissa hankkeessa sovellettavissa analyysitavoissa. Ensimmäisessä, tarkassa litteroinnissa huomioitiin pitkät tauot, päällekkäispuhunnat, kesken jääneet lauseet sekä muut merkityksellisiltä vaikuttavat eisanalliset viestit seuraavia merkintöjä apuna käyttäen:

- tauko (.)
- kesken jäänyt sana tai lause -
- tutkijan huomioita/täsmennyksiä (())
- sanan voimakas painotus _____
- päällekkäispuhunta []

Ainoastaan huomattavan pitkien, useita sekunteja kestävien taukojen pituus merkittiin. Muutoin tauko merkittiin sulkuihin pisteellä. Kesken jäänyt sana tai lause litteroitiin, jos haastateltava on vaihtanut puheenaihetta kesken lauseen tai jos haastattelija on keskeyttänyt haastateltavan puheen. Kaksoissuluissa oleviin tutkijan tekemiin huomioihin kuuluvat esimerkiksi naurahdukset, hymähdykset, sormien pöytään koputtelut tai se, ettei haastateltavan puheesta saa selvää. Näitä merkintöjä käytetään myös aineistotteissa. ”Joo” tai ”mm” -tyyppiset minimipalautteet merkittiin omiksi puheenvuoroikseen. Aineisto on laajuudeltaan noin 600 sivua. Aineistosta tehtiin myös tiiviimpi versio. Tiivis

aineisto on laajuudeltaan noin 240 sivua. Siitä on jätetty pois minimipalautteet sekä kokonaisia keskustelunpätkiä, jotka eivät liity terveydenhuoltoon.

Aineiston yhtenä analyysimenetelmänä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka perustuu teemoitteluun ja teemojen käsitteellistämiseen (Tolkki 2008, 36). Analyysin toteuttaminen nojautuu osittain Matthew B. Milesin ja A. Michael Hubermanin kolmivaiheiseen sisällönanalyysiin (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115). Toisena aineiston analyysin metodina sovelletaan narratiivista lähestymistapaa. Kertomuksellisista menetelmistä odotusanalyysi (ks. Tannen 1993) ja systeemis-funktionaalinen kielioppi (ks. Halliday 1994) tarjoavat välineitä erityisesti työntekijöiden ammatillisen aseman ja työnjaon analysointiin. Myös kerronnallisen ympäristön huomioiminen on osa analyysia (ks. Gubrium & Holstein 2009, Herman 2009, 37). Viranhaltijoiden haastattelupuhetta analysoidaan argumentaatioanalyysin avulla. (ks. Summa 1989).

Analyysin tasot ja analyttiset luennat ovat erilaisia raportin eri sisältöluvuissa. Koko aineisto on tulkinnan kohteena selkeimmin luvuissa kaksi ja kuusi. Muissa sisältöluvuissa analyysit perustuvat haastatteluaineistoista tietyin kriteerein valikoituihin osiin. Nämä kriteerit selvitetään kussakin sisältöluvussa erikseen. Analyttisiä luentoja yhdistää ajatus siitä, että haastattelupuhe sisältöinä, narratiivisina diskursseina ja argumentteina on yhteydessä terveysasemien työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden kokemaan terveysasemien ulkoistamista ja sen jälkeistä aikaa koskevaan todellisuuteen ja vallitseviin arjen käytäntöihin.

2. Perusterveydenhuollon ulkoistaminen – lääke terveyskeskusjärjestelmän ongelmiin ja oire niistä

Tämä luku perustuu Helena Tolkin (2008) pro gradu -tutkielman tuloksiin. Tutkielmassa ulkoistamista lähestytään terveyskeskusjärjestelmän näkökulmasta. Perusterveydenhuollon ulkoistaminen nähdään terveyskeskusjärjestelmään kohdistuvien muutospaineiden ilmentäjänä kahdesta näkökulmasta. Niistä ensimmäinen lähestyy ulkoistamisen myötä tapahtuneita organisaatiomuutoksia lääkkeenä terveysasemien toimimattomaan tilanteeseen terveysasemien työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen kohteena ovat terveyskeskukset on ulkoistettu, koska kunnallinen terveydenhuolto on kohdannut pääasiassa lääkärivajeen muodossa haasteen, johon se ei ole pystynyt vastaamaan. Työntekijät suhtautuvat ulkoistamiseen ja yksityisen työnantajan palveluksessa työskentelyyn pääasiassa myönteisesti. Terveysaseman käytännöt ovat selkiytyneet. Potilastyö on noussut keskeisempään asemaan kuin kunnallisessa palvelutuotannossa. Työntekijät ovat tyytyväisiä myös työoloihin ja vallitsevaan organisaatiokulttuuriin.

Toinen näkökulma keskittyy ulkoistamiseen oireena perusterveydenhuoltoa vaivaavista laajemmista ongelmista. Se tuo palvelu- ja työprosesseihin uusia, takkuilua aiheuttavia solmukohtia. Tässä osassa on analysoitu sekä terveydenhuollon työntekijöiden että viranhaltijoiden näkemyksiä. Haastateltavat eivät pidä ulkoistamista ihanteellisena palvelutuotantomallina, vaikka sen myötä terveysasemien toimivuus onkin parantunut. Ulkoistaminen on tehty, jotta lääkärivajeen kanssa kamppailevien terveysasemien toiminnan ongelmat saadaan paikattua, mutta se ei ratkaise ongelmia. Molemmat ulottuvuudet kietoutuvat lääkärivajeeseen. Kun perusterveydenhuollon tilannetta tarkastellaan ulkoistamisesta käsin, juuri lääkärivaje on keskeisin järjestelmän tilaa määrittävä tekijä.

2.1 Ulkoistaminen lääkkeenä

Kun ulkoistamista lähestytään tässä tutkimuksessa lääkkeenä, taustalla on ihmetys siitä, miten yksityinen palveluntuottaja saa palkattua tarpeeksi työntekijöitä terveysasemalle, jossa aiemmin vallitsi lääkärivaje. Ulkoistamisen tuomia hyviä puolia tarkastellaan tutkielmassa seitsemän teeman kautta. Teemat ovat: palvelutuotannon rakenne, palvelun

laatu, työsuhte, tehokkuus, johtajuus, työnjako ja hierarkia sekä palkkaus. Työnjakoa ja hierarkiaa käsitellään luvussa neljä.

Palvelutuotannon rakenne

Terveysasemien työntekijät jäsentävät kunnan palvelutuotantoa ja yksityistä palveluntuotantoa osittain ristiriitaisesti. Palvelu on kunnan tuottamana lähtökohtaisesti pitkäjänteistä. Rakenteita muutetaan hitaasti erilaisten kehittämissuunnitelmien ja lakimuutosten seurauksena. Lisäksi kaikilla terveysasemilla oli ennen ulkoistamista käytössä väestövastuujärjestelmä, joka periaatteessa takaa pitkät potilassuhteet. Kunnan pitkäjänteisen palvelun toimivuus edellyttää kuitenkin sitä, että lääkärit ovat pysyviä ja heitä on riittävästi. Pitkäjänteisyyteen perustuva kunnan järjestelmä ei kestänyt lääkärivajetta ja tilanne muuttui kaottiseksi. Ongelmana oli myös väestövastuujärjestelmän sovelluksen joustamattomuus. Kun kukin lääkäri vastasi vain oman alueensa potilaista ne, joilla ei ollut omalääkäriä, jäivät kokonaan ilman vastaanottoaikoja.

Yksityisessä yrityksessä toiminnan lyhytjänteisyyteen vaikuttaa konkreettisimmin kunnan ja palveluntuottajan välisen sopimuksen pituus tai pikemminkin se, että sopimukset ovat lyhyitä, pisimmillään viisivuotisia. Tästä syystä työntekijät ovat huolissaan terveysaseman kehittämisen pitkäjänteisyydestä. Potilastyö nähdään kuitenkin aiempaan verrattuna toimivana: lääkäreiden vaihtuvuudesta huolimatta heitä on riittävästi, mikä takaa vastaanottoaikojen saatavuuden. Vaihtuvuutta on myös pyritty kompensoimaan hoito-ohjelmilla ja kasvattamalla hoitajien roolia kokonaishoitoprosessissa. Potilaiden kontrollikäynnit tapahtuvat hoitajan vastaanotolla ja potilas lähetetään jatkotutkimuksiin lääkärille vain, jos tuloksissa on jotain poikkeavaa. Keskeistä hoitosuunnitelmissa on hoidon muuttuminen tavoitteellisemmaksi.

Palvelun laatu

Vastaanottojen toimivuuden parantumisesta huolimatta lääkäreiden vaihtuvuus nähdään ulkoistetun terveysaseman palvelussa merkittävänä ongelmana. Lääkäritilanne on myös huonontunut hiukan uuden palveluntuottajan lupaavan alun jälkeen. Hoitajista on tullut

terveysasemien pysyvyyttä edustava työntekijäryhmä. Lyhyissä potilassuhteissa usein vaihtuvat lääkärit joutuvat aloittamaan potilaan hoidon suhteen puhtaalta pöydältä ja samat tutkimukset tai ainakin samat kysymykset tehdään potilaalle useampaan kertaan. Ulkoistamisen jälkeen lääkäritilanne on siis parantunut, mutta potilassuhteiden pitkäjänteisyys on hoito-ohjelmista huolimatta samalla kärsinyt.

Työsuhde

Työntekijät ovat varsin erilaisissa työsuhteissa. Hoitajat ovat pääasiassa työ- tai virkavapaalla kunnasta ja määräaikaisessa työsuhteessa yritykseen. Osa hoitajistakin on kuitenkin työsuhteessa suoraan yksityiseen palveluntuottajaan. Lääkärit ovat joko toistaiseksi jatkuvassa tai määräaikaisessa suhteessa yritykseen. Ainoastaan yksi lääkäri on haastatteluhetkellä virkavapaalla kunnasta. Työsuhteiden eroavaisuuksista huolimatta kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten työsuhdetta leimaa kunnan ja yrityksen välisen sopimuksen lyhyys. Muutokset, jotka aiheutuisivat mahdollisesta palaamisesta kunnan palvelukseen tai yksityisen palveluntuottajan vaihtumisesta uuden kilpailuttamisen seurauksena, eivät kuitenkaan huolestuta henkilökuntaa. Lääkärien työtilanne on vajeesta johtuen hyvä, joten he eivät ole huolissaan työsuhteensa jatkosta. Hoitajat suhtautuvat tulevaisuuteen yhtä huolettomasti: töitä tulee aina olemaan tarjolla.

Työsuhteen suurin muutos onkin ollut työn kuormittavuuden väheneminen. Ennen ulkoistamista lääkärivaje oli kriisiyttänyt terveysasemien toimintaa ja työ oli muuttunut rasokkaaksi. Nykyinen kokemus työn hallittavuudesta onkin työsuhteen kokemisen kannalta huomattavasti merkittävämpi tekijä, kuin lyhyt palvelusopimus kunnan ja yksityisen palveluntuottajan välillä.

Tehokkuus

Terveysasemien toimintaa on tehostettu ulkoistamisen jälkeen eri tavoin. Tämä näkyy sekä potilaiden hoidossa että työvoiman määrässä ja hyödyntämisessä. Asiakastyön tehostaminen ilmenee erityisesti potilaille tehtävien kokeiden ja esimerkiksi erikoissairaanhoitolähetteen määrän seurannassa. Turhien kokeiden vähentämistä pidetään

pääasiassa hyvänä asiana, vaikka lääkärit kertovat aluksi karsastaneensa sitä, että työnantaja seuraa, minkä verran tutkimuksia tehdään. Lääkärit näkevät tutkimusten rajoittamisen osin jopa työn itsenäisyyttä lisäävänä tekijänä. He saavat enemmän päätösvaltaa potilaiden hoidosta. Aiemmin potilas saattoi vaatia tutkimuksia, jotka eivät lääkärin mielestä olleet välttämättömiä. Siitä huolimatta tutkimukset yleensä tehtiin, koska julkisen terveystalouden taustalla vaikuttavat erilaiset ideologiset paineet: potilaiden kokemus hyvästä palvelusta nähtiin lääketieteellisiä perusteita tärkeämpänä.

Henkilökuntaan kohdistuvat tehostamisvaatimukset näkyvät muun muassa hoitajien tehtäväkentän laajentamisessa: hoitajat tekevät töitä, jotka kuuluivat ennen yksinomaan lääkäreille. Työnkuvan laajeneminen näkyy myös siinä, että aiemmin henkilöstöön kuului esimerkiksi lähettejä, joiden tehtävät on nyt jaettu muille.

Henkilökunnan toimintaan kohdistuvat tehokkuusvaatimukset ilmenevät myös siten, että työnteon tahdissa erottaudutaan virkalääkäreistä, joista osa on ”vapaamatkustajia”, kuten eräs hoitajista asian ilmaisee. Virkalääkäreiden vähäisempi tehokkuus tulee esiin kunnan vakaan ja varman työsuhteen käänköpuolena. Sekä lääkärit että hoitajat mainitsevat haastatteluissa, että virkalääkärit ottavat vastaan vähemmän potilaita kuin yrityksen lääkärit. Syyksi esitetään useimmiten työn pirstaloituminen potilastyön kustannuksella.

Johtajuus

Pirstaloitumisen syynä ovat erityisesti erilaiset kehittämishankkeet. Nyt terveysasemat eivät ole automaattisesti mukana kaikissa kunnan omissa kehittämissuunnitelmissa, vaan toimintaa kehitetään ennen kaikkea potilastyön näkökulmasta.

Käytäntöihin ja niiden muokkaamiseen on vaikuttanut erityisesti se, että kunnan aikaan toiminnan linjaukset tehtiin pääasiassa terveysaseman ulkopuolella, koska päätösvaltaiset esimiehet työskentelivät fyysisesti muualla kuin terveysasemalla. Nyt, kun palvelutuotanto perustuu sopimusohjaukseen, päätöksentekologiikka on muuttunut. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että terveyskeskukset voivat muokata käytäntöjään pitkälti itse.

Näin käytännön vaihtelevat eri terveysasemien kesken, vaikka palveluntuottajana toimii sama yritys.

Palkkaus

Palkka ei ole näytä vaikuttavan merkittävästi siihen, että terveydenhuollon työntekijät valitsevat työskentelyn terveysasemalla tai ovat tyytyväisiä työhönsä. Hoitajien palkkataso ovat suunnilleen sama kuin kunnan työntekijöillä. Yleisesti terveyskeskusten palkkatasoa pidetään hyvänä esimerkiksi sairaalapalkkoihin nähden niin hoitajien kuin lääkäreidenkin keskuudessa. Ulkoistamisen seurauksena osalla hoitajista palkka nousi hie- man, osalla ansiot laskivat. Lääkäreiden palkka muodostuu pääosin eri perustein kuin kunnan palveluksessa. Tuntipalkka on parempi, mutta sairauslomaehdot ovat huonom- mat ja lomarahat sisältyvät tuntipalkkaan. Haastateltavat kiistävät aktiivisesti, että palkka olisi viihtyvyyden kannalta merkittävä tekijä.

Ulkoistaminen näyttäytyy edellä kuvattujen teemojen näkökulmasta ennen kaikkea lääk- keenä terveysasemilla vallinneisiin ongelmiin. Yrityksen joustaviin käytäntöihin verrattu- na julkinen organisaatio näyttäytyy jäykkänä ja byrokraattisena. Jäykkyys tulee esille erityisesti siinä, että rakenteet eivät ole pystyneet reagoimaan vallitsevaan tilanteeseen, lääkärivajeeseen. Pysyviin työsuhteisiin nojaava organisaatorakenne ei pystynyt kannat- telemaan toimintaa. Terveysasemien arki muuttui päivystysluontoiseksi: vastaanottotyön tökkiessä saatavilla ei ollut muita kuin päivystysaikoja.

Taulukko 3. Terveysaseman toiminta kunnan ja yrityksen palvelutuotannossa: ulkoistaminen lääkkeenä

	Kunta	Yritys
Palvelutuotannon rakenne	<ul style="list-style-type: none"> • Palvelutuotannon rakenne pitkäjänteinen • Potilaiden hoito käytännössä päivystysluonteista 	<ul style="list-style-type: none"> • Palvelutuotanto rakenteellisesti lyhytjänteistä • Potilaiden hoito pitkäjänteistä
Palvelun laatu	<ul style="list-style-type: none"> • Pysyvä, vajaa henkilökunta • Vastaanottotyön toimivuus huonompi, pitkät potilassuhteet 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaihtuva, riittävä henkilökunta • Vastaanottotyön toimivuus parempi, lyhyet potilassuhteet
Työsuhde	<ul style="list-style-type: none"> • Työpaikka vakaa • Ei kokemusta oman työn hallinnasta 	<ul style="list-style-type: none"> • Työsuhde lyhyt • Työ koetaan hallittavana
Tehokkuus	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntalaisten vaatimukset lääketieteellisiä perusteita tärkeämpiä • Työn seuranta vähäistä, kyvyttömyys puuttua tehottomuuteen liittyviin ongelmiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Lääketieteelliset perusteet toiminnan määrittäjänä • Työn järjeistäminen, seuranta ja mittaus
Johtajuus	<ul style="list-style-type: none"> • Päätösvaltaiset esimiehet kaukana • Paljon potilastyötä pilkkovia projekteja, vähän kehitystä 	<ul style="list-style-type: none"> • Päätösvaltaiset esimiehet lähellä • Potilastyö kehittämisen keskiössä
Palkkaus	<ul style="list-style-type: none"> • Huonompi tuntipalkka • Paremmat edut 	<ul style="list-style-type: none"> • Parempi tuntipalkka • Huonommat edut

2.2 Ulkoistaminen oireena

Edellä käsitellyt teemat osoittavat, että ulkoistaminen on parantanut tutkimuksen kohteina olevien terveysasemien toimintaa merkittävästi. Haastateltavat kuitenkin näkevät toimintatavan eräänlaisena hätävarana. Ulkoistaminen ei ratkaise perusterveydenhuollon ongelmia, vaan se toimii pikemminkin ongelmakentän paikkaajana. Ulkoistaminen tuottaa itsessään uusia haasteita ja lisää terveydenhuoltojärjestelmässä jo esiintyviä ongelmakohtia. Kaiken kaikkiaan ulkoistamisen ja ulkoistettujen terveysasemien tulevaisuuteen kohdistuvat odotukset näyttäytyvät aineistossa ristiriitaisina. Tämänhetkinen tilanne

nähdään väliaikaisena, mutta paluuta vanhaan malliin ei pidetä mahdollisena. Koko maan mittakaavassa terveyspalvelujen ulkoistamisen uskotaan lisääntyvän. Kuitenkin sekä terveydenhuollon ammattilaisten että viranhaltijoiden haastatteluissa näkyy selkeästi, että he eivät pidä ulkoistamista parhaana mahdollisena palvelujen tuottamistapana.

Ulkoistamisen tuomat rajapintaongelmat

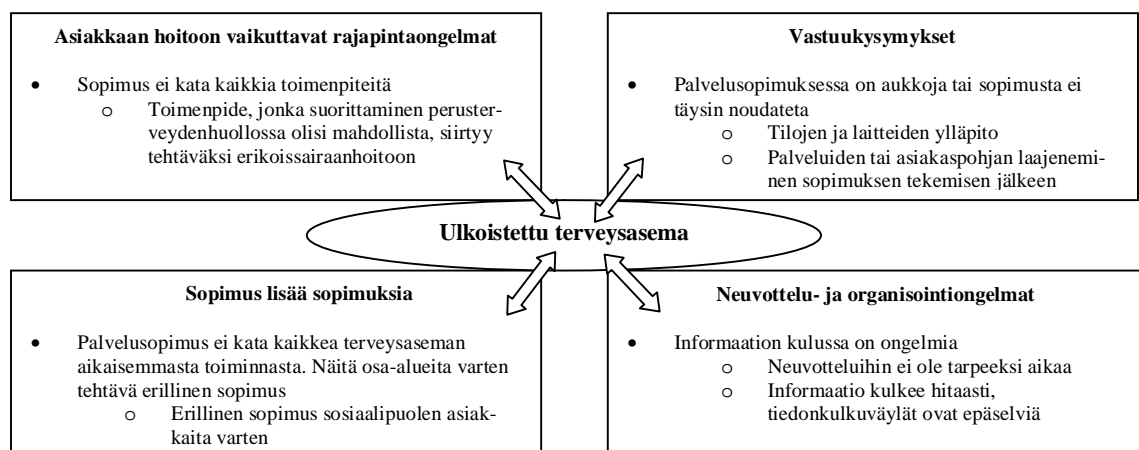
Ulkoistamisen ongelmakohtia koskevan puheen yhteinen nimittäjä on toiminnan pirstaloituminen ja takkuilua aiheuttavien solmukohtien lisääntyminen. Terveystuollossa on runsaasti rajapintoja esimerkiksi siirtymissä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon, vanhustenhuoltoon tai sosiaalitoimeen. Kokonaisen terveysaseman ulkoistamisessa tilanne pysyy sikäli samana, että asema ulkoistetaan hallintoa myöten eikä sen sisällä synny uusia solmukohtia. Eri tahojen välinen yhteistoiminta on kuitenkin monimutkaistunut joiltain osin. Ulkoistaminen tuottaa ongelmia lisäämällä palvelu- ja hallintoprosessien rajapintoja. Yksi ulkoistamisen tuomista ongelmista on vastualueet, jotka eivät nykyisellään kuulu kenellekään. Näihin kuuluu muun muassa tilojen ja laitteiden ylläpito.

Viranhaltijoiden näkökulmasta terveysasemien keskittyminen vain potilastyötä koskevaan kehittämiseen näyttöytyy joiltain osin ongelmallisena. Merkittävimmät yhteistyöongelmat kulminoituvat siihen, että terveysasemien työntekijöillä ei ole tarpeeksi aikaa neuvotella kunnan yhteistyötahojen kanssa. Myös lääkäreiden suuri vaihtuvuus vaikeuttaa yhteistyökäytäntöjen vakiintumista. Muut viranhaltijapuolen kuvaamat ongelmat ilmenevät lähinnä siinä, että sopimusta laadittaessa kaikkia tekijöitä ei ole huomioitu ja yhteistyön rajoja täytyy tarkentaa.

Ulkoistaminen on tuonut rajapintaongelmia myös eri organisaatioiden työntekijöiden välisten asioiden hoitamiseen. Terveyspalveluketju jatkuu terveysaseman ulkopuolelle ja ulkoistaminen on aiheuttanut joiltain osin tiedonkulun kompastelua ja aiheuttanut epäselvyyksiä siitä, kenen ohjeiden mukaan tulisi toimia. Myös erilaiset kiistat liittyen esimerkiksi siihen, tehdäänkö jokin toimenpide terveysasemalla vai erikoissairaanhoidossa, ovat saaneet uusia muotoja sopimusohjauksesta johtuen. Jos jokin toimenpide ei kuulu kunnan ja yrityksen välisen sopimuksen piiriin, se saattaa tulla huomattavasti kalliimmaksi erikoissairaanhoidossa.

Sopimusohjaus on myös joiltain osin itseään kiihdyttävä voima: kaikki osa-alueet, esimerkiksi erään kunnan sosiaalipuolen asiakkaat, eivät kuulu sopimuksen piiriin. Näin tätä asiakasryhmää varten on pitänyt tehdä oma erillinen sopimus. Sopiminen siis lisää sopimisen tarvetta.

Rajapintaongelmia pystytään ratkaisemaan vain, jos molemmat panostavat niiden ratkaisemiseen. Työntekijät peräänkuuluttavat kunnan halukkuutta edistää ulkoistettujen terveysasemien toimintaa kaikilla mahdollisilla tavoilla. Viranhaltijat taas kaipaavat yhteistyökumppaneilta joustavuutta ja paneutumista, jotta sopimuksen sisältöä voi tarvittaessa tarkentaa. Ulkoistaminen on palvelutuotantomalli, jossa on mahdotonta huomioida etukäteen kaikkia mahdollisia vastaantulevia tilanteita. Ulkoistamisessa neuvottelemisen rooli korostuu paitsi palvelusopimusta tehtäessä, myös sen ylläpitämisessä.



Kuvio 1. Ulkoistaminen tuo uusia rajapintoja ja sitä kautta uusia rajapintaongelmia palveluprosesseihin

Lääkärivaje on vaikuttanut tutkittavien terveyskeskusten toimintaan keskeisesti. Se on ollut merkittävin syy terveysasemien ulkoistamiseen. Vaje ja lääkäreiden vaihtuvuus vaivaavat kuitenkin koko terveyskeskusjärjestelmää. Haastateltavien näkemykset terveydenhuollon kehittämistarpeista, kuten perusterveydenhuollon arvostuksen kasvattamisesta ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajanvedosta, kytkeytyvät pitkälti juuri lääkäritilanteeseen.

Lääkärivajetta ja sen vähentämistä pohdittaessa korostetaan, että terveysaseman toiminnan pitää olla sellaista, että se houkuttelee työntekijöitä. Terveyskeskuslääkärin työn arvostuksen tulisi olla sen ansaitsemalla tasolla. Työ on haastavaa, mutta terveyskeskuslääkäreistä välittyvä kuva ei aina vastaa työn todellisuutta. Terveyskeskuslääkärit arvostavat kuitenkin itse omaa työtään juuri sen haastavuuden vuoksi. Vastaanotolle tulevan potilaan vaiva saattaa olla mikä tahansa ja silti siihen pitää pystyä ottamaan kantaa. Haastateltavat vertaavat terveyskeskuslääkärin työtä ennen kaikkea erikoislääkärin työhön ja sairaalatyöhön. Erikoislääkäri voi konsultoida ongelmatapauksissa huomattavasti enemmän, terveyskeskuksessa päätökset pitää tehdä itse. Erikoissairaanhoidossa potilaasta voi käsitellä vain omaa erikoisalaa koskevaa osaa; potilas on silmä tai korva tai jalka. Perusterveydenhuollossa potilas pitää huomioida kokonaisena ihmisenä. Epävarmuus ja sen sietämisen puute kuitenkin ajavat haastateltavien mukaan lääkäreitä muihin töihin.

Paitsi terveyskeskuslääkärin työn arvostusta, myös koko perusterveydenhuollon asemaa pitäisi vahvistaa. Tässäkin vertailukohtana toimii erikoissairaanhoido. Vahva perusterveydenhuolto tuo säästöjä ja sen avulla pystytään vaikuttamaan koko kansan terveyteen. Kuitenkin erikoissairaanhoido kasvaa perusterveydenhuollon kustannuksella. Haastateltavat pitävät kehitystä huonona. Tämänhetkiset valtakunnalliset toimet nähdään riittämättöminä.

3. Työnjaon muutos ja hierarkian madaltuminen

Terveydenhuoltojärjestelmää ja -kulttuuria pidetään vahvan hierarkian sävyttämänä. Viime aikoina terveydenhuollon työnjaolliset suhteet ja organisaatiot ovat kuitenkin tässä suhteessa alkaneet säröillä. Esimerkiksi väestön ikääntyminen Euroopassa on tekijä, joka asettaa taloudellisia ja tehokkuuden lisäämistä koskevia paineita terveydenhuollolle. Julkisen ja yksityisen puolen palveluiden tarjoajat joutuvat kilpailemaan asiakkaista ja siitä, kuka tuottaa sekä laadukkaimmat että tehokkaimmat palvelut. Meneillään oleva muutos kyseenalaistaa perinteiset hierarkiajaot ja ammatilliset identiteetit, avaten samalla mahdollisuuksia terveydenhuollon työntekijöiden tasavertaiselle kumppanuudelle. (Kirpal 2004, 299.)

Terveysasemien ulkoistaminen on organisatorinen muutos, joka käytännössä merkitsee työntekijöille työntekijän vaihtumista kunnallisesta yksityiseksi työnantajaksi. Ulkoistamisen myötä myös työnjako terveysasemilla voi muuttua, jos esimerkiksi työntekijöiden määrää tai hallinnollisten töiden määrää vähennetään. Organisatoristen ja työnjaollisten uudelleenjärjestelyjen edellyttämät muutokset eivät tapahdu nopeasti eikä niiden ohjailu ole helppoa (Karisto 1990; Henriksson 1998, 191). Hoitotyön ja lääkäreiden ammattikulttuurien historia on pidempi kuin organisatoristen toimintakäytäntöjen. Kulttuurin muuntuminen on etenkin terveydenhuollon tai lääketieteen kentällä hidasta. (Henriksson 1998, 191; Hautamäki 2002, 220.) Ulkoistetuilta terveysasemilta kerätyn aineiston valossa näyttää kuitenkin siltä, että organisatorisen muutoksen lisäksi myös terveydenhuoltoalan ammattikulttuurissa olisi tapahtumassa selvä muutos.

Tässä luvussa etsitään vastauksia siihen, miten terveydenhuollon työntekijät kertovat perusterveyspalveluiden tuottamisessa tapahtuneesta muutoksesta ja millaisessa murroksessa terveysasemien työnjako on tilanteessa, jossa palvelut on ulkoistettu. Luvussa tarkastellaan, miten terveysasemien työntekijät kokevat eri ammattikuntien välisten hierarkiasuhteiden muutoksen ja työnjaolliset uudelleenjärjestelyt. Tarkastelun kohteena on, miten hoitajien ja lääkäreiden välinen hierarkia ja työnjaolliset suhteet rakentuvat aineistossa. (vrt. Henriksson 1998, 165-169, Tedre 1993, 148.) Samalla pohditaan, miltä osin muutokset kietoutuvat yleiseen terveydenhuollon kehitykseen ja miltä osin ulkoistettujen terveysasemien organisaatorakenteisiin.

Odotusanalyysi metodina

Hierarkiaa lähestytään ja tulkitaan luvussa ensisijaisesti kulttuurisena ja informaalina ulottuvuutena, hierarkkisuutena, ja vasta toissijaisesti muodollisena rakenteena. Metodisena lähestymistapana on sovellettu odotusanalyysia, joka on narratiivisen tutkimuksen yksi suuntaus. Analyysissa keskityttiin sellaisiin aineiston kohtiin, joissa haastateltavat puhuivat työnjaosta ja siitä, kuinka se ilmenee terveysaseman arkisissa käytännöissä. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa erotettiin 38 otetta, joissa edellä mainitusta aiheesta puhutaan. Toisessa vaiheessa tehtiin yksityiskohtaisempaa analyysia, jonka materiaaliksi valittiin 14 otetta. Mukana tulkinnassa oli odotusanalyysin periaate, jonka mukaan kokemus ja tieto saavat muotonsa siitä, millaisia odotuksia meillä on maailman tapahtumien suhteen. Erityistä huomiota analyysissa kiinnitettiin puheessa esiintyviin toistoihin ja arvioihin ilmauksiin (Tannen 1993, 21, 41-51). Analyysi toteutettiin menetelmää soveltaen, mikä sopii odotusanalyysin lähtökohtiin; sitä ei pidetä täsmällisenä metodina vaan suuntaa antavana metodologisena ohjeena.

Toisto on yksi odotusanalyysissa tulkituista peruselementeistä. Ilmaisut ovat usein rutiinimaisia toistoja silloin kun haastateltavat kuuluvat yhdenmukaiseen kulttuuriseen ryhmään. Esimerkiksi haastatellut lääkärit ja hoitajat kuuluvat terveydenhuollon asiantuntijoihin, jotka jakavat yhteisen kielenkäytön tavan. Yhteinen kieli mahdollistaa sujuvan ja ennakoivan yhteistyön. Tapa, jolla toistot tehdään, kertoo haastateltavien terveysaseman ulkoistamista koskevasta asennoitumisesta ja arvioista (vrt. Tannen 1989, 44-50). Esimerkiksi silloin, kun adjektiivit toistuvat puheessa, voidaan arvioida ulkoistamisen seurauksia ja korostaa terveysaseman toimintojen rationaalisuuden lisääntyneen.

Haastatteluaineistosta etsittiin myös negatiivisia ilmauksia. Haastateltavat käyttävät negatiivisia ilmauksia usein silloin, kun yleinen odotus poikkeaa sitä, mitä haastateltavat tuovat esiin (Tannen 1993, 44). Esimerkiksi terveydenhuollon organisaatioita pidetään yleensä hierarkkisinä, mutta haastatellut lääkärit ja hoitajat puhuvat tätä yleistä odotusta vastaan.

Analyysin lopuksi aineistoa tarkasteltiin siinä valossa, millaista suomalaista terveydenhuoltoa koskevaa kertomuksellisuutta ne pitävät sisällään. Tulkinnassa päädyttiin tarkastelemaan haastateltavien ulkoistamista koskevan puheen dualistista jakoa huonon men-

neisyyden ja paremman nykyisyyden välillä. Lisäksi kiinnitettiin huomiota kerronnassa esiin tulevaan terveydenhuollon vahvaan asiantuntijan positioon ja sen nivoutumiseen osana terveysaseman hierarkian madaltumista.

3.1 Työn uudelleen jakoa

Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittymisestä puhutaan kaksijakoisesti. Ennen ulkoistamista työt ja vastuu valuivat enenevässä määrin hoitajille, kun lääkäreistä oli huutava pula. Valuminen kuvataan tahattomana ja hallitsemattomana. Hoitajat kokivat vastuun ahdistavana: lääkärin konsultointi oli periaatteessa mahdollista, mutta käytännössä lääkärit eivät olleet tavoitettavissa heidän omien töidensä kasautumisen takia.

Ulkoistamisen jälkeen tilanne muuttui. Tavallisimpiin kansantauteihin tehtiin hoitosuunnitelmat. Toiminnan suunnitelmallisuuden lisääntyä hoitajien välineet ottaa vastuuta potilaiden hoidosta lisääntyivät. Samalla hoitajien vastaanotto toiminta laajeni. Käytäntönä on, että hoitajat ohjaavat omalta vastaanotoltaan lääkärille vain ne potilaat, joiden tila sitä vaatii. Hoitajat kokevat työnkuvansa itsenäisemmäksi kuin ennen ja lääkärit pitävät hyvänä hoitajien tekemää potilasvirran kontrollointia. Seuraavassa aineisto-otteesta tulee esiin, miten hoitajilla on entistä autonomisempi asema suhteessa lääkäreihin ja itse työn tekemiseen.

Aineisto-ote 1.

Elina: Nyt siinä mieles just, että, et kyl se niinku aitoo ny- aitoo yhteistyötä, et molemmil tää oli aikamoinen shokki tavallaan se- Tai shokki ((naurahtaen)), mut että niinku se jännä se jäykkyys, mikä, mikä tääl ku oli tottunu niinku sairaalatyös siihen, että totta kai lääkärit tarvi hoitajan työpanosta, eihän siit ollu- jos ei hoitajii ois ollu, niin eihän mistään ois tullu mitään- tai näin [yksinkertaistettuna], ((naurahtaen))

Jaana: [Mm, nihii]. ((naurahtaen))

Elina; Eli, eli sit tietoa, mitä, mitä hoitaja keräs ja, ja hoiti potilasta niin, niin sehän oli monta kertaa hoitoratkasun ja asioitten pohjana just nimen omaa se, mikä sielt tuli ja se oli ai- aitoo yhteistyötä koko ajan.

Haastattelija: Mm.

Elina: Mut täällä se oli nimen omaa sitä, että karsinoissaa, huoneissaa, ja hoitaja oli tavallaa enemmänki just- mm- no kyl mun mielest se oli niinku sillai, et se teki ne tietyt [tempu].

Marjaana: [Tsuppari], mm

Elina: tempu ja tsuppari [ja]

Marjaana: [Mm].

Elina: semmonen, että , ei-ei niinku hoitaja ei ite oikeestaan [ajatellu hirveesti],

Marjaana: [Mm, mm].

Elina: muuta ku tietyst sit, että ää- niitä tiettyjä pieni- pieniä kuvioita, niin, [niin],
Marjaana: [Mm].
Elina: niin semmonen kokonaisvaltasempi ajattelu kuitenkin- ei sitä niinku tavallaa tarvinu
siinä työkuviossa

(Korpelan vastaanoton hoitajat, 48-49)

Otteessa on näkyvässä, miten ennen ulkoistamista lääkärin oletettiin olevan se, joka ajattelee ja tekee päätöksiä. Hoitajat tekivät työtään, joka ei perustunut itsenäisiin päätöksiin, vaan ylhäältä päin annettuihin määräyksiin. Elina korostaa, että hänen työtehtäviään luonnehti ”tiettyjen temppujen” tekeminen ja Marjaana täydentää hoitajan aseman kuvausta käyttämällä sanaa ”tsuppari”. Tässä asetelmassa lääkäreiden asema oli yliverkainen; he saivat ajatella, kehittää työtä ja tehdä päätöksiä.

Arvioiva ilmaus ”hoitaja ei ite oikeestaan ajatellu hirveesti” on kielto muodossa. Kieltoilmaukset ovat usein käytössä silloin, kun odotus on kiellon suhteen päinvastainen (Tannen 1993, 44). Työelämässä, etenkin ammattiteissa, jotka vaativat erityisiä tietoja ja taitoja, mahdollisuus ajatella itsenäisesti on odotettua ja vaadittua. Ilmaus ei niinkään ole ilmaus siitä, että hoitajat eivät olisi ennen ajatelleet itsenäisesti. Hoitajien tapa puhua vähäisistä ajattelemisen mahdollisuuksista kuvaa eroa menneen ja nykyisen tilanteen välillä. Hoitaja tekee vahvan eron suhteessa nykyiseen tilanteeseen: kiellon kautta kuvataan työnjaon uudelleen muotoutumista.

Tilanne ennen terveysaseman ulkoistamista on etenkin hoitajien näkökulmasta muuttunut ja heidän vastuualueensa on kasvanut. Aineistossa työnjaon muutokset liitetään myös työn rationalisointiin. Hoitajien tehtävät on organisoitu uudelleen luomalla yksityiskohtaisia hoito-ohjelmia. Nämä ohjelmat ovat käytössä ensisijaisesti silloin, kun potilaiden hoito vaatii jatkuvaa seurantaa, kuten diabetes- ja sydäntautipotilaiden kohdalla on tehtävä. Seuraavassa otteessa lääkäri Reino kuvaa terveysaseman toimintojen rationalisointia.

Aineisto-ote 2.

Reino: toimintaa kanssa, niin lähdettiin heti tällaseen selkeään työnjakoon ja *järkeistämään* näitä palveluja, tehtiin tämmöset aluejaot, jotka mahdollistavat sen, että jos joku lääkäri on poissa, niin pystytään sillä alue[ella]

Haastattelija: [Mm].

Reino: sitten sillä olemassa olevalla väestöllä sit- tai työntekijä[määrällä]

Haastattelija: [Mm].

Reino: väestölle tuottamaan nää palvelut ja sitte me otettiin ihan tämmöset hoito- ohjelmat sitte, jolla tavoin pystytään *järkevästi* toteuttamaan palveluita näissä mm- nimen omaa näissä merkittäviissä kansanterveys-sairauksissa: verenpaineessa, diabeteksessa ja sydän- ja verisuonisairauksissa, luotiin tämmöset hoitokäytännöt ja sitten myöskin me pystyttiin paljon öö- työjako- työnjaolla sitten muuttamaan toimintatapoja niin, että tiimissä toimii myöskin sairaanhoitajat ja sitten on tämmönen terveydenhoitajan päivystyspal- toiminta pystyttyin sitten *järkeistä[mään]*

Haastattelija: [Mm].

Reino: kanssa aika hyvin ja luomaan tämmösiä uusia toimintatapoja, joilla sitten pystytään henkilökunnan hyväksi, henkilökuntaa käyttämään hyvin *järkevällä* tavalla sitten, ettei kaikkia ihmisten tarvitse tulla lääkäriin suoraan, vaan pystytään ohjaamaan hoitajille näitä käyn- tejä aika paljon, niin kun nytkin tapahtuu, että hoitaja arvioi ensiksi, sitte jos on tarve, niin lääkäri. Aikasemmin ihmiset varasivat aikaa, niin ne meni suoraan lääkä[riin]

Haastattelija: [Mm].

Reino: ja siel oli hurja paine sitten.

(Kankaalan lääkärit, 17)

Toistamalla adjektiivia ”järkevä” lääkäri korostaa ja kärjistää sitä, että työnjako on muut- tunut (vrt. Tannen 1989, 51). Lääkäri suhteuttaa nykyisen tilanteen aiemmin vallinneeseen: käänne parempaan tapahtui ulkoistamisen myötä ja paineet ovat hellittäneet.

Uusien hoito-ohjelmien myötä hoitajien toimintavapaus lisääntyi paradoksaalisella taval- la: hoitajilla on enemmän valtaa työn formalisoinnin myötä - ei niinkään työhön liittyvien uusien vapauksien vuoksi. Formalisointia pidetään yleensä ei-professionaalisten ammat- tien ulkoisen kontrollin muotona. Professionaalisissa ryhmissä taitojen ja tietojen stan- dardisointi voi merkitä työvoiman kontrolloimista (Mintzberg 1979, 91). Tässä tapauk- sessa koko henkilökunta oli hoitoprosessin formalisoinnin kannalla ja sen koettiin lisän- neen työn sisältöjen hallittavuutta ja mielekkyyttä.

3.2 Hierarkian kieltäminen

Työnjaollisten muutosten myötä myös terveydenhuollossa perinteisesti korostuva hoita- jien ja lääkärin välinen hierarkia on madaltunut. Hoitajat ja lääkärit pääsevät mm. sa- moihiin koulutuksiin, mikä ei olisi ainakaan hoitajien mukaan ollut aiemmin mahdollista. Hierarkian madaltumista korostetaan varsin yksinäisesti. Seuraavassa aineisto- otteessa tulee esiin, kuinka kiellon kautta haastateltavat kiistävät hierarkkisten suhteiden olemassaolon.

Aineisto-ote 3.

Haastattelija: Onks tääl nyt sitä jos- sää taisit mainita, että se- ilmapiirin takia [just]
Taija:[Joo].
Haastattelija: oot valinnu tän [(ei saa selvää)]
Taija: [Täällä on tosi mukavat hoitajatki ja kaikkien kans tulee toimeen, että kai[ikki]
Haastattelija: [Joo]
Taija: on vähä niinku samaa porukkaa, ettei oo sillee, että lääkärit ja hoitajat ja-jaottelua,
vaan kaikki puhaltaa yhteen hiileen
Haastattelija: Ei o se hierarkia ei oo sitten niin
Taija: Ei o.
Haastattelija: Mitä aina aika usein todetaan, että terveydenhuollossa olis sitä hierarkiaa vielä
Taija: Joo.
Paula: Mun mielest tääl ei oikeestaan semmost hierarkiaa varmaa o.
Taija: Nii.
Paula: Ollenkaan, et tossa noi avustajatki kuittailee ainaki mui- mulle aina kaikella[ist]
((naurahtaan))
Haastattelija: [Ni].
Paula: Et ei, ei oo niinku semmosta-
Haastattelija: Joo.
Paula: mitään turhaa.

(Metsälän lääkärit, 16-17)

Haastatellut lääkärit korostavat, ettei terveysasemalla ole hierarkiaa. Hoitajien ja lääkäreiden väliset suhteet ovat hyvät ja työntekijöillä on yhteinen tavoite, joka suuntaa työtä. Tarve kieltää hierarkian olemassaolo osoittaa hierarkkisten jakojen olevan yleisiä terveydenhuollon organisaatioissa (Tannen 1993, 23, Gubrium & Holstein 2008, 253). Molemmat haastateltavat tuottavat saman odotuksen terveydenhuollon vallitsevasta hierarkkisuudesta kieltäessään sen. Haastattelija puolestaan toteaa hierarkkisuutta vielä olevan, jolloin haastateltavat toistavat, ettei ulkoistetulla terveysasemalla hierarkiaa ole. Ylilääkäri Paula myös korostaa, että suhteet eri työntekijäryhmien eivät ole hierarkkisia. Suhde lääkärin ja avustajan välillä on mutkaton ja tuttavallinen: terveysaseman ilmapiiri on tasa-arvoinen.

Otteesta 3. on tulkittavissa se, että terveysasemalla on tapahtunut kulttuurinen muutos. Madaltunutta hierarkiaa ja tasavertaista yhteistyötä tarvitaan tilanteessa, jossa lääkäreistä on pulaa. Kuten edellä on käynyt ilmi, ulkoistetun terveysaseman toimintoja on rationalisoitu, mikä osaltaan on madaltanut terveysaseman hierarkkista kulttuuria ja tehostanut työntekijöiden välistä yhteistyötä.

3.3 Rajattu yhteisyys

Hierarkian kieltäminen ei esiinny aineistossa yksiselitteisenä ja johdonmukaisena, sillä samalla kun hierarkian olemassaolo kielletään haastateltavat rakentavat hierarkkisia eroja. Tämä tulee esiin tavassa, miten hoitajat puhuvat hierarkian madaltumisesta: samalla kun hoitajat korostavat tasavertaisuutta, he myös rakentavat eron hoitajien ja lääkäreiden välille. Hoitajat korostavat haastatteluissa sitä, että heillä on mahdollisuus osallistua lääkäreille suunnattuihin koulutuksiin.

Aineisto-ote 4.

Mirja: [Mm, et me]hän kato käytetään, et periaattes myö käytetään- meil on öö- Yrityksen omia koulutuksia tai itse asiassa ne on- Viitasen Pirkko, joka on mejän yllää[käri]
Haastattelija: [Mm].
Mirja: niin hän on semmosen koulutuskalenterin lääkäreille ja hoita[jille]
Haastattelija: [Mm].
Mirja: viritelly ja, ja tota sitä kautta pääsee koulutuksiin, [no]
Kirsi: [Mm].
Mirja: sit me käytetään sairaanhoitopiirin ja kunta[liiton koulutuksia]
Haastattelija: [Mm, mm].
Mirja: Mut iha, jos aatellaan, et Yrityksen omia koulutuksia hoi[tajille]
Kirsi: [Mm].
Mirja: ni ei oikeastaan, [elikkä kyl]
Kirsi: [Ei, ei].
Mirja: [ne on] näit maksullisia, mitä, mitä kuntatyön[antajan työntekijätki käyttää. Ihan niitä samoja koulutuksiin]
Haastattelija: [Ihan s- s- joo kuuluu, joo]
Kirsi: [Ja samahan se- ne lääkefirman] koulutuksis, jossa lääkä[rit käy niin hirveesti, niin yllääkäri]
Mirja: [Niih, nii, niihin päästään].
Kirsi: tykkää, [että myö käytäs hoitajatki siellä].
Mirja: [Mm. Joo]
Haastattelija: [Te myös, joo]. Että aikasemmin ei.
Mirja: Ehheihän [sinne]
Kirsi: [Eei].
Mirja: ollu mitään asiaa

(Metsälän hoitajat, 65-66)

Otteessa tulee esiin se, että hoitajat tuottavat selkeän eron menneen ja nykyisen tilanteen välille. Voimakkaan negatiiviset lausumat ovat käytössä, kun he kuvaavat menneisyyttä: koulutukseen ei ollut aikaisemmin "mitään asiaa", "eei". Nykyinen tilanne on päinvastainen; hoitajatkin pääsevät koulutuksiin ja yllääkäri jopa rohkaisee osallistumaan niihin. Sekä negatiiviset että positiiviset ilmaukset toistetaan useaan kertaan. Hoitajat esittävät tilanteen, jossa sekä hoitajien että lääkäreiden osallistuminen samoille kursseille

le on nykyään mahdollista. Ulkoistetun terveysaseman työntekijät ovat rikkoneet terveydenhuollon kulttuurissa vallitsevia rajoja.

Hoitajien ja lääkäreiden yhteisyys on kuitenkin rajattua ja työntekijäryhmille rakennetaan erilaiset positiot suhteessa koulutukseen. Hoitajat puhuvat koulutukseen pääsystä tavalla, joka kuvaa koulutuksen olevan ensisijaisesti lääkäreille suunnattua. Hoitajatkin kyllä ”pääsevät” mukaan ja yllilääkäri ”tykkää”, että hoitajat osallistuisivat lääkefirmojen koulutuksiin, joissa lääkärit käyvät ”hirveesti”. Hoitajien ja lääkäreiden tasavertaisuus ei ole tässä suhteessa yksiselitteistä, vaan sen suhteen tehdään rajauksia.

3.4 Hierarkkisuus ja muutos

Edellä on käynyt ilmi, että terveysaseman organisatorinen muutos ja oletus siitä, että terveydenhuolto on edelleen kulttuuriltaan vahvan hierarkkinen, sävyttää haastateltavien puhetta. Tapa, jolla haastatellut lääkärit ja hoitajat puhuvat organisatorisesta muutoksesta ja hierarkian madaltumisesta, sisältää useita narratiivisia ulottuvuuksia. Ensinnäkin, dualistinen narratiivinen rakenne on löydettävissä aineistosta. Dualistiseen rakenteeseen kuuluu vahva erottelu menneen ja nykyisen tilanteen välillä. Toiseksi, haastatellut työntekijät puhuvat hierarkkisuudesta ensisijaisesti professionaalisten positiodien kautta ryhmätilanteessa. Positiot ovat terveydenhuollon työntekijöiden, hoitajien ja lääkäreiden ammatillisia asemia, jotka esitetään monessa suhteessa tasavertaisina. Kolmas ja vallitsevin narratiivinen ulottuvuus on kokemuksen kuvaus vaikutusmahdollisuuksien kasvusta, mikä tarkoittaa työntekijöiden mahdollisuutta kehittää työprosesseja tavalla, joka ei ollut mahdollinen ennen terveysaseman ulkoistamista. Kaiken kaikkiaan haastateltavien kerrontaa yhdistävä kehys on organisaation muutos ja yleinen odotus siitä, että terveydenhuollossa yhä vallitsee hierarkkinen kulttuuri ja työnjaolliset suhteet.

Haastatteluissa tulee esiin se, että markkinaperustaisen ja kunnan tuottaman terveyspalvelun välille tehdään jyrkkä ero. Vastakkainasettelu tehdään myös suhteessa menneen ja nykyisen tilanteen välillä. Kunnan organisaatiota ja kunnan järjestämiä terveyspalveluita pidetään jäykkänä ja byrokraattisina. Hierarkkinen kulttuuri ja rakenteet sijoitetaan aikaan, jolloin kunta oli terveysasemien toimintojen organisoija.

Terveysaseman ulkoistamisen toteuttajasta, yksityisestä yrityksestä, ei kuitenkaan puhuta siten, että jatkuvasti korostettaisiin työn tehokkuuden ja työntekijän saamien etujen parantuneen. Haastateltavat puhuvat mieluummin siitä, miten ulkoistetulla terveystasemalla vallitsee myönteinen ilmapiiri ja toimiva yhteistyö. Kerronnassa toistuu käänne, jossa julkinen ja hierarkkinen terveystasema vaihtuu yksityisen työntekijän organisoimaksi joustavaksi terveystasemaksi. Nykyinen tilanne kuvataan paikoitellen lähes ideaalina. Näyttää siltä, kuin yksityinen yritys voisi jopa kokonaan ohittaa julkisen sektorin hierarkkiset mallit (Vabø 2006, 417-418).

Haastateltavat puhuvat ensisijaisesti asiantuntijan positiossa. Kokemuksellisuus siten esitettyä, että hoitajat ja lääkärit puhuisivat omista tunteistaan, on vähäistä. Haastattelussa ei myöskään tule selvästi esiin sukupuolen suhde hierarkkisiin asemiin ja hierarkkiseen kulttuuriin (vrt. Korvajärvi 2004, 219). Eniten painotetaan sitä, kuinka rajat ammattien välillä on määritelty uudelleen. Molempien ammattiryhmien, etenkin hoitajien, mahdollisuus kontrolloida omaa työtä on lisääntynyt. Näin ollen yksityistä yritystä koskeva kerronta voidaan nähdä osana muutosprosessin kuvausta, jossa terveystaseman kaotettu tilanne on muuttunut siedettäväksi ja hierarkian madaltuminen vahvistaa terveydenhuollon asiantuntijan rationaalista positiota. Tämän suuntaisen havainnon on tehty erityisesti hoitotyön osalta aiemminkin: muutostilanteissa hierarkkiset rakenteet muuttuvat ja hoitajien autonomia lisääntyy (Eriksson-Piela 2003, 129-130, Kirpal 2004, 298). Seuraavassa luvussa esitetään tarkemmin, millainen terveydenhuollon asiantuntijan positio ulkoistetulla terveystasemalla on.

4. Terveysthuollon työntekijöiden kerronta ja positiot

Ulkoistetuilla terveysasemilla työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden työsuhteen muoto muuttuu ulkoistamisen myötä. He ovat joko virkavapaalla vakituisesta kunnan virasta tai toimesta tai suorassa työsuhteessa palveluntuottajan kanssa. Molemmista tapauksista työntekijällä on – määräaikainen tai toistaiseksi jatkuva – työsuhde terveysaseman palveluja tuottavaan yksityiseen yritykseen. Kunnan ja yksityisen palveluntuottajan väliset sopimukset ovat yleensä kaksivuotisia, jonka jälkeen sopimusta voidaan jatkaa toiset kaksi vuotta. Voisi olettaa, että haastatellut työntekijät puhuisivat mentaalisista kokemuksistaan: työsuhteen epävarmuudesta tai ainakin katkonaisen työsuhteen epämiellyttävyydestä. Aineistoa lukiessa voi havaita, että näin ei tapahdu.

Tässä luvussa vastataan kysymykseen, miten terveydenhuollon asiantuntijan kokemus ja positiot rakentuvat keskusteluissa, joiden aiheena on terveysaseman ulkoistaminen ja toiminta sen jälkeen. On ilmeistä, että hoitajat ja lääkärit esiintyvät aineistossa ensisijaisesti terveydenhuollon asiantuntijan positiossa. Millainen tämä asiantuntijan positio tarkemmin katsottuna on?

4.1 Prosessityypit ja kerronnallinen ympäristö

Aineiston analyysissä sovelletaan vapaasti M.A.K Hallidayn systeemifunktionaaliseen kielioppiin pohjaavaa funktionaalista luentaa. Funktionaalisuudella tarkoitetaan kielen inhimillistä tarpeista lähtevää järjestäytyneisyyttä (Halliday 1994; Heikkinen 1999, 21). Hallidayn funktionaalinen kielioppi on konstruoinnin väline ja sen mukaan maailmaa voidaan kuvata prosessityypeinä. Kielelliset prosessit kuvaavat maailman tapahtumista, todellisuutta eri tavoin. Funktionaalinen kielioppi sisältää ajatuksen siitä, että erilaiset kielelliset prosessit ilmenevät kerronnassa ja ne on mahdollista koodata ja saada sieltä esiin. Prosessityyppien pohjalta on mahdollista osoittaa, että haastatellut henkilöt esiintyvät erilaisissa positioissa. (Herman 2009, 141.)

Teoreettis-metodologisena lukuohjeena on ollut, että todellisuuteen nivoutuu erilaisia prosesseja; tapahtumiseen, tekemiseen, tuntemiseen, merkitsemiseen, olemiseen ja

tulemiseen liittyviä. Systeemis-funktionaalisessa kieliopissa prosessit jaotellaan mentaalisiin, materiaalsiin ja suhdeprosesseihin.

Haastateltavien puheista on löydettävissä erilaisia prosessin kuvauksia. Erilaisten prosessien hahmottamiseksi huomioidaan erityisesti prosesseihin liittyviä verbien esiintymisiä ja analysoidaan kuvaavatko ne materiaalista toimintaa tai mentaalista tuntemista. Suhdeprosessit, joissa kaksi asiaa asetetaan keskinäisiin suhteisiin, on jätetty tarkemman analyysin ulkopuolelle. Aineiston luennassa on ollut mukana ajatus siitä, että kyseessä on terveydenhuollon asiantuntijoiden tapa kuvata ja jäsentää ilmiöitä. Näin ollen voi kysyä, painottuuko haastateltavien puheissa jokin tietty prosessityyppi. Analyysin avulla on mahdollista eritellä sitä, miten terveydenhuollon työntekijät kertovat terveysasemilla tapahtuneesta muutoksesta ja miten puhe välittää heidän kokemuksestaan terveyspalvelujen ulkoistuksesta.

Analyyseissä kiinnitettiin huomiota siihen, miten kerrotut asiat suhteutuvat ympäristöön tai kontekstiin, jossa ne on tuotettu. Haastattelupuheen merkitykset ymmärretään paremmin, kun otetaan huomioon tuottamisen ja vastaanottamisen olosuhteet eli kerronnallinen ympäristö (Gubrium & Holstein 2009). Kertominen on tilanteinen esitys, jota voi tulkita erityisenä diskursiivisena ja sosiaalisena kontekstina (Herman 2009, 37).

Tavoitteena on ymmärtää ryhmähaastattelujen kerronnallista ympäristöä eli sitä, miten kulttuuriset ja sosiaaliset konventiot (yleiset tavat ja näkemykset) rakentuvat hoitajien ja lääkäreiden välisissä keskusteluissa ja kerronnassa. Esimerkiksi perusterveydenhuollon kontekstia voi tutkia niin, että pyrkii ymmärtämään siihen nivoutuvia yleisiä kulttuurisia käsikirjoituksia ja sosiaalisia, narratiivisia tyylejä. (Hyvärinen 2008, 51, 53.)

Haastatteluja luettaessa tehtiin muistiinpanot haastattelujen kulusta, vuorovaikutuksesta ja ydinsisällöistä. Ne aineiston kohdat, joissa kuvauksen tapa muuttuu, merkittiin ja kyseisissä kohdissa käytetyt prosessin kuvauksen tavat eriteltiin. Myös huomioita haastattelijoiden kysymisen tai kuvauksen tavoista tehtiin.

Haastattelujen kerronnallinen ja institutionaalinen ympäristö oli akateeminen haastattelu, jota strukturoi tutkijoiden etukäteen suunnittelemat teemat. Kysymysten tekemisen tapa vaihteli eri haastatteluissa, sillä haastatteluja oli tekemässä kolme tutkijaa. Haastattelutilanteessa oli runsaasti tilaa vapaalle kerronnalle ja myös haastattelijat osallistuivat aktiivisesti.

visesti. Haastatteluun sisältyi pyyntö kertoa ulkoistamista ja ulkoistetun terveysaseman toimintaa koskevista kokemuksista, jota voi pitää kutsuna kerronnalliseen ilmaisuun. Kerronnallisuus muodostui siinä mielessä kuitenkin ohueksi, että puheessa ei painottunut voimakas kokemuksellisuus (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 192). Haastattelu koski terveydenhuollossa työtä, jolloin haastateltavat olivat asiantuntijan roolissa. Haastattelu paikkana oli terveysaseman vastaanottohuone tai kokoushuone, mikä osaltaan korosti tapahtuman virallista luonnetta ja haastateltavien mahdollisuutta pysytellä asiantuntijan roolissa.

Seuraavaksi esitetään, millaisissa asiantuntijan positioissa haastatellut lääkärit ja hoitajat esiintyvät. Analysoidut aineistoesimerkit on valittu sillä perusteella, että niissä näkyy terveydenhuollon asiantuntijalle tyypillistä kerrontaa ja tästä poikkeamista, jolloin haastateltavat siirtyvät asiantuntijan vähemmän käyttämään affektiivisen kokijan positioon. Kolmannessa esimerkissä tuodaan esiin tilanne, jossa tunteet kielletään kokonaan ja kysytään, mistä tämä kertoo. Esille saatuja positioita suhteutetaan puheen intersoonalliseen tasoon ja olosuhteisiin eli haastattelujen kerronnalliseen ympäristöön ja laajemmin terveydenhuollon muuttuvaan kontekstiin.

4.2 Terveydenhuollon asiantuntijoiden positiot

Rationaali toimija

Haastateltavat kuvaavat työnsä ja tilanteensa nykyisyyttä pääosin aktiivisena toimintana. Haastatteluissa vallitseva materiaalisen prosessin kuvaus ilmentää vahvaa professionaalista asiantuntijatoimijaa, joka tietää miten toimitaan ja miten potilaat hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Suhde maailmaan on käytännöllinen ja fyysisen kaltainen. Haastatellut lääkärit ja hoitajat puhuvat työstään ja terveysaseman ulkoistamisesta pääosin *rationaalin toimijan* näkökulmasta. Rationaali toimija on järkevä ja suunnittelee toimintaa, joka on tarkoituksenmukaista ja tehokasta. Hän myös tekee vertailuja menneen ja nykyisen terveysaseman tilanteen välillä.

Seuraavassa esimerkissä lääkäri esittää, miten kansanterveystyötä hoidettiin ennen ja mihin suuntaan kunnan terveydenhuolto on menossa.

Aineisto-ote 5.

- 1 Haastattelija: [Joo, nii onks tää] niinku ajanu tiensä päähän sitten tämmösenään?
- 2 Kari: Reino saa alottaa tän.
- 3 Reino: No tiety[sti tää]
- 4 Kari: [Joo].
- 5 Reino: muodosti perustan kuitenkin tälle kansanterveystyölle tää kansanterveyslaki ja
- 6 siihen on tehty tietysti vuosien varrella paljon lisäyksiä ja muutoksia ja palvelujen järjestämisestä
- 7 annettu näitä ohjeita. Aikasemmin lääkintöhallitus antoi ja nyt näitä aika tarkkojakin ohjeita, mutta
- 8 nythän niitä sen tyyppisiä ohjeita ei enää, muuta kun että kunnan tulee tuottaa sitten ja ei varmaan
- 9 siinä ole sitten rajoituksia, et millä tavalla tuotetaan, että ostetaanko ne sitten yksityisiltä
- 10 palveluntuottajilta vai järjestääkö kunta. Kyllä tää nyt tässä tietysti viimesimmi-
- 11 viimesien ((naurahtaan)) vuosien aikana on kuitenkin selkeä muutos tapahtunu,
- 12 että katsotaan, että miten tehokkaasti ja miten edullisimmin ne
- 13 palvelut voitais tuottaa ja sitten varmaan jatkossa, et kunta tulee olemaan tämmösenä myyjänä ja
- 14 sitten tuottajat ovat erikseen, että varmaan aika paljon siihen suun[taan]
- 15 Haastattelija: [Mm]
- 16 Reino: ollaan menossa (..)

(Karhulan lääkärit, 26)

Ryhmähaastattelu tuo haastatteluun omat reunaehdonsa. Esimerkiksi ammattiasema, ikä ja sukupuoli osaltaan muokkaavat vuorovaikutusta ryhmätilanteessa (Valtonen 2005, 241). Haastateltavat esiintyvät tilanteessa ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisina ja heidän puheensa muotoutuu sen mukaiseksi ammattilaisten työn ja kokemusten kuvauksiksi (Herman 2009, 91). Ikä ja ammattiasema määrittävät ryhmätilanteen sosiaalista järjestystä: ylilääkäri ja ryhmän vanhin Reino saa aloittaa kysymykseen vastaamisen (rivi 2).

Haastateltavan mielestä tilanne on ennen ulkoistamista ollut sillä tavoin selkeä, että kansanterveyslaki ja lääkintöhallitus ovat olleet perusterveydenhuollon toimintaa määrääviä tahoja. Ohjeet on annettu ylhäältä päin kunnille (rivi 7). Pääasia on ollut, että kunta on täyttänyt velvollisuutensa ja tuottanut tarvittavat palvelut. Muutoksen tapahduttua kunta ei ole enää vain toimija, joka hoitaa tai järjestää palveluita. Haastateltava luonnehtii kunnan olevan palveluiden järjestäjä, joka ei välttämättä itse tuota palveluita (rivi 13).

Esimerkissä näkyy rationaalinen asiantuntijan ja toimijan positio, joka on vallitseva koko ryhmähaastatteluaineistossa. Haastateltavat kuvaavat työnsä sisältöjä ja terveysaseman tilannetta pääosin aktiivisena materiaalisena toimintana. Materiaaliset prosessit kattavat terveysasemalla tapahtuvia konkreettisia toimintoja, haastatteluissa vallitsevissa materiaalisien prosessien kuvauksissa esiin tuleva toimija on vahva professionaalinen asiantuntija, joka kuvaa terveysaseman tehtäviä ja sitä, miten potilaat hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Toimijana asiantuntija on tehokkuuteen pyrkivä (rivi 12) ja hänet esitellään usein passiivimuodossa (rivi 16).

Affektiivinen kokija

Haastattelijan suora kokemusta koskeva kysymys ei tuota puhetta kokijan positioista. Kysymyksiin, joihin sisältyy tiedustelu ”miten koet sen”, ei vastata kertaakaan välittömästi ja suoraan haastateltavan tuntemiseen liittyvillä kuvauksilla. Vaikka haastateltavat ovat erityisen varovaisia kertoessaan henkilökohtaisista kokemuksistaan tai he jopa kieltävät tunteet kokonaan, on haastattelujen kulussa löydettävissä tämän suhteen joitakin säröjä. Lääkäreiden ja hoitajien kerronnassa on kohtia, joissa rationaalinen toimijan positio murtuu. Haastateltava siirtyy kerronnassaan *affektiiviseksi kokijaksi*, jonka kokemus on vahvan tunteen sävyttämää ja liikuttunutta. Tämä positio tuotetaan yhdessä ja vahvan kollegiaalisesti.

Seuraavassa esimerkissä keskustellaan terveysaseman ulkoistamista edeltävästä tilanteesta. Lääkärit ovat siirtyneet yksityiselle sektorille ja kunnan terveysasemalla ei ollut tarpeeksi lääkäreitä. Ulkoistamisen pääasiallisena syynä oli lääkärivaje.

Aineisto-ote 6.

- 1 Paula: Joo, et elikkä ne on lähtenyt tos on Kuusivaaran semmonen yksityinen
- 2 lääkäriasema, sinne menny
- 3 töihin tai työterveyslääkäriks ja oikeestaan yks lääkäri vaan on menny sitten
- 4 kunnalle, elikkä löytyy
- 5 sitte Ahtivaarasta.
- 6 Haastattelija: Joo. Eli se m-maailmanlopun meininki oli tätä, että-
- 7 Taija: Joo, kaikki oli iha epätoivosia miettivät ja itkivät iltasin kotona ((nauraht-
- 8 en)),
- 9 ja ku ei tienny et mitä tekis sitte, että k[u on]

- 7 Haastattelija: [Joo].
8 Taija: ollu montakymment vuotta samassa talos n-, oli sit ihan surkeina.
9 No mä ehdin lähtee sitte jo pois, ennenkö sitte ihan lopulliset suunnitelmat tuli selviks,
10 että mä lähin maaliskuussa kakstuhattakuus pois
11 ja sitte vappuna kakstuhattakuus tuli sitte tää ulkoistus.
12 Paula: Nii, että sä just olit- lähit alta poi[s]
13 Taija: [N]ii just.
14 Paula: Aah.
15 Haastattelija: Joo.

(Metsälän lääkärit, 6)

Tilanne terveysasemalla on ollut vaikea ja toinen haastateltavista, Taija vastaa haastattelijan toteamukseen terveysasemalla vallinneesta maailmanlopun meiningistä kuvaamalla kaikkien olleen ”epätoivoisia, surkeita ja itkeneen kotona” (rivi 5). Verbi itkeä kuvastaa mentaalista prosessia. Kyseinen verbi on aineistossa vähän käytetty ja se erottuu muista haastateltavien käyttämistä toiminnan kuvauksista. Lääkärit ovat mentaalisia eli affektiivisiä kokijoita, jotka eivät aina tiedä miten toimia. Tämän asian voi ilmaista, mutta tietyin varauksin. Haastateltava naurahtaa puhuessaan lääkäreiden kokemuksista. Lisäksi hän ei suoraan kuvaa omaa kokemustaan, vaan kuvaus on muodossa, joka sisältää kaikki lääkärit. Paikka, jossa tunteet koetaan, ei ole kuvauksessa terveysasema vaan työntekijöiden koti. Tunteiden ja mielialan kuvauksesta käy ilmi, että kokemus oli yhteinen, siis kollegiaalinen.

Tunteiden kieltäminen

Terveystieteiden asiantuntijuus ja vahva kollegiaalisuus näkyy haastatteluissa siten, että haastateltavat ovat pääosin samaa mieltä ja tukevat toinen toisiaan esiintyessään rationaalisina toimijoina ja affektiivisina kokijoina. Terveystieteiden asiantuntijan positio on vahva, eikä työsuhteeseen liittyvä eikä verrattain lyhyt sopimus määritä työntekijän asemaa alistaiseksi. Haastateltavat ovat samanmielisiä sen suhteen, ettei sopimuksen kesto tunnu miltään ja he tuottavat tämän mielipiteen yhdessä. Tilanteessa tuotetaan sopimus siitä, mitä saa sanoa tai tuntea.

Seuraava aineistoesimerkki on ryhmähaastattelusta, jossa kolme hoitajaa keskustelee terveysaseman ulkoistamista koskevasta määräaikaisesta sopimuksesta ja työnsä jatku-

vuudesta. Tätä aihetta edeltää jakso keskustelua hoitajan ja lääkärin välisestä työnjaosta, jossa ollaan samaa mieltä siitä, että hoitajan työnkuva on laajentunut ja hän saa päättää työtehtävistään itsenäisemmin kuin ennen.

Aineisto-ote 7.

- 1 Haastattelija: Joo. (.) no tää sopimus nyt sitten Yrityksen kanssa siis öö- on ens
vuoden vielä sinne
- 2 Marjaana: [loppuun, mm].
- 3 Elina: [Mm]
- 4 Haastattelija: Ja sitte siihen tulee mahdollisesti jatko
- 5 Elina: Mm.
- 6 Haastattelija: ei- ylis- niinin yleensä tuu. Mitä mieltä te ootte tämmösestä sopim-
niinku tästä sopimuksen
- 7 kestosta ja siitä, että, että tekin ootte nyt sitte osa tätä sopimusta, mite? (.) Tar-
kotan siis sitä että te
- 8 työskentelette sen sopimuksen mukaan.
- 9 Marjaana: En mä tiä ko- onks täällä oikeestaan- tuntuuks se yh[tään]
- 10 Elina: [Mm].
- 11 Marjaana: miltään.
- 12 Elina: M[m].
- 13 Jaana: [Nii].
- 14 Haastattelija: [joo].
- 15 Marjaana: Mun mielest se ei tunnu niinku missään
- 16 Elina: Mm. [Ei ((ei saa selvää))]
- 17 Marjaana: [Jos mä olen kuntayhtymän]
- 18 Jaana: [Eei].
- 19 Marjaana: toimesta ole[va ihminen ja mut]
- 20 Elina: [Mm, mm].
- 21 Marjaana: on liisattu kaheks vuodeks tai neljäks [vuodeks]
- 22 Elina: [Mm].
- 23 Marjaana: tai viideks vuodeks, niin ei [tunnu missään]
- 24 Jaana: Eei, [kaikki, koska kaikki edut on kuitenkin] niinku säilyny, [mitä ((ei saa
selvää)), joo, mm.]
- 25 Marjaana: [ja mä olen tässä edelleenki tässä kerroksessa]
- 26 Haastattelija: [joo. Mm].
- 27 Marjaana: samassa [paikassa]
- 28 Elina: [Mm].
- 29 Marjaana: tekemäs[sä]
- 30 Elina: [Mm]
- 31 Marjaana: periaatteessa samoja hommia, [oli mun]
- 32 Elina: [Mm].
- 33 Haastattelija: [Joo].
- 34 Marjaana: palkanmaksaja kumpi taha[nsa].
- 35 Elina: [Mm].
- 36 Marjaana: Ei tunnu missään. ((naurahtaa))
- 37 Elina: Mm.
- 38 Haastattelija: Joo.
- 39 Elina: Ei se sillee ja sit niinku toikaa toi määräaikaus ja muu, niin kun tota
voi- työ- työtilanne on mikä
- 40 on, nii tavallaan sillaikaan, et joku m- työ katkeaa siinä tai muuta, nii sil ei oo
sillee merkitystä,

41 koska –iit mahdollisuuksii on koko ajan aika paljon kuitenkin

(Korpelan vastaanoton hoitajat, 54-55)

Haastattelijan kysymys koskee hänen tiedossaan olevaa asiaa terveysaseman ulkoistamista koskevan sopimuksen kestosta (rivit 6-7). Hänen positionsa on akateemisen tutkijan, jolla on sosiaalitieteellistä terveydenhuollon muutosta koskevaa asiantuntijuutta (McDowell 1997, 112). Haastateltaville tutkija on kohteen eli ”potilaan” asemassa (Hyvärinen 2008, 59). ”Potilas” ei ole aktiivinen toimija lääketieteen kentän sisällä, vaan hän esittää kysymyksiä ja kannanottoja, joihin haastateltavat ottavat etäisen tai asiantuntevan asenteen. Esimerkissä Marjaana ei lähde mukaan ”potilaan” kokemuksia herättämään pyrkivään lähestymistapaan vaan kieltää tunteet ja hänen kollegansa vahvistavat välittömästi tämän kiellon (rivit 9-13).

Huomionarvoista on myös se, että haastattelija ei käytä kysymyksessään sanaa ”tuntua”, vaan tiedustelee, mitä mieltä haastateltavat ovat (rivi 6). Mentaalisena prosessina se on lähempänä tietämistä kuin tuntemista (Hyvärinen 2008, 56). Haastateltava kääntää puheen tietämisestä tuntemiseen (rivi 9). Sana ”tuntuu” on erittäin voimakas kokijan ilmaus. Haastatellut hoitajat kuitenkin kieltävät tuntemisen korostamalla, että ”ei tunnu missään”. Tämä kokemus jaetaan yhdessä ja siitä ollaan samaa mieltä.

Hoitajat luovat jatkuvuutta puhuessaan työstään. Esimerkin haastatteluun osallistunut Marjaana tekee sen korostamalla samanlaisena pysyvää paikkaa, aikaa ja työn sisältöä: hän on edelleen samassa kerroksessa tekemässä samoja töitä riippumatta siitä, kuka on työnantaja (rivit 25-34).

Tunteen kieltäminen kertoo myös siitä, että työsuhteen epävarmuus voi tuntua ikävältä (Tannen 1993, 44). On olemassa kulttuurinen käsikirjoitus, jossa työsuhteen määräaikaisuus ja epävarmuus ovat merkittäviä asioita (Hyvärinen 2008, 52). Tämä käsikirjoitus torjutaan, eikä sitä haluta haastattelutilanteessa eksplisiittisesti tuoda esiin muuten kuin vahvasti kieltämällä. Suhdetta työnantajaan ei pidetä merkityksellisenä, koska hoitajien työmarkkinatilanne on hyvä (rivit 40-41). Terveystieteiden työntekijöiden työpanoksesta kilpaillaan ja heillä on vapautta valita, missä ja milloin he työskentelevät (Palukka & Tiilikka 2007, 40). Haastattelussa tulee esiin ryhmän tärkeinä pitämät arvot, jotka koskevat terveydenhuollon työn tekemisen jatkuvuutta ja kollegiaalisen yhteistyön merkitystä.

Hoidon tarve ei poistu, vaikka yhteiskunta muuttuu ja työnantajat vaihtuvat - hoitajia tarvitaan aina.

4.3 Terveysthuollon asiantuntijuus ja kollegiaalisuus

Edellä on käynyt ilmi, että ulkoistettujen terveysasemien työntekijöiden kerronnassa vallitsee materiaallinen prosessityyppi; työntekijät ovat toimijoita, jotka ajattelevat, tietävät ja havainnoivat rationaalisesti. Mentaaliset prosessit ovat haastateltujen työntekijöiden puheissa vähän esillä. Lääkäri tai hoitaja ei ole ensisijaisesti affektiivinen, emotionaalinen kokija. Asiantuntijoiden kieli on kollegiaalista ja yhteistä, mikä voi selittää materiaallisen prosessin vallitsevuutta. Mentaaliset prosessit ovat terveydenhuollon ammattilaisille voittopuolisesti yksilön ja yksityisyyden maailmaan kuuluvia asioita, eivätkä ne sen vuoksi korostu haastateltavien kerronnassa.

Nyky-yhteiskunnassa työmarkkinat ovat epävakaat ja työsuhteet usein lyhyitä ja terveydenhuoltoalalla määräaikaiset työsuhteet koetaan kielteisesti (Sutela 2006; Leinikki 2009, 147). Ulkoistetun terveysaseman työntekijöille pätkätyö ei näytä olevan ongelma. Epävarmuus ja pelko työsuhteen jatkumisesta eivät korostu heidän puheissaan eikä vakinaista työsuhdetta pidetä työyhteisön arvostuksen mittana (vrt. Leinikki 2009, 128).

Perusterveydenhuollon organisatorisella tasolla kyse on siitä, että terveysasemia pyritään tai joudutaan tulevaisuudessa edelleen ulkoistamaan. Organisatorisen tason muutos, eli kuntatyönantajan vaihtuminen yksityiseksi, ei ole terveysaseman työntekijöille negatiivinen muutos. Haastatellut hoitajat ja lääkärit korostavat omia valintojaan tai sitä, ettei työsuhteen luonteella perusterveydenhuollossa ole loppujen lopuksi mitään väliä. Työmarkkinat ovat hoitoalan työntekijän näkökulmasta suotuisat ja töitä riittää tulevaisuudessakin. Heitä tarvitaan ja heidän tekemisillään on paljon väliä; terveydenhuollon työntekijöiden asema ei ole kyseenalainen (vrt. Sennett 2002, 159). Voi silti kysyä, millaisen aseman haastateltavat hahmottavat markkinoistuvassa yhteiskunnassa. Yleinen odotus on, että työsuhteen pysyvyyttä pidetään määräaikaiseen verrattuna enemmän arvossa.

Raija Julkunen (2008, 230) toteaa, että uusliberalistisen työn prosesseihin liittyy esimerkiksi pelkoa kilpailussa menestymättömyydestä, ulos joutumisen tai hyödyttömäksi toteamisen uhkaa, kilpailua, suorittamista ja sen arviointia. Terveysasemien työntekijöitä nämä kärsimystä aiheuttavat ulottuvuudet eivät näytä suoraan koskettavan. Päinvastoin, hoitajat ja lääkärit kokevat työnsä hyödylliseksi ja mielekkääksi. Heidän ei tarvitse kilpaila työpaikkansa puolesta, koska terveydenhuollon työntekijöille löytyy hyvin töitä ja etenkin lääkäreistä on pulaa. Kilpailun ulottuvuus ei ole suoraan läsnä heidän työssään, mutta se on läsnä kunnan terveystalvveluja koskevan toiminnan kautta. Terveystalvvelujen ulkoistamista koskeva sopimus on määräaikainen, mikä merkitsee sitä, että tulevaisuuden työpaikka ei ole itsestään selvä.

Haastateltujen lääkäreiden ja hoitajien tapaa puhua ja kertoa kokemuksistaan voi luonnehtia varovaiseksi. He eivät pitäneet haastattelua mahdollisuutena puhua kovinkaan avoimesti tai tunnepitoisesti omista kokemuksistaan. Tähän voi olla monia syitä edellä pohditun hyvän työmarkkinatilanteen lisäksi. Yksi selitys voi olla, että hoitajilla ja lääkäreillä on salassapitovelvollisuus, eivätkä he voi puhua potilastyöstä avoimesti. Ryhmähaastattelussa kokemusten esille tuomisen tapaa edellistä määrittävämpi seikka on kuitenkin se, että tilanteessa pidetään yllä vahvaa kollegiaalista toimijuutta ja terveydenhuollon asiantuntijuuden rajoja. Kollegiaalisuuteen kuuluu samanmielisyys ja asiantuntijuuteen rationaali toiminta.

5. Viranhaltijoiden argumentit

Terveys- ja sosiaalipalveluiden ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille on julkiselle sektorille eli kunnille mahdollista, koska kunnat voivat kuntalain puitteissa päättää, miten terveyspalvelut käytännössä järjestetään. Kunnilla on mahdollisuus ostaa terveyspalveluita esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta. Kysymys ei siis ole yksityistämisestä ja tähän on syynä se, että perusterveydenhuolto on lailla määritelty julkisen vallan järjestettäväksi. (Kuntaliitto 2007, 2008.) Julkisella vallalla on perustuslain mukainen velvollisuus turvata kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä (Kuntaliitto 2007, 7).

Terveyspalveluiden ulkoistamisessa yksityisen sektorin roolina on palveluiden tuottaminen. Julkisen sektorin rooliin kuuluu sopimussuhteen solmiminen yksityisen sektorin kanssa sekä sen valvonta. Ulkoistamiseen kuuluvilla sopimuksilla pyritään vastuullisuuden lisäämiseen: läpinäkyvyys paranee sopimusten avulla, samalla varmistetaan tehtyjen suoritusten ja palkitsemisen yhteys. (Ollila & Koivusalo 2009, 24-25.)

Tässä luvussa analysoidaan kuntien johtavien viranhaltijoiden tapaa perustella omalla hallinnonalallaan toteuttamiaan terveyspalveluiden ulkoistamisia. Viranhaltijoiden esittämiä argumentteja terveyspalveluiden ulkoistamisesta tarkastellaan yhteistoiminnallisen toteutumisen näkökulmasta, sosiaalisesti rakentuneena todellisuutena argumentaatioanalyysin avulla. Tällöin haastattelupuhetta tulkitaan yleisön motivoijana ja luottamuksen saavuttajana. Analyysissä ei siten kysytä, miksi ulkoistaminen on sellainen tai tällainen tai miten se on koettu. Sen sijaan kysytään, miten haastateltavat rakentavat ja neuvottelevat roolinsa, tilanteenmäärittelynsä tai erilaiset puheen tarkoitukset, mitkä puhuvat kutsutaan esiin ja mitä funktioita ne palvelevat.

Antiikista juontuva retoriikka kielitieteeseen liittyvänä tutkimustraditiona selvittelee, miten kieltä tulisi käyttää, jotta päästäisiin haluttuihin päämääriin. Myös kuntien johtavien viranhaltijoiden haastattelupuhe, kuten kaikki viestintä – olkoon se sitten puhetta, tekstiä, kuvaa tai musiikkia – on symbolisten muotojen avulla tapahtuvaa yhteisten merkitysten tuottamista ja siten tietyn varauksin aina jollekin yleisölle suunnattua, tiettyä yleisöä vakuuttamaan pyrkivää (ks. Fornäs 1998, 179). Viranhaltijoiden haastattelupuheen analyysissä käytetään retoriikkaa yhdessä diskurssianalyysin kanssa mieltäen se enemmänkin

argumentaatioanalyysiksi kuin yhtenäiseksi metodiksi nimeltä retoriikka (ks. esim. Summa 1989; Hyvärinen 1991; Tiililä 1996).

5.1 Terveysthuollon ulkoistaminen – luonnollinen seuraus vai tietoinen valinta?

Viranhaltijat tuovat haastatteluissa esille sen seikan, ettei kuntien terveysthuollon ulkoistaminen ole ollut niinkään kunnanvaltuuston tai -hallituksen tekemä poliittinen päätös, kuin virkamiesten pakon edessä toteuttama toimenpide. Haastatellut virkamiehet kertoivat, että ulkoistamiselle ei ollut mitään vaihtoehtoja, koska kuntien terveysthuollon palvelukseen ei saatu palkattua virkalääkäreitä. Aineisto-otteesta 8. ilmenee, miten terveysthuollon ulkoistaminen on edennyt käytännössä:

Aineisto-ote 8.

Haastattelija: Joo. Totaam mitenkä sitte viranhaltijoitten ja poliittisten päättäjien rooli oli tässä, oliko mi- oliko m- tässä minkälaista työnjakoa tai mikä oli poliittisten päättäjien rooli tässä ulkoistamisessa vai oliko se sit-

Viranhaltija B: No se oli se oli se päätöksen, niinku päätöksenteko että siis, siis öö- meil on johtosääntö tehty sillä tavalla että, että nää et sillan, kun on semmosesta hankinnasta kysymys, jossa kunnan toiminta ulkoistetaan, niin vaikka se ois vähän pienimuotosempikin niinku euromäärältään niin se menee lautakuntaan jotta tota- jotta totaa öö- kun se on poli- se on poli- kun se on kuitenkin tämmönen linjapäätös, se on linjapäätös, niin sen takia se menee sinne. Ja totaa, ja totaa ja-ja, ja-ja tota mm, no la- vasemmistoliitto tästä sit kuitenkin äänestettiin ja totaa- No se on tää, tää on yks vasemmistoliiton kansanedustaja joka- tämmönen nimimerkillä toiminut kaveri joka sitte tota, tota pitää tätä- se on itse lääkäri ja se pitää tätä niinkun tavallaan, et suljetaan, niinku et- no mun mielestä siis suljetaan silmät silt todellisuudelta että, et ei me kyl oltu keksitty mitään niinku tai ainakin ku vei- mu- eihän mulla niitte lääkäreitten rekrytoinnin kanssa oo mitää tekemistä, mut k- vaikee mun on niinku nähdä mitään että mikä olis voinu niinku vaikut- millä olis voinu vaikuttaa muu- muulla enää, että, et se- sen takia se oli hyvin, hyvin- Ja sitten pohdittiin sitä, et onks se nyt terveysthuollon lautakunta tai tässä tapauksessa sosiaali- ja terveysthuollon lautakunta, onko se se viranomaisen joka on oikeutettu tän ulkoistuksen tekemään, no me päätettiin, että se on. Että se ei ollu mikään valtuustotason päätös, minkään hallitustason päätös.

(Viranhaltijahaastattelu B, 6)

Haastateltava kertoo seikkaperäisesti, miten hänen hallinnoimansa kunta joutui lääkäri- vajeeseen pakottamana ulkoistamaan terveysthuollon palveluita vasemmiston vastustuksesta huolimatta. Mielenkiintoista kuitenkin on, ettei näin iso kuntalaisten palveluihin

vaikuttanut asia käynyt lävitse laajempaa demokraattista päätöksentekoprosessia. Myös seuraavassa esimerkissä, aineisto-otteessa 9., tulee hyvin esiin, että terveyspalveluiden ulkoistaminen on ollut enemmänkin virkamiestyötä kuin demokraattiseen päätöksentekoon perustuvaa toimintaa.

Aineisto-ote 9.

Haastattelija: Joo. Eli tavallaan palataan siihen, mistä alkupuol- alkupuolella oli- puhuit siitä just johtamisesta myös. Tota mun, mun tekis mieli kysyä siitä, k-kun tota siitä, että mitenkä sitte, kun nyt ollaan tässä kaupungintalolla ja ja sää oot kuitenkin kunnan viranhaltija, et miten sitte niin kun, jos aattelee m- kunnan viranhaltijoitten ja poliitikkojen välistä yhteistyötä, yhteydenpitoa ja näin, niin minkälaista äh- minkälaista se on ollu? Näitten palvelujen ulkoistamisen niinku tiimoilta, että onko, onko ollu vastustusta tai, tai kannatusta ja, ja miten ne, se on teille välittyny?

Viranhaltija E: [Ku- mmää- kun, mul on, mul on] sellanen, sellanen tunne, että poliitikot on ollu sillä tavalla sivuraiteella, että, et niille on, niille on varmaan tarjottu se asia sellasena, että näin on ja muuta ei voi tehdä ja sitten sen jälkeen kysytää, että tehdäänkö näin vai haluatteko isomman ongelman? Ja eihä, eihän kunnan poliitikko halua mi- ongelmia tietenkään, koska sehän, sehän johtaa poliittiseen itsemurhaan ennemmin tai myöhemmin eli-

(Viranhaltijahaastattelu E, 16)

Puheenvuoro ei jätä arvailujen varaan, kuka teki kuntalaisia koskevan päätöksen ulkoistaa kunnan terveydenhuoltopalvelut. Haastateltava tuo varsin selvästi esille, miten terveyspalveluiden ulkoistaminen oli enemmänkin virkamiestyönä toteutettu kuin demokraattiseen päätöksentekoon perustuva toimenpide. Haastateltava argumentoi virkamiesten toiminnan puolesta vetoamalla poliitikkojen tietämättömyyteen ja haluttomuuteen ottaa vastuuta yhteisten asioiden hoitamisesta. Koska poliitikot eivät halunneet ottaa vastuuta terveyspalveluiden ulkoistamisesta, virkamiehet olivat pakotettuja ottamaan poliitikoille kuuluvan vastuun asiasta. Myös seuraavassa aineisto-otteessa 10. tulee varsin selkeästi esille terveyspalveluiden ulkoistamista koskevan kunnallisen päätöksenteon epädemokraattisuus:

Aineisto-ote 10.

Haastattelija: Joo, joo. No miten tää ulkoistaminen, mitä täällä Lintulassa on öh tehty, niin miten, miten sulle se historia on tuttu, että [tiedätkö siitä]?

Viranhaltija A: [No erittäin] tuttu. Elikä tota öö, ede- edellinen- tai sitä edellinen terveysjohtaja, joka lopetti [...], ni si-sillonhan minä oon niinku s-sitä edellisen terveysjohtajan kans ollaan tehty niinku paljon yhteistyötä just tässä tän, täs vastuualueella ja tota, sillon ku tätä valmisteltiin, no ihan siin sopimusneuvotteluissa en ollu joka asias mukana, mutta tota

[ku]itenki paljo käytii just näitä keskusteluja, et mitä asioita pitää huomioida ja silloin Laaksolassa oli ensimmäinen tämmönen, jonka johon Yritys tuotti palvelut, ni oltii yhteydes Laaksolaa ja Laaksolalaiset kävi kertomas omia kokemuksia ja, ja soitteli sinne ylihoitajalle ja saatiin niinku sitä kautta paljonki tietoo, että

(Viranhaltijahaastattelu A, 2)

Haastateltava kertoo, miten terveyspalveluiden ulkoistaminen hänen edustamassaan kunnassa eteni. Virkamiehet keskustelivat asiasta keskenään ja konsultoivat toisen kunnan virkamiehiä. Haastateltava esittää ulkoistamisen luonnolliseksi tapahtumaksi, joka ei tarvitse erityisiä perusteluita tuekseen.

Haastateltavat viranhaltijat ilmoittavat kuntien terveyspalveluiden ulkoistamisen syiksi lääkärivajeen, lainsäädännön pakottavuuden sekä 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetun politiikan. Perustellessaan toteuttamiaan terveyspalveluiden ulkoistamisia viranhaltijat tukeutuvat kolmeen kielelliseen vaikuttamiskeinoon: faktuaalistamisstrategiaan, responsiivisuusstrategiaan ja reaktiivisuusstrategiaan.

Faktuaalistaminen on kolmesta identifioidusta strategiasta yleisin ja yksioikoisuudessaan kaikkein mielenkiintoisin. Sen voi tulkita ”luonnollisen esittämisen” tavaksi, jonka avulla terveyspalveluiden ulkoistaminen esitetään pakon sanelemana, ainoana oikeana toimintatapana. Perusteluketju etenee seuraavasti: koska terveyskeskuslääkärin virkoihin ei ole löytynyt riittävästi hakijoita, ovat kunnat olleet pakotettuja ostamaan terveyspalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta sekä ulkoistamaan jopa kokonaisia terveysasemia. Lääkärivajeesta taas itsestään selvästi seuraa, että ilman palveluiden ulkoistamista kunta ei olisi kyennyt suoriutumaan lainsäädännön velvoittamasta tehtävästä järjestää kuntalaisille terveyspalveluita. Kuntien potema lääkärivaje taas johtuu 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetusta politiikasta.

Faktuaalistamiseen tukeutuvassa ulkoistamisen oikeutuspuheessa esitetään, miten terveyspalveluiden ulkoistaminen on toteutunut kuin itsestään, luonnonlainomaisesti. Terveyspalveluiden ulkoistamisen kuvaaminen itsestään tapahtuneeksi häivyttää väistämättä ihmistoimijan, ja osallistujien funktioista korostuvat inhimillisen tekijän asemesta olosuhteet tai asiantilat. Aineisto-otteessa 11. tulee esille, miten haastateltavien puhe organisoituu faktuaalistamisstrategian varaan yleisemmin silloin, kun yksittäisten toimijoiden

tai toimijaryhmien vastuullisuutta terveystalouden ulkoistamisesta ei syystä tai toisesta tuoda julki:

Aineisto-ote 11.

Haastattelija: Joo. Mitenkä nää terveystaloudet, niin mitä varten kunta lähti ulkoistamaan niitä?

Viranhaltija B: No se syy on varmaan sama ku ehkä kaikkialla muuallakin et se on hyvin prosallinen et ei se, ei se synny tämmösen- luulen että se hyvin harvassa tapaukses syntyy tämmösen niinku periaatekeskustelun ja plussien ja miinuksien pohdinnan kautta vaan se syntyy siit yksinkertasesesta syystä et ei ole lääkäreitä pitää tehdä jotakin. Jos ulkoistava yhteisö pystyy ne lääkärit tarjoamaan, niin, niin on pakkoraossa se otettu, tää kaupunki on jo poliittiselta profiililtaan semmonen, et se lähtökohtaisesti suhtautuu kielteisesti ulkoistamiseen. Eli tää on vasemmistoenemmistöinen kaupunki ja, ja tuota näin ollen se ei niin kun ainakaan noin ideologisena kysymyksenä suhtaudu siihen plusmerkkisesti mutta tässä tää terveystalouden ulkoistus yksinkertasesesti johtu siitä että lääkäreitä oli todella vähän.

(Viranhaltijahaastattelu B, 2)

Haastateltavan puheessa ulkoistaminen tarkoittaa toimintaa, josta inhimillinen tekijä on häivytetty pois: terveystalouden ulkoistaminen ei perustu tietoiseen harkintaan, vaan lääkärivajeen aiheuttamaan paktoon. Vedotessaan lääkärivajeeseen haastateltava kieltää ulkoistamisen johtuneen päättäjien pyrkimyksestä vähentää valtion puuttumista talouteen ja yhteiskuntaan, tehdä tilaa markkinasuhteille, pysäyttää julkisen sektorin kasvu ja tehostaa sen toimintaa. Lääkärivaje on tässä puheessa terveystalouden luonnonvoimainen toteuttaja, johon nähden päättäjien ihmisvoimainen toiminta näyttäytyy alistaiseksi. Argumentoidessaan tehtyjen toimien välttämättömyydestä haastateltava vetoaa taitavasti hallinnoimansa kunnan poliittisiin voimasuhteisiin; vaikka kunta on vasemmistoenemmistöinen, sen päättäjät eivät nähneet muuta vaihtoehtoa kuin ulkoistaa kunnan terveystaloudet ja antaa näin tilaa markkinoille.

Faktuaalistamisen varaan tukeutuvalla ulkoistamisen oikeutuspuheelle näyttää olevan ominaista, että se saa itsestäänselvydet toimimaan luonnonlainomaisena, jolloin se ohjaa yleisön tulkintoja väistämättä tiettyyn suuntaan. Puhe rakennetaan siten, että yleisö joutuu hakeutumaan automaattisesti tiettyihin päätelmiin. Näin lääkärivajeesta seuraa terveydenhuollon markkinoistumiselle luonnollinen ja vastaansanomaton peruste.

Toinen haastattelupuheesta identifioitu terveystalouden ulkoistamista perusteleva strategia on responsiivisuuspuhe. Kuten faktuaalistamispuhe, myös responsiivisuuspuhe

edustaa hallinnollisiin tarpeisiin tuotettua virkakieltä, jonka funktiona on oikeuttaa viranhaltijoiden toiminta sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa. Tukeutuessaan responsiivisuusstrategiaan haastateltavat vetoavat kunnan kantamaan vastuuseen kuntaväestön terveydestä ja hyvinvoinnista; kunnat eivät yksinkertaisesti olisi selvinneet lakisääteisistä velvoitteista ilman terveyspalveluiden ulkoistamista. Terveyspalveluiden ulkoistaminen ei responsiivisuuspuheessa esittäydy siten tietoisena ideologisena tai toiminnan tehokkuutta ja laatua palvelevana valintana. Aineisto-otteessa 12. haastateltava tukeutuu lainsäädännön velvoittavuuteen perustellessaan terveyspalveluiden ulkoistamista:

Aineisto-ote 12.

Viranhaltija C: Ja sitten on ku- osin kuntalaki kuiteski viel yks siinä viitekehyksenä, et kuntalaki sit on taas, et o- palvelut on järjestettävä, ((koputtaa pöytään)) eli kuntalakiki on että kuka tuottaa, vai järjestää, et meillähän on järjestämisvelvollisuus, ni, ni tää aiheuttaa ne reuna- reunaehdot siihe, että ku se on niin sanottu sitte e-erityistoimiala, jossa o hyvin vahvast säänneltyä toimialaa, niin ne on kuitenkin- ja kuntalaisil on tietynalainen subjektiivine oikeus melkein kaikkeen, ((koputtaa pöytää)) ainaksi kiireelliseen, ni se tuo sen haasteen että, että ne on kuitenkin heti oltava, oltava ne palvelut tavalla tai toisella, et siin ei jääny semmost vaihtoehtoo, et jaaha, et me nyt mietittäs muutama kuukausi tai puoli vuotta ja katottais, miten se menee, niinku jossain muualla toimialalla, mikä ei o lakisääteisä, nii siellähän voi- Ku ihmisten on saatava sitä palvelua ja se voi pahimmillaan johtaa, niinku täs Nokian tapaukses, vesikriisissä, ni se voi johtaa vahingonkorvaus- ja syytteisii ja laiminlyöntii, niin se ol ihan selvää, et se oli haettava.

(Viranhaltijahaastattelu C, 3.)

Haastateltava rakentaa taitavasti perustelunsa vetoamalla lainsäädännön velvoittavuuteen kuntalaisten palvelujen takaamisessa. Responsiivisuusstrategian varaan tukeutuva puhe esittää terveyspalveluiden ulkoistamisen ainoaksi mahdolliseksi toimenpiteeksi tilanteessa, jossa lääkärivaje uhkaa kuntalaisten subjektiivista oikeutta saada terveyspalveluita. Haastateltava korostaa ulkoistamisen vaihtoehtottomuutta myös kehollisuutta hyväksi käyttäen: hän päättää esityksensä kuntalaisten subjektiivisesta oikeudesta koputtamalla pöytään. Kehollisen toiminnon funktio haastateltavan esityksessä on vahvistaa vaikutelmaa siitä, että hän tuntee aitoa ja vilpitöntä vastuuta kuntalaisten hyvinvoinnista.

Terveyspalveluiden ulkoistamista perustellaan paitsi lääkärivajeeseen ja lainsäädäntöön, myös 1980- ja 1990-luvuilla harjoitettuun politiikkaan vetoamalla. Aikaisempien poliittisten päättäjiä aiemmin tekemät valinnat ohjaavat nykyistä ja tulevaa poliittista toimintaa

vääjäämättömästi ja pakottavasti, eikä yksittäinen viranhaltija kykene muuttamaan toiminnan suuntaa. Kolmas viranhaltijoiden haastattelupuheesta identifioitu terveyspalveluiden ulkoistamista perusteleva strategia on reaktiivisuuspuhe. Siihen tukeutumalla haastateltavat esittävät ulkoistamisen väistämättömäksi ja luonnolliseksi seuraukseksi 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetusta politiikasta. Aineisto-otteessa 13. haastateltava perustelee reaktiivisuusstrategiaan tukeutumalla terveyspalveluiden ulkoistamisen välttämättömyyttä:

Aineisto-ote 13.

Viranhaltija C: ...että eihän tää oo kenenkää viranhaltijoitten, päättäjiän vika, vaa kylhän sitä voi sinne osottaa kaheksan- yheksänkytluvun Suomen valtiolle, et m- meitäh on ajettu tähän tilanteeseen ja vielä ei oo näytetty semmoiss korjausliikkeitä ainaskaa, mikä mua ois, mua ois vakuuttanu, et lääkärimäärät onnettoman pieniä, että ja psykiatrialla meillä on kauhee, sitäki me ollaan nyt mietitty sen jälkeen, et joudutaako ulkoistaa ja suun terveydenhuollos sama tilanne lääkäripuolella avopalveluitten lisäksi ja ni, kylhän nää niinku, en tiä k- onko valtiolla ymmärretty, epäilen, ettei o, et mihi, et täähän on tietone tilanne- vois, jos ajattelis niinku tutkijana, nii vois ajatella kaskyvuotta, viistoist, et joku on tietosesti halunnu ajaa meijät markkinaperusteiseks terveydenhuollo- no, se voi olla sillo, et sit ei oo ymmärretty, mää epäilen kyllä enemmän yheksänkytluvulla, millon ne päätökset on tehty, semmonen kymmenen, viistoist vuotta sit, mistä me nyt nautitaan sitte.

(Viranhaltijahaastattelu C, 7)

Haastateltava tuo esille, ettei ulkoistamiseen johtaneita olosuhteita voida osoittaa kenenkään yksittäisen toimijan ja ryhmän toiminnan aiheuttamaksi. Ulkoistamiseen johtaneet olosuhteet ovat Suomessa 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetun politiikan väistämätöntä tulosta. Koska haastateltava ei henkilöi tätä politiikkaa, valtasuhteiden hierarkkinen järjestäminen ja niiden diskursiivinen uusintaminen jäävät näkymättömiksi: paitsi ulkoistamisen tarkempia perusteita, myöskään niiden toteuttajia ei mainita. Kun toimijat etäännytetään ja häivytetään pois näkyvistä, viranhaltijat eivät välttämättä hahmota teksteissä implisiittisesti esiintyviä luonnollistuneita valtasuhteita ja institutionaalisia merkityksiä, vaan kuvittelevat toimivansa niiden mukaisesti omasta tahdostaan (Heikkinen 2000, 114).

5.2 Viranhaltijoiden ulkoistamisen oikeuttavat strategiat

Luvussa on analysoitu viiden johtavan viranhaltijan esittämiä perusteluita heidän hallinnoimiensa kuntien terveystalouden ulkoistamiselle. Johtavien viranhaltijoiden esittämiä perusteluita terveystalouden ulkoistamisesta on analysoitu siten, että puheen ideologinen konteksti on ollut erityisen huomion kohteena. Viranhaltijoiden puheesta terveystalouden ulkoistamisesta on tarkasteltu siitä näkökulmasta, mitä se kertoo suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan nivoutuvasta aate- ja arvomaailmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että viranhaltijoiden haastatteluissa tuottamat merkitykset eivät ole sattumaa, vaan erityistä kielellistä toimintaa, jonka avulla luodaan kuvaa 2000-luvun hyvinvointipolitiikasta ja sen linjasta. Näin tarkasteltuna viranhaltijoiden puhe on hallinnollisiin tarpeisiin tuotettua virkakieltä, jossa aktualisoituu valtiovallan toteuttama sosiaali- ja terveystalouden ohjaus.

Kaikki viisi haastateltua viranhaltijaa ilmoittavat kuntien terveystalouden ulkoistamisen syiksi lääkäriarvojen, lainsäädännön pakottavuuden sekä 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetun politiikan. Perustellessaan toteuttamiaan terveystalouden ulkoistamisia viranhaltijat tukeutuvat kolmeen kielelliseen vaikuttamiskeinoon, faktuaalistamisstrategiaan, responsiivisuusstrategiaan ja reaktiivisuusstrategiaan.

Faktuaalistaminen on kolmesta identifioidusta strategiasta yleisin ja yksioikoisuudessaan kaikkein mielenkiintoisin. Sen voi tulkita ”luonnollisen esittämisen” tavaksi, jonka avulla terveystalouden ulkoistaminen esitetään pakon sanelemana, ainoana oikeana toimintatapana. Faktuaalistamiseen tukeutuvassa ulkoistamisen oikeutuspuheessa esitetään, miten terveystalouden ulkoistaminen on toteutunut kuin itsestään, luonnollisella tavalla. Terveystalouden ulkoistamisen kuvaaminen itsestään tapahtuneeksi häivyttää väistämättä ihmistoimijan, ja osallistujien funktioista korostuvat inhimillisen tekijän asemasta olosuhteet tai asiantilat.

Toinen viranhaltijoiden puheesta identifioitu terveystalouden ulkoistamista perusteleva strategia on responsiivisuuspuhe. Kuten faktuaalistamispuhe, myös responsiivisuuspuhe edustaa hallinnollisiin tarpeisiin tuotettua virkakieltä, jonka funktiona on oikeuttaa viranhaltijoiden toiminta sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa. Tukeutuessaan responsiivisuusstrategiaan haastateltavat vetoavat kunnan kantamaan vastuuseen kunta-

väestön terveydestä ja hyvinvoinnista; kunnat eivät yksinkertaisesti olisi selvinneet lakisääteisistä velvoitteista ilman terveyspalveluiden ulkoistamista. Terveyspalveluiden ulkoistaminen ei responsiivisuuspuheessa esittäydy siten tietoisena ideologisena tai toiminnan tehokkuutta ja laatua palvelevana valintana.

Kuntien johtavat viranhaltijat perustelevat terveyspalveluiden ulkoistamista paitsi lääkäri- vajeeseen ja lainsäädäntöön, myös 1980- ja 1990-luvuilla harjoitettuun politiikkaan vetoamalla. Aikaisempien poliittisten päättäjien aiemmin tekemät valinnat ohjaavat nykyistä ja tulevaa poliittista toimintaa vääjäämättömästi ja pakottavasti, eikä yksittäinen viranhaltija kykene muuttamaan toiminnan suuntaa. Kolmas viranhaltijoiden haastattelupuheesta identifioitu terveyspalveluiden ulkoistamista perusteleva strategia on reaktiivisuuspuhe. Siihen tukeutumalla haastateltavat esittävät ulkoistamisen väistämättömäksi ja luonnolliseksi seuraukseksi 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetusta politiikasta.

Viranhaltijoiden haastattelupuheen analyysi osoittaa, että viranhaltijan puhe luonnollistaa kunnissa toteutetut terveyspalveluiden ulkoistamiset ja abstrahoi niistä vastuussa olevat toimijat, jolloin vaihtoehtojen pohdinta ei ole tarpeellista. Vaihtoehtojen esittämättä jättäminen osoittaa, että viranhaltijoiden ulkoistamisen oikeuttamispuheessa on luonnollistunut tapa jättää eksplikoimatta, miksi ”oikeasti” toimitaan niin kuin toimitaan.

6. Perusterveydenhuollon tulevaisuus

Perusterveydenhuoltoon kohdistuvat muutospaineet eivät ole uusi ilmiö. Terveyskeskusjärjestelmässä on tunnistettu monia ongelmia ja järjestelmää on muokattu koko sen olemassaolon ajan. (Tolkki 2008, 28.) Perusterveydenhuoltoa pyritään edelleen kehittämään koko ajan. Lääkärivajeen lisäksi muun muassa väestön vanheneminen, sairastavuuden lisääntyminen ja muuttoliike suuriin kaupunkeihin vaikuttavat paineisiin muokata terveyskeskusjärjestelmää. Tulevaisuuden yksi ongelma tulee olemaan hoitajapula. Hoitajia on määrällisesti yhtä paljon kuin ennen, mutta vanhempien ikäryhmien kasvu lisää hoitajien kysyntää. Suuret ikäluokat vanhenevat ja hoidon tarve kasvaa. Yksi ratkaisu tähän on hoitajien rekrytointi ulkomailta, esimerkiksi Kiinasta. (Savilahti 2008, 12.) Merkittävimmät tämänhetkisistä perusterveydenhuoltojärjestelmään vaikuttavista kehittämistoimista ovat kunta- ja palvelurakennemuutos ja terveydenhuoltolain uudistaminen. Myös ostopalveluiden käytön on arvioitu lisääntyvän terveydenhuollossa jatkossa (YLE 2004). Uusliberalistinen suuntaus kunnallispolitiikassa vahvistaa yksityisten palveluiden laajenevaa käyttöä.

Perusterveydenhuollon ulkoistaminen on niin uusi asia, että kokemukset siitä ovat vielä varsin vähäisiä. Tulevaisuuden povataan kuitenkin tuovan tullessaan ainakin lyhyellä tähtäimellä lisääntyvässä määrin ulkoistettuja terveysasemia. Koska perusterveydenhuollossa kunta on palvelun järjestäjänä ikään kuin puun ja kuoren välissä, kunnissa pelätään myyjän markkinoiden lisäävän tuotantokustannuksia ja tuottajan mahdollisuutta sanella palvelutuotannon ehdot.

Toisaalta pohditaan, että jos yksityinen palvelutuotanto ei lisäänty, julkisen perusterveydenhuollon on muututtava muun muassa tulosvastuullisuuden suhteen. Kaiken kaikkiaan nykytilanne nähdään monilla tavoin väliaikaisena. Positiivisten piirteiden korostamisesta huolimatta ulkoistetun terveysaseman toiminta nähdään kädestä suuhun elämisenä. Palvelutuotantomuodon lyhytjänteisyys ei toimi, kun väestö vanhenee ja hoidon tarve kasvaa. Samalla pohditaan myös kokonaan toisenlaisten toimintatapojen, kuten yksityistämisen mahdollisuutta. Myös lääkäritilanne saattaa muuttua, jolloin terveyskeskuksiin riittää lääkäreitä ja keikkafirmojen asema heikkenee.

Perusterveydenhuollon asemaa painotetaan nimenomaan säästöjen tuojana, kun se nykyään on säästöjen kohde. Hyvä perusterveydenhuolto vähentää kalliita erikoissairaanhoidon toimenpiteitä. Terveyden perustekijänä korostetaan ihmisten vastuuta omasta terveydestään. Tämä vaatii kuitenkin kulttuurisia muutoksia.

Tässä raportin viimeisessä sisältöluvussa tuodaan esiin haastateltujen hoitajien, lääkäreiden ja kunnan viranhaltijoiden näkemyksiä siitä, millaiseen suuntaan perusterveydenhuolto on menossa tai miten sitä tulisi jatkossa kehittää. Luvussa on faktuaalinen näkökulma suhteessa aineistoon. Faktuaalisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että aineistosta on etsitty perusterveydenhuollon tulevaisuutta koskevat haastattelujen kohdat. Tämän jälkeen niiden asiasisältöä on suhteutettu terveydenhuoltojärjestelmän kehittämishankkeisiin ja suunnitelmiin ja terveydenhuollon tulevaisuuden suuntiin, joihin haastateltavat puheissaan viittaavat.

6.1 Hoitajien ja lääkäreiden tulevaisuuden visioita

Haastatellut hoitajat ja lääkärit eivät usko suomalaisen perusterveydenhuollon jatkuvan kunnallisena siinä muodossa kuin se on tähän mennessä ollut. He ovat lähes yksimielisiä siitä, että yksityinen palveluntuotanto tulee lisääntymään, vaikka tulevaisuuden terveydenhuollon järjestämisen tavat ovat vielä hämärän peitossa. Koska monilla suomalaisilla kunnilla on vaikeuksia saada tarvittava määrä lääkäreitä ”kunta ei voi sillon enää sanella” (Korpelan päivystysten hoitajat, 60) ja terveystalouksia tullaan hankkimaan ulkoistettuna jatkossakin ”yhä enemmän (...) eikä perinteiseen kuntamentaliteettiin palaaminen tuskin ole enää vaihtoehto” (Korpelan lääkärit, 43).

Tulevaisuudessa väestö ikääntyy ja suuret ikäluokat tulevat ikään, jossa sairastellaan yhä enemmän. Ihmiset myös elävät pidempään ja huolehtivat terveydestään sekä haaveilevat aiempia ikäluokkia helpommin hoitoon. Terveydenhuoltopalvelujen käyttäjä on usein asiakas, joka osaa vaatia laadukasta hoitoa. Haastatteluissa tulee esiin huoli siitä, että tällaisessa tilanteessa kaaosmaisuus voi lisääntyä, jos ”vastuulääkärisysteemi, järjestelmällisyys ja logistiikka” eivät ole kunnossa (Korpelan hoitajat, 64).

Lääkäreiden yksityisrittäjyyden laajentaminen

Suomessa ei ole merkittävässä määrin sellaisia yksityislääkäreitä, jotka toimisivat kokopäiväisesti ammatinharjoittajina. Terveysasemat ovat tästä poikkeus; lääkärit toimivat niissä usein kokopäiväisesti. Jorma Back (2004) arvioi, että mikäli ammatinharjoittajapohjalta harjoitettava yksityislääkäritoiminta yleistyisi, edellyttäisi se radikaalia terveyspalvelujen ulkoistamista ja yksityistämistä. (Emt., 26.) Haastatellut lääkärit esittävät, että yksityisten lääkäreiden toimintaa voisi perusterveydenhuollossa lisätä, mutta tietyn rajoituksen.

Aineisto- ote 14.

Laura: Eli jos sitte perusterveydenhuoltoa rajattaisiin sillä tavalla, että, että osa- osan niistä hommista hoitaisi sitte joku yksityispuolen- puole firma, ni sit se mahdollisesti jatkos tulis tää kunnallinen perusterveydenhuolto säilymää ja jos se niinku lakia ei muuteta, ni-

(Korpelan lääkärit, 46)

Perusterveydenhuollon suunta olisi sama kuin tähänkin asti: osan tehtävistä hoitaisi kunnallinen perusterveydenhuolto ja osa tehtävistä siirrettäisiin yksityisten palveluntuottajien käsiin. Uuteen terveydenhuoltolakiin ehdotetaankin, että kuntien järjestämisvastuun puitteissa perusterveydenhuoltoa voitaisiin vahvistaa hankkimalla palveluja yksityissektorilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 14). Kunnilla olisi siis edelleen vastuu palvelujen järjestämisestä.

Haastatellut lääkärit eivät puhu selkeästi yksityistämisen puolesta, vaan pikemminkin he esittävät vaihtoehtoja, jotka sijoittuvat kunnallisen ja yksityisen palvelun tuotannon väli- maastoon.

Aineisto-ote 15.

Aino: Mut varmaan jotain, jotain siltä ja väliltä, että, et-et jotain, onks se nyt Norjan tai Tanskan mallia tyypisesti, että kunta tarjoo tilat ja lääkärit tekee sielä itsenäisesti työtä tai mikä se nyt sitte onkaa, m- täshän sitä nähdään sitte.

(Korpelan lääkärit, 43)

Aineisto-ote 16.

Paula: No se on taas niinku, et tavallaan ne, eiks ne oo niinku yksityisyrittäjiä mut siin ei oo mitään firmaa välissä, että et niil on joku tämmöne, tämmönen (..) systeemi sit, emmä o pe-rehtyny siihe

(Metsälän lääkärit, 29-30)

Haastatellut lääkärit viittaavat ”Norjan malliin”, missä lääkärit ovat itsenäisiä ammattinharjoittajia ja jokaisella on erillinen sopimus kunnan kanssa. Tässä ammattinharjoittajamallissa suuryritykset olisi suljettu kokonaan pois peruspalveluista. Ainoastaan muutaman ammattinharjoittajan yhteenliittymiset voitaisiin sallia. Lääkärit ja hoitajat voisivat toimia itsenäisesti ilman kunnallisen byrokratian koneistoa ja samalla kansalaisten terveyspalvelut olisi taattu. Palvelujen ehdot ja hinnat sovittaisiin ammattiliittojen ja sosiaalivakuuttajien välisissä neuvotteluissa vuosittain. (Haukka 2009.)

Haastatteluissa tulee esiin myös mahdollisuus, jossa lääkärit voisivat toimia esimerkiksi osuuskuntamallin pohjalta. Osuuskuntamallissa terveyskeskukset muodostavat tukiosuuskunnan, jonka tehtävänä on terveydenhuoltopalvelujen valtakunnallinen prosessi- ja ketjuohjaus (Suomen Lääkärilehti 2007a, 4078). Mallia on hahmoteltu myös käytännössä: Kuopion ja Oulun yliopistot ovat hakeneet kuntia ja terveyskeskuksia pilottihankkeeseen, jossa pyritään kehittämään terveyskeskuksia osuustoimintamuotoisiksi. Osuuskuntana toimivan terveyskeskuksen omistaisivat kunnat ja Kansaneläkelaitos, henkilömistajia voisivat olla lääkärit ja sairaanhoitajat. Myös kuntalaiset voisivat toimia mallissa asukasomistajina. (Suomen Lääkärilehti 2007a; Tolkki 2008, 28.)

Sairaanhoitajien työnkuvan laajentaminen

Haastatellut hoitajat ja lääkärit pohtivat sitä, että jos tulevaisuudessa yksityiset terveydenhuoltopalvelut lisääntyvät, ei kaikilla kansalaisilla ole välttämättä mahdollista hakeutua terveydenhuollon piiriin. Tuloerot ja köyhyys tulevat todennäköisesti lisääntymään ja kävijämäärät kunnallisessa perusterveydenhuollossa voivat myös nousta. Yksi ratkaisu on kunnan järjestämisvastuun puitteissa lääkäri-hoitajatyöpari –toimintamallin käyttöönotto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 14).

Aineisto-ote 17.

Mirja: Se kävijämäärä kuitenkin perusterveydenhuallossa niin kun (..) kasvaa.

Kirsi: Se ois varmaan tätä aikuisväestöä, koska lapsethan on edelleen (..) hyvin vakuutettuja ja nehan käyttää näitä yksityiskorvalääkärin palveluita (..)

Mirja: Minä epäilen, että Suomes vähän, vähän tohon, mitä Tellervo sano, mut minä epäilen, et meille tulee semmonen niin sanottu välskäri-malli, että meil on lääkärit, sit meil on siltä väliltä tämmöset osaaajasairaanhoitajat ja (..) sitten on perussairaanhoitajat, elikkä (..) tavallaan sitä, nythän on puhuttu esimerkiksi reseptinkirjotusoikeudesta joillekkin hoitajille

(Metsälän hoitajat, 80)

Hoitajien ja lääkäreiden välisen työnjaon muuttaminen toisi helpotusta lääkärivajeeseen. Käytännössä työnjaon muutos merkitsee Suomen Lääkäriliiton tutkimuksen mukaan hoitajien työnkuvan laajentamista siten, että joitakin lääkärin tehtäviä siirretään hoitohenkilökunnalle, jolloin lääkärit voivat keskittyä selkeämmin lääketieteellisiin tehtäviin. Hoitajat hoitavat pieniä vaivoja ja tekevät pitkäaikaisseurantaa ja heidän oikeutensa kirjoittaa lähetteitä tutkimuksiin laajenisi. Tehtäviä voitaisiin jatkossa siirtää myös sairaanhoitajilta perus- tai lähihoitajille. (Perusterveydenhuollon suunta 2008; Tolkki 2008, 26-27.) Välskäri-mallissa osaaajasairaanhoitajilla voisi tulevaisuudessa olla rajattu reseptinkirjoitusoikeus. Esimerkiksi Norjassa lääkkeitä voi jo määrätä lääkärin lisäksi apteekkari tai farmaseutti, mutta Suomessa ei tällaiseen järjestelmään olla siirtymässä (Vänskä 2009).

Hoitajien ja lääkäreiden välisen työnjaon muutos vaikuttaisi ammattikuntien asemaan eikä välskäri-mallin toteuttamisesta olla yksimielisiä. Suomen Lääkäriliiton kanta on, ettei Suomeen ole tarpeen luoda mallia, jossa on oikeita lääkäreitä ja apulääkäreitä eli välskäreitä. Sairaanhoitajia edustava liitto Tehy pitää mahdollista uudistusta kannatettavana: lääkäreiden tehtäviä voitaisiin siirtää kohtuullisessa määrin lääkäreiltä hoitajille. (Grönvall 2008.)

6.2 Viranhaltijoiden näkemyksiä perusterveydenhuollon tulevaisuudesta

Kuten lääkärit ja hoitajat myös kuntien johtavat viranhaltijat ovat sitä mieltä, että terveydenhuoltopalvelut tulee tulevaisuudessa järjestää toisin kuin tänä päivänä. Viranhaltijat pelkäävät, että jos järjestelmää ei muuteta, kunnat tulevat olemaan yhä enenevässä määrin pakotettuja verovaroin rahoittamaan kuntalaisten hyvinvointi- ja terveydenhuolto-

palvelut yksityisiltä ylikansallisilta palveluntuottajilta (ks. myös Haukka 2009). Viranhaltijat tuovat toistuvasti esiin, että terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteena on tuottaa terveyttä kansalaisille eikä rahaa sijoittajille tai valtaa poliittisille päättäjille, mitkä näyttäisivät olevan nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteina. Vaikka kaikki haastatellut viranhaltijat tunnustavat nykyiset ongelmat ja sen, että toimet terveydenhuoltosektorin toiminnan tehostamiseksi ovat olleet pääasiassa vääräsuuntaisia, he eivät ole yksimielisiä siitä, miten kuntien terveydenhuoltopalvelut tulisi tulevaisuudessa järjestää, jotta kaikille väestöryhmille kyetään takaamaan yhdenvertaiset kunnalliset palvelut. Siinä missä yksi haastatelluista viranhaltijoista pitää tiukasti kiinni julkisista terveydenhuoltopalveluista, toinen haastateltava antaisi enemmän tilaa yksityiselle palvelutuotannolle:

Aineisto-ote 18.

Viranhaltija A: Ee-i ja-ja tietyllä ö- tiet- tietyllä lailla, nii, me ollaan keskusteltu tästä paljon täällä. Et, et ei haluta lähtee ulkoistaa ja-ja yksityistä näitä julkisia palveluja, koska meidän tehtävä on kuitenkin hoitaa ja palvella kaikki.[Me] ei voida valikoida meidän asiakkaita, niinku muut voi. Ja myös ei voida tehdä sitä, ni mitäs sitte käy, n- jos nää yksityistetää kaikki, ni mihi- mistä saa palvelun sit nää heikommassa asemassa olevat ihmiset ja [muut].

(Viranhaltijahaastattelu A, 15-16)

Aineisto-ote 19.

Haastattelija: Joo. Tota ää- sit tämmösiä visiointikysymyksiä et mikä olis paras tapa järjestää perusterveydenhuolto mielestäsi?

Viranhaltija B: Si- sillä tavalla että nää tämmösten- öö, et kunnalla olis pätevät ostajat siis niin kun tämmönen terveystohtori e-esikuntineen ja ne olis tämmösiä pienyhtiöitä nää erilliset terveysasemat, jotka vois saman kunnankin sisällä kilpailla. Että niinku, et meil olis Lintulan ää- terveyskeskuspalvelut- tai ei, ei se- ei sillä tavalla että se ois niinku pysyvä, ku sillohan se tarkoittaa, että siel olis aina se sama yhtiö sen pitäis aina niinku vaikka, vaikka viiden vuoden tai kymmenenkin vuoden, kymmenen vuottaki vois olla se periodi, se vois olla. Tai joku seittämän vuottakin vois olla ehkä ja- Mut et sillä tavalla, että oli tällasii pienyhtiöitä jossa omistajat tekis siel töitä, siis ne lääkäri- lääkäri- lääkäri- tietyst ois hyvä jos ne hoitaj atkin omistais. Mut et se ois tämmönen- sillä tavalla omistettu, vähän tämmönen niin kun osuuskunta.

(Viranhaltijahaastattelu B, 9)

Sekä julkisia terveydenhuoltopalveluita puolustava Viranhaltija A että yksityistä palvelutuotantoa puolustava Viranhaltija B ovat saman kunnan palveluksessa. He hallinnoivat samaa kuntaa, mutta eri poliittisilla mandaateilla. Kummastakin aineisto-otteesta voi hyvin päätellä, millaista poliittista aatemaailmaa kumpainenkin viranhaltija edustaa. Toinen

edustaa aatemaailmaa, jossa pyrkimyksenä on vähentää valtion puuttumista talouteen ja yhteiskuntaan, tehdä tilaa markkinasuhteille, pysäyttää julkisen sektorin kasvu ja tehostaa sen toimintaa. Toinen taas puolustaa hyvinvointivaltiota, jossa hyvinvointipalvelut tuotetaan julkisesti.

Sama dikotomia, joka ilmenee viranhaltijoiden näkemyksissä siitä, miten terveydenhuoltopalveluita tulisi tulevaisuudessa tuottaa, on todennettavissa myös viranhaltijoiden esittämissä näkemyksissä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä suhteesta:

Aineisto- ote 20.

Haastattelija: Miten sää järjestäisit t- ää- viittasit, viittasitki siihen, että, et niinku et joko erot kasvaa tai, tai sitte privatisoidaa enemmän tai terveydenhuoltojärjestelmää pitäis muuttaa, niin miten- jos sä saisit muuttaa sitä, niin mikä sun mielestä olis semmonen paras mahdollinen tapa toteuttaa?

Viranhaltija C: Kyllä mä ottaisin, jos mä lyhyesti ottaisin niin, mitä ite tutkinu kans, nii jos-taki Englannista, Ruotsista, ehkä Hollannin järjestelmästä, Norjan ja Suomesta ne par-haimmat puolet. En mä mistään ottais suoraa, alkais kopioimaa.

Eli mä lähtisi just siihe että vahva perusterveydenhuolto olis ensimmäinen, ensimmäinen, mut siin ei sais pelkkä olla kapitaatio-väestösuhde, et siin täytyy olla selvästi, että ostetaan jotaki tiettyjä, jos esim-kki kaupungit niinku Tampere ja met- menee tilaaja-tuottaja, nii tilaus on semmonen, että terveystavotteita laitetaan, et väestön tietty terveys, tietyt käyntimäärät ja tietyt otetaan tämmöset indikaattorit, kyl ne pystytään niinku rakentaan, jos halut-halutaa, että väestön terveysjonot on mahdollisimman pienet, väestöt saa mahdollisimman paljon, kuinka paljon se peittävyys o ja mitä saa eri väestöryhmät. Et se puk- ostelee tasapuolisesti.

Sit tie-ski valtio, se ottaa siihe nykysillä mahdollisimman selkeet rahat, että siel on se perusterveydenhuollos meille tulee nyt erikoissairaaho- kuuskytprosenttii, perusterveydenhuollot on tommone kolmekytkuus- seitsemän- kaheksan, vajaa neljäkyt prosenttia, riippu vähä alueesta. Ja sehän koko ajan tarkoittaa, ku perusterveydenhuolto vedetään ahtaamalle ja pienemmälle tällä seutukunnassa, perusterveydenhuollon neljä prosenttii keskiver-to kustannustennousu neljä- neljä puoli, erikoissairaanhoi- kaheksan, kaheksan puol. Nii täähän tarkoittaa, ku erikoissairaanhoido kasvattaa kustaks- nnuksia ja perusterveydel sääs-tetään, säästetään sillä, sen kustannuksella, ni sehän tarkoittaa, et terveyserot kasvaa.

(Viranhaltijahaastattelu C, 9)

Viranhaltijan C mukaan terveydenhuollon ongelmat johtuvat pitkälti siitä, että perusterveydenhuoltoon ei kohdenneta resursseja riittävästi. Erikoissairaanhoido kasvattaa koko ajan perusterveydenhuollon kustannuksella osuutta kunnan menoista, mikä on johtanut ja johtaa yhä enenevässä määrin väestön terveyserojen kasvamiseen. Siinä missä viranhaltija C edellyttää vahvaa perusterveydenhuoltoa ja sen tiukkaa erillään pitämistä erikoissairaanhoidosta, viranhaltija D pitää hyvänä ratkaisuna paitsi perusterveydenhuol-

lon ja erikoissairaanhoidon myös koko sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden yhdistämistä yhdeksi palvelukokonaisuudeksi:

Aineisto- ote 21.

Haastattelija: [Joo], joo. (.) No miten, miten näät sitten niinku laajemmin tän, että mihin suuntaan ollaan menossa, että i-ilmeisesti teillä niin kun tää tilaaja-tuottajamalli on, että tää on niinku useilla paikoilla Suomessa öö- mutta miten tää palvelurakennemuutos ja erityisesti perusterveydenhuollon palvelut, niin miten, mihin suuntaan ollaan menossa?

Viranhaltija D: Nohh, ainakin kaks trendiä on selvästi näkyvissä. Toinen on tää, mikä tapahtuu pakosta, niin kun meilläkin on- näyttäisi siltä, et se viel jatkuu tää yksityistäminen, mutta meil on esimerkiks nyt kuitenkin tän uuden kunnan valmistelun yhteydessä tullu myöski sitä toista suuntaa, että sieltä ollaan valmiita tulemaan takasin tänne kunnallisen terveydenhuollon puolelle ja on tultukin jo ja parasta aikaa on tulossa ainakin yksi lääkäri. Öö- eli, eli se, sitä en osaa sanoa viel, et kumpaan se nyt kääntyy, mutta niin kun henkilökohtanen näkemykseni kyllä on, et kyl se niin kun se järjestämisvastuu ja pääosa siitä palvelujen järjestämisestä pitäs olla kunnalla siis myöskin ihan käytännössä niinku kunnan omaa toimintaa, mutta sitte osia varmast voidaan ja pitää jatkossaki ostaa. Mut sit toinen tää suuntaus on, jonka epäilen, et kyllä se tulee varmaan niinku myöhemmin menemään, on tää uuden terveydenhuoltolain mukainen suuntaus, että nää olis niin kun yhdessä tää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon.

(Viranhaltijahaastattelu D, 10)

Viranhaltija D kannattaa mallia jossa järjestämisvastuu ja pääosa palveluiden järjestämisestä on yhteiskunnalla. Viranhaltijan D esittämässä näkemyksissä paremmasta palvelutuotannosta aktualisoituu Teppo Krögerin (1997) käyttämä käsite hyvinvointikunta, jolla hän viittaa laajoja hyvinvointipalveluja tuottavaan kunnallishallintoon. Hyvinvointipalveluiden tuottaminen kunnissa lähti Krögerin mukaan laajenemaan 1970 – ja 1980 – luvuilla, jolloin valtio ohjasi vahvasti hyvinvointipalveluiden rakentamista.

Haastateltavat esittävät eriäviä näkemyksiä paitsi edellä mainituista tavoista järjestää kuntien terveydenhuoltopalveluita, myös kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 9.2.2007). PARAS- hankkeen avulla on pyritty korjaamaan nykyisen palvelurakenteen ongelmia määrittelemällä terveyskeskuksen väestöpohjaksi vähintään noin 20 000 asukasta.

Viranhaltijat ovat kuitenkin laajasti sitä mieltä, että PARAS- hankkeen tavoitteita ei tulla saavuttamaan, ja kuntien palvelurakenne tulee rapautumaan yhä nopeammin. Kansalaisten kannalta tämä tarkoittaa sitä, että kaikille ei kyetä takaamaan riittävää turvaa ja peruspalveluiden varmaa saatavuutta. Ne joilla riittää varoja, voivat ostaa lisäpalveluita omilla varoillaan. Jotkut haastatelluista viranhaltijoista tuovat selkeästi esille, että kunta-

ja palvelurakennemuutos on puhtaasti poliittinen hanke, eikä sille ole asetettu samoja laatuksiteereitä kuin palvelujen järjestämiseksi ja tuottamiseksi on asetettu:

Aineisto- ote 22.

Viranhaltija E: ... kaikki ollu tätä yhteistyön kehittämistä noin- tai siis valmiuksien kehittämistä siihen suuntaan, että, että kunnat yhdistyy. Mutta, mutta siinä on se- siin on se aikapommi, että yhdistyminen sinällään ei tuo mitään lisäarvoa millekään toiminnalle, eikä minäkään palvelun järjestämiseksi eikä tuottamiseksi jos ei siihen liity tällaisia sisäisiä laadullisia funktioita mukaan siihen. Ja kun tulee isompi, tulee hitaampi. Kun tulee va- vanhemmaksi, hidastuu, kun tulee isommaksi, hidastuu. [...] Sellanen, sellanen niin kun mielikuva, että, että kun olemme isompia, me olemme parempia, niin sehän on itsensä pettämistä. Mut sitä ei- sitähan ei saa julkisesti sanoa nykyään, koska, koska se ois niin kun mm- muutoksen vastustamista, tai se koettais muutoksen vastustamiseksi, mut tota, mutta ku se oo- prosessi on poliittinen, niin, ni siin ei- siin on aivan eri laatutekijät, ku palvelujen järjestäminen ja tuotantopuolella. Siel on se- se on se laatutekijä on se, että saadaan konsensus aikaan, jonka jälkeen voidaan tehdä yleisellä tasolla tietyt ratkaisut, mutta mitä- mitä niitten yleisten ratkaisujen taakse kätkeytyy, niin ne on herra huomaa.

(Viranhaltijahaastattelu E, 16)

Aineisto-ote 23.

Viranhaltija C: mutta sitte onhan siinä se hyvä puoli, jos kuntarakenne nousee, nii isompia yksiköitä tulee tilaajaksi ja sitte siitä tulee vastapaino sille tuotannolle etenki, jos ne isot yksiköt on myös houkuttelevia työnantajia tulevaisuuden terveydenhuolto. Mutta, mutta muuten en usko ja sit on kysymys se vaan, että tota ni pa- ää- tästä palvelu, et mihin tään nytte sitte johtaa ja mihin tässä nyt ollaan me- menossa, et se on se kysymys sitte, mihin en to- oikeestaan itekkään vastata tällä hetkellä, että- mut itse tää öö- tää tota nii palvelurakenne- tie-ski se, että, et jos täs kunnille, kunnille vaa lähetää siitä tilanteesta, että nytte lyödään kuntaliitoksia ja muuta ja, ja tota ni ei toimintaohjeita, niinku tossa alussa puhuin, nii että perusterveydenhuolto oikeeseen, resurssoida oikei ja koulutuspaikkoihi ja näih muihi, ni ei se anna muuta ku hetke hengähdyslän, ettei se näit ongelmia poista itsestään.

(Viranhaltijahaastattelu C, 19)

Kumpikaan viranhaltija ei näe, että kuntien yhdistämisellä tai väestöpohjan kasvattamisella saavutettaisiin itsessään tuloksia, jotka ratkaisisivat nykyjärjestelmän ongelmat. Suuruuden ekonomia ei yksinään takaa toiminnan tehostamista, pitää olla tahtoa ohjata resurssit oikein. Mutta ongelma onkin siinä, että kuntien taloudelliset resurssit pienenevät verotulojen ja valtionosuuksien vähentyessä.

7. Yhteenveto

Tutkimustehtävä, aineisto ja menetelmät

Tässä raportissa on esitelty kilpailullisten toimintatapojen toteutumista perusterveydenhuollossa sekä työntekijöiden että kunnan johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta. Nyt raportoitavan tutkimushankkeen kysymyksenasettelu sai alkunsa vuonna 2006 toteutetusta terveydenhuollon vuokratyötä koskevasta tutkimuksesta, jossa selvitettiin vuokratyön rakenteellisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia sekä työnhallintaan liittyviä asioita (Palukka & Tiilikka 2007). Vuokratyötutkimuksen tulokset osoittivat, että terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat varsin myönteisesti tekemäänsä vuokratyöhön yksityisen palveluntuottajan palveluksessa. Tulokset herättivät kysymyksen, perustuvatko myönteiset arviot ensisijaisesti siihen, että työntekijät ovat yksityisen työnantajan palveluksessa. Vuokratyötä koskevan tutkimuksen tulosten herättämän kysymyksen edelleen selvittäminen katsottiin erityisen tärkeäksi yhteiskunnan valtajärjestelmien muutoksen tilanteessa, jossa julkinen palvelujärjestelmä on murtumassa. Erityisen kiinnostavaksi nähtiin se, miten yksityinen palveluntuottaja työnantajana eroaa kuntatyönantajasta.

Tälle tutkimushankkeelle asetettiin kaksi tavoitetta, joista ensimmäisenä oli tiedon tuottaminen perusterveydenhuollon kilpailullisten toimintatapojen merkityksestä terveydenhuollon työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli tuoda esiin tietoa markkinaehtoisten terveyspalveluiden toteuttamistapojen sosiaalisesta ja kulttuurisesta ulottuvuudesta. Tutkimuksen tavoitteet kiteytettiin kolmeksi kysymykseksi:

1. Miten terveydenhuollon työntekijät ja johtavat viranhaltijat jäsentävät perusterveyspalveluiden tuottamisessa tapahtunutta muutosta?
2. Miten kilpailullisista toimintatavoista kerrotaan ja miten niitä perustellaan?
3. Millaiseksi työntekijät kokevat oman asemansa ja työnsä yksityisen työnantajan palveluksessa?

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla terveydenhuollon työntekijöitä ja johtavia viranhaltijoita vuoden 2008 maaliskuu-kesäkuussa kolmessa Etelä-Suomen kunnassa, jois-

sa kussakin oli ulkoistettu yksi terveysasema yksityiselle palveluntuottajalle. Haastateltavat työntekijät valittiin yksityisen palveluntuottajan palveluksessa olleista terveydenhuollon ammattilaisista, lääkäreistä ja hoitajista. Aineisto käsittää yhdeksän lääkärin ja kymmenen hoitajan yhteensä seitsemän ryhmähaastattelua. Työntekijöiden lisäksi haastateltiin viittä kuntien johtavaa viranhaltijaa, jotka ovat olleet päättämässä terveydenhuoltopalveluiden tilaamisesta yksityisiltä palveluntuottajilta. Viranhaltijoiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina.

Aineistoa analysoitiin kolmen erilaisen menetelmän avulla: aineistolähtöisen sisällönanalyysin, narratiivisen lähestymistavan sekä argumentaatioanalyysin avulla. Analyysin tasot ja analyttiset luennat ovat erilaisia raportin eri sisältöluvuissa. Koko aineisto on tulokinnan kohteena selkeimmin luvuissa kaksi ja kuusi. Muissa sisältöluvuissa analyysit perustuvat haastatteluaineistoista tietyin kriteerein valikoituihin osiin. Nämä kriteerit selvitetään kussakin sisältöluvussa erikseen. Analyttisiä luentoja yhdistää ajatus siitä, että haastattelupuhe sisältöinä, narratiivisina diskursseina ja argumentteina on yhteydessä terveysasemien työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden kokemaan terveysasemien ulkoistamista koskevaan todellisuuteen ja vallitseviin arjen käytäntöihin.

Tulokset

Lääkärivaje leimasi terveysasemien tilannetta voimakkaasti ennen kuin palvelut ulkoistettiin. Tilannetta ennen ulkoistamista kuvataan kaaoksena ja maailmanlopun tunnelmana. Terveydenhuollon ammattilaiset katsovat, että toiminta oli päivystysluonteista: potilaat jonottivat hoitoon, kun vastaanottoaikoja ei ollut tarjolla. Samalla kokonaisvastuu potilaiden hoidosta valui enenevässä määrin hoitajille.

Ulkoistamisen jälkeen lääkäritilanne parani ja terveysasemilla oli jaossa huomattavasti enemmän vastaanottoaikoja kuin aiemmin. Viranhaltijoille osoitetut valitukset palvelun laadusta vähenivät. Terveysasemalla työskentely järkeistyi monella eri tapaa. Kansantautien hoidossa otettiin käyttöön selkeät hoitosuunnitelmat, joiden avulla niin lääkärit, hoitajat kuin potilaatkin pystyvät seuraamaan hoitoprosessia. Hoito on muuttunut suunnitelmien myötä tavoitteellisemmaksi ja samalla hoitajien työ on tullut selkeämmin osaksi kokonaishoitoprosessia. Myös turhia rutiinikokeita ja lähetteitä on karsittu.

Ulkoistaminen on parantanut tutkimuksen kohteina olevien terveysasemien toimintaa merkittävästi. Haastateltavat kuitenkin näkevät toimintatavan eräänlaisena hätävarana. Ulkoistaminen ei ratkaise perusterveydenhuollon ongelmia, vaan se toimii pikemminkin ongelmakentän paikkaajana. Ulkoistaminen tuottaa itsessään uusia haasteita ja lisää terveydenhuoltojärjestelmässä jo esiintyviä ongelmakohtia. Kaiken kaikkiaan ulkoistamisen tulevaisuuteen kohdistuvat odotukset näyttäytyvät aineistossa ristiriitaisina. Ulkoistamista koskevat sopimukset ovat lyhyitä ja tilannetta pidetäänkin väliaikaisena, joskin paluu vanhaan malliin nähdään epätodennäköisenä. Koko maan mittakaavassa terveyspalvelujen ulkoistamisen uskotaan lisääntyvän, vaikka haastateltavat eivät pidäkään ulkoistamista parhaana mahdollisena palvelujen tuottamistapana.

Ulkoistetun terveysaseman työnjakoa ja hierarkiaa käsittelevässä raportin luvussa neljä tuotiin esiin tapahtunut organisatorinen muutos ja oletus siitä, että terveydenhuolto on edelleen kulttuuriltaan vahvan hierarkkinen ja työnjaoltaan jäykkä, sävyttää haastateltavien puhetta. Ulkoistamisen jälkeinen tilanne kuvataan työnjaon osalta toisenlaiseksi. Toiminnan suunnitelmallisuuden lisääntyttyä hoitajien välineet ottaa vastuuta potilaiden hoidosta kasvoivat ja hoitajien vastaanotto toiminta laajeni. Hoitajat kokevat työnkuvansa itsenäisemmäksi kuin ennen ja lääkärit pitävät hyvänä hoitajien tekemää potilasvirran kontrollointia. Työnjaollisten muutosten myötä myös terveydenhuollossa perinteisesti korostuva hoitajien ja lääkäreiden välinen hierarkia on madaltunut. Hoitajien ja lääkäreiden välillä tehdään kuitenkin rajoja ja työntekijäryhmille rakennetaan erilaiset positiot suhteessa koulutukseen. Hoitajat puhuivat koulutukseen pääsystä tavalla, joka kuvaa koulutuksen olevan ensisijaisesti lääkäreille suunnattua. Hoitajien ja lääkäreiden tasavertaisuus ei ole tässä suhteessa yksiselitteistä, vaan sen suhteen tehdään rajauksia.

Luvussa viisi kävi ilmi, että ulkoistettujen terveysasemien työntekijöiden positio on ensisijaisesti rationaalinen terveydenhuollon asiantuntijan. Kerronnassa vallitsee materiaallinen prosessityyppi jossa työntekijät ovat toimijoita, jotka ajattelevat, tietävät ja havainnoivat rationaalisti. Tunteet ovat haastateltujen työntekijöiden puheissa esillä vain vähän. Lääkäri tai hoitaja ei ole ensisijaisesti affektiivinen, emotionaalinen kokija. Terveydenhuollon ammattilaiset rajaavat affektiivisen kokemuksellisuuden yksilön ja yksityisyyden maailmaan. Terveyspalvelujen ulkoistamista koskeva sopimus on määräaikainen, mikä voi työntekijän kannalta merkitä sitä, että tulevaisuuden työpaikka ei ole itsestään selvä.

Tämä seikka ei näytä häiritsevän haastateltuja työntekijöitä, he ovat luottavaisia sen suhteen, että tulevaisuudessa lääkäreiden ja hoitajien suuren kysynnän vuoksi työtä riittää. Epävarman työelämän ja pätittäisten työsuhteiden sijaan haastatellut hoitajat ja lääkärit korostavat työn jatkuvuutta, vahvaa kollegiaalista toimijuutta ja terveydenhuollon asiantuntijuuden rajoja. Kollegiaalisuuteen kuuluu samanmielisyys ja asiantuntijuuteen rationaali toiminta.

Luvun kuusi tehtävänä oli analysoida johtavien viranhaltijoiden esittämiä perusteluita heidän hallinnoimiensa kuntien terveystalouden ulkoistamiselle. Esiitettyjä perusteluita analysoitiin siten, että puheen ideologinen konteksti oli erityisen huomion kohteena. Kaikki viisi haastateltua viranhaltijaa esittävät ulkoistamisen syiksi lääkärivajeen, lainsäädännön pakottavuuden sekä 1980- ja 1990-luvuilla harjoitetun politiikan. Viranhaltijat eivät tuo selkeästi esille sitä tahoa, joka on terveystalouden ulkoistamisesta vastuussa, eivätkä esitä ulkoistamiselle vaihtoehtoisia toimintatapoja. He perustelevat kuntien terveystalouden ulkoistamista tukeutumalla kolmeen kielelliseen vaikuttamiskeinoon: faktuaalistamisstrategiaan, responsiivisuusstrategiaan ja reaktiivisuusstrategiaan. Viranhaltijoiden puhe luonnollistaa asioita ja abstrahoi toimijoita, jolloin vaihtoehtojen pohdinta ei ole tarpeellista. Vaihtoehtojen esittämättä jättäminen osoittaa, että valtiohallinnon ohjausta toteuttavassa viranhaltijoiden puheessa on luonnollistunut tapa jättää epäselvää, miksi ”oikeasti” toimitaan niin kuin toimitaan.

Terveydenhuollon nykytrendiin kuuluvat yksityissektorin kasvu, keskittyminen ja kansainvälistyminen julkisen sektorin kustannuksella. Perusterveydenhuollon tulevaisuutta koskevassa luvussa tuotiin esiin, että terveydenhuollon yksityistämiseksi ja kilpailuttamiseksi etsitään myös vaihtoehtoja. Haastateltavat esittävät, että osuustoimintamuotoiset terveyskeskukset voisivat olla yksi vastavoima vallitsevalle nykytrendille. Myös sairaanhoitajien toimenkuvan laajentamista esitetään yhdeksi ratkaisuksi lääkärivajeen poistamiseksi.

Yksi viranhaltija esittää, että perusterveydenhuollon asemaa suhteessa erikoissairaanhoidon tulisi kasvattaa. Toinen viranhaltija esittää puolestaan, että perusterveydenhuolto ja osia erikoissairaanhoidosta tulisi yhdistää uuden terveydenhuoltolain mukaisesti. PARAS -hanketta arvioitiin ja todettiin, että etuja voidaan kyllä saavuttaa terveyskeskusten väestöpohjaa ja kuntakokoa kasvattamalla, mutta suuruuden ekonomia ei ratkaise perusterveydenhuollon ongelmia. Jotkut haastatelluista viranhaltijoista tuovat selkeäsi

esille, että kunta- ja palvelurakennemuutos on puhtaasti poliittinen hanke, eikä sille ole asetettu samoja laatuksiteereitä kuin palvelujen järjestämiselle ja tuottamiselle on asetettu. Kaiken kaikkiaan yhtä tulevaisuuden linjaa ei ole aineistosta löydettävissä. Yksimielisiä oltiin siitä, että perusterveydenhuolto tulisi järjestää uudella tavalla. Nykyinen kehitys ei voi jatkua, vaan uusia ratkaisuja on etsittävä.

8. Pohdinta

Kokemukset ulkoistetusta perusterveydenhuollosta ovat pääosin myönteisiä. Lahden kaupungin perusterveydenhuollon ulkoistamisprosessissa mukana olleen hallintoylilääkäri Risto Savilahden arvio ulkoistamisesta on, että se on parasta mitä perusterveydenhuollossa on tehty ja että ulkoistaminen on ollut kansanterveystyön pelastus (Savilahti 2008,16). Perusterveydenhuollon tilanteet kunnissa, joissa terveysasemia on ulkoistettu, ovat voineet olla lähes sietämättömiä. Kuntien perusterveydenhuollosta vastaaville johtajille osoitetun kyselyn mukaan halua ulkoistamiseen olisikin nykyistä enemmän, mutta ongelma on se, että palveluntarjoajia ei ole riittävästi (Perusterveydenhuollon suunta 2008).

Hyvinvointi on valtion muuttuvassa prosessissa eräänlainen kilpailun vastakäsite. Hyvinvointivaltio on projekti, jonka vastapoolina pidetään kilpailuvaltiollista markkina-ajattelua. (Kantola 2006, 173.) Tämä käsitteellinen muutos näkyy sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen tavoissa, joissa tulee esiin entistä vahvempi markkinaideologinen orientaatio ja kilpailulliset toimintatavat. Kilpailua korostavassa yhteiskunnassa pidetään tärkeänä suorituksia ja niiden mittaamista sekä suorituksista palkitsemista.

Terveydenhuollon työntekijöitä kilpailu ei siinä mielessä kosketa, että heidän ei tarvitse kamppailla työpaikkansa säilyttämisen puolesta. Perusterveydenhuollon työntekijät, hoitajat ja lääkärit, ovat ensisijaisesti ammattilaisia, joiden työpanosta tarvitaan. Tämä tieto ja ammatissa toimimisen perusta menee ohi työsuhteen määräaikaisuuden ja epävarmuuden. Hoitajien ja lääkäreiden työ ei ole prekaaria työtä, vaikka he työskentelevät aikana, jota luonnehtii yleinen työelämän pirstaleisuus ja työn kuormittavuus. Terveysaseman työntekijät suhtautuvat työhönsä kuitenkin positiivisesti ja tulevaisuuteen luottavaisesti, eikä vakaasta työsuhteesta siirtyminen ulkoistamisen myötä katkonaiseen työsuhteeseen näytä tuottavan heille ongelmaa (Suoranta 2009, 149). Epävarman ja pirstaleisen työelämysuhteiden tilalle tuotetaan vastakkainen kertomus, jossa on keskeistä työn jatkuvuus ja mielekkyys.

Terveyspalvelujen ylikansallinen suunta

Terveydenhoidon kansallisen tason ja globaalina suuntana voi pitää WHO:n painotusta, jonka mukaan hoidon strategiat tulee valita siten, että ne tarjoavat parhaan mahdollisen tuen potilaille ja heidän hoitajilleen yhteisöllisellä tasolla paljon kustannuksia vevän institutionaalisen hoidon sijaan (Drake & Davies 2006, 175). Globaali tavoite terveyspolitiikassa voisi olla terveyspoliittisten yhteisten tavoitteiden asettaminen, jolloin ensisijaisesti taloudelliseen hyötyyn perustuvat intressit eivät olisi ensisijaisia (Koivusalo 2009, 131).

Suomen perusterveydenhuollon ulkoistaminen voidaan nähdä myös osana laajaa ylikansallista hyvinvointipalveluiden instituutioiden ja organisaatioiden markkinavaltaistumista (Gustafsson & Szebehely 2009, 81). Suomessa kehitys on osin kytkeytynyt Euroopan unioniin ja Euroopan yhteisön sääntelyyn. Perusterveydenhuollossa tämä näkyy siten, että EY:n kilpailulainsäädännön mukaisesti kunnat ovat velvoitettuja kilpailuttamaan hankkimansa palvelut. (Pajukoski 2009, 79.) Myös kansallisessa lainsäädännön kehittämisessä on otettu huomioon terveydenhuollon markkinoistuminen (Ollila & Koivusalo 2009, 30).

Terveyspalveluiden ulkoistamisen on nähty tuottavan hyötyjä. Esimerkiksi useissa maissa kotihoitoa on ulkoistettu ja sitä on tarkasteltu ulkoistetun kotihoidon hyvien käytäntöjen näkökulmasta (ks. esim. Drake & Davies 2006). Perusterveydenhuollossa ulkoistamisen hyötyinä on nähty asiakastyytyväisyyden kasvu, kustannussäästöt ja palveluiden laadun kasvu (Moschuris & Kondulis 2007; Vikman 2008). Työntekijät arvostavat mahdollisuutta vaikuttaa oman työn järjestelyihin ja työn sisältöön (YLE 2006). Ulkoistamisen haittapuolena on pidetty sitä, että työntekijöiden suhteet poliittisiin päättäjiin hämärtyvät, mikä voi johtaa työskentelyolosuhteiden heikkenemiseen (Gustafsson & Szebehely 2009, 107). Tutkituilla suomalaisilla ulkoistetuilla terveysasemilla työnantajan vaihtuminen kunnallisesta yksityiseen ei vaikuttanut olevan merkityksellinen asia työntekijöille. Ulkoistamisen myötä esimerkiksi kysymys siitä, kenellä on vastuu työntekijöiden hyvinvoinnista ja työtiloista saattaa muuttua epäselväksi. Terveysasemilla työskennellään eräänlaisessa välitilassa; vielä ei tiedetä mihin ulkoistamisprosessit johtavat, onko malli pysyvä ja millainen tulee olemaan terveyspalvelujärjestelmän uusi malli. Tällä hetkellä näyttää kuitenkin siltä, että terveyspalvelujen markkinoistuminen jatkuu. Nykykehityksen arvellaan johtavan siihen, että kunnat toimivat yhä enemmän sosiaalivakuutusyhtiöiden

tavoin; ne rahoittavat verovaroin kansalaisten palvelut, jotka hankitaan terveydenhuollon ylikansallisesti omistetuilta yrityksiltä (Haukka 2009).

Markkinaehtoistamisella haetaan ratkaisua palvelujärjestelmän toiminnan tehostamiseksi. Se ei kuitenkaan ole välttämättä mielekäs keino alentaa terveydenhuollon kustannuksia. Kilpailun aikaansaamiseksi tarvittaisiin useita palveluntuottajia, mutta tämä ei aina ole mahdollista. (Koivusalo ym. 2009, 111.) Silloin kun kunta päättää ulkoistaa terveyspalvelun ja etsii yksityistä palveluntuottajaa, kilpailevia vaihtoehtoja ei ole monta. Tämä merkitsee sitä, että kilpailutus on näennäistä ja käytännössä palveluntuottajan valinta tehdään muutaman yrityksen välillä. Terveysasemien ulkoistamisella nähdään kuitenkin olevan useita myönteisiä vaikutuksia: on voitu purkaa jonoja ja vastata ajoissa potilaiden hoidon tarpeeseen, työntekijöiden tyytyväisyys työhön ja autonomia ovat kasvaneet. Avoimeksi kysymykseksi jää, miten perusterveydenhuollon markkinalähtöisyys vaikuttaa terveyspalveluiden kokonaisuuteen ja kuntiin, joissa palveluita tuotetaan (emt., 112, Aaltonen ym., 2009, 349). Käykö esimerkiksi niin, että kunnan ja yksityisen välinen kiilu syvenee entisestään paikkakunnilla, joissa terveyspalveluja on ulkoistettu, vai saadaanko kunnat oppimaan yksityisen tuottajan hyväksi todetut toimintatavat.

Terveydenhuollon markkinat eivät ole samanlaiset kuin tavalliset kulutustavaramarkkinat (Koivusalo & Ollila & Alanko 2009, 282). Markkinoiden ja markkinamekanismien toimintalogiikka voi olla toisenlaista kuin ihmisten hoivaamisen logiikka (Leppo 2009, Anttonen ym. 2009, 250). Terveydenhuollossa ollaan poliittisella tasolla siirtymässä suojelun ja jakamisen logiikasta valinnan ja hyödyn logiikkaan, mikä voi merkitä eriarvoistumista terveiden ja sairaiden välillä (Palola 2009, 176). Ulkoistettujen terveysasemien työntekijöiden ja kunnan viranhaltijoiden näkökulma painottuu edellä sanottua enemmän suuntaan, jossa yksityinen palveluntuotanto mahdollistaa potilaiden hoitamisen ja työn tekemisen mielekkäällä tavalla eikä ulkoistamista koeta esimerkkinä hyötyä tavoittelevasta markkinaehtoistumisesta. Kuntien asukkaiden terveyden hoitamiseen, joka on terveysasemien perustehtävä, on vapautunut entistä enemmän aikaa.

Lähteet:

- Aaltonen T., Henriksson L., Karttunen A., Kivimäki R., Palukka H., Silvennoinen-Nuora L., Tiilikka T. & Valokivi H. (2009): Toimijat vanhusten hyvinvointipalveluja ohjaavissa kehittämissuunnitelmissä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. 37. vsk. Nro 3.
- Alasuutari P. (1994): Kulttuurintutkimus ja kulturalismi. Teoksessa: Kulttuurintutkimus. Toim. Kupiainen J. & Sevänen E. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Tietolipas 130. Jyväskylä: Gummerus.
- Alasuutari P. (1996): Toinen tasavalta. Suomi 1946- 1994. Vastapaino. Jyväskylä.
- Alasuutari P. (2006): Suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen: miten muutos oli ideologisesti mahdollinen? Teoksessa: Uusi jako. Miten suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Toim. Heiskala R & Luhtakallio E. Helsinki:Gaudeamus.
- Anttonen A., Sointu L., Valokivi H. & Zechner M. (2009): Lopuksi. Teoksessa: Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki. Anttonen A., Valokivi H. & Zechner M. Vastapaino. Tallinna.
- Back J. (2004): Yrittäjyys perusterveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Barker C. (2000): Cultural Studies. Theory and Practice. London: Sage Publications.
- Drake P. & Davies B. (2006): Home care outsourcing strategy. Journal of Health Organisation and Management. Vol. 20. Issue 3.
<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/Em>
Luettu 13.11.2009
- Eriksson-Piela S. (2003): Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Acta Universitatis Tamperensis 929. Tampereen yliopisto. Tampere.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5665-3.pdf>
Luettu 2.12.2009
- Fornäs, J. (1998): Kulttuuriteoria. Suom. Lehtonen M., Hazard K., Blom V., Herkman J. Suomennoksen toim. Lehtonen M. Tampere: Vastapaino.
- Grönvall U. (2008): Lääkärit ja hoitajat kinaavat työnjaosta. Mediuutiset 29.8.2008.
<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article127650.ece>
Luettu 23.11.2009
- Gubrium J. & Holstein J. (2008): Narrative Ethnography. Teoksessa: Handbook of Emergent Methods. Toim. Hesse-Biber N. S. & Leavy P. The Guilford Press. New York. Ss. 241-264.
- Gubrium J. & Holstein J. (2009): Analyzing Narrative Reality. Sage Publications, Inc.

- Gustafsson R. & Szebehely M. (2009): Outsourcing of elder care services in Sweden: effects on work environment and political legitimacy. Teoksessa: Paid Care in Australia. Politics, Profits, Practices. Toim. King D. & Meagher G. Sydney University Press.
- Halliday M.A.K. (1994): An introduction to functional grammar. London: Edward Arnold.
- Harisalo R. & Miettinen E. (2004): Hyvinvointivaltio. Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys. Tampere University Press.
- Haukka J. (2009): Epidemia on paljastanut terveydenhuoltomme heikot kohdat. Helsingin Sanomat 17.11.2009. Mielipide.
- Hautamäki T. (2002): Tuberkuloosin ja aidsin kulttuuriset merkitykset. Tampere University Press.
- Heikkinen V. (1999): Ideologinen merkitys. Kriittisen tekstintutkimuksen teoriassa ja käytännössä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Heiskala, R & Luhtakallio E. (2006): Johdanto: Suunnittelutaloudesta kilpailukyky-yhteiskuntaan? Teoksessa: Uusi jako. Miten suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Toim. Heiskala R. & Luhtakallio E. Helsinki: Gaudeamus.
- Henriksson L. (1998): Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. STAKES. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 88.
- Herman D. (2009): Basic Elements of Narrative. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. (2000). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hyvärinen M. (1994): Viimeiset taistot. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Julkaisu nro 6/1994. Tampere: Vastapaino.
- Hyvärinen M. (2008): Narrative form and narrative content. Teoksessa: Methodological Challenges in Childhood and Family Research. Toim. Järventie I. & Lähde M. Tampere: Tampere University Press.
- Hyvärinen M. & Löyttyniemi V. (2005): Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa: Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. Ruusuvuori J. & Tiittula L. Vastapaino. Tampere.
- Hänninen V. (1999): Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitas Tamperensis 696. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Julkunen R. (2001): Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Julkunen, R. (2004): Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa: Hyvinvointityön ammatit. Toim. Henriksson, L. & Wrede, S. Helsinki: Gaudeamus.

Julkunen R. (2008): Uuden työn paradoksit: keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista. Vastapaino. Tampere.

Juuti P. & Rannikko H. & Saarikoski V. (2004): Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöillä. Aavaranta –sarja. Otava. Helsinki.

Kantola A. (2006): Suomea trimmaamassa: suomalaisen kilpailuvaltion sanastot. Teoksessa: Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Toim. Heiskala R. & Luhtakallio E. Helsinki: Gaudeamus.

Karila, A. (1998): Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos. Perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Karisto A. (1990): Hyvinvointivaltio ja uusi palvelukulttuuri. Teoksessa Riihinen O. (toim.) Suomi 2017. Gummerus. Jyväskylä.

Kilpailuvirasto (2001): Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Selvityksiä 1/2001.

<http://www.kilpailuvirasto.fi/tiedostot/markkinat-ja-kilpailu-kuntien-tuotantotoiminnassa.pdf>

Luettu 27.11.2009

Kirpal S. (2004): Work identities of nurses. Between caring and efficiency demands. Career Development International Vol. 9 No. 3.

<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContainer.do?containerType=Issue&containerId=20004>

Luettu 1.10.2008

Koivusalo M. (2009): Globalisaatioparadoksi – terveystalouden monopolien ja markkinoiden puristuksessa. Teoksessa: Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Toim. Koivusalo M., Ollila E. & Alanko A. Gaudeamus. Helsinki.

Koivusalo M. & Ollila E. & Alanko A. (2009): Lopuksi – valinnat ja vastuu terveydenhuollossa. Teoksessa: Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Toim. Koivusalo M., Ollila E. & Alanko A. Gaudeamus. Helsinki.

Korvajärvi P. (2004): Tietotekniikan lumoama ja sukupuolen rajoittama palvelutyö. Teoksessa: Sopeudu ja vaikuta. Työn tietoistuminen ja sukupuolen pysyvyys. Lavikka R. (Toim.) Tampere University Press. Tampereen yliopistopaino Oy.

Koskiahon B. & Nurmela J. & Virtanen P. (1999): Kansalaisen sosiaalipolitiikka. Helsinki: WSOY.

Kovalainen A. (2004): Hyvinvointipalvelujen markkinoituminen ja sukupuolisopimuksen muutos. Teoksessa: Hyvinvointityön ammatit. Toim. Henriksson L. & Wrede S. Helsinki: Gaudeamus.

Kröger, T. (1997). Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Acta Universitatis Tamperensis. Ser. A: 561.

Kuntaliitto (2007): Sosiaali- ja terveystalouden hankinta ostopalveluina. Ohjeita tarjouspyynnön ja hankintasopimuksen laatimiseksi. Helsinki: Kuntaliitto.

http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769

Luettu 11.9.2008

Kuula A. (2006): Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta, 9.2.2007.

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20071220Saaedoe_k/laki_kuntajapalvelurakennemuutuksesta_090207.pdf

Luettu 17.3.2008

Leinikki S. (2009): Pelon ja toivon välissä. Päätyöläisen urakerronta. Työelämäjulkaisut. TJS Opintokeskus. Yliopistopaino. Helsinki.

Leppo A. (2009): Terveystalouden asiakas, potilas vai kontrollitoimien kohde? Late-kolumni 6/2009.

<http://www.valt.helsinki.fi/blogs/late/post24.htm>

Luettu 25.11.2009

McDowell L. (1997): Doing Gender: Feminism, Feminists and Research Methods in Human Geography. Teoksessa: Space, Gender, Knowledge. Feminist Readings. Toim. McDowell L. & Sharp J. P. London: Arnold.

Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organizations. Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs.

Moschuris S. & Kondulis M. N. (2006): Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective. Journal of Health Organization and management. Vol. 20. Nro 1.

<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/0250200101.pdf>

Luettu 2.12.2009

Ollila E. & Koivusalo M. (2009): Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa: Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Toim. Koivusalo M., Ollila E. & Alanko A. Gaudeamus. Helsinki.

Pajukoski M. (2009): Suojelu, markkinat ja politiikka – sääntely kansalaisen terveyden takeena. Teoksessa: Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Toim. Koivusalo M., Ollila E. & Alanko A. Gaudeamus. Helsinki.

Palola E. (2009): Tervettä elämää Euroopassa – uuden vuosituhaten terveyspolitiikka. Teoksessa: Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Toim. Koivusalo M., Ollila E. & Alanko A. Gaudeamus. Helsinki.

Palukka H. & Tiilikka T. (2007): Vuokratyöntekijänä hyvinvointipalvelurakenteen murroksessa. Loppuraportti. 2007.

<http://www.tsr.fi/files/tietokantaTutkittu/2005/105289Loppuraportti.pdf>

Luettu 2.12.2009

Palukka & Tiilikka (2008): Terveysthuollon vuokratyö – joustava ja vapaa työn muoto? Työelämäntutkimus 6. vsk. Nro 2.

Palukka H. (2009): The meanings and the logic of the processes of the new competitive practices in the Finnish primary health care services 9th European Sociological Association Conference. Lissabon, Portugal 2.-5.9.2009. RN16 Sociology & Health & Illness/Session 4B.

Perusterveydenhuollon suunta (2008) : Lääkäriliitto / Nordic Healthcare Group Oy. Lääkäriliiton tiedotteet 16.10.2008

http://www.laakariliitto.fi/uutiset/tiedote.html?opcode=show/news_id=1792/news_db=web_sll2005/type=2

Luettu 28.10.2008

Rabinow P. (1984): The Foucault Reader. An Introduction to Foucault's Thought. Toim. Rabinow P. England: Penguin Books.

Ranta-Tyrkkö, S. & Ropo, A. (2003) Turvallista hyvinvointia – mitä, kenelle, miten ja miksi. Teoksessa Ranta-Tyrkkö, S. & Ropo, A. (toim.): Turvallista hyvinvointia. Tampere: Tampere University Press

Saarinen S. (2005): "On sovelias ikeeni ja keveä on kuormani". Naispastoreiden kokemuksia pappeudestaan Oulun hiippakunnassa 1980-luvulta 2000-luvun alkuun. Acta Universitatis Lapponensis 85. Kustannus-puntsi. Inari.

Salmi-Niklander K. (2006): Tapahtuma, kokemus, kerronta. Teoksessa: Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä. Toim. Fingerroos O., Haanpää R., Heimo A. & Peltonen U-M. Tietolipas 214. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Helsinki.

Savilahti R. (2008): Asiantuntijahaastattelu. Hallintoylilääkäri Risto Savilahden haastattelu 9.10.2008. Sosiaali- ja terveystoimi. Lahden kaupunki.

Scott J. W. (1998): Experience. Teoksessa: Women, autobiography, theory. Toim. Smith S. & Watson J. The University of Wisconsin Press. London.

Sennett R. (2002): Työn uusi järjestys. Miten uusi kapitalismi kuluttaa ihmisen luonnetta. Vastapaino. Tampere.

Sitra (2008): Suomen terveydenhuollon uusi tuleminen.

<http://www.sitra.fi/fi/Ajankohtaista/Paa uutinen/>

Luettu 16.10.2008

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008): Uusi terveydenhoitolaki. Terveysthuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:38.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf

Luettu 23.11.2009

Summa H. (1989): Hyvinvointipolitiikka ja suunnitteluretoriikka: tapaus asuntopolitiikka. Yhdyskuntasuunnittelun täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja. Espoo: Teknillinen korkeakoulu.

Suomen Lääkärilehti (2007a): Kuopiossa ja Oulussa kehitetään terveyskeskusten osuuskuntamallia. 44/2007, Ajassa.

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029082>

Luettu 17.3.2008

Suomen Lääkärilehti (2007b): Osuuskunnat toisen polven terveyskeskuksien tukijalaksi. 44/2007, Pääkirjoitus.

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029076>

Luettu 17.3.2008

Suomen Lääkäriliitto (2009): Terveyskeskusten lääkäritilanne 2008.

<http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/tkilanne.html> Luettu 13.8.2009.

Suomen Lääkäriliitto (2008): Perusterveydenhuollon lisäkoulutus

<http://www.laakariliitto.fi/abi/tutkinnonjalkeen.html>

Luettu 16.9.2008

Suoranta A.(2009): Halvennettu työ – pätkätyö ja sukupuoli sopimussyhteiskuntaa edeltävissä työmarkkinakäytännöissä. Työelämän tutkimus 7(2).

Sutela H. (2006): Työsuhteen määräaikaisuuden kokeminen. Teoksessa: Lehto A-M., Sutela H. & Miettinen A. (toim.): Kaikilla mausteilla: artikkeleita työolotutkimuksesta. Tilastokeskus. Helsinki.

Syrjänen O.(1996): Byrokratiasta businekseen. Helsinki: Edita.

Tannen D. (1989): Talking voices. Repetition, dialogue, and imagery in conversational discourse. Cambridge University Press. New York.

Tannen D. (1993): What´s in a Frame?: Surface Evidence for Underlying Expectations. Teoksessa: Framing in Discourse. Toim. Tannen D New York: Oxford University Press.

Tedre S. (1993): Ammatillinen huolenpito vanhusten kotipalvelussa. Kahden naisen kohtaaminen yksityisen ja julkisen hauraalla rajalla. Keskustelualoitteita. Joensuun yliopisto, yhteiskuntapolitiikka ja sosiologia. N:o16. Joensuu.

Tiilikka T. (2007): Temporary Agency Work and a Model Narrative of Young medical Doctors. Paper presented at the 3rd Tampere Conference on narrative 27-30 June 2007. Tampere.

Tiilikka T. & Tolkki H.(2008): Ulkoistetut terveysasemat ja madaltuva hierarkia. Työelämän tutkimuspäivät 13.-14.11.2008. Tampereen yliopisto. Työryhmä: Ammattien alaluokkaistuminen, sisäiset jaot ja identiteettipolitiikka.

Tiilikka T. & Tolkki H.(2009): Outsourced Services and Hierarchy in Finnish Primary Health Care. 9th European Sociological Association Conference. Lissabon, Portugal 2.-5.9.2009. RN16 Sociology & Health & Illness/Session 4A.

Tiilikka T. (2009): Terveystenhuollon työntekijöiden kerronta ja positiot. Työelämän tutkimuspäivät 4.-6.11.2009. Tampereen yliopisto. Työryhmä. Taide, kertomuksellisuus ja työelämän laatu.

Tiililä, U. (1996): Mitä viranomaisille kirjoitetaan? Korvaushakemusten argumentoinnin analyysiä. Julkaisussa Jyrki Kalliokoski (toim.): Teksti ja ideologia. Kieli ja valta julkisessa kielenkäytössä. Kieli 9. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.

Tolkki H. (2007): Vuokratyö mahdollisuutena. Lääkärin erityisasema vuokratyöntekijänä. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Kandidaatin tutkielma.

Tolkki H. (2008): Perusterveydenhuollon ulkoistaminen – Lääke ja oire. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Sosiologian pro gradu -tutkielma.

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03471.pdf>

Luettu 23.11.2009

Tuomi J. & Sarajärvi A. (2002): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Tuusa P. (2007): Kouvolan seudulla harjoitellaan ulkoistamista. Kuntalehti 10.

Vabø M. 2006: Caring for people or caring for proxy consumers? European Societies Volume 8, Issue 3, 2006, pp. 403-422.

Valkama P. & Kallio O. & Haatainen J. & Laurila H. & Siitonen P. (2008): Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, I osa. Kunnallisalan kehittämissäätiö KAKS. Kunnat ja kilpailu –sarjan julkaisu nro 9.

http://www.polemiikki.fi/files/1198-KunnatJaKilp_9_web.pdf

Luettu 22.10.2008

Valtonen, A. (2005) Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino. Tampere.

Vikman J-T. (2008): Terveystieteiden ulkoistaminen. Vaikutukset palvelumääriin ja ylläpitokustannuksiin. Kansantaloustieteen pro gradu –tutkielma. Vaasan kauppakorkeakoulu. Kansantaloustieteen laitos

Vänskä P. (2009): Sikainfluenssalääkkeitä vain lääkärin määräyksestä.

HS.fi 5.11.2009

<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Sikainfluenssa>

Luettu 23.11.2009

YLE (2004): Kuntaliitto: palvelujen ulkoistaminen lisääntyy.

http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2004/10/kuntaliitto_palvelujen_ulkoistaminen_lisaantyy_168508.html?print=true

Luettu 3.12.2009

YLE (2006): Oy Terveyskeskus Ab. MOT 24.4.2006. Toim. Sipola S.

<http://yle.fi/mot/ss060424/kasikirjoitus.htm>

Luettu 8.10.2008

Liitteet

Liite 1. Ryhmähaastattelukysymykset työntekijöille

1. Ryhmän jäsenten esittelyt

Kertokaa itsestänne seuraavia asioita: etunimi, ikä, ammattiasema, työpaikka, työkokemuksen määrä: kunnalla ja Yrityksessä (tai muussa yrityksessä)

2. Kunta ja Yritys

Kuinka kauan olette työskennelleet tällä terveysasemalla?

Voisitteko kertoa, miksi työskentelette tällä terveysasemalla?

Työskentelittekö tällä terveysasemalla, kun palvelut ulkoistettiin?

Millainen tilanne oli tällä terveysasemalla ennen palveluiden ulkoistamista?

Miten arvioisitte kuntaa työnantajana?

Miten arvioisitte Yritystä työnantajana?

Mitä mieltä olette kunnan ja Yrityksen tekemästä sopimuksesta ja sen kestosta? Miten sopimuksen pituus vaikuttaa työhönne?

Miten työnjako kunnan ja Yrityksen välillä toimii?

3. Työn sisältö

Millaisia eroja olette havainneet työhönne sisällössä kun vertaatte työskentelyä kunnan ja Yrityksen palkkalistoilla?

Miten näette potilastyön laadun toteutuvan tällä terveysasemalla?

Miten hoitotakuu tällä terveysasemalla toteutuu?

Millaisia eroja olette havainneet kunnan ja Yrityksen tarjoamassa koulutuksessa?

4. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen tulevaisuus

Mikä olisi paras mahdollinen tapa organisoida terveysaseman toiminta?

Miten arvioitte tulevaisuudessa suomalaisen perusterveyspalvelujärjestelmän kehittyvän ja muuttuvan?

Missä ajattelette työskentelevänne viiden vuoden kuluttua?

Liite 2. Yksilöhaastattelukysymykset

1. Haastateltavan esittely

Kerro itsestäsi: Etunimi, ikä, ammattiasema, työpaikka ja työkokemuksen määrä

2. Perusterveydenhuoltopalveluiden ulkoistamisprosessi

Miksi kunta lähti ulkoistamaan terveyskeskuspalvelujaan?

Miten kilpailutukseen osallistuneita yrityksiä arvioitiin?

Millaiseen sopimukseen Yrityksen kanssa päädyttiin?

Miten työnjako kunnan viranhaltijoiden ja poliitikkojen välillä toimi päätösprosessissa?

Miten sinä olit mukana prosessissa, joka johti palvelujen ulkoistamiseen?

3. Terveyspalveluiden toteutuminen

Miten terveyskeskuspalvelut muuttuivat niiden ulkoistamisen jälkeen?

Miten ulkoistetut terveyskeskuspalvelut ovat palvelleet kuntalaisia?

Miten hoitotakuu on toteutunut?

Miten sopimus on toiminut käytännössä?

4. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen tulevaisuus

Mikä olisi mielestäsi paras mahdollinen perusterveydenhuollon palvelujen toteuttamisen tapa?

Millaisena näet palvelurakennemuutoksen merkityksen perusterveydenhuollon palvelujen kehittämisessä?

Miten arvioit perusterveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittyvän tulevaisuudessa omassa kunnassa ja Suomessa?

Liite 3. Asiantuntijahaastattelun kysymykset

1. Haastateltavan esittely

Kerro itsestäsi: Etunimi, ikä, ammattiasema, työpaikka ja työkokemuksen määrä

2. Perusterveydenhuoltopalveluiden ulkoistaminen

Miksi kunnat ulkoistavat terveyskeskuspalvelujaan?

Miten sinä olet ollut mukana prosesseissa, jotka ovat johtaneet palvelujen ulkoistamiseen?

Miten työnjako kunnan viranhaltijoiden ja poliitikkojen välillä on toiminut ulkoistamista koskevissa asioissa?

Miten ulkoistetut perusterveydenhuollon palvelut ovat toimineet?

3. Terveystenhuollon ulkoistamista koskevat hankkeet

Miten ulkoistamista on arvioitu ja tutkittu?

Millaisia ulkoistamiseen liittyviä kehittämishankkeita on meneillään?

Mitä pitäisi tutkia ja kehittää?

4. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen tulevaisuus

Mitä ulkoistamisesta on seurannut? Millaisia näkökulmia on avautunut?

Mikä olisi mielestäsi paras mahdollinen perusterveydenhuollon palvelujen toteuttamisen tapa?

Millaisena näet valtakunnallisten linjausten merkityksen perusterveydenhuollon palvelujen kehittämisessä?

Miten arvioit perusterveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittyvän tulevaisuudessa omassa kunnassa ja Suomessa?

Liite 4. Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa –argumentit ja narratiivit –hankkeeseen liittyvät esitelmät ja opinnäytetyö

Palukka Hannele (2009): The meanings and the logic of the processes of the new competitive practices in the Finnish primary health care services 9th European Sociological Association Conference. Lissabon, Portugal 2.-5.9.2009. RN16 Sociology & Health & Illness/Session 4B.

Tiilikka Tiina & Tolkki Helena (2008): Ulkoistetut terveysasemat ja madaltuva hierarkia. Työelämän tutkimuspäivät 13.-14.11.2008. Tampereen yliopisto. Työryhmä: Ammattien alaluokkaistuminen, sisäiset jaot ja identiteettipolitiikka.

Tiilikka Tiina & Tolkki Helena (2009): Outsourced Services and Hierarchy in Finnish Primary Health Care. International Workshop: Work, Learning and Identities 1-2 April 2009. University of Jyväskylä.

Tiilikka Tiina & Tolkki Helena (2009): Outsourced Services and Hierarchy in Finnish Primary Health Care. 9th European Sociological Association Conference. Lissabon, Portugal 2.-5.9.2009. RN16 Sociology & Health & Illness/Session 4A.

Tiilikka Tiina (2009): Asiantuntijan kokemuksia terveysasemien ulkoistuksesta. Kertomuksen tutkimuksen päivät 6.-7.2.2009. Tampereen yliopisto. Työryhmä: Metodiklinikka.

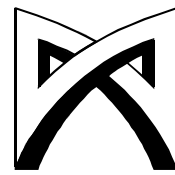
Tiilikka Tiina (2009): Terveystenhuollon työntekijöiden kerronta ja positiot. Työelämän tutkimuspäivät 4.-6.11.2009. Tampereen yliopisto. Työryhmä. Taide, kertomuksellisuus ja työelämän laatu.

Tolkki Helena (2008): Perusterveydenhuollon ulkoistaminen – Lääke ja oire. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Sosiologian pro gradu -tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03471.pdf>

Tiilikka Tiina (2009): The positions of medical staff in outsourced primary health care services. Abstract for XVII ISA World Congress of Sociology. 11-17 July, 2010 Gothenburg, Sweden. Remaking the health professional workforce RC15/RC52.



TAMPEREEN
YLIOPISTO



Työsuojelurahasto
Arbetskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

ISBN:

Nid.: 978-951-44-7948-9

PDF: 978-951-44-7949-6