

# TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÄJÄN KIISTANALAINEN ROOLI

Kehysanalyttinen tutkimus kaupungin strategioista ja kuntalaisten kokemuksista Tampereella

OUTI KALJUNEN  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma  
Joulukuu 2011

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

KALJUNEN, OUTI: Terveyspalvelujen käyttäjän kiistanalainen rooli. Kehysanalyttinen tutkimus kaupungin strategioista ja kuntalaisten kokemuksista Tampereella.

Pro gradu -tutkielma, 101 s., 7 liites.

Sosiaalipolitiikka

Ohjaaja: Liisa Häikiö

Joulukuu 2011

---

Tarkastelen pro gradu –tutkielmassani kuntalaisten roolia asiakaslähtöisyyttä tavoittelevissa julkisissa terveyspalveluissa Tampereella. Tutkin kehysanalyttisesti sitä, miten kuntalaisten toimijarooli rakentuu kaupungin strategioissa sekä millaisia kokemuksia osallistuvilla kuntalaisilla on palvelujen asiakaslähtöisyydestä ja omasta toimijuudestaan niissä. Viiden julkisen strategian lisäksi tutkimusaineistonani on kysely asiakaslähtöisyydestä lasten ja nuorten hammashoitopalveluissa. Sen olen analysoinut kvantitatiivisin menetelmin.

Kansainvälisesti ja kansallisesti jaetut, ajassa liikkuvat aatteet, ideat ja ideologiat muokkaavat yhteiskunnan rakenteita ja vaikuttavat ihmisten jokapäiväiseen arkeen yksittäisissä kunnissa. Kuntalaisten toimijaroolin hahmottaminen julkisen terveydenhuollon palveluissa kiinnittyy kansalaisille kuuluvien sosiaalisten oikeuksien ja niiden nykyisen laajuuden pohdintaan, joka kietoutuu yhteen vallan ja vastuun monisäikeisten kysymysten kanssa. Samat kysymykset ja niiden ympärille rakentuvat yhteiskunnalliset prosessit leimaavat kaikkinsa sosiaalipolitiikan nykyisestä tilasta ja halutusta tulevaisuudesta käytävää keskustelua. Yksinkertaistettuna kyse on siitä, miten vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista jakautuu yksittäisen ihmisen ja julkisen vallan kesken.

Terveyspalveluissa valta on siirtynyt lääkäreiltä palveluja käyttävien kansalaisten suuntaan. Kokonaan asetelma ei ole kääntynyt nurin, mutta palvelunkäyttäjiä pidetään aiempaa tiedostavampina, vaativampina ja lääkärin auktoriteetin herkemmin kyseenalaistavina. Terveyspolitiikasta käytävässä keskustelussa valinnanmahdollisuuksien lisääminen on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi. Kehityksen käänköpuoli on se, että osa palvelunkäyttäjistä kykenee omaksumaan uuden roolinsa huomattavasti paremmin kuin toiset -kansalaisen täytyy osata vaatia ja tunnistaa oma tilansa, mutta liian asiantunteva tai äänekäs ei saa olla.

Tampereen kaupungin strategioissa terveyspalvelut halutaan kehittää aiempaa asiakaslähtöisemmiksi. Osoitan kuitenkin tutkielmassani, että strategioiden keskeinen tavoite on olennaisimmalta osaltaan ristiriitainen ja selkiytymätön. Strategioissa käsitys asiakaslähtöisten palvelujen käyttäjästä ja hänen oikeuksistaan ja vastuistaan vaihtelee perustavanlaatuisesti kehysittain. Strategioissa ilmenevä ristiriita kuntalaisen roolin osalta ei ole olemassa ainoastaan asiakirjojen teksteissä, mikä ilmenee myös asiakaskyselyn vastauksista, joissa on lisäksi havaittavissa merkkejä strategioista jo kadonneesta kehuksesta. Kaikkia kuntalaisia toimijaroolin epäselvyys ei koske samalla tavalla, sillä lasten rooli kehystyy muita selkeämmin ja rakentuu vahvan hyvinvointioikeuden varaan.

Palvelunkäyttäjän toimijarooli on kokonaisuudessaan kiistanalainen ja jännitteinen, mistä seuraa väärinkäsityksiä, pettymyksiä ja konflikteja. Tässä tutkielmassa kehysten ristiriita tuli näkyväksi julkituotuna pettymyksenä – mikäli aineisto olisi ollut toisenlainen, pettymys olisi mahdollisesti ilmennyt palveluista syrjäytymisenä. Aiheen tutkiminen erilaisin aineistoin ja menetelmin olisikin varmasti hedelmällistä.

UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Social Sciences and Humanities

KALJUNEN, OUTI: The citizen's controversial role in public health care services. A frame analytical study of city's strategies and citizen's experiences in Tampere.

Master's Thesis, 101 pages, appendices 7 pages.

Social Policy

Supervisor: Liisa Häikiö

December 2011

---

My Master's thesis is investigating how citizens are seen in public health care services in the City of Tampere. With frame analysis as a qualitative method I analyze how the citizens' role is understood in the city's political documents in a manner of participation, choice, responsibility and power. I'm also interested in citizens' own experiences within public health care services. For this reason, my research data comprises not only the city's strategies but also a survey of citizens' experiences which is analyzed with quantitative methods.

In this study I introduce the multidisciplinary discussion about seeing patients as consumers and citizen-consumerism. It has been asked how the nature of citizenship is changing, and what tensions, conflicts and ambitions these new roles and models of citizenship raise. People are getting more empowered, but the change is not simple and straightforward.

In Tampere the city's management is very keen to refine the health care services to be more client-centered, but the perception of the clients themselves, and a citizen's role in services, is highly controversial. I also demonstrate that the same contradiction is visible in citizens' experiences. However, children's role seems to be more untroubled and is based on very strong right to welfare. All in all, a much more research of this subject would be required.

# SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO.....	1
2. KANSALLINEN JA PAIKALLINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ .....	4
2.1. Lainsäädännön keskeiset kohdat.....	4
2.2. Julkishallinnon uudistus uusliberalismin hengessä.....	6
2.3. Terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen Tampereella.....	8
3. TOIMENPITEIDEN KOHTEESTA AKTIIVISEKSI TOIMIJAKSI.....	10
3.1. Kansalaisuus ja terveys .....	10
3.2. Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys terveyspolitiikan näkökulmasta.....	16
3.3. Tieto, valta ja vastuu – niistä on pienet palvelunkäyttäjät tehty .....	21
4. TUTKIMUSASETELMA .....	31
4.1. Erwing Goffmanin kehysanalyysi.....	31
4.2. Kehysanalyysin käyttö Tampereen kaupungin strategioiden analyysiin .....	36
5. SUUNNATON MUUTOS .....	40
5.1. Markkinaeetoksen kehys – valinnanvapautta vahvoille ja vastuullisille .....	41
5.2. Mekaanisen managerialismin kehys – katse prosesseihin .....	44
5.3. Refleksiivisen professionalismin kehys – ammattilaiset palvelujen keskiössä .....	47
5.4. Hyvinvointioikeuden kehys – terveys ja hyvinvointi kaikkien oikeutena .....	50
6. LASTEN MUITA VAHVEMPI HYVINVOINTIOIKEUS .....	54
6.1. Terveyspalvelujen jatkumo ensi hetkistä aikuisuuden kynnykselle .....	55
6.2. Yhteiskunnan suojelemat lapset.....	58
6.3. Lapset inhimillisenä pääomana.....	62
7. KUNTALAISEN KOKEMUKSIA SELVITTÄVÄN AINEISTON ESITTELY .....	65
7.1. Kysely lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen asiakaslähtöisyydestä .....	65
7.2. Kvantitatiivisen analyysin eteneminen .....	70

8.	KEHYSTEN RISTIRIITA OSALLISTUVAN KUNTALAISEN KOKEMUKSENA .....	76
8.1.	Aktiivisuus, vastuullisuus - ja kaksi kokemusta palvelujen yksilöllisyydestä.....	76
8.2.	Liian kuluttajamaiset palvelunkäyttäjät vai liian erilaiset kehykset .....	81
9.	KIISTANALAISEN ROOLIN JÄNNITTEET .....	87
	LÄHTEET .....	91
	LIITTEET .....	102
	Liite 1. Tampereen kaupungin tiedote kyselystä .....	102
	Liite 2. Kyselykaavake.....	103

# 1. Johdanto

*Kesäinen rankkasade iskeytyy voimalla Koulukadun pintaan Tampereella. Sosiaali- ja terveystalon ulko-oven suussa pyörätuolissa istuva mies ja hänen saattajansa katselevat suurista lasiovista ulos. Saattajan ääni kuuluu selvästi käytävän toiseen päähän, kun hän sateen pauhun yli ryhtyy topakasti ohjeistamaan seuralaista: ”Ja sitte kans sanot sille lääkärille, että sulla on oikeesti kovat kivut ja tarviit niihin jotain apua.” Mies katsoo hieman vaivaantuneesti käsiinsä. ”Kato ku se menee nykyään niin, että mitään et saa jos et pyydä ja vaadi, ilman apua jäät jos et sitä osaa tehdä. Vaikka eihän se tietysti niin saisi olla”, nainen jatkaa jo hieman hiljaisemmalla äänellä. Olen jo kaksikon kohdalla, kun saattaja lopulta toteaa murheellisesti: ”On tää terveydenhuolto kyllä muuttunut niin eriarvoiseksi.” ”Niinhän se on”, pyörätuolissa istuva mies huokaa.*

En kyennyt kävelemään suoraan ulos kuuntelematta kaksikon keskustelua. Olin tuolloin Tampereen kaupungilla töissä harjoittelijana ja kirjoittanut edellisten tuntien aikana samassa rakennuksessa vain muutamaa kerrosta ylempänä lukemattoman monia lauseita palvelujen asiakaslähtöisyydestä - viimeisimpänä siitä, miten palvelunkäyttäjien kuulemisen ansiosta voidaan nykyään tarjota tarpeelliset sosiaali- ja terveystalot sellaisillekin kuntalaisille, joita ei ole aiemmin tunnistettu tietynlaiseksi käyttäjäryhmäksi. Tilanteen ristiriitaisuus oli pysäyttävä. Minut valtasi epämääräinen kouraiseva tunne siitä, että olisin valehdellut kaikille kirjoittamissani teksteissä, vaikka asia ei ole niinkään.

Terveydenhuollon eriarvoisuus on ajankohtainen aihe yhteiskunnassa. Lokakuussa 2011 Turun Sanomat uutisoi Suomen olevan nykyisin yhä suurempien terveyserojen luokkayhteiskunta (Turun Sanomat 9.10.2011). Ylimmän tuloviidenneksen miehet elävät keskimäärin 12,5 vuotta pidempään kuin köyhimmät, eli alimman tuloviidenneksen miehet. Naisilla vastaava ero on hieman pienempi, mutta silti 6,8 vuotta. Ero on revennyt viimeisten 25 vuoden aikana, kun rikkaimpien elinajanodote on kasvanut ja köyhimpien elinajanodote pysynyt 1990-luvun alun tasolla. Suomessa rikkaiden ja köyhien väliset kuolleisuuserot ovatkin suuremmat kuin muissa Länsi-Euroopan maissa, hyvätuloiset ovat huomattavasti terveempiä kuin pienituloiset, ja lisäksi OECD-maista Suomessa on rikkaiden ja köyhien välillä suurin ero siinä, kuinka usein henkilö käy lääkärissä. (THL 8/2011.)

Terveyserojen kaventaminen on ollut keskeinen poliittinen tavoite 2000-luvulla, mutta sen toteuttamisessa on epäonnistuttu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) nimeää keskeiseksi syyksi tähän harjoitetun yhteiskuntapolitiikan ajoittaisen ristiriitaisuuden tavoitteen kanssa. (THL 8/2011 ja 11.4.2011.) Terveys kietoutuu yhteen erilaisen huono-osaisuuden kanssa monin tavoin, ja terveimpiä kansoja ovatkin ne, joissa rikkaimpien ja köyhimpien väliset tuloerot ovat pienet (Wilkinson 1996). Lisäksi muun muassa kuormittava työympäristö voi vahingoittaa terveyttä huomattavasti (Vahtera ym. 2002). Juhani Lehto (2011) painottaakin terveydenhuollon olevan, paitsi sosiaaliturvaa sairauden sattuessa, myös suuri sairaanhoitopalvelujen tuottamis- ja rahoittamiskoneisto sekä perustelu monenlaiselle elämänympäristön valtiolliselle sääntelylle. Julkinen terveydenhuolto on merkittävä sosiaalipoliittinen järjestelmä ja kiinteä osa suomalaista sosiaalipolitiikkaa.

Samanaikaisesti terveyserojen kaventamisen ohella on painotettu tarvetta kehittää sosiaali- ja terveyspalvelut aiempaa asiakaslähtöisemmiksi (esim. Tekes 3.6.2009). Asiakaslähtöisyyteen liitetään muun muassa palveluja käyttävien kansalaisten valinnan mahdollisuuksien lisääminen. Suomessa tämä painotus on noussut nopeasti yhdeksi tärkeimmistä periaatteista, jotka ohjaavat terveyspalvelujen kehittämisestä käytävää keskustelua. Meri Koivusalon, Eeva Ollilan ja Anna Alangon mukaan heidän aloittaessaan vuonna 2004 Suomen Akatemian ja Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa hanketta terveydenhuollon markkinoistumisesta ja kansalaisten osallisuudesta sekä osallistumisesta, terveydenhuollon valinnan mahdollisuuksista ei keskusteltu Suomessa lähes lainkaan. Keskustelun nopea lisääntyminen on erikoinen ilmiö siksi, että kansalaiset eivät ole tutkijoiden mukaan varsinaisesti pyytäneet terveyspalveluihin lisää valinnan mahdollisuuksia. (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009.) Sosiaalipalvelujen piirissä asiakaslähtöisyydestä on mainintoja jo 1970-luvulta, mutta sitä pidettiin pitkään ainoastaan ”sananhelinä” vailla todellisia tekoja (Valokivi 2008, 20).

Valinnanvapauden ja yksilöllisyyden edistämisestä sosiaali- ja terveyspalveluissa on puhuttu länsimaissa 2000-luvun ajan yhä enemmän, mutta sen on myös kritisoitu olevan ainoastaan näennäistä, asian uskottelua ilman todellisia osallistumisen mahdollisuuksia (esim. Bury 2004). Björn Hvinden ja Håkan Johansson (2007) havaitsivatkin, että eri Euroopan maissa kansalaisten vastuista, oikeuksista ja osallistumisesta käytettiin politiikkaohjelmissa sekalaisesti uusia ja vanhoja ideoita, jolloin yhdisteltiin keskenään ristiriitaisia kansalaisuustyyppejä. Nämä ”hybridit” eivät ole ongelmattomia. Hvinden ja Johansson (2007, 225) asettivat tulevan tutkimuksen tärkeäksi

funktioksi tehdä näkyväksi ja analysoida sosiaalisen kansalaisuuden hybridimallien merkityksiä sekä sitä, millaisia jännitteitä ja konflikteja niistä aiheutuu.

Tarkastelen pro gradu –tutkielmassani kuntalaisten roolia asiakaslähtöisyyttä tavoittelevissa julkisissa terveystalvuluissa Tampereella. Tutkin kehysanalyttisesti sitä, miten kuntalaisten toimijarooli rakentuu kaupungin strategioissa sekä millaisia kokemuksia osallistuvilla kuntalaisilla on palvelujen asiakaslähtöisyydestä ja omasta toimijuudestaan niissä. Lähestyn tutkimusongelmaani näin ollen ikään kuin kahdesta suunnasta käyttäen hyväkseni kahta eri aineistoa.

Tutkielmani etenee siten, että seuraavassa luvussa esittelen lyhyesti suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset puitteet, jotka ovat yhtä aikaa kansalliset ja paikalliset. Luvussa kolme rakennan puolestaan tutkielmani teoreettisen viitekehysten. Tarkastelen kansalaisuuden ja terveydenhuollon muutosta käsittelevän tutkimuskirjallisuuden kautta sitä, miten julkisia terveystalvuluja käyttävien kansalaisten rooli on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana ja mitkä nyky-yhteiskunnan ilmiöt ovat merkittävimpiä tähän kehitykseen vaikuttavia syitä.

Kehysanalyttista ajattelua, kehysanalyysia metodina sekä sen käyttöä tässä tutkielmassa käsittelen luvussa neljä. Luvuissa viisi ja kuusi esitän vastaukseni siihen, miten palvelunkäyttäjien toimijarooli kehystyy asiakaslähtöisissä palveluissa Tampereen kaupungin strategioissa. Luvussa seitsemän siirryn strategioista kuntalaisten kokemuksiin esittelemällä tutkielmani toisen aineiston ja sen analyysin etenemisen. Kyselyaineiston avulla saamani tulokset tulkiten luvussa kahdeksan täydentäen näin kuvaa tutkimusongelmastani. Tutkielman päättävässä luvussa yhdeksän kokoaan johtopäätökseni yhteen ja pohdin kiistanalaiseksi osoittautuneen roolin jännitteitä.



## 2. Kansallinen ja paikallinen terveydenhuoltojärjestelmä

Terveydenhuolto on lainsäädännössä esiintyvä yleiskäsite, jolla tarkoitetaan pääasiassa koko väestön saatavilla olevia sairaanhoidollisia ja sairauksia ehkäiseviä palveluja. Valtaosa terveydenhuollon menoista kuluu sosiaalihuollon kustannusten tapaan palvelujen tuottamiseen, joten terveydenhuollon rinnalla käytetään yleisesti myös käsitettä terveystalot. (Lehto ym. 2001, 35.) Terveydenhuollon tai terveyden- ja sairaanhoidon käsitteet eivät ole tarkkarajaisia eivätkä yksiselitteisiä (Lohiniva-Kerkelä 2007, 23), minkä lisäksi terveydenhuoltoon kuuluva terveyden edistäminen monipuolistaa edelleen käsitteen sisältöä (esim. Pajukoski 2009).

Käsittelen työssäni kunnan järjestämiä ja valtaosin tuottamia julkisia terveystalot, joiden rakenteista säädetään kansanterveyslaissa (66/1972) ja palveluista terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Terveydenhuoltolain ensimmäinen pykälä määrittelee terveydenhuollon siten, että siihen sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Käsittelen työssäni perustason terveystalot, eli kansanomaisesti sanottuna terveystalot toteutettavaa perusterveydenhuoltoa, johon sisältyy myös terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Kansanterveyslaissa tästä käytetään käsitettä kansanterveystalot.

En näin ollen palaa enää erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon, mielenterveystalot tai tartuntatauti ehkäisy kysymyksiin, joiden rakenteista ja palveluista säädetään muualla. Jos viittaen näihin palveluihin tutkielmassani, mainitsen ne erikseen nimeltä. Muuten puhun yksinkertaisesti terveydenhuollosta, julkisista terveystalot tai käytän näiden termien rinnalla ajoittain hyvinvointipalvelujen käsitettä. Esittelen tässä luvussa esittelemästäni näkökulmasta keskeisen lainsäädännön, julkishallinnon paradigman muutoksen sekä terveystalot järjestämisen ja tuottamisen Tampereella, jossa organisaatio on eriytetty tilaaja-tuottajamallin mukaisesti.

### 2.1. Lainsäädännön keskeiset kohdat

Suomessa julkisen vallan velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta on kirjattu perustuslakiin. Perustuslain (731/1999) 19§:n mukaan jokaisella suomalaisella on oikeus

riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Lisäksi julkisen vallan on huolehdittava väestön terveyden edistämisestä. Julkisen vallan ei kuitenkaan tarvitse itse tuottaa palveluja.

Terveydenhuollon toteuttaminen on kansanterveyslaissa säädetty kuntien tehtäväksi. Kuntien on huolehdittava kansanterveystyöstä sen mukaan, kuin kansanterveyslaissa tai muualla säädetään ja määrätään (66/1972, 5§). Oman toiminnan lisäksi palvelut voidaan tuottaa yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Lisäksi palvelut voidaan järjestää hankkimalla niitä valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta tai antamalla palvelunkäyttäjälle palveluseleitä. Kunnat valtion suorasta ohjauksesta irrottaneet sekä palvelujen tuottamisen ja järjestämisen toisistaan erottaneet lait (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992 ja Kuntalaki 365/1995) säädettiin 1990-luvun laman aikana.

Kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriölle (66/1972, 2§). Kuntia ja yksityisiä terveyspalvelujen tuottajia valvovat aluehallintovirastot, joita ohjaa ja koordinoi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Molemmat toimivat sosiaali- ja terveysministeriön alaisina. Lisäksi ministeriön alaisuudessa toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), joka toteuttaa pääosin tutkimus- ja kehittämistehtäviä. (esim. Lohiniva-Kerkelä 2007, 34.) Terveydenhuollon rahoitus on sosiaalihuollon tapaan monikanavainen. Tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 4/2011).

Toukokuun ensimmäisenä päivänä kuluvana vuonna voimaan astunut terveydenhuoltolaki (1326/2010) ei tuonut muutoksia terveyspalvelujärjestelmän rakenteisiin, terveydenhuollon henkilöstöä koskeviin säädöksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994) eikä palvelunkäyttäjän aseman turvaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Sen sijaan uutta on pyrkimys lisätä kansalaisten oikeutta valita niin hoitopaikka kuin hoitohenkilöstökin.

Terveydenhuoltolain tavoitteeksi on ilmaistu asiakaskeskeisten ja saumattomien palvelujen takaaminen, palvelujen tehokkaampi tuottaminen, perusterveydenhuollon vahvistaminen, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen. Lisäksi laissa on pyritty korostamaan potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa.

(Terveysthuoltolaki ja sen toimeenpano, THL 2011.) Palvelunkäyttäjä voikin aiempaa vapaammin valita sen terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan (1326/2010, 47§, 48§, 49§). Keväällä uudistuksen uutisoitiin ”mullistavan” kuntien roolin terveydenhuollossa (esim. Mtv3 27.4.2011), mutta en arvioi sitä tässä tutkielmassa enempää säädöksen tuoreuden vuoksi.

## 2.2. Julkishallinnon uudistus uusliberalismin hengessä

Uuden terveydenhuoltolain painotukset henkivät sitä poliittista aateilmastoa ja tahtotilaa, jossa korostetaan yksilön valinnan vapautta. Erilaiset ideologiat ja aatteet siirtyvätkin käytännön toiminnaksi, kun niiden sisältämien periaatteiden mukaisesti muokataan lainsäädäntöä ja organisaatioita, kuten palvelujen suunnittelusta, ohjauksesta ja toteuttamisesta vastaavaa julkishallintoa. Euroopassa uusliberalismiksi kutsuttu aatesuuntaus voimistui selvästi 1980-luvulla. Kyse ei ole yhtenäisestä ja sisäisesti johdonmukaisesta ideologiasta, vaan esimerkiksi Olavi Riihisen (1994) mukaan tulisi mieluummin puhua libertarismista, uusoikeistolaisuudesta ja uuskonservatismista. Uusliberalismi on kuitenkin vakiintunut ilmaus puhuttaessa managerialistiseen kauteen siirtymisen taustalla vaikuttaneesta aatteesta, jossa korostetaan julkisen sektorin pienentämistä, yksityistämistä ja palveluja käyttävien kansalaisen valinnanmahdollisuuksien lisäämistä (esim. Tahvanainen 2004, 32–33).

*New Public Management*, lyhyesti *NPM* ja *Governance* ovat yleisesti käytettyjä termejä, kun kuvataan julkishallinnossa tapahtunutta muutosprosessia ja sen tuloksia. Uusien doktriinien ajajat luonnehtivat uutta julkisjohtamista tehokkaaksi, selkeäksi, läpinäkyväksi, tulokselliseksi, taloudelliseksi, managerialistiseksi ja asiakaslähtöiseksi. Heidän pyrkimyksensä on tehdä ero ”vanhaan malliin”, joka esitetään hierarkisena, tehottomana, byrokraattisena, jäykkänä ja tarjoajalähtöisenä. (Newman 2001.) Retoriikassa toiminnan lähtökohdaksi asetetaan asiakkaiden tarpeet (Koskiaho 2008, 171).

Yhdysvalloista ja Isosta-Britanniasta liikkeelle lähtenyt aate levisi jollain tapaa kaikkiin länsimaihin 1980-luvulla. Suomessa julkishallinnon muutosprosessi käynnistyi 1990-luvun laman aikana, jolloin sitä perusteltiin tarpeella leikata julkisen sektorin kestäättömän suurien menojen uudessa taloudellisessa tilanteessa. Uudistus haluttiin esittää ennen muuta rationaalisena ja vastuullisena toimintana, ei poliittisena päätöksenä. Raija Julkisen mukaan kyse oli kuitenkin nimenomaan poliittisen ajattelun muutoksesta, uusliberalismin ja monetarismien vahvistumisesta. Lama antoi

hänen mukaansa ainoastaan hyvän syyn perustella toimet, jotka olisi tehty joka tapauksessa. (Julkunen 2001.)

Kritiikki uutta julkisjohtamismallia kohtaan nousi eri maissa kuitenkin pian, ja ennen kaikkea talousnäkökulmien ylikorostaminen nähtiin haitallisena. Vuonna 1997 Isossa-Britanniassa valtaan noussut Tony Blair ja työväenpuolue esittivät kykenevänsä tarjoamaan ”kolmannen tien” kankean byrokratian ja kylmän managerialismin väliltä. Heidän esittämässään hallintatavassa olisi molempien parhaat puolet, minkä lisäksi ihmisten ja yhteisöjen aktiivisuus otettaisiin aiempaa paremmin huomioon. (Newman 2001.) Teoreettisesti tarkasteltuna uudistusta pidettiin toiveita herättävänä (esim. Denhardt & Denhardt 2000, 549–557). Janet Newman havaitsi johtamismallin olevan kuitenkin alkuvuosinaan Isossa-Britanniassa sekasortoinen, epäjohtonmukainen ja tehoton, josta syystä se aiheutti vain hämmennystä ja pettymyksiä (Newman 2001). Toukokuussa 2010 työväenpuolue joutui hävittyjen vaalien jälkeen oppositioon.

Julkishallinnon muutosta onkin tutkittu myös julkisen sektorin imagoprojektina, sen pyrkimyksenä identifioida itsensä uudella tavalla. Tätä tukee se, että monesti kansalaisten roolia koskevat muutokset ovat olleet pintapuolisia ja jääneet puheiden tasolle. (esim. Meyer & Hammerschmid 2006.) Tapaustutkimus Tampereelta esimerkiksi osoittaa, että uuden julkisjohtamisen doktriinit eivät ole syrjäyttäneet perinteisiä, paikallisia näkemyksiä kansalaisuudesta, osallisuudesta ja vaikuttamisesta, vaikka ne ovatkin läsnä (Häikiö 2010).

Uuden hallintamallin voi nähdä myös todellisuudessa aiempaa asiakaslähtöisempänä. Tällöin sen katsotaan avanneen aikaisemmin poissuljetuille ryhmille mahdollisuuksia päästä vaikuttamaan heille suunnattuihin palveluihin, mikäli he aktivoituvat toimimaan (esim. Barnes 1999, 73–90). On kuitenkin vaikeasti arvioitavissa, missä määrin aiempaa suuremmat vaikutusmahdollisuudet ovat uuden hallintomallin ansiota. Ilmiötä voi yhtä lailla selittää aktiivisen kansalaisuuden ja ryhmäidentiteettien voimistumisen näkökulmasta. (Esim. Bolzan & Gale 2002, 363–375.)

Julkisjohtamisen diskurssin ei kuitenkaan nähdä todellisuudessa muuttaneen osallistumista tai kansalaisia toisenlaiseksi, mutta vanha hyvinvointivaltiodiskurssi on poissa. Uusien diskurssien nähdään suosivan kyvykkäitä yksilöitä ja sivuuttavan heikommassa asemassa olevia. (Esim. Häikiö 2010.) Muutokseen kriittisesti suhtautuvan Zygmund Baumanin (1998) huolen eriarvoisuuden kasvamisesta ja solidaarisuuden heikkenemisestä jakavat useat tutkijat. Esimerkiksi Jane E.

Fountainin (2001) mukaan aktiivisen ja itsenäisen kuluttajan roolin vahvistuminen sekä palvelujen tuotannossa tapahtunut budjettikurin kiristyminen luovat palvelujen verkostoon aukkoja, joista menevät helposti läpi huono-osaiset ja poliittisesti heikommassa asemassa olevat ryhmät. Tällöin vaikka itse julkiset palvelut joillain mittareilla paranisivat, niiden ei-toivotut vaikutukset, kuten epätasa-arvoisuuden lisääntyminen, ovat hyötyjä suuremmat (esim. Lincoln 2006).

Uuden julkisjohtamisen paradigmassa korostetaan julkisen sektorin johtamisessa kustannustehokkuutta ja tiukkaa budjettikuria sekä lisäksi asiantuntijavalta korvataan ulkoisella arvioinnilla ja johtajien vallalla (esim. Julkunen 2006, 99). Tiilikka, Palukka & Tolkki (2009, 9) kuvaavat muutosta valtion ja markkinoiden väliseksi rajansiirroksi, jota ohjaa periaate julkisten organisaatioiden tarpeesta osoittaa aikaansaannoksiaan, jotta ne kykenevät oikeuttamaan julkisen rahoituksensa. Paikallisella tasolla muutos ilmenee sillä tavalla, että perinteisen hierarkkisen linjaorganisaatiomallin sijaan palvelut järjestetään markkinasuuntautuneesti tilaaja-tuottajamallin avulla. Tilaaja-tuottajamalli muuttaa hierarkkista toimintatapaa siten, että julkinen sektori toimii edelleen palvelujen järjestäjänä mutta toimijat jaetaan tilaajiin ja tuottajiin. Suomessa tämä tarkoittaa sitä, että kunnan omien yksiköiden ohella palvelujen tuottajia voivat olla järjestösektorin toimijat tai yritykset. (Kallio ym. 2006.)

### 2.3. Terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen Tampereella

Tampereen kaupunki siirtyi ensimmäisenä kuntana Suomessa tilaaja-tuottajamalliin vuoden 2007 alussa. Samalla kaupungista tuli ensimmäinen pormestarijohtoinen suomalainen kunta. (Nieminen 2007.) Tilaaja-tuottajamallia esitettiin Tampereen toimintamalliksi jo vuonna 1995, mutta ehdotus kaatui vastustukseen. Alle kymmenen vuoden päästä asia oli kuitenkin jälleen esillä, tällä kertaa paremmalla menestyksellä. Kaupunginvaltuusto hyväksyi vuonna 2003 toimintamallin uudistamisen periaatteet. Seuraavana vuonna aloitettiin palvelujen tuotteistaminen sekä toteutettiin teknisen toimen organisaatiomuutos liikelaitokseksi. Vuonna 2005 ensimmäisten pilottikokeilujen ollessa käynnissä kaupunginvaltuusto hyväksyi toimintamallin kokonaisuudistuksen. (Kallio ym. 2006.)

Osittaisen tilaaja-tuottajamallin sijaan Tampereella toteutettiin koko organisaatiota koskeva uudistus. Ulkomailta saatujen esikuvien tapaan tilaajat ja tuottajat haluttiin erottaa mahdollisimman täydellisesti niin virasto- kuin luottamushenkilöorganisaatiossakin. Uudistuksen keskeisiksi

tavoitteiksi asetettiin poliittisen päätöksenteon vahvistaminen, palvelutuotannon tehostaminen ja strategisen johtamisen vahvistaminen, ulkoisten palvelumarkkinoiden joustava hyödyntäminen sekä kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksien takaaminen. Niinpä palvelujen tilaajiksi määriteltiin lautakunnat johtavine viranhaltijoineen ja tuottajiksi johtokunnat niiden alaisuudessa olevine yksiköineen. (Kallio ym. 2006.)

Tampereen kaupungissa tilaajatoiminnasta vastaavia lautakuntia johtavat apulaispormestarit. Kuuteen ydinprosessiin jakaantuva tilaajaryhmä vastaa kunnan palvelujen tilaamisen valmistelusta ja suunnittelusta, tilaamiseen liittyvistä tuki- ja kehittämisprosesseista sekä lautakuntien ja niiden jaostojen toimialaan kuuluvien asioiden valmistelusta. Lisäksi tilaajaryhmän vastuulla on viranomaistoiminnan järjestäminen. Tilaajaryhmää johtaa tilaajajohtaja, ja jokaisen ydinprosessin esimiehenä on tilaajapäällikkö. (Tampereen kaupunki, tilaajaryhmä 2011.)

Terveyspalvelut jakaantuvat Tampereella kolmen tilaajalautakunnan alaisuuteen ja näin ollen kolmeen ydinprosessiin. Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpidon ydinprosessi vastaa ikäihmisten, terveyden ja toimintakyvyn tukemisen ydinprosessi pääosin työikäisten sekä lasten ja nuorten kasvun tukemisen ydinprosessi lasten ja nuorten terveyspalveluista. Ikävaiheittaisen jaon tarkoitus on palvella kuntalaisia kokonaisvaltaisemmin ja parantaa eri organisaatioiden yhteistyötä. (Tampereen kaupunki, ydinprosessit 2011.)

Valtaosan sosiaali- ja terveyspalveluista tuottaa mallista huolimatta kaupungin oma avopalvelujen organisaatio. Tuotantoaluetta johtaa avopalvelujen johtaja, ja poliittinen vastuutaho on avopalvelujen johtokunta. Lisäksi avopalvelujen hallinnossa on tuotantoalueen yhteinen suunnittelutiimi. Avopalvelujen seitsemästä tuotantoyksiköstä terveyspalveluja tuotetaan neljässä. Lasten ja nuorten terveyspalveluilla, vastaanottotoiminnalla sekä mielenterveys- ja päihdepalveluilla on kaikilla oma ylilääkäriinsä, suun terveydenhuollossa ylihammaslääkäri. Vastaanottotoiminta käsittää kansanterveystyön mukaiset perusterveydenhuollon palvelut ja terveysneuvonnan, muun muassa terveysasemat. Yhteensä terveyspalvelujen palvelupisteitä on yli 200, henkilöstöä lähes tuhat ja terveyspalvelujen yhteenlasketut toimintamenot noin 70 M€. (Tampereen kaupunki, avopalvelut 2011.)

### 3. Toimenpiteiden kohteesta aktiiviseksi toimijaksi

Koska kansalaiset yksilöllisine tarpeineen on nostettu hyvinvointipolitiikan keskiöön, viime vuosien aikana on tutkittu monitieteellisesti ja laaja-alaisesti tätä uutta heille esitettyä roolia, muun muassa potilaita kuluttajina (Toiviainen 2007), kansalaisia asiakkaina (Valokivi 2008) ja kansalaisia kuluttajina (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009). Tarkastelenkin seuraavaksi kansalaisen roolin muutosta julkisten terveystalvelujen käyttäjänä ja tuon esille myös tutkijoiden esittämän huolen siitä, mitä kielteisiä seurauksia tällä kehityksellä voi olla tasavertaisuuden kannalta. Aluksi esittelen kuitenkin aiheen keskeisiin käsitteisiin sidostuvia merkityksiä.

#### 3.1. Kansalaisuus ja terveys

Ajatus kansalaisuudesta on peräisin jo antiikin Kreikasta. Kansalainen poliittisena toimijana luotiin kuitenkin vasta paljon myöhemmin, yhdessä kansallisuusaatteen ja kansallisvaltioiden kanssa. Kansalaisilla on paitsi oikeuksia myös vastuita, joista äärimmäisin konkretisoituu sotatantereilla ja sankarihautausmailla. Kansalaiset muodostavat yhdessä kansan ja kansakunnan, yksittäistä kansalaista ilman yhteisöä ei ole. (Heywood 2007, 440–441). Syvälle Lapin erämaahankin vetäytynyt erakko nauttii suomalaisen jokamiehen oikeuksista poimiessaan metsästä marjoja ja päätyy valtion viranomaisten toimenpiteiden kohteeksi viimeistään silloin, kun hänen maalliset jäännöksensä haetaan pois mökistä ja henkilötiedot päivitetään väestötietorekisteriin.

Kansalaisuuteen liitetään länsimaisessa demokraattisen valtion ihanteessa termit vapaus, veljeys ja tasa-arvo, millä tehdään ero alamaisuuteen. Ihannemallissa kansalaiset ovat horisontaalisesti keskenään samanarvoisessa asemassa: jokaisella on yleisen ja yhtäläisen äänioikeutensa turvin yhtä paljon vaikutusvaltaa vaaleissa, ja he ovat yhdenvertaisia lain edessä. Keskinäisten suhteidensa lisäksi kansalaiset ovat vertikaalisessa suhteessa valtioon. Valtio takaa heille useita oikeuksia, kuten koulutuksen, perusturvan, terveydenhuollon ja ulkoisen turvallisuuden. Kansalaiselle kuuluvia velvollisuuksia ovat puolestaan muun muassa verojen maksaminen sekä lakien, asetusten ja viranomaismääräysten noudattaminen. Näin ollen valtion ja kansalaisen välinen suhde on kaksisuuntainen ja molemmat hyötyvät siitä. (Clarke ym. 2007, 1-3.) Yhteiskunnan eri aloilla tätä suhdetta voidaan tulkita ja tarkastella niin sanottujen sopimusten, kuten sukupuolisopimuksen (ks.

esim. Anttonen, Henriksson & Nätkin 1994) tai terveys sopimuksen (Helen & Jauho 2003) abstraktioiden avulla.

Kansalaisuus määritellään yleensä kahdella tavalla, joko oikeuksien tai kansakuntaan kuulumisen perusteella (Helen & Jauho 2003, 13). Edellä kuvattu liberalistinen näkemys kansalaisuudesta on *poliittisen kansalaisen* perinteinen määritelmä. Kansalaisuus määritellään kuitenkin myös sosiaalisten oikeuksien kautta. T.H. Marshallin (1950) usein siteeratun näkemyksen mukaan kansalaiset saivat ensin 1700-luvulla taloudelliset oikeudet, 1800-luvulla poliittiset ja 1900-luvulla sosiaaliset oikeudet, joista yhdessä rakentuu sosio-liberalistinen kansalaisuus. Vaatimukset kansalaisten oikeudesta hyvinvointiin ja sosiaaliseen turvallisuuteen kiihtyivät Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa toisen maailmansodan jälkeen, minkä seurauksena rakennettiin modernit hyvinvointivaltiot. (Esim. Anttonen & Sipilä 2000).

Terveyskansalainen-käsitteen avulla kansalaisuuden tarkasteluun avautuu näkökulma, jossa terveydenhoidon politisoituminen sekä kansallis- ja sosiaalivaltion muodostuminen näyttäytyvät tiivistä toisiinsa kietoutuneina kehityskulkuina. Jo Ranskan vuoden 1789 vallankumouksen tavoitteisiin kuului sairaanhoidon sekä lääkäritoimen uudistaminen ja tasa-arvoistaminen. Muiden kansalais- ja ihmisoikeuksien tapaan terveys nähtiin jokaisen kansalaisen luonnollisena oikeutena, jonka vaaliminen on valtion velvollisuus. (Helen & Jauho 2003, 13, 25.) Oikeus terveyteen on siitä asti ollut yksi keskeisimmistä terveyspolitiikkaa ohjaavista periaatteista länsimaissa (Osborne 1997, 178).

Kansakuntaan kuulumisen osalta terveyskansalaisuudella on kaksi merkitysulottuvuutta: pyrkimys tuottaa yhteenkuuluvuutta ja yhtenäisyyttä terveydenhoidon nimissä, sekä toisaalta kansalaisia on kohdeltu eriarvoisesti perustellen sitä kansanterveyden vaalimisella. Yhteen keräämisestä klassinen esimerkki on kansanterveysvalistus, jolla muun muassa 1900-luvun alun Suomessa pyrittiin saamaan työväki osaksi terveempää ja vahvempaa kansaa. Luokittelut vajaa-kuntoisiin, terveisiin, kunnollisiin ja vaarallisiin ovat puolestaan antaneet ja antavat yhä julkiselle vallalle oikeuden puuttua ihmisten elämään ja kontrolloida sitä. (Helen & Jauho 2003, 14–15.) Terveys ei ole tässä asiassa poikkeus, vaan vastaavanlainen yhtäaikaista vahvistamista ja alistamista leimaavat esimerkiksi harjoitettavaa hoivapolitiikka naiskansalaisuuden näkökulmasta eri maissa (esim. Lister ym. 2007, 3). En käytä tekstissäni varsinaisesti sanaa ”terveyskansalainen”, mutta se toimii yhtenä koko työni keskeisenä tausta-ajatuksena ja jäsentäjänä. Julkisella vallalla, valtiolla ja kunnilla, on



läpi historian ollut halu ja tarve edistää kansalaisten terveyttä ja vaikuttaa heidän terveyskäyttäytymiseensä, koska koko yhteisön elinvoimaisuuden nähdään riippuvan siitä.

En kuitenkaan tarkoita sitä, että terveystieteiden olisi yksistään ylhäältäpäin annettua, määriteltyä ja ohjattua. Ritva Nätkin (1997) havaitsi väitöstudiossaan suomalaisen äitiyden ja maternalismin kiinnittyvän yhtäältä yhteiskunnassa virtaaviin aatteisiin ja rakenteisiin muodostaen maternalismin diskurssin, joka keskusteli, liittoutui, kriisiytyi ja ajoittain jopa sulautui yhteen muiden hallitsevien diskurssien kanssa. Tämä näkökulma painottaa naisten alistamista ja säätelyä, mutta kun asiaa tarkasteltiin naisten omien kertomusten kautta, samasta tutkimusaiheesta piirtyikin toisenlainen kuva. Siinä eri sukupolvien vahvat naiset taistelivat oikeuksiensa puolesta, määrittivät itse suhdettaan lapseen ja perheeseensä sekä kävivät ”ruohonjuuritason määrittelykamppailua” diskursseista. Kumpikaan totuus ei ole toista parempi, vaan ne paljastavat keskeisen asian kansalaisuudesta ja hallinnasta: sosiaalinen todellisuus on monikerroksinen ja ristiriitainen, joten tutkimuksessa on huomioitava sekä suuret rakenteet että yksittäiset kansalaiset, jotka liittoutuvat yhteen erilaisissa yhteisöissä.

Monet yhtäaikaiset nyky-yhteiskunnan ilmiöt ja kehityskulut kyseenalaistavat kokonaisuudessaan perinteisen sosio-liberalistisen ymmärryksen kansalaisuudesta. Erityisesti käsitys kansalaisuuteen kuuluvista sosiaalisista oikeuksista ja vastuista on hämärtynyt, mistä kertoo osaltaan tarve liittää myös itse sanaan uusia määreitä. (Esim. Hvinden & Johansson 2007). Yksi tällainen uusi hybridi on käsittää kansalaisuus julkisten palvelujen yhteydessä kansalais-asiakkuutena. Idea näin käsitteellistettynä esitettiin tietävästi ensimmäisen kerran Tony Blairin johtaman työväenpuoleen *Kolmas tie* -politiikkaohjelmassa vuonna 1997 (esim. Clarke ym. 2007).

Kansalais-asiakkuus liittää mielenkiintoisella tavalla yhteen kaksi perinteistä ja vahvaa käsitettä. Sillä aivan kuten ei voi olla valtiota ilman kansaa, markkinat ilman asiakkaita on teoreettinen mahdottomuus. Mutta siinä missä kansalainen on oikeuksia ja velvollisuuksia omaava yhteisön jäsen, asiakas on kykyjensä ja halujensa mukaan markkinoilla toimiva yksilö. Vapaus on keskeinen käsite myös puhuttaessa asiakkaasta, vaikka sen merkitys on hyvin erilainen kansalaiseen verrattuna: asiakkaalla on vapaus vaihtaa rahaa hyödykkeisiin ja palveluihin haluamallaan tavalla. Se, että ihmiset ovat epätasa-arvoisessa asemassa tämän vapauden määrässä, ei ole taloustieteessä ongelma. Sen sijaan tasa-arvon nähdään toteutuvan siinä, että kaikkien raha on samanarvoista ja kaikilla on vapaus yrittää. Asiakkaiden kohdalla on siis kyse positiivisesta individualismista -

jokainen on vapaa toteuttamaan itseään ja kasvattamaan omaisuuttaan lain puitteissa. Valinnan vapauden korostamisen taustalla on kuitenkin oletus siitä, että asiakas on itsenäinen, rationaalinen ja kykenevä valitsemaan missä tahansa asiassa tarjolla olevista vaihtoehdoista parhaan. Asiakas ei kansalaisen tapaan ole yksinkertainen toimija eikä pysyvä käsite vaan voi ideaalittyyppin lisäksi olla muun muassa markkinoiden uhri, eettinen kuluttaja, valitsija tai nautintoa hakeva hedonisti. (Clarke ym. 2007, 2–6.)

Äkkiseltään poliittisen, yhteisöllisen, julkisen ja valtiolta suojaa markkinoiden mekanismeilta saavan kansalaisen yhdistäminen yksityiseen, taloudelliseen ja individualistiseen asiakkaaseen on kummallinen. Hahmot voi toisaalta nähdä myös nykyihmisen kahtena eri puolena: julkisena ja yksityisenä, jotka molemmat toteuttavat länsimaisen ideologian ihanteita. (Clarke ym. 2007, 5–6.) Tapa nähdä kansalaiset valtion asiakkaina ja palvelujen kuluttajina eikä poliittisen tahdon lähteenä (Sulkunen 2007, 17) on kuitenkin yhteiskuntatieteellisesti monimutkainen ja ongelmallinen. Puhuttaessa asiakkuudesta kansalaisuuden perusteella myönnettyissä, julkisesti tuotetuissa palveluissa herää nimittäin väistämättä kysymys, missä suhteessa palvelunkäyttäjä on kansalainen, missä suhteessa asiakas. Kysymys on keskeinen erityisesti palvelunkäyttäjien oikeuksien, vastuiden ja vaikuttamiskanavien näkökulmasta.

Terveyspalveluissa yksittäisiä kansalaisia on pyritty suojaamaan muun muassa lailla potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sekä potilasasiamiehen palveluilla. Terveystieteiden tutkimuksessa potilas on vakiintunut ja institutionaalisen aseman saanut termi, joka kuvaa sairasta ihmistä suhteessa ammatinharjoittajaan (esim. Toiviainen 2007, 16). Palvelunkäyttäjän asettumista perinteiseen sairaan rooliin on kuitenkin alettu pitää ongelmallisena (esim. Lillrank & Seppälä 2000) ja termin käyttämisen on nähty edesauttavan passiivisen toiminnan jatkumista (Tuorila 2006, 10–14). Julkisessa keskustelussa ja asiakirjoissa onkin 2000-luvulla varsin yleisesti korvattu termi potilas asiakkaalla tai kuluttajalla, samalla kun tutkijat Suomessa ja muualla länsimaissa ovat pyrkineet kehittämään terveyspalvelujen käyttäjälle uutta tieteellistä ilmaisua (esim. Toiviainen 2007, 16–17).

Potilaskuluttaja on Suomessa Helena Tuorilan esiin nostama termi, jota Haug ja Lavin hänen mukaansa ehdottivat potilaan tilalle jo 1980-luvulla. Hän myöntää itsekkin termin kömpelyyden, eikä se ole vakiintunut jokapäiväiseen käyttöön. Tuorila perustelee nimityksen käyttöä kuitenkin sillä, että se tuo ilmi sekä potilaan sidonnaisuuden lääkärin asiantuntemukseen että kuluttajan valinnanvapauden ja määräysvallan. Potilaan ja kuluttajan roolit muodostavat vuorovaikutuksisen

jatkumon, jonka eri kohdille 2000-luvun terveystalouden käyttäjät sijoittuvat kykyjensä, taustojensa ja halujensa mukaan. (Tuorila 2006, 13–16.)

Käsityksen potilaasta kuluttajana nähdään kumpuavan yhtäältä kuluttajaliikkeestä ja toisaalta kaupallisen mallin tuomisesta terveydenhuoltoon (Toiviainen 2007, 17). Tutkimuskirjallisuudessa terveystalouden käyttäjien nimittäminen yksinkertaisesti asiakkaiksi, kuluttajiksi tai kumppaneiksi on kuitenkin muun muassa lääkärin vahvan aseman vuoksi sisällöllisesti ongelmallista (Tuorila 2006, 14). Potilaskuluttajan tilalle ei ole Suomessa kehitetty parempaa termiä, ja koska sekin on vielä vakiintumaton, käytän tekstissäni vain ilmaisua palvelunkäyttäjät.

### **Terveyden tasa-arvo kansalaisten välillä ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus**

Terveys on sanana lähes kaikille tuttu, mutta moniulotteisuutensa vuoksi sille ei ole olemassa yhtä hyväksyttyä määritelmää. Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) alainen Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, joka ei ole pelkästään taudin tai raihnaisuuden poissaoloa. Kyseistä määritelmää käytetään paljon, mutta sitä on myös kritisoitu vahvasti. Suomessa talousneuvoston asettama terveystalouden tavoitteita tutkinut työryhmä on esittänyt, että terveys määritellään yksilön psykofyysisen järjestelmän, hänen kokemansa tilan ja hänen sosiaalisen tilansa harmoniseksi suhteeksi. (Sintonen & Pekurinen 2006, 42–43.)

Koska kansalaisten hyvä terveys on sekä yksittäisten ihmisten että valtioiden päämiesten intresseissä, on sitä edistämään kehittynyt oma politiikan alansa, terveystaloudellinen. Terveystaloudellinen on terminä ollut Suomessa käytössä 1960-luvulta lähtien, sitä ennen puhuttiin joko ainoastaan terveyden- tai sairaanhoidosta tai sitten kansanterveysystyöstä (Harjula 2007, 9). Suppeasti määriteltynä terveystaloudellinen sisältää vain terveystaloudellisia ja sairauksien ehkäisyä koskevat kysymykset. WHO:n asiakirjoissa terveystaloudellinen kuitenkin määritellään siten, että se kattaa kaikki ne politiikat, joilla voidaan edistää väestön terveyttä. Näin laajasti määriteltynä tullaan lähelle hyvinvointitaloudellisen käsitettä, joka kattaa laaja-alaisesti muun muassa koulutustasoon, sosiaaliseen turvallisuuteen, asumisen laatuun sekä työ- ja muun ympäristön terveellisyteen ja turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Hyvinvointitaloudellinen onkin synonyymi sosiaalitaloudelliskalle silloin, kun se nähdään sosiaali-alkuisia palveluja ja tulonsiirtoja laajemmassa merkityksessä. (Lehto ym. 2001, 32–34.)

Terveyspolitiikan yhteydessä puhutaan usein oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvosta terveydenhuollossa. Oikeudenmukaisuus on normatiivinen ja arvosidonnainen käsite, joten oikeudenmukaisuustavoitteet heijastavat yksilöiden, väestöryhmien tai päätöksentekijöiden moraalisia arvoja. Arvot liittyvät läheisesti koko yhteiskuntaa koskeviin teorioihin ja ideologioihin. Niinpä oikeudenmukaisuuden tärkeys ja merkitys terveyspolitiikan tavoitteena vaihtelee eri maissa, esimerkiksi Euroopassa sen asema on paljon vahvempi kuin Pohjois-Amerikassa. (Sintonen & Pekurinen 2006, 91–92.)

Tasa-arvo on puolestaan positiivinen ja kuvaileva käsite, jonka avulla esitetään usein tilastollisten jakaumien ominaisuuksia. Esimerkiksi joidenkin terveyspalvelujen voidaan sanoa olevan tasa-arvoiset, kun ne jakautuvat tasan eri sosioekonomisten ryhmien kesken. Toinen taas näkee samasta jakaumasta palvelut hyvätuloisia suosivina ja epäoikeudenmukaisina, sillä huonommassa asemassa olevilla on monesti huonompi terveys. Tasa-arvosta voidaan siis puhua yksinomaan tilastotietojen pohjalta, mutta oikeudenmukaisuuden tulkintaan tarvitaan käsitys siitä, mitä se on. (Sintonen & Pekurinen 2006, 92.)

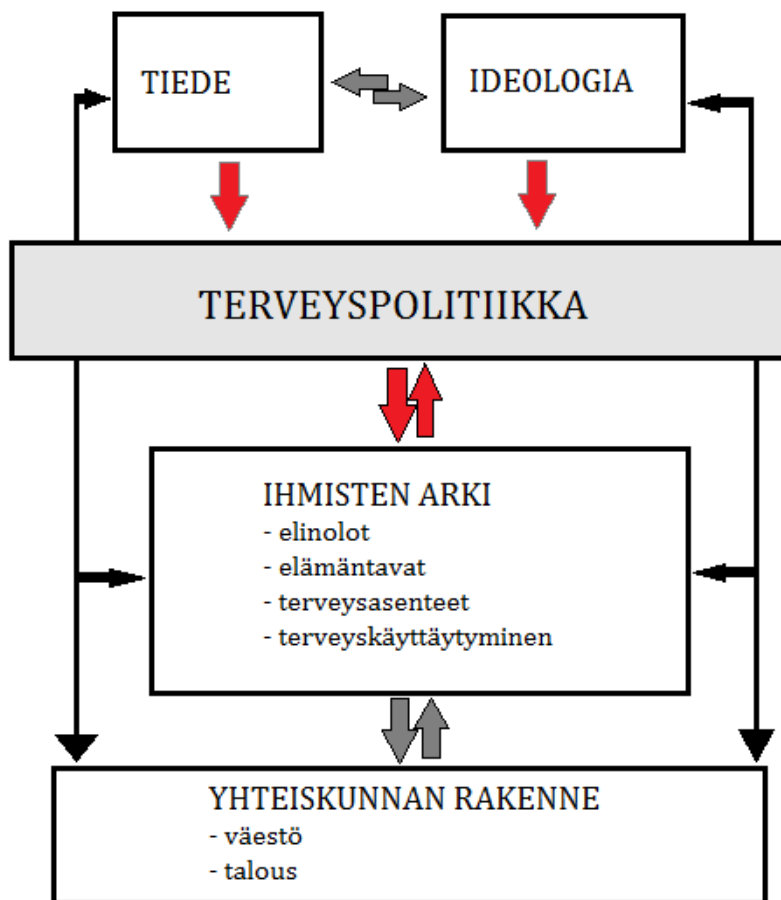
Haasteellista oikeudenmukaisuuden määrittämistä ja arviointia lähestytään terveydenhuollossa kahdesta erillisestä näkökulmasta, horisontaalisen ja vertikaalisen oikeudenmukaisuuden kautta. Vertikaalinen oikeudenmukaisuus on sitä, että erilaisia tapauksia kohdellaan eri tavalla. Esimerkiksi eri sairauksiin annetaan erilaisia hoitoja, tai taloudellisesti erilaisessa asemassa olevat ihmiset maksavat terveyspalveluista maksukykynsä mukaan. Horisontaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan puolestaan sitä, että samanlaisia tapauksia tulisi kohdella samalla tavalla. (Sintonen & Pekurinen 2006, 92–101.) Kun arvioidaan horisontaalista oikeudenmukaisuutta, käytetään usein apuna Mooneyn (1983) tekemää jakoa seitsemään periaatteeseen, jotka hajottavat prosessin kokonaisuuden eri osatekijöihinsä. Viimeinen periaatteista on väestön yhtäläinen terveys, mikä tarkoittaa tasa-arvoa lopputuloksessa.

Suomalaisessa terveydenhuollossa oikeudenmukaisuus- ja tasa-arvotavoitteet ovat keskittyneet siihen, että palvelujen käyttäjillä on yhtäläiset käyttömahdollisuudet, palvelujen käyttö jakautuu väestöryhmissä suhteessa palvelujen tarpeeseen ja kansalaisilla on yhtäläinen terveys tai ainakin terveyseroja kavennetaan terveyspolitiikan keinoin. Lisäksi taloudellisen tasa-arvon tavoite on ollut näkyvästi esillä. (Sintonen & Pekurinen 2006, 101–104.) Kansalaisten terveydellinen tasa-arvo on

siis suomalaisen terveystalitiikan keskeinen tavoite, ja terveydenhuollon nhdn toimivan oikeudenmukaisesti edistessn sen toteutumista.

### 3.2. Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys terveystalitiikan näkökulmasta

Yhteiskunnallisten ongelmien rakentumisessa on aina kyse valinnasta, monimutkaisen prosessin tuloksesta, jossa jokin kysymys maritetln ja tulkitaan eri tavalla kuin ennen. Samalla jtetn reagoimatta moniin vaihtoehtoisiiin kysymyksiin. Terveystalitiittiset kysymykset eivät tee tästä poikkeusta. Näin ollen terveystalitiikan rakentumista tulee tarkastella esimerkiksi sosiaalisen työn rakentumisen tapaan (Satka 1994) terveyttä koskevan tieteellisen tiedon, arvojen, aatteiden, yhteiskunnan rakenteen ja ihmisten arkisen elämän vuorovaikutuksena. Kuviossa 1 on ulkoasultaan hieman muokattuna Minna Harjulan (2007, 11) luoma visuaalinen esitys havainnollistamaan tätä jatkuvasti elävää vuorovaikutusprosessia. Alkuperäisen kuvion laadinnassa on hyödynnetty Mirja Satkan (1994, 265) tarkastelukehikkoa sosiaalisen työn rakentumisesta.



Kuvio 1. Terveystalitiikan rakentuminen. Lähde: Harjula 2007, 11.

Toiminnan vaihtoehtoisuuden käsittäminen on harjoitetun politiikan ymmärtämisen edellytys. Aatteista, katsomuksista, arvoista ja normeista koostuvat ajattelua ja toimintaa ohjaavat ideologiat ovat tiiviisti kytköksissä harjoitettuun tieteeseen. Uudet ideat eivät ole koskaan täysin uusia, vaan ne syntyvät valmiina oleviin kehyksiin. (Hyrkkänen 2002, 13, 36, 78–79.) Esimerkiksi 1900-luvun alussa länsimaissa vahvistunut rotuhygieeninen ajattelu, eugeniikka, kehittyi perinnöllisyystieteen pohjalta ja oli aikanaan osa sitä. Tämän ajattelun mukaisesti terveyspolitiikan keskeiseksi tehtäväksi asetettiin väestön degeneraation estäminen pakkosteriloimalla osa kansalaisista ja kannustamalla ”hyvän” kansanosan lisääntymistä. Laaja-alainen kansanterveystyö nähtiin haitallisena, koska se edisti kansanlaatua huonontavan aineksen elinmahdollisuuksia. (Esim. Harjula 2007, 40–43.)

Ideologiat ja tieteelliset keksinnöt vaikuttavat suoraan ihmisten arkeen ja käytännön toimintaan (Hyrkkänen 2002, 36–37), mutta yhtä lailla ne kumpuavat yhteiskunnan ruohonjuuritasolta. Esimerkiksi 1960- ja 1970-luvuilla länsimaisen ajattelun keskiöön nostettiin postmateriaaliset arvot, kuten sukupuolten tasa-arvo, vähemmistöjen oikeudet ja maailmanrauha, joiden ympärille syntyi sosiaalisia liikkeitä. Ilmiötä selitetään osaksi sillä, että länsimaissa taloudellinen vauraus oli noussut sellaiselle tasolle, että kyseisiin asioihin voitiin kiinnittää huomiota, kun ihmisten ei tarvinnut enää huolehtia päivittäisten perustarpeidensa tyydyttymisestä ja yksinkertaisesti elossa säilymisestä. (Heywood 2007, 211.) Yhteiskunnan vauraus, väestön rakenne ja koulutustaso luovat terveyspolitiikalle omat käytännönläheiset raaminsa. Harjoitetulla terveyspolitiikalla vaikutetaan yhtäältä niihin, mikä käy ilmi tarkasteltaessa suomalaisen terveyspolitiikan vaihteita 1900-luvulla (Harjula 2007; Mattila 2011).

### **Suomalaisen terveyspolitiikan vaiheet 1900-luvulla**

Aina kun tehdään esityksiä, joissa mennyt aika pilkotaan jaksoihin, tehdään historialle väkivaltaa. Jaottelu on myös poikkeuksetta keinotekoinen ja yleistävä kuvaus monimuotoisesta ja ristiriitaisesta todellisuudesta, jossa rajat ovat häilyviä. (Esim. Southgate 2005.) Rajojen vetäminen on kuitenkin välttämätöntä muutoksen hahmottamiseksi ja kokonaisuuden arvioimiseksi.

Minna Harjula (2007, 14–15) jaottelee 1900-luvun kuuteen aikakauteen sen perusteella, millainen kuva terveyspolitiikasta on suomalaisissa julkisissa asiakirjoissa haluttu antaa ja mihin suuntaan sitä on pyritty viemään. Aikakaudet ovat osin päällekkäisiä mutta erotettavissa selvästi sen mukaan, kuka tai ketkä ovat olleet keskeisimpiä toimenpiteiden kohteita, mikä on ollut toiminnan perimmäinen tarkoitus, mikä on ollut palvelunkäyttäjien asema ja mihin suuntaan se on kehittynyt.



keskustelua leimasi yhteiskuntakriittisyys: terveys pyrittiin nostamaan koko yhteiskuntakehitystä ohjaavaksi arvoksi, mikä merkitsi pyrkimystä muuttaa yhteiskunnan rakenteet ja elinolot terveyttä edistäviksi. Vilkas terveyspoliittinen keskustelu hiipui 1970-luvun alussa Kansanterveyslain säätämisen jälkeen. (Harjula 2007.)

Yhteiskunnallisen keskustelun ytimeen terveystalitiikka palasi 1980-luvun kääntyessä loppuaan kohden. Tällöin ryhdyttiin valmistelemaan Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaa. (Leppo 1998, 19.) Keskustelu Suomessa sai kuitenkin aivan toisenlaisia sävyjä, kuin mihin oli totuttu. Poikkeuksellista ei ollut terveyden ja talouden välinen kytkentä, olihan esimerkiksi Pekka Kuusen aikanaan mullistava hyvinvointipoliittinen ohjelma esittänyt terveydenhuoltojärjestelmän kansantaloudellisena sijoituksena (Harjula 2007). Päinvastoin, rajattomat terveystarpeet ja rajalliset resurssit ovat terveydenhuollon sisään rakennettu erityispiirre (esim. Sintonen & Pekurinen 2006). Tämän suhteen käsitteleminen on vaihdellut eri aikoina. Vuosisadan viimeisellä kymmenyksellä puhe siirtyi terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitsemiseen ja tuottavuudesta sekä kustannusten hallinnasta tuli vahva terveystalitiittinen arvo (Wrede 2000, 202–204).

Täysin uutta sen sijaan oli ajattelutavan täydellinen muutos: Yli sadan vuoden ajan kansalaiset oli pyritty saamaan terveyspalvelujen käyttäjiksi ja osallistumattomuus oli ollut valtaa pitävien huolena. Kansalainen täytti oman puolensa terveystalitiittimuksesta, kun hän piti kotinsa siistinä, söi terveellisesti, nukkui hyvin ja kävi säännöllisesti lääkäriissä. Nyt palvelujen käyttöä haluttiinkin rajoittaa ja siirtää aiempaa merkittävästi suurempi vastuu terveydestä ihmisten itsensä kannettavaksi. (Harjula 2007, 137.) Suomalaisen terveystalitiittikan nähtiin lähestyvän merkittävää käännekohtaa, jossa oli aika siirtyä ”terveyden valvomisesta terveyden vaalimiseen” (Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 5). Sama niin kutsuttu hyvinvointivalttioiden kriisipuhe levisi kaikkiin länsimaihin jossain muodossa 1980-luvulla, viimeistään 1990-luvun alussa (esim. Vallgård 2003).

Hyvinvointivalttioiden nähtiin maksavan liikaa, passivoivan kansalaisia ja holhoavan heitä, minkä nähtiin johtavan täten sekä taloudelliseen että henkiseen rappioon (esim. Andersson ym. 1993). Kestämätön kehitys oli katkaistava syvän laman koettelemassa Suomessa, ja säästövaateet koskettivat myös terveydenhuoltoa. Laman ensimmäistä vuotta lukuun ottamatta terveydenhuollon kokonaisuun ei kuitenkaan tehty merkittäviä leikkauksia (Lehto 1995), ja vuodesta 1995



lähtien terveydenhuoltoon on käytetty tasaisesti hieman alle kymmenen prosenttia bruttokansantuotteesta (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009 –, 14/2011).

Kokonaisrahoituksen osalta terveydenhuolto ei ajautunut kriisiin eikä kunnallista palvelujärjestelmää ajettu alas, vaikeimpina vuosina sen turvasi jaksamisen äärirajoille viety henkilöstö (Lehto 1995, 43). Muutos on kuitenkin ollut merkittävä, sillä samanaikaisesti, kun menojen kasvua on hillitty, tehtävät ovat lisääntyneet eivätkä säästöt ole jakautuneet tasan. Kolme suurta kehityssuuntaa – terveydenhuollon priorisoinnit, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon jatkuva eriytyminen ja eriarvoistuminen sekä vastuun siirtäminen järjestelmältä yksittäisille ihmisille – on johtanut terveydenhuollon eriarvoistumiseen ja mahdollisesti jopa uusiin hierarkioihin sen sijaan, että kaikilla ihmisillä nähtäisiin olevan yhtäläinen oikeus terveyteen. (Helen & Jauho 2003, 30–32.)

### **Hyvinvointivaltion muutosteoriat**

Hyvinvointivaltioiden muutos on etenkin 1990-luvulta lähtien puhuttanut niin tavallisia kansalaisia kuin tutkijoitakin. Keskustelussa on ollut maakohtaisia eroja, mutta missään ei ole päästy yksimielisyyteen siitä, mihin suuntaan ollaan menossa. (Esim. Hiilamo 2011.) Hyvinvointivaltion mallin ja talouskasvun välistä yhteyttä ei ole lukuisista yrityksistä huolimatta kyetty todistamaan suuntaan eikä toiseen, mikä on osaltaan vaikuttanut tilanteeseen (Kiander & Lönnqvist 2002). Hyvinvointivaltion muutosteorioiden tulevaisuuskuvat voidaankin jakaa neljään ryhmään. Yhden näkemyksen mukaan hyvinvointivaltioita kavennetaan merkittävästi, toisen mukaan ne kykenevät vastustamaan uusliberalistista muutospainetta, kolmas uskoo historialliseen institutionalismiin eli polkuriippuvuuteen ja neljäs hyvinvointivaltioiden uudelleenmuovautumiseen, uuteen paradigmaan (Lehto 2011).

Paul Piersonin (2001) historiallinen institutionalismi on saanut yhä enemmän kannatusta hyvinvointivaltioita tutkivien piirissä (esim. Julkunen 2006; Mattila 2011). Piersonin mukaan hyvinvointivaltioiden ankarimmatkin kriitikot ovat saaneet huomata, että olemassa olevien järjestelmien purkaminen on vaikeaa. Palveluilla on kansalaisten tuki, eivätkä poliitikot ole halukkaita tekemään epämiellyttäviä leikkauspäätöksiä, vaikka talouselämän vaikuttajien painostus on ollut kovaa. (Pierson 2001.) Esimerkiksi Isossa-Britanniassa terveydenhuollon täysremontin ilmoitti ensin tekevänsä konservatiivi Margaret Thatcher. Työväenpuolueen Tony Blair nousi valtaan 18 vuotta Thatcherin jälkeen vannoen myös uudistavansa terveydenhuollon perinpohjaisesti,

eri tavalla kuin konservatiivit ja perinteinen työväenpuolue. Todellisuudessa Ison-Britannian terveydenhuolto on pysynyt pääpiirteissään entisellään. (Newman 2001.) Toisaalta Yhdysvalloissa terveydenhuollon reformia on yrittänyt ilman tulosta viimeisimpänä istuva presidentti Barack Obama.

Hyvinvointivaltioiden kiivaimmatkin puolustajat ovat silti joutuneet havaitsemaan muutoksen tarpeen (Pierson 2001, 410). Juhani Lehto on hahmotellut ”terveysvaltion” muodostuvan neljästä peruspilarista: sairauden ajan sosiaaliturvasta, ympäristön terveellisyydestä, terveyspalvelujärjestelmästä ja terveysbisneksestä. Kun kokoaa yhteen suomalaista empiiristä tutkimusta terveydenhuollosta, muutos näyttäytyy ristiriitaisena ja eri lailla eri pilareita koskettavana. Yhteistä on kuitenkin se, että todisteita hyvinvointivaltion perääntymisestä ei ole käytännössä lainkaan. Sen sijaan olemassa olevien rakenteiden pysyvyydestä ja toisaalta uudesta paradigmasta on useitakin todisteita. (Lehto 2011.) Tämän päivän terveys- ja hyvinvointipolitiikan keskeinen kysymys kuuluukin, missä kulkee julkisen vallan, missä yksittäisen kansalaisen vastuun raja (Julkunen 2006). Kysymys konkretisoituu joka päivä kansalaisten asioidessa julkisissa terveyspalveluissa.

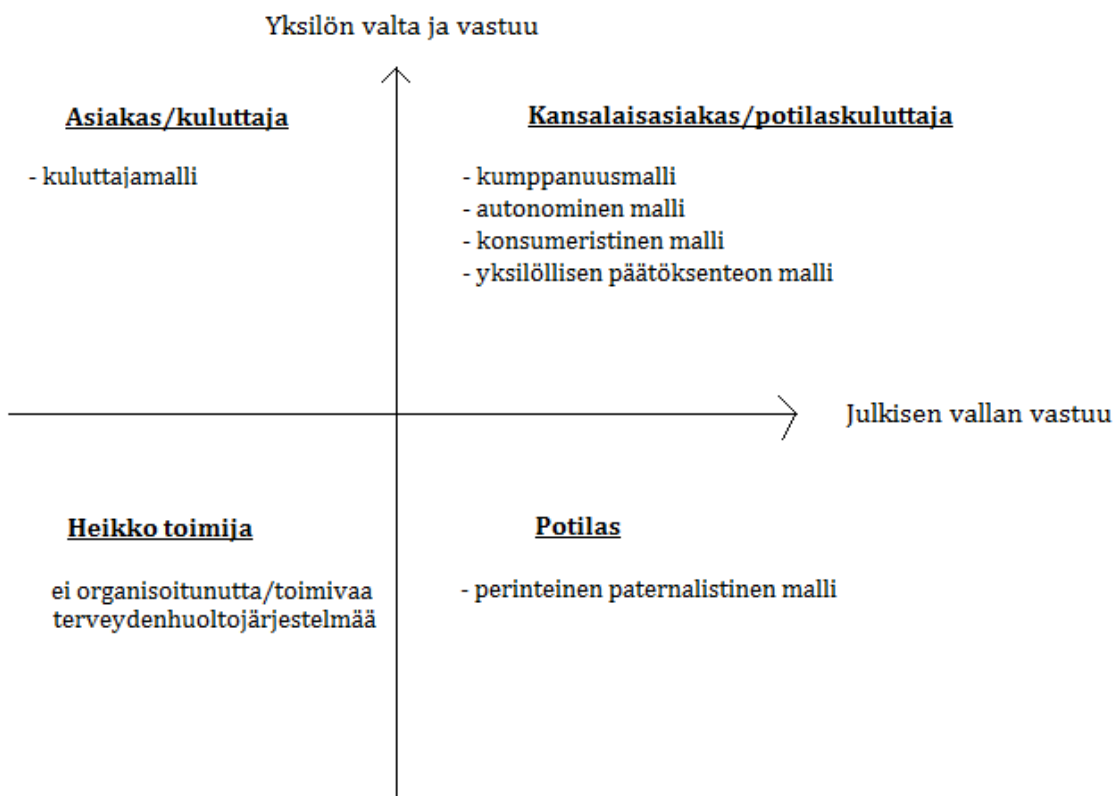
### 3.3. Tieto, valta ja vastuu – niistä on pienet palvelunkäyttäjät tehty

Suomalaisen terveydenhuollon institutionaalisen kentän muodostavat palvelujen käyttäjät, palvelujen tarjoajat sekä niiden rahoittajat ja organisoijat, joita ovat muun muassa kunnat, valtio ja Kansaneläkelaitos (Kinnunen & Myllykangas 2005). Terveyspalvelujen ytimessä on kuitenkin palveltavan ja palvelevan ihmisen henkilökohtainen kohtaaminen ja vuorovaikutus (esim. Lehto ym. 2001, 29). Koko hyvinvointijärjestelmän muokkaamispyrkimys on johtanut näiden kahden keskinäisen valtasuhteen muuttumiseen siten, että valta on vastaanotoilla siirtynyt lääkäreiltä palvelunkäyttäjien suuntaan (Toiviainen 2007, 24).

Janet Newman on käyttänyt nelikenttää kuvaamaan eri hallinnan malleja hahmotellessaan hallinnon muutosyritystä Isossa-Britanniassa (2001). Sovellan tuota mallinnusta (Kuvio 2.) osoittamaan palvelunkäyttäjän eri toimijarooleja sen mukaan, miten vastuun nähdään jakautuvan yksilön ja julkisen vallan kesken. Olen lisännyt kuvioon Hanna Toiviaisen kokoamat erilaiset potilas-lääkärisuhteen ja hoitopäätöksenteon mallit, jotka luonnollisesti vaihtelevat eri asemissa. Kuluttajamallissa palvelunkäyttäjällä saattaa olla jopa lääkäriä enemmän valtaa, paternalistisessa

mallissa hän taas on puhtaasti lääkärin toimenpiteiden tyytyväinen kohde. Loput mallit ovat monisyisempiä, mutta keskeistä niissä kaikissa on potilaskeskeisyys. (Toiviainen 2007, 103.) On myös hyvä muistaa, että maailmassa on edelleen valtioita, joissa ei ole toimivaa terveydenhuoltoa ja palvelunkäyttäjän toimijuus on näin ollen heikko (WHO).

Puhtaita malleja ei tässäkään tapauksessa ole, eikä muutos ole yksiselitteinen. Siirtymän voi kuitenkin nähdä tapahtuneen oikeasta alaneljänneksestä kohti oikeaa yläneljännestä. Ilmiö on länsimainen, mutta siinä on kansallisia eroja jo lähtötilanteiden erilaisuuden vuoksi (vrt. esim. Yhdysvallat) (Toiviainen 2007). Puhutaan ”konsumerismin vastaiskusta”, eli kuluttajanäkökulman korostamisesta ja kuluttajakeskeisyyden lisääntymisestä, millä terveydenhuollossa tarkoitetaan jaettuja näkökulmia (Tuorila 2006, 12) ja potilaan valinnanvapauden korostamista (Toiviainen 2007, 16). Muutokseen vaikuttavat monet syyt, joista seuraavaksi käsittelemme kolmea tutkimuskirjallisuudessa toistuvaa kokonaisuutta: tiedon lisääntyminen ja lääkäriprofession haastaminen, yhteiskunnan oikeudellistuminen sekä teknologioiden kehittyminen ja terveydenhuollon kaupallistuminen.



Kuvio 2. Palvelunkäyttäjän toimija-asemia vallan jakautumisen mukaan.

## **Tiedon lisääntyminen ja lääkäriprofession haastaminen**

Nykyään kuulee ja näkee käytettävän paljon ilmaisua hankala potilas. Kaikki myös tuntevat sen merkityksen: kyse ei ole hoidollisesti haastavasta tapauksesta vaan käytökseltään ikävästä henkilöstä. Mediuutiset kirjoitti maaliskuussa 2010, että hankalat potilaat koettelevat lääkäreitä päivittäin. ”Yleisimpiä ovat tilanteet, joissa potilas käyttäytyy niin, ettei yhteistyöstä tule mitään. Potilaan hoito kärsii, koska potilas vaatii lääkäriltään liikaa, eikä vastaavasti noudata ohjeita”, kertoi juttuun haastateltu terveyskeskuslääkäri. Lääkärien eettisen foorumin asiamies Samuli Saarni lisäsi, että ”on tavanomaista, että potilaat eivät noudata hoito-ohjeita. Se on lähtökohtaisesti turhauttavaa, mutta se täytyy vain osata kääntää haasteeksi. Potilas-lääkärisuhde on ylipäättään muuttunut potilaan määräilystä yhdessä päättämiseksi.” (Mediuutiset 1.3.2010.) Hankalista tai ”kiukkuisista potilaista” on käyty julkisuudessa keskustelua jo yli kymmenen vuoden ajan (esim. Duodecim 1998), mutta se on vain yksi osa roolien uudelleen muotoutumisesta johtuvaa kipuilua.

Perinteisesti palvelun tarjoajan ja käyttäjän välillä on terveyspalveluissa vallinnut tiedon epäsymmetria. Lääkäreillä on koulutuksensa perusteella tieto ihmisten vaivoista ja hoidoista sekä lisensoitu yksinoikeus harjoittaa kyseistä ammattia. Lääkäri ammatti onkin klassinen esimerkki vahvasta professiosta (Esim. Sintonen & Pekurinen 2006.) Vielä 1950-luvulla käsitys lääkäriprofessionista oli hyvin romanttinen, lääkärit nähtiin yhteiskuntaa koossa pitävänä voimana, ja he toimivat aina epäitsekäästi, uhrautuvasti ja potilailleen omistautuen (Parsons 1951). Kriitikki tätä näkemystä kohtaan kasvoi 1960-luvulla kärjistyen 1970-luvun vaihteessa luotuun teoriaan, jossa korostetaan lääkäreiden ja potilaiden välisiä konflikteja. Keskustelu sai kuitenkin pian maltillisempia sävyjä. (Toiviainen 2007, 23–24.)

Kaikkienensa lääkäriprofessionia koskeva teoreettinen tutkimus on keskittyneesti angloamerikkalaista, joten se ei sellaisenaan kuvaa suomalaista toimintaympäristöä. Täällä lääkäreiden asema perustuu kirjoittamattomaan yhteiskunnalliseen sopimukseen, jossa ammattikunta sitoutuu eettisesti korkeatasoiseen toimintaan ja yhteiskunta takaa sen aseman (Suomen Lääkäriliitto 2005). Lääkärit ovat kuitenkin joutuneet sopeutumaan asemansa muutokseen, kuten lehtikirjoituksestakin kävi ilmi.

Tutkittaessa palvelunkäyttäjien nykyistä asemaa julkisten terveyspalvelujen käyttäjinä voidaan ottaa huomioon modernisuuden sosiologian kuluttajatutkimus. Vaikka sen sisäiset tutkimussuuntaukset käsittelevät ilmiötä eri tavalla, kaikki ovat yhtä mieltä siitä, että kuluttamisen kulttuuri on yksi tämän hetken yhteiskuntaa näkyvimmin leimaavista piirteistä. (Clarke ym. 2007, 9.) Anthony

Giddensin teorian mukaan tavasta kuluttaa on tullut osa elämänpolitiikkaa, keino luoda identiteettiään niin yksilöllisesti kuin kollektiivisestikin. Tämän mahdollistaa refleksiivinen, individualismin prosessia vahvistava ympäristö. Refleksiivisellä ympäristöllä tarkoitetaan globalisaation, traditioiden vastustamisen ja purkamisien sekä sosiaalisen itsekohtaisuuden muodostamaa kokonaisuutta. (Giddens ym. 1994, 5.)

Giddensille refleksiivinen nykyisyys merkitsee jälkitraditionaalista sosiaalista järjestystä, jossa itsestään selvänä pidetyt instituutioiden muodot ja järjestelmät kyseenalaistetaan. Tällöin esimerkiksi yhteiskunnan moninaiset eroihin perustuneet hierarkiat näyttäytyvät epälegitiimimpinä, kuin niitä on totuttu pitämään. Kaikki tämä yhdessä synnyttää demokratisoitumisen prosessin, jonka vaikutukset ulottuvat yhteiskunnan kaikille alueille, kaikkiin sosiaalisiin suhteisiin. Näin ollen myös monien ammattien, kuten esimerkiksi poliisin tai lääkärin auktoriteetti julkisten palvelujen kuluttajiin nähden murenee. (Giddens ym. 1994, 5, 117–124.)

Terveydenhuollossa kuluttajaliike alkoi nousta ensimmäisenä 1960-luvun Yhdysvalloissa. Kuluttajaliikkeen yleisenä lähtökohtana on potilaiden ja kuluttajien suojeleminen sekä heidän oikeuksiensa edistäminen. Potilasjärjestöt ovat osa kuluttajaliikettä, mutta yleisen edun sijaan ne ajavat omien potilasryhmiensä asiaa muun muassa pyrkimällä vaikuttamaan päättäjiin sekä jakamalla jäsenilleen ajankohtaista tietoa. Kuluttajien ja potilaiden järjestäytymisen sekä ryhmien tarjoaman vertaistuen uskotaan vaikuttaneen terveydenhuollon kuormittumiseen ja itsehoidon kehittymiseen. (Toiviainen 2007, 17–18.)

Suomessa potilasjärjestöjä ei ole käsitteellisesti määritelty eikä systemaattisesti tutkittu. Ei ole myöskään olemassa sellaista rekisteriä, josta kaikki potilasjärjestöt olisivat identifioitavissa. Historiallisesti potilasjärjestöillä on kuitenkin ollut merkittävä rooli valtiollisen järjestelmän kumppanina, mikä on poikkeuksellista muihin Pohjoismaihin verrattuna. (Toiviainen 2007, 43, 77.)

Väitöskirjansa osatutkimuksessa Hanna Toiviainen havaitsi, että suomalaisten potilasjärjestöjen perustamisajankohtaan ajoittuivat erilaiset sosiaaliset muutokset ja terveydenhuollon kehitys. Potilasjärjestöjen lukumäärä alkoi nousta toisen maailmansodan jälkeen, nousu lisääntyi hyvinvointivaltion aktiivisella rakennuskaudella ja kiihtyi selvästi 1990-luvulta alkaen. Uusien alueiden lisäksi järjestöt erikoistuivat yhä enemmän perinteistenkin sairaus- tai vamma-alueiden sisällä. Lääkärit ja lääkärijärjestöt eivät kuitenkaan suhtaudu varauksettomasti kuluttaja- ja

potilasliikkeisiin, erityisesti niiden hoitokäytännöistä antamaan tiedotukseen, mikäli järjestössä ei ole lääkäreitä. (Toiviainen 2007, 41–51, 78.)

Potilasjärjestöt lisäävät merkittävästi palvelunkäyttäjien voimavaroja, nykyään suurelta osin Internetin ansiosta. Kaikkien muiden tapaan järjestöt pystyvät Internetin kautta jakamaan nopeasti ja tehokkaasti tietoa suurelle joukolle ihmisiä. Erilaisten terveys- ja lääketiedon kirjastojen ja organisaatioiden sivustojen lisäksi tietoa voi hakea yksityishenkilöiden blogeista ja keskusteluryhmistä. Sarah Nettleton ja Roger Burrows (2003) kutsuvatkin Internetin muodostamaa uutta lääketieteellistä kosmologiaa termillä 'e-scaped medicine'. Tutkimusten mukaan myös Suomessa yksittäisten ihmisten tärkein tiedonvälittäjä terveys-, sairaus- ja lääketiedossa on internet, josta saadun tiedon perusteella neljännes palvelunkäyttäjistä hakeutuu hoitoon (Saari & Närhi 2003). Yli puolet suomalaisista potilastyötä tekevistä lääkäreistä raportoikin Toiviaisen tutkimuksessa, että viime vuosina on lisääntynyt niiden potilaiden määrä, jotka ilmoittavat jo vastaanotolle tullessaan haluamansa tutkimukset, toimenpiteet ja lääkkeet. Yli puolet lääkäreistä kertoi kohtaavansa tällaisia potilaita nykyään erittäin usein. (Toiviainen 2007, 78–79.)

Kriittiset modernisuuden sosiologit näkevät uudessa kuluttajakulttuurissa kuitenkin enemmän uhkakuvia kuin positiivista kehitystä. Esimerkiksi Zygmunt Baumanin mukaan individualistinen kuluttajakulttuuri syrjäyttää yhteiskunnasta kollektiivisuutta ja solidaarisuutta. Siinä missä hyvinvointivaltioissa yhteinen etu ja ”ketään ei jätetä” –mentaliteetti oli vallitseva, kuluttajayhteiskunnassa korostuu itsekäs omien tarpeiden tyydyttäminen. Tämä vaikuttaa sosiaalipolitiikkaan siten, että arvot kovenevat ja heikoimmassa asemassa olevien auttamiseen suhtaudutaan aiempaa kriittisemmin. (Bauman 1998, 85–91.) Poliittiset puolueet erityisesti Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa ovatkin käyttäneet valikoivasti modernisuuden sosiologian kuluttajateorioita. Giddensin näkemys refleksiivisestä nykyisyydestä toimi vankkana perusteluna Tony Blairin johtaman työväenpuoleen *Kolmas tie* -politiikkaohjelmalle. (Clarke ym. 2007, 13.)

Tieto on tärkein edellytys aktiivisena kuluttajana toimimiselle terveydenhuollossa, muita ovat tahto, mahdollisuus ja kyky tehdä valintoja (Toiviainen 2007, 71–73). Esimerkiksi vakavasti sairailta tai muista syistä vajaakuntoisemmilla nämä edellytykset eivät täyty, eikä heitä tulisi yrittää pakottaa kuluttajamaiseen rooliin (Tuorila 2006, 18–19, 111). Tutkimusten mukaan osa suomalaisista palvelunkäyttäjistä ei ole halukkaita tai kyvykkäitä omaksumaan vastuullisempaa toimija-asemaa (esim. Valokivi 2008, 79–80). Potilaiden toimiminen kuluttajina jakaa lääkärit myönteisesti ja

kielteisesti suhtautuviin, kokonaisuudessaan asiasta tiedetään kuitenkin varsin vähän (Toiviainen 2007, 30, 78–79).

Kuluttajuus ei voi koskaan toteutua terveydenhuollossa täysin muun muassa siitä syystä, että kukaan ei voi estää tai valita sairastumistaan (Toiviainen 2007, 73). Ei myöskään tiedetä, missä määrin suomalaiset ovat halukkaita toimimaan terveyspalvelujen kuluttajina. On kuitenkin harhakuvitelmaa, että uudenlainen toimijuus kyettäisiin luomaan yksin valtaapitävien määräyksellä (Chandler 2000, 12–13).

Osa palvelunkäyttäjistä omaa sekä tarvittavat tiedot että halun ja kyvyn toimia terveyspalveluissa lähes tasavertaisena osapuolena, ja suomalaisia on kannustettu valitsemaan rohkeasti tämä rooli (esim. Tuorila 2006, 111). Huolta herättää kuitenkin se, jäävätkö tässä kehityksessä heikommat vahvempien jalkoihin ja jakautuvatko palvelut sen mukaan, kuka niitä osaa pyytää. Tutkijat ovat jo havainneet viitteitä tällaisesta kehityksestä (esim. Valokivi 2008), mikä vakavimmillaan johtaa terveyserojen kasvuun (Toiviainen 2007, 71).

### **Yhteiskunnan oikeudellistuminen**

Oikeudellistumisella tarkoitetaan lainsäädännön laajenemista uusille alueille ja sen tarkentumista koskemaan aiemmin sääntelemättömiä yksityiskohtia (Lehto ym. 2001, 206). Tällöin yhteiskunnallisen ilmiön, asian tai alueen oikeudellinen sääntely vahvistuu ja yhteiskunnallisten argumenttien sijaan toimintaa perustellaan lainopillisesti (Valokivi 2008, 74). Suomessa 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa säädetyt lait potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), kuntalaki (365/1995) ja hallintolaki (434/2003) korostavat yksittäisen kansalaisen oikeuksia ja määrittävät heidän suhteensa julkiseen valtaan hyvin tarkasti. Kansalaisnäkökulman korostaminen paitsi vahvistaa palvelunkäyttäjien oikeutta vaikuttaa kuntien tarjoamien palvelujen laatuun ja määrään myös lähes velvoittaa heidät tekemään niin (Alavaikko 2006, 47, 52).

Terveydenhuollossa oikeudellistumisesta puhutaan myös silloin, kun kuvataan prosessia, jossa ongelmat kuten hoitovirhe-epäilyt ratkaistaan tuomioistuimissa aiemmin käytettyjen muiden kanavien sijaan. Tällaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä lainoppineiden sanotaan nousseen neljänneksi osapuoleksi palvelujen käyttäjien, tarjoajien ja rahoittajien rinnalle. Esimerkkinä

käytetään usein Yhdysvaltoja, jossa palvelunkäyttäjät kääntyvät helposti asianajajien puoleen ollessaan tyytymättömiä saamaansa hoitoon tai palveluun. (Lehto ym. 2001, 206.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa oikeudellistuminen ei ole tässä mielessä edennyt radikaalisti, vaikka täällä on esimerkiksi vajaan kymmenen vuoden ajan toiminut yksityinen lakiasiantoimisto, joka on erikoistunut potilasvahinkotapauksiin (Potilasvahinkoapu). Kuitenkin Suomessakin tehdään eduskunnan oikeusasiamiehelle kanteluja entistä useammin - vuonna 2010 kanteluja tehtiin yhteensä 4100, määrä on noussut 2000-luvun aikana 65 prosenttia. Terveydenhuoltoa (noin 450 kappaletta) koskevia kanteluita oli kolmanneksi eniten, useammin kanneltiin ainoastaan poliisin (lähes 700) ja sosiaalihuollon (yli 500) toiminnasta. (Eduskunnan oikeusasiamies 14.2.2011.)

Ihmiset ovat tulleet yhä tietoisemmiksi oikeuksistaan, ja oikeusajattelun nähdään vahvistuneen (Sinko 2004, 35). Tällöin vaatimukset myös terveydenhuollon ammattilaisten lakien ja normien mukaisesta toiminnasta kiristyvät, ja osa kansalaisista tekee sekä rohkeammin kanteluita viranomaisille että hakee oikeuksiaan tuomioistuimien kautta (Valokivi 2008, 74–75). Oikeudellistuminen voidaankin nähdä myös vastareaktionä palvelujen rapautumiselle (Julkunen 2006, 196) ja huonosti toimineelle informaatio-ohjaukselle, joka korvasi aiemman suoran valtionohjauksen kuntauudistuksen yhteydessä 1990-luvulla (esim. Stenvall & Syväjärvi 2006, 90).

Oikeudellistumisen myötä aktiivisten ja toimintakykyisten kansalaisten oikeuksien nähdään toteutuvan aiempaa vahvemmin (Ife 1998, 181). Kolikon kääntöpuoli on se, että ihmisten edellytetään tuntevan oikeutensa ja puolustavan niitä julkisyhteisöjä vastaan (Kotkas 2006). Olettamus sisältää kaksi perustavaa laatua olevaa ongelmaa: kansalaisten eriarvoistumisen ja epäluottamuksen leviämisen. Luottamus hyvään ja oikeudenmukaiseen kohteluun on keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kannatteleva voima. Tämän luottamuksen mureneminen nähdään vakavana uhkana myös siitä syystä, että ammattilaisten pelko oikeuteen joutumisesta johtaa oletettavasti huomattaviin menetyksiin niin toiminnallisesti kuin taloudellisestikin (Lehto ym. 2001, 206).

Väitöstutkimuksessaan Heli Valokivi (2008) havaitsi vanhusten ja lainrikkokojien asettuvan hyvinvointipalvelujen käyttäjinä heikosta toimijuudesta vahvaan toimijuuteen muodostuvalle jatkumolle. Toimijuuden vahvuuden esiintuovat toimintatavat hän on nimennyt vaatimiseksi, kumppanuudeksi, palveluiden käytöksi, alamaisuudeksi, vetäytymiseksi, ulkopuolisuudeksi ja



Liian voimakkaasti oikeuksiaan esiin tuoneet vaatijat ajautuivat monesti konflikteihin palvelujärjestelmän ammattilaisten kanssa, kun taas alamaiset, vetäytyjät, ulkopuoliset ja irrallaan olevat kansalaiset jäivät usein palvelujen ulkopuolelle. Palvelunkäyttäjän on siis ymmärrettävä tilanteensa, tunnettava oikeutensa ja osattava esittää ne oikealla tavalla (Kokkonen 2006, 10–11) päästäkseen tasapainotilaan, jossa oikeuksista ja velvollisuuksista ei erityisesti tarvitse neuvotella (Valokivi 2008, 70). Viime kädessä lääkärit toimivat edelleen portinvartijoina (Toiviainen 2007, 25).

Oikeudellistumista voi lähestyä myös vastuun näkökulmasta. Raija Julkusen mukaan oikeudellistuneessa yhteiskunnassa vastuullisia ja korvausvelvollisia määritellään aiempaa tarkemmin ja ”julkiset vastuut” ovat tiukempia sekä velvoittavampia kuin yhteisvastuullisuuden ollessa vahva. Vastuullisten ja tilivelvollisten aiempaa selvemmän osoittamisen tarpeen taustalla Julkunen näkee vastuutematikan nousun, joka on mahdollisesti syntynyt hyvinvointivaltion lupauksen ja siitä etäännyttävien kehityssuuntien välisestä ristiriidasta. Kun kukaan ei halua ottaa vastuuta epämieluisesta kehityksestä, vastuuta yksilöidään yhä yksityiskohtaisemmin ja jaetaan sitten joka puolelle. (Julkunen 2006, 10–12.) Vastuu siis pirstaloituu, jolloin se lankeaa yhtä aikaa kaikkien eikä kenenkään kannettavaksi.

### **Teknologioiden kehittyminen ja terveydenhuollon kaupallistuminen**

Yhdysvaltalainen ekonomi Paul Piltzer ennusti vuonna 2002 ilmestyneessä teoksessaan *The Wellness Revolution* ehkäisevien terveyspalvelujen olevan yksi keskeisistä lähitulevaisuuden miljardibisneksistä. Yhdysvalloissa noin seitsemäsosa bruttokansantuotteesta kulutetaan ja tuotetaan terveyspalveluissa, alalla toimivan työvoiman prosentuaalinen osuus on vielä suurempi. Kasvupotentiaali on nimenomaan ehkäisevissä palveluissa, sillä terveyden kysyntä on suurta: ihmiset haluavat voida paremmin, säilyttää toimintakykynsä pidempään, ja lisäksi media ruokkii näitä odotuksia ja toiveita jatkuvasti.

Terveystuotteiden mainonnassa on pitkälti kyse nimenomaan odotusten nostattamisesta ja kuluttajavaateen luomisesta tarjontaehtoisesti. Terveyttä markkinoidaan kuin mitä tahansa muuta kauppatavaraa tai kulutushyödykettä. Muun muassa erilaiset terveystestit, naisten ja miesten vaihdevuodet, seksuaaliterveys sekä kauneuskirurgia ovat esimerkkejä kaupallisuuden leviämisestä terveydenhuollossa. (Toiviainen 2007, 18–19.) Tuotteiden tarjoajat pyrkivät vakuuttamaan ihmiset teknologioiden tarpeellisuudesta (esim. Bauman 1998), mikä on ainakin jossain määrin onnistunut.

Terveyspalvelujen käyttäjien vaatimukset näyttävät lisääntyneen, koska teknologioihin kohdistuvat odotukset ovat kasvaneet (Singh ym. 2004). Samanaikaisesti kun kaupalliset tarjoajat hyödyntävät ja omalta osaltaan edistävät kuvaa palvelujenkäyttäjistä yksilöllisinä ja voimavaraistuneina kuluttajina (DuPre 1999), ”sairauksien kaupustelu” kasvattaa itse asiassa lääkärin ja lääketieteen valtaa monien ihmisten ollessa helppoja uhreja hädän, kuoleman pelon tai turhamaisuutensa vuoksi (Myllykangas 2006).

Elämän ja yhteiskunnallisten ongelmien lääketieteellistämistä kutsutaan medikalisaatioksi. Medikalisaation sanotaan siirtävän terveen ja sairaan rajaa aina vain terveempien suuntaan, kun arjen ongelmista tehdään hoitoa vaativia lääketieteellisiä ongelmia ja erilaisia sairauksia ennaltaehkäistään lääkkein. (Myllykangas 2006.) Terveystieteiden alueista lääkityksessä kaupallisuus onkin edennyt selvästi (Toiviainen 2007, 19). Medikalisaation käsitteen 1970-luvulla luonut Irving Zola tarkoitti sillä alun perin lääketieteen valtaa yhteiskunnassa, mutta termin määritelmä ja käyttö on myöhemmin laajentunut (esim. Toiviainen 2007, 21). 1990-luvulta alkaen on keskusteltu yhä enemmän medikalisaatiosta ja kaupallistumisesta toisiaan tukevinä ilmiöinä (esim. Myllykangas 2001).

Suomessa täysin puhdasta kaupallisuutta on vasta harvoilla terveydenhuollon aloilla, mutta myös täällä lääketieteellisyys kiertää yleisömainontakieltä (Toiviainen 2007, 19, 21). Lisäksi erilaisten kaupallisten terveystestien tarjonta vaikuttaa kiihtyvän. Kaupalliset testit ovat nykyään terveyttä koskevien massatapahtumien vetonauloja. Niinpä arkkiatri Risto Pelkonen näki hiljattain tarpeelliseksi muistuttaa siitä, että testeillä tulisi etsiä vastauksia kysymyksiin, ei hakea itse kysymyksiä. (Helsingin Sanomat 21.10.2011.)

Medikalisaatio ja kaupallistuminen tuottavat terveydenhuoltoon tarpeettomia käyntejä, kuluja ja tosiasiaissa heikentävät palvelunkäyttäjien asemaa (Myllykangas 2006). Teknologioiden kehittyminen on medikalisaation ja kaupallistumisen korvaamaton polttoaine ja vaikuttaa terveydenhuoltoon monilla muillakin tavoilla. Aihetta on kuitenkin tutkittu toistaiseksi aivan liian vähän (Lehto 2011). Joka tapauksessa hoitomahdollisuuksien räjähdysmäinen kasvu niukkojen resurssien vallitessa aiheuttaa ainakin sen, että priorisoinnit ovat terveydenhuollossa jopa sosiaalihuoltoa akuutimpi kysymys (Julkunen 2006, 165).

Juhani Lehto (esim. 2011) on esittänyt kolme julkisen terveydenhuollon suuren linjan priorisointikysymystä: rajataanko oikeudet vain kohtuuhintaisiin ja vaikuttaviin hoitoihin, annetaanko oikeuksien laajentua edelleen tautien hoidosta tautiriskien hoitoon ja määrääkö hoidon vaikuttavuus valintoja? Hoidon näyttöä ja vaikuttavuutta koskevan tiedon arvostuksen nousua voi jopa ohjata valintakriteerejä arvojen sijasta, mitä kutsutaan termillä evidence based medicine. Perinteisesti priorisoinnit on nähty nimenomaan arvovalintoina (Julkunen 2006, 166).

Näyttöön perustuvien hoitojen suosiminen ja vaikuttavuuden arviointi on tarkoituksenmukaista terveydenhuollossa, mutta priorisointien perustelu yksinomaan niiden perusteella on ongelmallista (Julkunen 2006, 166). Hyvinvointipalveluja koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että merkittävä osa kohdentamisista ja valikoinneista tapahtuu työntekijätasolla, ”katutason byrokratiana” (esim. Eräsaari 1995). Tällöin voidaan syrjäyttää osa palveluun pyrkijöistä esimerkiksi huonon ennusteen vuoksi ja toisaalta ohjata yksityisiin palveluihin paremmat resurssit omaavat tai sellaiset, joiden hoidon tarvetta ei pidetä riittävän suurena (Julkunen 2006, 167). Useimmat terveyspalvelut tai hoidot eivät myöskään ole keskenään millään lailla yhteismitallisia. On mahdotonta kuvitella luotettavaa mittaria siihen, tulisiko hankkia sairaalaan uusia keskoskaappeja, korvata aiempaa suurempi osa alkoholistien kasvaneista lääkekuluista vai antaa lukioikäisille nuorille tupakoinnin vastaista valistusta, kun tosiasiaassa kaikkien ryhmien tarpeet ovat mitä ilmeisimmät.

Vuosituhanen alussa vaikeaan priorisointiongelmaan esitettiin ratkaisuksi palkkio-rangaistusmallia, jossa itse terveysongelmansa aiheuttaneet voitaisiin jättää julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle. Yksilön vastuu terveydestään nostettiin tällä tavalla ennen näkemättömän vahvasti esiin. (Julkunen 2006, 185.) Terveydenhuollon eettinen toimikunta kuitenkin totesi, että on mahdotonta vetää rajaa siihen, mikä on itse aiheutettu sairaus, ja koko termin käytöstä tulisi luopua (Sosiaali- ja terveysministeriö 30.1.2004). Näin pitkälle viety vastuunsiirto tyrmättiin myös kansalaisten taholta kohtuuttomana (Julkunen 2006, 185–186). Yksilön vastuuta painottavassa poliittisessa aateilmastossa sen voi tulkita myös väestön enemmistön tahdonilmaukseksi yhtäläisen terveysoikeuden puolesta.

## 4. Tutkimusasetelma

Tarkastelen tutkielmassani palvelunkäyttäjien roolia asiakaslähtöisyyttä tavoittelevissa terveyspalveluissa Tampereella. Tutkin kaupungin strategioista sitä, mitä palvelunkäyttäjiltä odotetaan ja miten heidän suhteensa rakentuu terveydenhuollon ammattilaisiin sekä kuntaan vallan ja vastuun näkökulmasta. Palvelunkäyttäjille asetetun roolin hahmottaminen asiakaslähtöisyyttä tavoittelevissa terveyspalveluissa ilman heitä koskevaa aineistoa olisi mahdollista. Silloin ei kuitenkaan voisi arvioida kehysten dynamiikkaa palvelukentällä kuin teoreettisesti. Sen vuoksi täydennän strategioita koskevaa analyysia asiakaslähtöisyyttä koskeneen kyselyn vastauksilla. Määrälliseen aineistooni ja sen analyysin etenemiseen palaan tarkemmin luvussa seitsemän.

Kokonaisuudessaan tutkimukseni lähestymistapa on kehysanalyyttinen. Lyhyesti sanottuna se merkitsee katseen suuntaamista niin rakenteisiin kuin yksilöihin, muutokseen ja pysyvyyteen – kaiken kaikkiaan sosiaalisen todellisuuden kompleksisuuteen ja monikerroksisuuteen. Kehysanalyysia voikin tehdä yhtä lailla puheesta ja tekstistä.

Kehysanalyysin teoreettiset oletukset todellisuuden luonteesta ja kehyksen käsitteestä asettavat yhtäältä tutkimukselle vaatimuksia, toisaalta mahdollistavat painopisteen asettamisen monin eri tavoin. Kehysanalyysissa tutkittavaa kohdetta voi muun muassa lähestyä painottaen kehysten järjestystä tai moniulotteisuutta, kulttuuria ja toimijoita, toimintaa ja vuorovaikutusta tai tajunnallisuutta. (Puroila 2002, 145.) Omaa tutkimusaiheeni lähestyn painottaen kehystä rakenteena. Kehysanalyysissa keskeistä on kehyksen käsitteen ymmärtäminen. Esittelen näin ollen ensin Erwing Goffmanin kehysanalyyttistä teoriaa ja vasta sen jälkeen siirryn käsittelemään kehysanalyysin käyttöä tämän tutkielman metodina.

### 4.1. Erwing Goffmanin kehysanalyysi

Yhdysvaltalainen sosiologi Erwing Goffman työskenteli koko uransa ajan vuorovaikutuksen ja identiteettien parissa. Chicagon yliopistossa perustutkintonsa jälkeen opiskelleen Goffmanin viimeiseksi laajaksi monografiaksi jäi vuonna 1974 ilmestynyt teos *Kehysanalyysi*, jota pidetään myös eräänlaisena synteesisinä hänen teoretisoinneistaan. (Esim. Rantalaiho 2010; Peräkylä 2001.)

Yksinkertaistaen kehysanalyysin perusajatus on, että asiat saavat merkityksensä kehysten kautta ja nämä kehykset auttavat ihmisiä tulkitsemaan eri tilanteita ja toimimaan niissä oikein. Sanaa yksinkertaistaen on kuitenkin syytä painottaa, sillä metodin taustalla oleva Goffmanin teoria on yksi sosiologian kiistellyimmistä ja ristiriitaisimmista. (Puroila 2002, 24–37.) Goffman itse määrittelee kehysanalyysin keskeiseksi tehtäväalueeksi sosiaalisen todellisuuden luonteen analyysin (Goffman 1974, 2).

Sosiologisissa teorioissa näkemys yhteiskunnan ja yksilön suhteesta, sosiaalisen järjestyksen ymmärtäminen jakaa teoretikot perinteisesti strukturalisteihin ja individualisteihin. Inhimillistä käyttäytymistä ymmärretään näin ollen joko rakenneteoreettisesti tai toimintateoreettisesti painottuneen selitysmallin kautta. (Esim. Heiskala 2000.) Goffmanin teoreettinen ajattelu sisältää kuitenkin niin sosiaalisen elämän järjestyneisyyttä kuin vaihtelevuuttakin eritteleviä painotuksia (Manning 1992, 2). Analysoitaessa todellisuutta kehysanalyttisesti on siis otettava huomioon molemmat ulottuvuudet eli yksilön toiminta ja sosiaalisen elämän muuntuvuus sekä yhteiskunta olemassa olevine rakenteineen ja niissä tuotettu sosiaalinen järjestys (Puroila 2002, 18).

Kehysanalyysissa yksilöllinen tajunta on näin ollen systemaattisesti linkittynyt sosiaaliseen ympäristöön. Todellisuus muodostuu sekä ihmisen mielessä - minkä koetaan olevan todellista - että niissä oloissa, joiden vallitessa asioiden ajatellaan olevan todellisia (Goffman 1974, 2). Sosiaalinen todellisuus sisältää siis sekä objektiivisen että subjektiivisen elementin, ja niiden vastavuoroisen toiminnan painopiste on käsillä olevalla hetkellä jo etukäteen määrittyneessä maailmassa (Verhoeven 1985, 76). Verrattuna Garfinkelin näkemykseen Goffmanin mukaan ihmiset eivät itse luo sosiaalista järjestystä keskinäisessä vuorovaikutuksessa vaan he omaksuvat kulttuurisesti annetut rakentamisen säännöt elämällä yhdessä toisten ihmisten kanssa (Puroila 2002, 29).

Kehysanalyysin analyysiyksikkö ei täten ole toimija, yksittäisen ihmisen tajunta ja todellisuuden hahmottuminen yksilölle vaan ne tilanteet, joihin yksilön tunne todellisuudesta on kiinnittynyt (Goffman 1974, 8). Näitä tilanteita Goffman kuvaa sosiologisista teorioista tutulla sosiaalisen tilanteen käsitteellä. Se on hänen teoretisoinneissaan kuitenkin vain yläkäsite, jolla tarkoitetaan yhtä aikaa toistensa välittömässä läheisyydessä olevia ihmisiä, potentiaalista vuorovaikutustilannetta. (Puroila 2002, 31–36.)

Vuorovaikutuksen tutkijana Goffman satoi tarkastelunsa yleensä tilanteiden sisällä tapahtuviin kohtaamisiin, ainoastaan kasvokkaisen vuorovaikutuksen alueelle. Kehysanalyysissa hän tekee toisin ulottaen sen väljemmin tilanteisiin. Puroila tulkitsee tämän johtuvan kehysanalyysin tehtävänasettelusta. Rajaus pelkkään kasvokkaiseen vuorovaikutukseen olisi siihen liian ahdas. Todellisuutta koskeviin käsityksiin, mielikuviin ja kokemuksiin vaikuttavat nimittäin myös kaikki ne ihmisen arjen tilanteet, joissa he ovat mukana ainoastaan välillisesti tai sivustaseuraajina. (Puroila 2002, 37.)

Situaatiot eivät ole Goffmanille ainutkertaisia ja paikallisesti tuotettuja. Tällaisen symboliseen interaktionismiin sisältyvän ajatuksen on tulkittu jättävän huomiotta tilanteiden monikerroksisuuden sekä olevan ristiriidassa kehysanalyysin todellisuuskäsityksen kanssa (Collins 1988, 58.). Tarkoittaisihan se sitä, että tilanteeseen osallistuvat yksilöt loisivat tilanteen määrittelyn (Puroila 2002, 43). Tällöin kehysten tutkiminen rakenteena olisi mahdotonta.

Goffmanin mukaan yksilöt joutuvat sen sijaan aina tilanteisiin osallistuessaan kysymään itseltään, ”mitä täällä on tapahtumassa”. Tilanteiden määrittelyt ovat jo olemassa heistä riippumatta. Yksilöt pyrkivät näin ollen ymmärtämään tapahtumien ja asioiden merkityksen heitä ympäröivässä maailmassa, tulkitsemaan käsillä olevan tilanteen oikein ja toimimaan sen mukaisesti. Tämä ymmärrys ja tilanteiden määrittäminen tapahtuu Goffmanin mukaan erilaisten kehysten kautta. (Goffman 1974, 2, 9–10.) Puroila (2002, 45) kutsuukin kehysten käsitettä ”avaimiksi tilanteen määrittelyyn”.

Kehysten käsitteen Goffman lainasi eläinten käyttäytymistä havainnoineelta Gregory Batesonilta. Bateson oli käyttänyt käsitettä kuvaamaan tilanteen määrittelyä, näkökulmaa, joka mahdollistaa tiettyjen käyttäytymisepiisodien ymmärtämisen. (Goffman 1974, 7.) Bateson asetti kuitenkin aistikokemuksen ensisijaiseksi, ja hänellä kehys ja kehystäminen viittaavat tajunnan maailmaan. Goffman kytki kehystämisen toimintaan ja tapahtumiin tehden näin eron Batesoniin. (Goffman 1981, 64.)

Goffmanin kehysten käsite pitää sisällään niin tilanteen ulkoiset puitteet – kuten tulipalo – kuin osallistujien subjektiivisen sitoutumisenkin tapahtumien kulkuun. Erilaiset tilanteiden määrittelyt edellyttävät ihmisiltä erilaista toimintaa. Puroila asettaa näin ollen kehysten käsitteen

determinanteiksi tilanteen määrittelyn eli sen merkityksen toimijoille, tilanteen organisoitumisen periaatteet sekä osallistujien subjektiivisen sitoutumisen tapahtumiin. (Puroila 2002, 45.)

Kehysten perustason muodostavat primäärit kehykset, joita ei voi palauttaa mihinkään aikaisempaan tai alkuperäiseen kehykseen (Puroila 2002, 50). Luonnolliset primäärit kehykset liittyvät biologisiin seikkoihin, sosiaaliset ovat puolestaan kulttuurisesti määräytyneitä ja sosiaalisesti ylläpidettyjä tapoja ymmärtää asioita. Osa sosiaalisista primääreistä kehyksistä muodostaakin Goffmanin mukaan kulttuurin keskeisen elementin. (Goffman 1974, 27.) Kehysanalyysissa nämä primäärit kehykset edustavat sosiaalisen elämän järjestyneisyyttä, jatkuvuutta ja pysyvyyttä. Mitkään kehykset eivät ole yksilöllisiä, mutta primäärit kehykset ovat luonteeltaan vähiten yksittäisten ihmisten muutettavissa, koska se edellyttäisi kulttuurin muuttamista. (Puroila 2002, 56.)

Arkielämässä monet ihmisten toiminnot selittyvät ja tulevat ymmärretyiksi sosiaalisten primäärien kehysten kautta. Suurin osa niistä on niin rituaalinomaisia, että ihmiset käyttävät niitä tiedostamattaan. Taito tulkita primäärejä kehyksiä on kuitenkin hämmentävän suuri, esimerkiksi jo kulmien kohotus riittää kertomaan toiselle osapuolelle eleen suorittajan suhtautumisen esillä olevaan asiaan. (Goffman 1974, 21, 37.) Muun muassa lääkäri voi katseellaan ilmaista palvelunkäyttäjälle, että hänen olisi nyt hyvä hiljentyä. Samalla lääkäri käyttää hyväkseen sosiaalista kehystä, jossa hän on suhteen määräävä, jopa autoritatiivinen osapuoli. Hiljenevä palvelunkäyttäjä tulkitsee tilanteen saman kehyksen mukaan. Primääritkin kehykset tulevat silti näkyviksi viimeistään silloin, kun niihin liittyvät odotukset kyseenalaistetaan tai ne ovat jollain lailla uhattuina (Puroila 2002, 55).

Yhteisön jäsenet omaksuvat tulkinnallisten kehysten valikoiman, joiden avulla he kykenevät toimimaan sosiaalisessa elämässä ja ymmärtämään tapahtumien merkityksiä myös silloin, kun ympäristössä tapahtuu muutoksia. Kehykset eivät tosin ole absoluuttisia, ja ihmisten kyky tulkita niitä vaihtelee. Itse tapahtumaympäristöt sulkevat kuitenkin jo pois vääriä tulkintavaihtoehtoja ja johtavat oikeisiin tulkintoihin. (Goffman 1974, 440–441.) Kontekstit tarjoavat silti vain vihjeitä, oikean toimintatavan valinta edellyttää yksilöltä taitoa lukea niitä oikein (Puroila 2002, 70).

Ihmiset eivät kuitenkaan kulje sosiaalisessa elämässä ainoastaan tulkiten olemassa olevia kehyksiä, vaan he muuntavat niitä aktiivisesti (Crook & Taylor 1993, 246). Tämä myös osaltaan vaikeuttaa

kehysten oikeaa tulkintaa. Kehysten muunnokset Goffman (1974, 43, 83) jakaa kahteen tyyppiin sen mukaan, pyritäänkö muille osapuolille antamaan vihje kehysten oikeanlaiseen tulkintaan vai pyritäänkö heitä tietoisesti harhauttamaan. Puroila (2002, 57) on suomentanut nämä käsitteet käännökseksi ja väärentämiseksi. Väärentämissä Goffman käsittelee tavoilleen uskollisena vielä moninaisemmin: ne voivat olla vakavuusasteeltaan erilaisia ja sekä toisten aiheuttamia että itse aiheutettuja petoksia (Goffman 1974, 87, 111–112). Kaikki kehysten muunnokset ovat silti palautettavissa aikaisempiin primääreihin kehyksiin, tarkemmin sanottuna niiden ympärille muodostaen näin monikerroksisen kehysrakenteen ja todellisuuden (Puroila 2002, 60–62).

Ihmisen kokemus todellisuudesta on haavoittuvainen, ja sosiaaliseen elämään kuuluu myös epäluuloisuutta, ristiriitoja ja väärinymmärryksiä. Kyvyttömyys havaita muunnos aiheuttaa osaltaan tällaista. (Puroila 2002, 64.) Monikerroksisuuden lisäksi yksittäiset kehykset voivat olla epäselviä, mikä saattaa johtaa virheelliseen kehystämiseen. Toisaalta osapuolet voivat kehystää saman asian keskenään ristiriitaisten kehysten kautta. Näissä tilanteissa ihmiset käsittävät eri lailla sen, mitä tilanteissa tapahtuu, antavat sille erilaisen merkityksen ja toimivat sen mukaisesti. Eriävä merkityksenanto voi johtua kysymykseen liittyvien vastausten epäselvyyden, ristiriitaisuuden tai vääryyden lisäksi siitä, että tilanteen muututtua alkuperäinen vastaus ei olekaan enää pätevä. Tällöin kehysanalyysissä puhutaan kehysten murtumisesta. (Goffman 1974, 302–338, 345.)

Kehysten murtuminen ei ole niin dramaattinen tapahtuma, kuin miltä se saattaa aluksi kuulostaa. Päinvastoin, kehysten murtumisia käy arkisissakin tilanteissa usein. (Puroila 2002, 68.) Oman tutkielmani kannalta kehysten murtuminen on siitä syystä merkityksellinen tapahtuma, että se liittyy erityisesti siihen, miten ihmiset sitoutuvat toimintaan (Goffman 1974, 345–346). Kun yksilöt havaitsevat kehysten murtumisen, heidän tulee orientoitua toimimaan uudella tavalla ja tulkita tilanne jonkun muun kuin aiemman kehysten kautta (Puroila 2002, 68). Tällöin he myös omaksuvat toisenlaisen toimijaroolin.

Kehyksiin sisältyvät tilanteisiin liittyvät kulttuurissa jaetut ajattelu- ja toimintatavat, joten eri kehysten puitteissa ihmisille muotoutuu erilaisia roolien muotoja. Kehykset siis määrittävät tilanteisiin osallistuvien ihmisten ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia. (Peräkylä 1990, 160.) Goffman itse tutki esimerkiksi mielisairaalapotilaiden ja heitä hoitavan henkilökunnan rooleja sekä näiden välistä suhdetta vuonna 1961 ilmestyneessä teoksessaan *Asylums*. Teosta on myöhemmin nimitetty ”laitoskriittikin raamatuksi” ja ”kulttuurikirjaksi” (Salo 1996, 258–259). Kehysanalyysissä



ajattelussa minus ei siis ole eheä ja yhtenäinen vaan persoonallisuus, roolit ja identiteetti muovautuvat tilanteittain ja kehyksittäin. Yhtä aikaa ne ovat silti kyseisissä yhteiskunnallisissa oloissa eletyn elämän yksilöllinen tulos. (Goffman 1974, 128, 286–288.)

## 4.2. Kehysanalyysin käyttö Tampereen kaupungin strategioiden analyysiin

Goffman kirjoitti vain vähän sosiaalitieteiden tutkimusmenetelmistä, joten kehysanalyysi menetelmällisenä viitekehyksenä perustuu myöhempiin tulkintoihin (Puroila 2002, 118). Tukeudun tässä Anna-Maija Puroilan systemaattisesti rakentamaan jäsenyykseen. Hahmotellessaan kehysanalyysia metodina Puroila otti huomioon niin Goffmanin sosiaalitieteiden metodologiaa koskevat kannanotot, hänen omista tutkimuksissaan käyttämänsä menettelytavat kuin yleiset tätä aihepiiriä koskevat kommenttinsakin. (Mt., 118.)

Paljastavaksi metodiksi luonnehdittu kehysanalyysi (Bouissac 1990, 409) sisältää Puroilan (2002, 124) mukaan ensinnäkin neljä lähtökohtaista oletusta todellisuuden luonteesta: siinä on sekä materialistisia että idealistisia elementtejä, se sisältää objektiivisen ja subjektiivisen ulottuvuuden, se on samanaikaisesti järjestynyttä ja moniulotteista ja todellisuus on sekä pysyvä että muuttuva. Kehysten sisällön analyysi edellyttää kehyksen käsitteen ymmärtämistä. Kehysten analyysi puolestaan edellyttää niiden löytämistä, sillä kehykset eivät itsestään nouse aineistoista esiin. Tutkijan oletetaan kuitenkin kykenevän etäännyttämään itsensä tutkimusprosessista riittävän hyvin, jotta hän voi tieteellisesti käsitteellistää, selittää ja ymmärtää sosiaalisen todellisuuden luonnetta kehysanalyysin avulla. Metodin avulla saatu tieto ei siis ole tutkijan itsensä luomaa, henkilökohtaista ja jatkuvasti muuttuvaa, muttei myöskään puhdasta, objektiivista ja pysyvää. (Mt. 2002, 125–131, 134, 138.)

Lähtökohtaisesti kehysanalyttinen tutkimus perustuu avoimelle kysymyksenasettelulle, kaksiulotteiselle metodille, laadulliselle aineistolle sekä induktiiviselle päättelylle, joiden avulla pyritään ymmärtämään ja selittämään tutkittavaa ilmiötä. Aineistotyyppin valinnan ei ole tulkittu olleen Goffmanille ideologinen kysymys, vaan kehysanalyysissa laadullisen aineiston käyttöä perustellaan merkityksen ongelmaan pureutumisella, johon sen nähdään vastaavan määrällistä aineistoa paremmin. Ensimmäinen tehtävä on kuitenkin varsinaisen tutkimusongelman löytäminen aineistosta. Mikäli kysymyksenasettelu on väljän sijaan tarkka ja ahdas, tutkija oletettavasti etsii aineistosta ratkaisua teoreettiseen ongelmaan ja havaitsee vain siihen liittyviä asioita.

Kehysanalyttisesti tällainen lähestymistapa paitsi yksinkertaistaa sosiaalista todellisuutta ja unohtaa metodin kaksiulotteisuuden, siinä myös lähestytään tutkimusongelmaa väärästä suunnasta. (Puroila 2002, 132–140.)

Kehysanalyysia onkin käytetty erilaisten arkisten mutta monimutkaisten ilmiöiden tarkasteluun. Puroilan päiväkodin arkea koskeneen tutkimuksen lisäksi kehysanalyttisesti on 2000-luvulla tutkittu muun muassa hoitohenkilökunnan kokemuksia päivystyspoliklinikalla (Teräsvuori 2002) sekä päihderiippuvaisiin äiteihin kohdistettuja arkikäsitteitä (Juttula 2004). Terveystutkimuksen piirissä tehdystä kehysanalyttisestä tutkimuksesta Liisa Rantalaiho (2010, 108–109) mainitsee esimerkilliseksi sovellukseksi tässäkin jo aiemmin lainatun Anssi Peräkylän tutkimuksen *Kuoleman monet kasvot* (Peräkylä 1990).

Kehysanalyysi on paljon käytetty menetelmä myös tiedotusopin ja mediatutkimuksen piirissä. Muun muassa Erkki Karvonen on todennut, että se soveltuu hyvin niin journalistisen maailman hahmottamisen, tekstin tuottamisen kuin vastaanottamisenkin analyysiin. Työssään toimittaja asettaa rutiininomaisesti uutisen aina johonkin kehykseen tehdäkseen sen ymmärrettäväksi itselleen ja lukijalle. Samalla hän kuitenkin kehystää yksittäisen asian joko tietoisesti tai tiedostamattaan valitsemallaan tavalla, jolloin asian luonne muuttuu halutunlaiseksi. Kehykset ovat keskenään vaihtoehtoisia ja hyvinkin erilaisia. Koska kehystämässä asia saa merkityksensä vasta kokonaisuuden osana, Karvonen pitäisi kehystä parempana ilmauksena englanninkielistä *frame*-sanaa, joka voidaan kääntää kehikoksi, rungoksi tai raameiksi. (Karvonen 2000, 78.)

Sovellan vastaavaa ajatusta strategioiden analyysiin: tekstien tuottajat kehystävät yhtä lailla asioita ja ilmiöitä tietoisesti ja tiedostamattaan, kun esitetään halutunlainen tulevaisuus ja pyritään osoittamaan keinot sinne pääsemiseksi. Strategioita laadittaessa tehdään valintoja, koska samalla määritellään se, mitä tehdään ja mitä jätetään tekemättä. (Tampere virtaa -kaupunkistrategia, 5.) Samalla määritellään kuitenkin myös se, kenelle tehdään, minkälaisia palvelujen käyttäjät ovat, kuka tekee mitään ja miksi. Kyse ei ole suorasta vuorovaikutuksesta, vaan palvelunkäyttäjille ja julkiselle vallalle ikään kuin osoitetaan roolit hahmoteltuun näytelmään. Kehykset eivät ole sattumanvaraisia eivätkä yksilöllisiä, joten strategian laatijat tulkitsevat eri osapuolten toimijarooleja kulttuurissa ja yhteiskunnassa elävien käsitysten kautta. Sen vuoksi strategioissa esiintyviä toimijarooleja on mahdollista käsitteellistää, selittää ja ymmärtää.

Tutkimusaineistonani on viisi Tampereen kaupungin toimintaa ohjaavaa strategiaa: *Tampere virtaa* -kaupunkistrategia vuosille 2009–2020, lasten ja nuorten kasvun tukemisen, ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen palvelustrategiat vuosille 2009–2013 ja avopalvelujen strategia *Kaksi miljoonaa kärkihanketta* vuosille 2010–2014. Näissä asiakirjoissa luodaan kehittämissuunnat perusterveydenhuollon palveluihin Tampereella. Analyysini tulokset voi siis sitoa ainoastaan kontekstiinsa, vaikka itse kehykset ovatkin laajemmin jaettuja.

Strategiat ovat hierarkkisen johtamisjärjestelmän runko. Kaupunkistrategia on ylin toimintaa ohjaava asiakirja, ja siihen perustuvat muut johtamisjärjestelmän osat. Se on kaupunginvaltuuston hyväksymä, ja sen tavoitteita toteutetaan vuosittain tehtävässä talousarviossa. Palvelustrategiat hyväksytään puolestaan tilaajalautakunnissa, ja niiden tehtävänä on sekä konkretisoida kaupunkistrategian linjaukset kunkin lautakunnan osalta että linjata palvelujen hankintaa. Kaupunkistrategian ja palvelustrategioiden tavoitteet sisällytetään tilaajan ja tuottajan välisiin palvelusopimuksiin. Avopalvelujen strategia on muiden tuotantostrategioiden tapaan johtokuntansa hyväksymä tuotantoalueen johtamisen väline. Siihen on kirjattu keskeiset tavat, joilla kehitetään tuotantoa sekä vastataan kaupunkistrategian ja palvelustrategioiden linjauksiin. (*Tampere virtaa -kaupunkistrategia*, 5, 27.)

Strategiatyön tarkoituksena on luoda yhteinen näkemys toiminnan muutostarpeista ja kehittää palveluja pitkäjänteisesti ja johdonmukaisesti. Henkilöstölle strategian on tarkoitus luoda toimintapuitteet ja auttaa heitä ymmärtämään omaa työtään osana kokonaisuutta. (Mt., 5.) Strategioiden tulisi periaatteessa muodostaa yhtenäinen kuva, tarkastella terveystalouden toimijoinen samasta kehyksestä.

Aloitin analyysini poimimalla strategiateksteistä ne kohdat, joissa mainitaan asiakaslähtöiset palvelut, yksinomaan eri terveydenhuoltopalvelut, palvelunkäyttäjät eri nimityksillä sekä palvelun tarjoajat. Mielestäni tässä vaiheessa asiakaslähtöisissä palveluissa oli kyse terveydenhuollon muutoksesta, joka on aineistojen metakehys. Järjestelmän sijaan muutospuhe tuntui keskittyvän eri toimijoihin, joten tarkensin hieman lähestymistapaani ottamalla terveydenhuollon ammattilaiset ensimmäistä lukukertaa paremmin huomioon. Seuraavaksi erittelin ja koodasin kohdat sen mukaan, mitä sanotaan tarjottavan ja kenelle, miten palvelunkäyttäjää, julkista valtaa ja ammattihenkilöitä kuvaillaan sekä millä tavalla palvelua sanotaan kehitettävän asiakaslähtöisemmäksi.

Keskitin huomioni tämän jälkeen toimijoihin kohdistuneisiin odotuksiin, heille annettuihin lupauksiin, käytettyyn kielelliseen ilmaisuun sekä esitettyyn asiakaslähtöisten palvelujen toimintalogiikkaan. Kiinnostukseni kohdistui ennen kaikkea toimijoille osoitettujen roolien ilmeiseen ristiriitaisuuteen, joten valitsin sen analyysini lähtökohdaksi. Havaittiin toimijoiden roolin kehystyvän neljällä eri tavalla. Lopuksi analysoin terveydenhuollon toimijoita ja hyvinvointipolitiikan muutosta käsittelevän tutkimuskirjallisuuden avulla kehysten sisältöjä sekä nimesin kehukset niiden toimintaa ohjaavan periaatteen mukaan.

Strategiat ovat julkisia asiakirjoja ja kaikkien saatavilla Internetistä. Niihin ei itsessään sisälly tutkimuseettistä ongelmaa eikä vastuuta aineiston säilyttämisestä, tuhoamisesta tai identiteetin suojaamisesta (esim. Kuula 2006). Strategioiden tulkinta kehysanalyttisesti edellyttää kuitenkin korkeaa tutkimusetiikkaa. Menetelmä paitsi sisältää oletuksen tutkijan kyvystä analysoida kehysiä systemaattisesti ja tieteellisesti arvostelun ja arvottamisen sijaan, sisältää se myös käytännönläheisemmän eettisen kysymyksen.

Kehysanalyysin monimutkaisen logiikan sisäistäminen vie aikansa. Analyysin toteuttaminen vaatii siis tekijältään kärsivällisyyttä, nöyryyttä ja sen hyväksymistä, että ”hukkaan menneen” työn määrä on suuri. Tutkimusaineistoa ei voi pakottaa tai kääntää omaan teoreettiseen viitekehykseen sopivaksi, vaan päättelyn on oltava aidosti induktiivista sitä koskevine rajoitteineen (erilaisista päättelytavoista esim. Tuomi & Sarajärvi 2009). Vain tällä tavalla paljastava metodi auttaa ymmärtämään todellisuutta, käsitteellistämään sitä sekä tekemään tutkimusaiheeseen liittyvät oletukset ja ristiriidat näkyviksi.

## 5. Suunnaton muutos

Suomalaiset terveystalvet käsitettiin muiden julkisten hyvinvointipalvelujen tapaan ennen 1990-lukua universalistisen hyvinvointivaltiokehysten kautta. Yhtäältä sitä väritti erityinen hyvinvointieetos, näkemys yhteiskuntavastuusta, heikoimpien suojelemisesta ja hyvinvoinnin kuulumisesta kaikille (Julkunen 2006, 39–40). Julkisen vallan vastuulla oli tuottaa ja järjestää kaikille kansalaisille yhtäläiset terveystalvet (esim. Anttonen & Sipilä 2000, 148–149). Toisaalta palveluita käyttävältä kansalaiselta ei liemmin kysytty, millaisia palveluita he haluaisivat käyttää. Julkisissa terveystalveissa työskentelevillä lääkäreillä ei ollut tarvetta pyrkiä miellyttämään potilasta asiakkaana, vaan vuorovaikutus jäsenyi lähinnä auktoritatiivisen asiantuntijan ja kunnioittavan kohteen vuoropuheluksi (Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001, 8).

Universalistinen hyvinvointivaltiokehys on sittemmin murtunut. Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan ja palvelumarkkinoita on avattu markkinasuuntaan (esim. Julkunen 2006, 88–89). Palvelunkäyttäjien vaatimustaso on noussut, ja heidän suhteensa lääkäreihin on muuttunut tasavertaisemmaksi (Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001, 8–9). Terveystalveluiden asiakaslähtöisyys kehystyykin terveydenhuollon ja hyvinvointivaltion muutoksen metakehysten kautta.

Vanhan kehysten murtuminen on kaikissa analysoimissani Tampereen kaupungin strategioissa hyväksytty tosiasia, eikä sen puolesta käydä enää kamppailua. Uudet kehysten sisältävät kuitenkin elementtejä hyvinvointivaltiokehysten, joten täyden syrjäyttämisen sijaan ne ovat ikään kuin rakentuneet sen raunioiden ympärille. Esimerkiksi asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen on edelleen kunnan keskeinen tehtävä, ei ainoastaan lain määräämä pakko. Toisaalta 1990-luvulla vahvistunut talousajattelu, vaatimus palvelujen kustannustehokkuudesta on mukana kaikissa kehystenissä.

Metakehystenissä muutos käsitetään terveystalvelujen kehittämisenä aiempaa asiakaslähtöisemmiksi. Palvelunkäyttäjien toimijaroolin näkökulmasta asiakaslähtöisyys on kuitenkin kontroversiaalinen. Strategioissa ei ole yhtä vahvaa kehystä ja näin ollen selvää suuntaa muutokselle, vaan strategia kehystyy neljällä eri tavalla. Olen nimennyt löytämäni kehysten *markkinaeetoksen*, *mekaanisen managerialismin*, *refleksiivisen professionalismin* ja *hyvinvointioikeuden kehysteniksi* niiden toimintalogiikan mukaan, eli miten vastuu terveydestä

jakautuu julkisen vallan ja yksilöiden kesken ja minkä toimijan ympärille asiakaslähtöiset palvelut keskittyvät. Kokonaistarkastelussa palvelunkäyttäjien toimijarooli rakentuu ennen kaikkea ristiriitaisille odotuksille ja lupauksille selkeiden suuntaviivojen sijaan, kuten seuraavaksi osoitan.

## 5.1. Markkinaeetoksen kehys – valinnanvapautta vahvoille ja vastuullisille

Markkinaeetoksen kehyksessä terveystalouden keskiössä on osaava, aktiivinen, vastuullinen ja tiedostava kuntalainen. Kaupungin tehtävä on luoda toiminnalle ihanteelliset puitteet, vastuu terveydestä kuuluu yksilöille. Palveluissa toteutuva aloitteellisuus ja hyvä laatu eivät ainoastaan edistä kuntalaisten hyvinvointia, vaan vievät koko kaupunkia eteenpäin nostaten sen edelläkävijäksi (Tampere virtaa -kaupunkistrategia, esipuhe).

Ajattelun taustalla on vahvasti oletus vastuullisesta ja järkevästä palvelunkäyttäjistä, joka toimii rationaalisesti terveyttään koskevissa asioissa. Vastaava oletus piilee Sakari Hännisen (2009) mukaan koko 2000-luvun suomalaisessa terveystaloudessa. Tällöin ajattelumallin mukainen päättely on järjestelmän tasapainon saavutettavuuden todistelua, jonka lähtökohta on ennaltaehkäisyyn kykenevän asiakkaan tilanne ja päätepisteenä väestön hyvä terveys. (Hänninen 2009, 59–60.)

*”Kaupunki mahdollistaa ja tukee asukkaidensa hyvinvointia edistäviä valintoja. Vahvistamme kuntalaisten aktiivisuutta, yhteistoimintaa sekä kunnallista demokratiaa ja vaikuttamismahdollisuuksia. Kannustamme osallistumiseen ja vastuun ottamiseen lähiyhteisöissä.”*  
(Tampere virtaa –kaupunkistrategia, 11.)

Kuntalaiset eivät ole omaa etuaan ajavia individualisteja, vaan heitä kannustetaan osallistumiseen ja vastuulliseen toimintaan lähiyhteisöissään. Käsitelmä yksilöllisyydestä on siis lähinnä kommunitaarisen ajattelutavan mukainen: avainsanoiksi Antti Karisto, Pentti Takala ja Ilkka Haapola (1998, 367) mainitsevat muun muassa yhteisöllisyyden ja yhteisvastuullisuuden. Kommunitaarisisissa teorioissa vapausoikeuksia pidetään liberaalisen ajattelutavan tapaan tärkeinä, mutta ne nähdään vain osana länsimaista arvojärjestelmää (esim. Knuutila 1998, 5). Liberalistisen teorian atomistista ihmiskäsitystä kritisoiva ajattelutapa näkeekin erilaisten sosiaalis-kulttuuristen

rakenteiden tukemisen ja edistämisen yhtenä julkisen vallan mahdollisista tehtävistä (Hellsten 1996).

Angloamerikkalaiseen poliittiseen filosofiaan kuuluva kommunitarismi nousi 1990-luvun lopulla aiempaa vahvemmin esiin, kun Yhdysvaltojen presidentti Bill Clinton ja Ison-Britannian pääministeri Tony Blair ryhtyivät aktiivisesti käyttämään sitä poliittisissa puheissaan. Kommunitaarista ohjelmaa on kuitenkin kritisoitu paitsi monimutkaisten asioiden yksinkertaistamisesta myös eriarvoisuuden sivuuttamisesta. (Karisto, Takala & Haapola 1998, 367.) Markkinaeetoksen kehelyksessäkin kaikkien kuntalaisten oletetaan lähitulevaisuudessa osallistuvan aktiivisesti kaupungin kehittämiseen, jolloin monenlaisten ryhmien ja eri osapuolten näkemykset tulevat päätöksenteossa huomioon otetuiksi.

Osallistuminen kaupungin kehittämiseen tarkoittaa myös osallistumista terveyspalvelujen suunnitteluun ja linjauksiin. Kehittämistyötä ei tehdä sairauksien tai terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta, vaan asiakkaiden tarpeet ovat toiminnan lähtökohta. Palvelujen tuottajat ja kaupungin henkilöstö ovat toki mukana suunnittelussa, mutta asiakas on toimijoista vahvin. Vahvaa toimijuutta edellyttävä kyky toimia itse tarpeidensa määrittäjinä täyttyy ilman ongelmia. Keskeinen tavoite onkin laajentaa kuntalaisten valinnanmahdollisuuksia. Se, että heikoilla toimijoilla ei ole voimavaroja tai kykyä tehdä näitä valintoja (ks. luku 3.3.) ei ole ongelma, koska heikkoja toimijoita ei yksinkertaisesti ole.

Terveydenhuollossa potilaan ja kansalaisen osallisuuteen sekä osallistumiseen kuuluu kuitenkin aina epävarmuutta, pelkoa, epäselvyyttä ja ahdistustakin. Peter Beresford (2009) korostaakin osallisuuden pitävän sisällään lukuisia jännitteitä ja ristiriitoja aina ideologiseen kamppailuun asti. On nimittäin jätetty epäselväksi, kummasta valinnanvapauden edistämisessä on kyse, konsumerismista vai demokratisoitumisesta. Palvelunkäyttäjien rooli eroaa merkittävästi näissä ristiriitaisissa prosesseissa. Demokratisoitumisessa osallistumiseen sisältyvä lupaus muutoksen mahdollisuudesta on laaja-alaisempi, ihmisillä ja ryhmittymillä on aiempaa enemmän valtaa, kun taas konsumerismiin ei sisälly vallan tai päätöksenteon uudelleenjakoa. (Beresford 2009, 248–251.) Heikkojen toimijoiden sivuuttamisen lisäksi on siis epäselvää, kuinka paljon aktiivisillakaan toimijoilla on todellisuudessa vaikuttamismahdollisuuksia.

Markkinaeetoksen kehysten ydinajatus nousee hyvin pitkälti siitä hyvinvointivaltion kritiikistä, että ihmisillä ei todellisuudessa ole valinnanvapautta itseään koskevissa palveluissa vaan muun muassa terveydenhuollon ammattilaiset tekevät päätökset heidän puolestaan. Erilaisista taustoista tuleville ja erilaisiin ongelmiin vastataan samalla tavalla, minkä lisäksi vahva valtio näivettää ihmisten yhteisöllisen toiminnan ja passivoi heidät julkisvallan alamaisiksi. (esim. Kiander & Lönnqvist 2002.) Vastaus tähän onkin kuntalaisten aktiivisemmän osallistumisen lisäksi palvelutarjonnan monipuolistaminen. Tällä ei tarkoiteta oman tuotannon lisäämistä ja kehittämistä, vaan keskittymistä palvelujen järjestämiseen.

*”Kaupungin rooli painottuu jatkossa entistä enemmän palvelujen järjestämiseen. Palveluita kehitetään asiakkaan näkökulmasta. Perinteiset organisaatio- ja tuotantorajat eivät ole esteenä uusille innovaatioille.” (Tampere virtaa –kaupunkistrategia, 12, 24.) ”Kaupungin kasvaessa ja väestön ikääntyessä yhdenvertaisen palvelujärjestelmän ja -verkon kehittäminen edellyttää jatkossa monituottajamallin hyödyntämistä” (Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen strategia, 6).*

Tehokkaasti toimivat ja laadukkaat palvelut kyetään järjestämään ainoastaan monituottajamallia hyödyntämällä. Mallin kehittäminen on vastaus toimintaympäristössä esiintyviin haasteisiin, mutta sillä on jo itsessään arvo valinnanvapauden konkretisoijana. Ajattelu on yhteneväistä sen kanssa, mistä Jari Vuori (2008) puhuu julkisten palvelujen ”persoonallistamisena”, poliittisesta linjasta, jota Euroopassa hallitukset ja rahoittajat voimakkaasti ajavat. Vuori tiivistää kuitenkin terveyspalvelujen järjestäjän pysyväksi ongelmaksi sen, että palvelunkäyttäjien toiveet eivät aina ole sitä, mitä he tarvitsevat. Hänen mukaansa valintojen ja terveystarpeiden aiheuttamia ongelmia ei voi ratkaista yksinkertaisesti kilpailuttamisella tai tilaaja-tuottajamallilla, vaan ne voivat aiheuttaa uusia ongelmia ilman, että alkuperäiset syyt tulevat korjatuiksi.

Kehystettäessä asiakaslähtöiset terveyspalvelut markkinaeetoksen mukaisesti julkinen valta ja etenkin terveydenhuollon ammattilaiset ovat ainoastaan taustatoimijoita vailla merkittävää roolia vahvojen kuntalaisten asioidessa mieleisissään palveluissa. Kaikki kuntalaiset eivät kuitenkaan koskaan ole vahvoja ja osallistuvia toimijoita, sillä onhan muun muassa sairauksia, onnettomuuksia tai muuta inhimillistä kärsimystä. Osallistumiseen ja monituottajamalliin sisältyvien ongelmien lisäksi kehyksessä sivuutetaan myös lääkärit eli terveydenhuollon ammattilaisten valta. Professionien valta on heikentynyt, ja lääkärienkin auktoriteetti vähentynyt, mutta muun muassa Raija Julkusen (2004, 174–175) mukaan vahvoilla toimijoilla on taipumus pysyä vahvoina.



Valinnanvapauden kasvattaminen ja vallansiirto osallistuville kuntalaisille onkin kriittisesti arvioituna kaikkea muuta kuin se yksinkertainen ja ongelmaton prosessi, joksi se markkinaeetoksen kehyksessä käsitetään.

## 5.2. Mekaanisen managerialismin kehys – katse prosesseihin

Jos mekaanisen managerialismin ydinolemuksesta piirtäisi karikatyyrin, niin siinä lääkäri ja palvelunkäyttäjä olisivat koneen osina. Eriskummallisista asennoistaan he katsoisivat odottavasti koneen vieressä mittareita tiiviisti tarkkailevaa asiantuntijaa, joka lukemat saatuaan kertoisi, miten päin heidän on seuraavaksi oltava. Mekaanisen managerialismin kehyksessä terveyspalveluissakin on inhimillisen kohtaamisen sijaan ensisijaisesti kyse prosesseista, joiden jokainen osatekijä on tarkasti eriteltävissä, mitattavissa ja kuvattavissa. Hyvinvointia ja terveyttä kohennetaan parantamalla prosessien palveluketjuja arvioimalla niitä säännöllisesti, kehittämällä erilaisia mittareita sekä laajentamalla prosesseihin liittyvää osaamista.

Liisa Rantalaiho (2004) on kuvannut managerialistisen hallinnan logiikan luovan julkisten hyvinvointipalvelujen arkeen omaa virtuaalitodellisuuttaan, jossa palvelutarpeet muutetaan hoitoa ja sen kohteita kuvaaviksi mittarien luvuiksi. Tällöin luodaan myös uusia toimija-asemia, työkäytäntöjä ja määritellään palvelujen kohteet uudella tavalla (Mt., 240–241). Nikolas Rosen (1999) Isossa-Britanniassa tekemän tutkimuksen mukaan NPM-ajattelun myötä professionaalisen työn johtamista aiemmin ohjannut ammatillinen harkinta on syrjäytetty ja tilalle on tuotu palvelu-, tulos- ja laatusopimuksista kokoon kudottu monimutkainen verkosto. Tässä ilmapiirissä keskeisessä asemassa on ammattitaidon ja ammattietiikan sijaan budjettien, tulojen ja menojen lisäksi mitattavat tuotokset, standardit ja laadunvarmennuksen mittarit.

Juhani Lehdon (2003, 35) mukaan uudessa julkisjohtamisen opissa professioista puhuttaessa ei korostetakaan asiantuntemusta ja palvelemisen etiikkaa, vaan muun muassa asiakkaan näkemysten sivuuttamista. Mekaanisen managerialismin kehyksessä terveydenhuollon ammattilaisia ei kuitenkaan edes mainita, heidän tehtävänsä on ainoastaan toteuttaa tehtyjä päätöksiä ja pysyä liikkeessä mukana. Ammattilaisia ei leimata vanhanaikaisiksi oman valta-asemansa puolustajiksi ja kehityksen jarruiksi, vaan sivuuttaminen tehdään korostamalla koko organisaation etua (Rantalaiho 2004, 241) ja jättämällä ammattilaiset ulkopuolelle sen määrittelyssä. Palvelujen tuottajat

sitoutetaan laatusuositukseen, ohjelmiin ja projekteihin, jotka luodaan mittarien ja selvitysten pohjalta.

Ammattilaisten toimintaa ohjaavat suositukset ja toimenpidesuunnitelmat tehdään valitusta näkökulmasta käsin, kuten korostamalla kustannustehokkuutta, ottamatta huomioon olemassa olevien rakenteiden soveltuvuutta niihin. Jos nykyinen tilanne ei ole halutunlainen, rakenteet joustavat ja ammattilaiset sekä muut palvelukentän toimijat mukautuvat tehtyihin toimenpideohjelmiin, ei toisinpäin. Projektinomaisuus ja katkonaisuus (Kovalainen 2004, 187) sekä hyvinvointipalvelujen kentällä toimivien työntekijöiden tarpeiden huomiotta jättäminen (Koskiaho 2008, 171) liitetäänkin usein managerialistisen hallintamallin kritiikkiin. Palvelujen arjessa toimivat työntekijät joutuvat lisäksi kohtaamaan niissä vallitsevan todellisuuden, he eivät Julkusen (2006, 103) mukaan pääse suojaan abstraktien lukujen ja käsitteiden taakse.

*”Prosessit ja palveluketjut suunnitellaan asiakaslähtöisesti. Asiakastyössä toimitaan hyväksytyjen prosessikuvausten tavoin ja näin varmistetaan palvelujen tehokkuus ja tasalaatuisuus. Toimintaa parannetaan säännöllisellä arvioinnilla, prosessimittareita kehittämällä ja prosessiosaamista laajentamalla ---.” (Kaksi miljoonaa kärkihanketta -avopalvelujen strategia, 16.)*

Asiakaslähtöisyys on nostettu toiminnan lähtökohdaksi, mikä on tyypillistä managerialistiselle retoriikalle (esim. Koskiaho 2008). Tosiasiassa palvelunkäyttäjän toimija-asema on kehyksessä kuitenkin hyvin heikko. Hän ei ole suunnitteluun ja kehittämiseen osallistuva aktiivinen kuntalainen, vaan osa hallittavissa olevaa ”asiakas- ja potilasvirtaa” (Ikäihmisten palvelujen strategia, 13).

Palvelujen kehittämisessä palvelujen muodostamat ketjut tulee ensin kuvata ja arvioida. Sen perusteella palvelukokonaisuuksia uudistetaan ja kehitetään aiempaa asiakaslähtöisemmiksi. Asiakaslähtöisyys toteutuu, kun ammattilaiset toimivat työssään hyväksytyjen prosessikuvausten tavoin. Palvelunkäyttäjien erityisiä tarpeita ei oteta huomioon, ja heidän äänensä kuuluu ainoastaan asiakastyytyväisyyden mittauksissa. Rantalaihon mukaan managerialismin sanastossa taloudelliset välttämättömyydet voidaan esittää asiakaslähtöisyytenä. Asiakaslähtöisyyteen vetoaminen voi pahimmillaan olla ainoastaan keppihevonen, jota käytetään professionaalista ja organisatorista valtaa käyttävien toimijoiden välisessä valtakamppailussa. (Rantalaiho 2004, 240–241)

*”Palvelut koostuvat asiakaslähtöisistä palvelukokonaisuuksista ja tilaukset perustuvat tuotteistettuihin palveluihin” (Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen strategia, 15). ”Palveluketjut on kuvattu ja arvioitu ja tämän perusteella palvelukokonaisuuksia on uudistettu sekä palveluohjausta on kehitetty asiakaslähtöisesti” (Lasten ja nuorten kasvun tukemisen palvelustrategia, 16). ”Tavoiteltavat palvelurakenteen muutos ja palvelukysynnän hallinta edellyttävät ajattelutavan muutosta ja tiedon lisääntymistä. Asiakasrakenteesta ja palvelutarpeista saadaan RAI-arviointijärjestelmän myötä jatkossa nykyistä kattavampaa tietoa.” (Ikäihmisten palvelujen strategia 4, 13.)*

Kehyksessä usko teknologiaan ja sen mahdollistamiin erilaisiin mittausmenetelmiin on vahva. Ihmisten terveystalouden kysyntää ohjaavat ja terveyttä tuottavat palveluprosessit hiotaan sujuviksi, tuottaviksi, tehokkaiksi ja kysyntä ohjataan oikeisiin palveluihin mittarien tuottaman tiedon avulla. Koska kaikki toiminta perustuu asioiden mitattavuuteen ja tuon tiedon luotettavuuteen, halutunlaisen lopputuloksen saavuttaminen vaatii ainoastaan oikeiden mittareiden ”löytymistä”, ajattelutavan muutosta ja tiedon lisääntymistä. Mutta kuten Sakari Hänninen (2009, 78) toteaa: ”Ihmisten terveyden hoito ei ole koneen korjaamista, eikä sen tehokkuutta ja tuottavuutta voida mitata kuin tavarantuotantoa tehtaassa tai tavaroiden kiertonopeutta varastossa.”

Hännisenkin lause viittaa taloustieteen nobelistin, Kenneth Arrow’n (1963) teoriaan terveydenhuollon erityispiirteistä. Arrow’n aihetta käsittelevä artikkeli on Hannu Valtosen, Eila Kankaanpään ja Ismo Linnosmaan (2010, 77) mukaan yksi kansantaloustieteen viitatuimmista ja luetuimmista teksteistä. Teorian ydin on siinä, että terveystalouden kysyntä on epävakaata ja ennustamatonta, tuotteeseen liittyvä epävarmuus on suurempi kuin melkein missään muualla, informaatio jakautuu aina epätasaisesti ja toiminnalla on paljon ulkoisvaikutuksia. Näin ollen tavanomaisten hyödykkeiden logiikka ei toimi terveydenhuollossa. Arrow ei kuitenkaan ota kantaa siihen, tulisiko markkinoiden vai julkisen sektorin huolehtia terveystalouden järjestämisestä ja tuottamisesta. (Arrow 1963.)

Syntyviä terveystarpeita ei siis voi koskaan täysin hallita, ennakoida eikä kaikkia toimenpiteiden vaikutuksia mitata. Suuren yleisön tuntemaa esimerkkiä ei tarvitse hakea kovinkaan kaukaa. Kukaan ei voinut ennustaa tarkasti H1N1-pandemiaa, mutta kun se levisi Suomeenkin, siihen tuli reagoida toimenpitein. Sairastumista ehkäisemään hankittu rokote aiheutti kuitenkin satojen lasten sairastumisen loppuelämänsä ajaksi muun muassa työkyvyttömyyttä aiheuttavaan narkolepsiaan.

Näin tapahtui, vaikka joukkorokottamisen piti olla tehokkain tapa suojella ihmisten terveyttä ja tutkimusten mukaan rokotteesta ei pitänyt olla vaaraa kenellekään.

### 5.3. Refleksiivisen professionalismin kehys – ammattilaiset palvelujen keskiössä

Refleksiivisen professionalismin kehyksessä terveystalouden keskeisin toimija on kaupungin ammattitaitoinen henkilöstö, jonka toimintaa ohjaavat lait ja ammattietiikka. Heidän pohjakoulutuksensa, työkokemuksensa ja jatkuva ammattitaitonsa kehittäminen takaavat laadukkaat palvelut ja palvelunkäyttäjien hyvän hoidon. Tehtävien kasvuun ja tiukkaan talouskuriin kyetään vastaamaan paitsi henkilöstön osaamisella, myös kuntalaisten tarpeiden tuntemisella.

*”Avopalvelut edistävät, tukevat ja hoitavat tamperelaisten terveyttä, psyykkistä hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta --. Henkilöstön ammattitaito vastaa asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin ja kasvavaan vaatimustasoon. Toimintaa parannetaan -- järjestämällä tuotanto järkevästi ja puutteista ja virheistä oppimalla.” ( Kaksi miljoonaa kärkihanketta -avopalvelujen strategia, 3, 15, 16.)*

Uuden julkisjohtamisen ideologiaan kuuluu keskeisenä osana professiokritiikki, jonka soveltamisen uskotaan monesti kaventaneen merkittävästi professionaalista tietoa, harkintaa ja kontrollia. Vaikka näin onkin osittain tapahtunut, organisaatioiden ja ammattikuntien sisällä olevaa, muutosta hidastavaa kitkaa ei tule aliarvioida. (Julkunen 2006, 99.) Osittain siirtymää hidastaa myös näiden yhteisöjen kyky vastata esitettyyn kritiikkiin ja muotoilla itse uudistamisohjelmaansa. Raija Julkunen (1994) puhuu uusista professionaalisista ideologioista, joissa korostetaan asiakasdemokratiaa, asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksia ja ammatinharjoittamisen refleksiivisyyttä. Viimeksi mainitulla hän tarkoittaa itseään korjaavaa ja tarkkailevaa, kokemuksesta ja tunteista oppivaa ammatillisuutta.

Refleksiivisen professionalismin kehyksessä terveystaloudjärjestelmää ei nähdä stabiilina ja muuttumattomana, vaan edessä on oman tuotannon harkittu peräytyminen ja toimiminen osana jonkinlaista monituottajamallia. Muutoksen hyväksymistä leimaa kuitenkin hienoisesti pakotettu sävy, koska terveystalouden tuottamiseen kunnan omana toimintana sisältyy oma arvonsa.

Julkisen vallan ensisijainen vastuu palvelujen rahoittamisessa ja tuottamisessa onkin kuulunut pohjoismaisessa traditiossa universalismin ideaaliin (esim. Anttonen & Sipilä 2000, 167).

Koska ammattilaiset kykenevät itse korjaamaan toimintaansa, potilas-lääkärisuhteessa roolien ei tarvitse kääntyä ylösalaisin, kuten Toiviaisen (2007, 56) tutkimuksessa kielteisesti potilaiden kuluttajarooliin suhtautuvat argumentoivat. Palvelunkäyttäjät ovat näin ollen perinteiseen tapaan potilaita, ja suhtautuminen heihin on paternalistista. Palvelunkäyttäjän asema muistuttaa siinä mielessä paronsilaista sairaan roolia, että hän on riippuvainen ammattilaisista, enemmänkin passiivinen kohde kuin aktiivinen toimija, ja lääkäriin hakeutuminen on hänen velvollisuutensa (Parsons 1951). Terveystieteissä määritellään sairauksien diagnoosit sekä niiden pätevä hoito ja pyritään palauttamaan yksilö takaisin yhteiskuntaan entiseen asemaansa (Vaskilampi 2010, 68). Ammattilaiset huolehtivat kuntalaisten terveydestä, tietävät heidän tarpeensa, ja niin uusiin kuin perinteisiin terveystarpeisiin vastataan pääosin heidän palveluillaan.

*”Useimmat merkittävistä kansanterveysongelmista liittyvät elintapoihin. Huolestuttavinta viime vuosina on ollut alkoholin ongelmakäytön ja siitä aiheutuvien terveyshaittojen ja sosiaalisten ongelmien lisääntyminen. Liiallisen alkoholinkäytön ongelmat heijastuvat myös päihdepalvelujen ulkopuolelle esimerkiksi lisääntyneinä alkoholisairauksina ja mielenterveysongelmina. Elintapoihin liittyviä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, kuten terveysneuvontaa tulee edelleen tehostaa ja myös riskiryhmien ulkopuolelle kohdistuvassa terveysneuvonnassa tulee toteuttaa hyväksi havaittuja menetelmiä, kuten mini-interventiota ja dehko-toimintaa.” (Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen strategia, 8. )*

Useimmissa sairauksissa on kyse syy-seuraus-suhteesta, johon on olemassa lääketieteellinen selitys. Terveyskäsitteet ovat pitkälti biolääketieteellisiä, eli sairaus joko on tai sitä ei ole (Ryynänen & Myllykangas 2000, 30–31). Foucaultlaisittain kyse on turvallisuuden mekanismeista – toimenpiteet tukeutuvat sosiaalilääketieteelliseen ja –tilastolliseen tietoon, jolla yksilöiden ja ihmisjoukkojen terveydentila jäsentyy hallintatoimenpiteiden kohteeksi. Sairausten ongelmaa ei voi hallita täysin, mutta eri tautien riskiryhmiä kyetään paikantamaan. (Jauho 2010, 169.)

Kuntalaiset jakaantuvat ryhmiin, joilla on erilainen riski sairastua johonkin tiedossa olevista kansansairauksista. Ennalta ehkäisyyn lääketieteellisen mallin mukaisesti (Ryynänen & Myllykangas 2000, 128) samalla kun väestön terveydentilaa seurataan esimerkiksi ikäluokittaisissa

terveystarkastuksissa, ammattilaiset seulovat joukosta riskipotilaat ja ryhtyvät toimenpiteisiin suojatakseen heitä sairastumiselta. Sen lisäksi erilaisin kampanjoin pyritään levittämään tietoa terveyden edistämisestä. Sairauden ehkäisyssä on siis käytössä sekä yksilöllisen riskin strategia että väestöstrategia (Rose 1993), ja molempia johtavat terveydenhuollon ammattilaiset.

Ammattilaisten kykyyn hoitaa ja kohentaa ihmisten terveyttä sekä tunnistaa sairastumisriskissä olevat kuntalaiset luotetaan vahvasti. Heillä on paitsi valtaa myös suuri vastuu. Ammattilaisten toimijuus rakentuukin Arrow'n (1963) esittämän käsityksen mukaisesti siten, että toimintaa ohjaa ja rajoittaa eettinen asenne velvoitteineen. Lääkärit toimivat potilaidensa agenteina, ja yhteiskunnan luomat sosiaaliset instituutiot suojelevat potilaita omilta väärinkäytöksiltään. Lääkärit eivät ole kaikki tietäviä, eikä agenttisuhde ole täydellinen, mutta lääkäri haluaa olla hyvä ja toimia eettisesti päätöksenteossaan. Tällöin päätösten tulee olla sopusoinnussa lääkärin, potilaan ja yhteiskunnan tavoitteiden kanssa (Ryynänen & Myllykangas 2000, 94).

*”Perusterveydenhuollon avopalvelujen tavoitteena on edistää terveyttä ja ennaltaehkäistä sairauksien syntymistä, tunnistaa sairastumisriskissä olevat henkilöt mahdollisimman varhain sekä osaltaan vastata sairastuneiden hyvästä hoidosta ja kuntoutuksesta” (Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen strategia, 3). ”Toiminta on vastuullista, pitkäjänteistä ja kestävä. Työssä edistetään erityisesti heikommassa asemassa olevien voimavaroja. Palvelu on syrjimätöntä, asiakkuutta ei tarvitse ansaita.” (Kaksi miljoonaa kärkihanketta -avopalvelujen strategia, 5.)*

Vastuu ei rajoitu ainoastaan yksittäisiin vastaanottokäynteihin, vaan se on luonteeltaan pitkäjänteistä ja kestävä. Inhimillisuus ja pitkäaikaisten vaikutusten huomioon ottaminen ovat keskeinen osa lääkärin päätöksenteon etiikkaa (Ryynänen & Myllykangas 2000, 94). Ammattilaisten tulee kantaa huolta myös niistä kuntalaisista, jotka eivät ole kuluttajamaisia, vaativia ja tiedostavia asiakkaita. Paternalistiseen lääkäri-potilas-suhteeseen perustuvan palvelujärjestelmän uskotaankin suojelevan huono-osaisimpia kuluttajamaisempaan suhteeseen perustuvia paremmin (Toiviainen 2007, 73).

Refleksiivisen professionalismin kehyksessä ei sen sijaan kyetä tunnistamaan osaa palveluissa asioivista kuntalaisista passiivisia potilaita tai heikkoja toimijoita kykenevämpinä ja vaativampina, asiakasmaisempina kuluttajina. Kasvanut vaatimustaso havaitaan mutta siihen vastataan lisäämällä henkilöstön osaamista ja ammattitaitoa esimerkiksi lisäkoulutuksella ja työnkuvien uudelleen

järjestelyllä. Näkökulma on suppea, ja lisäksi siinä myös jälleen lähestytään asiaa ammattilaisten ja organisaation lähtökohdista käsin, ei palvelunkäyttäjien kannalta. Vaatimukset potilaan osallistumisesta ja tasa-arvoisesta suhteesta ovatkin tulleet lääketieteen ihanteiksi vasta viimeisten vuosikymmenten aikana, eikä niitä ole pidetty varauksettomasti tavoittelemisen arvoisina (Ryynänen & Myllykangas 2000, 63).

Tampereen kaupungin edellisessä avopalvelujen asiakastyytyväisyyskyselyssä (2010) havaittiin 2000-luvun alussa tehdyn kuluttajatutkimuksessa tapaan, että vastaajat luottavat pääosin julkisen terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoon (Tuorila 2001, 22–25). Henkilöstön ammatillisen erityisosaamisen kasvattaminen ja heidän keskinäisen yhteistyönsä parantaminen on siis kuin virheellisestä diagnoosista johtuva väärä hoitomuoto. Siihen ollaan jo pääosin tyytyväisiä, mutta niin ei anneta laajempaa valinnanvapautta palveluissa, ei tarjota vastaanottoaikaa palvelunkäyttäjälle parhaiten sopivana ajankohtana eikä siirretä vastaanottopistettä lähelle hänen työpaikkaansa. Refleksiivisen professionalismin kehyksessä näitä asioita ei kuitenkaan pidetä merkityksellisinä. Palvelunkäyttäjälle osoitettu toimijarooli, näkemys heistä onkin lähestulkoon markkinaeetoksen kehyksen itsenäisen ja osaavan kuntalaisen vastakohta.

#### 5.4. Hyvinvointioikeuden kehys – terveys ja hyvinvointi kaikkien oikeutena

Hyvinvointioikeuden kehyksessä kaiken toiminnan lähtökohta on jälleen kuntalaisten palvelu ja muut toimijat ovat vähemmän merkityksellisiä. Palvelujenkäyttäjät eivät siis ole prosesseissa liikkuvia ja hallittavia massoja eivätkä terveydenhuollon ammattilaisten seuraamaa väestöä. Kuntalaiset eivät myöskään ole aktiivisia, osallistuvia ja rationaalisia asiakkaita. He ovat arvokkaita yksilöitä, joilla on yhtäläinen oikeus hyvinvointiin ja sitä tukeviin, kaikille tarkoitettuihin palveluihin. Lait eivät ohjaa ammattilaisten toimintaa tai aseta toiminnalle raameja, vaan ne takaavat kuntalaisille oikeuden hyvinvointiin.

*”Lapsilla ja nuorilla on oikeus ikänsä mukaiseen, monipuoliseen ja hyvään palveluun. Heillä on oikeus osallistua ja vaikuttaa sekä oikeus hyvinvointiin ja suojeluun niiden kaikissa muodoissa. Ydinprosessin palvelut ovat pääosin lakisääteisiä palveluja, joita kunta on velvoitettu järjestämään.” (Lasten ja nuorten kasvun tukemisen palvelustrategia, 6,13.) ”Asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen on kaupungin tärkein tehtävä” (Tampere virtaa -kaupunkistrategia, 12).*

Yksittäisen kuntalaisen tai palveluissa toimivien ammattilaisten sijaan hyvinvointivastuu kuuluu kaupungille. Universalistisen hengen mukaisesti jokaiseen kuntalaiseen tulee suhtautua kuin keneen tahansa, eikä heitä tule jaotella ryhmiin (Hänninen 2004, 270). Sillä ei ole itsessään merkitystä, järjestetäänkö palvelut kaupungin omassa tuotannossa vai hankitaanko ne monituottajamallin mukaisesti useilta eri palvelutuottajilta. Tärkeintä on sekä kunnan että palvelunkäyttäjien edun huomioon ottaminen hankintaa tehtäessä. Palvelujen järjestämiseen vaikuttavat myös kyseisen tuotannonalan historia ja olemassa olevat instituutiot. Niihin ei kuitenkaan sisälly erityistä eetosta tai arvottamista, vaan näkemys on lähempänä historiallisen institutionalismin (Pierson 2001) olemassa olevien järjestelmien pysyvyyttä painottavaa lähestymistapaa (vrt. universalismi ja julkiset palvelut, esim. Anttonen & Sipilä 2000, 167).

Hyvinvointioikeuden kehyksessä kokonaisuuksia ei pyritä pilkkomaan osiin, vaan kaikkea toimintaa lävistää kokonaisvaltaisuutta painottava ajattelu. Hyvinvointi syntyy jokapäiväisessä arjessa, eikä sitä ole syytä erottaa terveydestä. Terveystuoltoon sovellettuna holistisesta ihmiskäsityksestä puhutaan silloin, kun korostetaan kokonaisvaltaisuutta lääketieteellisen tapauksen sijaan. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on kokonaisuus, jossa situationaalisuus, tajunnallisuus ja kehollisuus kietoutuvat yhteen. Tällöin palvelunkäyttäjä nähdään muun muassa osana perhettä, ympäristöään ja yhteiskuntaa. (Esim. Rauhala 2005.)

Ihmisten arjessa on mukana monia toimijoita, joista kaikilla on oma merkityksensä hyvinvoinnin synnyttämisessä. Terveyspalvelujen ammattilaiset kuuluvat siihen tasaveroisina jäseninä muiden kanssa. Ammattilaisiin kohdistuvat odotukset ovat näin ollen korkeat: heillä tulee olla herkkyyttä huomata, millaisesta palvelunkäyttäjistä on kyse, ja säädellä omaa toimintaansa päätöksenteossa sen mukaan (Valokivi 2008, 80).

Palveluilla ja yhteistyöllä ei kuitenkaan nähdä ehkäistävän sairautta tai muuta huono-osaisuutta. Toisin kuin muissa kehyksissä, hyvinvointioikeuden kehyksessä palvelutarpeiden syntymistä selitetään yhteiskunnallisesta selitysmallista käsin. Esimerkiksi taloudelliset kriisit lisäävät terveystarpeita, hyvinvointipolitiikan epäonnistumiset näkyvät suoraan eriarvoisuuden kasvuna ja yhteiskunnallinen tilanne vaikuttaa onnistumisen edellytyksiin jokapäiväisessä työssä. Yksilöä ei syyllistetä sairastumisestaan ja palvelujärjestelmän rasittamisesta, vaan sairastuminen viestii koko yhteiskuntajärjestelmässä olevista ongelmista.



”Vuosien 2008 ja 2009 vaihteessa selvinnyt talouden taantumaan laajuus on merkittävä taustatekijä väestön hyvinvoinnin kehityksessä. Työttömyys ja yksityistalouksien kiristyminen aiheuttavat paineita toimeentuloturvaan ja työllistämispalveluihin. Pitkäaikainen työttömyys ja taloudelliset vaikeudet altistavat myös erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmille.” (Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen strategia, 6.)

Länsimaissa yleisin tapa selittää sairastumista ja terveyseroja on refleksiivisen professionalismin kehysten lailla nähdä ne ensisijaisesti biologisten syiden tai erilaisten elintapojen seurauksiksi. Terveys sosiologien piirissä tähän suhtaudutaan kriittisesti. Heidän mukaansa länsimaisessa selitysmallissa lääketiede korostuu liikaa ja sosiaalisten tekijöiden vaikutus sairastumiseen unohdetaan, vaikka niiden merkitys on monissa tutkimuksissa havaittu ja yleisesti tiedossa. (White 2009, 1-2.) Suomessa onkin 2000-luvulla lääketieteen etiikassa painotettu yhä enemmän kokonaisvaltaisemman lähestymistavan merkitystä (Ryynänen & Myllykangas 2000, 33–34 ).

### Yhteenveto kehyksistä

Tampereen kaupungin strategioissa palvelunkäyttäjän toimijarooli rakentuu yhtäältä näkemykselle sen keskeisestä asemasta, toisaalta se alistetaan jonkun muun tahon määrittelylle. Käsitys toimijaroleista pohjautuu lisäksi joko universalismin tai managerialismin aatteelle. Molempien sisällä palvelunkäyttäjän rooli on kuitenkin joko vahva tai heikko, minkä vuoksi ei voi puhua universalistisesta tai managerialistisesta kehyksestä. Yksinkertainen mallinnus kehysten perusideasta on kuviossa 3.



Kuvio 3. Palvelunkäyttäjän toimijaroolin rakentuminen kahdelle ulottuvuudelle eri kehyksissä.

Universalismi hajoaa julkisten palvelujen ja niissä toimivien ammattilaisten ensisijaisuutta korostavaan refleksiivisen professionalismin sekä hyvinvointietoksen varaan rakentuvan hyvinvointioikeuden kehyksiin. Hyvinvointivaltiokriittiset, managerialistiset kehykset jakaantuvat vastaavasti valinnanvapautta, markkinoita ja aktiivista kuntalaista painottavaan markkinaetokseen ja NPM-ajatteluun laatustandardeineen, mittareineen ja prosessiketjuineen uskovaan mekaanisen managerialismiin. Palvelunkäyttäjien suhteen refleksiivisessä professionalismissa tunnistetaan hyvin heikot toimijat ja ”riskipotilaat”, markkinaetoksessa kuluttajamaisemmat vahvat toimijat ja hyvinvointioikeudessa toimijoiden erilaisuus ja yhteiskunnassa syntyvä eriarvoisuus. Hyvinvointioikeuden periaatteelle rakentuva kehys on kuitenkin Tampereen kaupungin strategioissa selvästi kolmea muuta vähäisemmässä osassa pääasiassa vain pilkاهدellen harvoissa kohdissa. Jos analyysin ulkopuolelle jättäisi lasten ja nuorten palveluja käsittelevän strategian, sen olemassaolo jäisi mahdollisesti huomaamatta.

Lasten toimijarooli rakentuu muita kuntalaisia ristiriidattomammin ja kehystyy hyvinvointioikeuden kautta. Lasten on havaittu olevan merkityksellisiä tuotettaessa naisten kansalaisuutta (Nätkin 1997), mutta tässä analyysissä lapsi saa aikuisen toimijaroolin jakaantumaan kahtia sukupuoleen katsomatta: vanhemman roolissa aikuista tulee tukea, auttaa ja kunnioittaa, sen sijaan asioidessaan omaan terveyteensä liittyvissä asioissa aikuisen odotetaan toimivan kuin rationaalinen kuluttaja tai kuuliainen potilas. Tai sitten hänet voidaan sivuuttaa täysin. Palvelunkäyttäjien toimijaroolin ristiriitaisen rakentumisen ohella analyysin keskeinen huomio onkin lasten täysin muista poikkeava asema kaupungin korkeimmissa terveyspalveluja käsittelevissä poliittisissa asiakirjoissa. Hyvinvointioikeuden kehyksen olisi lähestulkoon voinut nimetä lasten hyvinvointioikeudeksi.

## 6. Lasten muita vahvempi hyvinvointioikeus

Tampereen kaupunki esitellään Internet-sivuillaan lasten ja nuorten kaupungiksi. Se myös perusti ensimmäisenä Suomessa lapsiasiamiehen viran vuonna 2003 edistämään lasten asemaa ja lapsinäkökulman huomioon ottamista kaikessa toiminnassa. (Tampereen kaupunki, lapsiasiamies 2011.) Lapsinäkökulman idea on kansainvälinen, ja 1900-lukua sanotaan myös lapsen vuosisadaksi. Aiempiin aikoihin nähden lasten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten toimintojen sekä ympäristöolojen tutkimus yleistyi, minkä lisäksi lapsille suunnatusta kirjallisuudesta, elokuvista ja musiikista muodostui oma kulttuurinsa. (Vilkko-Riihelä 1999, 184.) Yhä enemmän ryhdyttiin myös puhumaan lasten oikeuksista ja aikuisten velvollisuudesta taata ne.

Lasten oikeuksien julistus annettiin jo vuonna 1959, mutta vasta marraskuussa 1989 Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) yleiskokouksessa hyväksyttiin valtioita sitova, kaikkia alle 18-vuotiaita koskeva Lasten oikeuksien sopimus, joka on nykyään maailman laajimmin ratifioitu YK:n ihmisoikeussopimus, Suomessa se astui voimaan vuonna 1991. (Unicef 2011.) Lasten oikeuksien sopimusta sovelletaan näin ollen Suomen lainsäädännössä.

Terveyspalvelujen osalta jo Perustuslain 19. pykälässä otetaan erikseen huomioon lapset. Kaikille kuuluvien tarpeellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä väestön terveyden edistämisen lisäksi pykälässä säädetään, että ”julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu”. Terveyslainsäädännön 53§ säätelee puolestaan hoitoon pääsystä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa siten, että tarpeelliseksi todettu hoito tulee aloittaa kolmen kuukauden kuluessa hoitopäätöksen tekemisestä, aikuisten hoito on aloitettava kuudessa kuukaudessa. Neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto ja opiskeluterveydenhuolto ovat myös huomattavasti tarkemmin säädeltyjä kuin esimerkiksi iäkkäiden terveyttä edistävät neuvontapalvelut (1326/2010, 15–17§, 20§).

Tampereen kaupungin strategioissa lapset kehystyvät siten, kuin heillä olisi omalakinen terveyspalvelujärjestelmänsä. Esittelen aluksi terveydenhuoltojärjestelmän keskeisimmät lasten palvelut, koko ikäluokat tavoittavat lastenneuvolan ja perusopetuksen ajan rinnalla kulkevan kouluterveydenhuollon. Näitä palveluja voisi tarkastella historiallisen institutionalismin kautta vahvojen instituutioiden muodostamana palvelukenttänä, joka on vaikeasti purettavissa. Olen

kuitenkin kiinnostuneempi taustoittamaan sitä, miksi lapset ovat niin erityisiä toimijoita, että heidän terveydestään huolehtivat palvelut ovat tarkemmin säädeltyjä ja sitä kautta tiukemmin valtiovallan valvonnassa. Lähestyn aihetta kahdesta näkökulmasta, jotka havaitsin analysoidessani strategioita.

Palvelujen syntyhistoria ajoittuu pääasiassa hyvinvointivaltion aktiivista rakennuskautta edeltävään aikaan (esim. Harjula 2007; Karisto, Takala & Haapola 1998; Anttonen & Sipilä 2000.) Lasten hyvinvointipalvelut liittyvät lastensuojelukysymykseen, jonka historiaa tarkastelemalla lapset vaikuttavat paitsi vanhempiensa ennen kaikkea yhteiskunnan lapsilta, kansakunnan perillisiltä. Lapsia tulee siis suojella valtiomuodosta, sosiaalipolitiikan laajuudesta tai yhteiskunnallisesta kriisistä riippumatta, ja heidän kauttaan voidaan saavuttaa pitkän aikavälin yhteiskunnallisia päämääriä. Kyse on suomalaisista lapsista, kuten heitä myös Tampereen kaupungin lasten ja nuorten palvelujen strategiassa kutsutaan (s.8). Analysoimissani teksteissä ei viitata minkään muun toimijan suomalaisuuteen.

Yhtä lailla lasten erityistä asemaa voi selittää painottamalla taloudellisia näkökohtia, inhimillisen pääoman kautta. Lapsissa on paljon inhimillistä pääomaa, ja heidän edessä oleva elämänsä on vielä pitkä. Lapsiin kannattaa siis panostaa, koska he ovat tulevaisuuden tekijöitä – tai raskaampien palvelujen tulevia käyttäjiä. Lasten ja nuorten palvelujen strategiassa on myös tähän viittaavia ilmauksia (s. 10–11, 13).

## 6.1. Terveyspalvelujen jatkumo ensi hetkistä aikuisuuden kynnykselle

Melkein kaikki suomalaiset lapset tulevat terveyspalvelujen piiriin jo varhain sikiöaikanaan. Ainoastaan kaksi tuhannesta raskaana olevasta naisesta on Suomessa synnytystä edeltävän neuvolaseurannan ulkopuolella (Lehto ym. 2001, 57). Äitiys- ja lastenneuvoloilla on tärkeä rooli lasten terveyden edistämässä ja huolen varhaisessa havaitsemisessa, mutta suomalaisille tuttu lastenneurolatyö on kansainvälisesti harvinaislaatuista (esim. Strid 1999, 9).

Vuoteen 1972 asti äitiys- ja lastenneurolatoimintaa sääteli oma vuonna 1944 voimaan tullut lakinsa. Kansanterveyslain säätämisen yhteydessä neuvoloiden oma organisaatio lakkautettiin ja se liitettiin osaksi terveyskeskustoimintaa. Terveystenhuollon toimialoista neuvola poikkeaa suurimmasta osasta siinä, että lääkärin ympärille keskittymisen sijaan palvelut ovat aina rakentuneet ensisijaisesti terveydenhoitajien ja kättilöiden ammattitaidon varaan. Nykyäänkin palvelun

kilpailukykyä pidetään erinomaisena ja suomalaisten halukkuus käydä neuvoloissa on vakaasti korkealla tasolla. (Lehto ym. 2001, 56.)

Palvelu perustuu suurimmaksi osaksi määräaikaistarkastuksiin, joissa arvioidaan lapsen terveydentilaa, seurataan hänen kehitystään sekä pyritään tukemaan koko perheen hyvinvointia. Seuranta ei kohdistu ainoastaan lapsen fyysiseen kasvuun ja psykomotorisiin taitoihin, vaan myös emotionaaliseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Vaikeuksien oikea-aikaisen havaitsemisen tärkeyttä perustellaan, paitsi lapsen tarvitsemien tutkimusten ja kuntoutuksen kannalta, myös välineenä turvata lapsen oikeudenmukaisen kohtelun saanti. (Strid 1999, 9–12.)

Neuvolajärjestelmää onkin tutkittu paljon väestöpoliittisen perhepolitiikan instituutiona, naisten kansalaisuuden tuottamisen sekä erilaisten vallankäytön ja valtakamppailujen näkökulmista (esim. Nätkin 1997; Wrede 2003). Tutkijoiden kiinnostuksen ohella instituution erityisyydestä kielii sen yli satavuotinen historia käytettynä ja suosittuna terveystalvena. Toiminnan painottuminen terveysneuvontaan on ollut sen pysyvä elementti, vaikka käsiteltävät aiheet ovat vaihtuneet yhteiskunnallisen tilanteen mukaan. Esimerkiksi viime vuosikymmenien aikana neuvoloissa on ryhdytty kiinnittämään yhä enemmän huomiota erilaisiin tarkkaavuus- ja oppimishäiriöihin. Outi Stridin mukaan lastenneuvolatyötä ja kouluterveydenhuoltoa leimaakin pitkäjänteisyys ja laaja-alaisuus, kun tarkastelee suomalaisen ennalta ehkäisevän terveydenhuollon historiaa. (Strid 1999, 9–10.)

Koulun aloittaessaan lapset eivät silti siirry ainoastaan neuvolan palveluista kouluterveydenhuollon piiriin. Koulu on yksi lasten ja nuorten merkittävimmistä elinympäristöistä ja myös itsessään tärkeä terveyspalvelu. Millään muulla politiikan alalla ei nimittäin ole yhtä laaja-alaista vaikutusta ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin kuin koulutuspolitiikalla. Koulussa luodaan edellytyksiä elämänhallintaan ja terveydestä huolehtimiseen, ei ainoastaan parempaan toimeentuloon ja taloudelliseen turvallisuuteen. Koulutuksesta syrjäytymistä taas seuraa usein yhteiskunnasta syrjäytyminen, ja niin koulutustaso kuin sosiaalinen asemakin ovat voimakkaasti yhteydessä ihmisen terveydentilaan. (Lehto ym. 2001, 162, 62.) Eira Korpinen nimeääkin koulun tehtäväksi opettaa lapsia kohtaamaan maailma ja selviytymään siinä (1996).

Perusopetuksen alaluokilla kouluterveydenhuolto on hyvin lähellä neuvolatoimintaa keskittyen lapsen kasvun ja kehityksen seuraamiseen ja ikävaiheeseen soveltuvan terveyttä edistävän

neuvonnan antamiseen (Lehto ym. 2001, 114). Sen ohella jokaiselle lapselle pyritään takaamaan hyvä elinikäinen terveys havaitsemalla mahdolliset perinnölliset sairaudet viimeistään tässä vaiheessa. Koululääkäri ja kouluterveydenhoitaja osallistuvat myös lasten vaikeuksia kokonaisvaltaisesti selvittävään oppilashuoltotyöhön. (Esim. Terho 2002, 18–20).

Kouluterveydenhuolto on kansainvälisesti yleinen terveydenhuollon muoto, ja Suomessa silloisten kansakoulujen kouluterveydenhuollosta tuli jo 1950-luvun alussa kunnanlääkärien ja terveysisarten lakisääteinen tehtävä (esim. Strid 1999, 9). Myös tällä palvelulla on siis pitkäköö perinne lakiin sidottuna kunnan toimintana, ja sen vahvuus on neuvolan tapaan koko ikäluokan tavoittaminen toistuvasti. Kun nuoruusikään ehtineet suomalaislapset päättävät peruskoulun ja poistuvat näin ollen kouluterveydenhuollon piiristä, ei mikään terveyspalvelu sen jälkeen tavoita enää heitä kaikkia. (Terho 2002, 19.)

Kouluterveydenhuoltoa supistettiin 1990-luvulla, kun valtion suorasta ohjauksesta vapautuneet kunnat etsivät säästöjä. Heikennykset vaikuttivat huomattavasti palvelun luonteeseen, esimerkiksi terveystarkastuksia vähennettiin ja työntekijät olivat enää harvemmin kouluilla. (Esim. Lehto ym. 2001, 115.) Matti ja Arja Rimpelän (2008) sanoin kouluterveydenhuolto ajautui jo 1980-luvulta alkaen ”ytimestä syrjään”. Kouluterveydenhuoltoa ei kuitenkaan ajettu hiljalleen alas, vaan heikennyksiin puututtiin valtiotasolta.

Useiden sosiaali- ja terveysministeriölle 2000-luvun alussa tehtyjen selvitysten mukaan lasten ja nuorten terveyspalvelujen laadussa ja saatavuudessa oli huomattavaa vaihtelua. Tulosten mukaan johtaminen, henkilöstövoimavarat sekä toiminnan sisältö ja toimintatavat vaihtelevat eri puolilla maata. Sosiaali- ja terveysministeriössä heräsi huoli lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä epäily, että informaatio-ohjaus suositusten, ohjeiden ja oppaiden avulla on vaikutukseltaan riittämätöntä. (Pelkonen 2009.)

Valtioneuvoston asetus (380/2009) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta astui voimaan heinäkuun alussa 2009. Asetuksen perusteluissa sen tavoitteiksi nostetaan terveyden edistämisen vahvistaminen, varhaisen tuen tehostaminen, syrjäytymisen ehkäisy, alueellisen tasa-arvon edistäminen sekä terveyserojen kaventaminen. Terveystarkastusten vähimmäismäärät tulivat kunnille sitoviksi, muun muassa ennen

kouluikä lapselle tulee tehdä vähintään 15 terveystarkastusta, joista ainakin kaksi tekee lääkäri. Myös terveystarkastusten laadulliseen sisältöön annetaan säädöksessä ohjeet.

Asetus tuli täysimääräisenä voimaan 1.1.2011, johon mennessä kuntien täytyi järjestää toimintansa asetuksen mukaiseksi. Tätä tarkoitusta varten valtion vuoden 2010 talousarvioesityksessä kuntien peruspalvelujen valtionosuuksia korotettiin 9 250 000 eurolla. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.) Maaliskuussa 2011 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran ja aluehallintovirastojen yhdessä tekemän selvityksen mukaan osalla kunnista on kuitenkin ollut vaikeuksia terveystarkastusten toteuttamisessa, ja viranomaiset epäilivät erityisesti laadullisten vaatimusten jäävän täyttymättä (Valvira 3.10.2011).

Asetuksen määräykset ovat myös sisällytettyinä uuteen Terveystarkastuslakiin (1326/2010). Vaikka säädökset eivät vielä kunnissa toteudukaan, niiden myötä lasten terveystarkastusten juridinen sääntely on lisääntynyt merkittävästi ja kuntien liikkumavara palvelujen toteuttamisessa kaventunut. Vertailukohdaksi mainittakoon, että Suomessa ei ole minkäänlaista toimeenpantua vanhuspalvelulakia.

Äitiys- ja lastenneuvolat muodostavat yhdessä kouluterveydenhuollon kanssa lapsuusajaksi maksuttomien, periaatteessa universalististen terveystarkastusten jatkumon. Niiden lisäksi 17-vuotiaaksi asti kaikki suun terveydenhuolto, mukaan lukien erikoissairaanhoidolliset toimenpiteet, on käyttäjälle maksutonta. Ennen kansanterveyslain voimaantuloa toteutettu julkinen hammashuolto oli itse asiassa pitkään vain lapsille tarjottua palvelua, viimeiset ikäraajat poistettiin vasta joulukuussa 2002. Terveystarkastukset ovat lisäksi osa lastensuojelutyötä, jota ohjaava laki sallii merkittävimmän yksilöön kohdistuvan toimenpiteen koko sosiaali- ja terveydenhuollossa – lapsen tai nuoren huostaanoton. (Esim. Lehto ym. 2001, 64–66; 115.)

## 6.2. Yhteiskunnan suojelemat lapset

Historioitsijat Kriste Lindenmeyer ja Bengt Sandin (2008) kuvaavat länsimaista pyrkimystä moderniin ja yhteiskunnallistettuun lapsuuteen ”normaaliksi lapsuuden luomiseksi”. Lapsi nostettiin 1800-luvun loppupuolella yhteiskunnallisesti merkittäväksi hahmoksi, jota valtiovalan viranomaisineen tuli suojella työnantajien ja vanhempien riistolta. Lapsuuden määrittelyä ja yhteiskunnallisen sääntelyn rakentamista tällä tavoin selitetään niin väestöpoliittisilla,

hallinnallisilla kuin aatteellisillakin syillä. Suomessa lastensuojelukysymys kytkeytyy vahvasti kansalaiskasvatukseen ja ideaaliin kansalaisesta, kuten seuraavasta lyhyestä historiallisesta katsauksesta käy ilmi. (Tuomaala 2003, 89.)

Ensimmäinen lastenkoti nykyisen Suomen alueelle rakennettiin lähelle Helsinkiä vuonna 1752, ja se oli tarkoitettu tykistörykmentin sotilaiden lapsille. Suomenlinnan rakennustöitä johtanut Augustin Ehrensvärd oli jo kahta vuotta aikaisemmin perustanut rykmentin sotilaille orpo- ja leskikassan. Sotilaiden ja lasten huonot elinolot, mikä näkyi muun muassa korkeana lapsikuolleisuutena, saivat hänet perustamaan kassan yhteyteen myös lastenkodin. (Esim. Lehto ym. 2001, 63.)

Lastenkodissa lapset työskentelivät tilan puutarhassa ja tupakkaviljelmällä sekä opiskelivat Ehrensvärdin palkkaaman opettajan johdolla. Lasten huoltamista ei tuettu ainoastaan laitoksessa vaan kassan varoista jaettiin myös kotiavustuksia. Laitos ei siis ollut ainoastaan orpokoti, vaan laajempi lastensuojeluun tähtäävä yhteisö, jolla oli myös kasvatuksellisia tehtäviä. Toiminta kuitenkin loppui taloudellisten ongelmien vuoksi jo 1760-luvun puolivälissä. Muitakin lastenkotihankkeita oli samoihin aikoihin muun muassa vapaamuurareiden piirissä, mutta ne kariutuivat viimeistään 1770-luvulla. Tukholmaan vapaamuurareiden lastenkoti oli perustettu vuonna 1753 ja Helsingissäkin ehdittiin aloittaa lopulta kesken jääneet rakennustyöt vuonna 1763. (Pulma 1987, 19–21.)

Taloudellisten syiden ohella into lastenkotien rakentamiseen laantui siitä syystä, ettei niiden avulla pystytty vähentämään lapsikuolleisuutta, mikä oli toiminnan keskeinen tavoite. Lapsikuolleisuuden alentamiseksi painopiste siirtyi tästedes terveydenhuollon kehittämiseen. (Pulma 1987, 23.) Terveyden parantaminen ja lapsikuolleisuuden vähentäminen esitetään monesti väestöpoliittisina kysymyksinä, mutta muun muassa Pulman ja Turpeisen mukaan niitä ei ole mielekästä erottaa lastensuojelukysymyksestä. Suomen historiassa nuo kaksi kietoutuvat tiivistä yhteen. (Pulma & Turpeinen 1987.)

Turvattomien lasten hoidossa ryhdyttiin 1700-luvun lopulla painottamaan kasvatuksellisuutta ja sosiaalistamista (Pulma 1987, 23). Uudessa ideologiassa moraalikasvatuksella oli keskeinen rooli ja sen vuoksi Suuren lastenkodin uudessa ohjesäännössä vuodelta 1773 määrättiin kolmiportaisen, kristillisiä hyveitä painottavan opetusohjelman käyttöönotosta. Samoihin aikoihin yleistyi tapa sijoittaa turvattomia lapsia maalle, joten myös kasvatusvanhempia velvoitettiin laittamaan lapsi



kouluun. Tämä määräys toteutui kuitenkin erittäin huonosti olemattoman kouluverkoston vuoksi. Koulujen perustaminen oli vasta aluillaan, ja rakentamistyöt keskittyivät sinne, missä säätyläiset asuivat. (Kallio 1916.)

Lastenhuollon kysymyksiin kiinnitettiin aiempaa enemmän huomiota ja lainsäädäntöä uudistettiin, kun keskustelu pauperismista, eli ”köyhäläisyydestä” kärjistyi 1830-luvulla. Kerjäläisten yleistymisen ja kerjuun muuttuminen aikaisempaa liikkuvammaksi ja näkyvämmäksi hätkähdytti virkamiehiä. Köyhien ja turvattomien lasten huolto nähtiin keskeisenä keinona vähentää rikollisuutta ja edistää ”yhteisiä hyödyllisiä toimia”. Vanhoilliset virkamiespiirit näkivät asian siten, että pakkokeinot ovat pienimuotoisen opetuksen ohessa ratkaisu ongelmaan. Koulunkäynti oli heidän mukaansa tarpeellista ainoastaan moraalisten hyveiden ja nöyryyden opettamisen kannalta. Nouseva uusi keskiluokka ja sivistyneistö uskoivat kuitenkin koulutukseen kansalaiskasvatuksena antaen sille laajemman merkityksen. (Pulma 1987, 32–35.)

1840-lukua pidetään sivistyneistön kansallisen ja sosiaalisen heräämisen vuosikymmenenä. Rouvasväen yhdistykset kiinnostuivat etenkin orvoista ja muista syistä turvattomista lapsista. Yhdistyksiin vaikutti suuresti Ruotsissa samanaikaisesti käyty keskustelu naisten yhteiskunnallisesta työstä ja sieltä saadut esikuvat. 1840–1860-lukujen aikana rouvasväenyhdistysten toiminta virisikin ympäri Suomen kaupunkiseutuja. Hyvin usein toiminnassa oli mukana myös tunnettuja miesfennomaaneja, esimerkiksi Zacharias Topelius toimi usean vuoden ajan helsinkiläisen rouvasväenyhdistyksen sihteerinä. Fennomaanit uskoivat kansansivistyksen olevan ratkaisu kaikkiin ajan suuriin yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Useimmat yhdistykset keskittyivätkin toiminnassaan köyhille ja orvoille lapsille tarkoitettujen koulujen perustamiseen ja ylläpitoon. (Esim. Åström 1961.)

Kansansivistyksellinen painotus näkyi myös vuonna 1852 uudistetussa vaivaishoitoasetuksessa, joka velvoitti seurakuntia valvomaan ja kantamaan vastuuta turvattomien lasten huollosta aikaisempaa paremmin. Asetus myös kielsi ehdottomasti lasten sijoittamisen muihin kuin opetusta antaviin laitoksiin, lisäksi kasvatustieteen valinnassa korostettiin pitkäaikaisen sijoituksen tärkeyttä. Kaupunkilaissivistyneistön ja porvariston aktiivinen panostus koulutuskysymykseen saavutti oman aikansa suuren päämäärän vuonna 1866, kun Uno Cygnaeuksen valmisteleva Kansakouluasetus astui voimaan ja Suomeen perustettiin kansakoululaitos. (Pulma 1987, 43, 45.)

Kansakunnan edistyksen ja itsenäisyyden symboliksi nostettiin 1900-luvun alun nationalistisessa ilmapiirissä uusi sukupolvi, joka koostui terveistä lapsista. Terveys määriteltiin näin osaksi lapsen normaalia kehitystä. Uutta sukupolvea tuli lapsuudesta asti ohjata ja kasvattaa valtiojohtoisesti kunnan kansalaisiksi. Kansalaiskasvatus tapahtui parhaiten kouluissa, joissa edistettäisiin myös fyysistä kuntoa ja puhtauteen tähtääviä toimenpiteitä. (Tuomaala 2003, 91.) Kansakouluihin palkattiin myös lääkärit varmistamaan terve kehitys, ensimmäisenä Max Oker-Blom Helsinkiin vuonna 1905 (esim. Strid 1999, 9).

Kansallismielisen sivistyneistön kuva yhtenäisestä Suomen kansasta ja heidän porvarillinen kehitysidealisminsa kuitenkin kriisiytyivät samoihin aikoihin. Työväenliikkeen nousu ja radikalisoituminen sekä sen läpiajamat poliittiset mullistukset saivat sivistyneistön ja johtavat virkamiehet puolustuskannalle. Suomen kansa jakautui kahtia, mikä syveni sisällissodan myötä. (Esim. Tuomaala 2003, 91.)

Päätyessään virallisesti 16.5.1918 sisällissota oli taisteluineen ja jälkiselvittelyineen vaatinut noin 36 000 ihmisen hengen ja yli 10 000 lasta oli jäänyt orvoksi. Voittajien näkökulmasta orpoja oli tosin kahdenlaisia, valkoisten sankareiden ja punaisten kapinallisten jälkeläisiä. Sisällissotien yhteyteen liittyy lähes poikkeuksetta etnisiä puhdistuksia, jotka voidaan ulottaa myös lapsiin. Suomessa ryhdyttiin kuitenkin hyvin nopeasti kantamaan huolta punaorvoista. (Kaarninen 2010.)

Heti Helsingin valtauksen jälkeen huhtikuussa 1918 ihmisiä kutsuttiin koolle keskustelemaan keinoista ja toimenpiteistä sodassa kärsineiden perheiden auttamiseksi. Vetoamalla yksityishenkilöiden hyväntekeväisyyteen, armeliaisuuteen ja anteeksiantoon avun järjestäminen punaorvoille saatiin heti käyntiin. Viralliselta taholta asioita ryhtyivät välittömästi hoitamaan sosiaalhallitus sekä kouluhallituksen lastensuojeluosasto. Anteeksianto ei kuitenkaan ulottunut punaiseen aikuisväestöön läheskään yhtä nopeasti. Punaisten puolella taistelleita naisia pidettiin syyllisinä koko sotaan, joten tulevien katastrofien välttämiseksi lapset piti viedä kauaksi pois heidän tuhoisan vaikutuksensa piiristä kunnollisten kansalaisten kasvatettaviksi. Näin ollen kaikki uusiin koteihin sijoitetut lapset eivät suinkaan olleet orpoja tai kohtuuttoman kurjista, sodan runtelemista oloista. Lapsia otettiin huostaan myös pakolla, vastoin äidin tahtoa. (Kaarninen 2008.)

Kaiken kaikkiaan punaorpokysymyksen pohdinta vauhditti lastensuojelun kehitystä, ja 1920-luvun alkua sanotaankin lastensuojelun aatteelliseksi kukoistuskaudeksi. Suomen poliittinen eliitti sitoutui

näkyvästi lastensuojelutyöhön, muun muassa kenraali Mannerheim sekä presidentti Ståhlbergin vaimo Ester perustivat lastensuojeluun keskittyvät liitot muidenkin yksityisten järjestöjen esikuvaksi. (Pulma 1987, 123–137.) Mannerheimin Lastensuojeluliitto oli alusta asti aktiivinen toimija ja perusti Suomen ensimmäisen varsinaisen lastenneuvolan vuonna 1922 (esim. Lehto ym. 2001, 56), minkä lisäksi se oli vahvasti mukana kouluterveydenhuollon kehittämisessä ja vastasi suurelta osin myös käytännön järjestelyistä (esim. Strid 1999, 9). Liiton tavoitteena oli tehdä lasten terveydenhuollosta valtiollista toimintaa (Tuomaala 2003, 94).

Kokonaisuutena sisällissodan jälkeinen ilmapiiri oli epäluuloinen ja sosiaaliturvan kehittäminen vastentahtoista sekä hidasta. (Anttonen & Sipilä 2000, 31–33). Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen kehittämisen lisäksi ajanjaksolla säädettiin silti lasten kannalta merkittävät lait muun muassa oppivelvollisuudesta, ottoplapsista ja oppisopimuksesta. Vaikka uudistusten taustalla oli pyrkimys eheyttää kansa ja estää lasten kautta vaarallisiksi koettujen poliittisten liikkeiden nousu (Tuomaala 2003, 92–94), luotiin niillä vahva institutionaalinen pohja lasten nykyisille terveys- ja laajemminkin hyvinvointipalveluille. Vuosikymmenien päästä ne ainoastaan liitettiin osaksi hyvinvointivaltion palvelujärjestelmää.

### 6.3. Lapset inhimillisenä pääomana

Toista maailmansotaa seuranneella hyvinvointivaltioiden aktiivisella rakennuskaudella hyvinvointipolitiikassa keskityttiin paljolti ikääntyviin kansalaisiin (Esping-Andersen 2002, 26). Lasten syrjimisen sijaan haluan korostaa sitä, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion perusajatukseen ei kuulu hyvinvointipalvelujen tarjoaminen vain tietyille ryhmille, vaan kaikille kansalaisille koko elämänkaaren ajan. Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä korostavatkin universalismin jo sanana viittaavan ”kaikkiin” ja ”kansaan” ja toimivan näin vastakohtana eroavalle, erityiselle, moniarvoiselle ja suhteelliselle. (2000, 149.)

Teoreettisesti hyvinvointivaltion kansalaisuus asetetaan sosiaalipoliittisissa katsauksissa usein vastakkain uusliberalistisen kansalaisuuden kanssa. Valtion tai kunnan huolenpidon sijaan uusliberalismin kansalaisen tulee itse kantaa vastuu omasta ja lähiyhteisönsä hyvinvoinnista (Valokivi 2008, 78). Kirsi Juhilan (2006) mukaan uusliberalismissa pyritäänkin kasvattamaan kansalaiset riippuvuudesta vastuullisuuteen. Tällaisessa mallissa sosiaalipolitiikan kohderyhmiä ovat kaikista huono-osaisimmat välittömän avun tarpeessa olevat yksilöt ja perheet, koko väestö,

erityisen näkyvät ja uusia tarpeita osoittavat vähemmistöt sekä potentiaalisesti tuottavat työntekijät, joihin sitoutuu inhimillistä tuotantopääomaa. Lapset ja nuoret kuuluvat jo lähtökohtaisesti viimeksi mainittuun ryhmään. Kohderyhmien keskiössä ei siis ole väestö kokonaisuudessaan. (Ferge ym. 1997, 25–27.)

Inhimillisen pääoman käsite luotiin täydentämään uusklassista talousteoriaa, jonka puutteena oli kykenemättömyys selittää talouskasvua. Käsitteen ympärille kehittyi 1960-luvulla oma tutkimussuuntauksensa, jonka oppi-isiksi nimetään yhdysvaltalaiset taloustieteen nobelistit T.W. Schulz ja Gary Becker. Inhimillisen pääoman kasvun nähdään lisäävän mahdollisuuksia omaksua ja kehittää uutta teknologiaa. Talouskasvua selitetään siis yksilöllisillä ominaisuuksilla, vaikka aluksi inhimillistä pääomaa mitattiin vain koulutustasolla. Koulutukseen käytettyjä investointeja verrattiin diskontattuihin tulevaisuuden hyötyihin ja koulutuksen havaittiin hyödyntävän niin yksilöä kuin yhteiskuntaa. Myöhemmin käsite on laajentunut koskemaan muita inhimillistä pääomaa kasvattavia investointeja, kuten terveyttä ja työkokemusta sekä lopulta monimutkaisempia välillisiä, pitkäaikaisia ja rakenteellisia kysymyksiä. (Esim. Kajanoja 1998.)

Inhimillisen pääoman käsite ei itsessään ohjaa hyvinvointipolitiikan laajuutta tai mallia, yhtä lailla pohjoismaisen hyvinvointivaltion voi nähdä lisäävän sitä (esim. Anttonen & Sipilä 2000, 101). Jos sen sijaan inhimillisen pääoman kasvattaminen otetaan sosiaalipoliittiseksi päämääräksi ja palvelujen sekä tulonsiirtojen hyväksyttävyyden edellytykseksi, taloudellisten näkökulmien painottaminen vahvistuu sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kustannuksella. Jorma Sipilä on jo useamman vuoden ajan esittänyt pohdintoja kilpailuretoriikan kasvusta suomalaisessa sosiaalipoliittisessa keskustelussa (esim. Sipilä 2006).

Raija Julkusen (2006, 210–211) mukaan osa sosiaalipoliittisista etuuksista nähdään Suomessa nykyään toisia legitimiimpinä vastikkeellisuuden perusteella. Esimerkiksi lapset ovat eräänlaisia vastikkeita mutta sosiaalikansalaisuuteen ja tarpeen toteamiseen perustuvat perus- ja vähimmäisetuudet vastikkeettomia. Kun sosiaalipolitiikalta kysytään vaikutuksia tiukan taloudenpidon näkökulmasta, kuten mikä on panosten tuottavuus ja käytetäänkö rahat oikein (mt., 69), lasten terveyden edistäminen on helpoimmin perusteltavien kohteiden joukossa. Niiden odotettavissa oleva tuotto on hyvä, ne kasvattavat inhimillistä pääomaa ja parantavat näin kansallista taloudellista kilpailukykyä.

Talousnäkökulmien korostaminen voidaan tulkita merkiksi uusliberalismin vahvistumisesta, mutta asian voin nähdä toisinkin. Uusliberalistisen käänteeseen sijaan Sakari Hänninen (2009) väittää, että suomalaista terveystaloutta on 2000-luvun ajan harjoitettu talouspolitiikan kehyksessä. Uusliberaalit tulkinnat ovat hänen mukaansa vain eräitä versioita tästä kokonaisuudesta, jossa terveystaloutta on tullut talouspolitiikan jatke. Kokonaisuutena tällaiset tulkinnat eivät hänen mukaansa kuvaa hyvin suomalaisen talous- eikä etenkin terveystaloutta linjauksia.

Hänninen huomauttaa myös, että virallisissa valtiotason terveystalouttillisissa ohjelmissa korostetaan panostamista lapsiperheiden terveystaloutteihin, vaikka usein jätetään tarkentamatta, mitä tällä varsinaisesti tavoitellaan (Hänninen 2009,55). Gösta Esping-Andersen (2002) puhuu lapsikeskeisen sosiaalisen investoinnin strategian puolesta kohdentamalla tarkastelunsa yleisesti länsimaisiin hyvinvointivaltioihin. Lapsiin panostaminen on hänen mukaansa yksi keskeinen keino torjua köyhyyttä pitkäjänteisesti ja edistää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista. Hyvinvoinnista sosiaalisena investointina Suomessa kirjoittanut Jorma Sipilä painottaa näkökulman huomioon hyvinvointitieteelliset näkökannat, mutta myös hyvinvointivaltion edut. Näin ollen se voisi muodostaa legitimiin hyvinvointivaltion paradigman. (Sipilä 2011.)

Lasten muista poikkeavaa toimijaroolia ja vahvempaa hyvinvointioikeutta ei tule näin ollen tulkita tamperelaiseksi ilmiöksi, vaan se on havaittavissa myös Tampereella. Siihen en kuitenkaan ota kantaa, rakentuuko lasten hyvinvointioikeus vahvojen instituutioiden, kansallisvaltioajattelun vai taloudellisten näkökulmien korostamisen varaan. Yhtä lailla on mahdotonta tämän työn puitteissa sanoa mitään siitä, onko lasten erityinen toimijuus Suomessa historiallisesti pysyvä ilmiö vai onko se merkki muutoksesta ja tämän ajan hengestä. Luultavasti totuus on jonkinlainen sekoitus kaikista edellä mainitusta. On vaikea arvioida, korostaako tamperelainen toimintamalli tätä eroa ja eriyttääkö se eri ikäryhmille suunnattuja terveystaloutteja toisistaan. Tämän mielenkiintoisen kysymyksen selvittäminen vaatisi vertailuaineiston ja oman tutkimuksena.

Suomessa keskimääräisesti lasten ja nuorten terveys ja hyvinvointi ovat kohentuneet. Samanaikaisesti joidenkin pahoinvointi on kuitenkin lisääntynyt ja pienellä vähemmistöllä ongelmat ovat nykyään syviä sekä edelleen vaikeutuvia. (THL 8/2011, 31.) Lapset eivät siis ole säästyneet terveyden eriarvoistumiskehitykseltä. Tämä muistuttaa osaltaan siitä, että poliittisissa ohjelmissa ja asiakirjoissa esitetyt roolit ovat eri asia kuin toimijuudet reaali maailmassa palvelukentällä (ks. myös Lindemeyer & Sandin 2008).

## 7. Kuntalaisten kokemuksia selvittävän aineiston esittely

Tässä luvussa esittelen ensin tutkielmani määrällisen aineiston, joka koostuu lasten ja nuorten hammashoitopalveluja koskeneen kyselyn vastauksista. Kyselyn taustan selvittämisen ohella perustelen aineiston soveltuvuuden tutkielmaani, esittelen asetelman rajoitteet sekä osoitan sen perusjoukon, jonka näkemyksiä ja kokemuksia vastaajat edustavat. Toisessa alaluvussa on tekninen selostus kvantitatiivisen analyysin etenemisestä, johon perustuu analyysin avulla tekemiäni tulkintojen luotettavuus.

### 7.1. Kysely lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen asiakaslähtöisyydestä

Tampereen kaupungin suun terveydenhuolto käynnisti elokuussa 2010 projektin, jonka tavoitteeksi asetettiin uuden vastaanottomallin kehittäminen lasten ja nuorten hammashoittoon. Mallin haluttiin olevan yhtäältä potilasystävällinen ja tehokas samalla, kun se on henkilöstölle mielekäs ja johdonmukainen. Toiminnasta laadittiin ulkopuolisena työnä tuotantotaloudellinen analyysi.

Kunnallisen lasten ja nuorten hammashoitopalvelun peittävyys on hyvin suuri. Käytännössä Suomessa on hyvin vähän yksityistä hammaslääkäripalvelua lapsille. (Suullinen tiedonanto, apulaisylihammaslääkäri.) Julkiset palvelut ovat perheille maksuttomia, ja lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta säädetään Terveydenhuoltolaissa (1326/2010).

Hammaskaries on edelleen yleisimpiä lasten ja nuorten tarttuvia infektiosairauksia. Tyypillistä nykyajan lasten ja nuorten hammasterveydelle on se, että valtaosa lapsista on tervehampaisia samalla, kun pienellä vähemmistöllä todetaan runsaasti reikiintymistä. Hammasmätä eli karies siis polarisoituu. Sairauden kasaantumisen on todettu olevan vahvasti sidoksissa perheiden sosioekonomiseen statukseen sekä vanhempien, erityisesti äidin koulutustasoon. (Karjalainen 2007; Meurman 2011.) Lasten ja nuorten hammashoitopalvelut ovat siis hyvä esimerkki perusterveydenhuollon palveluista.

Mallin suunnittelussa asiakasnäkökulman huomioon ottamista pidettiin tärkeänä, joten vastaanottomallin pilottipäivinä kerätyn palautteen lisäksi laadittiin avoin kysely. Kyselyllä haettiin

ensisijaisesti vastauksia siihen, millaisesta palvelusta (vastaanottomallista) tamperelaiset lapset, nuoret ja lapsiperheet olisivat kiinnostuneita. Samanaikaisesti selvitettiin vastaajien näkemyksiä itsestään palvelunkäyttäjänä ja heidän kokemuksiaan asiakaslähtöisyyden toteutumisesta lasten ja nuorten hammashoitopalveluissa. Kyselyn jälkimmäinen osa muodostaa tutkielmani määrällisen aineiston. (Kyselykaavake kokonaisuudessaan liitteessä 2.)

Tutkimusasetelmani on näin ollen poikkileikkausasetelma eli yleisin yhteiskuntatieteellisen määrällisen tutkimuksen asetelma. Aineisto koostuu vain yhdestä mittauskerrasta, joka kohdistetaan useaan havaintoyksikköön, tässä tapauksessa tamperelaisiin lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin. Poikkileikkausaineistoihin ei sisälly useiden mittauskertojen mahdollistamia ajallisia muutostarkasteluja, joten kausaalisuhteiden tunnistamiseen ja mittaamiseen tulee käyttää muita menetelmiä. (FSD, KvantiMOTV 2009.)

Aineistonkeruuseen käyttämäni kysely on niin sanottu surveytutkimus, jonka voisi toteuttaa myös pitkittäisleikkauksena. Silloin olisi mahdollista analysoida myös tutkittavan ilmiön kehittymistä, toisin kuin tässä tapauksessa, mutta tutkimuksen toteuttaminen veisi useita vuosia. (Alkula 1994, 119.) Surveytutkimus poikkileikkauksena toteutettuna oli käyttökelpoisin menetelmä täydentämään tutkimusongelmani ratkaisua. Muilla menetelmillä en olisi kyennyt hankkimaan yhtä suurta havaintojen määrää tarkoituksenmukaisessa aikataulussa. Kyselytutkimuksissa on silti otettava huomioon, että ihmiset eivät aina täysin ymmärrä, mitä heiltä kysytään. Näin ollen virheen riski on haastattelulla hankittua tietoa suurempi (Alkula 1994, 119), mutta sitä pienennetään huolellisella kaavakkeen suunnittelulla ja ohjeistuksella.

Kysely toteutettiin e-kyselynä, johon oli avoin linkki kaupungin Internet-sivujen etusivulla 24.1.–7.2.2011. Kyselystä julkaistiin linkin avautumispäivänä tiedote (liite 1.), joka oli kaupungin Internet-sivujen lisäksi esillä kyseisen päivän Aamulehden verkkoversiossa. Asiasta mainittiin myös Yle Tampereen radiossa. Asiasta tiedotettiin laajasti, ja kenellä tahansa perusjoukkoon kuuluvalla oli periaatteessa mahdollisuus osallistua. Aineistonkeruumenetelmää voisi siis teknisesti ottaen sanoa yksinkertaiseksi satunnaisotannaksi. (Otantamenetelmistä esim. Metsämuuronen 2000.)

Kyselyyn kannustettiin vastaamaan korostamalla, että osallistamalla on mahdollista osallistua lasten ja nuorten hammashoitopalvelun kehittämiseen. Kansalaisuutta ja osallistumista käsittelevän tutkimuskirjallisuuden perusteella on siis syytä olettaa, että vain tietäytyypiset toimijat haluavat

vastata. Näin ollen havaintoyksiköt eivät muodosta tamperelaisia lapsia, nuoria ja lapsiperheitä edustavaa otosta vaan sitä tulee käsitellä joko näytteenä, jonka perusjoukko on tuntematon, tai aktiivisia tamperelaisia edustavana otoksena. (Esim. FSD, KvantiMOTV 2003.) Käsitellen otostani jälkimmäisellä tavalla.

Internet-kyselyt yleistyvät jatkuvasti, mutta kaikilla ei ole mahdollisuutta osallistua niihin, ja osa ihmisistä myös vierastaa niiden käyttöä (FSD, KvantiMOTV 2010). Jotta aineistoni ei olisi tästä syystä vinoutunut, kymmenessä hoitolassa eri puolilla Tamperetta oli paperisia kyselykaavakkeita 21.2.–4.3.2011 välisenä aikana. Tulostin 150 kappaletta kyselykaavakkeita ja toimitin ne hammashoitoloihin. Valikoin hoitolat siten, että niissä hoidetaan paljon lapsia ja nuoria ja maantieteelliset alueet ovat tasaisesti edustettuina. Aineistonkeruumenetelmä muuttui näin ollen vielä aiempaa valikoivammaksi otannaksi. Kyselykaavake itsessään oli pientä ohjeiden muokkausta lukuun ottamatta (ei kehoteta klikkaamaan lopuksi Tallenna-painiketta) täysin identtinen.

Internetin kautta sain 113 vastausta, hoitoloista enää 23 lisää. Näin ollen lopullinen otoskokoni on 136 havaintoyksikköä, joissa on vain satunnaisesti puuttuvia tietoja. Otokoko on tähän tutkimukseen riittävä, mihin palaan tarkemmin esitellessäni analyysin etenemistä. Tässä kohdin sitä voisi vertailla yhtäältä Tampereen kaupungin sähköiseen valmistelufoorumi Valmaan, jonka etusivulla suosituimman asian ilmoitetaan keränneen 115 mielipidettä (Tampereen kaupunki, Valmistelufoorumi Valma 2011).

Toisaalta vertailukohdan saa avopalvelujen asiakastyytyväisyyskyselystä, joka toteutettiin kampanjatyypillisesti loppuvuodesta 2010. Kyselyajankohtana (25.10.–7.11.2010) avopalveluissa asioineita palvelunkäyttäjiä pyydettiin antamaan palautetta sähköisellä ZEF-lomakkeella tai tarvittaessa paperilla. Eniten palautetta annettiin kokonaisuudessaan suun terveydenhuollon palveluista, 330 kappaletta, sekä lasten ja nuorten terveysterveystoimintoihin, 311 vastausta. Jokaista palvelua käsiteltiin kymmenen kysymyksen kysymyksenä, joissa vastaaja arvioi palvelujen määrää, saatavuutta, työntekijän ystävällisyyttä, ammattitaitoisuutta ja palvelujen laatua asteikolla yhdestä viiteen. Suun terveydenhuolto sekä lasten ja nuorten terveysterveystoimintat saivat kyselyssä erinomaista palautetta, ainoastaan ajan saatavuus ei ollut lähellä parasta mahdollista arvosanaa. (Tampereen kaupunki, Avopalvelujen asiakaskyselyn tulokset 2010.)



Kyselyn toteuttajana oli Tampereen kaupunki, joka myös omistaa aineiston. Osallistuin avopalvelujen harjoittelijana kysymysten laadintaan, mutta minulla on siihen ainoastaan kaupungin myöntämä tutkimuslupa. Tämä kaksoisroolini on ollut ajoittain hyvin hämmentävä, erityisesti vastaajien informoinnin osalta. Tiesin käyttäväni kyselyllä kertyvää aineistoa tutkielmassani, mutta sitä ei lue tiedotteissa tai muissa ilmoituksissa. Huolehdin kuitenkin omalta osaltani aineiston asianmukaisesta käytöstä ja huolellisesta säilytyksestä omissa tiedostoissani. Tutkimusasetelman ulkoista validiteettia informoinnin puute voi silti parantaa: kyselyyn vastasivat ne, jotka haluavat osallistua nimenomaan palvelujen suunnitteluun ja vaikuttaa niiden sisältöön.

### **Vastaajien taustatiedot ja perusjoukon hahmottaminen**

Aineiston täydentäminen ei tuonut siihen lisää sisäistä vaihtelevuutta vaan ainoastaan kasvatti otoskokoa. Taustatiedoiltaan hoitoloissa ja Internetissä kyselyyn vastanneet ovat hämmästyttävän lähellä toisiaan: sukupuoli-, koulutus- ja työsuhdejakaumat ovat käytännössä identtiset, keskimääräisessä iässä on alle vuoden ero. Lasten ja nuorten hammashoitopalveluja on viimeisen vuoden aikana käytetty keskimäärin yhtä paljon suhteessa lasten määrään, jonka jakauma muodostuu yhtä lailla samalla tavalla. Myös vastaajien näkemyksiä ja kokemuksia palvelujen asiakaslähtöisyydestä mitanneet muuttujat jakaantuvat erikseen tarkasteltuina prosentuaalisesti yhtäläisesti, niissä ei esiinny yli kolmen prosenttiyksikön vaihtelua. En näin ollen esittele jakaumia tämän enempää erikseen vaan totean vastaajien muodostavan yhtenäisen otoksen.

Aineistossa ei ole niin sanottuja palvelujen suurkuluttajia, vaan kaikkien käyntejä lasten ja nuorten hammashoidon palveluissa on edeltävän vuoden aikana ollut keskimäärin kaksi. Vastaajilla on keskimäärin kaksi lasta, joten keskimääräisesti käyntejä kertyy yksi lasta kohden. Vastaajilta ei kysytty suoraan, onko lapsella paikattu kariesta, sillä kaikki ihmiset eivät osaa antaa siihen luotettavaa vastausta (suullinen tiedonanto, apulaisylihammaslääkäri). Käyntikerrat on helpompi muistaa, ja hammashoidossa ne kertovat lähes suoraan suun terveydestä. Oikomishoito aktiivisessa vaiheessa muodostaa tästä poikkeuksen, mutta tässä aineistossa sellaista ei noussut esiin.

Vastaajien ikä vaihtelee 7 ja 57 vuoden välillä, keskiarvo on 37 vuotta. Kymmenkunta peruskouluikäistä laskee keskiarvoa hiukan, joten mediaanina oleva 38,5 on tässä aineistossa informatiivisempi. Tampereella on aktiivisesti toimiva lasten parlamentti ja nuorisofoorumi, jotka osallistuvat lasten ja nuorten palveluja koskeviin kyselyihin. Avopalvelujen asiakastyytyväisyyskyselyssäkin alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret antoivat merkittävän osan suun

terveydenhuoltoa koskevasta palautteesta (Tampereen kaupunki, Avopalvelujen asiakaskyselyn tulokset 2010).

Kaikki peruskouluikäiset eivät silti ole itse täyttäneet tätä kyselyä. Etenkin seitsemänvuotiaaseen on syytä suhtautua varauksella, sillä yhdessä paperilomakkeessa samanikäisen vastaajan lomakkeessa oli merkintä ”äiti täytti kyselyn”. Tässä tapauksessa merkitsin vastaajan iän puuttuvaksi tiedoksi. Muiden kohdalla en tehnyt muutoksia ikään, koska asiasta ei ole varmuutta. Aineiston todellinen minimi on kuitenkin luultavasti 10.

Lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta on naisia, miehiä on vain hieman reilu kymmenesosa. Sukupuolijakauman erittäin suurta vinoumaa selittää se, että oletettavasti vain toinen vanhemmista vastasi kyselyyn ja Suomessa naiset kantavat edelleen kotitalouksissa päävastuun lastenhoidosta (Miettinen 2008, 44–54). Vastaajien lapset ovat useimmiten 7–11-vuotiaita, joten naisten keskimääräinen ensisynnytyksikä ei poikkea valtakunnallisesta tasosta ainakaan merkittävästi (SVT: Siviilisäädyn muutokset 2010). Perhekoko vaihteli samalla lailla kuin Suomen väestössä yleisestikin, perheissä oli samassa suhteessa yksi, kaksi tai useampia lapsia, kun lasten keskimääräinen ikä on otettu huomioon (SVT: Perheet 2009). Hieman alle puolella vastaajista on kaksi lasta, reilulla neljänneksellä on vähintään kolme lasta.

Silmiinpistävintä aineistossa on vastaajien hyvä työllisyystilanne ja korkea koulutustaso. Työttömiä tai lomautettuja on otoksessa alle kolme prosenttia. Maaliskuun 2011 lopussa työttömien osuus työvoimasta oli Tampereella 13 prosenttia (Pirkanmaan ELY-keskus 2011), joten vaikka otetaan huomioon koululaisten ja kotona omia alle 15-vuotiaita lapsia hoitavien osuus, on ero hyvin merkittävä. Pääasiallisesti ansiotyössä on seitsemän vastaajaa kymmenestä. Koululaisia tai opiskelijoita on hieman yli kymmenesosa, kotona omia lapsiaan hoitamassa on puolestaan hieman harvempi kuin joka kymmenes.

Viimeisimmäksi suoritetuksi koulutukseksi puolet vastaajista ilmoittaa yliopiston tai ammattikorkeakoulun. Näitä kahta ei erotettu toisistaan kyselyssä, jotta yliopistosta valmistuneet eivät ajattelisi heistä kaavailtavan muista poikkeavaa ryhmää. Se voisi ohjata heidän vastaamiskäyttäytymistään, joten kyseisen riskin pienentämiseksi koulutus taustamuuttujana on luokiteltu kouluasteajattelun mukaan. Vastaavalla tavalla jaoteltuna koko Suomen väestössä korkeasteen koulutus oli vuoden 2009 loppuun mennessä 15 vuotta täyttäneistä naisista kolmanneksella

ja miehistä neljänneksellä (SVT: Väestön koulutusrakenne 2009). Korkeasti koulutetut ovat siis otoksessa selvästi ylliedustettuina koko maan keskimääräiseen koulutustasoon verrattuna.

Jo tutkimusasetelman lähtökohtia kuvaillessani painotin sitä, että otos ei edusta tamperelaisia lapsia, nuoria ja lapsiperheitä. Kansainvälisestä tutkimuksesta löytyy kuitenkin tukea sille, että otokselle on osoitettavissa eräänlainen perusjoukko. Kun on tutkittu terveyspalvelujen käyttäjien halukkuutta osallistua palvelua ja hoitoa koskevien päätösten tekoon, korkea koulutus ja hyvät tulot on nuoren iän sekä hyvän terveyden ohella todettu merkittäviksi selittäjiksi. Omia valintoja haluavat tehdä useammin ne, joilla on siihen tiedolliset edellytykset, jotka eivät ole lääkäreistä riippuvaisia ja kyseenalaistavat lääkärin auktoriteetin. (Esim. Rosen ym. 2001; Anell ym. 1997; Thomson & Dixon 2006.) Kyselyn aiheen vuoksi vastaajat ovat lähtökohtaisesti melko samanikäisiä - jos jätetään huomiotta koululaiset - mutta muutoin he edustavat taustoiltaan keskimääräistä koulutetumpaa osaa väestöstä, vastaajien joukossa ei ole työttömyyttä lähes lainkaan ja osallistumalla avoimesti saatavilla olleeseen kyselyyn he ovat ilmaisseet tahtonsa vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Käsittelen aineistoa näin ollen edustavana otoksena aktiivisista ja ainakin lastensa terveyspalvelujen suhteen osallistumishaluisista tamperelaisista.

## 7.2. Kvantitatiivisen analyysin eteneminen

Ihmistieteissä kvantitatiivinen tutkimus poikkeaa huomattavasti tilastotieteilijöiden vastaavasta, vaikka käytössä ovat pitkälti samat ohjelmat ja testausmenetelmät. Keskeisin ero on siinä, että ihmistieteissä ei olla kiinnostuneita jakaumista tai variansseista itsessään vaan kvantitatiivisin menetelmin analysoidun tutkimusaineiston tulkinta on laadullinen ja selittämiseen pyrkivä. Merkittävä erityispiirre ihmistieteissä on myös se, että ilmiöt ovat niin kompleksisia, että selittäviä tekijöitä on useita, jolloin tilastolliset merkitsevyydet ovat lähtökohtaisesti suhteellisen alhaiset. (Jokivuori & Hietala 2007, 12.)

Tilastollisessa analyysissä on karkeasti jakaen kaksi tasoa: kuvaileva ja selittävä. Aineistoa kuvailevaa analyysia tarvitaan, jotta tiedetään, mitä tulisi yrittää selittää. Tässä tutkielmassa vastaajien kokemuksia ja näkemyksiä kartoitetaan kuvailevan analyysin keinoin luvussa 7.1. Selittävä tutkimus pyrkii sen sijaan tulkitsemaan muuttujien välistä yhteyttä tutkimuksessa esitetyn teorian tai teoreettisluonteisen oletuksen pohjalta. Tutkijalla täytyy siis olla jo valmiiksi jokin perusteltu syy etsiä yhteyksiä. (Jokivuori & Hietala 2007, 14.) Tutkielmassani vastaajien

tyytymättömyyttä palvelujen riittävyyteen selittävä analyysi on luvussa 7.2., ja se on toteutettu monimuuttujamenetelmiin kuuluvan logistisen regressioanalyysin avulla.

Aloitin aineiston analyysin siirtämällä tutkimusdatan e-lomakkeelta spss-ohjelmaan ja koodaamalla avovastauksia lukuun ottamatta muuttujien havainnot numeraaliseen muotoon. Muodostin uuden muuttujan summaamalla muuttujat, joissa kysyttiin lasten määrää ikäryhmittäin jaoteltuna. Vertaamalla lukua vuoden aikana käytettyjen palvelujen määrään kykenin laskemaan keskimääräisen palveluissa asioinnin lasta kohden, josta tein päätelmän lasten suun terveydestä. Muita muuttujamuunnoksia taustatietojen selvittämiseen ei ollut tarvetta tehdä, vaan aineiston kuvailu on tehty tulkitsemalla muuttujien jakaumia.

Luvun 7.1. kuvaileva analyysi on suoritettu pitkälti tulkitsemalla kyselyn ”Asiakaslähtöisyys lasten ja nuorten hammashoitopalveluissa” -osiossa olevan kysymyssarjan sekä sitä seuraavien palvelunkäyttäjien nimittämistä koskevien muuttujien jakaumia. Luvussa muuttujien välisiä yhteyksiä etsivien ristiintaulukoiden tulokset on testattu khi(2)-testillä perusjoukkoon yleistettävyyden tutkimiseksi. Luottamusväliksi valitsin ihmistieteissä useimmiten käytetyn 95 prosenttia, jolloin riskitaso on 5 prosenttia. Näin ollen tulokset pätevät perusjoukon osalta 95 ihmiseen sadasta. En asettanut hypoteeseja, sillä taustalla ei ole tähän tapaukseen sopivaa tutkimusta riittävästi. (Esim. Metsämuuronen 2002, 28–33.)

Ristiintaulukoin muuttujat *Onko lapsi tai nuori kunnallisten hammashoitopalvelujen käyttäjänä ja Entä aikuinen?* havaitakseni mahdolliset vaihtelut muuttujien eri luokissa. Muuttujat olivat kuitenkin niin epätasaisesti jakautuneita, että niiden vaihtelusta ei voi tehdä perusjoukkoon yleistettäviä tulkintoja. Pieni ristiinmeno vaikutti kuitenkin olevan siinä, että kymmenesosa aikuisen asiakkaana näkevistä pitää lapsia potilaina. Näissä luokissa oli myös riittävästi havaintoja, mikä muuten teki testisuureella  $279.085 (16) p < 0.001$  ristiintaulukon tuloksista yleistykseen kelpaamattomat.

Palvelunkäyttäjien mieltymystä kunnalliseen tai yksityiseen palveluntarjoajaan on vertailtu ensin yksinään sekä lasten että aikuisten osalta. Valitun palveluntarjoajan ja valinnan perustelun välistä yhteyttä tarkastelin ristiintaulukoimalla muuttujat lasten ja aikuisten osalta erikseen. Lasten osalta testisuureella  $19.432(3) p < 0.001$  yksityistä palvelua mieluummin tulevaisuudessa käyttävät perustelevat valintansa lähinnä palvelun laadulla, kunnallisen valinneet lain takaamalla oikeudella

palveluun. Kunnallisen palvelun valinnet perustelevat valintansa tasaisemmin eri syillä, vähitenkin käytetty saa vielä reilun kuudenneksen osuuden. Aikuisilla testisuureella 73.223 (3)  $p < 0.001$  yksityisen palvelun valinnet perustelevat valintansa joko saatavuudella tai laadulla, kunnallisen hinnalla tai lain takaamalla oikeudella. Kahtiajako on aikuisten kohdalla hyvin jyrkkä ja tilastollisesti erittäin merkitsevä. Myös lasten osalta näiden muuttujien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys.

Tarkastelin vielä yhdessä sitä, perustelevatko vastaajat lasten ja aikuisten osalta valintaansa samoin kriteerein. Ristiintaulukoin näin ollen sen, kuinka lasten kohdalla palveluntarjoajan valintaan käytetyt perustelut vaihtelevat jyrkemmin jakautuneen aikuisten osalta valintaa ohjanneiden kriteerien eri luokissa. Testisuureella 89.266(9)  $p < 0.001$  muuttujien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys. Perheen sisällä palveluntarjoaja valitaan eri kriteerein, minkä lisäksi palvelun hinta ja lain takaama oikeus palveluun ovat lähestulkoon täysin toisensa poissulkevat kriteerit.

Kokemus palvelujen riittävydestä jakaa vastaajat kahtia, tyytymättömien ryhmä onhieman suurempi. Kolmasosa vastaajista ei ollut tarkentanut vastaustaan siihen tarkoitukseen tarjotussa avokohdassa, eikä jätetyistä vastuksista noussut esiin yhtä yksittäistä ja konkreettista tyytymättömyyden selittäjää. Ristiintaulukoin muuttujan väittämiä sisältävän kysymyssarjan eri muuttujien kanssa ja havaitsin tyytyväisyyden olevan mahdollisesti yhteydessä vaikuttamismahdollisuuksia mittaavien muuttujien kanssa.

Aloitin analyysin muodostamalla uuden keskiarvosummamuuttujan, pääkomponenttianalyysin<sup>1</sup> avulla. Ennen analyysia käänsin jo mainitun kysymyssarjan ensimmäisen, kolmannen, viidennen, seitsemännen ja kahdeksannen väittämän koodauksen päinvastaiseksi alkuperäisestä, jolloin kaavailemani vaikuttaminen ja aktiivisuus kasvavat ja alkupäässä olisi vallan ja vastuun vierittäminen ammattilaisille tai julkiselle vallalle. Uusi keskiarvosummamuuttuja muodostuu muuttujista, jotka mittaavat kokemusta kunnallisen lasten ja nuorten hammashoidon lähtemisestä tällä hetkellä heidän yksilöllisistä tarpeistaan ja omasta kyvystä vaikuttaa hammashoitopalvelun sisältöön. Ensin mainittu selittää muodostunutta faktoria voimakkaammin, mutta ulottuvuuteen kuuluu se, että vastaaja on nimenomaan itse kyennyt vaikuttamaan tilanteeseen.

---

<sup>1</sup> Faktoriantalyysin yleisesti käytetty estimointimenelmä. Faktoriantalyysistä ks. esim. Toivonen 1999, 333–340.

Keskiarvosummamuuttujan sisäinen reliaabelius on riittävän hyvä<sup>2</sup>, ja uusi jatkuva muuttuja saa arvoja yhden ja neljän välillä.

Keskiarvosummamuuttujan muodostamisen jälkeen saatoin vertailla niiden ryhmien välisiä keskiarvoja, jotka pitävät palveluja riittävinä ja riittämättöminä riippumattomien otosten t-testillä. Ennen testin suorittamista katsoin laatikkojana-kuvion avulla, onko tarkastelu mielekäästä suorittaa. Kuvion perusteella ryhmien keskiarvot eroavat toisistaan selvästi, ja kaikkienensa laatikoista tuli hyvin erimalliset. Tilastollinen testaus antoi tilanteesta hieman maltillisemmän kuvan. Kun normaaliusoletus on kunnossa eli havaintoja on riittävästi ja varianssit ovat yhtä suuret,  $t=4.234$  (129)  $p < 0.001$  ryhmien keskiarvot eroavat tilastollisesti hyvin merkitsevästi toisistaan. 95 prosentin luottamusvälillä palveluja riittävinä pitävät saavat 0,2–0,6 yksikköä suuremmat arvot vaikuttamiskykyä mittaavalla asteikolla, kuin palveluja riittämättöminä pitävät. Luottamusvälin alkupää, 0,2 yksikköä, on sisällöllisesti melko vähäpätöinen, mutta puoli yksikköä korkeampi keskiarvo kyseisellä asteikolla on jo sisällöllisestikin merkittävä.

Suoritetun testauksen päätarkoitus oli silti selvittää, onko muuttujien välillä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä eli onko järkevää jatkaa ilmiön selvittämistä pidemmälle. Aineiston avulla en kyennyt selittämään sitä, mikä kasvattaa keskiarvosummamuuttujaa tai on muulla tavalla yhteydessä siihen. Keskityin siis siihen, mitkä tekijät ennustavat suhtautumista lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen riittävyyteen. Muuttujan ristiintaulukointi eri taustamuuttujien kanssa osoitti, että niistä ainoastaan iällä on tilastollisesti merkitsevä yhteys tyytymättömyyteen.

Kyse on aidosti kaksiluokkaisesta muuttujasta, joka on jotain tai ei ole sitä. Päätin vertailla yhtä aikaa erilaisia mahdollisia selittäjiä, joista yksi on kyky vaikuttaa palvelun sisältöön niin, että siinä otetaan huomioon yksilölliset tarpeet. Useiden muuttujien käsittely samanaikaisesti voi osoittaa löydetyn yhteyden vain sattumaksi, minkä lisäksi ryhmien väliselle erolle voi löytyä muita selittäjiä. Analyysia olisi voinut jatkaa ristiintaulukoimalla alkuperäiset muuttujat tai luokiteltu keskiarvosummamuuttuja, ja elaboroimalla sitä lisäämällä mukaan kolmas muuttuja. On kuitenkin mielekkäämpää käyttää monimuuttujamenetelmiä, jolloin muuttujien määrä voi olla suurempi. (Esim. FSD, KvantiMOTV 2004.) Tähän tarkoitukseen sopii parhaiten logistinen regressioanalyysi.

---

<sup>2</sup> Cronbachin alpha 0.6

Logistinen regressio on tavanomaisen lineaarisen regression muunnos, jota käytetään, mikäli selitettävä muuttuja on dikotominen eli aidosti kaksiluokkainen. Näin ollen analyysi tehdään erilaisella laskenta-algoritmilla kuin lineaarinen regressio. Mallien perusidea on kuitenkin sama. (Esim. Toivonen 1999, 319.)

Logistisella regressioanalyysillä tarkastellaan eri muuttujien välisten suhteiden voimakkuutta selitettävään ilmiöön. Selittävät muuttujat saavat olla jatkuvia tai luokiteltuja. Tulokset kertovat vaikutuksen voimakkuudesta, mutta eivät tapahtuman todennäköisyydestä, kuten niitä välillä harhaan johtavasti tulkitaan (Rita, Töttö & Alastalo 2008). Käytän selittävistä muuttujista kuitenkin Jokivuoren ja Hietalan (2007) tapaan nimitystä ennustajat.

Logistisessa regressioanalyysissä on keskeistä ymmärtää, mitä sen yhteydessä vedolla (*odds*) tarkoitetaan. Logistisessa regressioanalyysissä jokaiselle muuttujalle lasketaan veto ja kahden vedon välinen suhde on vetosuhte (*odds ratio*). Vedosta ja vetosuhteesta käytetään erilaisissa lähteissä myös nimitystä riski tai riskisuhde, mutta se johtaa usein virheellisiin tulkintoihin. (Rita, Töttö & Alastalo 2008.) Logistisessa regressioanalyysissä otetaan vetosuhdetta varten vielä luonnollinen logaritmi selitettävän muuttujan kaksiluokkaisuuden vuoksi. Tulkinnassa on otettava huomioon se, että ennustavan ja selitettävän muuttujan välinen suhde ei ole lineaarinen. Yhden yksikön muutos vetosuhteessa ei siis tarkoita samansuuruisia muutosta selitettävässä muuttujassa. (FSD, KvantiMOTV 2009b.)

Teoreettisen taustan ja peräkkäin toistettujen analyysien jälkeen valikoin taustamuuttujista ennustajiksi sukupuolen, iän, lasten määrän, korkeakoulutuksen ja työsuhteen. Korkeakoulu ja työsuhde on muunnettu alkuperäisistä muuttujista kaksiluokkaisiksi siten, että merkitsin puuttuvaksi arvoksi parhaillaan peruskoulua suorittavat, 1= Viimeksi suoritettu koulutus on yliopisto/AMK ja 2= Viimeksi suoritettu koulutus on jokin muu. Vastaavasti pääasiallisesti ansiotyössä olevat saavat arvon 1 ja pääasiallisesti työelämän ulkopuolella olevat arvon 2.

Lasten määrän jaottelin siten, että ryhmässä 1 ovat kaksilapsiset (mediaani), ryhmässä 2 yksilapsiset ja ryhmässä 3 vähintään kolmilapsiset vastaajat. Ikäryhmät muodostin niin, että ryhmässä 1 ovat 1970-luvun alkupuolella syntyneet (36–41-vuotiaat), ryhmässä 2 nuoret aikuiset (24–35-vuotiaat) ja ryhmässä 3 ennen 1970-lukua syntyneet (42–57-vuotiaat). Ikäryhmien luokittelussa jouduin ottamaan huomioon suuret havaintomäärät 35- ja 36-vuotiaiden sekä 41- ja 42-vuotiaiden ryhmissä.

Lapset ja nuoret rajasin tarkastelun ulkopuolelle merkkamalla alle 18-vuotiaat tässä muuttujassa puuttuviksi arvoiksi.

Palvelujärjestelmän sisällä toimimisen ulottuvuudet muodostavat toisen ennustajien ryhmän, johon valitsin muodostamani keskiarvosummamuuttujan lisäksi tärkeimmän syyn palveluntarjoajan valintaan aikuisten osalta ja näkemyksen aikuisen identiteetistä kunnallisen hammashoidon käyttäjänä. Käänsin ensin keskiarvosummamuuttujan ja koodasin sen arvot päinvastaisiksi alkuperäisestä. Katkaisin muuttujan mediaanin kohdalta siten, että arvot 1.00–2.50 kuuluvat ryhmään 1 = Vaikuttamismahdollisuudet ovat hyvät ja arvot 2.51–4.00, todellisuudessa 3.00 – 4.00, ryhmään 2 = Vaikuttamismahdollisuudet ovat huonot. Tärkeimmän palveluntarjoajan valintaa ohjaavan syyn muuttujan koodasin uudestaan siten, että arvo 1 = Palvelun hinta, 2 = Palvelun saatavuus, 3 = Palvelun laatu ja 4 = Lain takaama oikeus palveluun. Vastaavalla tavalla koodasin uudelleen muuttujan aikuinen kunnallisen hammashoidon käyttäjänä niin, että 1 = Asiakas, 2 = Asialla ei ole merkitystä, 3 = Kuntalainen ja 4 = Potilas. Puuttuvaksi arvoksi merkkasin vaihtoehdon ”ei mikään mainituista”, sillä siinä oli ainoastaan kolme havaintoa.

Kaikkien ennustajien kohdalla luokitteluihin vaikutti paitsi teoreettinen tausta, myös peräkkäin toistetuissa analyyseissa tehdyt havainnot. Ennustajissa referenssiryhmä on aina ryhmä 1. Selitettävä muuttuja on koodattu uudelleen siten, että muuttujan ”*Koetteko, että kunnan tarjoamat lasten ja nuorten hammashoitopalvelut ovat tällä hetkellä riittävät*”, arvo on joko 0 = Kyllä ovat tai 1 = Eivät ole.

Mainituilla muuttujilla suoritettu logistinen regressioanalyysi kykenee ennustamaan 25–34 prosenttia ilmiön vaihtelusta. Malli luokittaa oikein 85 prosenttia niistä vastaajista, jotka pitävät palveluja riittämättöminä ja 61 prosenttia niitä riittävinä pitävistä. Luvut vaihtelevat kohtalaisesta korkeaan, joten malli on hyvä (vrt. Toivonen 1999, 321). Khi(2) arvon ollessa 31.151 (14)  $p < 0.005$  malli on myös tilastollisesti hyvin merkitsevä. Lisäksi Hosmer & Lemenshowin testin arvo ja sen korkea p-arvo kertovat mallin toimivan. Muuttujien välillä ei ole merkittävää korrelaatiota.

Valitsin analyysia suorittaessani luottamukseksi jälleen 95 prosenttia. Analyysissani havaintojen määrä on 108, joka on tähän menetelmään pieni. Sen vuoksi tulkitseen myös ne mallin löytämät ennustajat, jotka ovat tilastollisesti merkitseviä 90 prosentin luottamuvälillä. (p-arvosta ja aineoston koon vaikutuksesta siihen esim. Metsämuuronen 2002, 33–39).



## 8. Kehysten ristiriita osallistuvan kuntalaisen kokemuksena

Julkisessa keskustelussa – tutkimuskirjallisuudessakin – kiinnitetään yhtäältä huomiota heikkojen toimijoiden kurjistuneeseen asemaan hyvinvointivaltion ja julkisten terveyspalvelujen muutoksen yhteydessä. Toisaalta puhutaan myös ”sopivasta” aktiivisuudesta, johon ei kuulu oman asiantuntijuuden korostaminen tai liiallinen äänekkyyks (esim. Valokivi 2008, 78–80). Kehysanalyysini Tampereen kaupungin strategioista osoittaa samaan suuntaan (ks. myös Häikiö 2010). Vahva ja aktiivinen toimijarooli ei suinkaan ole sisäänrakennettu itsestäänselvyys, vaan terveyspalveluissa toimijat voidaan kehystää hyvin ristiriitaisin tavoin. Sekä heikot että vahvat toimijat voivat tulla palveluissa sivuutetuiksi. Tarkastelenkin seuraavaksi sitä, millaisia kokemuksia aktiivisilla ja osallistuvilla kuntalaisilla on lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen asiakaslähtöisyydestä ja miten heidän toimijuutensa rakentuu vastausten perusteella.

### 8.1. Aktiivisuus, vastuullisuus - ja kaksi kokemusta palvelujen yksilöllisyydestä

Tutkittaessa ihmisten kokemuksia julkisista palveluista traditio suosi pitkään keskittymistä organisaatioihin ja palvelutoimialoihin (Järvinen 2001). Kuluttajatutkimuskeskuksen selvityksessä 2000-luvun alussa terveyspalveluissa huomio kiinnittyi palvelujen käyttöä leimanneeseen kahtiajakoon lapsiperheiden sisällä: aikuiset käyttivät pääosin julkisia terveyspalveluja, ja lasten palvelut hankittiin yksityiseltä sektorilta. Työssäkäyvät vanhemmat käyttivät ensijaisesti työterveyshuollon palveluja, ja vaikka lapset kävivät neuvolassa ja käyttivät kouluterveydenhuollon palveluja, haastatellut vanhemmat veivät heidät yksityislääkärille, jos epäilivät lapsen tarvitsevan tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Lapsille oli usein otettu yksityinen vakuutus, ja vaikka sitä ei olisikaan, pidettiin palvelujen nopeaa saatavuutta hintaa tärkeämpänä. (Tuorila 2001, 22.)

Suun terveydenhuollossa tilanne on historiansa vuoksipäinvastainen, lapsista valtaosa käy ainoastaan julkisessa hammashuollossa, kun taas aikuiset ovat päässeet hoidon piiriin vasta viimeisten vuosikymmenten aikana. Asiakaskyselyssä ei kuitenkaan kysytty perheen tämänhetkistä tilannetta, vaan sitä, käyttäisivätkö he mieluummin tulevaisuudessa yksityisiä vai julkisia palveluja. Lasten osalta tulos on selvä, useampi kuin kahdeksan kymmenestä haluaisi perheen lasten käyvän kunnallisissa hammashoitopalveluissa. Aikuisten kohdalla ryhmä sen sijaan jakaantuu, mutta siinäkin lievä enemmistö valitsee julkisen palvelun yksityisen sijaan.

Kysyttäessä tärkeintä syytä tehtyyn valintaan vastaukset hajoavat jo enemmän. Kaikkinensa lasten kohdalla ratkaiseva kriteeri on useimmiten lain takaama oikeus palveluun, aikuisilla puolestaan palvelun saatavuus on niukasti yleisin ennen palvelun hintaa. Lasten osalta käytetyin kriteeri on aikuisilla harvinaisin (taulukko 1).

*Taulukko 1. Vastaajien perustelut valinnalleen yksityisen ja kunnallisen hammashoitopalvelun välillä lasten ja aikuisten osalta kriteereittäin.*

		Kunnallinen hammashoitopalvelu	Yksityinen hammashoitopalvelu	Yhteensä
Aikuiset	Palvelun laatu	10	19	29
	Palvelun saatavuus	8	35	43
	Lain takaama oikeus	23	1	24
	Palvelun hinta	38	1	39
	N	79	56	135
<hr/>				
Lapset	Palvelun laatu	20	12	32
	Palvelun saatavuus	18	5	23
	Lain takaama oikeus	41	3	44
	Palvelun hinta	35	1	36
	N	114	21	135

Lapsille kunnallinen hammashoitopalvelu valitaan useimmiten, koska laki takaa oikeuden palveluun, mutta kaikkia muitakin tarjolla olleita kriteereitä on käytetty paljon. Yksityisen hammashoitopalvelun valinnut pieni joukko tekee niin valtaosin palvelujen paremman laadun vuoksi. Aikuisissa ryhmien kahtiajako on selvempi. Vajaa kahdeksan kymmenestä kunnallisen palvelun valinneesta vastaa tärkeimmäksi syyksi hinnan tai lain takaaman oikeuden, ja lähes jokainen yksityiset palvelut valinnut saatavuuden tai laadun. Valitun kriteerin perustella pystyy näin ollen erittäin suurella todennäköisyydellä sanomaan vastaajan mieltymyksen yksityiseen tai kunnalliseen aikuisten hammashoitoon.

Samat vastaajat perustelevat valintansa lasten ja aikuisten osalta eri tavoin, vain noin puolet vastaajista tekee valintansa samoin kriteerein. Silloin valittu kriteeri ei ole sama, lasten palveluissa laatua, hintaa tai oikeutta eniten arvostavat valitsevat aikuisten kohdalla palvelun tarjoajan ennen

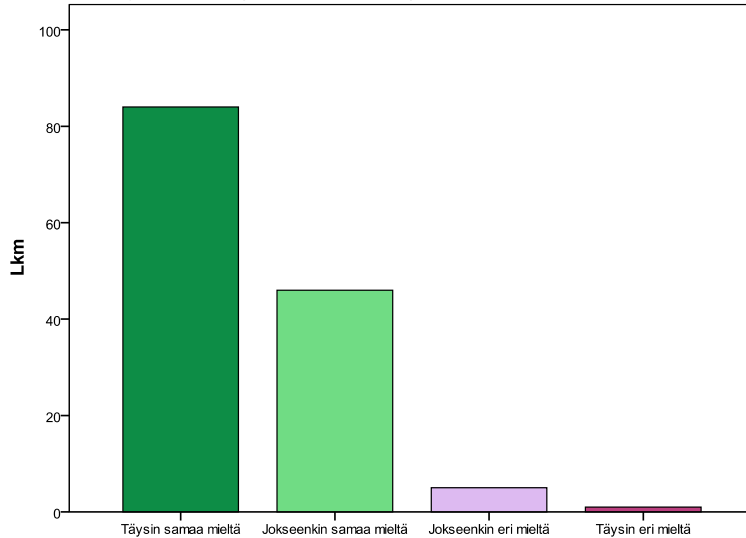
kaikkea palvelun saatavuuden perusteella. Hinnalla vastauksensa perustelevat muodostavat muita yhtenäisemmän ryhmän: jos se on lasten hammashoitopalvelun tarjoajan valintaa ohjaava syy, lähes kolme kertaa neljästä hinta ratkaisee myös aikuisten kohdalla.

Yksikään lasten osalta valintaansa hinnalla perustelleista vastaajista ei perustellut sitä aikuisten kohdalla sillä, että laki takaa oikeuden palveluun. Sen sijaan jos perustelee aikuisten hammashoitopalvelun tarjoajan valintaa lain takaamalla oikeudella, tekee niin lähes poikkeuksetta myös lasten kohdalla. Toisinpäin katsottuna tässä luokassa vastaukset hajoavat eniten. Alle puolet niistä, jotka lapsilla valitsevat palvelut oikeuden vuoksi, tekevät valinnan aikuisten kohdalla samasta syystä. Koska aikuisten osalta valinnan perustelu hinnalla tai oikeudella kertoo lähes poikkeuksetta valinnan kohdistuvan kunnalliseen hammashuoltoon, tämä ryhmä vaikuttaa jakautuvan vielä sisäisesti kahtia.

Sen sijaan vastaajat ovat yhtä mieltä siitä, että niin lapset kuin aikuisetkin ovat kunnallisten hammashoitopalvelujen käyttäjinä asiakkaita. Molempien osalta noin puolet vastaajista näkee asian tällä tavalla. Yhtä lailla viidenneksen mielestä molemmat ovat potilaita ja harvempi kuin joka kymmenes vastaa heidän olevan kuntalaisia. Ainut pieni ristiinmeno valituissa identiteeteissä on sellainen, että aikuinen nähdään asiakkaana mutta lapsi potilaana. Tällaisia on kuitenkin alle kymmenesosa vastauksista. Kokonaisuudessaan aineistossa ei ole havaittavissa vaihtelua selittävää toista muuttujaa, vaan valinnat tuntuvat olevan henkilökohtaisia ja sattumanvaraisia. Mielenkiintoisempaa onkin se, että noin viidennes vastaajista ilmoittaa koko asian olevan heille merkityksellisen.

Vastaajat ovat lähes yksimielisiä siitä, että ensisijainen vastuu lasten ja nuorten hyvästä suun terveydestä kuuluu kodille. Ainoastaan yksi vastaaja oli täysin ja muutama jokseenkin eri mieltä. Kuviosta 4 näkyy selvästi, että suurin osa vastaajista on täysin samaa mieltä väittämän kanssa, heitä on lähes puolet enemmän kuin hienoisella varauksella asiaan suhtautuvia. Tuoreessa sosiaali- ja terveysministeriön toteuttamassa Kaste-kyselyssä vastaajien mielipiteet sen sijaan jakaantuivat voimakkaasti näkemyksessä yksilön omasta ja yhteiskunnan vastuusta hyvinvoinnista, sekä asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 16.11.2011).

Vastuu lasten ja nuorten hyvästä suun terveydestä kuuluu ennen kaikkea kodille:



Kuvio 4. Vastaajien näkemys kodin vastuusta lapsen ja nuoren hyvästä suun terveydestä.

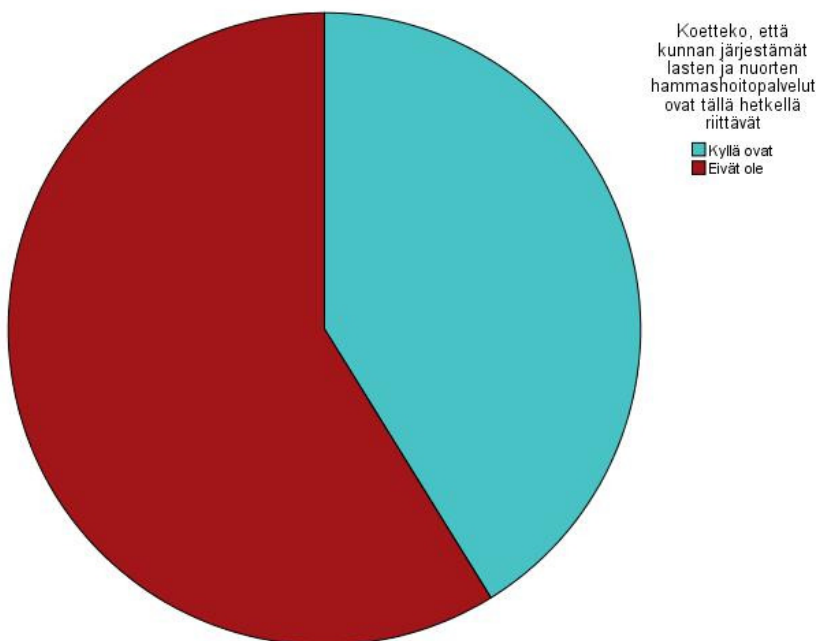
Vastaajat eivät tunne, että heille sysättäisiin ammattilaisille kuuluvaa vastuuta. Tässä suhteessa he tosin ovat jo varovaisempia, hieman alle kolmannes on täysin tätä mieltä. Sen sijaan kahdeksan kymmenestä toivoisi ammattilaisten kuuntelevan asiakkaiden hoitoa koskevia toiveita nykyistä enemmän. Vastaajat myös hakevat itsenäisesti tietoa suun ja hampaiden hyvästä hoidosta muun muassa Internetistä tai lehdistä. Kuitenkin lähes yhdeksän kymmenestä on sitä mieltä, että ammattilaisten pitäisi opettaa lapsille nykyistä enemmän suun ja hampaiden hoitoa.

Omasta aktiivisuudesta ja vastuullisuudesta huolimatta ammattilaisten tarjoamaa terveysneuvonnan tyyppistä palvelua haluttaisiin siis nykyistä enemmän. Tämän voi tulkita postmodernin terveystieteen piirteeksi, johon kuulu terveystiedon aktiivinen hankkiminen ja kehon näkeminen yhä enemmän projektina. Tällöin hoitoon ei hakeuduta enää vain sairauden takia, vaan terveyden edistämisen ja terveysriskien välttämisen vuoksi. (Vaskilampi 2010, 70).

Vastaajat jakaantuvat silti jälleen kahtia, kun tarkastelee heidän näkemyksiään yksilöllisyyden toteutumisesta palveluissa. Vain joka kymmenes on täysin sitä mieltä, että kunnallinen lasten ja nuorten hammashoito lähtee tällä hetkellä heidän yksilöllisistä tarpeistaan. Todella tyytyväisten joukko on pieni, mutta kokonaisuudessaan tyytymättömiä on vain niukasti tyytyväisiä enemmän. Yksi kriittisesti suhtautuvista vastaajista on muotoillut kokemuksensa seuraavasti: ”Ei ole kiva jos tuntee olevansa koneistossa, jossa pyöritetään tietyllä tavalla kaikki. Yksilöllisyys on nykyaikaa. Saadaan sitä mitä itse tarvitsee ja pyytää, ei sitä, mitä iso koneisto haluaa antaa.”

Taustoiltaan melko yhtenäinen vastaajajoukko jakaantuu näkemyksissään ja kokemuksissaan erilaisiin ryhmiin, vaikka kokonaisuudessaan heitä luonnehtii kuluttajamaisuus. Vastaajia yhdistää näkemys palvelunkäyttäjän vastuullisesta ja aktiivisesta roolista. Valtaosa haluaisi myös tulla paremmin kuulluksi palveluja koskevien toiveidensa kanssa. Tietoa terveyden edistämisestä haetaan itse, mutta ammattilaisilta haluttaisiin nykyistä enemmän terveysneuvonnan palveluja.

Vastaajat eivät silti identifioitu yksiselitteisesti johonkin toimijarooliin. Omankin perheen sisällä lasten ja aikuisten hammashoitopalvelut valitaan eri kriteerein, tässä suhteessa lapset nähdään kunnallisten palvelujen käyttäjinä eri tavalla kuin aikuiset. Mieluummin kunnallisia hammashoitopalveluja tulevaisuudessa käyttävät aikuiset ovat joko vahvasti oikeuksistaan tietoisia tai sitten hintatietoisia. Vastaajilta ei kysytty tulotasoa, joten jää avoimeksi, onko kyse enemmän taloudellisesta vai ideologisesta valinnasta. Se käy kyselystä kuitenkin selvästi ilmi, että puolet vastaajista ajattelee lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen lähtevän heidän yksilöllisistä tarpeistaan, puolet näkee asian toisin. Kahtiajako ei kosketa vain kokemusta palvelujen yksilöllisyydestä, vaan myös käsitystä palvelujen riittävydestä tällä hetkellä (kuvio 5).



*Kuvio 5. Vastaajien näkemys kunnallisten lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen riittävydestä kyselyajankohtana (prosentuaalinen jakauma).*

## 8.2. Liian kuluttajamaiset palvelunkäyttäjät vai liian erilaiset kehykset

Vastaajien taustoista ainoastaan ikä tuntuu olevan selvästi yhteydessä kokemukseen palvelujen riittämättömyydestä. Iäkkäimmät vastaajat ovat huomattavasti nuorempia tyytymättömiä. Lisäksi ne vastaajat, joiden perheessä on kaksi lasta, ovat tyytyväisempiä kuin muut lapsiperheiden vastaajat. Erikseen tarkasteltuina taustatiedot eivät muuten paljasta yhteyksiä tyytymättömyyteen (taulukko 2).

*Taulukko 2. Kokemus kunnallisten lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen riittävydestä taustatietojen perusteella tarkasteltuna.*

		Kyllä ovat	Eivät ole	Yhteensä
<b>Sukupuoli</b>	Mies	8	8	16
	Nainen	48	72	120
	N	56	80	136
<b>Ikä</b>	24–35 -vuotta	16	21	37
	36–41 -vuotta	18	17	35
	42–57 -vuotta	14	37	51
	N	48	75	123
<b>Lasten määrä</b>	Yksi	11	20	31
	Kaksi	28	35	63
	Kolme tai enemmän	14	22	36
	N	53	77	130
<b>Koulutus</b>	Viimeksi suoritettu yliopisto/AMK	23	44	67
	Viimeksi suoritettu muu kuin kolmannen asteen tutkinto	33	36	69
	N	56	80	136
<b>Työsuhde</b>	Ansiotyössä	34	60	94
	Työelämän ulkopuolella	20	17	37
	N	54	77	131

Kokemus palvelujen riittävydestä tai riittämättömyydestä on subjektiivinen, eikä se kerro lainkaan siitä, mitä palveluja käyttäjä todellisuudessa saa. Kaksi kolmasosaa vastaajista käytti mahdollisuutensa tarkentaa omin sanoin, miksi he eivät usko palvelujen olevan tällä hetkellä riittävät. Vastauksissa valitetaan oikomishoidon liian pitkiä jonoja ja epäselviä hoitoon pääsyn kriteereitä sekä toivotaan vuosittaisia luokkakohtaisia hammaslääkärin tarkastuksia takaisin. Niissä korostuvat silti palvelutilanteeseen ja siinä tapahtuvaan vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat.

Yksilöllisyyden puutteen lisäksi vastaajat kritisoivat muun muassa ”pompottelua”, joustamattomuutta, ammattilaisten epäystävällistä käytöstä ja kuuntelun puutetta. Kolmannes kieltävästi vastanneista ei nimennyt tarkempaa syytä näkemykselleen.

Logistisen regressioanalyysin avulla aineistosta löytyy kuitenkin tyytymättömyyttä ennustavia seikkoja. Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon 3 on koottu analyysin keskeiset tulokset. Vastaajien henkilökohtaisista taustatekijöistä sukupuoli, koulutustaso ja ansiotyö ovat merkityksettä. Yhtä lailla se, miten identifioi kunnallisia hammashoitopalveluja käyttävän aikuisen, ei ennusta tyytymättömyyttä millään lailla. Sen sijaan ikä, lasten määrä, aikuisten hammashoitopalvelun tarjoajan valintaa ohjaava syy sekä ennen kaikkea negatiivinen kokemus palveluissa toteutuvasta yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisesta ja omasta kyvystä vaikuttaa niiden sisältöön osoittautuvat tyytymättömyyden ennustajiksi. Viimeisenä mainittu tekijä on myös tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Taulukko 3. Tyytymättömyyttä lasten ja nuorten hammashoitopalvelujen riittävyyteen ennustavat tekijät.

Ennustajat		Vetosuhde	p-arvo
Sukupuoli	(ref Mies)	3.006	.287
Ikä	(ref 36-41 -vuotiaat)		<b>.061</b>
	24-35 -vuotiaat	2.243	.211
	42-57-vuotiaat	<b>4.444</b>	<b>.018*</b>
Koulutus	(ref Viimeisin koulutus yliopisto/AMK)	.923	.877
Työsuhde	(ref Ansiotyössä)	.606	.444
Lasten määrä	(ref Kaksi )		.149
	Yksi	2.362	.185
	Kolme tai enemmän	<b>3.101</b>	<b>.087^</b>
Kokemus palvelujen yksilöllisyydestä ja omista mahdollisuuksista vaikuttaa palvelun sisältöön	(ref Hyvä)	<b>8.080</b>	<b>.000***</b>
Tärkein syy palveluntarjoajan valintaan perheen aikuisten osalta	(ref Palvelun hinta)		.258
	Palvelun saatavuus	1.713	.397
	Palvelun laatu	3.311	.105
	Lain takaama oikeus palveluun	<b>3.523</b>	<b>.084^</b>
Aikuisen identiteetti kunnallisten hammashoitopalvelujen käyttäjänä	(ref Asiakas)		.518
	Asialla ei merkitystä	1.237	.757
	Kuntalainen	2.244	.484
	Potilas	2.894	.157
N	108		
Selitysaste (Cox & Snell ja Nagelkerke)	25 - 34 %		
Testisuure	31.151 (14)		<b>.005**</b>
Hosmer & Lemenshow	6.886 (8)		<b>.549</b>
Selitettävä muuttuja: Koetteko, että kunnan järjestämät lasten ja nuorten hammashoitopalvelut ovat tällä hetkellä riittävät? 0 = Kyllä ovat, 1 = Eivät ole			
Tilastollinen merkitsevyys: ***= erittäin merkitsevä, **= hyvin merkitsevä, *= merkitsevä, ^= tilastollisesti merkitsevä 10 % riskitasolla			



Ennen 1970-lukua syntyneet ovat merkittävästi tyytymättömämpiä (vetosuhde 4,4) kuin 1970-luvun taitteessa ja alkupuolella syntyneet. Jätetyt avovastaukset paljastavat, että vanhimman ikäryhmän tyytymättömyyden taustalla vaikuttaisi olevan mieltymys perinteiseen toimintamalliin, jossa koululuokka meni yhdessä hammashoitolaan hammaslääkärin tarkastettavaksi ja hammashoitajat kiersivät kouluilla ohjaamassa lapsia muun muassa oikeanlaiseen harjaustekniikkaan. Yksi vastaajista kiteytti asian näin: ”*Kaikki koululaiset tarkastettava kerran vuodessa. Hammashoitajat käymään joka vuosi kouluilla neuvomassa hampaiden hoitoa, koska ennaltaehkäisy on tärkeää. Kunnallista hammashoitoa on kehitettävä, että se säilyy korkeatasoisena ja kaikilla on mahdollisuus hoidattaa hampaansa.*”

Nimenomaan nykyinen toimintamalli herättää tyytymättömyyttä, ja vastaajat pelkäävät sen asettavan ihmiset eriarvoiseen asemaan. He eivät halua hyväksyä hyvinvointivaltiokehityksen murtumista, joten muutos itsessään on tyytymättömyyden kohde. Näin ollen iäkkäimmän ryhmän jäsenet voivat myös olla kyvyttömimpiä toimimaan palveluissa, joissa heidän kehityksensä ei enää päde. Vaikka hyvinvointivaltiokehystä ei ole enää strategioissa, se voi edelleen olla kuntalaisten näkemys palvelujen tavoitetilasta.

Taustamuuttujista lisäksi keskimääräistä suurempi lasten lukumäärä on yhteydessä tyytymättömyyteen. Näin ollen ristiintaulukon (taulukko 2) antama kuva hieman muuttui. Useamman lapsen vanhempi asioi palveluissa muita enemmän, kun lasten terveys on lähtökohtaisesti suurin piirtein sama. Näin ollen myös palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat moninkertaistuvat. Toisaalta useamman lapsen vanhemmat voivat tulla samasta syystä itsevarmemmiksi ja kokeneemmiksi palvelunkäyttäjiksi, jolloin he uskaltavat haastaa ammattilaisten näkemykset muita useammin ja toimia kuluttajamaisempina palvelunkäyttäjinä.

Kokonaisuudessaan palvelujärjestelmän sisällä toimimisen ulottuvuudet onnistuvat taustamuuttujia paremmin ennustamaan tyytymättömyyttä palvelujen riittävyyteen. Koko mallin vahvin ennustaja on koettu kyvyttömyys vaikuttaa palveluihin niin, että niissä tunnuttaisiin otettavan yksilölliset tarpeet hyvin huomioon. Se on erittäin vahvasti yhteydessä tyytymättömyyteen, muuttujien välille muodostuva vetosuhde (8,1) on korkea.

Voimakkain ennustaja ei kuitenkaan selitä ilmiötä yksinään. Kyse on yhdessä vaikuttavista rinnakkaisista tekijöistä. Tässä kontekstissa vastaajat eivät ole passiivisia eivätkä syrjään vetäytyviä,

vaan päinvastoin osallistumishaluisia ja mielipiteiltään enimmäkseen kuluttajamaisia, vahvoja toimijoita. Viimeinen ennustaja vaikuttaa siis vielä vahvimman selittäjänkin tulkintaan.

Aikuisten osalta palvelun tarjoajan valintaa ohjaava syy nousee jälleen merkitykselliseksi tekijäksi. Oikeuksistaan hyvin tietoiset ja niillä valintansa perustelevat ovat merkittävästi tyytymättömpiä (vetosuhde 3,5). He ovat hyvin suurella todennäköisyydellä niitä kuntalaisia, jotka haluavat tulevaisuudessa käyttää kunnallisia palveluja niin lasten kuin aikuistenkin kohdalla. He eivät välitä hinnasta vaan kokevat kunnallisen hammashoitopalvelun olevan heidän lain takaama oikeutensa. Teoreettisesti vastaajilla on yhteisiä piirteitä Valokiven (2008) tutkimuksen niihin palvelunkäyttäjiin, joiden toimintaa leimaavan piirteen hän nimesi vaatimiseksi (luku 3.3.).

Tyytymättömät eivät siis välttämättä osaa tulkita tilannettaan oikein, vaan asioidessaan palveluissa he näyttävät ammattilaisille liian ”asiakasmaisina”, vaativina, hankalina ja jopa aggressiivisina palvelunkäyttäjinä. Ammattilaiset eivät toisaalta osaa aina suhtautua heidän pyyntöihinsä - tai vaatimuksiinsa - riittävän responsiivisesti. Toivianen (2007, 55–56) tutkimuksen mukaan lääkäreiden suhtautumiseen potilaiden toimintaan kuluttajina vaikuttivat paljon myös heidän henkilökohtaiset taustatekijänsä.

Näistä lähtökohdista tuloksen voi tulkita niin, että vaativimmat vastaajat ajautuvat helposti konflikteihin ammattilaisten kanssa, joutuvat pettymään odotuksissaan muita useammin sekä kokevat saavansa huonompaa palvelua. Tällöin he myös tuntevat itsensä kyvyttömiksi vaikuttamaan palvelujen sisältöön, jolloin palvelut eivät ole yksilöllisiä ja heidän tarpeensa huomioon ottavia. Muiden syiden, kuten pitkien jonotusaikojen lisäksi se, että palvelut eivät vastaa heidän toiveitaan, synnyttää kokemuksen niiden riittämättömyydestä.

Sen sijaan, että kiinnittäisin huomion osapuolten henkilökohtaiseen kykyyn toimia palvelutilanteissa vastavuoroisesti ja rakentavasti, tulkitsem tulosta kehysten ristiriitaisuudesta johtuvaksi törmäykseksi. Tampereen kaupunkistrategiassa terveyspalvelut kehystetään ennen kaikkea markkinaehtoksen kautta. Sen mukaan terveyspalveluja käyttävät kuntalaiset ovat oikeutettuja monipuolisiin ja yksilöllisiin palveluihin, joihin heidän tulee itse vaikuttaa. Hierarkkisesti ylimmän strategian painotukset ovat usein esillä juhlapuheissa ja julkisissa tapahtumissa. Lisäksi tyytymättömät vastaajat voivat kehystää palvelut hyvinvointioikeuden tai strategioista puuttuvan hyvinvointivaltiokehyksen mukaan.

Ammattilaisten valtaa ja vastuuta painottava refleksiivisen professionalismin kehys on sen sijaan vahvasti esillä niissä strategioissa, joissa käsitellään erityisesti terveyspalveluja. Sen näkemys palvelujenkäyttäjistä ei vastaa lainkaan osallistuvaa ja aktiivista kuntalaista, melkein päinvastoin. Terveyspalvelut viimeksi mainitulla tavalla kehystävä ammattilainen uskoo tuntevansa potilaidensa tarpeet ja tietävänsä heidän parhaansa sekä kokee velvollisuudekseen toimia näkemyksensä mukaan. Muutoin hän toimisi epäeettisesti. Kyse ei näin ollen ole siitä, että osa henkilöstöstä tai tyytymättömät vastaajat toimisivat väärin. Omissa maailmoissaan he toimivat johdonmukaisesti ja oikein, heidän jakamansa todellisuus ei vain ole osapuolille sama.

Goffmanin (1974, 338–339) näkemyksen mukaan ihmisten perusolemukseen kuuluu pyrkimys välttää väärinkäsityksiä jo etukäteen. Silloin kun tilanne kuitenkin on epäselvä tai ristiriitainen, molempien osapuolten jakamaan tulkintaan päästään kehyksen selkiytymisen kautta. Tämä tapahtuu joko saamalla tilanteeseen liittyvää uutta informaatiota jostakin tai oivaltamalla tulkinneensa tilanteen väärin. Kehyksen selkiytyminen voi myös vaatia kolmannen osapuolen suorittaman intervention.

Tampereen kaupungin asiakaslähtöisissä terveyspalveluissa kaivattaisiin kehyksen selkeyttämistä. Peter Beresford (2009, 248) vaatii Isossa-Britanniassa osallistumisesta käytävään keskusteluun huolellisuutta ja harkintaa. Hänen mukaansa aihetta tulisi pohtia turvallisessa paikassa ja siten, että osallistujat voisivat keskustella siitä, mitä he haluavat ja tarkoittavat ilman pelkoa väärin asioiden sanomisesta. Jos Beresfordin ajatusta soveltaa Tampereen ympäristöön, herää kysymys siitä, keiden tulisi pohtia kuntalaisten toimijaroolia terveyspalveluissa ja vastata kehyksen selkiyttämistä.

## 9. Kiistanalaisen roolin jännitteet

Kansainvälisesti ja kansallisesti jaettujen, ajassa liikkuvien aatteiden, ideoiden ja ideologioiden mukaan muokataan yhteiskunnan rakenteita. Ne vaikuttavat ihmisten jokapäiväiseen arkeen yksittäisissä kunnissa, kuten Tampereella. Tarkasteluni kuntalaisten toimijarooliin julkisen terveydenhuollon palveluissa kiinnittyy keskusteluun kansalaisille kuuluvien sosiaalisten oikeuksien nykyisestä laajuudesta ja kietoutuu siten yhteen vallan ja vastuun monisäikeisten kysymysten kanssa. Samat kysymykset ja niiden ympärille rakentuvat yhteiskunnalliset prosessit leimaavat kaikkienensa sosiaalipolitiikan nykyisestä tilasta ja halutusta tulevaisuudesta käytävää keskustelua. Yksinkertaistettuna kyse on siitä, miten vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista jakautuu yksittäisen ihmisen ja julkisen vallan kesken. Terveydenhuolto on vahvan lääkäriprofession vuoksi aiheen tarkasteluun mielenkiintoinen tutkimuskohde, minkä lisäksi olen kuullut useammassa seminaarissa harmittelua sosiaalipoliittisen tutkimuksen vähyydestä terveydenhuollon muutoksen hahmottamisessa.

Tutkijoiden piirissä vallitsee melko lailla yhteisymmärrys siitä, että terveyspalveluissa valta on siirtynyt lääkäreiltä palveluja käyttävien kansalaisten suuntaan. Kokonaan asetelma ei ole keikahtanut, mutta palvelunkäyttäjien nähdään olevan aiempaa tiedostavampia, vaativampia ja lääkärin auktoriteetin herkemmin kyseenalaistavia. Terveyspolitiikasta käytävässä keskustelussa valinnanmahdollisuuksien lisääminen on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi. Kehityksen käänköpuoli on se, että osa palvelunkäyttäjistä kykenee omaksumaan uuden roolinsa huomattavasti paremmin kuin toiset: täytyy osata vaatia ja tunnistaa oma tilansa, mutta ei saa olla liian asiantunteva tai äänekäs – ei ole helppoa olla ”sopiva”.

Kiinnostukseni aiheeseen syntyi ollessani hallinnon harjoittelijana Tampereen kaupungilla. Asiakslähtöisyys ja asiakasnäkökulma olivat sanoina olleet näyttävästi esillä harjoitteluajanani lukemissani ohjelmissa ja raporteissa. Kun minun täytyi miettiä erään palvelun uudistamista asiakasnäkökulmasta alusta alkaen, jouduin hämmentyneenä toteamaan, etten tiedä, mitä asian eteen tulisi tehdä. Mitä se todella tarkoittaa, jos julkinen terveyspalvelu uudistetaan asiakslähtöisemmäksi, mitä kaikkea palvelujen sisällä ja arjen käytännöissä silloin tapahtuu, mitä yleensäkin tarkoitetaan sanalla asiakslähtöisyys? Esittäessäni asian tällä tavalla eri yhteyksissä tuntemilleni ihmisille seurasi kysymystä lähes poikkeuksetta hämmentynyt hiljaisuus.

En halunnut jättää kysymystä leijumaan ilmaan, mutta aihe osoittautui vaikeammin haltuun otettavaksi, kuin alkuun luulin. Mietin jo pro gradu –tutkielman aiheen vaihtoa, kunnes tutustuin Erwing Goffmanin kehysanalyttiseen ajatteluun ja siitä johdettuun menetelmälliseen viitekehykseen. Huomasin kysymykseni väljyyden, jopa epämääräisyyden olevan juuri sellainen, johon kehysanalyysillä on haettu ja saatu vastauksia. Luettuani Tampereen kaupungin strategioita kehysanalyttisesti kykenin vihdoinkin hahmottamaan ja rajaamaan tutkimusongelmani sekä rakentamaan sen teoreettisen viitekehyksen. En kuitenkaan tarkoita sitä, että tutkielman teko olisi siitä lähtien ollut ongelmaton. Päinvastoin, jos olisin viimeisen puolentoista vuoden ajan tiennyt sen, mitä nyt, olisin tehnyt monta asiaa toisin. Minulle kehysanalyysi osoittautui kuitenkin ”avaimeksi asiakaslähtöisyyden merkitysten ymmärtämiseen”.

Tampereen kaupungin strategioissa terveystalvakuja koskeva suuri tavoite on kehittää ne aiempaa asiakaslähtöisemmiksi vastaamaan paremmin kuntalaisten tarpeita. Strategiatyötä perusteellaan sillä, että näin luodaan selkeät suuntaviivat kehitykselle sekä osoitetaan tavoiteltavat päämäärät ja keinot niiden saavuttamiseksi. Strategioiden avulla kunnan työntekijöidenkin tulisi kyetä hahmottamaan oma roolinsa kokonaisuudessa, jolloin kokonaisvaltainen ymmärrys helpottaa toimimista käytännön työssä. Strategioiden tarkoitus on siis tuoda selkeyttä ja jatkuvuutta suureen organisaatioon, joten asiakaslähtöisten terveystalvakuja käyttäjän toimijaroolin pitäisi periaatteessa kehystyä strategiateksteissä yhdellä tavalla.

Osoitan kuitenkin tutkielmassani, että strategioiden keskeinen tavoite on olennaisimmalta osaltaan ristiriitainen ja selkiytymätön. Strategioissa käsitys asiakaslähtöisten palvelujen käyttäjästä ja hänen oikeuksistaan ja vastuistaan vaihtelee perustavanlaatuisesti kehyksittäin. Havainnollistan tilannetta kuvaannollisella esimerkillä, jossa käytän viimeisen kerran hyväkseni Goffmanin tarjoamia välineitä. Hänet tunnetaan nimittäin myös dramaturgisen lähestymistavan kehittäjänä, joka käytti omilla töissään paljon teatteriin liittyviä metaforia (esim. Rantalaiho 2010).

Strategioiden yhteinen lähtötilanne on sellainen, että terveystalvakuja käyttävä kuntalainen on kiskaistu kulisseista päälavan näyttämölle valokeilan keskiöön. Hänelle kerrotaan, että hän on nyt pääosassa, mutta tarjotaan neljää tyystin erilaista käsikirjoitusta. Yhden mukaan hänen tulee täyttää lava ja muiden näyttelijöiden tulee reagoida siihen. Toisen mukaan hän onkin itse asiassa kuuromykkä hahmo, jonka seuraavan liikkeen taustatiimi määrittää tarkistettuaan ensin muutaman asian. Kolmannessa pääosan esittäjä olikin jo valmiiksi lavalla eikä hänen tarvitse huolehtia siitä,

mitä seuraavaksi tulee tehdä. Neljännessä hän saa olla sellainen, mikä tuntuu hänestä hyvältä, ja muiden rooleja muokataan sen mukaan - kunhan hän ei selvästi vaaranna omaa terveyttään eikä turvallisuuttaan. Kukaan ei silti kerro sitä, minkä käsikirjoituksen roolihahmoa hänen tulisi toteuttaa.

Strategioiden sisältämä käsitys palveluja käyttävästä kuntalaisesta ei siis ole edes yksittäinen keinotekoinen hybridi, vaan kaikki neljä ovat yksinään selkeitä ja johdonmukaisia – puutteineenkin. Kulttuurissa jaetut ja uusia muotoja saavat kehukset kiinnittyvät erilaisiin sosiaalisen todellisuuden rakenteisiin, tässä tapauksessa hyvin erilaisiin periaatteisiin ja aatteisiin. Kehystämisen ei ole kyse ainoastaan tavasta puhua, vaan kehys sitouttaa ihmisen toimimaan tietyn roolin mukaan, tapahtuipa kehystäminen tietoisesti tai tiedostamatta. Ihmisillä ei ole henkilökohtaista kehysten valikoimaa, eivätkä kehukset ole olemassa ainoastaan kulloisessakin hetkessä tai tilanteessa.

Strategioissa ilmenevä ristiriita kuntalaisen roolin osalta ei näin ollen ole olemassa ainoastaan asiakirjojen teksteissä, minkä myös asiakaskyselyn vastaukset todistavat. Lisäksi vastauksista oli havaittavissa merkkejä universalistisesta hyvinvointivaltiokehuksesta, jota strategioissa ei enää ole. Sen kautta terveyspalvelut kehystävälle se on kuitenkin yhtä todellinen kuin neljä muuta kehystä.

Eri toimijaroolien sisäinen yhtenäisyys mutta keskinäinen ristiriitaisuus aiheuttavat sen, että kokonaisuutena toimijarooli on kiistanalainen ja jännitteinen. Tutkielmani ensimmäisellä sivulla kuvaamani keskustelu on yhdenlainen esimerkki tästä. Sairas mies haluaisi vain mennä lääkäriin ja uskoa vaivansa hoituvan sillä. Hänen saattajansa kuitenkin ikään kuin valmentaa miestä toimimaan toisella tavalla, koska uskoo miehen tarpeiden tulevan muuten sivuutetuiksi. Hän ei luota ammattilaisten huolehtivan miehen terveydestä eikä lain takaaman oikeuden turvaavan tarvittavia palveluja. Juuri miehen kohdalle sattuva lääkäri voisi kuitenkin olla sellainen, joka näkee potilaansa asioista huolehtimisen eettiseksi velvollisuudekseen, joten paikalle saapuva tiukka ja äänekäs palvelunkäyttäjä on hänen mielestään hankala, mikä vaikuttaa osapuolten väliseen vuorovaikutukseen negatiivisesti.

Kiistanalainen ja selkiytymätön rooli hämärtää tietoisuutta siitä, kuinka palveluissa asioidessa tulisi toimia, mihin on oikeutettu ja mistä on vastuussa. Julkiset, pääosin verovaroin rahoitetut palvelut perustuvat siihen, että ne ajatellaan legitiimeiksi. Tilanne, jossa kokemus palvelujen laadusta ja riittävydestä vaihtelee kehysten törmäämisen tai yhteneväisyyden mukaan onnekkoudenkin

perusteella, luo riskin legitiimiyden heikkenemiselle. Väärinkäsityksistä johtuvat konfliktit ja epävarmuus eivät aiheuta negatiivisia tunteita ainoastaan palveluja käyttäville kuntalaisille, vaan ne ovat raskaita myös työssään toimiville ammattilaisille. Tässä aineistossa kehysten ristiriita tuli näkyväksi julkituotuna pettymyksenä, toisenlaisella aineistolla se olisi mahdollisesti ilmennyt palveluista syrjäytymisenä. Aiheen tutkiminen erilaisin aineistoin ja menetelmin olisikin varmasti hedelmällistä.

Kaikkia kuntalaisia toimijaroolin epäselvyys ei koske samalla tavalla. Neljäntenä esittelemäni hyvinvointioikeuden kehysten olisi lähestulkoon voinut nimetä lasten kehykseksi tai lasten hyvinvointioikeudeksi. Muista poiketen lasten toimijarooli terveystalveissa rakentuu melko johdonmukaisesti ja selkeästi. Roolia määrittää oikeus hyvinvointiin, kunnioitus, arvostus ja julkisen vallan vastuu tukea tervettä kasvua ja kehitystä. Tarkastellessani lasten erityisyyttä toin kuitenkin esiin ilmiön kansallisen ja laajemminkin eurooppalaisen luonteen, johon ei ole nimettävissä yhtä selkeää syytä.

Kaikkia kuntalaisia toimijaroolin epäselvyys ei koske samalla tavalla. Neljäntenä esittelemäni hyvinvointioikeuden kehysten olisi melkeinpä voinut nimetä lasten kehykseksi tai lasten hyvinvointioikeudeksi. Muista poiketen lasten toimijarooli terveystalveissa rakentuu melko johdonmukaisesti ja selkeästi. Roolia määrittää oikeus hyvinvointiin, kunnioitus, arvostus ja julkisen vallan vastuullinen tarve tukea tervettä kasvua ja kehitystä. Tarkastellessani lasten erityisyyttä toin kuitenkin esiin sen olevan kansallinen ja laajemminkin eurooppalainen ilmiö, johon ei ole nimettävissä yhtä selkeää syytä. On kuitenkin mahdollista, että ikäryhmittäin tilaaja- ja tuottajaorganisaatioihin jaetussa Tampereen mallissa lasten erityinen asema korostuu.

Erityisesti lasten hyvinvoinnin turvaaminen voidaan myös nähdä eräänlaisen hyvinvointivaltion selviytymisstrategiana postmodernissa yhteiskunnassa, jossa universalismi on heikentynyt (ks. Sipilä, Anttonen & Kröger 2009). Lapsiin panostamisella voidaan edistää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista koko väestössä, mutta se voi merkitä muutakin. Anneli Anttonen ja Liina Sointu (2006) havaitsivat nimittäin eurooppalaista hoivapolitiikkaa tutkiessaan pienten lasten ja vanhusten hoivapolitiikan kulkevan ”eri latuja”. Sosiaalipolitiikan näkökulmasta olisikin mielenkiintoista tutkia, miten lapsikeskeinen politiikka rakentuu – korostuuko siinä yhdenvertaisuus ja koko väestön tasa-arvo, vai eriarvoisuus ja hyvinvointioikeuden rajaaminen ensisijaisesti lapsiin. Sen selvittäminen on kuitenkin jonkin toisen tutkimuksen tehtävä.

## Lähteet

- Alavaikko, Mika (2006) Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu – keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Teoksessa: Kati Rantala & Pekka Sulkunen (toim.): Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus.
- Alkula, Tapani (1994) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Andersson, Jan Otto; Hautamäki, Antti; Jallinoja, Riitta; Niiniluoto, Ilkka & Uusitalo, Hannu (1993) Hyvinvointivaltio ristiaallokossa. Arvot ja tosiasiat. Porvoo: WSOY.
- Anell, Anders; Rosen, Per & Hjortsberg, Catharina (1997) Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. *Health Policy* 40 (2), 157–168.
- Anttonen, Anneli; Henriksson, Lea & Nätkin, Ritva (1994) (toim.) Naisten hyvinvointivaltio. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, Anneli & Soitu, Liina (2006) Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Helsinki: Stakes.
- Arrow, Kenneth J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53 (5), 941–973.
- Barnes, Marian (1999) Users as Citizens: Collective Action and the Local Governance of Welfare. *Social Policy & Administration* 33 (1), 73–90.
- Bauman, Zygmunt (1998) *Work, Consumerism and the New Poor*. Buckingham: Open University Press.
- Beresford, Peter (2009) Osallistumisen ja valinnan jännitteet terveydenhuollossa – palvelunkäyttäjän näkökulma. Teoksessa: Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.): Kansalaisesta kuluttajaksi: markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Bolzan, Natalie & Gale, Fran (2002) The Citizenship of Excluded Groups: Challenging the Consumerist Agenda. *Social Policy & Administration* 36 (4), 363–375.
- Bouissac, Paul (1990) Incidents, accidents, failures: The representation of negative experience in public entertainment. Teoksessa: Stephen Harold Riggins (toim.): *Beyond Goffman. Studies on Communication, Institution, and Social Interaction*. Berliini: Walter de Gruyter.
- Bury, Mike (2004) Researching patient-professional interactions. *Journal of Health Services Research and Policy* 9 (1), 48-54.
- Chandler, David (2000) Active Citizens and the Therapeutic State. The Role of Democratic Participation in Local Government Reform. *Policy & Politics* 29 (1), 3–14.
- Clarke, John; Newman, Janet; Smith, Nick; Vidler, Elizabeth & Westmarland Louise (2007) *Creating citizen-consumers. Changing publics and changing public services*. Lontoo: Sage.
- Collins, Randall (1988) Theoretical Continues in Goffmans Work. Teoksessa: Paul Drew & Anthony Wootton (toim.) *Erving Goffman. Exploring the Interacion Order*. Cambridge: Polity Press.



- Crook, Steve & Taylor, Laurie (1993) Goffman's Version of Reality. Teoksessa: Jason Ditton (toim.) The View from Goffman. Alkuperäinen painos New York: Macmillan (1980). Uudelleen painettu Wiltshire: Anthony Rowe Ltd.
- Denhardt, Robert B. & Denhardt, Janet Vinzant (2000) The Public Service: Serving Rather than Steering. Public Administration Review 60 (6), 549–559.
- Duodecim (1998) Hankalat potilaat ja kaksoisloukkaus. Ben Furmanin vastaus (17/1998) aiemmassa numerossa olleeseen Kaija Hollin kirjoitukseen kiukkuisista potilaista (11/1998). [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spape=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo80374&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo80374&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=). Tarkistettu 15.10.2011.
- DuPre, Athena (1999) Communicating about health. Current issues and perspectives. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Eduskunnan oikeusasiamies 14.2.2011. Oikeusasiamiehelle tehtiin viime vuonna yli 4000 kantelua. Tiedote verkossa <http://www.oikeusasiamies.fi/Resource.phx/pubman/templates/2.htm?id=708>. Tarkistettu 15.10.2011.
- Eräsaari, Leena (1995) Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Helsinki: Gaudeamus.
- Esping-Andersen, Gösta (2002) Why We Need a New Welfare State. Oxford: Oxford University Press.
- Ferge, Zsuzsa; Hellsten, Katri; Kalimo, Esko & Purola, Tapani (1997) Sosiaalipolitiikan kilpailevien ideologioiden vertailua. Hyvinvointivaltion eurooppalainen malli ja uusliberalismi vaihtoehtoisina esikuvina. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Fountain, Jane E. (2001) Paradoxes of Public Sector Customer Service. Governance: An International Journal of Policy and Administration 14 (1), 55–73.
- FSD, KvantiMOTV(2003) Otos ja otantamenetelmät. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>. Tarkistettu 8.12.2011.
- FSD, KvantiMOTV(2004) Ristiintaulukointi. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>. Tarkistettu 8.12.2011.
- FSD, KvantiMOTV(2009) Tutkimusasetelma. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html>. Tarkistettu 8.12.2011.
- FSD, KvantiMOTV(2009b) Logistinen regressio. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html>. Tarkistettu 8.12.2011.
- FSD, KvantiMOTV(2010) Aineistotyypit. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/aineistotyypit.html>. Tarkistettu 8.12.2011.
- Giddens, Anthony; Beck, Ulrich. & Lash, Scott (1994) Reflexive Modernization. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, Erwing (1961) Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Doubleday.

- Goffman, Erwing (1974) *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Goffman, Erwing (1981) *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Harjula, Minna (2007) *Terveyden jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.
- Heiskala, Risto (2000) *Toiminta, tapa ja rakenne: kohti konstruktionistista synteisiä yhteiskuntateoriassa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Helen, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus.
- Helsingin Sanomat 21.10.2011. Arkkiatri: Terveystestejä ei pitäisi tehdä ilman syytä. Luettu lehden verkkoversiosta <http://www.hs.fi/kotimaa/Arkkiatri+Terveystestej%C3%A4+ei+pit%C3%A4isi+tehd%C3%A4+ilman+syyt%C3%A4/a1305547713730>. Tarkistettu 22.10.2011
- Hellsten, Sirkku (1996) *Oikeutta ilman kohtuutta. Modernin oikeudenmukaisuuskäsityksen kritiikkiä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Heywood, Andrew (2007) *Politics*. Basingstoke: Palgrave & Macmillan.
- Hiilamo, Heikki (2011) *Uusi hyvinvointivaltio*. Helsinki: Into Kustannus.
- Hvinden, Björn & Johansson, Håkan (2007) *Citizenship in Nordic Welfare States: Dynamics of Choice, Duties and Participation in a Changing Europe*. Lontoo; New York: Routledge.
- Hyrkkänen, Markku (2002) *Aatehistorian mieli*. Tampere: Vastapaino.
- Häikiö, Liisa (2010) The Diversity of Citizenship and Democracy in Local Public Management Reform. *Public Management Review* 12 (3), 363–384.
- Hänninen, Sakari (2004) *Perustulo – kenen tahansa oikeus*. Teoksessa: Tuula Helne, Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen: *Seis yhteiskunta – tahdon sisään!* Jyväskylä: SoPhi.
- Hänninen, Sakari (2009) *Johan on markkinat – eriarvoisuus Suomen terveyspolitiikassa*. Teoksessa: Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.): *Kansalaisesta kuluttajaksi: markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Ife, Jim (1998) *Rethinking Social Work. Towards Critical Practice*. Melbourne: Longman.
- Jauho, Mikko (2010) *Michel Foucault ja terveyden tutkimus*. Teoksessa: Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto (2007) *Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*. Porvoo: WSOY.
- Juhila, Kirsi (2006) *Leimattu identiteetti ja vastapuhe*. Teoksessa: Arja Jokinen, Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.): *Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista*. Helsinki: Gaudeamus.
- Julkunen, Raija (1994) Hyvinvointivaltiollisen professioprojektin katkos. *Tiede & Edistys* 19 (3), 200–213.
- Julkunen, Raija (2001) *Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

- Julkunen, Raija (2004) Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa: Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus.
- Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Juttula, Sanna (2004) ”Odotuksissaan ja toiveissaan kuin ’tavalliset’ äidit ” – Tutkimus päihderiippuvaisten äitien kulttuurisesta jäsentymisestä. Pro gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto, Sosiologian laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Järvinen, Raija (2001) Esipuhe teoksessa: Helena Tuorila: Lapsiperheet ja ikääntyvät palvelujen käyttäjinä. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Kaarninen, Mervi (2008) Punaorvot 1918. Helsinki; Jyväskylä: Minerva.
- Kaarninen, Mervi (2010) Suomen yhteiskunnan historia 1800-luvulta nykypäivään. Luentokurssi kevätlukukaudella 2010, Tampereen yliopisto.
- Kajanoja, Jouko (1998) Sosiaalinen pääoma. Yhteiskuntapolitiikka 63 (1), 36–49.
- Kallio, Olavi; Martikainen, Juha-Pekka; Meklin Pentti; Rajala, Tuija & Tammi, Jari (2006). Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. Tampereen yliopiston taloustieteiden laitoksen järjestämä luento 7.3.2006, Työväen keskusmuseon auditorio Väinö. Luentoesitys verkossa [www.tampere.fi/tiedostot/.../tilaajatuottajamalli-ijkl-tre-tku.ppt](http://www.tampere.fi/tiedostot/.../tilaajatuottajamalli-ijkl-tre-tku.ppt). Tarkistettu 18.11.2011.
- Kallio, Topi (1916) Köyhien lasten hoito Tukholmassa 18. vuosisadalla. Helsinki: Taloustieteellisiä tutkimuksia XXI.
- Karisto, Antti; Takala, Pentti; Haapola, Ilkka (1998) Matkalla nykyaikaan: elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Porvoo: WSOY.
- Karjalainen, Sara (2007) Hyvät hampaat pienestä pitäen. Verkkoartikkeli Suomen Sydänliitto ry:n julkaisussa Sydän 4/2007. [http://www.pomminpurkajat.fi/lehtiarkisto/sydan\\_4\\_07/artikkelit/artikkelit\\_listassa/fi\\_FI/hyvät\\_hampaat/](http://www.pomminpurkajat.fi/lehtiarkisto/sydan_4_07/artikkelit/artikkelit_listassa/fi_FI/hyvät_hampaat/) . Tarkistettu 17.2.2011.
- Karvonen, Erkki (2000) Tulkintakehys (frame) ja kehystäminen. Verkkodokumentti <http://www.uta.fi/~tierka/Tulkintakehys.pdf> . Tarkistettu 15.2.2011.
- Kiander, Jaakko & Lönnqvist Henrik (2002) Hyvinvointivaltio ja talouskasvu. Porvoo, Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, Juha & Myllykangas, Markku (2005) Suomen terveydenhuoltojärjestelmä. Teoksessa: Susanna Saano, Toivo Naaranlahti & Minna Helin-Tanninen: Sairaalafarmasia. Kuopio: Fortis.
- Knuuttila, Simo (1998) Poliittikan filosofia ja hyvän valtion tulevaisuus. Teoksessa: Erkki Kempainen & Mikko Mäntysaari (toim.): Aristoteles, Rawls ja sosiaalipolitiikka. Keskustelua hyvinvointivaltion peruskysymyksistä eurooppalaisten ajatteluperinteiden valossa. Helsinki: Stakes.
- Koivusalo, Meri; Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) (2009) Kansalaisesta kuluttajaksi: markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Kokkonen, Tuomo (2006) T.H. Marshallin yhdysviiva-yhteiskunnallisuuden käsite – näkökulma brittiläisen hyvinvointivaltion 1970-luvun murrokseen. Janus 14 (1), 4–17.
- Korpinen, Eira (1996) Opettajuutta etsimässä. Helsinki: Kunnallisan kehittämissätiö.

- Koskiaho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Kotkas, Toomas (2006) Hyvinvointipalvelut oikeudellistuvat. Vieraskynä, Helsingin Sanomat 13.6.2006.
- Kovalainen, Anne (2004) Hyvinvointipalvelujen markkinoituminen ja sukupuolisopimuksen muutos. Teoksessa: Teoksessa: Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus.
- Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Lehto, Juhani (1995) Kunnallisten sosiaali- ja terveystalouden muutossuunta 1900-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa: Sakari Hänninen, Juhani Iivari & Juhani Lehto: Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Helsinki: Stakes.
- Lehto, Juhani (2003) Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Eeva Ollila, Minna Ilva & Meri Koivusalo (toim.): Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Helsinki: Stakes.
- Lehto, Juhani (2011) Terveydenhuollon muutos ja hyvinvointivaltioiden muutosteorioiden. Yhteiskuntatutkimuksen instituutin yhteiskunnan muutosta käsittelevän luentosarjan luento Tampereen yliopistossa 20.9.2011.
- Lehto, Juhani; Kananaja, Aulikki; Kokko, Simo & Taipale, Vappu (2001) Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.
- Leppo, Kimmo (1998) The Finnish HFA 2000 Programme and Its Implementation – with Special Reference to Intersectoral Action for Health. Teoksessa: TK 2000. Suomen kansallisen terveystalouden tavoite- ja toimenpideohjelman arviointiseminaarin raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön monisteita 1998:33.
- Lillrank Annika & Seppälä Ullamaija (2000) Sairausten ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta. Teoksessa: Ilka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.): Terveystalouden suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Lincoln, Marisa G. (2006) The social health care policy implementation gap: moving beyond the legacies of 'new' public management. *Public Policy and Administration* 21 (4), 42–59.
- Lindemeyer, Kriste & Sandin, Bengt (2008) National Citizenship and Early Policies Shaping 'The Century of the Child' in Sweden and the United States. *The Journal of the History of Childhood and Youth* 1 (1), 50-62.
- Lister, Ruth; Williams, Fiona; Anttonen, Anneli; Bussemaker, Jet; Gerhard, Ute; Heinen, Jacqueline; Johansson, Stina; Arnlaug, Leira; Siim, Birte & Tobio, Constanza ja Gavanoas, Anna (2007) Gendering Citizenship in Western Europe: New Challenges for Citizenship Research in a Cross-national Context. Bristol: Policy Press.
- Lohniva-Kerkelä, Mirva (2007) Terveydenhuollon juridiikka. Helsinki: Talentum.
- Manning, Philip (1992) Erving Goffman and Modern Sociology. Cambridge: Polity Press.
- Marshall, T.H. (1950) Citizenship and Social Class. Teoksessa: T. Marshall (toim.): *Sociology at the Crossroads*. Lontoo: Heinemann.
- Mattila, Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Helsinki: Kela, sosiaali- ja terveystalouden tutkimuksia.

- Mediuutiset 1.3.2010. Voiko lääkäri antaa potilaalle potkut? Artikkelin verkossa <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/voiko-laakari+antaa+potilaalle+potkut/a379823>. Tarkistettu 15.10.2011.
- Metsämuuronen, Jari (2000) Metodologian perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Methelp.
- Metsämuuronen, Jari (2002) Tilastollisen päättelyn perusteet. Helsinki: Methelp.
- Meurman, Pia (2011) Targeting of caries prevention at preschool children. A practice-based study. Turku: Turun Yliopisto.
- Meyer, Renate & Hammerschmid Gerhard (2006) Public Management Reform: An Identity Project. Public Policy and Administration 21 (1), 99–115.
- Miettinen, Anneli (2008) Kotityöt, sukupuoli ja tasa-arvo. Palkattoman työn jakamiseen liittyvät käytännöt ja asenteet Suomessa. Helsinki: Väestöliitto.
- Mooney, Gavin H. (1983) Equity in Health Care. Confronting the Confusion. Effective Health Care 1, 179-184.
- Mtv3 27.4.2011. Kuntien rooli terveydenhuollossa mullistuu. <http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/2011/04/1319170/kuntien-rooli-terveydenhuollossa-mullistuu>. Tarkistettu 7.12.2011.
- Myllykangas, Markku (2001) Terveystarpeiden lietsontaa: mistä medikalisaatiossa on kyse? Tiedepolitiikka (3), 7–22.
- Myllykangas, Markku (2006) Medikalisaatio. Teoksessa: Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon, s. 92. Helsinki: Eduskunta.
- Nettleton, Sarah & Burrows, Roger (2003) E-Scaped Medicine? Information, Reflexivity and Health. Critical Social Policy 23 (2), 165–185.
- Newman, Janet (2001) Modernising Governance. New Labour, Policy and Society. Lontoo: Sage.
- Nieminen, Timo P. (2007) Asukkaiden suora osallistuminen on tärkeä osa Tampereen toimintamallia. Puheenvuoro Länsi-Tampereen alueellisen osallistumisen kanavan, Alue-Alvarin perustamistilaisuudessa Tesomajärven koululla 27.3.2007. Puhe kirjallisessa muodossa verkossa osoitteessa <http://www.tampere.fi/tiedostot/5oAckakh3/pormestarinpuhe270307.pdf>. Tarkistettu 11.11.2011.
- Nätkin, Ritva (1997) Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Helsinki: Gaudeamus.
- Osborne, Thomas (1997) Of Health and Statecraft. Teoksessa: Alan. R. Petersen & Robin Bunton (toim.): Foucault, Health and Medicine. Lontoo: Routledge.
- Pajukoski, Marja (2009) Suojelu, markkinat ja politiikka – sääntely kansalaisen terveyden takeena. Teoksessa: Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.): Kansalaisesta kuluttajaksi: markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Parsons, Talcott (1951). The Social System. Illinois: Glencoe.
- Pelkonen, Marjaana (2009) Mitä uusi asetus neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta merkitsee? Keskeiset periaatteet. Esitelmä Suomen Koulu-, Nuoriso-, ja Opiskeluterveydenhuollon Yhdistyksen seminaarissa: Hyvät eväät kouluterveydenhuollon

tarkastuksiin 23.4.2009. Materiaali verkossa <http://www.sknly.net/index.php?page=materiaalit>. Tarkistettu 8.12.2011.

Peräkylä, Anssi (1990) Kuoleman monet kasvot. Tampere: Vastapaino.

Peräkylä, Anssi (2001) Erwing Goffman. Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa: Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.): Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Tampere: Vastapaino.

Peräkylä, Anssi; Eskola, Kari & Sorjonen, Marja-Leena (2001) Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa: Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.): Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino.

Pierson, Paul (2001) The New Politics of the Welfare State. Oxford: Oxford University Press.

Pilzer, Paul Zane (2002) The Wellness Revolution. How to Make a Fortune in the Next Trillion Dollar Industry. Hoboken, New Jersey: John Wiley et Sons, Inc.

Pirkanmaan elinkeino-, ympäristö- ja liikennekeskus (ELY) (2011). Työllisyyskatsaukset, maaliskuu 2011.

<http://www.elykeskus.fi/FI/ELYKESKUKSET/PIRKANMAANELY/AJANKOHTAISTA/JULKAISUT/Sivut/default.aspx>. Tarkistettu 8.12.2011.

Potilasvahinkoapu. Lakiasiantojiston internet-sivut osoitteessa <http://www.potilasvahinkoapu.fi/>. Tarkistettu 15.10.2011.

Pulma, Panu (1987) Kerjuuluvasta perhekuntoutukseen. Teoksessa: Panu Pulma & Oiva Turpeinen: Suomen lastensuojelun historia. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Pulma, Panu & Turpeinen, Oiva (1987) Suomen lastensuojelun historia. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Puroila, Anna-Maija (2002) Erwing Goffmanin kehysanalyysi sosiaalisen todellisuuden jäsentäjänä. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Rantalaiho, Liisa (2004) Loppusanat. Teoksessa: Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus.

Rantalaiho, Liisa (2010) Erwing Goffman – terveyden ja sairauden dramaturgia. Teoksessa: Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus.

Rauhala, Lauri (2005) Ihminen kulttuurissa – kulttuuri ihmisessä. Helsinki: Yliopistopaino.

Riihinen, Olavi (1994) Hyvinvointivaltio ja kulttuurin ristiriitaiset arvot. Janus (2), 290–298.

Rimpelä, Matti & Rimpelä, Arja (2009) Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus. Teoksessa: Ulla Ashorn & Juhani Lehto (toim.): Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.

Rita, Hannu; Töttö, Pertti & Alastalo, Marja (2008) Voiko turkulaisten kirjoittamista artikkeleista yli 100 % olla kvantitatiivisia? Vetosuhteen (odds ratio) ja vedon (odds) tulkintaa. Janus 16 (1), 72–80.

Rose, Geoffrey (1993) The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press.

- Rose, Nikolas (1999) *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosen, Per; Anell, Anders & Hjortsberg, Catharina (2001) Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 55 (2), 121–128.
- Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku (2000). *Terveystieteiden etiikka*. Porvoo: WSOY.
- Saari, Hanna & Närhi, Ulla (2003) Lääkeinformaatiota internetistä. *TABU* 7 (5), 16–17.
- Salo, Markku (1996) *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Suomessa ja Italiassa*. Tampere: Vastapaino.
- Satka, Mirja (1994) Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa: Jouko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto.
- Singh, Jagdip; Cuttler, Leona & Silvers J.B (2004) Towards understanding consumers' role in medical decisions for emerging treatments: Issues, framework and hypotheses. *Journal of Business Research* 57 ( 9), 1054–1065.
- Sinko, Päivi (2004) *Laki ja lastensuojelu. Juridisoituvat käytännöt sosiaalityön arjessa ja asiantuntijuuden määrittelyssä*. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku (2006) *Terveystaloustiede*. Helsinki: WSOYpro.
- Sipilä, Jorma (2006) Äiti, koti ja isänmaa kilpailuvaltiossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (4), 411–415.
- Sipilä, Jorma (2011) Hyvinvointivaltio sosiaalisena investointina: älä anna köyhälle kalaa vaan koulutus! *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (4), 359–372.
- Sipilä, Jorma; Anttonen, Anneli & Kröger, Teppo (2009) *A Nordic Welfare State in Post-Industrial Society*. Teoksessa: Jason Powell & Jon Hendricks (toim.) *The Welfare State in Post-Industrial Society: A Global Perspective*. New York: Springer.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 16.11.2011. Kansalaiskysely: Terveyskeskus- ja mielenterveyspalveluissa eniten parannettavaa. Tiedote 202/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 30.1.2004. Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. Tiedote 40/2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Southgate, Beverley (2005) *What is History For?* Lontoo: Routledge.
- Stenvall, Jari & Syväjärvi Antti (2006) *Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvintointitehtävissä*. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Strid, Outi (1999) *Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle: lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lasten vaikeuksien havaittajana ja auttajana*. Helsinki: Stakes.
- Sulkunen, Pekka (2007) *Hyvinvointiteoria nykypäivänä: pohjoismaisia näkökulmia*. Teoksessa: *Hyvinvointivaltion tulevaisuuden haasteet ja mahdollisuudet*. Helsinki: Tulevaisuuden tutkimuksen seura ry.
- Suomen Lääkäriliitto (2005) *Lääkärin etiikka*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne (verkkojulkaisu). ISSN=1799-4586. 2009. Helsinki: Tilastokeskus. [http://stat.fi/til/vkour/2009/vkour\\_2009\\_2010-12-03\\_tie\\_001\\_fi.html](http://stat.fi/til/vkour/2009/vkour_2009_2010-12-03_tie_001_fi.html). Tarkistettu 8.12.2011.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet (verkkojulkaisu). ISSN=1798-3215. Vuosikatsaus 2009, Liitetaulukko 13. Perheet lasten ikäryhmien ja perhetyypin mukaan 31.12.2009. Helsinki: Tilastokeskus. [http://stat.fi/til/perh/2009/02/perh\\_2009\\_02\\_2010-11-30\\_tau\\_013\\_fi.html](http://stat.fi/til/perh/2009/02/perh_2009_02_2010-11-30_tau_013_fi.html). Tarkistettu 8.12.2011.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Siviilisäädyn muutokset (verkkojulkaisu). ISSN=1797-6413. 2010, Liitekuvio 1. Ensiavioitujan ja ensisynnyttäjän keski-ikä 1982–2010. Helsinki: Tilastokeskus. [http://www.stat.fi/til/ssaaty/2010/ssaaty\\_2010\\_2011-05-06\\_kuv\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ssaaty/2010/ssaaty_2010_2011-05-06_kuv_001_fi.html). Tarkistettu 8.12.2011.

Tahvanainen, Aarno (2004) Terveyspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla. Tampere: Tampere University Press.

Tampereen kaupunki, Avopalvelujen asiakaskyselyn tulokset 2010. <http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/hyvinvointipalvelut/avopalvelut/asiakaskysely2010.html>. Tarkistettu 8.12.2011.

Tampereen kaupunki, avopalvelut (2011). <http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/hyvinvointipalvelut/avopalvelut.html>. Tarkistettu 7.12.2011.

Tampereen kaupunki, lapsiasiamies (2011). <http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/konsernihallinto/lapsiasiamies.html>. Tarkistettu 7.12.2011.

Tampereen kaupunki, tilaajaryhmä (2011). <http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/konsernihallinto/tilaajaryhma.html>. Tarkistettu 7.12.2011.

Tampereen kaupunki, valmistelufoorumi Valma (2011) <http://valma.tampere.fi/selaus>. Tarkistettu 8.12.2011.

Tampereen kaupunki, ydinprosessit (2011). <http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/ydinprosessit.html>. Tarkistettu 7.12.2011.

Tekes 3.6.2009. Palvelumuotoilusta haetaan uusia keinoja sosiaali- ja terveystalvelujen asiakaslähtöiseen kehittämiseen. Uutinen verkossa osoitteessa <http://www.tekes.fi/fi/community/a/404/b/1325?name=Palvelumuotoilusta+haetaan+uusia+keinoja+sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+asiakaslahtoiseen+kehittamiseen>. Tarkistettu 15.10.2011.

Terho, Pirjo (2002) Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa: Pirjo Terho, Eija-Liisa Ala-Laurila, Juhani Laakso, Hillevi Krogius & Matti Pietikäinen (toim.): Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 11.4.2011. Terveysterot kasvavat – erilliset hankkeet eivät tehoa. Tiedote verkossa <http://www.thl.fi/fi/FI/web/fi/tiedote?id=25062>. Tarkistettu 15.10.2011.

Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009 -, tilastoraportti 14/2011, 5.4.2011. Suomen virallinen tilasto (SVT), Terveys 2010. THL. Verkossa osoitteessa <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Terveyspalvelut/terveysmenot.htm>. Tarkistettu 15.10.2011.



- Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano, THL (2011).  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki). Tarkistettu 7.12.2011.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1986). Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Teräsvuori, Mirja (2002) Hoitohenkilökunnan tunnekokemuksia sairaalan päivystyspoliklinikalla. Pro gradu –tutkielma, Helsingin yliopisto, Sosiaalipsykologian laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- THL 8/2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Kirjoittajat: Tuulia Rotko, Timo Aho, Niina Mustonen & Eila Linnanmäki. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportteja.
- Thomson, Sarah & Dixon, Anna (2006) Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research & Policy* 11 (3), 167–171.
- Tiilikka, Tiina; Palukka, Hannele & Tolkki, Helena (2009) Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit. Tampere: Tampereen yliopisto & Työsuojelurahasto.
- Toiviainen, Hanna (2007) Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Helsinki: Stakes.
- Toivonen, Timo (1999) Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia. Porvoo: WSOY.
- Tuomaala, Saara (2003) Punaiset posket ja suorat polvet. Kansakoulun terveydenhoidon ihanteita ja käytäntöjä 1920- ja 1930-luvulla. Teoksessa: Ilpo Helen & Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuorila, Helena (2001) Lapsiperheet ja ikääntyvät palvelujen käyttäjinä. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Tuorila, Helena (2006) Onnistunut lääkäriässä käynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.
- Turun Sanomat 9.10.2011. Rikkaan ja köyhän miehen eliniän ero 12,5 vuotta (verkkoversio jutusta)  
<http://www.ts.fi/online/kotimaa/264696.html>. Tarkistettu 15.10.2011.
- Unicef (2011) Mikä on lapsen oikeuksien sopimus? <http://www.unicef.fi/mika-on-lapsen-oikeuksien-sopimus>. Tarkistettu 8.12.2011.
- Vahtera, Jussi; Kivimäki, Mika & Virtanen, Pekka (2002) (toim.) Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vallgård, Signild (2003) Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til idag. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkajien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Tampere University Press.
- Valtonen, Hannu; Kankaanpää, Eila & Linnosmaa, Ismo (2010) Kenneth Arrow ja terveydenhuollon erityispiirteet. Teoksessa: Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus.

- Valvira 3.10.2011. Osalla kunnista vaikeuksia lasten, nuorten ja heidän perheidensä terveystarkastusten järjestämisessä – valvontaviranomaisia askarruttaa tarkastusten sisältö. [http://www.valvira.fi/valvira/lehdistotiedotteet/osalla\\_kunnista\\_vaikeuksia\\_lasten\\_nuorten\\_ja\\_heidan\\_perheidensa\\_terveystarkastusten\\_jarjestamisessa\\_valvontaviranomaisia\\_askarruttaa\\_tarkastusten\\_sisalto](http://www.valvira.fi/valvira/lehdistotiedotteet/osalla_kunnista_vaikeuksia_lasten_nuorten_ja_heidan_perheidensa_terveystarkastusten_jarjestamisessa_valvontaviranomaisia_askarruttaa_tarkastusten_sisalto). Tarkistettu 8.12.2011.
- Vaskilampi, Tuula (2010) Talcott Parsons ja sairaan rooli. Teoksessa: Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus.
- Verhoeven, J. C. (1985) Goffman's frame analysis and modern micro-sociological paradigms. Teoksessa: Helle & Eisenstadt: Micro-Sociological Theory. Lontoo: Sage Publications.
- Vikko-Riihelä, Anneli (1999) Psyhyke. Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.
- Vuori, Jari (2008) Julkisesti, yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys – kansalaisen valinnat terveystarpeissa. Teoksessa: Ulla Ashorn & Juhani Lehto (toim.): Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.
- White, Kevin (2009) An Introduction to the Sociology of Health and Illness. Lontoo: Sage, cop.
- Wilkinson, Richard G. (1996) Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. Lontoo: Routledge.
- World Health Organisation (WHO). Map Gallery osoitteessa [http://www.who.int/gho/map\\_gallery/en/](http://www.who.int/gho/map_gallery/en/). Tarkistettu 15.10.2011.
- Wrede, Sirpa (2000) Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia. Teoksessa: Ilka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.): Terveystieteiden suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Wrede, Sirpa (2003) Kenen neuvola? Kansanterveystyön ”naistenhuoneen” rakennuspuut. Teoksessa: Ilpo Helen & Mikko Jauho (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.
- Åström, Sven-Erik (1961) Kuinka herrasväen rouvat löysivät köyhälistön. Teoksessa: Heikki Waris ja 15 tohtoria. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja. Porvoo: WSOY.

**Liite 1. Tampereen kaupungin tiedote kyselystä** (vastaamisaikaa pidennettiin viikolla).

## **Kerro mielipiteesi lasten ja nuorten hammashoidon palveluista**

Miten lasten ja nuorten suun terveydenhuollon palvelut toimivat Tampereella? Miten hoitokäyntejä hammaslääkärillä voisi kehittää?

Tampereen kaupungin nettisivuilla on avattu lasten ja nuorten suun terveydenhuollon palvelujen käyttäjille asiakaskysely, jossa näihin aiheisiin voi ottaa kantaa ja vaikuttaa. Kyselyssä voi kertoa mielipiteensä myös siitä, miten lasta ja nuorta pitäisi kannustaa huolehtimaan suun ja hampaiden hyvinvoinnista ja kenelle ensisijainen vastuu siitä kuuluu.

Kyselyllä kerätään tietoa lapsille ja nuorille tarjottavien suun terveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi ja kuullaan asiakkaiden toiveita ja mielipiteitä palveluista ja niiden toimivuudesta. Tavoitteena on kehittää lasten ja nuorten hammashoitoon uusi joustava vastaanottomalli, josta olisi hyötyä sekä asiakkaille että palvelun tarjoajalle. Tietoa halutaan muun muassa siitä, ovatko hammashoidon potilaat kiinnostuneita tarkastuttamaan ja tarvittaessa paikkauttamaan hampaansa samalla käynnillä, jos siihen olisi mahdollisuus.

Uudistuksella pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta. Uuden vastaanottomallin toivotaan myös vähentävän peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden vastaanottoaikojen määrää.

Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta voimaan tulleen uuden asetuksen mukaan lapsen hampaat tulee tarkastaa vähintään kolme kertaa ennen kouluikää ja kolme kertaa peruskoulun aikana. Lisäksi lapset ja nuoret saavat yksilöllistä hoitoa tarpeen mukaan.

Kaupungin nettisivuilla olevaan kyselyyn voi vastata 31.1.2011 saakka.

(Linkki)

Lisätietoja:

Apulaisylihammaslääkäri Teija Raivisto, puh. 040 800 4355  
Sähköpostiosoite on muotoa etunimi.sukunimi@tampere.fi

**Liite 2. Kyselykaavake** (Muotoilut eivät vastaa alkuperäistä e-lomaketta).

## **Asiakaskysely lasten ja nuorten hammashoidon palveluista**

Hyvä vastaaja!

Suun terveydenhuolto haluaa kehittää toimintaansa ja pyytää mielipidettänne lasten ja nuorten hammashoitopalveluista. Tämän kyselyn vastaukset otetaan huomioon kun palveluja kehitetään.

Mikäli ei toisin ohjeisteta, valitkaa vain yksi annetuista vaihtoehdoista. **Muistakaa lähettää vastauksenne klikkaamalla Tallenna-painiketta kyselyn lopuksi.** Voitte vapaasti muokata vastauksianne ennen niiden tallentamista.

Kiitos osallistumisestanne!

### Vastaajan perustiedot

Vastaajan ikä (vuosina)

Sukupuolenne

Mies Nainen

Oletteko tällä hetkellä pääasiallisesti

- Ansiotyössä
- Työttömänä, lomautettuna
- Koululainen, opiskelija
- Vanhuuseläkkeellä
- Työkyvyttömyyseläkkeellä/sairas
- Kotona hoitamassa omia (alle 15 v.) lapsia
- Omaishoitajana
- Muu

Viimeisin suorittamanne koulutus

- Peruskoulu
- Ammattikoulu/Lukio
- Yliopisto/AMK
- Muu
- Tällä hetkellä peruskoulussa

Kuinka monta 0-6-vuotiasta perheessänne on? (ilmoittakaa numeroina)

Entä 7-11-vuotiasta? (ilmoittakaa numeroina)

Entä 12-17-vuotiasta? (ilmoittakaa numeroina)

Arvioikaa kuinka monta kertaa olette viimeisimmän vuoden aikana käyttäneet lasten ja nuorten hammashoitopalveluja? (ilmoittakaa numeroina)

Nykyisestä toiminnasta

Kuinka tyytyväisiä olette seuraaviin lasten ja nuorten hammashoitopalveluihin liittyviin kohtiin?

	erittäin tyytyväinen	melko tyytyväinen	melko tyytymätön	erittäin tyytymätön	en ole käyttänyt kyseistä palvelua
<b>Ensimmäisen vastaanottoajan saamisen nopeuteen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tarkastuksen jälkeisten hoitoaikojen saamisen nopeuteen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Yhdellä kerralla tehtävien hoitotoimenpiteiden määrään</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arvioikaa kuinka monta minuuttia lapsiltanne kuluu keskimäärin yhdensuuntaiseen matkaan hammashoitoon? Jättäkää huomiotta Taysin tiloissa järjestettävä erikoishammashoito. [?](#)

Mikäli olette mukana saattajana, kuinka monta minuuttia yhteensä itsellänne kuluu keskimäärin matkoihin? (esim. työpaikalta kouluun ja hoitolaan ja sama takaisin)

### Millaista palvelua haluaisitte tulevaisuudessa

Varaisitteko mieluiten sellaisen lapsen/nuoren hammashoitoajan

- Jolla tehtäisiin tarvittaessa tarkastuksen lisäksi hoitotoimenpiteitä (kuten paikkausta)
- Jolla tehtäisiin vain tarkastus, hoitoajat annettaisiin erikseen
- Molemmat käyvät

Olisitteko hammashoidossa mieluiten (lasten ja nuorten)

- Kerralla pidemmän aikaa
- Useammin lyhyempiä käyntejä
- Molemmat käyvät

Kuinka kauan yksi hoitokäynti (tarkastus ja toimenpiteet yhteensä) saisi mielestänne kestää?

- 30 minuuttia
- 45 minuuttia
- 60 minuuttia
- Niin kauan kuin tarvitsee

Minkä ikäisille voisi mielestänne tarkastuksen yhteydessä tehdä myös hoitotoimenpiteitä? (Voitte valita useamman)

- 3-6-vuotiaille
- 7-11-vuotiaille
- 12-17-vuotiaille

- Kaikenikäisille

## Asiakaslähtöisyys lasten ja nuorten hammashoitopalveluissa

Varaisitteko ensimmäisen hoitoajan mieluiten

- Sähköisen asioinnin kautta internetistä
- Puhelimitse keskitetystä ajanvarauksesta
- Ette varaisi itse, vaan kotiinne lähetettäisiin kutsu

Koetteko, että kunnan järjestämät lasten ja nuorten hammashoitopalvelut ovat tällä hetkellä riittävät?

Kyllä ovat Eivät ole

- 

Mikäli vastasitte edelliseen kieltävästi, mihin toivoisitte muutosta?

Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä

	<b>Täysin samaa mieltä</b>	<b>Jokseenkin samaa mieltä</b>	<b>Jokseenkin eri mieltä</b>	<b>Täysin eri mieltä</b>
<b>Voitte vaikuttaa saamaanne hammashoitopalvelun sisältöön</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ammattihenkilöiden pitäisi opettaa lapsille ja nuorille nykyistä enemmän suun ja hampaiden hoitoa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vastuu lasten ja nuorten hyvästä suun terveydestä kuuluu ennen kaikkea kodille</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teille sysätään liikaa sellaista vastuuta, mikä kuuluisi ammattihenkilöille</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sähköinen ajanvaraus helpottaa  
asiointianne

Ammattihenkilöiden tulisi kuunnella  
asiakkaiden hoitoa koskevia toiveita  
nykyistä enemmän

Kunnallinen lasten ja nuorten  
hammashoito lähtee tällä hetkellä heidän  
yksilöllisistä tarpeistaan

Haette itsenäisesti tietoa suun ja  
hampaiden hyvästä hoidosta (esim.  
internetistä, lehdistä tms.)

Onko mielestänne lapsi tai nuori kunnallisten hammashoitopalvelujen käyttäjänä

**Asiakas Potilas Kuntalainen Ei mikään mainituista Asialla ei mielestäni ole merkitystä**

Entä aikuinen?

**Asiakas Potilas Kuntalainen Ei mikään mainituista Asialla ei mielestäni ole merkitystä**

Kumpaa näistä palveluista haluaisitte perheenne käyttävän tulevaisuudessa?

**Lapset**  Kunnallinen hammashoitopalvelu

Yksityinen hammashoitopalvelu

**Aikuiset**  Kunnallinen hammashoitopalvelu

Yksityinen hammashoitopalvelu

Mikä seuraavista vaihtoehtoista on tärkein syy edelliseen valintaan?

**Lapset**  Palvelun laatu (esim. ystävällisyys, ammattitaitoisuus)

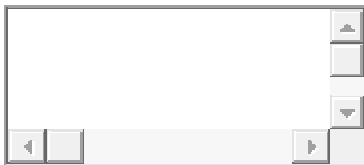
Palvelun saatavuus (esim. aikojen nopea saatavuus, hyvä maantieteellinen sijainti)



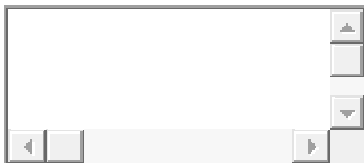
- Lain takaama oikeus palveluun
  - Palvelun hinta
  - Palvelun laatu (esim. ystävällisyys, ammattitaitoisuus)
  - Palvelun saatavuus (esim. aikojen nopea saatavuus, hyvä maantieteellinen sijainti)
- Aikuiset**
- Lain takaama oikeus palveluun
  - Palvelun hinta

## Lopuksi

Voitte kertoa omin sanoin, mitä haluaisitte lasten ja nuorten kunnalliselta hammashoidolta



Vapaa sana (esim. kommentteja kyselystä)



Tietojen lähetys

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**