

Tampere 30.8.2005

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin
Terveysthuoltohanke/
Kirsti Heikkilä
Päijät-Hämeen keskussairaala
Keskussairaalankatu 7
15850 Lahti

*Pydyetty asiantuntija-arvio terveydenhuoltohankeesta,
erityisesti sosiaalitoimen osalta*

Saamieni asiakirjojen perusteella terveydenhuoltohankeeseen suunnitteluun on ilmeisesti lähdey Suomessa viime aikoina varsin yleisesti sovelletuista lähtökohdista:

- Pienten ja pääasiassa yhden (keskus)sairaalan varassa toimivien sairaanhoitopiirien tapaan hanketta suunnitellaan koko sairaanhoitopiirin alueen kattavaksi
- Yhteen kokonaisuuteen koottaisiin sairaanhoitopiiritasoinen erikoissairaanhoido, terveyskeskusten perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimesta merkittävä osa vanhustenhuoltoa sekä eräitä muita palveluja
- Suunnittelu on lähtenyt terveydenhuollon puolelta ja sosiaalitoimen suhteen tavoitteiden asettelu ja uudelleenorganisoinnin kohteeksi tulevien toimintojen rajaus näyttää epämääräisemmältä ja myöhäisemmällä aikataululla käsitellyltä
- Kokonaisuuden puitteissa erotettaisiin palvelujen pääasiallisen maksajan (tilaajan) ja tuottajien roolit aikaisempaa selvemmin toisistaan.

Asiakirjojen perusteella voi päätellä, että mahdollisesti Päijät-Hämeessä on suunniteltu pidemmälle menevää tilaajan ja tuottajan erottelua kuin useissa muissa terveydenhuoltohankeissa.

Suurempi alueellisen ja toiminnallisen kokonaisuus kansainvälisestä perpektiivistä

Kansainvälisessä ja historiallisessa vertailussa Suomen terveydenhuollon keskeinen erityispiirre on kunnallisen terveydenhuollon rahoitusvastuun jakautuminen väestöpohjaltaan poikkeuksellisen pieniin yksiköihin. Vakuutusrahoitteisissa terveydenhuoltojärjestemissä kehitys on monasti lähtenyt pienistä yrityskohtaisista sairaskassoista ja suuntautunut kohti miljoonien vakuutettujen väestöpohjalla toimivia yksiköitä. Verorahoitteisissa järjestelmissä rahoitusvastuu on useimmiten joko kansallisvaltion tai satojen tuhansien – miljoonien asukkaiden maakuntien/aluehallintojen vastuulla.

Sosiaalipalvelut on monissa OECD- ja EU-maissa rahoitettu ainakin osittain pienten, jopa Suomen kuntia vastaavien aluehallintoyksiköiden kautta. Kuitenkin sekä vanhusten hoivapalvelujen että lasten päivähoitopalvelujen laajeneminen on usein johtanut keskeisen rahoitusvastuun siirtymiseen isompiin yksiköihin – ja usein myös terveydenhuollon tai koulutoimen yhteyteen.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen tuotantoyksiköiden osalta Suomea ei voi kansainvälisessä vertailussa pitää erityisen pienten yksiköiden maana. Esimerkiksi suomalainen keskikokoinen terveyskeskus on suurempi ja useimmat palvelut samaan kokonaisuuteen integroiva kokonaisuus kuin useimpien OECD-maiden perusterveydenhuollossa on asianlaita. Varsin monissa maissa esimerkiksi yleislääkäriyö, hammashoito, kotisairaanhoido, fysioterapia ja ehkäisevä terveydenhoito ovat hajanaisemmin ja pieniin yksiköihin organisoituneena. Muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen osalta suomalaiset paikalliset tuotantoyksiköt ovat monilta osin samaa kokoluokkaa kuin vertailumaissa. Jos taas kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai sairaanhoitopiirin kokonaisuutta tarkastellaan yhtenä tuotantoyksikkönä, on suomalainen palvelujärjestelmä poikkeuksellisen hyvin muutamaan hallintokuntaan integroitu. Suomalaisen palvelujärjestelmän integroituneisuutta perusterveydenhuollon tasolla, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteyden tasolla ja myös sairaanhoitopiirin tasolla on usein pidetty suomalaisen järjestelmän vahvuutena. Suurempia tuotantoyksiköitä on useimmissa maissa syntynyt pikemminkin pienten yksiköiden ketjuuntumisen kuin alueellisen yhteenkokoamisen kautta. Esimerkkeinä vaikkapa Ruotsin valtakunnallisesti ketjuuntunut kotipalveluyritys tai useimmissa maissa tapahtuva yksityisten lääkäriasemien ketjuuntuminen. Siellä, missä tilaajan ja tuottajan erottamista on toteutettu, on myös havaittu itsenäistyvien tuotantoyksiköiden ketjuuntumista, jolloin helposti alueellisen erilaisten toimijoiden (horisontaalisen) integraation sijasta painottuu saman erityisalan eri alueilla olevien toimijoiden (vertikaalinen) integraatio.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen kansalaisvaikuttamisen ja –vastuun osalta suomalaista järjestelmää on kansainvälisissä vertailuissa (esim OECD:n asiantuntija-arviot Suomen terveydenhuollosta) pidetty kustannusten hillinnän kannalta vahvana. Tätä on perusteltu sillä, että kansalaiset hyväksyvät kovankin kustannustenhillintäpolitiikan paremmin, kun päätöksiä tekemässä ovat heitä lähellä olevat ja heidän tuntemansa kunnalliset päättäjät. Esimerkiksi 1990-luvulla toteutetun kaltaista kustannusten hillintäpolitiikkaa on ollut

vaikeampi tai mahdotonta toteuttaa maissa, joissa terveydenhuoltoa koskeva päätöksenteko on kauempana kansalaisista.

Edellisen pohjalta voidaan todeta:

1. Päijät-Hämeen alue on rahoitusvastuun kantamisen osalta kansainvälisesti vertaillen väestöpohjaltaan varsin pieni. Vertailu viittaa siihen, että myös suurempaan väestöpohjaan pyrkimistä kannattaa vakavasti harkita. Suurempi väestöpohja mahdollistaisi paramman ennakoimattomien suurten riskien ja suhdannevaihtelujen yli menevän vakauden. Suurempi väestöpohja voi myös mahdollistaa taloudellisesti, asiantuntemuksellisesti ja hallinnollisesti voimakkaamman tilaajaorganisaation muodostamisen, mikäli suunnitelma pitkälle viedystä tilaajan ja tuottajan erottelusta toteutetaan.
2. Kansainvälisesti vertaillen Päijät-Hämeen tuotantoyksikkökoko ei ole poikkeuksellisen pieni ja tuotantojärjestelmän horisontaalinen integraatio on keskimääräistä parempi. Kun järjestelmässä tehdään muutoksia, kuten esimerkiksi erityispalvelujen uudenlainen ryhmittely tuotantoyksiköiksi tai tilaajan ja tuottajan erottelu, on syytä pitää huolta siitä, ettei palvelujen horisontaalinen integraatio samalla heikkene. Tällainen riski on kansainvälisen palvelureformitutkimuksen perusteella olemassa tilaaja-tuottaja-erotteluihin liittyen.
3. Kansalaisvaikuttamisen ja –vastuun kannalta terveydenhuoltopiiri, varsinkin ilman suoraa edustuksellista demokratiaa, sisältää ilmeisiä riskejä. Jos ihmiset kokevat, että päätöksenteko etäännyy heistä, seurauksena voi olla esimerkiksi palveluja koskevien asioiden herkempi vieminen valitus- ja oikeuskäsittelyn piiriin, vaikuttaminen ammatillisten tai muiden etujärjestöjen kautta ja nk protestiäänestämisen vaaleissa. Siksi suurempien yksiköiden luomisen yhteydessä samoin kuin tilaajan ja tuottajan erottelun yhteydessä erityistä huomiota on syytä kiinnittää uuteen rakenteeseen sopivien kansalaisvaikuttamismuotojen ja läheisyysperiaatteen kehittämiseen.

Miten suurempaa tehoa ja parempaa laatua kustannustenkasvu hilliten

Terveydenhuoltopiirille asetetut keskeiset tavoitteet liittyvät tehokkuuteen, laatuun ja kustannuskehitykseen. Aikaisempaa paremmalla toimintaorganisaatiolla voidaan saada aikaan tuloksia kaikkien kolmen tavoitteen suhteen. Uudelleenorganisoinnin yhteydessä puhutaan muun muassa seuraavista keinoista:

- Nk skaalaedun saavuttaminen yhdistämällä pieniä yksiköitä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Skaalaetu on ollut usein taustalla teollisten tavaratuotanto-organisaatioiden kehityksessä. Kännykän tai paperitonin yksikkökustannus on saatavissa pienimmäksi suurissa tuotantosarjoissa, massatuotannolla. Palvelutuotannossa skaalaedun saavuttaminen on paljon vaikeampaa. Etuja voidaan kuitenkin saavuttaa esimerkiksi osaluilla, jossa suuri koko mahdollistaa tehokkaamman laitteiston käyttämisen (esimerkiksi monet diagnostiset laitteistot).

- Nk synergiaedun saavuttaminen muodostamalla uusia yhdistelmiä aiemmin erillään olleista voimavaroista. Esimerkiksi erityisosaajien osaaminen voidaan saada paremmin käyttöön, jos osaajia ei ole sidottu vain yhteen pieneen yksikköön tai erityistehtävään. Synergiaedun saavuttaminen edellyttää aiempien organisatoristen rajojen tai yhteistyön esteiden ylittämistä, mutta on hyvä muistaa, että suuret hierarkiset organisaatiot voivat sisäisten rakenteiden jäykkyyksien vuoksi olla yhtä paha synergian este kuin pienten organisaatioiden väliset rajat. Synergian saavuttamisen kaava voisi siis olla: yhdistetään organisaatioiden osia uudella tavalla välttämällä liian suurten kokonaisuuksien synnyttämistä. Esimerkkinä voidaan pitää vaikkapa erikoissairaanhoidossa erillisistä sisätauti- ja kirurgiayksiköistä luopumista, jotta voidaan kehittää uusia sisätautien ja kirurgian asiantuntemusta yhdistäviä yksiköitä kuten sydänkeskuksia. Yksikkökoko säilyy suurin piirtein ennallaan, mutta osaamiset yhdistetään uudella tavalla.
- Nk yrittäjyys tuo esiin sitä, että kun yksikön johto ja työntekijät kokevat omilla valinnoillaan voivansa vaikuttaa yksikkönsä menestykseen ja voivat myös saada osansa yksikön menestyksestä, niin heillä on suurempi motivaatio huolehtia yksikön toiminnan tehokkuudesta ja laadusta. Tälle uskotaan syntyvän parhaimmat edellytykset pienemmässä itsenäisissä tai suhteellisen itsenäisissä valintoja tekevissä yksiköissä.
- Oikeudenmukaisuus tulee esiin, kun suurempiin yksiköihin kokoamista perustellaan sillä, että tavoitteena on vähentää kuntien välillä olevia eroja palvelujen saamisessa. Eri alueilla asuvien ja eri sosiaaliryhmiin kuuluvien kansalaisten välisiä eroja voidaan tunnustaa kuitenkin vähintään yhtä paljon isojen kuntien tai muiden alueyksiköiden sisällä kuin alueyksiköiden välillä. Tämä viittaa siihen, että organisaatiokoko ei ole ratkaisevaa, vaan se, mitä käytännössä tehdään erojen vähentämiseksi.
- Demokratia voidaan puhua, jos kansalaiset voivat kokea, että heidän vaikutusmahdollisuutensa kasvavat uudelleenorganisoinnin seurauksena. Toisaalta syntyy demokratiavajetta, jos uudelleenorganisointi johtaa aiempaa välillisempään tai epäselvempään suhteeseen kansalaisten ja organisaatiota koskevan päätöksenteon välille. Isot kokonaisuudet, joissa ei ole suoraa edustuksellista demokratiaa samoin kuin tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan, ovat kansalaisvaikuttamisen kehityksen kannalta ongelmallisia ja edellyttävät ainakin korvaavien kansalaisvaikuttamisen muotojen kehittämistä, jos demokratiavaje halutaan välttää.

Kun näitä potentiaalisia etuja tai niiden heikentymisiä tarkastellaan yhdessä, havaitaan, ettei mikään esillä oleva organisaatiouudistus sinänsä tai automaattisesti johda vain positiivisiin seuraamuksiin. Esimerkiksi ratkaisu, joka jossakin toiminnossa voi tuottaa skaalaetua, voi toiseen toimintoon kohdistuessaan aiheuttaa synergian tai yrittäjyyden heikentymistä. Tai esimerkiksi tilaaja-tuottamalli voi parhaimmillaan luoda lisää yrittäjyyttä ruohonjuuritason palveluyksiköihin, mutta se voi myös synnyttää asetelmia, joissa synergian tai skaalaedun saavuttaminen voi

vaikeutua, kun tuottajayksiköt näkevät toisensa aikaisempaa enemmän myös toistensa kilpailijoina.

Keskeinen johtopäätökseni edellisen perusteella on:

4. Mistään kovin yleisellä tasolla esitetystä organisaatiomallista – on se sitten terveydenhuoltopiiri, aluekunta, kuntaliitos, erikoissairaanhoidon valtiollistaminen tms – ei voi sinänsä päätellä, mitkä sen vaikutukset laadun, tehokkuuden ja kustannusten suhteen ovat. Keskeistä on, miten erilaisiin organisatorisiin ratkaisuihin sisältyvät edellytykset esim skaala-, synergia-, yrittäjyys- ja demokratiaetuihin käytetään ja miten niihin sisältyvät riskit vastaavien vajeiden syntymiseen vältetään. Tämän suunnittelun tulisi olla varsin pitkällä, ennen kuin ehdotun ratkaisun vaikutuksia on mahdollista ennakoida. Huonosti suunniteltu terveydenhuoltopiiri todennäköisesti heikentää laatua ja tehokkuutta ja kasvattaa kustannuksia. Hyvin toteutettuna on mahdollista saavuttaa parempaa laatua ja tehokkuutta ja hillitä kustannusten kasvua.

Sosiaalitoimen merkittävien osien liittäminen osaksi terveydenhuoltopiiriä

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistäminen samaan organisaatioon merkitsee jo sinänsä kahden varsin erilaisen organisaatiokulttuurin, - tradition ja toimintaperiaatteen yhdistämistä toisiinsa. Yhdistämistä kuitenkin voi helpottaa se, että molempien organisaatioiden vaikutusvaltaisoin henkilöstö on saanut saman peruskoulutuksen, kuuluu samoihin ammattijärjestöihin, osallistuu samoihin täydennyskoulutuksiin jne. Tunnetusti alan organisaatiokulttuureissa professionaalisilla ammattikunnilla on keskeinen asema.

Sosiaalihuolto on organisaatiokulttuureiltaan ja ammattikunniltaan huomattavasti heterogeenisempi. Tunnistettavissa on esimerkiksi erilliset lasten päivähoiton, sosiaalityön, vanhusten ja vammaisten huolenpitotyön ja perhetyön kulttuurit ja – traditiot. Niillä kullakin on myös sosiaalihuollon ulkopuolelle ulottuvat kullekin ominaiset yhteistoimintaverkostot. Joillekin keskeistä on yhteistyö esimerkiksi työvoimahallinnon, asuntotoimen ja Kelan kanssa, toiselle yhteistyö koulutoimen kanssa, kolmannelle mielenterveystyön muiden toimijoiden kanssa, neljännelle somaattisen sairaanhoidon kanssa jne. Mielestäni toisinaan harhaisesti oletetaan, että sosiaalityöntekijäin ammattikunta voisi olla lääkärinkunnan terveydenhuollossa omaavan roolin kaltaisesti sosiaalihuoltoa yhdistävä professio. Sosiaalihuoltoa yhdistää enemmän yhteisen hallinnon viimeisen noin 30 vuoden aikana luomat traditiot kuin terveydenhuollon mallinen lääkäri- ja hoitaja-ammattikuntien traditiot ja kulttuurit.

Ehdotukset näin erilaisen taustan omaavien toimintojen yhdistämisestä uudessa organisaatiossa synnyttävät varsin ymmärrettävästi epävarmuutta siitä, mitkä traditiot, periaatteet, ammattikuntien väliset keskinäissuhteet, prioriteetit, yhteistyöverkostot ja monet muut lähtökohdat tulevat olemaan uudessa organisaatiossa vallitsevia. Perusterveydenhuollon suunnalla on oltu huolissaan siitä, että erikoissairaanhoidon tauti- ja erikoisalakohtainen sektoroituminen ja kapea näkemys ennalta ehkäisyyn

valtaa alaa. Sosiaalityöntekijät ovat huolissaan siitä, että heille annetaan yhtä marginaalinen asema kuin nykyisin keskussairaaloissa on sosiaalityöntekijöillä. Terveydenhuollon prioriteettien pelätään ohittavan sosiaalihuollon prioriteetit jne.

Liitän edellä kuvattuun eräitä johtopäätöksiä:

5. Organisaatiouudistuksen symboliset merkitykset ovat tärkeitä, koska ne synnyttävät käsityksiä siitä, mihin uudistus on johtamassa. Tässä suhteessa virheitä on jo tehty – eikä vain Päijät-Hämeessä, vaan myös koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon johtotasolla. Se, että aloite näyttää tulevan ensisijaisesti sairaanhoitopiirin suunnasta, voidaan tulkita erikoissairaanhoidon tradition ja prioriteettien ensisijaisuuden korostumiseksi. Se, että aloitetta kutsutaan terveydenhuoltopiiriksi, viestittää sosiaalihuollolle, että sille on tarjolla toissijainen tai alistettu asema. Tehtyjen virheiden vaikutukset voivat jäädä tilapäisiksi, jos jatkotyössä kyetään – myös symbolisella tasolla – osoittamaan, että kyse ei ole yhden osapuolen traditioiden, toimintaperiaatteiden ja prioriteettien nousemisesta toisten yläpuolelle.
6. Terveydenhuollon johtavien ammattikuntien vahvuus ja ehkä myös sosiaalityöntekijäammattikunnassa ilmenevä pyrkimys vallankäyttöön yli koko sosiaalihuollon ammatillisesti heterogeenisen kentän on otettava huomioon organisatorisia ratkaisuja mahdollisen terveydenhuoltopiirin sisällä tehtäessä. Jos pyrkimyksenä on saada todellisia synergiaetuja, tulisi sisäisen organisoitumisen lähtökohdaksi ottaa jokin muu kuin ammattikuntien vanhat erikoistumisalat ja vanhat ammatilliset hierarkiat. Mielenkiintoisia uusia synergioita on etsitty ehdotetun kaltaisten organisatoristen uudistusten yhteydessä segmentoimalla asiakaskunta esimerkiksi elämänkaaren eri vaiheiden (esim lapset, nuoret, työikäiset, 3 ikä, raihnas vanhuus), perhe- ja työelämysuhteiden (esim lapsiperheet, yksin asuvat vanhukset, pysyvissä työsuhteissa ja hyvän työterveydenhuollon piirissä olevat...) tai muiden ammatillisesta erikoistumisesta poikkeavien kriteerien mukaan. Organisatoriset ratkaisut rakennettaisiin tällöin näiden asiakassegmenttien mukaisesti (esimerkiksi lasten palvelut, nuorten palvelut, 3. iän palvelut tai lapsiperheiden palvelut, yksinän asuvien vanhusten palvelut tai hyvän työterveydenhuollon piirissä olevien palvelut).
7. Organisaatiota uudistettaessa on hyvä muistaa myös sellaiset hyvät aiempien uudistusten tavoitteet, jotka aiemmissa organisaatioissa eivät ole voineet tyydyttävästi toteutua. Terveydenhuollon puolelta voi mainita erityisesti potilaan hoitoa integroivan ja kalliisiin hoitoihin portinvartijana toimivan omalääkäriin, joka voisi tulla uudessa rakenteessa sekä mahdolliseksi että (varsinkin tilaaja-tuottamalliin liittyen) entistä keskeisemmäksi. Vanhusten ja vammaisten huolenpidon, pitkäaikaishoidon ja sairaanhoidon osalta vastaavalla tavalla nk. palveluohjaajana toimivan hoito- tai sosiaalityön tekijän roolin kehittäminen voisi olla yhtä keskeistä.
8. Jos terveydenhuoltopiiri muodostettaisiin pilkkomalla terveydenhuollon yhteyteen vain osia nykyisestä sosiaalitoimesta, ei jäljelle olevien osien tulevaisuuden suunnitteluksi riittäne vain ajatella, että päivähoito (muka!) olisi helppo integroida koulutoimeen ja jäljelle jäävä sosiaalityö koota yhdessä työvoimahallinnon ja Kelan kanssa toimivaksi kokonaisuudeksi.

Valitan, etten voi olla tämän konkreettisempi, mutta terveydenhuoltopiirin suunnitelmien tässä vaiheessa, ilman alueella tehtyä omaa pitkälle menevää suunnittelutyötä, on vaikea ennakoida, mihin kysymyksiin toivoisitte asiantuntijalausunnossa kantaa otettavan.

Terveisin

Juhani Lehto
Sosiaali- ja terveyspolitiikan professori
Terveystieteen laitos
Tampereen Yliopisto