

**Kansanterveystyön hallinnoinnin muutokset  
1970-luvulta nykypäivään  
– Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja  
uuden kansanterveyden diskurssien  
esiintyminen suomalaisissa terveysstrategioissa**

Soili Korhonen  
Pro gradu -tutkielma  
Yhteiskuntapolitiikka  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2008

## TIIVISTELMÄ

### KANSANTERVEYSTYÖN HALLINNOINNIN MUUTOKSET 1970-LUVULTA NYKYPÄIVÄÄN – HYVINVOINTIVALTIOLLISEN KANSANTERVEYDEN JA UUDEN KANSANTERVEYDEN DISKURSSIEN ESIINTYMINEN SUOMALAISSA TERVEYSSTRATEGIOISSA

Soili Korhonen  
Yhteiskuntapolitiikka  
Pro gradu -tutkielma (134 sivua)  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Ohjaajat: Risto Heiskala ja Marita Husso  
Kevät 2008

---

Tutkielma käsittelee suomalaisen kansanterveystyön hallinnoinnin muutoksia 1970-luvulta nykypäivään. Aineistona käytetään keskeisiä suomalaisia terveysstrategioita: sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia suunnitelmia (Valsut) ja tavoite- ja toimintaohjelmia (TATO:t) sekä Kansanterveys 2015 -kansanterveysohjelmaa. Tarkastelu tapahtuu kahden aineiston pohjalta luodun diskurssin ja niiden välisen kamppailun kautta.

Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssi viittaa keskushallintokeskeiseen ja hierarkkiseen hallintatapaan sekä näkemykseen, jonka mukaan väestön terveys saavutetaan laajalla yhteiskuntapolitiikalla, ja jonka keskeisiä arvoja ovat tasa-arvo ja palvelujen universaalius. Uuden kansanterveyden diskurssi puolestaan viittaa verkostomuotoiseen ja uusliberaaliin hallinantapaan, joka pyrkii ratkaisemaan terveyden käsitteen epämääräisyyden asettamalla terveydelle erilaisia korvikearvoja. Uusi kansanterveys pohjautuu hallintaan, joka perustuu vastuullisiin kansalaisiin ja kansalaisten aktiivisuuteen ja voimautumiseen.

Diskursiiviset muutokset osoittavat, että ohjelmallisella tasolla uuden kansanterveyden keskeinen periaate elinympäristöön vaikuttavasta terveyspolitiikasta oli nähtävissä jo varhain kansanterveystyön hallinnoinnissa. Toisaalta vielä 1980-luvulla terveyspolitiikka painottui tavoitteistaan huolimatta terveyspalvelujärjestelmän laajentamiseen. Vasta vuoden 1993 valtiosuusuudistus merkitsi konkreettisia muutoksia hallinnan tapoihin kunnallishallinnon vahvistuessa.

Tarkasteltujen muutosten pohjalta on pyritty esittämään, minkälainen on kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimi Suomessa 2000-luvulla. Keskeisin muutos on ollut kokonaisvaltaisen suunnittelu-uskon katoaminen hallinnoinnista. Nykyinen hallinta perustuu sitä vastoin erilaisten terveydellisten riskien ennakointiin. Toisaalta ongelmien hallittavuutta on pyritty lisäämään kiinnittämällä hallinta tiettyyn tilaan siis kuntiin ja alueisiin.

---

Asiasanat     Hallinta/hallinnointi, regiimi, uusinstitutionalismi, terveydenhuolto, uusi kansanterveys, hyvinvointivaltio, aktivointi, vastuullistaminen

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>5</b>
<b>2. SUOMALAISEN TERVEYDENHUOLLON HALLINNOINTI</b> .....	<b>11</b>
2.1. TERVEYDENHUOLLON RAKENTEET .....	11
2.1.1. <i>Terveyspalvelut yleisesti</i> .....	11
2.1.2. <i>Terveyspalvelut sosiaalipoliittisena instituutina</i> .....	12
2.2. TERVEYDENHUOLTO JA YHTEISKUNNALLISET MUUTOKSET .....	17
2.2.1. <i>Hallinnosta hallintaan</i> .....	18
2.2.2. <i>Hallinnan tieteelliset juuret</i> .....	19
2.2.3. <i>Hallinta teorianä</i> .....	20
2.3. TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN RAKENTUMINEN JA KUNNALLISEN HALLINNOINNIN VAHVISTUMINEN .....	22
2.3.1. <i>Sosiaalipoliittika ja kunnat ennen hyvinvointivaltiota</i> .....	22
2.3.2. <i>Hyvinvointivaltion ja kunnallisen terveydenhuollon rakentuminen</i> .....	24
2.3.3. <i>Julkisen hallinnon uudistukset</i> .....	31
2.3.4. <i>Kunnat ja sosiaalipoliittika 2000-luvulla</i> .....	34
2.4. UUDEN HALLINNAN EPÄKOHTIA .....	37
2.4.1. <i>Paikallinen hallinta ja yksilön osallistuminen</i> .....	37
2.4.2. <i>Karsinnan politiikat ja polkuriippuvuus</i> .....	43
<b>3. UUSI KANSANTERVEYS JA YHTEISÖN OSALLISTUMINEN</b> .....	<b>47</b>
3.1. GENEALOGIA TUTKIMUSPERINTEENÄ .....	48
3.1.1. <i>Valta ja hallinnan analytiikka</i> .....	48
3.1.2. <i>Genealogia kritiikkinä</i> .....	49
3.1.3. <i>Hallintamentaliteetti</i> .....	51
3.2. TERVEYSPOLITIikka HALLINTANA – LIBERAALISTA UUSLIBERAALIIN HALLINNANTAPAAN .....	54
3.2.1. <i>Terveyspolitiikan epämääräisyys</i> .....	55
3.2.2. <i>Uusliberaali hallinnantapa</i> .....	58
3.3. UUSI KANSANTERVEYS .....	61
3.3.1. <i>Terveys edistäminen ja riskiryhmien tuottaminen</i> .....	64
3.4. VÄESTÖN HALLINNAN EPÄKOHTIA .....	67
3.4.1. <i>Yhteisöt ja velvollisuus osallistua</i> .....	67
3.4.2. <i>Hallinta ja vastuullisuus</i> .....	70
<b>4. AINEISTON KUVAUS JA METODI</b> .....	<b>73</b>
4.1. AINEISTON KUVAUS .....	73
4.2. DISKURSSIANALYYSI .....	75
<b>5. KOHTI AKTIIVISTA JA VASTUULLISTA YHTEISKUNTAA?</b> .....	<b>80</b>
5.1. HALLINNAN MADALTAMINEN .....	81
5.2. TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	83
5.3. UNIVERSAALISTA TERVEYSPOLITIIKASTA EPÄKOHTIEN POLITIikkaAN .....	88
5.4. TERVEESTÄ VÄESTÖSTÄ TYÖ- JA TOIMINTAKYKYISIIN KANSALAIISIIN .....	92
<b>6. SUOMALAISEN KANSANTERVEYSTYÖN REGIIMI</b> .....	<b>96</b>
6.1. KANSANTERVEYSTYÖN HALLINNOINNIN DISKURSSIIVISET MUUTOKSET .....	96
6.2. INSTITUTIONAALISET MUUTOKSET KANSANTERVEYSTYÖSSÄ .....	99
6.3. HALLINNAN KÄYTÄNNÖN REGIIMI .....	105
6.3.1. <i>Hallinnan regimien ulottuvuudet</i> .....	106
6.3.2. <i>Suomalaisen kansanterveystyön hallinnan käytännön regimi</i> .....	108
<b>7. KANSANTERVEYSTYÖN HALLINNOINNIN ESTEITÄ JA EDELLYTYKSIÄ</b> .....	<b>116</b>
7.1. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	116
7.2. KUNNALLINEN KANSANTERVEYSTYÖN HALLINNOINTI .....	117
7.3. KANSALAISTEN HYLKÄÄMINEN.....	119
7.4. TERVEYDEN ERIARVOISTUMINEN .....	121

<b>8. KIRJALLISUUS</b> .....	<b>124</b>
8.1. AINEISTONA KÄYTETYT LÄHTEET .....	124
8.2. LÄHTEET .....	127
8.3. ELEKTRONISET LÄHTEET .....	134

## 1. JOHDANTO

Keskustelu hyvinvointivaltion tulevaisuudesta on ollut vilkasta viime vuosikymmeninä. Siihen ovat vaikuttaneet erityisesti valtioiden taloudelliset kriisit, Suomessa erityisesti 1990-luvun taloudellinen lama, ja väestörakenteelliset muutokset, kuten väestön ikääntyminen. Erityisesti ollaan oltu huolissaan hyvinvointivaltion rahoitus pohjan säilymisestä. Näillä seikoilla on ollut myös vaikutuksia siihen, miten suomalainen terveydenhuolto on järjestetty, ja miten se tulevaisuudessa pyritään järjestämään. Terveydenhuollon organisoinnissa on alettu vaatia uudenlaista kustannustehokkuutta, jotta tarvittavat palvelut pystyttäisiin järjestämään. Tämä on osaltaan tarkoittanut, että terveyspalvelujen kentälle on pyritty hakemaan uusia toimijoita julkisen sektorin ulkopuolelta esimerkiksi niin sanotun tilaaja-tuottaja -mallin avulla.

Palvelurakenteen muutokset ovat riippuvaisia hallinnollisista ratkaisuista. Tehokkuuden vaatimukset ovat kohdistuneet myös itse terveydenhuollon hallintaan, ja se on kokenut suuria rakenteellisia muutoksia viime vuosikymmeninä. Ensinnäkin koko palvelurakennetta on pyritty selkeyttämään yhdistämällä ja yhdenmukaistamalla rakenteita. Toiseksi terveydenhuollon hallinnoinnissa on alettu soveltamaan uusia julkisen hallinnon johtamistapoja, joiden tarkoituksena on ollut keventää hallinnon raskautta. Tiukkaa valtion ohjausta on pyritty siirtämään aikaisempaa enemmän palvelujen järjestämisvastuussa oleville kunnille. Tämä on antanut kunnille enemmän vapautta järjestää oman alueensa palvelut sen tarpeiden mukaisesti. Toisaalta esimerkiksi valtionapu-uudistuksen myötä monet kunnat ovat kohdanneet haasteita tarvitsemiensa palveluiden rahoittamisessa. Hallinnon uudistukset ovatkin ajaneet kunnat etsimään uusia ratkaisuja palvelujen järjestämiseksi. Palvelujen suunnittelu- ja järjestämisvastuun siirtymisestä yhä selkeämmin kuntien, kuntayhtymien ja muiden alueellisten toimijoiden vastuulle voidaan puhua hallinnan paikallistumisesta.

Hallinnan paikallistumisessa on keskeistä pyrkimys valtakunnallisten suunnitelmien sijasta paikallisiin, kunta- tai aluekohtaisiin ratkaisuihin, jotka mahdollistavat yhä selkeämmin myös yksityisen ja kolmannen sektorin osallistumisen palvelujen

suunnitteluun ja järjestämiseen. Olennaista on myös painottaa hallinnan käsitettä hallinnon käsitteen sijasta tai rinnalla. Hallinnan käsite nimittäin sallii hallinnon tarkastelun olematta kiinnittynyt valtiokeskeisyyteen ja vallan hierarkioihin. Hallinnassa olennaista on toimijoiden moninaisuus ja verkostoituminen.

Hallinnon muutoksia tarkastelemalla voidaan myös pohtia, mitä hallinnolla pyritään saavuttamaan, ja millä keinoin. Hyvinvointivaltiossa terveyden ja sairauden hoidolla on ollut keskeinen asema hyvinvointipolitiikassa, ja erilaiset terveystaloudelliset ratkaisut ovat kiistämättä tähdänneet väestön terveyden kohentamiseen. Koko terveyspalvelujärjestelmän taustalla ovat olleet 1960-luvulta lähtien hyvinvointivaltiolliset näkemykset tasa-arvoisesta kohtelusta sekä universaalit tai tietyn sosiaalisen ryhmän turvaavat sosiaaliset oikeudet. 1990-luvun taloudellisen laman seurauksena tehdyt julkisten palvelujen karsinnat ovat kuitenkin osoittaneet, että palvelujen järjestämisessä on mahdollista mennä palvelujen, ja siten koko hyvinvointivaltion, laajentamisesta myös vastakkaiseen suuntaan.

Tutkittaessa hallinnon muutoksia on myös pohdittava niitä tekijöitä, jotka mahdollisesti hankaloittavat tai jopa estävät hallinnon tavoitteisiin pääsyä. Paikallisen ja verkostoituneen hallintatavan ongelmat voivat olla yhtäältä niin rakenteellisia kuin normatiivisia<sup>1</sup>. Lisäksi ongelmat voivat olla sekä yksilöllisiä että yhteiskunnallisia. Rakenteelliset yksilölliset ongelmat liittyvät kansalaisen todellisiin mahdollisuuksiin osallistua terveyspolitiikan ja -palvelujen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Yhteiskunnallisella tasolla rakenteelliset ongelmat viittaavat koko paikallisen hallintajärjestelmän onnistumiseen: onko kunta, kuntayhtymä tai jokin muu paikallinen tai alueellinen yhteisö onnistunut organisoitumaan ja toimimaan todella paikallisia olosuhteita palvelevalla tavalla vai kohtaako palvelurakenteiden uudistaminen joitakin esteitä? Laajimmillaan yhteiskunnallisella tasolla tämä kysymys koskee niin sanottua polkuriippuvuuden<sup>2</sup> ongelmaa.

---

<sup>1</sup> Normatiivisuudella viitataan tässä yhteydessä hallinnon normeihin siis siihen, mikä hallinnassa olisi hyvää ja tavoiteltavaa

<sup>2</sup> Polkuriippuvuus koskee sosiaalipolitiikan muutosta koskevaa ongelmaa, jonka mukaan ”(k)erran luodut sosiaalipoliittiset järjestelmät (instituutiot) ovat vastustuskykyisiä radikaaleja muutoksia kohtaan. Jo rakennetut sosiaalipoliittiset järjestelmät ja poliittisen pelin säännöt asettavat rajat mahdollisille yhteiskuntapoliittisille strategioille ja poliittisille optioille. Strategisten valintojen sijasta joudutaan usein tyytymään inkrementalisiin, siis olemassa olevien järjestelmien parametrien manipulointiin” (Julkunen 2003a, 20–21.)

Normatiivisuuteen liittyvät yksilölliset ongelmat koskevat aktiivisen kansalaisen ihannetta ja yksilön mahdollisuuksiin tai pyrkimyksiin saavuttaa kyseinen ihanne. Yleisesti hyväksytty ihanne saattaa olla ongelmallinen niiden kannalta, jotka syystä tai toisesta eivät pysty tai halua toimia kyseisen ihanteen edellyttämällä tavalla. Normatiiviset ongelmat ovat puolestaan yhteisöllisiä/yhteiskunnallisia silloin, kun ulossulkeminen koskee kokonaisia ihmisryhmiä. Kyse on silloin marginalisoinnista tai eksklusiosta. Viime kädessä ulossulkemisen vaikutukset heijastuvat terveyseroissa, jos hallinnointi ja harjoitettava terveyspolitiikka eivät tunnusta eroavaisuuksia niissä väestön elinympäristöissä ja -oloissa, joissa väestön oletetaan toimivan ja saavuttavan asetettuja tavoitteita.

Hallinnoinnin suunnanmuutos merkitsee, että käytäntöjen, tapojen ja järjestelmien muutosten myötä myös hallinnoinnin taustalla olevat arvot ja tavoitteet muuttuvat. Voidaan siten puhua hallintatavan muutoksesta. Tarkasteltaessa suomalaista terveyspolitiikkaa tulee pohtia, ollaanko hallintatavassa siirtymässä pohjoismaisen hyvinvointivaltion arvoihin perustuvasta hallinnasta yhä enemmän uusliberaalin hallintatavan suuntaan. Yhteiskunnalliset murrokset eivät useinkaan tapahdu suurina murroksina, vaan paremminkin vähitellen ja vaiheittain, ja usein jonkinlaisen kamppailun tuloksena. Näin on varmasti myös terveyspolitiikan kohdalla. Kansanterveystyön hallinnoinnin tavoite mahdollisimman terveestä väestöstä ei varmasti itsessään ole muuttunut, mutta keinot sen tavoittelemiseksi ovat muuttuneet. Lisäksi näkemys siitä, että terveys absoluuttisena arvona ei voi olla koskaan terveyspolitiikan tavoite, on pakottanut etsimään korvaavia arvoja terveydelle.

Kansanterveyden hallinnoinnin muutos voidaan siis esittää näkemyksenä hallintatavan muutoksesta. Hallintatavan muutosta voidaan puolestaan tarkastella diskursiivisena muutoksena ja kamppailuna. Diskurssi ikään kuin tiivistää ne kaikki järjestelmät, käytännöt, toiminnat, arvot ja ideologiat, joita kyseessä oleva hallintatapa pitää sisällään. Tätä tutkimusta varten olen muodostanut kaksi toistensa kanssa kamppailevaa diskurssia: *hyvinvointivaltiollinen kansanterveyden diskurssi* (kuvio 1) edustaa pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon liittyvää hallintatapaa, jonka keskeisenä tavoitteena on ollut kansalaisten välinen tasa-arvoisuus liittyen universaaleihin hyvinvointipalveluihin. *Uuden kansanterveyden diskurssi* (kuvio 2) puolestaan

edustaa uusliberaalia hallintatapaa, jonka ihanteena ovat aktiivinen yhteiskunta ja vastuulliset toimijat. Diskurssit eivät ole tarkkarajaisia ja ne ovat varmasti osittain päällekkäisiä. Niiden avulla olen kuitenkin pyrkinyt tekemään joitakin periaatteellisia eroja kahden hallintatavan välille.

Diskurssit on jaettu *rakenteelliseen* ja *ohjelmalliseen* ulottuvuuteen. Rakenteellisella ulottuvuudella viitataan kaikkiin niihin periaatteisiin, jotka ohjaavat sitä, miten kansanterveyden hallinnan rakenteet – koskien sekä itse hallinnointia että kansanterveystyön vaatimaa palvelujärjestelmää – tulisi järjestää. Ohjelmallisella ulottuvuudella viitataan puolestaan niihin arvoihin ja tavoitteisiin sekä politiikkaan, jotka määrittävät, mihin päämääriin ja miten hallinnointi pyrkii pääsemään.

**Kuvio 1:** Hyvinvointivaltiollinen kansanterveyden diskurssi

	HALLINNOINNIN IDEAALI	TOIMINNAN IDEAALI
<b>RAKENTEELLINEN ULOTTUVUUS</b>	Hallinnon keskittäminen Edustuksellinen demokratia Valtakunnalliset terveysstrategiat	Hierarkiat Laaja palvelujärjestelmä Kokonaisvaltainen suunnittelu Toiminnan laajentaminen Epäsuorat terveystieteelliset tekniikat
<b>OHJELMALLINEN ULOTTUVUUS</b>	Tasa-arvo Solidaarisuus Terve väestö	Universalismi

Diskurssien jakaminen ulottuvuuksiin mahdollistaa hallintatavan muutoksen tarkastelun vaiheittain, ja paikallistamaan sen murroskohtia. Ulottuvuudet, samoin kuin *hallinnoinnin* ja *toiminnan ideaalit*, myös auttavat osoittamaan sen, että joskus harjoitetun politiikan tavoitteet ja käytäntö saattavat olla ristiriidassa tai että olemassa oleva järjestelmä saattaa estää saavuttamasta niitä tavoitteita ja ihanteita, joita politiikalle on asetettu.



**Kuvio 2:** Uuden kansanterveyden diskurssi

	<b>HALLINNOINNIN IDEAALI</b>	<b>TOIMINNAN IDEAALI</b>
<b>RAKENTEELLINEN ULOTTUVUUS</b>	Hallinnan paikallisuus Osallistuva demokratia Paikalliset terveysohjelmat	Verkostot Terveysriskien ennaltaehkäisy elintapoihin ja ympäristöön vaikuttamalla Paikallinen suunnittelu Kohdennetut interventiot
<b>OHJELMALLINEN ULOTTUVUUS</b>	Aktiivisuus Vastuullisuus Työ- ja toimintakykyiset kansalaiset	Periaatteellinen universalismi ja kohtuullinen oikeudenmukaisuus

Tarkoitukseni on tutkia, miten kansanterveystyön hallinnointi on muuttunut 1970-luvun alkupuolelta nykypäivään saakka. Tarkemmin sanottuna tutkin kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimin muutosta. Kansanterveystyöllä hallinnan käytännön regiiminä viitataan siihen kokonaisuuteen, jonka se muodostaa kansanterveystyön instituution ja terveyspalvelujärjestelmän, erinäisten käytäntöjen ja toimintojen sekä arvojen ja ideologioiden yhteenliittymänä. Tarkoitukseni on tarkastella, miten hyvinvointivaltiollinen kansanterveyden diskurssi ja uuden kansanterveyden diskurssi, joiden en väitä olevan ainoita – mutta mahdollisia – kansanterveystyön hallinnointia koskevia diskursseja, esiintyvät suhteessa toisiinsa kansanterveystyön hallinnoinnissa. Tarkastelu keskittyy kahteen hallinnoinnin teemaan: paikallisen ja osallistavan hallintavan vahvistumiseen sekä tämän hallintatavan aktivoivaan ja vastuullistavaan luonteeseen. Pyrkimykseni on siten osoittaa kansanterveystyön hallintatavassa ja lopulta hallinnan järjessä tapahtuneita muutoksia.

Diskurssien ilmenemistä tarkastellaan kansanterveystyön hallinnoinnin keskeisimmissä asiakirjoissa. 1970-luvulta 1990-luvulta loppuun terveyspolitiikan suunnitelmat kirjattiin alun perin kansanterveyslaissa veloitettuihin valtakunnallisiin suunnitelmiin (Valsut). Viimeinen valtakunnallinen suunnitelma laadittiin vuonna 1999 ja niitä jatkamaan tuli sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmat

(TATO:t), jotka muodostavat yhdessä WHO:n terveysstrategiaan pohjautuvan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kanssa 2000-luvun tarkastelua koskevan aineiston. Tarkastelluista asiakirjoista on valittu niiltä osin kuin se on ollut mahdollista niiden kansanterveystyötä käsittelevät osat, muutoin kansanterveystyö on löyhästi määritelty pääosin perusterveydenhuollon piiriin kuuluvaksi terveyden- ja sairaanhoidoksi.

Tutkielman ensimmäisessä luvussa esitellään suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta ja sen kytkeytymistä kunnalliseen päätöksentekojärjestelmään. Valtionhallinnon hajauttamista ja kunnallishallinnon vahvistumista ja niistä seurannutta toiminnan monimuotoistumista selitetään dynaamisen hallinnan (governance) teorian avulla. Ensimmäinen luku koskee siten karkeasti jaotellen hallinnoinnin rakenteellista tasoa ja sen lopuksi esitellään eräitä hallinnan rakenteellisiin ominaisuuksiin liittyviä ongelmia. Toisessa luvussa käsitellään hallinnoinnin ohjelmallista tasoa. Foucault'laiseen hallinnan analytiikkaan pohjautuvan tarkastelun avulla pyritään tekemään erotusta liberaalin – tai Suomen kohdalla sosiaaliliberaalin – ja uusliberaalin terveyspolitiikan hallinnan järjen välillä. Näiden hallinnan järkien ajattelen edustavan tarkastelua varten rakentamiani diskursseja. Luvun lopuksi käsitellään joitakin yhteisöjen osallistumiseen (community participation) sekä aktivoinnin ja vastuullistamisen politiikkoihin liittyviä ongelmia.

Kolmannessa luvussa esitellään vielä käytettyä aineistoa hieman tarkemmin sekä tutkimusmetodina käytetyn diskurssianalyysin eräitä peruspiirteitä. Neljännessä luvussa puolestaan esitän neljä hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja uuden kansanterveyden diskurssin välistä problematisointia perustuen diskurssianalyysiin. Viidennessä luvussa kokoan vielä yhteen keskeisimmät diskursiiviset muutokset sekä pohdin institutionaalisen tutkimuksen merkitystä hallinnoinnin muutosten tutkimisessa ja lopuksi luonnostelen suomalaista kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimiä. Viimeisessä luvussa pohdin eräitä hallinnoinnin rakenteellisen ja ohjelmallisen tason muutoksiin liittyviä ongelmia kansanterveystyön hallinnoinnin näkökulmasta.

## 2. SUOMALAISEN TERVEYDENHUOLLON HALLINNOINTI

### 2.1. Terveystenhuollon rakenteet

#### 2.1.1. Terveystenhuolto yleisesti

Terveystenhuolto ymmärretään järjestelmäksi tai palvelujen kokonaisuudeksi, joka koostuu terveydenhoidosta ja sairaanhoidosta. Sairaanhoidon sisältyy lisäksi lääkinällinen kuntoutus. Sisällöllisesti terveydenhuollon käsitettä vastaa myös kansanterveystenlain 1 §:n mukainen kansanterveysten käsite: ”kansanterveystenöllä tarkoitetaan yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoidon sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.” Käytännössä terveydenhuolto pidetään yläkäsitteenä ja kansanterveystenöllä tarkoitetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollon alueella tapahtuvaa terveyden- ja sairaanhoidon sekä kuntoutusta, jolloin sen ulkopuolelle jäävät erikoissairaanhoidon palvelut joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. (Kantola ym. 1993, 131–132.) Rimpelä (2005, 56) on tosin huomionnut kansanterveysten käsitteen katoamisen terveystenpoliittisesta sanastosta ja korvautumisena perusterveydenhuollon käsitteellä. Aina 1990-luvulle saakka kansanterveysten oli omana kokonaisuutenaan valtakunnallisissa suunnitelmissa, mutta vuosien 1990–1994 suunnitelmissa sen rinnalle tuli perusterveydenhuollon käsite. Vuodesta 1993 lähtien kansanterveysten korvasi yläkäsitteenä ehkäisevä sosiaali- ja terveystenpolitiikka ja sosiaali- ja terveystenpalvelut. Tässä tutkimuksessa kansanterveysten käsite on melko löyhästi määritelty ja siten vastaa Kantolan ym. yllä tekemää tulkintaa kansanterveystenöstä.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä voidaan karkeasti jakaa kolmeen tasoon. Valtakunnallisella tasolla tehdään päätöksiä, jotka koskevat koko terveydenhuollon aluetta, terveydenhuollon painopisteitä ja terveydenhuollon suhdetta yhteiskuntapolitiikkaan. Valtiovalta osallistuu terveydenhuoltoon sekä säätämällä lakeja että pitämällä yllä omia sairaaloita ja tutkimuslaitoksia. Lisäksi se antaa valtionapua kunnille peruspalvelujen tuottamiseksi. (Kantola ym. 1993, 136.)

Valtakunnallisena terveydenhuollon erityisviranomaisena toimii sosiaali- ja terveysministeriö, jonka tehtävänä on valmistella terveydenhuollon lainsäädäntöä sekä ohjata ja seurata sen toteutumista. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö osallistuu terveydenhuollon voimavaroja koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla toimii useita virastoja ja laitoksia<sup>3</sup>, jotka osallistuvat yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa hallinnonalan tutkimus-, kehittämis-, tilastointi- ja valvontatehtäviin. (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 5.)

Väliportaan hallinnoksi voidaan kutsua lääninhallituksen sosiaali- ja terveystoimiston edustamaa hallintoa. Se vastaa alueella sijaitsevien kuntien terveydenhuollon ohjaamisesta ja valvonnasta. (Kantola ym. 1993, 137.) Lääninhallitukset käsittelevät muun muassa terveydenhuoltohenkilöstöä koskevat valitukset ja ne myös toteuttavat erilaisia kehittämis- ja koulutusohjelmia (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 6.) Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla. Lainsäädäntö<sup>4</sup> velvoittaa kunnat järjestämään terveystoimintaa asukkailleen, mutta ei säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2005, 5–6.) Koska useimmat kunnat eivät pystyisi yksin huolehtimaan tarvittavista erikoissairaanhoidon palveluista, niiden tuottamista varten on perustettu sairaanhoitopiirejä, joihin kunnat kuuluvat. (Kantola ym. 1993, 137, 141.)

### 2.1.2. Terveydenhuolto sosiaalipoliittisena instituutiona

Terveydenhuollon määrittämisen vaikeus sosiaalipoliittisena liittyy siihen, että terveyttä ei pystytä esimerkiksi koulutuksen tavoin ymmärtämään investoinniksi työmarkkinakelpoisuuteen. Tämä johtuu siitä, että ihmisen terveys on paljon enemmän terveydenhuollon ulkopuolisten tekijöiden määrittämää kuin hänen

---

<sup>3</sup> Näitä virastoja ja laitoksia ovat Kansanterveyslaitos (KTL), Lääkelaitos (LL), Lääkehoidon kehittämissääteinen keskus (ROHTO), Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämissääteinen keskus (Stakes), Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV), Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO), Säteilyturvakeskus (STUK), Vakuutusvalvontavirasto (VVV) ja Työterveyslaitos (TTL) (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 6.)

<sup>4</sup> Lakisääteisiä terveystoimintaa Suomessa ovat terveysneuvonta, sairaanhoito ja kuntoutus, sairaankuljetus, hammashuolto, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, mammografia- ja kohdun kaulaosan syöpäseulonnat, erikoissairaanhoidon palvelut, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto ja mielenterveyspalvelut. Lisäksi hoitoon pääsyn määräaajoista on säädetty laissa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2005, 12–14.)

osaamisensa on koulutuksen ulkopuolisten tekijöiden määrittämää. Siten esimerkiksi investoinnit ”liikenne- ja työolosuhteisiin, liikuntaan, koulutukseen, syrjäytymisen ehkäisemiseen tai alkoholi- ja ravitsemuspolitiikkaan tuottavat todennäköisesti yhteiskuntaan terveyttä paremmalla hyötysuhteella kuin investoinnit terveydenhuoltojärjestelmään” (Lehto 2003, 128.) Sairaanhoidopalvelujen kohdalla sosiaalivakuutuksella tai verorahoituksella rahoitetun palvelun käyttö voidaan ymmärtää tarveharkintaisen palvelumuotoisen sosiaalietuuden vastaanottamiseksi, jossa tarveharkinta kohdistuu sairaanhoidotarpeen arviointiin, jonka useimmiten tekee lääkäri. (emt. 2003, 127–128.)

Lehto (2003, 129–130) esittää neljä terveydenhuollon institutionaalista ominaisuutta<sup>5</sup>. Ensimmäinen niistä liittyy siihen, kuka terveydenhuoltojärjestelmää rahoittaa. Suomessa – kuten kaikissa OECD-maissa – terveydenhuollon rahoitus perustuu suurimmaksi osaksi kollektiiviseen vastuujärjestelmään. Pääosin verorahoitukseen perustuva Suomen terveydenhuoltojärjestelmä sitoo terveydenhuollon esimerkiksi työsuhdepohjaisiin pakollisiin vakuutuksiin perustuvia järjestelmiä suoremmin hallitusten julkissektoripolitiikkaan, vaikka hallituskoostumusten vaihtuminen politiikkaan on usein vähäisempää kuin mitä opposition retoriikan perusteella voisi olettaa. (Lehto 2003, 129–130, 132.)

Terveyspalvelujärjestelmällä on Suomessa kaksi pääasiallista maksajaa: veronmaksajat ja asiakkaat. Veronmaksajien osuus koostuu suoraan kunnalle maksettavista veroista ja valtiolle maksettavista veroista, joista osa jaetaan kunnille valtionosuuksina. 1990-luvulla asiakkaiden suhteellinen maksuosuus kasvoi lievästi, eikä ole sitä ole palautettu lamaa edeltävälle tasolle. Maksuosuuksien kasvu on ollut

---

<sup>5</sup> Saari on tarkastellut sosiaalipoliittista järjestelmää todennut, että se muodostuu uudelleen jakavien instituutioiden joukosta. Resurssien uudelleen jakamisen avulla vähennetään toimijoiden riippuvuutta markkinoista tarjoamalla toimijalle markkinoihin nähden vaihtoehtoisia resurssilähteitä. Sosiaalipolitiikan keskeisin piirre on institutionalisoituminen ja siihen liittyvä jatkuvuus, jota poliittisten ja tavaramarkkinoiden muutokset heilauttelevat vain vähän. Pitkällä aikavälillä suhteellisten – poliittisten ja taloudellisten – hintojen muutokset kuitenkin vaikuttavat instituutioiden kehitykseen: toimijat pyrkivät ylläpitämään tietynlaisia käytäntöjä vain mikäli niistä saatavat poliittiset ja taloudelliset hyödyt ovat suurempia kuin niistä aiheutuvat haitat. Sosiaalipoliittisia järjestelmiä luotaessa taistelua käydään esimerkiksi rahoituksen rakenteista, etuuksien kohdentumisesta ja järjestelmien organisointiperustasta, jolloin eri valtasuhteet ohjaavat sosiaalipolitiikan kehitystä. Saaren mukaan suhteellisten hintojen muutos on kuitenkin viime kädessä se, joka määrää instituutioiden kehityksen suunnan. Siten siis poliittiset ja taloudelliset markkinat vaikuttavat kaikkein pysyvimpimpien instituutioiden toimintaan. (Saari 1996, 42, 74–75.)

hieman suurempaa sairaanhoidossa kuin muissa palveluissa. Myös sairausvakuutusten omavastuuosuudet ovat kasvaneet, ja siten asiakkaiden osuus terveydenhuollon kokonaismenoissa nousi 1990-luvulla merkittävästi<sup>6</sup>. (Lehto & Blomster 2000, 46–47.) Verorahoituksen jakautumisesta valtion ja kuntien kesken sekä tällä rahoitukselle osittain rinnakkaisen Kansaneläkelaitoksen kautta kanavoidusta sairausvakuutusrahoituksesta seuraa, että rahoittajaintressi on Suomessa rahoittajien ja palvelutuottajien välillä hajautunut. Terveydenhuollon rahoituksen kokonaistasoa koskeva päätöksenteko on kuitenkin varsin keskitetysti valtiovarainministeriössä. (Lehto 2003, 129–130, 132.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän kohdalla on huomattava sen erityinen osa kuntien ja valtion välisessä suhteessa: päättäessään valtionosuuksista eduskunta tekee sosiaali- ja terveystalouseläkelaitoksen politiikkaa. Lisäksi niiden jakautumiseen vaikuttaa kuntien välillä myös laskennallinen sosiaali- ja terveystalouseläkelaitosten tarve. ”Tämä erityinen sosiaali- ja terveystalouseläkelaitosten poliittinen valtionosuus on laskenut dramaattisesti laman seuraamusten hoidon aikana” (Lehto & Blomster 2000, 48.) Kehityksen voisi tulkita viestiksi sosiaali- ja terveystalouseläkelaitosten erityisen valtiollisen suojeluksen menetyksestä, sillä nämä valtionosuudet on siirretty yleisen julkisen talouden sääntelyn ja sopeutuksen piiriin (emt., 48.)

Toinen institutionaalinen ominaisuus liittyy kysymykseen, minkälaiset organisaatiot terveydenhuolto- ja palveluita tuottavat. Terveydenhuollon tuottajat voidaan jakaa julkisiin, voittoa tavoitteleviin yksityisiin ja voittoa tavoittelemattomiin yksityisiin organisaatioihin sekä vapaan ammatin harjoittajiin ja omaishoidon antajiin. Julkisen ja yksityisen palvelutuottajan välisen erottelun voidaan kuitenkin ajatella vähentyneen uuden julkisjohtamisen (new public management) myötä. (Lehto 2003, 129.) Tästä johtuen palvelutuottajatyyppejä tärkeämpänä on viime aikoina pidetty tuottajaorganisaatioiden markkina-asemaa ja kokoa. ”Suomen terveydenhuollon palvelutuottajarakenne perustuu kuntien muodostamaan 21 erikoissairaanhoitoa tarjoavaan sairaanhoitopiiriin ja noin 250 kuntien muodostamaan terveyskeskukseen” (emt., 132.) Yksityinen sektori on merkittävä palvelutuottaja esimerkiksi apteekki-, hammaslääkäri-, silmälääkäri-, psykiatri-, gynekologi- ja fysioterapiapalveluissa sekä

---

<sup>6</sup> Arisen ym. (Lehto & Blomster 2000, 47) mukaan henkeä kohti sairauskulut lisääntyivät noin 20 prosenttia vuosina 1987–1996.

lääkärien vastaanottoiminnassa, laboratorio- ja radiologiapalveluissa ja sairaankuljetuksessa. Järjestömuotoiset palvelutuottajat ovat puolestaan merkittäviä esimerkiksi kuntoutuksen ja ehkäisevän terveydenhuollon alueella. Terveydenhuoltopalveluista erityisesti lasten ja nuorten psykososiaalisten ongelmien, päihdeongelmien sekä vammaisille ja vanhuksille suunnattujen palvelujen järjestämisessä käytetään kunnallisia ja kuntien ostamia yksityisiä sosiaalipalveluja. Sairaanhoidopiirejä lukuun ottamatta tuottajapuoli on siten hajanainen. (emt. 2003, 132–133.)

Organisaatiotyyppiä tärkeämmäksi tuottajapuolen vaikuttajaksi on kuitenkin terveydenhuoltopolitiikan tutkimuksissa osoittautunut lääkäriammattikunta. Sillä on kyky keskittää vaikutustaan ja erityinen vaikutusvalta niin organisaatioiden sisällä, julkisuudessa, terveydenhuoltoa koskevissa työmarkkinaneuvotteluissa ja jopa kansalaisjärjestöissä, jotka ajavat potilaiden asioita. Lääkäriprofession vaikutusvallan voidaan olettaa kasvavan tuotanto-organisaation ollessa hajanainen. Myös terveydenhuollon käyttämien erityistavaroiden tuottajista on tullut erityisiä vaikuttajia terveydenhuollon tuotannossa. (Lehto 2003, 129–130.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuneet muutokset tukevat myös käsitystä vahvojen professionien kyvystä puolustaa omia ja asiakkaidensa asemaa muutospainissa: sairaanhoidon osalta akuuttisairaanhoito on vahvistanut suhteellista asemaansa ja kasvattanut suoritamääriään kun taas vähemmän professionaaliset hoivapalvelut ovat joutuneet paitsi sopeutumaan talouskriisin paineisiin myös mahdollistamaan akuuttisairaanhoidon kasvun ”ottamalla vastaan uusia tehtäviä ilman merkittäviä uusia voimavaroja tai toiminnan tehostamisedellytyksiä” (Lehto & Blomster 2000, 58.)

Terveydenhuollon kolmas institutionaalinen piirre koskee kysymystä siitä, kenellä on oikeus terveydenhuoltoetuuksien saamiseen. Terveydenhuoltojärjestelmien useista eroista huolimatta useimpia Euroopan maita yhdistää vahva terveydenhuoltoetuuksien universalismin periaate. Periaatteellinen universalismi näyttää siten olevan vahva instituutio. Verorahoitteinen terveystalouden palvelujärjestelmä on rakennettu takaamaan periaatteessa kaikille asukkaille samanlaiset palveluoikeudet<sup>7</sup>. Suomessa kaikilla

---

<sup>7</sup> Oikeus terveydenhuoltoon Suomessa toteutuu yleensä asumisperiaatteen mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että jokainen Suomessa asuva, jolla on kotikuntalainen mukainen kotipaikka, on oikeutettu saamaan terveydenhuollon palveluja. Kunta on ensisijaisesti velvoitettu järjestämään terveystalouden palvelut omille

asukkailla on universaali oikeus sekä vero- että sairausvakuutusrahoitteisiin terveyspalveluihin ja lääkkeisiin. Oikeuden käytännön toteutuminen on kuitenkin riippuvaista kuntien rahoituksesta ja palvelujen järjestämisestä, lääkärin arviosta kyseisen palvelun tarpeeseen sekä asukkaan kyvystä maksaa palvelumaksut ja sairausvakuutuksen omavastuuosuudet. Universaali oikeus ei ole siten yksiselitteinen. (Lehto 2003, 130–131, 133.) Lehto & Blomster (2000, 47) ovat esittäneet, että esimerkiksi alimpien tulonsaajaryhmien käyttäessä erityisesti sairaanhoidon ja päihdehuollon palveluja enemmän kuin parempituloiset, rahoitusvastuun siirtyminen veronmaksajilta asiakkaille merkitsee, että ”palvelunrahoituksen tulonjakoa ja riskeistä selviytymiskykyä tasaava vaikutus heikkenee”.

Neljäs ominaisuus koskee järjestelmän toiminnan ohjausta. Terveystuotojärjestelmille on ominaista, että palvelutoiminnan sisältöä ja laatua sekä palvelutuottajien suhdetta toisiinsa ja asiakkaisiinsa säädellään monin mekanismin. Näitä mekanismeja ovat esimerkiksi ammatinharjoittamisoikeuksien sääntely ja palvelutuotannon luvanvaraisuus, henkilömitoituksen sääntely, hinta- ja maksusääntely, palkkasääntely, pakkohoidon ja potilaan oikeuksien sääntely ja palvelujen saatavuuden sääntely. Sääntely tapahtuu esimerkiksi lainsäädännön, viranomaisohjauksen, toimijoiden välisten sopimusten tai toimijoiden itsesääntelyn muodossa. (Lehto 2003, 131–132.)

Ennen lääkintöhallituksen lakkauttamista 1990-luvun alussa terveydenhuoltojärjestelmää pystyttiin ohjaamaan yksityiskohtaisin ohjein<sup>8</sup> sitomalla valtion terveydenhuoltorahoituksen saaminen ohjeiden noudattamiseen. Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen yksityiskohtainen ohjeistus kumottiin ja valtion rahoitus sidottiin ohjeiden sijasta arvioituun palvelujen tarpeeseen. Ohjauksen voidaankin ajatella olevan entistä hajaantuneempaa ja fragmentoitunutta, kun se jakautuu esimerkiksi terveydenhuollon työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen välisten

---

asukkailleen, ja sillä on myös järjestämisestä kustannusvastuu. (Tuori 2000, 285–286.) Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Arvioitaessa palvelujen riittävyttä voidaan lähtökohtana pitää sellaista tasoa, joka luo jokaiselle yksilölle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Koska terveyspalvelujen järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, perustuslain velvoitteet ulottuvat myös kuntiin. Palvelutarpeen arviointi kuuluu kunnalle itselleen. (Paunio 2002, 24.)

<sup>8</sup> Valtakunnalliset suunnitelmat toimivat näinä keskeisinä ohjausvälineinä.



neuvottelujen, lääkäriprofession itseohjauksen ja -sääntelyn, kuntien yhteistä ”itseohjausta” toteuttavan Kuntaliiton, informaatio-ohjausta toteuttavan Stakesin sekä sosiaali- ja terveysministeriön kesken. (Lehto 2003, 133–134.)

## 2.2. Terveysthuolto ja yhteiskunnalliset muutokset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella kansanterveystyön hallinnon muutoksia. Oletuksena on, että yhteiskunnalliset muutokset ovat vaikuttaneet sekä hallinnon rakenteisiin siis terveydenhuoltojärjestelmään että harjoitettavan terveyspolitiikan sisältöön. Laajemmin voidaan puhua hallintatavan muutoksista. Rakenteellisella tasolla tämä on merkinnyt siirtymistä valtiokeskeisestä hallinnosta kohti paikallista hallintaa. Ohjelmallisella tasolla voidaan Suomen kohdalla puhua siirtymästä hyvinvointivaltiollisesta tai sosiaaliliberaalista hallintatavasta kohti uusliberaalia tai kehittyntä liberaalia (advanced liberalism) hallintatapa. Toisaalta yhteiskunnallisten muutosten suunnasta ja suuruudesta on esitetty erilaisia ja erisuuntaisia arvioita. Voidaan ajatella, että nyt 2000-luvulla elämme eräänlaisessa murroskohdassa, jossa hyvinvointipolitiikan suuntaa haetaan yhä epävarmemmassa ja nopeammin muuttuvassa ympäristössä.

Joidenkin yhteiskunnallisten muutosten luonteesta ja suunnasta ollaan kuitenkin yhtä mieltä. Globalisaatio (erityisesti talouden) ja julkisen hallinnon reformit läpi läntisen maailman ovat muuttaneet kansallisvaltioiden rakennetta sekä suhdetta toisiin valtioihin, alueisiin ja lopulta kansalaisiin. Julkisen hallinnon reformi on merkinnyt hallinnon hajauttamista sekä pyrkimystä uuteen hallinnon verkostoihin perustuvaan paikalliseen hallintatapaan, mikä on haastanut perinteisen hierarkkisen hyvinvointivaltion mallin.

Yleisenä pyrkimyksenä julkisen hallinnon reformissa on ollut valtion yksityiskohtaisen ohjauksen vähentäminen, ratkaisuvallan siirtäminen alue- ja paikallistasolle ja samalla taloudellisen ajattelun vahvistaminen kaikilla hallinnon tasoilla. Paikallisen hallintatavan yleistäminen on merkinnyt perinteisen hierarkkisen julkishallinnon ja ylemmiltä hallintotasoilta tulevan suoran normi- ja

resurssiohjauksen heikentymistä. Paikallinen hallintatapa perustuu paremminkin uuteen hallinta-ajatteluun, jonka perustana ovat erilaiset, tapauskohtaisesti rakentuvat yhteistyö-, kumppanuus- ja verkostosuhteet eri yhteistyötahojen kanssa. (Anttiroiko & Haveri 2003, 137.) Yleisesti muutosta voisi kutsua ilmaisulla ”hallinnosta hallintaan” (from government to governance) (Anttiroiko ym. 2003, 8.)

### 2.2.1. Hallinnosta hallintaan

Eräs tärkeä tekijä hallinnan käsitteen taustalla on ollut tarve löytää hallintoa (government) laajempi ja dynaamisempi<sup>9</sup> käsite. *Hallinnolla* viitataan yleensä yhtäältä julkisyhteisöjen muodostamaan institutionaalisesti järjestettyyn kokonaisuuteen ja toisaalta hallinnollisten tehtävien muodostamaan kokonaisuuteen. *Hallinta* puolestaan viittaa monitoimijakentän suhteiden hoitamiseen ja siten siis lähinnä toimintoon tai prosessiin. (Anttiroiko & Haveri 2003, 141, Jessopiin viitaten.) Dalyn (2003, 114) mukaan hallinta ei kuitenkaan ole uusi käsite sosiaalipolitiikassa, vaikka itse käsitettä ei ennen käytettykään. Sosiaalipolitiikan juuret ovat sosiaalihallinnossa, jonka alkuperäinen kiinnostus kohdistui juuri organisaatioiden rakenteisiin ja käytäntöihin sekä niiden pohjalta muodostuviin suhteisiin ja tapahtumiin.

Huolimatta siirtymästä esimerkiksi hallinnon hierarkkisesta organisointiperiaatteesta enemmänkin hallinnan verkostoihin<sup>10</sup> julkinen hallinto on edelleen kaikissa kehittyneissä maissa ratkaisevan tärkeä instituutio. Se on edellytys esimerkiksi tasa-arvon toteutumiselle ja hyvinvoinnin jakamiselle. Sitä vastoin julkisyhteisöjen toimintatapa on muuttumassa. Tätä muutosta on pyritty havainnollistamaan hallinnan käsitteellä. Samalla käsitteellinen siirtymä muuttaa hallinnon käsitettä: hallinto ymmärretään nykymuodossaan eri tavalla kuin miten se ymmärrettiin byrokraattisen perinteen tai perinteisen hyvinvointivaltioperinteen näkökulmasta. Hallinnassa keskeistä on dynaamisuus ja kehittämisorientoituneisuus hallinnon kontrollioituneisuuden sijasta. (Anttiroiko & Haveri 2003, 141–142.)

---

<sup>9</sup> Myös Dalyn (2003, 114) mukaan hallinnan (governance) käsite keskittyy nykyaikaan ja sen avulla pystytään kahlitsemaan omalle ajallemme tyypillisiä tapahtumia ja ilmiöitä.

<sup>10</sup> Keskeistä hallinnassa on vallan käytön tapahtumapaikka ja harjoittaminen. Hallinnan käsite mahdollistaa kuvata julkisen sektorin muuttuvaa luonnetta. Erityisen hyvin se kuvaa sitä mahdollisuutta, että valtiolla ei ole enää etuoikeutettua asemaa hallinnoinnissa. (Daly 2003, 116.)

### 2.2.2. Hallinnan tieteelliset juuret

Hallinnalla on ainakin kolmenlaisia juuria tieteenalana. Ensinnäkin, se perustuu kansainväliseen poliittiseen taloustieteeseen, ja erityisesti globalisaatioon ja muihin tekijöihin, jotka haastavat perinteiset näkemykset kansallisvaltiosta (Daly 2003, 116 ja Pierson 2004, 156.) Tässä yhteydessä hallinta keskittyy siihen, mitkä ovat kansallisen politiikan todelliset mahdollisuudet hallita sosiaalisia kysymyksiä niin muiden kansallisvaltioiden välillä kuin alueellisesti valtion sisällä. Kansallisvaltion tehtävien kaventumista globalisaation myötä on joskus kutsuttu myös valtion ontoutumiseksi (hollowed out state). (Daly 2003, 116 ja Newman ym. 2004, 203.) Anttiroiko ja Haveri (2003, 142) puhuvat myös kansainvälisestä hallinnasta tarkoittaen valtiovallan roolin heikkenemistä ja hallinnan kentän monimuotoistumista. Pierson (2004, 157) lisää, että välttääkseen kritiikin politiikan epäonnistumisesta valtion pyrkii paremminkin ohjaamaan (steer) kuin määräämään (rule) yhteiskunnan toimintaa.

Toiseksi, hallinnalla viitataan monitasoiseen hallintaan (multi-level governance) haluttaessa luonnehtia politiikan teon ja sen toimeenpanon lukemattomiin tasoihin koskien EU:n ja muiden kansainvälisten organisaatioiden poliittista ja hallinnollista kehitystä. Erityisesti EU:n kohdalla voidaan puhua, että se ei ole pelkästään poliittisen tilan laajentuma, vaan EU pyrkii hallinnoimaan verkostoituneiden organisaatioiden muodossa, ja on siten edellä kävijä neuvottelevassa demokratiassa. (Daly 2003, 116.) Yhteistä edeltäville näkemyksille on, että niissä hallinta viittaa johonkin laajempaan kuin hallinto, ja että hallinnalla on jotain tekemistä ohjauksen ja pelin sääntöjen kanssa. Tieteellisistä eroavaisuuksistaan huolimatta ne viittaavat instituutioihin ja institutionaalisiin muutoksiin. (Kjær 2004, 7.)

Kolmanneksi, hallinta perustuu yksilöiden välisten valtasuhteiden dynamiikkaan ihmisten jokapäiväisessä elämässä. Daly (2003, 117) viittaa Deaniin esittäessään, että kyse on siitä, miten me hallitsemme ja olemme hallittavina suhteessa omaan hallintaamme, muiden hallintaan ja valtion hallintaan. Tarkastelun kohteina ovat siten valtion suhde kansalaisyhteiskuntaan ja itsen suhde yhteiskuntaan. Hallinta antaa kehyksen ja kielen tarkastella kysymyksiä hallinnasta, auktoriteetista ja politiikasta, mutta myös identiteetistä, itsestä ja persoonallisuudesta. Douglasin (Daly 2003, 117)

mukaan hallinta on jatkuvaa hallinnan perustuessa yksilöiden muokkaukseen, ja siten yhteiskunnan normalisointiin sekä solidaarisuuden uudelleen rakentamiseen.

### 2.2.3. Hallinta teoriana

Edellä esitettiin, miten hallinnan käsite on tullut hallinnon käsitteen rinnalle kuvaamaan hallinnon ja toiminnan verkostoitumista sekä kunnallishallinnosta puhuttaessa myös paikallistumista tai alueellistumista. Stoker (Durose & Rummery 2006, 317) on esittänyt viisi ehdotusta, miten käyttää hallintaa teoriana tutkittaessa hallinnon muutoksia. Ensinnäkin hallinta teoriana on kiinnostunut sekä hallinnon (government) instituutioista että instituutioista hallinnon ulkopuolella. Tämä antaa mahdollisuuden huomioida entistä paremmin yksityisen ja vapaaehtoisen sektorin toimintaa hallinnossa. Se myös mahdollistaa keskustelun toimeenpanevan vallan legitimitetistä. Kansanterveystyön tai laajemmin terveydenhuollon hallinnon kohdalla se merkitsee keskustelua koskien ensinnäkin valtio–kunta-suhteen muutoksista ja toiseksi terveydenhuollon uusien toimijoiden roolia palvelujen tarjonnassa. Monituottajamalli vaatii siten pohtimaan uudelleen valtion legitimiä asemaa hyvinvointipalveluissa.

Toiseksi, hallinta identifioi rajojen ja vastuullisuuksien sumentumisen koskien yhteiskunnallisia ja taloudellisia kysymyksiä, ja siten mahdollistaa keskustelun oikeuksista ja velvollisuuksista liittyen hyvinvointiin sekä huomioimaan, millä tavoin eri ryhmät ovat ottaneet itselleen tehtäviä, joita valtio on ennen hoitanut. (Durose & Rummery 2006, 317 Stokeriin viitaten.) Siten se myös mahdollistaa pohdinnat siitä, onko vastuuta siirretty valtiolta pois päin, kenelle ja missä määrin sekä kenelle vastuun ylipäättään tulisi kuulua terveydenhuoltoon liittyvissä kysymyksissä.

Kolmanneksi, hallinta myös tunnistaa valtariippuvuudet niiden instituutioiden välillä, jotka osallistuvat kollektiiviseen toimintaan. Tämä paljastaa sen tavan, jolla kollektiiviseen toimintaan osallistuvat organisaatiot ovat riippuvaisia toisista toimintaan osallistuvista organisaatioista. Yhteistyön päämäärä organisaatioiden toiminnan välillä ei ole riippuvaista pelkästään resursseista, vaan myös toiminnalle asetetuista säännöistä sekä yhteistyön kontekstista. (Durose & Rummery 2006, 317 Stokeriin viitaten.) Kyse on siten verkostotoimijoiden vastavuoroisuudesta

(reciprocity) ja luottamuksesta (trust) näiden toimijoiden välillä (Kjær 2004, 42.) Kun ohjausta ei voida perustaa enää hierarkioiden sääntöihin ja käskyihin, tulee diplomaatiasta toimijoiden kesken entistä tärkeämpää terveydenhuollon toimijoiden/tuottajien kesken.

Neljäs hallinnan teoreettinen ulottuvuus liittyy hallinnan itseohjautuvien verkostotoimijoiden itsenäisyyteen, ja siten kumppanuustyön alueeseen. Kyse on vakaiden, mutta myös hyvin voimakkaiden informaalien toimijoiden ja organisaatioiden kehittymisestä ja pääsystä lisääntyneisiin resursseihin. Samalla se palauttaa tarkasteluun vastuuvollisuuden ja legitimitetin: vaikka valtio pyrkisikin edistämään paikallisten verkostojen kehittymistä, sen täytyy vähintään ohjalla toimintaa taataksaan vastuuvollisuuden (accountability). (Durose & Rummery 2006, 317 Stokeriin viitaten.) Kjær (2003, 52–55) esittää erään tanskalaisen kaupungin kulttuuritalo-hankkeen kautta, kuinka vallan epäsuhtaisella jakautumisessa kaupungeissa eräät muut rahoitusta kaivanneet kohteet, kuten vanhustentalo ja pääasiassa työttömien käyttämä ”kansalaisten talo”, eivät joko saaneet rahoitusta tai niiden rahoitusta vähennettiin, koska kyseiset kohteet eivät vaikutusvaltaisten toimijoiden ansiosta päässeet edes poliittiseen agendaan kulttuuritalo-hanketta edistettäessä. Tähän pohjautuen hän esittää, että verkostojen ei tulisi korvata hierarkiaa ja edustuksellista demokratiaa, vaan paremminkin täydentää niitä.

Viidenneksi, hallinta teoriana huomioi sen kapasiteetin asioiden tekemiseen, mikä sijaitsee hallinnon järjestelmän ulkopuolella, ja siten haastaa perinteisen hierarkkisen mallin palvelujen suunnittelusta ja tarjonnasta. Se myös antaa mahdollisuuden tarkastella hallinnan puutteita (governance failure), jolloin on mahdollista syvemmin tarkastella hyvinvoinnin monimutkaisuutta kuin se olisi mahdollista, jos hallinnointia tarkasteltaisiin hallinnon organisaatioiden ja toimijoiden näkökulmasta. (Durose & Rummery 2006, 317–318 Stokeriin viitaten.) Esimerkiksi terveyserojen selittäminen eri väestöryhmien kesken on osoittautunut vaikeaksi. Yksittäiset hallinnoinnin muutokset eivät näyttäisi selittävän niitä, vaan vaativan laajempaa yhteiskunnallista tarkastelua. Käytettäessä hallintaa teoriana on keskeistä huomata, että monimutkaisten toimijaverkostojen keskelläkin keskus- ja paikallishallinnolla on ratkaiseva rooli taata vastuuvollisuus ja legitimitetti niiden suunnittelussa ja tarjotessa hyvinvointia,

huolimatta hierarkian madaltumisesta tai keskushallinnon hajaantumisesta. (Durose & Rummery 2006, 317–318 Stokeriin viitaten.)

### 2.3. Terveysthuoltojärjestelmän rakentuminen ja kunnallisen hallinnon vahvistuminen

Pääasiallinen julkisten palvelujen järjestämisvastuu on Suomessa kunnilla. Ne ovat siten keskeisiä toimijoita terveyspalvelujen – ja siten myös kansanterveystyön – järjestämisessä ja hallinnoimisessa. Rönkkö (2003, 80) esittää, että sosiaalipolitiikan kehitysvaiheiden avulla voidaan kuvata tähän mennessä hyvinvoinnin jakautumisessa toteutettuja suunnanmuutoksia, jotka ”liittyvät elinkeinojen ja yhteiskunnallisten olojen sekä hyvinvoinnin jakamista koskevien arvojen ja toimintastrategioiden muutoksiin”. Hänen mukaansa suunnanmuutokset ovat aina merkinneet uudenlaisen painopisteen omaksumista liberalististen ja kollektiivisten arvojen välille. Tällä on ollut myös vaikutusta kuntien asemaan ja tehtäviin.

#### 2.3.1. Sosiaalipolitiikka ja kunnat ennen hyvinvointivaltiota

Rönkön (2003, 80–82) mukaan ajasta ennen kansallisvaltiota ja nykykuotoista kunnallishallintoa voidaan puhua *köyhäinhoidon* jaksena, jonka ensimmäisessä vaiheessa köyhäinhoidosta olivat vastuussa kirkon paikallisseurakunnat. Toisessa vaiheessa, 1860-luvulta lähtien perustettiin kunnallishallinto huolehtimaan köyhäinhoidosta, kun seurakunnat eivät enää pystyneet huolehtimaan laajentuneesta köyhyydestä. Köyhäinhoito olikin ainoa julkisen vallan tukimuoto hyvinvointivaltion rakentamiseen saakka. Tämä tarkoitti, että köyhät paikallisyhteisöt huolehtivat itsehallinnon puitteissa omista köyhistään. Varhaisin ideologinen suunnanmuutos tapahtui puolestaan 1870-luvulla, kun köyhäinhoidon ehtoja kiristettiin liberalististen arvojen mukaisesti, ja avun tarpeessa olevat alettiin jakaa kelvollisiin ja kelvottomiin<sup>11</sup>. Siten, työkykyiset köyhät olivat kelvottomia avun saamisen kannalta, ja heidän tuli joko itse ansaita elantonsa tai turvautua läheistensä armeliaisuuteen.

---

<sup>11</sup> Colquhoun (Dean 1999, 126) on todennut, että köyhyys on yhteiskunnan tärkein tekijä, jota ilman kansat ja yhteisöt eivät voi olla olemassa sivilisaation tilassa, sillä työväki on lähtöisin köyhyydestä ja rikkaat puolestaan ovat työväen jälkeläisiä. Kuitenkin, 1800-luvun alun Britannian tapahtumien

Suomen itsenäisyyden ensimmäisinä vuosikymmeninä elettiin siirtymävaiheessa, ”jolloin taloudelliset ongelmat, yhteiskunnalliset arvot, kuntien ja valtion väliset suhteet sekä kuntien toimintakäytännöt muuttuivat” (Rönkkö 2003, 82.) Armeliaisuus ja yhteiskunnallinen köyhänhoito eivät enää riittäneet sosiaalisten ongelmien lievittämiseen. Siirtymävaihe merkitsi myös muutosta arvoissa: Hellstenin (Rönkkö 2003, 82–83) mukaan liberalistiset arvot väistyivät vähitellen solidaarisuutta, tasa-arvoa ja julkisen vallan tehtäviä korostavien kollektiivisten käsitysten tieltä. Julkinen valta myös omaksui aktiivisemmän roolin hyvinvoinnin jakamisessa, ja yhteiskunnan tehtäviksi omaksuttiin köyhyyteen sekä terveyteen, asunnottomuuteen ja työoloihin liittyvien sosiaalisten ongelmien poistaminen. Kunnan kannalta tämä merkitsi tehtävien lisääntymistä ja laajenemista, kun tehtävät annettiin kunnille lakisääteisiksi velvoitteiksi. Samalla omaksuttiin uusi toimintakäytäntö, joka merkitsi valtion keskitettyyn ohjaukseen perustuvaa sektoristrategiaa. Valtion ja kuntien toiminnasta tuli tiivistä. ”Valtio asetti kunnille lakisääteisiä velvoitteita, osallistui niiden rahoitukseen tehtäväkohtaisten valtionapujen kautta ja valvoi yksityiskohtaisesti niiden käyttöä” (Rönkkö 2003, 83.)

On kuitenkin huomattava, että kollektiivisten näkemysten yleistymisen tapahtui vaiheittain: sosiaaliturva perustui 1950-luvulle saakka liberalistisiin arvoihin ja tiukkaan tarveharkintaan. Kuntien toiminta saikin kielteisen leiman, kun köyhäinhuitolaki pakotti kunnat toteuttamaan kansalaisiin kohdistuvaa kontrollia. Valtion ohjaus myös kavensi kuntien itsehallintoa. Kokonaisuudessaan muutosta voisi kuvailla kuntien muutoksena itsehallinnollisista paikallisyhteisöistä *valtion paikallisviranomaisiksi*. (Rönkkö 2003, 83.)

---

seurauksena köyhyys alettiin jakamaan normaaliin köyhyyteen ja pauperismiin. Pauperismilla tarkoitettiin köyhien turmeltumuksen tilaa, jossa heidän itsevastuullisuutensa oli poistunut, ja joka johti köyhät suosimaan köyhäin apua työn sijasta, rohkaistumaan harkitsemattomaan lisääntymiseen, ja siten johtamaan köyhien määrän lisääntymiseen suuremmaksi kuin olivat keinot auttaa heitä. Lisäksi pauperismin katsottiin edistävän rikollisuutta ja riippumattomuutta ylemmän tahon kontrollista sekä rohkaisevan elinolosuhteisiin, jotka synnyttävät paikallisia sairauksia ja epidemioita. Toisaalta pauperismi mahdollisti liberalismien mukaisen normaalin köyhyyden kyseenalaistamisen. Sen myötä alettiin kiinnittää huomiota liberaalin talouden synnyttämiin köyhyyden ja eriarvoisuuden ongelmiin. (Dean 1999, 126.)

### 2.3.2. Hyvinvointivaltion ja kunnallisen terveydenhuollon rakentuminen

Kunnallishallinnon sotien jälkeistä kehitystä voisi kuvata kuntien laajenemisella *hyvinvointikunniksi*<sup>12</sup>. Hyvinvointikunnat pohjautuivat keynesiläiselle – tai tarkemmin joihinkin keynesiläisen talouspolitiikan periaatteisiin pohjautuvalle (Karisto ym. 1999, 287, viitaten Pekkariseen & Vartiaseen) – talouspolitiikalle ja hyvinvointivaltion laajenemiselle, joille viime sotien jälkeinen nopea talouskasvu, täystyöllisyys sekä tasa-arvoa korostaneet kollektiiviset arvot loivat pohjan. Tämä merkitsi painopisteen selvää siirtymistä kollektiivisten arvojen ja reformistisen tradition suuntaan. Reformistisessa ajattelussa oli keskeistä usko julkisen vallan kykyyn ohjailta yhteiskunnan kehitystä ja poistaa sosiaaliset ongelmat. (Rönkkö 2003, 84.) Ajalle tyypillistä oli tieteellinen suunnittelu ja organisointi. Lait sekä valtiolliset tuet ja avustukset yhdistettiin järjestelmiksi<sup>13</sup>. (Alasuutari 1996, 108–109.) Yhteiskunnassa käytössä olevien materiaalien voimavarojen kasvun myötä yhä suurempi osa ohjautui julkisen vallan käyttöön, ja valtio ottikin huolehtiakseen aikaisempaa enemmän tehtäviä. Tämä merkitsi samalla julkisen sektorin kehittymistä hyvinvointivaltioksi. (Heiskala 2006, 15–17.)

Hyvinvointivaltion laajeneminen keynesiläisvaikutteisen talouspolitiikan ja reformistisen sosiaalipolitiikan mukaisesti tapahtui asteittain hyvinvointivaltion vastuun ja kuntien tuottamien palvelujen laajentumisena. 1960-luvulla rakennettiin koko maan kattava keskussairaalaverkko tuottamaan erikoissairaanhoidon palveluja. (Rönkkö 2003, 83.) Merkittävimmät suomalaisen terveydenhuollon pohjana olevat linjavalinnat siis valmisteltiin tai tehtiin 1960-luvulla. Tehtyjen uudistusten taustalla oli näkemys siitä, että väestön terveyden ja terveydenhuollon tila oli kestämätön: maailman terveimpiin kuuluvat lapset varttuivat sairaiksi aikuisiksi muun muassa haitallisten elintapojen vuoksi. Palvelujärjestelmä oli alimitoitettu ja se oli sairaalahoitoa ja maan hyvinvoivimpia alueita painottava. Tästä johtuen 1970-luvulla

---

<sup>12</sup> Tahvanainen (2004, 29–30) on nimittänyt 1950-luvun lopulla alkanutta kautta hyvinvointivaltion kaudeksi tarkastellessaan hallinnon kehittämisen vaiheita suomalaisessa yhteiskunnassa. Hyvinvointivaltion kaudella julkinen hallinto laajeni voimakkaasti, ja toiminnan keskeiseksi periaatteeksi muodostui sen tehokas organisointi.

<sup>13</sup> Alasuutari (1996) on kutsunut 1960-luvun jälkipuolelta ja 1970-luvun loppuun kestänyttä valtion kehityslinjaa suunnittelutalouden vaiheeksi. 1980-luvulta alkanutta vaihetta hän on puolestaan kutsunut kilpailutalouden vaiheeksi.



voimistui näkemys, että rakenteellisen terveystalouden painoarvoa sekä ehkäisevien ja muiden avopalvelujen saatavuutta oli ratkaisevasti lisättävä. (Teperi 2005, 61–62 ja Tahvanainen 2004, 47–49.)

1970-luvulla tehtiin peruskoulu-, kansanterveystyö- ja lasten päivähoitouudistukset. Pohjoismaiden hyvinvointivaltio laajeni palveluvaltioksi. ”(K)untien tuottamat koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelut edistivät kansalaisten hyvinvointia ja mahdollisuuksien tasa-arvoa tarjoamalla maksuttomat peruspalvelut kaikille asuinpaikasta ja omista taloudellisista resursseista riippumatta”. (Rönkkö 2003, 83–84.) Tahvanaisen (2004, 30) mukaan hallintoa ohjattiin erityisesti hierarkkisella rakenteella ja resurssiohjauksella. Tämä tarkoitti toimintojen yksityiskohtaista budjetointia ja suunnittelua sekä poliittista ohjausta.

Paasivaara ja Nikkilä (2003, 108–109) esittävät, että ennen 1970-luvun alkua vanhustenhuollon toiminta oli ajalle tyypillisesti jäsentymätöntä. Koko yhteiskunnan kehityksen tavoite oli kuitenkin tasa-arvoisuus, jolloin vanhustenhuollossa pyrittiin palvelujen universaaliuteen ja sosiaalisen kansalaisuuden kautta vanhukset saivat oikeuden hoitoon. Pääasiallinen ohjausmuoto valtion ja kunnan välillä oli tarkentuva normiohjaus<sup>14</sup>. Uudet lait kavensivat kuntien autonomista päätöksentekoa, mutta toisaalta huoltolakien myötä niiden kustannustaakka keveni ja siirtyi enemmän valtiolle.

1970-luvulle tultaessa avoterveydenhuolto ja sen osana perustason sairaanhoito olivat yleisen näkemyksen mukaan puutteellisia. Tähän ongelmaan pyrittiin saamaan ratkaisu säätämällä Kansanterveyslaki (1972/66). Lain tavoitteena oli ”siirtää terveydenhuollon painopistettä ehkäisevään terveydenhuoltoon ja avosairaanhoidon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen kansanterveystyön kehittämiseksi.” Samalla alettiin puhua kansanterveystyöstä, jolla tarkoitettiin kuntien järjestämää yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa, sairaanhoitoa ja väestön terveyden ylläpitoa ja edistämistä. Lain mukaista kansanterveystyön toteutumista säädettiin valvomaan lääkintöhallitus ja

---

<sup>14</sup> Paasivaara & Nikkilä (2003) ovat kutsuneet tätä vanhuspolitiikan ohjausta vuosina 1940–1972 normiohjauksen vaiheeksi.

lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot. (Teperi 2005, 63.) Kansanterveystyö puolestaan oli aikanaan ja on edelleen koko maan kattavana palvelujärjestelmänä ainutlaatuinen innovaatio (Rimpelä 2005, 56.)

Kansainvälisesti katsottuna laissa määriteltyä kansanterveystyön ideaa voidaan kutsua Longlettin ym. (Rimpelä 2005, 56) mukaan yhteisösuuntautuneeksi perusterveydenhuolloksi (community-oriented primary care). Keskeinen ajatus tässä kehityslinjassa on väestön sosiaalisten ja terveydellisten tarpeiden tuntemisesta ja toiminnan rakentamisesta niiden mukaan. Suomen mallissa ei kuitenkaan ”korostettu paikallisia tarpeita, vaan kehittäminen perustui vuoteen 1993 saakka kansallisiin tavoitteisiin ja tiukkaan valtionohjaukseen”. (emt., 56.)

Kansanterveyslaki (1972/66) toi mukanaan myös merkittävän uudistuksen terveydenhuollon organisaatioon: vanha kunnanlääkärijärjestelmä purettiin ja samalla jokainen kunta velvoitettiin perustamaan terveyskeskus yksin tai yhdessä naapurikuntien kanssa. Terveyskeskukseen yhdistettiin yleislääkärijohtoiset terveyspalvelut, kuten yleislääkärin vastaanotto, neuvola ja pitkäaikaissairaiden osastohoito. Lisäksi neuvolatoimintaa laajennettiin äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta muun muassa raskauden ehkäisyyn ja työikäisten terveystarkastuksiin, ja kuntien tuli tästä lähtien järjestää myös sairaankuljetuspalvelu. Terveyskeskusjärjestelmän ensi vaiheessa painotettiin Itä- ja Pohjois-Suomea, joissa väestön terveydentila oli merkittävästi huonompi kuin muualla maassa. Perusterveydenhuollon sairaansijojen määrä lähes kolminkertaistui muutamassa vuodessa, ja runsaassa kymmenessä vuodessa kansanterveystyön osuus terveydenhuollon voimavaroista nousi runsaasta kymmenestä prosentista yli 40 prosenttiin. Tätä tosin selittää osaltaan se, että merkittävä osa kasvusta kohdentui vuodeosastoihin, eikä siis ehkäiseviin tai muihin avoterveydenhuollon palveluihin. (Teperi 2005, 63–64.) Samalla kansanterveyslaki myös heijasti yhteiskunnan pyrkimystä ja tehtävää edistää väestön terveydentilaa (Tahvanainen 2004, 50.) Paasivaara ja Nikkilä (2003, 109) lisäävät, että valtion palvelujen monipuolistavaan tavoitteeseen liittyi kuntien näkeminen ylhäältäpäin ohjauksen avulla muovattavina osakokonaisuuksina. Siten valtio saattoi kuntien avulla toteuttaa rakenteelliset uudistukset ja valtakunnallisen palvelujärjestelmän luomisen.

Kansanterveyslain myötä valtio alkoi korvata uusia kustannuksia kunnille valtionosuuksina. Valtionosuusjärjestelmän myötä valtion ohjausvälineet tehostuivat: vaikka kansanterveyslaki ei määritellyt kuntien ja kuntayhtymien velvollisuuksia kovin yksityiskohtaisesti, jotta paikalliselle sopimiselle jäisi tilaa, niin se pystyi valvomaan kuntien kansanterveystyön toteuttamista niiden tekemien valtionosuushakemusten perusteella. Tämä tarkoitti, että sekä lääkintöhallitus että kunnat velvoitettiin tekemään vuosittain toimintasuunnitelma seuraaviksi viideksi vuodeksi. ”Kunnan suunnitelma ja sen hyväksyminen olivat edellytyksenä valtionosuuden maksamiselle, joka ole kunnan kantokyvystä riippuen 39–70 prosenttia etukäteen hyväksytyistä ja kohtuullisista menoista. Investointeihin suunnatuista valtionosuuksista päätettiin valtioneuvoston tasolla. Valtioneuvosto saattoi myös velvoittaa kunnat yhteistoimiin.” (Teperi 2005, 64.)

Lakiuudistusten myötä pääasiallisiksi ohjausmuodoiksi tulivat sekä resurssiohjaus että tavoite- ja suunnitteluohjaus<sup>15</sup>. Suunnittelulla pyrittiin pitkäjänteiseen ja tavoitteelliseen toimintaan sekä luomaan yhteistoimintaa muiden yhteiskuntasektoreiden kanssa. Lisäksi suunnittelun tehtävänä oli tuottaa rationaalisen päätöksenteon tueksi tutkittua ja systemaattista tietoa palvelujärjestelmän kehittämiseen. (Paasivaara & Nikkilä 2003, 109–110.)

Teperi (2005, 65–66) on esittänyt, että 1970- ja 1980-lukujen terveydenhuoltopolitiikassa eri osa-alueita kehitettiin melko tiukassa valtiovallan ohjauksessa ja pääsääntöisesti kunkin osajärjestelmän, kuten kansanterveystyö tai julkinen erikoissairaanhoido, sisällä. Terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat lisääntyivät ajanjaksolla ja toiminnan kokonaisvolyymi kasvoi tasaisesti. Tämä voimavaraohjaus selittääkin pitkälti terveydenhuollon uudistamisen menestyksen. Resurssiohjauksen monimutkaisuuteen ja raskauteen alettiin kuitenkin kiinnittää huomiota 1980-luvun alkupuolella. (emt., 65–66.) Paasivaara ja Nikkilä (2003, 110) esittävät, että eri toimintoihin kohdenneet valtionapuluokat, joilla oli erilaiset suuruudet ja määräytymisperusteet, saattoivat luoda kunnille epätarkoituksenmukaisia yllykkeitä, ja kunnalliset palvelut kehittyivät voimakkaimmin suurimpien valtionosuuksien alueille, jolloin esimerkiksi valtionavuton vanhustenhuolto jäi

---

<sup>15</sup> Paasivaara & Nikkilä (2003) ovat kutsuneet vanhuspolitiikan ohjausta vuosina 1972–1993 tavoite- ja suunnitteluohjauksen vaiheeksi.

kehityksessä jälkeen. Teperi (2005, 65–66) lisää, että järjestelmä vaati raskasta etu- ja jälkikäteisvalvontaa.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen rakentamisprojektin valvontaa valtionhallinnossa ryhdyttiin hajauttamaan 1970-luvun lopulla. Siihen mennessä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen tehtävänä oli lähinnä neuvoa ja konsultoida kuntia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä, mutta 1970- ja 1980-lukujen vaihteen hallinnon hajauttamisen seurauksena lääninhallituksien sosiaali- ja terveysosastojen tärkeimmiksi tehtäviksi tuli vahvistaa kuntien laatimat viisivuotissuunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä hoitaa kuntien saamien valtionosuuksien maksatus ja valvonta. Päätöksenteon hajautus ei kuitenkaan tarkoittanut kuntien itsenäisen päätäntövallan lisäämistä, ja kyse oli paremminkin valtionohjauksen uudelleen organisoinnista ja tiivistämisestä. Lääninhallituksista tuli siten tärkein hallintoinstrumentti ohjaamaan kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa valtion suunnitelmien mukaisesti. Keskusvirastojen asema alkoi vastaavasti heikentyä. (Kröger 1996, 70.)

Valtionhallinnon hajauttamista seurasi koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttään merkittävästi vaikuttanut Valtava-uudistus vuonna 1984. Valtava-uudistuksessa oli kyse sosiaalihuoltolain ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista saattamisesta voimaan. Krögerin (1996, 71) mukaan ”(u)udistusta markkinoitiin kunnille yksityiskohtaisen valtionohjauksen vähentymisenä ja kuntien itsehallinnollisen päätöksenteon lisääntymisenä, mutta tapa, jolla uudistus toteutettiin, oli selvässä ristiriidassa autonomian periaatteen kanssa.” Uudistuksen taustalla oli 1960- ja 1970-luvulla nopeasti lisääntyneistä tehtäväkohtaisista valtionavuista johtuva vaikeaselkoisuus sekä tarve ohjata valtionosuuksia laajemmin käytettäviksi kunnissa. Uudistuksen myötä kaikkien kunnallisten sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon toimintojen valtionavuista tuli samanlaisia. Kuntien välillä säilytettiin kuitenkin kantokykyluokkien mukainen porrastus. Uudistus merkitsi myös terveydenhuollon valtionosuuksien pienentymistä, kun osuuksia siirrettiin vastaavasti sosiaalihuollolle. (emt., 71–72.)

Teperin (2005, 66) mukaan Valtava-uudistus onnistui merkittävässä osassa asetetuista tavoitteista: valtionosuusjärjestelmä tuli kuntien kannalta hallittavammaksi, ja valtion

ohjaus tehostui, kun kunnilta alettiin edellyttää entistä kattavampia ja valtakunnallisten suunnitelmien kanssa yhteensopivampia suunnitelmat valtionosuuksien saamiseksi. Uudistus ei kuitenkaan pystynyt poistamaan yllykkeitä menojen lisäämiseen. Pyrkimyksenä oli ollut peruskuntien aseman vahvistaminen suhteessa palveluja tuottaviin kuntayhtymiin maksamalla valtionosuuksia kunnille. Tämä ei kuitenkaan onnistunut, kun osuuksia edelleen maksettiin myös suoraan kuntayhtymille.

Suomalaisen terveyspolitiikan sisältö oli pitkälti yhteneväinen 1970-luvun lopulla aloitetun maailmanlaajuisen Maailman terveysjärjestön (WHO) ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” -ohjelman kanssa. Suomen oman ohjelman valmistelu aloitettiin vuonna 1982 sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä ja ensimmäinen ohjelma julkaistiin vuonna 1987 (Terveyttä kaikille... 1986, 11.) Ohjelman perustavoite oli terveyden edistäminen, ei vain terveyspalvelujen ja terveyden- ja sairaanhoidon kehittäminen. Tavoitteen tarkoituksena oli korostaa, että paras mahdollinen terveystaso on saavutettavissa ja ylläpidettävissä vain laajalla yhteiskuntapoliittisella ohjelmalla. Ohjelman päätavoite – terveyden edistäminen – jaettiin kolmeen osatavoitteeseen, jotka olivat lisää vuosia elämään, lisää terveyttä elämään ja lisää elämää vuosiin. Tämän pohjalta muodostettiin Suomen pitkän aikavälin terveyspoliittisen ohjelman kolme toimintalinjaa: terveellisten elinolojen ja elintapojen edistäminen, ehkäistävissä olevien terveysriskien poistaminen tai vähentäminen sekä terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen ja sen toiminnan tehostaminen. (Kantola ym. 1993, 74.)

Terveyttä kaikille -ohjelmaan sisältyi myös uusi ajatus osallistuvasta terveyspolitiikasta. Kansalaisten osallistumista päätöksentekoon perusteltiin sillä, että terveyspolitiikan kehityksen tulisi olla riippuvaista yksilöllisten ja kollektiivisten päätösten luonteesta. Osallistumisen itsessään ajateltiin parhaiten toteutuvan organisoidun paikallishallinnon ja erilaisten järjestöjen puitteissa. Kantola ym. (1993, 75) ovat tiivistäneet osallistuvan terveyspolitiikan ajatuksen seuraavaan lainaukseen:

*Yhteistyössä tulee korostua yksityisen kansalaisen oma merkitys ja panos terveyspoliittisena toimijana, subjektina eikä toimenpiteiden passiivisena kohteena, objektina. Yksityiselle kansalaiselle on myös luotava tiedolliset ja toiminnalliset mahdollisuudet osallistua yhteiskuntapolitiikkaan terveyttä edistävästi. Jokaisen on myös tunnettava vastuuta omasta, toisten ja ympäristön terveydestä. On*

*lähde*ttävä liikkeelle yksilön ja hänen lähiympäristönsä todellisuudesta ja kehitettävä terveyspolitiikka näistä lähtökohdista käsin.”

Vuoden 1986 Terveyttä kaikille -ohjelman toimenpide-ehdotukset koskivat ensisijaisesti mahdollisuutta käyttää terveyspalveluja riippumatta taloudellisesta asemasta sekä terveyskasvatuksen tehostamista ja suuntaamista ”riskialttiimmille väestöryhmille. Vuonna 1993 ohjelma sai uudistetun version, jonka varsinaiset toimenpide-ehdotukset liittyivät perusterveydenhuollon vastuuseen väestöstä, jolla terveysongelmat ovat suurimmat ja terveyskasvatuksen tehostamiseen väestössä, jonka elämäntapoihin liittyvät terveysongelmat ovat suurimmat. Lisäksi ohjelman toimenpide-ehdotukset koskivat asuinalueiden terveydellistä laatua, työympäristön laatua ja työterveyshuoltoa. (Sihto 2003, 538.)

Terveyttä kaikille -ohjelman tavoitteisiin nähden Suomi oli edelläkävijä, eikä ohjelma tuonut varsinaisesti uutta Suomessa olevaan terveyspoliittiseen traditioon (Sihto 1997, 3). Sihto (1997, 177) on kuitenkin esittänyt, että vaikka Terveyttä kaikille -ohjelma oli arvostettu, niin siitä huolimatta sen toimeenpanoon ei tunnuttu kiinnitettävän huomiota<sup>16</sup>. Terveyspolitiikan laatijoiden näkökulmasta ohjelmalla pyrittiin vahvistamaan jo olemassa olevaa terveyspolitiikkaa, ja tämän vuoksi Terveyttä kaikille -ohjelman edistämistä ja erillistä toimeenpanoa ei nähty tarpeelliseksi. Tästä seurasi, että terveyspolitiikan laatijat ylätasolla eivät painottaneet riittävästi ohjelman uusia näkökulmia, terveyden edistämistä (health promotion) ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista, terveyspolitiikan keskeisessä ohjausvälineessä eli valtakunnallisissa suunnitelmissa. Lisäksi ylätasolla ei panostettu riittävästi koko ohjelman toimeenpanoon, koska terveyspolitiikan eri toimijoiden positioita ei huomioitu ohjelmaa laadittaessa, vaan eri toimijoiden hallinnon ”alatasolla” oletettiin hyväksyvän automaattisesti ohjelman peruslähtökohdat. Ongelmana terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa nähtiin ohjelman operationalisoiminen ja tavoitteiden käytäntöön vieminen. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna terveydenhoitajat tulkitsivat ohjelmaa omaa ammatillista orientaatiotaan vahvistavana, kun taas terveyskeskuslääkäreiden työn kannalta ohjelmalla ei tuntunut olevan suurta merkitystä. (Sihto 1997, 177–182.)

---

<sup>16</sup> Palosuon ym. (Rahkonen & Lahelma 2005, 281) mukaan WHO arvioi Suomen ohjelman pari vuotta sen ilmestymisen jälkeen ja kiinnitti huomiota siihen, että selkeät toimenpide-ehdotukset puuttuivat.

Uutta suomalaiselle terveystaloudelle oli Terveyttä kaikille -ohjelman mukana tullut sanasto. Kansanterveystyön käsite alettiin vähitellen korvata perusterveydenhuollon käsitteellä<sup>17</sup>. Samalla alettiin puhua terveyden edistämisestä. Perusterveydenhuollon sisältö ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Kansainvälisessä keskustelussa perusterveydenhuollon kehittäminen on pelkistynyt kahteen toiminta-ajatuksen: yhteisösuuntautuneeseen (komprehensiiviseen) ja häiriö- tai toimintasuuntautuneeseen (selektiiviseen). Yhteisösuuntautunut perusterveydenhuolto korostaa juuri niitä periaatteita, joita kansanterveystaloudissa haluttiin painottaa. Siinä siis painotetaan perusterveydenhuollon läheistä yhteistyötä lähiyhteisöjen kanssa. Selektiivisessä perusterveydenhuollossa painottuvat puolestaan yleislääkärijohtoinen sairaanhoito ja sitä täydentävät eriytyneet ehkäisevät palvelut ja ohjelmat. 1990-luvun valtakunnallisista suunnitelmista lähtien perusterveydenhuollon käsite on keskittynyt jälkimmäiseen toiminta-ajatuksen eli selektiiviseen perusterveydenhuoltoon. (Rimpelä 2005, 56–60.)

### 2.3.3. Julkisen hallinnon uudistukset

Yleisesti ottaen 1980-luku oli hyvinvointivaltion kypsän vaiheen aikaa, jolloin hyvinvoinnin jakamisen painopiste siirtyi yhä enemmän kollektiivisten arvojen ja laajan hyvinvointivaltion suuntaan<sup>18</sup>. Yhteiskunnassa keskeisten arvojen kohdalla muutos oli myös huomattava, sillä kollektiivisiin arvoihin perustunut universalismi korvasi liberalistisen tarveharkinnan valtiokeskeisen hyvinvointivaltion toiminnan ulottuessa vähitellen kaikkiin väestöryhmiin, mukaan lukien keskiluokka. (Rönkkö 2003, 84.) Universalismi puolestaan johti kuntien lakisääteisten tehtävien laajentumiseen ja niiden kunnallisverotuksen kiristymiseen. ”(K)unnat muuttuivat laaja-alaisiksi valtion ohjaamiksi *hyvinvointikunniksi*” (Rönkkö 2003, 84 viitaten Krögeriin, kursivointi alkuperäinen). Toisaalta on kuitenkin huomattava

---

<sup>17</sup> Sana ”perusterveydenhuolto” esiintyy valtakunnallisissa suunnitelmissa jo aikaisemmin, mutta vasta Terveyttä kaikille -ohjelman myötä sen merkitys ja käyttö vakiintuivat. SK.

<sup>18</sup> Tahvanainen (2004, 31–32) on vaihtoehtoisesti esittänyt, että konkreettinen muutos kohti markkinaohjattavuutta alkoi Suomen julkisessa hallinnossa jo 1980-luvulla. Markkinaohjautuvuus-ajattelu ikään kuin ohjelmallisti hyvinvointivaltion kritiikin. Varsinaisen julkisen hallinnon managerialistisen kauden hän katsoo kuitenkin alkaneen 1980-luvun lopulla.

toimintaympäristön muutosten toinen puoli: yhteiskunnallisissa palvelujärjestelmissä alkoi korostua yksilön näkökulma, ja yksilöistä tuli palvelujärjestelmien käyttäjiä ja asiakkaita, joiden tarpeet ja toiveet pyrittiin ottamaan huomioon. Alettiin myös kiinnittää entistä tarkemmin huomiota palveluiden kustannuksiin ja hintoihin, ja pyrkimys oli tuottaa palveluja mahdollisimman edullisesti. 1990-luvulla alkoivat lisäksi yleistyä ehdotukset valtiollisesti tuotettujen terveys- ja sosiaalipalvelujen kilpailuttamisesta. (Alasuutari 1996, 112–114.)

1990-luvun alku merkitsi uutta vaihetta kunnallishallinnon kehityksessä: yhteiskunnallinen murros, taloudellinen lama, hyvinvointivaltion rahoituskriisi, kuntien itsehallinnon laajentuminen ja palvelujen uudelleenarviointi merkitsi kunnalle uusia haasteita. Myös valtion ohjaus oli osittain ristiriitaista, sillä toisaalta valtio lisäsi kuntien lakisääteisiä tehtäviä lasten päivähoidon järjestämisessä ja toisaalta se samaan aikaan supisti valtionosuuksia talouden tasapainottamiseksi. Vuodesta 1993 lähtien valtion keskitetty ohjaus ja valvonta purkautuivat, ja kunnat pystyivät tehostamaan palvelutuotantonsa laajentuneen itsehallinnon turvin. Lamavuosista huolimatta hyvinvointivaltion perusrakenteet säilyivät ennallaan, vaikka kunnat joutuivat karsimaan menojaan taloutensa tasapainottamiseksi. (Rönkkö 2003, 85.)

Valtion rooli terveydenhuollon ohjauksessa ja kehittämisessä kaventui merkittävästi 1990-luvulla, vaikka vuonna 1991 tuli voimaan erikoissairaanhoitolaki, jonka yhteydessä lakkautettiin erilliset mielisairaanhoidon, erityishuollon ja tuberkuloosihuollon organisaatiot ja erikoissairaanhoidon kuntainliitot yhdistettiin 21 sairaanhoitopiiriksi. Tämän ajateltiin säilyttävän valtion ohjausinstrumentit vahvana. Vuoden 1993 valtionapu-uudistus merkitsi kuitenkin syvällistä muutosta, sillä uudistuksen myötä valtio luopui voimavarojen jakamiseen liittyneistä ohjauskeinoista. Valtiolla ei siis enää ollut mahdollisuutta ohjata kuntien järjestämää terveydenhuoltoa esimerkiksi investointeihin ja uusien virkojen perustamiseen korvamerkittyjen valtionosuuksien avulla. Valtionosuuksia alettiin maksaa tarvekriteerien mukaan, ja samalla kunnilta poistui lakisääteinen velvollisuus suunnitella ja seurata kansanterveysyötä. Voidaan esittää, että valtionhallinnon resurssiohjausjärjestelmän purkamalla siirryttiin kansainvälisesti vertaillen äärihajautettuun terveydenhuoltoon. (Teperi 2005, 67–68.)



Paasivaara ja Nikkilä (2003, 110) ovat vanhuspolitiikkaa<sup>19</sup> tutkiessaan esittäneet, että valtiollisessa politiikassa alettiin korostaa 1990-luvulla uudenlaisia paikallisia toimintaratkaisuja vanhusten hoidon muuttuviin tarpeisiin. Vanhuspolitiikan kohdalla alettiin myös korostaa ei-ammattillista yhteisvastuuta palvelujen kehittämisessä, jossa keskeiseen rooliin pääsivät vapaaehtoistyö ja järjestöt. Tämän kaltainen paikallistava ohjausvaade siten osallisti myös vanhuksen, hänen omaisensa ja kuntalaiset, ja vanhuspolitiikan tavoitteeksi tuli vanhusten hyvinvoinnin ja mahdollisimman korkean omatoimisuuden asteen turvaaminen. (emt., 110.)

Hallinnollisten uudistusten myötä voimavaraohjauksen työvälineistä luovuttiin, eikä normiohjauksen osalta tehty merkittäviä uudistuksia. Tämän seurauksena alettiin korostaa informaatio-ohjauksen<sup>20</sup> merkitystä. Terveystieteiden tutkimuskeskus (1998–2001) oli ensimmäinen kattava sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Suomen Kuntaliiton yhteinen kehittämishanke, jossa määriteltiin toimenpidesuosituksia, joiden suuntaan erityisesti kuntien ja kuntayhtymien mutta myös valtion oletettiin toimivan. Tämän hankkeen rinnalle luotiin myös uusi informaatio-ohjauksen väline, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO), joka tuli voimaan vuonna 1999. (Teperi 2005, 68–69.) Näiden kahden lisäksi terveydenhuollon kansallisen informaatio-ohjauksen kannalta keskeinen väline on vuonna 2001 hyväksytty Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansanterveysohjelma (Rimpelä 2005, 56), jossa verrattuna aikaisempiin kansanterveysohjelmiin asetettu väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen liittyviä määrällisiä ja konkreettisia tavoitteita (Rahkonen & Lahelma 2005, 297.) Sihto (2003, 539) on tosin esittänyt, että määrällisten tavoitteiden saavuttaminen on kiinni toimeenpanon suunnittelusta ja todellisesta panostuksesta käytännön toimiin. Onkin huomattava, että perimmiltään informaatio-ohjauksessa on kysymys suosituksista, mikä tarkoittaa, että ”(k)unnallisilla tai muilla terveydenhuollon

---

<sup>19</sup> Paasivaara & Nikkilä kutsuvat vuodesta 1993 alkanutta vanhuspolitiikan ohjausta informaatio- ja arviointiohjauksen vaiheeksi.

<sup>20</sup> Erilaiset ohjelmat ja strategiset asiakirjat, opaskirjat, suositukset ja esimerkiksi laatua mittaavat indikaattorit ovat ”informaatio-ohjausta, koska niillä ei ole normin sitovuutta eikä niiden noudattamatta jättämiseen liity oikeudellisia tai taloudellisia seuraamuksia” (Hansson 2002, 15.) Informaatio on siis ohjausmuotona ei-pakottava. Tästä johtuen sillä on usein heikko vaikutus ohjattavien käyttäytymiseen. Toisaalta ohjattavien voi olla helpompi hyväksyä informaatio-ohjaus kuin pakottavat ohjausmuodot. Lisäksi sen etuna ovat tiedotuksen nopeus ja ulottuvuus laajoihin kohderyhmiin. (Oulasvirta ym. 2002, 29.)

toimijoilla ei ole velvollisuutta toimia niiden mukaan, eikä niitä voi arvostella tai rankaista ohjelman kanssa ristiriitaisesta toiminnasta.” (Teperi 2005, 68–69.)

Informaatio-ohjaus on tuonut mukanaan uudenlaisia haasteita kansanterveystyön hallinnoinnille. Hansson (2002, 35–37) esittää, että ”(t)ilanteessa, jossa väestölle tärkeitä lakitehtäviä on paljon, mutta niiden laatua ja laajuutta ei ole pääosin lainkaan säännelty, ja näihin tehtäviin tarkoitettua valtion rahoitusta on vähennetty lähinnä valtiontaloudellisista syistä, on syntynyt ohjausjärjestelmän uskottavuuskriisi.” Ohjausjärjestelmän uskottavuutta on yritetty parantaa tehostamalla informaatiota. Informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta ja tehokkuutta on kuitenkin vaikea todentaa, eikä sen todentamiseen ole kohdennettu aina tarpeeksi resursseja. Tähän on pyritty hakemaan ratkaisua uusien laatusuosituksen kautta: laajapohjaiset, yhteistyössä valtion viranomaisten, asiantuntijalaitosten ja kuntasektorin sekä kansalaisjärjestöjen kesken laadittavat laatusuositukset näyttäisivät muodostuvan uudeksi ohjausvälineeksi, jolla pyritään paikkaamaan hallinnon epäkohtia. Toisaalta Kuntaliitto on huomauttanut, että palvelujen järjestämisen suurimmat ongelmat ovat pääasiallisesti rahoituksellisia, eivät lainsäädännöllisiä tai ohjauksen ja valvonnan puutteesta johtuvia. (Hansson 2002, 35–37.)

#### 2.3.4. Kunnat ja sosiaalipolitiikka 2000-luvulla

Rönkkö (2003, 85) on viitannut muun muassa Julkuseen ja Kianderiin esittäessään, että ”1990-luvun loppuvuosina toteutettu suunnanmuutos perustui liberalistisiin arvoihin ja uuden julkisjohtamisen (NPM) periaatteisiin”<sup>21</sup>. Suunnanmuutos merkitsi myös monetaristisen talouspolitiikan yleistymistä: keskeisiksi tavoitteiksi määriteltiin maamme kilpailukyvyyn säilyttäminen, talouskasvun voimistaminen sekä talouden vakauden ja valtion talouden tasapainon säilyttäminen EU:n kasvu- ja vakausohjelman mukaisesti. Näiden tavoitteiden saavuttaminen puolestaan on

---

<sup>21</sup> Tahvanainen (2004, 33–35) on kuvannut julkisen hallinnon ristiriitaisia suuntia kansanvaltaisuuden edistämiseksi ja managerialismin syventämiseksi. Ristiriitaisiksi hallinnon tekevät yhtäaikaisten pyrkimykset demokraattiseen hallintotapaan, jolloin kansalaisten edellytetään osallistuvan poliittisiin päätöksiin toiminnan kehittämiseen, ja managerialistiseen hallintotapaan, jossa pyritään paremminkin hallinnon supistamiseen, ammatilliseen johtamiseen ja tulossuuntautuneisuuteen sekä sääntelyn purkamiseen. Näiden kahden hallintotavan onnistunut yhdistäminen on yksi julkisen hallinnon suurimpia haasteita lähitulevaisuudessa.

edellyttänyt veroasteen alentamista ja julkisen sektorin kasvun pysäyttämistä. Kianderin (Rönkkö 2003, 86) mukaan hyvinvointivaltion sijaan on omaksuttu hyvinvointiyhteiskunnan käsite, joka korostaa työn ensisijaisuutta ja ihmisten omaa vastuuta. Heiskala (2006, 36) on puolestaan huomionut, että suunnanmuutos voidaan nähdä myös kulttuurisena siirtymänä, jossa ensisijaisesti oli kyse diskursiivisesta muutoksesta. Diskursiiviset muutokset ilmenevät monilla elämänalueilla ja näkyvät puhetavoissa. Puhetapojen muutokset puolestaan näkyvät myös tavoissa toimia. Diskursiivinen muutos on siten merkinnyt esimerkiksi sitä, että vapaudesta sekä taloudellisesta tehokkuudesta ja kilpailukyvystä on tullut entistä keskeisempiä arvoja ja tavoitteita.

Julkunen (2003a, 19) on tehnyt tärkeän huomion esittäessään, että ”(s)uomalaisen sosiaalipolitiikan rakenne säilyi 1990-luvun murroksessa ja uutta suuntaa otettiin sen puitteissa. Vaikka sosiaalipolitiikan rakenteeseen ei tuotettu radikaaleja muutoksia, periaatteellinen kynnyks ylitettiin. Poliitiikan suuntana ja sisältönä voi sosiaaliturvan kohentamisen sijasta olla etuuksien ja palvelujen karsinta”<sup>22</sup>. Julkunen on esittänyt Paul Piersoniin pohjautuen kolme prioriteettia, jotka ovat yhteisiä maasta riippumatta, julkiselle politiikalle: ensinnäkin julkisia menoja on pyritty patoamaan (cost containment), toiseksi tavoitteena on ollut kansalaisen markkinariippuvuuksien ja markkinoiden vahvistaminen sekä työnteon palauttaminen toimeentulon lähteeksi (recommodification). Tavoitteena on ollut siten työllisyysasteen nostaminen ja sosiaaliturvan muotoilu tätä tavoitetta tukevaksi, siis työhön kannustavaksi ja aktivoivaksi. Kolmanneksi on pyritty sosiaaliturvan ”tarkkuuttamiseen” (recalibration), järjeistämään jo luotua järjestelmää ja vastaamaan uusiin ongelmiin. Uusiin ongelmiin vastaamista tosin rajoittaa se, että hyvinvointiin suunnatut resurssit ovat paljolti jo vuosikymmeniä sitten tehtyjen päätösten sitomaa. (Julkunen 2005, 343 ja 2003a, 18.)

Kanniaisen (Rönkkö 2003, 86) mukaan toteutunut suunnanmuutos onkin merkinnyt kunnille aseman vaikeutumista 2000-luvulle tultaessa, vaikka kuntien tuottamien peruspalvelujen säilyttämistä ja niiden rahoitusta on pidetty yhtenä tavoitteena.

---

<sup>22</sup> Julkunen (2001, 291) esittää, että 1990-luvun muutosten myötä hyvinvointivaltion tai sosiaalipolitiikan regiimiä voi kutsua jälkiekspansiiviseksi. Jälkiekspansiivinen viittaa hyvinvointivaltion kasvun ja laajenemisen jälkeiseen toiminta- ja hallintatapaan. Siihen liittyvät tapojen muutokset olisivat todennäköisesti tapahtuneet myös ilman taloudellista lamaa.

Valtionosuuksien supistaminen on merkinnyt palvelujen rahoitusvastuun siirtymistä enemmän kuntien vastuulle ja kunnat ovat siten entistä enemmän omien verotulojensa varassa. Rönkön (2003, 85) mukaan kunnat ovat nykyään paikallista hyvinvointipolitiikkaa toteuttavia *itsehallinnollisia palvelukuntia*.

Rönkkö (2003, 86–87) esittää, että Suomen kunnat ovat kansainvälisten vertailujen mukaan tuottaneet lakisääteiset palvelut tehokkaasti ja vähäisin voimavaroin. Kunnat ovat ylläpitäneet palveluverkkoa, joka on ulottunut koko maahan ja kaikille on turvattu mahdollisuus käyttää julkisia palveluja omasta maksukyvystä ja asuinpaikasta riippumatta. Lisäksi laajat ja kattavat hyvinvointipalvelut ovat lisänneet yhteiskunnan perusturvallisuutta, sosiaalista kiinteyttä ja osaamispääomaa. Palvelut ovat myös estäneet syrjäytymistä, tasoittaneet tulonjakoa ja vahvistaneet oikeudenmukaisuutta. (Rönkkö 2003, 87, Kajanojaan ja Simpuraan viitaten.)

Edellä mainitut kunnallisen palveluverkoston myönteiset vaikutukset kansalaisten turvallisuuteen saattavat kuitenkin kohdata uhkia. Kunnallistalouden heikentyminen, esimerkiksi talouden kasvun hidastuessa tai kansainvälisen verokilpailun myötä, saattaa vaatia kuntien tehtävien supistamista entisestään. Tämä merkitsisi valtiokeskeisen hyvinvointivaltiomallin uudistamista kansalaisyhteiskuntakeskeiseen suuntaan. Tämä merkitsisi samalla kuntien muuttumista hyvinvointikunnista tehtäviltään nykyistä suppeammiksi poliittisiksi kunniksi. Lisäksi vapaan kilpailun ulottaminen kaikkiin hyvinvointipalveluihin muuttaisi kunnat palvelujen tuottajista palvelujen tilaajiksi ja järjestäjiksi. (Rönkkö 2003, 87–88.)

Kansalaisyhteiskunnan ja kansalaisten osallistuvuuden vahvistaminen ovat olleet 1990-luvulta lähtien erityisiä tavoitteita julkisessa hallinnossa, erityisesti kunnallisen demokratian kohdalla (Ryynänen 2003, 123.) Kansalaisten aktiivinen osallistuminen ja vaikuttaminen voidaan jakaa vaativuudeltaan kolmeen tasoon: hallinnon läpinäkyvyyteen ja informaation riittävyyteen, ja siten kansalaisten tiedollisista edellytyksistä huolenpitoon; kansalaisten mahdollisuuteen vaikuttaa kyselyjen ja aktiivisen myötämääräyksen kautta ja hallinnon hoitamien tehtävien siirtämiseen kansalaisten tai heidän yhteisöjensä vastuulle (emt., 133). Osallistuvuuden lisääminen näillä tasoilla ei ole kuitenkaan ollut ongelmaton, ja voidaan sanoa, että julkisen hallinnon yleinen valtavirta on käytännössä ollut päinvastainen kansalaisyhteiskunnan

kehittymiselle. ”Julkisen sektorin markkinaistaminen ja kehittämisen pääideologiaksi noussut New Public Management -ajattelu ovat sivuuttaneet kansalaisnäkökulman ja korvanneet sen asiakasnäkökulmalla” (Ryynänen 2003, 123.) Kunnan asukkaan näkeminen pelkästään asiakkaan roolissa jättää huomioimatta asukkaan muut roolit ja on kunnallisen itsehallinnon peruseriaatteiden vastainen. On kuitenkin huomattava, että osallisuuden ja demokratian vahvistaminen ei välttämättä ole ristiriidassa talouden vaatimusten kanssa. Yleisesti ottaen voidaan esittää, että ”ne alueet ja kaupungit, joilla on vahvat osallistuvan yhteiskuntaelämän perinteet, hyvin toimivat poliittiset ja hallinnolliset instituutiot sekä kehittynyt kansalaisyhteiskunta, ovat taloudellisesti edistyneimpiä” (emt., 123.)

## 2.4. Uuden hallinnan epäkohtia

Edellä kuvattiin julkisen hallinnon paikallistumista yhä enemmän kuntatasolle. Kuntien näkökulmasta kehitystä voidaan hyvin luonnehtia ”siirtymäksi byrokraattisesta hallintojärjestelmästä itseohjautuvien toimintayksiköiden muodostamien kuntakonsernien suuntaan” (Anttiroiko & Haveri 2003, 137.) Tarkastelu myös osoitti sen nopean tahdin, jolla Suomi laajeni hyvinvointivaltioksi ja nykyaikainen terveydenhuoltojärjestelmä rakennettiin sekä erityisesti sen tahdin, jolla julkista hallintoa ja terveydenhuoltoa on uudistettu. Siten voidaan sanoa, että perinteisen hallinnon käsite on enää tuskin riittävä kuvaamaan julkisen sektorin hallinnointia. Hallintatavan (ja hallinnan regiimin) muutokset ovat kuitenkin monimutkaisia prosesseja ja institutionaalisen muutoksen määrittely ja tulkitseminen voivat olla hankalia. Lisäksi muutokset voivat kohdata esteitä. Seuraava tarkastelu osoittaa eräitä näistä hallinnantavan muutoksen ongelmista.

### 2.4.1. Paikallinen hallinta ja yksilön osallistuminen

Hallinnan käsite on pyrkinyt vastaamaan yhteiskunnallisten ongelmien monimutkaistumisen asettamiin haasteisiin. Hierarkkisen hallintatavan kritiikki on koskenut myös edustuksellisen demokratian kritiikkiä. Kritiikin mukaan edustuksellinen demokratia on nähty riittämättömänä keinona yhdistää kansalaiset

uudelleen hallinnoiviin instituutioihin ja prosesseihin. Lisäksi edustuksellisen demokratian avulla on pyritty selvittämään enemmänkin abstrakteja ongelmia kuin konkreettisia poliittisia ongelmia. Hierarkkista hallintatapaa edustavan edustuksellisen demokratian rinnalle onkin pyritty saamaan uusia kansalaisten osallistumiseen ja neuvottelevaan demokratiaan perustuvia keinoja vaikuttaa yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Konkreettisten ongelmien ratkaisemiseksi kansalaisten osallistumisessa on kyse siitä, miten saada kansalaiset mukaan ratkaisemaan tiettyjä tai paikallisia ongelmia (projektipoliitikat, project politics) ja miten mahdollistaa kansalaiset ilmaisemaan intressejään, kokemuksiaan ja identiteettejään neuvottelevissa prosesseissa (läsnäolon politiikat, politics of presence). (Newman ym. 2004, 203–204.)

Newman ym. (2004, 207–217) ovat tutkineet valtion ja kansalaisten väliseen yhteistyöhön perustuvan hallinnan uusia muotoja ja esteitä yhteistyöhön perustuvan hallinnan muodostamisessa. Ensimmäiset esteistä liittyvät rakenteisiin, jotka rajoittavat kansalaisten osallistumista hallintaan. Rajoittavat rakenteet liittyvät sekä poliittisiin strategioihin että näkemyksiin kansalaisista päätöksentekijöinä<sup>23</sup>. Poliittisten strategioiden kohdalla on ensinnäkin olennaista huomioida sekä valtion viranomaisten että paikallisten viranomaisten keskeinen vaikutus poliittiseen toimintaan. Nämä viranomaiset ovat keskeisiä luomaan poliittisen toiminnan mahdollistavia rakenteita (political opportunity structure). He myös määrittävät toimillaan, ketkä kansalaisista pääsevät osallistumaan päätöksentekoon. Lisäksi he ovat keskeisiä toimijoita organisaatioissaan, jolloin heillä on valtaa päättää, miten kansalaisten osallistuminen on käännetty uusiin poliittisiin ohjelmiin ja käytännön toimintaan.

Toiseksi, strategioiden määrittelyssä esteeksi saattavat muodostua toisaalta kysymys siitä, miten paikallinen politiikka määritellään, ja toisaalta siitä, missä määrin

---

<sup>23</sup> WHO:n Terveet Kaupungit -projektissa yhteisön osallistumisen esteiden katsottiin liittyvän seuraaviin asioihin: 1) ymmärtämisen puutteeseen siitä, mitä yhteisön osallistuminen on ja millä keinoin se on saavutettavissa, 2) poliitikkojen sekä ammatillisten ja hallinnollisten ryhmien vaikeuksiin hyväksyä yhteisön edustajien näkemyksiä ja tietoa, 3) epäluottamukseen kaupungin hallintoa ja projekteja kohtaan perustuen hallinnon ja yhteisön väliseen suhteeseen menneisydessä, 4) tutkimusorientaatioon, joka alikorostaa yhteisön tietoa, eikä konsultoi yhteisöä kehitysprojekteissa sekä 5) resurssien puutteeseen, jotta yhteisön aloitteet tulisivat riittävästi tuetuiksi ja rohkaistuksi. (Petersen & Lupton 1996, 154.)

kansalaisten tulisi voida osallistua päätöksentekoon. Paikallisen politiikan määrittelyn ongelma koskee ensisijaisesti paikallisten viranomaisten ja valtion virkamiesten välistä asetelmaa ja kysymystä siitä, mitä ja missä määrin politiikan sisällöstä tulisi voida päättää paikallisesti. Tämä koskee esimerkiksi kysymystä siitä, miksi koulutuksesta ei voida päättää paikallisesti kun esimerkiksi hoivapalveluista voidaan. Kansalaisten osallistuvuuden laajuutta koskevassa kysymyksessä on pohjimmiltaan kysymys legitimitietin lähteestä. Professionaalisen tiedon, julkisen johtamisen auktoriteetin ja poliittisen edustuksen usein muodostama yhdistelmä legitimitietin lähteenä jäi Newmanin ym. tutkimuksen mukaan usein kaukaiseksi kansalaisten aloitteille. Toisaalta huolimatta siitä, että kansalaisten ääni jäi vielä etäiseksi päätöksenteolle, osallistuvan demokratian periaate itsessään saattoi saada aikaan viranomaisten keskuudessa kulttuurisen muutoksen, jonka mukaan jotkut viranomaiset pyrkivät esittämään uusia tapoja toimia osallistuvuuden lisäämiseksi. (Newman ym. 2004, 207–210.)

Rajoittavat rakenteet saattavat liittyä myös siihen, millaisina kansalaiset nähdään päätöksenteossa. Kysymys on siten tietyistä mielikuvista osallistuvasta kansasta (participating public). Newman ym. esittävät kolmenlaisia näkemyksiä kansalaisista, jotka saattavat muodostaa esteitä kansalaisten osallistumiselle. Ensinnäkin kansalaiset saatetaan esittää passiivisina kuluttajina, jotka haluavat enemmän palveluja ja voimavarojen kuluttamista paikallisesti. Passiivisen kansalaisen näkökulmasta tarkasteltuna viranomaisten tehtävänä on puolestaan saattaa suunnittelu ja päätöksenteko realistiselle tasolle ja resursseja vastaavaksi. Toiseksi, esteen viranomaisten näkökulmasta saattoivat muodostaa kansalaisten oletetut taidot ja kyvykkyys. Newmanin ym. tutkimuksessa suurin osa viranomaisista oletti kansalaisten kykyjen olevan riittämättömiä ja pystyäkseen osallistumaan päätöksentekoon kansalaisille tuli heidän näkemyksensä mukaan opettamaan, miten päätöksentekojärjestelmä toimii ja miten siihen tulisi osallistua. Tämänkaltaiset näkemykset kuitenkin viittaavat, että kansalaisten tulisi toimia ennemminkin byrokratian asettamien normien mukaisesti kuin että viranomaiset pyrkisivät mahdollistamaan kansalaisten kuulemiseen heidän osallistumisensa ehdoilla. (Newman ym. 2004, 210–212, asiantuntijoiden roolista ja kansalaisten ”kouluttamisesta” myös Petersen & Lupton 1996, 154–155.)

Kolmanneksi, kansalaisiin liittyvien mielikuvien muodostamat esteet koskevat kansan erittelyä erilaisiin kategorioihin. Eräs näistä jaotteluista koskee implisiittisen normin mukaisen ryhmän (valkoisen, työkykyisen väestön) ja erityisryhmien (mustien ja etnisten vähemmistöjen, vajaakuntoisten ihmisten, sosiaalisesti syrjäytyneiden jne.) välistä jaottelua. Erityisryhmien nimeäminen merkitsee normien määrittelyä niiden vastakohtien kautta. Newmanin ym. tutkimuksessa jaottelu tavallisen kansan tai koko yhteisön ja ”tavanomaisten epäiltyjen” välillä oli vielä itsestään selvempää. Usein jaottelu oli myös lähtöisin väestöstä itsestään. Huomionarvoista kansan tai väestön määrittämisessä on joka tapauksessa se, että se on itse sosiaalisesti rakentunutta. Se, miten erilaiset ryhmät on virallisissa diskursseissa määritelty, ei vastaa luonnollisia ominaisuuksia näissä ryhmissä, vaan ovat tapoja käsitteellistää, osoittaa ja panna liikkeelle nämä ryhmät. (Newman ym. 2004, 212–213.)

Paikallisen hallintatavan ja kansalaisten osallistumisen esteet voivat rakenteellisten esteiden lisäksi liittyä myös sitoutumisen prosesseihin valtion ja kansalaisten välisessä vuorovaikutuksessa. Newman ym. puhuvat institutionaalisista joustamisen (deflection), mukautumisen (accommodation) ja sisällyttämisen (incorporation) prosesseista tarkoittaessaan esteitä, jotka liittyvät niihin prosesseihin, joissa kansalaisten aloitteista ei heidän osallistumisestaan huolimatta seurannut mitään todellista lopputulosta. Joustamisen prosessilla tarkoitetaan päätöksentekoprosessiin osallistuneiden kansalaisten turhautumista koskien monia esiin nostetutuja asioita, joita ei kuitenkaan otettu käsittelyyn, sekä aikaviivettä esiin nostettujen asioiden ja niihin vastaamisen välillä. Mukautumisen prosessi puolestaan tarkoittaa kansalaisten turhautumista, kun keskustelufoorumeissa saadusta vastakaiusta huolimatta heidän aloitteistaan ei synny mitään todellista tulosta. Näissä molemmissa prosesseissa kyse on kansalaisten turhautumisesta palautteiden puutteeseen koskien heidän aloitteitaan. Lisäksi kansalaisten tyytymättömyys koskee julkisten tahojen läpinäkyvyyden puutetta: kansalaisten on siten vaikea tietää, millä taholla vastuu kyseessä olevasta asiasta on. (Newman 2004, 213–214.)

Sisällyttämisen prosessissa on puolestaan kyse prosesseista, joissa kansalaiset vedetään mukaan organisaatioiden omiin diskursseihin ja institutionaalsiin käytäntöihin. Kansalaiset tulevat siten tietoisiksi esteistä (kuten rahoituksesta, kapasiteetista ja keskeisistä hallinnon kohteista), joiden kanssa julkiset toimijat



kamppailevat, ja joita nämä toimijat esittävät kansalaisille ”tekosynä” toiminnan puutteelle. Newmanin ym. tutkimuksessa kuitenkin sekä osa kansalaisista että osa viranomaisista näki tämänkaltaisten ongelmien olevan ratkaistavista kulttuurisella muutoksella. Toisaalta joillekin viranomaisille kansalaisten osallistuvuuden lisäämisen tuoma muutos ei ollut edes asialistalla: jotkut julkiset toimijat eivät siten nähneet omaa rooliaan sellaisena, että he olisivat mahdollisia muuttamaan asioita, vaan jatkoivat ongelmien ratkomista hierarkkisen hallintatavan mukaisesti. (Newman ym. 2004, 214–215.)

Osallistumisen esteet saattavat riippua myös viranomaisten vaikeudessa nähdä omaa uutta identiteettiään yhtäältä politiikan foorumin jäsenenä ja/tai foorumiin osallistujana ja toisaalta edustamansa organisaation jäsenenä. Tämä oli nähtävissä ainakin useissa kansalaisten osallistuvuutta koskevissa teemoissa. Ensinnäkin viranomaisten oli Newmanin ym. tutkimuksessa vaikea luopua vallasta koskien politiikan ydinkysymyksiä. Vaikka kansalaisten nähtiin jossain määrin voivan osallistua politiikan periferian kysymyksiin, niin puhuttaessa keskeisistä kysymyksistä kansalaiset määriteltiin ”toisiksi” tai ”ulkopuolisiksi” näissä politiikoissa. Lisäksi keskustelufoorumeiden symbolinen hyväksyminen ei välttämättä tarkoita, että siellä tehdyt aloitteet etenisivät, vaan foorumeiden tunnustamisen ja organisaatioiden harjoittaman ydintoiminnan välille saattaa syntyä kuilu. Tästä puolestaan saattaa seurata, että poliittinen ja operatiivinen taso eivät vastaa toisiaan. Kansalaisten osallistumisen esteenä ei kuitenkaan saata olla pelkästään paikallisten viranomaisten asettamat esteet. Hallituksen rahoittamat projektit muodostavat kansalaisten osallistumiselle ja neuvottelulle esteitä sekä tiukkojen aikarajojen että hallituksen kohteiden ja paikallisten prioriteettien välisen jännitteen kautta. (Newman ym. 2004, 215–216.)

Newman ym. ovat pyrkineet edellä mainituin havainnoin hallinnan käsitteen avulla selittämään kansalaisten osallistuvuuden esteitä erilaisissa keskustelufoorumeissa. He ovat pyrkineet näiden havaintojen avulla laajentamaan tarkastelua eteenpäin teorioista yksilöiden vastustuksesta ja organisaatioiden jäykkyydestä ja esittämään keskeisiä jännitteitä uudessa hallinnoinnissa. Kansalaisten osallistumiset aloitteiden kautta ovat paikkoja, joissa omaksumisen ja torjumisen prosessit voivat olla läsnä. Ne ovat myös paikkoja, joissa vallan epätasa-arvot niin viranomaisten ja kansalaisten kuin julkisten

organisaatioiden ja vapaaehtoisten organisaatioiden välillä neuvotellaan. Jatkuvasti muuttuvat suhteet niin keskus- ja paikallishallinnon kuin edustuksellisen ja osallistuvan demokratian välillä puolestaan merkitsee, että liikkuminen kohti yhteishallintaa (collaborative governance) tulee todennäköisesti merkitsemään myös vaikeuksien lisääntymistä. (Newman ym. 2004, 215–217.)

Newman ym. haluavat kuitenkin vielä laajentaa hallinnan teoriaa ottamalla mukaan poliittisen mahdollisuuden rakenteen (political opportunity structure) käsitteen, joka auttaa huomioimaan vuorovaikutuksen sosiaalisen ja poliittisen toiminnan ja vallitsevien instituutioiden välillä. Tämän vuorovaikutuksen tarkastelu on keskeistä, sillä vallan hajaantuminen tuottaa uusia paikkoja sosiaaliselle toiminnalle ja uusia legitimizeetin lähteitä. Newmanin ym. tutkimuksen mukaan muuttuva ilmapiiri vahvisti juuri niiden viranomaisten legitimizeettiä, jotka olivat sitoutuneita yhteisöjen toimintaan ja käyttäjien voimauttamiseen. (Newman ym. 2004, 217.) On kuitenkin huomattava, että muutoksilla poliittisen mahdollisuuden rakenteessa ei ole juurikaan merkitystä, jos viranomaiset, kansalaiset ja palvelujen käyttäjät eivät miellä niitä tärkeiksi (Newman ym. 2004, 217, viitaten Della Portaan ja Dianiin.) On myös huomattava, että osallistuvan demokratian edellyttämät mahdollistaminen (enable) ja voimauttaminen (empower) sekä käsitteinä että prosesseina ovat pääosin jätetty poliittisissa strategioissa määrittämättä tai parhaimmillaan ne ovat löyhästi määriteltyjä (Petersen & Lupton 1996, 152–153), mikä itsessään jättää osallistuvan demokratian käsitteen epäselväksi.

Newmanin ym. tutkimus sijoittui Iso-Britanniaan. Suomessa paikallisen demokratian tutkimus on toistaiseksi ollut vähäistä tai ainakaan se ei ole saanut suurta näkyvyyttä terveystieteellisessä keskustelussa. Sisäasiainministeriön Imatralla tehdystä tapaustutkimuksesta voi kuitenkin saada viitteitä suomalaisiin kuntiin liittyvistä paikallisen demokratian esteistä. Tutkimuksen mukaan kuntapäättäjien ja kuntalaisten vuoropuhelua eikä kuntalaisten osallistuvuutta edistetä millään yksittäisellä toimenpiteellä, vaan siihen tarvitaan monia toisiaan tukevia toimia. Toimenpiteiden tulisi kohdistua niin päätöksentekoprosessin muuttamiseksi kuin eri kuntalaisryhmien toimintakyvyn kehittämiseksi. Ratkaisevaksi kehityksen kannalta raportissa nähtiin julkisuuden lisäämisen ja julkisen vuorovaikutuksen lisäämisen. Paikallisten yhteiskunnallisten ja kulttuuristen suhteiden ja niille perustuvien rakenteiden ja

prosessien muokkaamisella on myös merkitystä paikallisen hallintatavan kehittämiseksi. (Kuuleeko kunta kansalaista? 2005, 57.)

Lopulta on myös tarkasteltava itse osallistuvan demokratian imperatiivia paikallisessa hallinnassa. Asiantuntijoiden pyrkimyksiä parantaa mahdollisuuksia osallistua tai voittaa osallistumisen esteitä – ja siten välttää hallinnan epäonnistuminen – voidaan tarkastella myös vastakkaiselta suunnalta. ”Todisteet” hallinnan epäonnistumisesta voidaan myös joidenkin kansalaisten onnistuneena vastustuksena tarjottuja ”vapauttavia” suhteita vastaan kuten myös kansalaisten huomiona henkilökohtaisista tai ihmistenvälisistä osallistumisen vaatimuksista sekä neuvottelua rajoittavista tekijöistä. (Petersen & Lupton 1996, 162.)

#### 2.4.2. Karsinnan politiikat ja polkuriippuvuus

Newmanin ym. (2004, 217) tutkimus osoitti eräitä kansalaisten osallistuvuuteen liittyviä esteitä pohjautuen hallinnan teoriaan. Hallinnan teorian tarkastelua institutionaalisissa joustamisen, mukautumisen ja sisällyttämisen prosesseissa, jotka selittävät osallistumisen edellytyksiä ja esteitä, he ovat selittäneet uusinstitutionaalisen teorian (new institutional theory) avulla. Uusinstitutionaaliseen teoriaan perustuvilla teorioilla on pyritty selittämään myös yhteiskunnallisella tasolla kohdattuihin vaikeuksiin vaihtaa jo valitun politiikan linjaa. Julkunen (2005, 339) viittaa alun perin Skocpolin esittämään ajatukseen siitä, että amerikkalaisen hyvinvointivaltion historia on paremminkin selitettävissä valtiollisella instituutioilla kuin luokkarakenteilla tai luokkapohjaisten vasemmistolaisten valtaresurssien puuttumisella. Julkunen viittaa edelleen Piersoniin esittäessään, että avain nykyiseen hyvinvointivaltion ymmärtämiseen ovat jo kertaalleen luodut hyvinvointi-instituutiot. Tällä hän tarkoittaa, että ”(h)yvintivaltiota rakennettaessa laajemmilla poliittisilla ja ideologisilla voimilla oli vaikutusvaltaa. Hyvinvointivaltion asiakasryhmät eivät rakentaneet hyvinvointivaltiota, mutta etuuskittain järjestäytyneiden asiakaskuntien muodostuminen on yksi tärkeimpiä hyvinvointivaltion rakentamisen seurauksia. Sosiaalipolitiikka rakenteistaa ryhmiä, jotka poikkeavat muuten syntyvistä yhteiskunta- ja sukupuoliluokista ja poliittisista voimista.” (Julkunen 2005, 339.)

Näillä ryhmillä Julkunen (2005, 339–340) viittaa esimerkiksi lasten päivähoidon tai kotihoidontuen käyttäjiin. Yritykset puuttua näihin sosiaalipoliittisiin etuuksiin kohtaavat vastarintaa, joka on riippumatonta vasemmistosta tai ammattiyhdistysliikkeestä. Sosiaalipoliittiset järjestelmät ovat muokkautuneet osaksi elämänmuotoa. Siten ”hyvinvointivaltio on puitteistunut osaksi taloutta, työllisyyttä, tuloja ja elämän jatkuvuutta. Kaikki yritykset kumota jo syntyneitä rakenteita ja jo tunnistettuja tarpeita kohtaavat monenlaisen vastarinnan”<sup>24</sup> (Julkunen 2005, 340.) Tätä institutionaalista jatkuvuutta voidaan kutsua polkuriippuvuudeksi (Julkunen 2003b, 22 viitaten Esping-Andersenin.)

Julkusen (2003b, 29–30) mukaan sosiaalipoliittisten järjestelmien oma luonne määrittää niiden kykyä vastustaa karsintaa. Universaalien etuuksien laaja kannatus, asiakaskuntien järjestäytyneisyys, demokraattiset veto-oikeudet sekä korporatistinen hallinto auttavat yleisen oletuksen mukaan vastustamaan karsintoja. Rahoituksen perustumisella vakuutusmaksuun tai verotukseen on myös merkitystä: vakuutusmaksuihin perustuvien etuuksien karsiminen saattaa olla vaikeampaa, koska ne on kerätty juuri kyseenomaiseen tarkoitukseen ja ne saattavat siten olla jopa perustuslaillisesti suojattuja, kun taas veroluonteisia maksuja ei ole korvamerkitty, eikä veroja maksamalla voi siten juridisessa mielessä ansaita oikeutta mihinkään etuuteen.

Tämän luvun alkupuolella tarkasteltiin terveydenhuoltojärjestelmän institutionaalisia ominaisuuksia ja todettiin, että muutoksista huolimatta terveydenhuoltoa voidaan pitää universaalina sosiaalipoliittisena järjestelmänä sen erityispiirteistä huolimatta. Rothstein (Julkunen 2003b, 32) on tutkinut universaalien järjestelmien menestystä ja esittänyt universaaleihin etuuksiin perustuva hyvinvointivaltio edistää luottamusta oikeudenmukaisuuteen, kun taas selektiivinen sosiaalipoliittikka ruokkii epäluottamusta. Tällä hän tarkoittaa, että universaali hyvinvointipoliittikka koskee kaikkia kansalaisia ja meidän yhteisten ongelmien ratkaisemista. Kansalaisten on myös helpompi luottaa sosiaaliturvaan pitkällä aikavälillä, kun sosiaalipoliittiset

---

<sup>24</sup> Piersonin mukaan keskeistä on politiikan tekemisen huomioiminen: vakiintuneiden etujen poisottaminen kansalaisilta on poliittisesti eri asia kuin uusien etuuksien antaminen. Hyvinvointivaltiolla on laaja kannatus ja ne edustavat siten status quota. Poliittisessa toiminnassa keskeistä on välttää syyllisyyttä. Poliitikkojen on siten pyrittävä löytämään taktikoita, joilla etuuksien karsinnan poliittista hintaa ja syyllisyyttä voidaan jakaa. Etuuksien kaventaminen tulee siten piilottaa vähän näkyviin tekniikoihin tai kohdentaa vähän näkyviin ryhmiin. (Julkunen 2005, 341.)

lupaukset ovat institutioitu lakeihin ja oikeuksiin, siis muuhunkin kuin vaihtuvien hallitusten ohjelmiksi kuten anglosaksisissa maissa. (Julkunen 2003b, 32–33.)

Rothsteinin päättely varmaankin selittää osittain – ainakin kansalaisten kannatuksen osalta – universaalin hyvinvointivaltion suosiota. Lehto (2003, 138) esittää kuitenkin eräitä terveydenhuollon universaaliuteen liittyviä ongelmia. Terveydenhuollon periaatteellinen universaalius nojaa vahvaan institutionaaliseen jatkuvuuteen ja erittäin vahvaan äänestäjien mielipiteeseen. Siten muutosten täytyy tapahtua tämän universaaliuden periaatteen pinnan alla. Ongelman saattaa muodostaa se, että universaalius terveydenhuollossa koskee vain niitä palveluja, joita asukkaan katsotaan tarvitsevan ja joita on tarjolla. Tämä saattaa merkitä huomattavia muutoksia rikkomatta universaaliuden pintaa. Ensinnäkin terveyspalvelutuotteet saattavat muuttua, kuten 1990-luvulla hoivapalvelujen radikaalin vähentämisen ja toimenpiteiden lääketarjonnan kasvattamisen seurauksena. Lisäksi asiakasmaksuja ja omavastuuosuuksia on pystytty kasvattamaan rikkomatta universaaliuden pintaa. Korotukset ovat kuitenkin saattaneet vaikuttaa joidenkin vähävaraisten terveyspalvelujen kysyntään. Lääkäriprofession ja sairaaloiden institutionaalinen vaikutusvalta verrattuna fragmentoituneihin perusterveydenhuollon ja hoivatoimijoihin saattaa puolestaan vaikuttaa näiden keskinäisiin suhteisiin. Silloin on syytä kysyä esimerkiksi, ”miten käy vanhenevan hoivaa ja perushoitoa tarvitsevan väestön terveydenhuolto-oikeuden, jos universalismin pinnan alla entistä kalliimpi bioteknologia syö terveydenhuollon resurssit?” (Lehto 2003, 138–139.)

Myös universaaliuteen keskeisesti liittyvät arvot saattavat muuttua. Newman ja Vidler (2006, 199) esittävät, että universaalius on edelleenkin keskeinen teema Ison-Britannian Työväenpuolueen poliittisissa ohjelmissa. Ero kuitenkin sodanjälkeisen hyvinvointivaltion universaaliuteen on seuraava: kun aikaisemmin tasa-arvo sitoutui suojaaviin julkisiin palveluihin – jotka tosin perustuivat niukkuuteen, säännöstelyyn ja kansalaisia holhoavaan lähestymistapaan – niin nykyään tasa-arvon sijasta universaaliudella on enemmän tekemistä kohtalaisen oikeudenmukaisuuden (the equity of the mediocre) kanssa.

Toisaalta on kuitenkin huomattava, että itse universalismiin liittyy ongelmia. Ensinnäkin universalismin kritiikki kohdistuu siihen, että se pyrkii vastaamaan

epätasaisiin tarpeisiin samalla tavalla, eikä siksi pysty vastaamaan koko väestön tarpeisiin, vaan saattaa siten marginalisoida jo ennestään marginaalisia ihmisiä. (Sihto 2003, 542.) Titmussin (Sihto 2003, 542) mukaan ”universaaleja palveluja tulisikin tukea muilla sosiaalisen avun muodoilla, koska joidenkin väestöryhmien tarpeen tyydyttäminen vaatii erityistä huomiota.” Titmuss kutsuu tätä positiiviseksi diskriminaatioksi, jolla hän tarkoittaa pyrkimystä ottaa huomioon eri ihmisten ja ryhmien erilaisuuden. Positiivinen diskriminaatio tulee kuitenkin selkeästi erottaa negatiivisesta selektivismistä, joka puolestaan lähenee marginaalista sosiaalipolitiikkaa. Positiivinen diskriminaatio on kohdennettua, mutta ei-stigmatisoivaa. (Sihto 2003, 542.)

### 3. UUSI KANSANTERVEYS JA YHTEISÖN OSALLISTUMINEN

Edellisessä luvussa tarkasteltiin julkisen sektorin kehitystä ja todettiin, että valtionhallinnon hajauttamisen seurauksena kuntien vastuu palvelujen suunnittelusta ja järjestämisestä on kasvanut huomattavasti 1980-luvun kypsän hyvinvointivaltion kauden ajasta. Tätä hallinnon muutosta pyrittiin kuvaamaan ajatuksella paikallisen hallinnan lisääntymisestä. Hallinnan käsitteellä pyrittiin kuvaamaan myös julkisten palvelujen suunnanmuutosta entistä verkostomaisempaan malliin, joka kyseenalaistaa myös valtion suvereenin aseman. Lisäksi hallinnan käsitteen avulla pyrittiin laajentamaan perinteistä julkishallinnon käsitettä, ja siten esittämään mahdollisuus myös muille toimijoille hyvinvoinnin järjestämisessä. Edellä myös todettiin, että siirtyminen paikalliseen hallintaan yhdistettynä harjoitettuun karsinnan politiikkaan saattaa kohdata joitakin kunnallisen päätöksenteon rakenteisiin ja terveydenhuoltojärjestelmän institutionaalisiin ominaisuuksiin liittyviä esteitä.

Hallinnan tieteellisten juurien yhteydessä viitattiin sen poststrukturalistiseen näkemykseen valtasuhteista. Hallinta perustuu siten yksilöiden muokkaukseen ja normalisointiin. Pierson (2004, 157 viitaten Rhodesiin) esittää, että hallinta sisältää eräänlaisen foucault'laisen käänteen, jonka mukaisesti hallitukset (governments) ovat pyrkineet esittämään itsetarkkailuun perustuvan kulttuurin, jonka instituutioita palkitaan niiden kehittäessä omia sisäisiä tarkkailujärjestelmiään. Mitä tämä sitten tarkoittaa hallinnan järjen näkökulmasta? Ja erityisesti tämän tutkimuksen kohdalla, mitä hallinnan paikallistuminen ja verkostoituminen sekä yhteisöjen aktivoiminen merkitsevät ja mitä niistä seuraa? Niin sanotun uuden kansanterveyden diskurssin eräs keskeinen periaate on käsite yhteisön osallistumisesta (community participation), johon sekä hallinnan paikallistumisen että yhteisöjen aktivoitumisen merkityksien ja niiden sisältä ongelmien keskeisten elementtien voisi ajatella ikään kuin tiivistyvän. Ennen yhteisön osallistumisen -problematiikkaa on kuitenkin syytä esitellä lyhyesti foucault'laista hallinnan analytiikkaa ja uusliberaalin hallintatavan syntyä ja sen yhteyttä terveyteen ja laajemmin terveystalouteen.

### 3.1. Genealogia tutkimusperinteenä

#### 3.1.1. Valta ja hallinnan analytiikka

Hallinnan analytiikka luetaan poststrukturalistisiin teorioihin vallasta ja se on tulkinnallinen lähestymistapa sosiaaliseen elämään (Bewir & Rhodes, 131, 138.) Heiskala (2001, 241–2, 246) on tutkinut Weberin, Parsonsin ja Foucault'n vallan käsitteitä ja niihin perustuvia valtateorioita, ja esittänyt, että Foucault'n vallan analytiikka on rakenteellinen lähestymistapa vallan käyttöön ja sen ilmenemiseen. Heiskalan mukaan erona niihin valtateorioihin, joissa valta nähdään resurssina eli toimija A käyttää valtaa suhteessa toimija B:hen saadakseen tämän toimimaan tavalla, jota hän ei ilman A:n vaikutusta tekisi, foucault'laisessa vallan analytiikassa, genealogiassa, valta ottaa toimijat haltuunsa ja näiden välille syntyy riippuvuuksia. Näissä erilaisissa vallan verkostoissa syntyvät myös toimijoiden identiteetit.

Foucault'n mukaan valtaa ovat suhteet, jotka ovat paikallisia, hajaantuneita ja tyyppillisesti naamioituja sosiaalisen järjestelmän kautta, ja jotka toimivat mikro-, paikallis- ja salaisilla tasoilla erityisten käytäntöjen kautta. Valta ilmentyy päivittäisissä käytännöissä, kuten lääketieteen ammattilaisen työssä, sosiaalityöntekijän toiminnassa, kunnallisessa päätöksenteossa sekä niissä kirkon uskonnollisissa käytännöissä, jotka toimivat rituaalien kautta. Tästä johtuen yritys vallata valtio poliittisen toiminnan avulla ei tuhoaisi valtaa, sillä valta on kuin väriaine, joka on sekoittunut läpi koko yhteiskunnallisen rakenteen ja päivittäisiin käytäntöihin. Foucault'n näkemys vallasta on läheisessä suhteessa kuriin, sillä hänen mukaansa valta on olemassa niissä kurillisissa käytännöissä, jotka muodostavat tietynlaisia yksilöitä, instituutioita ja kulttuurisia järjestelyitä. (Turner 1997, xi–xii.)

Valtaa on Foucault'n mukaan kahta tyyppiä: kuri- ja biovaltaa<sup>25</sup>. Modernissa yhteiskunnassa valtion hallinnoitavuuden ja hallinnoivuuden – siis biovallan –

---

<sup>25</sup> Biovalta kohdistuu sekä yksilöihin että väestön osiin, ja sillä tarkoitetaan pyrkimyksiä muokata, voimauttaa ja ohjailta ihmisten kykyjä ja ominaisuuksia, jotka voivat olla niin ruumiillisia, henkisiä, ajatuksellisia kuin yhteisöllisiäkin. Olennaista on vallan ja tiedontuotannon vastavuoroisuus: ”Yritykset hallita väestöä, ihmisjoukkoja, -ryhmiä ja – yksilöitä tarjoavat ihmistieteille syntysijan ja uudistumisen puitteet. Toisaalta tieteelliset tutkimukset edistävät valtakäytäntöjä tuottamalla informaatiota sekä artikuloimalla hallitsemisen kohteita ja tavoitteita.” (Helén 2004, 207–208.)



tutkiminen on usein tähdellisempää kuin sen pakkovallan, kun halutaan tutkia valtion vallan käyttöä suhteessa väestöön (Hänninen & Karjalainen 1997, 10.) Sillä vaikka järjestyksen tuottamisen keinot ovat muuttuneet olosuhteiden mukana, ei perimmäinen tarve ylläpitää väestön käyttäytymisen ennustettavuutta ja järjestystä ole kadonnut mihinkään (Silvennoinen 2002, 18.) On huomattava, että government, hallinta<sup>26</sup>, ei hallinnan analytiikan yhteydessä tarkoita ”hallitusta eli tiettyä valtion ylintä valtaa käyttävää instituutiota vaan tiettyä vallan harjoittamisen tapaa, jonka Foucault käsitti yleisesti ihmisjoukkojen, -yhteisöjen ja – yksilöiden käyttäytymisen ja toiminnan johtamiseksi ja ohjailuksi. Tämä ajatus tiivistetään usein ilmaukseen *conduct of conduct*” (Helén 2004, 208–209, kursivointi alkuperäinen.)

### 3.1.2. Genealogia kritiikkinä

Hallinnointi ja vallan käyttö suhteessa kansalaisiin ja väestöön ovat keskeisiä yhteiskunnallisia tutkimuskohteita. Genealogiassa on kyse siitä, millaisin strategisin tai taktisin säännöin ohjataan hallinnoivien käytäntöjen järjestämistä (Hänninen & Karjalainen 1997, 7-8) ja ”millä tavoin, minkä mekanismien kautta ja millaisin mahdollisin vaikutuksin muuttuvat puhettavat ja niihin liittyvät toimintamuodot ovat osallisina erityisten institutionaalisten, organisaatioihin liittyvien ja yhteiskunnallisten järjestelyiden ja toimenpiteiden muodostumisessa” (Miller & Rose 1989, 145). Genealogia on tapahtumien analysoimista ja itsestäänselvyyksien kyseenalaistamista (Hänninen & Karjalainen 1997, 7.)

Helénin (2005, 93–96) mukaan genealogia kritiikkinä on ”tietoisesti nykyhetken kysymysten motivoimaa”, ja siten genealogian on valittava jokin elementti, joka tekee nykyisyydestä erityisen. Omaa aikaa leimaavan elementin valinta asettaa genealogiselle kritiikille perspektiivin. Toisaalta tuo erityiselementti valitsee genealogian, ja sen kautta on ajateltava niin nykyisyyttä kuin mennyttäkin aikaa. Keskeisiä käsitteitä genealogiselle kritiikille ovat *tapahtuma* ja *problematisointi*. Tapahtumalla tarkoitetaan käännekohtaa ja katkosta, jonka myötä ihmiskunnan

---

<sup>26</sup> Tarkasteltaessa edellisessä luvussa government käsitettä sillä tarkoitettiin hallintoa. On kuitenkin tärkeää huomata tämä Foucault'n erityinen tapa käyttää government-käsitettä kuvaamaan nimenomaan hallintoa, eikä käsitteitä siten tule sekoittaa toisiinsa. Jotkut foucault'laisen tutkimusperinteen jatkajat (esim. Petersen 1997) käyttävätkin governancen käsitettä tarkoittaessaan hallintoa juuri tässä Foucault'n antamassa merkityksessä.

historiaan ilmaantuu jotain uutta ja erityistä, joka ulottaa vaikutuksensa nykyaikaan. Genealogiassa siis tarkastellaan tapahtumaa, jonka vaikutuksesta nykyajan erityiselementti on ilmaantunut. Oleellista ei kuitenkaan ole analysoida, mikä pyrkimys tai voima on kamppailun voittanut, vaan itse vastakkainasettelun tilaa.

Helénin (2005, 96) mukaan tapahtuma ei useinkaan ilmene suurena murroksena, eikä sitä ole helppo tunnistaa. Tapahtuman valinta ei myöskään yksin määritä, miten genealogisen kritiikin perspektiivi muodostuu. Tarvitaan *eetoksen* käsitettä kuvaamaan sitä, mikä on omalle ajallemme erityistä. Eetoksella hän tarkoittaa ”ihmisten tiettyä toimintaa ja käyttäytymistä – esimerkiksi taloudenpitoa, seksuaalisuutta, terveydenhoitoa – ohjaava käsitys hyvästä ja tavoiteltavasta”. Eetos syntyy yksilöiden ja yhteisöjen toiminnassa eli konkreettisissa pyrkimyksissä hyvään. Eetos on siten käytännöille immanenttia. Se myös määrittää moraalisubjektiutta eli mahdollisuuksia olla tietynlainen moraalinen persoona. (Helén 2005, 99–100.)

Helénin (2005, 100) edellä esittämän mukaan foucault’lainen genealogia on ”historiallisesti erityisen ontologiamme eli olemisemme muodon ilmaantumisen ja polveutumisen kriittistä tarkastelua, joka jäsentyy eetoksen ja käytännön käsitteiden kautta.” Lisäksi hän ottaa tarkasteluun vielä problematisoinnin käsitteen, sillä konkreettisen historiallisen tutkimustavan ydin on juuri problematisointien ja käytäntöjen tutkiminen toisiinsa kytkeytyneinä<sup>27</sup>. Helén puhuu tapahtumallistamisesta tarkoittaessaan problematisoinnin ja tapahtuman välistä yhteyttä. Tapahtumallistaminen mahdollistaa tuoda esiin vallitsevan eetoksen monimuotoisuuden. Se tekee mahdolliseksi myös ”nähdä sen, että aikamme kiistattomat, väistämättömät ja itsestään selvät totuudet, valtasuhteet, käytännöt ja toimintatavat sekä käytöksen muodot ovat alkuperältään moniaineeksisia, kehityksessään hajaantuneita ja olemukseltaan häilyviä” (Helén 2005, 104–105).

---

<sup>27</sup> Osbornen (1997, 174–175) mukaan sen sijaan, että sanoisi esimerkiksi terveystaloudellisten kysymysten olevan pelkkiä rakennelmia tai luotuja käsitteitä, voidaan sanoa niiden olevan aina tietyn problematisoinnin seurausta. Problematisoinnit eivät siten ole ongelmien luomisen malleja, vaan aktiivisia tapoja asettaa ja kohdata niitä. Tästä johtuen politiikka ei voi toimia problematisoimatta alansa. Problematisointi myös vähentää monimutkaisuutta tarjotakseensa rajoitusten alan, joka määrittelee sen mitä voidaan ja ei voida sanoa.

### 3.1.3. Hallintamentaliteetti

Edellä käytiin läpi tapahtuman ja problematisoinnin merkitystä tutkittaessa yhteiskuntapoliittisesti keskeisiä vallan käyttöön liittyviä kysymyksiä. Genealogisen tutkimusperinteen ymmärtämisen täydentämiseksi on kuitenkin syytä esitellä vielä *hallintamentaliteetin* käsite<sup>28</sup>. Foucault'n (1991, 102–103) mukaan hallintamentaliteetti on se kokonaisuus, joka on muodostunut instituutioista, menettelytavoista, analyyseista ja pohdinnoista. Se on erityinen ja monimutkainen vallan muoto, jota harjoitetaan laskelmoimalla ja taktikoimalla. Tämän kokonaisuuden vallan käytön kohteena on väestö, ja sen tärkeimpänä tiedonmuotona on poliittinen taloustiede ja keskeisenä hallintakeinona ”turvallisuskoneisto”. Hallintamentaliteetti on myös suuntaus, joka pitkällä aikavälillä on kohdannut koko läntisen maailman, ja joka on ottanut muita vallan muotoja, kuten suvereeniutta tai kuria, korkeamman aseman.

Edellä olevaan Foucault'n näkemykseen sisältyy kaksi käsitystä, johon hallintamentaliteetin käsite viittaa. Ensinnäkin se viittaa käsitykseen *ajatuksesta kollektiivisena toimintana*. Ajattelu ei siten kuvaa yksittäisen ihmisen mieltä tai tietoisuutta, vaan sillä tarkoitetaan tiedon, uskomusten ja mielipiteiden muodostamaa kokonaisuutta yhteiskunnassa<sup>29</sup>. Tämä näkemys hallintamentaliteetista haluaa korostaa näkemystä ajattelusta, ja siten myös hallinnasta, sosiaalisena ja kulttuurisena tuotteena. Kollektiivinen ajattelu myös selittää sen, miksi yksilö tavoittelee tiettyjä asioita, kuten hyvää terveyttä oikean ruokavalion avulla pyrkien ehkäisemään

---

<sup>28</sup> Valtakäytäntöjen tutkimisen kannalta olennainen termi on Foucault käyttöön ottama uudissana *governmentalité*, hallintamentaliteetti [Helén suomentanut myös hallinnallisuus]. Hän on tiivistänyt siihen modernin länsimaisen poliittisen järjen peruspiirteet, ja esitellyt hallinnallisen järjen polveutumisen renessanssin valtiojärjen opeista 1600- ja 1700-luvun kamerialistisen poliisitieteen kautta klassiseen liberalismiin ja siitä edelleen 1900-luvun hyvinvointiopeihin sekä viimein erilaisiin uusliberalismin muotoihin. Tämä yleiskatsaus on antanut suunnan modernin poliittisen järjen analyyseille, joiden keskiössä ovat hyvinvointivaltion ratkaisemattomilta vaikuttavat ongelmat. (Helén 2004, 208.)

<sup>29</sup> Dean (1999, 16) viittaa esimerkiksi Durkheimiin, kun esittää, että tämän yhteisen mentaliteetin johdosta, ajattelu ei ole suoranaisesti niiden tutkittavissa, jotka sen keskenään jakavat. Hallinnan mentaliteetti puolestaan viittaa siihen tapaan, jolla kollektiivinen ajattelu on sekoittunut hallinnon käytäntöihin, jotka siten otetaan käyttöön suhteellisen itsestäänselvyyksinä.

sydänsairauksia tai kunnioittamaan yhteiskunnassa jaettuja tabuja. Kollektiivisen ajattelun jakaminen puolestaan johtaa itsen hallintaan<sup>30</sup>. (Dean 1999, 16–17.)

Hallinnan analytiikan avulla ei siis niinkään pyritä tarkastelemaan ajattelun teoreettista tai abstraktia rakennetta, vaan siinä keskitytään siihen, miten ajattelu on juurtunut syvälle erilaisiin käyttäytymistämme ohjaaviin ohjelmiin ja uudistuksiin. Kollektiivinen ajattelu sisältää käsityksemme totuudesta, ja siten ohjaa toimintaamme, itsen hallinnointia<sup>31</sup>, tämän jaetun totuudenkäsityksen mukaisesti. Toisaalta itsen hallintaan tähtäävä toiminta antaa uusia tapoja tuottaa totuutta. On kuitenkin huomattava, että hallintamentaliteetilla ei kuitenkaan tarkoiteta vain empiirisiä hallinnan käytäntöjä, vaan on paremminkin puhuttava hallinnan taidosta (*art of government*). Hallinnan taito kykenee paremmin ilmaisemaan sen, että hallinta on toimintaa, joka vaatii taitoa, mielikuvitusta, hiljaisen tiedon käyttämistä sekä käytännöllistä tietotaitoa. Ei siis ole kyse vain sääntöjen noudattamisesta tai auktoriteetin valtaan alistamisesta. (Dean 1999, 18–19.)

Toinen näkemys, joka viittaa hallintamentaliteetin käsitteeseen, on painotus *hallinnan uuteen tapaan*<sup>32</sup> tietyissä yhteiskunnissa varhaismodernilla kaudella. Olennaista tässä uudessa hallinnan tavassa oli ensinnäkin se, että väestöstä tehtiin hallinnoin kohde, ja että poliittinen taloustiede sisällytettiin hallinnointiin. Tämä tarkoitti sitä, että hallitakseen kunnolla, eli siis turvatakseen väestön onnellisuus ja hyvinvointi,

---

<sup>30</sup> Dean (1999, 17) esittää, että itsen hallinnassa on erotettavissa neljä eri puolta. Ensinnäkin on kyse ontologiasta, siis siitä, mitä on määrä hallita tai mikä on hallittu tai eettinen substanssi, todellisuus. Toiseksi on tarkasteltava, miten hallinnoimme tätä todellisuutta. Mitä on se hallinnallinen tai eettinen työ, jota hallinnan aikaansaamiseksi tehdään. Onko kyse esimerkiksi asioiden hallinnoimisesta tai normalisoinnista? Kolmanneksi itsen hallinnoimisessa on tarkasteltava deontologisia kysymyksiä siitä, keitä me olemme, kun meitä hallinnoidaan tietyin tavoin, mitä ovat hallitut tai eettiset subjektit. Neljänneksi on teleologinen ulottuvuus, jossa pyritään selittämään, miksi me hallitsemme tai olemme hallittuja. Mikä siis on hallinnan päämäärä tai millaisen maailman toivomme luovan hallinnalla? Mitkä on hallinnallisten tai eettisten käytäntöjen päämääriä?

<sup>31</sup> Itsen hallinnan (minätekniikat) ja muiden hallinnan lisäksi on kyse siitä tavasta, jolla ihmiset ovat tulleet käsittämään itsensä yhteiskuntana, sosiaalisen kokonaisuuden osana, kansakunnan tai valtion osana. Näitä tapoja Foucault kutsuu yksilön poliittisiksi teknologioiksi. Nämä teknologiat ovat tulleet täydentämään poliittisten rationaalien ja hallintatekniikoiden rinnalle hallintamentaliteetin idean mukaista hallintaa. (Dean 1995, 559–561, Hänninen & Karjalainen 1997, 10–11 & Lemke 2001, 191.)

<sup>32</sup> Tällä Foucault tarkoittaa niitä Länsi-Euroopan yhteiskuntia varhaismodernilla kaudella, joissa valtion hallinnan taidosta tuli keskeinen toiminta, ja jolloin ihmis- ja sosiaalitieteiden tiedon muodot ja tekniikat alkoivat sisältyä hallintaan (Dean 1999, 19.)

hallinnon tuli tapahtua talouden oppien välityksellä. Lisäksi hallinnan itsensä tuli olla taloudellista niin fiskaalisesti kuin vallan käytön osalta. (Dean 1999, 19.)

Toinen olennainen hallinnan tavan muutos oli sen suhteen muuttuminen muihin vallan muotoihin, erityisesti suvereniteettiin<sup>33</sup> ja kuriin. Hallintamentaliteetti hyödyntää tekniikoita, rationaalisuuksia ja instituutioita, jotka ovat ominaisia suvereniteetille ja kurille, mutta poikkeaa kuitenkin niistä, ja pyrkii uudelleen muotoilemaan niitä. Toisin kuin kurinpidollinen valta, joka keskittyy yksilöiden säätelyyn esimerkiksi koulusysteemin tai sotavoimien avulla tietyn alueen sisällä, hallintamentaliteetti pitää hallinnan kohteita paremminkin väestön jäsenenä, voimavaroina, joita tulee kasvattaa ja vaalia sekä käyttää optimaalisesti. (Dean 1999, 19–20.)

Kolmanneksi uudessa hallinnan tavassa väestö on sidottu niin sanottuun turvallisuuskoneistoon (*apparatuses of security*), joka ei ainoastaan koostu sotilaallisista voimista ja poliisista, vaan se pitää sisällään myös terveydellisen, koulutuksellisen ja sosiaalisen hyvinvointisysteemit sekä kansantalouden hallinnon mekanismit. Näiden avulla se yrittää turvata väestön hyvinvointia. Hallinnan taito onkin siten väestöstä huolehtimista ja sen ominaisuuksien, kuten hyvinvoinnin, terveyden, onnellisuuden ja tehokkuuden, optimointia. Neljänneksi hallintamentaliteetissa hallinnan tapana on kyse pitkästä historiallisesta prosessista, jota Foucault on kutsunut valtion hallinnallistumiseksi (*governmentalization of state*). Tämä termi sisältää kuvaavimman hallinnan järjen, liberalismiin, erittelyn sekä hallinnan järjen suhdetta ei ainoastaan suvereniteettiin vaan myös johtamisen välttämättömyyteen optimoidakseen väestön terveyttä ja hyvinvointia. Tätä prosessia on kutsuttu myös biopolitiikaksi. (Dean 1999, 20, lainaten Foucault' a.)

Hallintamentaliteetin käsite on siis koko genealogisen tutkimusperinteen perusta. Helén pyrki tapahtuman ja problematisoinnin käsitteiden kautta selkiyttämään sitä, miten genealogiaa tulisi käyttää kritiikkinä. Rose (1999, 276–277) on puolestaan esittänyt, että analysointi – käyttäen genealogiaa kritiikkinä – ei ole etsiä piilotettua yhtenäisyyttä tästä kompleksisestä monimuotoisuudesta, vaan paremminkin

---

<sup>33</sup> Suvereenilla vallalla käsitetään valta, jota harjoitetaan valtion lainsäädännöllisten ja toimeenpanevien elimien kautta, kun taas kurin juuret ovat monarkian, sotilasvoimien ja koulutuksellisissa käytännöissä, ja se koskee vallankäyttöä yksilön yläpuolella ja kautta (Dean 1999, 19.)

päinvastoin. Analysoitaessa tulee paljastaa totuuksien historia ja sattumanvaraisuus, jotka määrittävät ja rajaavat nykyisiä tapojamme ymmärtää itsemme niin yksittäin kuin kollektiivisesti, sekä ne ohjelmat ja menettelytavat, jotka on rakennettu hallinnoimaan meitä. Tämän tekemällä on mahdollista häiritä ja horjuttaa regiimejä, osoittaa joitakin rakenteiden heikkoja kohtia nykyisyydessämme, missä ajatus itsessään saattaa merkitä muutosta.

Tavoiteltaessa nykyaikaisen hyvinvointiyhteiskunnan aktiivisuutta erityisesti yhteisöjen – tai kuten Suomessa kuntien ja alueiden – tasolla törmätään ongelmaan kansalaisten todellisista mahdollisuuksista ja kyvyistä osallistua heitä itseään koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Hallinnolliset pyrkimykset kuitenkin usein ohittavat tämän kansalaisten tai ryhmien hylkäämiseen tai ulossulkemiseen liittyvän ongelman retoriikallaan. Tämän voisi ajatella olevan yksi keskeinen nykyaikaa kuvaava elementti, joka kuvaa nykyisen kansanterveystyön ja laajemmin koko julkisen sektorin hallintatavan muutoksia. Nykyisen hallintatavan juuret ovat Suomessa yhtäältä köyhäinhoitojärjestelmän synnyssä ja toisaalta laajemmin biopolitiikan synnyssä. Näiden kahden tekijän yhteenliittymistä suomalaisessa yhteiskunnassa kuvata siksi tapahtumaksi tai käännekohtaksi, joka määrittää terveydenhuollon nykyistä hallinnantapaa. Edellä olevasta voimme päätellä, että tämä tapahtui jo ennen itsenäisen Suomen syntyä 1800-luvun loppupuolella, ja siten siis jo paljon ennen ajanjaksoa, johon tämä tutkimus keskittyy. Tällä tapahtumalla on kuitenkin ollut ratkaiseva merkitys nykyisen kansanterveystyömme hallinnoinnin kehitykseen.

### 3.2. Terveyspolitiikka hallintana – liberaalista uusliberaaliin hallinnantapaan

Kansanterveystyö on osa laajempaa terveystalitiikkaa. Terveystalitiikka – ja siten myös sen osa-alueet – ovat omalta osaltaan hallintaa tai tarkemmin terveystalitiikka ja sen eri osa-alueet muodostavat yhdessä ja erikseen hallinnan käytännön regiimin<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Regiimit pitävät sisällään lukuisia ongelmia mutta myös toimijoita ja asiantuntijoita, jotka eivät välttämättä ole millään tavoin yhtenäisiä. Kaikkia niitä kuitenkin yhdisti 1800-luvun lopusta lähtien

Lisäksi terveystalitiikka käytännön regiiminä lainaa ja hylkää muiden regiimien periaatteita ja käytäntöjä. Terveystalitiikan muutosta voi kuvailla puolestaan sen sisäisten diskurssien – diskurssilla viittaa tässä yhteydessä puhetaojen ja käytäntöjen muodostamaan kokonaisuuteen – kamppailuna, jotka kuitenkin saattavat olla tunnistettavissa myös muissa hallinnan käytännön regiimeissä. Nämä jaetut diskurssit yhdessä kuvaavat terveystalitiikan muutosta, jota voisi kutsua liberaalista hallinnasta uusliberaaliin hallinnan tapaan. Sosiaaliliberaalin hallintatavan ideaalia edustaa tässä tutkimuksessa hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssi ja uusliberaalin hallintatavan ideaalia puolestaan uuden kansanterveyden diskurssi.

### 3.2.1 Terveystalitiikan epämääräisyys

Osbornen (1997, 179) mukaan terveystalitiikka on perustaltaan epämääräistä. Ensinnäkin ideat terveydestä ja valtiomiestäidosta<sup>35</sup> osoittavat ongelmaksi sen, että on yksinkertaisesti mahdotonta perustaa ehdotonta oikeutta terveyteen. Tämä johtuu siitä, että vaikuttaakseen terveyteen, sen täytyy perustua biologiseen käsitykseen, siis kaiken suoran politiikan vastuualueen ulkopuolelle. Siten, terveyden täytyy olla – ainakin osittain – kohtalon asia, eikä se voi olla seurausta oikeudesta terveyteen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että terveystalitiikkaa ei voi olla olemassa, vaan että terveys ei voi olla suoraan kansalaisuuden aspekti, vaan ainoastaan epäsuorasti. Toisin sanoen, hallitukset voivat parhaimmillaan tarjota olosuhteet, kuten terveydenhuollon ammattilaiset, sairaalajärjestelmän, viemärijärjestelmän tai sosiaaliturvan, jotka laittavat väestön eri osat enemmän tai vähemmän tasa-arvoiseen lähtökohtaan

---

1900-luvun puoliväliin saakka se, että yleinen sanasto pyrki näiden ongelmien koodaamiseen koko yhteiskuntaa koskeviksi huolenaiheiksi. Tämä sanasto siis pyrki löytämään keinoja muuttaa erityinen, henkilökohtainen ja yksityinen yleiseksi, julkiseksi ja sosiaaliseksi. Se myös pyrki sijoittamaan lain sekä subjektin oikeuksineen ja vastuullisuuksineen vain yhdeksi alueeksi sitä suuremman ja perusteellisemmän yhteiskunnan kehitymisessä. Se myös edisti erilaisten tieteenalojen, kuten kansanterveystieteen tai sosiologian, perustamisen yliopistoihin ja tutkimuslaitoksiin. Nämä eri tieteenalat mahdollistivat ymmärtämään niitä edeltäneet kehityskulut osaksi suurta yhtenäistä prosessia, jotka huipentuivat erityiseen kansallisen hallinnan muotoon eli hyvinvointivaltioon. (Dean 1999, 129.)

<sup>35</sup> Osborne (1997, 178) viittaa La Bergeen, jonka mukaan ennen Ranskan vallankumousta ja sen aikana vahvistui käsitys luonnollisesta oikeudesta terveyteen. Siten, jos hallitukset perustettiin suojaamaan luonnollisia oikeuksia, tuli valtion velvollisuudeksi taata kansanterveys. Osbornen mukaan näkemyksessä oli kyse myös terveyden ja valtiomiestäidon keskinäisestä suhteesta: toisen lisäämisestä seurasi että myös toinen kasvoi. Foucault'n (Grego 2004, 2-3) mukaan keskustelu oikeudesta terveyteen tuli keskeiseksi toisen maailman sodan jälkeen. Beveridgen raportti oli hänen mukaansa symbolisesti suunnanmuutos näkemykselle väestöstä valtion voimavarana: käänös koski näkemystä, jonka mukaan ajattelusta terveiden yksilöiden olemassa olosta valtion etua varten siirryttiin ajatukseen siitä, että valtion tulisi olla olemassa edistääkseen yksilöiden terveyttä. (Grego 2004, 2-3.)

terveyden muutosten suhteen. Hallitukset voivat myös maksaa asiantuntijoille, jotta nämä yrittävät parantaa sairauksia, joita väestöllä esiintyy. Ne eivät kuitenkaan voi taata terveyttä sellaisenaan. (Osborne 1997, 179.)

Toinen ulottuvuus terveystalitiikan epämääräisyydestä johtuu siitä, että terveys on pohjimmiltaan negatiivinen tila: kun ihminen on terve, hän on tietämätön terveyteen tai sairasteluun liittyvistä ongelmista. Voimme siis tuntea terveyden vain sen poissaolon kautta. Terveyttä ei voi nimetä minkään sellaisen mukaan, joka on määritelty ”normaaliksi”, vaan normatiivisuuden avulla. Normatiivisuus tarkoittaa tässä kykyä panna alulle uusia normeja ihmisen ympäristössä. Ihminen puolestaan tuntee itsensä terveeksi ainoastaan silloin, kun hän kokee olevansa enemmän kuin normaali, siis silloin kun hän omaksunut ympäristön ja sen vaatimukset ja on kyvykäs seuraamaan näitä uusia normeja. (Osborne 1997, 179 viitaten Canguilhemiin.)

Terveys ei siis ole ehdoton käsite, vaan pohjimmiltaan epämääräinen, suhteellinen ja joustava. On mahdollista perustaa järjestelmiä torjumaan ehkäistäviä sairauksia tai järjestelmiä parantamaan olemassa olevia sairauksia, mutta siinä sivussa terveyden ihanteen perustaminen ei ole mahdollista, vaikka kaikki tunnetut sairaudet voitaisiinkin hävittää. Näin siksi, että jokainen terveyttä vaaliva järjestely laajentaa terveyden alaa, kunnes jopa kuolema – tai ehkä jopa elämä itse – tulee miellettyksi sairastelun muotona. Tällä on tärkeä seuraus. Se tarkoittaa, että sellaista hallinnointia ei voi koskaan olla, jonka päämäärä olisi yksinkertaisesti terveys. Hirschman (Osborne 1997, 180, lainannut Jacob 1988) on puhunut pettymyksen mekanismeista (mechanisms of disappointment) tarkoittaessaan, että asiat, jotka ennen olivat nautintoja, muuttuvat pian vain joko mukavuuksiksi tai välttämättömyyksiksi. Voisikin ajatella, että ne asiat, jotka otamme nykyään itsestään selvyyksinä terveystalitiikassa – kuten viemärijärjestelmä tai juomavesi, olivat aikoinaan terveystalitiikan puolia, ja niistä on nyt tullut sosiaali- tai ympäristöpolitiikan teknisiä kohteita. Foucault'n mukaan kyse on siitä, että jokaisen aikakauden hallinnointi tavoittelee terveyttä, joka kuitenkin aina pysyttelee saavuttamattomissa jättäen taakseen ainoastaan tekniset ongelmat ja kiistelyt resurssien jaosta. On siten kyse rajattomista vaatimuksista ja rajallisesta järjestelmästä. (Osborne 1997, 179–180.)



Huomiota terveyden käsitteen joustavuudesta ja epämääräisyydestä on käytetty aina silloin tällöin poliittisen oikeiston argumenteissa terveydenhuollon säästötoimien puolesta. On kuitenkin huomattava, että terveyden käsite ei ole välttämättä suhteessa oikeistoon, vaan sen epämääräisyys on jotain, jonka kanssa meidän on eletävä tai jopa puolustettava. Joustavuus vain ilmentää, että terveyttä ei voi yhdistää normaaliuteen, vaan ainoastaan normatiivisuuteen, kykyyn omaksua uusia normeja<sup>36</sup>. (Osborne 1997, 180.)

Terveyspolitiikka ilmentää elämän normatiivisuutta koskevia huolia. Sillä voidaan ajatella olevan jonkinlaisia välillisiä tai teknologisia puolia. Ennemmin kuin nähdä terveyspolitiikka jonkinlaisena historiallisena jatkumona, voisi olla parempi keskittyä terveyden teknologioiden moninaisuuteen – siis terveyspolitiikan eri keinoihin, projekteihin ja suunnitelmiin – joiden kautta mahdoton unelma terveestä väestöstä on tehty toteutumisen kohteeksi. Tämä ei olisi kysymys terveyspolitiikan kätkeytyjen merkityksen osoittamisesta ja siihen tyytymisestä, vaan kysymys problematisoinnin historiasta terveyden teknologioissa sekä yrityksestä kytkeä nämä teknologiat laajempiin hallinnan poliittisiin rationaalisuuksiin. (Osborne 1997, 181.)

Osbornen (1997, 181) mukaan on olemassa ainakin kaksi terveyspolitiikan järkeä, jotka ovat olennaisia terveyspolitiikan epämääräisyyden tarkastelussa. Ensimmäinen, liberalismi, etsii terveydestä jonkinlaista naturalismia, ja toinen, uusliberalismi, jonkinlaista konstruktivismia. Gordonin (Dean 1997, 181) mukaan terveyden liberaali hallinta<sup>37</sup> ei pyri vaikuttamaan suoraan – vaan epäsuoraan – terveyteen muokkaamalla

---

<sup>36</sup> Osbornen mukaan voidaan vain pohtia, mitä poliittisia seuraamuksia tulisi terveyden käsitteen muuttumisesta valtion ihanteeksi ja ehdottomaksi oikeudeksi. Ajatuksesta terveydestä kansalaisen oikeutena voisi siirtyä nopeasti ajatukseen terveydestä myös kansalaisen velvollisuutena. Tämän kaltaista totaalisuutta oli taustalla esimerkiksi natsismissa. Totaaliset menettelytavat näyttäisivät kuitenkin rakentamisen sijasta heikentävän käsitystä terveydestä, sillä ne korvaisivat tietyt normatiivisuuden huolet normalisoivien normien asettamisen projekteilla. Tällöin kyse ei olisi enää terveyspolitiikasta, joka normalisoi normatiivisuuden nimeen, vaan joka normalisoi normien nimeen. (Osborne 1997, 180–181.)

<sup>37</sup> Liberaalin hallinnon järki on riippuvainen väestöllisten, taloudellisten ja yhteiskunnallisten prosessien hallinnasta. Se pyrkii esittelemään liberaalin turvallisuuden ongelman näiden ”ei-poliittisten” prosessien turvallisuutena, mistä hallinta on riippuvaista, ja se myös uudelleen muotoilee lain roolia. Liberaalissa hallinnossa lakia ei enää pelkästään ymmärretä suvereniteetin välineenä, vaan ennemminkin osana liberaalin hallinnan teknologiaa. Laki ei ole Deanin mukaan välttämätön liberaalille hallinnalle, ja siten sen rooli onkin lähempänä normia. Tämä puolestaan ei olisi mahdollistunut ilman biopoliittista alaa. (Dean 1999, 113.)

turvallisuuden tekniikoita ympäristöstä käsin. Uusliberalismi puolestaan keskittyy suoraan terveyteen antamalla terveysihanteelle korvikearvoja, jotka tuovat mukanaan jonkinlaisen kohteiden ja päämäärien rakennelman tarkoituksenaan tuoda strategisesti rajoitettuja tavoitteita. Yhteistä näille rationaalisuuksille on, että ne molemmat ovat keinoja käsitteellistää terveyspolitiikan teknologista puolta. Niiden avulla tehtävät määrittelyt ovat lähinnä abstrakteja, ei empiiriseen huomiointiin perustuvia. Siten liberalismia ja uusliberalismia voidaan parhaiten pitää käsitteinä, joilla määrittää todellisuutta kuin ajatella niiden olevan todellisuuksia, joiden mukaan meidän tulisi muodostaa käsitteemme. (Osborne 1997, 181–182.)

### 3.2.2 Uusliberaali hallinnantapa

Tutkittaessa terveyspolitiikan todellisuutta – erityisesti anglosaksissa maissa – voidaan havaita muutos, jota kuvaa nykyään liberaalin – tai sosiaaliliberaalin – ainakin osittainen korvautuminen uusliberaalilla hallinnan tavalla. Muutoksen perustana on ollut se, että liberaali käsitys terveyspolitiikasta on kohdannut vastustusta. Suurin ongelma liittyi määrittelyyn, mitä lasketaan, tai ei lasketa, epäsuoraksi terveyden teknologiaksi<sup>38</sup>. Mihin asettaa hallinnan rajat? Mikä on vastuullista hallintaa suhteessa näihin rajoihin? Liberaalia terveyden käsitystä on myös kritisoitu sen keskittymisestä ensisijaisesti sairauksien parantamiseen tähtäävään politiikkaan. Se on suhtautunut epäillen sosiaalistuneen (socialised) – siis julkisrahoitteiseen palvelujärjestelmään painottuvan – terveyspolitiikan kannattamiin ennakoiviin terveyttä koskeviin toimenpiteisiin, sillä niiden nähtiin olevan hallinnan vastuualueen liiallista laajenemista. Osbornen mukaan ei ole syytä nähdä näiden kahden suuntauksen välillä radikaalia epäjatkuvuutta, mutta on huomioitava, että sosiaalistunut versio – ja sen ajama palvelujärjestelmä – painaa liberaalin terveyskäsitteksen sen rajoilleen kohti järjestelmää, jossa hallitus itse asiassa ottaa

---

<sup>38</sup> Kant (Osborne 1997, 182) tutki lääketiedettä tieteenalana, ja sen suhdetta hallinnointiin. Hän esitti, että hallinnalla tulisi olla kontrolloiva päätösvalta, ja filosofiassa – olettaen, että filosofia koskee puolueetonta totuuden järjestelmää – hallinnan tulisi pidättäytyä kokonaan interventioista. Valtiossa väestön terveys on kuitenkin hallinnan piiriin kuuluva kysymys, ja lisäksi terveysjärjestelyt ovat myös sidoksissa totuuden tavoitteluun, koskien väestön ja ruumiin normeja, ja siten niiden pitäisi olla poliittisen välinpitämättömyyden asioita hallinnan osalta. Kantin ratkaisu tähän oli esittää lääketiede jonkinlaisena keskitason teknologiana, joka on olemassa valtion piirin ja totuuden puolueettomuuden välissä. Tästä johtuen, valtion ei täydy määrätä terveyden normeja hallinnan intressien mukaisesti, vaan säädellä totuudentuotantoa hallitsemalla ei terveyttä itseään, vaan niitä, jotka ovat valtuutettu puhumaan terveyden puolesta, siis lääketieteen ammattilaisia. Voidaankin ajatella, että hallinnan liberaalit mallit ohjaavat aina tietyn etäisyyden päästä.

vastuuta kansalaistensa terveydestä. Sosiaalistuneen terveyspolitiikan logiikka puolestaan voi johtaa kahteen eri suuntaan: joko liberalismiin ulottumattomiin kohti todella sosiaalistuneeseen palvelujärjestelmään – kuten sosialistiseen – tai kuten Britanniassa ja monissa muissa anglosaksisissa maissa on käynyt, liberalismista pois päin uusliberalismiin. (Osborne 1997, 184–185.)

Huolimatta siitä, että uusliberalistinen hallinnan logiikka pyrkii pois päin liberalismista, niillä molemmilla on sama alkukohta. Uusliberalismi lähtee samasta ongelmasta kuin liberalismi, mutta poikkeaa siinä, kuinka se problematisoi ongelman. Molemmat siis lähtevät sisäisestä oletuksesta terveyspolitiikan epämääräisyydestä. Toisin kuitenkin kuin liberalismi, joka olettaa terveyden syntyvän ikään kuin epäsuorien teknologioiden sivutuotteena, uusliberalismissa pyritään mahdollisimman suoriin terveyttä edistäviin teknologioihin. Hallinnan järkevyyden pohjimmiltaan siten enemmän strategista kuin luonnollista. Uusliberalismi olettaa, että on olemassa korvaavia muuttujia, joilla voi mitata terveyden muuten abstraktia olemusta, ja pyrkii ennen kaikkea määrällistämään hallinnan kohteita. Vastineeksi terveyspolitiikan epämääräisyyteen, uusliberalismi muodostaa mahdollisuuden politiikan tarkasti rajattuun määrittämiseen. (Osborne 1997, 185.)

Uusliberalismi hylkää näkemyksen terveydestä absoluuttisena ja valitsee sen sijaan määrittäviä strategioita, kohteita ja yksityiskohtia. On olemassa kaksi ilmiötä, jotka kuvaavat uusliberalistista versiota terveyspolitiikasta. Ensinnäkin, uusliberalistisen hallinnan kieli keskittyy tarkkoihin rajattujen ja kohdennettujen interventioiden erittelyyn. Esimerkiksi Britanniassa kansanterveyttä käsittelevässä raportissa (*The Health of the Nation*) esiteltiin ennaltaehkäisevien kohteiden muodostamista viidellä rajatulla alueella, joita olivat sydänsairaudet ja aivohalvaus, syövät, psyykkiset sairaudet, seksuaaliterveys ja tapaturmat, sekä elämäntapoihin liittyvät sairaudet. Tämänkaltaiset strategiset lähestymistavat ovat oikeastaan vain täydennyksiä sarjalle teknologioita (luokkataulukot, tarkastuslaskennat, kliiniset kokeet, arvioidut elinikäodotteet jne.), joilla välineellistää terveyspolitiikka. (Osborne 1997, 185.)

Toinen ilmiö on koko järjestelmän kautta toimiva, ja sitä kannustava ja säätelevä, vastuullistaminen. Se ei tarkoita ainoastaan, että ihmisistä on tehty vastuullisia omasta terveydestään, mikä saattaisi merkitä uhrien syntymistä. Ennemmin on kyse

vastuullistamisen periaatteesta, joka on lävistänyt koko järjestelmän antaen sille yhtenäisyyttä toiminnan periaatteena. Siten johtajista on tullut vastuullisia johtamaan sairaaloita kuin yritystä, yleislääkäreistä on tullut vastuullisia johtamaan ja budjetoimaan vastaanottojaan, ja potilaista (ja potentiaalisista potilaista) on tullut vastuullisia olemaan oman terveytensä harjoittajia. Koska terveys ei ole absoluuttinen arvo, uusliberalismi yrittää rakentaa jonkinlaisen läsnä olevan logiikan mukaisesti, joka koskee korvaavien terveysarvojen esioletusta: kohteita asetetaan, markkinavaihdot valtaavat alaa, suorituksia tarkkaillaan, onnistumisia ja epäonnistumisia mitataan, uusia kohteita asetetaan, uudet markkinavaihdot valtaavat alaa jne. (Osborne 1997, 186.)

Terveyden tavoittelussa ja terveyseroissa ongelmana ei ole terveyspolitiikan epäonnistuminen. Ei ole myöskään kyse, ettei terveyden eteen voitaisi toimia. Meidän tulee kuitenkin olla varovaisia, miten kritisoidaan terveyspolitiikan hallitsevia piirteitä. Esimerkiksi uusliberalistisen hallinnan logiikkaa on arvosteltu laajasti viime aikoina, mihin liittyen Osborne (1997, 186) haluaa huomioda kaksi seikkaa. Ensinnäkin, olisi virhe pitää uusliberalistista lähestymistapaa terveyspolitiikkaan vain oikeiston yksinoikeutena, vaikka näin on ollut kyse monissa maissa. Yksi uusliberalismin piirteistä on paremminkin ollut sen taipumus luoda yhteistyötä ja liittoutumia läpi koko poliittisen kirjon. Toiseksi, usein vasemmistosta lähtöisin oleva kritiikki uusliberalistista terveyspolitiikkaa kohtaa usein epäonnistuu huomioimasta uusliberalismin yhtenäisyyttä tai vähintään omaperäisyyttä. Se ei myöskään huomioi, että uusliberalistinen terveyspolitiikka ei ala pelkästään vahingoniloisesta halusta vetää valtio takaisin ja perua rahoitusvelvollisuus<sup>39</sup>, vaan enemmän tai vähemmän oikeutetusta näkemyksestä siitä, että sellaista asiaa kuin absoluuttinen oikeus terveyteen ei voi olla olemassa. (Osborne 1997, 186.)

Loppujen lopuksi terveysjärjestelyjen arvioinnissa tulisi ehkä keskittyä siihen, onko järjestelmä vetäytymässä Hirschmanin edellä esitellystä ajatuksesta nautinnoista mukavuuksiin tai välttämättömyyksiin päivänvastaiseen suuntaan. Jos voidaan osoittaa,

---

<sup>39</sup> Uusliberaalin hallintamentaaliteetin yhdeksi hallintateknikaksi voi tulkita valtion roolin pienentämisen vaatimuksen. Tämän uusliberaalin ajattelutavan vaatimusten mukaisesti hyvinvointivaltion interventioita ihmisten elämään erilaisin poliittisin keinoin tulisi vähentää, ja samalla valtio menettäisi sääntelyn ja kontrolloinnin valtaa suhteessa yksilöihin tai paremminkin valta siirtyisi valtiolta vastuullisille ja rationaalisille yksilöille. (Lemke 2001, 201–202.)

että uusliberalistiset politiikat ovat tehneet hyödykkeistä, jotka olivat välttämättömyyksiä, jälleen vain nautinnon kysymyksiä tai etuoikeuksia, niin voidaan sanoa, että terveystaloustieteet ovat tehneet eräänlaisen täyskäännöksen. Tällaisessa tilanteessa terveystaloustieteen voisi ajatella johtavan jonkinlaiseen suvaitsemattomuuden tilaan. (Osborne 1997, 187.)

Onko terveystaloustieteen yleisestä mahdottomuudesta sitten poispääsyä? Osbornen (1997, 187) mukaan paras tapa olisi ehkä pohtia uudelleen terveyttä arvona. Hän esittää, että Britanniassa 1980-luvulta lähtien julkaistuissa raporteissa (Black Report) esitettiin laajalle levinneitä ja perustavanlaatuisia epätasa-arvoisuuksia väestön terveydessä. Erojen ei kuitenkaan nähty johtuvan tarkasti ottaen terveyden piiriin lukeutuvista seikoista, vaan paremminkin laajemmista tekijöistä, kuten talouden hoidosta, sosiaalisesta hyvinvoinnista ja etuisuuksien järjestämisestä (ks. myös Ashton & Seymour 1988, 11–13 ja Rahkonen & Lahelma 2005, 284–286). Tässä mielessä voisikin ajatella, että väestön terveyden mieltämiseen arvona keskittyminen on jonkinlaista harhautusta. Olennaista saattaisikin siis olla keskittyminen laajempiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin.

### 3.3. Uusi kansanterveys

Uusliberalismi on vallan muoto, jossa on kyse vapauden tilan luomisesta, jotta subjektit voivat toimia tietyssä rajoitetussa itsenäisyydessä. Liberaali ja uusliberaali hallinnan järki perustuvat molemmat itsen hallintaan. Uusliberaali järki ei kuitenkaan ole kiinnittynyt ihmisluontoon sisältyvään itsen käyttäytymistä ohjaavaan toimintaan (esim. oman edun tavoitteluun), vaan tietoisesti kehitettyyn käyttäytymisen tyyliin. Rosen (Petersen 1997, 194) mukaan, vaikka asiantuntijoilla edelleenkin on ratkaiseva asema hallinnoinnissa, niin asiantuntijuuden auktoriteetti on lisääntyvästi erotettu poliittisen vallan käytön koneistosta ja sijoitettu markkinoille, joilla hallinta tapahtuu kilpailun, vastuuvollisuuden ja kuluttajan kysynnän järjen mukaisesti. Petersen (1997, 194) esittää, että tämä yksilön itsen hallintaan ja itsestä huolehtimisen vaatimus on myös heijastunut niin kutsutun *uuden kansanterveyden* mukaisissa terveystaloustieteen strategioissa. Hän jatkaa, että 1970-luvun puolesta välistä lähtien

on ollut havaittavissa ideologinen muutos, jossa käsityksestä valtion suojeluvastuusta yksilöiden terveydestä, on siirrytty ajatukseen yksilöiden omasta vastuusta suojella itseään riskeiltä. (Petersen 1997, 194.)

Petersen ja Lupton (1996, 2) esittävät, että uusi kansanterveys viittaa ”vanhan kansanterveys<sup>40</sup>” projektin uudelleen keksimiseen ja jonkinasteiseen jatkumiseen. Perinteisesti kansanterveyden tarkastelun keskiössä on ollut enemmän väestön terveydentila kuin yksilön. Se on yhdistelmä tieteitä, käytännön taitoja sekä uskomuksia, jotka on kohdistettu edistämään ja parantamaan kaikkien ihmisten terveyttä. Se on myös organisaatio, jonka avulla niin paikalliset, valtiolliset, kansalliset kuin kansainvälisetkin resurssit kohdennetaan yhteisöjä koskettaviin merkittäviin terveysongelmiin. Se viittaa myös joukkoon asiantuntijoita ja instituutioita, jotka ovat vastuussa väestön terveyden mittaamisesta, seurannasta, säätelystä ja parantamisesta. Joskus sillä tarkoitetaan myös julkisen sektorin toimintaa, ja siten niihin terveydenhuollon muotoihin, jotka eivät ole tarjottu yksityisestä sektorista käsin. Joskus siihen on puolestaan sisällytetty myös kolmannen sektorin toiminta. Olennaisinta kansanterveydessä on kuitenkin ollut sen keskittyminen väestöön. (Petersen & Lupton 1996, 2-4.)

Uudella kansanterveydellä tarkoitetaan lähestymistapaa, joka tuo yhteen ympäristön muutokset ja henkilökohtaiset ennalta ehkäisevät toimenpiteet yhdistettynä sopiviin terapeuttisiin interventioihin, erityisesti kohdennettuina vanhuksiin ja vajaakuntoisiin. Huomionarvoista siinä on se, että se menee ihmisbiologian ulkopuolelle ja huomioi terveysongelmien sosiaalisen ulottuvuuden. Terveysongelmat puolestaan ovat seurausta tietynlaisista elämäntyyleistä<sup>41</sup>. Sosiaalisen ulottuvuuden huomioimalla se

---

<sup>40</sup> Vanhalla kansanterveydellä tarkoitetaan 1800-luvun kansanterveyttä liikkeenä, joka perustui teoriaan tautien ja sairauksien kontrolloimisesta, ja joka ilmaantui samaan aikaan kuin massiivinen laajeneminen Euroopan kaupungeissa, jonka seurauksena syntyivät työläisväestö ja uudet sosiaaliset ongelmat. Vanha kansanterveys keskittyi siten ensisijaisesti huonojen elinolosuhteiden parantamiseen, ja siten se painottui alkuvaiheessaan tulehdussairauksiin, joiden seurauksena kuolleisuus oli korkea. Vasta 1940-luvun Britanniassa alettiin ensi kerran keskittyä muihin kuin tulehdussairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja syöpään. Tämä loi pohjan nykyiselle uudelle kansanterveydelle, erityisesti painotus ennalta ehkäisyyn. (Petersen & Lupton 1996, 2.)

<sup>41</sup> 1970-luvun puolesta välistä lähtien on ollut havaittavissa räjähdysmäinen tiedon ja toimintojen kasvu liittyen erityisesti väestön terveydentilaan. Huoli väestön terveydentilasta on ilmennyt ehkä selkeimmin huomioissa ihmisten elämäntapoihin, kuten ruokavalioon tai liikuntaan, liittyvissä kysymyksissä. Samalla on kasvanut uusi riskitietoisuus. (Petersen & Lupton 1996, 1.)

pyrkii välttämään syyllistämisen (blaming the victim) ansan. Monet terveysongelmat ovat siksi nähty paremminkin sosiaalisina kuin yksistään yksilöllisinä ongelmina. Taustanaan niissä on kuitenkin konkreettisia paikallisia tai kansallisia yhteiskuntapolitiikan ongelmia ja nämä terveyttä edistävät toimintapolitiikat (healthy public policy) tukevat terveyden edistämistä. Uudessa kansanterveydessä ympäristö on niin sosiaalinen ja psykologinen kuin fyysinenkin. (Petersen & Lupton 1996, 4.)

Ympäristön lisäksi myös kansalaisuus on keskeinen käsite uudelle kansanterveydelle. Helén ja Jauho (2003, 13–15) esittävät, että terveyskansalaisuuden käsite tarjoaa näkökulma, ”josta nykyaikaisen terveydenhuollon politisoituminen sekä kansallis- ja sosiaalivaltion muodostuminen näyttäytyvät uudessa valossa ja tiivistä toisiinsa kietoutuneina kehityskulkuina.” Terveyskansalaisuuden voi määritellä kansakuntaan kuulumisen ja oikeuksien kautta. Kansalaistamisen tarkoituksena oli saattaa yksilö terveydenhuollon nimissä kansakunnan osaksi. Pyrkimys kohentaa ja ylläpitää elinvoimaisuuttaan sekä huolehtia terveydestään oli yksilön velvollisuus kansakuntaa kohtaan, mikä oli puolestaan valtion edun kannalta tärkeää. Toisaalta jotkut yksilöt olivat vajaakuntoisia, jolloin heidän voitiin ajatella olevan vähemmän elinvoimaisia, ja siten vähemmän kansalaisia. Vajaakuntoisia ei kuitenkaan suljettu yhteiskunnan ulkopuolelle, vaan heidät asetettiin hoidon, huolenpidon ja valvonnan piiriin. Helén ja Jauho esittävät, että terveyskansalaisuutta voidaan ajatella jatkumona, jossa yksilö on enemmän tai vähemmän kansalainen. Terveyskansalaisuuden alkupuolella oikeudet olivat toissijaisempia, vaikka ajattelu oikeuksista riittäviin terveyspalveluihin olikin jo näkyvissä.

”Oikeus terveyteen nousi keskeiseksi terveystalitiikkaa ohjaavaksi periaatteeksi samaan aikaan kun huomio yksilöiden elämäntapaan, terveyskäyttäytymiseen ja riskitekijöihin vahvistui.” Myös terveyden yhteiskunnallisuus – siis siihen liittyvät oikeudet, velvollisuudet, vastuu ja tavoitteet – on yksilöllistynyt. Tämä tarkoittaa, että terveydenhoito ei enää liitä kansalaisia enää ensisijaisesti kansaan vaan omaan terveyteen, itseän. (Helén & Jauho 2003, 27.) Kansanterveysajattelun muutokset eivät ole kuitenkaan merkinneet, että terveydelle uhkaksi miellettyjen ihmisten, asioiden ja olosuhteiden yhteiskunnallinen kontrolli olisi kadonnut. Kansanterveyden hallinnoinnissa alaa ovat valloittaneet epäsuora väestöllinen valvonta ja sääätely, joita ohjaavat aiempaa kattavampi ja yksityiskohtaisempi väestön ja yksilön terveydentilaa

ja siihen vaikuttavia riskitekijöitä koskeva tiedonkeruu ja tutkimus. Samalla kontrollin kohde on muuttunut ”vaarallisista yksilöistä” yksilö- ja ryhmäkohtaisten riskien kontrollointiin. (emt., 28.)

Yhteiskunnallisilla muutoksilla ja erityisesti uusliberaalin ajattelutavan myötä loppuneella hyvinvointivaltion laajenemisella saattaa kuitenkin olla vaikutusta myös terveyskansalaisuuteen. Erityisesti kun kyse on terveyspalvelujen priorisoinnista. Helén ja Jauho (2003, 31) ovat huomioineet, että ”(v)aatimus priorisoinnista merkitsee epäsuorasti sen tunnustamista, ettei kaikilla välttämättä ole enää tasa-arvoista oikeutta terveyteen.” Terveystuotemenojen leikkaukset ovat aiheuttaneet sen, että on mahdollista, että jotkut kansalaiset ja marginaaliryhmät (esim. mielenterveysongelmaiset tai vanhukset) saattavat jäädä ilman asianmukaista hoitoa.

### 3.3.1. Terveystuotteen edistäminen ja riskiryhmien tuottaminen

Ympäristön laaja käsite uudessa kansanterveydessä on se tekijä, jolla erottelu terveellisten ja epäterveellisten väestöjen välillä häviää, kun kaikesta tulee potentiaalisia riskin lähteitä ja kaikkien voidaan nähdä olevan ”riskissä” (at risk), kuuluvan johonkin riskiryhmään. Nykyinen terveyden edistäminen käsittää sellaisia alueita kuten yhteisöjen kehittämisen, henkilökohtaisten taitojen kehittämisen, epäterveellisten tai vaarallisten tuotteiden mainostamisen kontrolloinnin, kaupunkialueen säätelyn (esim. Terveet Kaupungit projekti), interventiot työpaikoilla ja väestönsien valvonnan ja jaksottaiset seulontatutkimukset. Terveystuotteen edistämisen levittäytyminen näille alueille on moninkertaistanut ennalta ehkäisevien toimien paikkoja ja tuonut uusia riskissä olevien väestöryhmiä ja riskitilanteita. Castel (Petersen 1997, 195) lisää, että kaikki interventiot ja määräykset ovat johdettavissa ja oikeutettuja todennäköisyyksiin perustuvan laskelmoinnin pohjalta, sillä sen avulla epätoivottu käytös saadaan esiin ja siihen voidaan siten puuttua. (Petersen 1997, 195.)

Ottaen huomioon pyrkimysten laajuuden tunnistaa ja ohjata riskejä terveyden edistämässä, ei ole enää järkeä yrittää löytää, ketkä ovat uhreja tai ketkä ovat niitä, jotka syyttävät, sillä kaikista on oikeastaan tullut uhreja, ja terveyden edistäjien ei voida selkeästi nähdä suoraan puuttuvan, pakottavan tai rankaisevan yksilöitä. Terveystuotteen edistäjät toimivat niin sanotusti tietyltä etäisyydeltä edistämällä yhteistyötä



eri toimijoiden välillä (esim. sektorien välinen yhteistyö), yrittämällä vaikuttaa politiikan muutoksiin (terveyttä edistävä toimintapolitiikka, healthy public policy), edistämällä yhteisön aktiivisuutta (yhteisön kehitys) ja tekemällä yhteistyötä ympäristöliikkeiden kanssa (kestävä kehitys), Bunton (Petersen 1997, 195) esittää. Nykyiset terveyden edistäjät ovat olleet etulinjassa uudelleen organisoimassa sosiaalisia instituutioita sekä toteuttamassa erilaisia ja eritasoisia interventioita ja yhteistyön muotoja koskien sekä julkista että yksityistä sektoria tähtäimenään WHO:n päämäärän mukaisesti ”terveyttä kaikille”. Terveyden edistäjät ovat riskien tunnistamisen ja kontrolloinnin myötä ottaneet itselleen rooleja tietoa välittävinä asiantuntijoina, ohjelmien järjestelijöinä ja yhteisön kehittäjinä. He ovat auttaneet edistämään politiikan uutta käsitystä ja näkevät siten itsensä liittoutuvan uusien sosiaalisten liikkeiden kanssa huolenaan voimauttaa (empower) kansalaisia. (Petersen 1997, 195–196.)

Petersenin (1997, 196) mukaan Australiassa eri terveyden edistämisen päämäärien ja kohteiden toimeenpaneminen on osoittanut, miten riskien kuvaamisesta on tullut monimutkaista otettaessa lukuun sekä objektiiviset terveystekijät että subjektiiviset hyvinvoinnin mitat. Hän esittää, että vuonna 1993 päämäärät ja kohteet pyrittiin juurruttamaan laajempaan kansallisen terveystoiminnan kehikseen sekä kiinnittämään paikalleen prosessit, joilla valita alustavat keskittymisalueet toiminnalle. Päämääriä ja kohteita myös paranneltiin selkeänä tarkoituksenaan laajentaa toiminnan puitteita, asettaa paikalleen vastuullisuuden mekanismit ja valvoa edistystä sekä kytkeä terveysjärjestelmä terveyden edistämiseen. Tämä laajennettu terveystoiminnan kehys sisälsi yksityiskohtaisen mallin kuvata terveyden päämääriä ja kohteita, joilla ehkäistä kuolleisuutta ja sairastavuutta suhteessa eri erityisryhmiin, jotka olivat määritelty iän, sukupuolen, etnisyyden, sosio-ekonomisen aseman ja asuinpaikan mukaan. Se pyrki myös tunnistamaan elämäntapa- ja riskitekijöitä, henkilökohtaista tietämystä ja taitoja sekä ympäristöllisiä terveystekijöitä, jotka tarvitsivat toimintaa suhteessa jokaiseen tunnistettuun ehkäistävissä olevaan tilaan. Henkilökohtaisen tietämyksen ja osaamisen, sisältäen ”elämäntaidot”, jotka on kuvattu sinnikkyutenä ja pärjäämisinä, lisääminen terveyden edistämisen kehikseen vahvisti nykyistä merkittävyyttä ajatella yksilöä oman elämänsä yrittäjänä. Olennaista on siten, Australian terveystoimintaisten mukaan, yksilön kyky huolehtia itsestään sekä hänen pääsyyksiä

itse apuun ja sosiaaliseen tukeen, jotka ovat olennaisia tekijöitä hyvän terveyden saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. (Petersen 1997, 196.)

Ehkäisevien ohjelmien viimeaikaista keskittymistä terveyskäyttäytymisen sosiaalisiin tekijöihin ja ympäristöllisen puoleen on pidetty merkittävänä vaikuttajana siihen muutokseen, että säätelevien mekanismien määrä on tullut huomattavaksi eri julkisten ja yksityisten toimijoiden lisääntymisen seurauksena. Eri toimijat puolestaan pyrkivät valvomaan ja muokkaamaan sosiaalisia järjestelyjä ja yksilöllistä subjektiivisuutta. Selkeä huoli terveydestä ja oikeudenmukaisuudesta on tunnusomaista terveyttä edistävälle toimintapolitiikalle (healthy public policy), koskien koulutusta, vettä, puhtaanapitoa, liikennejärjestelmää, kodinhoitoa, työympäristöä, virkistysmahdollisuuksia ja ruuantuotantoa. Huoli ei siis enää kohdistu vain terveyteen suoranaisesti liittyviin tekijöihin. Tärkeä terveyden edistämiseen liittyvä tekijä on ajatus sektorien välisen yhteistyön lisäämisestä, yhteistyön luomisesta eri hallinnon tasojen välille sekä yksityisten tahojen, järjestöjen (NGO's) ja yhteisöllisten ryhmien mukaan ottamisesta, mikä on luonut monitasoisen ja monia organisaatioita sisällyttävän valvonnan ja säätelyn verkoston. Näiden ryhmien ja toimijoiden toiminnan koordinointi ja pyrkimykset hyödyntää niiden työtä sekä suunnattomia voimavaroja on puolestaan annettu terveyden edistämisen ammattilaisille terveydenhuollon hallinnon laitoksissa, sekä muille valtion ylläpitämille virastoille. (Petersen 1997, 197.)

Ajatus yksilöstä yrittäjänä on merkinnyt riskien yksityistymistä. Pyrkimys ”riskittömään” yhteiskuntaan yksilöiden oman hallinnan kautta ei kuitenkaan ole ongelmaton, kun sitä yritetään suhteuttaa asiantuntijatiedon ristiriitaisuuksiin. Asiantuntijoiden välillä on paljon erimielisyyksiä esimerkiksi siitä, mikä muodostaa riskin, minkä tasoisia riskit ovat, ja miten niihin tulisi vastata. Esimerkiksi terveyden edistämisessä asiantuntijoiden välillä on ristiriitaisuuksia, kun pohditaan vaaditun liikunnan määrää tai ruokadieettejä. Itsen hallinnan kannalta tämä on ongelmallista: vaikka terveyden edistämisessä oletetaan, että tieteen on mahdollista paljastaa objektiivisia totuuksia riskeistä, joiden ohjaamana ihmisten tulisi käyttäytyä, niin on selvää, että tieteilijät itse eivät ole yhtä mieltä riskejä koskevista ”tosiasioista”. Yksilö ei siten voi koskaan olla varma, mitkä neuvot ja ohjeet ovat hänen turvallisuutensa kannalta parhaimpia. (Petersen 1997, 201–202.)

### 3.4. Väestön hallinnan epäkohtia

#### 3.4.1. Yhteisöt ja velvollisuus osallistua

Kansalaisuuden käsitteellä on myös keskeinen asema puhuttaessa paikallisen hallintatavan oletuksesta paikallisesta demokratiasta ja kansalaisten osallistuvuudesta. Tämän luvun alussa esitin, että pyrkimykset hallintatavan paikallistumisesta ja yhteiskunnan aktivoimisesta ja vastuullistamisesta seuraavat ongelmat ikään kuin tiivistyvät käsityksessä yhteisön osallistumisesta (community participation)<sup>42</sup>. Yhteisön osallistuminen on yksi uuden kansanterveyden avainkäsitteistä. Erityisen painokkaasti sitä on pyritty edistämään WHO:n Terveyttä kaikille -strategian alaisessa Terveet Kaupungit -ohjelmassa – Suomessa Terve Kunta -ohjelma – jonka mukaisesti yhteisöjen äänen kuuluminen suunnittelussa ja päätöksenteossa edustaa murrosta verrattuna aikaisempaan ylhäältä alaspäin tapahtuvaan hallinnointiin sekä sosiaalisissa kysymyksissä että fyysisen ympäristön hallinnoinnissa (Petersen & Lupton 1996, 146.)

Petersenin ja Luptonin (1996, 146) mukaan on kuitenkin pohdittava, mitä osallistuminen merkitsee asiantuntijoiden hallitsemassa, kilpailevan individualismin ja uusliberaalin demokratian rakenteiden ja arvojen kontekstissa. Osallistumisesta ei ole tullut ainoastaan oikeus vaan myös velvollisuus. Tärkeä osa tässä on ollut Terveet Kaupungit -ohjelmalla, joka on pyrkinyt kiinnittämään kaikki kansalaiset rakentamaan terveellisempää ja kestävämpää ympäristöä. Terveiden edistämisen sekä uuden kansanterveyden työstämisellä osallistumisen, yhteisön ja voimautumisen (empowerment) käsitteiden kautta on vahva positiivinen mielikuva. Se on kuitenkin jättänyt epäselväksi keinot, miten nämä prosessit toimivat pyrkiessään saavuttamaan asetettuja, rationaalisia hallinnoinnin kohteita. Ei olekaan sattumaa, että kansalaisten aktiivisuuteen on keskitytty juuri nyt, kun tietoisuus ympäristökriiseistä kasvaa. (emt.,

---

<sup>42</sup> Yhteisön osallistuminen alkoi saada 1970-luvun puolivälistä alkaen yleistä hyväksyntää kontekstissa, jossa valtio pyrki siirtämään vastuutaakkaansa terveys- ja hyvinvointipalveluista ”yhteisöille”. Kriittisten näkemysten mukaan yhteisöihin pohjautuvat palvelut (community-based services) onkin esitetty peittämään paluuta markkinariippuvuuteen sekä riippuvuuteen perheistä (erityisesti naisista) sekä yksilöistä itsestään perustarpeisiin vastatessa. (Petersen & Lupton 1996, 163.)

172.) Uuden kansanterveyden diskurssi – ja siten yhteisön osallistuminen – vaatii kuitenkin lisää tutkimista sen vielä tunnustamattomien seurausten, potentiaalisen diskriminaation ja säätelevien vaikutusten vuoksi. Osallistuvuutta koskevat ongelmat liittyvät niin paikalliseen päätöksentekoon, asiantuntijoiden rooliin kansalaisten aktivoinnissa<sup>43</sup> kuin yhteisön määrittelyn vaikeudesta seuraaviin epäkohtiin (emt., 146–147.)

Uuden kansanterveyden mukainen yhteisö on rakentunut käsite, jonka sisällöt muokkautuvat muuttuvien valtasuhteiden kontekstissa. Ensinnäkin on huomioitava, että yhteisöä on käytetty nimeämään jokin oletettavasti rajattu tila tai paikka – tarkemmin maantieteellisesti määritelty kokonaisuus – ja että erityisesti Terveet Kaupungit -projektin myötä yhteisöt on alettu samaistamaan kaupunkeihin. Kaupungit edustavat siten uuden kansanterveyden periaatteiden ”paikallista tasoa” ja ”hyvien käytäntöjen malleja”, joita muut kunnalliset päätöksentekijät hyödyntävät kehittämisessä. (Petersen & Lupton 1996, 162–163.) Terveet Kaupungit -strategiaan on kuulunut sen tuominen kansalaisten näkyville keskittymällä konkreettisiin terveyden edistämisen esimerkkeihin, jotka ovat perustuneet sitoutumiseen *oikeudenmukaisuuteen, yhteisöjen osallistumiseen ja sektorien väliseen yhteistyöhön* (Ashton & Seymour 1988, 154.)

Kaupunki on puolestaan nähty paikkana, jossa kansalaiset saavat identiteettinsä ja tarjoavan siksi hyvät mahdollisuudet osallistumiselle yhdistyen naapuruuteen ja kansalaistuntoon (civic pride). Paikallisen hallinnon on puolestaan nähty olevan kansalaista lähinnä oleva hallinnon taso ja siten herkempi paikallisille huolenaiheille. Yhteisön ideaali kuitenkin kieltää erot ja perustavan epäsymmetrian subjektien välillä. Yksilöiden väliset suhteet ovat aina välillisiä johtuen äänivallasta, eleistä, tilasta ja tilapäisyydestä sekä kolmansien osapuolien läsnäolosta. Mitä pidempiä aika ja välimatka subjektien välillä ovat, sitä suurempi on niiden ihmisten määrä, jotka ovat toisten ihmisten välillä. (Petersen & Lupton 1996, 164 viitaten Youngiin.)

Huolimatta vaikeuksista jota Terveet Kaupungit -strategian yhteisön osallistuminen on kohdannut, projekti on jatkanut luottamista paikallisuuteen perustuvaa

---

<sup>43</sup> Päätöksentekojärjestelmään ja asiantuntijoiden rooliin liittyviä hallinnan rakenteellisia epäkohtia käsiteltiin edellisen luvun lopussa.

strategiaansa. Yksi keskeinen keino saada mukaan asukkaat osallistumaan projektiin on ollut jakaa kaupunki pienempiin alueisiin tai naapurustoihin<sup>44</sup>. Esimerkiksi Glasgow'ssa jako "naapurustoihin" paljasti erityisesti köyhimpien alueiden ongelmia, joihin puututtiin erilaisin paikallisin strategioin. Voidaan kuitenkin väittää, että paikalliset strategiat keskittyvät pelkästään epätasa-arvon oireisiin – siis köyhyyteen – paremminkin kuin että ne keskittyisivät prosesseihin, jotka pitävät yllä epätasa-arvoa, ja jotka toimivat paikallisen politiikan saavuttamattomissa alueellisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Paikalliset strategiat antavat siten vaikutelman, että jotain on tehty kun taas samalla epäonnistuvat osoittamaan suurempia huolenaiheita kuten alueellisia eroavaisuuksia, kaupan epätasapainoa, militarismia, rasismia, työttömyyttä, riistäviä työkäytäntöjä ja muita läntistä maailmaa koskevia ongelmia. Tässä valossa tarkasteltuna paikallisuuteen perustuva hallinta siirtää ongelmista syyttämisen lähinnä yksilöiltä yhteisöille, ja siten epäonnistuu ongelmien todellisiin syihin puuttumisessa. (Petersen & Lupton 1996, 165–166.)

Yhteisön määrittelystä johtuvat ongelmat liittyvät toisaalta myös siihen, että uuden kansanterveyden mukaisissa strategioissa on alusta alkaen oletettu, että ihmisillä on jokin jaettu yhteinen intressi. Ihmisten erilaiset kokemukset ja intressit liittyen sosiaaliluokkaan, "rotuun", etnisyyteen, ikään, seksuaaliseen suuntautumiseen jne., jotka risteävät paikkaan perustuvan identiteettien kanssa, ovat jääneet vähäiselle huomiolle ja toissijaisiksi paikkaan perustuviin identiteetteihin nähden. Oletus siitä, että paikalla on jokin oleellinen rajattu luonne, jonka merkitys on läpinäkyvä ja jaettu asukkaiden kesken, kieltää sen, että tila on sosiaalisten suhteiden tuote ja että se heijastaa niitä. Se myös sisältää jatkuvan poliittisen erimielisyyden erilaisten tilojen ja paikkojen merkityksistä ja käytöstä. Woodwardin mukaan tämä näkemys yhteisön olemuksesta toimii siten keinona, joka homogenisoi, tukahduttaa sisäiset erilaisuudet, erottelee ja sulkee ulos. Harvey puolestaan esittää, että se myös heijastaa modernia oletusta paikan rationaalisesti järjestävästä luonteesta, jossa toiseuden käsite voidaan tunnustaa vain jos kaikki tietävät paikkansa. (Petersen & Lupton 1996, 166.)

Eksklusion politiikka on vahvasti sidoksissa yhteisöön. Yritykset rakentaa oletettuun harmoniaan ja kokonaisuuteen perustuvaa solidaarisuutta kieltää ne valtasuhteet, jotka

---

<sup>44</sup> Suomessa Terveyttä kaikille -ohjelman myötä kuntia alettiin jakaa terveydenhuollossa väestövastuualueisiin.

ovat aina olemassa yhteisön jäsenten välillä perustuen esimerkiksi asemaan, luokkaan, ”rotuun”, sukupuoleen, seksuaalisuuteen ja ikään, ja ne tavat, joilla nämä suhteet muuttuvat ajassa ja paikassa. On siten selvää, että paikallinen yhteisö on eksklusion paikka. Ulossulkeminen koskee erottelua ”meidän” ja ”toisten” välillä. Toiseus tai ulkopuolisuus taas voi perustua useisiin erilaisiin identiteetteihin, kuten alkoholi-ongelmainen, työtön tai tilapäistyöntekijä. Globalisaation myötä yhteisöt joutuvat myös kilpailemaan keskenään tehdäkseen paikasta houkuttelevan investoinneille, työntekijöille ja vierailijoille. Yhteisöjen sisäinen kehittäminen vie huomiota jo edellä esitellyistä ongelmien laajemmista syistä, ja erityisesti jättää huomiotta eri yhteisöjen väliset eroavaisuudet. Se jättää huomioimatta ne materiaaliset olosuhteet, jotka parhaillaan vaikuttavat ihmisten elämään. Näitä ovat esimerkiksi laaja työttömyys, epätyytyttävät työolosuhteet, fyysinen eristäytyneisyys sekä käytännön seuraukset painotuksesta yrittäjyyteen<sup>45</sup> ja hyödykkeiden kulutukseen. (Petersen & Lupton 1996, 167–169.)

#### 3.4.2. Hallinta ja vastuullisuus

Edellä tarkasteltiin sosiaalista eksklusiota yhteisöjen tasolla, siis paikallisesti. Hallinta teoriana antoi siten välineitä tarkastella hallinnan verkostoitumista ja hallinnon paikallistumisen vaikutuksia kansalaisuuteen. Hallinnan verkostoitumisella ja siihen yleensä liittyvällä kansalaisten aktivoinnilla ja vastuullistamisella saattaa kuitenkin olla seurauksia myös koko yhteiskunnan tasolla. Useat tutkijat (mm. Newman ym. 2004, Clarke 2005 ja Newman & Vidler 2006) ovat ottaneet Iso-Britannian Työväenpuolueen (New Labour) mukaisen yhteiskuntapolitiikan (kolmas polku, Third Way) esimerkiksi pyrkimyksestä uuteen yhteistyöhön perustuvaan hallintaan (collaborative governance) ja uusien toimijoiden esiin kutsumiseen hyvinvoinnin järjestämiseksi. Edellä mainituissa tutkimuksissa on keskitytty uusien kansalaisten aktivoinnin ja vastuullistamisen poliitikkojen tarkasteluun ja erityisesti osoittamaan joitakin epäkohtia näissä politiikoissa.

---

<sup>45</sup> Yrittäjyyttä tulee tarkastella erityisesti foucault’laisesta näkökulmasta. Foucault’n mukaan hallinta sitoutui modernilla ajalla talouteen. Talouselämän rationaaleilla on ollut paljon tekemistä yksilön poliittisten teknologioiden muotoutumisessa ja talouden kilpailumentaliteetti on vaikuttanut myös yksilöiden näkemyksiin. Tämä on tarkoittanut tietynlaisen ”yrittäjän” syntyä. Yksilöt laskevat yrittäjien tavoin hyötyjä ja kustannuksia ja toimivat niiden mukaisesti, ja siten hallinnoivat itseään. (Lemke 2001, 202.)

Kansalaisuus on keskeinen ja toistuva aihe hallinnan teoriassa. Clarke on esittänyt, että Työväenpuolueen politiikoissa on nähtävissä neljä muutosvoimaa koskien kansalaisuutta. Aktivoinnilla (activation) hän tarkoittaa politiikkojen pyrkimystä muuttaa kansalaiset passiivisista valtion tuensaajista aktiivisiksi, omavaraisiksi kansalaisiksi. Keskeistä tässä aktivoinnissa on huomioida, että aktivoinnin käsite on poliittisissa strategioissa sidottu palkkatyöhön. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että aktivointipolitiikka olisi sidottu vain työhön tai työmarkkinoihin, vaan paremminkin aktivoidulla kansalaisella on tarkoitettu eräänlaista demokraattisen ja kommunitaristisen kansalaisen sekä dominoivasti uusliberaalin, valtiosta vapautetun kansalaisen risteytystä. (Clarke 2005, 447–448.)

Toinen muutosvoima puolestaan on koskenut kansalaisten voimautumista (empowerment), joka on koskenut nimenomaan kansalaisten lisääntyneitä valinnanmahdollisuuksia ja parempia mahdollisuuksia saada äänensä kuuluville. Keskeistä voimautumisessa on ollut kansalaisten näkeminen kuluttajina. Voimautumisessa olennaista on ollut kansan ja valtion asettaminen toisilleen vastakkaisiksi, ja kansalaisten voimautuminen on merkinnyt nimenomaan pelastautumista valtion hallinnoivuudelta. Aktivoinnin ja voimautumisen prosesseilla on myös käänköpuolensa: ne vaativat vastuullista kansalaista, jolla on oikeuksien lisäksi myös velvollisuuksia. Siten vastuullistamisen (responsibilization) politiikan ihanne on moraalinen, valintoja tekevä ja itseään ohjaava kansalainen. Moraalisuus ja valinnat viittaavat juuri kohtuullisia valintoja ja vastuullisesti käyttäytyvään kansalaiseen, ei uusliberaalin talouden mukaiseen hyötyjen maksimoijaan. (Clarke 2005, 449–451.)

Kehittyneellä liberaalilla tai uusliberaalilla hallinnantavalla on kuitenkin ollut vaikutuksia politiikan, yhteiskunnan ja talouden välisten suhteiden muuttumiseen. Selkein piirre prosessissa, jota Clarke kutsuu kansalaisten hylkäämiseksi (abandonment of the citizen), on Thatcherismista alkanut ja Työväenpuolueen jatkama purkaminen koskien sodanjälkeisen hyvinvointikapitalismin suojatoimia ja puolustusta markkinoiden ankaria olosuhteita, oikkuja, vaatimuksia ja epäoikeudenmukaisuuksia sekä pääoman rajoittamatonta valtaa vastaan. Kansalaisten hylkääminen on selkeimmin näkynyt ”hyvinvoinnista työhön” politiikoissa, mutta se ei kuitenkaan ole hylkäämisen ainoa puoli. (Clarke 2005, 452.)

Kansalaisten hylkäämisen käsitteen valossa aktivoinnin, voimautumisen ja vastuullistamisen muutosvoimat näyttäytyvät retorisisina peittäen hylkäämisen todellisen dynamiikan. Aktivointi voidaan siten nähdä myös pyrkimyksenä tehdä ihmisistä markkinakelpoisia työntekijöitä valmiina työmarkkinoiden joustoihin. Voimauttaminen on puolestaan tarttunut retoriikkaan, joka peittää niiden vallan ja turvan muotojen – jotka ovat institutionalisoituneet hyvinvointiin, julkiseen sektoriin ja toiminnan piiriin ja jotka on sisällytetty sosiaaliseen kansalaisuuteen – järjestelmälliseen riistämiseen. Vastuullistaminen puolestaan peittää valtion systemaattisen pyrkimyksen luopua velvollisuuksistaan hallitakseen taloutta, turvatakseen kansalaisia ja säädelläkseen pääomaa. Tästä näkökulmasta hylkääminen kuvaa parhaiten muutosprosessia talouden, yhteiskunnan ja valtion välisissä suhteissa pääoman globaalien ja paikallisten muotojen hyväksi. (Clarke 2005, 453.)



## 4. AINEISTON KUVAUS JA METODI

### 4.1. Aineiston kuvaus

Tämän tutkielman tarkoituksena on tarkastella suomalaisen kansanterveystyön hallinnon muutoksia 1970-luvun alkupuolelta tähän päivään. Aineistona tutkielmassa on käytetty alun perin kansanterveyslaissa (66/1972), myöhemmin myös muussa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä, velvoitettuja valtakunnallisia suunnitelmia. Ensimmäinen valtakunnallisista suunnitelmista (Valsu) koskee vuosia 1974–1978 ja viimeinen vuosia 1999–2002. Valsut laadittiin terveydenhuollon osalta lääkintöhallituksen – ja myöhemmin 1990-luvulla sosiaali- ja terveysministeriön – toimesta, ja ne olivat valtioneuvoston sosiaali- ja terveysministeriön esittelystä hyväksymiä terveydenhuollon, ja myöhemmin myös sosiaalihuollon ja ympäristönsuojelun hallinnon ohjausinstrumentteja. Aineistona on myös käytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmia (TATO) 2000–2003 ja 2004–2007 kuvaamaan kansanterveystyön hallinnointia 2000-luvulla siltä osin kuin se on niistä erotettavissa. Molemmat TATO:t olivat valtioneuvoston sosiaali- ja terveysministeriön esittelystä hyväksymiä, ja niiden laadinta perustui lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (733/1992) 5 §:ään, sellaisena kuin se on laissa 1114/1998. TATO:jen rinnalla on lisäksi tarkasteltu Valtioneuvoston periaatepäätöstä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta.

Aineistona käytetyt asiakirjat edustavat siis keskushallinnon näkökulmaa kansanterveystyön hallinnon muuttamisessa. Valtakunnallisten suunnitelmien nimet ja sisällöt ovat vuosien aikana muuttuneet niiden suunnittelualueiden laajentuessa. Ensimmäiset kaksi suunnitelmaa koskivat kansanterveystyön suunnittelua. Tarkastelussa on mukana näistä kahdesta vain jälkimmäinen – vuoden 1974 valtakunnallinen suunnitelma – koska ensimmäistä ei ollut mahdollista saada yliopisto- tai kunnallisen kirjastojärjestelmän kautta. Oletan kuitenkin, että ensimmäinen ei paljolti poikkea sitä seuranneesta suunnitelmasta. Vuodesta 1975 lähtien suunnitelmat kattoivat myös sairaanhoitolaitosten hallinnon valtakunnalliset suunnitelmat. Vuoden 1984 Valtava-uudistuksen myötä valtakunnallisten suunnitelmien ala laajeni kattamaan

julkisen terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalihuollon, ja terveydenhuollon suunnittelussa alettiin ottamaan huomioon myös ympäristöterveydenhuolto. Vuodesta 1990 lähtien suunnitelmiin lisättiin vielä ympäristönsuojelu.

Vuoteen 1992 asti valtakunnallisten suunnitelmien tehtävänä oli tarkasti ohjata kuntien voimavarojen, niin henkilöstön kuin valtionosuuksienkin, käyttöä kunnissa. Ohjeistusta oli jo jonkin verran kevennetty 1980-luvun loppupuolella pyrkimyksenä antaa kunnille enemmän päätäntövaltaa, mutta vasta vuoden 1993 valtionosuusuudistus todella muutti valtakunnallisten suunnitelmien tehtävän. Siitä lähtien ne alkoivat ensisijaisesti ilmaista sosiaali- ja terveystalouden epäkohtia, tavoitteita ja sitä suuntaa, mihin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnointia haluttiin kehittää. Niistä myös jätettiin ympäristönsuojelu ja ympäristöterveydenhuolto erillisenä hallinnon osa-alueena pois ja ne sisällytettiin osaksi ehkäisevää sosiaali- ja terveystaloutta. Valsuissa ei myöskään enää ollut terveydenhuollon osalta jaottelua kansanterveystyöhön ja sairaanhoitolaitoksiin (tai erikoissairaanhoidon), vaan terveydenhuoltoa alettiin käsitellä yhtenä kokonaisuutena. Lisäksi vuodesta 1994 lähtien valtakunnallisten suunnitelmien nimeä muutettiin siten, että kunnallisen päätäntövallan ja vastuun lisääntymistä korostettiin jo Valsun nimessä. (ks. Aineisto-luettelo.)

Viimeinen valtakunnallinen suunnitelma koski vuosia 1999–2002. Valsujen tehtävää valtakunnallisena ohjausinstrumenttina tuli jatkamaan Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmat vuosille 2000–2003 ja 2004–2007. Nimensä mukaisesti niiden tehtävänä oli asettaa tavoitteita ja toimintasuosituksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä kunnan että valtion toimijoille. TATO:jen rinnalla tarkastellaan lisäksi Valtioneuvoston periaatepäätöstä Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta (Terveys 2015), joka nimensä mukaisesti käsittelee terveydenhuoltoa ja kansanterveysongelmia, mutta jonka ”pääpaino on terveyden edistämisessä, ei niinkään terveystaloudellisen järjestelmän kehittämisessä” (Terveys 2015, 3.) Kyseinen strategia pohjautuu Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelman vuonna 1998 uudistettuun versioon. Ohjelman valmistelu aloitettiin maailmalla jo 1970-luvun puolella ja sen aikaisemmat tavoitteet ja toimintaperiaatteet otettiin omalla kansallisella tavalla vastaan Suomessakin. Siten Terveyttä kaikille -

ohjelman vaikutukset harjoitettuun terveystalouteen on nähtävissä myös jo valtakunnallisissa suunnitelmissa.

Tutkielman aineisto koostuu yhteensä 29 sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevasta keskeisestä hallinnollisesta dokumentista. Dokumenteista on kuitenkin valittu tarkasteluun pääasiassa niiden kansanterveystyötä käsittelevät osiot niiltä osin kuin ne on ollut mahdollista erottaa muusta sisällöstä sekä asiakirjojen perusteluosiot niistä asiakirjoista, joissa sellainen on erikseen ollut. Sivumäärällisesti analysoitavaa tekstiä on noin 700 sivua.

Newman ja Vidler (2006, 195) ovat esittäneet, että politiikat saattavat olla kehitetty kokoamalla löyhästi yhteen erilaisia tavoitteita ja yrityksiä sovittamalla erilaisia intressejä. Ne kuitenkin edustavat myös osaa tarinasta, joka asettaa uudet aloitteet tai kohteet tarkasteltuihin historiaan, ja joka hyödyntää mielikuvia yhteiskunnallisesta muutoksesta ja/tai institutionaalisista ongelmista legitimoidakseen politiikkojen ehdotuksia. Poliittinen kieli ja politiikkaohjelmien tekstit ovat siten kiinnostavia itsessään. Ne eivät ainoastaan esittele politiikan sisältöä, vaan ne tarjoavat vihjeitä siitä, mistä mahdollisista jännitteistä politiikassa on neuvoteltava rakennettaessa uskottavaa kertomusta, ja kuinka onnistunut tämä kertomus on. (emt., 195.) Tämän tutkimuksen aineisto edustaa siten kertomusta niistä jännitteistä, joita suomalaisen kansanterveystyön hallinnoinnissa on kohdattu. Lisäksi aineistoteksti kirjoituksena on hallinnoinnin ”intellektuaalinen tekniikka” (intellectual technique): ajattelun materiaallinen tekniikka, joka tekee mahdolliseksi auktoriteetin ulottumisen siihen, mitä se näyttäisi esittävän. Kirjoitukset kuvaavat siten myös hallinnoinnin tilallista ulottuvuutta. (Rose 1999, 36–37.)

## 4.2. Diskurssianalyysi

Alasuutarin (2001, 36–38) mukaan ”(t)utkimusmetodi koostuu niistä käytännöistä ja operaatioista, joiden avulla tutkija tuottaa havaintoja”. Tutkimuksen kannalta olennaiset havainnot ja ratkaisumallit riippuvat tutkimukseen luodusta viitekehystä. Tutkimuksen viitekehys auttaa paitsi tutkimusongelman ratkaisussa

se myös hahmottaa tutkittavaa todellisuutta, josta havaintoja ja selitysmalleja tehdään. Diskurssianalyysissa tutkimusmetodi antaa jo itsessään tutkimukselle eräänlaisen viitekehyksen. Jokisen, Juhilan ja Suonisen (2004, 17) mukaan diskurssianalyysiä ei ole mielekästä luonnehtia selkeärajaiseksi tutkimusmenetelmäksi, vaan pikemminkin väljäksi teoreettiseksi viitekehykseksi. Diskurssianalyysi sallii siten erilaisia tarkastelun painopisteitä ja menetelmällisiä sovelluksia.

Diskurssianalyysiin liittyy joitakin lähtökohtaoletuksia. Ensinnäkin diskurssianalyysissa nähdään, että kielen käytöllä on sosiaalista todellisuutta rakentava luonne. Tämä tarkoittaa sitä, että ”(k)ielen käyttö on käytäntö, joka ei ainoastaan kuvaa maailmaa, vaan merkityksellistää ja samalla järjestää ja rakentaa, uusintaa ja muuttaa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa elämme. Käyttäessämme kieltä me toisin sanoen *konstruoimme* eli merkityksellistämme ’kohteet’, joista puhumme tai kirjoitamme” (Jokinen ym. 2004, 17–18, kursivointi alkuperäinen.) Ajatus konstruktiiivisista merkityssystemeistä sisältää myös idean ei-heijastuvuudesta, jonka mukaan kieltä tai kielen käyttöä ei oleteta todellisuuden kuvaksi. Tästä johtuen diskurssianalyysissa ei keskitytä siihen, mitä mahdollisesti on kielen käytön tai muun merkityksellisen toiminnan tuolla puolen, vaan paremminkin tarkoituksena on rakentaa kuvauksia siitä, miten sosiaalinen todellisuus on rakentunut ja miten sitä jatkuvasti rakennetaan. (Jokinen ym. 2004, 20.)

Toiseksi, diskurssianalyysissa oletetaan, että on olemassa useita rinnakkaisia ja keskenään kilpailevia merkityssystemejä. Merkityssystemien kirjossa on kyse siitä, että sosiaalinen todellisuus hahmottuu useiden rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien systeemien kenttänä, jotka merkityksellistävät maailmaa, sen prosesseja ja suhteita eri tavoin. Näitä erilaisia merkityssystemejä voidaan kutsua diskursseiksi tai vaihtoehtoisesti tulkintarepertuaareiksi. Diskurssit ovat tutkijan tulkintatyön tuloksia, eivät analyysin raakamateriaalia. Merkityssystemien analyysissä ei siten ole kyse tekstien mekaanisesta kirjaamisesta vaan perustellusta tulkinnasta, joka pohjautuu tutkijan ja aineiston väliseen vuoropuheluun. On huomattava, että diskurssianalyysissa ei tutkita diskursseja sinänsä, vaan eksplikoidaan erityisesti sitä, miten ne aktualisoituvat erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Erilaiset merkityssystemit eivät myöskään rakenna sosiaalista todellisuutta itsessään, vaan määrittyvät myös suhteessa toisiinsa. Tätä on kuvattu toisinaan interdiskursiivisuuden

tai tekstuaalisuuden käsitteillä. Keskenään kilpailevista merkityssysteemeistä jotkut diskurssit voivat saada muita diskursseja vahvemman jalansijan, jolloin niistä saattaa muodostua yhteisesti jaettuja ja itsestään selvinä pidettyjä ”totuuksia”, jotka vaientavat vaihtoehtoisia ”totuuksia”. (Jokinen ym. 2004, 24–28.)

Diskurssianalyysissa on myös olennaista huomioida toiminnan kontekstuaalisuus. Analysoitavaa toimintaa siis tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa, johon tulkinta puolestaan pyritään suhteuttamaan. (Jokinen ym. 2004, 29–30.) Kontekstin voi määritellä usealla eri tavalla ja suhteessa eri asioihin. Tämän tutkielman aineistona käytetään hallinnollisia asiakirjoja (Valsut, TATO:t ja Terveys 2015), jotka ulottuvat yli kolmen vuosikymmenen ajalle, jolloin toiminnan kontekstin voidaan ajatella muuttuvan ajan kuluessa. Jokinen ym. (2004, 29–36) ovat määritelleet joitakin esimerkkejä erilaisista konteksteista ja esittäneet, että kielen käytön voidaan ajatella suhteutuvan myös konkreettisen tapahtumatilanteen ulkopuolelle. Tällaista suhteutumista voidaan heidän mukaansa kutsua kulttuurisen kontekstin käsitteen avulla. Aineistosta pyritään siis tunnistamaan sellaisia ”seikkoja, joiden tulkinta edellyttää tutkijan oman kulttuuristen tapojen, stereotyyppien tai yleisen yhteiskunnallisen ilmapiirin tietoista käyttöä. Tämän tutkielman kannalta se saattaa tarkoittaa esimerkiksi sitä, että pyrkimys hallinnoinnin tehostamiseen tai yksilön oman osallistuvuuden lisäämiseen ovat heijastuneet myös kansanterveystyön hallinnointiin.

Toisaalta kontekstina voidaan käyttää myös niitä reunaehtoja, jotka ovat olleet olennaisia aineiston tuottamisen kannalta (Jokinen ym. 2004, 34–36.) Aineistona käytetyistä hallinnollisista asiakirjoista on tärkeää huomioida, että niitä on käytetty valtion ja kuntien välisenä ohjausvälineenä, ja siten niillä omat ehtonsa verrattuna esimerkiksi tieteelliseen kirjoittamiseen tai sanomalehtiartikkeliin verrattuna. Voisikin ajatella, että kyseisten asiakirjojen valinnalla analyysille on asetettu jo jonkinlaisia reunaehtoja.

Diskurssianalyysissä tarkastelun kohteena ovat sosiaaliset käytännöt, ja tarkastelu paikantuu silloin esimerkiksi yksilöiden kielen käyttöön eri tilanteissa ja niihin laajempiin merkityssysteemeihin, joita he toiminnassaan tuottavat. Tarkoituksena ei siten ole tutkia toiminnan tietoista ulottuvuutta, vaan erittelemisen sijasta kiinnostus

kohdistuu toiminnan rakentamisen tai rakentumisen prosesseihin. (Jokinen ym. 2004, 37.) Tässä tutkielmassa toimijoita ovat karkeasti jaoteltuna valtio ja kunnat ja toiminnan – eli hallinnonin – kohteena väestö ja kunnat.

Lopuksi, diskurssianalyysissä oletetaan, että kielen käytöllä on seurauksia tuottava luonne (funktionaalisuus). Tästä seuraten kaikilla lausumilla aina paitsi kuvataan jotakin, myös tehdään jotakin. ”Lausunnot siis sekä väittävät jotain todellisuuden luonteesta että samalla rakentavat tuota todellisuutta.” (Jokinen ym. 2004, 41–42.) Potter ja Wetherell (Jokinen ym. 2004, 43) ovat esittäneet, että kielen käytöllä voi olla laajoja, yksittäiset tilanteet ylittäviä ideologisia seurauksia, jotka liittyvät diskurssien ja vallan yhteenkietoutumiseen. Heidän mukaansa tällaisia voivat olla esimerkiksi joidenkin alistussuhteiden legitimoiminen ja ylläpitäminen. Jokinen ym. (2004, 43) kuitenkin lisäävät, että alistussuhteiden tuottaminen ei suinkaan aina ole ilmiselvää, vaan sen havaitseminen arkipäivän käytännöissä voi olla vaikeakin havaita. Lisäksi sama diskurssi voi olla seurauksiltaan ristiriitainen ja tuottaa siten näkökulmasta riippuen niin kielteisiä kuin myönteisiä seurauksia. Analyysin tehtävänä on pyrkiä jäljittämään näitä useimmiten ristiriitaisiakin seurauksia.

Parkerin (Jokinen ym. 2004, 44) mukaan ideologisten seurausten näkyväksi tekeminen lisää diskurssianalyysin yhteiskunnallista relevanssia ja erottaa sen vahvasti eettisestä ja moraalisesta relativismista, kaiken hyväksymisestä. Siten diskurssianalyysin avulla on mahdollista nostaa esiin vaihtoehtoisia sosiaalisen todellisuuden jäsenyyksiä. Ideologisten seurausten näkyväksi tekeminen mahdollistaa siten esimerkiksi pohtia, mitä seurauksia neutraalilta kuulostavalla ”yksilön omatoimisuuden lisäämisellä” saattaa olla. Yksilöiden mahdollisuudet saavuttaa ”omatoimisuus” ovat hyvin erilaiset, ja siten kyseinen tavoite kohdistuu eri tavoin eri yksilöihin. Toisaalta taas hallinnollisissa teksteissä ilmaistaan pyrkimys ”turvata joidenkin erityisryhmien palveluja”, jonka voisi ajatella olevan edellisen kanssa ristiriitainen ja pyrkivän poistamaan siitä aiheutuvia seurauksia. Jälkimmäisellä pyrkimyksellä on puolestaan myös ideologisia seurauksia: se tuottaa ”erityisryhmille” uutta identiteettiä esimerkiksi yhteiskunnallisen avun tarvitsijoina. Toisaalta taas olisi liian yksioikoista tulkita yksilön omatoimisuuden lisääminen pelkästään kielteiseksi. Voidaanhan se myös tulkita esimerkiksi yksilön vapauden lisääntymiseksi. Jokinen ym. (2004, 45) huomauttavatkin, että on syytä korostaa sellaista reflektiivisyyttä,

jossa tutkija arvioi omaa suhdettaan valtaan. Tutkijan on syytä tiedostaa diskursseihin – tutkimustuloksiksi saatuihin sekä niihin, joihin hän itse tukeutuu – ja niiden käyttöön mahdollisesti liittyvät seuraukset. Tutkijan tulee siten huomioida, mitä kaikkea hän on omilla analyyttisillä tutkinnoillaan tuottamassa ja mahdollistamassa.

Diskursiivisten muutosten tarkastelun avulla pyrin osoittamaan eräitä kansanterveystyön hallinnoinnissa tapahtuneita muutoksia. Kuvaan muutoksia hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin ja uuden kansanterveyden diskurssin avulla, jotka olen teoriaan ja aineistoon pohjautuen rakentanut tätä tutkielmaa varten. Johdannossa esittelemieni diskurssien ajattelen edustavan kahden eri hallintatavan ideaalimalleja, jotka tuskin ovat täydellisinä nähtävissä missään yhteiskunnassa. Diskursseihin olen pyrkinyt kuitenkin kokoamaan eräitä niiden edustamille hallintatavoille tyypillisiä tekijöitä. Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin määrä on siten osoittaa pohjoismaisille hyvinvointivaltioille tyypillistä universaalien palvelujen järjestelmää ja laajaa terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa. Uuden kansanterveyden diskurssi puolestaan edustaa uusliberaalin hallintatavan mukaista aktivoivaa ja vastuullistavaa hyvinvointipolitiikkaa.

Diskurssien jakamisella olen pyrkinyt erittelemään sekä rakenteellisen että ohjelmallisen tason, minkä ajattelen mahdollistavan muutoksen tarkastelun vaiheittain ja eri tasoilla. Tämän jaottelun avulla olen myös muodostanut diskursiivisien muutosten tarkasteluun neljä tulkintakehystä. Ensimmäinen tulkintakehys koskee hallinnoinnin ideaalin rakenteellista tasoa. Se koskee siten niitä diskursseja, jotka pyrkivät osoittamaan niitä ”totuuksia”, joiden avulla kansanterveystyön päätöksenteko ja suunnittelu nähdään parhaiten saavutettavan. Toinen tulkintakehys koskee kansanterveystyötä koskevan toiminnan ideaalin rakenteellista tasoa, ja siten sen sisällä tarkastellaan hallinnoinnin diskursseja koskien itse kansanterveystyön järjestämistä. Kolmannessa tulkintakehyksessä tarkastellaan diskursseja hallinnoinnin ohjelmallisella tasolla koskien toiminnan ideaalia. Problematisointi koskee siten kansanterveystyön järjestämistä ohjaavia arvoja ja periaatteita. Neljännessä tulkintakehyksessä puolestaan tarkastellaan kansanterveystyön hallinnoinnin perimmäisiä tavoitteita koskevia diskursseja. Tämä tarkastelu koskee kansanterveystyön hallinnoinnin ideaalin ohjelmallista tasoa.

## 5. KOHTI AKTIIVISTA JA VASTUULLISTA YHTEISKUNTAA?

Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja uuden kansanterveyden diskurssien väliset erot eivät ole tarkkoja ja diskursiivista muutosta saattaa olla vaikea osoittaa. Muutokset eivät myöskään ole suoranaista siirtymistä hallintatavasta toiseen, vaan paremminkin tasapainoilua näiden kahden (ääripään) kesken. Joitakin hallintatavan muutoksia näiden kahden diskurssin avulla voidaan kuitenkin osoittaa. Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja uuden kansanterveyden diskurssien välinen problematisointi koskee ensinnäkin pyrkimystä kansalaisten ja yhteisöjen aktivointiin paikallisen hallinnan lisäämisellä. Se koskee siten kysymyksiä hierarkkisesta hallinnosta, valtion roolin pienentämisestä ja päätäntövallan siirtämisestä yhteisölle (kunnille) ja lopulta kansalaisille. Toinen problematisointi koskee valtion terveysstrategioiden laajuutta ja valittuja hallintatekniikoita. Hyvinvointivaltiollisissa diskurssissa painotetaan valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan lisäämistä palvelujärjestelmää laajentamalla kun taas uuden kansanterveyden diskurssi pyrkii paikalliseen suunnitteluun ja paremminkin terveyspalvelujärjestelmän tarkkuuttamiseen ja korvaamiseen terveyshaittojen ennalta ehkäisyllä tai terveyden edistämällä.

Edelliset vastakkainasettelut koskivat diskurssien rakenteellista ulottuvuutta. Diskurssien ohjelmallisella ulottuvuudella problematisoinnit koskevat ensinnäkin näkemystä terveyspalvelujärjestelmän universaaliudesta. Tämä keskustelu liittyy sosiaaliseen kansalaisuuteen ja näkemyksiin siitä, mikä on oikeudenmukaista. Toiseksi ohjelmallisella ulottuvuudella törmätään ongelmaan siitä, että terveys ei yksinkertaisesti ole absoluuttisena arvona saavutettavissa. Hyvinvointivaltiollinen diskurssi on pyrkinyt sivuuttamaan ongelman pyrkimällä mahdollisimman laajoihin palveluihin kun taas uuden kansanterveyden diskurssi on hyväksynyt tämän tosiasian ja pyrkinyt löytämään terveydelle erilaisia korvikearvoja. Seuraava tarkastelu osoittaa hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin ja uuden kansanterveyden diskurssin kamppailua suomalaista kansanterveystyötä koskevissa terveyspoliittisissa asiakirjoissa, joita tämän tarkastelun yhteydessä kutsun terveysstrategioiksi. Edellä tehty jako neljään ongelmanasetteluun antaa löyhät tulkintakehikot, joissa diskurssien



esiintymistä tarkastellaan. Diskurssien välinen kamppailu kuvataan valtion edun näkökulmasta.

## 5.1. Hallinnon madaltaminen

Paikallisen hallintatavan tavoite uuden kansanterveyden yhteydessä kertoo sekä valtion roolin pienentämisen vaatimuksista että yhteisöjen aktivoinnista väestön terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Erityisesti problematisointi koskee hierarkkisen ja verkostomaisen hallinnon välistä vastakkainasettelua. Esimerkiksi Työväenpuolueen uutta aktivointipolitiikkaa koskeva tarkastelu osoitti, että Iso-Britanniassa on päämäärätietoisesti pyritty löytämään uusia paikallisuuteen perustuvia hallintatapoja. Keskustelufoorumien perustaminen kansalaisaloitteiden edistämiseksi sekä avoin pohtiminen kansalaisten ja viranomaisten välisen yhteistyön edellytyksistä ja esteistä kuvaavat siten verkostomaisen ja yhteistyöhön perustuvan diskurssin hegemoniasta. Suomalaisen hallinnon tasojen madaltamisen diskurssi näyttäisi kehittyvän varovaisemmin. Läpi 1970- ja 1980-luvun valtion asemaa – edustajanaan erityisesti lääkintöhallitus – terveyspolitiikan määrittäjänä tuskin kyseenalaistettiin. Huolimatta hallinnon madaltamisesta alueelliselle tasolle, siis lääninhallituksille, keskushallinnon suvereenia asemaa tai sen tuottaman tiedon legitiimiyttä ei missään vaiheessa kyseenalaistettu tuon ajan terveysstrategioissa:

*Lääkintöhallituksen tulee laatia valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1975–1979 siten, että se yhdessä kunnallisista yleissairaaloista 29 päivänä lokakuuta 1964 annettuun lakiin (561/65) 11 päivänä heinäkuuta 1972 annetulla lailla (550/72) lisätyssä 6 a §:ssä tarkoitetun suunnitelman kanssa muodostaa kokonaisvaltaisen ohjelman terveydenhuollon järjestämisestä ja luo edellytykset 1 kohdassa mainittujen yleisten tavoitteiden toteutumiseksi. (Valsu 1974–1978, 1.)*

*Työterveyshuollon tarvetta koskevaa peruskartoitustyötä suoritetaan parhaillaan terveyskeskuksissa lääkintöhallituksen ohjeiden mukaan. Se tulee suunnitelmakaudella antamaan paremmat edellytykset työterveyshuollon voimavarojen tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen. (Valsu 1977–1981, 41.)*

*Lääninhallitukset ovat kiinnittäneet huomiota kuntien suunnitelmissa esiintyviin puutteellisuuksiin. Etenkin terveydenhuollon eri sektoreiden yhteistyön kehittäminen onkin suunnitelmissa otettu entistä paremmin huomioon. (Valsu 1979–1983, 41 & Valsu 1980–1984, 46.)*

Ensimmäinen edellä olevista lainauksista osoittaa valtion suvereenin aseman myös lainsäädäntövallan kautta. Kaksi muuta lainausta taas osoittavat keskushallinnon

asiantuntijuuden ylivaltaa suhteessa muuhun (asiantuntija)tietoon. Vaikka hallinnon madaltaminen ja siirtäminen paikallistasolle on lähes ongelmitta otettu terveystalouden tavoitteeksi, tavoite ei ole kyennyt haastamaan hierarkkisen hallinnan mallin asemaa. Terveystalouksissa hierarkkisen hallintatavan diskurssi vain ikään kuin siirretään kuntien tasolle valtionhallinnon hajauttamisen myötä 1990-luvulla:

*Kunnan oman hyvinvointipolitiikan tavoitteellinen ja suunnitelmallinen toteuttaminen edellyttää käytännössä kunnan hyvinvointipoliittisen ohjelman laatimista. Ohjelman laatiminen on tehokas keino koota yhteen kunnan eri toimintaloheet ja muut tahot, kuten yksityiset palvelut ja kansalais- ja asiakasjärjestöt. (Valsu 1998–2001, 3 & Valsu 1999–2002, 6.)*

Toisaalta edellinen lainaus myös osoittaa, että hallinnon mallin ja toiminnan välillä esiintyy ristiriitaisuuksia. Terveystalouksissa suunnittelussa hierarkkinen rakenne jatkaa etuasemaansa kun taas itse toiminnan – koskien niin palvelujen tarjontaa kuin kansalaisten osallistumista – osalta tavoitteeksi on kunnallisen päätätövallan kasvettua vuoden 1993 jälkeen yhä selkeämmin asetettu erilaisten toimijoiden verkostoituminen, erityisesti julkisen sektorin ulkopuolisten toimijoiden kanssa.

Lopulta vastakkain ovat näkemykset edustuksellisesta demokratiasta ja osallistuvasta demokratiasta. Terveystaloukset eivät tietenkään suoranaisesti pohdi näitä kysymyksiä, mutta niiden kautta voidaan osoittaa, mikä taho tai tahot niissä nähdään olevan vallan suvereniteetteja siis esimerkiksi vastaavan suunnittelusta ja päätöksenteosta koskien terveystalouksjärjestelmää. Kansainvälisten tutkimusten osalta WHO:n Terveystalouks kaikille -ohjelman alainen Terveystalouks Kaupungit -strategia osoitti, miten kansainvälisissä terveystalouksstrategioissa yhteisön osallistuminen, ja siten osallistuvan demokratian diskurssi oli keskeinen uuden kansanterveyden diskurssin muodostumisessa. Suomalaisessa keskustelussa terveystaloukspolitiikan sisällä osallistuvan demokratian diskurssi ei näytä juuri saaneen jalansijaa. Osallistumisen mahdollisuuksien parantamisesta koskeva keskustelu on 1990-luvun lopulta lähtien tarkastelluissa terveystalouksstrategioissa melko hiljainen huolimatta siitä, että esimerkiksi Terveystalouks 2015 -kansanterveysohjelmassa kansalaistoiminta on saanut oman alalukunsa:

*Kun kuntalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa kunnan toimintaan lisätään, vapaaehtoistyö ja kansalaisjärjestöjen toiminta sekä yksityiset palvelut voidaan samalla saada tukemaan yhdessä kunnallisten palvelujen kanssa terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Palvelurakennemuutosten yhtenä tavoitteena on ollut juuri väestön osallistuminen palvelujen järjestämistä koskevien ratkaisujen tekemiseen. (Valsu 1997–2000, 2-3.)*

*Terveyden edistämistä koskevien tavoitteiden asettamisessa, konkretisoimisessa, niitä tavoittelevassa toiminnassa, arvioinnissa ja uudelleensuuntaamisessa on kansalaisten, perheiden, toimintaryhmien ja kansalaisjärjestöjen merkitys tärkeä. Korostaessaan ”alhaalta ylös” nousevaa otetta tämä ohjelma edellyttää kansalaisroolin vahvistamista. (Terveys 2015, 29.)*

Hallinnon madaltamisen diskurssissa tunnustetaan kyllä esimerkiksi kansalaisjärjestöjen tärkeä rooli, mutta seuraava kansalaisten osallistumista koskeva toimintasuuntaehdotus kuvaa, miten kansalaisten osallistumisen edellytysten parantaminen ilmaistaan terveysstrategioissa vielä kovin yleisellä tasolla:

*Tämän ohjelman toimeenpanossa, toteutumisen arvioinnissa ja muokkaamisessa muuttuvia olosuhteita vastaavaksi huolehditaan kansalaisten, kansalaisliikkeiden ja kansanterveysjärjestöjen osallistumisesta ja kuulemisesta valtakunnallisesti, paikallisesti ja kaikilla ohjelmaan osallistuvilla hallinnon sektoreilla. Terveysalan kansalaisjärjestöjen vaikutusmahdollisuuksien ja toimintaedellytysten turvaaminen ja kehittäminen on osaltaan myös julkisen vallan vastuulla. Kansalaisten omaa roolia terveytensä edistämässä rohkaistaan. (Terveys 2015, 30.)*

## 5.2. Terveyden edistäminen

Hyvinvointivaltio-ajattelun yleistyessä Suomessa erityisesti 1960-luvulta lähtien myös terveyspolitiikkaan sisällytettiin laajan yhteiskuntasuunnittelun idea. Lisäksi toimintaa ohjasi terveyspalvelujärjestelmän määrätietoinen laajentaminen. Toinen hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin ja uuden kansanterveyden diskurssin välinen problematiikka koskee juuri terveyspolitiikan laajuutta. Molemmille näkemyksille on tyypillistä laaja terveyspolitiikka, joka huomioi myös terveyden sosiaalisen ulottuvuuden. Erona niillä kuitenkin on se, että hyvinvointivaltiollinen kansanterveyden diskurssi kytkee terveyspoliittisen toiminnan palvelujärjestelmään, ja pyrkii palvelujärjestelmää laajentamalla ensinnäkin hoitamaan sairauksia ja toiseksi tavoittamaan mahdollisimman laajasti hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä kysymyksiä. Uuden kansanterveyden diskurssi puolestaan liittyy terveyspolitiikan laajentamisen kansalaisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ympäristöön ja hänen elintapoihinsa, ja siten kansalaisten terveyden edistämiseen.

Terveyttä kaikille -ohjelman historiaa Suomessa tarkasteltaessa todettiin, että Suomi näyttäytyi ohjelmalle eräänlaisena mallimaana, ja että suomalaisen terveystalouden tavoitteet olivat jo ennen kansainvälistäkin ohjelmaa – siis jo 1970-luvulla – edistykselliset ja ohjelman mukaiset. Uuden kansanterveyden mukainen terveystalouden diskurssi näyttäisikin siten muotoutuneen vahvaksi jo hyvinvointivaltion rakentamisen aikana. Toisaalta esimerkiksi näkemys kansalaisen terveystalouden ohjaavasta terveystaloudesta, joka siis toimii eräänlaisena hallintatekniikkana, on muuttunut tarkasteluajanjaksolla. 1970-luvun ja 1980-luvun alkupuolen terveystalouksissa terveystalouden alettiin liittää ensisijaisesti terveystaloustalouteen ohjaamalla sen järjestämiselle voimavaroja huolimatta siitä, että kansanterveyslaitoksissa terveystalouden neuvonta käsitettiin myös palvelujärjestelmän ulkopuolisena toimintana:

*Terveydenneuvonnan järjestämisessä on kaikilla kansanterveystalouden hallintotasolla pyrittävä järjestelmälliseen yhteistoimintaan muiden terveydenhuoltoviranomaisten ja sosiaaliviranomaisten ohella myös opetusviranomaisten, työsuojeluviranomaisten sekä kansanterveysjärjestöjen kanssa. (Valsu 1975–1979, 5; Valsu 1976–1980, 5; Valsu 1977–1981, 5; Valsu 1978–1982, 5; Valsu 1979–1983, 5; Valsu 1980–1984, 5 & Valsu 1981–1985, 5.)*

*Terveydenneuvonnan laajeneminen koskemaan koko väestöä työikäisten neuvonnan, nuorisoneuvonnan ja vanhuksien neuvolatoiminnan kehittäminen samoin kuin kouluterveydenhuollon kehittäminen ja työterveyshuollon kehittäminen terveyskeskuksissa asettavat uusia kasvavia tehtäviä terveydenhoitajille, ja toisaalta heidän tehtäviään voidaan lisätä myös sairaanhoidon piirissä. Tämän johdosta lääkintöhallitus on pyrkinyt varsin nopeasti lisäämään terveydenhoitajien määrää. Kunnat eivät ole kuitenkaan suunnitelmissaan nähneet läheskään yhtä tärkeänä terveydenhoitajien määrän lisäystä. (Valsu 1975–1979, 34.)*

Vuoden 1984 Valtava-uudistus vaikutti merkittävästi valtakunnallisten suunnitelmien sisältöön ja rakenteeseen sekä näkemyksiin siitä, miten väestön terveydentilaa tulisi parantaa. Verrattuna aikaisempien valtakunnallisten suunnitelmien tavoitteisiin terveystalouden alettiin nähdä entistä tärkeämpänä keinona väestön terveydentilan parantamiseksi. Lisäksi terveystalouksissa alettiin puhua omatoimisista ihmisistä sekä kuntouttavasta ja aktivoivasta hoidosta:

*Suunnitelma-ajalla kehitetään pitkäaikaisesti sairaisten sairaalahoitoa siten, että potilaiden omatoimisuutta lisätään ja heidän toimintakykyään ylläpidetään ja lisätään tarkoituksenmukaisella kuntoutuksella. Laitoshoidon kodinomaisuutta lisätään pitkäaikaisesti sairaisten osastoilla. (Valsu 1984–1988, 23.)*

*Eri hoitomuotojen kehittämisestä huolimatta pysyvissä sairaalahoitoissa olevien potilaiden lukumäärässä on odotettavissa kasvua. Tästä syystä hoidon kuntouttava ja aktivoiva luonne korostuu. (Valsu 1984–1988, 88.)*

Suomen ensimmäinen Terveyttä kaikille -ohjelma julkaistiin vuonna 1986. Ennen ohjelman julkaisua sen päälinjat oli jo aikaisemmin hyväksytty hallituksen terveystoiminnassa selonteossa (26.3.1985). Terveystoiminnassa ohjelman vaikutus näkyi retorisella tasolla. Terveystoimintaan ja kansalaisten elämäntapoihin vaikuttamiseen liittyvää retoriikkaa ikään kuin ryhdistettiin ohjelman myötä tarkastelluissa terveystoiminnassa 1980-luvun puolesta välistä lähtien:

*Terveydenhoitoa tehostetaan korostamalla terveystoiminnassa terveiden elämäntapojen merkitystä terveydelle ja ihmisten omaehtoisuutta terveytensä edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Terveystoiminnasta toteutetaan yhteistyössä muiden viranomaisten ja järjestöjen kanssa. tärkeimpinä sisältöinä ovat suunnitelmakaudella alkoholinkäytön haittojen vähentäminen ja tapaturmien ehkäisy. Samalla jatketaan terveellisten liikuntatottumusten edistämistä, ravitsemuskasvatusta, tupakointia vähentävää terveystoiminnasta ja ihmishuone- ja sukupuolikasvatusta ehkäisyneuvonta siihen liittyen. (Valsu 1985–1989, 21.)*

*Kuntien ja kuntainliittojen kansanterveytyksen viranomaisilla on vastuu terveiden elämäntapojen edistämiseksi, ehkäistävissä olevien terveysvaarojen poistamiseksi sekä terveystoiminnajärjestelmien kehittämiseksi tarvittavan suunnittelun ja yhteistyön järjestämisestä. (Valsu 1987–1991, 19.)*

On kuitenkin huomattava, kuten Sihdon tutkimus osoitti, että ohjelman toimeenpano ei juuri näkynyt terveydenhuollon käytännön tasolla. Olennaiseksi tekijäksi nousee siten se hallinnon eetos, diskurssien konteksti, missä ne esitetään. Terveystoiminnassa 1970- ja 1980-luvulla terveystoiminnan ja elämäntapoihin vaikuttaminen esitettiin kontekstissa, jossa terveystoiminnajärjestelmän laajentaminen oli hyväksyttävää ja jopa toivottavaa, vaikka 1980-luvun loppupuolelta alkaen voimavarojen lisäys esitettiin aina kohdistettavan kiireellisimpiin ja tärkeimpiin kohteisiin:

*Tavoitteena on lisätä terveydenhoito- ja avosairaanhoidon palveluja, tehostaa merkittävimpien kansantautien ehkäisyä ja hoitoa sekä vähentää palvelusten tarjonnassa vallitsevia alueellisia eroja. Voimavarojen käyttösuunnitelmat eivät myöskään painopisteiltään poikkea vastaavista aikaisemmista suunnitelmista, joskin julkisen talouden vaikeudet sekä terveydenhuoltohenkilöstön niukkuus ovat pakottaneet tarkistamaan eräiden uudistusten aikatauluja aiempiin suunnitelmiin verrattuna. Terveydenhuollon voimavarojen kasvun hidastuminen pakottaa tehostamaan olemassa olevien resurssien käyttöä, etsimään ja kehittämään uusia entistä tehokkaampia toimintamuotoja sekä seuraamaan toiminnan tuloksellisuutta ja taloudellisuutta. (Valsu 1977–1981, 25.)*

*Terveystoiminnajärjestelmien lisäys on siis määrätietoisesti suunnattu sairastavuuden alueille, joissa muita avohoitopalveluksia on vähän tarjolla. Terveystoiminnasta voidaan yleistöamuksena sanoa, että niiden antamat avosairaanhoidon palvelukset ovat jakautuneet alueellisesti verrattain tasaisesti ja lisääntyneet odotetulla tavalla. (Valsu 1978–1982, 38.)*

*Kansanterveytyön alkuvuosina terveyskeskuskäyntien lisääntyminen oli voimakkainta Kuopion ja Oulun suuralueilla, kuten oli suunniteltukin. Vuonna 1976 oli kasvu suurinta Helsingin ja Tampereen suuralueilla. Vuonna 1977 Tampereen alueen käyntimäärä jatkoi kasvua 11 %:lla, Oulun suuralue yliti 11,6 %:n kasvuun, mutta Helsingin vastuualueella kasvu taantui 3 %:iin ja Turun alueella tapahtui 1 %:n vähennys. Vuosi vuodelta tarkastellen kehitys on siis ollut epätasaista. (Valsu 1980–1984, 43.)*

*Terveyspoliittisen selonteon eräänä periaatteena on terveydenhuollon ja yhteiskunnan muiden lohkojen ja hallinnonalojen välisen yhteistyön kehittäminen. Toiminnan organisoimisessa suunnataan nykyisiä voimavaroja uudelleen ja uudet voimavarat kohdennetaan kiireellisimpiin ja tärkeimpiin kohteisiin. (Valsu 1987–1991, 52.)*

Terveyskäyttäytymisen diskurssi on kuitenkin saanut erilaisen sävyn 1990-luvulta lähtien. Resurssien karsimisen ja palvelujen uudistamisen terveyshaittoja ehkäisevään suuntaan myötä näkemys terveyskäyttäytymiseen vaikuttamisesta on tullut terveysstrategioissa yhä ilmeisemmäksi. Lisäksi terveysstrategioissa terveyskasvatusta ei enää välttämättä liitetä terveydenhuoltojärjestelmään (vaikka sillä edelleen on tärkeä rooli), vaan terveyskäyttäytyminen on liitetty enenevässä määrin kansalaisen – tai paremminkin kuntalaisen – tiedollisten edellytysten parantamiseen myös palvelujärjestelmän ulkopuolella:

*Ehkäisevällä työllä seurataan kunnan sosiaalisia ja terveydellisiä oloja, havaitaan epäkohtia ja tunnistetaan riskejä sekä toimitaan niiden välttämiseksi ja poistamiseksi. Erityisesti ohjaus, neuvonta ja tiedottaminen sekä ihmisten elämäntapoihin vaikuttaminen sairastuvuuden ja ongelmien syntymisen ehkäisemiseksi ovat tärkeitä työmuotoja. Ehkäisevällä työllä tuetaan myös ihmisten omatoimisuutta ja aloitteellisuutta sekä vahvistetaan asukkaiden omaa toimintaa ja vastuuta. Yhdyskuntatyöllä voidaan vaikuttaa asuinalueiden sosiaalisiin epäkohtiin ja luoda edellytyksiä asukkaiden yhteistoiminnalle. (Valsu 1993–1996, 3.)*

*Terveelliset elämäntavat edistävät ihmisten työ- ja toimintakykyä ja elämänlaatua ja ehkäisevät sairastumista ja ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. Terveellisiä elämäntapoja edistetään antamalla ihmisille edellytykset tiedonsaantiin, taitoihin, vuorovaikutukseen ja tukeen. (Valsu 1994–1997, 8.)*

*Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitetään siten, että kaikilla on sosioekonomisesta asemasta tai syntyperästä huolimatta mahdollisuus saada ymmärrettävää tietoa oikeuksistaan ja myös vastuustaan terveydenhuollossa sekä yleistä tietoa terveydestä ja sen edistämisestä, sekä mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon. (Terveys 2015, 28.)*

*Eri sektoreiden vastuu kansanterveydestä muuttuu todellisuudeksi siinä, miten ne kykenevät tukemaan kansalaisten arkielämän areenoilla tapahtuvaa terveyttä edistävää kehitystä. Kansalaisten oma rooli terveytensä edistämisessä on keskeinen. Valtioneuvosto korostaa kotien, koulujen, työelämän, liikenteen, asuma-alueiden, kulutuksen ja vapaa-ajan ympäristöjen ja lähiyhteisöjen merkitystä terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumiselle. Keskeiset lähiajan tehtävät koskevat juuri näiden arjen areenoiden kehittämistä. Yleisesti huomiota tulee kiinnittää siihen, että jokaisella kansalaisella on mahdollisuus omista henkilökohtaisista edellytyksistä riippumatta osallistua kaikkien areenojen toimintaan ja niissä itseään koskevaan päätöksentekoon. (Terveys 2015, 32–33.)*

Toisaalta kokonaisuudessaan terveyspoliittiset toimet ovat vielä hyvin palvelujärjestelmäkeskeisiä. Hyvinvointivaltion rakentamisen kaudella oikeus terveyspalveluihin vaikutti olevan itsestään selvä periaate, jota ei tarvinnut perustella. Taloudellisen tilanteen kiristytessä 1990-luvulla terveysstrategioissa alkoi uudenlainen palvelujen turvaamisen diskurssi. Terveysstrategioissa tämä diskurssi on pitänyt sisällään näkemyksen riittävästä terveyspalveluista ja oikeutuksesta niihin:

*Nykyinen kunnallinen palvelujärjestelmä on kuitenkin pystynyt vastaamaan kohtuullisen hyvin kiristyneen taloudellisen tilanteen ja lisääntyneiden tarpeiden asettamiin vaatimuksiin. Palvelujärjestelmää edelleen kehittämällä ja tehostamalla voidaan myös jatkossa turvata väestön tarvitsemat palvelut käytettävissä olevien taloudellisten mahdollisuuksien asettamista rajoituksista huolimatta. (Valsu 1995–1998, 2.)*

*Säästöpäätökset ja valtionosuusuudistus ovat vaikuttaneet myös palvelurakenneuudistukseen; eräiden selvitysten mukaan eri puolella maata asuvien yhdenvertaisuus on vaarantunut. Erityisesti eräät sosiaaliselta asemaltaan heikot kansalaisryhmät, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaiset, kehitysvammaiset ja lastensuojeluasiakkaat, eivät saa tarvitsemiaan palveluja yhdenvertaisesti koko maassa. Koska nämä asiakasryhmät eivät usein itse pysty huolehtimaan oikeuksistaan, jää kunnan johdolle erityinen vastuu heidän lakisääteisten palvelujensa turvaamisesta. (Valsu 1997–2000, 2.)*

*Kansanterveyden tavoiteltu myönteinen kehitys edellyttää, että kaikille suomalaisille voidaan turvata yhtäläisesti korkeatasoiset, saavutettavissa olevat palvelut sairauksien ja vammojen ehkäisyyn ja hoitoon sekä huolenpitoon ja hoivaan. Tämä toteutetaan siten, että palvelut sovitetaan yhteisten asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Ihmiset voivat itse edistää terveyttään muun muassa liikkumalla ja syömällä terveellisesti sekä lopettamalla tupakoinnin, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöstensä perustaksi. (Terveys 2015, 28.)*

Terveyspolitiikan laajuutta ja sisältöä koskeva erottelu on hiuksen hieno hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin ja uuden kansanterveyden diskurssin välillä, sillä kyse on hyvinvointivaltiollisten epäsuorien tekniikoiden ja uuden kansanterveyden suorien tekniikoiden määrittämisestä. Molemmissa pyritään vaikuttamaan terveyteen ympäristöön liittyvien tekijöiden kautta. Loppujen lopuksi tarkastelu palaa palvelujärjestelmään. Osbornen mukaan sosiaaliliberaalien valtioiden rakentama palvelujärjestelmä ajaa liberaalin hallintatavan ääri rajoille tai jopa sen ulkopuolelle, sillä se eräällä tapaa lupaa valtion ottavan vastuuta kansalaisistaan. Näyttäisi siltä, että kontekstin muuttuminen ei kuitenkaan lopulta ole pystynyt sivuuttamaan laajaa palvelujärjestelmää terveysstrategioissa:

*Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena on palvelujen tasa-arvoisen ja monipuolisen saatavuuden turvaaminen maan kaikissa osissa. Palveluja käyttävän asiakkaan kannalta on tärkeitä saada tarpeelliset palvelut oikeaan aikaan laadullisesti korkeatasoisina. Tämä voi toteutua muun muassa porrastamalla palvelut asianmukaisesti. Samalla on lisättävä palveluja käyttävien henkilöiden valinnanvapautta ja mahdollisuutta muutoinkin vaikuttaa palvelujen sisältöön. Sosiaali- ja*

*terveyspalvelujen tulee ylläpitää ja edistää väestön terveyttä ja omatoimista selviytymistä. Myös palvelujen rakenteen on vastattava väestön tarpeita siten, että avo- ja välimuotoisia palveluja kehittämällä korvataan tarpeettomaksi käyvää laitoshoidtoa. (Valsu 1996–1999, 3.)*

*Avo- ja laitoshoidon erilaiset rahoitusratkaisut eivät saisi vaikuttaa epätarkoituksenmukaisella tavalla asiakkaan hoitoon. Asiakkaan hoidon sisällön tulee määräytyä hoidon tarpeen perusteella. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän, jonka tehtävänä on selvittää avohoidon ja laitoshoidon väliseen rajanvetoon liittyviä ongelmia sekä rajanvedon merkitystä eri rahoittajien vastuunjaon kannalta ja tehdä ehdotuksen tarvittaviksi säädösmuutoksiksi. (TATO 2000–2003, 22.)*

### 5.3. Universaalista terveystaloudesta epäkohtien politiikkaan

Edellinen problematisointi koski terveyspalvelujärjestelmän rakenteellista puolta ja terveystalouden tekniikoita. Tarkastelu on kuitenkin syytä ulottaa myös terveystalouden keskeisiin arvoihin. Hyvinvointivaltion kansanterveyden diskurssin keskeisinä arvoina voidaan nähdä universaalius palvelujen tarjonnassa sekä tasa-arvoiset mahdollisuudet kansalaisten kesken saada yhtäläisiä palveluita tarpeidensa mukaan. Uuden kansanterveyden diskurssi ei ole sinänsä sivuuttanut universalismia ainakaan periaatteellisesti, mutta sitä tärkeämmiksi arvoiksi ovat nousseet aktiivisuus, koko järjestelmän lävistävä vastuullisuus sekä palvelujen kohdalla kohtuullinen oikeudenmukaisuus. Uuden kansanterveyden diskurssi siis myöntää, että kansalaisten saamien palvelujen välillä voi olla eroavaisuuksia.

Tarkastelu hyvinvointivaltion rakentumisesta osoitti, miten hyvinvointivaltion universaali, kaikille-tarpeen-mukaan diskurssi muodostui 1960-luvulta alkaen. Tämä diskurssi on nähtävissä myös terveystaloudesta ohjaavissa asiakirjoissa. Terveystalouksissa läpi 1970-luvun ja 1980-luvun puolivälin esitettiin, että tarkoituksena on luoda terveydenhuoltojärjestelmä, joka tarjoaa (samanlaisia) palveluja ”kaikille” ja ”koko väestölle”:

*Kansanterveysystöhön käytettävissä olevaa henkilökuntaa ja taloudellisia voimavaroja ohjataan suunnitelmakauden ensimmäisenä vuotena pääasiassa alueille, joilla sairastavuus ja tästä johtuva terveyspalvelusten tarve on erityisen suuri. Sen jälkeen huolehditaan kansanterveyslaitoksissa tarkoitettuihin palveluksiin esiintyvien erojen tasaamista. (Valsu 1974–1978, 3.)*

*Terveystalouden toiminnan sisältöä on kehitettävä parantamalla toiminnan tehokkuutta sekä laitoskohtaisesti että aluetasolla erityisesti yhdenmukaistamalla ja rationoimalla terveydenhuollon toimintojen menetelmiä, välineitä ja käyttöä. (Valsu 1979–1983, 5.)*



*Aikaisemmissa valtakunnallisissa suunnitelmissa vahvistetut ohjelmalliset päätavoitteet on säilytetty ennallaan. Palvelusten määrän lisäämistä pidetään edelleen tärkeänä, toisena tavoitteena päätavoitteena on taata kaikille kansalaisille yhtäläiset mahdollisuudet käyttää terveydenhuollon palveluja ja kolmanneksi pyritään lisäämään terveydenhuoltojärjestelmän tuottavuutta ja kehittämään toimintoja. (Valsu 1979–1983, 25 & Valsu 1980–1984, 25.)*

*Tavoitteena on tehdä palvelujen käyttö mahdollisimman helpoksi terveyskeskuksen alueen asukkailla. Eräs tapa toteuttaa tätä tavoitetta on järjestää palvelut sopivaa asuinaluekohtaista jakoa käyttäen. Tämä niveltyy luontevasti myös väestövastuuperiaatteella toteutettaviin palveluihin. (Valsu 1988–1992, 59.)*

Viimeinen lainauksista osoittaa, miten Terveyttä kaikille -ohjelman julkistaminen merkitsi eräänlaista risteymäkohtaa hyvinvointivaltiollisessa ja uuden kansanterveyden diskurssissa: yhtä aikaa haluttiin pitäytyä yhtäläisessä julkisessa terveyspalvelujärjestelmässä ja tuoda sen rinnalle paikallisiin olosuhteisiin soveltuvia toimintamalleja järjestäen ne väestövastuuperiaatteella. Universalismin periaate siinä yhteydessä kun sillä tarkoitetaan yhtäläisiä palveluja koko väestölle, on kuitenkin haastettu yhä enemmän 1990-luvulta lähtien, kun terveysstrategioissa alettiin puhua ”kuntakohtaisista” palveluista ”kuntalaisille”. Samalla niissä on vahvistettu yhteisöllisyyden tai paremminkin suomalaisittain kuntakohtaisuuden diskurssia:

*Toteutettu valtakunnallisen suunnitelman muutos [viittaa käyttökustannushankkeiden vahvistusmenettelyn muutokseen, SK] merkitsee sitä, että kunnat eivät ole entisessä määrin sidottuja toteuttamissuunnitelmassa ilmoittamiinsa hankkeisiin ja niiden kustannusarvioihin. Käytännössä tämä merkitsee kunnille lisääntyvää vapautta käyttökustannushankkeiden toteuttamisessa. (Valsu 1990–1994, 33.)*

*Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla. Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoa asukkaalleen, mutta ei säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Toiminnassa voi olla kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestön tarpeiden mukaan. (Valsu 1993–1996, 1.)*

*Kun kuntien mahdollisuutta määritellä sosiaali- ja terveyspalveluista perittäviä asiakasmaksuja on väljennetty, voivat myös maksujen määrät vaihdella entistä enemmän kunnittain. Maksut eivät saa kuitenkaan vaarantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta, sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista ja palvelujen saatavuuden turvaamista kaikille taloudellisesta asemasta riippumatta. (Valsu 1994–1997, 3 & Valsu 1995–1998, 4.)*

*Kasvanut valtionvelka vaikeuttaa sosiaaliturvan rahoitusta ja on uhka sosiaalisen ja terveydellisen hyvinvoinnin ylläpitämiselle. Velan kasvun taittamiseksi myös kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksia on leikattu. Kuntien vuodesta 1992 alkaen kasvaneet verotulot ovat kuitenkin jossain määrin kompensoineet leikkausten vaikutuksia kunnallistalouteen. Kuntakohtaisista päätöksistä on riippunut, miten leikkaukset ovat vaikuttaneet kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. (Valsu 1997–2000, 3.)*

Kuntakohtaisuus kuitenkin myöntää, että väestölle tarjottavissa palveluissa voi olla eroavaisuuksia. Näyttäisi kuitenkin siltä, että vaikka hallinnon hajauttaminen kuntien tasolle olikin yleisesti hyväksytty periaate, niin hyvinvointivaltiollinen universaalien palvelujen periaate on edelleen hyvin vahva. 1990-luvun karsinnan politiikan jälkeenkin terveysstrategioissa on painotettu edelleen kansalaisten oikeuksia universaaleihin terveyspalveluihin:

*Elokuussa 1995 tuli voimaan perusoikeusuudistus, jolla hallitusmuotoon lisättiin taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevat säännökset. Niiden mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. – – Säästöpäätökset ja valtionosuusuudistus ovat vaikuttaneet myös palvelurakennemuutokseen; eräiden selvitysten mukaan eri puolella maata asuvien yhdenvertaisuus on vaarantunut. Erityisesti eräät sosiaaliselta asemaltaan heikot kansalaisryhmät, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaiset, kehitysvammaiset ja lastensuojeluasiakkaat, eivät saa tarvitsemiaan palveluja yhdenvertaisesti koko maassa. Koska nämä asiakasryhmät eivät usein itse pysty huolehtimaan oikeuksistaan, jää kunnan johdolle erityinen vastuu heidän lakisäateisten palvelujensa turvaamisesta. – – Uudet perusoikeussäädökset korostavat sekä paikallista että valtakunnallista yhdenvertaisuutta. Kunnan on seurattava yhdenvertaisuuden toteutumista vertaamalla yhtäältä kunnan eri palveluja käyttäviä asukkaita ja asiakasryhmiä keskenään sekä toisaalta kunnan palveluita verrattuna vastaaviin palveluihin koko maassa. (Valsu 1997–2000, 1-2.)*

*Uusia haasteita asettavat myös erityisesti perustuslain mukaiset velvoitteet yksilön perusoikeuksien turvaamisesta. Tältä osin eräät sosiaali- ja terveystoimen lait ja erityisesti niiden henkilööön kohdistuvia pakkotoimenpiteitä koskevat säännökset eivät ole tällä hetkellä riittävän täsmällisesti muotoiltuja. Siltä osin kuin säädösten tarkistaminen merkitsee palvelujen järjestämisvastuun laajentamista päätetään kuntien riittävistä lisävoimavaroista. (TATO 2004–2007, 33.)*

Jotain universaaliuden periaatteessa on kuitenkin tapahtunut. Ensinnäkin universaalius on saanut uudenlaisia rajoja. Taloudellisuus ei sinänsä ole uutta terveydenhuollon hallinnoimisessa: terveyspalvelujärjestelmää on koko suomalaisen hyvinvointivaltion historian kehitetty valtiontalouden tahdissa. 1990-luvun taloudelliseen lamaan saakka kehityksen suunta oli valtiontaloudessa ylöspäin, mikä mahdollisti toiminnan ja terveyspalvelujärjestelmän laajenemisen. Vielä 1990-luvun ensimmäisissä terveysstrategioissa terveyspalvelujärjestelmän todettiin olevan puutteellinen esimerkiksi alueellisten erojen takia. Laman myötä tämä voimavarojen lisäämisen oikeuttava laajentamispuhe katkesi, ja terveysstrategioissa alettiin esittää kiistattomana tosiasiana palveluihin suunnattujen voimavarojen olevan riittäviä, jos ne vaan kohdennetaan oikein. Lama-aikana perustelut toiminnasta voitiin yhdistää valtion vaikeaan tilanteeseen. Terveysstrategioissa on kuitenkin jatkunut eräänlainen tarkkuuttamisen politiikka laman jälkeenkin:

*Vaikean taloudellisen tilanteen takia sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen kasvu pysähtyy. Palvelutarpeisiin voidaan vastata vain kohdentamalla uudelleen olemassa olevia voimavaroja ja tehostamalla ehkäiseviä toimenpiteitä. Valtion vuoden 1993 talousarvion lähtökohdana on, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisilla ja toiminnallisilla muutoksilla saavutetaan merkittäviä säästöjä. (Valsu 1993–1996, 2.)*

*Investointipolitiikan keskeinen periaate on lähivuosina palvelujen häiriöttömän järjestämisen kannalta välttämättömien toimenpiteiden ja hankintojen turvaaminen – Näiden ohella tavoitteena olevaa laitospaikkojen vähentämistä ja avohuollon kehittämistä tuetaan suuntaamalla käytettävissä olevia voimavaroja sellaisiin hankkeisiin, joiden avulla tehostetaan avohuoltoa, välimuotoisten palvelujen aikaansaamista ja kotona asumista tukevia palveluja. (Valsu 1996–1999, 22.)*

Talouden vaatimukset ovat siis asettaneet uudenlaisia rajaehdoja universaaliudelle. Tämän lisäksi tarkkuuttamisen politiikka on koskenut itse tarkasteltavien asiakirjojen roolin muuttumista, ja siten myös valtion roolin muuttumista kansanterveyden hallinnoinnissa. Kun terveysstrategiat aina vuoden 1993 valtionosuusuudistukseen saakka olivat valtakunnallisia terveyspolitiikan kokonaissuunnitelmia koskien koko väestölle suunnattuja palveluja, niin tämän jälkeen ne ovat paremminkin osoittaneet palvelujärjestelmän heikkouksia ja väestön terveydentilan eriarvoisuuksia. Tämä ei tarkoita, että valtakunnallisten suunnitelmien laadintaa ei olisi ohjannut epäkohdat koskien terveyspalvelujärjestelmää tai väestön terveydentilaa. Paremminkin kyse on siitä, että valtion rooliksi on tullut osoittaa erilaisia universaaliuden säröjä. Terveysstrategioissa alettiin siten esittää epäkohtien terveyspolitiikkaa:

*Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on säädetty suurelta osin kuntien tehtäväksi. Kunnat myös vastaavat näiden lakisäätöiden tehtävien toteuttamisesta itsenäisesti, koska lainsäädäntö ohjaa toiminnan järjestämistä varsin väljästi. Lainsäädännössä ei näin ollen ole yleensä mahdollista tuoda esiin toiminnan kehittämisen kannalta keskeisiä valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan ajankohtaisia tavoitteita. Lainsäädännössä ei myöskään voi kiinnittää riittävästi huomiota palvelutarpeiden muutoksiin tai palvelujärjestelmässä havaittuihin ongelmiin. Tällaisten asioiden esille nostamiseksi valtioneuvosto hyväksyy vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman. (Valsu 1998–2001, 1.)*

*Tavoitteena on, että kunnat ja kuntayhtymät kiinnittävät omassa toiminnassaan huomiota koko toiminnan aktiivisen kehittämisen ohella erityisesti niihin kysymyksiin, jotka on nostettu esiin tässä valtakunnallisessa suunnitelmassa. Suunnitelmaan sisällytetään vuosittain sellaisia sosiaali- ja terveyspolitiikan kannalta keskeisiä asioita, jotka valtakunnallisesti tarkasteltuna edellyttävät toiminnan kehittämistä tai epäkohtien korjaamista. (Valsu 1998–2001, 1.)*

*Valtionosuusjärjestelmän tarjoamaa perusrahoitusta ei ole kaikilta osin pidetty riittävänä palvelujärjestelmän erityisongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2000 myöntänyt eduskunta-aloitteen pohjalta varatusta 70 miljoonan markan määrärahasta kohdennettua valtionavustusta sairaanhoitopiirien kuntayhtymien lasten ja nuorten psykiatrian kehittämishankkeisiin. Hankkeet toteutetaan kunnissa ja kuntayhtymissä. Vuoden 2001 alusta on lasten ja nuorten psykiatria varattava lisätuki tarkoitukseen kytketty osaksi valtionosuusjärjestelmää. Samalla pyritään tältä osin valikoidusti lisäämään normiohjauksen käyttöä tuen käytön ohjaamisessa. (TATO 2000–2003, 29–30.)*

Jälkimmäisessä lainauksessa on tosin huomattavissa, että 2000-luvulla terveysstrategioissa on esitetty aikaisempaa kriittisempää suhtautumista valtion itsensä harjoittamaa terveyspolitiikkaa kohtaan, ja – 1990-luvun katkoksen jälkeen – lainsäädäntövallan kautta valtio on jälleen esitetty keskeisenä toimijana kansanterveystyön hallinnoinnissa.

#### 5.4. Terveestä väestöstä työ- ja toimintakykyisiin kansalaisiin

Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin ja uuden kansanterveyden diskurssin välisessä kamppailussa on viime kädessä kyse siitä, miten ne suhtautuvat terveyteen arvona. Hyvinvointivaltiollisessa ajattelussa ongelma siitä, että terveys ei voi olla absoluuttinen arvo terveyspolitiikan päämääränä ikään kuin sivuutetaan ja tavoitteeseen terveestä väestöstä pyritään pääsemään mahdollisimman kattavalla ja universaalilla palvelujärjestelmällä. Uuden kansanterveyden diskurssin mukaisesti terveydelle pyritään antamaan erilaisia korvikearvoja. Usein nämä korvikearvot ovat yhteydessä aktiivisen ja vastuullisen kansalaisen ihanteeseen.

Kansanterveyslain historian ja toimeenpanon tarkastelu osoitti, että siinä määritelty kansanterveystyön sisältö oli edistyksellinen ja pitkälti yhteneväinen niiden tavoitteiden kanssa, jotka myöhemmin asetettiin WHO:n Terveyttä kaikille – ohjelmassa. Keskeisiä periaatteita ohjelmassa olivat terveyden sosiaalisen ulottuvuuden ja ympäristötekijöiden huomioiminen terveyshaittojen taustalla sekä terveysongelmiin puuttuminen yhteisöjen kautta, ja siten kansalaisten aktivoiminen. Seuraavat kuntoutusta koskevat lainaukset kuvaavat sitä, miten itse paikallisen hallinnan ja yhteisöllisyyden – joita edusti terveyskeskus – idea esitettiin terveysstrategioissa ongelmattomana jo 1970-luvun puolivälistä lähtien, mutta miten aktiivisen kansalaisen ihanteen diskurssia alettiin vahvistaa terveysstrategioissa vasta Suomen oman Terveyttä kaikille -ohjelman laatimisen jälkeen:

*Terveyskeskusten lääkinällisen kuntoutustoiminnan tulee kohdistua ensisijaisesti yksilön toiminta- ja työkyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen. Kuntoutustoiminnassa on pyrittävä kehittämään sellaisia hoitomuotoja, joissa kuntoutustoimenpiteet voidaan ulottaa mahdollisimman suureen osaan väestöstä. (Valsu 1974–1978, 5; Valsu 1975–1979, 7; Valsu 1976–1980, 7; Valsu 1977–1981, 8; Valsu 1978–*

1982, 8-9; Valsu 1979–1983, 8; Valsu 1980–1984, 8; Valsu 1981–1985, 9; Valsu 1982–1986, 6 & Valsu 1983–1987, 6-7.)

*Kuntoutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että kuntoutettava itse osallistuu aktiivisesti kuntoutussuunnitelmansa tekoon ja sen toteuttamisen arviointiin. Kuntoutussuunnitelma tulisi laatia yhteensopivaksi sosiaalihuollossa mahdollisesti laadittavan yksilökohtaisen palvelusuunnitelman sekä vastaavan koulutoimen tai työvoimahallinnon laatiman suunnitelman kanssa. (Valsu 1989–1993, 54.)*

Ensimmäinen lainaus osoittaa, että 1980-luvun alussa valtakunnallisessa terveystaloudessa ei vielä ollut sisäistetty osallistuvan terveystalouden periaatetta, ja kansanterveyspalveluja kehitettiin tasa-arvon periaatteen mukaisesti ”mahdollisimman suureen osaan väestöä”. Jälkimmäinen puolestaan viittaa, miten terveysstrategioissa alettiin painottaa nimenomaan kansalaisten oman osallisuuden merkitystä terveyden edistämiseksi. Tämä uudenlainen sitouttamisen vaatimus voidaan tulkita myös merkiksi terveysongelmien yksityistymisestä. Aktivointi diskurssin vahvistumisesta vielä 1980-lukuun verrattuna osoittaa myös seuraavat lainaukset koskien mammografia-tutkimusta vuosien 1987 ja 1999 terveysstrategioissa:

*Terveyskeskuksen tulee järjestää suunnitelmakauden aikana mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta 50–59-vuotiaille naisille. Seulontaa vuonna 1987 aloitettaessa voidaan sen piiriin ottaa enintään kolme ikäluokkaa. Seulontaan otettu ikäluokka on tutkittava uudestaan kahden vuoden välein. Tarkemmat ohjeet rintasyöpän seulonnasta antaa lääkintöhallitus. (Valsu 1987–1991, 20.)*

*Mammografia-joukkotarkastuksia rintasyöpän toteamiseksi 50–59-vuotiaille naisille sekä kohdun kaulaosan syövän toteamiseksi 30–60-vuotiaille naisille jatketaan. Seulontojen järjestäminen parantaa väestön tietoisuutta rintasyövästä ja sen oireista sekä korostaa naisten oman aktiivisuuden merkitystä tarkkailussa. (Valsu 1999–2002, 13.)*

Edellä olevat lainaukset koskien kuntoutustoimintaa osoittavat lisäksi, että ajatus terveys- ja työvoimapolitiikan yhdistämisestä esitettiin alun perin irrallisena aktiivisuuden diskurssista, ja että työ- ja toimintakykyisyyden käsitteen merkitys muuttuu eri konteksteissa. Vielä 1970- ja 1980-lukujen terveysstrategioissa kontekstin muodostavat sairauksista aiheutuvat terveysmenetykset, jotka heijastuvat talouteen:

*Eri tutkimuksissa on todettu, että joka viidennellä aikuisikäisellä on kohonnut verenpaine, joka kymmenes kärsii tuki- ja liikuntaelinten vioista ja joka kolmas eriasteisista mielenterveyden häiriöistä. Pitkäaikaissairaudet heijastuvat suurina työkyvyttömyyslukuina ja myös työikäisen väestön kuolleisuusluvut ovat epädulliset muihin maihin verraten. (Valsu 1978–1982, 28.)*

*Mielenterveyshäiriöiden sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja verenkiertoelinten sairauksien osuudet sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyystilastoissa ovat pysyneet korkeina. (Valsu 1986–1990, 63.)*

1990-luvulta lähtien terveysstrategioissa esitetty konteksti muodostuu nimenomaan työ- ja toimintakykyisyyden menetyksistä aiheutuvista kustannuksista kansantaloudelle ja lopulta koko yhteiskunnalliselle hyvinvoinnille. Terveiden ja kansantalouden välistä suhdetta on siten alettu esittää terveysstrategioissa entistä suurempana:

*Terveyspolitiikan painopistettä on nyt mahdollista siirtää kuntalaisten toimintakyvyn parantamiseen. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt aiheuttavat inhimillisten kärsimysten ja toimintakyvyn menetysten vuoksi erittäin suuria kustannuksia kansantaloudelle. (Valsu 1997–2000, 6.)*

*Työvoiman ikääntyminen ja työelämän muutokset sekä eläkepolitiikan tavoitteet edellyttävät työkykyä ylläpitävien toimintojen tehostamista. Työikäisten työkykyä ylläpitävän toiminnan on oltava jatkuvaa, sillä työikäisten hyvinvointi on myös muun hyvinvoinnin perusta. (Valsu 1998–2001, 3 & Valsu 1999–2002, 4.)*

Uuden kansanterveyden diskurssin yksi keskeisimmistä periaatteista on terveyden edistäminen. Kansanterveyden hallinnoinnin kannalta itse terveyden käsite on kuitenkin hankala, sillä pohjimmiltaan terveys on subjektiivinen tila ja kokemus. Mitä siis edistetään kun edistetään terveyttä? Jo 1980-luvun alkupuolella herännyt aktivointipolitiikka on pyrkinyt etsimään erilaisia mitattavissa olevia korvikearvoja kuten omatoimisuus, itsenäinen selviytyminen ja työ- ja toimintakykyisyys. Tämänkaltaisessa autonomisen kansalaisen ihanteessa on sinänsä positiivinen sävy, ja terveyspolitiikan tavoitteena sen asemaa on vaikea kieltää. Huomattavaa kuitenkin on, että 1980-luvun lopulta alkaen terveysstrategioissa autonomisen kansalaisen ihanteella ei ole niinkään tarkoitettu esimerkiksi sosiaalisessa elämässään aktiivista ihmistä, vaan autonomisuudella on paremminkin tarkoitettu ihmisiä, jotka ovat mahdollisimman pitkälle riippumattomia terveystalouksista:

*Omatoimisen terveydenhoidon ja elämäntapojen hallintaa tukevien valmiuksien lisäämiseksi tehostetaan terveyden edistämiseen tähtäviä palveluja ja kokeillaan uusia palvelumuotoja. (Valsu 1987–1991, 20.)*

*Elämää uhkaavat sairaudet ovat aikaisemmin saaneet päähuomion terveydenhuollossa niin ehkäisevässä työssä kuin hoidossakin. Monien vakavien kansantautien, kuten sydän- ja verisuonitautien ja syövän ehkäisyssä ja hoidossa onkin saatu hyviä tuloksia viime vuosina – Ikäryhmittäistä palvelutarvetta voidaan vähentää kuntatason ehkäisevällä toiminnalla, erityisenä haasteena on toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttavat sairaudet. (Valsu 1997–2000, 5.)*

*Kotona asumista edistetään myös kehittämällä asiakasmaksupolitiikkaa siihen suuntaan, ettei se perusteettomasti lisää laitoshoidon. Kuntien tulee omassa päätöksenteossään pyrkiä tähän*

*tavoitteeseen. Hallitusohjelman mukaisesti selvitetään avo- ja laitoshoidon etuus- ja maksujärjestelmän yhtenäistämistarve. (TATO 2004–2007, 21.)*

Aktivointipolitiikan myötä autonomisen kansalaisen ihanteen rinnalle, ja ehkä jossain määrin vahvempana terveysstrategioissa on alettu esittää vastuullisen kansalaisen ihannetta, joka ei tosin koske vain palvelujen käyttäjiä vaan kaikkia toimijoita, jotka osallistuvat terveyspalvelujärjestelmään:

*Omaisten osuutta pitkäaikaisesti sairaiden hoidossa korostetaan samalla kun hoidon aktivoivaa ja kuntouttavaa luonnetta painotetaan. (Valsu 1985–1989, 81.)*

*Laadullisista näkökohdista painotetaan hoidon jatkuvuutta, palvelusten joustavuutta ja ihmisläheisyyttä. Omaisten ja muiden potilaalle läheisten henkilöiden osallistumista hoitoon tuetaan ja hoidon järjestelyissä otetaan huomioon potilasta hoitavan omaisen tarve lomaan ja virkistämiseen hoitovastuusta irrottautuneena. (Valsu 1987–1991, 52 & Valsu 1988–1992 53.)*

*Päihdepolitiikan toisena tärkeänä painopistealueena on ihmisen itsensä ja hänen lähiympäristönsä vastuuta korostava toiminta. Tärkeää on tällöin yksilön oman elämän hallinnan taitojen kehittäminen sekä kansalaisen, kuluttajan ja kunnallisten päätöksentekijöiden vastuu päihdeasioita koskevissa valinnoissa. Tämä voidaan saavuttaa kansalaisosallistumisjärjestelmää, arkipäivän toimintaympäristöä ja kuntien yhteistyötä kehittämällä sekä koulutuksella. (Valsu 1997–2000, 7.)*

*Kunnan keskeinen asema sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisessa on haaste kunnan johdolle. Se kantaa vastuun sekä kunnan sosiaali- ja terveyspoliittisista strategioista että niiden käytännön toteutumisen taloudellisista ja hallinnollisista edellytyksistä. Kunnan johto kantaa vastuun myös eri hallinnonalojen toimintojen yhteensovittamisesta. Kaikista ulkoisista muutoksista huolimatta kunnan omat päätökset vaikuttavat eniten sen sosiaali- ja terveydenhuollon tasoon, toimivuuteen ja kustannuksiin sekä kuntalaisten hyvinvointiin. (Valsu 1997–2000, 1.)*

## 6. SUOMALAISEN KANSANTERVEYSTYÖN REGIIMI

### 6.1. Kansanterveystyön hallinnon diskursiiviset muutokset

Aineistona käytetyistä suomalaista terveystyöpolitiikkaa käsittelevistä terveysstrategioista on luettavissa ensinnäkin kertomus suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän rakentamisesta hyvinvointivaltion rakentamisen osana, kasvun pysähtymisestä sekä järjestelmän osittaisesta karsimisesta ja terveystyöpolitiikan uuden suunnan etsimisestä. Toiseksi niistä voidaan lukea määrätietoinen pyrkimys ensisijaisesti kunnan ja/tai alueiden tasolla tapahtuvaan kansanterveystyön hallintoihin. Kyse on siis pyrkimyksestä itseohjautuviin kuntiin perustuvaan terveydenhuoltojärjestelmään. Lisäksi ne kertovat yleisen ja kokonaisvaltaisen suunnittelu-uskon ja uskon yksityiskohtaiseen voimavaraohjaukseen hiipumisesta ja muuttumisesta terveyskysymysten hallinnoimiseksi jatkuvassa (taloudellisen) epävarmuuksien tilassa.

Tutkielmaa varten muodostetut diskurssit mahdollistavat hallinnon muutosten tarkastelun kahdella tasolla: rakenteellisella ja ohjelmallisella. Molemmat tasot koskevat sekä hallinnon että itse toiminnan ideaaleja, ja mahdollistavat muutosten tarkastelun vaiheittain. Tarkasteltaessa suomalaisen kansanterveystyön historiaa havaittiin, että kansanterveyslaki itse asiassa jatkoi jo 1800-luvun lopulla alkanutta kansanterveystyön perinnettä, joka käsitti myös kansalaisjärjestöjen osallistumisen terveyskasvatukseen. Terveyttä kaikille -ohjelman laaja-alainen, terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolinen terveyden edistämisen ajatus ei siis ollut uusi Suomessa. Tämä oli havaittavissa myös valtakunnallisissa suunnitelmissa, jossa jo 1970-luvulla oli viitteitä laajaan hallintaan, joka piti julkisen sektorin toimijoiden lisäksi myös kansalaisjärjestöjen asemaa olennaisena. Siinä mielessä uuden kansanterveyden diskurssin mukainen vaatimus laaja-alaisesta, ei-valtiollisesta hallinnasta ei ollut uutta terveysstrategioissa.

Voisikin ajatella, että suomalaisen kansanterveystyön hallintoihin toiminnan tasolla oli jo alun perin verkostomainen ja siten uuden kansanterveyden diskurssin mukainen.



Kansanterveyslain suurin uudistus oli sen velvoittama terveyskeskusjärjestelmän rakentaminen kuntiin. Terveyskeskusten rakentaminen merkitsi, että terveyden- ja sairaanhoito alettiin liittää entistä selkeämmin palvelujärjestelmään, ja kansanterveysjärjestöt jäivät suunnitelmissa taka-alalle. Terveystenhoitojärjestelmän rakentaminen merkitsi siten hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden diskurssin vahvistumista. Rakenteellisella ulottuvuudella pyrittiin aina 1970-luvun alkupuolelta lähtien 1980-luvun puoleen väliin saakka vahvistamaan hyvinvointivaltiollista ajattelua. Tätä ajatusta tukee myös lähes kaksi vuosikymmentä jatkunut julkisen terveydenhuollon voimavarojen lisääminen.

Terveystenhoitojärjestelmään suunnattujen voimavarojen jatkaessa kasvua vielä 1980-luvun lopulla alkoi Terveysttä kaikille -ohjelman myötä ohjelmallisella tasolla hiljalleen uudenlainen kansalaisten aktivointiin tähtäävä terveyspolitiikka. Vaikka ohjelmassa ei periaatteessa ollut mitään uutta sisältöä verrattuna kansanterveyslakiin, sen vaikutus alkoi näkyä 1980-luvun puolivälistä lähtien valtakunnallisten suunnitelmien retoriikassa, joka alkoi painottaa elintapojen lisäksi kansalaisten tiedollisten edellytysten parantamista ja sitouttamista oman terveytensä hoitoon ja huolehtimiseen.

Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että kansanterveystyön hallinnointi perustui aina 1990-luvun alkupuolelle saakka erityiseen yhdistelmään hyvinvointivaltiollista palvelujärjestelmää ja uuden kansanterveyden ajatuksesta vaikutteita saanutta laajaa terveyspolitiikkaa. Palvelujärjestelmän jatkuva laajentaminen merkitsi samalla kansalaisten sosiaalisten oikeuksien lisääntymistä, ja pyrkimys universaaliin terveydenhuoltojärjestelmään suurempaa painottumista hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden suuntaan. Lisäksi valtiolla oli keskeinen asema terveydenhuollon hallinnoinnissa, ja siten myös vahva legitimitetti.

Valtion keskeistä asemaa kansanterveystyön hallinnoinnissa ei kyseenalaistettu terveysstrategioissa ennen vuoden 1993 valtiosuus uudistusta. Terveysttä kaikille -ohjelman myötä oli jo alettu puhumaan esimerkiksi väestövastuu-periaatteesta, joka viittasi kunnan sisäisen kansanterveystyön tehostamiseen. Lisäksi valtiosuusjärjestelmän asteittainen löyhentyminen 1980-luvun lopulla kuntakohtaisen suunnittelun helpottamiseksi aloitti keskustelun hallinnan

paikallistumisesta. Vuoden 1993 valtiosuusuudistus merkitsi selkeää valtion roolin ja legitiimin aseman muutosta, ja jossain määrin sitä voidaan kutsua valtion vetäytymiseksi hyvinvointivastuusta.

Kuntakohtaiseen hallintoon siirtyminen ei ole kuitenkaan pystynyt haastamaan hierarkkisen hallinnon mallia. Hallinnon madaltaminen on paremminkin pyrkinyt viemään vallan ja hallinnan hierarkiat kuntien tasolle: valtion ja valtakunnallisten suunnitelmien sijasta kansanterveystyön hallinnon tulisi perustua kuntakeskeisyyteen ja kunnallisiin hyvinvointisuunnitelmiin. Vaikka toiminnan ideaali on yhä voimakkaammin verkostoihin perustuva, niin itse päätöksentekojärjestelmässä hierarkiat nähdään vielä tarkoituksenmukaisiksi. Hierarkiaan perustuvan hallinnon puolesta puhuu myös se, että demokratiakeskustelu ei ole juurikaan saanut jalansijaa suomalaisessa terveyspolitiikassa. Yksilön/kansalaisen aktivoimisen diskurssi koskee ensisijaisesti hänen tiedollisten edellytysten parantamista oman terveytensä vaalimisessa ja terveyshaittojen ennaltaehkäisyssä. Vasta oikeastaan 2000-luvun terveysstrategioissa on viittauksia yksilön osallistumisesta myös päätöksentekoon. Varsinaisia ehdotuksia niistä toimenpiteistä, kuten kansalaisfoorumien perustamisesta kuntiin, joilla kansalaisten edellytyksiä osallistua päätöksentekoon, terveysstrategioissa ei juuri ollut. ”Parantaa osallistumisen edellytyksiä” jättää siten kunnille paljon tulkinnan varaa toiminnan kehittämiseen.

Palvelujärjestelmän laajentaminen myös sairauksien ennalta ehkäisyyn voidaan tulkita valtion vastuun laajentumiseksi kansalaisten sosiaalisten oikeuksien lisääntyessä. Terveyspalvelujärjestelmän rakentamisen ja laajentamisen kausi oli kohtalaisen lyhyt, mutta sillä ajalla ehdittiin rakentaa kohtalaisen kattava järjestelmä. Tämän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon muodostaman järjestelmän muuttaminen terveyspoliittisin keinoin on osoittautunut hankalaksi. Huolimatta siitä, että erityisesti perusterveydenhuollon tuottajapuolella on tapahtunut huomattavaa fragmentoitumista yksityisten toimijoiden lisääntyessä, julkisten palvelujen turvaamista pidetään edelleen tärkeänä ja kansalaisten suuri enemmistö kannattaa tätä. Tämän vuoksi terveyspolitiikkaa on ollut vaikeaa irrottaa palvelujärjestelmästä.

Universaalin palvelujärjestelmän rakentaminen merkitsi hyvinvointivaltiollisen ajattelun vahvistumista. Universaaliuden periaatteen ollessa edelleen voimakas luotua palvelujärjestelmää on ollut vaikea karsia. Kansanterveystyön hallinnoinnin muututtua kuntakohtaiseksi palvelujärjestelmissä esiintyvät erot ovat kuitenkin tulleet hyväksyttävämmiksi, vaikka kaikkien kansalaisten riittävien palvelujen saanti on laissa turvattu. Se on muuttanut kansallista terveystyöpolitiikkaa entistä enemmän epäkohtia osoittavaan suuntaan, ongelmien osoittamiseen, kun universaalius ei olekaan toteutunut. Kokonaisuudessaan laaja palvelujärjestelmä näyttää kuitenkin osoittavan institutionaalista jatkuvuutta, joka edustaa hyvinvointivaltiollisen terveystyöpolitiikan vahvuutta.

Kansanterveystyön ja laajemmin terveydenhuollon yleisesti hyväksyttynä tavoitteena on ollut terve väestö. Tämän tutkielman toisessa luvussa tarkasteltiin terveyden käsitteen epämääräisyyteen liittyviä ongelmia. Petersenin mukaan (toinen luku s. 64) ympäristön laaja käsite uuden kansanterveyden mukaisessa hallintatavassa on kuitenkin ollut se tekijä, jolla erottelu terveellisten ja epäterveellisten väestöjen välillä on voitu hävittää, kun kaikkien voidaan nähdä olevan ”riskissä”. Diskursiivinen tarkastelu osoitti, että suomalaisessa kansanterveystyön hallinnoinnissa uuden kansanterveyden edellyttämän aktiivisen kansalaisen ihanne on otettu ongelmitta käyttöön, ja terveyden käsitteen epämääräisyys on kohdattu määrittämällä tarkkoja politiikan kohteita, joista yksi selkeä tavoite on ollut kansalaisten työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen ehkäiseminen. Yrittäjä- ja riski-ajattelun lisääntyminen merkitsevät kuitenkin samalla riskien yksityistymistä. Siinä mielessä voisi ajatella, että vaikka hyvinvointivaltiollinen ajattelu ei universaalin palvelujärjestelmän kohdalla olekaan murentunut, hallinnan järjessä voidaan nähdä siirtymä, jossa valtion vastuuta väestön terveydestä on siirretty entistä enemmän yksittäisten kansalaisten suuntaan.

## 6.2. Institutionaaliset muutokset kansanterveystyössä

Hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja uuden kansanterveyden diskurssien rakenteelliset tasot viittaavat siihen, että hallinnointi on riippuvaista niistä rakenteista

tai instituutioista, joissa se tapahtuu. Tässä tutkimuksessa ei ole varsinaisesti ollut tarkoitus tutkia institutionaalisia muutoksia, eikä se tarkastellun aineiston puitteissa olisi ollut mahdollistakaan kuin osittain. Diskursiivisia muutoksia tarkasteltaessa huomio kiinnittyi kuitenkin joihinkin hallinnon rakenteellisiin elementteihin, kuten hierarkkiseen hallintointiin ja universaaliin palvelujärjestelmään. Tästä johtuen pyrin seuraavaksi alustavasti pohtimaan, mitä nämä kansanterveystyön institutionaaliset rakenteet hallinnon mahdollisesti merkitsevät ennen pohdintaa kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimistä.

Tarkasteltaessa polkuriippuvuuden ongelmaa (ensimmäinen luku s. 43) viitattiin uusinstitutionaaliseen teoriaan pohjautuviin selityksiin vaikeudessa vaihtaa jo valitun politiikan linjaa. Uusinstitutionaalisen teorian yhtenäisyydestä vallitsee kuitenkin erimielisyyksiä koskien erityisesti normatiivisen (normative) ja rationaalisen valinnan (rational choice) lähestymistapojen<sup>46</sup> välistä erottelua. Tarkasteluni tapahtuessa yleisellä tasolla ajattelen uusinstitutionalismia teorian sijasta Gamblen (Lowndes 2002, 107) ajatuksen mukaisesti ”organisoivana perspektiivinä” (organising perspective), enkä siten puutu edellä mainittujen lähestymistapojen välisiin ristiriitoihin. (ks. tarkemmin Lowndes 2002, 90–108.)

”Hallinnosta hallintaan” muutos osoitti tarvetta selittää nykyistä hallintointia hierarkkista ja organisaatioihin sitoutunutta lähestymistapaa dynaamisemmalla teorialla. Lowndes (2002, 97) on esittänyt, että tätä muutosta voi tarkastella kuuden analyttisen jatkumon kautta. Ensimmäinen jatkumo koskee siirtymää organisaatiokeskeisestä lähestymisestä kohti sääntökeskeistä. Poliittiset instituutiot eivät siten vastaa instituution keskeisiä poliittisia organisaatioita, vaan paremminkin ne ovat joukko sääntöjä, jotka ohjaavat ja rajoittavat yksittäisten toimijoiden käyttäytymistä. (Lowndes 2002, 97–98.) Terveystyön tai kansanterveystyön institutionaalista muutosta tutkittaessa tarkastelun ei siten tulisi enää keskittyä siihen, millainen terveydenhuolto on instituutiona, vaan esimerkiksi sen päätöksentekoon,

---

<sup>46</sup> Normatiivisen institutionalismin mukaan poliittiset instituutiot vaikuttavat toimijoiden käyttäytymiseen muokkaamalla heidän arvojaan, normejaan, intressejään, identiteettejään ja uskomuksiaan. Rationaalisen valinnan institutionalismi kieltää, että institutionaaliset tekijät tuottavat tietynlaista käyttäytymistä tai muokkaavat yksilöiden preferenssejä, ja väittää puolestaan, että poliittiset instituutiot vaikuttavat käyttäytymiseen vaikuttamalla tilanteiden rakenteisiin, joissa yksilöt valitsevat strategioita toteuttaakseen preferenssejään. (Lowndes 2002, 95.)

budjetointiin tai terveystalvelujen hankintakäytäntöihin. Instituutioita voidaan siten ajatella ”pelin sääntöinä”, jossa organisaatiot ovat pelaajina (emt., 98.)

Kansanterveystyön hallinnoinnissa valtiolla ja kunnilla on ollut keskeinen rooli. Kunnallisen päätöksenteon lisääntyessä tulisi esimerkiksi tutkia, miten pelin säännöt ovat muuttuneet tai mitä ne nykyään ovat, kun esimerkiksi valtionosuusjärjestelmällä on entistä pienempi rooli kuntien budjetoinnissa ja vastaavasti erilaiset hankerahoitukset palvelutoiminnan kehittämiseksi ovat lisääntyneet, ja kun palvelujen tarjonta on monimuotoistunut uusien julkisen sektorin ulkopuolisten toimijoiden tullessa mukaan. Esimerkiksi palvelutuotannon fragmentoituminen ja valtio - kunta-suhteen muutokset erityisesti valtionosuusuudistuksen jälkeen ovat muuttaneet päätöksenteko- ja suunnittelujärjestelmää, mikä on saattanut olennaisesti muuttaa näiden toimintamuotojen roolia kansanterveystyön hallinnoinnissa ja institutionaalista merkitystä verrattuna hyvinvointivaltion rakentamisen aikaan.

Perinteisessä instituutioiden tutkimuksessa tarkastelu on usein keskitetty formaaleihin ja selkeästi määriteltyihin sääntöihin, kuten erilaisiin sopimuksiin, työnkuvauksiin tai budjetointiin. Uusinstitutionaalisessa suuntauksessa tämän tarkastelun rinnalle otetaan myös informaalit ja kirjoittamattomat käytännöt. (Lowndes 2002, 98.) Kansanterveystyön hallinnoinnin muututtua entistä kuntakohtaisemmaksi keskeisten lakien ja poliittisen ohjauksen tutkimisen rinnalla tulisi tarkastella niitä erilaisia paikallisen päätöksenteon prosesseja, joista hallinnointi kokonaisuudessaan koostuu. Tämä saattaisi osoittaa suuriakin kuntakohtaisia eroja käytännöissä: toisissa kunnissa paikallisilla yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoilla saattaa olla merkittävä rooli päätöksenteossa kun taas toisissa kunnissa näiden toiminta on vähäisempi. Tämä tutkielma antoi viitteitä siitä, että osallistuvan demokratian diskurssi oli vielä kohtalaisen heikko suomalaisessa hallintakulttuurissa. Kuntakohtaisesti tutkittaessa erot julkisten sektorin ulkopuolisten toimijoiden vaikutuksesta kansanterveystyön hallinnointiin saattavat olla kuitenkin merkittäviäkin. Toisaalta tutkimukset saattaisivat osoittaa, että jo rakennettu terveystalvelujärjestelmä ja sen erilaiset vakiintuneet käytännöt, toimintatavat ja säännöt asettavat huomattavia rajoitteita sille, miten on mahdollista toimia.

Kolmas perinteisen institutionaalisen ja uusinstitutionaalisen lähestymistavan välinen jatkumo koskee instituutioiden staattisen luonteen muuttumista dynaamiseksi. Instituutiot eivät siten ole enää vain Huntingtonin (Lowndes 2002, 99) kuvaamia vakaita ja jatkuvia käyttäytymismalleja, vaan uusinstitutionaalinen suuntaus pyrkii tutkimaan, miten institutionaalinen pysyvyys saavutetaan ihmisten toiminnan kautta. Instituutiot eivät ole siten ”asioita” (things), kuten perinteinen institutionalismi ne käsittää, vaan prosesseja. Institutionaalisia sääntöjä täytyy vahvistaa ajan kuluessa. (Lowndes 2002, 99.) Kansanterveystyön hallinnoinnin diskurssien tarkastelu osoitti, miten suomalaisessa kansanterveystyössä palvelutoimintaa on pyritty aktiivisesti siirtämään aikaisempaa verkostomaisempaan malliin. Suunnittelussa ja päätöksenteossa kunnilla on kuitenkin edelleen keskeinen asema. Suomalaista kansanterveystyön mallia ei siten voi kokonaisuudessaan pitää verkostomaisena. Kunnallista päätöksentekojärjestelmää tutkimalla voitaisiin selvittää sen rakenteisiin liittyviä institutionaalisia ominaisuuksia, jotka ovat joko esteitä tai edellytyksiä – liittyen esimerkiksi konsensuksen rakentamiseen toimijoiden kesken tai toimijoiden välisten koalitioiden rakentamiseen pysyvyyden saavuttamiseksi – verkostomaisen hallinnoinnin onnistumiselle olettaen että sellaiseen pyritään.

Perinteisessä institutionaalisisessa tutkimuksessa on ollut kyse hyvästä hallinnoinnista (good government) ja implisiittisestä sitoumuksesta tietynlaiseen arvojen ja hallinnon mallin järjestelmään. Uusinstitutionalistinen suuntaus pyrkii päinvastoin tunnistamaan niitä erilaisia tapoja, joilla instituutiot ilmentävät ja muokkaavat yhteiskunnallisia arvoja, jotka itsessään saattavat olla kiistanalaisia ja muutoksessa. Uusinstitutionalismi pyrkii siten instituutioihin upotettujen arvojen sijasta arvokriittiseen asennoitumiseen tutkiessaan instituutioita. (Lowndes 2002, 99–100.) Hallinnoinnin rakenne – erilaisten toimijoiden inkluusio tai eksluusio ja hallintainstrumenttien valinta – ei Pierren (Lowndes 2002, 100) mukaan ole arvoneutraali, vaan juurtunut poliittisiin arvoihin. Arvokriittinen asennoituminen voi siten antaa uudenlaisen taustan, kun tarkastellaan, mitä esimerkiksi periaatteellinen universalismi terveyspalveluissa nykyään merkitsee. Sosiaalisten oikeuksien lisääminen terveyspalvelujärjestelmää laajentamalla saattaa merkitä olennaisesti erilaista universalismia kuin aktivoivaan terveyspolitiikkaan perustuva universalismi.

Viides jatkumo institutionaalisten suuntausten välillä koskee siirtymää kokonaisvaltaisten (holistic) instituutioiden käsitteestä hajautettuihin (disaggregated) instituutioihin. Uusinstitutionalistit ovat siten Petersin (Lowndes 2002, 100) mukaan kiinnostuneita ”osainstituutioista” (component institutions), kuten äänestysjärjestelmästä, verotuksesta ja etuusjärjestelmästä, politiikan teon järjestelyistä tai hallintojen välisistä suhteista. Tämänkaltaiset instituutiot esitetään formaalien rakenteiden ja virallisten käytäntöjen kautta, mutta myös organisaatioiden sisäisten hiljaisen ymmärtämisen ja yleisten käytäntöjen – sekä julkisen sektorin sisällä että ulkona – kautta. Nämä instituutiot eivät myöskään välttämättä sovi yhteen siinä mielessä, että ne muodostaisivat yhtenäisen ja hallitun kokonaisuuden. Lisäksi Goodinin (emt., 100) mukaan ne ovat eriytyneitä eri yksilöiden ja ryhmien valtaresurssien suhteen, ja siten ne suosivat toisia valtasuhteita yli toisten sekä ottavat mukaan toimijoita ja sulkevat puolestaan toisia ulos. Instituutiot eivät myöskään Marchin ja Olsenin (emt., 100) mukaan ole koskaan täysin suljettuja tai valmiita. Institutionaaliset säännöt saattavat tuottaa vaihtelua ja poikkeamia mutta myös säännönmukaisuutta ja yhtenäistämistä. Ne kehittymät ennalta arvaamattomilla tavoilla, kun toimijat yrittävät ymmärtää uusia tai monimerkityksellisiä tilanteita, olla piittaamatta tai jopa rikkoa olemassa olevia sääntöjä tai yrittävät sovittaa sääntöjä suosimaan heidän omia intressejään. Kun yritetään määrätietoiseen institutionaaliseen muutokseen, ”vanhat” ja ”uudet” säännöt voivat esiintyä samanaikaisesti hallinnoimalla keskinäisiä vaikutuksia eri osissa tai eri tasoilla poliittisen järjestelmän sisällä. (Lowndes 2002, 100–101.)

Tässä tutkielmassa olen yrittänyt osoittaa, miten suomalaista kansanterveystyötä on pyritty rakentamaan yhtäältä rakenteellisella tasolla pohjoismaisen hyvinvointivaltion mukaiseksi laajaksi palvelujärjestelmäksi ja toisaalta yhdistää jo hyvinvointivaltion alusta saakka siihen terveyshaittojen ennalta ehkäisyyn tähtäävää terveystalitiikkaa. Huomioitava on tosin, että terveyspalvelujärjestelmän rakentamisen aikana käytännön työssä painotuttiin vielä sairauksien hoitoon. Yhä enemmän kansalaisten aktivointiin tähtäävä terveystalitiikka ei aina välttämättä istu yhteen tasa-arvon politiikan kanssa. Institutionaalinen tutkimus saattaisikin osoittaa, näiden politiikkojen välisiä ristiriitoja tarkasteltaessa, miten ja missä suhteessa toisiinsa niitä sovellettiin aikaisemmin, ja miten puolestaan nykyisin käytännön toiminnassa. Toisaalta myös esimerkiksi Lehdon tutkimus osoitti (ensimmäinen luku s. 15), että lääkäriprofession vahvuus on

merkinnyt terveydenhuollon voimavarojen painottumista yhä enemmän erikoissairaanhoidon ja lääkinnällisen toiminnan suuntaan merkiten heikompien professioiden hoivapalvelujen aseman heikkenemistä.

Lopulta uusinstitutionaalinen suuntaus painottaa, että instituutiot eivät ole riippumattomia kokonaisuuksia ulkopuolella paikasta ja ajasta. Siten uusinstitutionalismi tutkii erilaisia tapoja, joilla poliittiset instituutiot ovat juurtuneita (embedded) tiettyihin konteksteihin. (Lowndes 2002, 101.) Esimerkiksi Putnam (Lowndes 2002, 101) on esittänyt, että keskustelu sosiaalisesta pääomasta on keskittynyt kansalaisyhteiskunnan instituutioiden ja poliittisten instituutioiden toiminnan välisiin suhteisiin. Suomalaisessa kansanterveystyössä esimerkiksi kansanterveysjärjestöillä on ollut perinteisesti tärkeä osa toiminnassa. Hallinnoinnin kontekstin muuttuminen on kuitenkin saattanut vaikuttaa järjestöjen ja terveydenhuoltojärjestelmän välisiin suhteisiin. Esimerkiksi kansanterveystyön mieltäminen perusterveydenhuollossa tapahtuvaksi toiminnaksi on saattanut muuttaa sen suomalaisessa kansanterveystyössä alun perin laajempaa – siis kansanterveysjärjestöt sisällyttäneitä – merkitystä<sup>47</sup>. Toisaalta aktivoinnin diskurssi on saattanut muuttaa terveydenhuoltojärjestelmän suoraa suhdetta kansalaisiin, kun terveysongelmien hallinta perustuu yhä enemmän ongelmien ehkäisyyn. Siten terveyshuollon instituution ala on saattanut laajentua merkittävästi.

Edellä tehty erottelu on tehty vielä kovin yleisellä tasolla, mutta se saattaa antaa joitakin vihjeitä siitä, miten uusinstitutionalistista suuntausta voitaisiin käyttää hyväksi terveydenhuollon hallinnan laajentumista ja yleisesti muutoksia institutionaalisesta näkökulmasta tutkittaessa. Tämän tutkielman kantava teema on ollut, että hallinnointi tapahtuu sekä rakenteellisella että ohjelmallisella tasolla usein eriaikaisestikin mutta erottamattomasti. Tämän luvun lopuksi pyrin vielä pohtimaan ohjelmallisella tasolla tapahtuneita muutoksia. Pyrin siis osoittamaan joitakin kansanterveystyön hallinnan järjessä tapahtuneita muutoksia muodostamalla kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimiä.

---

<sup>47</sup> Ajatus on alun perin Rimpelän (2005), jonka mukaan kansanterveystyön käsitteen häviäminen keskeisten terveystieteiden strategioiden sisällöstä on saattanut merkitä kansanterveystyön sisällön muutosta.



### 6.3. Hallinnan käytännön regiimi

Tämän tutkielman tarkoituksena on ollut tutkia kansanterveystyön hallinnoinnissa tapahtuneita diskursiivisia muutoksia sekä pohtia, minkälainen on kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimi 2000-luvun Suomessa. Hallintamentaliteetin tutkiminen on usein vaikeaa sen perustuessa kollektiiviseen ajatteluun. Dean on pyrkinyt antamaan välineitä analysointiin esittämällä hallinnan käytännön regiimien ulottuvuuksia. Deanin (1999, 21) mukaan jokaisessa yhteiskunnassa on laaja mutta äärellinen määrä toisiinsa kietoutuneita hallinnan käytäntöjen regiimejä. Nykyaikaisten liberaali-demokraattisten yhteiskuntien hallinnan käytännöt koskevat rankaisemista, parantamista, köyhyyden lieventämistä, mielenterveyden hoitoa tai tavoittelua ja lukuisia muita regiimejä. Kyseiset regiimit koskevat ja yhdistyvät instituutioihin kuten rikosoikeusjärjestelmä, terveysjärjestelmä tai sosiaaliturvajärjestelmä. Nämä regiimit eivät kuitenkaan ole identtisiä kyseisten instituutioiden tai järjestelmien kanssa, vaan ne usein ylittävät niiden rajoja. Powerin (Dean 1999, 21) mukaan näiden regiimien itsensä läpi on sen sijaan lainauksia, ja eri regiimien välillä puolestaan on yhteistyön muotoja, päällekkäisyyksiä, risteytymiä, pirstoutumista ja kamppailuja.

Käytännön regiimit saavat alkunsa ja muokkautuvat eri tiedon muodoista ja asiantuntijuuksista, kuten lääketieteestä, kriminologiasta, sosiaalityöstä tai muista tiedon aloista. Kyseiset tiedon muodot määrittävät käytäntöjen kohteet (rikolliset, työttömät, mielisaira, jne.) ja sopivat tavat käsitellä kohteita, asettavat käytännöille tavoitteita ja kohteita sekä määrittävät, mihin asiantuntijat ammatillisesti ja institutionaalisesti keskittyvät. Keskeistä on kuitenkin huomioida, että käytännön regiimeillä on oma todellisuutensa ja logiikkansa, ja siten analysoitaessa tulisi välttää niiden ennen aikaista pelkistämistä olemassaolon järjestykseen tai tasoon, jotka ovat niitä perustavanlaatuisempia, huolimatta siitä, onko tasona instituutiot, rakenteet, ideologiat tai muut seikat, tai edes tiettyihin ohjelmiin, jotka yrittävät antaa niille tiettyjä tarkoituksia ja suunnata niitä erityisiä päämääriä kohti. (Dean 1999, 22.)

### 6.3.1. Hallinnan regiimien ulottuvuudet

Dean (1999, 23, 30) on pyrkinyt luomaan (Deleuzeen pohjautuen) välineitä hallinnan analytiikan tarkasteluun käytännössä. Hän erottaa neljä ulottuvuutta, joilla hallinnan käytäntöjen regiimejä tulisi tarkastella: hallinnan näkyvyyden muodot, hallinnan tekninen ulottuvuus, ajattelun ja kysymisen tavat sekä subjektien muovaamisen tavat. Helén (2005, 103) on (Deaniin pohjautuen) lisännyt vielä ohjelmallisen ulottuvuuden eli toiminnan päämäärät.

Hallinnan käytännöt vaativat toteutuakseen tietynlaista *näkyvyyttä*. Tarkasteltaessa hallinnan regiimejä, on olennaista tarkastella, mitä ne pyrkivät valaisemaan, ja mitä jättämään varjoonsa. Erilaiset arkkitehtuuriset piirroksot, kaavat, kuviot ja taulukot tekevät mahdolliseksi tehdä näkyviksi, mitä ollaan hallinnoimassa. Ne tekevät mahdolliseksi havainnollistaa, kuka on ja mitä ollaan hallinnoimassa, kuinka auktoriteetin ja kuuliaisuuden väliset suhteet ovat rakentuneet tilassa, miten erilaiset tilat ja toimijat ovat yhteydessä toisiinsa, mitä ongelmia ollaan ratkaisemassa, ja mitä hallinnan kohteita ollaan etsimässä. Voimme siis tunnistaa käytäntöjen eri regiimejä tietyin näkyvyyden muodoin. Siten esimerkiksi kliinisen lääketieteen käytännöt olettavat ruumiin ja sen puutteiden näkyvyyttä, kun taas kansanterveyden regiimi sijoittaa yksilön ruumiin sosiaalisen ja poliittisen tilaan. (Dean 1999, 30–31.)

Hallinnan toinen ulottuvuus käsittelee kysymyksiä siitä, minkälaista ajattelutapaa, tietoa, strategioita, asiantuntijatietoa, laskelmoinnin keinoja tai järkeä hallinnan käytännöissä työstetään. Kuinka tietyllä ajattelutavalla pyritään muuntamaan näitä käytäntöjä, ja miten käytännöt edistävät jotakin tiettyä käsitystä totuudesta? Tai miten ajattelutapa pyrkii tekemään joistakin tietyistä asioista, aloista tai ongelmista hallittavia? Hallintamentaliteetilla on oma aikansa ja paikkansa ja se ottaa määrättyjä muotoja, kuten graafisen esityksen, säätelyn tavan tai tekstin. Sitä voidaankin ajatella kytköksenä hallinnan ja ajattelun välillä. (Dean 1999, 31.)

Deanin (1999, 31–32) mukaan hallintamentaliteetti pitäytyy sosiologisen realismin tavasta kuvailla tai analysoida, mitä on olemassa, tai miten käytännöt siinä mielessä toimivat. Analysoidakseen hallinnan käytäntöjen regiimejä on kiinnitettävä huomiota siihen, että auktoriteetin ja toimijoiden tulee itse ohjata toimintaansa, työstää siis

suunnitelmiaan ja tiedonkäsitteisiään. Heidän tulee omaksua näkemyksiä ja pohtia toimintansa päämääriä. Tämän näkemyksen mukaan hyvinvointivaltiota voidaan ajatella paremminkin tapana esitellä instituutioita, käytäntöjä ja henkilöstöä, ja tapana organisoida niitä suhteessa tietynlaiseen ideaan hallinnoinnista, kuin ymmärtää se konkreettisena instituutioiden järjestelmänä. Samankaltaisesti hyvinvointivaltioon kohdistunut uusliberalistinen kritiikki ei ole niinkään hyökkäystä tiettyjä instituutioita vastaan, vaan hallinnan ihanteiden, kansalaisuuden mallin ja niiden muodostaman sääntöjen mallin problematisointia. Hallinnalla on myös ohjelmallinen luonne: erilaiset ohjelmat ja käyttäytymisohjeet ovat yrityksiä säädellä, uudistaa, organisoida ja parantaa sitä, mitä hallinnan käytäntöjen regiimeissä on selkeästi ja vakuuttavasti esitetty toiminnan päämääriksi.

Hallinta edellyttää onnistuakseen erilaisia *tekniikoita* (techne of government). Tämä ulottuvuus käsittelee kysymyksiä siitä, millä keinoin, mekanismein, menettelytavoilin, instrumentein, taktiikoin, tekniikoin, teknologioin tai sanastoin auktoriteetti on rakentunut ja säännöt ovat saatu aikaan. Saavuttaakseen päämääränsä tai pyrkiessään toteuttamaan arvoja, hallinnan täytyy käyttää teknisiä keinoja. Nämä tekniset keinot määrittävät, mitä hallinta on sekä asettavat rajoituksia siihen, mikä on hallinnoinnissa mahdollista. (Dean 1999, 31.)

Neljäs ulottuvuus koskee yksilöiden ja yhteisen *identiteetin muodostumista* hallinnoinnin käytäntöjen ja ohjelmien kautta. Minkälaisia identiteettejä hallinta edellyttää, ja miten se niitä pyrkii muokkaamaan? Mitä voimavaroja ja ominaisuuksia edellytetään niiltä, jotka hallinnoivat (poliitikoilta, byrokraateilta tai asiantuntijoilta) sekä niiltä, joita hallinnoidaan (työntekijöiltä, kuluttajilta, oppilailta tai hyvinvointipalvelujen saajilta). Minkälaista käyttäytymistä heiltä edellytetään? Miten haluttuja ominaisuuksia vaalitaan? Miten tietyistä käyttäytymisen muodoista tehdään ongelmia, ja miten näitä ongelmia pyritään ratkomaan? Miten tietyt yksilöt saadaan identifioitumaan tiettyyn ryhmään tullakseen aktiivisiksi kansalaisiksi? (Dean 1999, 32.)

Maffesolin (Dean 1999, 32) mukaan identiteettien muodostusta ei pidä kuitenkaan sotkea niihin todellisiin subjekteihin, joihin hallinnalla pyritään vaikuttamaan. Hallinnan regiimit eivät määritä subjektiivisuuden muotoja, vaan paremminkin

edistävät ja vaalivat erilaisia kykyjä, ominaisuuksia ja asemia tietyillä toimijoilla. Regiimit ovat onnistuneita, kun nämä toimijat alkavat nähdä itsensä näiden kykyjen, ominaisuuksien ja asemien kautta. Ongelmana hallinnassa ei ole niinkään toimijan identiteetti kuin identifioituminen.

Hallinnan käytännön regiimien ulottuvuudet ovat suhteellisen itsenäisiä ja olisi virheellistä pelkistää regiimi vain yhteen sen ulottuvuuksista. Regiimit saattavat myös muuttua seurauksena yhden tai useamman sen ulottuvuuden muuttumisesta. Helén (2005, 103) lisäsi Deanin jakoon hallinnan käytännön regiimien ulottuvuuksiin päämäärien ulottuvuuden (telos of government, Dean 1999, 33). Dean esittää, että hallintamentaliteetin mukaisesti hallinnan ei uskota olevan ainoastaan välttämätöntä mutta myös mahdollista. Oletettaessa, että hallinnalla voidaan vaikuttaa, uskotaan samalla päästävän haluttuihin päämääriin. Toisin sanoen uskotaan, että politiikan tavoitteet ja lopputulokset voivat kohdata. Tämä puolestaan viittaa siihen, että ihmisiä tai heidän ominaisuuksiaan voidaan uudelleen muokata, ja että ponnistelumme ovat tässä suhteessa tehokkaita. (Dean 1999, 33.) Kansanterveyden ylläpitäminen ja edistäminen on yksi keskeisimpiä nyky-yhteiskuntien hallinnoinnin päämääriä. Määriteltäessä ja tutkittaessa sitä, minkälainen on kansanterveyden hallinnan käytäntöjen regiimi, voidaan analysoida sen eri ulottuvuuksia ja näiden välisiä suhteita.

### 6.3.2. Suomalaisen kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimi

Deanin jaottelu käytännön regiimeistä osoittaa niiden monimuotoisuuden. Käytän kuitenkin hallinnan regiimien ulottuvuuksien jaottelussa vaihtoehtoisesti Rosen (1999, 24–28) tekemää kuvausta poliittisten rationaalisuuksien peruspiirteistä. Poliittisilla rationaalisuuksilla tarkoitetaan määrättyjä tiedon tuotantoja ja sovelluksia, erilaisia diskursiivisia matriiseja, joissa hallinta artikuloidaan. Toisin sanoen hallinta tapahtuu kielen avulla ilmaisemalla hallinnan kohteet ja päämäärät ja työstämällä nämä kielelliset ilmaisut yhteiskuntaelämää eritteleviksi, laajoiksi ohjelmallisiksi ilmauksiksi. Näillä sanankänteillä tuotetaan samalla hallinnan legitiimiys. Sekä tiedolla ja tiedon tuotannolla että kielellä on keskeinen osa hallinnassa. Tieto määrittää, mitä on määrä hallita ja kielen avulla representoidaan se todellisuus, jota pyritään hallitsemaan. Kielen avulla ei ainoastaan tuoda päämääriä ja ongelmia

hallinnoitavaksi, vaan myös määritellään hallinnolliset toiminta-alueet ja tehdään niiden tarkastelu ja hallinta mahdolliseksi. (Hänninen & Karjalainen 1997, 7 ja Miller & Rose 1989, 146–147.)

Poliittisille rationaalisuuksille on tunnusomaista säännönmukaisuus. Niillä on ensinnäkin erityinen *moraalinen muoto*, jossa ne ilmentävät käsityksiä legitiimin auktoriteetin luonteesta ja toimialasta, auktoriteettien jakautumisesta eri alueille ja ulottuvuuksille sekä periaatteista, joiden tulisi ohjata auktoriteetin toimintaa ja hallinnan käytäntöjä. (Rose 1999, 26.) Toiseksi poliittisilla rationaalisuuksilla on *episteeminen luonne* eli hallinnassa vedotaan siihen, että poliittinen järkevyyden perustuu tieteelliseen tosiasiatietoon. (Helén 2005, 103 viitaten Roseen.) Poliittiset rationaalisuudet koskevat siten jossain määrin ymmärrystä hallinnoitavasta tiloista, ihmisistä, ongelmista ja objekteista (Rose 1999, 26–27.)

Kolmas poliittisten rationaalisuuksien peruspiirre on *idiomaattisuus* eli hallinnan oma erityinen kieli omine sanastoineen ja ilmaisutapoineen (Helén 2005, 103 viitaten Roseen.) Rosen (1999, 27) mukaan esimerkiksi Thatcherin aikaiset hallinnolliset ratkaisut itsessään eivät olleet uusliberaalin filosofian konkretisoitumia vaan välineitä ja keinoja, jotka sattuivat olemaan saatavilla ratkaistaviin ongelmiin. Hallinnon uudistusprosessin kuluessa tietynlainen järki – siis uusliberalismi – alkoi tarjota tapoja yhdistää niitä erilaisia keinoja, joilla hallinnoitiin, ja jotka yhdessä alkoivat muodostaa yhtenäisen logiikan. Uusliberaalissa hallinnantavassa esimerkiksi yrittäjyyden (entrepreneurship) käsite on ollut yksi tällainen järjestävä logiikka. Ajateltaessa esimerkiksi liberalismia, hyvinvointivaltiollista logiikkaa (welfare) tai uusliberalismia hallintamentaliteetin näkökulmasta niitä ei kuitenkaan tule nähdä määrittävinä aikakausina vaan logiikkoina, jotka antavat muodon lukuisille yrityksille järkeistää vallan harjoittamisen ja hallinnoinnin taitojen luonnetta, keinoja, tavoitteita ja rajoitteita, mihin hallinnointi on kiinnittynyt. (Rose 1999, 27–28.)

Kaikki järkeistämisen projektit ja strategiat – markkinoiden puolesta, sosiaalisen puolesta, yksilöiden vapauden puolesta – ovat siis strategioita puuttua joko ajatuksiin tai todellisuuteen erilaisiin paikallisiin, alueellisiin, käytännöllisiin, poliittisiin ja muihin kamppailuihin järkeistääkseen ne tietyn logiikan mukaisesti. Poliittiset rationaalisuudet ovat diskursiivisia kenttiä, joita luonnehtii jaettu sanasto, jonka

mukaisesti erimielisyydet voidaan organisoida; keskenään neuvottelevat eettiset periaatteet; keskinäisesti jaettu selittävä logiikka; yleisesti hyväksytyt tosiasiat sekä huomattava yksimielisyys keskeisistä poliittisista ongelmista. (Rose 1999, 28.) Poliittisille rationaalisuuksille on siten olennaista myös niiden käännettävyys: erityistä tarkoitusta varten tai tietyssä muotoutuneet hallinnan rationaliteetit ovat käännettävissä muihin yhteyksiin ja muita sovelluksia varten (Helén 2005, 103 viitaten Roseen.)

Kansanterveystyön hallinnointia tarkasteltaessa sen perimmäisenä päämääränä on mahdollisimman terve väestö. Tämä tavoite on tuskin muuttunut hallinnoinnin kontekstin ja keinojen muuttuessaan. Tarkastelu kansanterveystyön ja suomalaisen terveydenhuollon historiasta kuitenkin osoitti, että tähän tavoitteeseen pyrkimisen lähtökohdat olivat väestön terveydentilan kannalta huomattavasti erilaiset verrattuna nykyiseen tilanteeseen, kun väestön kokonaisterveydentilan on parantunut ja eräiden kansantautien osuus saatu selkeästi vähäisemmäksi. Nykyiset kansanterveydelliset ongelmat ovat luonteeltaan monimuotoisempia kuin aikaisemmin ja liittyvät enemmän sosiaalisesta ympäristöstä lähtöisin oleviin ongelmiin. Hallinnoinnin erilaisuuteen vaikuttaa myös se, että 1970-luvun alussa suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä oli vielä kehittymätön, ja siten sen rakentamista voisi ajatella ensisijaisesti teknisenä ratkaisuna väestön terveysongelmiin. Tarkastelu myös osoitti, että suomalainen terveystoiminta oli sisällöltään moniin muihin läntisiin maihin verrattuna edistyksellistä sisältäen jo kansanterveyslaista alkaen terveyshaittojen ennalta ehkäisyn idean. Onko kansanterveystyön hallinnan järjessä tai logiikassa sitten tapahtunut muutoksia?

Suomalaista hyvinvointivaltiota rakennettiin kohtalaisen nopeassa aikataulussa. Useat tutkimukset osoittavat hyvinvointijärjestelmän rakentamisen ja suunnittelu-uskon heräämisen alkaneen pääasiassa 1960-luvulta, ja varhaisimman kritiikin niitä kohtaan alkaneen jo 1980-luvun alkupuolella. Ehtikö siten vielä näin lyhyessä ajassa yhteiskuntaan juurtua pohjoismaisille laajoille hyvinvointivaltioille tyypillistä tasa-arvon ja solidaarisuuden periaatteita? Ja miten se vaikuttaa kansanterveystyön hallinnan järkeen? Voisiko hyvinvointivaltion myöhäinen rakentaminen merkitä, että Suomessa ehdittiin jo rakentamisvaiheessa ottaa huomioon myös hyvinvointivaltioiden kohtaama kritiikki, ja siten pyrittiin jo politiikkaa luodessa

väistää kritiikin osoittamia epäkohtia? Näin voisi väittää ainakin sen valossa, että suomalaista terveyspalvelujärjestelmää lähdettiin jo alusta alkaen kehittämään ajatuksella, että se ei voi yksinään vastata väestön terveysongelmiin, vaan kansanterveystyön tulee perustua yksilöiden omaan elämänhallintaan.

Tarkastellut terveysstrategiat kuitenkin osoittivat, miten terveyspalvelujärjestelmä 1970-luvun alkupuolelta alkaen pyrittiin kuitenkin suuntaamaan koko väestölle, siis kaikille. Terveysstrategioista tarkasteltuna tasa-arvoisuuden periaatetta vahvistettiin lisäämällä väestön tai joidenkin väestöryhmien oikeuksia erilaisiin terveyspalveluihin. Näin vahvistettiin samalla sosiaalista kansalaisuutta. Oikeuksien lisääminen puolestaan oli valtiolähtöistä ja vaikutti, että se liittyi uskoon rationaalisen suunnittelun mahdollisuudesta poistaa erilaisia terveysongelmia. Kansalaisten oikeuksien lisääminen tuntui olevan järkevä ratkaisu vakiinnuttaa käytäntö uuden ongelmanratkaisukeinon löydyttyä.

Voisikin ajatella, että tämä suunnittelu-usko antoi suomalaiselle kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimille (kuvio 3) sen hyvinvointivaltiollisen järjen 1970- ja 1980-luvulla, kun kehittämisen hengessä uudistukset pyrittiin suuntaamaan koko väestölle erityisesti näkemyksen väestön huonosta terveydentilasta ollessa yhteisesti jaettu. Suhteellisen vakaan talouskasvun oloissa oli varaa ja poliittisia paineita lisätä oikeuksia erilaisiin terveyspalveluihin. Näiden rinnalla myös muita sosiaalisia etuuksia parannettiin, mikä merkitsi kokonaisuudessaan kattavaa sosiaalipolitiikkaa, ja siten eriarvoisuuden vähenemistä yhteiskunnassa, mikä heijastui myös väestön terveydentilan paranemiseen. Olennaista oli myös lääketieteen ja muiden sitä tukevien tieteenalojen jatkuva kehittyminen, joiden uusien tutkimustulosten varassa terveyspalveluiden sisältöä ja hallinnointia kehitettiin. Hallinnan alaa ja sisältöä määrittivät keskushallinnossa – erityisesti lääkintöhallituksessa – valmistellut suunnittelu- ja ohjausstrategiat. Seurantaan perustuva toiminnan kehittäminen sai vahvistusta, kun väestön terveydentilaa koskevat tutkimukset vahvistivat tuloksia positiiviseen suuntaan. Huolimatta ympäristön käsitteen sisällyttämisestä ohjelmiin kansanterveystyö oli vielä 1980-luvullakin sairauksien hoitoon ja riittämättömien palvelujen lisäämiseen painottunutta, mikä merkitsi toiminnan kehittämistä vahvasti lääketieteellisen tutkimuksen ja talouden kasvuvauhdin johtamana. Usko

kokonaisvaltaiseen ja tieteelliseen suunnitteluun jaksoi kantaa 1980-luvun lopulle saakka, vaikka epäilyksiä valtiontalouden kestäväydestä esitettiin jo aikaisemmin.

**Kuvio 3:** Kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimin tekijöitä 1970- ja 1980-luvulla Suomessa

<b>MORAALINEN MUOTO</b>	Valtion tehtävä on taata kansalaisten hyvinvointi  Terveiden tasa-arvo kansalaisten kesken niin alueellisesti kuin sosiaaliryhmittäin  Oikeus terveyteen
<b>EPISTEMINEN LUONNE</b>	Yhteiskuntasuunnittelu takaa kansalaisten hyvinvoinnin  Kansanterveystyötä kehitetään uusimman (lääketieteellisen) tutkimuksen mukaisesti
<b>IDIOMAATTISUUS</b>	Sairastavuus- ja kuolleisuustilastot Terveystieteiden suoritemittarit Lääkintöhallituksen ohjeistus Tautikohtaiset ohjelmat
<b>HALLINNAN RATIONALITEETTIN KÄÄNNETTÄVYYS</b>	Voimavarojen lisääminen osoittaa edistystä  Oikeat ratkaisut perustuvat tutkimustietoon  Toimintaa tulee kehittää seurantatietojen avulla

Hallittavien ongelmien monimutkaistuminen ja muuttuminen yhä enemmän sosiaalisesta ympäristöstä lähteviksi sekä valtion taloudellisen epävarmuuden lisääntyminen ovat merkinneet uskon kokonaisvaltaiseen suunnitteluun heikkenemistä 1990-luvulla, vaikka toisaalta erilaiset hallinnon rakenteen uudistukset tähtäsivät jo aikaisemmin suunnittelun lisäämiseen paikallisesti. Epävarmuuksien ja todennäköisyyksien hallintaan siirtyminen on merkinnyt muutosta myös kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimiin (kuvio 4): ensinnäkin hallinnon ala on kasvanut merkittävästi terveyden käsittäessä yhä laajemmin ihmisten elinympäristön ja elämäntavat. Hallinnan ala ei ole siten enää kuvattavissa yhtä tarkasti kuin sairauksien hoitoon ja terveystieteiden palvelujärjestelmään keskittyneessä kansanterveystyön hallinnoinnissa. Ratkaisuksi tähän on pyritty tuomaan



kuntakohtaisia hallinnon malleja: yhteisöstä lähtöisin olevaa hallinnassa tarvittavaa paikallista tietoa ja tietämystä on pyritty tuomaan tieteellisen tiedon rinnalle epävarmuuksien hallitsemiseksi.

**Kuvio 4:** Kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimin tekijöitä 1990-luvulta alkaen

<b>MORAALINEN MUOTO</b>	Ihmiset oikeutettuja samaan julkisia palveluja toimintakykynsä turvaamiseksi  Heikompiosaisten palvelut on turvattava  Yhteiskunnan hyvinvointi perustuu vastuullisiin kansalaisiin
<b>EPISTEEMINEN LUONNE</b>	Alueelliset ratkaisut ja kansalaisten osallistuvuuden lisääminen hallintoitiin mahdollistavat uhkista selviytymisen  Hallinnon tulee perustua monitieteelliseen tutkimukseen ja vaikutusten arviointiin
<b>IDIOMAATTISUUS</b>	Kunnalliset hyvinvointistrategiat Laatusuositukset Kehittämishankkeet
<b>HALLINNAN RATIONALITEETTIN KÄÄNNETTÄVYYS</b>	On varmistettava, että yksilöllä on pääsy tarvitsemaansa tietoon  Etäisyydeltä hallinnointi  Hallinta perustuu kansalaisten osallistumisen mahdollisuuksien lisäämiseen ja aktivointiin yhteisölähtöisesti

Toiseksi, kuntakohtainen eriytyminen palveluissa on puolestaan merkinnyt, että eroavaisuuksista kansalaisten saamista palveluissa – ja lopulta sosiaalisissa oikeuksissa – on tullut yhteiskunnassa hyväksyttävämpiä. Huoli liiallisista eroavaisuuksista kansalaisten välisissä oikeuksissa on kuitenkin herättänyt 1990-luvulla keskustelun siitä, mikä on yhteiskunnassa oikeudenmukaista. Tämän keskustelun herääminen osoittaa, että sosiaaliset oikeudet eivät ole karsittavissa ilman vastarintaa, mutta myös sitä, että mahdollisimman kattava palvelujärjestelmä ei ole

enää terveystalouden päämäärä. Esitin edellä kysymyksen siitä, onko mahdollista, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeiset tasa-arvon, solidaarisuuden ja universalismin eivät ehtineet juurtua suomalaiseen hyvinvointivaltioon, ja siten hallinnan järjessä omaksuttu aktivointipolitiikka on otettu vähäisin vastarinnoin vastaan suomalaisessa terveystaloudessa.

Julkunen (2001, 275) on esittänyt, että korkeatasoinen hyvinvointivaltio ei ole upottautunut Suomen malliin yhtä syvästi kuin ruotsalaiseen. Ruotsin poliittinen tyyli on myös keskusteluvampi ja vähemmän ylhäältä alaspäin johdettu ja se tukeutuu enemmän yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen (emt., 275.) Vaikka ruotsalaistakin hyvinvointivaltiota karsittiin reilusti, niin suomalaiset julkisen sektorin säästöt ovat olleet tuntuvampia johtuen maiden eroavaisuuksista reagointitavoissa talouden tasapainottamiseen: Suomessa on pyritty Ruotsista poikkeavasti valtiontalouden tasapainoon ja säästöt ovat suuntautuneet enemmän sosiaalipolitiikkaan kun taas Ruotsissa tasapainoa on haettu leikkausten ohella enemmän verojen ja sosiaalivakuutusmaksujen korotuksilla. (emt., 278.) Pohjoismaista hyvinvointivaltiota syvemmälle Suomeen on Julkusen mukaan juurtunut taloudellinen rationalismi: ”kun sosiaalisia periaatteita ja täystyöllisyyttä on vaikea sovittaa pääoman kasautumiseen, edelliset saavat väistyä” (emt., 290 viitaten Kososeen.)

Diskursiivinen tarkastelu osoitti, että universaaliuden periaate on saanut uudenlaisia rajoja, kun terveystaloudessakin on jossain määrin pyritty tarkkuuttamisen ja uudelleen kohdentamisen politiikkaan. Lama-ajan jälkeenkin jatkuneet ehdottomat talouden rajaehdot terveystalouden harjoittamisessa ovat varmasti sidoksissa Suomen erityisen tiukassa pyrkimyksessä talouden tasapainoon ja valtion tiukkaan hallintaan koskien terveydenhuollon rahoitusta. Valtion hallinnonin keskittyessä yhä enemmän talouden epävarmuuksien hallintaan kansanterveyden hallinnoinnissa on tullut yhä vahvemmaksi näkemys, että terveyteen liittyvät ongelmat ovat mahdollista ratkaista paikallisesti kunnissa tai alueittain. Tarkasti määritelty hallinnan tila kunnaksi tuo hallintoihin selkeyttä, joka katosi valtakunnallisesta suunnittelusta luovuttaessa ja terveyden alan painoutuessa yhä enemmän ihmisten elinympäristöön ja siten suuressa määrin terveystaloudesarjojen ulottumattomiin.

Laaja terveyden käsite ei itsessään ole uutta suomalaiselle kansanterveystyön regiimille, vaan sen vaikutus oli nähtävissä hallinnoinnin ohjelmallisella tasolla jo 1970-luvulla. Hallinnoinnin tekniikat tavoiteltaessa väestön terveyttä ovat kuitenkin muuttuneet 2000-luvulle tultaessa: ne eivät keskity enää yhtä selkeästi väestön terveydentilan seurantaan ja sen pohjalta uusien – usein terveystalvvelujärjestelmän kehittämiseen liittyvien – hallintatekniikoiden määrittelyyn ja toimeenpanoon. Hallinnoinnin tekniikat perustuvat sitä vastoin yhä enemmän terveysongelmien ennakkointiin ja valittujen tekniikoiden vaikutusten arviointiin. Tämänkaltaisen ajattelun riskien hallinnasta myötä jokaisesta on hallinnoinnin kohteena. Lisäksi hallintatekniikoiden perustuessa yhä enemmän kansalaisten aktivointiin, voimauttamiseen ja vastuullistamiseen siis yksilön itsen hallinnan lisäämiseen voidaan ajatella valtion etäältä hallinnoinnin vahvistuneen. Etäältä ohjaaminen on merkinnyt samalla sekä yhteisöjen eli kuntien että yksilöiden oman vastuun lisääntymistä. Kansanterveystyön palvelujärjestelmä edustaa varmasti vielä pitkälti vanhaa hallinnan regiimiä. Havaitut muutokset ovatkin tapahtuneet ensisijaisesti hallinnan järjessä: hajautuneempaan hallintaan perustuva ja yksilön vastuuta lisääntyneesti korostava kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimi hyväksyy vanhaa regiimiä paremmin mahdollisuuden terveyden eriarvoistumiseen.

## **7. KANSANTERVEYSTYÖN HALLINNOINNIN ESTEITÄ JA EDELLYTYKSIÄ**

### **7.1. Tutkimuksen luotettavuus**

Tämän tutkielman tarkoituksena on ollut tarkastella hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja uuden kansanterveyden diskurssien esiintymistä suomalaisissa kansanterveystyön järjestämistä koskevissa keskeisissä terveysstrategioissa. Diskurssien esiintyminen ja niiden väliset painotukset ovat kuvastaneet pohjoismaisen hyvinvointivaltion hallinnan ja uusliberaalin hallinnantavan yhtäaikaista logiikkaa pyrkimyksissä parantaa väestön terveyttä. Tutkielman tulokset antavat suuntaa siitä, miten esimerkiksi uusliberaalin hallinnantavan vaikutteet ovat jo hyvinvointivaltion rakentamisen kaudella näkyneet suomalaisessa terveyspolitiikassa, vaikka sen avulla ei näiden hallinnantapojen syvyyttä tarkkaan pystytäkään määrittelemään. Tulokset myös vahvistavat näkemyksiä aktivoivan politiikan lisääntymisestä hallinnan yleisessä logiikassa. Haluttaessa tutkia hallinnoinnin muutoksen syvyyttä tarkemmin tutkimus vaatisi kuitenkin rinnalleen syvempää institutionaalista tutkimusta.

Muodostettujen diskurssien – siis hyvinvointivaltiollisen kansanterveyden ja uuden kansanterveyden – pätevyyttä tarkasteluun tulee myös arvioida. Kahden erilaisen hallinnantavan ominaispiirteiden nimeäminen on itsessään rajoja luovaa ja tulkinnanvaraista, eikä todellisuus asetu yhtä siististi luotuihin kategorioihin. Väitän kuitenkin, että diskurssit kuvaavat hallinnan logiikan muutoksia kansanterveystyön hallinnointia sillä yleisellä tasolla, jolla itse terveysstrategiat on laadittu. Kunta- tai aluekohtaisia eroavaisuuksia hallinnoinnissa tai muutosten toimeenpanoa ja niiden vastarintaa diskurssien avulla ei kuitenkaan voida osoittaa.

Tutkielman tarkoituksena on ollut myös pohtia suomalaisen kansanterveystyön hallinnan käytännön regiimin luonnetta. Kokonaisvaltaisen ja syvällisen kuvauksen tekeminen vaatisi laajempaa aineistoa tai toisenlaista tutkimusotetta. Muodostetut kuvaukset regiimeistä antavat kuitenkin joitakin viitteitä siitä, minkälaisista aineksista hallinnan käytännön regiimit koostuvat, ja mitkä tekijät saattavat aiheuttaa muutoksia

kansanterveystyön regiimissä. Tämän kappaleen loppuun pohdin vielä, mitä tästä tutkimuksesta saatujen tulosten valossa hallinnantavan paikallistumisesta ja kansalaisten aktiivisuuden vaatimuksesta seuraavat ongelmat saattavat merkitä kansanterveystyön kontekstissa.

## 7.2. Kunnallinen kansanterveystyön hallinnointi

Hallinnoinnin diskursiivinen muutos osoitti, että palvelutuottajien fragmentoitumisesta huolimatta jo luodulla terveystyöjärjestelmällä on edelleen merkittävä osa kunnallisessa terveyspolitiikassa. Perusterveydenhuollon palvelut keskeisenä organisaatioinaan terveyskeskukset näyttävät kestävän hallinnoinnin uudistuksia. Kunnat ovat myös edelleen velvoitettuja järjestämään useita laissa edellytetyjä palveluja, vaikka niiden sisältöä ei olekaan tarkasti määritetty. Lisäksi itse terveyspolitiikan päätöksentekojärjestelmä on säilyttänyt monia piirteitään, vaikka valtion osuus hallinnoinnissa on vähentynyt ja kunnallinen päätäntövalta lisääntynyt. Eräitä sen tärkeitä osia ovat esimerkiksi lainsäädäntö, valtionosuusjärjestelmä ja terveyspoliittiset strategiat. Nämä terveystyöjärjestelmän institutionaaliset tekijät ovat varmasti myös hidastaneet tai jopa estäneet toiminnan verkostoitumista sekä päätöksenteossa että todennäköisesti monien kuntien osalta myös itse palvelutoiminnassa. Perustuslaissa taatut ”riittävät sosiaali- ja terveystyöpalvelut” merkitsevät, että karsinnan politiikalla on rajoitteita. Lisäksi poliittisessa päätöksenteossa on vältettävä karsinnan politiikasta seuraavaa syyllisyyttä, joten radikaalit uudistukset vaativat laajaa konsensusta harjoitettavasta politiikasta. Terveystyöjärjestelmässä on siten vielä useita institutionaalisia tekijöitä, jotka aiheuttavat politiikan polkuriippuvuutta.

Toisaalta tutkimukset ovat osoittaneet, että terveystyöpalveluissa saattaa olla suuriakin kuntakohtaisia eroja. Se merkitsee, että institutionaaliset tekijät eivät yksinään suojaa muutoksilta, joissa riskinä ovat joidenkin kansalaisten tai ryhmien kannalta riittämättömät terveystyöpalvelut. Teoreettinen tarkastelu osoitti useanlaisia paikalliseen hallinnantapaan ja tiettyyn paikkaan sidottuun hallinnointiin liittyviä ongelmia. Lisäksi diskursiiviset muutokset osoittivat, että suomalaisessa hallinnoinnissa

osallistuvan demokratian diskurssi ei ole vielä saanut suurta jalansijaa, johon paikallisen hallinnan ideaali kuitenkin perustuu.

Hallinnon paikallistumiseen liittyvät ongelmat ovat erityisen ajankohtaisia Suomessa juuri nyt, kun käynnissä oleva kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS-hanke) merkitsee hallinnan tilan uudelleen neuvottelua. Suomalainen heikko osallistuvan demokratian kulttuuri saattaa merkitä, että kansalaisten osallistuminen hallintoihin vaikeutuu entisestään. Kun aikaisemmat kuntakohtaiset rajat muuttuvat, on neuvoteltava uudelleen, keitä ”me” olemme. Taloudellisesti heikommin menestyneet kunnat ovat usein demografiselta rakenteeltaan ja sosiaaliryhmiltään epäedullisempia verrattuna taloudellisesti menestyneempiin kuntiin. Uusiin rakenteisiin sopeutumisessa ja uuteen hallinnan tilaan – siis muodostettuihin kuntaliitoksiin – identifioitumisessa on riski, että vanhat jaottelut ”menestyvien” ja ”ei-menestyvien” välillä säilyvät – puhumattakaan kuntien sisällä jo ennestään vallitsevista erotteluista – ja saattavat siten vaikuttaa vallan epätasaiseen jakautumiseen toimijoiden välillä. Lisäksi muutostilassa olevat hallinnon rakenteet merkitsevät, että kansalaisten on entistä vaikeampi seurata kunnallista päätöksentekoa.

Uudet hallinnan tilat eivät ole ongelmallisia ainoastaan kansalaisten osallistuvuuden näkökulmasta. Hallinnan rakenteet eivät muutu itsestään kuntaliitospäätöksen myötä. Esimerkiksi Airaksisen ym. (2004, 242–259.) seutuyhteistyön kehittämistä koskeva tutkimus osoitti useita hallinnan rakenteiden muuttamiseen ja toiminnan uudelleen organisointiin liittyviä ongelmia. Paikallisen hallinnan hyväksyminen retorisella tasolla vaatii rinnalleen paljon konkreettista työtä. Edellä mainitussa tutkimuksessa päädytään lopputulokseen, jonka mukaan muutosten läpivieminen vaatii vahvaa johtajuutta:

*Seutuyhteistyö on työtä, jossa kaikki toimijat ovat yhtä merkityksellisessä asemassa. Seutuyhteistyö on työtä, jossa johtaja tietää ja kertoo [sic], mitä tulisi olla ja miten tulevaisuuden visiot ja tavoitteet voidaan saavuttaa. (Airaksinen ym. 2004, 249–250.)*

Edeltävä lainaus viittaa vanhaan hierarkkiseen hallintoihin, ja on siten ristiriidassa verkostomaisen hallinnon ihanteen kanssa. On kuitenkin huomioitava, että hallintoihin tarvitsee jossain määrin myös hierarkkisia rakenteita, ja että hierarkkinen

ja verkostomainen hallinnointimalli voivat toimia myös rinnakkaisina. Erityisesti muutosvaiheissa kaivataan myös ylhäältäpäin johdettua hallintoa. Seudullisen toiminnan – johon nyt siis rinnastan myös kunta- ja palvelurakennemuutoksen – henkilöityminen vahvoihin johtajiin ja poliittisen merkityksen lisääntyminen ovat tärkeitä myös kuntalaisten kannalta, koska ne lisäävät mahdollisuuksia keskustella toiminnan kehittämisen vastuukysymyksistä ja hallinnoinnin läpinäkyvyydestä (ks. Airaksinen ym. 2004, 259.)

Kunta- ja palvelurakennemuutokseen sisältyy siis myös mahdollisuus osallistuvan demokratian vahvistamiseen. Tutkielman ensimmäisessä luvussa (s. 42–43) viitattiin sisäasiainministeriön Imatralla tehtyyn selvitykseen, jonka mukaan kansalaisten aktiivinen osallistuminen vaatii kuitenkin nykyistä enemmän julkisuutta sekä osallistumisen rakenteiden parantamista. Tämän pyrkimyksen onnistuminen on kuitenkin hyvin riippuvaista siitä, kuka nämä uudet rakenteet määrittelee ja miten ne kunnissa osataan ottaa vastaan ja panna käytäntöön. Tämä saattaisi olla prosessi, jossa valtionohjausta tulisi selkiyttää. Toisaalta prosessi vaatii myös kansalaisten aktiivisuutta neuvotella paikkansa politiikan areenalla. Kansanterveystyön kohdalla tämä merkitsee, että esimerkiksi vanhusten etujärjestöjen, omaishoitajien tai mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asioita ajavien kansalaisjärjestöjen ääni tulisi saada entistä paremmin kuuluviin ja epäkohtia pitäisi nykyistä selkeämmin tuoda julkisuuteen.

### 7.3. Kansalaisten hylkääminen

Koko tämän tutkielman läpi on kulkenut ajatus, jonka mukaan kansanterveystyön hallinnointi perustuu yhä enemmän aktiivisten kansalaisten ihanteeseen. Toisen luvun lopussa viitattiin näkemyksiin aktivoinnin, voimauttamisen ja vastuullistamisen prosessien kääntöpuolista. Ajateltaessa aktivointia pyrkimyksenä tehdä kansalaisista työmarkkinakelpoisia, voimauttamista sosiaalisen turvan karsimisena ja vastuullistamista valtion pyrkimyksenä luopua velvollisuuksistaan kansalaisia kohtaan näissä prosesseissa on Clarcken (s. 71) mukaan kyse kansalaisten hylkäämisestä. Autonomisen kansalaisen ihannetta on vaikea kiistää, mutta on vaikea tietää, miten

kukin sen käsittää. Yksilön vastuu itsestään ei kansalaisten mielestä todennäköisesti merkitse halua luopua julkisista palveluista. Näin voisi ainakin päätellä siitä, että julkisten palvelujen kannatus on edelleen kansalaisten keskuudessa vahva.

Aktivoinnin, voimauttamisen ja vastuullistamisen prosessien ongelmana onkin näiden käsitteiden epämääräisyys. Mihin niillä todella pyritään ja mitkä ovat kansalaisten todelliset mahdollisuudet toimia näiden prosessien mukaisesti? Työ- ja toimintakykyisyys ja omatoimisuus viittaavat palvelujärjestelmästä riippumattomaan kansalaiseen, vaikka niiden välinen yhteys ei olisikaan näin selkeä ja suoraviivainen. Toisaalta vastuullinen toimiminen koskee kaikkia, sillä lopulta jokaisen nähdään olevan alttiita erilaisille riskeille, ja siten vastuullistamista ei ole kohdennettu vain tiettyihin ryhmiin. Olennaista onkin, miten ja kuka vastuullisen kansalaisen käsitteen määrittelee. Jos vastuullisuus määritellään työmarkkinakelpoisuudeksi, se merkitsee työmarkkinoiden ulkopuolella olevien määrittelyä vähemmän vastuulliseksi. Jos vastuullisuus puolestaan määritellään kansalaisten kyvyksi hallita itseään riittävän tiedon varassa, ongelmaksi muodostuu saatavilla olevan tiedon ristiriitaisuus ja jatkuva muutos. Tämä on ongelma, joka koskettaa kaikkia. Selkeämmän ongelman hallinnoinnin kannalta muodostavat kuitenkin ne, joiden kyvyt hallita itseään ovat vaillinaiset.

Diskursiivinen tarkastelu osoitti, miten 2000-luvulla huoli yhteiskunnan ja sen järjestelmien oikeudenmukaisuudesta on kasvanut erityisesti koskien sellaisia ryhmiä kuten pitkäaikaistyöttömät, vanhukset tai mielenterveyspotilaat, ja miten periaatteellinen universalismi on edelleen vahva Suomessa. Retorisella tasolla kansalaisten yhdenvertaisuus on siis säilyttänyt asemansa, vaikka sen rinnalle onkin tullut aktiivisen ja vastuullisen kansalaisen ihanne. Tarkasteltaessa kansalaisten hylkäämistä tai ulossulkemista olisikin kiinnitettävä huomiota politiikkaohjelmien toimeenpanoon ja niihin konkreettisiin pyrkimyksiin, joilla kansalaisten yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus nähdään saavutettavan. Terveystoimenot ovat lähteneet uudelleen nousuun 2000-luvulla. Olennaista olisi kuitenkin tarkastella, miten ne kohdentuvat. Kuten ensimmäisessä luvussa kirjoitin, Lehto (ks. s. 16 ja 45) on esittänyt, että hoivapalvelujen osuus terveydenhuollon kustannuksista on laskenut suhteessa erikoissairaanhoidon tai että sairaanhoidon omavastuuosuudet kasvoivat 1990-luvulla. Nämä esimerkit osoittivat, että harjoitetun politiikan seurauksena



vastuuta on siirretty valtiolta juuri niille, joita sen tehtävänä on ollut aikaisemmin turvata – siis esimerkiksi pienituloisille ja toimintakyvyltään heikommille. En tiedä, voiko vastuun siirtämistä vielä kutsua hylkäämiseksi, mutta kansalaisten eriarvoistumista se on saattanut merkitä.

#### 7.4. Terveysten eriarvoistuminen

Kansalaisten aktivointiin ja vastuullistamiseen tähtäävän hyvinvointipolitiikan ulossulkevat seuraukset heijastuvat viime kädessä väestön terveyseroihin, jos hallinnoinnissa ja harjoitetussa politiikassa ei tunnusteta eroavaisuuksia väestön elinympäristössä ja -oloissa. Ihmiset eivät tavoittele hallinnoinnin päämääriä samoista lähtökohdista, vaan itsen hallinnan kykyjen lisäksi ihmisten toimintaa mahdollistavat tai rajoittavat myös heidän elinympäristönsä ja aineelliset resurssit. Väestön terveyserojen hallinnassa keskeisessä asemassa on siten laajempi, kansalaisten välistä eriarvoisuutta vähentävä hyvinvointi- tai yhteiskuntapolitiikka.

Hyvinvointivaltion universaalien palvelujen kritiikissä on usein esitetty, että yhtenäiset palvelut eivät vastaa tarpeeksi hyvin ihmisten erilaisiin tarpeisiin ja siten rajaavat joitakin kansalaisia ulos avun piiristä. Tämän tutkielman puitteissa ei ole mahdollista arvioida, miten suuri ongelma universaalista hyvinvointipolitiikasta aiheutuva marginalisointi on ollut. Esimerkiksi Rahkosen ja Lahelman (2005, 280) mukaan kattava hyvinvointimalli on kuitenkin saattanut toimia puskurina eriarvoisuuden kasvupaineita vastaan, mistä esimerkkinä terveyden tason myönteinen kehitys ja terveyserojen kasvun torjuminen Suomessa jopa 1990-luvun laman aikana. Tämä saattaisi osoittaa joitakin universaalien mallien etuja suhteessa terveyserojen ongelmaan.

Tutkimuksen aineistona ollut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma perustuu 2000-luvulla vahvistuneeseen Terveys kaikissa politiikoissa -ajatteluun (Health in All Policies), jolla tarkoitetaan laajaa yhteiskuntapolitiikkaa, jossa eri hallinnon alojen tulee ottaa ennalta huomioon mahdolliset terveysvaikutukset poliittisia päätöksiä valmistellessaan (Koivisto 2006, [http://www.stkl.fi/jarjestojohto07\\_koivisto.pdf](http://www.stkl.fi/jarjestojohto07_koivisto.pdf),

viitattu 29.4.2008.) Terveys 2015 -strategia sisältää myös eräitä konkreettisia toimenpide-ehdotuksia eriarvoisuuden vähentämiseksi. Siinä mielessä terveystoimintaa voisi ajatella johdettavan oikeaan suuntaan. Rahkosen ja Lahelman (2005, 298) mukaan mahdollisuudet puuttua terveyserojen kielteiseen kehitykseen olisivat kuitenkin paremmat, jos poliittinen tietoisuus terveyden eriarvoisuudesta Suomessa olisi suurempi. He viittaavat esimerkiksi Iso-Britanniaan ja Ruotsiin, joissa terveyserojen olemassaolo on tiedostettu, ja joissa erojen syistä ja kaventamistoimenpiteistä käydään poliittista keskustelua ja kiistelyä (emt., 298 Palosuohon ym. viitaten.) Suomessa terveyden edistämishankkeet ovat olleet universalistisia eli ne pyritään kohdistamaan koko väestöön yhtäläisesti. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat tunnustettu ongelma, mutta terveyden eriarvoisuuden vähentämiseen kohdistuvia laajoja hankkeita ei ole kuitenkaan pantu toimeen, eikä niissä ole esitetty riittävästi konkreettisia aloitteita eroja kaventavista toimista. (emt., 298–299.)

Konkreettisia toimenpiteitä pohdittaessa olisi ehkä syytä palata Titmussin ajatukseen positiivisesta diskriminaatiosta, jonka mukaan universaaleja palveluja tulisi tukea muilla sosiaalisen avun muodoilla joidenkin väestöryhmien tarpeiden tyydyttämisen vaatiessa erityistä huomiota (ks. s, 45–46). Tulisikin pohtia, olisiko nykyisen sosiaaliturvan tasossa ja kohdentamisessa parantamisen varaa, jos terveyseroihin todella halutaan puuttua. Rahkonen ja Lahelma (2005, 296–297) ovat viitanneet Townsendin tulkintaan terveyden eriarvoisuudesta, joka tunnustaa aineellisten olosuhteiden merkityksen selitettäessä ihmisten terveystietoisuutta: ”(a)ineelliset elinolot ja resurssit muovaavat terveystietoisuutta ja epäterveellisen käyttäytymisen suuri merkitys sairastavuus- ja kuolleisuuseroille toteutuu juuri tätä kautta” (emt., 297.)

Laajemman yhteiskunta- ja hyvinvointipolitiikan tarpeen näkökulmasta olisi huomioitava myös kunnalliseen hallintoon liittyvä epäkohta. Paikalliseen hallintotapaan ja yhteisöistä lähtöisin olevaan hallintaan liittyy sekä kansalaisten osallistuvuutta rajoittavia tekijöitä että hallinnon yhteiskunnalliseen tasoon liittyviä ongelmia. Kuten toisessa luvussa kirjoitin, esimerkiksi Petersenin ja Luptonin mukaan paikkaan ja yhteisöihin sidottu hallinto puuttuu lopulta pelkästään epätasa-arvon oireisiin. Siinä ei keskitytä niihin prosesseihin, jotka ylläpitävät

epätasa-arvoa, ja jotka ovat kunnallisen tai alueellisen hyvinvointipolitiikan saavuttamattomissa. Yhteisöllisillä tai suomalaisittain kunnallisilla hyvinvointipolitiikoilla voidaan varmasti saavuttaa paikallisia parannuksia väestön tai kansalaisten terveydentilassa, ja hyvinvointipolitiikan onnistuessa yhteisöt ottavat vastuuta asukkaistaan. Niillä voidaan kuitenkin vain rajoitetusti vaikuttaa terveyden eriarvoistumisen taustalla olevien laajempien yhteiskunnallisten ongelmien, kuten työttömyyden tai talouden vaihtelujen, aiheuttamiin epäkohtiin.

Terveydenhuollon hallinnointiin liittyvät epäkohdat – erityisesti terveyserojen yhteiskunnallinen ulottuvuus – tulisi nostaa julkiseen keskusteluun nykyistä kuuluvammin. Kansalaisten aktivoinnin ja vastuullistamisen politiikat ovat autonomisen kansalaisen ihanteen vuoksi vaikeasti kiistettävissä, mutta ne myös vaikeuttavat kysymyksiä vastuusta julkisen vallan ja kansalaisten kesken. Myös aktivoinnin, voimautumisen ja vastuullistamisen käsitteiden avaamista vaadittaisiin keskusteltaessa vastuukysymyksistä. Näkyvämpi julkinen keskustelu terveyspolitiikan keinoista ja yhteiskuntapolitiikan merkityksestä terveydelle antaisi myös kansalaisille paremman mahdollisuuden arvioida hallinnointia ja sen eri tekniikoita. Se ei myöskään olisi ristiriidassa aktiivisen kansalaisen ihanteen kanssa ja parhaimmillaan – olettaen että hallinnoinnissa tähän pyritään – se saattaisi vahvistaa kansalaisten itsen hallinnointia.

Terveyden käsitteen epämääräisyyden ja uusliberaalin hallintatavan tarkastelu viittasi, että absoluuttista oikeutta terveyteen ei voi olla olemassa. Lisäksi hyvä terveys on enemmän riippuvaista laajemmista ympäristöllisistä ja yhteiskunnallisista tekijöistä kuin itse terveyspalvelujärjestelmästä. Terveydenhuollolla on kuitenkin kiistatta vaikutusta väestön terveyteen. Jos nykyistä palvelujärjestelmää ja harjoitettua politiikkaa tutkimalla todetaan, että kansalaisten saamat terveyspalvelut tai niiden saatavuus ovat heikentyneet kokonaisuudessaan tai joidenkin ryhmien osalta, terveyspolitiikan voidaan ajatella tehneen suunnanmuutoksen. Näkyvämpi keskustelu terveyspalvelujen kuntakohtaisista sekä väestö- ja sosiaaliryhmien eroista olisi siten tarpeen. Keskustelu mahdollistaisi pohtimaan ensinnäkin mitä oikeus terveyteen merkitsee suomalaisessa yhteiskunnassa, ja toiseksi onko tämä oikeus kaikille kansalaisille yhtäläinen.

## 8. KIRJALLISUUS

### 8.1. Aineistona käytetyt lähteet

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1974–1978. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1973. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1975–1979. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1974. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1976–1980. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1975. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1977–1981. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1976. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1978–1982. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1977. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1979–1983. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1978. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1980–1984. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1979. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1981–1985. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1980. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1982–1986. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1981. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1983–1987. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1982. Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1983. Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1985–1989. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1984. Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1986–1990. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1985. Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1986. Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1988–1992. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1987. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1989–1993. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1988. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1990–1994. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1989. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1991–1995. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1990. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1992–1996. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1991. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus 1992. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet – Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994–1997. Sosiaali- ja terveysministeriö. Painatuskeskus 1993. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet – Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995–1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Painatuskeskus 1994. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet – Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1996–1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Painatuskeskus 1995. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet – Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997–2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oy Edita Ab 1996. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet – Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1998–2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oy Edita Ab 1997. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet – Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oy Edita Ab 1998. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003: TATO:n ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

## 8.2. Lähteet

Airaksinen, Jenni, Nyholm, Inga & Haveri, Arto (2004): Seututyön arki – retoriikkaa, politiikkaa ja raakaa työtä. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Alasuutari, Pertti (1996): Toinen tasavalta. Suomi 1946–1994. Vastapaino. Tampere.

Alasuutari, Pertti (2001): Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Gaudeamus. Helsinki.

Anttiroiko, Ari-Veikko, Haveri, Arto, Karhu, Veli, Ryyänen, Aimo & Siitonen, Pentti (2003): Esipuhe. Anttiroiko, Ari-Veikko, Haveri, Arto, Karhu, Veli, Ryyänen, Aimo & Siitonen, Pentti (toim.): Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Anttiroiko, Ari-Veikko & Haveri, Arto (2003): Uusi paikallinen hallintatapa. Anttiroiko, Ari-Veikko, Haveri, Arto, Karhu, Veli, Ryyänen, Aimo & Siitonen, Pentti (toim.): Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Ashton, John & Seymour, Howard (1988): *The New Public Health*. Open University Press. Milton Keynes.

Bewir, Mark & Rhodes, R.A.W. (2002): *Interpretive Theory*. Marsh, David & Stoker, Gerry (toim.): *Theory and Methods in Political Science*. Second Edition. Palgrave Macmillan. Houndmills.

Clarke, John (2005): New Labour's citizens: activated, empowered, responsabilized, abandoned? *Critical Social Policy* 25:4, 447-463.

Daly, Mary (2003): Governance and Social Policy. *Journal of Social Policy* 32:1, 113-128. Cambridge University Press.

Dean, Mitchell (1995): Governing the unemployed self in an active society. *Economy and Society* 24:4, 559-583.

Dean, Mitchell (1999): *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. Sage Publication. London.

Durose, Catherine & Rummery, Kirstein (2006): Governance and Collaboration: Review Article. *Social Policy & Society* 5:2, 315-321. Cambridge University Press.

Foucault, Michel (1991): *Governmentality*. Burchell, Graham; Gordon, Colin & Miller, Peter (toim.): *The Foucault effect: studies in governmental rationality*. Harvester Wheatsheaf.

Greco, Monica (2004): The Politics of Indeterminacy and the Right to Health. *Theory, Culture & Society* 21:6, 1-22.



Hansson, Aino-Inkeri (2002): Selvitys sosiaali- ja terveystalouden ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8. Helsinki.

Heiskala, Risto (2001): Theorizing power: Weber, Parsons, Foucault and neostructuralism. *Social Science Information*. 40:2, 241–264.

Heiskala, Risto (2006): Kansainvälisen toimintaympäristön muutos ja Suomen yhteiskunnallinen murros. Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.): Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Gaudeamus. Helsinki.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) (2003): Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus. Helsinki.

Helén, Ilpo (2004): Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucaultlainen hallinnan analytiikka. Rahkonen, Keijo (toim.): Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus. Helsinki.

Helén, Ilpo (2005): Genealogia kritiikkinä. *Sociologia* 2/2005.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (toim.) (1997): Biovallan kysymyksiä. Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Gaudeamus. Tampere.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2004): Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere.

Julkunen, Raija (2001): Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino. Tampere.

Julkunen, Raija (2003a): Hyvinvointistrategisen ajattelun muutos. Kinnunen, Petri & Kostamo-Pääkkö (toim.): Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 5. Oulu.

Julkunen, Raija (2003b): Uusinstitutionalismien jäljillä. Saari, Juho (toim.): Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Julkunen, Raija (2005): Hyvinvointivaltion uusi politiikka – Paul Piersonin historiallinen institutionalismi. Saari, Juho (toim.): Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Yliopistopaino. Helsinki.

Kantola, Pirkko, Lehtimäki, Raija & Talsi, Margetta (1993): Kansan terveys. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Hämeenlinna.

Karisto, Antti, Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (1999): Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. WSOY. Juva.

Kjær, Anne Mette (2004): Governance. Polity Press. Cambridge.

Kröger, Teppo (1996): Kunnat valtion valvonnassa? Sipilä, Jorma, Ketola, Outi, Kröger, Teppo & Rauhala, Pirkko-Liisa: Sosiaalipalvelujen Suomi. WSOY. Porvoo.

Kuuleeko kunta kansalaista? Paikallinen julkisuus ja kunnallinen demokratia Imatralla. Sisäasiainministeriön julkaisuja 30/2005. Helsinki.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter (2000): Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveysturvajärjestelmässä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 28:1. Kunnallistieteen yhdistys ry.

Lehto, Juhani (2003): Terveysturvajärjestelmän muutos ja muuttumattomuus. Saari, Juho (toim.): Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Lemke, Thomas (2001): 'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the College de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society* 30:2, 190-207.

Lowndes, Vivien (2002): Institutionalism. Marsh, David & Stoker, Gerry (toim.): Theory and Methods in Political Science. Second Edition. Palgrave Macmillan. Houndmills.

Miller, Peter & Rose, Nikolas (1989): Poliittiset rationalisaatiot ja hallintatekniikat. *Politiikka*. 31:3, 145–158.

Newman, Janet, Barnes, Marian, Sullivan, Helen & Knops, Andrew (2004): Public Participation and Collaborative Governance. *Journal of Social Policy*. A journal of the Social Policy Association. 33:2, 203-223.

Newman, Janet & Vidler, Elizabeth (2006): Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care. *Journal of the Social Policy*. A journal of the Social Policy Association. 35:2, 193-209.

Osborne, Thomas (1997): Of health and statecraft. Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.): Foucault, Health and Medicine. Routledge. London.

Oulasvirta, Lasse, Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2002:19. Helsinki.

Paasivaara, Leena & Nikkilä, Juhani (2003): Vanhuspolitiikan heijastuminen kunnalliseen toimintaan vuosina 1930–2000. *Hallinnon tutkimus* 2003:2.

Petersen, Alan & Lupton, Deborah (1996): The New Public Health. Health and self in the age of risk. SAGE Publications. London.

Petersen, Alan (1997): Risk, governance and the new public health. Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.): Foucault, Health and Medicine. Routledge. London.

Paunio, Riitta-Leena: Hoitoonpääsy laillisuusnäkökulmasta. Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsystä? Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002: 18. Helsinki.

Pierson, Christopher (2004): *The Modern State*. Second Edition. Routledge. New York.

Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (2005): *Terveys hyvinvointivaltiossa – Peter Townsandin tulkinta terveyden eriarvoisuudesta*. Saari, Juho (toim.): *Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa*. Yliopistopaino. Helsinki.

Rimpelä, Matti (2005): *Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? Yhteiskuntapolitiikka 70:1*. Stakes.

Rose, Nikolas (1999): *Powers of Freedom. Reframing political thought*. Cambridge University Press. Cambridge.

Ryynänen, Aimo (2003): *Kansalaisyhteiskunnan ja osallisuuden renessanssi*. Anttiroiko, Ari-Veikko, Haveri, Arto, Karhu, Veli, Ryynänen, Aimo & Siitonen, Pentti (toim.): *Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia*. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Rönkkö, Pentti (2003): *Kunnat ja muuttuva hyvinvointiyhteiskunta*. Anttiroiko, Ari-Veikko, Haveri, Arto, Karhu, Veli, Ryynänen, Aimo & Siitonen, Pentti (toim.): *Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia*. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Saari, Juho (1996): *Sosiaalipolitiikka markkinariippuvuuden vähentäjänä. Sosiaalitaloudellinen näkökulma jälkiteollisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikkaan*. Stakes, Tutkimuksia 69. Saarijärvi.

Sihto, Marita (1997): Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – Tutkimus Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes, Tutkimuksia 74. Jyväskylä.

Sihto, Marita (2003): Onko terveyserojen kaventaminen mahdollista? Yhteiskuntapolitiikka 68:5. Stakes.

Silvennoinen, Heikki (2002): Koulutus marginalisaation hallintana. Gaudeamus. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Helsinki.

Tahvanainen, Aarno (2004): Terveyspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla. Tutkimus Helsingin ja Uudenmaan alueen terveyspolitiikasta ja sairaanhoitopiirin hallinnollisista muutoksista, niihin johtaneista syistä sekä toiminnan järjestämisestä. Acta Universitatis Tamperensis 1040. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Teperi, Juha (2005): Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Heikkilä, Matti, Kautto, Mikko & Teperi, Juha: Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005.

Terveydenhuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:11. Helsinki.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö 1986. Helsinki.

Tuori, Kaarlo (2000): Sosiaalioikeus. Werner Söderström Lakitieto Oy. Helsinki.

Turner, Bryan S. (1997): Foreword: From governmentality to risk, some reflections on Foucault's contribution to medical sociology. Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.): Foucault, Health and Medicine. Routledge. London.

### 8.3. Elektroniset lähteet

Koivisto, Taru (2006): Terveys kaikissa politiikoissa. Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[http://www.stkl.fi/jarjestojohto07\\_koivisto.pdf](http://www.stkl.fi/jarjestojohto07_koivisto.pdf). (viitattu 29.4.2007.)