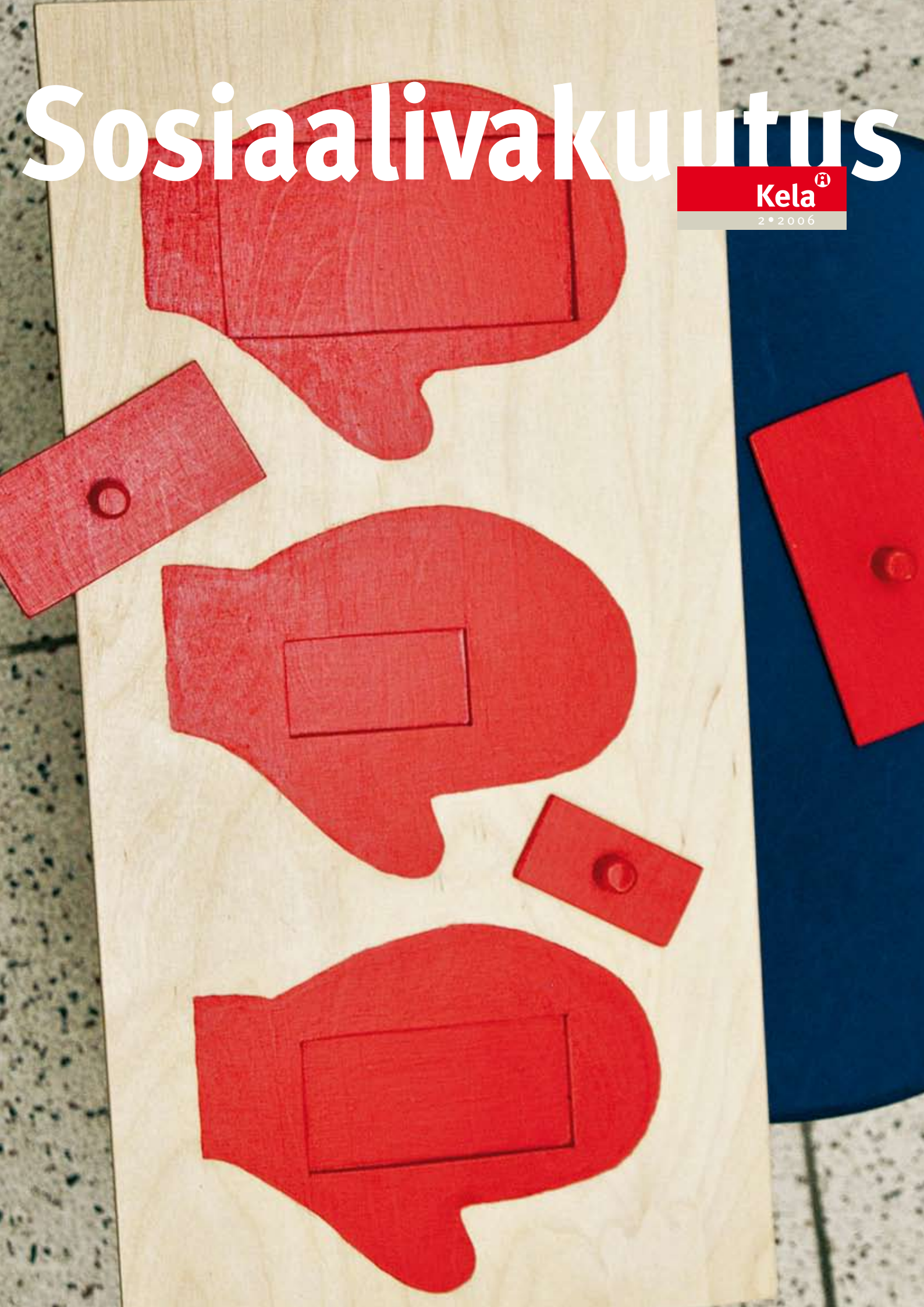


Sosiaalivakuutus

Kela[®]

2 • 2006





Kuolemassako?

Kelan johtajan Mikael Forssin mukaan nykyvauhtia sairausvakuutusjärjestelmä on kuolemassa. – Se olisi sääli, hän sanoo. Silloin luovuttaisiin tärkeästä instrumentista vaikean terveydenhoitoyhtälön ratkaisemisessa. Sairausvakuutusta pitäisi päinvastoin vahvistaa, Forss toteaa.

Mikael Forss kannustaa olemaan avarakatseinen ja kiihkoton keskusteltaessa sairausvakuutukseen liittyvistä asioista ja muistuttaa, että sairausvakuutusetuksia saavat miljoonat ihmiset.

Hän toteaa, että vuoden voimassa ollut hoitotakuu toimii joillakin paikkakunnilla hyvin, joillakin huonommin. Sitä täydentämään tarvitaan muuta, jotta kokonaishoitotilanne saadaan paranemaan. Yksi keino olisi nostaa Kelan korvauksia yksityisessä sairaanhoidossa. Hän nostaisi korvaustason jopa 60 prosenttiin nykyisestä noin 30 prosentista.

Kaksi vuotta sitten myös Kelan hallitus esitti viimeksi sosiaali- ja terveysministeriölle sairausvakuutuksen korvausten nostamista

Forss sanoo, että jos sairausvakuutuskorvauksiin pantaisiin nyt muutama kymmenen miljoonaa euroa, se ei olisi paljon suhteessa julkisen terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Saatavat hyödyt olisivat potilaan hyvinvoinnin kannalta huomattavia ja ne saataisiin aikaan nopeasti. Samalla helpottuisi kuntien selviäminen hoitotakuusta.

Forss toteaa, että jos potilaan saama Kelan korvaus on pieni, järjestelmä ei ole enää osa hyvinvointivaltiota. Pieni korvaus, paradoksaalista kyllä, tukee enemmän hyväosaisia, koska heillä on joka tapauksessa varaa käyttää yksityisiä palveluja. Mitä korkeammaksi Kelan korvaustaso nostetaan, sitä enemmän se alkaa tukea keskituloisia ja pienituloisia, koska heidän kynnyksensä käyttää yksityisiä palveluja pienenee.

Mikael Forssin esitys sairausvakuutuksen korvaustason nostamisesta sai julkisuudessa runsaasti huomiota. Kannanotot ja mielipiteet olivat hyvin vastakkaisia. Esimerkiksi Helsingin Sanomien pääkirjoituksessa esitystä vastustettiin, mutta Iltalehden pääkirjoituksessa sitä voimakkaasti kannatettiin. Selvä enemmistö kannanotoista oli johtaja Forssin esitystä tukevia.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Markku Lehto ei kannata korvausten suin päin nostamista ja sanoo, että nyt on huono hetki puhua Kelan korvausten nostamisesta. Sairausvakuutuksen roolia ollaan parhaillaan miettimässä eikä sitä ole vielä kunnolla puitu. Lehto arvioi, että kohtalaisen hyvä kuva siitä, minkälainen sairausvakuutus halutaan ja minkälainen olisi mahdollista, saadaan tämän vuoden aikana.

Markku Lehto sanoo, että lääkäreistä on niukkuutta. Jos lääkärit nyt alkaisivat käyttää enemmän työpanostaan yksityisellä puolella, se voi aiheuttaa ongelmia julkisten palvelujen toimivuudessa. Korvausten nostaminen saattaisi myös heijastua lääkäreiden perimiin palkkioihin ja todelliset hinnat voisivat nousta.

Lehto pitää hiukan ongelmallisena kahden rinnakkaisen järjestelmän olemassaoloa. – Toisten mielestä kaksoisjärjestelmä on pelkästään hyvä, koska osa ihmisistä hakeutuu yksityisille lääkäreille ja maksavat itse suuren osan, jolloin julkiseen terveydenhoitoon tarvitaan verovaroja vähemmän. Toisaalta julkisia varoja voitaisiin ohjata tehokkaammin, jos ne menisivät yhtä kanavaa pitkin. Kaikkea terveydenhoitoahan vaivaa rahapula, Lehto ynnää.

Lehto muistuttaa, että kun kansallinen terveyshanke käynnistettiin, keskityttiin kunnalliseen terveydenhuoltoon ja päätettiin, että hoitotakuu on ensisijainen. Silloin sairausvakuutuksesta ei päätetty mitään. Se oli tietoinen päätös: Suomessa pääjärjestelmäksi on omaksuttu kunnallisen järjestämismalliin tie eikä sosiaalivakuutuksen tietä.

Markku Lehto arvioi, ettei sairausvakuutusjärjestelmä ole kuolemassa, mutta kaksi rinnakkaista järjestelmää on harvinaisuus maailmalla.

MIKKO TUOHI

sosiaalivakuutus

**Kelan julkaisema
sosiaali- ja terveysturvan aikakauslehti**

**FPAs tidskrift om social
trygghet och sjukförsäkring**

**A journal focusing on issues of social
and health protection published
by the Social Insurance Institution
of Finland**

Sosiaalivakuutus 2. 2006
44. vuosikerta | 44 årgången | Volume 44

Julkaisija | Utgivare | Publisher
Kansaneläkelaitos
PL 450, 00101 Helsinki
020 43 411
www.kela.fi

Päätoimittaja
Huvudredaktör | Editor in chief
Mikko Tuohi

Toimituksen sihteeri
Redaktionens sekreterare
Editorial assistant
Christel Stenström
020 434 1459

Toimitussihteeri
Redaktionssekreterare | Assistant editor
Hilkka Arola

Taitto | Layout
Jari Mattila

Kansi | Omslag | Cover
Ari Korkala

Paino | Tryck | Printed by
Kainuun Sanomat Oy
ISSN 0584-1410

Sosiaalivakuutus-
lehden aineisto on
vapaasti lainattavissa
mainitsemalla lähde.
Kirjoituksissa esiintyvät
kannanotot eivät
välttämättä vastaa
Kansaneläkelaitoksen
kantaa.
Sosiaalivakuutus
ilmestyy kuutena
numerona vuodessa.
Lehden vuosikerta
maksaa 20 €.

Tidskriften
Sosiaalivakuutus
får citeras med
angivande av källan.

Tidskriften
utkommer med sex
nummer om året.
Prenumerationspris
20 €/år.

Permission is granted
to quote from this journal
with the customary
acknowledgement of
the source.
The Sosiaalivakuutus
comes out six times a year.
(20 € a year)



Sosiaalivakuutusta tulisi vahvistaa 4



Hoitotakuu on ensisijainen 9



Kommunikaattori
lääkärin apuvälineenä 39



Johtajat nauttivat työstään 42

2. 2006

1 Pääkirjoitus: Kuolemassako?

4 Sosiaalivakuutusta tulisi vahvistaa Asiantuntijana johtaja Mikael Forss, Kela

7 Kolumni: Vapaana kuin tuuli? Kirjoittaja vastaava tutkija Tuula Helne, Kela

9 Hoitotakuu on ensisijainen

Asiantuntijana kansliapäällikkö Markku Lehto, Sosiaali- ja terveysministeriö

11 Kelan ensimmäinen sähköinen etuushakemus käytössä

12 Hyvätuloisille tarpeeton ja heikompituloisille riittämätön?

Kirjoittajat PhD Ismo Linnosmaa, TtM Satu Jäntti ja HTT Jari Vuori, Kuopion yliopisto

18 Konginkankaan suuronnettomuuden jälkihoidosta voidaan oppia

Asiantuntijana tutkija, VTT Riitta Kumpulainen, Suomen Mielenterveysseura

20 Hoidollisia haasteita sekä lyhyelle että pitkälle terapialle

Kirjoittajat tutkimusprofessori Paul Knekt, Kela, FM Maarit Laaksonen, KTL ja PsL Olavi Lindfors, Biomedicum Helsinki-säätiö

24 Kynnys hakea sosiaalipalveluja on noussut

Asiantuntijana kehittämisspäällikkö Anu Muuri, Stakes

26 Etuuksien väärinkäytökset – ei iso, mutta paha ongelma

Kirjoittaja suunnittelupäällikkö Olli Valpola, Kela

28 Suomalainen perhepolitiikka lisää lapsiperheiden ajankäyttöön liittyvää autonomiaa

Kirjoittaja vastaava tutkija Pentti Takala, Kela

32 Kanadassa terveystakuu Kirjoittajat apulaisjohtaja, LKT Jorma Järvisalo

ja yllilääkäri, LKT Antti Huunan-Seppälä, Kela

34 Kuurot ja huonokuuloiset pois koulutuksellisesta marginaalista

Asiantuntijana kasvatustieteen tohtori Elina Lehtomäki

36 Lapsen liikuntavamma ei pysäytä perhettä

Asiantuntijana psykologian tohtori Silja Pirilä

39 Kommunikaattori lääkärin apuvälineenä

Asiantuntijana FT Ville Harkke, Åbo Akademiassa

42 Johtajat nauttivat työstään

asiantuntijana prof. Ulla Kinnunen, Tampereen yliopisto

44 Maahanmuuttajat käyttävät tasavertaisesti yhteiskunnan palveluita

asiantuntijana tutkimusjohtaja Aki Kangasharju, VATT

Kelan johtaja Mikael Forss:

Sairausvakuutusta tulisi vahvistaa

Lastentautien ajanvarausvastaanotot
Pediatriiska tidsbeställningsmottagningar





Nykyvauhtia sairausvakuutuskorvausjärjestelmä on

Kelan johtajan Mikael Forssin mukaan kuolemassa:

– Se olisi sääli. Silloin luovuttaisiin tärkeästä instrumentista vaikean terveydenhoitoyhtälön ratkaisemisessa.

Sairausvakuutusta pitäisi päinvastoin vahvistaa.

■ TEKSTI **HILKKA AROLA**, TOIMITTAJA, KELAN VIESTINTÄ, hilkka.arola@kela.fi

● – Sairausvakuutus on populääri. Sitä käyttävät miljoonat ihmiset, johtaja Mikael Forss muistuttaa ja kannustaa siitä keskusteltaessa olemaan avoimempi ja kiihkeämpi.

– Tärkeintä on pohtia, mikä on hoitoa tarvitsevan potilaan kannalta paras ratkaisu melko nopealla aikataululla. Julkinen hoitotakuu on nyt ollut voimassa vuoden. Joillakin paikkakunnilla se toimii hyvin, joillakin huonommin. Sitä täydentämään tarvitaan muuta, jotta kokonaishoitotilanne saadaan paranemaan. Yksi konsti olisi nostaa pikkuisen Kelan korvauksia yksityisessä sairaanhoidossa.

Hän nostaisi korvaustason jopa 60 prosenttiin nykyisin toteutuvasta noin 30 prosentista.

– Tällainen tie tulisi kokeilla. Jos korvauksiin pantaisiin nyt muutama kymmen miljoona euroa, se ei olisi paljon suhteessa julkisen terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Saatavat hyödyt olisivat huomattavia potilaan hyvinvoinnin kannalta ja ne saataisiin nopeasti.

– Kuntien hoitotakuusta selviäminen helpottuisi. Ei kestäisi kovinkaan monta viikkoa tai kuukautta, kun kysyntä ja pal-

velut alkaisivat kasvaa yksityisellä puolella. Siellähän organisaatiot ovat kevyempiä ja byrokratia vähäisempää.

Muutos koskisi akuutisti erityisesti hammashoitoa: potilaat voisivat käyttää yksityisiä palveluja enemmän, eikä julkinen puoli tukkeutuisi, kuten nyt on käynyt muun muassa pääkaupunkiseudulla ja joissakin suurissa kaupungeissa.

Sopimus hinnoista

Terveysvakuutus eli niin sanottu Kela-malli tarjoaisi Mikael Forssin mielestä tehokkaan välineen varmistaa, etteivät yksityisen sairaanhoidon hinnat nousisi samaa tahtia kun asiakkaiden saamia Kelan korvauksia nostettaisiin:

– Kela voisi sopia yksityislääkäreiden ja yksityisten tutkimus- ja hoitolaitosten kanssa, että nämä pitäisivät hintansa tietyissä raameissa, ja vain sopimuksen tehneet voisivat olla mukana Kelan korvausjärjestelmässä.

– Hintaneuvottelulla voitaisiin päästä käsiksi asiaan niin, että potilaat todella hyötyisivät Kelan korvausten nostamisesta. Potilaille ei pitäisi missään tapauksessa

Sairausvakuutuksen korvaama osuus kustannuksista, %

	Lääkärin palkkiot	Tutkimus ja hoito	Lab. Tutk.	Hammas- hoito
1999	37,3	41,6		41,4
2000	36,2	40,4		40,1
2001	34,8	36,8		39,2
2002	32,6	35,2	32,6	38,5
2003	31,0	33,8	29,9	37,2
2004	30,3	32,9	29,3	36,0
2005	28,9	32,1	28,6	34,8



Kuva Annika Söderblom

Viime viikkojen julkinen keskustelu on vahvistanut Mikael Forssin kantaa Kelan korvausten nostamisesta. Ne argumentit, joita julkisuudessa on käytetty tätä vastaan, eivät ole vakuuttaneet häntä millään tavalla

laittaa kustannusten noususta syntyvää lisälaskua maksettavaksi, niin kuin nyt valitettavasti tapahtuu.

Päätös valita hoito delegoitaisiin aidosti potilaalle.

– Potilas voisi itse päättää, hoidattaako hän itsensä kotipaikkakunnan terveyskeskuksessa ja jonottaa muutaman kuukauden vai maksaako vähän enemmän, kun hakee hoidon nopeammin yksityiseltä lääkäriltä. Se on modernin yhteiskunnan tapa hoitaa asioita, Mikael Forss sanoo.

Keinona kilpailu

Markkinataloudessa on Mikael Forssin mukaan hyvä keino parantaa palvelua ja samalla pitää hintoja kurissa: kilpailu.

– Yksityisten ja julkisten palvelujen välille syntyisi aitoa kilpailua. Kunnianhimoinen terveyskeskus yrittäisi varmasti kilpailla yksityisten palvelujen kanssa. Yksityisten palvelujen hintataso tulisi alas myös markkinavoimilla.

Jotkut ideologit näkevät julkisen terveydenhuollon ja yksityiset palvelut täysin vastakkaisina.

– He pelkäävät, että Kelan korvausten nostaminen johtaisi siihen, etteivät kun-

nat järjestäisi terveydenhoitopalveluja lainkaan. Ei pidä aliarvioida kuntien päättäjiä. Jos asiakas saa toiselta nopeampaa palvelua, kuntakin varmasti yrittää parantaa, ja jos osa sen asiakkaista vapaaehtoisesti siirtyy yksityisille palveluntuottajille, se selviytyykin entistä paremmin velvoitteistaan. Eli palvelu paranee silläkin puolella.

Terveydenhoitopalvelut ovat keskittyneet maantieteellisesti suuremmille paikkakunnille.

– Pienemmät ja huonommin toimeen tulevat paikkakunnat tarvitsevat joka tapauksessa jotakin erityistoimenpiteitä. Kelan korvausten nostaminen ei ratkaise niiden ongelmia. Mutta niitä ei ratkaise hoitotakuunkaan tapaiset lainsäädännölliset keinot. Ongelmakuntiin tarvitaan ohjattuja täsmäresursseja joita toivottavasti saadaan aikaan kunta- ja palvelurakennemuutosten yhteydessä.

Vakuutusidea koetuksella

Sairausvakuutuksen päivärahat ja lääkekorvaukset pitävät Mikael Forssin mielestä sosiaalivakuutusidean nenän pinnan yläpuolella.

– Yksityislääkäreiden hoidon ja heidän määräämiensä tutkimusten osuuden merkitys sosiaalivakuutuksena on pienentynyt Kelan maksaman korvauksen reaalisen huononemisen vuoksi. Se on vienyt merkittävästi verta sosiaalivakuutusajatukselta.

– Kansanterveyslain ei pitäisi olla sosiaalivakuutuksen vihollinen. Päinvastoin. Nämä voivat olla ystäviä ja auttaa toinen toisiaan niin kuin lääkekorvauksissa. Pitkään on vain yritetty työntää kustannuksia toiselta toiselle. Mutta näiden kahden tulisi olla yhdessä rakentamassa palvelua kansalaisille.

Mikael Forss pohdiskelee edelleen:

– Jos potilaiden saama Kelan korvaus on kovin pieni, järjestelmä ei ole enää osa hyvinvointivaltiota. Pieni korvaus, paradoksaalista kyllä, tukee enemmän hyväosaisia, koska heillä on joka tapauksessa varaa käyttää yksityisiä palveluja. Mitä korkeammaksi Kelan korvaustaso nostetaan, sitä enemmän se alkaa tukea keskituloisia ja pienituloisia, koska heidän kynnyksensä käyttää yksityisiä palveluja pienenee. Vasta silloin siitä tulee osa hyvinvointivaltiota. ■

Vapaana kuin tuuli?

■ Vapaus on länsimaisten yhteiskuntien perusarvo. Suomessakin meillä on perustuslain mukaan oikeus muun muassa henkilökohtaiseen vapauteen, uskonnon ja omantunnon vapauteen sekä sananvapauteen. Viimeistään Muhammedia kuvaavien pilapiirrosten julkaisemiseen liittyvä kriisi on kuitenkin osoittanut, että vapaudella on rajansa. Ne tulevat vastaan silloin, kun vapautta käytetään harkitsemattomasti. Rajat ovat olemassa myös monin muin tavoin, näkymättömämpinä, huomaamattomina.

Nikolas Rose on teoksessaan "Governing the Soul" väittänyt, että länsimainen vapaus ei ole vastakkainen yhteiskunnalliselle kontrollille. Päinvastoin, meitä hallitaan vapautemme kautta. Kyseessä on hienovarainen, mutta myös halvaksi tuleva hallinnoimisen tapa, sillä se perustuu ajatukseen siitä, että yksilön tulee itse ohjata ja hallita itseään – järjestelmän asettamien reunaehto- jen sisällä.

Viime vuosina vapauden kautta hallinnoiminen näyttää saaneen vahvemman jalansijan sosiaalipolitiikassa; onhan ylisuojelevan hyvinvointivaltion kritiikki johtanut aktiiviseen sosiaalipolitiikkaan. Tämä voidaan perustella yleisesti, vapauteen vedoten: sosiaalivaltion rakenteita on purettava, koska ihmisiä ei saa holhota, vaan heidän on itse saatava vastata itsestään ja päättää haluamistaan pal-

veluista. Harvemmin kuulee mainittavan toista perustetta: tämä tulee valtiolle halvemmaksi.

Benedict Andersonin käsite "imagined community" on monille tuttu; hän viittaa sillä siihen, että kansakunta on sosiaalinen konstruktio, kuvitelma. Vieraampi on ajatus kuvittelusta yksilöllisyydestä. Oletettu yksilöllisyytemme, vapautemme, on kuitenkin erilaisten rajoitusten kuormittama. Monet niistä liittyvät markkinataloutta palveleviin kulutus- ja ostopakkoihin.

Jakob von Uexküll, World Future Councilin presidentti, kertoi joulukuussa Rooman klubin Wienin keskuksessa pitämässään esitelmässä erään johtavan amerikkalaisen markkinointikonsultin todenneen jo viisikymmentä vuotta sitten tuottavuuden vaativan, että kuluttamisesta tehdään uusi elämäntapa. Saksan edellinen liittokansleri Gerhard Schröder puolestaan kehotti eräessä uudenvuodenpuheessaan kansalaisia lähtemään ulos kuluttamaan enemmän auttaakseen maansa kriisistä.

Schröderin vaatimus osoittaa oikeaksi John Kenneth Galbraithin aikoinaan esittämän väitteen kuluttamisen nousemisesta niin tärkeäksi kansalaisvelvollisuudeksi, että Pyhän Pietarin voitiin arvella taivaan portilla tivaavan, mitä taivaaseen pyrkivä oli maan päällä ollessaan tehnyt lisätäkseen bruttokansantuotetta. Tämän päivän

globalikapitalismin oloissa paratiisista eivät kuitenkaan tulisi käännetyiksi vain kristinuskon vaikutuspiiriin kuuluvat tehtävänsä laiminlyöneet kuluttajapolot, vaan esimerkiksi hindut joutuisivat kohtaamaan jyvät akanoista erottelvan kuoleman jumala Yaman. (Hindulaisuudessa voidaan kuoleman ja jälleensyntyvän välissä joutua taivaisiin tai helvetteihin.) Ihmisen taivaskelpoisuus ei kuitenkaan riipu vain hänen kulutuksensa määrästä vaan myös sen laadusta, ja sen taas määrittelevät tarpeitamme ohjaamaan pyrkivät markkinavoimat. Jakob von Uexküll kertoi esimerkin Etelä-Intiasta: köyhä maatyöläisnainen valitti, etteivät hänet lapsensa voi enää käydä koulua kyläsuutarin tekemissä kengissä tulematta kiusatuiksi; he tarvitsevat Niken tossut.

Yksiulotteisen yhteiskunnan kriitikko Herbert Marcuse käsitteli 1960-luvulla vapautta totutusta poikkeavasti. Hän katsoi, että yhteiskunnallista vapautta ei tulisi määritellä traditionaalisten taloudellisten, poliittisten ja intellektuaalisten vapauksien kautta, vaan se tulisi määritellä kielteisesti. Tällä hän tarkoitti sitä, että meidän pitäisi pyrkiä vallitsevien olosuhteiden kieltämiseen ja ylittämiseen. Silloin ihmisillä olisi vapaus taloudesta ja politiikasta, joita he eivät voi itse ohjata. Intellektuaalinen vapaus merkitsisi oman ajattelun kunnianpalau-

tusta, vapautta joukkoviestinnän valmiista ajatusmalleista ja "julkisen mielipiteen" tyranniasta.

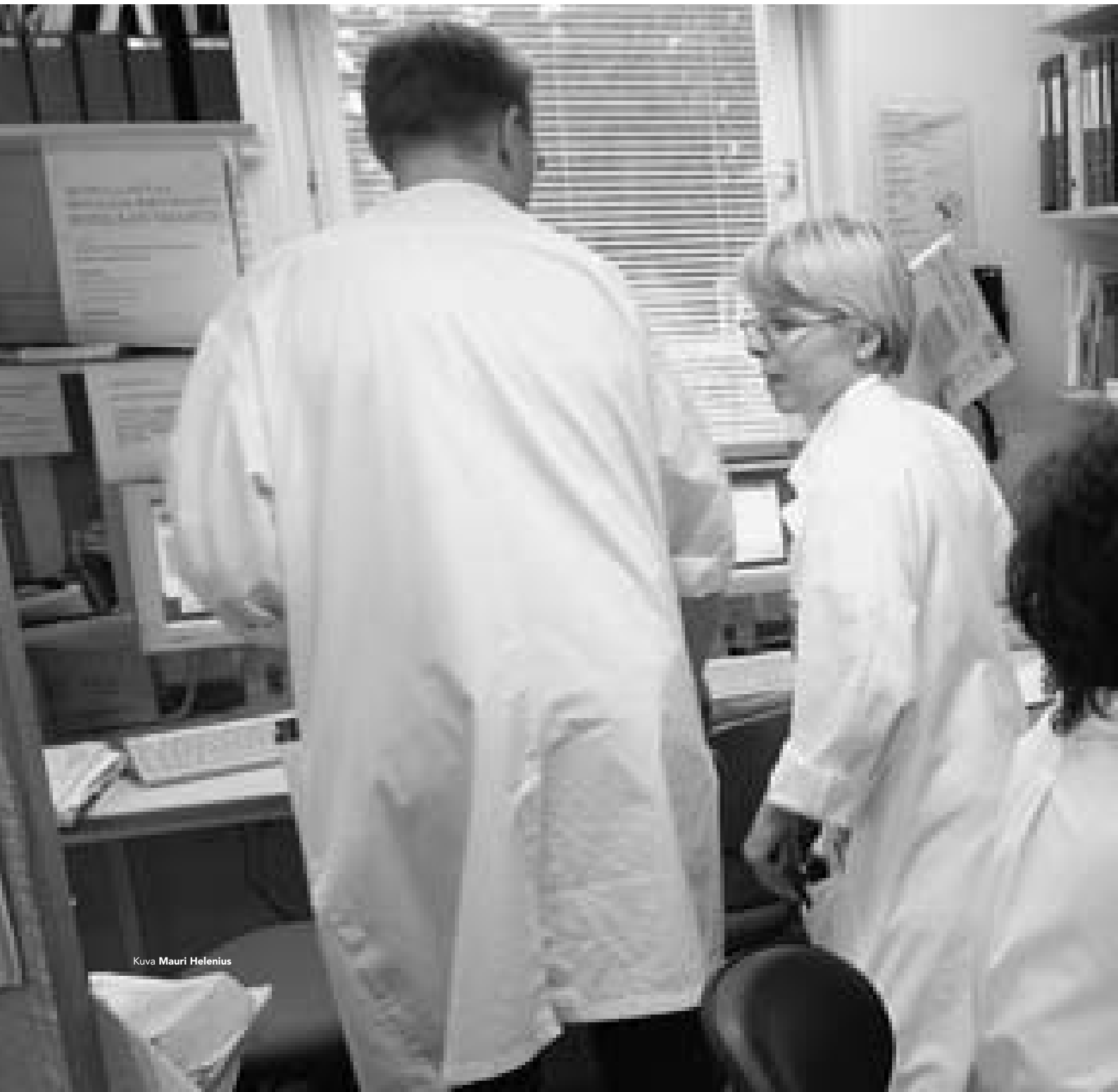
Kiinalaisten hyökätessä Tiibetiin he väittivät tulleen vapauttamaan maan ja sen asukkaat. Dalai-laman vastaus kenraali Changille oli: "You cannot liberate me. I can only liberate myself". Meidänkin olisi siis itse irrotettava itsemme kahleistamme – joiden vangiksi, toisin kuin tiibetiläiset, olemme itse antautuneet. Samalla yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta on todettava, että yhtä kaikki tarvitaan toimintaa, jolla luodaan aidon vapauden edellytyksiä esimerkiksi niille aktivointipolitiikan pakotteiden alaisina eläville ihmisille, joilta ne on viety. ●

Hoitotakuu on ensisijainen

Kansliapäällikkö Markku Lehto kannustaa punnitsemaan erilaisia vaihtoehtoja sairausvakuutusta uudistettaessa: vuosiomavastuu, sopimuslääkärit...

Mutta julkinen hoitotakuu on kuitenkin ensisijainen.

■ TEKSTI **HILKKA AROLA**, TOIMITTAJA, KELAN VIESTINTÄ, hilkka.arola@kela.fi



● Kansliapäällikkö Markku Lehto Sosiaali- ja terveysministeriöstä sanoo, että nyt on huono hetki kysyä Kelan korvausten nostamisesta yksityisessä sairaanhoidossa:

– Sairausvakuutuksen roolia ollaan parhaillaan miettimässä eikä sitä olla kunnolla puitu. Virallista vastausta ei vielä ole olemassa.

Markku Lehto arvioi, että kohtalaisen hyvä kuva siitä, minkälainen sairausvakuutus halutaan ja minkälainen olisi mahdollista, saadaan tämän vuoden aikana:

– Seuraavaa hallitusta muodostettaessa meillä olisi hyvä olla selkeä mielikuva siitä, mikä on sairausvakuutuksen tarkoi-

tus. Senhän puolueet sitten ratkaisevat.

Rajoitukset tarpeen

Markku Lehto kannustaa arvioimaan erilaisia vaihtoehtoja. Häntä itseään ensi kysymällä alkoi miellyttää sairaanhoidon vuosiomavastuu:

– Aikanaan istuin sairaanhoitovakuutustoimikunnan puheenjohtajana. Toimikunta ehdotti, että potilaille tulisi vuosiomavastuu. Omavastuun ylittävältä osalta Kelan korvaus yksityislääkärin kustannuksista olisi parempi kuin nyt. Ne, jotka sairastavat paljon, saisivat nykyistä paremman korvauksen. Mutta jos käy vuodessa vain kerran lääkärissä, siitä ei

välttämättä tulisi korvausta ollenkaan.

– Ajatus ei kelvannut silloiselle hallitukselle eikä eduskunnalle. En osaa arvioida, onko se nyt tullut kelvollisemmaksi vai vähemmän kelvolliseksi vaihtoehdoksi. Minun mielestäni se on hyvä.

Markku Lehto ei kannata sairausvakuutuksen taksojen suin päin nostamista:

– Lääkäreistä on niukkuutta. Jos lääkärin nyt alkaisivat käyttää enemmän työpanostaan yksityisellä puolella, se voi aiheuttaa ongelmia julkisten palvelujen toimivuudessa. Korvaustaksojen korotus saattaisi myös heijastua lääkäreiden perimiin palkkioihin ja todelliset hinnat voisivat nousta.





Kuva Nana Utto

Markku Lehto ei näe sairausvakuutusjärjestelmän olevan mitenkään täynnä ongelmia, vaikkei se ihan ongelmatontakaan ole:
– Nyt pitää fokusoida, mitä ongelmia pitää ratkaista.

Markku Lehto sanoo, että sosiaalivakuutus voi epäonnistua:

– Jos korvattavuuteen ei tehdä mitään rajoituksia ja korvataan anteliaasti, tilanne helposti ryöstäytyy käsistä. Tämä koskee tietysti niin perusterveydenhoitoa kuin hammashoitoakin.

– Järjestelmästä on tullut kallis sellaisissa maissa, joissa on antelias sairausvakuutus.

Sosiaalivakuutuksen toki voi toteuttaa niinkin, että tehdään sopimuksia yksityisten palvelujen tuottajien kanssa.

– Näin voitaisiin rajoittaa potilaiden valinnanvapautta ja ohjata heitä käyttämään vain sopimuslääkäreitä, mikäli haluavat Kelan korvauksen. Palkkioiden karkaamisenkin kauas korvaustasosta voitaisiin näin estää.

Julkisen palvelun tie valittu

Markku Lehto pitää hiukan ongelmallisen kahden rinnakkaisen järjestelmän olemassaoloa:

– Toisten mielestä kaksoisjärjestelmä on pelkästään hyvä, koska osa ihmisistä hakeutuu yksityisille lääkäreille ja maksavat itse suuren osan, jolloin julkiseen terveydenhoitoon tarvitaan verovaroja vähemmän. Toisaalta julkisia varoja voitaisiin ohjata tehokkaammin, jos ne menisivät yhtä kanavaa pitkin. Kaikkea terveydenhoitoahan vaivaa rahapula

– Kun kansallinen terveyshanke käynnistettiin, keskityttiin kunnalliseen terve-

ydenhuoltoon ja päätettiin, että hoitotakuu on ensisijainen. Silloin sairausvakuutuksesta ei päätetty mitään. Se oli tietoinen päätös: Suomessa pääjärjestelmäksi on omaksuttu kunnallisen järjestämisvastuun tie eikä sosiaalivakuutuksen tietä.

– Pääjärjestelmän, olipa se kumpi tahansa, täytyy toimia niin, että se auttaa tasapuolisesti niitä ihmisiä, jotka eivät pysty hankkimaan palveluja markkinahinnoilla. Sen täytyy olla kunnossa. Kenenkään ei tule jäädä ilman palveluja sen vuoksi, etteivät rahat riitä. Se ei tietysti estä ihmisiä halutessaan käyttämästä markkinahintaisia palveluja.

Tässä on Markku Lehdon mielestä vakavan keskustelun paikka:

– Jos kunta järjestää laadullisesti kelvollista palvelua – yksityisiä tai julkisia – kohtuullisessa ajassa, pitääkö yhteiskunnan tukea vielä toista palvelujärjestelmää ja kuinka paljon? Jos kunnan järjestämä palvelu ei ole kelvollista, onko oikea ratkaisu tarjota vaihtoehtoksi vakuutus, jossa omavastuu on suurempi. Eikö johdonmukaisempaa olisi todeta, että perusratkaisu oli väärä; kunnat eivät selviä tehtävästään? Minusta oli reilua, että Kela teki tämän kysymyksen ja tarjosi oman vaihtoehtonsa.

Sairausvakuutusjärjestelmän asemasta on keskusteltu ainakin 40 vuotta. Markku Lehto arvioi, ettei se ole nytkään kuolemassa, mutta:

– Kaksi rinnakkaista järjestelmää on harvinaisuus maailmalla. Jos julkisen ter-

veydenhoidon rinnalla tarvitaan toinen järjestelmä, mikäs siinä, jos siihen on varaa.

Hammashoidossa tilanne toinen

Hammashoidossa Markku Lehdon mukaan sosiaalivakuutuksella on voimakkaampi rooli kuin perusterveydenhoidossa:

– Yksityisen hammashoidon korvaaminen ei ole yhtä toissijainen kuin Kelan korvaama käytäntö perusterveydenhoidossa, hän sanoo ja muistuttaa, että nyt sentään on olemassa kohtuullisesti korvattu hammashoito.

– Sitä ei pidä väheksyä. Aikaisemmin ei ollut koko väestön kattavaa vakuutusta.

Hammashoidossa hänen mielestään kannattaisi nyt miettiä Kelan taksoja ja hintoja ja miten niitä pitäisi suhteuttaa kunnan maksuihin. Tosin mitään muutosta sosiaali- ja terveysministeriössä ei ole vireillä.

Hän korostaa, että hoitotakuu on voimassa myös hammashoidossa kunnallisella puolella.

– Potilaan valintaan toki vaikuttaa se, mikä on hänen omavastuunsa yksityisessä hammashoidossa. ■



Kelan ensimmäinen sähköinen etuushakemus käytössä

■ Opintotuen sähköinen muutosilmoitus julkaistiin Kelan Internet-palvelussa helmikuun puolivälissä. Ensimmäinen e-hakemus tuli palveluun viidentoista minuutin kuluttua palvelun avaamisesta. Internet-hakemuksen avulla opintotuen saaja voi palauttaa, perua tai lakkauttaa tukensa. Ensimmäisen kuukauden aikana palveluun tuli yhteensä 2 733 opintotuen muutosilmoitusta: niistä 1 577 koski opintotuen palautusta, 788 perumista ja 368 lakkautusta.

Opintotukea palauttamalla tai tukea etukäteen perumalla opiskelija voi korottaa tulovalvonnan vuositulorajaansa tai säästää korkeakouluopintojen tuki-kuukausia. Palvelu näyttää, mitkä kuukaudet ovat valittavissa ja mikä on tuen suuruus. Valinnan tekemistä helpottaa

myös se, että sivuilla kerrotaan, miten muutos vaikuttaa vuositulorajaan tai tukikuukausien määrään.

Vapaaehtoisissa palautuksissa opiskelija tulostaa itselleen maksulomakkeen tiedot tai pyytää, että maksulomake postitetaan hänelle kotiin. Myöhemmin toteutetaan vaihtoehto, jossa opiskelija voi saman tien panna suorituksen maksuun verkkopankissa.

Lakkautustoiminnolla opintotuen saaja voi ilmoittaa opintojen keskeyttämisestä, valmistumisesta tai asevelvollisuuden suorittamisesta. Opiskelija voi myös lakkauttaa tukensa jonkin muun syyn vuoksi.

Palvelu opastaa ja tarkistaa

Jokaisella hakemussivulla on näyttökohtainen ohje ja

useimmilla myös linkki lisäohjeisiin. Palvelu on kuitenkin pyritty tekemään sellaiseksi, että asiakas ei voi tehdä vääriä valintoja tai virheitä.

Asiakaslähtöisiä lisäpalveluja ovat myös keskeneräisen hakemuksen tallennusmahdollisuus, yhteenveto- ja tulostussivut sekä lähetettyjen sähköisten hakemusten arkisto.

Hakemistavasta riippumatta asiakas saa etuuspäätöksen postitse tavanomaiseen tapaan. Tämän vuoden aikana palveluun lisätään myös asiakkaan saamien päätösten ja asiakaskirjeiden kyselymahdollisuus, eli kadoksissa oleva etuuspäätös löytyy Kelan asiointipalvelusta.

Vähäisestä tietosisällöstä huolimatta palvelulla on merkitystä opiskelijoille ja myös työmäärille Kelassa. Noin 25 000 opiskelijaa palauttaa

tukeaan vuosittain ja erilaisia lakkautusratkaisuja tehdään yli 50 000. Varovaisestikin arvioiden kyse on kymmenistä tuhansista etuusratkaisuista, jotka nyt siirtyvät itsepalvelun piiriin.

Kelan sähköisiin asiointipalveluihin tunnistaudutaan Nordean, Osuuspankin, Sampo-pankin, Aktian, säästöpankkien tai paikallisosuuspankkien verkkotunnuksilla tai henkilökortilla (HST-kortilla). Palvelua ei voi käyttää ilman sähköistä tunnistautumista. ●

Hyvätuloisille tarpeeton ja heikompituloisille riittämätön?

■ Sairausvakuutuslain perusajatus on taata tasa-arvoinen hoitoon pääsy kaikille kansalaisille tulotasosta riippumatta (Purola T. Nyman K. 1971, 3.) Vakuutuksen kautta pyritään vähentämään sairaudesta ja vähätuloisuudesta aiheutuvaa taloudellista riskiä sekä lisäämään tasa-arvoisuutta. Silti jo lähes neljä vuosikymmentä sitten (Kaitaranta 1967) havaittiin sairaanhoitokorvausten määrän kasvavan tulotason noustessa ja sairastavuuden vähentyessä. Myös yleinen väestön kulutusalttius sairauksien hoitoon nousi sairausvakuutuksen tultua käytäntöön

(Purola T., Nyman K., Kalimo E. & Sievers K. 1971). Sairausvakuutuksen taksasidonnaisuus on vuosikymmenien myötä tuonut esille järjestelmän kehittämistarpeita. Onko tuloista riippumaton nykyisen tasoinen korvausjärjestelmä hyvätuloisille tarpeeton ja heikompituloisille riittämätön luodakseen aidon valinnan vaihtoehdon?

Korvauserusteen tulosidonnaisuus

Millä tavalla sairausvakuutuskorvauksen ansioihin suhteuttaminen vaikuttaisi lääkärin

palveluiden kysyntään tai asiakkaiden tasa-arvoisuuteen ja hoitamatta jäämisen riskiin? Parantaisiko yksityislääkärillä käynnistä saatu tulosidonnainen korvaus hyvätuloisten ja heikompiosaisten välistä tasa-arvoisuutta lääkärin valinnassa? Etuudet voivat määräytyä tasasuuruksina tai tulosidonnaisina, vrt. esim. asumistuki ja opintotuki (Niemelä H. & Salminen K. 1996, 193). Sairausvakuutuskorvaus määräytyy diagnoosista riippuvan taksan suuruudesta. Tällöin tasa-arvoisuuden voidaan nähdä toteutuvan sairauden kautta.

Otetaan tarkasteluun

kaksi potilaspopulaatiota, joita kutsumme rikkaiksi ja köyhiksi. Merkitään rikkaiden ja köyhien tuloja muuttujilla y_r ja y_k , joille pätee $y_k < y_r$. Molemmissa populaatioissa potilaat eroavat toisistaan sairauden vaikeusasteen, s , perusteella. Sairauden vaikeusaste on jakautunut molemmissa populaatioissa kumulatiivisen jakauma F mukaisesti. Merkitään terveyspalvelun hintaa muuttujalla p . Köyhä potilas, jolla on sairauden vaikeusaste s saa (epäsuoran) hyödyn $u(p, y_k, x) = v_s - \lambda p / y_k$ jos hän käyttää terveyspalveluja ja hyödyn nolla, jos



Kirjoittajat työskentelevät Kuopion yliopiston terveyshallinnon- ja talouden laitoksella. Kirjoitus liittyy aiheellisesti Kelan ja Kuopion yliopiston yhteishankkeena toteutettavaan tutkimukseen kansalaisten lääkäripalvelun valinnasta julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa sekä Suomen Akatemian rahoittamaan tutkimushankkeeseen *Public, Private and Hybrid Forms of Health Care*.

hän päättää olla käyttämättä terveyspalveluja. Muuttuja v viittaa hyötyyn, jonka potilas saa terveyspalvelujen käytöstä. Hyöty voi riippua palvelujen laadusta ja jonotusajoista, mutta jätämme nämä tekijät tarkastelusta pois yksinkertaisuuden vuoksi. Oletamme aluksi, että sekä köyhät että rikkaat maksavat saman osuuden λ terveyspalvelujen hinnasta, kuten nykyisessä vakuutusjärjestelmässä. Valitus lähestymistavassa terveyspalvelun hinta on suhteutettu potilaan tulotasoon. Vaikka rikkaat maksavatkin saman yksikköhinnan terveyspalveluista kuin köyhät, hinnan vaikutus rikkaan kuluttajan hyvinvointiin on alhaisempi kuin köyhän kuluttajan hyvinvointiin. Samankaltaista lähestymistapaa ovat käyttäneet Propper (2000) ja Linnosmaa ja Rissanen (2006).

Terveyspalvelujen kysyntä potilaspopulaatioissa määräytyy seuraavasti. Köyhä potilas, jolla on sairauden vaikeusaste s , kysyy terveyspalveluja, jos palvelujen käytön synnyttämä hyöty on suurempi kuin käyttämättä jättämisestä saatu hyöty, eli $vs - \lambda p/y_k \geq 0$. Tästä seuraa, että sairauden vaikeusasteen tulee toteuttaa ehto $s \geq \lambda p/(y_k v)$. Palvelujen kysyntä köyhässä populaatioissa on nyt $D(\lambda p, y_k) = 1 - F(\lambda p/(y_k v))$, ja palvelujen kysyntä rikkaassa populaatioissa $D(\lambda p, y_r) = 1 - F(\lambda p/(y_r v))$. Kuvio 1 havainnollistaa terveyspalvelujen kysyntää köyhässä ja rikkaassa populaatioissa.

Jos köyhät (riikkaat) potilaat maksaisivat täyden hinnan terveyspalveluista heidän terveyspalvelujen kysyntä

olisi tasolla $D(p, y_k)$ ($D(p, y_r)$), mutta koska vakuutus korvaa osan hinnasta toteutunut terveyspalvelujen kysyntä on $D(\lambda p, y_k)$ ($D(\lambda p, y_r)$). Tulon nousu kasvattaa terveyspalvelujen kysyntää, josta syystä rikkaiden terveyspalvelujen kysyntä on suurempaa kuin köyhien kysyntä. Vakuutuskorvaus voimistaa terveyspalvelujen kysyntää, koska sairasvakuutus maksaa osan palvelujen hinnasta.

Jos terveyspalveluja voidaan tuottaa vakioisella rajakustannuksella c ja terveyspalveluja myydään rajakustannuksia vastaavalla hinnalla, tehokas terveyspalvelujen käyttö köyhien (rikkaiden) populaatioissa on q^*_k (q^*_r). Rajakustannuksia vastaavaan hinnoitteluun voidaan päätyä markkinoiden sääntelyn tai riittävän hintakilpailun seurauksena. Vakuutus kasvattaa palvelujen käyttöä molemmissa tuloryhmissä yli tehokkaiden tasojen. Tätä tehottomuutta kutsutaan vakuutuksen moral hazard ilmiöksi (Pauly, 1968). Tämän lisäksi palvelujen käytössä on epätasa-arvoa, koska rikkaat käyttävät palvelujen enemmän kuin köyhät. Epätasa-arvo ei ole seurausta vakuutuksen olemassaolosta vaan tuloeroista.

Voidaanko vakuutuskorvauksen tulosidonnaisuudella vaikuttaa palvelujen käytön tehokkuuteen ja/tai tasa-arvoon? On luontevaa ajatella, että tulosidonnaisuus ei poista tehottomuutta mutta sillä voidaan vaikuttaa siihen, miten paljon potilaat eri tuloryhmissä kuluttavat. Oletetaan, että vakuutuskorvaus on

tulosidonnainen ja merkitään köyhien ja rikkaiden vakuutuskorvausta kirjaimilla λ_k ja λ_r vastaavasti. Nyt köyhien ja rikkaiden palvelujen kysynät ovat $D(\lambda_k p, y_k) = 1 - F(\lambda_k p/(y_k v))$ ja $D(\lambda_r p, y_r) = 1 - F(\lambda_r p/(y_r v))$. Jos tavoitteena on yhtä suuri terveyspalvelujen kulutus molemmissa tuloryhmissä, niin tulee asettaa $\lambda_k p/(y_k v) = \lambda_r p/(y_r v)$. Tästä seuraa, että $\lambda_k/\lambda_r = y_k/y_r$. Yhtä suuri kulutus molemmissa tuloryhmissä vaatii, että vakuutuskorvaukset ovat samassa suhteessa eri tuloryhmissä kuin tuloryhmien tulot ovat.

Tulosidonnaisuus lisää tasa-arvoa

Tämä lyhyt tarkastelu osoittaa, että vakuutuskorvauksen tulosidonnaisuudella voi vähentää tuloeroista johtuvaa terveyspalvelujen käyttöeroa ja lisätä näin tasa-arvoa terveyspalvelujen kulutuksessa. On silti huomattava, että vakuutuskorvauksen tulosidonnaisuus ei sinänsä poista vakuutuksen aiheuttamaa tehottomuutta. Tähän on myös syytä kiinnittää huomiota tilanteessa, jossa terveyspalvelujen käyttöä rahoitetaan julkisin varoin. Olisi myös syytä tutkia vapauttaisiko suurituloisten suuremmat korvaukset terveydenhuollon resursseja julkisiin palveluihin.

LÄHTEET

Kaitaranta H. 1967: Sairausvakuutuksen perusteella myönnettyjen hoitokorvausten alueellinen jakautuminen. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Kansaneläkelaitoksen

julkaisusarja M: 5/ 1967.

Linnosmaa, I & Rissanen, S, 2006, *Willingness to pay for online physician services*, forthcoming in *Finnish Journal of Business Economics*, 1/2006.

Niemelä H. & Salminen K. 1996: *Kuinka määritellään eläkejärjestelmä? – Eläkepolitiikan käsitteellisiä lähtökohtia*. Teoksessa *Sosiaalipolitiikan teoreettisia lähtökohtia. Sosiaalitaloudellinen näkökulma*. Toim. Niemelä H., Saari J. & Salminen K. 187-206.

Pauly, M.V., 1968, *The economics of Moral Hazard: Comment*. *The American Economic Review*, Vol. 58, 531-537.

Propper, C., 2000, *The demand for private health care in the UK*. *Journal of Health Economics*, 19, 855-876.

Purola T. & Nyman K. 1971: *Kansaneläkelaitoksen terveyspolitiikan tutkimustoiminta*. E:36/1971. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki.

Purola T., Nyman K., Kalimo E. & Sievers K. 1971: *Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö*. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki.



Lääkevaihdoista poistuu patenttisuojattuja lääkkeitä huhtikuussa

■ Helmikuun alussa voimaan tullut lääkelain muutos supistaa lääkevaihdon piirissä olevaa lääkevalikoimaa huhtikuun alusta

lukien. Lääkelain muutoksen seurauksena vaihdon piiristä saat-
taa poistua arvioitua enemmän lääkkeitä ja uusien lääkkeiden
tulo vaihtokelpoisiksi hidastuu.

Lääkelaitoksen eilen julkistaman luettelon mukaan vaihdon
piiristä poistuu huhtikuun alussa lääkelain muutoksen takia 22
lääkeainetta ja 230 lääkevalmistetta. Käytännössä näistä vain
atsitromysiinillä ja sumatriptaanilla on rinnakkaisvalmisteita
vaihdon piirissä ja markkinoilla.



Lääkkeiden hintojen lasku jatkuu

■ Lääkkeiden tukkuhinnat laskivat 2,1 % vuodesta 2004 vuoteen 2005. Korvattavien reseptilääkkeiden hinnat laskivat 3,8 %. Nämä tiedot ilmenevät Tilastokeskuksen tekemästä lääkkeiden tukkuhintaindeksistä.

Lääkkeiden tukkuhintaindeksin perusvuodesta 1998 vuoteen 2005 kaikkien lääkkeiden hinnat ovat laskeneet 5,4 % ja korvattavien reseptilääkkeiden hinnat yhteensä 13,1 %. Samaan aikaan kuluttajahinnat ovat nousseet 11,1 %. (Tukkuhinta = hinta, jolla apteekki ostaa lääkkeen)

Lääkkeiden hintalautakunta on leikannut lääkehintoja useaan eri otteeseen. Nämä toimet ja ankara hintakilpailu näkyvät lääkehintaindeksissä selvästi. Lisäksi vuodenvaihteessa tuli voimaan yleinen, kaikkia reseptilääkkeitä koskeva tukkuhintojen viiden prosentin hinnanalennus.

Korvattavien reseptilääkkeiden tukkuhintojen lasku oli suurinta alemmassa erityiskorvausluokassa, joissa hinnat laskivat 6,9 prosenttia. Tähän ryhmään kuuluvat monet suurten kansansairauksien hoidossa käytetyt lääkkeet, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet ja astmalääkkeet. Ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeiden hinnat laskivat 2,6 %. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi diabetes- ja syöpälääkkeet.

Suurimmat muutokset ovat tapahtuneet kolesteroli- ja masennuslääkkeiden hinnoissa. Vuonna 2005 masennuslääkkeiden tukkuhinnat olivat 26,4 % ja kolesterolilääkkeiden 28,6 % halvemmat kuin vuonna 1998.

Itsehoitolääkkeiden tukkuhinnat kallistuivat 2,3 % vuonna 2005. Vuodesta 1998 itsehoitolääkkeiden hinnat ovat nousseet hieman enemmän (+ 15,5 %) kuin kuluttajahintaindeksi vastaavana aikana (+11,1 %). ●

Viime vuonna 2 319 potilasvahinkoa

■ Potilasvakuutuskeskukselle tehtiin vuonna 2005 lakisääteisen potilasvakuutuksen perusteella 7 570 vahinkoilmoitusta, kolmesataa ilmoitusta enemmän kuin edellisellä vuonna, mutta yhtä paljon kuin vuonna 2003.

Korvausratkaisun Potilasvakuutuskeskus teki 7 522 vahinkoilmoituksesta. Niistä korvattaviksi potilasvahingoiksi todettiin 2 319 tapausta eli 31 prosenttia ratkaistuista ilmoituksista. Luvut ovat pysyneet edellisvuosien tasolla.

Korvatuista vahingoista lähes 90 prosenttia oli hoitovahinkoja. Infektiovahinkoja oli kahdeksan prosenttia ja muita vahinkoja vajaa kolme prosenttia.

Kaikista korvatuista vahingoista viidennes oli tapahtunut yksityisellä sektorilla ja muut julkisella sektorilla. Yleisin korvattava hoitovahinko oli sattunut tuki- ja liikuntaelinten toimenpiteen yhteydessä.

Korvauksia potilasvakuutuksista suoritettiin viime vuonna kaikkiaan 22,7 miljoonaa euroa. Suurin yksittäinen korvauslaji oli ansionmenetyskorvaukset, kolmannes koko korvaussummasta. ●

Luettelosta poistuu myös psykoosilääke risperidoni.

Syynä poistoihin on eduskunnan joulukuussa hyväksymä lääkelain muutos, jonka mukaan lääkevaihdon piiristä poistetaan lääkkeitä, joita suojaava voimassa oleva menetelmäpatentti tai lisäsuojatodistus sekä viidessä Euroopan talousalueeseen kuuluvassa valtiossa voimassa oleva tuotepatentti.

Lääkelaitoksen mukaan lääkelain muutos vaikuttaa vielä seuraavaan, heinäkuussa voimaan tulevaan luetteloon. ●

Mielenterveysalan yhteistyökeskus aloitti

■ Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen yhteistyönä Suomeen saatu Maailman terveysjärjestön WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus on aloittanut toimintansa vuoden 2006 alusta.

Keskuksen työ liittyy mielenterveyden edistämiseen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn ja mielenterveyspolitiikan kehittämiseen. Keskusta ohjaa sekä kansainvälinen että kansallinen ohjausryhmä.

Yhteistyökeskus toimii kansainvälisesti ja kansallisesti: yhteistyötä tehdään Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan aluetoimiston ja sen yhteistyökeskusten verkoston sekä lukuisten kotimaisten toimijoiden kanssa. Keskukselle on määritelty johtava rooli esimerkiksi lasten ja nuorten mielen-terveyden edistämisen ja työmielen-terveyden alalla.

Tällaiselle keskukselle on ollut sosiaalinen tilaus, koska riittämättömien resurssien takia mielen-terveyden edistämisen (promootion) ja mielen-terveyshäiriöiden ehkäisemisen (prevention) tarve on suuri.

Keskuksessa tulee työskentelemään aluksi kolme työntekijää, joista kaksi sijoittuu Stakesin Vaasan alueyksikköön. ●

Hoitotakuuseurannan tiedot sähköisesti

■ Hoitotakuuseurannan tiedot kulkevat ensi kertaa sähköisesti ilman paperia Satakunnan sairaanhoitopiiristä Stakesille. Stakes käyttää tietoja omassa tilastoraportoinnissaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja kansalaisille. Aikaisempaa nopeamman sähköisen tiedonkulun ansiosta muodostumassa olevat terveydenhuollon pullonkaulat voidaan havaita aiemmin. Pilottikokeilusta saatuja kokemuksia otetaan käyttöön vähitellen muissakin sairaanhoitopiireissä soveltuvin osin.

Tiedonkeruun taustalla on vuonna 2005 voimaan astunut laki hoitotakuusta. Laki asetti tiukat tavoitteet tiedonraportoinnille. Tiedot pitää pystyä keräämään nopeasti noin 330:sta julkisen terveydenhuollon yksiköstä. Tavoitteena tulevaisuudessa on kuukausittainen seuranta ja raportointi, mikä mahdollistaisi toimijoille entistä nopeamman reagoinnin Stakesin raportoinnin esille nostamiin epäkohtiin. Tietojen välityksessä käytetään terveyshankkeissa määriteltyjä tiedonsiirron standardeja sekä tietosuojaperiaatteita. ●



Lähetettyjen työntekijöiden määrä moninkertaistunut

■ Eläketurvakeskus on saanut tiedoksi muista maista annettuja lähetetyn työntekijän todistuksia aiempaa runsaammin. Vuonna 2005 vastaanotettiin noin 5 500 todistusta, kun edellisvuonna todistuksia oli alle tuhat. Luvut osoittavat, että lähetettyjen työntekijöiden määrä moninkertaistunut.

Virolaiset ovat selvästi suurin Suomeen lähetettyjen työntekijöiden ryhmä. Lähetettyinä Suomeen tulevien virolaisten määrä on kasvanut räjähdysmäisesti. Viime vuonna Virosta tuli lähes 5 000 todistusta. Vielä vuonna 2003, ennen Viron EU-jäsenyyttä, määrä oli laskettavissa kymmenissä.

Latviasta ja Liettuasta lähetetään yhteensä kymmenkunta todistusta tiedoksi Suomeen. Puolasta maahamme on tullut viime vuonna 400 todistusta. Vanhoista EU:n jäsenmaista esimerkiksi Saksasta tulee vuosittain noin sata todistusta.

Lähetetty työntekijä työeläkevakuutetaan pääsääntöisesti lähtömaassaan. ●

Veronalennus ei lisännyt eläkeikäisten alkoholinkäyttöä

■ Eläkeikäisten suomalaisten alkoholinkäyttö ei Kansanterveyslaitoksen vuonna 2005 suorittaman tutkimuksen mukaan ollut lisääntynyt merkittävästi vuodesta 2003. Näin alkoholiveroituksen alentaminen ja EU-tuonnin vapautuminen eivät ole merkittävästi vaikuttaneet eläkeikäisten suuren enemmistön alkoholinkäyttöön. Raittiiden miesten määrä tosin väheni vuodesta 2003 ja miesten väkevän alkoholin käyttö hieman yleisty. Naisten alkoholinkäytössä ei ollut havaittavissa sen suurempia muutoksia vuodesta 2003 vuoteen 2005 kuin aiempien vuosien välillä.

Kyselyyn vastanneista naisista noin puolet ja miehistä reilu viidesosa ilmoitti, ettei ollut käyttänyt lainkaan alkoholia viimeisten 12 kuukauden aikana. Vuodesta 1985 lähtien eläkeikäisten alkoholinkäyttö on kuitenkin vähitellen lisääntynyt ja nautitut alkoholimäärät ovat kasvaneet. Eläkeikäisten keskimääräinen kulutustaso on silti edelleen matala. ●

Sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi yli 80-vuotiaille

■ Maaliskuun alusta jokaisella 80 vuotta täyttäneellä henkilöllä on ollut oikeus päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa. Oikeus koskee myös iästä riippumatta kaikkia kansaneläkkeen erityishoitotuen saajia. Kiireellisissä tapauksissa arviointiin tulee päästä välittömästi.

Sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnin piiriin kuuluvat sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut, joita esimerkiksi Helsingissä annetaan sekä sosiaalivirastossa että terveyskeskuksen kotihoidossa.

Laaja-alaista sosiaalipalvelujen tarpeen arviointia voi pyytää henkilö itse tai hänen puolestaan omainen tai muu tilanteen tunteva henkilö.

Selvityksen lopputuloksena on arvio siitä, selviytyykö asiakas ilman palveluja tai jo saamiensa nykyisten palvelujen turvin. Mikäli tarvetta uusiin palveluihin on, haetaan niitä saman tien tai asiakas ohjataan hakemaan niitä. Asiakas saa arvioinnin kirjallisena.

Sosiaalihuoltolain muutoksella halutaan tukea ikäihmisten omatoimisuutta ja toimintakykyä sekä varmistaa, että he saavat apua ja tukea ajoissa. Tavoitteena on samalla täsmentää menettelytapoja, jotka liittyvät palvelujen hakemiseen, suunnittelemiseen ja päättämiseen. ●

Noin joka neljäs siirtyi eläkkeelle 63-vuotiaana

■ Eläkeuudistuksen ensimmäisen vuoden kokemukset viittaavat siihen, että mahdollisuutta siirtyä vanhuuseläkkeelle 63 vuoden iässä on käytetty maltillisemmin hyväksi kuin etukäteen arvioitiin. Työssä pysymistä kannustaa se, että ansioista karttuu eläkettä 4,5 prosentin vauhdilla.

Eläketurvakeskuksen tilastojen perusteella voidaan arvioida, että noin joka neljäs käytti eläkeuudistuksen mahdollisuutta siirtyä eläkkeelle 63-vuotiaana.

Myös 60 – 62 -vuotiaina pysytään työssä entistä pidempään. Työeläkeuudistuksen ensimmäisen vuoden tilastotietojen perusteella nämä ovat selviä positiivisia merkkejä työeläkeuudistuksen tavoitteiden mukaisesta kehityksestä. ●

Potilaat haluavat yhä enemmän tietoa

■ Lääkelaitoksen tekemä selvitys lääkeinformaatiosta osoittaa, että potilaat ja kuluttajat haluavat yhä enemmän tietoa lääkkeistä ja lääkehoidoista. Lääketieto auttaa potilaita osallistumaan ja vaikuttamaan omaa lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kuluttaja tarvitsee tietoa myös siitä, milloin oireita voidaan hoitaa lääkkeillä ja milloin tulee ottaa yhteyttä lääkäriin. Lääketiedon on oltava ymmärrettävää ja laadukasta.

Selvityksessä käydään läpi viime vuosina julkaistuja lääkeinformaatiota käsitteleviä tutkimuksia. Selvityksessä esitetään myös suosituksia. Keskeisiä aiheita ovat lääkeinformaation lähteet, jakelutavat, erityistarpeet sekä tulevaisuuden haasteet.

Euroopan unioni on asettanut tavoitteekseen lääkeinformaation laadun ja saatavuuden parantamisen. ●

Konginkankaan suuronnettomuuden jälkihoidosta voidaan oppia

Kriisien ja katastrofien aiheuttamien ongelmien jälkihoito vaatii kehittämistä. Riitta Kumpulaisen tekemässä tutkimuksessa kartoitettiin Konginkankaan onnettomuudessa mukana olleiden kokemuksia ja päädyttiin esittämään suosituksia psykososiaalisten tukipalvelujen parantamiseksi.

■ TEKSTI **HENRIK JUSSILA**, SUUNNITTELIJA, KELA, henrik.jussila@kela.fi

● Suomen Mielenterveysseuran ja Kelan tuottamassa tutkimuksessa esitetään kymmenen suositusta, joista tärkeimpänä tutkija, VTT Riitta Kumpulainen Suomen Mielenterveysseurasta pitää kriisin määrittelyä.

– Yksimielisyys siitä, mikä on kriisi, mitkä siihen liittyviä ilmiöitä ja miten

reaktioketju etenee, on perusedellytys kriisiauttamisen suunnitteluun ja järjestämiseen. Tämä koskee niin ensi- kuin jälkihoitoa.

Kriisin ohella on määriteltävä myös se, kuka on uhri.

– Lääketieteellis-tekninen uhrikäsittely kattaa yleensä vain onnettomuudes-

sa kuolleet tai loukkaantuneet ihmiset, Kumpulainen sanoo.

– Tällainen määritelmä jättää esimerkiksi uhrien omaiset hoidon ja avun ulkopuolelle. Konginkankaan tapaisessa onnettomuudessa kuolleen nuoren vanhemmat ovat kuitenkin melko varmasti avun tarpeessa.

– Kipua ja kärsimystä ei voida milloinkaan kokonaan poistaa, totesi VTT Riitta Kumpulainen tutkimuksensa tiedotustilaisuudessa.
– Sen sijaan meidän on luotava ja kehitettävä ihmisiä hädässä tukevia palveluja.



Uhrien määrittely ei ole aivan yksinkertaista, koska toisaalta kaikkia ei voida luokitella uhreiksi. Konginkankaan, ja ehkä vielä selkeämmin tsunamin kohdalla, voidaan arvioida koko Suomen joutuneen kollektiivisen surun valtaan. Koko kansan määrittelemisen uhriksi ei kuitenkaan auta jälkihoidon järjestämisessä, vaan apu ja hoito on kohdistettava niihin, jotka sitä kipeimmin tarvitsevat.

Ensihoito toimii hyvin, jälkihoito kangertelee

Maaliskuun alussa julkistetun tutkimuksen mukaan kriisin ensihoito on Suomessa järjestetty hyvin. Vaikka kriisi ja suru eivät ole sairauksia, kasvaa onnettomuuksissa ja katastrofeissa menetyksen äkillisyyden vuoksi traumaattisen surun, psykiatristen sairauksien ja itsemurhan riski. Fyysisten ja psyykkisten traumojen jälkihoito voi kestää pitkään.

Avun ja jatkohoidon tarve riippuu vammojen ja traumojen syvyydestä ja ihmisten omista tukiverkoista. Myös aiemmat vastaavat kokemukset vaikuttavat hoidon tarpeeseen.

– Välitöntä henkistä apua oli saanut 75 prosenttia vastaajista, joista noin puolet koki sen hyödylliseksi, Kumpulainen kertoo.

Jälkipuinti-istuntoa tarjottiin 56 prosentille ja jatkotukea 44 prosentille vastaajista. Aktiivisimpia avun tarjoajia olivat Suomen Punainen Risti ja seurakunnat. Valtaosan mielestä vertaistukiryhmät olivat parhaiten toimiva auttamisen muoto.

– Vertaisryhmät ovat hyödyllisiä, koska niissä ihmiset voivat aidosti jakaa suruaan. Kaikki ryhmässä olevat ovat kokeneet menetyksen. Ryhmien toimivuuden kannalta on tärkeää, että ne kootaan

samassa tilanteessa olevista ihmisistä. Menehtyneiden ja loukkaantuneiden läheisiä ei pidä yrittää sovittaa samaan ryhmään.

Oma aktiivisuus valitettavasti välttämätöntä

Pahiten vaille tukipalveluja Konginkankaan onnettomuuden yhteydessä jäivät ydinperheen ulkopuoliset omaiset ja läheiset sekä ystävät ja työtoverit. Katveeseen jäivät myös ne omaiset, jotka eivät matkustaneet Keski-Suomen keskussairaalaan.

– Uhrien toipumista ei saisi jättää heidän oman aktiivisuutensa varaan. Onnettomuuden koskettaman ihmisen voi olla hyvin vaikea lähteä hakemaan apua, kun koko maailma tuntuu kaatuvan päälle.

– Siksi tukipalveluiden hakeminen on saatava vaivattomaksi ja auttajilla on oltava mahdollisuus ottaa yhteyttä uhreihin ja omaisiin, Kumpulainen toteaa.

Konginkankaan onnettomuudessa viranomaisten tarjoamaa apua ei aina saatu perille, koska kunnat eivät tienneet ketkä onnettomuudessa olivat osallisina, suoraan tai välillisesti. Osoitteita ei saatu mistään. Kumpulaisen mielestä tietosuojalaki olisikin mietittävä uudestaan ja muutettava tarpeen mukaan joustavamaksi.

– Pitäisi olla mahdollisuus lähestyä uhreja ja omaisia edes kirjeitse ja tarjota sillä tavoin apua. Mikäli ihminen ei koe tarvitsevansa apua, hän voi kieltäytyä siitä.

– Konginkankaan tapauksessa omalla aktiivisuudella oli suuri merkitys. Yhden vertaisryhmän perustaminen oli esimerkiksi kiinni erään pariskunnan tarmokkuudesta. He olivat kuulleet ystäviltään,

että Mielenterveysseuran avulla voisi perustaa ryhmän ja niin asiat alkoivat edetä ja ryhmä perustettiin.

– Jälkihoidon järjestäminen oli liian paljon kiinni sattumasta ja omasta aktiivisuudesta, Kumpulainen sanoo.

– Ensijainen auttaja pitäisi olla oman alueen terveyskeskus.

Keltainen lehdistö sai kritiikkiä

Jos viranomaiset eivät kunnolla tavoittaneet uhreja, olivat iltapäivälehtien ja niin sanotun keltaisen lehdistön edustajat uhrien kintereillä riesaksi asti. Joidenkin toimittajien toiminta koettiin tunkeilevaksi.

– Minusta jotkut lehtitoimittajat ovat kuin haaskalintuja. Heti kun on vähän vahingoittunut, ettei pysty puolustautumaan täysillä, niin käydään kimppuun ja nokitaan viimeisetkin elämän murut pois, tilitti yksi kyselyyn vastanneista.

Keltaista lehdistöä lukuun ottamatta olivat vastaajat kuitenkin tyytyväisiä median ja varsinkin paikallisen median toimintaan. Onnettomuutta käsiteltiin neutraalisti ja radio ja televisio olivat ystävien ohella tärkeimpiä tiedon lähteitä.

– Jotkut kyselyyn vastanneista pitivät valitettavana, että heidän piti kuulla onnettomuudesta ensimmäisenä radion tai television välityksellä, eikä suoraan viranomaisilta, Kumpulainen kertoo.

– Tämä on kuitenkin ongelma, joka ei heti tule häviämään. Tiedotusvälineiden tehtävänä on kertoa tapahtumista mahdollisimman nopeasti ja luotettavasti. Usein ne ehtivät tehdä sen ennen viranomaisia. ■

Tutkimus on luettavissa Kelan verkkosivuilta

■ Rekan ja linja-auton yhteentörmäyksessä Konginkankaalla kuoli maaliskuussa 2004 linja-auton kuljettaja ja 22 matkustajaa. Riitta Kumpulaisen tutkimuksessa kysyttiin onnettomuudessa menehtyneiden omaisilta, onnettomuudessa loukkaantuneilta ja heidän omaisiltaan arviota omasta selviytymisestään ja sen edellytyksistä. Tutkimusai-

neisto kerättiin postikyselyllä. Vastaajia oli yhteensä 57, joista 70 prosenttia oli onnettomuudessa menehtyneiden läheisiä. Omaisensa menettäneiden ja avunantajien kanssa tehtiin lisäksi teemahaastatteluja.

Tutkimuksessa todetaan, että kriisiavun kehittäminen edellyttää riittävää kriisikoulutusta yhdessä eri tahojen

kanssa sekä riittävää trauman ja surun psykoterapeuttista osaamista myös perusterveydenhuollossa. Kipua ja kärsimystä ei voida milloinkaan kokonaan poistaa. Sen sijaan on luotava ja kehitettävä ihmisiä hädässä tukevia palveluita. ●

LUE LISÄÄ:

Riitta Kumpulainen: Kongin-

kankaan suuronnettomuus. *Tapaustutkimus psykososiaalisten tukipalveluiden toimivuudesta.* Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 50, 2006. ISBN 951-669-683-X (nid.), 951-669-684-8 (pdf). Tutkimus on luettavissa sähköisenä versiona osoitteessa www.kela.fi/tutkimus. Sivuilta löytyy myös perinteisen julkaisun tilausohjeet.

Helsingin psykoterapiaprojekti: Hoidollisia haasteita sekä lyhyelle että pitkälle terapialle

■ Helsingin psykoterapiaprojektissa osa potilaista hyötyi selvästi sekä lyhyestä ja pitkästä psykodynaamisesta psykoterapiasta että voimavarasuuntatuneesta terapiasta. Tutkimuksen mukaan masennus- ja ahdistuneisuusoireet vähenivät merkittävästi kolmen vuoden seurannassa kaikissa kolmessa hoitoryhmässä. Yli puolet potilaista toipui oman arvionsa mukaan oireistaan.

Lyhyiden ja pitkän terapian vaikuttavuudessa oli huo-

mattavia eroja. Pitkän terapian vaikuttavuus oli hoidon alussa vähäisempää mutta kolmen vuoden seurannan kohdalla suurempaa kuin lyhytterapioiden vaikuttavuus.

Myös potilaiden soveltuvuus vaikutti hoitoennusteseen. Hyvin psykoterapiaan soveltuvat potilaat hyötyivät lyhytterapiasta kun taas huonosti soveltuvat potilaat tarvitsivat pitkää terapiaa toipuakseen.

Kolmen vuoden seurannassa hoitomuotojen vaikutus

osoittautui riittämättömäksi noin puolelle potilaista, mikä ilmentää merkittävää hoidollista haastetta kaikille mainituille terapiamuodoille ja laajemminkin ahdistus- ja masennuspotilaiden psykiatriselle avohoidolle.

Lyhytterapiat vaikuttavat nopeasti

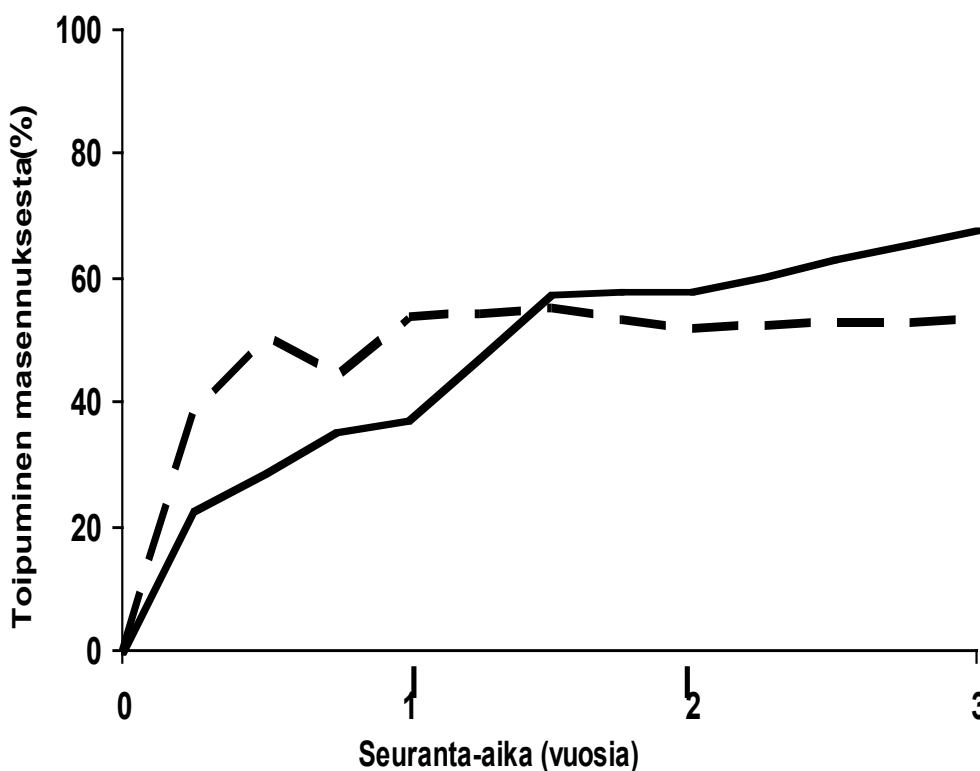
Molemmat lyhytterapiat (lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja voimavarasuuntatunut terapia) vaikuttivat

nopeasti hoidon aikana ja hoidosta hyötyneiden määrä säilyi kolmannen seuranta-vuoden loppuun asti. Kahden lyhytterapiamuodon välillä ei havaittu merkittäviä eroja tuloksissa. Pitkän terapian vaikuttavuus psykiatriisiin oireisiin BDI-oirekyselyllä mitattuna oli ensimmäisenä seurantavuotena keskimäärin 21% vähäisempi kuin lyhytterapioissa.

Noin vuosi lyhytterapioiden päättymisen jälkeen pitkän terapian vaikutus kuitenkin saavutti lyhytterapioiden tason ja kolmanteen seurantavuotteen mennessä pitkän terapian vaikutus oli keskimäärin 26% suurempi kuin lyhytterapioiden. Samanlainen muutos oli havaittavissa myös toipumisen (BDI < 10) osalta, siten että masennuksesta toipuneiden osuus kolmannen seurantavuoden kohdalla oli pitkässä terapiassa 68% ja lyhytterapioissa 53% (Kuva 1). Pitkä terapia osoittautui erityisen tehokkaaksi ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Noin 90% niistä potilaista, joilla tutkimuksen alussa diagnosoitiin ahdistuneisuushäiriö, parani kolmen vuoden seurannassa pitkän terapian ryhmässä, kun puolestaan noin 66% parani lyhytterapiaryhmässä.

Soveltuvuus terapiaan ennustaa hyvää tulosta

Psykologin haastattelussa tutkittiin potilaiden soveltuvuutta terapiaan arvioimalla heidän

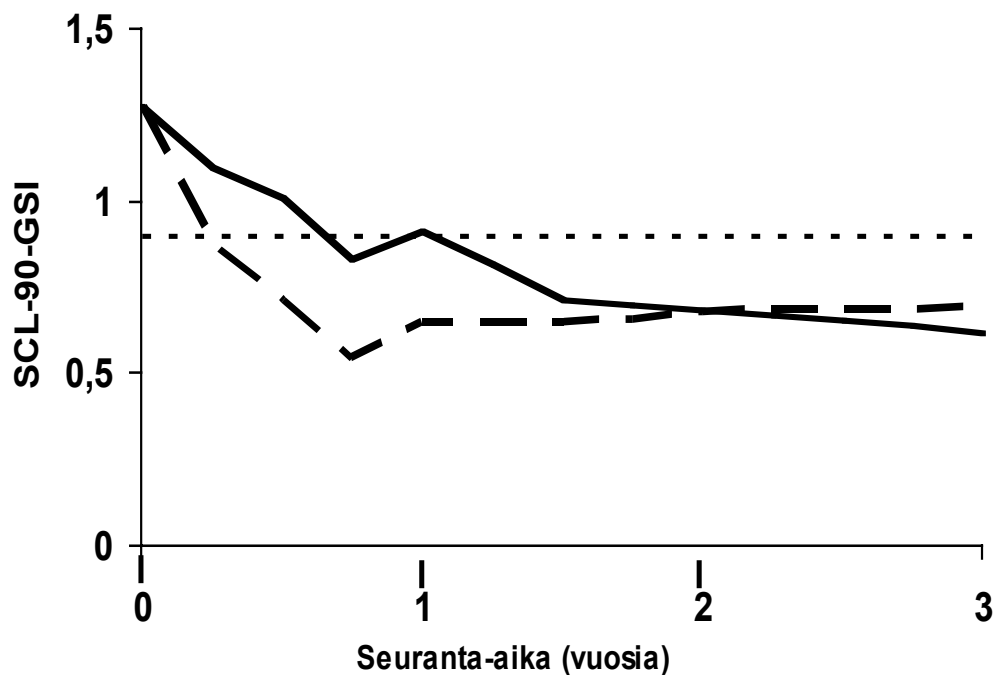


Kuva 1. Toipuminen masennusoireista (BDI < 10) lyhytkestoisissa terapiaryhmässä (---) ja pitkäkestoisessä terapiaryhmässä (—).

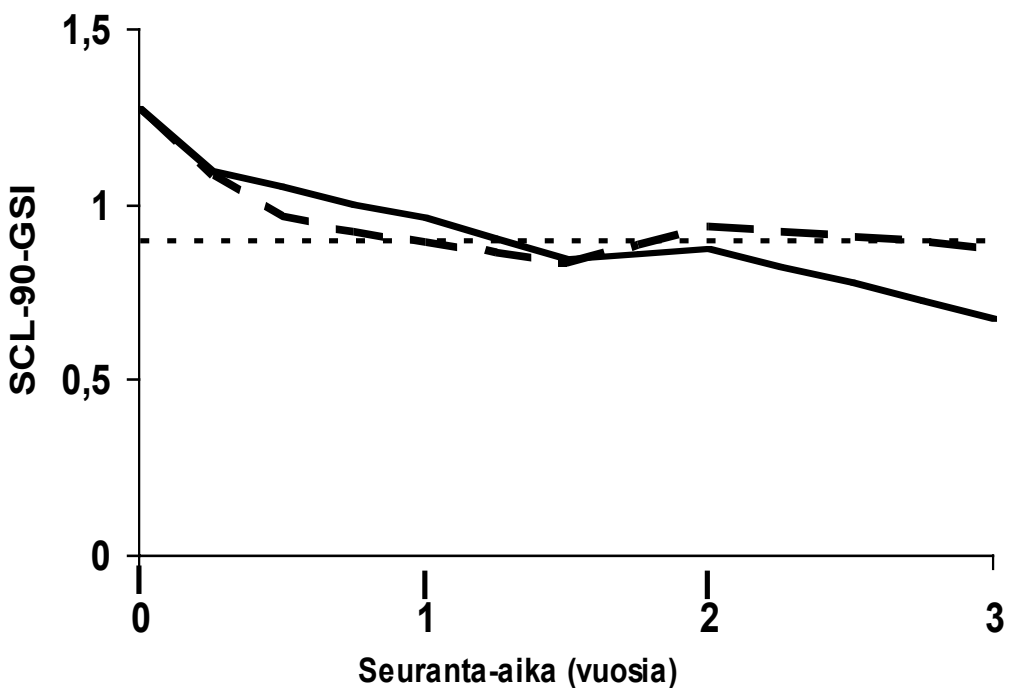
persoonallisuustekijöitään. Erityisesti arvioitiin potilaiden minän vahvuutta (tunteiden hallintaa, minäkuvan suhdetta ihanneminään, vuorovaikutuksen sujuvuutta ja persoonallisuuden rakennetta), psykologista oivalluskykyä (reflektointikykyä, kykyä hyödyntää terapeutin tekemää koetulkintaa ja motivaatiota) sekä ongelmien luonnetta (sitä kuinka hyvin ne ovat määriteltävissä ja rajattavissa).

Potilaan soveltuvuus psykoterapiaan osoittautui ennustavan hyvin hoitojen tuloksellisuutta. Psykoterapiaan hyvin soveltuvilla potilailla, joilla oli hyvä minän vahvuus, hyvä psykologinen oivalluskyky tai rajattu ongelmien luonne, oireet vähenivät kolmen vuoden aikana huomattavasti enemmän (48%) kuin huonosti soveltuvilla potilailla (34%), joilla oli huono minän vahvuus, huono psykologinen oivalluskyky tai epämääräinen ongelmien luonne. Hyvin soveltuvilla potilailla oireet olivat kolmen vuoden seurannan kohdalla keskimäärin 21% vähäisemmät kuin huonosti soveltuvilla potilailla.

Kaikilla soveltuvuusmuuttujilla oli oireiden vähenemisessä SCL-90-oirekyselyllä mitattuna samankaltaisia eroja lyhytkestoisten terapioiden ja pitkäkestoisen terapian välillä, ja niitä havainnollistetaan minän vahvuuden avulla. Hyvin psykoterapiaan



Kuva 2A. Yleisen oireilevuuden muutokset hyvän minän vahvuuden omaavilla lyhytkestoisissa terapiaryhmissä (—) ja pitkäkestoisen terapian ryhmässä (- -) suhteessa oireista toipumiseen (- - - SCL-90-GSI < 0.90).



Kuva 2B. Yleisen oireilevuuden muutokset huonon minän vahvuuden omaavilla lyhytkestoisissa terapiaryhmissä (—) ja pitkäkestoisen terapian ryhmässä (- -) suhteessa oireista toipumiseen (- - - SCL-90-GSI < 0.90).

soveltuvat hyötyivät lyhytterapioiden keston ajan enemmän lyhyistä terapioidista kuin pitkästä terapiasta, mutta jo vuosi lyhytterapioiden päättymisen jälkeen pitkän terapian vaikutus saavutti lyhytterapioiden tason (Kuva 2A). Huonosti psykoterapiaan soveltuvat potilaat hyötyivät puolestaan huomattavasti

enemmän pitkästä terapiasta kuin lyhyistä terapioidista saavuttaen pitkässä terapiassa kolmen vuoden seurannassa lähes hyvin soveltuvien tason (Kuva 2B).

Yli puolelle muutamakin hoitoa

Noin 60% kaikista potilaista

sai kolmen vuoden seurannan aikana muutamakin psykiatrista hoitoa kuin projektin antama. Noin joka viides potilas jokaisesta terapiaryhmästä käytti yli 2 vuotta psykeen lääkkeitä. Molemmissa lyhytterapiaryhmissä noin joka kolmas potilas hakeutui uuteen, useimmiten pitkään, terapiaan. Pitkää terapiaa

saavat potilaat hakeutuivat vain satunnaisesti muihin yksilöterapioihin. Psykiatrinen sairaalahoito oli kaikissa terapiaryhmissä harvinaista. ●

Tutkimuksen tausta ja tavoitteet

■ Helsingin Psykoterapiaprojekti on laaja Kelan, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Biomedicum Helsinki -säätiön, Kuntoutussäätiön ja Kansanterveyslaitoksen vuonna 1994 aloittama yhteistyötutkimus, jossa satunnaistetussa kliinisessä kokeessa verrataan kahden lyhytkestoisen terapian ja yhden pitkäkestoisen psykoterapian vaikuttavuutta masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Keskeisiä kysymyksiä ovat 'Hyötyvätkö potilaat terapiasta?', 'Onko lyhytterapioiden vaikuttavuudessa eroja?', 'Onko pitkäkestoinen terapia tehokkaampi kuin lyhytkestoisen?', ja 'Vaikuttavatko oireet, psykiatrinen historia, aikaisempi hoito tai potilaiden psykologiset ominaisuudet hoidon vaikuttavuuteen?'

Potilaat

Psykoterapiaprojektiin valittiin kaikkiaan 326 iältään 20-46-vuotiasta mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää, Helsingin seudulla asuvaa avohoitopotilasta. Potilaat täyttivät Kelan kuntoutuskriteerit; häiriö on kestänyt yli vuoden ja se haittaa tai uhkaa työkykyä. Tutkimuksesta suljettiin pois sellaiset potilaat, joilla oli psykoottistasainen häiriö,

vakava persoonallisuushäiriö, alkoholi- tai addiktiodiagnosi, orgaaninen aivovamma tai kehityshäiriö. Myös potilaat, jotka olivat saaneet terapiaa viimeisen kahden vuoden aikana, suljettiin pois tutkimuksesta.

Potilaat olivat keskimäärin 32 -vuotiaita. Kolme neljäsosaa heistä oli naisia, puolet asui yksin ja viidenneksellä oli akateeminen loppututkinto. Yli puolet potilaista oli työssä tai opiskeli. Noin 82%:lla heistä oli mielialahäiriö ja 44% kärsi ahdistuneisuushäiriöstä. Joka viides potilas oli saanut psykoterapiaa ja joka viides lääkehoitoa aikaisemmin.

Psykoterapiamuodot

Potilaat satunnaistettiin yhteen kolmesta hoitoryhmästä: 97 potilasta voimavaruusautuneeseen (ratkaisukeskeiseen) terapiaan, 101 lyhytkestoiseen psykodynaamiseen psykoterapiaan ja 128 potilasta pitkäkestoiseen psykodynaamiseen psykoterapiaan. Voimavaruusautunut terapia ja lyhytkestoisen psykodynaaminen psykoterapia ovat kumpikin lyhytkestoisia ja molemmat kestivät noin puoli vuotta. Ensin mainitussa terapiassa hoitokäyntejä oli enintään 12 ja jälkimmäisessä 20. Pitkässä

psykodynaamisessa psykoterapiassa hoitokäyntejä oli 2-3 viikossa noin kolmen vuoden ajan, yhteensä noin 200 kertaa. Terapioiden teoreettiset lähestymistavat poikkesivat toisistaan. Voimavaruusautuneessa terapiassa keskeistä oli yhteistyössä tapahtuva ongelmien määrittely ja potilaan kannustaminen löytämään omat voimavaransa ja toimivia ratkaisuja ongelmiinsa. Lyhytkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa terapeutti määrittelee potilaan kanssa terapiassa selvittävät keskeiset ristiriita- ja ongelma-alueet, jotka usein liittyvät nykyisiin ja aikaisempiin vuorovaikutussuhteiden ongelmiin. Pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa keskeistä on laaja-alainen mielenisäisten tiedostamattomien ristiriitojen, kehityksellisten puutteiden ja vuorovaikutussuhteiden vääristymien selvittely ja pyrkimys parempaan itseymmärrykseen.

Hoidoista huolehti 59 kokenutta terapeuttia, joilta edellytettiin vähintään kahden vuoden työkokemusta soveltamastaan terapiasta. Keskimäärin he olivat antaneet 9 vuotta lyhytterapiaa ja 18 vuotta pitkää terapiaa. Kaikki terapiat toteutettiin kuten tavallisessa kliinisessä käytännössä.

Vaikuttavuuden mittaaminen

Terapioiden aikainen ja niiden jälkeinen vaikuttavuus arvioitiin seuraavista eri näkökulmista: psykiatrinen sairastavuus ja oireilu; psykiatrinen hoidon tarve; työ- ja opiskelukyky; sosiaalinen toimintakyky; persoonallisuustekijät; terveyskäyttäytyminen ja somaattinen terveys; sekä terveystaloudellinen kannattavuus. Eri osa-alueiden vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita mitattiin sekä kyselyin että psykologin haastatteluin alkututkimuksessa ennen potilaiden jakoa hoitoryhmiin sekä useita kertoja hoidon ja seurannan aikana. Tässä esitetään tuloksia psykiatrisesta sairastavuudesta ja oireilusta sekä psykiatrisesta hoidon tarpeesta. Keskeisiä käytettyjä vaikuttavuusmittareita olivat masennusoireita mittaava BDI -oirekysely ja yleistä oireilevuutta, masennusta tai ahdistusta, mittaava SCL-90 -oirekysely, psykologin haastattelussa täytetyt Hamiltonin masennus- ja ahdistuneisuusasteikot sekä DSM-IV -järjestelmään perustuvat psykiatriset diagnoosit. Potilaiden voittoa on toistaiseksi seurattu kolmen vuoden ajan hoidon alkamisesta. ●

Potilastietojen kansallinen arkisto Kelalle

■ Pääministeri Vanhasen johtama tietoyhteiskuntaohjelman ministeriryhmä päätti maaliskuussa, että Kelasta tulee sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen toimija. Toinen vaihtoehto olisi ollut valtionyhtiömalli.

Kansallisen toimijan keskeisenä tehtävänä on ylläpitää kansallista potilastietojen sähköistä arkistointipalvelua sekä siihen liittyviä tiedonvälitys- ja tietoverkkopalveluja.

Parhaillaan valmistellaan

lainsäädäntöä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Siinä annetaan tarkemmat määräykset siitä, mikä tulee olemaan Kelan rooli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisena toimijana.

Tähän saakka potilastietojen sähköisen arkistoinnin ongelmana on ollut pirstaleisuus. Jokainen sairaala ja terveyskeskus on kehittänyt omia ratkaisujaan. Valtakunnallisen järjestelmän rakentamisen toi-

votaan saavan vauhtia myös mm. sähköisen lääkärintodistuksen toteutukseen. ●

Kelan tukemaan psykoterapiaan pääsee entistä nopeammin

■ Kela on nopeuttanut pääsyä psykoterapiaan. Tukea psykoterapiaan voi hakea jo kolmen kuukauden hoitosuhteen jälkeen. Kela tukee yhtä lailla sekä lyhytterapioita että pidempikestoista terapiaa.

Uusia asiakkaita voidaan tänä vuonna ottaa terapiatuen piiriin suunnilleen saman verran kuin viime vuonna. Lisäksi käynnistyy laaja mielenterveyskuntoutuksen kehittämisshanke masennus- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsiville.

Kela myöntää sekä aikuisille että nuorille tukea terapiaan enintään kolmen vuoden ajan. Tukea voi saada 1-2 käyntikertaa viikossa kahden ensimmäisen vuoden ajan ja kertaviikkoisena kolmannen vuoden. Kela tukee yhtä lailla sekä lyhytterapioita että pidempikestoisia psykoterapioita. Avainasemassa on psykiatri, joka suosittelee kuntoutujalle parhaiten soveltuvaa terapiamuotoa.

Ennen terapiaa hakeutumista kuntoutujalla tulee olla psykiatrisen diagnoosin tekemisen jälkeen vähintään kolme kuukautta jatkunut

asianmukainen hoitosuhde. Hoitosuhteella tarkoitetaan julkisessa terveydenhuollossa tai yksityissektorilla hoitoa, joka sisältää psykiatrin arviot diagnoosista ja kuntoutustarpeesta. Aikaisemmin Kela edellytti kuuden kuukauden hoitosuhdetta, mutta aika lyhennettiin viime vuoden lopussa kolmeen kuukauteen.

Terapia-asiakkaiden määrät vuosina 2005 ja 2006

Vuonna 2005 Kelan tukemaa terapiaa sai 5 799 aikuista ja 3 343 lasta tai nuorta. Kuntoutuspäätöksiä tehtiin keskeytyksettä koko vuoden ajan. Tuki terapiaan alkoi 2 500 uudella hakijalla, mikä on selvästi enemmän kuin vuonna 2004. Terapia voitiinkin myöntää entistä suuremmalle osalle hakijoista. Esimerkiksi aikuisten hakemuksista hylättiin 18 prosenttia (35 prosenttia vuonna 2004).

Tänä vuonna Kela käyttää noin 20 miljoonaa euroa aikuisten ja nuorten psykoterapioiden tukemiseen. Uusia

asiakkaita voidaan ottaa suunnilleen saman verran kuin viime vuonna, mutta uusien asiakkaiden määrää ei voida enää kasvattaa samaan tahtiin kuin vuonna 2005.

Lisäksi Kela varasi viime vuonna harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahoista erikseen miljoona euroa tsunamin suomalaisuhrien ja heidän omaistensa kuntoutukseen. Määrärahan turvin terapioiden on myönnetty tähän mennessä yli 50 kuntoutujalle. Heidän kuntoutuksensa jatkuu, mutta myös uusia hakemuksia otetaan edelleen vastaan. ●

Kynnys hakea sosiaali

Väestön luottamus sosiaalipalvelujärjestelmään on kasvanut, mutta silti palveluja ei haluta välttämättä itse käyttää.

Näin tiivistää kehittämisspäällikkö Anu Muuri Stakesista yhden mielenkiintoisimmista tuloksista, jonka hän sai tutkittuaan väestön mielipiteitä ja asiakkaiden palvelukokemuksia sosiaalipalveluista.

■ TEKSTI **HILKKA AROLA**, TOIMITTAJA, KELAN VIESTINTÄ, hilkka.arola@kela.fi



Piirros Juhon Juntunen

● – Väestön käsitykset vuodesta 1987 olivat merkittävästi muuttuneet. Ihmisten luottamus siihen, että he saisivat sosiaalipalveluja, jopa toimeentulotukea, oli kasvanut. Järjestelmään siis luotetaan entistä enemmän. Mutta samanaikaisesti yhtä paljon oli kasvanut niiden määrä, joiden mielestä palveluja olisi vaikea hakea, vaikka sitä tarvitsisi-kin, kehittämisspäällikkö Anu Muuri Stakesista sanoo.

Eniten luottamus on lisääntynyt juuri viimesijaisen toimeentulotuen saamiseen. Kansalaiset luottavat myös lasten päivähoitoon, vammaispalveluun ja kotipalveluun.

– Kynnys hakea palveluja ei ollut noussut vain toimeentulotuen kohdalla. Negatiivinen suhtautuminen myös kotipalvelun hakemiseen oli lisääntynyt.

Kansalaiset kokevat edelleen, että toimeentulotukea on vaikea hakea. Anu Muurin mielestä tämän vielä voi ymmärtää mutta kotipalvelun haun vaikeus häntä hiukan ihmetyttää.

Kehittämisspäällikkö Anu Muurin artikkeli Sosiaalipalvelut vuonna 2004 – Väestön mielipiteitä ja asiakkaiden palvelukokemuksia on osa Mikko Kauton toimittamaa kirjaa Suomalaisten hyvinvointi 2006.

Naisten luottamus horjuu

Tärkeimmäksi tuloksekseen Anu Muuri luokittelee tiedon, jonka mukaan miehet ovat ohittaneet naiset luottamuksessaan sosiaalipalveluiden toimivuuteen.

– Aikaisemmin naiset ovat suhtautuneet miehiä positiivisemmin sosiaalipalveluihin ja koko sosiaaliturvan kokonaisuuteen. Nyt suhtautuminen oli ensimmäisen kerran kääntynyt toisin päin: naiset suhtautuivat miehiä kielteisemmin sosiaalipalvelujen toimivuuteen.

Hän muistuttaa kuitenkin, että edelleen suuri osa sekä miehistä että naisista oli sitä mieltä, että sosiaalipalvelut toimi-

palveluja on noussut

vat hyvin tai niitä pitäisi parantaa pienin muutoksin.

– Mitä se oikeastaan kertoo, kun naisten käsitykset ovat kääntyneet negatiivisempaan suuntaan? Mitä vinkkejä se antaa palvelujärjestelmän kehittämislle? hän kysyy. Kysymykset ovat hänen mielestään niin tärkeitä, että hän on ottanut niiden selvittämisen jatkotutkimuksensa kohteeksi.

– Naiset kohtaavat palvelujärjestelmän useammin kuin miehet. Kritiikki on siis konkreettista. Mielenkiintoista on sekin, että naiset kannattavat miehiä enemmän yksityisten palvelujen käyttöönottoa eli he uskovat, että yksityiset toimisivat paremmin kuin kunnalliset. Tulokset osoittavat, ettei palvelujärjestelmä suinkaan ole kaikissa kohdoin onnistunut eikä ole niin valmiiksi rakennettu kuin tahdotaan ajatella.

Selektiivisyys herättää epäluottamusta

– Ihmiset luottavat universaaleihin järjestelmiin, jotka kuuluvat kaikille, kuten lasten päivähoito ja kotipalvelu parhaimmillaan. Epäluottamusta herättää muun muassa toimeentulotukijärjestelmä, joka tutkimuskielessä on selektiivinen, tarveharkintainen järjestelmä.

– On viitteitä siitä, että sosiaalipalveluita ollaan suuntaamassa tarveharkintaisesta tarveperusteiseen järjestelmään. Entistä enemmän esimerkiksi kotipalvelut pisteytetään vanhusten toimintakyvyn mukaan ja palvelun tarvetta arvioidaan entistä tarkemmin. Se on ehkä välttämättömyyden, mutta samalla johtaa selektiivisempään järjestelmään.

Tutkimuksen mukaan tarveharkintainen järjestelmä sisältää riskejä:

– Väestö ja asiakkaat eivät välttämättä luota siihen, että päätökset olisivat oikeudenmukaisia ja yhdenmukaisia kunnasta toiseen. Kansainvälisissäkin tutkimuksis-

sa on havaittu, että mitä selektiivisempi järjestelmä, sitä vähemmän siihen luotetaan.

Anu Muuri mainitsee esimerkkinä puitelait, joihin annetaan suosituksia ja ohjeita:

– Kansalaisten mielestä ne jättävät liian paljon kuntien ja yksittäisten työntekijöiden harkinnan varaan.

Henkilöstöön luotetaan, organisaatioon ei

Ihmiset eivät tutkimuksen mukaan ole erityisen huolissaan toimipaikkojen aukioalojoista tai niiden sijainnista. Enemmän heitä kiinnostaa se, että koko palveluprosessi toimii ja heidän omia toiveita ja odotuksia kuunnellaan.

Anu Muuri pahoittelee sitä, ettei asiakasnäkökulmaa edelleenkaan palveluissa oteta riittävän hyvin huomioon. Tutkimuksessa eniten ristiriitaisia tuloksia kuvasi juuri se, miten asiakkaiden omat ehdotukset ja toivomukset huomioidaan.

– Asiakkaat jakautuivat kahtia: toisten mielestä asiakkaan toiveita ei oteta ollenkaan huomioon ja toisten mielestä heidän toiveet otetaan erittäin hyvin huomioon. Meillä on edelleen edessä iso kehittämisen paikka: vaikka järjestelmä on universaali, silti pitäisi entistä enemmän huomioida asiakkaiden tarpeita ja mielipiteitä.

Tutkimuksen mukaan sosiaalipalvelun asiakkaat ja muukin väestö luottavat vahvasti sosiaalipalvelujen henkilöstöön ja sen osaamiseen ja ammattitaitoon.

– He luottavat kuitenkin vähemmän itse organisaatioon ja sen tapaan järjestää kunnassa palveluja. Myös kunnan virkamiehiin ja poliittisiin päättäjiin luotetaan asiakaspalvelijoita vähemmän.

Anu Muuri uskoo, että luottamus syntyy juuri lähikontakteissa.

– Organisaatiotaso näyttäytyy vähemmän luottamusta herättävänä, koska



Kuva Annika Söderblom

Kehittämispäällikkö Anu Muuri on ollut kehittämässä sosiaalipalveluja myös muun muassa Itä-Euroopassa ja Afrikassa: – Sosiaalipalvelujärjestelmä on myös hyvä köyhyyden torjunnassa ja naisten tasa-arvon näkökulmasta.

se on etäämpänä. Julkisuudessa keskustellaan paljon säästöistä, toimintojen lakkauttamisesta ja yhdistämisestä. Tämä vaikuttaa väestön mielipiteeseen. Luottamus rapautuu.

Suomalaiset ovat nöyriä jonottajia

Tutkimus paljasti Anu Muurin mukaan yhden suomalaisen luonteen erityispiirteen:

– Kaksi kolmasosa sosiaalipalvelun asiakkaista oli sitä mieltä, että he eivät olleet odottaneet palvelua kohtuuttoman kauan. Yksi kolmasosa oli sitä mieltä, että oli odottanut palvelua kohtuuttoman kauan. Lähes puolet palvelujen käyttäjistä kertoi kuitenkin odottaneensa palvelua 1-4 viikkoa. Minun mielestäni 1-4 viikkoa on kauan, varsinkin jos odottaa viimesijaista tukea, jota ihmiset tarvitsevat heti. Yli 10 prosenttia oli odottanut palvelua yli kolme kuukautta. Jonotusajat ovat liian pitkiä. ●

Stakesin väestön hyvinvoinnin tilan arvioimista ja seuranta varten tehdyn kyselyn perusotos oli 5 810 ja saatuja puhelinhaastatteluita oli 4 350. Vastausprosentti oli 82,7 %. Kyselyllä kartoitettiin suomalaisten hyvinvointia ja hyvinvoinnin vajeita. Lisäksi kysyttiin mielipiteitä hyvinvointivaltiosta ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä. Tulokset on julkaistu Suomalaisten hyvinvointi 2006 -kirjana, jonka on toimittanut Mikko Kautto (Gummerus 2006).

Etuuksien väärinkäytökset – ei iso, mutta paha ongelma

■ Sosiaaliturvan väärinkäyttö on teema, joka takuuvarmasti aika ajoin nousee julkiseen keskusteluun. Usein pontimena on jokin yksittäinen tapaus. Helposti syntyy mielikuva, että esimerkiksi Kelan etuuksien väärinkäyttö olisi helppoa ja laajaa. Ei se ole kumpakaan. Silti jokaiseen tapaukseen suhtaudutaan vakavasti. Kysymys on paitsi moraalista yleensä, myös sosiaaliturvan uskottavuudesta.

Käsitteenä väärinkäytös on rajattu koskemaan vain tapauksia, joissa jonkin rikoksen tunnusmerkit täyttyvät. Teko on silloin tehty tahallisesti ja hyötymistarkoituksessa. Yleisimpiä nimikkeitä ovat petos ja väärennys.

Puhutaan siis eri asiasta kuin etuuksien määrän sinänsä ei-tarkoitettu, mutta muodollisesti lakien mukainen maksimointi, ”sosiaalisuunnittelu”. Vertailukohdan saa käsiteparista veron minimointi ja veropetos.

Ilmitullut määrä melko vakio

Väärinkäyttöihin liittyy liki aina etuuden maksaminen väärin perustein. Tällöin takaisinperintä yleensä käynnistetään hallinnollisena toimenpiteenä sitä koskevien erityisten säännösten perusteella, ja väärinkäytöksen rikosoikeudellinen selvittely hoidetaan omana asianaan.

Esimerkiksi vuonna 2005 erilaisia Kelan etuuksien liikamaksuja todettiin noin 96

miljoonaa euroa. ”Tavallisten” liikamaksujen ja takaisinperintöjen yhteydessä ei ole kysymys tahallisesta ja rikollisesta toiminnasta. Ketään ei tarvitse syyttää tai osoitella.

Väärinkäyttöihin liittyen väärin perustein maksettujen etuuksien määrä oli 2,6 miljoonaa. Tämä viime vuoden aikana väärinkäytetty etuusmäärä on hiukan vähemmän kuin kymmenen vuoden keskiarvo. Ilmi tulleita tapauksia oli noin tuhat, kun kymmenen viime vuoden keskiarvo on runsaat 900.

Mitään mullistavaa ei siis ole tapahtunut. On selvää, että eräässä mielessä luvut edustavat ns. jäävuoren huipua. Kuten harmaan talouden alueella yleensä, piilorikollisuuden tarkka määrä ei ole arvioitavissa.

Kela maksoi erilaisia etuuksia 2005 noin 10.5 miljardia euroa. Tähän suhteutettuna väärinkäytösten osuus on 0.02 prosenttia. Vuosittaiset keskimääräiset ”huijauspotit” ovat tavanneet olla 2500–3500 euron luokkaa (mediaani 1100–1500 euroa).

Mitä ja miten huijataan

Yleisin väärinkäytösten kohde, 53 % tapauksista 2005, on työttömyysturva. Silti, Kelasta vuoden 2005 aikana työttömyysturvaa saaneista noin 306 000 työttömästä rikoksen poluille hairautui – uskaltaako sanoa vain – 722 henkilöä. Tilastossa toisena tulee asu-

mistuki, joita oli tapauksista 23 prosenttia.

Asumistukea maksetaan varsin yleisesti työmarkkinatuen ”jatkeeksi”, jolloin väärinkäytös kohdistuu samanaikaisesti kumpaankin etuuteen. Kolmantena samassa ryp-päässä voi vielä olla kunnan toimeentulotuki. Muiden etuuksien osuudet ovat vähäisempiä. Esimerkiksi eläkkeen saajat eivät juuri esiinny näissä ikävissä tilastoissa.

Yleisimpiä väärinkäytösten tekotapoja on oman tai puolison ansiotulojen tai yritystoiminnan salaaminen. Myös avio- ja jopa avopuolison tulot vaikuttavat niin työmarkkinatukeen kuin esimerkiksi asumistukeenkin. Muita konsteja ovat esimerkiksi vaikeneminen opintojen keskeyttämisestä, muualla kuin ilmoitetussa asunnossa asuminen taikka lääkärintodistuksen tai reseptin väärentäminen.

Lainsäädännössä on eräitä kohtia, jotka ehkä houkuttelevat lähtemään kaidalle polulle. Tällainen on lapsilisän yksinhuoltajan korotus. Sen saajista osa salaa joko avoliiton tai sen, että entinen puoliso tosiasiansa osallistuu lapsen elatukseen. Opintorahaa ei makseta vanhempiensa luona tai heidän omistamassaan tai vuokraamassaan asunnossa asuvalle opiskelijalle. Tämä voi johtaa houkutukseen antaa asumisesta vääriä tietoja. Vastaavasti työmarkkinatuki on pienempi, jos sen saaja asuu vanhem-

piensa luona. Kelan saamat väestötiedot ihmisten asumisesta eivät nykyisin ole kyllin luotettavat, jotta hankaluuksia välttäisiin.

Kelalla ei ole harkintaoikeutta

Kun Kelan toimistossa syntyy epäily väärinkäytöksestä, tapaus selvitetään ja asiakasta kuullaan. Asiakirjat toimitetaan johonkin Kelan viidestä aluekeskuksesta, joissa lakimiehet punnitsevat tarkemmin myös oikeudelliset näkökohdat.

Kelalla ei ole oikeutta syyteharkintaan: jos rikos näyttää ilmeiseltä, asia on lähetettävä poliisi- ja syyttäjäviranomaisen arvioitavaksi. Aluekeskusten tarkemmasta ”syynistä” 60–80 % siirtyy eteenpäin.

Osa Kelan lähettämistä tapauksista (20–30 %) johtaa ratkaisuihin, joissa syytteestä tai rangaistuksesta luovutaan. Näin vaikka rikoksen todettiin olleen kyseessä. Esimerkiksi yleinen etu ei ehkä vaadi asian viemistä loppuun saakka. Ratkaisut toki perustuvat lakiin, mutta lopputulosta ei aina ymmärretä Kelan toimistossa, joka on tehnyt asiassa työläänsä selvitystyön. Lisäksi osa tapauksista kaatuu näytön puutteeseen, vaikka Kelan näkemyksen mukaan asia (esim. avoliitto) olisikin melko selvä.

Edellä kerrotut tilastotiedot ovat peräisin Kelan vuodesta 1996 ylläpitämästä väärinkäytösrekisteristä. Sen



pitämiseen Kelalla on tietosuojavaltuutetun antamien tiukkojen reunaehtojen saattelema lupa. Käyttöoikeus on vain muutamalla kymmenellä kelalaisella; muilta käyttö on estetty. Sivullisille tietoja ei anneta.

Rekisteriin viedään mm. tiedot siitä, mistä etuudesta on kysymys, mikä on ollut tekotapa, paljonko on maksettu liikaa, mihin toimenpiteisiin Kela on ryhtynyt, poliisin ja syyttäjän ratkaisut sekä oikeuden päätös. Tietoja tarvitaan väärinkäytösten ennaltaehkäisemiseksi ja asioiden hoidon varmistamiseksi. Kun prosessi on päättynyt, henkilön tunnistetiedot

poistetaan; jäljelle jäävät vain tilastolliset tiedot.

Kelan ohjeet malliksi muillekin

Etuuksien väärinkäytöksiä koskevat Kelan sisäiset ohjeet uudistettiin 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla tuolloin käynnissä olleen selvityshankkeen myötä niitä käytettiin apuna myös työhallinnon, työttömyyskasojen ja sosiaalitoimen ohjeita laadittaessa. Näin sosiaaliturvan kentässä ohjeistuksen yleiset periaatteet yhdenmu kaistuvat.

Kelassa on järjestetty väärinkäytösasioissa koulutusta,

kuvattu asioiden käsittelyprosessit ja esimerkiksi selkeytetty vastuukysymyksiä. Paljon on silti vielä tehtävää. Suhtautuminen väärinkäytöksiin ei vielä ole kyllin yksituumaista, taito havaita vilppitilanteita vaatii aina hiomista ja tiedonkulkua eri viranomaisten välillä pitää yhä parantaa.

Niin sanottu ikuisuus-kysymys koskee resursseja. Väärinkäytösten selvittäminen on tosi työlästä, eikä se työ näy tulossopimusten mitta-reissa. Muissa Pohjoismaissa väärinkäytöksiä jahdataan suuremmin panostuksin, usein keskushallintoon sijoitetun oman yksikön ohjaamana. Toisaalta, myös Kelan kes-

kushallinnosta koordinoitu, mutta alue- ja paikallishallintoon käytännössä hajautettu järjestelmä on mahdollista virittää nykyistäkin parempaan iskuviereeseen.

Harmaaseen talouteen aina kuuluvaa piilorikollisuutta ei Kelan eikä yleensä kukaan sosiaaliturvan toimeenpanijoiden voimin suitsita. Siinä avainasemassa ovatkin poliisi, verottaja ja työhallinto. Myös ay-liike, kuten Rakennusliitto, ovat ottaneet harmaan talouden vastaisen työn omikseen. Harmaan talouden iskut erityisesti rakennus- ja ravintola-aloille poikivat myös Kelaan selvitettävien tapaus-ten rypäitä. ●



Suomalainen perhepolitiikka lisää lapsiperheiden ajankäyttöön liittyvää autonomiaa

■ Aikapulaa on usein mitattu sillä, kuinka paljon ihmisille jää "ylimääräistä" aikaa ansio- ja kotitöiden sekä perustavista henkilökohtaisista tarpeista huolehtimisen jälkeen. Ajankäyttötutkimukset osoittavat, että aikapulasta kärsivät ennen kaikkea parhaassa työssä olevat lasten vanhemmat, joille on kasaantunut useita samanaikaisia, sitoutumista vaativia työ- ja huolenpitotehtäviä. Kun esimerkiksi suomalaisten työssä käyvien parisuhteessa elävien nuorten miesten päivittäinen vapaa-aika on hieman yli 6 tuntia ja naisten 5 tuntia 20 minuuttia, alle kouluikäisten lasten isillä vapaa-aikaa on vain 4 tuntia 40 minuuttia ja äideillä 3 tuntia 45 minuuttia (Pääkkönen & Niemi 2002, 39).

Tässä aikapulaa on siis mitattu kotitalouksien todellisella ajankäytöllä, sillä kuinka paljon ei-sidottua, vapaata aikaa (free time, leisure time) on jäänyt. Australialaisten tutkijoiden Robert Goodinin, James Ricen, Michael Bittmanin ja Peter Saundersin (2005) mukaan tämä on kuitenkin virheellinen näkökulma. Toteutuneen ajankäytön sijasta tulisi eriperhetyypeille määritellä se, kuinka paljon aikaa heidän tarkkaan ottaen on välttämätöntä käyttää ansiotyöhön, kotitöihin ja henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämiseen. Se, mikä tästä jää yli, on potentiaalista vapaa-aikaa, jota he kutsuvat vapaasti käytettävissä olevaksi ajaksi (discretionary time) erotukseksi toteutuneesta vapaa-ajasta. Tutkijat etsivät välttämättömän ajankäytön vähimmäistasoa samaan tapaan kuin tuloköyhyyden tarkastelussa on köyhyysrajalla selvitetty taloudellisen hyvinvoinnin matalinta tasoa. Aikaköyhyydestä – kuten vastaavasti myös tuloköyhyydestä – kärsivät ne, joilla on käytettävissä olevaa aikaa – kuten tuloja – selvästi vähemmän kuin väestöllä keskimäärin.

Käytännössä useimmat

ihmiset eivät tietenkään tyydy vähimmäistasoon, oli sitten kyse rahasta tai ajasta. Monet käyttävät enemmän aikaa ansiotyöhön kuin olisi tarpeen köyhyyden välttämiseksi; ja vastaavasti kotitöihin ja henkilökohtaiseen hoivaan käytetään aikaa yli vähimmäistason. Tällöin ihmiset itse valitsevat, että he käyttävät osan potentiaalisesta vapaaajastaan näin; eikä ole mitään syytä, miksi he eivät niin tekisi. Olennaista on tutkijoiden

mukaan kuitenkin huomata se, että tällöin koettu aikapula on osittain seurausta ihmisten omasta valinnasta eikä välttämättömyydestä. Tässä mielessä aikapulan tunne on itse aiheutettua.

Goodin ym. (2005) laskivat australialaisen ajankäyttötutkimusaineiston perusteella, kuinka suuri oli vapaasti käytettävissä oleva aika eri perhetyypeissä. Välttämättömäksi ansiotyön määräksi he määrittivät sen ajan, jonka

kotitalouksien aikuiset tarvitsivat ansaitakseen nykyisellä palkkatasollaan niin paljon, että kotitalous nousi juuri köyhysrajan yläpuolelle. Köyhysrajana pidettiin köyhyydetutkimuksissa usein käytettyä puolta väestön keskituloista (siten, että tulot laskettiin kotitalouden kulutusyksikköä kohti).

Kotityöhön ja henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämiseen välttämättä tarvittava aika laskettiin hieman toisin.

Vähimmäistasoksi määriteltiin se aika, joka saatiin, kun kotityöaikojen – ja vastaavasti henkilökohtaiseen hoivaan tarvittavien aikojen – keskiarvosta vähennettiin niiden keskihajonta. Henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämisessä se oli noin yhdeksän tuntia. Välttämätön kotityöaika vaihteli myös sen mukaan, kuinka monta aikuista kävi ansiotyössä ja kuinka monta jäsentä talouteen kuului; siksi erikokoisille kotitalouksille

Taulukko 1. Työikäisten naisten ja miesten toteutunut vapaa-aika, vapaasti käytettävissä oleva aika ja aikapulailluusio kotitaloustyyppin mukaan Australiassa vuonna 1992 (tuntia/viikko).

	Toteutunut vapaa-aika		Vapaasti käytettävissä oleva aika		Aikapulailluusio	
	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies
Kotitaloudet joissa ei ole lapsia						
Yhden aikuisen kotitaloudet	42,34	40,45	93,20	96,65	50,86	56,20
Kahden aikuisen kotitaloudet						
<i>Kaksi ansaitsijaa</i>	34,64	34,95	92,39	97,04	57,75	62,09
<i>Yksi ansaitsija</i>	49,91	47,94	92,37	94,55	42,46	46,61
Kotitaloudet joissa on lapsia						
Yhden aikuisen kotitaloudet	32,67	47,38	60,99	79,87	28,32	32,49
Kahden aikuisen kotitaloudet						
<i>Kaksi ansaitsijaa</i>	32,51	34,14	73,01	82,35	40,50	48,20
<i>Yksi ansaitsija</i>	41,00	36,43	74,02	75,28	33,02	38,85

Lähde: Goodin, Rice, Bittman & Saunders 2005, 48-49.

Taulukko 2. Työikäisten naisten toteutunut vapaa-aika ja vapaasti käytettävissä oleva aika ennen ja jälkeen valtion intervention kotitaloustyyppin mukaan Suomessa vuosina 1999-2000 (tuntia/viikko).

	Toteutunut vapaa-aika	Vapaasti käytettävissä oleva aika	
		Ennen valtion toimia	Valtion toimien jälkeen
Kotitaloudet joissa ei ole lapsia			
Yksin asuvien kotitaloudet	42,20	79,14	87,26
Kahden ansaitsijan kotitaloudet	34,04	78,72	84,06
Yhden ansaitsijan kotitaloudet			
<i>Ansaitsija</i>	31,84	56,23	72,19
<i>Ei- ansaitsija</i>	72,02	86,77	86,77
Kotitaloudet joissa on lapsia			
Yksinhuoltajien kotitaloudet	30,95	47,40	64,36
Kahden ansaitsijan kotitaloudet	27,75	64,75	74,19
Yhden ansaitsijan kotitaloudet			
<i>Ansaitsija</i>	30,71	42,24	56,04
<i>Ei-ansaitsija</i>	42,72	67,82	67,82
Epätasa-arvoa osoittava Gini-indeksi	0,1749	0,1336	0,0898

Lähde: Goodin, Parpo & Kangas 2004, 539.

laskettiin oma välttämättömän kotityömäärän vähimmäistaso.

Vapaasti käytettävissä oleva aika saatiin, kun kokonaisajasta – 168 tuntia viikossa tai 24 tuntia vuorokaudessa – vähennettiin nämä kolme välttämätöntä ajankäytön luokkaa. Australialaisen aineiston perusteella Goodin ym. (2005) havaitsivat, että potentiaalinen vapaa-aika vaihteli huomattavasti, 61 tunnista 97 tuntiin viikossa. Miehillä oli kaikissa perhetyypeissä enemmän omassa harkinnassa olevaa aikaa kuin naisilla. Niissä kotitalouksissa, joissa ei ollut lapsia, potentiaalista vapaa-aikaa oli selvästi enemmän kuin lapsiperheissä (ks. taulukko 1).

Taulukosta 1 havaitaan myös, että yksinhuoltajaäideillä on käytettävissä olevaa vapaa-aikaa huomattavasti vähemmän kuin muilla äideillä. Mielenkiintoista on myös se, että kahden ansaitsijan perheiden aikuisilla – joilla on muita perhetyyppiä vähemmän toteutunutta vapaa-aikaa – on yhtä paljon potentiaalista vapaa-aikaa kuin muissa vastaavissa perhetyypeissä.

Goodinin ym. (2005) vapaasti käytettävissä olevan ajan käsite on merkittävä myös siksi, että sen avulla voidaan arvioida, kuinka suurta on ”aikapulaillusio” (time-pressure illusion), joka lasketaan vähentämällä potentiaalisesta vapaa-ajasta toteutunut vapaa-aika. Se osoittaa sen, kuinka paljon enemmän ihmiset ovat käyttäneet ansiotyöhön, kotitöihin ja henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämiseen kuin on tarkkaan ottaen välttämätöntä.

Taulukon 1 kaksi oikeanpuoleisinta saraketta kertovat sen, miten illuusio aikapulasta vaihteli perhetyyppin mukaan. Lapsettomissa kotitalouksissa se oli huomattavasti yleisempää kuin kotitalouksissa, joissa

oli lapsia. Lapsettomissa kotitalouksissa käytettiin viikoittain 42 tunnista 62 tuntiin enemmän aikaa ansio- ja kotitöihin sekä henkilökohtaiseen hoivaan kuin olisi ollut välttämätöntä, mutta lapsiperheissä vastaavat määrät vaihtelivat 33 ja 48 viikkotunnin välillä. Yksinhuoltajaperheissä illusorinen aikapula oli vielä vähäisempi: niissä käytettiin noihin tehtäviin viikossa vain 28 tunnista 32 tuntiin enemmän kuin olisi ollut välttämätöntä. Lisäksi taulukosta havaitaan, että kahden ansaitsijan kotitalouksissa – joissa toteutunut vapaa-aika oli vähäisintä – oli aikapulaillusio suurempaa kuin kahdessa muussa perhetyyppissä (kun verrataan miehiä miehiin ja naisia naisiin).

Koska vapaasti käytettävissä oleva aika osoittaa sitä, kuinka paljon ihmiset periaatteessa pystyvät säätelemään ajankäyttöään, Robert Goodin, Antti Parpo ja Olli Kangas (2004) ovat voineet käyttää sitä myös arvioidessaan sosiaalipolitiikan vaikutuksia. Suomea koskevasta ajankäytötutkimuksen aineistosta laskettiin vapaasti käytettävissä olevan aika siten, että se arvioitiin erikseen ennen ja jälkeen valtion verotuksen, tulonsiirtojen ja tuettujen palvelujen vaikutuksen (ks. taulukon 2 kaksi oikeanpuoleisinta saraketta) (taulukossa on yksikertaisuuden vuoksi vain naisia koskevat luvut). Jos mainittuja valtion toimia ei olisi, useimpien ihmisten olisi työskenneltävä pitempään, koska esimerkiksi lapsiperheiden olisi maksettava täysi markkinahinta päivähoitopalveluista. Tähän kuvitteelliseen tilanteeseen verrattuna, valtion interventio merkitsi sitä, että toisaalta verot nostivat välttämättömän työajan määrää ja toisaalta tulonsiirrot sekä tuetut palvelut pienensivät sitä.

Taulukosta 2 havaitaan, että valtion intervention vaikutukset vapaasti käytettävissä olevaan aikaan vaihtelivat selvästi kotitaloustyypeittäin. Hallituksen toimet lisäsivät potentiaalista vapaa-aikaa lähes kaikissa ryhmissä (poikkeuksen muodostivat vain ne kahden aikuisen kotitalouden jäsenet, jotka eivät olleet työmarkkinoilla). Eniten verotuksesta, tulonsiirroista ja tuetuista palveluista hyötyivät yksinhuoltajat: yksinhuoltaja-äitien potentiaalinen vapaa-aika lisääntyi lähes 17 tunnilla viikossa (yksinhuoltajaisien kohdalla lisäys oli jopa hieman suurempi). Toiseksi eniten hyötyivät yhden ansaitsijan kotitalouksien työssä käyvät puoliset: näiden perheiden äidit saivat lähes 16 tuntia lisää vapaa-aikaa viikossa, jos perheessä ei ollut lapsia ja lähes 14 tuntia, jos perheessä oli lapsia. Yleisesti ottaen lapsiperheet hyötyivät selvästi enemmän kuin lapsettomat kotitaloudet.

Tutkijoiden johtopäätös on se, että Suomessa sosiaalipolitiikka tasoittaa selvästi ajankäyttöön liittyvää eriarvoisuutta; tämä näkyy taulukon 2 alareunassa olevasta Gini-indeksistä, joka osoittaa, että valtion toimin epätasa-arvoisuus vähenee kolmanneksen. Toiseksi ajankäyttöön liittyvä yhteiskuntapolitiikka on Suomessa lapsimyönteistä: valtion toimin vähennetään huomattavasti ainakin työssä käyvin vanhempien lapsista koituvaa ”aikasakkoa”. Kolmanneksi suomalainen ajankäyttöpolitiikka kannustaa työmarkkinoille varsinkin lasten vanhempia; hallituksen toimien seurauksena on muun muassa se, että yhden ansaitsijan kotitalouden ei-ansaitseva puoliso menettää vapaa-aikaan liittyvän etunsa verrattuna kahden ansaitsijan kotitalouden vanhempiin. Perhepolitiikalla ja muulla

julkisella politiikalla ihmisten ajankäyttöön liittyvää autonomiaa siis tasoitetaan ja kompensoidaan vanhemmuuteen (etenkin yksinhuoltajien) ja työssäkäyntiin (etenkin lapsiperheiden) liittyviä ”aikasakkoja”. ●

KIRJALLISUUS

- Goodin R E, Parpo A, Kangas O. *The temporal welfare state: The case of Finland. Journal of Social Policy* 33 (2004): 4, 531-552.
- Goodin R E, Rice J M, Bittman M, Saunders P. *The time-pressure illusion: Discretionary time vs. free time. Social Indicators Research* 73 (2005): 43-70.
- Pääkkönen H, Niemi I. *Suomalainen arki. Ajankäyttö vuosittuhannen vaihteessa. Helsinki: Tilastokeskus, kulttuuri ja viestintä* 2002: 2.



Kanadassa terveysvakuutus

■ Kanadassa on ollut pitkään voimassa lainsäädäntö, jonka perusteella kansalaiset saavat terveysvakuutuksena terveydenhuoltopalvelunsa. Palvelut rahoitetaan verovaroin, joista osa tulee liittovaltion määrärahoina, osa on provinssien ja territorion vastuulla. British

Columbiassa ja Albertassa on käytössä myös (pienehkö) vakuutetun maksama terveysvakuutusmaksu. Pääsyn palveluihin varmistaa terveysvakuutuskortti.

Kanadalaisen fraseologian mukaan vakuutus on luonteeltaan syvä (kaikki

sairaanhoidon palvelut) mutta kapea. Vakuutus kattaa vain lääketieteelliset perusterveydenhuollon ja esikoissairaanhoidon palvelut, se ei kata lääkehoitoa, hampaiden hoitoa, fysioterapiaa eikä muita sairaanhoidon ulkopuolella järjestettäviä hoitoja.

Kanadan terveysvakuutusta, terveyspalveluja ja kansanterveysohjelmia järjestetään keskushallinnon, provinssien ja alueiden tasoilla ja paikallisesti. Terveysvakuutuksessa on selkeitä vakuutuspiirteitä ja selkeä lääkäripalveluja koskeva tilaaja-tuottajamalli

on käytössä. Menestyksellisiä piirteitä on Ontarion Kansanterveysohjelman toteutuksessa, jossa ote on vahva ja rahoitusta kehitetään ja tavoitteet ovat korkealla. Sen sijaan Ontarion pitkään jatkunut terveysvakuutuksen järjestämisen keskittäminen ministeriöön ei ole sallinut samanlaista paikallisiin tarpeisiin nojaavaa toteuttamista kuin Québecissä.

Québecinkin haittana ovat lääkäreiden ja sairaalapalvelujen erillinen rahoitus ja vasta kehitymässä oleva kattava perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto. Luultavasti järjestelmä toimii hyvin kokonaisuudessaan muutamassa vuodessa. Jo nyt se antaa hyviä vinkkejä, miten terveysvakuutuksen rahoittamien palvelujen kokonaisuutta voidaan hallita tilaajan näkökulmasta niin, että paikalliset tarpeet otetaan huomioon hyvin.

Vuonna 2003 päättivät Kanadan terveysministerit terveyspalvelujen uudistamisesta. Samalla päätettiin perustaa Kanadan terveysneuvosto arvioimaan ja suuntaamaan terveyspalvelujen uudistamista. Olennaisia muutoksia tullaan tekemään terveyspalvelujen järjestämiseen, terveyspalvelujen ja kansanterveysohjelmien koordinoitiin, lääkehuoltoon ja muuhun kattavuuteen, tietojärjestelmiin, henkilöstö- ja muiden voimavarojen turvaamiseen.

Terveysvakuutus kaksijakoinen

Kanadan terveysvakuutus on kaksijakoinen. Rahoitusnäkökulmasta varsinaiset terveyspalvelut muodostavat 55 prosenttia, joilla katetaan yleislääkäri- ja sairaalalpalve-

lut. Liittovaltion terveysministeriö Health Canada on määrittellyt yleiset periaatteet, joita provinssien tulee noudattaa. Periaatteina ovat julkinen järjestäminen, kattavuus, universaalisuus, saatavuus missä tahansa Kanadan alueella ja mistä tahansa hoitoa vaativasta syystä. Hoidon saaminen perustuu kuvalliseen sairausvakuutuskortin tapaiseen korttiin. Tätä toimintaa säätelee Canada Health Care Act. Perusterveydenhuolto perustuu pääosin vastaanottoa pitäviin lääkäreihin, jotka saavat potilaiden vastaanotosta palkkion. Palkkion taso neuvotellaan provinssien ja territorioiden tasolla hallinnon ja lääkäriyhdistysten kesken joka kolmas vuosi.

Sairaaloissakin lääkärit ovat toimenpideperusteisia konsultteja, eivät siis saa palkkaa sairaalasta. Tavoitteena on kuitenkin, että lääkärit siirtyisivät toimimaan perusterveydenhuollossa palkkasuhteessa moniammatillisiin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yhteisyksiköihin ja että sairaalalääkärit siirtyisivät palkkasuhteeseen sairaaloihin nähden. Hallinto maksaa suoraan muut sairaaloiden kulut kuin lääkäreiden palkkiot. Yli 95 prosenttia Kanadan sairaaloista on voittoa tuottamattomia laitoksia, joiden takana voivat olla erilaiset yhdistykset, kolmas sektori tai myös provinssien terveysviranomaiset.

Muut terveyspalvelut kuin lääkäripalvelut ja sairaalapalvelut eivät kuulu terveysvakuutukseen. Nämä vievät 45 prosenttia kokonaisrahoituksesta. Tällaisia ovat erilaiset terapiat, hampaiden hoito ja lääkkeet. Ne katetaan yleensä erilaisin periaatein ja vakuu-

tuksin, esim. saatavilla on vapaaehtoisesti otettava Public Health Insurance -vakuutus, vakuutuksen voi järjestää myös työnantaja. Vakuutuksilla on vaihtelevia sisältöjä. Lisäksi julkisin varoin katetaan erilaisia harkinnanvaraisia etuuksia. Yksityisvakuutuksia tuetaan verovähennyksin. Väestötasolla out of pocket osuus on parinkymmenen prosentin luokkaa.

Provinssien keskushallinnolta saamat osuudet terveysbudjeteistaan vaihtelevat suuresti erilaisten tasoituskerrointen vuoksi.

19 ohjelmaa lääkäreiden saantiin

Kanadassa on käytössä kaikkiaan 19 julkisesti rahoitettua ohjelmaa, joiden perustella katetaan väestön eri osien lääkäreiden saantia. Kohteina ovat eri väestöryhmät (mm. sosiaaliavun varassa olevat, vanhukset, jotakin nimettyjä sairauksia sairastavat) ja kattavuus vaihtelee. Yksi terveyspalvelujen uudistamisen painoalue on varmistaa, että kaikilla kanadalaisilla on mahdollisuus tarvitsemaansa lääkärin määräämään lääkitykseen. Vuonna 2002 rahoitettiin julkisten ohjelmien kautta 46 % lääkärin määräämistä lääkkeistä. Yksityiset vakuutukset kattoivat 34 % ja kotitaloudet 20 %. Québecissä lääkkeet kuuluvat sosiaalivakuutukseen, mutta siten, että voimassa oleva Pharmacare kattaa lääkityksen kustannukset, mikäli henkilöllä ei ole muuta lääkitystä kattavaa vakuutusta. Sairaalat kattavat potilaittensa lääkityksen kustannukset. Québecin lääkevakuutus rahoitetaan tuloihin perustuvien vakuutus-

maksuin, jotka käyvät verovähennyksistä. Vakuutetulla on myös omarahoitusosuus lääkkeistä. ●

Kuurot ja huonokuuloiset pois koulutuksellisesta marginaalista

– Marginaaliasema olisi todennäköisesti vältettävissä parantamalla koulutusjärjestelmän, työelämän ja osallistujien välistä vuorovaikutusta, sekä tavoitteellista keskustelua koulutuksen merkityksestä ja toteuttamisesta, kasvatustieteen tohtori Elina Lehtomäki suosittaa.

■ TEKSTI **MARJUT REIVILÄ,**
FREELANCETOIMITTAJA,
marjut.reivila@pp.inet.fi

● Kasvatustieteen tohtoriksi Jyväskylän yliopistossa väitelleen Elina Lehtomäen erityispedagogiikan väitöskirja paljastaa, että kuurot ja huonokuuloiset ovat joutuneet koulutukselliseen marginaaliin. Tutkimus on nimeltään ”Pois oppimisyhteiskunnan marginaalista? Koulutuksen merkitys vuosina 1960 – 1990 opiskelleiden lapsuudestaan kuurojen ja huonokuuloisten aikuisten elämäнкulussa”

Aihe kiinnosti Lehtomäkeä monesta syystä.

– Olen kahden lapsuudestaan kuuron ja viittomakielisen naisen sisko. Olen siis voinut läheltä seurata opiskelun esteitä ja niiden poistamista sekä elämäнкulun ja koulutuksen vuorovaikutusta.

Toiseksi olen tehnyt työtä eri-ikäisten kuurojen ja huonokuuloisten opiskelijoiden ja työtovereiden kanssa. Heidän kauttaan olen saanut perehtyä oppimisyhteiskunnassa osallistumiseen, koulutuksen ja



Kuva Jyväskylän Yliopisto

– Siskoni innostivat tutkimaan aihetta, kasvatustieteen tohtori Elina Lehtomäki sanoo.

muun elämän haasteelliseen yhtälöön.

– Olen myös luennoinut ja kirjoittanut kuurojen ja huonokuuloisten lasten ja nuorten opetuksesta sekä elämäнкulusta, Lehtomäki sanoo.

Nyt hän työskentelee neuvonantajana Etiopian opetusministeriössä.

Lehtomäki sai yhteyden tutkittaviinsa oppilaitosten ja väestörekisterin kautta.

– Kyselyyn vastanneet olivat 25 – 60 -vuotiaita henkilöitä eri puolilta maata. Kaikki olivat lapsuudestaan asti huonokuuloisia tai kuuroja. He olivat opiskelleet erityisopetuksessa perusasteen jälkeen. Osa oli opiskellut myös yleisopetuksessa. Kyselyyn vastanneista haastattelin kahta toista.

Kouluttautumisen mahdollisuudet rajallista

Koulutuksen, varsinkin erityisopetuksen, on oletettu ehkäisevän syrjäytymistä tai

ratkaisevan syrjäytymisen ongelmia.

– Vastausten perusteella lapsuudestaan kuurojen ja huonokuuloisten, tutkimus-hetkellä 25 – 60 -vuotiaiden koulutustaso oli selvästi alhaisempi kuin vastaavan ikäisillä suomalaisilla.

Merkittävää on, että tutkittavien koulutustaso ei noussut ikäryhmästä toiseen siirryttäessä. Vain 493:sta kolme oli hankinut korkea-asteen koulutuksen. He olivat opiskelleet toisen asteen koulutuksessa sekä erityis- että yleisoppilaitoksessa.

– Koulutustarjonnan ja tukipalvelujen perusteella jaottelin vastanneet kahteen koulutussukupolveen.

Ensimmäiseen kuuluvilla 35 – 60 -vuotiailla oli mahdollisuus valita ammatillisen erityisopetuksen vaihtoehtoista.

Toisen sukupolven edustajat, 25 – 34 -vuotiaat, saattoivat valita opiskelun muiden vaihtoehtojen yleisopetuksessa tai erityisopetuksessa.

Kuitenkin molempiin koulutussu-

kupolviin kuuluvat haastateltavat pitivät kouluttautumismahdollisuuksiaan rajallisina.

– Yleisopetuksessa opiskelussa tarvittavat tukipalvelut olivat riittämättömiä. Haastateltavat olivat tyytymättömiä erityisesti sosiaalitoimen järjestämiin opiskelutulkkipalveluihin. Yksi haastateltavista totesi perustellusti vastuun opiskelutulkkipalvelusta kuuluvan oppilaitoksille ja opetushallinnolle, Lehtomäki sanoo.

Koulutuksen merkitys sosiaaliseen asemaan

Ulkomaisten tutkimusten mukaan koulutustaso, työllisyystilanne ja sosiaalinen asema kuitenkin muuttuivat sukupolvesta toiseen siirryttäessä. Koulutus oli tärkeä tekijä sosiaalisen aseman muutoksessa. Lehtomäki kysyi, oliko näin myös oppimisyhteiskunnan mallimaassa, Suomessa?

– Ensimmäisen koulutussukupolven, erityisopetuksen vaihtoehdon haastateltaville koulutus merkitsi ennen kaikkea ammattitaitoa ja työpaikkaa. Ammatillinen erityisopetus oli ollut väylä työhön. Tasavertaisuuden kokemus tuli työelämän kautta. Toiselle, useiden vaihtoehtojen koulutussukupolvelle koulutuksen merkitys oli edellistä sukupolvea monipuolisempi. Koulutuksen kautta haastateltavat kokivat saaneensa mahdollisuuden tasavertaiseen tiedonsaantiin ja osallistumiseen sekä itsetunnon vahvistamiseen.

Muutokset yhteiskunnassa ja työelämässä heikensivät aiemmin vahvaa koulutuksen ja työn yhteyttä, minkä vuoksi toisen koulutussukupolven mukaan koulutuksella ei ollut merkitystä työpaikan saannissa.

Ensimmäisen sukupolven merkittävät oppimiskokemukset liittyivät työtaitoihin ja ammatilliseen osaamiseen. Haastateltavat olivat kiinnostuneita opiskelusta vapaa-ajan harrastuksena, mutta eivät muodollisen koulutuksen jatkamisesta.

Vaihtoehtojen koulutussukupolven kuuluvien merkittävät oppimiskokemukset liittyivät vuorovaikutukseen, opettajien asenteisiin ja omiin kykyihin. Haastateltavat olivat halukkaita jatkamaan opintojaan, mutta saman alan opintoja oli jatkanut ja koulutustasoaan nostanut vain yksi haastateltavista.

Erityisopetuksen hyvänä puolena haastateltavat pitivät vertaisryhmää ja sujuvaa vuorovaikutusta. Yleisopetuksen

positiivisena antina olivat haasteellisuus ja tasavertaisuus muiden opiskelijoiden kanssa.

– Haastateltavien kokemukset osallistumisesta oppimisyhteiskuntaan olivat kaikkiaan sekä myönteisiä että kielteisiä. Koulutustarjonnassa oli tapahtunut toivottuja muutoksia, mutta liian hitaasti. Lisäksi koulutusjärjestelmä oli kantanut vastuunsa heikosti kaikille tarkoitetun oppimisyhteiskunnan kehittämisestä, Lehtomäki punnitsee.

– Omilla valinnoillaan opiskelijat olivat näyttäneet suunnan. Opiskelu yleisopetuksessa ja tulkkipalvelun käyttö yleistyivät ja koulutusjärjestelmän olisi pitänyt tarkastella tätä ilmiötä ja pyrkiä tuottamaan opiskelijoiden tarvitsemat tukipalvelut. Odottamalla sosiaalitoimen kustantaman yksilöllisen opiskelutulkkipalvelun riittäväksi koulutusjärjestelmä pakeni vastuutaan perusasteen jälkeisen koulutuksen tarjoajana. Tässä suomalainen kehitys poikkeaa ruotsalaisesta ja yhdysvaltalaisesta. Näissä maissa oppilaitokset ja opetustoimi kustantavat ja järjestävät toisen asteen ja korkea-asteen opinnoissa tarvittavan tuen, kuten tulkkipalvelut, Lehtomäki summaa.

Työelämässä syrjäytymisriski kasvoi

Suomessa koulutus on ollut tärkeä väestön sosiaalisen aseman muutoksessa. Ruotsissa on havaittu koulutuksen nostaneen myös viittomakielisten kuurojen aikuisten asemaa. Suomessa näin ei ole vielä tapahtunut.

Erityisopetuksen koulutussukupolvi pääsi aikoinaan ammatillisesta koulutuksesta työhön, koska ammattitaitoisesta työvoimasta oli kysyntää.

Työmarkkinoiden kiristyessä syrjäytymisriski kasvoi, koska tällä väestöosalla ei ollut oman alan jatko-opintoja eikä lisäkoulutusta.

Vaihtoehtojen sukupolven kuuluvilla oli enemmän koulutusta, mutta heidän oli vaikea päästä työmarkkinoille. He kokivat työmarkkinat kuuroja ja huonokuuloisia aikuisia syrjiviksi.

– Mielestäni huonokuuloiset ja kuurot aikuiset tarvitsevat oman alan jatko-opintoja, uraohjausta ja koulutustason nostamista. Koulutusjärjestelmän tulee tarjota opiskelussa tarvittavat tukipalvelut, kuten opiskelutulkkaus.

Kuurojen ja huonokuuloisten koulu-

tuksellinen asema ei kovin paljoa muuttunut tarkasteluajana. Molemmissa koulutussukupolvissa vain yksi haastateltava koki koulutuksen selvästi vahvistaneen mahdollisuuksiaan toimia yhteiskunnassa. Koulutuksen välineellisen merkityksen säilyminen sukupolvesta toiseen kuvasi yhteiskunnan tarjoamien mahdollisuuksien rajallisuutta: koulutuksen merkitys sosiaalisen aseman muuttamisessa oli vähäinen.

Osallistujat mukaan koulutusta kehittämään

Haastateltujen mukaan oppimisyhteiskuntaan osallistumista tukevat ammatinvalinnanohjaus, täydentävä ja valmentava erityisopetus, riittävät tukitoimet yleisopetuksessa opiskelua varten, sujuvan kommunikoinnin varmistaminen kuten tulkkipalvelut, kuunteluolosuhteet, opettajien koulutus, sekä vertaisryhmän tuki.

– Koulutussuunnittelussa tarvitaan kuitenkin yhteistä suunnittelua, johon osallistuvat opiskelijat, työelämä, koulutus, Kela/sosiaalitoimi. Lähtökohtana tulisi olla opiskelijan kyvyt ja kiinnostuksen kohteet sekä arvio työelämän tarpeista ja tulevista suunnista. Uusille innovaatioille tulisi luoda tilaa: esimerkiksi kannustaa ja kouluttaa yrittäjyyteen.

Haastateltavien korostamaa vertaisryhmää kannattaa hyödyntää yleisopetuksen opiskelun järjestämisessä yhtenä tärkeänä tukimuotona.

Perusasteen koulutuksessa osa-aikainen erityisopetus on kehityssuunta; samanlaiset joustavat järjestelyt sopivat muuhunkin koulutukseen.

– Voisiko Kela järjestää kokeilun, jossa yleisopetuksessa opiskelua tuetaan oppilaitoksen kautta ja järjestämänä siten, että opiskelija hakee haluamaansa oppilaitokseen, keskustelee oppilaitoksen ja Kelan kanssa tarvittavasta tuesta, vaikka opiskelutulkkauksesta, muistiinpanojen saannista tai induktiosilmukan asentamisesta. Sitten oppilaitos vastaa tuen järjestämisestä ja hakee kustannuksiin tukea Kelalta?

– Voisiko Kela erityis- ja yleisoppilaitosten kanssa järjestää uraohjausta, sillä opiskelijat, työikäiset ja työelämässä olevat aikuiset tarvitsevat koko elämänsä kättävän perspektiivin ammattitaidon jatkuvaan päivittämiseen ja koulutustason nostamiseen, Lehtomäki kysyy. ■

Lapsen liikuntavamma ei pysäytä perhettä



● Liikuntavammaisten lasten perheet näyttävät jaksavan, mutta monta vaikeaa vammaa kuormittaa perhettä.

Tuore psykologian tohtori **Silja Pirilä** arvioi, että liikuntavammaisten lasten perheet tuntevat voimavaransa kliinisen psykologian näkökulmasta melko hyväksi. Perheet sopeutuvat yleensä lapsen liikuntavammaan ilman suuria vaikeuksia.

– Heikoimmilla tunsivat olevansa ne perheet, joiden lapsilla oli monia vaikeita vammoja. Jos vaikeaan liikuntavammaan kytkeytyy kehitysvamma tai vaikeita oppimisongelmia, vanhemmat tuntevat ar-

kensa raskaaksi, Pirilä kuvailee.

Lapsen monivammaisuus ilmeni Pirilän väitöskirjatutkimuksessa ainoaksi selvästi perhettä kuormittavaksi tekijäksi. Esimerkiksi vanhempien ikä, koulutus tai tulot eivät selittäneet voimavarojen määrää.

Pirilän väitöskirja tarkastettiin tammiukuussa Tampereen yliopistossa. Pirilä toimii psykologina Tampereen yliopistolaisen sairaalan (Tays) lastenkllinikalla.

Maailmanlaajuisesti seurataan runsaasti, mitkä tekijät selittävät vammaisten lasten perheiden pärjäämistä. Pirilä

kertoo käyneensä juuri Oulussa CP-konferenssissa, jossa pohdittiin perheen vuorovaikutusta. Sellainen perhe pärjäsi kokonaisuutena hyvin, jos perheenjäseneet puhuivat keskenään avoimesti, ja perheillä oli hyvät tukiverkostot.

– Nämä ovat kuitenkin keskiarvotietoja, yhtä ratkaisua tuskin löytyy.

Lääketiedettä ja palveluja

Pirilä tutki väitöskirjassaan 69:ää liikuntavammaista lasta ja heidän perheitään. Lapset olivat Tays:n lastenneurologisen

yksikön seurannassa vuosina 1994 – 2000. Tutkittujen lasten ikä vaihteli kahdesta kahteentoista vuoteen.

Kuutisen prosenttia 4 – 15 -vuotiaista lapsista tarvitsee pitkäaikaista neurologista hoitoa. Suomessa tämä tarkoittaa yli sataatuhatta lasta. Noin kahdella lapsella tuhannesta on CP-vamma.

– Vammaisuuden lääketieteellisestä perustasta huolimatta ei pidä tyytyä sairausajatteluun eli siihen, että painotetaan vain lääkärin, sairaanhoidon tai sairaalan näkemystä. Esimerkiksi psykologien ja muiden terapeuttien palvelut ovat liikuntavammaisille lapsille ensiarvoisia, psykologi Pirilä muistuttaa.

Pirilän aineisto oli osa Tays:n lastenneurologisen yksikön kehittämishanketta, jossa kehitettiin varhaiskuntoutusta perhekeskeisemmäksi. Tietoja kerättiin muun muassa vanhemmille suunnatuilla kyselylomakkeilla. Sairauskertomuksista poimittiin tiedot lapsille vastasyntyneisyyskaudella – kuukausi tai kaksi syntymän jälkeen – tehdyistä aivojen ultraäänitutkimuksista. Ultraäänitulos ennusti hyvin liikuntavamman vaikeusastetta.

Pirilä käytti Maailman terveysjärjestön vuonna 2001 julkaisemaa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta. Luokituksessa on kolme tasoa.

Ympäristöketjyöistä Pirilä tarkasteli perheen voimavaroja, sosioekonomista asemaa, huoltajan ikää ja lapsen tarvitsemää avustamisen määrää päivittäisissä toiminnoissa.

Suoritusten ja osallistumisen taso tarkoitti lapsen liikkumiskykyä, käsien toiminnallisuutta ja päivittäistä toimintakykyä itsestä huolehtimisessa, liikkumisessa ja sosiaalisissa toiminnoissa.

Kolmanneksi Pirilä seurasi kehon toimintoja ja rakenteita: vastasyntyneisyyskauden aivovaurion vaikeusastetta, syntymäpainoa, älyllistä toimintakykyä sekä neuropsykologisia, kielellisiä ja puhemotorisia taitoja.

Vaikea liikkua, vaikea kehittyä

– Mitä vaikeampi liikuntavamma, sitä yleisemmin on kognitiivisia, lähinnä älyllisen kehityksen häiriöitä. Pyörätuolilla liikkuvista lapsista yli puolella todetaan laajoja kognitiivisen kehityksen häiriöitä, mutta kävelevillä liikuntavammaisilla lapsista noin 15 prosentilla, Silja Pirilä toteaa.



Kuva Ari Korhala

Silja Pirilä painottaa, että liikuntavamman lapsen kuntoutus ja vastasyntyneisyyskauden vaikeat vammat ovat tärkeitä tutkimuskohteita myös psykologiassa.

Pirilä havaitsi tutkimistaan lapsista, että liikuntavammaiset pärjäivät varsin hyvin kielellisesti sekä muistia että oppimiskykyä edellyttävissä toiminnoissa. Neuropsykologisia ongelmia oli muun muassa visuaalisessa havaitsemisessa.

Sekä vaikeasti että keskivaikeasti vammaisilla lapsilla on monenlaisia toimintakyvyn rajoituksia päivittäisissä toiminnoissa, liikkumisessa, viestinnässä ja leikkitaidoissa. Näihin rajoitteisiin suunnitellaan yksilölliset tukitoimet, esimerkiksi avustaja tukemaan omatoimisuutta, erityisopetusta tai neuropsykologista kuntoutusta oppimisen tueksi.

Joka toisella Pirilän tutkimista CP-vammaisista, älyltään normaaleista lapsista, oli vaikeuksia muun muassa puheen motorisessa tuottamisessa. Jos liikuntavammaan yhdistyi kehitysvamma, lapsilla oli ongelmia myös puheilmaisussa ja kielen ymmärtämisessä.

Kohtuullista tukea yhteiskunnalta

Pirilä aikoo jatkaa tutkimustaan siitä, mihin väitöskirjassaan päätyi. Häntä kiinnostaa edelleen se, millaisia neuropsyko-

logisia vaikeuksia liikuntavamma tuottaa.

Pirilän mielestä liikuntavamman lapsen auttamisverkosto toimii kohtuullisen hyvin. Häntä mietityttää tosin se, että yhteiskunnalla on vain vähän keinoja tukea opiskelunsa lopettanutta liikuntavammaista.

– Liikuntavammaisten lasten auttaminen on todella tärkeää. Ehkäpä lasten, joilla on lieviä rajoitteita puheessa, kielellisessä hahmotuksessa tai vuorovaikutussuhteissa, kuntoutusta ja muita avuntarpeita alimitoitetaan, Pirilä pohtii.

Oman ammattikuntansa eli psykologien Pirilä soisi tarkemmin paneutuvan niihin lapsiin, jotka selviävät kognitiivisesti, mutta ovat sosiaalisesti rajoittuneita.

– Jos vammaisen lapsi pinnistelee pärjätäkseen normaaliluokassa ja on lisäksi yksinäinen, hänen avuntarvettaan ei usein oteta huomioon, hän konkretisoi. ■

■ TEKSTI HANNU KASKINEN,
FREE LANCE -TOIMITTAJA,
hannu.kaskinen@surfeu.fi

Kommunikaattori lääkärin apuvälineenä

Kommunikaattori mahdollistaa lääkärille ajasta ja paikasta riippumattoman tiedon käytön.

Kauppatieteiden tohtori Ville Harkke tutki, muuttiko uusi mobiili väline lääkäreiden toimintatapoja.

■ TEKSTI **MARJUT REIVILÄ**,
FREELANCETOIMITTAJA,
marjut.reivila@pp.inet.fi

● Tiedon mobilisoituminen vaikuttaa toistaiseksi vain vähän lääkärin työhön.

– Tulevaisuudessa saattaa olla toisin, koska tietojärjestelmien pirstaloitumisesta pyritään eroon. Informaation toivotaan olevan koottuna, vaikkapa kommunikaattoriin, kauppatieteiden tohtoriksi hiljan väitellyt Ville Harkke Åbo Akademien teknillisestä tiedekunnasta sanoo.

Hänen väitöskirjansa on nimeltään Knowledge Freedom for Medical Professionals – An Evaluation Study Of a Mobile Information System for Physicians in Finland.

Tutkimukseen osallistui 800 lääkäriä eri aloilta, monet terveyskeskuksista ja

yksityissektorilta. He työskentelivät eri puolilla maata. Turusta oli 30 tutkittavaa.

Harkke työskentelee Åbo Akademien Institute for Advanced Management Systems- laitoksen tutkijana. Pilotissa hänellä oli käytössään Nokia Kommunikaattorille lääkäreiden tarpeisiin kehitetty järjestelmä. Hankkeeseen on osallistunut myös Lääkäriseura Duodecim.

Duodecimien lääkärin mobiilitietokannat on saatavana Nokian 9300, 9300i ja 9500 malleihin. Niissä lääkäri voi kuljettaa mukanaan 10 tietokantaa. Ne ovat Lääkärin käsikirja, ”lääkeraamattu” Pharmaca Fennica, Pharmaca Fennican tiivistelmä, ICD-10-diagnoosiluettelo (haku- ja selausominaisuudet), Akuutti-



– Tutkimukseeni kommunikaattorille kehitetty arviointikehys soveltuu muidenkin mobiilijärjestelmien arviointiin, kauppatieteiden tohtori Ville Harkke sanoo.

Kuva Matti Kivekäs



Kuva Annika Söderblom

– Mikä ettei Kelankin tiedostoja voitaisi liittää lääkäreiden kommunikaattorin tietokantaan, tietohallintopäällikkö Markku Kiiski Kelasta sanoo.

hoito-opas, Lääketieteen suomi-englanti sanakirja, Matkailijan terveystietokirja, Rokotajan käsikirja, Käypä hoito- suosituksen, Toimenpideluokitus (selausvalikko) ja Apteekkien ja terveydenhuollon osoitteisto.

Duodecimin esittelyn mukaan lääkirillillä on kommunikaattorissa yhteensä yli 5 000 sivua informaatiota muistikortille pakattuna eli lähes metrin korkuinen kirjapino mukana.

– Kommunikaattoria voi käyttää ilman puhelin yhteyttäkin eli laite toimii myös paikoissa, joissa puhelimen käyttö on kielletty. Kommunikaattoriin on kehitetty oma hakukäyttöliittymä, jolla etsimänsä asian saa nopeasti nähtöön. Tietoja, kuten Pharmacia Fennican lääkkeiden hintoja, myös päivitetään, Harkke esittelee.

Juridisia ja teknisiä rajoituksia

Kommunikaattoriin pakattua informaatiota säätelevät lait ja tekniset mahdollisuudet.

– Esimerkiksi tietosuojan vuoksi potilastietoa kommunikaattorissa ei voi olla, Harkke toteaa.

Kelan tietohallinto-osaston tietohallintopäällikkö **Markku Kiiski**, joka on ollut mukana kehittämässä sähköistä reseptiä, arvioi, että myös joitain Kelan tiedostoja kommunikaattorissa voisi periaatteessa olla. Hän kuitenkin pitää kommunikaattorin heikkoutena tiedonsiirron hitautta.

Isojen tietomassojen käsittely vie liikaa aikaa.

– Myös kommunikaattorin pieni näyttöruutu rajoittaa käsiteltävää informaatiota. Se voi olla lähinnä tekstiä. Esimerkiksi röntgenkuvat, joissa valon ja varjon erot ovat tärkeitä potilasturvallisuuden takaamiseksi, näkyisivät mielestäni liian epäselvinä näytöllä.

– Toistaiseksi myös gprs-yhteyden kustannukset ovat olleet sen verran korkeita, että ne panevat käyttäjän miettimään laitteen hyötyä, Kiiski pohtii.

Kommunikaattorit ovat maksaneet 500-700 euroa ja pilotin ajan tietokannat on sponsoroitu lääkeyritys Pfizer Oyj.

Harkkeen mukaan yhtiö saa Lääkelaitoksen päätöksellä toimittaa mobiiliseläntä myös jatkossa.

Duodecimin esittelyn mukaan tuotteet asennetaan valmiiksi 256 Mt muistikortille. Omalle kortille asennus edellyttää asennuspalvelua ja kortin lähettämistä asennettavaksi. Asennuspalvelusta veloitetaan 20 € lisämaksu.

Joistakin toiminnoista, kuten datan siirrosta, täytyy maksaa operaattorille.

Kommunikaattoria käytettiin muun tiedon puutteessa

Väitöstutkimuksen mukaan lääkärit hyötyivät kommunikaattorin tietokannoista eniten niissä tilanteissa, joissa muuta tietoa ei ollut saatavana.

– He käyttivät kommunikaattoria

esimerkiksi kotona työskennellessään, kun esimerkiksi kirjatie oli työpaikalla. Myös potilaan sängyn vieressä kommunikaattorista tarkistettiin esimerkiksi lääkitystä, Harkke sanoo.

Myös ambulanssi- ja helikopteriambulanssilääkärit hyötyvät kommunikaattorin datasta.

Niin ikään eläinlääkärit potilaskäynneillä lemmikkieläinten omistajien kotona tai maaseudulla navetoissa käydessään voivat etsiä kommunikaattorista tarvitsemaan tietoa.

Apteekkeihin saat näppärästi soitettua puhelinreseptit osoitteiston avulla, josta hakusanalla haettujen tietojen jälkeen voi näppäintä painamalla soittaa suoraan apteekin lääkäreille tarkoitettuun puhelinnumeroon.

Kommunikaattoria kehitetään

Sekä Harkke että Kiiski ovat sitä mieltä, että kommunikaattorissa voisi sen kehittyttyä teknisesti olla mitä erilaisimpia tiedostoja ja käyttötapoja.

– Lääkärit käyttivät sitä jo yhteydenpitovälineenä. Tulevaisuudessa he voisivat vaikka vastailla sähköpostitse potilaiden e-mailina lähettämiin kysymyksiin. Se vapauttaisi kummankin osapuolen toimimaan ajallisesti silloin kun se itselle parhaiten sopii, Harkke sanoo.

Jo käytössä olevan sähköisen reseptin lisäksi tulevaisuudessa käyttöön voitaisiin tietysti edellytyksin ottaa ehkä mobiiliresepti.

– Se edellyttäisi kuitenkin lääkärin digitaalisen allekirjoituksen kehittämistä kommunikaattorin käyttöön ja potilaan tietosuojan turvaamiseksi salatun yhteyden luomista nykyistä paremmaksi, Kiiski toteaa.

Väitöstutkimuksen perusteella kommunikaattorin käyttö oli lääkäreiden mielestä helppoa.

– Jotkut kommunikaattorin käytön opetelleet eivät olleet aikaisemmin käyttäneet tietokonetta, mutta innostuivat tämän jälkeen siitä, Harkke sanoo. ■

Psykiatri ajattelee



Jyrki Korkeila, Markus Heinimaa, Tanja Svirskis (toim.):
Ajattelen – olen siis psykiatri.
 Kustannus Oy Duodecim 2005. 195 s. ISBN 951-656-200-0.
 Hinta 39 euroa.

Mitä nykyaikainen psykiatria on? Mitä ihmisestä, mielestä ja aivoista tiedetään? Filosofia ja psykiatria kietoutuvat yhteen nimekkäiden suomalaisten psykiatrien kirjassa *Ajattelen – olen siis psykiatri*.

Nykypsykiatrian kiistatoman lääketieteellinen linja johtaa 1800-luvun ensimmäisistä neuropatologisista havainnoista ja luokitteluista hermokupan menestyksessä hoitoon, aivojen sähköhoitoon 1930-luvulta alkaen, 1950-luvulla keskeisten antipsykoottisten ja mielialälääkkeiden litiumin, klooripromatsiinin ja imipramiinin käyttöönottoon ja lopulta 1980-luvulta alkaen voimakkaasti kehittyneeseen aivojen kuvantamiseen, genetiikkaan ja uusiin lääkkeisiin.

Esiluonnontieteellisestä parannustraditiosta psyko-terapeuttiseen toimintaan johtanut linja taas on johdettavissa 1700-luvun jesuiit-taparantajista Mesmerin ja Bernheimin kautta Freudiin ja

sittemmin useisiin eriytyneisiin psykoterapiamuotoihin.

Aivot ovat psykiatrian kannalta keskeinen kulttuurielin, jota voidaan tutkia uusilla kuvantamismenetelmillä ja johon vaikuttavat monet inhimillisen elämän ilmiöt.

– Esimerkiksi lapsen stressinsäätelyjärjestelmä toimii tutkimusten mukaan poikkeavasti vielä 4,5 vuoden iässä, mikäli äidin stressitaso on korkea lapsen varhaislapsuudessa, paljastaa LT, FM, prof. **Hasse Karlsson** ja jatkaa: – Toisen kipu tuntuu omissakin aivoissa, mutta ei niin selvästi, jos empatian kohde on toiminut epäoikeudenmukaisesti.

Lapsuus ja vammaisuus

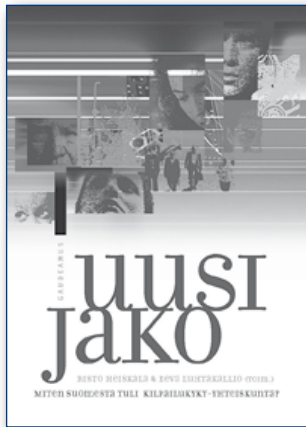


Kaisu Viittala:
Lasten yhteinen varhaiskasvatus. Erityisestä moninaisuuteen.
 Tampere University Press 2006. 208 s., ISBN: 951-44-6519-9.
 Hinta 26 euroa

Lapsuuden ja vammaisuuden yhteiskunnallista asemaa sekä muuttuvia vammaisuuden ja lasten erityisen tuen määrittelyjä pohditaan **Kaisu Viittalan** kirjassa *Lasten yhteinen varhaiskasvatus. Erityisestä moninaisuuteen*. Kirja on ensimmäinen yhteisen varhaiskasvatuksen keskeisiä teemoja käsittelevä teos. Sen näkökulma on sekä teoreettinen että käytännöllinen.

Kirjan tekijä pitää erilaisuutta moninaisuutena, ja näkee vammaiset lapset ennen kaikkea lapsina omine persoonallisine ominaisuuksineen. Kirja nostaa leikin yhteisen kasvatuksen keskeiseksi pedagogiseksi menetelmäksi ja sisällöksi. Tekijä painottaa myös lasten keskinäisen vuorovaikutuksen merkitystä. Siitä välittyy yhteisen kasvatuksen etu kaikille lapsille.

Suuri murros



Heiskala, Risto & Eeva Luhtakallio (toim.):

Uusi jako.

Gaudeamus 2006 Nid. A5. 255 s.. ISBN 951-662-930-X .

Hinta 28.00 euroa.

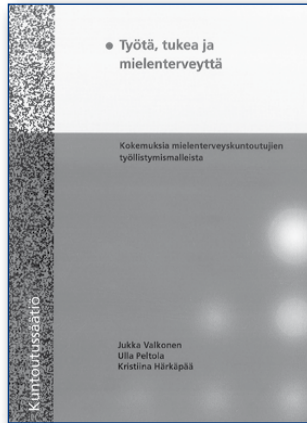
Uusi jako -kirja kuvaa Suomessa viime vuosikymmeninä tapahtunutta suurta yhteiskunnallista muutosta. Julkisia aloja tehostettiin ja niitä alettiin johtaa kuin liikelaitosta. Työttömyys tuli jäädäkseen, ja työelämän lisääntyneet paineet jännittivät ihmisten kestokyvyn äärimmilleen. Kaikilla elämänalueilla alettiin korostaa kilpailukykyä. Tämä tuotti taloudellista menestystä, mutta samalla kasvoi niin yhteiskunnallisten ryhmien kuin alueidenkin eriarvoisuus.

Suuren murroksen jälkeen Suomi on vauraampi, avoimempi, tehokkaampi, eriarvoisempi ja entistä julmempi yhteiskunta. Vapaus lisääntyi, mutta paraniko elämän laatu? Tehtiinkö suomalaisessa yhteiskunnassa tietoinen taloudellinen ja kulttuurinen uusjako?

Teos on tutkijoiden puheenvuoro, jossa tarkastellaan kattavasti suomalaisen yhteiskunnan muutosta. Näkökulma vaihtelee taloudesta politiik-

kaan ja kansalaisyhteiskunnasta arvojen ja julkisuuden murrokseen. Teoksessa hahmotellaan myös muutosten syitä ja mahdollisuuksia ennakoita suomalaisen yhteiskunnan tulevaisuutta.

Työstä tukea kuntoutumiseen



Valkonen J, Peltola U, Härkäpää K:

Työtä, tukea ja mielenterveyttä.

Kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismalleista.

Kuntoutussäätiön tutkimuksia 75/2006. Helsinki. 118 s.

ISBN 952-5017-57-5. Hinta 22 euroa + lähetyskulut 5 euroa.

Kuntoutussäätiön toteuttamassa tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyskuntoutujille suunnattujen työllistymisen tukipalvelujen sisältöjä ja toimintaperiaatteita sekä etenkin kuntoutujien kokemuksia toiminnasta. Tutkimuksen tuloksia esitellään julkaisussa *Työtä, tukea ja mielenterveyttä. Kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismalleista.*

Tulosten mukaan erilaisia tukimuotoja ja -määriä tarjoavilla tukipalveluilla on omat kohderyhmänsä. Oikean tukipalvelun löytyminen ja sen avulla tapahtuva räätälöity työllistyminen edistää mielenterveyskuntoutujien hyvinvointia ja kuntoutumista. Toimintamallien haasteita ovat kuitenkin tukipalvelujen sisältöjen selkeyttäminen, saatavuuden parantaminen sekä keskinäisen yhteistyön lisääminen.

Tutkimuksen toteuttamiseen osallistui mielenter-

veyskuntoutujille suunnattu työllistymisen tukipalveluita – klubitalojen siirtymätöitä, työvalmennusta ja työkeskusten työtoimintaa -tuottavia organisaatioita. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluina ja kyselylomakkein. Tutkimus oli Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama.

Johtajat nauttivat työstään



Piirros Juhani Junturi

Huipulla tuulee ja on yksinäistä ja uuvuttavaa. Tämä oletamus romuttui Johtotehtävissä olevien työssä jaksaminen -tutkimuksessa, jota johti professori Ulla Kinnunen Tampereen yliopistosta.

■ TEKSTI **MARJUT REIVILÄ**, FREELANCETOIMITTAJA, marjut.reivila@pp.inet.fi

● Johtotehtävissä olevien työssä jaksaminen -tutkimus käynnistettiin sen yleisen epäilyn pohjalta, että johtajilla ei mene hyvin.

– Julkisuudessa esitettiin arvioita, joiden mukaan johtajat väsyisivät työnsä vaativuuden ja kovien työelämän muutosten vuoksi. Varsinkin keskijohdon kuvailtiin olevan henkisesti puristuksessa, professori Ulla Kinnunen Tampereen yliopistosta sanoo.

Hän johti Jyväskylän yliopiston perhetutkimuskeskuksen kyselytutkimusta,

jossa kartoitettiin 1 301 johtajan näkemys työssä jaksamisestaan.

Osallistujat saatiin ammattiliitoista ja järjestöistä, jotka olivat Ekonomiliitto, Insinööriliitto, Tekniikan Akateemisten Liitto, julkisen sektorin johtajia edustava Kumula ry ja henkilöstöjohtajia edustava Henry ry.

– Liittojen otos koostui sekä pienten, keski suurten että suurten yritysten johtajista.

Naiset olivat keskimäärin 47-vuotiaita ja miehet 48-vuotiaita ikäjakautaman

vaihdellessa 23-vuotiaasta 65-vuotiaaseen. Noin 20 prosenttia oli alle 40-vuotiaita.

Vastanneista 30 prosenttia oli naisia.

Johtajien kuormitus- ja voimavara-tekijöitä kartoitettiin myös puolisoiden näkemysten perusteella. Haastateltavina oli 219 paria, joista 91 prosentissa mies oli johtaja.

Tutkimus tehtiin vuoden 2004 marraskuun ja vuoden 2005 helmikuun välisenä aikana.

Tutkimusta rahoitti Työsuojelurahasto.

Ylin johto uupuu vähiten

Professori Ulla Kinnusen mukaan tutkimustulos yllätti.

– Sen mukaan johtotehtävissä toimivien työstä ja hyvinvoinnista välittyvä melko myönteinen kuva.

– Ylin johto kokee työnsä muita esimiestasoja myönteisempänä. Vaativasta



Kuva Ari Korkkala

– Aineiston keruussa auttaneiden ammattiliittojen ja järjestöjen huoli osoittautui osin turhaksi, professori Ulla Kinnunen sanoo.

– Ylin johto kokee myös eniten iloa työn voimavaratekijöistä. Niitä ovat työn hallinta, esimiesrooli ja työpaikan ilmapiiri. Nämä antavat naisjohtajille tyydytystä enemmän kuin miesjohtajille, Kinnunen toteaa.

Tutkimuksen mukaan hyvinvointia lisäävät myös työstä saadut palkkiot kuten arvostus, etenemismahdollisuudet ja palkka. Nämä korostuvat eritoten ylimmän johdon vastauksissa.

Myös vaikutusmahdollisuudet, työpaikan ilmapiiri ja organisaatiosta saata-va tuki tuottavat enemmän iloa ylimmän kuin keskijohdon vastaajille.

Miesjohtajat nauttivat naisia enemmän riskinotosta.

– Työn voimavaroista naiset kokevat miehiä enemmän työn imua. Sen osatekijöitä ovat tarmokkuus, omistautuminen ja uppoutuminen työhön. Työn imu koetaan työuupumuksen vastakohtana, Kinnunen tulkitsee.

Koti säästettiin työhuolilta

Pariskuntia, joissa toinen osapuoli oli johtaja, tutkimuksessa oli mukana 219. Heiltä haluttiin tietoja puolison näkemysistä johtotehtävissä toimivan kumppanin kuormitus- ja voimavaratekijöistä.

– Ilmeisesti johtajat kykenevät suodattamaan työnsä kielteisiä vaikutuksia niin, että työstä välittyy puolisolle vähän todellisuutta myönteisempi kuva. Työhuolia ei siis kanneta kotiin, Kinnunen toteaa.

Puolisot pystyivät hänen mukaansa arvioimaan johtajan tilannetta varsin hyvin. Puolisoiden arviot esimerkiksi työn kuormittavuudesta olivat samankaltaisia.

Mitä kuormittavampana johtaja itse piti tiettyä piirrettä työssään, sitä kuormittavammaksi myös puoliso arvioi sen.

– Työn ja perheen yhteensovittamisessa johtajat näkevät perheensä häiritsevän työtään enemmän kuin mitä puolisot arvioivat.

– Toisaalta johtajien arvioissa perhe nähdään myös myönteisenä voimavarana useammin kuin puolisoiden arvioissa, Kinnunen toteaa. ■

työstään huolimatta ylin johto kuitenkin kuormittuu vähiten. On siis oletettavaa, että työhön sisältyvät voimavarat vähentävät kuormitustekijöiden vaikutuksia, Kinnunen toteaa.

Sukupuoli vaikuttaa työhyvinvointiin ja kuormittavuuteen.

Tutkimuksen perusteella työpaineet ja kiire ovat varsinkin naisten ongelmia suomalaisessa työelämässä. Ero ilmeni kaikilla johtotasoilla. Se ei johdu siis siitä, että miehet työskentelevät yleensä korkeammilla johtotasoilla kuin naiset.

Kinnunen muistuttaa, että toki vastaajissa saattoi olla myös sellaisia johtajia, jotka eivät näe omaa uupumustaan, vaikka olisivat aivan lopussa.

Suuri työmäärä kuormittaa eniten

Mikä johtajia työssä sitten kuormittaa?

– Selkeästi pahin on liian suuri työmäärä.

– Ylintä johtoa kuormittaa henkilökohtainen vastuu, Kinnunen sanoo.

Tutkimuksessa yksi kysymys koski tuntemuksia silloin, kun vastaaja joutuu arkaluontoisiin tilanteisiin. Niiden luonnetta ei kuitenkaan täsmennetty. Niin ollen tutkimus ei kerro esimerkiksi sitä,

miten paljon johtajia uuvuttavat vaikka irtisanomiset tai eettiset kysymykset, kuten optiokeskustelut.

– Alimmalla johtotasolla riesana ovat liian suuren työkuorman ohella ihmishuuhdeongelmien selvittely ja vaikutusvalan vähäisyys, Kinnunen sanoo.

Laki edellyttää esimiehiltä nykyään esimerkiksi työpaikkakiusaamisten selvittelyä.

– Keskijohto joutuu selvittämään ihmishuuhdeita monelle taholle. Keskijohd- to on ylemmän johdon ja alaisten välissä ja suhteita täytyy hoitaa asiakkaisiinkin, Kinnunen kuvailee.

Naiset ovat ”ylisitoutuneet” työhön- sä enemmän kuin miehet ja naiset ovat töistä poissa sairauden vuoksi useammin kuin miehet.

Kummankin sukupuolen edustajat kokivat työn ja perheen yhteensovittami- sen jonkin verran ongelmallisena.

Työn imu veti naisia enemmän kuin miehiä

Työstä löytyy toki voimavarojakin.

Pulmallisuudesta huolimatta etenkin naisjohtajien mielestä perhe ennen kaik- kea antoi voimia työhön.

Maahanmuuttajat käyttävät tasavertaisesti yhteiskunnan palveluita

● – Tutkimusten ja selvitysten valossa uskallan väittää, että yleinen mielikuva maahanmuuttajista on ”synkempi” kuin todellisuus. Pysyvästi Suomeen muuttaneiden ”kokonaissaldo” yhteiskunnan palveluiden ja tulonsiirtojen käyttäjinä ei poikkea merkittävästi kantaväestöstä, tutkimusjohtaja **Aki Kangasharju** Valtion Taloudellisesta Tutkimuskeskuksesta (VATT) sanoo. Hän perustaa väitteensä viime ja tänä vuonna julkaistuihin tutkimuksiin, joissa on verrattu maahanmuuttajia kantaväestöön työllisyyden, verotuksen, tulonsiirtojen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön suhteen.

– Maahanmuuttajat eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan erot ovat suuria riippuen muun muassa siitä, onko kyseessä tilapäinen oleskelu Suomessa vai pysyvämpi muutto. Muuttajan kotimaa ja maahanmuuton syy ratkaisevat myös Suomeen sopeutumisen onnistumisen. Usein saatetaan yleistää humanitaaristen muuttajien sosiaaliturvan ja asumisen kulut koskemaan kaikkia maahanmuuttajia, vaikka valtio on velvoitettu korvaamaan turvapaikanhakijoille nämä kulut eivätkä he voi osallistua työelämään, Aki Kangasharju täsmentää.

Maahanmuuttajien maksamien vero-

jen ja saamien tulonsiirtojen tutkiminen on suoraviivaista hyvien tilastojen turvin. Sen sijaan tutkimuksen tekeminen palveluiden käytöstä on ollut hankalaa, koska tilastoja ei ole kattavasti saatavilla. Tutkijat ovat yhdistäneet eri tietolähteitä ja niiden avulla luoneet kuvan maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä, erityisesti suurimmassa kunnissa.

– Johtopäätösten tekemisessä tulee olla varovainen, sillä niitä varten tarvittaisiin parempaa tiedonkeruuta kunnista. Suurimmissa kaupungeissa, joissa maahanmuuttajia on enemmän, heidän palveluiden käyttöönsä tilastoidaan jollakin



tavalla, mutta koko maassa ei ole yhteinäistä tilastointitapaa.

Tutkimukset ovat palvelleet osana eduskunnan hallintovaliokunnalle annettavaa selvitystä maahanmuuttajien palveluiden käytöstä, käyttömääristä, kustannuksista ja kustannusten jakautumisesta valtion ja kuntien kesken.

Kuudessa vuodessa tasaantuu

Maahanmuuttajien työllistyminen ja sen mukanaan tuoma taloudellinen hyvinvointi kasvaa voimakkaasti Suomessa asutun ajan pidentyessä. Jo kuudennen

asumisvuoden jälkeen he maksavat välittömiä veroja enemmän kuin saavat suoria tulonsiirtoja.

– Tilanne on näinkin hyvä, kun laskelmista jätetään pois humanitaarisista syistä maahan tulleet. Jos ajatellaan maahanmuuttajan koko elinkaarta ja jo lapsena Suomeen muuttaneita, tulos on vielä huomattavasti positiivisempi, Aki Kangasharju selvittää.

Vuonna 2005 julkaistussa tutkimuksessa arvioitiin 1990-luvulla Suomeen muuttaneiden muiden kuin paluumuuttajien työllistymistä ja heidän maksamiaan välittömiä veroja sekä saamiaan



– Sosiaalipalveluiden vähäisempi käyttö voi osittain johtua myös tiedonpuutteesta. Sen selvittäminen ei onnistu muutenkin puutteellisten tilastotietojen avulla, vaan vaatisi kyselytutkimusta maahanmuuttajaväestön keskuudessa, tutkimusjohtaja Aki Kangasharju toteaa

tulonsiirtoja Tilastokeskuksen rekisteriaineistojen perusteella. Tulonsiirtoina otettiin huomioon työttömyysturva, opintotuki, lasten kotihoidon tuki, päivärahat ja äitiysrahat, yleinen asumistuki, toimeentulotuki ja lapsilisät. Tässä tutkimuksessa ei ollut mukana julkisten palvelujen käyttöä.

Tulosten perusteella keskimääräinen maahanmuuttaja maksaa välittömiä veroja ensimmäisenä vuonna noin 700 euroa vähemmän kuin hän saa tulonsiirtoja. Tase alkaa kohentua vasta neljännen asuinvuoden jälkeen ja vielä 7–10 vuotta maassa olleet maksavat noin 400 euroa vähemmän veroja kuin saavat tulonsiirtoja.

Kun laskelmista poistetaan humanitaaristen syiden perusteella JIIS-maista (entinen Jugoslavia, Iran, Irak ja Somalia) maahan tulleet, tase tasapainottuu kuudennen vuoden kohdalla ja kääntyy siitä positiiviseksi. OECD-maista tulleilla tase on suurin piirtein suomalaisten tasolla heti maahantulovuonna. Heistä kuitenkin suuri osa on tilapäisesti Suomessa ja muuttaa muutamassa vuodessa pois.

Maahanmuuttajien verojen ja tulonsiirtojen tase riippuu siis voimakkaasti siitä, mistä maasta muuttaja tulee. Lähialueilta muuttajat sopeutuvat muita nopeammin Suomeen. Tutkimuksessa

– Vaikka tilanne näyttää nyt kokonaisuudessaan suhteellisen hyvältä, maahanmuuttajien pienituloisuus ja köyhyys ovat huolestuttavia syrjäytymiskijöitä. Ongelmat voivat kasautua pitemmän ajan kuluessa, tutkimusjohtaja Aki Kangasharju pohtii.

pohdittiinkin, että jos maahanmuutto-politiikkaa saataisiin muutettua niin, että kaikki maahanmuuttajat sopeutuisivat yhtä nopeasti työelämään, keskimääräinen maahanmuuttaja maksaisi jo neljäntenä vuonna veroja enemmän kuin saa tulonsiirtoja.

Terveystenhoitoa muita vähemmän

Tämän vuoden alussa ilmestyneen Stake-sin tutkimuksen mukaan aikuiset maahanmuuttajat käyttävät vähemmän terveydenhuollon palveluita kuin kantaväestö. Ainoa poikkeus ovat 15–29-vuotiaat naiset, joilla on enemmän sairaalahoitoa ja poliklinikakäyntejä raskauden ja synnytyksen takia.

Kustannusten erot vaihtelevat niin, että perusterveydenhuollon kulut ovat maahanmuuttajilla noin 5 % pienemmät kun taas sairaalahoidon kulut ovat jopa 30 % pienemmät kuin kantaväestöllä. Näihin kuluihin ei ole otettu mukaan tulkkipalvelua.

Sosiaalipalveluita 800 eurolla

Maahanmuuttajat käyttävät keskimäärin suurin piirtein saman verran sosiaali-

huollon avopalveluita ja pienten lasten hoidon tukea kuin kantaväestö. Näiden julkisten palveluiden järjestäminen maksaa Suomessa vajaat 800 euroa henkeä kohti vuodessa. Tuoreen tutkimuksen mukaan maahanmuuttajien kustannukset henkeä kohden ovat suurin piirtein synyperäisten suomalaisten tasolla.

Erojakin löytyy johtuen pääosin maahanmuuttajien nuoremmasta ikärakenteesta. Maahanmuuttajien kustannuksista peräti 85 % liittyy lapsiin kun taas kantaväestön vastaava osuus on 57 %. Sen sijaan vanhusten- ja vammaistenhuollon palvelujen osuus on maahanmuuttajilla vain 13 % kantaväestön 38 %:iin verrattuna.

Maahanmuuttajien lapset ovat hieman harvemmin päivähoitossa, mutta perheet saavat useammin lasten kotihoidontukea. Yhteenlasketut lastenhoidon kulut ovat suurin piirtein tasan. Sen sijaan maahanmuuttajien lapsista aiheutuu yhteiskunnalle merkittävästi enemmän lastensuojelun kuluja, mikäli Helsingin ja Vantaan tilanne voidaan yleistää. Tämä johtunee kirjallisuuslähteiden valossa kasvatusnormien erilaisuudesta ja siitä, että lapset sopeutuvat vanhempiaan nopeammin erilaiseen kulttuuriin.

Muita sosiaalihuollon palveluita maahanmuuttajat käyttävät selvästi vähemmän kuin kantaväestö, esimerkiksi Helsingin päihdehuollon asiakkaista vain noin 2 % on maahanmuuttajia, kun heidän väestöosuutensa yli 18-vuotiaista on lähes 7 %. Samoin löytyy suuri ero vammaispalveluiden käytössä.

– Sosiaalipalveluiden vähäisempi käyttö voi osittain johtua myös tiedonpuutteesta. Sen selvittäminen ei onnistu muutenkin puutteellisten tilastotietojen avulla, vaan vaatisi kyselytutkimusta maahanmuuttajaväestön keskuudessa, tutkimusjohtaja Aki Kangasharju toteaa. ■

JULKAISUT (verkkajulkaisut www.mol.fi)

Työministeriön työpoliittinen tutkimus Nro 265 vuodelta 2005: Kari Hämäläinen, Aki Kangasharju, Sari Pekkala, Matti Sarvimäki, 1990-luvun maahanmuuttajien työllisyys, tuloverot ja tulonsiirrot.

Työministeriön työpoliittinen tutkimus Nro 296 vuodelta 2006: Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Raportti koostuu Mika Gisslerin, Maili Malinin ja Petri Matveisen tutkimuksesta "Terveystenhoito ja sosiaalihuollon laitospalvelut" sekä Aki Kangasharjun ja Matti Sarvimäen tutkimuksesta "Pienten lasten hoito ja sosiaalihuollon avopalvelut".

Är sjukförsäkringen på utdöende?

■ Enligt FPA-direktören **Mikael Forss** är systemet med sjukförsäkringsersättningar på utdöende om den nuvarande takten fortsätter:

– Det vore synd. I så fall avstår man från ett viktigt instrument då det gäller att lösa en svår ekvation inom hälsovården. Sjukförsäkringen borde tvärtom stärkas.

Mikael Forss vill höja de FPA-ersättningar som kunderna får för privat sjukvård. Han skulle höja ersättningsnivån till 60 procent från nuvarande cirka 30 procent som i praktiken uppnås.

– Man borde pröva en sådan väg. Om man nu satsar några tiotals miljoner euro på ersättningar vore det inte mycket i förhållande till de totala kostnaderna för den offentliga hälso- och sjukvården. Man skulle snabbt vinna betydande fördelar med tanke på patientens välbefinnande.

– Det skulle också göra det lättare för kommunerna att klara av vårdgarantin. Det skulle inte ta många veckor eller månader innan efterfrågan och serviceutbudet skulle öka inom den privata sektorn.

Akut skulle förändringen beröra framför allt tandvården: patienterna kunde i större utsträckning använda sig av privat service, vilket skulle motverka en sådan överbelastning inom den offentliga sektorn som man redan sett bland annat i huvudstadsregionen och i vissa större städer.

Om patienterna fick bättre ersättningar för privat sjukvård än vad nu är fal-

let, skulle det enligt Mikael Forss betyda att valbeslutet angående vården delegeras till dem på riktigt.

– Patienten kunde själv bestämma om han eller hon anlitar hälsovårdscentralen på hemorten och köar några månader eller betalar litet mera för att få vård snabbare hos en privat läkare. Det är på det sättet som ett modernt samhälle sköter saker och ting.

Vårdgarantin primär

■ Kanslichef **Markku Lehto** vid social- och hälsovårdsministeriet talar för att man skall överväga olika alternativ då sjukförsäkringen reformeras, t.ex. årssjälvrisker och avtalsläkarsystem. Enligt honom är den offentliga vårdgarantin dock det primära.

Markku Lehto understöder inte tanken på att plötsligt höja taxorna inom socialförsäkringen.

– Det är knappt om läkare. Om det nu vore så att läkarna började satsa mera på jobb inom den privata sektorn kan det leda till problem med tanke på möjligheterna för de offentliga tjänsterna att fungera. En höjning av ersättningsstaxorna kunde eventuellt också avspeglas i läkararvodena och leda till en höjning av de faktiska priserna. Om ersättningspraxisen inte omfattas av några begränsningar och ersättningarna är generösa glider situationen oss lätt ur händerna.

– I Finland har det kommunala ansvaret för ordnandet av vården, det vill säga vårdgarantin, kommit att betraktas som det huvudsakliga systemet, inte socialförsä-

kringen.

Vilken ställning sjukförsäkringssystemet skall ha har diskuterats i minst 40 år. Enligt Markku Lehtos bedömning är systemet inte heller nu på väg att försvinna, men:

– Två parallella system är en sällsynthet ute i världen. Om det vid sidan av den offentliga hälso- och sjukvården behövs ett annat system så varför inte, om man har råd med det.

Eftervården i samband med kriser bör utvecklas

■ Eftervården av de problem som uppstår i samband med olika kriser och katastrofer måste utvecklas. I en studie som forskaren PD **Riitta Kumpulainen** gjort kartlades vilka erfarenheter de personer som var med om bussolyckan i Konginkangas hade haft, och studien resulterade i förslag på rekommendationer om hur de psykosociala stödtjänsterna kunde förbättras. Bakom studien stod Föreningen för Mental hälsa i Finland och FPA.

Enligt studien har akutvården vid kriser ordnats väl i Finland. Även om kriser och sorg inte är sjukdomar ökar risken för traumatisk sorg, psykiska sjukdomar och självmord som en följd av plötsliga förluster vid olyckor och katastrofer. Eftervården av fysiska och psykiska trauman kan pågå under en lång tid.

Direkt psykisk hjälp hade 75 procent av de svarande fått, och av dem tyckte ungefär hälften att hjälpen hade varit till nytta. Möjlighet till avlastningssamtal hade erbjudits 56 procent av de

svarande, och fortsatt stöd erbjöds 44 procent av dem. De som aktivast erbjöd hjälp var Finlands Röda Kors och församlingarna. Enligt de allra flesta var självhjälpgrupper den form av hjälp som fungerade bäst.

De som mest blev utan stödtjänster i samband med bussolyckan i Konginkangas var anhöriga och närstående som inte hörde till den egentliga kärnfamiljen samt vänner och arbetskamrater. Också sådana anhöriga som inte hade begett sig till centralsjukhuset i Mellersta Finland hamnade i skuggan.

Enligt forskaren skall det gå att söka stödtjänster utan besvär, och det måste vara möjligt för dem som erbjuder hjälp att ta kontakt med de drabbade och deras anhöriga.

I samband med olyckan i Konginkangas nådde myndigheternas hjälp inte alltid fram, eftersom kommunerna inte visste vilka alla som berördes av olyckan. Kumpulainen anser att personuppgiftslagen borde ses över och vid behov göras mer flexibel.

– Nu hängde eftervården alltför mycket på slumpen och på de drabbades egen aktivitet, konstaterar Kumpulainen.

Is Finnish health insurance on the wane?

■ If current trends continue, the National Health Insurance compensation system we know may be on its way out, says **Mikael Forss**, director at Kela, the Social Insurance Institution of Finland.

“That would be a pity. It would mean abandoning an important tool that could help us solve the difficult health care equation. Rather than letting it expire, we should be strengthening the National Health Insurance system”, Forss says.

Forss thinks that the compensation rates for patients in respect of private health services should be increased, from the current effective rate of 30 percent of the total cost to 60 percent.

“This is an experiment worth trying”, Forss says. “A few tens of millions of Euros in additional funding would be trivial compared to the overall cost of public health provision. The potential benefits for the patients’ well-being are substantial and quickly attainable.

“The municipalities would also find it easier to cope with their obligations under the waiting-time guarantee. It would not take many weeks or months for demand and supply of private-sector health services to start growing,” Forss estimates.

The change Forss proposes would affect dental care the most by giving patients greater access to private-sector dental services and thus helping to prevent the kind of over-demand for public-

sector services seen in the Helsinki area and some other large cities.

Higher reimbursements for private-sector medical services would empower patients to choose the kind of care they prefer, Forss argues. Patients would be able to decide whether they wished to be treated at the local municipal health centre after waiting a few months or whether they would be willing to pay a little extra for speedier access to care in the private sector. That is the way a modern society functions, Forss says.

Emphasising waiting-time guarantees in health care provision

■ Looking at possible ways of reforming the National Health Insurance system, **Markku Lehto**, Permanent Secretary in the Ministry of Social Affairs and Health, recommends the consideration of such options as the introduction of annual deductibles or a contract physician system. In any case, priority should in Lehto’s view be given to the waiting-time guarantee system.

Lehto does not favour raising compensation rates as a routine matter, saying that as doctors are in short supply, motivating doctors to dedicate more of their working hours to the private sector might lead to problems with the public services. Raising the compensation rates might also cause doctors to charge higher fees, leading to higher prices for physician services. If no restrictions are placed on

eligibility for reimbursements, the situation could easily get out of hand.

According to Lehto, Finland has chosen to go the route of municipal health care provision as opposed to providing health services under a social insurance arrangement. The demise of the social insurance system has been predicted for at least 40 years, but the system has not disappeared and is not about to do so now, Lehto says. However, he adds that while a dual system of the Finnish kind is a rarity, it is fine having a second health care delivery system complementing public health provision as long as we can afford it.

More work needed on crisis aftercare

■ The psychological aftercare of crises and catastrophes requires more attention. A study by **Riitta Kumpulainen** looks at the experiences of persons affected by a bus crash at Konginkangas in central Finland, and makes a number of recommendations for improving psychosocial support services. The study was produced by Kela and the Finnish Association for Mental Health.

The study shows the Finnish immediate crisis response system to be well organised. While crises and sorrow are not illnesses, the abruptness of the loss incurred in accidents and catastrophes increases the risk of traumatic sorrow, psychiatric illness, and suicide. The aftercare following physical or mental

trauma can take a long time.

Seventy-five percent of the respondents had received immediate psychological support. Half of them considered such support useful. Fifty-six percent had been offered a debriefing session and 44 percent had been offered follow-up support. The Finnish Red Cross and the church parishes were the organisations most actively involved in offering crisis support. A majority of the respondents considered peer support the most effective method of assistance.

After the Konginkangas accident, the victims’ non-immediate family members, friends and co-workers were the groups most likely to be left without support services. Family members who did not make the trip to the Central Hospital of Central Finland also received less support than many of them would have liked.

Riitta Kumpulainen says that gaining access to support services must be made easy and the support professionals should have the ability to contact the victims and their family members.

After the Konginkangas accident, official help sometimes failed to reach those affected by the accident because the municipalities could not identify them. According to Kumpulainen, this points up the need to reconsider the Data Protection Act and possibly to make it more flexible.

When it comes to the aftercare services, too much was left to chance or to the individuals’ own initiative, Kumpulainen says.



Kuva Mauri Helenius

Kela|Fpa[®]

PL 450, 00101 HELSINKI | PB 450, 00101 HELSINGFORS