



# **ALUEELLISEN YHDENVERTAISUUDEN EETTISIÄ KYSYMYKSIÄ**

ETENE-julkaisu 43  
ALUEELLISEN YHDENVERTAISUUDEN EETTISIÄ KYSYMYKSIÄ

ISSN-L 1458-6193  
ISSN 1797-9889 (verkkojulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3463-4 (PDF)

URN:ISBN:978-952-00-3463-4  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3463-4>

[www.etene.fi/Julkaisut](http://www.etene.fi/Julkaisut)

Julkaisija:  
Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE  
Sosiaali- ja terveysministeriö  
Helsinki 2013

Taitto: ETENE

# SISÄLLYS

---

Lukijalle .....	4
1 Johdanto .....	5
2 Muuttuvat alueet ja kunnat .....	8
3 Alueellisen yhdenvertaisuuden lainsäädännöllisiä lähtökohtia .....	10
4 Suomalaisen yhteiskunnan alueellisia kehityssuuntia .....	15
5 Alueellisen yhdenvertaisuuden ongelmakohtia .....	19
6 Alueellisen yhdenvertaisuuden turvaamisesta .....	23
7 Johtopäätökset ja ETENEn kannanotot .....	30
8 Konklusioner och ETENEs ståndpunkter .....	32
Kirjallisuutta .....	34
ETENEn julkaisut 2008-2013 .....	35

## Lukijalle

---

Tämä valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn julkaisu pyrkii pohtimaan yhdenvertaisuuden ja eriarvoisuuden eettisiä kysymyksiä.

Neuvottelukunta on keskusteluissaan käsitellyt erityisesti kysymystä kasvavista terveyseroista eri väestöryhmien välillä. Sosiaaligerontologian emeritusprofessori Jyrki Jyrkämä on valmistellut julkaisun käsikirjoituksen, jota neuvottelukunta on kommentoinut ja käsitellyt useissa kokouksissaan ja kesäseminaarissaan 28.8.2013.

Pohditut teemat kietoutuvat yhteiskunnassa käynnissä oleviin alueellisiin muutoksiin ja niiden vaikutuksiin erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten elämään. Julkaisussa tuodaan esille, että alueellisen yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää sosiaalisten ja terveydellisten näkökohtien jatkuvaa huomioimista päätöksenteossa. Siinä painotetaan myös, että palvelurakennetta kehitettäessä on aina arvioitava muutosten vaikutuksia kaikkein heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin.

# 1 Johdanto

---

Yhteiskunnallinen eriarvoisuus lisääntyy suomalaisessa yhteiskunnassa. Tämä näkyy erityisesti tuloerojen kasvuna sekä pienituloisten ja köyhien määrän lisääntymisenä. Eriarvoisuutta osoittaa myös terveys- ja kuolleisuuserojen kasvu väestöryhmien välillä. Edelleen jatkuva lama ylläpitää ja lisää työttömyyttä ja sosiaalisia ongelmia. Samaan aikaan muuttuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö. Kuntarakenteita uudistetaan tavalla, jonka lopputulosta ei vielä tiedetä.

Muutoksia on kehitteillä myös sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Ne merkitsevät suurinta mullistusta sitten järjestelmien rakentamisen. Muutoksia tapahtuu myös alan lainsäädännössä: hiljattain on tullut voimaan ns. vanhuspalvelulaki (980/2012, laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista), ja meneillään on sosiaalipalvelulain merkittävä uudistustyö.

Uudistusten tavoitteeksi nykyinen hallitusohjelma esittää turvata tasa-arvoiset ja laadukkaat palvelut kohtuullisin kustannuksin asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Tavoitteena on edistää avointa ja eettisesti kestävää toimintakulttuuria sosiaali- ja terveysalalla sekä korostaa asiakas- ja potilasnäkökulmaa. Kaste-ohjelma tavoittelee hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista, sosiaali- ja terveysalan rakenteiden ja palvelujen uudistamista asiakaslähtöisesti sekä ihmisten välisen eriarvoisuuden vähentämistä.

Tavoitteet ovat myös eettisesti relevantteja ja tärkeitä. Ongelmia ja risiiriitoja saattaa kuitenkin syntyä. Kyse on pitkälti rajallisten resurssien jakamisesta oikeudenmukaisella ja eettisesti kestäväällä tavalla. Eettisiä ongelmia saattaa syntyä tehokkuus- ja taloudellisuuspyrkimysten ja kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun välille. Nykytilanteeseen ja suunnitteilla oleviin uudistuksiin liittykin kysymyksiä, joista tarvitaan laajaa keskustelua. Missä määrin olemassa olevat rakenteet – esimerkiksi kuntien rajat – edistävät tai vaikeuttavat tarvittavia uudistuksia? Mihin asti kyse on aidosti valittavissa olevista vaihtoehdoista, missä määrin yhteiskunnallisen kehityksen luomista pakoista? Millaiset tekijät ylipäättään estävät tai mahdollistavat uudistuksia? Miten eri vaihtoehdot vaikuttavat kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja tasa-arvoon?

Yhdenvertaisuus on suomalaisen yhteiskunnan peruseriaatteita. Perustuslain mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä eikä ketään saa syrjiä tai asettaa eriarvoiseen asemaan, jos henkilöt tai väestöryhmät ovat samanlaisessa, vertailukelpoisessa tilanteessa. Puhutaan muodollisesta yhdenvertaisuudesta kun tarkoitetaan, että samanlaisessa tilanteessa olevia ihmisiä on kohdeltava samalla tavalla. Samanlainen kohtelu ei silti aina toteuta yhdenvertaisuutta. Olennaista on tosiasiallinen yhdenvertaisuus, joka voi edellyttää eriarvoisuuden aktiivista poistamista. Kun alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta pohditaan muodollista ja tosiasiallista yhdenvertaisuutta, joudutaan aina miettimään, milloin alueellinen erilaisuus tuo mukanaan myös alueellista eriarvoisuutta.

Alueellisen yhdenvertaisuuden arviointia vaikeuttaa siihen liittyvien tekijöiden intersektionaalisuus, toisiinsa kietoutuminen. Näitä tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, sosioekonominen asema, koulutus, ikä, sukupolvi, etnisyys sekä myös asuinkunta ja asuinalue. Rikkaat ja köyhät eivät asu samoilla alueilla. Yhdenvertaisuuteen vaikuttavaa alueellista erilaistumista syntyy eri alueilla eri tavoin. Yhtäällä löytyy kuolevia syrjäkyliä, toisaalla kaupunkialueita, joihin keskittyy huono-osaisuutta ja sosiaalisia ongelmia. Suuria terveys- ja kuolleisuuseroja on myös suurten kaupunkien asuinalueiden välillä.

Alueellisuus ei viime aikoina ole ollut suosiossa, eivätkä aluesuunnittelu ja alueiden kehittäminen enää ole tavoitteena siten kuin aikaisemmin. Kuitenkin sekä mikro- että makrotasot ovat yhteiskuntarakenteen tärkeitä osia. Yhteiskunnan toimintojen alueellinen jakautuminen, tämän jakautumisen muuttuminen ja muutoksen seuraukset ovat yhteiskunnan muutoksen keskeisiä kysymyksiä, ja niillä on myös selvä eettinen, yhdenvertaisuuteen liittyvä ulottuvuus. Alueellisuus on kuntajakoa laajempi käsite.

Tämä ETENEn julkaisu pyrkii herättämään keskustelua sosiaali- ja terveysalan kehittämisen keinoista ja tavoitteista. Tarkoitus on nostaa esille alueelliseen yhdenvertaisuuteen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja ongelmia, esittää lähtökohtia ja kriteerejä niiden arvioimiseksi sekä etsiä uusia näkökulmia sosiaali- ja terveysalan rakenteiden ja palvelujen muutostyöhön. Julkaisu pyrkii tuomaan esille, että ennakoimalla uudistusten vaikutuksia myös alueellisesta näkökulmasta voidaan ehkäistä ongelmien syntyä.

Julkaisu on tarkoitettu kaikille päättäjille, mutta erityisesti heille, jotka osallistuvat käynnissä oleviin sosiaali- ja terveysalan uudistuksiin. Se pyrkii syventämään alueellisesta näkökulmasta – ETENEn ensimmäisen puheenjohtajan Martti Lindqvistin sanoin – keskustelua rajallisuuden etiikasta, etsimään tulevien valintojen avuksi ”oikeita arvoja ja rajoja, joiden ylittäminen kääntyy elämää ja inhimillisyyttä vastaan”.

ETENEssä on käyty keskustelua sosiaali- ja terveysalan eettisestä perustasta ja etiikan tilasta tämän hetken ja tulevaisuuden Suomessa erityisesti julkaisuissa Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta (2011) ja Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012). Jo näissä julkaisuissa on käsitelty myös alueellista yhdenvertaisuutta ja tämän raportin tavoitteena on jatkaa ja syventää keskustelua.

## 2 Muuttuvat alueet ja kunnat

---

Alueet ja niiden muodostama rakenne ovat tärkeä osa yhteiskuntarakennetta. Aluerakenne koostuu luonnosta, väestöstä sekä ihmisten tekemistä rakenteista ja toimintajärjestelmistä. Aluetieteellisessä keskustelussa tehdään ero toiminnallisen ja hallinnollisen aluejaon välillä. Ne voivat olla päällekkäisiä mutta myös poiketa toisistaan. Kunta käsitteenä viittaa hallinnolliseen aluerakenteeseen ja -jakoon.

Käsitettä alue voidaan käyttää monessa merkityksessä ja sillä voidaan viitata myös hallinnolliseen jakoon. Tilastokeskuksen määritelmän mukaan tietty alue viittaa kulloiseenkin kuntajakoon ja kunnista muodostuviin kokonaisuuksiin, kuten seutukuntiin, maakuntiin ja suuralueisiin. Perinteisesti kunta on muodostanut hallinnollisesti ja toiminnallisesti yhtenäisen alueen. Nykyisin nämä jaot enää mene kaikelta osin päällekkäin ja tästä aiheutuu ongelmia, erityisesti suurten kaupunkien ja niiden kehyskuntien välille. Harvaanasutulla maaseudulla joudutaan palveluja hakemaan ehkä kaukanakin sijaitsevista lähikaupungeista.

Alueet ja aluejaot muuttuvat: väestö muuttaa, kunnat yhdistyvät, teitä ja muita liikenneyhteyksiä rakennetaan. Samalla toiminnallisten ja hallinnollisten aluejakojen suhde muuttuu. Esimerkiksi työssäkäyntialueet laajenevat yli kuntarajojen ja monet palvelut irtaantuvat kuntakontekstista. Palvelut keskittyvät ja niiden käyttö edellyttää liikkumista. Ongelmia tulee niille, joilla ei ole omaa autoa tai kykyä tai mahdollisuutta käyttää yleisiä kulkuvälineitä.

Myös fyysisen ja ajallisen etäisyyden dynamiikka muuttuu. Fyysiset etäisyydet palveluihin saattavat pidentyä, ajalliset etäisyydet joko pidentyä tai lyhentyä riippuen liikkumismahdollisuuksista, palvelujen tarjonasta ja niiden kysynnästä. Aika- ja paikkasidonnaisuuksien kudelma muuttuu, etäisyydet mahdollisuuksiin ja vaihtoehtoihin muuttuvat. Muutokset voivat aiheuttaa epätasa-arvoisuutta. Parempiosaiset sopeutuvat muutoksiin huono-osaisia paremmin ja nopeammin. Vanhukset, vammaiset ja muut haavoittuvat ryhmät ovat riippuvaisempia siitä, millaiset ovat etäisyydet ja yhteydet palveluihin ja ovatko esimerkiksi kuljetuspalvelut toimivia. Alueisiin liittyvät identiteetit ovat myös ikä- ja sukupolvisidonnaisia. Alueeseen ja paikkaan eniten sidonnaisia ovat ne



ryhmät, joiden mahdollisuudet ja kyvyt liikkua ovat vähäisimmät, siis kaikkein haavoittuvimmat väestöryhmät. Nuorten ikäryhmissä sidonnaisuutta lienee keskimäärin vähemmän kuin vanhojen ikäryhmissä.

Muutokset vaikuttavat paikkasidonnaisuuteen ja paikallisuuteen myös koettuna ilmiönä. Aluetieteellisessä keskustelussa puhutaan paikallisidentiteetistä ja pohditaan sitä, mihin tämä paikallisidentiteetti kiinnittyy. Kuntarakennekeskustelussa kuntien yhdistämisen eräänä mahdollisena negatiivisena seurauksena on pelätty kunnallisen paikallisidentiteettien murenemista ja katoamista. Toisaalta on huomattava, että kuntien yhdistäminen voi myös vahvistaa pienten kylien, asuma-alueiden ja kaupunginosien asukkaiden paikallisidentiteettiä. Identiteetin vahvistuminen voi olla myönteistä yhteisöllisyyden ja yhteistoiminnan lisääntymisen kannalta.

### 3 Alueellisen yhdenvertaisuuden lainsäädännöllisiä lähtökohtia

---

Kansalaisten yhdenvertaisuuden perusteista on säännelty Suomen perustuslaissa (731/1999). Sen toisen luvun kuudennen pykälän mukaan kansalaiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Kyseessä olevan pykälän mukaan:

*”Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.”*

Perustuslaki määrittelee myös keskeiset perusoikeudet. Erityisesti perustuslaki turvaa ns. haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä seuraavasti:

*”... jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. ... Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.”*

Perustuslaki määrittelee julkisen vallan vastuulliseksi riittävästä sosiaali- ja terveystalvasta: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvasta ja edistettävä väestön terveyttä.”

Yhdenvertaisuudesta säännellään myös yhdenvertaisuuslaissa (21/2004), jonka mukaan

*”... ketään ei saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Sukupuoleen perustavasta syrjinnän kiellosta säädetään naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetussa laissa.”*

Yhdenvertaisuuslain 2 §:ssa määritellään, että kyseistä lakia sovelletaan

*”yksityisessä ja julkisessa toiminnassa, kun kysymys on 1) itsenäisen ammatin tai elinkeinon harjoittamisen edellytyksistä taikka elinkeinotoiminnan tukemisesta; 2) työhönottoperusteista, työoloista tai työehdoista, henkilöstökoulutuksesta taikka uralla etenemisestä; 3) koulutuksen, mukaan lukien erikoistumis- ja uudelleen koulutuksen, tai ammatillisen ohjauksen saamisesta; taikka 4) jäsenyydestä tai toimin-*

*nasta työntekijä- tai työnantajajärjestössä tai muussa järjestössä, jonka jäsenillä on tietty ammatti, taikka järjestön antamista etuuksista.”*

Etnisen alkuperän osalta lain soveltamisala on laajempi. Lakia sovelletaan myös silloin, kun kysymys on muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluista, sosiaaliturvaetuksista tai muista sosiaalisin perustein myönnettävistä tuista, alennuksista ja etuuksista. Yhdenvertaisuuslakia sovelletaan etnisen alkuperän perusteella tapahtuvaan syrjintään silloinkin, kun kyse on asumisesta tai palvelujen tarjonnasta ja saatavuudesta muissa kuin yksityisten henkilöiden välisissä suhteissa.

### **Potilaan ja asiakkaan oikeudet**

Potilaan ja asiakkaan oikeudet määritellään yhtäältä potilaslaissa (785/1992), toisaalta sosiaalihuollon asiakaslaissa (812/2000). Potilaslain mukaan

*”...jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.”*

Hoidon laadusta potilaslaissa todetaan:

*”...potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. ... Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.”*

Sosiaalihuollon asiakaslaki puolestaan määrittelee asiakkaan oikeudet korostaen asiakaslähtöisyyttä:

*”Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. ... Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa.”*

Perustuslaki takaa kansalaisille oikeuden valita asuinpaikkansa. Saman oikeuden takaa myös kotikuntalaki tilanteessa, jossa henkilö on sijoitettu perhehoitoon, laitoshiitoon tai asumispalvelujen avulla järjestet-

tyyn asumiseen muun kuin kotikuntansa alueelle. Tällöin hän voi valita uudeksi kotikunnakseen sen kunnan, jonka alueella olevassa toimintayksikössä tai asunnossa hän asuu. Valintaoikeutta rajoittaa edellytys, että hoidon tai asumisen arvioidaan kestävän tai on kestänyt yli vuoden.

### ***Kuntien oikeudet ja velvollisuudet***

Terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden järjestäminen kuuluu ensisijaisesti kuntien velvollisuuksiin. Lainsäädäntö määrittää monilta osin tehtävien järjestämistä. Terveydenhuoltoa koskevat muun muassa kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), terveydenhuoltolaki (1326/2010), tartuntatautilaki (583/1986) ja mielen-terveyslaki (1116/1990). Sosiaalihuollon järjestämistä säätelevät muun muassa sosiaalihuoltolaki (710/1982) ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992), laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (1704/2009) sekä laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007). Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin kyseisessä laissa tai muutoin säädetään.

Terveydenhuoltolaissa lähtökohtana on, että

*„...kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä.”*

Terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamisessa on terveydenhuoltolain 4 §:n 2. momentin mukaan oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollos- ta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

Terveydenhuoltolain perustana on myös asiakaslähtöisyys:

*”Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.”*

Laki korostaa kunnan ja sairaanhoitopiirin velvollisuutta huolehtia asukkaistensa palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on myös järjestettävä terveydenhuoltopalvelut lähellä asukkaita, ellei palvelujen alueellinen keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Myös uusi vanhuspalvelulaki (980/2012) sääntelee:

*”...kunnan velvollisuudesta huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta kunnassa.”*

Kunnan tehtäväkenttä muotoutuu vahvan kunnallisen itsehallinnon puitteissa. Kunnan itsehallinnon kannalta keskeiseksi muodostuu perustuslain 121 § ja kuntalaki (365/1995). Kuntalain 2 §:n mukaan kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla. Kunnallinen itsehallinto on perinteisesti nauttinut vahvaa suojaa.

Alueelliseen erilaisuuteen ja myös yhdenvertaisuuteen puuttuu laki alueiden kehittämistä (1651/2009), jossa todetaan, että

*”...tämän lain tavoitteena on vuorovaikutukseen ja verkostoitumiseen perustuva alueiden kehittämisen järjestelmä, joka luo edellytykset eri alueiden tasapainoiselle kehitymiselle ja kestävään kehitykseen perustuvalla hyvinvoinnilla ja taloudellisella kasvulla.”*

Lain tavoitteena on vähentää alueiden välisiä ja sisäisiä kehityseroja sekä parantaa niiden omia vahvuuksia ja erikoistumista. Tarkoituksena on myös edistää väestön hyvinvointia ja osaamista sekä alueiden kulttuuria.

Alueiden kehittämisen tavoitteena on:

1. vahvistaa alueiden kansallista ja kansainvälistä kilpailukykyä;
2. edistää taloudellista tasapainoa ja elinkeinotoiminnan kehitystä;
3. edistää kestävästä työllisyyttä;
4. vähentää alueiden välisiä ja sisäisiä kehittyneisyseroja sekä parantaa niiden omia vahvuuksia ja erikoistumista;
5. edistää väestön hyvinvointia ja osaamista sekä alueiden kulttuuria;
6. parantaa elinympäristön laatua ja kestävästä alue- ja yhdyskuntarakennetta.

## 4 Suomalaisen yhteiskunnan alueellisia kehityssuuntia

---

Sotien jälkeistä aikaa aina 1960-luvulle asti voidaan luonnehtia kasvun ja laajenemisen ajanjaksoksi. Sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat lisäsivät väestöä etenkin maaseudulla mutta myös kaupungeissa. Asutustoiminta ja siirtoväen sijoittaminen tihensivät maaseutu-asutusta, mutta loivat samalla uusia asuma-alueita entisille haja-asutusalueille. Kaupungistuminen sai vauhtia liikkuvuuden lisääntyessä. Etenkin metsäteollisuus loi työpaikkoja maaseutualueille metsätöihin ja puunkorjuuseen.

Muutos käynnistyi 1960-luvulla, ja nyt suomalainen yhteiskunta on keskittynyt ja keskittyy edelleen. Muuttoliike maaseudulta kaupunkiin ja maaseutualueilla kuntakeskuksiin ja muihin taajamiin on tiivistänyt väestöä ja suppeuttanut aluerakennetta. Muuttoliikkeen taustalla ovat väestö- ja elinkeinorakenteen muutokset ja niiden taustatekijät.

Muuttoliikkeen seurauksena väestön alueellinen jakautuminen on olennaisesti muuttunut: väestö keskittyy etelään ja lounaaseen. Tätä kuvaavat selkeästi muutokset esimerkiksi Uudenmaan alueen väestöosuudessa: vuonna 1920 siellä asui 13 prosenttia, vuonna 1950 jo 17 prosenttia maan väestöstä, nyt luku lähenee 30 prosenttia. Kolmen pohjoisimman maakunnan osuus on nyt noin 12 prosenttia, vaikka ne pinta-alaltaan kattavat suuren osan Suomea.

Kaupungistuminen on edennyt huimaa vauhtia. Vuonna 1950 silloisissa kaupungeissa asui väestöstä 32 prosenttia. Nyt kaupunki-termi ei enää samalla tavalla kuvaa aluerakennetta. Vuodesta 1995 lähtien mikä tahansa kunta on voinut ottaa kaupunkinimen niin halutessaan. Nyt Tilastokeskus luokittelee kuntien kaupunkimaisuuden kolmiportaisella asteikolla seuraavasti. *Kaupunkimaisia* ovat kunnat, joissa väestöstä vähintään 90 prosenttia asuu taajamissa tai joiden suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000 henkeä. Kunta on *taajaan asuttu*, jos vähintään 60, mutta alle 90 prosenttia väestöstä asuu taajamissa. Lisäksi edellytetään, että kunnan suurimmassa taajamassa on vähintään 4 000 mutta kuitenkin vähemmän kuin 15 000 asukasta. *Maaseutumaisia* ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 prosenttia asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä

vähintään 60 prosenttia mutta alle 90 prosenttia asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000 asukasta.

Kuntia oli vuoden 2013 alussa 320, näistä Tilastokeskuksen luokituksen mukaan 57 kaupunkimaisia, 65 taajaan asuttuja ja 198 maaseutumaisia. Kaupunkimaisissa kunnissa vuoden 2011 lopussa asui noin 3,7 miljoonaa eli 68,5 prosenttia väestöstä, taajaan asutuissa kunnissa noin 860 000 henkeä, 16 prosenttia väestöstä, ja maaseutumaisissa kunnissa noin 850 000 henkeä, vajaa 16 prosenttia väestöstä. Maaseutumaisten kuntien keskimääräinen asukasluvu oli siis noin 4 300 henkeä. Tämäkään luokitus ei kerro koko kuvaa väestön jakautumisesta; myös suurien kaupunkien reuna-alueet saattavat olla varsin maaseutumaisia ja sijaita kaukana kaupunkien keskustasta ja palveluista.

Suomi on siis kaupunkimaistumassa, taajamaistumassa ja eteläistymässä. Tämä väestön uusjakautuminen lisää alueellista erilaistumista. Makrotasolla tarkasteltuna on muutamia suuria kasvukeskuksia ja niiden rinnalla alueita, joiden väestökehitys on pysähtynyt tai vähenevä. Sama ilmiö näkyy myös mikrotasolla: maaseutumaisten kuntien asujaimisto keskittyy kuntien keskustaajamiin, haja-asutusalueet tyhjenevät ja ikääntyvät. Kehitykseen vaikuttaa myös sattuma: paikkakuntaa vuosikymmeniä työllistäneen suuren teollisuuslaitoksen sulkeminen voi aiheuttaa alueella taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen katastrofin, niin maaseudulla kuin pikkukaupungissa. Tällä hetkellä noin 1,3 miljoonaa suomalaista asuu äkillisen rakennemuutoksen alueilla (esim. Kouvola, Salo, Oulu). Kehitystä kuvaa myös se, että vuosituhannen vaihteen jälkeen arvioidaan noin 50 000 omakotitalon jääneen tyhjäksi.

Tapahtuneella murroksella on monenlaisia seurauksia. Hyvinvointivaltion alueellinen laajeneminen on pysähtynyt, jopa kutistunut: palvelut keskittyvät keskusta-alueille ja taajamiin. Valtion monet viranomaispalvelut jättävät yhä useampia alueita. Syrjäseutujen alueellinen infrastruktuuri rapautuu teiden kunnon heikentyessä. Harvaan asutulla maaseudulla huonon kehityksen kierre voimistuu, kun nuoret muuttavat pois, palvelut vähentyvät, jäljellä oleva maatalous keskittyy ja työpaikat katoavat. Väestön ikääntyminen ja elinmahdollisuuksien kaventuminen vaikuttaa myös paikallisten kansalaisjärjestöjen ja yhteisöjen toimintaan ja tätä kautta alueelliseen hyvinvointiin.



Ihmistä ja palveluista tyhjenevät alueet ovat kehityksen eräs ulottuvuus. Toinen liittyy kasvukeskusten ja kaupunkialueiden sisäiseen eriytymiseen. Perustellusti on kysytty, onko Suomeen syntymässä erityisiä huono-osaisten asuinalueita, joissa on monia sosiaalisia ongelmia ja joissa palvelut toimivat huonommin kuin paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleva väestön asumisalueilla. On myös esitetty, että eräiden kaupunkialueiden tämänsuuntainen kehitys on jo niin pitkällä, ettei sen suuntaa pystytä enää kääntämään.

Väestön alueelliseen usjakautumiseen liittyy myös resurssien uusjako. Alueiden väestöjen ikärakenteet poikkeavat huomattavasti toisistaan. "Vanhimmissa" kunnissa yli 65-vuotiaiden osuus on jo lähes 35 prosenttia kun "nuorimmissa" kunnissa tämä osuus on alle kymmenen prosenttia. Ikääntyminen ei sinänsä ole ongelma, mutta se voi aiheuttaa ongelmia esimerkiksi työikäisen väestön keskittyessä kaupunkeihin ja taajamiin. Ikäväestön suhteelliset osuudet eivät toki kerro koko kuvaa: määrällisesti eniten hoitoa ja hoivaa tarvitsevia ikääntyneitä on suurissa kaupungeissa, varsinkin suurten ikäluokkien tullessa vanhusikään 2020-luvulla.

Työikäinen väestö keskittyy kaupunkeihin ja taajamiin. Alueellisen ikärakenteen muutokset muuttavat myös huoltosuhdetta. Huoltosuhteella tarkoitetaan alle 15- ja yli 65-vuotiaiden suhdetta 100:a työikäistä kohti. Koko maassa luku on noin 50, mutta Suomessa on alueita, joilla huoltosuhte on jo lähes 60. Kunnittain huoltosuhte vaihtelee vielä enemmän, välillä 89 ja 39. Myös monet muut kansalaisten hyvinvointiin vaikuttavat tekijät kuten työkyvyttömyys ja sairastavuus, eroavat alueellisesti. Jakautuminen vaurastuviin ja köyhtyviin alueisiin näyttää kiihtyvän.

Myös hallinnon toiminnassa on alueellisia ja kuntakohtaisia eroja. Valtion normiohjauksen vaihduttua suositusten antamiseen on kuntien autonomia lisääntynyt, jolloin niiden omat strategiat ja valinnat ovat korostuneet. Kunnat poikkeavat toisistaan myös toiminta-asenteissaan: on "kovia" ja "pehmeitä" kuntia, joissa korostetaan eri tavoin tukimahdollisuuksia ja kansalaisten omaa vastuuta. Palveluiden taso ei kuitenkaan automaattisesti parane vain resursseja lisäämällä. Samankaltaisessa taloudellisessa tilanteessa olevien kuntien palvelut voivat poiketa suurestikin toisistaan.

Myös kysymys ihmisen omasta vastuusta on ajankohtainen. Kuinka pitkälle yksittäisen ihmisen tulisi myötäillä yleistä yhteiskuntakehitystä? Pitäisikö esimerkiksi sotien jälkeen rakennetuilta, nyt jo melkein tyhjeneiltä maaseudun asutusalueilta viimeistenkin vanhojen asukkaiden muuttaa taajamiin? Millaisia palveluja on oikeus odottaa? Onko ihmisellä oikeus tehdä yleisen kehityksen näkökulmasta väärää ratkaisuja? Onko maahanmuuttajalla mahdollisuus valita asuinalueensa kaupungissa? Millaisen riskin ottaa eläkeläinen muuttaessaan takaisin vanhaan kotikuntaansa? Onko hänellä siellä oikeus odottaa samantasoista palvelua kuin lähtökunnassaan?

Yleisemmin kysymys on eritasoisten rakenteiden suhteista toisiinsa. Miten hyvin nykyiset hallinto-, palvelu- ja kuntarakenteet tukevat jatkuvasti muuttuvaa väestö-, alue- ja elinkeinorakennetta? Suomalainen hallintomalli on perinteisesti rakentunut vahvan kunnallisen itsehallinnon varaan. Nyt tämän itsehallinnon mittakaavaa joudutaan pohtimaan uudelleen. Murrosvaiheessa voidaan ilman perusteellista vaihtoehtojen pohdintaa ja yhdessä sovittuja ratkaisuja joutua tilanteeseen, jota kukaan ei ole halunnut.

Suomalainen kuntarakenne on syntynyt aikana, jolloin maantieteelliset etäisyydet loivat aivan toisen alueellisen maiseman kuin nykyään. Hevoskyydillä kirkolle meno säänteli aiemmin kuntien rajoja ja sijaintia. Auto lyhensi etäisyyksiä ja mahdollisti kunnan alueen laajenemisen. Tilanne muuttuu koko ajan: nyt maaseudulla oma auto on monelle välttämätön julkisen liikenteen tarjonnan supistuessa. Fyysisten välimatkojen rinnalle yhtä tärkeäksi on tullut ajallinen etäisyys: missä ajassa palvelut ovat saatavissa, kun niitä tarvitaan.

## 5 Alueellisen yhdenvertaisuuden ongelmakohtia

---

Tuoreen hyvinvointikatsauksen mukaan asuinalueen mukaiset koetun hyvinvoinnin erot eivät ole juurikaan kasvaneet, huolimatta alueiden erilaistumisesta. Suurin ero on siinä, että maaseutualueilla asuvat ihmiset kokevat terveydentilansa huonommaksi kuin kaupungeissa asuva. Tämä ero selittyy pitkälti väestörakenteella: maaseudulla asuu suhteellisesti paljon ikääntyneitä.

Viimeisin kansalaisbarometri piirtää toisensuuntaisen kuvan. Sen mukaan suomalaisten hyvinvointi on polarisoitunutta: itäsuomalaiset, kainuulaiset ja pohjoiskarjalaiset arvioivat hyvinvointinsa muita suomalaisia heikommaksi. Useimmin tyytyväisiä ollaan kaupunkimaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä kaupunkien läheisellä maaseudulla, harvemmin maaseutumaisissa kunnissa ja harvaan asutulla maaseudulla. Tyytyväisyys liittyy myös kunnan kokoon: alle 10 000 asukkaan kunnissa voitiin keskimäärin huonommin kuin suuremmissa. Tämä ero ei selittänyt ikäryhmäeroilla. On myös muistettava, että keskiarvot kertovat tilanteista vain keskiarvon.

Kun arvioidaan alueellista yhdenvertaisuutta, on hyvinvoinnilla oma merkityksensä, mutta vielä enemmän joudutaan arvioimaan kansalaisille tarjottuja palveluita, joiden suhteen ihmisten tulisi olla tasa-arvoisia. Tässä tarkastelussa on muistettava alueiden erilaisuus: alueellisten olojen ja siksi myös palvelutarpeiden välillä on suuria eroja. Onko ylipääntään mahdollista turvata sekä yhtäläiset peruspalvelut että alueellisen erilaisuuden edellyttämät palvelut? Erityinen ongelma on, miten turvata palvelut niillä alueilla, joilla ei ole riittäviä taloudellisia resursseja eikä riittävää asiantuntemusta.

Myös peruspalveluja tarjoaville työntekijöille on mahdollistettava odoituksia vastaavat työolot, muuten palvelut ajautuvat kriisiin vauriillakin alueilla. Onkin esitetty, että erikoissairaanhoidon palvelut toimivat varsin hyvin, mutta perusterveydenhoidossa on suuria ongelmia. Lääkäreitä on vaikea saada maaseutualueille, kaupungeissa taas terveystakeskusten lääkäreiden vaihtuvuus haittaa potilassuhteiden jatkuvuutta. Perusterveydenhuollossa on siis ongelmia kaikenlaisilla alueilla.

Erityisesti muutostilanteissa korostuu eettinen pohdinta ja punninta eri suuntiin vetävien intressien välillä. Tehokkuuden ja taloudellisuuden vaatimukset tulee sovittaa yhteen yksilöiden yhdenvertaisen kohtelun vaatimuksen kanssa. Etenkin harvoin tarvittavat palvelut ovat vaarassa keskittyä kohtuuttomasti, vaikka osa ihmisistä elää reuna- ja haja-asutusalueilla.

Palvelujen toteuttamistavat joudutaan mukauttamaan paikallisiin oloihin. On siis perusteltua, että kunnilla on niiden suhteen harkinnanvaraa, toisin kuin esim. perusturvan toteuttamisessa. Joka tilanteessa on silti mietittävä, mikä on kohtuullista. Onko yhdenvertaista ja kohtuullista, jos hätätilanteessa Hyvinkäällä sairasauton tulo sydäninfarktipotilaan luo kestää vajaat viisi minuuttia, mutta Utsjoella kaksi tuntia. Ovatko kansalaiset tällöin yhdenvertaisia perustuslain tarkoittamalla tavalla?

Alueelliset olot, kuntien resurssit ja kuntien tulkinnot siitä, mikä on riittävää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua, aiheuttavat kansalaisten välistä eriarvoisuutta. Erityisesti tämä voi koskea ehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa toimintaa, jonka alueelliset ja paikalliset erot saattavat kasvattaa terveyseroja ja pahentaa syrjäytymistä. Säästäminen yhtäällä voi lisätä kustannuksia ja ongelmia toisaalla: esimerkiksi kouluterveydenhoitoa eniten vähentäneet kunnat käyttivät lapsille ja nuorille suunnattuja erikoissairaanhoidon palveluja 2000-luvun alussa enemmän kuin muut vastaavat kunnat. Kunnallisten toimien kirjavuuden lisäksi eriarvoisuutta on lisännyt valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan kykenemättömyys puuttua eriarvoisuutta synnyttäviin mekanismeihin.

Keskustelussa alueellisesta yhdenvertaisuudesta, oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvosta on ongelmiksi nostettu mm. seuraavia kysymyksiä, jotka liittyvät erityisesti maaseudun syrjäalueisiin, kaupunkien huono-osaistuneisiin alueisiin sekä harvoin tarvittaviin palveluihin. Näiden kysymysten ratkaiseminen edellyttää tutkimusta, arviointia sekä uusin toimintamallien ja käytäntöjen löytämistä.

### *Yleiset alueisiin ja kuntiin liittyvät kysymykset*

- palvelujen lisääntyvä keskittäminen, etenkin maaseudulla
- kunnittain vaihtelevat palvelumaksut
- päivittäisten palvelujen saatavuus, kun ongelma on "ajallinen" etäisyys, palvelujen riittämättömyys ja siitä aiheutuva jonoutuminen
- alueittain ja paikkakunnittain vaihtelevat palvelutarpeen arviointikäytännöt
- omaishoidon tukemisen erilaiset käytännöt ja maksupolitiikat
- kuoleman alueellinen eriarvoisuus, erityisesti saattohoidon erilaiset mahdollisuudet
- kuntien väliset erot resursseissa ja niiden kohdentamisessa (esim. hammasimplantit, keraamiset paikkaukset, suun terveydenhuolto yleisemminkin)
- haavoittuvien erityisryhmien (kehitysvammaiset, muut vammaisryhmät) alueittain erilaiset palvelut

### *Erityisesti maaseutumaisiin alueisiin liittyvät kysymykset*

- päivittäin tarvittavat palvelut (esim. apu hätätilanteissa, muu turvallisuus) ja niiden saatavuus
- asiantuntemuksen jakautuminen, keskittyminen ja riittävyys
- kuntien erilaiset mahdollisuudet tuottaa palveluja, esimerkkinä ikääntyneiden kuntoutus
- palvelujen ja palvelutarpeen kohtaamattomuus
- vaikeudet rekrytoida pätevää ja asiantuntevaa henkilöstöä, henkilöstön vaihtuvuus
- kilpailuttamisen mahdollisuudet ja osaaminen vaihtelevat alueittain ja kunnittain
- tietoisuus palveluista voi olla paikallisesti puutteellista, uudet viestikanavat eivät tavoita kaikkia tarvitsijoita
- säädetyt käsittelyajat (esim. toimeentulotuki) toteutuvat eri tavoin eri kunnissa
- henkilöstön olot ja viihtyvyys (esim. puolison työnsaantimahdollisuudet)

### *Kaupunkien huono-osaistuneet alueet*

- riittämättömät peruspalvelut suhteessa erityistarpeisiin
- alueiden sosiaalinen eriytyminen, valikoitunut muuttoliike
- sosiaalisten ongelmien keskittyminen, alueiden kurjistuminen
- palveluiden keskittyminen parempiosaisten asuinalueille

### *Harvoin tarvittavat palvelut*

- laatuvaatimusten kasvaminen, erikoisosaamisen ja kalliiden laitteiden tarve
- pitkien matkojen aikakustannukset jäävät asiakkaalle eikä niitä pääsääntöisesti korvata
- eräiden sairauksien (esim. muistisairaat, infarktipotilaat) hoidon, jälkihoidon ja kuntoutuksen saatavuus vaihtelee alueittain

## 6 Alueellisen yhdenvertaisuuden turvaamisesta

---

ETENE on aiemmissa kannanotoissaan korostanut keskeisinä eettisinä periaatteina hyvän tekemistä ja vahingon välttämistä, itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, niukkojen resurssien oikeudenmukaista ja mahdollisimman tehokasta käyttöä sekä ihmisarvon jakamattomuutta ja ihmisten keskinäistä yhdenvertaisuutta. Nämä periaatteet on eri tavoin kirjattu myös suomalaisen lainsäädäntöön.

Alueellisen yhdenvertaisuuden eettisesti kestäväenä perustana voi olla vain alueellinen realismi. Alueiden yhdenvertaisuus kietoutuu monitasoisesti niiden erilaisuuteen. Ongelmana on, miten ylläpitää tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta tässä erilaisuudessa. Miten vedetään raja erilaisuuden ja epätasa-arvon suhteen: missä ja milloin erilaisuus muuttuu yhdenvertaisuuden puuttumiseksi. Kyse on pitkälti rajallisten resurssien jakamisesta ja siitä, millaisten hallintorakenteiden puitteissa resursseista päätetään. Aluepolitiikalla voidaan saada aikaan eettisesti kestäviä tai eettisesti arveluttavia ratkaisuja. Millainen alue-, kunta- ja hallintorakenne optimoivat hyvän tekemisen ja pahan välttämisen, autonomian ja yhdenvertaisuuden? Näihin kysymyksiin voidaan etsiä vastauksia monilta tahoilta.

### ***Lähtökohtia***

Palvelujen turvaaminen alueellisesti yhdenvertaisella tavalla edellyttää tarkkaa tietoa nykytilasta ja tietoon pohjautuvaa suunnittelua ja harkintaa. Miten on kohdeltava niitä alueita, joilla niukkojen palvelujen turvin asuu paljon vanhoja ihmisiä? Miten voidaan lisätä yhdenvertaisuutta samalla kun rakennetaan suomalaisen yhteiskunnan kokonaisuutta taoudellisesti ja sosiaalisesti kestäväällä tavalla?

Uutta aluesuunnittelun ja -tutkimuksen avauksia edellyttävät myös viime aikojen merkittävät kehitystrendit: yhtäältä sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinaistuminen, toisaalta niiden kilpailuttaminen. Markkinaistuminen vie palveluja osaksi suuria kansainvälisiä yrityksiä. Kilpailuttaminen edellyttää tietoja ja taitoja, joita kaikissa kunnissa ei välttämättä ole. Kilpailuttaminen voi olla kohtalokasta paikallisille pienille hoiva-alan

yrityksille ja se voi johtaa palveluiden massatuotteistamiseen ja standardoimiseen, jotka voivat vaikuttaa palvelujen laatuun. Näistä vai-  
kutuksista on toistaiseksi niukasti tietoa. Tulevien ratkaisujen pohjaksi  
on tarkasteltava markkinaistumisen, kilpailuttamisen ja niihin liittyvien  
ratkaisujen pitkäaikaisvaikutuksia.

### ***Rakenteiden uudistaminen***

Sosiaali- ja terveysalan rakenteiden uudistaminen, yhdessä kuntara-  
kenteen kehittämisen kanssa, on yleisesti nähty välttämättömäksi. Uu-  
distaminen ei ole kuitenkaan itseisarvo vaan väline, jolla pyritään ai-  
ottuihin tavoitteisiin. Olennaista on pohtia, mitä nämä tavoitteet ovat.  
Tavoitellaanko ensisijaisesti kestävyysvajeen umpeen kuromista? Onko  
tavoitteena erityisesti kuntien taloudellisen kestävyuden parantami-  
nen, siis säästöt? Onko tarkoitus lisätä tehokkuutta vai hyvinvointia? Vai  
pyritäänkö selkeästi palveluiden parantamiseen, niiden saatavuuden ja  
käytön yhdenvertaisuuteen? Tavoitteet voivat olla myös keskenään ris-  
tiriitaisia.

Alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta asiakkaiden tarpeiden  
tulee olla uudistamisen lähtökohtana. Tarpeiden pitäisi määrittää, mi-  
ten ja millaisia sosiaali- ja terveyshuollon palveluja alueelle tarjotaan.  
Useimmiten tarvitaan asukkaiden hyvinvointiin, toimintakykyyn, äkilli-  
siin kriisitilanteisiin, sosiaaliseen syrjäytymiseen ja asumiseen liittyvää  
tukea ja palveluja. Tarpeiden tunnistaminen on tärkeää ja keskeistä.  
Olisi siis pohdittava, millainen hallinto- ja palvelurakenne mahdolis-  
taisi tarpeiden tunnistamisen ja palvelujen tarjoamisen parhaalla mah-  
dollisella, yhdenvertaisuutta luovalla tavalla.

Terveysalan perusmalli on Suomessa ollut erikoissairaanhoidon ja pe-  
rusterveydenhuollon eriyttäminen, ja tästä on seurannut yleisesti tun-  
nettuja ongelmia. Erikoissairaanhoidon ja akuuttihoidon arvioidaan  
toimivan hyvin, mutta perusterveydenhuollossa, pitkäaikaishoidossa  
ja kuntoutuksessa on ongelmia.

Ongelmien ratkaisussa suuri kysymys on, millainen hallintomalli ja  
aluerakenne turvaa parhaiten palveluiden tehokkuuden, niiden yh-  
denvertaisuuden, oikea-aikaisuuden sekä hoito- ja palveluketjujen



saumattoman toiminnan. Olennaista on myös arvioida, mitä on järkevää keskittää ja miten, mitkä palvelut on pidettävä lähellä ja miten kansalaisten yhdenvertaisuus turvataan kestäväällä tavalla. On tärkeää pohtia myös palveluiden järjestämisvastuuseen liittyviä kysymyksiä. Mikäli perus- ja erikoispalvelut yhdistetään saman johdon alaisuuteen, voidaan voimavaroja suunnata perushoittoon ja -hoivaan. Hyvin toteutettuna tämä voisi parantaa heikoimmassa asemassa olevien ihmisten terveys- ja sosiaalipalveluja. Vastuun hajauttaminen poistaisi tämän mahdollisuuden. Palveluiden järjestäminen jäisi liikaa yksittäisten, voimavaroiltaan erilaisten kuntien päätösten varaan.

### ***Toimintakäytäntöjen kehittäminen***

Rakenteiden uudistaminen ei yksin riitä, vaan tarvitaan myös tuttujen toimintakäytäntöjen arvioimista ja uudelleen muotoilua. Toimintatapoja muutettaessa on yhdenvertaisuuden turvaamiseksi pohdittava muutosten seurauksia erityisesti potilaiden ja asiakkaiden näkökulmasta.

Ratkaistavia asioita on paljon: vapaa palveluihin hakeutuminen voi joko lisätä tai vähentää eriarvoisuutta. Nykyisessä järjestelmässä parempiosaisilla tuntuu olevan enemmän mahdollisuuksia valita palvelunsa ja vapaa valinta voi tätä eriarvoisuutta kasvattaa. Alueellisen yhdenvertaisuuden kannalta olennaista on myös palvelujen sijainti. Jos perusterveydenhuollon päivystyspisteet vähenevät ja etääntyvät, entistä keskeisemmiksi tulevat liikkumismahdollisuudet ja kuljetuspalveluiden toimivuus. Pitkät matkat vievät aina sekä rahaa että aikaa.

On esitetty, että syrjäseutujen pienet vanhainkodit voisivat olla parempia kuin suuret yksiköt, koska niissä paikallisuuden ja yhteisöllisyyden turvaaminen käy helpommin. Jos laitoshoido keskittyy suuriin, kaukana sijaitseviin yksikköihin, vaarana on hoidettavien irtaantuminen omista paikallisista verkostoistaan ja sen myötä yksinäisyyden ja masentuneisuuden voimistuminen. On siis mietittävä, miten ja mihin laitoshoidoa sijoitetaan, jotta asukkaiden alueellinen yhdenvertaisuus ei heikkene. Hoitoyksiköiden sijainti ja koko ovat yhteydessä myös valvontaan: lähipalvelut ovat paremmin eräänlaisen yhteisövalvonnan piirissä.

Palvelujen keskittyessä on yhä tärkeämpää arvioida etäisyyksien aiheuttamia hankaluuksia palvelujen käyttäjille. Esimerkiksi lasten sijoittaminen etäisiin hoitopaikkoihin voi vaikeuttaa koko perheen elämänrytmää. On mietittävä, pitääkö palvelujen tarvitsijoiden liikkua, vai olisiko palvelujen tarjoajien liikkuminen tehokkaampaa ja edullisempaa. Tällaisista ratkaisuista on hyviä esimerkkejä vammaispalveluissa kunталиitoksien jälkeisillä suurilla alueilla. Suuremman yksikön työntekijöiden liikkuminen voi olla helpommin järjestettävissä kuin pienen yksikön.

Toimintakäytäntöjen kehittämisessä olennaista on yhdistää suuruuden ja pienuuden hyvät puolet sekä toisaalta välttää niiden haittoja. Esimerkiksi terveydenhoidossa tarvittava erikoistuminen ja ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on helpompi järjestää suurissa kuin pienissä yksiköissä. Toisaalta perusterveydenhoidon pienet lähiyksiköt turvaavat suuria paremmin paikallisuuden ja asiakkaiden yksilöllisen kohtelun.

### ***Uudet innovaatiot***

Palveluiden kehittämisessä on uusille toimintakäytännöille ja innovaatioille ilmeinen tarve ja tarvetta on myös yhteistyöhön muiden organisaatioiden kanssa.

Palvelujen johtamisen, suunnittelun, tuottamisen ja arvioinnin tulisi taapahtua yli hallintokuntarajojen, kuitenkin paikalliset erityisolosuhteet huomioiden. Hallintoalueiden kasvaessa tarvitaan paikallisuutta vahvistavaa yhteistyötä ennen kaikkea kolmannen sektorin kanssa, mistä toki on olemassa hyviä esimerkkejä. Paikallisuuden vahvistaminen on sitäkin tärkeämpää, kun tiedetään että väestön ikääntyminen saattaa heikentää kolmannen sektorin ja paikallistoiminnan mahdollisuuksia. Järjestöillä on merkittäviä tehtäviä jäljelle jäävien kuntien kumppaneina, ja tätä roolia tulisi tietoisesti ja suunnitelmallisesti vahvistaa kuten esimerkiksi Lapin alueella on tehty. Uutena toimintamallina on ryhdytty kehittämään palvelumuotoja, joihin otetaan mukaan kolmannen sektorin toimijoita tukemaan alueellisen yhdenvertaisuuden arviointia. Tavoitteena on paikallisten yhteisöjen kehittäminen ja niiden kansalaistoiminnan tukeminen. Usein on myös mahdollista hyödyntää paikallista osaamista vaikkapa ruoan ja asumisen järjestämisessä.

Paikallisuutta voidaan vahvistaa myös turvaamalla uuteen vanhuspalvelulakiin mukaan otettujen vanhusneuvostojen toimintaedellytykset, järjestämällä niiden jäsenille koulutusta ja organisoimalla niiden toimintamuotoja siten, että ikääntyneen väestönosan osallistuminen ja vaikuttamismahdollisuudet paranevat.

Innovatiivisuutta tarvitaan myös paikallisen palveluverkoston järjestämisessä. Palveluja voidaan tarjota lähellä asiakasta tinkimättä laatuvaatimuksista ja henkilöstön saatavuudesta, jos suuri yksikkö järjestää ja ylläpitää lähipalvelupisteitä. Työntekijät voivat vuorollaan päivystää lähipalvelupisteessä, jos pysyvää henkilöstöä ei saada.

Myös teknologiaa voidaan käyttää paikallisuuden ja alueellisen yhdenvertaisuuden vahvistamiseen (mm. virtuaalipalveluiden käyttöönotto sosiaalipalveluissa, POSKE). Telepalveluiden avulla voidaan konsultoida suuryksikön erikoisosajia. Innovaatioita ovat myös palvelubussit, ”terveysnyssut” ja ”apteekkitransitit”. Meneillään olevasta murroksesta ei selvitä ilman uusia, luovia ratkaisuja varsinkaan seuduilla, joilla alueellisessa yhdenvertaisuudessa on jo ongelmia.

### ***Arviointi ja valvonta***

Meneillään olevia muutosprosesseja on aihetta arvioida, seurata ja valvoa. Jos tavoitellaan ikäihmisten asumista kotonaan niin pitkään kuin mahdollista, on tarkasteltava tämän tavoitteen kaikkia erilaisia seurauksia ikäihmisten hyvinvoinnille. Jos kasvatetaan kuntakokoa, on arvioitava muutoksen kaikkia hyvinvointivaikutuksia. Jos kuntia yhdistetään ja uusia hallinto- ja toimintamalleja luodaan, on tiedettävä, mitä niistä seuraa: paranevatko palvelut vai syntyykö kenties uutta hyvinvointivajetta tai uusia hyvinvoinnin katvealueita.

Etiikan tila -raportissaan ETENE painottaa, että kun arvioidaan sosiaali- ja terveysalan etiikan tilaa asiakkaan tai potilaan edun kannalta, on syytä kiinnittää huomiota ainakin seuraaviin seikkoihin, joilla kaikilla on vahva alueellisen yhdenvertaisuuden ulottuvuus:

- terveyden ja hyvinvoinnin tila ikäryhmittäin
- alueellisen tasa-arvon toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa
- kouluterveydenhuollon saatavuus ja laatu

- kansantaudeista sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen sekä päihderiippuvuuden ennaltaehkäisy ja hoito sekä suun terveydenhoidon saatavuus ja käyttö sosioekonomisen aseman mukaan
- kokonaishoidon ja -palvelun odotusajat
- hoidon ja palvelun vaikuttavuus eli onko siitä ollut asiakkaalle tai potilaalle hyötyä
- toimeentulotuen saajien ja pitkäaikaisasiakkuuksien määrä sekä lukujen taustalla olevat syyt
- lastensuojelua tarvitsevien perheiden ja lasten palvelujen odotusajat sekä lasten kiireellisten sijoitusten määrä
- hyviksi osoitettujen toimintamallien käyttäminen

Sote-uudistusta pohtineessa työryhmässä on erityisesti korostettu sosiaalihuollon asiakkaan näkemysten huomioon ottamista suunnitelmassa hänen tarvitsemaansa palvelukokonaisuutta. Yhdessä asiakkaan kanssa asiakassuunnitelmaan kirjattaisiin muun muassa tuen tarve, arvio palveluista ja tukitoimista sekä niistä aiheutuvista kustannuksista, asetetut tavoitteet, yhteistyötahot, suunnitelman seuranta sekä mahdolliset eriävät näkemykset. Palvelujen saannin perusteena tulisi siis olla yksilöllisesti selvitettyyn tuen tarpeeseen pohjautuva asiakassuunnitelma. Jos kunta päätöksessään poikkeaisi asiakassuunnitelmasta, poikkeaminen tulisi perustella.

Työryhmän ehdotuksen mukaan kunnalla säilyisi sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen järjestämistä vastuu. Kunnan olisi arvioitava väestön tuen tarpeet ja varattava riittävät määrärahat sosiaalihuoltoon. Laissa ei säädettäisi yksityiskohtaisesti siitä, miten palveluja tulisi järjestää, vaan kunnalla olisi mahdollisuus järjestää palveluja ja tukitoimia siten, että ne vastaavat kunnan asukkaiden tarpeita. Palvelujen ja tukitoimien tulisi olla yhdenvertaisesti asukkaiden saatavissa ja saavutettavissa.

Kunnan tulisi julkaista tiedot palvelujen järjestämisestä sekä niiden myöntämisperusteista. Perusteiden laadinnassa tulisi ottaa huomioon valtakunnallinen ohjaus, kuten laatusuosituksien ja valvontaviranomaisen ohjeet.

Arvioiteja varten tulee käydä laajaa keskustelua konkreettisista tassa-arvon ja yhdenvertaisuuden kriteereistä. Keskustelussa on syytä

pohtia, milloin palvelujen alueellinen erilaisuus muuttuu yhdenvertaisuusongelmaksi, mitkä erot ovat siedettäviä, ja kohtuullisia, mitkä epäoikeudenmukaisia. Erityisen tärkeä pohdinnan kohde on kysymys alueiden tarjoamista erilaisista toimintamahdollisuuksista ja niiden yhdenvertaisuudesta.

Arviointi ja valvonta edellyttävät tutkimusta, toisin sanoen jatkuvaa mahdollisuutta tehdä luotettavaa vertailua alueiden, kuntien ja eri palvelutuottajien välillä. Tähän on jo nyt olemassa välineitä.

## 7 Johtopäätökset ja ETENEn kannanotot

---

Alueellinen yhdenvertaisuus edellyttää sosiaalisten ja terveydellisten näkökohtien jatkuvaa huomioimista päätöksenteossa: mitä seuraa suunnittelemistamme toimista, mihin ne kohdistuvat ja miten ne vaikuttavat erityisesti haavoittuvien ryhmien ihmisiin. Päätöksenteolta tämä edellyttää avoimuutta ja läpinäkyvyyttä, välittömien ja pitkäaikaisen seurauksien arviointia sekä tehtävien ratkaisujen perustelemista.

Alueellinen yhdenvertaisuus edellyttää myös keskustelua ratkaisujen eettisistä periaatteista. Miten palvelujen tasa-arvoisuus toteutuu, jos etäisyys estää niiden saannin osalta asukkaista? Onko tätä epätasa-arvoisuutta vain siedettävä, vai voiko sitä kompensoida jollakin tavalla? Millaisessa tilanteessa on eettisesti rationaalista tinkiä tasa-arvoisuudesta? Mikä on alueellisen autonomian suhde yhdenvertaisuuteen ja tasa-arvoisuuteen? Erityisen olennaista tässä keskustelussa on ottaa huomioon kaikkein haavoittuvimpien ryhmien tilanne.

Keskustelua alueellisen yhdenvertaisuuden kriteereistä tarvitaan päätöksenteon kaikilla tasoilla, niin paikallisesti kuin kansallisestikin. Kysymys yhdenvertaisuuden toteutumisesta kytkeytyy arkisissa tilanteissa usein pieniin ja arkisiin asioihin: kuinka monta tuettua taksimatkaa kuu-kaudessa, kuinka monta vaippaa vuorokautta kohti. Näiden todellisten arjen tarpeiden tulee olla arvioinnin lähtökohtana.

ETENEn kannanotot voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittäminen ja uudistaminen edellyttävät niiden arvioimista myös alueellisen todellisuuden eikä vain hallintorajojen näkökulmasta.
2. Alueellista yhdenvertaisuutta arvioitaessa tarvitaan yhteisesti kehiteltyjä kriteerejä, joiden mukaan on mahdollista arvioida erilaisuuden ja eriarvoisuuden rajapintoja ja liittymäkohtia.
3. Alueellisen yhdenvertaisuuden arvioinnin on pohjaututtava perusteelliseen ja jatkuvaan eriarvoisuuteen liittyvien ja siihen kietoutuvien tekijöiden tutkimukseen.

4. Alueellisen yhdenvertaisuuden turvaaminen ja oikeudenmukaisuus saattavat joissakin tilanteissa edellyttää myös ns. positiivista erityiskohtelua. On tutkittava erityisesti sitä, miten erot alueiden resursseissa ja niiden suuntaamisessa kohdistuvat haavoittuviin väestöryhmiin, kuten pienituloisiin, pitkäaikaistyöttömiin, eri vammaisryhmiin ja toimintakyvyltään heikentyneisiin, pitkäaikaissairauksista kärsiviin vanhuksiin.
5. Asuinpaikasta riippumatta sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalvelujen tulee olla sellaisia, että asuminen kotona on turvallista. Palvelurakennetta kehitettäessä on aina arvioitava muutosten vaikutuksia heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin.
6. Palvelujen toteuttamistapoja ja toimintamalleja on aktiivisesti kehitettävä siten, että voidaan minimoida aluerakenteen erilaistumisen mukana tulevia haittoja ja sen mahdollisesti aiheuttamaa eriarvoisuutta.

## 8 Konklusioner och ETENEs ståndpunkter

---

Den regionala jämlikheten förutsätter att sociala och medicinska synpunkter ständigt beaktas i beslutsfattandet: vad är konsekvensen av de åtgärder som vi planerar, vad inriktas de på och hur inverkar de på människor i synnerhet i de särskilt sårbara grupperna? Detta förutsätter ett öppet och transparent beslutsfattande, en utvärdering av dess omedelbara och långsiktiga konsekvenser samt motivering av de beslut som fattas på ett begripligt sätt.

Den regionala jämlikheten förutsätter också en debatt om de etiska principerna för lösningar. Hur förverkligas jämlikhet om avståndet hindrar användning av dem för en del invånare? Ska denna ojämlikhet tolereras eller kan man kompensera för den på något sätt? I vilka situationer är det etiskt rationellt att ge avkall på jämlikheten? Hur förhåller sig den regionala autonomin till jämlikhet och likvärdighet? I denna debatt är det särskilt viktigt att beakta situationen för de mest sårbara grupperna.

En debatt om kriterierna för regional jämlikhet behövs på alla nivåer av beslutsfattandet, såväl lokalt som nationellt. Etiken kring jämlikhet utkristalliseras i flera små och vardagliga saker: hur många ersatta taxiresor per månad, hur många blöjor per dygn. Dessa verkliga vardagliga behov måste utgöra utgångspunkten för utvärderingen.

Den riksomfattande etiska delegationens ståndpunkter:

1. Utveckling och reformering av social- och hälsovårdstjänsterna förutsätter att de utvärderas också med tanke på den regionala verkligheten, inte bara förvaltningsgränserna.
2. Vid utvärderingen av regional jämlikhet behövs gemensamt utvecklade kriterier, som möjliggör en utvärdering av gränssnitten och beröringspunkterna när det gäller olikhet och ojämlikhet.
3. Utvärderingen av den regionala jämlikheten måste basera sig på en ingående och kontinuerlig undersökning av faktorer som anknyter till ojämlikhet och därmed förknippade faktorer.



4. Säkerställande av regional jämlikhet och rättvisa kan i vissa situationer kräva s.k. positiv diskriminering. Man ska undersöka i synnerhet hur skillnaderna i regionernas resurser och allokeringen av resurserna påverkar de sårbara befolkningsgrupperna, såsom låginkomsttagare, långtidsarbetslösa, olika grupper av människor med funktionsnedsättning samt äldre med försvagad funktionsförmåga och äldre som lider av kroniska sjukdomar.
5. Oberoende av boendeorten ska när servicen inom social- och hälsovården vara sådan att det är tryggt att bo i det egna hemmet. När servicestrukturen utvecklas måste man alltid bedöma förändringarnas inverkan på grupperna med den svagaste ställningen.
6. Sätten att ordna tjänsterna och verksamhetsmodellerna ska aktivt utvecklas så att man kan minimera olägenheter till följd av den differentierade regionala strukturen och den ojämlikhet som detta eventuellt medför.

## Kirjallisuutta

---

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. toim. (2011) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68. Helsinki: THL.

Maaseutu ja hyvinvoiva Suomi. Maaseutupoliittinen kokonaisuohjelma 2009-2013. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän julkaisuja 5/2009.

Muuri, A., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L. & Keskimäki, I. (2008) Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 73(4), 446-451.

Selkälä, A. (2013) Kansalaisuuden hallinta suomalaisessa sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Lapin yliopisto: Rovaniemi.

Tedre, S. & Voutilainen, M. toim. (2013) Eläkeläisenä maaseudulla. Helsinki: Maahenki.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. toim. (2010) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: THL.

Vaattovaara, M. & Kortteinen, M. (2012) Segregaatiosta ja sen inhimillisestä ja yhteiskunnallisesta merkityksestä. Talous&Yhteiskunta 3/2012.

Vilkama, K., Vaattovaara, M. & Dahlman, H. (2013) Kantaväestön pakoa? Miksi maahanmuuttajakeskittymistä muutetaan pois? Yhteiskuntapolitiikka 78(5), 485-497.

Virkki, T., Vartiainen, A., Kettunen, P. & Heinämäki, L. (2011) Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras-uudistuksesta. Raportti 56. Helsinki: THL.

## ETENEn julkaisut 2008-2013

---

ISBN 1458-6193 (painettu), ISSN 1797-9889 (verkkojulkaisu)

- 19 Terveyden edistämisen eettiset haasteet (2008)  
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.), ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)
- 20 Vanhuus ja hoidon etiikka (2008) 2. painos  
ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF)
- 21 Värdetik på ålderns höst (2008) (Endast on-line)  
ISBN 978-952-00-2668-4 (PDF)
- 22 Old age and ethics of care (2008)  
ISBN 978-952-00-2669-1 (pb), ISBN 978-952-00-2670-7 (PDF)
- 23 Miten käy maan hiljaisten (2008) (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2728-5 (PDF)
- 24 Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu (2008)  
ISBN 978-852-00-2737-7 (nid.), ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF)
- 25 Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu (2009)  
ISBN 978-952-00-2903-6 (nid.), ISBN 978-952-00-2904-3 (PDF)
- 26 Mental hälsa och etik. Du och jag har ett moraliskt ansvar (2010)  
ISBN 978-952-00-3016-2 (nid.), ISBN 978-952-00-3017-9 (PDF)
- 27 Mental health ethics. You and I have a moral responsibility (2010)  
ISBN 978-952-00-3018-6 (nid.), ISBN 978-952-00-3019-3 (PDF)
- 28 Lähimmäisvastuu Suomessa, ketä kiinnostaa? (2010) (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-3060-5 (PDF)
- 29 Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä (2010) (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-3076-6 (PDF)
- 30 Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa (2010)  
ISBN 978-952-00-3080-3 (nid.), ISBN 978-952-00-3081-0 (PDF)
- 31 Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010 (2011) (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-3169-5 (PDF)
- 32 Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta (2011)  
ISBN 978-952-00-3194-7 (nid.), ISBN 978-952-00-3195-4 (PDF)

33. Den etiska grunden för social- och hälsovården (2011)  
ISBN 978-952-00-3196-1 (inh.), ISBN 978-952-00-3197-8 (PDF)
34. Ethical grounds for the social and health care field (2011)  
(Only online)  
ISBN 978-952-00-3198-5 (PDF)
35. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012)  
ISBN 978-952-00-3265-4 (nid.), ISBN 978-852-00-3263-0 (PDF)
36. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Suunnitelmat ja toteutus (2012)  
(Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-3270-8 (PDF)
37. Aivot ja etiikka. Mikä kannustaa toimimaan eettisesti? (2013)  
(Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-3278-4 (PDF)
38. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2013)  
ISBN 978-952-00-3447-4 (nid.), ISBN 978-952-00-3445-0 (PDF)
39. Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE (2013)  
ISBN 978-952-00-3446-7 (inh.), ISBN 978-952-00-3448-1 (PDF)
40. National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics ETENE (2013)  
ISBN 978-952-00-3450-4 (pb), ISBN 978-952-00-3451-1 (PDF)
41. Lapsuuden ja nuoruuden etiikka sosiaali- ja terveysalalla (2013)  
ISBN 978-952-00-3454-2 (nid.), ISBN 978-952-00-3455-9 (PDF)
42. Barndoms och ungdoms etik inom social- och hälsovården (2013)  
ISBN 978-952-00-3458-0 (nid.), ISBN 978-952-00-3459-7 (PDF)
43. Alueellisen yhdenvertaisuuden eettisiä kysymyksiä (2013) (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-3463-4 (PDF)



Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kirkkokatu 14, Helsinki  
PI 33, 00023 Valtioneuvosto

Sähköposti: [etene@stm.fi](mailto:etene@stm.fi)  
Internet: [www.etene.fi](http://www.etene.fi)