



**ETIIKAN TILA  
SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA**

ETENE-julkaisu 35  
ETIIKAN TILA SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

ISSN-L 1458-6193  
ISSN 1458-6193 (painettu)  
ISSN 1797-9889 (verkkójulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3265-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-3263-0 (PDF)

URN:ISBN:978-952-00-3263-0  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3263-0>

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

Julkaisija:  
Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE  
Sosiaali- ja terveysministeriö  
Helsinki 2012

Taitto:  
ETENE

# SISÄLLYS

---

1 Tausta .....	4
2 Raportin tavoitteet.....	7
3 Yhteiskunnan kokonaistilanteen heijastuminen sosiaali- ja terveysalaan.....	9
4 Perusoikeuksien ja hallinnollisten säädösten sisältö ja toimivuus....	13
5 Asiakkaiden ja potilaiden edun toteutuminen eli toiminnan tulokset .....	19
6 Asiakkaan ja potilaan kohtelu ja valinnan mahdollisuudet.....	24
7 Ammatillinen osaaminen ja työn laatu.....	30
8 Toiminnan voimavarat ja priorisointi.....	33
9 Etiikan tilan arviointi .....	37
10 Tiivistelmä ja ETENEn kannanotto .....	40
11 Sammanfattningar och ETENEs ställningstagande.....	47
Lähteet .....	54

# 1 TAUSTA

---

Sosiaali- ja terveysalalla käydään usein keskustelua siitä, miten potilaan tai asiakkaan hoito tai palvelu pitäisi järjestää ja toteuttaa tilanteissa, joissa eettiset arvot ovat keskenään ristiriidassa. Milloin henkilön itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa? Miten hyvä saattohoito tulisi järjestää? Miten asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu varmistetaan? Nämä ovat esimerkkejä eettisistä kysymyksistä, jotka toistuvasti tulevat vastaan asiakkastyössä.

Perimmiltään etiikka pohtii kysymystä siitä, mikä on oikein. Eettisessä pohdinnassa on tarkasteltava myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää, tavoitteita ja toimeenpanoa. Järjestelmä luo pohjan kahdenväliselle kanssakäymiselle eli potilaan ja asiakkaan kohtaamiselle sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän kanssa. Olennainen osa järjestelmää on myös sellainen työ, jota potilas ja asiakas eivät välttämättä huomaa, kuten ennalta ehkäisevä sosiaalityö ja osin myös terveyden edistäminen.

ETENE on käsitellyt näitä kysymyksiä perusteellisesti vuonna 2011 valmistuneessa julkaisussaan ”Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta”. Siinä eettisiä kysymyksiä tarkasteltiin sekä järjestelmän että yksilön kannalta. Myös eettisen keskustelun tarpeellisuutta käsiteltiin useasta näkökulmasta. Raporttia laadittaessa ilmeni, että tiedot sosiaali- ja terveysalan etiikan tilasta ovat varsin hajanaiset ja vajavaiset.

Nyt käsillä oleva julkaisu on ensimmäinen yritys tarkastella laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon etiikan tilaa. Tarkoituksena ei ole paneutua etiikan filosofiseen perustaan ja siitä käytyyn keskusteluun eikä liioin yleiseen yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta käsittelevään kirjallisuuteen. Lähtökohtana ovat ETENEn viisi suositusta, jotka on tiivistetty taulukkoon 1. Ne ovat mittapuut, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon eettistä tilaa tässä arvioidaan.

Etiikan tilaa arvioida saatavina olevien tilasto- ja tutkimustietojen avulla. Esiin nostetaan sekä ongelmallisia ja myönteisiä kehityssuuntia että sosiaali- ja terveysalan keskeisiä kysymyksiä. On toivottavaa, että niistä syntyy keskustelua ja väittelyäkin.

Arviointi ei koskaan, eikä etenäkään tässä tapauksessa, voi olla arvovapaa. Tämän raportin painotuksissa kuvastuvat koko sosiaali- ja terveysalaa ohjaavat periaatteet: hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä niukkojen yhteisten resurssien oikeudenmukainen ja mahdollisimman tehokas käyttö.

Eettisen tilan arvioinnin kulmakivenä on käsitys syntymässä saadusta jakamattomasta ihmisarvosta ja siihen liittyvästä keskinäisestä yhdenvertaisuudesta. Tämä käsitys on myös kansainvälisten ihmisoikeuksiin liittyvien sopimusten perusta, joka konkretisoituu kansallisessa lainsäädännössä perustuslaista lähtien.

Sosiaali- ja terveysalan pyrkimystä yhdenvertaisuuteen ovat ohjanneet universalismin periaatteet: yhteiskunnan tulee taata oikeus perustoi-meentuloon, palveluun ja hoitoon kullekin tarpeidensa mukaan. Kaikkia ihmisiä tulee kohdella yhdenvertaisina sosiaali- ja terveydenhuollossa. Alan eri työntekijäryhmien itselleen laatimat ammattieettiset ohjeet pohjaavat ihmisarvon kunnioittamiseen ja kuvaavat sen toteuttamista ammatillisessa toiminnassa.

Raportin valmistelun tueksi ETENE järjesti yhdessä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan kanssa Helsingissä 28.3.2012 seminaarin Raha, rakenteet ja oikeudenmukaisuus – mikä on etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla, joka oli suunnattu sosiaali- ja terveysalan päätöksentekoon osallistuville tahoille. ETENEn jäsenet ovat osallistuneet raportin ideointiin ja kehittämiseen asiantuntevin kommentein. ETENEn vuosittaisen kesäseminaarin päätavoite oli kehittää edelleen raporttia ja siihen liittyviä etiikan tilaa kuvaavia indikaattoreita vuoden 2012 aikana. Raportin kirjoittamisesta ovat vastanneet puheenjohtaja Markku Lehto ja pääsihteeri Päivi Topo. Neuvottelukunta kiittää lämpimästi niitä lukuisia henkilöitä ja tahoja, jotka ovat antaneet asiantuntevia huomautuksiaan ja ehdotuksiaan raportin valmistelun aikana.

### **(1) Sosiaali- ja terveysalan toimijat kunnioittavat asiakkaidensa ja potilaidensa ihmisarvoa ja perusoikeuksia**

Ihmisarvon kunnioittaminen ja siihen liittyen yhdenvertaisuus, syrjimättömyys ja yksityisyyden suoja ovat sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta. Asiakkaalla ja potilaalla on perusoikeudet, kuten valinnanvapaus ja oikeus päättää asioistaan. Hoito ja palvelu edellyttävät asiakkaan ja potilaan osallisuutta ja suostumusta. Itsemääräämisoikeutta rajoitetaan ensisijaisesti vain vaaratilanteissa. Ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioituksen tulee näkyä myös asiakkaan ja potilaan omaisten ja läheisten kohtelussa.

### **(2) Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan etu**

Jokaisella on oikeus tarvitsemaansa hoitoon ja palveluun. Hoidon ja palvelun tavoitteena on hyvän tekeminen. Se ohjaa ratkaisuihin, jotka tukevat palvelua, hoivaa ja hoitoa tarvitsevan ihmisen tarpeita. Hoito ja palvelu pohjautuvat tietoon sekä ammattitaitoiseen ja turvalliseen osaamiseen. Vahingon välttäminen on toinen keskeinen tavoite, ja sen mukaisesti toiminnasta on oltava enemmän hyötyä kuin haittaa. Asiakkaan ja potilaan etu edellyttää oikeudenmukaisesti järjestettyä hoitoa ja palvelua. Se on laadultaan hyvää, jatkuvaa sekä ajallisesti ja etäisyydeltään kohtuullisesti saatavissa. Hyvää hoitoa ja palvelua ovat myös asiakkaan ja potilaan inhimillinen ja yksilöllinen kohtelu, suvaitsevaisuus, terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tarkastelu sekä kielellisen ja vakaumuksellisen taustan huomioon ottaminen.

### **(3) Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kysymys vuorovaikutuksesta**

Asiakkaiden ja potilaiden ja ammattilaisten välinen sekä ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus on toista arvostavaa ja inhimillistä. Se edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molempuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan sekä toinen toisensa tietämisen, osaamisen ja kokemuksen arvostamista sekä kuulluksi tuloa ja tiedonsaantia omassa asiassaan. Asiakas tai potilas itse tai tarvittaessa hänen edustajansa laativat yhdessä ammattilaisen kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman.

### **(4) Ammattihenkilöstö vastaa työnsä laadusta**

Ammattilaiset huolehtivat palvelujen laadusta, palvelukokonaisuuden oikeudenmukaisesta tarjonnasta ja jatkuvuudesta. Työssään he ottavat huomioon asiakkaan ja potilaan iän, kehitystason ja voimavarat sekä kohdistavat erityishuomion herkästi haavoittuviin asiakkaisiin ja potilaisiin. Ammattilaisten osaaminen on ajan tasalla, heillä on mahdollisuus kehittyä työssään sekä kehittää työtään ja siihen liittyviä käytäntöjä. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöltä ja johdolta tukea, perehdytystä ja turvallisuutta sekä koulutusmahdollisuuksia työntekijöilleen. Eettinen osaaminen on osa ammattitaitoa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat ylpeitä omasta alastaan ja osaamisestaan, ja heidän ammattitaitoaan arvostetaan yhteiskunnassa myös laajemmin.

### **(5) Hyvä hoito ja palvelu edellyttävät vastuullisia päätöksiä ja toimintakulttuuria**

Eettisyys toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa kaikilla tasoilla. Osoitetut voimavarat ovat realistisessa suhteessa toiminnan vaatimuksiin. Yhteiskunnan koko lainsäädännön ja eettisten arvojen ja periaatteiden tulee osaltaan tukea sosiaali- ja terveydenhuollon pyrkimystä parempaan terveyteen ja hyvinvointiin. Työnantajan päätökset ja linjaukset ovat sopusoinnussa ammattihenkilöstön eettisten periaatteiden kanssa. Työyhteisöjen valinnat, resursointi ja työnjako tuottavat asiakkaille ja potilaille parhaan mahdollisen tuloksen. Hyvä työilmapiiri kannustaa ja sallii erilaisuutta. Työhyvinvointi edistää ammattihenkilöstön työn tuloksellisuutta.

## **Taulukko 1. Eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle**

## 2 RAPORTIN TAVOITTEET

---

Kun sosiaali- ja terveysalan eettistä tilaa yritetään arvioida saatavana olevan tilasto- ja tutkimustiedon avulla, on harkittava, mitä tietoja käytetään ja miten ne jäsennetään. Sosiaali- ja terveysalaa koskevan tiedon tuotanto ei ole arvovapaata. Joiltakin alueilta tietoa on kerätty kauan, joillakin tiedonkeruuta vasta aloitellaan. Tietoa on myös käytännössä helpompaa tuottaa sellaisista toiminnoista ja niiden seurauksista, joita voidaan luotettavasti mitata. Tilastollisilla tiedoilla on oma tärkeä merkityksensä, mutta eettiseen arviointiin ne eivät kuitenkaan yksin riitä – tarvitaan muitakin lähestymistapoja.

Tämän julkaisun tavoitteena on antaa sosiaali- ja terveydenhuollon eri tehtävissä työskenteleville tutkimus- ja tilastotiedon avulla yleiskuva siitä, millainen on suomalaisen sosiaali- ja terveysalan etiikan tila. Toivomme, että tämä yleiskuva auttaa samalla hahmottamaan kunkin oman työpaikan ja yhteisön eettistä tilaa. ***Erityistä huomiota kiinnitetään niiden ihmisryhmien tilanteeseen, joilla on tavallista niukemmat voimavarat huolehtia hyvinvoinnistaan ja keskimääräistä suurempi riippuvuus sosiaali- ja terveysalan toiminnasta.*** Raportin tavoitteena on myös auttaa päätöksentekijöitä havaitsemaan päätöksenteon eettiset ulottuvuudet ja käyttämään päätösten arvioinnissa eettisesti kestäviä kriteerejä. Niin ikään tavoitteena on herättää kansalaisten kiinnostus aiheeseen ja viritää yhteiskunnallista keskustelua.

Etiikan tilaa tarkastellaan viidellä eri osa-alueella:

1. perusoikeuksien ja hallinnollisten säädösten sisältö ja toimivuus
2. asiakkaiden ja potilaiden edun toteutuminen eli toiminnan tulokset
3. asiakkaiden ja potilaiden kohtelu sekä heidän valinnan mahdollisuutensa
4. työntekijöiden ammatillinen osaaminen ja työn laatu
5. toiminnan tavoitteiden ja voimavarojen suhde ja niiden priorisointi.

Kunkin osa-alueen kohdalla tarkastellaan, miten hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen sekä jo tapahtuneen vahingon minimointi ovat nähtävissä sosiaali- ja terveysalan säädöksissä, toiminnassa, asiakkaiden kohtelussa, ammattitaidossa ja voimavarojen kohdentamisessa. Pohditaan myös, millaisen painoarvon saavat autonomian eri puolet, kuten valin-

nanvapaus, yksityisyyden kunnioittaminen sekä oikeus kykyjen säilyttämiseen ja käyttöön. Lisäksi kiinnitetään huomiota siihen, miten niukkojen resurssien tehokas ja oikeudenmukainen käyttö toteutuu.

Eettisissä pohdinnoissa nousevat yhä useammin esiin seikat, jotka liittyvät ihmisten kyvykkyyteen, toimintavalmiuksiin, toiminnan mahdollisuuksiin ja ihmisen omaan tahtoon sekä valinnan mahdollisuuksiin ja rajoituksiin<sup>1</sup>. Huomiota on kiinnitetty ihmisen vapauteen olla ja vapauteen tehdä, niin myös siihen, mitä näiden vapauksien toteutumiseksi kulloinkin tarvitaan. Hyvään elämään on katsottu kuuluvan muun muassa mahdollisuus elää normaalipituinen elämä, elää terveenä ja ravittuna, hankkia itselleen toimeentulo ja asunnon suoja, olla yhteydessä muihin ihmisiin tai säilyttää ruumiillinen koskemattomuus. Muiksi hyvän elämän osatekijöiksi on katsottu esimerkiksi ajattelun ja osallistumisen vapaus sekä oikeus itsekunioitukseen, viihtymiseen ja ihmisarvoiseen kohteluun.

Tässä raportissa olennaista on sosiaali- ja terveysalan rooli vapauksien, kyvykkyyksien ja toimintavalmiuksien vaalijana ja vahvistajana niin väestön kuin yksilön tasolla. Hyvinvointivaltiossa keskeisin eettinen kysymys on se, jääkö osa kansalaisista vaille perustuslain suomia hyvän elämän perusedellytyksiä.

Oikeuksiin ja niiden toteutumiseen käytännön elämässä kuuluvat yleensä aina myös velvollisuudet. Oikeus hoitoon ja palveluun sisältää ajatuksen siitä, että kukin kansalainen kantaa vastuuta omasta ja läheistensä hyvinvoinnista ja terveydestä voimavarojensa mukaan. Velvollisuudet eivät koske vain yksilöitä. Myös yhteisöillä, kuten kunnilla, työyhteisöillä ja palveluyrittäjillä on omat vastuunsa ja vastuisiin suoraan tai epäsuorasti liittyvät oikeudet.

Yksilön oikeudet hyvinvoinnin ja terveyden perusedellytyksiin ovat ihmisoikeuksia. Tässä raportissa tarkastellaan erityisesti kaikkein heikoimmassa tilanteessa elävien ihmisten asemaa. Juuri heidän kohteluun voidaan pitää yhtenä keskeisenä mittarina, kun arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon säädösten, resurssien ja toiminnan eettistä tilaa ja sitä kautta koko yhteiskunnan tilaa.

Eriarvoisuus ja erityisesti ero kaikkein vauraimpien ja kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ihmisryhmien välillä on kasvanut Suomessa voi-



makkaasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Onkin syytä kysyä, mikä on sosiaali- ja terveysalan osuus tässä kehityksessä ja mitkä sen toiminnan mahdollisuudet ja rajat.

Raportissa tarkastellaan myös väestön enemmistön kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä perusturvasta. Lopuksi ehdotetaan etiikan tilaa kuvaavia indikaattoreita, joita voidaan käyttää sosiaali- ja terveysalan toiminnan eettisyyden arviointiin valtakunnan ja erityisesti kuntien tasolla. Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus raportoida kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä. ETENE toivoo, että kunnat voisivat käyttää tässä esitettyjä, sanallisesti kuvattuja indikaattoreita raporttien valmistelutyössä.

*Lopuksi ehdotetaan etiikan tilaa kuvaavia indikaattoreita, joita voidaan käyttää sosiaali- ja terveysalan toiminnan eettisyyden arviointiin valtakunnan ja erityisesti kuntien tasolla.*

Seuraavassa luvussa pohditaan yhteiskunnan kokonaistilanteen yhteyttä sosiaali- ja terveys alojen toimintaan. Sen jälkeen tarkastellaan sosiaali- ja terveysalan toimintaa.

### **3 YHTEISKUNNAN KOKONAISTILANTEEN HEIJASTUMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALAAN**

Yhteiskunnan kokonaistilanne vaikuttaa olennaisesti kansalaisten hyvinvointiin ja terveyteen ja sen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan sekä siihen liittyviin vaatimuksiin, uhkiin ja toiveisiin. Väestön hyvinvoinnin näkökulmasta kehityssuunta on pääasiassa ollut hyvä. Suomalaiset elävät keskimäärin yhä vanhemmiksi, ja yhä useampi on vanhanakin terve ja toimintakykyinen. Työssäolevien fyysinen työkyky on parantunut, ja työkykyä tuetaan useimmilla työpaikoilla myös ennaltaehkäisevästi. Valtaosa suomalaisista kokee tulevansa hyvin toimeen tuloillaan, ja lähes kolme neljästä aikuisesta pitää itseään hyvinvoivina<sup>2</sup>. Eurooppalaisessa tutkimuksessa suomalaiset yhdessä ruotsalaisten ja tanskalaisten kanssa olivat kaikista vastaajista tyytyväisimpiä ja arvioivat elämänsä keskimäärin arvosanalla kahdeksan, kun asteikko oli yhdestä kymmeneen<sup>3</sup>.

Yleisestä myönteisestä kehityksestä huolimatta esiin on tullut monia eettisesti huolestuttavia ilmiöitä. Näistä merkittävin on eriarvoisuuden lisääntyminen. Suomessa sekä tuloerot että suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet viimeisten vuosikymmenten aikana kansainvälisestikin vertailun poikkeuksellisen voimakkaasti<sup>4</sup>. Samalla köyhyydestä on tullut pysyvää<sup>5</sup>.

Suhteellinen köyhyysraja määritellään siten, että kotitalouden tulot ovat alle 60 prosenttia keskimääräisestä tulotasosta. Vuonna 2008 noin 13 prosentilla kotitalouksista tulot olivat suhteellisen köyhyysrajan alapuolella. Erityisesti köyhien lapsiperheiden määrä on moninkertaistunut.

*Vuonna 1995 köyhissä perheissä eli yhteensä 52 000 alle 18-vuotiasta lasta. Määrä on kasvanut nopeasti. 2000-luvun alussa heitä oli 129 000 ja vuonna 2007 jo 151 000. Vuonna 2007 kahden alle 14-vuotiaan lapsen ja kahden aikuisen muodostaman perheen köyhyysraja oli 2 943 euroa kuukaudessa, yksinhuoltajan ja kahden alle 14-vuotiaan lapsen perheen puolestaan 1 743 euroa. Lapsiköyhyys oli yleisintä yksinhuoltajaperheissä sekä perheissä, joissa lapset ovat alle kolmevuotiaita.<sup>6</sup>*

Työikäinen väestö keskittyy kaupunkeihin ja taajamiin. Tämän ilmiön lisäksi väestön odotettavissa olevan eliniän kasvu ja matalana pysynyt syntyvyys ovat luoneet Suomeen alueita, joissa huoltosuhte (alle 15- ja yli 65-vuotiaiden määrä 100:aa työkäistä kohti) on jo lähes 60. Koko maassa se on noin 50. Kuntien väliset erot ovat suuret ja vaihtelevat 89:n ja 39:n välillä. Seuraavien vuosikymmenten aikana huoltosuhteen oletetaan muuttuvan entistä epäedullisemmaksi. Tämä vaikuttaa suoraan kansalaisten hyvinvointiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kysyntään ja tuotantoon. Pelkkä väestön ikääntyminen ei kuitenkaan selitä kuntien välisiä eroja esimerkiksi taloudellisessa tilanteessa<sup>7</sup>.

Maan sisäiset erot näkyvät myös monissa muissa tunnusluvuissa, kuten työkyvyttömyysindeksissä, jonka vaihtelu on maakunnittain suurta. Esimerkiksi Kainuussa työkäisten työkyvyttömyys ja siten siis myös sairastavuus on selvästi yleisempää (työkyvyttömyysindeksi 130,6 vuonna 2010) kuin Uudellamaalla (76,6).<sup>8</sup>

Yhteiskunnallista eriarvoisuutta heijastavat sosiaaliryhmien väliset koulaisuuserot ovat Suomessa lähes kaikkiin muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna poikkeuksellisen suuret, ja ne ovat jyrkentyneet viimeisten vuosien aikana. Vaikka elinajanodote on Suomessa noussut kaikissa kou-

lutus- ja sosiaaliryhmissä, sen kasvu on 1980-luvulta lähtien ollut nopeampaa ylemissä koulutusryhmissä kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneilla.

*1990-luvun lopussa 35-vuotiaan ylempään toimihenkilön elinajanodote oli miehillä 6,0 vuotta ja naisilla 3,2 vuotta pitempi kuin työntekijän. Samansuuruiset erot esiintyivät korkea-asteen ja enintään perusasteen koulutuksen saaneiden välillä. Myös eri tuloluokkien väliset terveyserot ovat jyrkät ja johdonmukaiset<sup>9</sup>. Ylimpään ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien välinen ero elinajanodotteessa kasvoi vuosina 1988-2007. Miehillä se kasvoi 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen, naisilla puolestaan 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen.<sup>10</sup> Mitä parempi sosioekonominen asema kansalaisella on, sen todennäköisemmin hän elää pitkän elämän terveenä<sup>11</sup>.*

Huolestuttavaa kyllä, alimman sosiaaliryhmän kuolleisuusluvut ovat juuttuneet lähes paikoilleen, jolloin ero kaikkiin muihin ryhmiin on entisestään suurentunut. Vaikka Suomi on viimeisen viidentoista vuoden aikana vaurastunut, se on samalla eriarvoistunut.

Sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu johtui etenkin 1980-luvulla suurelta osin siitä, että kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin pieneni nopeammin toimihenkilöiden kuin työntekijöiden keskuudessa. 1990-luvun alussa puolestaan noin neljäsosa ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisestä elinajanodotteen erosta johtui kuolemista, jotka liittyivät alkoholin käyttöön. Tuolloin alkoholiin liittyvä kuolleisuus kasvoi jyrkästi etenkin työntekijöiden keskuudessa. Myös tupakointi ja ravinto ovat merkittäviä sosioekonomisten kuolleisuuserojen selittäjiä<sup>12</sup>.

Hyvinvointi-, terveys- ja kuolleisuuseroihin vaikuttavat siis terveys- ja sosiaalipoliittisten toimien lisäksi monet muutkin tekijät, esimerkiksi koulutus-, päihde- ja tupakkapolitiikka sekä ravitsemus- ja ympäristöpolitiikka. Työttömänä olevat ihmiset ja ilman parisuhdetta elävät ihmiset sairastavat sekä somaattisia että psyykkisiä sairauksia enemmän kuin työssäkäyvät ja parisuhteessa elävät. Siten myös työllisyyspolitiikan ja perhepolitiikan onnistuminen on terveyserojen kannalta merkittävää.<sup>13</sup> Ilman peruskoulun päättötodistusta jää vuosittain yli sata oppivelvollisuusiän ohittanutta nuorta. Niin ikään erityisopetuksessa olevien koululaisten määrä on voimakkaasti kasvanut 2000-luvulla. Näiden lasten ja nuorten tueksi tarvitaan nykyistä parempaa ennakoivaa yhteistyötä nuoren ja kodin sekä koulun ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välille<sup>14</sup>. Sosiaali- ja terveysalan etiikan tilaa arvioitaessa on syytä pohtia, miten tämän alan näkökulmat tunnetaan ja otetaan huomioon muilla politiikan

aloilla.

Taulukkoon 2 on koottu joitakin sosiaali- ja terveysalan kannalta keskeisiä tunnuslukuja, jotka kertovat suomalaisen yhteiskunnan tilan kehityksestä viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana.

Sosiaali- ja terveysalan etiikan tila

on saumattomassa yhteydessä yhteiskunnalliseen kehitykseen, kuten 1990-luvun laman jäljiltä olemme saaneet oppia. Tuolloin toimeentulo-ongelmien ohella lisääntyi myös sairastavuus. Osa tuolloin syntyneistä ongelmista muodostui pysyviksi, ja sen vuoksi viime vuosien talouden taantuman vaikutukset ihmisten hyvinvointiin voivat olla edellistäkin lamaa vaikeammin korjattavissa. Melko voimakkaan ja tasaisen talouskasvun aikana 1980-luvulla puolestaan rakennettiin hyvinvointivaltiota ja sen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä sosiaaliturvaa.

*Osa 1990-luvulla syntyneistä ongelmista muodostui pysyviksi, ja sen vuoksi viime vuosien talouden taantuman vaikutukset ihmisten hyvinvointiin voivat olla edellistäkin lamaa vaikeammin korjattavissa.*

	1990	2010
Alkoholijuomien kulutus asukasta kohti, <sup>a</sup> 100-prosenttista alkoholia litraa/vuosi (tilastoitu ja tilastoimaton kulutus yhteensä)	8,9	10
Huoltosuhte, koko maa <sup>b</sup>	48,7	51,6
- Uudenmaan maakunta	42,6	44,9
- Etelä-Savon maakunta	47,5	59,5
Julkisyhteisöjen menot BKT:sta, % <sup>c, d</sup> Sosiaali- ja terveydenhuolto	25 %	31,8 %
Pienituloisuusaste, % <sup>e</sup> (suhteellinen köyhyys, koko väestö)	7,9 %	13,3 %
Pitkäaikaistyöttömien määrä <sup>f, g</sup>	3 000	54 485
Elinajan odote 35-v. miehillä <sup>h</sup>		
Ylin tuloviidennes	42 v.	(2007) 47 v.
Alin tuloviidennes	33 v.	(2007) 34 v.

Välitteet a-h lähdeluettelossa.

## Taulukko 2. Yhteiskunnallisia tunnuslukuja, vuodet 1990 ja 2010

Yhteiskunnassa tehdään jatkuvasti arvovalintoja, joiden perusteella päätetään yhteisten resurssien käytöstä. Pelkkä bruttokansantuotteen kehitys ei selitä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja tuen tarvetta eikä myöskään sille osoitettuja voimavaroja. Kyse on yhteiskunnan arvomaail-

masta ja sen muutoksista, tieteellis-teknisestä kehityksestä ja kansalaisyhteiskunnan toiminnasta kunakin aikana sekä kaikkien näiden tekijöiden heijastumisesta poliittiseen päätöksentekoon.

Suomalaisen yhteiskunnan keskeisinä arvoina ovat säilyneet läpi vuosikymmenten tasa-arvoinen yhteiskunta ja terveys. Suomalaisten enemmistö uskoo sosiaaliturvan ja sosiaalipalvelujen takaavan tasa-arvoisemman yhteiskunnan ja kannattaa terveyspalvelujen rahoitusta ensisijaisesti verovaroista<sup>15</sup>. Vuonna 2010 kaksi kolmasosaa 18–79-vuotiaista väestökselyyn vastanneista olisi ollut valmis korottamaan veroja sosiaaliturvan tason kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi<sup>16</sup>.

## 4 PERUSOIKEUKSIEN JA HALLINNOLLISTEN SÄÄDÖSTEN SISÄLTÖ JA TOIMIVUUS

---

Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle välttämätön toimeentulo ja huolenpito sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Lisäksi julkisen vallan on tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Näitä perustuslain asettamia velvoitteita on täsmennetty sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Asiakkaan ja potilaan oikeuksista on säädetty erikseen, ja palvelujen mitoitusta ja tarpeen määrittelyä on täsmennetty useilla säädöksillä. Pääsääntönä on kuitenkin se, että palvelujen riittävyyden arviointi jää palvelujen järjestämistä vastaavassa kunnan harkintaan. Kun perustuslain tavoitteeksi asettama riittävyys ei ole tarkemmin määritelty, jää sen sisältö jokaisen kunnan punnittavaksi. Tulkinnat ovat muodostuneet olennaisesti toisistaan poikkeaviksi. Siihen on useita syitä, joista osaa voidaan pitää perusteltuina, osaa taas ei.

Välttämättömästä toimeentulosta on säädetty perusturvan osalta muun muassa opintotuki-, työttömyysturva-, kansaneläke-, sairausvakuutus- ja asumiskilaeissa sekä laissa toimeentulotuesta. Perusturvan varassa olevien kotitalouksien käytettävissä olevat tulot (asumismenojen jälkeen) ovat vuodesta 1990 vuoteen 2011 laskeneet kaikilla muilla paitsi eläk-

keensajilla.<sup>17</sup>

*Vuonna 2009 noin 150 000 suomalaista kuului kotitalouksiin, joiden bruttotuloista yli 90 prosenttia koostui perusturvaetuuksista. Heidän määränsä oli kaksinkertaistunut vuodesta 1990, ja samalla heidän köyhyysriskinsä oli kasvanut. Vuonna 2009 näiden kotitalouksien köyhyysriski oli jo 89 prosenttia. Köyhyysriski arvioidaan yhdeksän osatekijän avulla, joita ovat esimerkiksi se, onko varaa pitää asunto lämpimänä, pitää puhelinta ja pesukonetta ja syödä proteiinipitoista ateriaa joka toinen päivä.<sup>18</sup>*

Suomalaisista yhä useampi pitää perusturvan tasoa riittämättömänä. Vuonna 2010 näin arvioi 73 prosenttia väestökyselyn vastaajista, kun vuonna 1995 luku oli 64,5 prosenttia. Perusturvaa leikattiin 1990-luvun jälkipuoliskolla, ja indeksiin sitomattomat etuudet heikkenivät reaalisesti vuosittain. Viime vuosina tosin on korotettu muun muassa vanhempainrahan ja sairauspäivärahan minimitasoa sekä kansaneläkkeen vähimmäistasoa, samoin toimeentulotuen ja työttömyysturvan perustasoa<sup>19</sup>.

Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ei ole hyväksyttävää lisätä eriarvoisuutta etenäkään, jos se tapahtuu kaikkein pienituloisimpien kustannuksella. Pienituloisuuteen kietoutuu usein myös muuta huono-osaisuutta.

*Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ei ole hyväksyttävää lisätä eriarvoisuutta etenäkään, jos se tapahtuu kaikkein pienituloisimpien kustannuksella.*

Kyse ei ole vain tulojen vähäisyydestä, vaan muita tuloryhmiä suuremmista vaikeuksista elää normaalipituinen elämä, pysyä terveenä, kunnioittaa itseään, osallistua työelämään tai tehdä itsenäisiä valintoja.

Suomessa alueellisten olojen ja niiden myötä myös palvelutarpeiden välillä on suuria eroja. Palvelujen toteuttamistapoja on järkevää mukauttaa paikallisiin oloihin. On siis perusteltua, että kunnille jää tässä kohden harkinnanvara toisin kuin perusturvan toteuttamisessa. Osa palvelujen saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden eroista syntyy kuntien erilaisista taidoista niiden järjestämisessä. Jotkin kunnat ovat onnistuneet luomaan hyvin toimivan palvelukokonaisuuden kohtuullisin kustannuksin. Ongelmaksi muodostuvat ne kunnat, joissa talous tai taidot estävät riittävien palvelujen tarjoamisen. Silloin kansalaisten perusoikeuksien toteutumisesta ei aina voida turvata.

Euroopan Unionin hankintadirektiivi ja siihen liittyvä Suomen hankintalaki ovat velvoittaneet kunnat ja kuntayhtymät kilpailuttamaan kaikki mer-

kittävät hankinnat. Lain tarkoituksena on vapaan kilpailun edistäminen ja kustannusten hillitseminen toimintaa tehostamalla<sup>20</sup>. Jo tätä ennen yksityiset yritykset ja järjestöt ovat tuottaneet palveluja, mutta kilpailuttaminen on niiden yhteydessä ollut kunnan omassa harkinnassa. Monet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöt ovat joutuneet erottamaan toisistaan varsinaisen järjestötyön ja palvelujen tuottamisen osoittaakseen, ettei niiden palvelutoimintaa subventoida muista lähteistä. Tämä on selvästi vaikeuttanut tavoitteena olevaa vapaaehtoistyön ja ammatillisen työn toisiaan tukevaa rinnakkaiseloä.

Hankintalain myötä sosiaali- ja terveystoimen kunnat ovat joutuneet opettelemaan kilpailutuksen pelisäännöt, mikä on juridisoinut ja kaupallistanut palvelujen järjestämistä. Osana tätä prosessia palveluntarjoajat ovat tuotteistaneet palveluitaan tai palvelukokonaisuuksiaan. Esimerkiksi kotipalvelusta on käytännössä muodostunut sarja tarkasti rajattuja tuotteita, joita toteuttamassa saattaa olla monta eri tahoä. Se on tuonut palvelun käyttäjän päivittäiseen elämään uusia haasteita: monimutkaisuutta ja hajanaisuutta sekä virhetoimintojen lisääntymistä<sup>21</sup>. Kaavamaisesta kilpailutuksesta puolestaan on voinut seurata, että välimatkat palveluihin muodostuvat kuntoutusta tarvitsevalle ihmiselle kohtuuttomiksi tai että kuntoutujan mahdollisuudet tarvitsemaansa kuntoutuspalveluun muutoin heikentyvät.<sup>22</sup>

Hankintalain soveltaminen vaatii kunnilta uusia kykyjä: niiden on osattava ennakoida kilpailutuksen vaikutukset kaikkein eniten palveluista riippuvaisten ihmisten elämään ja estää ongelmien syntyä. Suorat kustannukset eivät voi olla kilpailutuksen toteuttamisessa ainoa arvo – etusijalle on asetettava palvelujen myötä syntyvät hyvinvointivaikutukset. Palvelujen saatavuus, jatkuvuus ja ennakoitavuus ovat olennaisia arvoja sekä käyttäjien että potentiaalisten käyttäjien kannalta. Niillä on merkitystä myös sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden hyvinvoinnille.

Kilpailuttamisen ennalta arvaamattomana sivuvaikutuksena monet pienet sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat ovat hävinneet markkinoilta. Samalla palvelujen tuotanto on nopeasti keskittynyt yhä suuremmille yrityksille, joille Suomi on vain yksi markkina-alue muiden joukossa.

Lainsäädäntö antaa hyvät mahdollisuudet eri hallintokuntien yhteistyölle. Käytännössä tätä yhteistyötä tehdään kuitenkin liian vähän. Yksi

valtakunnallisen tason esimerkki on vaikeavammaisten kuntoutus, jonka järjestämisvastuu siirtyy muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta Kansaneläkelaitokselta kunnille henkilön täyttäessä 65 vuotta. Tämän ei pitäisi vaikuttaa käytännön toimiin, mutta tosiasiaassa kuntoutuspalvelujen saatavuus heikkenee silloin olennaisesti siitä huolimatta, että kuntoutuksen vaikuttavuudesta yli 65-vuotiaiden ihmisten toimintakykyyn saadaan jatkuvasti lisää näyttöä.<sup>23</sup>

Näiden ongelmien vuoksi peruspalveluita on vaikea varmistaa suoraan lainsäädännössä. Toiminnan volyymi rahalla tai henkilömäärillä mitattuna saattaa vaihdella alueellisesti tarpeen, taitavuuden tai talouden perusteella.

*Resursseja voi hukkaantua tehottomiin tai huonosti suunniteltuihin ratkaisuihin, huonoon johtamiseen tai henkilöstön etujen yksipuoliseen turvaamiseen.*

Pelkät laskennalliset tarvemitoitukset eivät yksinään riitä varmistamaan palvelujen riittävyttä, vielä vähemmän palvelujen laatua. Resursseja voi hukkaantua tehottomiin tai huonosti suunniteltuihin ratkaisuihin, huonoon johtamiseen tai henkilöstön etujen yksipuoliseen turvaamiseen.

Ongelmia on pyritty ratkaisemaan antamalla suosituksia ja ohjeita monilta osa-alueilta, esimerkiksi iäkkäiden hoidosta, apuvälinepalveluista, vammaisten ihmisten asumispalveluista, terveyden edistämisestä, synnytysten hoidosta ja saattohoidosta. Vaikka niiden toteuttamisen tueksi on laadittu oppaita ja ohjelmia, on silti jouduttu toteamaan, etteivät nämä ohjaukset riitä takaamaan palvelujen saatavuutta ja laatua.

Suosituksia jättävät edelleen paljon tilaa paikalliselle harkinnalle, eikä niillä sen paremmin kuin monilla kehittämishankkeillakaan ole onnistuttu poistamaan palvelujen riittävyyden ja laadun pulmia. Ne ovat saattaneet jopa heikentää normeja kohtaan tunnettua arvostusta. 2000-luvulla hoitoon ja palveluihin pääsyä on pyritty helpottamaan säätämällä odotusajoille ylärajoja.

Kehittämishankkeet ja suositukset ovat kohdistuneet myös sellaisiin osa-alueisiin, joilla lainsäädäntö on huonosti kehittynyt, kuten iäkkäille ihmisille suunnattuihin palveluihin ja kehitysvammaisten ihmisten asumispalveluihin. Yksi esimerkki tästä on itsemääräämisoikeuteen puuttuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa erityisesti niissä tilanteissa, joissa ihmisen oma päätöksentekokyky on lyhyt- tai pitkäaikaisesti heikentynyt. Sosi-



aali- ja terveydenhuollon palvelujen piirissä asuvien kehitysvammaisten ja vaikeasti muistisairaiden ihmisten kohdalla asiakas- ja potilaslait ovat vaikeasti sovellettavia, eivätkä ne sääntele itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tai suoranaisen pakon käyttöä palveluissa.

Potilaiden ja sosiaalitoimen asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta on vahvistettu monin säädöksin. Viimeksi lainsäädännössä on kiinnitetty huomiota lasten ja iäkkäiden ihmisten osallisuuden vahvistamiseen heitä koskevassa päätöksenteossa.

Monissa viime vuosien lainsäädäntöhankkeissa säädetään aikaisempaa yksityiskohtaisemmin tietyn ihmisryhmän oikeuksista palvelujen saantiin ja täsmennetään sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä puitelakeja. Niihin liittyy kuitenkin myös eettisiä kysymyksiä. Onko universalismin eli kullekin tapeensa mukaan -periaatteen hyväksyntä vähentynyt yhteiskunnassa, kun tarvitaan yhä tarkempaa lainsäädäntöä? Asetetaanko näin yhä useammin eri asiakas- ja potilasryhmiä vastakkain? Miten silloin voidaan turvata kaikkein heikoimmasa asemassa olevien oikeudet?

*Onko universalismin periaatteen hyväksyntä vähentynyt yhteiskunnassa, kun tarvitaan yhä tarkempaa lainsäädäntöä?*

Kun palvelujen saannissa tai laadussa on ongelmia, korostuu oikeusturvan merkitys eli se, miten kansalainen voi saavuttaa oikeutensa<sup>24</sup>. Mitä selkeämmin ja ennustettavammin sosiaali- ja terveydenhuolto toimii, sitä harvemmin on tarvetta hakea jälkikäteen muutosta päätöksiin tai korvausta hoitovirheistä. Jos muutoksenhakuun tai kanteluun on aihetta, kansalaisen tukena ovat sosiaali- ja potilasasiamiehet sekä yksityisissä palveluissa kuluttaja-asiamiehet. Sosiaali- ja terveysalan alueellinen ja valtakunnallinen valvonta puolestaan pyrkii huolehtimaan, että toiminta vastaa kansalaisten tarpeisiin. Oikeusturvan toteutumisen kannalta keskeistä on tiedonsaanti itseä koskevista asioista ja toimenpiteiden vaihtoehtoja.

Vaikka oikeusturvakeinoja on monia, sosiaaliasiamiesten kokemusten mukaan kyse on pikemminkin näennäisoikeusturvasta. Tällä he viittaavat puutteisiin etukäteisessä tiedonsaannissa, itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimien yleisyyteen, valituskäytäntöjen rajoituksiin sekä asiakkaan näkökulmasta kestävämmän hitaisiin päätöksentekoprosesseihin. Kan-

salaisten kannalta huolestuttavinta lienee kuitenkin se, että esimerkiksi sosiaalitoimeen liittyvät oikaisuvaatimukset ovat johtaneet muutokseen vain harvoin<sup>25</sup>. Tämä herättää huolen siitä, miten riippumattomasti ja ammattitaitoisesti oikaisuvaatimuksia käsitellään. Terveystieteiden tutkimuksessa ja toisinaan myös sosiaalihuollossa vaikeutena on, ettei muutoksenhakukelpoisia päätöksiä läheskään aina edes ole mahdollista tehdä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumaksuja koskevat lait ja asetukset muodostavat monimutkaisen kokonaisuuden. Potilaiden, asiakkaiden ja asukkaiden omavastuuosuudet ovat Suomessa kansainvälisestikin tarkastellen korkeita. Säädösten vaikeaselkoisuuden vuoksi kansalaisten on vaikea arvioida heille kertyviä kuluja. Lisäksi sama palvelumaksu tai muu omavastuuosuus voi oikeuttaa hyvinkin eritasoisiin ja -laatuisiin palveluihin. Viitteitä on myös siitä, että pienituloisilla ihmisillä on vaikeuksia maksaa lääkärin määräämien lääkkeiden omavastuuosuuksia, jolloin osa lääkkeistä jää hankkimatta<sup>26</sup>.

ETENEn näkemyksen mukaan palvelujen riittävyys tulisi määritellä ensi sijassa tulosten ja toiminnan onnistuneisuuden perusteella. Onnistuneisuus voidaan määritellä kansainvälisten vertailujen sekä asiakkaiden ja ammattilaisten kokemusten perusteella. Tällä hetkellä tuloksia mitataan monenkirjavilla tavoilla, jos ollenkaan. Käytössä on osittaisnormisto, jonka avulla toimintaa on haluttu priorisoida. Näyttää kuitenkin siltä, ettei näin ole päästy eriarvoisuutta kaventavalle tielle. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan riittävyttä ja laatua on tarkasteltava kokonaisuutena, johon kuuluvat myös hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimenpiteet. Sen jälkeen on avoimesti ja sitovasti päätettävä, millaisia toimia perusoikeuksien turvaamiseksi tarvitaan.

ETENE ehdottaa, että säädösten osalta sosiaali- ja terveysalan etiikan tilan arviointi tulee tehdä valtakunnan tasolla ja sen tulee perustua monipuolisesti tutkimustuloksiin ja tilastolähteisiin, jotka kuvaavat vähintään seuraavia asioita:

- *perusturvan ja peruspalvelujen riittävyys*
- *hoitoon pääsyn toteutuminen hoidon tarpeen arviointivaiheessa ja hoidon aloitusvaiheessa*
- *sosiaalitakuun toteutuminen toimeentulotukihakemusten käsittelyssä, vammais- palveluissa, lastensuojelussa sekä vanhustenhuollon hoidon ja palvelun tarpeen arvioinnissa*
- *erityisesti iäkkäiden ihmisten toimintakykyä ylläpitävien toimien riittävyys*

- maksujen ja lääkekorvauskäytäntöjen toimivuus pienituloisimpien ihmisten näkökulmasta
- pakon ja fyysisen rajoittamisen sääntely pitkäaikaisesti ympärivuorokautisen hoidon piirissä asuvilla
- oikeusturvakeinojen toimivuus.

## 5 ASIAKKAIDEN JA POTILAIEN EDUN TOTEUTUMINEN ELI TOIMINNAN TULOKSET

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien omissa eettisissä ohjeissa korostetaan, että toiminnan lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan etu. Ammatillisella koulutuksella luodaan yhtenäinen pohja ja käsitys hyvästä hoidosta ja huollosta. Samoin lainsäädännön tavoite on varmistaa asiakkaiden ja potilaiden edun toteutuminen. Edun toteutumista voidaan arvioida saavutettuina hyvinvointi- ja terveyshyötyinä, joita voidaan tarkastella useilla eri kriteereillä.

*Potilastytyväisyyden mittaukset osoittavat potilaiden olleen yleensä melko tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Sosiaalihuollon tulokset kertovat puolestaan, että sosiaalipalvelujen apuun luotetaan, mutta sitä ei haluttaisi itse joutua käyttämään. Toinen keskeinen tieto on se, että sosiaalihuollon palveluita eniten käyttävät luottavat niihin muita vähemmän<sup>27</sup>. Kokemukset kuitenkin vaihtelevat palveluittain. Tyytyväisimpiä on oltu päivähoitoon, perheneuvolaan ja mielenterveyspalveluihin. Sen sijaan lastensuojelun perhetyö ja toimeentulotuki oli vastannut huonommin asiakkaiden tarpeita tai ollut huonosti saavutettavaa<sup>28</sup>. Nämä kokemukset kertovat toisaalta toimeentuloasiakkaiden suurista vaikeuksista tulla toimeen erittäin pienillä tuloillaan ja toisaalta siitä, että palveluvalikoimasta hyvin usein puuttuu lapsiperheiden kotipalvelu.*

Yksittäisistä toimista erityisesti terveydenhuollossa on esiintynyt suotuisaa kehitystä. Tähän on vaikuttanut lääketieteen teknologian kehittymisen lisäksi panostaminen sairauksien varhaiseen tunnistamiseen ja potilaiden varhaiskuntoutukseen sekä entistä parempi yhteistyö ja työnjako. Esimerkiksi syöpäpotilaiden kuolleisuus on vähentynyt siitä huolimatta, että syöpää sairastavien määrä on kasvanut. Sydänpotilaille pallolaajenus on tuonut kivuttomamman hoitotekniikan. Aivoinfarktipotilaiden toipumista taas ovat huomattavasti parantaneet akuuttihoidon tehostuminen ja kuntoutus sekä uusiutumisen tavoitteellinen ehkäisy.

Sosiaalitoimeen tieteellis-tekninen kehitys ei ole vaikuttanut yhtä näkyvästi. Siellä toiminnan parempi vaikuttavuus johtuu lähinnä toimintamallien muutoksista. Lisäksi viestintäkeinojen paraneminen ja apuvälineiden kehittyminen laajentavat jatkuvasti vanhusten ja vammaisten ihmisten itsenäisen elämisen ja avohoidon mahdollisuuksia.

Suomalaiset lapset ja nuoret syntyvät maailmanlaajuisestikin tarkastellen terveinä, eikä tässä kohden juuri esiinny vanhempien sosiaalis-taloudellisen aseman mukaisia eroja. Kun lapset ja nuoret varttuvat, alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien terveys heikkenee keskimäärin muihin verrattuna.<sup>29</sup> Äitiysneuvolajärjestelmän ja sosiaaliturvan keinoin on siis pystytty vähentämään syntyvien lasten keskinäistä eriarvoisuutta. Erot kuitenkin kasvavat myöhemmin ja tulevat esiin myös lasten ja nuorten terveyskäyttäytymisessä<sup>30</sup>. 1990-luvun laman myötä kouluterveydenhuollosta ja muusta oppilashuollosta vähennettiin resursseja. Kahdenkymmenen vuoden aikana tilannetta ei ole korjattu 1990-luvun alun tasolle kaikissa kunnissa.

Vaikka huomattavaa edistystä on siis tapahtunut paljon, havaittavissa on myös epäsuotuisia muutoksia. Niitä ovat esimerkiksi seuraavat.

- Hoitotakuun tavoitteena oli lyhentää kiireettömien hoitojen jonoja, mutta tämä ei ole toteutunut odotusten mukaisesti kaikkein jonotetuimmassa toimenpiteissä.
- Ennaltaehkäisevän toiminnan on osoitettu olevan välttämätön painopiste esimerkiksi hammashuollossa, sillä kansantauti hammaskaries ei taltu paikkaamalla. Tämän kuten monien muidenkin kansantautien ehkäisyssä tarvittaisiin kannustusta omahoitoon erityisesti alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien lasten, nuorten ja eri-ikäisten aikuisten parissa. Tätä ei kuitenkaan nykyisellään painoteta.
- Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen vähentäminen on lisännyt erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä. Muun muassa kouluterveydenhuoltoa sekä perhe- ja kasvatusterveystoimintaa on supistettu samaan aikaan, kun lasten tarve psykiatriseen sairaanhoitoon on lisääntynyt<sup>31</sup>.
- Toimeentulotuen saajien joukkoon on vakiintunut pitkäaikaisasiakkaiden joukko. Kun lyhytaikaisten toimeentulotuen saajien määrä väheni vuonna 2010, pitkäaikaisasiakkaiden määrä lisääntyi 6 prosenttia. Tuolloin se oli 28,5 prosenttia kaikista tuen saajista<sup>32</sup>.
- Pitkäaikaistyöttömistä jopa joka neljäs on hakenut toimeentulotukea. Muutoinkin heille, työkyvyttömyyseläkkeellä oleville ja pitkäaikaissairaille kasautuu usein monia hyvinvoinnin puutteita<sup>33</sup>.
- Päihdekuntoutuksen asiakasmäärät ovat vähentyneet, vaikka samaan aikaan esimer-

kiksi katkaisuhoidon asiakkaiden määrä on kasvanut.<sup>34</sup>

Kuntien erilaiset tulkinnat siitä, mikä on oikein ja riittävää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, synnyttävät vakavana seurauksena kansalaisten eriarvoisuutta<sup>35</sup>. Mahdollisuus saada erilaisia sosiaali- ja terveysalan palveluja vaihtelee myös paljon maan eri osissa. Ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan toiminnan tason vaihtelu kasvattaa osaltaan terveyseroja ja pahentaa syrjäytymiskierrettä. Esimerkiksi kouluterveydenhoitoa eniten vähentäneet kunnat käyttivät lapsille ja nuorille suunnattuja erikoissairaanhoidon palveluja 2000-luvun alussa enemmän kuin muut vastaavankokoiset kunnat.<sup>36</sup> Tämä kertoo siitä, että lasten ongelmiin ei tartuttu ajoissa. Kunnallisten toimien kirjavuuden lisäksi eriarvoisuutta on lisännyt valtakunnallisen sosiaali- ja terveystalouden kykenemättömyys puuttua eriarvoisuutta synnyttäviin mekanismeihin<sup>37</sup>.

*Ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan toiminnan tason vaihtelu kasvattaa osaltaan terveyseroja ja pahentaa syrjäytymiskierrettä.*

*Myös sosiaali- ja terveydenhuollon omaan toimintaan liittyy piirteitä, jotka lisäävät sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja muun muassa kansantautien hoidossa. Esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset ovat olleet yleisempiä yleisillä toimihenkilöillä, vaikka itse tauti on paljon tavallisempi työntekijöillä. Akuutin sydäninfarktin hoito puolestaan on ollut intensiivisempää suurituloisimmilla väestöryhmillä kuin pienituloisilla.<sup>38</sup> OECD:n vertailun mukaan Suomessa, Yhdysvalloissa ja Portugalissa suurituloiset käyttävät kaiken kaikkiaan eniten lääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen<sup>39</sup>.*

Yllä olevat esimerkit kuvaavat sitä, miten yhteiskunnalliset muutokset muokkaavat sosiaali- ja terveysalaa palveluineen. Esimerkiksi työssä käyvien parempituloisten paremmat mahdollisuudet päästä lääkärin vastaanotolle ovat vastoin poliittista syrjimättömän yhteiskunnan ihannetta. Perustuslain hengen mukaisesti työelämän ulkopuolella olevillakin olisi oltava yhtäläiset mahdollisuudet saada tarvitsemansa lääkäripalvelut myös käytännössä. Samoin ennaltaehkäisevän toiminnan heikkeneminen on vastoin ideaalia, jonka mukaan mahdollisimman monelle pitäisi taata mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia kohtuullisin kustannuksin.

Asiakkaan etua tulee tarkastella koko hoito- ja huolenpitoprosessin eikä vain yksittäisen tapahtuman näkökulmasta. Palvelun tulee mahdollisuuksien mukaan vastata palvelutarpeisiin ennakoivasti ja näin vähentää ras-

kaampien palvelujen tarvetta. Yhtenä myönteisenä esimerkkinä tästä toimintatavasta on terveyshyötymalli, joka perustuu pitkälti potilaan omaan osaamiseen ja aktiivisuuteen

*Asiakkaan etua tulee tarkastella koko hoito- ja huolenpito-prosessin eikä vain yksittäisen tapahtuman näkökulmasta.*

ja auttaa välttämään potilaan aikaa vieviä tarpeettomia käyntejä. Mallia on sovellettu myös sosiaalityöhön<sup>40</sup>. Huonosti suunniteltu palveluprosessi sen sijaan johtaa pahimmillaan hallitsemattomaan palvelujen käyttöön, kustannusten nousuun ja kansalaisen kannalta huonoon lopputulokseen. Viime aikoina on kehitetty niin sanottua matalan kynnyksen neuvontaa. Sen tavoitteena on saada ihmiset palvelujen ja hoidon piiriin entistä aikaisemmin, jo ennen kuin terveys- ja hyvinvointiongelmien kasvavat vakaviksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon roolia hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisessa jakautumisessa voidaan tarkastella tyydyttämättömän palvelutarpeen kautta. Kysymys ei välttämättä ole siitä, etteikö palveluita tarvitseva saisi niitä lainkaan. Hän saattaa saada välittömän avun, mutta ei sellaista apua, joka kohentaisi hänen kokonaistilannettaan. Hyvä esimerkki tästä on se, että psykiatristen potilaiden somaattiset sairaudet ovat usein aliagnostisoituja, vaikka heillä on niitä enemmän kuin muulla väestöllä. Heidän kuolleisuutensa somaattisiin sairauksiin onkin 2-3 kertaa suurempaa kuin muun väestön, ja ero on kasvanut<sup>41</sup>.

*Tyydyttämättömästä terveydenhuollon palvelutarpeesta kertoi suomalaisista 20–59-vuotiaista kyselytutkimuksen vastaajista noin kolmannes ja yli 60-vuotiaista noin neljännes. Huolestuttavaa oli se, että tulojen riittämättömyys liittyi palvelutarpeiden tyydyttämättä jäämiseen ja samalla huonoon terveydentilaan. Samoin mitä riittämättömämmiksi tulot koettiin sen todennäköisemmin esiintyi myös tyydyttämättömän terveyspalvelujen tarve.<sup>42</sup>*

Tässä yhteydessä on syytä kiinnittää huomiota paitsi niihin, jotka ovat palvelujen piirissä, myös niihin, jotka hyötyisivät palveluista, mutta eivät käytä niitä. On myös muistettava se joukko, joka jää vaille palveluja eikä myöskään kykene vastaamaan kyselyihin.

Kun iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa, kasvaa myös palvelujen tarve. Pahimmissa tulevaisuudenkuvin ennustetaan vakavaa palvelupulaa. Jotta iäkkäät ihmiset saisivat tarvitsemansa hoidon ja palvelun, ennaltaehkäisevää toimintatapaa on vahvistettava. ETENE korostaa sitä, että kaikessa

yhdyskuntasuunnittelussa on siksi otettava paremmin huomioon ikääntymiseen liittyvä osaaminen sosiaali- ja terveystalalla. Samoin sosiaali- ja terveyspalveluissa on painotettava entistä enemmän toimintakyvyn ja itsenäisen elämän edellytysten tukemista.

lääkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden tukemiseksi on kehitetty useita vaikuttaviksi todettuja toimintamalleja. Esimerkiksi ystäväpiiriminnalla on voitu lievittää yksinäisyyttä ja tukea psyykkistä hyvinvointia<sup>43</sup>. Kotona muistisairasta ihmistä hoitaville omaisille on kehitetty tukimalli, joka on parantanut sekä omaisen jaksamista että muistisairaana ihmisen mahdollisuuksia jatkaa kotona asumista<sup>44</sup>. Myös kuntoutusmalleja iäkkäille leikkauksista toipuville potilaille on kehitetty<sup>45</sup>. Muidenkin väestöryhmien palveluissa on luotu hyviä toimintamalleja. Tällaisia ovat esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen yhteisölliset mallit, joiden vaikuttavuus on osoittautunut hyväksi<sup>46</sup>.

Vaikuttavien toimintamallien käyttöönotto on usein ollut hidasta. Niiden käyttämättä jättäminen on esimerkki yhteisten niukkojen resurssien tehottomasta käytöstä. Samoin

*Vaikuttavien toimintamallien käyttöönotto on usein ollut hidasta. Niiden käyttämättä jättäminen on tuhlaamista.*

palvelut, jotka vastaavat asiakkaan tai kansalaisen tarpeisiin vain osittain, voivat kroonistaa esimerkiksi mielenterveysongelman. Asiakkaiden ja potilaiden kannalta hyväksi todettujen toimintamallien leviäminen käyttöön on tärkeää jo pelkän tehokkuuden näkökulmasta. Eettiseltä kannalta keskeisin näkökulma on kuitenkin turhan inhimillisen kärsimyksen välttäminen.

Kansalaisten ja päättäjien mahdollisuudet vertailla kuntansa palvelujen riittävyttä ja kustannuksia muihin kuntiin ovat parantuneet. Silti yhä edelleen tarvitaan tietoa siitä, mistä kuntien tai palvelun tuottajien väliset erot johtuvat. Jotta potilaan ja asiakkaan etu toteutuisi, valvonnassa on keskityttävä palvelujen kokonaisuuksiin ja siihen, miten oikeudenmukaisesti ne vastaavat palvelutarpeisiin.

Osaa näistä asioista voidaan helposti seurata jo olemassa olevien tietokantojen avulla. Esimerkiksi hoidon ja palvelun vaikuttavuudesta on sairaskohtaisia tietoja, mutta monisairaiden tai monia sosiaalipalveluita tarvitsevien ihmisten kohdalla indikaattoreita on kehitettävä.

ETENE katsoo, että kun kunnissa ja alueilla arvioidaan sosiaali- ja terveysalan etiikan tilaa asiakkaan tai potilaan edun kannalta, olisi syytä kiinnittää huomiota ainakin seuraaviin seikkoihin:

- *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.*

## 6 ASIAKKAAN JA POTILAAN KOHTELU JA VALINNAN MAHDOLLISUUDET

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on ylläpitää ja lisätä terveyttä ja hyvinvointia, potilaan ja asiakkaan kohtaaminen ja kohtelu on hyvin tärkeä kysymys. Kirurgi voi suorittaa kiireellisen leikkauksen ilman suoraa vuorovaikutusta potilaan kanssa. Suunniteltua toimenpidettä edeltää silti monta ammattilaisen ja potilaan kohtaamista, ja ne jatkuvat leikkauksen jälkeenkin. Kohtaamisessa ei ole kysymys vain yksittäisestä ammattilaisen ja potilaan tai asiakkaan tapaamisesta – tärkeää on se, millaisena potilas tai asiakas tämän kokonaisuuden kokee.

*Kohtaamisessa ei ole kysymys vain yksittäisestä ammattilaisen ja potilaan tai asiakkaan tapaamisesta – tärkeää on se, millaisena potilas tai asiakas tämän kokonaisuuden kokee.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitaan usein silloin, kun ollaan tavanomaista haavoittuvammassa tilanteessa. Sosiaali- ja terveysalan työntekijän sekä asiakkaan tai potilaan kohtaamisten ja vuorovaikutuk-



sen tulisi olla toista arvostavaa ja inhimillistä. Se edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan sekä toinen toisensa tietämisen, osaamisen ja kokemuksen arvostamista. Tällaisen tilanteen syntymistä helpottavat pysyvät hoitosuhteet, jolloin työntekijä jo tuntee asiakkaansa ja asiakas työntekijän. Olennaista on se, että kukin tulee kuulluksi omassa asiassaan ja saa riittävästi tietoa oman päätöksentekonsa tueksi. Vuorovaikutus luo perustan sille, miten hyvin sosiaali- ja terveystalvueluita tarvitseva ihminen kykenee käyttämään omia voimavarojaan ja kykyjään tilanteensa ymmärtämiseksi ja korjaamiseksi.

*Sosiaalitoimen asiakkaista puolet on joissakin tutkimuksissa kertonut, ettei työntekijöillä ole ollut keinoja vastata heidän tarpeisiinsa<sup>47</sup>. Toimeentulotuen asiakkaat ovat usein kokeneet, etteivät he ole saaneet riittävästi apua ja ymmärrystä kokonaistilanteelleen ja yksilöllisille tarpeilleen. Tämä liittyy paitsi kohteluun ja ongelmien monitahoisuuteen myös pätevien sosiaalityöntekijöiden puutteeseen ja työntekijöiden työkuormaan.<sup>48</sup> Esimerkiksi lastensuojelussa yksi työntekijä saattaa hoitaa pahimmillaan lähes sadan lapsen asioita, vaikka kohtuulliseksi määräksi arvioidaan alle puolet siitä.<sup>49</sup>*

Hoitotakuun myötä odotusajat terveystalvueluihin ovat lyhentyneet, mutta ongelmia on yhä yhteyden saamisessa terveystalvkeskuksiin, terveystalvkeskuslääkärille pääsyssä ja suun tervetvdenhuollossa<sup>50</sup>. Vuoden 2009 väestökyselyn mukaan 18–79-vuotiaista terveystalvvelujen saajista enemmistö (70 %) koki saaneensa riittävästi hoitoa. Sen sijaan seitsemän prosenttia ei ollut saanut hoitoa riittävästi esimerkiksi palvelujen tai rahan puutteen vuoksi<sup>51</sup>.

Kaikista lääkärivastaanottokäynneistä noin viidennes tuotetaan yksityisesti ja korvataan osin sairausvakuutuksesta. Yksityisiä palveluja käyttävät pääasiassa hyvätuloiset ihmiset usein siksi, ettei julkisia palveluita ole tarjolla. Suuri osa työterveyshuollosta on yksityisesti tuotettua. Myös hammashoidossa yksityisten palvelujen osuus on suuri, ja hyvätuloiset käyttävät niitä tarpeeseen nähden enemmän kuin muut. Etiikan näkökulmasta muut kuin kunnan järjestämät yksityiset palvelut toki tarjoavat valinnan mahdollisuuden, mutta vain niille, joilla on varaa siihen joko itse maksettuna tai vakuutusten tai työnantajan kustantamana. Vaikka nämä vaihtoehdot ovat vakiintuneet käyttöön, ne eivät ole perusteltuja tasa-arvoisuuden näkökulmasta perusteltuja. Niiden ei ole osoitettu vähentävän eriarvoisuutta, vaan pikemminkin lisäävän sitä.<sup>52</sup>

Hyvinvoinnin ja terveyden sosioekonomisiin eroihin vaikuttaa osaltaan se, miten palvelut on järjestetty. Palvelujen järjestämisen tavalla on merkitystä sille, koetaanko ne voimavaroja tukevinä vai vähentävinä. Iäkkäiden ja vammaisten ihmisten palveluissa on pitkään ollut ongelmana työntekijöiden jatkuva vaihtuminen. Iäkkäät, paljon apua tarvitsevat ihmiset sekä omaishoitajat ovat toivoneet työntekijöiden pysyvyyttä.<sup>53</sup> Myös sosiaalipalvelujen asiakkaat ovat tuoneet julkisuudessa esiin sen, miten nöyryyttävänä he kokevat usein vaihtuvat työntekijät ja kerta toisensa jälkeen alusta alkavat asiakassuhteet. Pysyvät asiakas- ja potilassuhteet voivat olla asiakkaalle voimaannuttavia, sillä ne antavat viestin sitoutumisesta hänen asioihinsa. Samalla ne tukevat hänen kykyjään vaalia itse hyvinvointiaan ja terveyttään. Pitkät potilas- ja asiakassuhteet voivat olla myös työntekijöiden kannalta palkitsevia ja lisätä työn mielekkyyttä.

*Hyvinvoinnin ja terveyden sosioekonomisiin eroihin vaikuttaa osaltaan se, miten palvelut on järjestetty.*

Asiakkaan tai potilaan kokemusten ja arvioiden ottaminen vakavasti tai niiden sivuuttaminen johtavat joko asiakaskeskeiseen tai järjestelmäkeskeiseen toimintatapaan. Suurikin auttajamäärä voi johtaa asiakkaan kannalta huonoon tulokseen, jos kaikki työntekijät sivuuttavat asiakkaan tai potilaan näkökulman. Sen sijaan asiakkaan tai potilaan kuuleminen voi lisätä merkittävästi hänen hyvinvointiaan yllättävän pienellä ammatillaisen panostuksella<sup>54</sup>. Asiakkaan tai potilaan näkemysten huomioon ottaminen on erityisen tärkeää silloin, kun hän tarvitsee monipuolisesti hoitoa ja palveluita. Asiakaslähtöisessä toiminnassa jokainen työntekijä varmistaa omalta osaltaan sen, että palvelut ja niiden kokonaisuus vastaavat mahdollisimman hyvin asiakkaan hoidon ja tuen tarpeisiin.

Itsemääräämisoikeutta laajentamaan ja vahvistamaan sekä sosiaali- ja terveysalan toimintaa parantamaan on kehitetty hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat. Ne on tarkoitus laatia yhteistyössä potilaan tai asiakkaan kanssa. Käytännössä suunnitelmia laaditaan maan eri osissa eri tavoin, ne saattavat puuttua kokonaan, niissä sovitut asiat eivät toteudu sovitulla tavalla tai aitoja vaihtoehtoja ei ole alun pitäenkään ollut tarjolla<sup>55</sup>.

Edellä kuvatut asiakkaiden ja potilaiden kokemuksiin ja kohteluun liittyvät tiedot kertovat siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuuden ja

laadun ongelmiin on haettu hallintoa koskevia rakenteellisia ratkaisuja sen sijaan, että olisi kehitetty palvelujen sisältöä ja vahvistettu asiakkaiden asemaa. Samaa ongelmaa heijastelevat väestön yhä kriittisemmät mielipiteet sosiaalipalvelujen ja -etuuksien saatavuudesta, laadusta ja tasosta<sup>56</sup>. Niin ikään kansalaisten kokemukset terveyspalveluista ovat tulleet viime vuosina entistä negatiivisemmiksi<sup>57</sup>.

*Asiakkaiden ja potilaiden kokemuksiin ja kohteluun liittyvät tiedot kertovat siitä, että saatavuuden ja laadun ongelmiin on haettu hallintoa koskevia rakenteellisia ratkaisuja sen sijaan, että olisi kehitetty palvelujen sisältöä ja vahvistettu asiakkaiden asemaa.*

Palvelusetelit, henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilut, vaikeavammaisten ihmisten henkilökohtainen avustajajärjestelmä ja hoitotahto ovat esimerkkejä pyrkimyksistä vahvistaa itsemääräämisoikeutta. Valinnan mahdollisuuksien lisääminen johtaa periaatteessa myös palvelutason yleiseen paranemiseen, mutta käytännössä saattaa kasvattaa alueellisia eroja. Myös näiden järjestelmien kohdalla on syytä arvioida sitä, sisältyykö niihin eriarvoistavia piirteitä. Vastaako esimerkiksi palveluseteli pienituloisimpien tai syrjäseuduilla asuvien kansalaisten tarpeisiin? Mikä sitten olisi sen vaihtoehto? Hoitotahdossa potilas voi suullisesti tai kirjallisesti kertoa omat hoitoon liittyvät toiveensa hoitotilanteessa tai jo etukäteen. Näin hän voi vaikuttaa omaan hoitoonsa vielä silloinkin, kun ei enää itse pysty ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahtoa käytetään kuitenkin edelleen vähän, eikä sen asema hoidosta päätettäessä ole täysin selvä.

Potilaiden ja asiakkaiden aseman vahvistuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa näkyy myös arviointivälineissä, joissa asiantuntijatiedon ja tyytyväisyyskyselyiden rinnalle on noussut kokemusasiantuntijuus. Kokemusarviointien tuloksissa nousee esiin se, että asiakkaiden, myös lasten ja nuorten kokemuksia kartoittamalla saadaan aikaan konkreettisia ehdotuksia, jotka auttavat vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä.

*Mielenterveys- ja päihdeyksiköissä tehty kokemusarviointi toi esiin ongelmia kohtelussa, mutta myös toimintatapoja, joilla voidaan vähentää pakkokeinojen käyttöä ja tukea itsenäistä asumista. Arvioinnin perusviesti oli se, että asiakkaiden ja potilaiden ihmisarvoinen kohtelu tarkoittaa hyvin konkreettisia asioita, kuten asiallista vuorovaikutusta ja asiakkaiden tarpeiden ottamista vakavasti. Jos kohtelu ei ole ihmisarvoista, kuntoutuminen hidastuu tai jopa estyy.<sup>58</sup> Myös muissa tutkimuksissa on todettu yhteistyötä ja yhdenvertaisuutta viestivän vuorovaikutuksen tarjoavan hyvän pohjan kohtaamiselle sekä asiakkaiden ja potilaiden tilanteiden ratkaisulle.<sup>59</sup> Niissä on myös korostunut asiakas- tai hoitosuhteen jatkuvuuden merkitys hyvinvoinnille*

*erityisesti silloin, kun riippuvuus palveluista on suur<sup>60</sup>.*

Hoitotapahtumassa ja sosiaalihuollon asiakastapaamisessa voidaan monin keinoin luoda vuorovaikutukselle otollinen ilmapiiri. Suullisen informaation lisäksi voidaan käyttää sähköisiä ja kirjallisia viestintävälineitä. Fyysisten ja virtuaalisten vertaistukiverkostojen on todettu tutkimuksissa toimivan hyvin. Myös niissä on tärkeää se, että tukea ja neuvoa voi kysyä tarvittaessa ammattilaisilta<sup>61</sup>. Verkkopalvelujen ei kuitenkaan tulisi nostaa kynnystä tarjota kasvokkaisia palveluja, vaan pikemminkin ohjata niihin jo varhaisessa vaiheessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan byrokratisoituminen näkyy kokonaistyöajan jakautumisessa. Esimerkiksi lääkärin kokonaistyöajasta kuluu huomattava osa lausuntoihin, jotka ammattikunta arvioi turhaksi byrokratiaksi.<sup>62</sup> Sosiaalityöntekijöiden työajasta taas alle puolet kuluu suoriin asiakastapaamisiin ja vajaa kolmannes asiakastapaamisten dokumentointiin<sup>63</sup>. Vaarana on myös erityisesti sosiaalitoimen juridisoituminen: valvonnan tehostuessa ja valitusten kynnyksen laskiessa kirjataan varmuuden vuoksi asioita, joilla ei juuri ole merkitystä asiakkaan edun toteutumisen kannalta.

Molemmipuolinen arvostus ja luottamus ovat hyvän ja kestäväen hoitosuhteen edellytyksiä. Kestävät hoitosuhteet ja -asiakassuhteet auttavat hahmottamaan, kenen puoleen kääntyä. Ne myös tukevat omahoitoon sitoutumista<sup>64</sup>. Jos potilas tai asiakas kokee työntekijän käytöksen esi-neellistävänä tai muutoin tylynä, vähenee hänen luottamuksensa siihen, että hän saa tarvitsemaansa tukea, palvelua tai hoitoa. Hoitotehtävissä olevien henkistä kestävyyttä kuormittavat puolestaan erityisesti asiakkaat ja potilaat, jotka väheksyvät tai torjuvat hoidon tai eivät osallistu omilla voimavaroillaan itsensä hoitoon. Vuorovaikutuksen haasteista tulisi avoimesti keskustella sekä työyhteisöissä että julkisuudessa, jotta löydetäisiin nykyistä tehokkaampia tapoja rakentaa yhteistyötä vaikeissa tilanteissa.

*Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluissa, kuten poliklinikoilla, asiakkaat ja potilaat ovat usein päihtyneitä tai heidän ongelmansa liittyy muuten päihteiden käyttöön. Yksin päihtymystilan takia kertyneitä hoitopäiviä oli vuonna 2010 lähes 25 000 koko maassa. Luku kuvaa vain pientä osaa päihtyneinä hoitoa ja sosiaalipalveluja tarvitsevien ihmisten määrästä. Joillakin päivystyspoliklinikoilla on arvioitu, että suurimpana yksittäisenä tulosyynä ovat päihteiden käytön terveysvaikutukset. Päihtyneiden asiakkaiden ja potilaiden kohtaaminen tuo erityisiä vaike-*

*uksia sekä vuorovaikutukseen että hoitotoimiin ja jatkohoidolle. Oikeusasiamiehelle tulleiden kanteluiden mukaan päähtyneenä hoitoon tulevan potilaan hoidon tarvetta ei aina riittävästi selvitetä tai häntä ei oteta tarpeelliseen hoitoon, eikä osaamista päähtyneen henkilön akuuttihoitoon aina ole<sup>65</sup>.*

Osa kielteisestä suhtautumisesta hoitoon ja auttamiseen liittyy puutteelliseen tiedon saantiin tai ymmärtämiseen sekä siihen, että potilas tai asiakas ei koe saavansa ymmärrystä omalle tilanteelleen. Niin ikään maahanmuuttajien usein suomalaisesta kulttuurista eroavat tavat ja yhteisen kielen puuttuminen tuovat uudenlaisia tilanteita sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysalan perus- ja täydennyskoulutuksessa on syytä vahvistaa työntekijöiden vuorovaikutustaitoja erityisesti haasteellisen potilaan tai asiakkaan kohtaamisessa.

*Sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa on syytä vahvistaa työntekijöiden vuorovaikutustaitoja erityisesti haasteellisen potilaan tai asiakkaan kohtaamisessa.*

Työväkivallan riskiammattien kolmen kärkeen kuuluvat terveyden- ja sairaanhoitotyö, sosiaalialan hoitotyö sekä vartiointi- ja suojelutyö. Työväkivalta kohdistuu yleensä naisiin, mutta sosiaalialalla useammin miehiin.<sup>66</sup> Työntekijöiden, muiden potilaiden ja väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan tai asiakkaan turvallisuuden kannalta on olennaista, että tilanteisiin on varauduttu ja työntekijöiden vastuut ja toimintamahdollisuudet on selkeästi määriteltä.

Kun sosiaali- ja terveysalan etiikan tilaa arvioidaan asiakkaiden tai potilaiden kohtelun osalta, on kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla syytä tarkastella ainakin seuraavia asioita:

- kokemukset perusturvan, hoidon ja palvelun riittävydestä
- palveluun tai hoitoon tyytyväisten määrä
- asiakas/potilas-työntekijä-suhteiden jatkuvuus
- asiakkaan tai potilaan kohtaamiseen käytetty aika kokonaistyöajasta
- asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja sen määrätietoinen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöissä
- valitusten ja vahinkoilmoitusten määrät sekä tapausten määrä hallinto-oikeuksissa
- potilas- ja sosiaaliasiamiesten käsittelemien tapausten määrä ja sisältö
- hoidon/palvelun jatkuvuus pitkäaikaista tukea, palvelua ja hoitoa tarvitsevilla asiakkailla
- työntekijöiden kokemien väkivaltatilanteiden määrä ja taustatekijät.

## 7 AMMATILLINEN OSAAMINEN JA TYÖN LAATU

---

Vuonna 2008 sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteli 364 000 henkeä. Heistä neljännes oli järjestöjen tai yritysten palveluksessa. Kuntien terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli vuonna 2010 noin 258 000 henkeä ja lisäksi terveydenhuollon tai sosiaaliturvan hallinnossa noin 5 300 henkeä.

*Terveyspalvelujen yhteensä 137 000 työntekijästä sairaalapalveluissa työskenteli 84 400 henkeä, terveyskeskus- ja vastaavissa yleislääkäripalveluissa puolestaan 51 200 henkeä. Sosiaalipalveluissa työskenteli 115 800 henkeä, heistä valtaosa lasten päivähoitossa (52 300) sekä vanhusten palveluissa (38 600). Henkilöstöstä viidennes täyttää 67 vuotta vuoteen 2020 mennessä. Eläkkeelle siirtyviä on suhteellisesti tarkastellen eniten kotipalvelussa ja määrällisesti tarkastellen sosiaali- ja terveysalan suurimmassa ammattiryhmässä eli lähihoitajissa<sup>67</sup>.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus on Suomessa hyvin järjestetty, ja ammatillinen osaaminen on pyritty varmistamaan monin tavoin. Kansainväliset vertailut ovat myös osoittaneet, että laatu on yleisesti hyvää. Monilla terveydenhuollon erikoisaloilla myös hoitotulokset sijoittuvat vertailuissa kärkipäähän. Erityisesti lasten hoidon ja sosiaalityön koulutustaso on huomattavan korkea.

*EU-maiden kansalaisten käsityksiä oman maansa terveydenhuollon tasosta on selvitetty monesti. Suomalaiset arvostavat terveydenhuoltoaan, mikä kertonee myös ammattilaisten osaamisen arvostuksesta. Hoidon hyvää laatua kertoo pääosin myönteinen hoitopalautte. Samoin ammattien arvostusasteikolla hoitoammatit ovat kärkipäässä.*

Tästä huolimatta esimerkiksi sosiaalityössä pula pätevistä sosiaalityöntekijöistä on jatkunut pitkään. Liiallisen työkuorman kanssa kamppaileva työntekijä ei voi tehdä työtään niin hyvin kuin hänen ammattietiikkansa vaatii. Samoin esimerkiksi sosiaalitoimiston ainoa pätevä sosiaalityöntekijä voi tällaisessa tilanteessa joutua vastaamaan päätöksistä, joista hän on vain muodollisesti selvillä. Työnantajan kohtuuttomat odotukset yksittäistä työntekijää kohtaan ovatkin tutkimusten perusteella suurempi syy eettiseen kuormittuneisuuteen ja moraaliseen painolastiin sosiaalityössä kuin raskaat asiakastilanteet.<sup>68</sup> Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös terveydenhuollon työstä.<sup>69</sup>

Toinen ongelma voi olla se, että syystä tai toisesta työntekijä ei voi käyttää läheskään kaikkia taitojaan työssään.<sup>70</sup>

Potilasturvallisuuden osalta Suomi on maailman huippumaita.<sup>71</sup> Kuitenkin Suomessa kuolee vuosittain enemmän ihmisiä hoitovirheiden tuloksena kuin liikenneonnettomuuksissa. On arvioitu, että erilaisista haittatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutuu paitsi paljon inhimillistä kärsimystä myös 409 miljoonan euron vuotuiset lisäkustannukset pelkästään vuodeosastohoidossa. Toimintaa kehittämällä, virheistä oppimalla ja järjestelmällisellä seurannalla voitaisiin arviolta puolet nykyisistä haittatapahtumista estää<sup>72</sup>.

Kansainvälistyminen tuo hoidon laadun valvonnalle uusia vaatimuksia. EU:n säännösten seurauksena kilpailuttaminen on yleistynyt ja työvoiman ja palvelujen edellyttämä pääoman liikkuvuus lisääntynyt. Kun koulutusta hankitaan eri lähteistä, tarvitaan entistä monipuolisempaa valvontaa.

Ammatillisen osaamisen rinnalle on noussut uudenlaisia vaatimuksia suomen ja/tai ruotsin kielen taidosta, kun sosiaali- ja terveysalalla työskentelee yhä enemmän maahanmuuttajia.

*Alan houkuttelevuutta pitää yllä hyvä työllisyystilanne, mutta haittapuolena on melko matala tulotaso työn vaativuuteen ja raskauteen nähden.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteissa työskentelevien maahanmuuttajien määrää on pyritty määrätietoisesti kasvattamaan. Heidän riittävä kielitaitonsa on välttämätöntä paitsi potilas- ja asiakasturvallisuuden myös heidän oman oikeusturvansa kannalta. Toinen haaste on eläkkeelle siirtyjien suuri määrä lähivuosina. Alan houkuttelevuutta pitää yllä hyvä työllisyystilanne, mutta haittapuolena on hoitohenkilökunnan kansainvälisesti ja kansallisesti arvioiden melko matala tulotaso työn vaativuuteen ja raskauteen nähden.

Yksi jatkuvasti huomiota vaativa kysymys on työnjako: millainen sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen ja kummankin alan sisäinen työnjako vastaa parhaiten kansalaisten tarpeisiin kohtuullisin kustannuksin. Viime aikoina sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat nostaneet yhä useammin esiin tietoteknisten työvälineiden toimimattomuuden ja työnkuvan byrokratisoitumisen.

Työn kuva muuttuu vähitellen ja usein lähes huomaamatta. Potilas- ja

asiakasrakenne muuttuu, ja samalla muuttuvat ammatilliset osaamisvaatimukset.

*Esimerkiksi iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaat ja potilaat tarvitsevat entistä enemmän apua ja ovat aiempaa useammin monisairaita. Kotihoidossa hoidetaan aiempaa huonokuntoisempia ihmisiä, ja kotisairaaloiminta on lisännyt vaikeasti sairaiden, kuolemaa lähestyvien potilaiden hoitoa kodeissa sairaalan sijaan. Itsenäistä suoriutumista tukevan tekniikan ja muiden menetelmien kehittyminen sekä lisääntynyt dokumentointi ovat kasvattaneet ammatillisia vaatimuksia. Nämä muutokset ovat muuttaneet avopalveluissa työskentelevien työnkuvaa.*

Köyhyyden kaltaisten sosiaalisten ongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle ja ongelmien kasaantuminen samoille perheille ja yksilöille on muuttanut sosiaalityötä. Työntekijät kokevat voivansa vaikuttaa tämän kehityksen syihin vain vähän<sup>73</sup>.

Sosiaali- ja terveysalan työn raskautta kuvaa se, että vuosittaisia sairauspoissaolopäiviä on ollut alalla hieman keskimääräistä enemmän, esimerkiksi vuonna 2008 keskimäärin 12,6 päivää työllistä kohden. Yleisimmät poissaolojen syyt ovat olleet tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielen-terveyden ongelmat.<sup>74</sup> Määräaikaisten työsuhteiden osuus on Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa suuri jopa niissä ammateissa, joissa työvoimasta on pulaa<sup>75</sup>. Koettu oikeudenmukainen kohtelu työpaikalla vaikuttaa kuitenkin selittävän työssä koettua hyvinvointia paremmin kuin muut työsuhteeseen liittyvät tekijät.<sup>76</sup>

Pitkäaikaispotilaiden osuuden kasvaessa yhä tärkeämmiksi tulevat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sosiaaliset taidot sekä hoitoketjujen kokonaisuuksien hahmottaminen ja hallitseminen. Tietojärjestelmät tarjoavat uusia vuorovaikutusmuotoja avohoidossa olevien pitkäaikaispotilaiden kanssa. Näihin uusiin käytäntöihin liittyvää osaamista on vahvistettava täydennyskoulutuksella. Vuonna 2011 täydennyskoulukseen osallistui kaksi kolmasosaa sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstöstä, mutta koulutus suuntautui suurelta osin korkeakoulutetulle sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstölle.<sup>77</sup>

Tiedon käsittely muuttaa potilas- ja asiakastapaamisen luonnetta. Tiedon kattava ja selkeä kirjaaminen sekä muuttuvien tietojärjestelmien opettelu vievät entistä suuremman osan tapaamisajasta. Hyvä tietojärjestelmä ja hyvin kirjatut tiedot helpottavat hoitosuhteen jatkuvuutta työntekijän vaihtuessa. Vaarana on kuitenkin tietotulva, jossa tärkeä tieto saattaa



hukkua epäolennaisten yksityiskohtien taakse. Tällä hetkellä näyttää vielä siltä, että sähköiset asiakastietojärjestelmät eivät tue asiakastyötä sosiaalipalveluissa<sup>78</sup>. Sen sijaan terveyspalveluissa ne ovat juurtuneet potilastyöhön ja siihen liittyvään tiedonsiirtoon, vaikkakin järjestelmien käytettävyydessä on edelleen ongelmia.<sup>79</sup>

ETENEn näkemyksen mukaan koulutuksen tarjoama ammatillinen osaaminen on yleisesti hyvällä tasolla. Joillakin alueilla, kuten iäkkäiden, monisairaiden ihmisten hoito- ja hoivatyössä on vuosia raportoitu osaamisen puutteista ja asenteiden ongelmista. Työhön perehdyttämisessä ja täydennyskoulutuksessa tulee huolehtia siitä, että kun palvelurakenne sekä tiedon siirto ja käsittely muuttuvat, henkilöstön osaaminen kehittyksen mukana.

ETENE katsoo, että arvioitaessa sosiaali- ja terveysalan tilaa kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla ammatillisen osaamisen ja työn laadun osalta olisi syytä kiinnittää huomiota ainakin seuraaviin seikkoihin:

- *oikeudenmukainen kohtelu työssä*
- *täydennyskoulutukseen osallistuneiden osuus eri ammattiryhmissä*
- *työkyvyttömyyseläkkeelle jäänti eri ammattiryhmissä erityisesti työperäisistä syistä*
- *sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneista muille aloille hakeutuneet*
- *koettu ammattitaito*
- *oikaisupyyntöjen ja valitusten määrä ja painottuminen.*

## 8 TOIMINNAN VOIMAVARAT JA PRIORISOINTI

Eri maiden terveydenhuoltoon käyttämiä voimavaroja voidaan verrata melko luotettavasti OECD:n keräämien tietojen perusteella. Vuonna 2010 Suomen terveysmenot olivat 8,9 prosenttia bruttokansantuotteesta, mikä jäi hieman alle OECD-maiden keskiarvon (9,0 %). Muiden Pohjoismaiden osuudet olivat yleensä keskiarvoa hiukan korkeammat (9,4-11,1 %). Terveysmenoistamme 75 prosenttia katetaan julkisin varoin. Muissa Pohjoismaissa osuudet ovat 81-84 prosenttia ja OECD-maissa keskimäärin 72 prosenttia.<sup>80</sup>

*Terveydenhuollon suhteellinen osuus bruttokansantuotteesta nousi Suomessa vuonna 2009 tuntuvasti, koska bruttokansantuote aleni. Edellisenä vuonna osuus oli 8,4*

*% Vuodesta 1995 vuoteen 2008 Suomen terveydenhuollon menojen osuus bruttokansantuotteesta kasvoi vain 0,5 prosenttiyksikköä. Tätä hitaammin osuus kohosi vain neljässä OECD-maassa.*

Sosiaalihuollon menoista ei ole vastaavaa kansainvälistä vertailua. THL:n raportin mukaan vuosia jatkunut terveys- ja vanhuspalvelujen menojen kasvu näyttää pysähtyneen Suomessa ainakin hetkellisesti vuonna 2010<sup>81</sup>. Itse asiassa kunnat käyttivät vuonna 2010 aiempia vuosia vähemmän rahaa terveys- ja vanhustenpalveluihin, kun menot suhteutetaan väestön kasvaneisiin palvelutarpeisiin. Jos vertailussa otetaan huomioon väestön palvelutarpeeseen vaikuttavat tekijät, kuten ikärakenne ja sairastavuus, palvelutarpeisiin suhteutetut menot olivat vuonna 2010 koko maassa asukasta kohti 1,8 prosenttiyksikköä pienemmät kuin vuonna 2009.

*Vuosina 2005–2009 menot kasvoivat 0,8 prosenttiyksikköä vuodessa ja vastaavasti palvelutarve kasvoi 1,65 prosenttiyksikköä vuodessa. Kuntien palvelumenot olivat keskimäärin 2001 euroa asukasta kohti vuonna 2010.*

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen resurssienjako on pitkään ollut yksi terveystalouden ongelmakohta. Erikoissairaanhoidon yhä kalliimmat hoidot ovat kasvattaneet resurssien tarvetta. Peruspalvelujen ja ennaltaehkäisevän toiminnan heikkeneminen on puolestaan lisännyt erikoissairaanhoidon tarvitsevien potilaiden määrää. Toinen seka- vuutta ja tehottomuutta ylläpitävä seikka on se, että toiminta- ja rahoitusperiaatteet sisältävät historian painolastia, jota ei ole onnistuttu purkamaan. Ongelmana on rahoituksen monikanavaisuus, joka on tuonut mukanaan palvelujen päällekkäisyyttä sekä lisännyt eriarvoisuutta.

Toimintaa on pyritty tehostamaan tilaaja-tuottajamallin avulla, mutta tosiasiasa transaktiokustannukset ovat saattaneet kasvaa saavutettua taloudellista hyötyä nopeammin. Nämä kustannukset syntyvät kilpailutuksesta sekä sopimusten laadinnasta ja valvonnasta. Luottamushenkilöiden rooli linjanvetäjinä ei ole kehittynyt muutosten tahdissa. Toisaalta myös talouden niukkuus näkyy kunnissa esimerkiksi siinä, että jopa 20 prosenttia sosiaali- ja terveysbudjeteista alimitoitetaan tietoisesti<sup>82</sup>. OECD onkin määritellyt Suomen terveystalouden kahdeksi lähivuosien päätehtäväksi terveydenhuollon tehostamisen ja väestön terveyteen liittyvän eriarvoisuuden vähentämisen<sup>83</sup>.

Suomi on omassa EU-politiikassaan korostanut terveyden merkitystä

politiikan kaikilla lohkoilla – näin siksi, että terveyden tila riippuu monesta tekijästä, joista terveyspalvelut kattavat arviolta vain runsaan neljänneksen. Tämä toimintatapa, jolla edistetään terveyttä laajasti koko yhteiskunnassa, sisältyy myös terveysviranomaisten laatimiin kansallisiin tavoitteisiin. Tavoitteen mukaisia, hallintorajat ylittäviä muutoksia on nähtävissä muun muassa terveystieteiden, ravitsemuksen, liikunnan, työhyvinvointia ja tapaturmia koskevissa kannanotoissa. Myös käytännössä kehitys on ollut myönteistä, mutta ei järjestelmällistä.<sup>84</sup> Terveystieteen lisääntymisen perusteella arvioituna vaikuttavuus ei ole yltänyt toivotulle tasolle. Myös sosiaalisten ongelmien ehkäisy tulisi samalla tavoin olla esillä kaikilla politiikan lohkoilla, jos halutaan estää vaikeasti katkaistavat syrjäytymiskiarteet. Näin ei kuitenkaan ole ollut.

*Sosiaalisten ongelmien ehkäisy tulisi olla esillä kaikilla politiikan lohkoilla, jos halutaan estää vaikeasti katkaistavat syrjäytymiskiarteet.*

Voimavarojen mitoitusta ja käyttöä koskeva eettinen ongelma johtuu osittain viranomaisten välisen yhteistyön ja luottamuksen puutteista. Valtion ja kuntien päättäjien ja edustajien välillä on usein erilainen näkemys palvelujen normiston tarkoittamasta riittävydestä, puutteiden syistä, korjaamisen edellytyksistä ja tavoiteltavasta tilasta. Toisinaan keskustelussa korostuu valtion ja kuntien välinen kustannustenjakokiista, kun pitäisi arvioida kokonaisrahoituksen mitoitusta. Tämä näkyy kansalaisten arjessa vaikeutena saada tarpeita vastaavia palveluita. Kiistaan on viime vuosina liittynyt myös erilaisia näkemyksiä normiohjauksen ja markkinamekanismin käyttökelpoisuudesta.

Myönteisten muutosten aikaansaaminen edellyttää tuloshakuista yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon, opetushallinnon, yhdyskuntasuunnittelun sekä sosiaali- ja terveyshallinnon välillä valtakunnallisella ja paikallisella tasolla. Päätöksentekijöiden on huolehdittava siitä, että toimintaprosessit rakennetaan kokonaisuuksina, joissa otetaan huomioon kuntalaisen, asiakkaan ja potilaan omat voimavarat ja toimintakyky. Vastuun epäselvyys näkyy katkeilevina asiakas- ja hoitosuhteina sekä inhimillisesti ja taloudellisesti epäedullisina hoito- ja palvelukokonaisuuksina. Hyviä ja käytännössä koeteltuja toimintamalleja kokonaisvastuun toteuttamisesta ei ole otettu kattavasti käyttöön.

Perusterveydenhuolto ja kunnallinen sosiaalityö eivät ole saaneet sellais-

ta asemaa, että ne voisivat ottaa kokonaisvastuun potilaan ja asiakkaan hoitoprosessista. Perusterveydenhuollon palvelujen riittämättömyys tukkii ajanvarauksen ja ohjaa potilaita muihin palveluihin. Lisäksi päivystykseen hakeutuu potilaita, joita olisi pitänyt varhaisemmassa vaiheessa hoitaa perusterveydenhuollon asiakkaina. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisten hoito-ohjelmien ja ylipäättään yhteistyön toteutuminen edellyttää, että perusterveydenhuollolla on edellytykset toimia niiden mukaisesti. Tilanteen korjaamiseksi voimavaroja on suunnattava perusterveydenhuoltoon ja sosiaalityöhön. Sen ohella päätöksenteossa on puututtava järjestelmällisesti epätarkoituksenmukaisiin toimintamalleihin. Tärkein henkilöstön kannustin on työn mielekkyys. Siihen päästään toimintaprosesseja uudistamalla, asiakkaita segmentoimalla sekä järjestämällä palvelu- ja hoitotiimejä ja niiden tehtäviä uudelleen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskäytäntöjä on pyritty parantamaan. Henkilöstön työoloja ja työtyytyväisyyttä koskevat tiedot ovat kuitenkin edelleen tältä osin huolestuttavia. Osaksi kysymys on tavoitteiden ja voimavarojen ristiriidasta, osaksi heikosta johtajuudesta<sup>85</sup>.

ETENEn näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa vaivaavat ylimitotetut tavoitteet ja odotukset suhteessa käytettävissä oleviin mahdollisuuksiin. Toisaalta voimavarat ovat alimitoitettut tavoitteisiin nähden, toi-

*ETENEn näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa vaivaavat ylimitotetut tavoitteet ja odotukset suhteessa käytettävissä oleviin mahdollisuuksiin.*

saalta taas ongelmana on tavoitteen asettelu, jonka tueksi ei voida osoittaa toimivia keinoja. Osan ongelmasta aiheuttaa se, että sosiaalihuollon vastuulle on siirretty tehtäviä, jotka eivät ole aikaisemmin kuuluneet sille, kuten iäkkäiden ihmisten liikkuminen. Vastuut toimintaprosesseista eivät myöskään ole täysin selvät. Keskittyminen yleishallinnollisiin kysymyksiin jarruttaa sellaistenkin keinojen käyttöönottoa, joilla voitaisiin välittömästi parantaa hoidon laatua ja taloudellisuutta.

ETENE katsoo, että tarkasteltaessa etiikan tilaa sosiaali- ja terveysalan toiminnan voimavarojen ja priorisoinnin osalta olisi syytä kiinnittää huomiota ainakin seuraaviin seikkoihin:

- valtionosuusien ja muun rahoituksen kehitys suhteessa velvoitteisiin
- kuntien oman sosiaali- ja terveyspolitiikan ja erityisesti ennaltaehkäisevän

*toiminnan rakentuminen sekä sen tavoitteiden sitominen kuntien strategioihin ja rahoitukseen koko valtuustokausiksi*

- *perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon resurssien tasapaino*
- *sosiaalihuollon avopalvelujen ja laitospalvelujen resurssien tasapaino*
- *tuottavuuden ja vaikuttavuuden kehitys sosiaali- ja terveydenhuollossa*
- *sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työhyvinvointi.*

## 9 ETIIKAN TILAN ARVIOINTI

---

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilaa kuvataan usein talous- ja työvoimaluvuilla. Huolena on menojen kasvu sekä työvoiman riittävyys kaikille yhteiskunnan sektoreille. Eettistä tilaa arvioitaessa pyritään kuvaamaan oikeudenmukaisuuden toteutumista. Samoin tarkastellaan sitä, miten hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen sekä voimavarojen tarkoituksenmukaisin käyttö ovat toteutuneet. Huomiota kiinnitetään myös kansalaisten itsemääräämisen eri osa-alueiden toteutumiseen, tärkeimpänä näistä oikeudet tiedonsaantiin, päätöksentekoon, yksityisyyteen ja kykyjen käyttöön.

Etiikan tilaa arvioitaessa vertaillaan toteutunutta kehitystä asetettuihin tavoitteisiin, joista riittävien hoitomahdollisuuksien tarjoaminen ja niiden tasa-arvoinen toteutuminen ovat tärkeimmistä päästä. Samoin vertaillaan alueellisia ja paikallisia tuloksia keskenään ja kansallisia tuloksia muissa maissa saavutettuihin tuloksiin sen selvittämiseksi, mikä on mahdollista ja toteuttamiskelpoista. Vertailtavat ulottuvuudet koskevat väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa, asiakkaan asemaa, palvelun ja hoidon laatua, henkilöstön osaamista, johtamiskäytäntöjä ja työhyvinvointia sekä voimavarojen riittävyttä ja tehokasta käyttöä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon etiikka ei kuitenkaan koske vain rakenteellisia kysymyksiä, vaan myös ihmisten keskinäistä kohtaamista. Asiakkaan ja potilaan hyvä kohtelu on ammattietiikan kannalta erityisen tärkeää. Se ei ole resurssi- vaan asennekysymys: asiakkaan ja potilaan yksityisyyttä kunnioitetaan, häntä kohdellaan yhdenvertaisena ja hänen omia voimavarojaan pyritään tukemaan. Sosiaali- ja terveysalan työssä korostuvat vuorovaikutustaidot. Tilanteissa on aina mukana vähintään työntekijä ja

asiakas tai potilas. Vastuu tilanteiden onnistumisesta on myös asiakkailta ja potilailla. Heidän tulee antaa paikkaansa pitävää tietoa tilanteestaan ja pyrkiä kohentamaan tilannettaan omien voimavarojensa mukaan.

Yksi suomalaisen yhteiskunnan perusongelma, joka heijastuu sosiaali- ja terveysalan päivittäiseen toimintaan, on päihteiden liikakäyttö. Etiikan näkökulmasta myös tämän ongelman seurauksia on arvioitava realistisesti. On kiinnitettävä huomiota sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työolosuhteisiin ja ammattitaitoon sekä siihen, että kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa ehkäistään päihdeongelmia, suojellaan lapsia ja nuoria päihdehaitoilta sekä tarjotaan tukea päihteiden käytön vähentämiseen.

Etiikan tilan indikaattorit antavat tietoa yhdenvertaisuuden toteutumisesta sekä yhteisten niukkojen resurssien tehokkaasta käytöstä ja niiden oikeudenmukaisesta jaosta. Ne kertovat myös itsemääräämisoikeuden mahdollisuuksista ja rajoituksista

*Keskimmääristä heikommassa ja riippuvaisemmassa tilanteessa olevien ihmisten tarkastelu suhteessa sosiaali- ja terveysalan säädöksiin ja toimintaan voi jo itsessään valaista etiikan tilaa.*

sekä ylipäättään hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteiden toteutumisesta. Näitä periaatteita ei useinkaan tarkastella sosiaali- ja terveysalalla kokonaisuudessaan. Eettisen tilan tarkastelu avaa kymmentä, jollei peräti sadoittain teemoja, joihin olisi syytä paneutua. Siksi olemme päätyneet siihen, että keskimääräistä heikommassa ja riippuvaisemmassa tilanteessa olevien ihmisten tarkastelu suhteessa sosiaali- ja terveysalan säädöksiin ja toimintaan voi jo itsessään valaista etiikan tilaa. Olemme koonneet ehdotukset etiikan tilan indikaattoreiksi juuri näistä lähtökohdista.

Edellä oleva katsaus ei ole järjestelmällinen kuvaus. Sen tarkoituksena on tarjota aineksia asiasta käytävälle keskustelulle. Tasa-arvon edistäminen on ollut suomalaisen yhteiskunnan perusarvona jo ennen itsenäisyyttä. Viimeisten vuosien aikana eriarvoisuus on kasvanut huomattavasti ja kehitys monilta osin pysähtynyt. Siksi myös tässä raportissa on kiinnitetty huomiota tähän ilmiöön ja sosiaali- ja terveysalan rooliin eriarvoisuuden tasaajana, mutta myös eriarvoisuutta lisääviin käytäntöihin. ETENE korostaakin sitä, että sosiaali- ja terveysalan pitää pystyä nykyistä paremmin tuomaan oma näkökulmansa yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun ja päätöksentekoon.

ETENEn perimmäisenä tavoitteena on ohjata huomiota eettisiin peruskysymyksiin. Haluamme herättää keskustelua siitä, miten oikeudenmukaisuus on toteutunut, millaisia toteuttamismahdollisuuksia ja -keinoja on käytettävissä, mitkä ovat

sosiaali- ja terveysalan tavoitteenasettelun perusteet ja miten näihin tavoitteisiin on sitouduttu. Kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen syrjimättömin keinoin on nähtävä keskeisenä toimintaa ohjaavana arvona ja kannattavana yhteiskunnallisena investointina.

*Kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen syrjimättömin keinoin on nähtävä keskeisenä toimintaa ohjaavana arvona ja kannattavana yhteiskunnallisena investointina.*

Mikä on suomalaisen sosiaali- ja terveysalan etiikan tila ja pitäisikö sille antaa kouluarvosana? Etiikan tila ei ole pysyvä, eikä sitä voi tiivistää yhteen arvosanaan. Sitä ylläpidetään, kehitetään tai heikennetään joka päivä yhteiskunnan eri tasoilla. Sitä ei voida kuvata yksinomaan resurssien määrää tarkastelemalla eikä yksittäisiä asiakaskohtaamisia arvioimalla. Sosiaali- ja terveysalan etiikan tila heijastaa sitä, miten tärkeälle sijalle yhteiskunnan kulloisessakin tilanteessa asetetaan kaikkien kansalaisten hyvinvointi ja terveys. Näin se heijastaa omalta osaltaan ihmisyiden tilaa suomalaisessa yhteiskunnassa.

# 10 TIIVISTELMÄ JA ETENEN KANNANOTTO

---

## Sosiaali- ja terveysalan etiikan tila

Tässä julkaisussa ETENE tarkasteli sosiaali- ja terveysalan kokonaisuutta tutkimus- ja tilastotiedon avulla. Tavoitteena oli antaa sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille ja eri tehtävissä työskenteleville kuva alan etiikan tilasta ja kannustaa heitä oman työpaikan ja yhteisön eettisen tilan arviointiin.

Raportissa tarkasteltiin perusoikeuksien ja hallinnollisten säädösten sisältöä ja toimivuutta, asiakkaiden ja potilaiden edun toteutumista ja kohtelua sekä työntekijöiden osaamista. Lopuksi pohdittiin toiminnan tavoitteiden ja käytettävissä olevien voimavarojen suhdetta. Näitä tarkasteltiin hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen sekä autonomian eri puolten, kuten valinnanvapauden, yksityisyyden sekä kyvykkyyden näkökulmista. Samoin huomiota kiinnitettiin niukkojen resurssien tehokkaaseen ja oikeudenmukaiseen käyttöön. Kunkin luvun lopussa esitettiin indikaattoreita, joiden avulla tilannetta voidaan arvioida.

Vaikka suomalaiset elävät yhä vanhemmiksi ja yhä useampi on vanhanakin terve ja toimintakykyinen, on väestöryhmien eriarvoisuus tältä osin suurta ja selvästi lisääntynyt. Samoin vaikka valtaosa suomalaisista kokee tulevansa hyvin toimeen tuloillaan ja lähes kolme neljästä aikuisesta pitää itseään hyvinvoivana, ovat tuloerot kasvaneet ja osa kansalaisista on pysyvästi köyhiä. Erityisesti köyhien lapsiperheiden määrä on moninkertaistunut. Voidaan siis todeta, että hyvän tekemisen ohella on onnistuttu käyttämään resurssit pääosin tavoitteiden mukaisesti, mutta silti eriarvoisuus on kasvanut kansainvälisesti tarkasteltuna voimakkaasti. Maan eri alueiden väliset erot ovat monilta osin kaventuneet terveydessä, mutta näkyvät edelleen suurina esimerkiksi työkyvyttömyysindeksissä.

Ylimpään ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien välinen ero elinajanodotteessa oli vuonna 2007 miehillä 12,5 vuotta ja naisilla 6,8 vuotta. Mitä parempi sosioekonominen asema kansalaisella on, sen todennäköisemmin hän elää pitkän elämän terveenä. Alimman sosiaaliryhmän kuolleisuusluvut ovat juuttuneet lähes paikoilleen, jolloin ero muihin ryhmiin on entisestään suurentunut. Hyvinvointi-, terveys- ja kuolleisuuseroihin vaikuttavat terveys- ja sosiaalipoliittisten toimien lisäksi monet muut tekijät, esimerkiksi koulutus-, työllisyys-, päihde- ja ravitsemuspolitiikka.

- *ETENE korostaa sitä, että sosiaali- ja terveysalan suurena haasteena on saada huomio eriarvoisuuden kysymyksiin kaikilla politiikan lohkoilla sekä päästä mukaan tekemään eriarvoisuutta vähentäviä päätöksiä myös muissa kuin suoranaisesti oman alan kysymyksissä.*

Vuonna 2009 noin 150 000 suomalaista kuului kotitalouksiin, joiden bruttotu-



loista yli 90 prosenttia koostui perusturvaetuuksista. Heidän määränsä on kasvanut, samoin heidän köyhyysriskinsä. Perusturvaa leikattiin 1990-luvun jälkipuoliskolla, ja indeksiin sitomattomat etuudet heikkenivät reaalisesti vuosittain. Viime vuosien korjaukset perusturvan tasoon eivät ole olleet riittäviä köyhyysriskin vähentämiseksi.

- *ETENE painottaa sitä, että oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ei ole hyväksyttävää lisätä eriarvoisuutta varsinkaan, jos se tapahtuu kaikkein pienituloisimpien kustannuksella. Kyse ei ole vain tulojen vähäisyydestä, vaan muita tuloryhmiä suuremmista vaikeuksista, pysyä terveenä, kunnioittaa itseään, osallistua työelämään, tehdä itseänsä valintoja tai elää normaalipituinen elämä.*

### **Perusoikeuksien ja hallinnollisten säädösten sisältö ja toimivuus**

Lainsäädäntö antaa hyvät mahdollisuudet eri hallintokuntien yhteistyölle, mutta yhteistyötä tehdään liian vähän. Monissa viime vuosien lainsäädäntöhankkeissa säädetään aikaisempaa yksityiskohtaisemmin tietyn ihmisryhmän oikeuksista palvelujen saantiin ja täsmennetään sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä puitelakeja.

- *ETENE haluaa herättää kysymyksen siitä, onko universalismin periaatteen (kullekin tarpeensa mukaan) hyväksyntä vähentynyt yhteiskunnassa, kun tarvitaan yhä tarkempaa lainsäädäntöä. Seuraako tästä kehityksestä se, että yhä useammin eri asiakas- ja potilasryhmiä asetetaan vastakkain ja miten silloin voidaan turvata kaikkein heikoimmassa asemassa olevien oikeudet.*

Perusoikeuksia on vaikea varmistaa suoraan lainsäädännössä. Laskennalliset tarvemitoitukset eivät riitä, sillä resurssija voi hukkaantua huonosti suunniteltuihin ratkaisuihin, huonoon johtamiseen tai henkilöstön etujen yksipuoliseen turvaamiseen. Jotkin kunnat ovat onnistuneet hyvin palveluiden järjestämisessä, toiset eivät. Silloin kansalaisten perusoikeuksien toteutumista ei aina voida turvata. Palveluiden saatavuuden ja laadun ongelmia on yritetty ratkaista suositusten avulla. Ne jättävät paljon tilaa paikalliselle harkinnalle, eikä niillä tai kehittämissä hankkeilla ole onnistuttu takaamaan palvelujen saatavuutta ja laatua.

Mitä ammattitaitoisemmin, selkeämmin ja ennustettavammin sosiaali- ja terveydenhuolto toimii, sitä harvemmin on tarvetta hakea muutosta päätöksiin tai korvausta hoitovirheistä. Oikeusturvakeinoja on monia, mutta vaikuttaa siltä että osin on kysymys näennäisoikeusturvasta tiedonsaannin puutteiden, itse-määräämisen rajoittamisen yleisyyden sekä valituskäytäntöjen rajoitusten ja hitauden vuoksi.

- *ETENEn näkemyksen mukaan palvelujen riittävyys tulisi arvioida ensi sijassa tavoitteiden ja toiminnan onnistuneisuuden perusteella. Onnistuneisuus voidaan määritellä kansainvälisten vertailujen sekä asiakkaiden ja ammattilaisten kokemusten perusteella. Tällä hetkellä tuloksia mitataan monenkirjavilla tavoilla, jos ollenkaan. Käytössä on osittaisnormisto, jonka avulla toimintaa on haluttu priorisoida. Näin ei kuitenkaan ole päästy eriarvoisuutta kaventavalle tielle. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan riittävyys ja laatua on tarkasteltava kokonaisuutena, johon kuuluvat olennaisena osana hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimenpiteet. Sen jälkeen on avoimesti ja*

*sitovasti päätettävä, millaisia toimia perusoikeuksien turvaamiseksi tarvitaan.*

### **Asiakkaiden ja potilaiden edun toteutuminen eli toiminnan tulokset**

Potilaat ovat yleensä olleet melko tyytyväisiä saamaansa hoitoon, mutta ongelmia on yhteyden saamisessa terveydenhuoltoon ja joidenkin terveyspalvelujen saatavuudessa. Sosiaalipalvelujen apuun luotetaan, mutta kokemukset vaihtelevat ja suurimmat ongelmat ovat lastensuojelun perhetyössä ja toimeentulotuessa. Nämä tulokset kertovat asiakkaiden suurista vaikeuksista tulla toimeen erittäin pienillä tuloillaan ja siitä, että palveluista puuttuu usein lapsiperheiden kotipalvelu.

Suomalaiset lapset syntyvät maailmanlaajuisesti tarkastellen keskimäärin terveenä. Kun he varttuvat, alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien terveys heikkenee muihin verrattuna. Äitiysneuvolajärjestelmän ja sosiaaliturvan keinoin on vähennetty syntyvien lasten eriarvoisuutta. 1990-luvulla monia lasten ja nuorten palveluita vähennettiin eikä tilannetta ole korjattu kaikissa kunnissa. Samaan aikaan lasten psykiatrisen sairaanhoidon tarve on lisääntynyt. Ylipääntään ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen vähentäminen on lisännyt erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä. Tutkimusten mukaan tyydyttämätöntä terveydenhuollon palveluntarvetta on erityisesti niillä, jotka kokevat tulonsa riittämättömiksi ja terveytensä huonoksi. Eriarvoisuutta on lisännyt myös valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan kykenemättömyys puuttua eriarvoisuutta synnyttäviin mekanismeihin.

Ongelmien pitkittyminen näkyy sosiaalialalla. Toimeentulotuen saajien joukkoon on vakiintunut pitkäaikaisasiakkaiden joukko (28,5 % kaikista), joka on kasvanut silloinkin kun lyhytaikaisten tuen saajien määrä väheni. Muutoinkin toimeentulotuen asiakkaille, pitkäaikaistyöttömille, työkyvyttömyyseläkkeellä oleville ja pitkäaikaissairaille kasautuu usein monia hyvinvoinnin puutteita. Päihdekuntoutuksen asiakasmäärät puolestaan ovat vähentyneet, vaikka samaan aikaan katkaisuhoidon asiakkaiden määrä on kasvanut. Moni hyvinvoinnin ja terveyden tukemiseksi kehitetty vaikuttava toimintamalli ei ole levinnyt käyttöön. Nämä ovat esimerkkejä resurssien tehottomasta käytöstä, josta aiheutuu turhaa inhimillistä kärsimystä.

- *ETENE pitää kansalaisten edun ja oikeudenmukaisuuden kannalta kaikkein keskeisimpänä kysymyksenä ennaltaehkäisevän toiminnan vahvistamista. Asiakkaan ja potilaan etua tulee tarkastella koko hoito- ja huolenpito-prosessin eikä vain yksittäisen tapahtuman näkökulmasta. Palvelun tulee toimia terveyttä ja hyvinvointia edistävasti ja näin vähentää kansalaisten tarvetta raskaammille palveluille. Arvioinnissa ja valvonnassa on keskityttävä palvelujen kokonaisuuksiin ja siihen, miten oikeudenmukaisesti ne vastaavat kansalaisten tarpeisiin.*
- *Ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan toiminnan tason vaihtelu maan eri osissa kasvattaa osaltaan terveyseroja ja pahentaa syrjäytymiskierrettä. ETENE kaipaa enemmän tietoa siitä, mistä kuntien tai palvelun tuottajien väliset erot johtuvat.*

### **Asiakkaiden ja potilaiden kohtelu sekä heidän valinnan mahdollisuutensa**

Sosiaalitoimen asiakkaista puolet on joissakin tutkimuksissa kertonut, ettei työntekijöillä ole ollut keinoja vastata heidän tarpeisiinsa. Ongelmat liittyvät kohteluun, ongelmien monitahoisuuteen, pätevien sosiaalityöntekijöiden puutteeseen sekä työntekijöiden työkuormaun. Esimerkiksi lastensuojelussa yksi työntekijä saattaa hoitaa pahimmillaan lähes sadan lapsen asioita, vaikka kohtuulliseksi määräksi arvioidaan alle puolet siitä.

Odotusajat terveyspalveluihin ovat lyhentyneet, mutta ongelmia on terveyskeskuslääkärille pääsyssä ja suun terveydenhuollossa. Vuonna 2009 18–79-vuotiaista terveyspalvelujen saajista 70 prosenttia koki saaneensa riittävästi hoitoa, mutta seitsemän prosenttia ei esimerkiksi palvelujen puutteen vuoksi. Kaikista lääkärivastaanottokäynneistä noin viidennes tuotetaan yksityisesti ja korvataan osin sairausvakuutuksesta. Yksityisiä palveluja käyttävät pääasiassa hyvätuloiset ihmiset usein julkisten palveluiden jonojen vuoksi. Hammashoidossa yksityisten palvelujen osuus on suuri, ja hyvätuloiset käyttävät niitä tarpeeseen nähden enemmän kuin muut. Etiikan näkökulmasta muut kuin kunnan järjestämät yksityiset palvelut tarjoavat valinnan mahdollisuuden, mutta vain niille, joilla on siihen varaa joko itse maksettuna tai vakuutusten tai työnantajan kustantamana.

- *ETENE arvioi, että vaikka nämä vaihtoehdot ovat vakiintuneet käyttöön, ne eivät ole perusteltuja tasa-arvoisuuden näkökulmasta. Niiden ei ole osoitettu vähentävän vaan pikemminkin lisäävän eriarvoisuutta. Valinnan mahdollisuuksien lisääminen johtaa periaatteessa palvelutason yleiseen paranemiseen, mutta se saattaa myös johtaa palvelujen alueelliseen keskittymiseen. Perusongelma ovat riittämättömät julkisen vallan järjestämät peruspalvelut.*

Hankintalain soveltaminen vaatii kunnilta kilpailutuksen vaikutusten ennakkointia eniten palveluista riippuvaisten ihmisten elämään. Kilpailutuksen toteuttamisessa etusijalle on asetettava palvelujen myötä syntyvät hyvinvointivaikutukset. Pysyvät asiakas- ja potilasasusteet antavat viestin sitoutumisesta potilaan tai asiakkaan asioihin ja tukevat hänen kykyjään vaalia itse hyvinvointiaan. Ne voivat olla myös työntekijöiden kannalta palkitsevia ja lisätä työn mielekkyyttä.

- *ETENE korostaa, että palvelujen saatavuus, jatkuvuus ja ennakoitavuus ovat olennaisia arvoja sekä käyttäjien että potentiaalisten käyttäjien kannalta. Palveluiden tuottajien vaihtumisen kilpailutuksen seurauksena ja palveluiden pirstoutuminen yhä pienemmiksi kokonaisuuksiksi heikentävät mahdollisuuksia pysyviin potilas- ja asiakassuhteisiin.*

Asiakkaan tai potilaan kokemusten ja arvioiden ottaminen vakavasti on hänen etunsa mukaista ja kokonaiskustannuksia hillitsevä. Suurikin auttajamäärä johtaa huonoon tulokseen, jos kaikki sivuuttavat asiakkaan tai potilaan näkökulman. Sen sijaan asiakkaan tai potilaan kuuleminen voi lisätä merkittävästi hänen hyvinvointiaan pienelläkin ammattilaisen panostuksella, jos työntekijät varmistavat sen, että palvelut ja niiden kokonaisuus vastaa asiakkaan hoidon ja tuen tarpeisiin. Itsemääräämisoikeutta vahvistamaan sekä toimintaa parantamaan on kehitetty hoito- ja palvelusuunnitelmia, joita kuitenkin laaditaan ja

toteutetaan liian harvoin.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ovat arvioineet kokemusasiantuntijat. Mielenterveys- ja päihdeyksiköissä tehty arviointi toi esiin sen, että asiakkaiden ja potilaiden ihmisarvoinen kohtelu tarkoittaa asiallista vuorovaikutusta ja asiakkaiden tarpeiden ottamista vakavasti. Jos kohtelu ei ole tällaista, kuntoutuminen hidastuu tai jopa estyy. Huono kohtelu vähentää kansalaisen luottamusta saada tarvitsemaansa tukea, palvelua tai hoitoa. Hoitotehtävissä olevien henkistä kestävyyttä kuormittavat asiakkaat ja potilaat, jotka torjuvat hoidon tai eivät osallistu omilla voimavaroillaan itsensä hoitoon. Vuorovaikutuksen ongelmista tulisi avoimesti keskustella, jotta löydetään tapoja rakentaa yhteistyötä vaikeissa tilanteissa.

Verkkopalvelut ovat vakiintuneet sosiaali- ja terveyspalveluihin. Niiden tulisi ohjata kasvokkain palveluihin jo varhaisessa vaiheessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan byrokratisoituminen näkyy siinä että lääkärin kokonaistyöajasta kuluu huomattava osa lausuntoihin, jotka ammattikunta arvioi turhiksi. Sosiaalityöntekijöiden työajasta alle puolet kuluu suoriin asiakastapaamisiin ja vajaa kolmannes niiden dokumentointiin.

- *ETENEn arvion mukaan vaikuttaa siltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuuden ja laadun ongelmia on koetettu ratkoa hallintoa koskevilla rakenteellisilla ratkaisuilla sen sijaan, että olisi keskitytty palvelujen sisältöön. Olisi varmistettava se, että sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneet voisivat keskittyä nykyistä paremmin potilas- ja asiakastyöhön eikä hallinnon osuus työajasta kasva kohtuuttomaksi.*

### **Työntekijöiden ammatillinen osaaminen ja työn laatu**

Vaikka suomalaiset arvostavat terveydenhuoltoaan, on ammattitaitoisista työntekijöistä pulaa terveys- ja sosiaalipalveluissa. Liiallisen työkuorman kanssa kamppaileva työntekijä ei voi tehdä työtään hyvin. Työnantajan kohtuuttomat odotukset työntekijää kohtaan ovat tutkimusten perusteella suurempi syy moraaliseen painolastiin sosiaalityössä kuin raskaat asiakastilanteet. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös terveydenhuollon työstä. Sosiaali- ja terveysalalta siirtyy paljon työntekijöitä eläkkeelle lähivuosina. Alan houkuttelevuutta vähentää hoitohenkilökunnan melko matala tulotaso työn vaativuuteen nähden.

Potilasturvallisuudessa Suomi on maailman huippumaita, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon haittatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutuukin vuosittain paljon inhimillistä kärsimystä ja mittavia kustannuksia. Toimintaa kehittämällä, virheistä oppimalla ja seurannalla voitaisiin arviolta puolet nykyisistä haittatapahtumista estää.

- *ETENE korostaa sitä, että ammattietiikkaan kuuluu omien virheiden tunnistaminen ja pyrkimys korjata niitä viipymättä.*

Teknologian kehittyminen, sosiaalisten ongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle ja ongelmien kasaantuminen samoille perheille ja yksilöille sekä kotihoi-

don ja avopalveluiden laajentaminen ovat muuttaneet sosiaali- ja terveysalan työtä. Vaikka ammattiosaaminen on yleisesti hyvällä tasolla, on joillakin alueilla vuosia ollut osaamisen ja asenteiden ongelmia.

- *ETENEn näkemyksen mukaan on tärkeää vahvistaa ammatillista ja erityisesti ammattieettistä osaamista niillä alueilla, jotka ovat jääneet muusta myönteisestä kehityksestä jälkeen.*

### **Toiminnan tavoitteiden ja voimavarojen suhde ja niiden priorisointi**

Valtion ja kuntien sosiaali- ja terveyspoliittisissa tavoitteissa korostetaan ennaltaehkäisyä tärkeimpänä keinona lisätä kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Vuonna 2009 Suomen terveysmenojen osuus bruttokansantuotteesta oli hieman alle OECD-maiden keskiarvon, eikä tämä osuus ole vuosiin juurikaan kasvanut. Terveysmenoistamme 75 prosenttia katetaan julkisin varoin. Sosiaalihuollon menoista ei ole vastaavaa vertailua. Kunnat käyttivät vuonna 2010 aiempia vuosia vähemmän rahaa terveys- ja vanhuspalveluihin, kun menot suhteutetaan väestön kasvaneisiin palvelutarpeisiin.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen resurssienjako on terveyspolitiikan ongelmakohta. Erikoissairaanhoidon kalliit hoidot ovat kasvattaneet resurssien tarvetta ja peruspalvelujen sekä ennaltaehkäisevän toiminnan heikkeneminen on lisännyt erikoissairaanhoidon tarvitsevien potilaiden määrää. Rahoituksen monikanavaisuus on tuonut mukanaan palvelujen päällekkäisyyttä sekä lisännyt eriarvoisuutta.

- *Suomi on EU-politiikassaan korostanut terveyden merkitystä politiikan kaikilla lohkoilla, sillä väestön terveys riippuu monesta tekijästä, joista terveyspalvelut kattavat vain runsaan neljänneksen. Kehitys on Suomessa ollut myönteistä, mutta ei järjestelmällistä eikä se ole yltänyt toivotulle tasolle. ETENE korostaa, että myös sosiaalisten ongelmien ehkäisy tulisi samalla tavoin olla esillä kaikilla politiikan lohkoilla, jos halutaan estää vaikeasti katkaistavat syrjäytymiskiarteet.*

### **Lopuksi**

Raportissa esitetyt etiikan tilan indikaattoreihin liittyvät tilasto- ja tutkimustiedot kertovat siitä, että yhdenvertaisuus ei ole toteutunut vaan heikentynyt, jos tilannetta arvioidaan heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien kannalta. Yhteisten niukkojen resurssien tehokasta käyttöä heikentää toiminnan byrokraatisoituminen, toimimattomat työvälineet ja vanhentuneet työtavat. Itsemääräämisoikeutta on poliittisilla päätöksillä ja uudenslaisilla toimintatavoilla vahvistettu. Kuitenkin sosiaali- ja terveysalalla rajoitetaan potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeutta monin erin tavoin.

Samoin tiedot kertovat siitä, että vaikka sosiaali- ja terveysalan työntekijät useimmiten voivat toteuttaa ammattieettistä tavoitetta toimia potilaan tai asiakkaan edun mukaisesti, niin huonosti toimiva yhteistyö, työkuorma tai rahan puute voivat estää tällaisen toiminnan. Potilasvahinkojen sekä sosiaalitoimen asiakkaiden vaaratilanteiden yleisyys kertovat siitä, että vahingon välttämisen periaate ei aina toteudu.

Päihitteiden liikkakäyttö heijastuu sosiaali- ja terveysalan päivittäiseen toimintaan. Onkin kiinnitettävä huomiota sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työolosuhteisiin ja ammattitaitoon sekä siihen, että kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa ehkäistään päihdeongelmia, suojellaan lapsia ja nuoria päihdehaitoilta sekä tarjotaan tukea käytön vähentämiseen.

Eettisen tilan tarkastelu avaa lukuisia teemoja, joihin olisi syytä paneutua. ETENE päätyi siihen, että keskimääräistä heikommassa ja riippuvaisemmassa tilanteessa olevien ihmisten tarkastelu suhteessa sosiaali- ja terveysalan säädöksiin ja toimintaan jo itsessään valaisee etiikan tilaa. Ehdotukset etiikan tilan indikaattoreiksi on koottu juuri näistä lähtökohdista.

Viimeisten vuosien aikana eriarvoisuus on kasvanut huomattavasti ja kehitys monilta osin pysähtynyt. Tässä raportissa on kiinnitetty huomiota sosiaali- ja terveysalan rooliin eriarvoisuuden tasaajana, mutta myös eriarvoisuutta lisääviin käytäntöihin.

- *ETENE korostaa sitä, että sosiaali- ja terveysalan pitää pystyä nykyistä paremmin tuomaan oma näkökulmansa yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun ja päätöksentekoon, jotta eriarvoisuus saadaan vähenemään.*
- *ETENE ehdottaa, että hyvinvoinnin ja terveyden kannata priorisoidaisiin kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ihmisryhmien hyvinvointia ja terveyttä edistäviä, ennaltaehkäiseviä palveluita. Kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen syrjimättömin keinoin on nähtävä keskeisenä toimintaa ohjaavana arvona ja kannattavana yhteiskunnallisena investointina.*

Etiikan tilaa ylläpidetään, kehitetään tai heikennetään joka päivä yhteiskunnan eri tasoilla. Sosiaali- ja terveysalan etiikan tila heijastaa sitä, miten tärkeälle sijalle yhteiskunnan kulloisessakin tilanteessa asetetaan kaikkien kansalaisten hyvinvointi ja terveys. Näin se heijastaa omalta osaltaan ihmisyyden tilaa suomalaisessa yhteiskunnassa.

# 11 SAMMANFATTNINGAR OCH ETENES STÄLLNINGSTAGANDE

---

## Etiken inom social- och hälsovården

I denna publikation granskade ETENE social- och hälsovården som helhet utgående från uppgifter från forskning och statistik. Målsättningen var att ge beslutsfattare i social- och hälsovården och anställda med olika uppgifter en bild av det etiska tillståndet och att sporra dem att göra en uppskattning av etikens ställning på sin egen arbetsplats och i sin arbetsgemenskap.

I rapporten undersökte man innehåll och funktion i grundläggande rättigheter och administrativa författningar, hur klienters och kunders intressen tillgodosågs, hur de bemöttes samt arbetstagarnas kunskande. Slutligen dryftades förhållandet mellan verksamhetens målsättningar och de till buds stående resurserna; att göra gott och undvika skada samt olika sidor av autonomi såsom valfrihet, sekretess och kompetens. Samtidigt fäste man uppmärksamhet vid hur effektivt och ändamålsenligt de knappa resurserna används. I slutet av varje kapitel presenterades indikatorer, med vilkas hjälp läget kan uppskattas.

Trots att finländarna lever allt längre och gamla allt oftare är friska och har funktionsförmåga är ojämlikheten mellan befolkningsgrupperna i detta avseende stor och har ökat märkbart. Även om majoriteten av finländarna upplever att de väl kommer till rätta med sina inkomster och nästan tre av fyra vuxna betraktar sig som välmående har inkomstskillnaderna växt och en del av medborgarna lever i bestående fattigdom. I synnerhet antalet fattiga barnfamiljer har flerfaldigats. Man kan alltså konstatera att utom att man gör gott har man i huvudsak lyckats använda resurserna enligt uppställda mål, men trots det har ojämlikheten ökat kraftigt mätt med internationella mått. De regionala skillnaderna har i många avseenden minskat när det gäller hälsa, men till exempel uttryckta i arbetslöshetsindex framstår de fortfarande som stora.

Skillnaden i förväntad livslängd mellan den översta och understa inkomstkvarteren var år 2007 12,5 år för män och 6,8 år för kvinnor. Ju bättre socioekonomisk ställning en medborgare har, desto sannolikare är det att han lever ett långt liv frisk. Dödstalen i den lägsta socialgruppen har nästan stampat på stället, vilket gjort att skillnaden till övriga grupper ytterligare har ökat. Skillnaderna i välfärd, hälsotillstånd och dödlighet påverkas inte bara av hälso- och socialpolitiska åtgärder utan även av många andra faktorer, till exempel utbildnings-, arbets-, rusmedels- och livsmedelspolitik.

- *ETENE poängterar att en stor utmaning i social- och hälsovårdssektorn är att väcka uppmärksamhet om ojämlikhetsfrågor i alla sektorer i politiken och att medverka till att beslut som minskar ojämlikheten fattas också i frågor som inte direkt rör det egna området.*

År 2009 hörde ca 150 000 finländare till hushåll där över 90 procent av bruttoinkomsterna bestod av grundtrygghetsförmåner. Dessa personers antal har ökat, likaså deras fattigdomsrisk. Grundtryggheten skars ner under senare delen av 1990-talet och de förmåner som inte är indexbundna minskade årligen reellt. De senaste årens justeringar av grundtrygghetsnivån har inte varit tillräckliga för att minska fattigdomsrisken.

- *ETENE betonar att det ur jämlikhetssynpunkt inte är godtagbart att öka ojämlikheten, särskilt som det sker på bekostnad av personer med de allra minsta inkomsterna. Här handlar det inte bara om små inkomster utan om större svårigheter än i andra inkomstgrupper att förbli frisk, ha självrespekt, delta i arbetslivet, göra självständiga val eller leva ett normallångt liv.*

### **Innehåll och funktion i grundläggande rättigheter och administrativa författningar**

Lagstiftningen ger goda möjligheter till samarbete mellan olika förvaltningar men för lite samarbete görs. I många lagstiftningsprojekt på senare år regleras mer detaljerat än tidigare någon viss människogrups rättigheter då det gäller tillgång till tjänster. Samtidigt preciseras social- och hälsovårdens allmänna ramlagar.

- *ETENE vill väcka frågan huruvida acceptansen av principen om universalism (åt var och en efter behov) har minskat i samhället eftersom det krävs allt precisare lagstiftning. Blir följderna att allt fler klient- och patientgrupper ställs mot varandra och hur kan man i så fall trygga de personers rättigheter som har den allra svagaste ställningen?*

Grundläggande rättigheter är svåra att trygga enbart med lagstiftning. Det räcker inte med kalkylerade behovsberäkningar eftersom resurser kan slösas bort på illa planerade lösningar, dåligt ledarskap eller ensidigt tryggande av personalförmåner. En del kommuner har lyckats väl när det gäller att arrangera tjänster, andra inte. Då kan medborgarnas grundläggande rättigheter inte alltid garanteras. Man har försökt lösa problemet med tillgång på tjänster och tjänsternas kvalitet genom rekommendationer. Dessa lämnar dock mycket rum för lokal tolkning, så varken rekommendationer eller utvecklingsprojekt har kunnat grantera tillgången till och kvaliteten på tjänster.

Ju professionellare, klarare och mer förutsägbart social- och hälsovården fungerar, desto mer sällan uppstår behov att söka ändring av beslut eller ersättning för vårdfel. Det finns många sätt att tillgodose rättsskydd, men på grund av bristande information, allmänt begränsad självbestämmandet samt snäv och långsam besvärsexpraxis handlar det delvis om en skenbart rättsskydd.

- *ETENES åsikt är att en uppskattning av om tjänsterna är tillräckliga i första hand borde vägas mot målsättningarna och hur lyckad verksamheten är. Hur väl man lyckats kan definieras via internationella jämförelser och utgående från erfarenheter hos klienter och yrkesutövare. För närvarande mäts resultaten med brokiga metoder, om man överhuvudtaget gör det. Man använder delnormer, med vilka man velat prioritera verksamheten, men på det sättet har man inte lyckats minska ojämlikheten. Man måste undersöka om verksamheten inom social- och hälsovården är tillräcklig och högk-*



*lassig som helhet betraktad, där välfärd och hälsofrämjande åtgärder är en väsentlig del. Därefter måste man öppet och på ett förpliktande sätt besluta vilka åtgärder som krävs för att trygga de grundläggande rättigheterna.*

### **Klienternas och patienternas faktiska förmåner, alltså resultatet av verksamheten**

Patienterna har vanligen varit ganska nöjda med den vård de fått, men har upplevt problem att få kontakt med hälsovården och då det gäller tillgång till vissa hälsovårdstjänster. Man litar i allmänhet på att få hjälp av socialvården, men erfarenheterna varierar och de största problemen finns inom barnskyddet i familjevården och inom utkomststödet. Resultaten vittnar om att klienter har stora svårigheter att komma till rätta med ytterst små inkomster och att hemtjänst för barnfamiljer ofta saknas i tjänsteutbudet.

Finländska barn föds i genomsnitt friska om man gör en global jämförelse. När de växer upp försvagas hälsotillståndet mer i de lägsta socioekonomiska grupperna än hos andra. Med mödrarådgivning och med hjälp av socialskydd har man kunnat minska ojämlikheten hos barn som föds. Under 1990-talet drog man på många håll ned på tjänster för barn och unga och detta har inte korrigerats i alla kommuner. Samtidigt har behovet av psykiatrisk sjukvård för barn ökat. Över huvud taget har nedskärning av förebyggande social- och hälsovårdstjänster ökat användningen av specialiserad sjukvård. Undersökningar visar att det finns ett otillfredsställt behov av hälsovårdstjänster särskilt bland dem som upplever sig ha otillräckliga inkomster och dålig hälsa. Också den riksomfattande social- och hälsovårdspolitikens oförmåga att ingripa i mekanismer som ger upphov till bristande jämlikhet ökar ojämlikheten.

När problemen blir långvariga syns det i socialsektorn. I den grupp som får utkomststöd har långtidsklienterna blivit ett bestående inslag (28,5 % av alla) och de blev fler även när antalet kortvariga bidragstagare minskade. Också i övrigt tornar många brister i välfärden upp sig bland långtidsarbetslösa, personer med arbetsoförmögenhetspension och långtidssjuka. Samtidigt har antalet klienter i rusmedelsrehabiliteringen minskat trots att akutvårdens missbrukarklienter har blivit fler. Många effektiva verksamhetsmodeller som utvecklats till stöd för välfärd och hälsa har inte tagits i bruk. Det här är exempel på ineffektiv resursanvändning som orsakar onödigt mänskligt lidande.

- *ETENE anser att en förstärkning av förebyggande verksamhet är mest central med tanke på medborgarnas bästa och ur jämlikhetssynpunkt. Klientens och patientens intresse bör beaktas under hela vård- och omsorgsprocessen och inte bara utgående från en enskild händelse. Tjänster bör fungera så att de främjar hälsa och välfärd och därmed minskar medborgarnas behov av tyngre tjänster. Vid utvärdering och kontroll bör man koncentrera sig på tjänstehelheter och på hur rättvist de motsvarar medborgarnas behov.*
- *Olikheter i olika delar av landet då det gäller nivån på förebyggande, vårdande och rehabiliterande verksamhet ökar hälsoskillnaderna och förvärrar den onda cirkel som leder till utslagning. ETENE önskar mer information om vad skillnaderna mellan kom-*

*muner och tjänstproducenter beror på.*

### **Hur klienter och patienter bemöts samt deras valmöjligheter**

I vissa undersökningar har hälften av socialförvaltningens klienter berättat att de anställda inte haft något att erbjuda som motsvarat deras behov. Problemen har samband med bemötande, hänger ihop med problemens komplexitet, bristen på kompetenta socialarbetare och de anställdas arbetsbörda. Till exempel i barnskyddet kan en enda anställd i värsta fall sköta närmare hundra barns angelägenheter trots att uppskattningsvis mindre än hälften vore rimligt.

Väntetiderna till hälsovårdstjänsterna har förkortats, men det finns problem då det gäller att få tid hos hälsocentralläkare eller till tandvård. År 2009 upplevde 70 procent av alla 18–79-åringar som erhöll hälsovårdstjänster att de fick tillräcklig vård, medan sju procent var av annan åsikt, till exempel beroende på brister i vården. Av alla besök på läkarmottagning produceras cirka en femtedel privat och de ersätts delvis via sjukförsäkringen. De privata tjänsterna används i huvudsak av människor med goda inkomster och ofta på grund av köerna till offentliga tjänster. I tandvården är andelen privata tjänster stor och personer med goda inkomster använder sig av dem mer än andra jämfört med behovet. Ur etisk synvinkel erbjuder privata tjänster som tillhandahålls av någon annan än av kommunen en valmöjlighet, men bara för dem som har råd att antingen själva betala, har försäkringar eller arbetsgivare som står för utgifterna.

- *ETENES åsikt är att alternativen, trots att de är väletablerade och utnyttjas, inte är motiverade ur jämlikhetssynpunkt. De har inte visat sig minska utan snarare öka ojämlikheten. Ökade valmöjligheter leder i princip till att servicenivån allmänt taget förbättras, men kan också leda till regional koncentration av tjänster. Grundproblemet är att de offentligt arrangerade bastjänsterna är otillräckliga.*

När upphandlingslagen tillämpas krävs det att kommunerna kan förutse effekterna av konkurrensutsättningen för de personer som är mest beroende av tjänsterna. Då konkurrensutsättning görs bör man sätta de välfärdseffekter främst som uppstår till följd av tjänsterna. Bestående klient- och patientrelationer vittnar om att man förbinder sig att ta hand om en patients eller klients angelägenheter och stöder personens förmåga att själv slå vakt om sitt välmående. Långvariga kontakter kan också vara givande för de anställda och öka känslan av att arbetet är meningsfullt.

- *ETENE betonar att tillgång på tjänster, samt kontinuitet och förutsägbarhet är av stort värde såväl för dem som använder tjänsterna som för potentiella användare. Att tjänstproducenter byts ut till följd av konkurrensutsättning och att tjänsterna spjälks upp på allt mindre helheter försämrar möjligheterna till bestående patient- och klientrelationer.*

Att ta klientens eller patientens erfarenheter och uppfattningar på allvar ligger i deras intresse och har positiv effekt på totalkostnaderna. Även med en stor skara hjälpare blir resultatet dåligt om alla avfärdar klientens eller patientens synvinkel. Däremot kan anställda genom att lyssna på en klient eller patient

och göra en liten professionell insats på ett avgörande sätt öka den personens välfärd ifall de anställda försäkras sig om att tjänst och helhet motsvarar klientens behov av vård och stöd. Vård- och serviceplaner har utvecklats för att förstärka självbestämmanderätten och förbättra verksamheten, men sådana planer görs upp och förverkligas alltför sällan.

Social- och hälsovården har utvärderats av personer med egen erfarenhet av dem. I mentalvårds- och rusmedelsheter framkom det att mänskligt bemötande av klienter och patienter innebär saklig interaktion och att klienternas behov tas på allvar. Om det inte sker blir rehabiliteringen långsammare eller kan till och med utebli. Dålig behandling minskar medborgarnas tilltro till möjligheten att få behövligt stöd, service eller vård. Klienter och patienter som avvisar vård eller inte deltar i vården i enlighet med inneboende resurser tär på vårdpersonalens andliga resurser. Problem med växelverkan borde öppet diskuteras så att man hittar olika sätt att bygga upp samarbete i svåra situationer.

Nättjänster har blivit praxis inom social- och hälsovård. De borde leda till tjänster ansikte mot ansikte i ett tidigt skede. Byråkratisering av verksamheten inom social- och hälsovården märks på att en ansenlig del av en läkares sammanlagda arbetstid går åt till utlåtanden som yrkeskåren anser onödiga. Av socialarbetarnas arbetstid går mindre än hälften åt till faktiska möten med klienter och en knapp tredjedel används för dokumentering av dem.

- *Enligt ETENEs uppskattning verkar man ha försökt lösa problemen med tillgänglighet och kvalitet i social- och hälsovården med strukturella förvaltningslösningar i stället för att koncentrera sig på tjänsternas innehåll. Man borde se till att personer som fått utbildning inom social- och hälsovård bättre än hittills ska kunna koncentrera sig på patient- och klientarbete och att administrationens andel av arbetstiden inte blir oskäligt stor.*

### **De anställdas yrkesmässiga kunnande och arbets kvalitet**

Fastän finländarna uppskattar sin hälsovård råder det brist på yrkeskunniga arbetstagare i social- och hälsovården. En anställd som kämpar med en alltför stor arbetsbörda kan inte utföra sitt arbete väl. Arbetsgivares oskäliga förväntningar på arbetstagare är enligt gjorda undersökningar en större orsak till moralisk barlast inom socialvården än påfrestande klientincidenter. Liknande resultat har också rapporterats i hälsovårdsarbetet. Många anställda pensioneras i social- och hälsovårdssektorn de närmaste åren. Vårdpersonalens relativt låga inkomstnivå i förhållande till kraven minskar branschens attraktionskraft.

När det gäller patientsäkerhet ligger Finland i världstoppen även om händelser som medför skada och vårdfel årligen förorsakar mycket mänskligt lidande och omfattande kostnader. Genom att utveckla verksamheten, lära sig av misstagen och arbeta med uppföljning kunde uppskattningsvis hälften av de nuvarande skadehändelserna förhindras.

- *ETENE betonar att det till god yrkesetik hör att erkänna sina fel och omgående försöka korrigera dem.*

Den teknologiska utvecklingen, det faktum att sociala problem överförs från generation till generation och att problemen hopar sig i samma familjer och hos samma individer samt att hemvården och öppenvårdstjänsterna har byggts ut har förändrat arbetet inom social- och hälsovården. Även om yrkeskunskapen allmänt taget ligger på en god nivå har det på några områden i årtal förekommit problem både med kunskande och med attityder.

- *ETENEs åsikt är att det är viktigt att stärka det yrkesmässiga och i synnerhet det yrkesetiska kunnandet på de områden där dessa har släpat efter en i övrigt positiv utveckling.*

### **Förhållandet mellan verksamhetens målsättning och resurser samt prioritering**

I statliga och kommunala social- och hälsopolitiska målsättningar betonar man att prevention är ett av de viktigaste sätten att öka medborgarnas välfärd och hälsa. År 2009 låg hälsovårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten i Finland lite under OECD-ländernas genomsnitt och andelen har nästan inte ökat alls på många år. 75 procent av hälsovårdsutgifterna täcks med offentliga medel. För socialvården existerar ingen motsvarande jämförelse, men kommunerna använde år 2010 mindre pengar på hälso- och äldreomsorgstjänster än under tidigare år, uttryckt i relation till befolkningens växande behov av tjänster.

Resursfördelningen mellan primärvård och specialiserad sjukvård är ett problemområde i hälsovårdspolitiken. Dyra behandlingar i den specialiserade sjukvården har ökat behovet av resurser och försvagad primärvård och preventiv verksamhet har lett till att ett större antal patienter är i behov av specialiserad sjukvård. Finansiering via många kanaler har lett till överlappning av tjänster och även ökat ojämlikheten.

- *I EU-politiken har Finland betonat hälsans betydelse på politikens alla delområden. Befolkningens hälsotillstånd är nämligen beroende av många faktorer, av vilka hälsovårdstjänsterna bara utgör drygt en fjärdedel. Utvecklingen i Finland har varit positiv men inte systematisk, och den har inte nått upp till önskad nivå. ETENE betonar att även prevention av sociala problem borde ha en framskjuten plats i alla sektorer i politiken ifall man vill förhindra onda cirklar som leder till utslagning och är svåra att bryta.*

### **Till slut**

Den statistik och de forskningsresultat som hänför sig till indikatorerna på etikens ställning i rapporten visar att jämlikhet inte har uppnåtts utan i själva verket försvagats, ifall situationen bedöms utgående från personer med den svagaste socioekonomiska ställningen. En effektiv användning av de gemensamma, knappa resurserna hämmas av byråkratiserad verksamhet, funktionsodugliga arbetsredskap och föråldrade arbetsätt. Självbestämmanderätten har stärkts med politiska beslut och nya sätt att verka. Trots det begränsas patienters och klienters självbestämmanderätt på många sätt inom social- och hälsovården.

Samtidigt finns det uppgifter som visar att även om anställda i social- och hälsovårdssektorn i de flesta fall kan förverkliga sin yrkesetiska målsättning och verka i enlighet med patientens eller klientens intresse så kan ett illa fungerande arbetskollektiv, stor arbetsbörda eller brist på pengar hindra att så sker. Att både patientskador och farliga situationer som gäller socialförvaltningens klienter är så allmänna visar att principen att undvika skada inte alltid förverkligas.

Överkonsumtionen av rusmedel syns dagligen i social- och hälsovårdens verksamhet. Man måste alltså fästa uppmärksamhet vid de anställdas arbetsförhållanden och yrkeskunskap inom social- och hälsovården samt på att förebygga rusmedelsproblem i alla social- och hälsovårdstjänster, och dessutom skydda barn och unga mot rusmedelsskador och erbjuda hjälp att minska bruket av rusmedel.

En granskning av det etiska tillståndet kommer in på otaliga teman som kunde fördjupas. ETENE kom till att ett studium av människor i en svagare ställning än genomsnittet, som därmed är mer beroende av social- och hälsovårdens stöd och verksamhet, redan i sig belyser det etiska tillståndet. Förslagen till indikatorer på det etiska tillståndet har sammanställts utgående från just dessa synpunkter.

Under de senaste åren har ojämlikheten ökat betydligt och i många avseenden har utvecklingen stannat av. I den här rapporten har uppmärksamhet fästs vid social- och hälsovårdens roll då det gäller att minska ojämlikhet, men även vid praxis som ökar ojämlikheten.

- *ETENE betonar att social- och hälsovårdssektorn bättre än hittills måste kunna föra fram sin egen syn i den samhällspolitiska diskussionen och på beslutsfattandet, så att ojämlikheterna minskar.*
- *ETENE förslår, att man prioriterar förebyggande tjänster som främjar välfärd och hälsa i de befolkningsgrupper som har den svagaste ställningen. Att främja medborgarnas hälsa och välfärd med positiv särbehandling bör ses som en central vägledande princip i verksamheten och som en lönsam samhällelig investering.*

Det etiska tillståndet upprätthålls, utvecklas eller försvagas dagligen på olika nivåer i samhället. Etikens ställning inom social- och hälsovården återspeglar hur viktiga man anser medborgarnas välfärd och hälsa vara i olika situationer i samhället. På det sättet avspeglar den även humanitetens ställning i det finländska samhället.

# Lähteet

1. Sen A. Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development* Vol. 6, No. 2, July 2005
2. Siltaniemi A., Perälähti A., Eronen A., Särkelä R., Londén P. Kansalaisbarometri 2009, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.  
Rantanen J. Työelämä. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. *Suomalaisten terveys*, Duodecim, Stakes, KTL, 2005
3. Eläminen ja työskentely Euroopassa. 2009 vuosikirja. Eurofound. Euroopan elin- ja työolojen kehittämässääiti, 2010
4. OECD: Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. 2008. Viitattu 28.11.2012.  
<http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/growingunequalincomedistributionandpovertyinoecdcountries.htm>  
Moisio P. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 2010
5. Moisio P. Sosiaali- ja terveysturvan rakenne ja kehitys. Teoksessa Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 2010
6. Lammi-Taskula J., Karvonen S., Ahlström S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 2009
7. Parkkinen P. Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen, VATT tutkimuksia 136, Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 688, 2008
8. Terveyspuntari, Kela. [http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=nit079al](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=nit079al)
9. Aromaa A. ym. *Suomalaisten terveys, Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.* Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. *Suomalaisten terveys*, Duodecim, Stakes, KTL, 2005
10. Tarkkainen U., Martikainen P., Laaksonen M., Valkonen T. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988-2007. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66 (48):3651-3657.
11. Koskinen S., Martelin T. *Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot.* Kirjassa Sihto M., Palosuo H., Topo P., Vuorenkoski L., Leppo K. (toim.) *Terveyspolitiikka. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos (painossa)*, 2012
12. Koskinen S., Martelin T. 2012
13. Aromaa A. ym. *Suomalaisten terveys, Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.* Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. *Suomalaisten terveys*, Duodecim, Stakes, KTL, 2005
14. Paakkonen T. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. *Dissertations in Social Sciences and Business Studies* 36, 2012. Itä-Suomen yliopisto
15. Muuri A. Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 2010  
Klavus J. *Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista.* Teoksessa Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 2010
16. Muuri A., Manderbacka K. *Hyvinvointivaltion kannatusperusta.* Teoksessa Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 2010
17. Moisio P., Honkanen P., Hänninen T., Kuivalainen S., Rajjas A., Sauli H., Viitamäki H., Hannikainen-Ingman K. *Perusturvan riittävyys arviointiraportti. Avauksia 4/2011.* Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2011
18. Moisio P, ym, 2011
19. Moisio P, ym, 2011
20. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus. Helsinki 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1
21. Eloniemi-Sulkava U., Saarenheimo M., Laakkonen M.-L., Pietilä M., Savikko N., Pitkälä K. (toim.) *Omaishoito yhteistyönä. läikkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus.* Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto, 2007
22. Kumpuniemi S. *Lapin kuntoutuksen tulevaisuus? Lääkinnällinen kuntoutus Lapin läänissä.* Lapin yliopiston

- täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 65. Invalidiiliiton tilaama tutkimus, 2004
23. Howe T., Skelton D. Physical activity and exercise for health and well being of older people. The Cochrane Library, 16 May 2012. Viitattu 28.11.2012. <http://www.thecochranelibrary.com/details/collection/2043267/Physical-activity-and-exercise-for-health-and-well-being-of-older-people.html>
  24. Pajukoski M. Mitä oikeusturva on? Teoksessa Pajukoski M. (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
  25. Jämsä V. Oikeusturvahavaintoja sosiaaliamiehen työssä. Teoksessa Pajukoski M. (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
  - Liukkonen M. Näennäisoikeusturva sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Pajukoski M. (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
  26. Kruunari A. Lääkkeitä vai ruokaa? Pitkään sairastaneiden omakohtaisia kokemuksia perusturvan riittävytydestä. Pro gradu, Tampereen yliopisto 2009
  27. Muuri A. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Stakes Tutkimuksia 178, 2008
  28. Muuri A. 2008
  - Kaskisaari M., Tammelin M., Hirvonen J., Hämeenaho P., Ilmarinen K., Vartiainen A. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista, ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
  29. Kaikkonen R., Mäki P., Hakulinen-Viitanen T., Markkula J., Wikström K., Ovaskainen M-L., Virtanen S., Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. THL:n Raportti 16/2012.
  - Pietilä A.-M., Järvelin M.-R. Health and social standing of young men viewed in light of information on their childhood and adolescence. *International Journal of Nursing Studies*. 1995 Dec;32(6):545-55.
  30. Koivusilta L., Rimpelä A., Rimpelä M. Health related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: a longitudinal study from Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998 Dec;52(12):794-801.
  31. Paakkonen T. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. *Dissertations in Social Sciences and Business Studies* 36. Itä-Suomen yliopisto, 2012
  32. Virtanen A., Kiuru S. Toimeentulotuki 2010. Tilastoraportti 43/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011. Viitattu 28.11.2012. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr43\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr43_11.pdf)
  33. Kauppinen T., Saikku P., Kokko R-L. Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
  34. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholit ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaaliturva 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
  35. Partanen A., Moring J., Nordling E., Bergman V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015: Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
  36. Paakkonen T. 2012
  37. Heinämäki L. Valtionhallinnon ohjelmajohtaminen ja kansalliset ohjelmat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa 2000-luvun Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012
  38. Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys, Duodecim, KTL, Stakes, 2005
  39. van Doorslaer E., Masseria C. OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa OECD (toim.) The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OECD, Paris 2004
  40. Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998a;1: 2-4.
  - Hämäläinen J., Väisänen R. Terveyshyötymalli ja sosiaaliryönteihin viitekehityksessä. Kainuun maakunta -kuntayhtymän julkaisuja 2011

41. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123 - 31.
42. Manderbacka K., Muuri A., Keskimäki I., Räikkönen R., Elovainio M. Mitä tyydyttämätön palveluntarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012;49, 4-12
43. Pitkälä K. Liikunta hidastaa muistisairaiden toiminnanvajeita. *Tiedote* 7.9.2011. Viitattu 28.11.2012. <http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/ajankohtaista/?nid=216>
44. Eloniemi-Sulkava U., ym. 2007
45. Huusko T. Lonkkamurtumat Keski-Suomessa ja lonkkamurtumaleikkauksen jälkeinen geriatrinen kuntoutus. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja D. *Lääketiede* 236. Kuopio 2001
46. Appelqvist-Schmidlechner K., Savolainen M., Nordling E., Stengård E. (2011). Time out! Aikaisiä! Elämä raiteilleen: Toimintamallin ja tukipalvelun implementoinnin arviointi. Raportti 34/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011
47. Kaskisaari M. ym. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
48. Forsman S. Mirjan tarina. Toimeentulotukiasiakkuus, terveysongelmat ja auttamissuhteen käyttämättömät mahdollisuudet. Teoksessa Metteri A. (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen – kitkakohtista kehittämishetkotuksiin. Edita, 2003  
Kaskisaari M. ym., Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista, ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
49. Lastensuojelu. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2012. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Viitattu 28.11.2012. [http://www.vtv.fi/files/3161/06\\_2012\\_lastensuojelu\\_netti.pdf](http://www.vtv.fi/files/3161/06_2012_lastensuojelu_netti.pdf)
50. Klavus J., Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
51. Klavus J., ym. 2010
52. Pekurinen M., Erhola M., Häkkinen U., Jonsson P. M., Keskimäki I., Kokko S., Kärkkäinen J., Widström E., Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
53. Saarenheimo M., Pietilä M. (toim.) Kaksin kotona – iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6. Vanhustyön keskusliitto, 2006  
Eloniemi-Sulkava U., Saarenheimo M., Laakkonen M.-L., Pietilä M., Savikko N., Pitkälä K. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Raportti 14. Vanhustyön keskusliitto, 2006
54. Eloniemi-Sulkava U., Saarenheimo M., Laakkonen M.-L., Pietilä M., Savikko N., Pitkälä K. (toim.) 2007 Vamos-palvelukokonaisuus, etsivä nuorisotyö, Helsingin diakonissalaitos. Viitattu 28.11.2012. <https://www.hdl.fi/fi/palvelut/kehittamishankkeet/31-suunnista-tulevaisuuteen-vamos>
55. Ks. esim. Paltamaa J., Karhula M., Suomela-Markkanen T., Autti-Rämö I. (toim.) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2011
56. Muuri A. 2010  
Moisio P., ym. 2011
57. Klavus J., ym. 2010
58. Salo M. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarviointin kohteina. Raportti 22/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
59. Topo P., Sormunen S., Saarikalle K., Räikkönen O., Eloniemi-Sulkava U. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa - Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. *Stakes Tutkimuksia* 162. 2007
60. Pösö T. Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. *Stakes Tutkimuksia* 133. 2004
61. Mikkonen I. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 173. 2009
62. Niemelä R., Pärnänen H. Terveydenhuollon rakenteet kuntoon: Lääkärit lääkäriin töihin. Lääkäriiliiton tiedote 10.2.2012. Viitattu 28.11.2012. [http://www.laakariliitto.fi/uutiset/tiedote.html?opcode=show/news\\_id=2508/news\\_db=web\\_sil2005/type=2](http://www.laakariliitto.fi/uutiset/tiedote.html?opcode=show/news_id=2508/news_db=web_sil2005/type=2)
63. Blomgren S., Kivipelto M. Valtaistus - Valtakunnallinen aikuissosiaalityön kartoitus. Raportti 27/2012. Terveyden ja



- hyvinvoinnin laitos, 2012
64. Routasalo P, Pitkälä K. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Viitattu 28.11.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)
  65. Paunio R-L. Heikot ja hiljaiset terveydenhuollossa - toteutuuko ihmisarvo, entä oikeudenmukaisuus. Julkaisussa Miten käy maan hiljaisien? ETENE -julkaisuja 23. Helsinki 2008
  66. Piispa M., Hulkko L. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen Raporttisarja 1/2010
  67. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 2010. Tilastoraportti 28/2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos
  68. Metteri A., Hotari K-E. Eettinen kuormittuminen ja toimintaympäristö nuorten palveluissa. Teoksessa Pehkonen A., Väänänen-Fomin M. (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-Kustannus, Jyväskylä 2011
  69. Heponiemi T., Sinervo T., Elovainio M. Työn epävarmuus ja hyvinvointi. Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden pätkätöissä. Raportti 65/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
  70. Vuorensyrjä M., Borgman M., Kempainen T., Mäntysaari M., Pohjola A. Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakkointihanke (SOTENNA): loppuraportti. Sosiaalityön julkaisusarja 4. 2006
  71. Pearce R. M., Moreno R. P., Bauer P., Pelosi P., Metnitz P., Spies C., Vallet B., Vincent J.-L., Hoeft A., Rhodes A. European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology: Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. The Lancet, Volume 380, Issue 9847, Pages 1059 - 1065, 22 September 2012. doi:10.1016/S0140-6736(12)61148-9
  72. Järvelin J., Haavisto E., Kaila M. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen Lääkäreillehti 2010;65:1123-27
  73. Sipilä A. Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet - tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 28/2011
  74. Parantainen A., Laine M. Työterveys- ja turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla 2000-luvulla. Työterveyslaitos 2010
  75. Heponiemi T., Sinervo T., Elovainio M. Työn epävarmuus ja hyvinvointi. Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden pätkätöissä. Raportti 65/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011
  76. Elovainio M., Kivimäki M., Linna A., Brockner J., van den Bos K., Greenberg J., Pentti J., Virtanen M., Vahtera J. Does Organizational Justice Protect from Sickness Absence Following a Major Life Event? Finnish Public Sector study. Journal of Epidemiology and Community Health. 2010. 64:470-472
  77. Hotti A. Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutus vuonna 2011. Lainsäädännön muutokset voimassa terveydenhuollon osalta vuodesta 2004 ja sosiaalihuollossa vuodesta 2005. Muistio 14.6.2012. Kunnallinen työmarkkinalaitos
  78. Kärki J., Laaksonen M., Hyppönen H. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2011. Raportti 2/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012
  79. Winblad I., Reponen J., Hämäläinen P. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 3/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012
  80. OECD: Health at a Glance: Europe 2012. Viitattu 28.11.2012.  
[http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf)  
OECD Economic Surveys: Finland 2012, OECD Publishing. Viitattu 28.11.2012.  
[http://dx.doi.org/10.1787/eco\\_surveys-fin-2012-en](http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-fin-2012-en)
  81. Matveinen P., Knape N. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2010. Tilastoraportti 5/2012, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2012
  81. Häkkinen U., Hujanen T. Kuntien terveysmenojen erot tasoitteivat vuonna 2010. Tiedote 24.2.2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012
  82. Sosiaalibarometri 2012. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry., 2012
  83. OECD Economic Surveys: Finland 2012, OECD Publishing. Viitattu 28.11.2012.  
[http://dx.doi.org/10.1787/eco\\_surveys-fin-2012-en](http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-fin-2012-en)
  84. Ollila E. Health in alla policies: from rhetoric to action. Scandinavian Journal of Public Health 2010;1:1-8.
  85. Ikola-Norrbacka R. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa: Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Acta Wasaensia, 222, Vaasan yliopisto, Vaasa 2010

Taulukko, s. 12

- a Findikaattori. Alkoholi juomien kulutus asukasta kohti 1990-2011. Viitattu 28.11.2012.  
<http://www.findikaattori.fi/fi/table/55>
- b Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. 2010, Liitetaulukko 2. Väestöllinen huoltosuhde maakunnittain 1980–2010. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 2.3.2012]. Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2010/vaerak\\_2010\\_2011-03-18\\_tau\\_002\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tau_002_fi.html)
- c Suomen virallinen tilasto (SVT): Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin [verkojulkaisu]. ISSN=1798-0593. 2010. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 2.3.2012]. Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/jmete/2010/jmete\\_2010\\_2012-01-31\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/jmete/2010/jmete_2010_2012-01-31_tie_001_fi.html).
- d Hyvinvointi 2010 teos  
Suomen virallinen tilasto (SVT): Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin [verkojulkaisu]. ISSN=1798-0593. 2010. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 30.11.2012]. Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/jmete/2010/jmete\\_2010\\_2012-01-31\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/jmete/2010/jmete_2010_2012-01-31_tie_001_fi.html)  
Sosiaali- ja terveysmenot ja rahoitus Suomessa 2000 - tiedonantajapalaute 4/2002. Stakes, 2002. Viitattu 28.11.2012. [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/6D5348A8-56EF-4184-8898-EB47AC095C88/0/TP04\\_02.pdf](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/6D5348A8-56EF-4184-8898-EB47AC095C88/0/TP04_02.pdf)
- e Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Pienituloisuus 2010. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 7.3.2012]. Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/tjt/2010/02/tjt\\_2010\\_02\\_2012-01-25\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tjt/2010/02/tjt_2010_02_2012-01-25_tie_001_fi.html).
- f Työllisyyskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriö. Joulukuu 2010. Viitattu 28.11.2012.  
<http://www.tem.fi/files/29089/JOULU10.pdf>
- g Montén S., Tuomala J. Alueellinen työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys 1990-luvulla. VATT-Keskustelualoitteita 292. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2003. Viitattu 28.11.2012.  
[http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/k292.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/k292.pdf)
- h Tarkkainen L., Martikainen P., Laaksonen M., Valkonen T. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvanut vuosina 1988-2007. Suomen lääkärilehti 48/2011 vsk 66, ss. 3651-3657

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)

ISSN 1797-9889

ISBN 978-952-00-3265-4 (nid.)

ISBN 978-952-00-3263-0 (PDF)