

2012

Sosiaalibarometri



Ajankohtainen
arvio palveluista,
palvelujärjestelmän
muutoksesta ja
kansalaisten
hyvinvoinnista

SOSTE

Sosiaalibarometri 2012

Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän
muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista

Tyyne Hakkarainen – Pia Londén – Marjukka Luhtanen –
Juha Peltosalmi – Aki Siltaniemi – Riitta Särkelä

JULKAISUMYYNTI:
www.soste.fi
julkaisut@soste.fi

ISSN 1237-7708
ISBN 978-952-6628-00-4

Taitto ja kansi: Vitale Ay
Paino: FRAM, Vaasa

Sosiaalibarometri® on SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n tavaramerkki.
© SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry 2012

ESIPUHE	5
I KATSAUS SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIikkaan JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	7
1 Ajankohtainen muutostilanne	7
1.1 Ihmistien hyvinvoinnin tilanne	8
1.2 Kataisen hallituksen hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspoliittisista linjauksista	10
1.3 Kuntauudistus hallitusohjelman linjauksissa ja rakennetyöryhmän työssä	13
1.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja rahoitus	16
1.5 Sosiaalinen ja lääkinällinen kuntoutus	20
2 Sosiaalibarometrin tausta ja toteutus	22
2.1 Sosiaalibarometrin lähtökohdat	22
2.2 Aineistot	22
2.3 Tutkimuskysymykset ja menetelmät	27
II ARVIOT HYVINVOINNISTA JA PALVELUJÄRJESTELMÄN TILANTEESTA	31
3 Hyvinvointi ja näkemykset huono-osaisuudesta	31
3.1 Hyvinvoinnin kokonaistilanne	31
3.2 Näkemyksiä huono-osaisuudesta	35
3.3 Näkemyksiä köyhyyden syistä	41
3.4 Odotukset perusturvan parantamisesta	44
4 Palvelujen turvaaminen ja resursointi	46
4.1 Voimavarat palvelujen turvaamiseen	46
4.1.1 Sosiaalipalvelut	46
4.1.2 Terveyspalvelut	50
4.1.3 Kelan palvelu	54
4.1.4 Työ- ja elinkeinotoimistojen palvelut	55

4.2	Muutokset resursoinnissa	59
4.2.1	Muutokset sosiaalipalvelujen ja -etuuksien resursoinnissa	59
4.2.2	Muutokset terveyspalvelujen resursoinnissa	61
4.3	Alibudjetointi	62
4.3.1	Sosiaalipalvelujen alibudjetointi	62
4.3.2	Terveyspalvelujen alibudjetointi	64
5	Sosiaali- ja terveyspalvelut muutoksessa	65
5.1	Arviot tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjauksista	65
5.2	Kunta- ja palvelurakenteen muutokset	69
5.3	Palvelujen järjestäminen ja rahoitus	75
5.4	Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän edut ja ongelmat	80
5.5	SGEI-määrittelyn käyttö	85
6	Uudet avaukset hyvinvoinnin tukemiseksi	87
6.1	Nuorten tilanteen kohentaminen	87
6.1.1	Nuorten yhteiskuntatakuu	87
6.1.2	Nuorten ohjaus- ja palveluverkosto	96
6.2	Työvoiman palvelukeskustoimintamallin laajentaminen	99
6.3	Valinnanvapauden toteutuminen terveydenhuollossa	102
7	Kuntoutus	105
7.1	Sosiaalinen kuntoutus	105
7.2	Lääkinnällinen kuntoutus	108
7.3	Monialainen kuntoutus	113
III	PÄÄTELMÄT	119
8	Johtopäätökset	119
	LÄHTEET	141
	LIITTEET	143

Sosiaalibarometri on laajaan kyselytutkimukseen perustuva vuotuinen raportti, joka kuvaa hyvinvointipalvelujen, palvelujärjestelmän ja hyvinvoinnin ajankohtaista tilannetta ja muutossuuntia. Käsillä oleva raportti on järjestyksessään 22. Sosiaalibarometri pyrkii toimimaan eräänlaisena arviopuntarina yhteiskunnassa, palvelujärjestelmässä sekä sosiaali- ja terveystaloudessa tapahtuville muutoksille ja muutossuunnille. Tulokset perustuvat sosiaalijohdon sekä terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen johtajien sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajien vastauksiin. Vastaajat on koottu valtakunnallisesti kattavasti. Tavoitteena on nostaa paikallistason asiantuntijoiden tuoreet havainnot ja tulkinnat sosiaali- ja terveystaloudelliseen keskusteluun.

Sosiaalibarometrin julkaisee nyt ensimmäistä kertaa vuoden 2012 alusta toimintansa aloittanut SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, jonka perustivat Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry sekä Terveystalouden edistämisen keskus ry. Tätä edeltävät 21 Sosiaalibarometria julkaisi Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Raportin alkuun on koottu julkaisussa käsiteltäviä teemoja kontekstualisoiva katsaus. Samassa yhteydessä esitellään tiiviisti raportin toteutus ja käytetyt aineistot. Raportin toisessa osiossa käsitellään vuodenvaihteen 2011–2012 kyselyn tulokset. Tällä kertaa tarkastellaan ajankohtaisteemoina mm. nuorten yhteiskuntatakuuta, kuntauudistusta, kuntoutusta ja asenteita huono-osaisuudesta. Lisäksi vastaajakohtaisia erityisteemoja ovat mm. sosiaalihuollon vaativan erityistason palvelujen järjestäminen, terveydenhuoltolaki ja arviot työvoiman palvelukeskusten toimintamallista. Teemojen lisäksi mukana on vuosittain toistuvia kysymyksiä, esimerkiksi arviot oman alueen väestön hyvinvoinnista ja resursseista sen turvaamiseksi. Julkaisun viimeisessä osiossa esitetään yhteenveto ja johtopäätökset tuoreiden tulosten pohjalta.

Sosiaalibarometri 2012:n ovat laatineet tutkija Tyyne Hakkarainen, tutkimussihteeri Pia Londén, tutkija Marjukka Luhtanen, erikoistutkija Juha Peltosalmi, kehittämisspäällikkö Aki Siltaniemi ja johtaja Riitta Särkelä SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:stä. Hankkeesta ovat vastanneet kehittämis- ja aineistonkeruuvaiheessa (2011) tutkija Anne Perälähti ja analysointi- ja raportointivaiheessa (2012) kehittämisspäällikkö Aki Siltaniemi.

Ajankohtaisteemojen valintaan on vaikuttanut yhteistyökumppaneista ja sidosryhmistä koottu Sosiaalibarometrin asiantuntijaryhmä. Kiitämme arvokkaista

palautteista ja runsaasta keskustelusta neuvotteleva virkamies Päivi Haavisto-Vuorta, hallitusneuvos Päivi Kermistä sekä ylitarkastaja Susanna Piepposta työ- ja elinkeinoministeriöstä, osastopäällikkö Olli Kangasta Kelasta, neuvotteleva virkamies Inga Nyholmia valtiovarainministeriön kuntaosastolta, johtaja Kari Ilmosta ja sosiaalineuvos Pirjo Sarvimäkeä sosiaali- ja terveysministeriöstä, Helsingin sosiaalilautakunnan jäsentä Jouko Kajanojaa, erikoissuunnittelija Minna Vartiaista Kuurojen Palvelusäätiöstä sekä Sosiaalibarometrin asiantuntijaryhmän puheenjohtajana toiminutta professori Petri Kinnusta Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta. Ajankohtaisteemoja ovat selkiyttäneet myös muut palautteet, joista erityiskiitos kuntauudistus- ja palvelujen järjestämis- ja rahoitusteemoista kansliapäällikkö Kari Välimäelle sosiaali- ja terveysministeriöön. Kuntoutusteeman kommentoinnista kiitämme ylitarkastaja Patrik Kuusista työ- ja elinkeinoministeriöstä, koulutuspäällikkö Matti Tuusaa Kuntoutussäätiöstä sekä tietokirjailija Jussi Särkelää. Lisäksi kiitämme kommenteista SGEI-palveluteemaan hallitusneuvos Elise Pekkalaa työ- ja elinkeinoministeriöstä ja yhteistyöstä huono-osaisuuden näkemyksiä käsittelevässä teemassa professori Helena Blomberg-Krollia ja tutkija-tohtori Johanna Kalliota Helsingin yliopistosta.

Sosiaalibarometrin laatimisen on mahdollistanut Kelasta, työ- ja elinkeinoministeriöstä sekä Raha-automaattiyhdistyksestä saatu rahoitus, mistä kiitos näille tahoille.

Suurin kiitos kuuluu kyselyyn vastanneille, joiden osallistuminen yhteiskuntapoliittisten teemojen ja oman alueensa kehityksen arviointiin mahdollisti raportin toteutumisen. Vastaajien aktiivisuus on välttämätön perusta sille, että Sosiaalibarometri voi seurata yhteiskunnassa tapahtuvaa kehitystä.

Toivomme, että Sosiaalibarometri 2012 antaa vastaajille aineksia oman toiminnan arviointiin ja kehittämiseen sekä haastaa arvioimaan laajemmin erilaisten hyvinvointiin vaikuttavien päätösten seurauksia.

Helsingissä 17.4.2012

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

1 Ajankohtainen muutostilanne

Vuoden 2012 Sosiaalibarometri analysoi perinteiseen tapaan julkisten hyvinvointipalvelujen johdon asiantuntija-arvioita ihmisten hyvinvoinnista ja palvelujen turvaamisesta ja resursoinnista. Uutena kokonaisuutena tarkastellaan palveluntuottajien näkemyksiä sekä asenteita huono-osaisuutta kohtaan. Alan johdon näkemyksiä nostetaan esiin suurimmasta tällä hallituskaudella ratkaistavana olevasta sosiaali- ja terveyspalvelujen haasteesta eli sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämISRakenteista, rahoituksesta ja monikanavaisen rahoituksen eduista ja ongelmista sekä keinoista turvata palvelujen saatavuutta. Sosiaalibarometrissa halutaan nostaa poliittisten linjausten rinnalle tuoreiden tulosten kautta myös alan johdon arvioita poliittisista linjauksista sekä ehdotuksia, millaiset rakenteet palvelisivat parhaalla mahdollisella tavalla tulevaisuudessa.

Sosiaalibarometrissa arvioidaan myös joitakin uusia ratkaisuja ihmisten hyvinvoinnin tukemisessa ja niihin liittyviä alan johdon asiantuntija-arvioita. Tällaisia ovat nuorten yhteiskuntatakuu, nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, työvoiman palvelukeskustoimintamallin vakinaistaminen ja laajentaminen sekä valinnanvapauden laajentaminen terveydenhuollossa. Ihmisten toiminta- ja työkyvyn parantaminen ja ylläpitäminen on mittava yhteiskunnallinen haaste, jossa onnistuminen on suoraan kytköksissä työllisyysasteeseen. Tähän tavoitteeseen liittyen Sosiaalibarometrissä tarkastellaan sosiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen tilannetta ja haasteita.

Tässä luvussa kuvataan Sosiaalibarometrin teemojen kannalta keskeistä sosiaali- ja terveyspoliittista kontekstia ja yhteiskunnallista muutosta taustaksi ajankohtaisten tulosten tarkastelulle. Aluksi tarkastellaan lyhyesti eriarvoistumista ja ihmisten omia arvioita hyvinvoinnistaan ja sen vajeista. Parhaillaan määritellään sosiaali- ja terveyspolitiikan, erityisesti palvelujen järjestämisen, tulevaa suuntaa. Tärkein suunnannäyttäjä sen kannalta on pääministeri Kataisen hallituksen hallitusohjelma ja sitä sosiaali- ja terveydenhuollon alueella konkretisoiva sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, KASTE. Näitä tarkastellaan seuraavaksi. Hallitusohjelmasta nostetaan tulosten taustaksi esiin keskeisimmät sosiaali- ja terveyspoliittiset linjaukset. Kolmanneksi tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ja rahoitusta ja niitä koskevia asiantuntijatyöryhmän linjauksia sekä

hallitusohjelman poliittisia linjauksia. Virkamiesryhmä on tehnyt omat linjauksensa kuntarakenteen uudistamisesta ja se on parhaillaan kuntakierroksella kuntien arvioitavana. Luvussa nostetaan esille myös sen keskeisimmät asiat. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen sekä kuntarakenteen uudistamisen tarkastelu ovat edenneet tähän asti erillään. Haasteena on saada nämä prosessit yhdistettyä, koska ne liittyvät tiiviisti toisiinsa. Omana erityisenä näkökulmana nostetaan esille joitakin ydinasioita sosiaalihuollon erityispalveluista sekä niin sanotusta SGEI-määrittelystä ja julkisen palvelun velvoitteen antamisesta jollekin toimijalle palvelujen saatavuuden turvaamiseksi. Näihin liittyviin alan johdon näkemyksiin palataan tulososassa. Lopuksi tässä luvussa tarkastellaan vielä sosiaalista ja lääkinnällistä kuntoutusta.

1.1 Ihmisten hyvinvoinnin tilanne

Ihmisten hyvinvointi on monilla mittareilla mitattuna parempi kuin koskaan aikaisemmin, mutta samanaikaisesti kehitystä leimaa mittava hyvinvointierojen kasvu (ks. tarkemmin esim. Vaarama & Moisio & Karvonen 2010). Suomessa köyhyys ja tuloerot ovat kasvaneet sitten 1990-luvun alun. Suhteellisessa köyhyydessä eläviä ihmisiä on noin 700 000, jos kriteerinä käytetään 60 prosenttia kotitalouksien keskimääräisesti käytettävissä olevasta mediaanitulosta. Mikäli otetaan käyttöön EU:n 2020 strategian mukainen kriteeristö, jossa tulojen lisäksi otetaan mukaan aineellinen köyhyys ja työttömyys, päädytään Suomen osalta lukuun 886 600. Köyhyys on siis Suomessa vuonna 2012 erittäin laaja ongelma. Erityisesti lapsiperheiden suhteellinen köyhyys on lisääntynyt merkittävästi 1990-luvun laman jälkeen. Pienituloisissa kotitalouksissa asuvien lasten osuus kaikista on kolminkertaistunut 15 vuodessa. Korkeimmillaan lapsiköyhyys oli vuonna 2007, jolloin yli 150 000 lasta asui köyhässä perheessä. Vuonna 2010 lapsiköyhyys oli kääntynyt pieneen laskuun, mutta yhä 134 000 lasta, noin kahdeksannes kaikista alle täysi-ikäisistä lapsista, eli pienituloisessa kotitaloudessa. Köyhyys koskettaa erityisesti yksinhuoltajien lapsia ja monilapsisia perheitä. (Tilastokeskus 2010.) Ylimmän ja alimman tuloluokan välillä elinajan odotteen ero on kasvanut lähes 14 vuoteen miehillä ja seitsemään vuoteen naisilla (Seppälä & Häkkinen 2010). Ihmiset arvioivat Kansalaisbarometri 2009 tulosten mukaan, että köyhyys ja syrjäytyminen ovat suurimmat ongelmat, joihin halutaan muutos (Kansalaisbarometri 2009).

Maailmantalouden turbulenssi on kova ja rahamarkkinoiden suuri epävarmuus tuottaa suuria säästö- ja muita paineita julkiseen talouteen myös Suomessa. Riskinä on, että säästöjen vaikutukset koskevat kipeimmin niitä ihmisiä, jotka ovat heikoimmilla. Yhteiskunnallinen kiinteys joutuu koetukselle, jos eriarvoisuus ja epäoikeudenmukaisuuden kokemukset edelleen kasvavat. Sosiaalibarometri 2011 tulosten mukaan mittavilta supistuksilta on kunnissa vielä välttytty, mutta ne ovat jo käynnistyneet (Sosiaalibarometri 2011).

Huono-osaisuutta voidaan tarkastella myös sen ylisukupolvisuuden kautta. Huono-osaisuuden siirtymisestä seuraavalle sukupolvelle on saatu vahvaa näyttöä Suomen Akatemian rekisteriaineistoihin pohjautuvassa tutkimuksessa, jossa seurattiin vuonna 1987 syntyneitä 60 000 lasta vuoden 2008 loppuun. Tutkimus vahvistaa monipuolisesti sen, että lapsuuden ja nuoruuden aikaisella kasvu- ja elämisympäristöllä ja niiden avaamilla mahdollisuuksilla tai toisaalta niiden puutteella on suuri merkitys lasten tulevaisuuden kannalta. Tutkimus kertoo, että joka viides tutkimusryhmästä on 21 vuoden ikään mennessä saanut hoitoa mielenterveysongelmiinsa. Peruskoulun jälkeinen tutkinto puuttuu heistä 10 000:lta. Lasten huostaanotot, mielenterveysongelmat, rikollisuus, koulutamatomuus ja toimeentulo-ongelmat kärjistyvät vanhempien toimeentulo-ongelmien lisääntyessä. Koulutus ja erityisesti äitien korkeampi koulutus näyttävät tutkimuksen mukaan suojaavan lapsia pahoinvoinnilta. (Suomen Akatemia 2011.) Tutkimuksen tulokset nostavat esille tarpeen suunnata voimavaroja ja pitkäjänteistä tukea erityisesti perheille, joilla on erilaisia selviytymiseen liittyviä ongelmia. Sitä kautta voidaan ehkäistä heidän lastensa ongelmien syntymistä ja kasautumista.

Toimeentulolla ja toisaalta sen puutteella on suuri merkitys ihmisten selviytymiseen. Toimeentuloturvan puutteita on analysoitu ja siihen on vaadittu parannuksia useissa raporteissa (ks. mm. Arajärvi & Särkelä 2009). SATA-komitean yksi tulos oli, että perusturvan riittävydestä on tehtävä arvio neljän vuoden välein. Ensimmäinen raportti julkaistiin maaliskuussa 2011. Raportin tulokset ovat selkeät ja karut perusturvan tason riittämättömyydestä ja tason heikkenemisestä. Raportin mukaan perusturvan varassa elävien tulotaso suhteessa keskipalkkaisiin on laskenut vuodesta 1990 lukuun ottamatta eläkkeellä olevia pariskuntia. Suurin osa perusturvan varassa elävistä kotitalouksista ei pysty kattamaan tuloillaan kohtuullisen minimin mukaista kulutusta. Eläkkeensaajat ovat ainoa ryhmä, jonka perusturvan taso riittää kattamaan kohtuullisen minimin mukaiset menot. Muiden perusturvan varassa elävien kotitalouksien tulot riittävät kattamaan vain noin kaksi kolmasosaa kohtuulliseksi katsotusta vähimmäiskulutuksesta. Eläkeläisiä lukuun ottamatta kaikille perusturvan varassa eläville ryhmille syntyi esimerkkilaskelmissa oikeus toimeentulotukeen. Viidentoista vuoden aikana perusturvaetuuksien taso suhteessa väestön katsomaan riittävään vähimmäisturvan tasoon on alentunut. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Hyvin samanlaisia tuloksia eriarvoisuuden kasvusta saadaan, kun tarkastellaan kattavaan aineistoon pohjautuen ihmisten omia arvioita. Kansalaisbarometri 2011:n tulokset kertovat, että valtaosa suomalaisista kokee voivansa hyvin, mutta yli puolella miljoonalla on hyvinvoinnissa vakavia pulmia. Merkille pantavaa on, että hyvätuloiset, koulutetut ja työlliset arvioivat hyvinvointinsa muita paremmaksi. Työttömien kokemus omasta hyvinvoinnistaan on selkeästi useammin työllisiä heikompi. Myös yksinasuvien eläkeläisten hyvinvointi näyttäytyy muuhun väestöön verrattuna heikkona. Määrällisesti suurin joukko hyvinvointinsa huonoksi määritelleistä suomalaisista muodostuu yksinasuvista eläkeläisistä ja

eläkeläistalouksista. Väestötasolla noin 70 000 suomalaista kokee itsensä usein tai jatkuvasti huono-osaisiksi, syrjityiksi ja ulkopuolisiksi. Muita väestöryhmiä voimakkaammin nämä kokemukset kasautuvat työttömille, pienituloisille ja niille, joiden sosiaaliset suhteet ovat heikkoja. Kasautuva huono-osaisuus koskettaa useammalla kuin yhdellä elämän osa-alueella vähintään 300 000 suomalaista. Kotitalouden käytettävissä olevien tulojen mukaan tarkasteltuna on nähtävissä selvä ero terveyteen ja toimintakykyyn liittyvissä kokemuksissa. Kansalaisbarometrin tulokset kertovat myös, että mitä huonompi terveys on, sitä useammin myös tulot riittävät muita huonommin terveydenhoitoon. Yli puolet Kansalaisbarometrin vastaajista katsoo, etteivät ihmiset ole yhdenvertaisia sosiaali- ja terveyspalvelujen saamisessa. (Kansalaisbarometri 2011.)

Työttömyys ja etenkin nuorisotyöttömyys ovat vuoden 2012 alussa vakavia ongelmia. Työttömyys muodostaa suuren haasteen eri viranomaisten yhteistyölle ja työnjaolle. Työnvälitystilaston mukaan työ- ja elinkeinotoimistoissa oli tammikuun 2012 lopussa 258 000 työtöntä työnhakijaa. Työttömien määrä oli 8000 henkilöä vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Lomautettuja oli työllisyyskatsauksen mukaan 19 000, missä on laskua 2000 vuoden takaiseen tilanteeseen. Lisäksi työnantajien ennakkoilmoitukset ovat lisääntyneet 4 400:lla ja lähitulevaisuudessa lomautettuja voi olla lisää yli 7 700. Työttömyys väheni lukuun ottamatta Pohjois-Karjalaa, Keski-Suomea ja Ahvenanmaata. Alle 25-vuotiaita työttömiä oli tammikuun 2012 lopussa 33 000 eli vain sata vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Heidän osuutensa kasvoi merkittävästi, 10 000:lla, vuodesta 2010 vuoteen 2011. Yli 50-vuotiaita työttömiä oli tammikuun lopussa 2012 yhteensä 99 600, mikä on 400 vähemmän edellisvuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna. Työnvälitystilastot kertovat siis selvästi sen, että sekä nuorimmissa että vanhimmissa ikäryhmissä työttömien määrä on korkea. Pitkäaikaistyöttömiä oli tammikuun lopussa 57 800, mikä on vain 900 ihmistä vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Työvoimapolitiittisissa toimenpiteissä oli reilu tuhat ihmistä enemmän kuin vuotta aikaisemmin eli 108 200. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012.) Haasteeksi tulee se, miten sosiaali-, terveys- ja työvoimapalvelut pystyvät vastaamaan näiden sekä nuorimpien että vanhimpien ikäryhmien selkeästi erilaisiin tarpeisiin ja toisaalta tarttumaan pitkäaikaistyöttömyyteen riittävän vankalla otteella. Työttömyyden vähentäminen on tärkeää sekä inhimillisesti että työllisyysasteen kannalta.

1.2 Kataisen hallituksen hallitusohjelman sosiaali- ja terveystaloudelliset linjauksista

Tämä luku pohjautuu pääministeri Kataisen hallituksen hallitusohjelmaan ja sen keskeisimpien sosiaali- ja terveystaloudellisten tavoitteiden esiin nostamiseen lukuun ottamatta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja rahoitukseen liittyviä linjauksia, joihin palataan tuonnempana (Valtioneuvoston kanslia 2011).

Hallitusohjelma lähtee siitä, että hallituksen toimintaa ja kaikkea päätöksentekoa yhdistää kolme kokonaisuutta: köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen, julkisen talouden vakauttaminen sekä kestävä talouskasvu, työllisyyden ja kilpailukykyyn vahvistaminen. Mielenkiintoista ja merkittävää on, että oikeudenmukaisuuden vahvistamiseksi köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen on nostettu hallituksen painopisteistä ensimmäiseksi. Hallitusohjelmassa kilpailukyky ja sen vahvistaminen ovat vahvasti mukana ja ne mainitaan 49 kertaa eri yhteyksissä. Köyhyys löytyy ohjelmasta 20 kertaa, syrjäytymisen 21 kertaa ja hyvinvointi yhteensä 64 kohdassa. (Emt.)

Hallitusohjelmassa todetaan, että maailman muutos kohtelee ihmisryhmiä eri tavoin ja osaa ihmisistä uhkaa pysyvä syrjäytyminen. Ohjelma linjaakin, että hallitus kaventaa tulo-, hyvinvointi- ja terveyseroja. Edelleen siinä luvataan, että peruspalveluita vahvistetaan ja uudistetaan, ikäihmisille turvataan ihmisarvoinen vanhuus, sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä mielen-terveys- ja päihdepalveluihin panostetaan, toimeentuloturva parannetaan ja asuinalueiden eriytymistä estetään. Myös koulupudokkuuteen luvataan puuttua sekä valmistella vanhuspalvelulaki ja laaja-alainen, köyhyyttä, eriarvoisuutta ja syrjäytymistä vähentävä toimenpideohjelma. Hallitus sitoutuu sukupolvelta toiselle periytyvän köyhyyden ja syrjäytymisen katkaisuun. Hallitusohjelmassa korostetaan myös sitä, että jokainen ansaitsee reilun alun ja tasaveroiset mahdollisuudet. Yhteiskunnan vastuun rinnalla korostetaan yhteisön vastuuta. Hallitusohjelma näkee kansalaisjärjestöjen tekemän arvokkaan työn täydentävän yhteiskunnan palveluita ja lisäävän hyvinvointia. Merkille pantavaa on, että kansalaisjärjestöjen tärkeä merkitys nostetaan esille poikkeuksellisen monissa kohdin hallitusohjelmaa. (Emt.)

Hallitusohjelma lupaa, että työttömien työkyvyn ylläpitoon ja työmarkkina-avalmiuksien parantamiseen panostetaan. Se lähtee mahdollisimman nopean työmarkkinoille paluun tavoitteesta. Työnteon esteet ja työllistymisen kynnykset luvataan poistaa ja lisätä kannustavuutta. Ohjelmassa korostetaan, että työelämän joustavuutta sekä osatyökykyisten ja vammaisten mahdollisuuksia työntekoon kehitetään ja pätkätyöläisten ja mikroyrittäjien asemaa parannetaan. Nuoriso-työttömyyttä ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrää luvataan vähentää. Hallitusohjelma lähtee siitä, että työ on parasta sosiaaliturvaa. Se korostaa, että työmarkkinoita, verotusta ja sosiaaliturvaa on kehitettävä osallisuuden ja työllisyyden näkökulmasta. Se linjaa myös, että Suomen tulevaisuuden menestys ja hyvinvointi nojaavat yhteiskunnan korkeaan työllisyysasteeseen, sosiaaliseen eheyteen ja tasa-arvoisuuteen. (Emt.)

Toimeentuloturvan alueella hallitusohjelmassa on joukko oikeansuuntaisia parannuksia, vaikka ne eivät vielä merkittäväällä tavalla köyhyyttä vähennäkään. Näistä tärkeimmät ovat työttömyysturvan peruspäivärahan ja työmarkkinatuen korotus 100 eurolla ja toimeentulotuen perusosan korottaminen vuoden 2012 alusta. Lisäksi yksinhuoltajien toimeentulotuen korottamiseen kohdennetaan viisi miljoonaa euroa. Yleistä asumistukea luvataan parantaa ja siinä siirrytään

lineaariseen tulositukseen ja kokonaisvuokramalliin ja perusomavastuu tarkistetaan alkamaan korotetun työmarkkinatuen määrästä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen tavoitteena olleet asiakasmaksujärjestelmän kehittäminen, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon maksut eivät muodostuisi palvelujen käytön esteeksi, ja maksukattojen yhdistäminen, löytyvät myös hallitusohjelmasta. Niin ikään hallitusohjelmassa sitoudutaan palveluasumisen maksujen uudistamiseen sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän ehdotusten pohjalta siten, että kunnan järjestämistä vastuulla oleviin asumispalveluihin säädetään valtakunnallisesti yhdenmukaiset asiakasmaksujen määräytymisperusteet. Lisäksi hallitus lupaa yhtenäistää tehostetun palveluasumisen maksut ja säätää niin sanotun vähimmäiskäyttövaran. (Emt.) Sosiaalibarometrin tulososassa palataan alan johdon arvioihin tehtyjen toimeentuloturvan parannusten riittävydestä ja siitä, mitä parannuksia jatkossa ennen kaikkea tarvittaisiin.

Hallitusohjelmassa todetaan, että sen kaudella jatketaan edellisellä kaudella aloitettua sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistusta ja säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki. Hallitusohjelma toteaa, että lailla turvataan iäkkäiden henkilöiden oikeus laadukkaaseen ja tarpeenmukaiseen hoivaan. Hallitus linjaa myös, että terveydenhuoltolain toimeenpanoa jatketaan varmistuen muun muassa perusterveydenhuollon vahvistaminen, valinnanvapauden toteutuminen sekä kunnissa tehtävä terveyden edistämistoiminta. Merkittäviä ihmisten palvelujen saatavuuden kannalta ovat myös useissa kohdin hallitusohjelmaa olevat hankintalainsäädännön uudistamiseen liittyvät linjaukset. Hallitusohjelmassa todetaan, että hallituskaudella selvitetään hankintalain soveltamista nykyistä rajatummin tilanteissa, joissa on kyse erityisen haavoittuvien asiakasryhmien (mm. vammaiset, vanhuksat, lapset) pitkäaikaisten tai harvoin tarvittavien palvelujen järjestämisestä. Järjestöjen ja pienten palveluntuottajayritysten näkökulmasta merkittävä on linjaus, jonka mukaan hankintalakia uudistettaessa huomioidaan myös pienten tuottajien asema ja kielelliset erityispiirteet. (Emt.)

Hallitusohjelma heijastelee monissa kohdin laajasti yhteiskunnassa kohdistunutta huolta nuorten syrjäytymisestä. Jokaiselle peruskoulun päättäneelle taataan koulutusta paikka lukioissa, ammatillisissa oppilaitoksissa, oppisopimuksessa, työpajassa, kuntoutuksessa tai muulla tavoin. Lisäksi linjataan, että etsivää nuorisotyötä edistetään ja nuorisotyön ennaltaehkäisevää päihdetyötä tuetaan. Erittäin merkittävä asia nuorten kannalta on hallitusohjelman linjaus toteuttaa nuorten yhteiskuntatakuu niin, että jokaiselle alle 25-vuotiaalle nuorelle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle tarjotaan työ-, harjoittelu-, opiskelu, työpaja- tai kuntoutusta paikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta. (Emt.) Nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamiseen liittyviin arvioihin palataan Sosiaalibarometrin tulososassa.

Nuorten tilanteen lisäksi hallitusohjelma lupaa, että työttömien työllistymistä yksityisiin yrityksiin palkkatuella lisätään ja kolmannen sektorin toimintaedellytykset turvataan, jotta voidaan parantaa kaikkein vaikeimmin työllistyvien pysyvää

työllistymistä avoimilla työmarkkinoilla ja parantaa heidän elämänhallintaansa. Hallitusohjelma linjaa, että välityömarkkinoiden toimintaa parannetaan lisäämällä kuntien, yritysten, sosiaalisten yritysten ja kolmannen sektorin mahdollisuuksia osatyökykyisten henkilöiden työllistämiseen. Uutena asiana hallitusohjelmassa on, että palkkatuki muutetaan työnhakijan henkilökohtaiseksi tueksi, joka kompensoi työnhakijan heikentynyttä työmarkkinakelpoisuutta. Järjestöille on lupaavaa, että palvelu- ja työllistämistoimintaa harjoittavien järjestöjen palkkatuen perusteet (de minimis) tarkastellaan uudelleen. Hallituksen ohjelmassa linjataan lisäksi, että työ- ja elinkeinotoimistojen, Kelan ja kuntien yhteinen työvoiman palvelukeskusten toimintamalli ulotetaan koko maahan, mikä oli yksi järjestöjenkin hallitusohjelmataavoitteista. Palvelukeskusten toimintamallista säädetään lailla ja niiden rahoitus turvataan. Viranomaisten vastuita pitkään työttömänä olleiden palveluiden järjestämisestä täsmennetään siten, että työttömät työnhakijat siirtyvät työ- ja elinkeinotoimistoista palvelukeskusten asiakkaiksi pääsääntöisesti viimeistään 12 kuukauden työttömyyden jälkeen. Työvoiman palvelukeskusmalliin liittyviin asiantuntija-arvioihin palataan Sosiaalibarometrin tulososassa. (Emt.)

Vaikka hallitusohjelma sisältää erittäin paljon myönteisiä sosiaali- ja terveyspoliittisia linjauksia, niiden toteuttaminen käytännössä voi osoittautua haastavaksi talouden tiukentuessa ja epävarmuuden lisääntyessä koko ajan. Hallitusohjelmassa on jo myös ilmoitettu säästöistä, joilla on väistämättä vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin.

1.3 Kuntauudistus hallitusohjelman linjauksissa ja rakennetyöryhmän työssä

Kataisen hallituksen ohjelmassa kuntauudistuksen tavoitteeksi asetetaan kattavan vahvoin peruskuntiin perustuvan kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteuttaminen koko maassa. Sen puitteissa hallinnon rakenteita sekä kuntien tuotavuutta ja vaikuttavuutta pyritään parantamaan. Hallitus linjaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia. Sen vaihtoehtona hallitusohjelman mukaan voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat voivat yhdessä muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Uudistuksen tulee hallitusohjelman mukaan tapahtua siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on samalla organisaatiolla. Kuntien ja sosiaali- ja terveysalueiden yhteisiä tehtäviä varten on hallitusohjelman mukaan viisi erityisvastuu- eli Erva-aluetta. Hyvin merkittävää järjestöjen ja niiden jäsenistön kannalta tulee olemaan se, että hallitusohjelman

mukaan kunnallista terveystalvaeluärjärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Hallitusohjelmasta ei ole luettavissa, mitä tämä käytännössä tulee tarkoittamaan. (Valtioneuvoston kanslia 2011.)

Hallitusohjelmassa linjataan, että kuluvalle hallituskaudella tehostetaan terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia niin, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut, joiden kokonaiskustannukset ovat järjestämisvastuussa olevilla tahoilla hallinnassa. Hallitusohjelman toteuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueella käynnistetään kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (KASTE II), jonka painopisteiksi määritellään muun muassa syrjäytymisen ehkäisy, omaishoidon tukipalveluiden kehittäminen, yleinen palvelujen kehittäminen, pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen ja lähisuhdeväkivallan ehkäisy. Hallitusohjelmassa todetaan lisäksi, että Kaste-ohjelma kohdistuu myös sosiaali- ja terveysalan henkilöstön saatavuuden, osaamisen ja työhyvinvoinnin edistämiseen ja kehittämishankkeissa luodut hyvät käytännöt otetaan käyttöön maanlaajuisesti. (Emt.)

Valtiovarainministeriö asetti maaliskuussa 2011 kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvittämään kuntalain kokonaisuudistuksen pohjaksi vaihtoehtoisia kunnallishallinnon rakennemalleja hallitusohjelmassa esitettyjen linjausten mukaisesti siten, että kullekin alueelle tehtäisiin selvitys tarkoituksenmukaisesta kunta- ja palvelurakenteesta. Rakennetyöryhmän tehtäväksiäntoon kuului, että sen tuli laatia esitys kuntauudistuksen kriteereistä, jotta hallitus voisi niiden pohjalta määritellä kuntauudistuksen tarkemmat arviointiperusteet ja edelleen valmistella hallituksen esitys kuntarakennelaista. Työryhmä jätti työnsä tammikuun lopussa laajana kaksiosaisena raporttina, joista ensimmäinen on selvitysosa ja toinen osa alueellinen tarkastelu. (Valtiovarainministeriö 2012.) Tässä nostetaan esille raportin ensimmäisen osan keskeisiä asioita.

Kuntauudistuksen tarkastelu lähti työryhmän työssä liikkeelle kolmesta isosta kysymyksestä koskien 2020- ja 2030-lukuja:

- Kuinka suomalainen hyvinvointiyhteiskunta selviytyy seuraavina vuosikymmeninä?
- Kuinka kuntaperusteinen järjestelmä kestää?
- Kuinka paljon joudumme siirtämään ylimääräistä talouden taakkaa pienten ikäluokkien harteille?

Kuntauudistuksen tarpeen taustalla ovat kovat tosiasiat: Väestön ikärakenne ja huoltosuhde heikkenevät dramaattisesti 2020- ja 2030-luvuilla. Suurten ikäluokkien ikääntymisen ja maan sisäisen muuttoliikkeen seurauksena tulee yli puolella maakunnista huoltosuhde nousemaan yli 80:n. Lisäksi talouden epävakaus sekä kansainvälisesti että kotimaassa uhkaa kuntien toimintaa. Julkinen sektori on jo nyt joutunut kovien ulkoisten paineiden kohteeksi huomion kohdistuessa yhä

enemmän palveluiden saavutettavuuteen, yhdenvertaiseen saamiseen, laatuun ja vaikuttavuuteen. Toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset edellyttävät kunta- ja palvelurakenteilta uudistumista. Muuten voidaan päätyä tilanteeseen, jossa suomalaisen hyvinvointiyhteiskuntaan oleellisesti kuuluvaa kuntaperusteista palvelujärjestelmää joudutaan osin purkamaan. Toimenpiteiden lykkäminen merkitsee työryhmän näkemyksen mukaan vain jatkuvaa velkaantumista ja taloudellisen taakan siirtämistä tulevien sukupolvien maksettaviksi. Näiden faktojen pohjalta hallitusohjelmaan kirjattiin kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteuttaminen vuoteen 2015 mennessä ja siihen liittyvät edellä esitetyt tavoitteet. (Emt.)

Rakenneselvityksen teosta vastuussa olleessa kunnallishallinnon työryhmässä olivat edustettuna eri ministeriöt sekä Kuntaliiton edustajat. Rakenneselvitys pohtii kuntien nykyisiä ja tulevia haasteita sekä tarkastelee palvelutarpeita, kuntataloutta, alue- ja yhdyskuntarakennetta, työssäkäyntiä, asiointia, palvelujen järjestämistä ja alueiden erityispiirteitä (mm. pitkät välimatkat, saaristoisuus, kieli-alueet).

Kuntajakoesityksen lähtökohtana on muodostaa sellaisia taloudeltaan vahvoja, elinvoimaisia ja toiminnallisia kuntia, jotka turvaisivat nykyistä paremmin peruspalvelujen järjestämisen ja muodostuisivat ihmisten luonnollisista elinpiireistä. Tehtyjen esitysten perusteluina ovat vahvasti erityisesti väestökehitys- ja kuntataloustekijät. Suurilla kaupunkiseuduilla työryhmän ehdottamat ratkaisut pohjautuvat pitkälti maankäytön, asumisen ja liikenteen yhteensovittamista koskeviin yhdyskuntarakennetekijöihin sekä kuntatalouden tekijöihin. Selvitys myöntää, ettei kaikilla alueilla ollut mahdollista muodostaa elinvoimaltaan toivotun vahvuisia peruskuntia ja että näillä alueilla valtionosuusriippuvuus jää suureksi. Toissijaisena vaihtoehtona kuntalaisten peruspalvelujen järjestämisessä voivatkin työryhmän näkemyksen mukaan olla yhteistoiminta-alueet. (Emt.)

Selvityksen lopputulos on myös karttapohjaan piirretty esitys alueista, joilla tulisi käynnistää erityinen kuntajakoselvitys. Näitä alueita on 70. Osa nykyisistä kunnista voi päättää, minkä alueen selvityksessä haluavat olla mukana. Nykyinen kuntajakolaki mahdollistaa erityiset kuntajakoselvitykset ja valtiovaraministeriö tuleekin nimittämään jokaiselle ehdotetulle uudelle kunnalle kuntajakoselvittäjän. Rakennetyöryhmän selvitys esiteltiin kunnille alueellisissa kuulemistilaisuuksissa helmi-maaliskuussa 2012 ja kuntien vastineita selvitykseen toivottiin huhtikuun puoliväliin mennessä. Tämän jälkeen hallitus tekee linjauksensa uudesta kuntarakenteesta vielä kevään aikana. Kunnallishallinnon rakennelain uudistamisen lisäksi käynnistetään vuonna 2012 myös rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen ja kuntalain kokonaisuudistus. Erillisenä selvityksenä tehdään työryhmän raportin mukaan toukokuun 2012 loppuun mennessä rakenneselvitys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä. (Valtiovaraministeriö 2012.)

1.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja rahoitus

Vuoden 2011 alussa 336 kuntaa oli Suomessa vastuussa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta väestölleen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjesti itse 106 kuntaa. Näissä kunnissa asui kaksi kolmasosaa Suomen väestöstä. Yhteistoiminta-alueita oli 66 ja ne järjestivät sosiaali- ja terveyspalvelut yhdelle kolmasosalle väestöstä. Erikoissairaanhoidon mukaan kunnan on kuuluttava erikoissairaanhoidon järjestämiseksi johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirit on lueteltu laissa, mutta kunta voi valita, mihin sairaanhoitopiiriin se kuuluu. Sairaanhoitopiirejä oli 20. Erityistason sairaanhoidon järjestämiseksi maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kunta- ja palvelurakenneuudistus on edennyt kuntaliitosten syntymisen osalta jonkin verran odotettua nopeammin, mutta osassa kuntaliitosvalmisteluja on päädytty umpikujaan. Sosiaalipalvelujärjestelmä on epäselvän lainsäädännön takia muodostunut uudistuksessa hyvin pirstaleiseksi. Erityisesti sosiaalipalvelujen tilanne on muodostunut ongelmalliseksi osassa yhteistoiminta-alueita. Muun muassa Sosiaalibarometri 2010 totesi kunta- ja palvelurakenneuudistuksen vaikutusten arvioinneissa, että palvelurakenne on uudistuksen seurauksena kokonaisuutena monimutkaistunut. Väestöltään suuremmilla tai kuntaliitoksia toteuttaneilla alueilla sekä koko sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavilla yhteistoiminta-alueilla tilanteen arvioitiin parantuneen ja selkiytyneen. Sen sijaan yksittäisiä sosiaalipalveluja tai pelkän perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueille siirtäneillä alueilla vaikutukset arvioitiin kriittisesti. Alle 20 000 asukkaan alueilla, joita suurimmat muutokset käytännössä koskevat, uudistuksen vaikutuksia arvioitiin isoja kuntia kielteisemmin. Suurin huoli pienten kuntien sosiaalijohdolla oli palvelurakenteiden selkeydestä, johtamisesta ja organisoinnin heikkenemisestä, palveluketjujen katkeamisesta ja asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien vähenemisestä. Pitkälti vastaavia arvioita oli vain osan sosiaalipalveluistaan yhteistoiminta-alueille siirtäneillä alueilla. (Sosiaalibarometri 2010.) Käytännössä siis kunta- ja palvelurakenneuudistusta säädellyt puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Uudistusta ohjaava puitelaki on määräaikainen suunnittelulaki, joka on voimassa vuoden 2012 loppuun saakka, mutta sen voimassaoloa jatkettiin vuoden 2014 loppuun. Puitelain muutoksessa selkeytettiin sosiaalihuollon tehtävien asemaa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjavelvoitteet täyttävillä rakenteilla. Velvoite vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon cheyden toteutumista.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2009 työryhmän valmistelemaan Paras-hankkeen jatkotoimenpiteitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä. Työryhmän työ lähti siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäävät edelleen nykyiseen kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin ja sosiaalihuoltolakiin. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta ja valvontaa koskevan lain säätäminen

jäi yli vaalien, asiaa valmistelemaan asetettu työryhmä sai tehtäväkseen laatia tulevan hallituksen poliittisten linjausten tekemisen tueksi asiantuntija-arvion niistä periaatteista, jotka tulisi jatkovalmistelua tehtäessä ottaa huomioon ja myös ehdotuksen uudesta rakenteesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen reunaehtona ovat perustuslaissa säädetyt perusoikeudet. Toisaalta sen reunaehtona voidaan pitää myös perustuslain takaamaa kunnan asukkaiden itsehallintoa. Järjestämisvastuu merkitsee vastuun kantamista ihmisten oikeuksien toteutumisesta ja toimivasta palvelujärjestelmästä. Tämä edellyttää työryhmän mielestä sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät ovat riittävän vahvoja tehdäkseen aitoja poliittisia valintoja toiminnan sisällöstä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavalla taholla tulee työryhmän näkemyksen mukaan olla riittävät voimavarat niin, että koko maan kattavasti turvataan laadukkaiden palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Edellä oleva merkitsee sitä, että palvelujen järjestäjän on kestävä palvelujen tarpeen satunnaisvaihtelusta aiheutuvat kustannusten vaihtelut. Koska väestön ikärakenne, sairastavuus, etäisyydet ja muut maantieteelliset tekijät poikkeavat toisistaan suuresti maan eri osissa, on työryhmän näkemyksen mukaan tuottamistavat räätälöitävä kullakin alueella omien tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan. (Emt.)

Työryhmä esitti, että järjestämisvastuu määritellään tarkemmin lainsäädännössä. Järjestämisvastuussa olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tulevien rakenteiden perustaksi työryhmä laati neljä tavoitelinjausta. Ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana on työryhmän näkemyksen mukaan yhdenvertaisuus. Yhdenvertaisuudella työryhmä tarkoitti sitä, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia sekä alueellista yhdenvertaisuutta. Oikeudenmukaisessa yhteiskunnassa perusoikeudet kuuluvat kaikille. Pääsy palvelujen piiriin kohtuullisessa ajassa tulee työryhmän näkemyksen mukaan turvata koko väestölle. Toiseksi työryhmä lähti siitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä toimii asiakas-keskeisesti, mikä edellyttää asiakkaiden erilaiset tarpeet huomioivien rakenteiden vahvistamista ja kehittämistä. Tämä tarkoittaa työryhmän näkemyksen mukaan muun muassa sitä, että on otettava huomioon asiakkaiden omat käsitykset ja asiakkaalla on oltava riittävä mahdollisuus palvelujen toteuttamiseen liittyviin valintoihin. Asiakaskeskeinen toiminta perustuu työryhmän näkemyksen mukaan yhdessä tekemiseen asiakkaan kanssa ja siihen, että ihmisellä on mahdollisuus osallistua häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Työryhmä nosti kolmantena tavoitteena esille sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden, mikä merkitsee työryhmän näkemyksen mukaan painopisteen siirtoa ennaltaehkäisevään toimintaan. Viimeisenä ja neljäntenä tavoitelinjauksenaan työryhmä toi esille sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon tulee olla vetovoimainen. (Emt.)

Työryhmä teki sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämiseksi yhdeksän rakenne- linjausta sekä viisi rahoitusta koskevaa linjausta, joita on mahdollista painottaa eri tavoin (emt.):

Rakennelinjaukset:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on päätettävä demokraattisesti.
2. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena.
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon on oltava osa muuta yhteiskunnallista päätöksentekoa.
4. Järjestämis- ja rahoitusvastuun on oltava samassa organisaatiossa.
5. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä nykyistä laajemmilla väestöpohjilla.
6. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamisessa on otettava huomioon alueelliset erityispiirteet.
7. Erilaiset tuotantotavat on mahdollistettava.
8. Palvelujen jatkuva kehittäminen on osa järjestämisvastuuta ja sitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti.
9. Kansallisella ohjauksella on varmistettava väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu.

Rahoituslinjaukset:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen on perustuttava pääosin verorahoitteiseen yhteisvastuuseen.
2. Asiakkaalle aiheutuvat kustannukset eivät saa estää tarpeen mukaista palvelujen käyttöä tai toimeentuloa.
3. Rahoituksen on oltava läpinäkyvää väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle.
4. Rahoituksen on kannustettava vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen.
5. Rahoituksen ei tule mahdollistaa osaoptimointia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta ja valvontaa pohtineen työryhmän tehtävänä ei ollut arvioida kuntarakennetta. Sen sijaan työryhmä esitti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi toimivimpia ratkaisumalleja kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta olennaisiin tilanteisiin, joihin tulevassa kuntarakenteen uudistuksessa voitaisiin päätyä. Työryhmä esitti kolme vaihtoehtoista mallia riippuen siitä, miten vahvoja kuntia Suomessa tulevaisuudessa on:

1. Kaksitasoinen kunta- ja aluemalli, jos kuntien määrä säilyy lähes nykyisenä. Kuntien muodostama alue tai suuri kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta sekä erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueet ja suuret kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutettaisiin kuntien ja alueen yhteistyönä. Perustasosta vastaavia kuntien muodostamia alueita tai suuria kuntia olisi yhteensä vajaasta 20 noin 50:een ja erityistasosta vastaavia alueita olisi viisi.

2. Kaksitasoinen kuntamalli, jos kuntia olisi noin 30–50. Kunta olisi yksin järjestämis- ja rahoitusvastuussa hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisestä, perustasosta sekä erityispalveluista, jotka kunnassa on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueen kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Yhteisistä erityistason palveluista vastaavia alueita olisi viisi.
3. Yksitasoinen kuntamalli, jos kuntia olisi alle 20. Kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta mukaan lukien perus- ja erikoistaso sekä hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisestä. Mallissa toteutuisi vahva perustason ja erityistason integraatio samoin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen integraatio. (Emt.)

Sosiaalibarometrin tulossosiossa palataan sosiaali- ja terveysjohdon arviointeihin siitä, miten hyvinä ja toimivina he pitävät työryhmän eri linjauksia sekä siihen, millaisia näkemyksiä alan johdolla on sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi tulevaisuudessa tarvittavasta väestöpohjasta.

SGEI-palvelut ja julkisen palvelun velvoitteen antaminen

Yleisiin taloudellisiin tarkoituksiin liittyvillä palveluilla, SGEI-palveluilla, tarkoitetaan yleishyödyllisiä palveluja, joiden saatavuuden turvaaminen katsotaan yhteiskunnallisesti niin tärkeäksi, että viranomainen voi asettaa palveluntuottajalle julkisen palvelun velvoitteen. Tällöin yrityksen, joihin tässä ajattelussa luetaan myös järjestöt, on tarjottava viranomaisen ennalta määrittelemää palvelua julkisista varoista suoritettua korvausta vastaan. SGEI-palvelut eroavat muista palveluista siten, että viranomaisten on turvattava niiden tarjonta kaikissa olosuhteissa, vaikka markkinoilla ei aina olisi riittävästi palveluntarjoajia. Suomessa ei ole juuri-kaan käytetty mahdollisuutta määritellä tiettyä hyvinvointipalvelua SGEI-palveluksi ja annettu julkisen palvelun velvoitetta jollekin palveluntuottajalle. Kyse on siis poikkeusmenettelystä. Palvelun saatavuuden kannalta voi kuitenkin olla kyse tärkeästä asiasta jollakin erityisalueella. Erityisalue voi olla joko maantieteellisesti määrittyvä (syrjäinen, harvaan asuttu maaseutu) tai tietyn väestöryhmän erityispalvelu. Tämän alueen selvitystyön käynnistämiseen velvoittava linjaus on olemassa (Valtioneuvoston iltakoulu 17.2.2010), mutta työ ei ole käynnistynyt.

Kataisen hallituksen ohjelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2011) linjataan, että palvelujen tuottamiseen liittyviä kilpailuttamisen ja julkisen tuen myöntämisen sääntöjä selkeytetään. EU:ssa valmisteltavana olevan SGEI-normiston vaikutukset kansalliseen kilpailulainsäädäntöön arvioidaan, minkä jälkeen säädetään puitelaki yleisiin taloudellisiin tarkoituksiin liittyvistä palveluista. Hallitusohjelmassa arvioidaan, että näin voidaan selkeyttää esimerkiksi kolmannen sektorin asemaa palvelujen tuottajana ja Raha-automaattiyhdistyksen mahdollisuuksia rahoittaa SGEI-palveluita. Hallitusohjelma lähtee myös siitä, että hankintalaki uudistetaan niin, että kuntien suorahankintamahdollisuudet lisääntyvät ja työllisyys- ja terveystaloudelliset, sosiaaliset ja muut laatutekijät sekä innovaatio- ja ympäristöpoliittiset näkökohdat otetaan paremmin huomioon julkisissa hankinnoissa. Hallitusohjelma linjaa, että

kansallisia kynnysarvoja nostetaan lähemmäksi EU-direktiivitasoja ja tavaroiden ja palveluiden kansallista kynnysarvoa korotetaan tuntuvasti lähelle EU:n kynnysarvoa. Hallitusohjelmassa todetaan edelleen, että hankintalain menettelyjä yksinkertaistetaan EU-lainsäädännön sallimissa puitteissa. (Valtioneuvoston kanslia 2011.) Sosiaalibarometri 2012 kysyttiin sosiaali- ja terveysjohdolta arvioita siitä, onko heidän alueellaan olemassa joitakin sosiaali- tai terveyspalveluja, joiden saataavuuden turvaamiseksi ns. SGEI-määrittely voisi olla perusteltu ja mitä tällaiset palvelut olisivat. Teemaan palataan tulososassa.

1.5 Sosiaalinen ja lääkinällinen kuntoutus

Kuntoutus tähtää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakyvyn parantamiseen. Tavoitteena on lisäksi edistää kuntoutujaan itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.)

Kuntoutuspalvelujen järjestämis- ja kustannusvastuut ovat Suomessa monikanavaisia. Kuntoutus ulottuu julkisella sektorilla usealle eri hallinnon ja toiminnan alalle. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavat pääosin Kela, julkinen terveydenhuolto sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset. Sosiaalisen kuntoutuksen järjestäminen on sosiaalihuollon vastuulla. TE-hallinto, Kela ja työeläkelaitokset vastaavat ammatillisesta kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on merkittävä rooli kuntoutuksen toteuttajana monien ihmisryhmien ja erityisesti yli 65-vuotiaiden kuntoutuksessa. Sosiaalibarometrissa kuntoutuksen muodoista käsitellään tänä vuonna sosiaalista ja lääkinällistä kuntoutusta sekä kuntoutusjärjestelmää kokonaisuutena.

Kuntien velvollisuutena on huolehtia siitä, että niiden alueella toimii kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä. Ryhmä asetetaan neljäksi vuodeksi kerrallaan. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä on oltava vähintään yksi sosiaalihuolto-, terveydenhuolto, opetus- ja työvoimaviranomaisen, Kelan ja muiden tarpeellisten tahojen nimeämä edustaja. Asiakasyhteistyöryhmän tehtävänä on kehittää yhteistyömuotoja, sopia keskinäisen yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista, huolehtia yhteistyön toteuttamiseksi tarpeellisesta tietojen vaihtamisesta sekä käsitellä muita kuntoutuksen järjestämistä koskevia yhteisiä asioita. Yhteistyöryhmän on suunniteltava, edistettävä ja seurattava kuntoutuksen toteutumista. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003, 5–7 §.)

Kuntoutuksen ongelmana pidetään mm. sitä, että sitä myöntävät ja järjestävät useat eri tahot, jolloin myös rahoitus- ja toimintaperiaatteet ovat erilaisia. Vaarana on, että kuntoutuja jää ilman tarvitsemaansa palvelua. Kuntoutuksen asiakasryhmistä haastaviksi on mainittu mielenterveysongelmista kärsivät työikäiset sekä nuoret, jotka eivät ole löytäneet paikkaansa työelämässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.) Järjestöbarometri 2010 tuloksissa järjestöjen näkökulmasta nousivat esiin kilpailutuksen jäykät käytännöt ja erityisesti ikäihmisten

kuntoutuksessa olevat pulmat ja heidän jäämisensä kuntoutuksen ulkopuolelle (Järjestöbarometri 2010).

Kuntoutukseen liittyviä kysymyksiä oli myös vuoden 2010 Sosiaalibarometrissa. Tuolloin teemana oli ammatillinen kuntoutus. Vastaajat näkivät ammatillisen kuntoutuksen kompastuskivenä vastuunjaon pirstaleisuuden. Tämä aiheuttaa mm. katkoksia kuntoutusprosessissa silloin, kun kuntoutuja siirtyy palveluntarjoajalta toiselle. Ongelmana on myös se, että kuntoutusta toteuttavat tahot tuntevat huonosti toistensa toimintaa, jolloin kokonaiskuvaa palveluista ei ole kenelläkään. Ammatillinen kuntoutus ei pysty tavoittamaan Sosiaalibarometri 2010 -tutkimuksen mukaan kaikkia sen tarpeessa olevia ryhmiä tasapuolisesti. Ulkopuolella jäävät erityisesti työttömät (etenkin pitkäaikaistyöttömät), mielenterveysongelmaiset, päihteiden ongelmakäyttäjät, yli 50-vuotiaat sekä nuoret, jotka ovat vaikeassa elämäntilanteessa tai ilman koulutusta. (Sosiaalibarometri 2010.)

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa on joitakin kuntoutuksen kehittämiseen liittyviä mainintoja. Siinä todetaan, että osatyökykyisten ja vaikeasti työllistyvien henkilöiden mahdollisuuksia työntekoon ja kuntoutukseen parannetaan. Hallitusohjelma linjaa myös tavoitteeksi monialaisen kuntoutuksen (mm. ammatillinen, sosiaalinen, lääkinnällinen) asiakaslähtöisyyden parantamisen, kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuun sekä kuntoutusprosessin selkiyttämisen kuntoutujan näkökulmasta ja selvityksen laatimisen monialaisesta kuntoutuksesta. Hallitusohjelma lähtee siitä, että sovitetään yhteen Kelan järjestämä ja rahoittama psykoterapia ja kuntoutus muuhun julkiseen palvelukonaisuuteen. Kuntoutuksen epäselvien vastuiden kannalta on merkittävää, että hallitusohjelma linjaa, että selkiytetään lääkinnällisen kuntoutuksen työnjakoa ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja Kelan kanssa. Järjestöjen hallitusohjelmataavoitteissa ollut Kelan kuntoutuksen ikärajan korottaminen 68 vuoteen näkyy hallitusohjelmassa lupauksena arvioida Kelan kuntoutusoikeuteen liittyvän 65 vuoden ikärajan korottaminen 68 vuoteen. (Valtioneuvoston kanslia 2011.)

Sosiaalihuollon tehtävänä on ohjata kuntoutusta tarvitsevat asiakkaat tarpeen mukaan palvelujen järjestäjän piiriin silloin, kun kuntoutusta ei ole tarkoituksenmukaista järjestää sosiaalipalveluna (sosiaalihuoltolaki 710/1982, 17 §). Kuntoutusta tarvitsevalle sosiaalihuollon asiakkaalle on laadittava kuntoutussuunnitelma (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 7 §). Sosiaalinen kuntoutus on tarkoitettu vaikeasti syrjäytyneille henkilöille, kuten syrjäytymishuonon alla oleville nuorille tai nuorille aikuisille, mielenterveyskuntoutujille, maahanmuuttajille, kehitysvammaisille, päihteiden ongelmakäyttäjille sekä pitkäaikaistyöttömille. Sosiaalisen kuntoutuksen työmuotoja ovat asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen, kuntoutus- tai palvelusuunnitelman laatiminen asiakkaan kanssa, kuntoutuksen tavoitteiden tarkistaminen ja uudelleenmäärittely, yksilökohtainen psykososiaalinen työ, ryhmämuotoinen psykososiaalinen työ sekä sopeutumisvalmennus. Sosiaalibarometrin tuloksissa tarkastellaan sosiaalista ja lääkinnällistä kuntoutusta ja niiden toimivuutta.

2 Sosiaalibarometrin tausta ja toteutus

2.1 Sosiaalibarometrin lähtökohdat

Sosiaalibarometri on asiantuntija-arvioihin perustuva tutkimus palvelujen ja palvelujärjestelmän ajankohtaisesta tilanteesta sekä suomalaisten hyvinvoinnista. Asiantuntijoina ovat kuntien sosiaalitoimen, terveyskeskusten, Kelan toimistojen sekä työ- ja elinkeinotoimistojen johto. Näiden lisäksi vastaajina ovat sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat. Kysely on osoitettu johdolle, koska heillä on parhaat edellytykset arvioida palvelujärjestelmän nykytilannetta ja kehityssuuntia omalla toiminta-alueellaan. Sosiaalibarometrin tavoitteena on nostaa ajankohtaiset havainnot sosiaali- ja terveystalouteen keskusteluun. Ajankohtaisten teemojensa ansiosta Sosiaalibarometri on osoittautunut vuosien varrella toimivaksi ajankuvaksi ja ennakkoinnin välineeksi.

Sosiaalibarometria on tehty vuosittain vuodesta 1991 lähtien. Tarve ajankohtaiseen ihmisten hyvinvointia ja sosiaalipalveluita käsittelevään julkaisuun syntyi, kun taloudellisen laman vuoksi kunnissa tehtiin mittavia säästötoimenpiteitä, joiden vaikutuksista ei ollut saatavilla tarpeeksi tietoa. Sosiaalibarometri toteutettiin aluksi haastatteleamalla otokseen valikoituneita kuntien sosiaalijohtajia. Sittemmin Sosiaalibarometrin vastaajajoukkoa on laajennettu ja vuodesta 1995 lähtien kysely on toteutettu kokonaistutkimuksena. Samalla myös näkökulmat ovat laajentuneet koko palvelujärjestelmän ja hyvinvoinnin muutosten arviointiin. Ajankohtaisuus on kuitenkin säilynyt tärkeänä Sosiaalibarometrin ominaisuutena. Sosiaalibarometrin taustaa ja lähtökohtia on kuvattu tarkemmin vuoden 2010 Sosiaalibarometrissa.

Tämä 22. Sosiaalibarometri on ensimmäinen, jonka vuoden 2012 alusta toimintansa aloittanut SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry julkaisee. Uuden valtakunnallisen järjestön perustivat Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry ja Terveysturvan edistämisen keskus ry. Tätä edeltävät 21 Sosiaalibarometria julkaisi Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

2.2 Aineistot

Aineistojen kuvaus

Sosiaalibarometrin keskeisin aineisto on kerätty kyselylomakkeilla, jotka lähetettiin loppuvuodesta 2011 kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sosiaalijohtajille, terveyskeskusten johtajille, Kelan toimistojen johtajille, työ- ja elinkeinotoimistojen johtajille sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajille. Kaikille viidelle vastaajataholle oli oma kyselylomake, josta koottu kokonaisaineisto sisältää yhteensä yli 400 muuttujaa.

Edellä kuvatun kyselyaineiston tuloksia verrataan aiempiin Sosiaalibarometriin siltä osin, kun kysymykset ovat yhteneviä. Vertailuaineistona on julkisilta palveluntuottajilta vuosina 1995–2011 kerätty sosiaalibarometriaineisto. Sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajista vertailuaineistoa on vuodesta 2009.

Kolmantena Sosiaalibarometrin aineistona käytetään tilastotietoja, joita on kerätty valikoidusti tätä tutkimusta varten. Tilastotietojen avulla voidaan vertailla muun muassa erikokoisia kuntia keskenään tai tarkastella vastauksia sen mukaan, onko alueella toteutettu kuntaliitoksia. Asukasmäärä on huomioitu toimipisteen koko toiminta-alueelta: se kattaa esimerkiksi koko yhteistoiminta-alueen tai Kelan toimiston toiminta-alueen.

Aineistonkeruun toteutus ja haasteet

Sosiaalibarometrin kyselylomakkeet lähetettiin toimipisteen tai organisaation johdossa oleville henkilöille ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajille. Vastaajat määrittyivät vuoden 2011 kunta- ja toimipistejaon sekä lokamarraskuussa 2011 käytettävissä olleiden yhteystietojen pohjalta. Kysely toteutettiin kokonaiskyselynä Manner-Suomessa siten, että lomake lähetettiin jokaisen kunnan tai yhteistoiminta-alueen sosiaalijohdolle, jokaiselle terveyskeskuksen, Kelan toimiston ja työ- tai elinkeinotoimiston johtajalle sekä jokaiselle sosiaalihuollosta vastaavan lautakunnan puheenjohtajalle.

Aineistonkeruu aloitettiin joulukuun alussa 2011, jolloin vastaajia lähestyttiin sähköpostitse ja heitä pyydettiin vastaamaan verkkokyselyyn. Noin kahta viikkoa myöhemmin lähetettiin ensimmäinen karhukysely sähköpostitse niille, jotka eivät vielä olleet vastanneet kyselyyn. Tammikuun alussa 2012 vastaamattomille lähetettiin kyselylomake postitse, minkä jälkeen lähetettiin vielä kaksi muistutusta sähköpostitse. Kyselyyn sai vastata 30.1.2012 saakka.

Sosiaalibarometriaineiston keräämiseen liittyvänä erityisenä haasteena ovat vastaajatahojen toimipisteverkostojen muutokset ja alan johdon suuri vaihtuvuus, jotka näkyivät vastaajien yhteystietojen tarkistuksen yhteydessä tänäkin vuonna. Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen toimipisteet ovat vähentyneet. Sosiaalitoimen kyselyt on lähetetty aiemmin jokaiseen kuntaan. Vuoden 2005 jälkeen sosiaali- ja perusterveydenhuollon vastaajajoukkoa on muovannut erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutos. Kuntien lukumäärä on vähentynyt kuntaliitosten seurauksena vuoden 1991 460 kunnasta Ahvenanmaa mukaan lukien nykyiseen 336 kuntaan, joista 320 kuntaa sijaitsee kyselyn toteutusalueella Manner-Suomessa. Uudistus on samanaikaisesti monimuotoistanut sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä mm. yhteistoiminta-alueiden perustamisen myötä, mikä on tehnyt haasteelliseksi yhteismitallisten vastaajien poiminnan valtakunnallisesti kattavasti. Yhteistoiminta-alueilla vastaajiksi on päädytty ottamaan yhteistoiminta-alueen sosiaalihuollosta vastaava johtaja sekä organisaatorakenteen mukaiset muut sosiaalihuollosta vastaavat johtajat. Palvelurakenteita ja hallintoa on uudistettu myös muutoin. Mikäli kunnassa tai

alueella palvelut on järjestetty ns. tilaaja-tuottajamallin mukaisesti, edustaa vastaaja tilaajaosuusalueelta.

Vastanneet ja vastausten kattavuus

Vastauksia palautui määräaikaan mennessä 439 kappaletta ja kokonaisvastausprosentiksi muodostui 45. Vastausprosentti on riittävä perusjoukkoa ja sen mielenkiintoa koskevien päätelmien tekemiseen. Seuraavassa taulukossa on eritelty kyselyyn vastanneiden määrät ja osuudet vastaajaryhmittäin.

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneet vastaajaryhmittäin.

	Lähetetty kpl	Vastanneet kpl	Vastaus- prosentti	Osuus kaikista %
Sosiaalijohto	286	137	48	31
Sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat	240	130	54	30
Terveyskeskusten ylilääkärit/johtajat	158	62	39	14
Kelan toimistonjohtajat ¹	215	65	30	15
Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat	79	45	57	10
KAIKKI YHTEENSÄ	978	439	45	100

Sosiaalibarometrin kokonaisvastausprosentti laski edelliseen vuoteen verrattuna yhdellä prosenttiyksiköllä. Eniten muutosta tapahtui työ- ja elinkeinotoimistojen vastausprosentissa, sillä se kasvoi viidellä prosenttiyksiköllä. Muilla vastaajaryhmillä vastausprosentti laski hieman tai pysyi samana.

Kyselyyn vastattiin kaikkiaan 312 Manner-Suomen 320 kunnasta, jolloin aineistosta puuttuvat kaikkien vastaajaryhmien vastaukset kahdeksasta kunnasta. Puuttuvat kunnat ovat kahta lukuun ottamatta pieniä, alle 6 000 asukkaan kuntia. Pääosin (80 %) aineistossa mukana olevista 312 kunnasta vastasi vähintään kaksi eri tahoa¹. Sosiaalijohtoon ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajien vastauksista lähes puolet on samoista kunnista tai yhteistoiminta-alueilta. Seuraavassa taulukossa on kuvattu kyselyyn vastanneiden julkisten palveluntuottajien ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien toiminta-alueiden kuntakattavuus. Kuten taulukosta voidaan havaita, terveyskeskusjohtajien ja Kelan toimistonjohtajien vastausten kuntakattavuus on heikoin.

¹ Vain yksi taho vastasi 63 kunnasta (20 %), kaksi tahoa 102 kunnasta (33 %), kolme tahoa 101 kunnasta (32 %), neljä tahoa 38 kunnasta (12 %) ja kaikki viisi tahoa 8 kunnasta (3 %).

TAULUKKO 2. Vastaajien toiminta-alueiden kattavuus (2010 kuntajakaj).

	Vastauksia kpl	Kunta- kattavuus kpl	Kunta- kattavuus %	Väestö- kattavuus hlöä
Sosiaalijohto	137	191	60	3,91 milj.
Sosiaalihuollosta vastaavat lautakunnat	130	167	52	2,36 milj.
Terveyskeskukset	62	109	34	2,13 milj.
Kelan toimistot	65	102	32	2,63 milj.
Työ- ja elinkeinotoimistot	45	194	61	3,51 milj.
KAIKKI YHTEENSÄ	439	312	98	5,27 milj.

Koko aineistosta ja vastaajaryhmittäin tehtiin katoanalyysia alueen (kunta/toiminta-alue/yhteistoiminta-alue) koon sekä suuralueen mukaan, koska haluttiin selvittää, onko aineistossa vinoumia. Etenkin terveyskeskusjohtajien ja Kelan toimiston johtajien kohdalla tämä on tärkeää, koska näillä vastaajaryhmillä vastausprosentti jäi alhaisimmaksi.

Koko aineiston tasolla alle 20 000 asukkaan kunnat/toiminta-alueet/yhteistoiminta-alueet ovat hieman aliedustettuina ja suuremmat alueet yliedustettuina. Kyse on kuitenkin hyvin pienestä erosta perusjoukon ja aineiston välillä. Perusjoukosta (lähetetyt lomakkeet) 62 prosenttia on alle 20 000 asukkaan alueita. Aineistossa näiden alueiden vastausten osuus on 57 prosenttia. Alueellisesti korostuvat hieman Pohjois-Suomen vastaukset, kun taas Etelä-Suomi on hieman aliedustettuina. Kyseessä ovat kuitenkin vain noin kahden prosenttiyksikön erot perusjoukon ja aineiston välillä suuralueittain.

Asukasluvultaan pienten toiminta-alueiden aliedustus Sosiaalibarometrin aineistossa korostuu Kelan vastaajien kohdalla. Alle 12 000 asukkaan toiminta-alueet ovat aineistossa aliedustettuina ja yli 50 000 tuhannen asukkaan toiminta-alueet yliedustettuina. Kun perusjoukosta (lähetetyt lomakkeet) 45 prosenttia on alle 12 000 asukkaan toiminta-alueita, aineistossa näitä on 37 prosenttia. Kelan johtajien vastaukset puuttuvat kokonaan alle 3 000 asukkaan toiminta-alueilta. Tällaisia toiminta-alueita on perusjoukossa neljä kappaletta (2 %) ja aineistossa ei lainkaan. Sama ilmiö toistuu terveyskeskusjohtajien kohdalla, sillä yksikään kahdeksasta alle 3 000 asukkaan kunnan/yhteistoiminta-alueen terveyskeskusjohtajasta ei vastannut kyselyyn. Terveyskeskusjohtajien aineistossa pienten kuntien/yhteistoiminta-alueiden aliedustus näkyy erityisesti silloin, kun tarkastellaan alle 9 000 asukkaan kuntia/yhteistoiminta-alueita. Niitä on perusjoukossa 29 prosenttia mutta aineistossa vain 19 prosenttia. Myös työ- ja elinkeinotoimistojen vastauksista puuttuvat pienimpien toiminta-alueiden vastaukset. Työ- ja elinkeinotoimistojen perusjoukkoon kuuluu kaksi 7 000–8 999 asukkaan toiminta-alueen edustajaa, joista kumpikaan ei vastannut kyselyyn.

Asukasluvultaan pienten alueiden aliedustus aineistossa on tärkeää pitää mielessä tulosten tulokinnassa. Lisäksi tuloksiin saattaa vaikuttaa kuntien määrän,

Kelan toimistojen sekä työ- ja elinkeinotoimistojen toimipisteiden määrän väheneminen, jotka näkyvät Sosiaalibarometrin aineistonkeruussa, kun verrataan lähetettyjen lomakkeiden määriä vastaajaryhmittäin viime vuosina. Esimerkiksi Kelan toimistoja oli vielä vuonna 2002 noin viidenneksen enemmän kuin vuodenvaihteessa 2011–2012. Kuntien määrä on puolestaan laskenut huomattavasti vuodesta 2005, jolloin käynnistettiin kunta- ja palvelurakennemuutos. Näiden muutoksien myötä Sosiaalibarometrin vastaajat ovat aiempaa suurempien yksiköiden johdossa. On mahdollista, että suurempien yksiköiden johtajien mahdollisuudet arvioida oman toiminta-alueen väestön asioita ovat huonommat kuin pienempien yksiköiden johtajien. Myös vastaajajoukon suuri vaihtuvuus on hyvä pitää mielessä tulosten tulkinnassa. Esimerkiksi sosiaalijohdossa useampi kuin joka viides on vaihtunut verrattuna edelliseen vuoteen.

Taustatietoina kysyttiin sosiaalijohdon vastaajien koulutusta sekä sosiaalijohdon ja lautakuntien puheenjohtajien vastuualuetta. Sosiaalijohdon koulutustaustat on koottu seuraavaan taulukkoon. Selvästi yleisin koulutus sosiaalijohdossa työskentelevillä on sosiaalityön tai sosiaalipolitiikan koulutus, sillä selvästi yli puolella on jompikumpi näistä tutkinnoista. Seuraavaksi eniten on lääke- tai terveystieteellisen koulutuksen saaneita, joita on noin joka kymmenes (11 %). Lähes yhtä usein sosiaalijohdossa työskentelevät ovat hallintotieteen (9 %) tai muun yhteiskuntatieteellisen koulutuksen saaneita (7 %). Harvimminkin sosiaalijohdossa on kasvatustieteilijöitä (4 %) ja taloustieteilijöitä (3 %). Edelliseen vuoteen verrattuna sosiaalityön tai sosiaalipolitiikan koulutuksen saaneiden osuus hieman kasvoi, kun taas lääke- tai terveystieteellisen koulutuksen saaneiden osuus laski.

TAULUKKO 3. Kyselyyn vastanneiden sosiaalijohtajien koulutustausta.

	2010 %	2011 %	2012 %
Sosiaalityön tai sosiaalipolitiikan koulutus	58	52	58
Lääke- tai terveystieteellinen koulutus	10	16	11
Muu yhteiskuntatieteellinen koulutus	11	10	7
Hallintotieteellinen koulutus	9	9	9
Kasvatustieteellinen koulutus	3	5	4
Taloustieteellinen koulutus	2	2	3
Muu	7	6	8

Sosiaalijohdon vastaajista selvällä enemmistöllä (74 %) on vastuualueenaan koko sosiaali- ja terveystoimi tai koko sosiaalitoimi. Runsas puolet (52 %) vastaa koko sosiaali- ja terveystoimesta ja yli viidennes (22 %) koko sosiaalitoimesta. Alle viidenneksellä (17 %) sosiaalijohdon vastaajista vastuualueena on osa sosiaalitoimen palveluista.

Sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajien vastuualueena on useimmin (78 %) sosiaali- ja terveydenhuolto kokonaisuudessaan. 16 prosentilla lautakuntien puheenjohtajista vastuualueena on sosiaalihuolto kokonaisuudessaan. Osa sosiaalihuollosta on vain neljän prosentin vastuualueena.

2.3 Tutkimuskysymykset ja menetelmät

Tutkimuskysymykset

Vuoden 2012 Sosiaalibarometrin uusia ajankohtaisia teemoja ovat nuorten yhteiskuntatakuu, kuntauudistus, kuntoutus ja huono-osaisuus. Ensimmäistä kertaa mukana on vastaajien asenteita koskevia kysymyksiä, joissa tiedustellaan näkemyksiä toimeentulotuen saajista, työttömistä ja köyhyyden syistä. Uusien teemojen ohella mukana ovat vuosittain toistuvat arviot oman alueen väestön hyvinvoinnista ja resursseista sen turvaamiseksi. Näistä toistuvista teemoista on saatavilla vertailutietoa vuodesta 1997 lähtien julkisilta palveluntuottajilta ja vuodesta 2009 sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajilta. Kaksi kertaa aiemmin on kysytty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen karsinnasta ja alibudjetoinnista, jotka ovat mukana tänäkin vuonna.

Vastaajakohtaisiin erityisteemoihin kuuluu sosiaalihuollon vaativan erityistason palveluiden järjestäminen, johon vastasi sosiaalijohto. Terveyskeskusjohtajat puolestaan arvioivat vuonna 2011 voimaan tullutta terveydenhuoltolakia. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajille lähetetyssä lomakkeessa tiedusteltiin näkemyksiä työvoiman palvelukeskusten toimintamallista.

Sosiaalibarometri 2012:ssa hyvinvointia ja palvelujärjestelmän tilannetta lähestytään seuraavien kysymysten avulla:

VÄESTÖN HYVINVOINNIN TILANNE

- Millainen on väestön hyvinvoinnin tilanne tällä hetkellä ja mihin suuntaan hyvinvoinnin arvioidaan jatkossa kehittyvän?

NÄKEMYKSET HUONO-OSAISUUDESTA

- Millaisia käsityksiä julkisilla palveluntuottajilla ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajilla on toimeentulotuen asiakkaista ja työttömistä?
- Millaisia sosiaalipoliittisia ratkaisuja julkiset palveluntuottajat ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat kannattavat huono-osaisuuteen liittyen?
- Mistä julkiset palveluntuottajat ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat näkevät köyhyyden johtuvan?

ODOTUKSET PERUSTURVAN PARANTAMISESTA

- Pitävätkö vastaajat hallitusohjelmaan kirjattua korotusta perusturvaan riittävänä?
- Mihin perusturvan parantamisen tulisi jatkossa kohdistua?

PALVELUIDEN TURVAAMINEN JA RESURSOINTI

- Millaiseksi vastaajat arvioivat yksikkönsä taloudellisen resursoinnin tällä hetkellä ja 12 kuukauden kuluttua?

- Kuinka palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä ja 12 kuukauden kuluttua?
- Onko vuoden 2012 talousarviossa vähennetty tai lisätty sosiaalipalveluiden, sosiaaliturvaetuuksien tai terveyspalveluiden resursointia?
- Onko tehty tietoista alibudjetointia sosiaalitoimen tai terveyspalveluiden osalta vuodelle 2012? Jos on, mihin palveluihin vaikuttaa eniten?

KUNTAUUDISTUS

- Milloin kunta- ja palvelurakenteen muutokset olisivat tarpeellisia vastaajien näkökulmasta heidän toiminta-alueellaan?
- Millaisella aikataululla kuntauudistuksessa tulisi edetä? Mitä riskejä on kuntauudistuksen nopeassa ja hitaassa toteutuksessa? Pitäisikö kuntauudistuksen pohjautua kuntien vapaaehtoisuuteen?

PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

- Millaisella mallilla sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi järjestää?
- Millaisen väestöpohjan perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen ja vaativan erityistason sosiaalipalvelujen järjestäminen vastaajien mielestä vaatii?
- Kannattavatko vastaajat eräitä tavoite-, rakenne ja rahoituslinjauksia sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjaksi?
- Mitä näkemyksiä vastaajilla on SGEI-palveluista
- Mitä näkemyksiä vastaajilla on Kela-korvausten poistamisesta yksityisiltä lääkärikäynneiltä?
- Mitä myönteisiä ja kielteisiä puolia on monikanavaisessa rahoituksessa?
- Millaisia näkemyksiä vastaajilla on työvoiman palvelukeskusten toimintamallin ulottamisesta koko maahan?
- Mitä vaikutuksia on uuden terveydenhuoltolain mukaisella asiakkaan valinnanvapauden lisäämisellä?

NUORTEN TILANTEEN KOHENTAMINEN

- Miten ennakoitaan nuorten yhteiskuntatakuun kykenevän vastaamaan sille asetettuihin tavoitteisiin ja millaisiksi arvioidaan toteuttamiseksi valittuja keinoja?
- Millainen rooli omalla organisaatiolla on yhteiskuntatakuun toteuttamisessa? Onko etsivää nuorisotyötä käytössä menetelmänä?
- Onko perustettu nuorisolain edellyttämä nuorten ohjaus- ja palveluverkosto ja miten sen arvioidaan toimivan? Onko nuorten ohjaus- ja palveluverkostosta hyötyä?

KUNTOUTUS

- Millaiseksi vastaajat arvioivat kuntoutukseen liittyvien seikkojen toteutumisen asiakkaiden kannalta alueellaan?
- Miten sosiaalinen kuntoutus on kyennyt tukemaan ja vahvistamaan eri kuntoutettavien ryhmien sosiaalista toimintakykyä?

- Onko väestöryhmiä, jotka jäävät usein tarvitsemansa sosiaalisen tai lääkinnällisen kuntoutuksen ulkopuolelle? Mitä ongelmia kuntoutusjärjestelmässä on? Millaista selkiyttämistä nykyinen kuntoutusjärjestelmä vaatii?

Aineiston analyysi

Aineistonkeruu ja laajan aineiston raportointi on toteutettu tiiviillä aikataululla. Aineistonkeruu ajoittuu vuodenvaihteeseen, ja aineiston analysointi ja raportointi toteutetaan helmikuun alusta maaliskuun loppuun. Työskentelyn intensiivisyydellä ja aiempien vuosien kehittämistyöllä pystytään varmistamaan varsin perusteellinen aineiston raportointi. Aineistonkeruu ja analysointi noudattavat kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita.

Tutkimus on toteutettu survey-tutkimuksena, jotta kyettäisiin tavoittamaan laaja vastaajajoukko suhteellisen nopeasti ja kustannustehokkaasti. Kvantitatiivinen aineisto mahdollistaa osaaville tutkijoille tulosten tehokkaan työstämisen raportiksi. Muutaman kysymyksen laajuisen puhelinhaastattelun tai verkkokyselyn tulosten tuominen julkiseen keskusteluun olisi vielä nopeampaa. Irrallisten havaintojen julkistamista mielekkäämmäksi vaihtoehdoksi on tässä koettu laajan aineiston kokoaminen ja sen suhteellisen monipuolinen analysointi ja raportointi kokonaisuutena. Kokonaisraportti on mahdollistanut syvällisemmät tulkinnat ja herättänyt ad hoc -selvityksiä pitkäkestoisempaa sosiaali- ja terveystieteellistä keskustelua.

Kysymykset on muotoiltu lomakkeisiin pääosin strukturoituina numeerisina muuttujina, joiden analysointi toteutetaan tilastollisin menetelmin. Lisäinformaatiota tulkintoihin saadaan kyselyjen tuottamasta runsaasta avovastausmateriaalista. Erityisesti ajankohtaisteemoja on täsmennetty avokysymyksin. Raportoinnissa hyödynnetään runsaasti laadullista aineistoa, jotta tuloksista saataisiin esille myös ennakoimattomat vivahteet ja vastaajien omat tulkinnat palvelujen ja hyvinvoinnin tilanteesta. Laadullisella aineistolla on pyritty hakemaan syvempää ymmärrystä ja tulkintaa kvantitatiivisen analyysin esiin nostamille ilmiöille. Vastaajat ovat lisäksi antaneet kyselyissä varsinkin ajankohtaiseen tilanteeseen liittyvää muuta palautetta. Nämä huomiot laajentavat ymmärrystä siitä, miten palveluja ja muuta tukea paikallistasolla tuottavat tahot kokevat parhaillaan työnsä ja sen edellytykset.

Raportoinnissa käytetään tulosten tiivistämiseksi ja lukijoiden omien tulkintojen mahdollistamiseksi runsaasti tilastografiikkaa ja taulukoita. Enimmäkseen kyselyn tulokset on esitetty vastausten jakaumiin perustuvina prosentuaalisina pylväskuvioina. Tämä mahdollistaa nopean perehtymisen tuloksiin. Pylväskuvioiden esitystapana on käytetty eniten summapylväs- ja paripylväskuvioita.²

² Paripylväskuvioissa esitetään likert-asteikollisista (1–5) ja jatkuva-asteikollisista (1–7) arvioista tiivistetynä huono ja hyvä -mielipiteiden jakaumat. Mielipiteiden keskiosaa (luokittelusta riippuen 3 tai 4) ei paripylväskuviossa esitetä suoraan, mutta neutraalien mielipiteiden osuus on nähtävissä ”hyvä” ja ”huono” -mielipiteiden suuruudesta. Neutraaliluokka = 100 % – hyvä% – huono%. Mikäli hyvä ja huono pylväät ovat lyhyitä, neutraalien mielipiteiden osuus on suuri. Kyselyssä on käytetty lisäksi 1–10 -asteikkoa keskiarvotarkastelujen ja monimuuttujamenetelmien hyödyntämisen helpottamiseksi. Analyysivaiheessa asteikot on pääosin palautettu kolmiluokkaiseksi yhdistämällä 1–10 -asteikon arvot 1–4 (huono), 5–6 (neutraali) ja 7–10 (hyvä) sekä 1–7 -asteikon arvot 1–3 (huono), 4 (neutraali) ja 5–7 (hyvä).

Julkisilta palveluntuottajilta ja lautakunnilta kerätyn aineiston raportoinnissa vuoden 2012 tilanteella tarkoitetaan arvioita, jotka vastaajat ovat antaneet vuoden vaihteessa 2011–2012. Tuloksia tarkastellaan pääosin vastaajaryhmittäin sekä soveltuvien osin alueellisesti ja asukasmäärän mukaan. Vuosittain toistuvista kysymyksistä kuvataan ajallinen muutos. Ajallista vertailua tehdään poikkileikkauksina.

Vuosittainen kokonaisvastaajamäärän vaihtelu sekä vastaajaryhmien suhteellisten osuuksien muutokset voivat heijastua ajallisiin vertailuihin, joissa tarkastellaan kaikkien vastaajien vastauksia yhdessä. Toisaalta viime vuosina uusien vastaajaryhmäkohtaisten paneeliaineistojen rakentamista ja laajemmin vuosivertailujen tekemistä ovat vaikeuttaneet runsaat kuntaliitokset ja sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointi useamman kunnan laajuisiksi yhteistoiminta-alueiksi. Tämän vuoksi vuosivertailujen reliabiliteettia on varmistettu tarkastelemalla yhtä vastaajaryhmää kerrallaan poikkileikkausaineistoilla. Aiempien vuosien sosiaalitoimen paneeliaineistokokeiluista on ilmennyt, että poikkileikkausaineistot antavat varsin hyvän kuvan ajallisesta muutoksesta.

Kyselyn raportoinnissa käytetään sosiaalijohdon, terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen vastaajiin viitattaessa nimitystä julkiset palveluntuottajat, vaikka Kelan toimistojen toiminta painottuukin lainsäädännöllisesti määritelyihin etuusasioihin. Kuntien palvelurakenteiden monimuotoistuminen heijastuu myös lautakuntien vastuualueiden vaihteluun ja käytettävien nimitysten runsauteen. Raportissa käytetään selkeyden ja tekstin tiivistämistarpeen vuoksi sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajista yhdenmukaista nimitystä, lautakuntien puheenjohtajat. Vastaajien virkanimikkeet vaihtelevat paljon. Raportoinnissa käytetään vastaajista nimitystä sosiaalijohto/-johtajat, terveyskeskusten johtajat, Kelan toimistojen johtajat ja TE-toimistojen johtajat.

Asukasmäärän mukaiset vertailut on tehty siten, että on huomioitu kunkin vastaajan maantieteellisen vastuualueen väestömäärä. Asukasmäärä viittaa siten kunnan tai yhteistoiminta-alueen väestömäärään sosiaalijohtajilla, terveyskeskusjohtajilla ja lautakuntien puheenjohtajilla. Kelan toimistojen ja TE-toimistojen johtajien vastuualueina ovat yksittäiset kunnat tai useammat kunnat, joista käytetään nimitystä toiminta-alue. Kun raportissa tarkastellaan kaikkien vastaajaryhmien näkemyksiä asukasmäärän mukaan, puhutaan alueista. Asukasmäärän mukaiset tarkastelut on tehty tulososiossa siten, että alueet on jaettu pieniin (alle 10 000 asukasta), keskikokoisiin (10 000–29 999 asukasta) ja suuriin (yli 30 000 asukasta) alueisiin³.

³ Käytetty aluejaottelu jakaa aineiston kolmeen lähes yhtä suureen osaan.



3 Hyvinvointi ja näkemykset huono-osaisuudesta

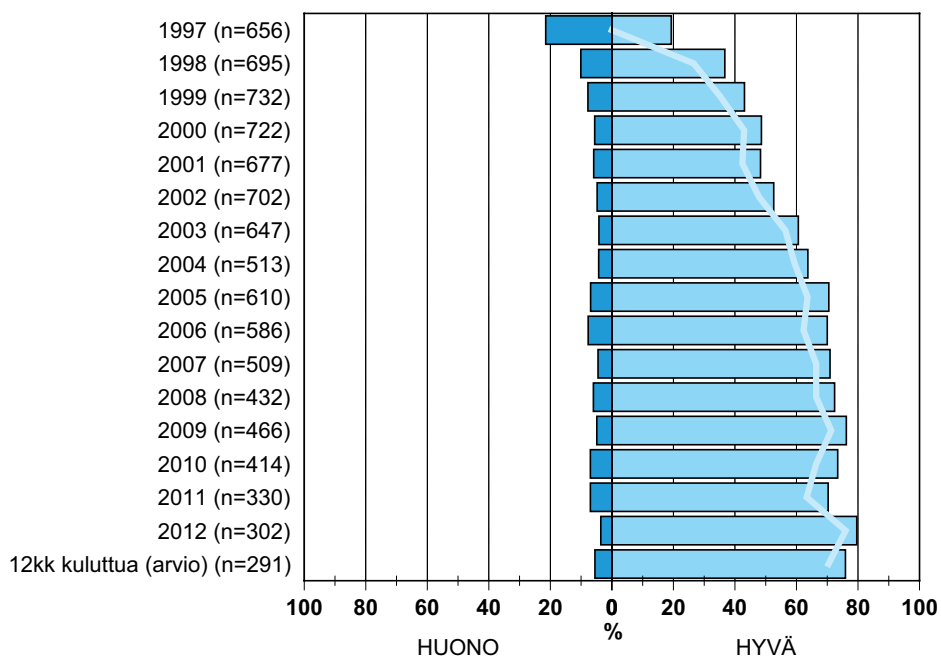
3.1 Hyvinvoinnin kokonaistilanne

Julkisten palveluntuottajien arviot väestön hyvinvoinnista

Kaikilta Sosiaalibarometrin vastaajilta kysyttiin arviota oman alueen väestön hyvinvoinnin kokonaistilanteesta. Hyvinvointia pyydettiin arvioimaan sekä vastaushetkellä että 12 kuukauden kuluttua. Sosiaalijohtolta, Kelan toimistonjohtajilta, työ- ja elinkeinotoimiston johtajilta sekä terveyskeskusten johtajilta (julkiset palveluntuottajat) on vertailutietoa väestön hyvinvointiarvioista vuodesta 1997 lähtien. Lautakuntien puheenjohtajilta vertailutietoa on vain vuodesta 2009, jolloin heidät otettiin mukaan Sosiaalibarometrin vastaajaryhmäksi.

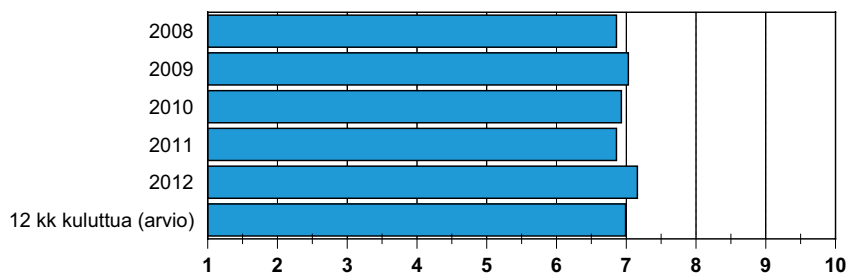
Edelliseen vuoteen verrattuna julkisten palveluntuottajien arvio väestön hyvinvoinnista on kohentunut, kuten seuraavasta kuviosta nähdään. Hyväksi tai melko hyväksi oman toiminta-alueensa väestön hyvinvoinnin vuodenvaihteessa 2011–2012 arvioi 80 prosenttia julkisista palveluntuottajista. Vastaava osuus vuotta aiemmin oli 70 prosenttia. Erityisesti melko hyväksi väestön hyvinvoinnin arvioivien osuus on kasvanut, sillä heitä oli vuosi sitten 66 prosenttia ja tänä vuonna 75 prosenttia. Samassa ajassa väestön hyvinvoinnin hyväksi arvioivien osuus on noussut neljästä prosentista viiteen prosenttiin. Väestön hyvinvoinnin arvioi huonoksi tai melko huonoksi neljä prosenttia julkisista palveluntuottajista.

Väestön hyvinvointi on julkisten palveluntuottajien arvioimana parempi vuonna 2012 kuin koskaan aiemmin vertailujaksolla. Oman toiminta-alueen väestön hyvinvointi arvioitiin useammin hyväksi tai melko hyväksi ja harvemmin huonoksi tai melko huonoksi kuin koskaan aiemmin. Tämä näkyy myös seuraavan kuvion hyvinvoinnin kokonaistilanneindeksistä (positiivisten ja negatiivisten arvioiden erotus).



KUVIO 1. Julkisten palveluntuottajien arviot hyvinvoinnin ajankohtaisesta tilanteesta vuosina 1997–2012 sekä ennakointi hyvinvoinnin kokonaistilanteesta vuodenvaihteessa 2012–2013. Kuviossa on esitetty hyväksi tai melko hyväksi ("hyvä") ja huonoksi tai melko huonoksi ("huono") arvioivien osuudet. Viiva kuvaa hyvinvoinnin kokonaistilanneindeksiä, jossa positiivisista arvioista on vähennetty negatiiviset arviot.

Seuraavassa kuviossa on esitetty keskiarvoina julkisten palveluntuottajien arvio oman alueen väestön hyvinvoinnista vuosina 2008–2012. Asteikolla 1–10 julkisten palveluntuottajat antavat väestön hyvinvoinnille arvon 7,2 vuonna 2012. Kuvioista voidaan havaita hyvinvoinnin arvioissa tapahtunut parannus, joka kuitenkin näyttäytyy selvästi maltillisempänä kuin aiemmassa kuviossa. Nousua edelliseen vuoteen verrattuna on tapahtunut keskiarvolla mitattuna 0,3 yksikköä.



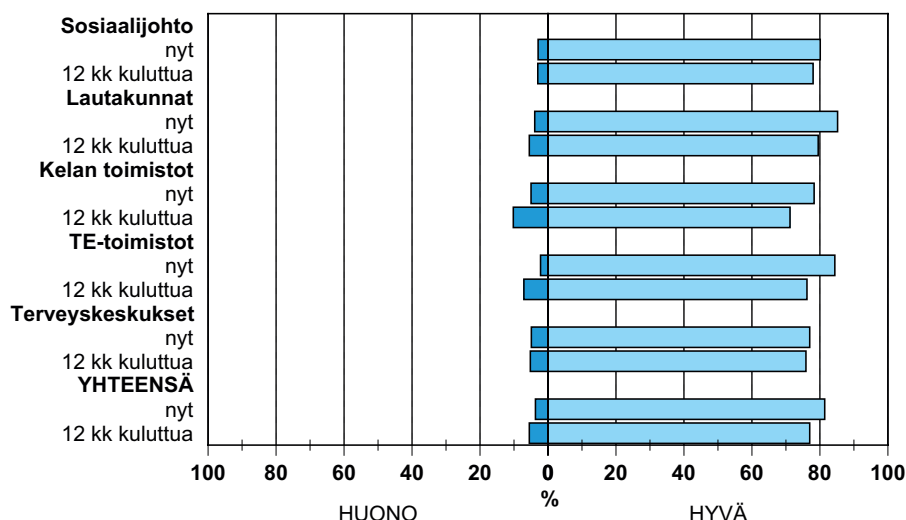
KUVIO 2. Julkisten palveluntuottajien arviot hyvinvoinnin ajankohtaisesta tilanteesta vuosina 2008–2012 ja sekä ennakointi hyvinvoinnin kokonaistilanteesta vuodenvaihteessa 2012–2013 (keskiarvo).

Vastaajilta tiedusteltiin myös väestön hyvinvoinnin kokonaistilannetta 12 kuukauden kuluttua. Julkisten palveluntuottajien arvion mukaan hyvinvointi hieman heikkenee, sillä vuoden päästä toiminta-alueensa väestön hyvinvoinnin arvioi hyväksi tai melko hyväksi 76 prosenttia, mikä on neljä prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuodenvaihteessa 2012. Huonoksi tai melko huonoksi väestön hyvinvoinnin 12 kuukauden päästä arvioi kuusi prosenttia julkisista palveluntuottajista, mikä on kaksi prosenttiyksikköä enemmän kuin vastaushetken arvio. Asteikolla 1–10 julkiset palveluntuottajat antavat väestön hyvinvoinnille vuoden päähän arvion 7,0.

Hyvinvoinnin arvioissa tapahtunutta parannusta tulkitessa on pidettävä mielessä luvussa 2.2 kuvattu pienten alueiden aliedustus Sosiaalibarometrin aineistossa. Samoin tulokseen saattaa vaikuttaa se, että Sosiaalibarometrin vastaajat ovat aiempaa suurempien yksiköiden tai organisaatioiden johtajia. Vastaajaryhmistä erityisesti sosiaalijohdon vastaajat ovat vaihtuneet verrattuna edelliseen vuoteen, mikä voi myös osaltaan vaikuttaa tuloksiin. (ks. tarkemmin luku 2.2).

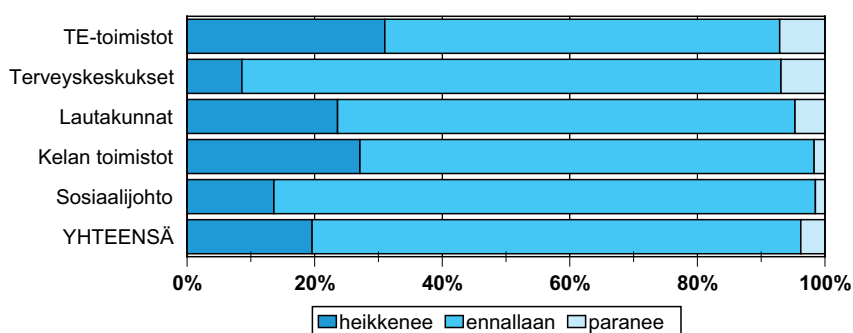
Vastaajaryhmittäiset arviot hyvinvoinnista

Seuraavaksi tarkastellaan kaikkien Sosiaalibarometrin vastaajien arvioita oman toiminta-alueen väestön hyvinvoinnista vastaajaryhmittäin. Kuten seuraavasta kuviosta voidaan nähdä, lautakuntien puheenjohtajat arvioivat tämänhetkisen hyvinvoinnin positiivisimmin, sillä heistä 85 prosenttia pitää väestön hyvinvointia hyvänä tai melko hyvänä. Lähes yhtä usein näin ajattelevat työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat (84 %). Harvimminkin hyväksi tai melko hyväksi väestön hyvinvoinnin arvioivat terveyskeskusjohtajat (77 %). Lautakuntien puheenjohtajien arviot hyvinvoinnista ovat olleet positiivisimmat siitä lähtien, kun he tulivat mukaan Sosiaalibarometrin vastaajiksi.



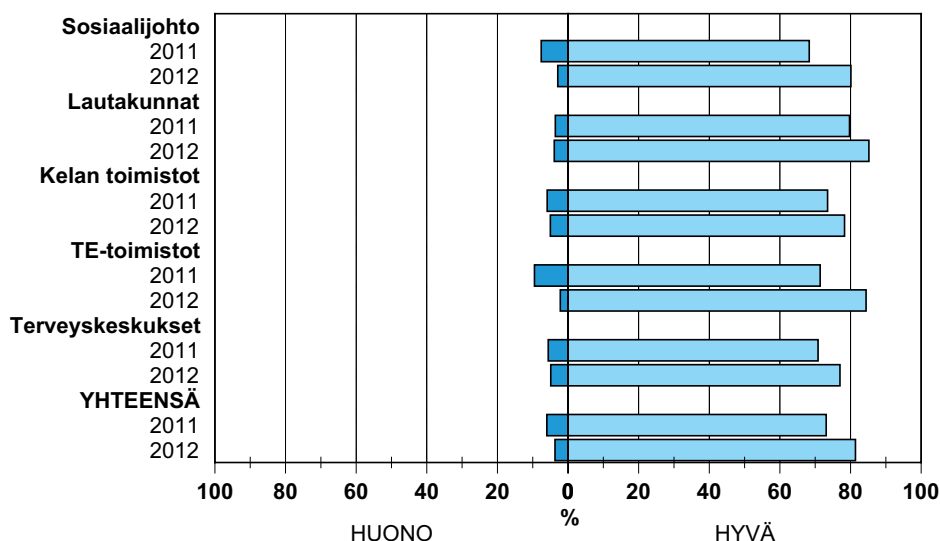
KUVIO 3. Vastaajaryhmittäiset arviot hyvinvoinnin kokonaistilanteesta vuodenvaihteessa 2011–2012 sekä arviot hyvinvoinnin kokonaistilanteesta 12 kuukauden kuluttua.

Kuten edellisestä kuviosta voidaan nähdä, kaikki vastaajaryhmät ennakoivat oman alueensa väestön hyvinvoinnin heikkenevän kuluvan vuoden aikana. Vuoden päähän ulottuvaa ennustetta on tarkasteltu seuraavassa kuviossa vastaajaryhmittäin. Siitä nähdään, että useimmin heikkennystä ennustavat työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat. Heistä lähes kolmannes (31 %) uskoo väestön hyvinvoinnin heikkenevän omalla toiminta-alueellaan. Myös Kelan johtajista useampi kuin joka neljäs (27 %) ennakoi heikkennystä hyvinvointiin. Sosiaalijohto ja terveyskeskusjohtajat arvioivat useimmin hyvinvoinnin pysyvän ennallaan. Kaikista vastaajista vain neljä prosenttia arvioi hyvinvoinnin paremmaksi vuoden päästä kuin tällä hetkellä. Useimmin näin ajattelevat työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat (7 %), jotka ennakoivat myös heikkennyksiä selvästi keskimääräistä useammin.



KUVIO 4. Väestön hyvinvoinnin kokonaistilanteen arvioitu muutos vastaajaryhmittäin.

Edelliseen vuoteen verrattuna eniten paranivat TE-toimistojen johtajien ja sosiaalijohdon arviot väestön hyvinvoinnista, kuten seuraavasta kuviosta voidaan nähdä. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilla väestön hyvinvoinnin hyväksi tai melko hyväksi arvioivien osuus kasvoi 13 prosenttiyksiköllä ja sosiaalijohdolla 12 prosenttiyksiköllä. Muillakin vastaajaryhmillä kasvua tapahtui: terveyskeskusjohtajilla kuusi prosenttiyksikköä, lautakuntien puheenjohtajilla viisi prosenttiyksikköä ja Kelan toimistojen johtajilla neljä prosenttiyksikköä.



KUVIO 5. Vastaajaryhmittäiset arviot väestön hyvinvoinnin kokonaistilanteesta vuodenvaihteessa 2010–2011 ja 2011–2012.

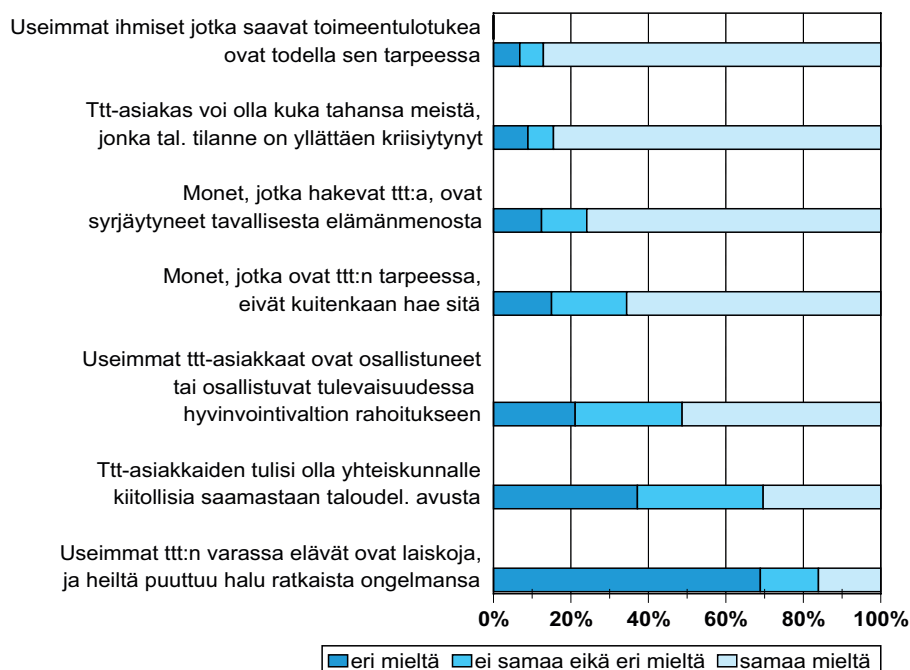
3.2 Näkemyksiä huono-osaisuudesta

Seuraavaksi tarkastellaan vastaajien näkemyksiä huono-osaisuudesta. Sama kysymyspatteri esitettiin kaikille Sosiaalibarometrin vastaajaryhmille. Käytetyt kysymykset ovat osin samoja, joita Helsingin yliopistossa käynnissä olevassa tutkimuksessa käytetään selvittämään sosiaalityöntekijöiden, Kelan etuuskäsittelijöiden, kirkon diakonityöntekijöiden ja yksityisten työttömyyskassojen etuuskäsittelijöiden käsityksiä huono-osaisuudesta. Helsingin yliopiston kyselylomakkeessa kysytään asenteita toimeentulotuen saajia, työttömiä, maahanmuuttajia ja yksinhuoltajia kohtaan. Sosiaalibarometrissa keskitytään näistä toimeentulotuen saajiin ja työttömiin siten, että on valittu vain osa yliopiston lomakkeen kysymyksistä. Lisäksi kysytään näkemyksiä huono-osaisuuteen liittyvistä sosiaalipoliittisista ratkaisuista.

Asenteet toimeentulotuen saajia kohtaan

Toimeentulotuen saajia koskevat mielipiteet on koottu seuraavaan kuvioon. Vastaajaryhmittäiset mielipiteet on taulukoitu luvun 3 liiteosiossa. Valtaosa vastaajista (87 %) on sitä mieltä, että useimmat ihmiset, jotka hakevat toimeentulotukea, ovat todella sen tarpeessa. Useimmin näin ajattelevat sosiaalijohtajat (92 %) ja harvimminkin työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat (76 %). Toimeentulotuen saajat nähdään usein myös syrjäytyneiksi tavallisesta elämänmenosta. Osittain tai täysin samaa mieltä tämän väitteen kanssa on peräti kolme neljästä vastaajasta (76 %) ja täysin samaa mieltä joka viides (21 %). Kelan toimistojen johtajat näkevät toimeentulotuen hakijat useimmin syrjäytyneiksi (83 %) ja työ- ja elinkeino-

toimistojen johtajat harvimmoin (51 %), kun tarkastellaan osittain ja täysin samaa mieltä olevien osuuksia yhdessä. Jos katsotaan pelkkiä täysin samaa mieltä olevien osuuksia, havaitaan, että terveyskeskusten johtajat ovat useimmin sitä mieltä, että toimeentulotuen saajat ovat syrjäytyneet tavallisesta elämänmenosta, sillä joka neljäs (25 %) on väitteen kanssa täysin samaa mieltä.



KUVIO 6. Mielipiteet toimeentulotuen saajista (kaikki vastaajaryhmät).

Yli kaksi kolmasosaa (69 %) vastustaa ajatusta, jonka mukaan toimeentulotuen varassa elävät ihmiset ovat laiskoja ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa. Noin joka kuudes vastaaja (16 %) kannattaa tätä ajatusta. Kelan toimistonjohtajista näin ajattelee kuitenkin melkein yksi neljästä (24 %) ja lautakuntien puheenjohtajista yksi viidestä (20 %). Vaikka vastaajat näkevät toimeentulotuen saajat usein syrjäytyneinä, he myös ajattelevat, että toimeentulotukiasiakas voi olla kuka tahansa, jonka taloudellinen tilanne on yllättäen kriisiytynyt. Väitteen kanssa osittain tai täysin samaa mieltä on 85 prosenttia vastaajista. Suurin mielipide-ero on TE-toimistojen ja terveyskeskusten johtajien välillä. TE-toimistojen johtajista 91 prosenttia ja terveyskeskusten johtajista 72 prosenttia on samaa mieltä siitä, että toimeentulotukiasiakas voi olla kuka tahansa meistä, jonka tilanne on yllättäen kriisiytynyt.

Kysymys siitä, pitäisikö toimeentulotukiasiakkaiden olla kiitollisia saamastaan taloudellisesta avusta, jakaa vastaajat kolmeen lähes yhtä suureen osaan sen mukaan,

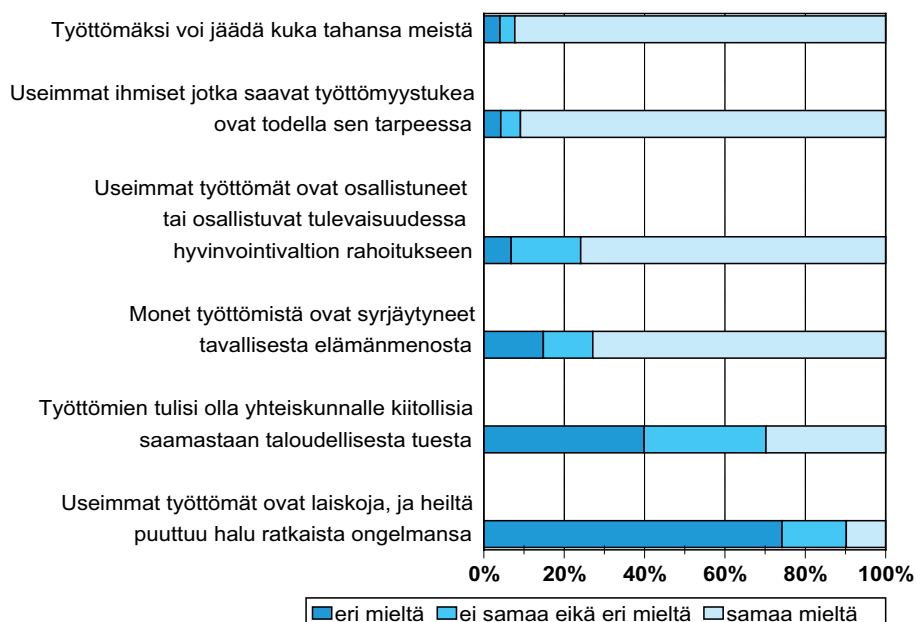
ovatko he samaa mieltä, eri mieltä vai eivät kumpaakaan. Eri mieltä olevien osuus (37 %) on kuitenkin hieman suurempi kuin samaa mieltä (30 %) tai ei samaa eikä eri mieltä (33 %) olevien osuudet. Samaa mieltä väitteen kanssa ovat useimmin lautakuntien puheenjohtajat (41 %) ja harvimminkin sosiaalijohto (21 %). Puolet (51 %) vastaajista on vähintään osittain samaa mieltä siitä, että toimeentulotukiasiakkaat ovat osallistuneet tai osallistuvat tulevaisuudessa hyvinvointivaltion rahoitukseen. Viidennes (21 %) on väitteen kanssa eri mieltä. Useimmin samaa mieltä ovat sosiaalijohtajat (59 %) ja harvimminkin Kelan toimistojen johtajat (43 %).

Kolme neljästä (66 %) Sosiaalibarometrin vastaajasta on sitä mieltä, että monet toimeentulotuen tarpeessa olevista eivät hae lainkaan toimeentulotukea. Kelan toimistonjohtajat (73 %), TE-toimistojen johtajat (70 %) ja lautakuntien puheenjohtajat (68 %) ovat hieman useammin väitteen kanssa samaa mieltä kuin sosiaalijohto (64 %) ja terveyskeskusten johtajat (53 %). Se, että vastaajaryhmittäin tarkasteltuna vähintään yli puolet näkee, että toimeentulotukea jätetään hakematta, vahvistaa käsitystä siitä, että toimeentulotuen alikäyttöä esiintyy. Toimeentulotuen alikäytöstä tehdyssä tutkimuksessa on arvioitu, että toimeentulotukeen olisi oikeutettu noin kaksinkertainen määrä ihmisiä verrattuna tuen saajien määrään. Toimeentulotuen alikäytön syitä ovat tietämättömyys järjestelmästä, tuen saantiehdoista ja myöntämiskäytännöistä. Lisäksi toimeentulotuen alikäyttöön vaikuttavat tuen hakemiseen tarvittavien tositteiden määrä ja leimautumisen pelko. Toimeentulotuen alikäyttö kertoo järjestelmän toimimattomuudesta, sillä se heikentää toimeentulotuen kykyä tehdä tehtävänsä, eli turvata kaikkein huono-osaisimpien toimeentulo. (Kuivalainen 2007, 49–53.)

Mielipiteitä toimeentulotuen saajista tarkasteltiin sosiaalijohtajien koulustaustan mukaan. Sosiaalijohtajat, joilla on sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön tutkinto, ovat harvemmin (9 %) sitä mieltä, että toimeentulotuen varassa elävät ovat laiskoja ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa kuin muun koulutuksen saaneet (20 %). Sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutuksen saaneet näkevät toimeentulotuen saajat myös hieman useammin syrjäytyneiksi (81 %) kuin muut (73 %). Selvin mielipide-ero on kuitenkin siinä, pitäisikö toimeentulotukiasiakkaiden olla yhteiskunnalle kiitollisia saamastaan avusta. Kun sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön tutkinnon suorittaneista noin joka kymmenes (11 %) on tätä mieltä, muun koulutuksen saaneista näin ajattelee noin joka kolmas (35 %). Muissa toimeentulotuen saajia koskevissa väitteissä ei ollut selviä eroja sosiaalijohtajien koulutuksen mukaan.

Asenteet työttömiä kohtaan

Vastaajille esitettiin samat asenneväittämät toimeentulotuen saajista ja työttömistä. Työttömiä koskevat mielipiteet on koottu seuraavaan kuvioon. Mielipiteet on taulukoitu vastaajaryhmittäin liiteosiossa 3. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että asenteet toimeentulotuen saajia kohtaan ovat hieman ankarampia kuin asenteet työttömiä kohtaan.



KUVIO 7. Mielenpitemet työttömistä (kaikki vastaajaryhmit).

Valtaosa (91 %) Sosiaalibarometrin vastaajista näkee, että työttömyystukea saavat ovat todella sen tarpeessa. Osuus on hieman suurempi kuin toimeentulotuen saajien kohdalla (87 %). Kaikista vastaajaryhmistä selvä enemmistö on samaa mieltä väitteen kanssa. Kuten toimeentulotuen saajatkin, työttömät nähdään usein syrjäytyneiksi tavallisesta elämänmenosta. Näin ajattelee 74 prosenttia kaikista vastaajista. Kun muista vastaajaryhmistä osittain tai täysin samaa mieltä olevien osuudet ovat vähimmillään 72 prosenttia, työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilla osuus on 51 prosenttia. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajista lähes joka kolmas (31 %) on väitteestä eri mieltä. TE-toimistojen johtajat ovat muita vastaajaryhmiä useammin myös sitä mieltä, että toimeentulotuen saajat eivät ole syrjäytyneitä.

Vain yksi kymmenestä vastaajasta katsoo, että useimmat työttömät ovat laiskoja ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa. Vastaajaryhmien välillä suurin ero on sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien välillä. Ensin mainituista viisi prosenttia ja viimeksi mainituista 18 prosenttia on osittain tai täysin samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan useimmat työttömät ovat laiskoja ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa. Lautakuntien puheenjohtajilla on siten selvästi useammin yksilöä syyttävä näkemys työttömistä verrattuna muihin vastaajiin ja etenkin sosiaalijohtajiin. Lautakuntien puheenjohtajistakin kuitenkin useampi kuin kaksi kolmesta (69 %) vastustaa ajatusta, jonka mukaan työttömät ovat laiskoja ja haluttomia ratkaisemaan ongelmansa.

Useimmat vastaajat (92 %) ovat sitä mieltä, että työttömäksi voi jäädä kuka tahansa. Vastaajaryhmit ovat tässä hyvin yksimielisiä. Täysin samaa mieltä olevien

osuus on hyvin korkea, 65 prosenttia. Täysin samaa mieltä olevien kohdalla näkyvät myös vastaajaryhmittäiset erot, työ- ja elinkeinotoimistojen johtajista 84 prosenttia on vastannut olevansa väitteen kanssa täysin samaa mieltä, kun terveyskeskusjohtajilla vastaava osuus on vain 36 prosenttia. Muilla vastaajaryhmillä osuus on 66–68 prosenttia.

Vajaan kolmanneksen mielestä (30 %) työttömien tulisi olla kiitollisia saamastaan taloudellisesta avusta. Väite ei saa kovin suurta kannatusta, sillä suurempi osuus (40 %) vastustaa ajatusta. Lautakuntien puheenjohtajilla (42 %) ja terveyskeskusjohtajilla (38 %) on suuremmat samaa mieltä olevien osuudet kuin muilla vastaajilla (21–24 %).

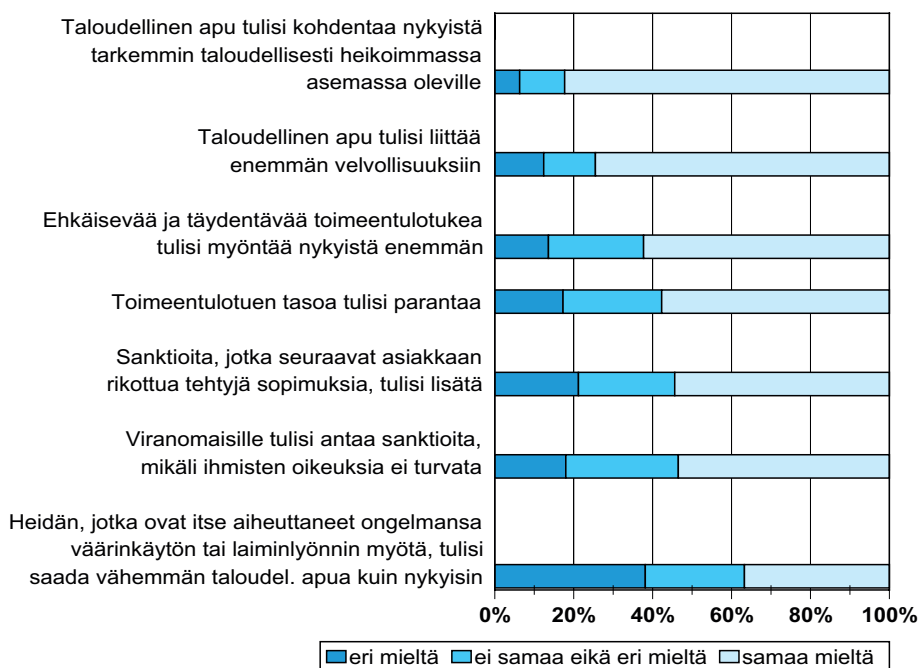
Kolme neljästä (76 %) vastaajasta on osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että useimmat työttömät ovat osallistuneet tai osallistuvat tulevaisuudessa hyvinvointivaltion rahoitukseen. Osuus on selvästi korkeampi kuin toimeentulotuen saajien kohdalla (51 %). Useimmin samaa mieltä työttömien osallistumisesta hyvinvointivaltion rahoitukseen on sosiaalijohto (82 %).

Sosiaalijohtajien koulutustaustan mukaisia eroja työttömiä koskevissa väitteissä on vain kohdassa, jonka mukaan työttömien tulisi olla yhteiskunnalle kiitollisia saamastaan taloudellisesta tuesta. Sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutuksen saaneista tätä ajatusta kannattaa runsas kymmenes (13 %), kun muun koulutuksen saaneilla vastaava osuus on vajaa kolmannes (31 %).

Mielipiteet sosiaalipoliittisista ratkaisuista

Vastaajilta kysyttiin vielä sosiaalipoliittisista ratkaisuista, jotka liittyvät huono-osaisuuteen. Kysymykset esitettiin samanlaisina kaikille vastaajaryhmille. Eniten kannatetaan sitä, että taloudellinen apu tulisi kohdentaa nykyistä tarkemmin taloudellisesti heikoimmassa asemassa oleville (ks. seuraava kuvio). Tämän väitteen kanssa on osittain tai täysin samaa mieltä 82 prosenttia vastaajista. Täysin samaa mieltä on 29 ja osittain samaa mieltä 53 prosenttia vastaajista. Vastaajaryhmistä lautakuntien puheenjohtajat ovat useimmin (39 %) täysin samaa mieltä tuen kohdentamisesta heikoimmassa asemassa oleville ja terveyskeskusjohtajat harvimmalla (10 %). Erot vastaajaryhmien välillä tasoittuvat, kun tarkastellaan osittain ja täysin samaa mieltä -vastauksia yhdessä.

Toinen hyvin kannatettu sosiaalipoliittinen ratkaisu on se, että taloudellinen apu tulisi liittää enemmän velvollisuuksiin. Ajatusta kannattaa ainakin osittain kolme neljästä vastaajasta. Täysin samaa mieltä on kuitenkin huomattavasti harvempi, sillä 15 prosenttia on täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Kun tarkastellaan vähintään osittain samaa mieltä olevia, havaitaan, että taloudellisen avun liittäminen velvollisuuksiin kannattavat useimmin terveyskeskusjohtajat (89 %) ja harvimmalla Kelan toimistojen johtajat (68 %).



KUVIO 8. Mielipiteet sosiaalipoliittisista ratkaisuista (kaikki vastaajaryhmät).

Seuraavaksi eniten kannatetaan sosiaalipoliittista ratkaisua, jossa ehkäisevää ja täydentävää toimeentulotukea myönnettäisiin nykyistä enemmän. Väitteen kanssa osittain tai täysin samaa mieltä 62 prosenttia vastaajista. Vajaa viidennes (18 %) on väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Ehkäisevän ja täydentävän toimeentulotuen lisäämistä kannattavat useammin TE-toimistojen johtajat (68 %), lautakuntien puheenjohtajat (68 %) ja sosiaalijohtajat (64 %) verrattuna Kelan toimistojen johtajiin (56 %) ja terveyskeskusjohtajiin (48 %). Terveyskeskusjohtajat ovat ainoa vastaajaryhmä, joista alle puolet kannattaa tätä sosiaalipoliittista ratkaisua.

Ehkäisevän ja täydentävän toimeentulotuen lisäämisen ohella myös toimeentulotuen tasoa halutaan parantaa. Selvästi yli puolet (58 %) on väitteen kanssa osittain tai täysin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä on joka viides vastaaja. Useimmin toimeentulotuen korottamisen kannalla ovat sosiaalijohtajat (66 %) ja lautakuntien puheenjohtajat (64 %) ja terveyskeskusjohtajat harvimmin (33 %), kun tarkastellaan osittain ja täysin samaa mieltä olevia yhdessä.

Yli puolet vastaajista kannattaa sanktioita asiakkaille. Väitteestä ”sanktioita, jotka seuraavat asiakkaan rikottua tehtyjä sopimuksia, tulisi lisätä” on osittain tai täysin samaa mieltä 54 prosenttia vastaajista. Yhtä usein kannatetaan sanktioita viranomaisille silloin, kun ihmisten oikeuksia ei turvata. Molempia sanktiotyypppejä kannattavat selvästi useimmin lautakuntien puheenjohtajat ja harvimmin työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat. Lautakuntien puheenjohtajista 71 prosenttia kannattaa sanktioita viranomaisille ja 67 prosenttia asiakkaille. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilla vastaavat osuudet ovat 37 ja 36 prosenttia.

Vaikka yli puolet vastaajista kannattaa sanktioita asiakkaille, jos nämä rikkoivat tehtyjä sopimuksia, selvästi harvempi on sitä mieltä, että oman ongelmansa väärinkäytön tai laiminlyönnin myötä aiheuttaneille pitäisi antaa vähemmän taloudellista apua kuin nykyisin. Väitteen kanssa on osittain tai täysin samaa mieltä yli kolmannes (37 %) vastaajista. Alle kymmenes (8 %) vastaajista on väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Osittain tai täysin samaa mieltä olevia on eniten lautakuntien puheenjohtajissa (45 %) ja Kelan toimistojen johtajissa (43 %) ja vähiten työ- ja elinkeinotoimistojen johtajissa (27 %) ja sosiaalijohtajissa (30 %). Terveyskeskusjohtajista 34 prosenttia kannattaa ajatusta ainakin osittain.

Sosiaalijohtajilla on eroja sosiaalipoliittisten ratkaisujen kannatuksessa koulutuksen mukaan. Erot eivät kuitenkaan ole suuria. Ne sosiaalijohtajat, joilla on sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutus, ovat harvemmin sitä mieltä (73 %), että taloudellinen apu tulisi liittää nykyistä enemmän velvollisuuksiin kuin muun koulutuksen saaneet sosiaalijohtajat (82 %). Sosiaalijohtajat, joilla on tutkinto sosiaalipolitiikasta tai -työstä kannattavat harvemmin asiakkaille kohdistettuja sanktioita (46 %) kuin muun koulutuksen saaneet sosiaalijohtajat (56 %). Sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön tutkinnon suorittaneet kannattavat hieman useammin sanktioita viranomaisille (52 %) kuin asiakkaille (46 %), kun muun koulutuksen saaneilla asiakkaiden sanktioita (56 %) kannatetaan viranomaisten sanktioita hieman useammin (51 %). Niissä sosiaalijohtajissa, joilla on sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutus, on myös enemmän niitä, jotka kannattavat toimeentulotuen tason nostoa (71 %) sekä ehkäisevän ja täydentävän toimeentulotuen lisäämistä (69 %) kuin muun koulutuksen saaneissa sosiaalijohtajissa, joilla vastaavat osuudet ovat 60 ja 58 prosenttia.

3.3 Näkemyksiä köyhyyden syistä

Kaikilta vastaajaryhmiltä kysyttiin heidän käsityksiään köyhyyden syistä. Tavoitteena on selvittää, mitä mieltä sosiaali- ja terveydenhuollon johtavassa asemassa olevat henkilöt ovat köyhyyden syistä Suomessa. Kiinnostuksen kohteena on myös se, onko vastaajaryhmien välillä mielipide-eroja. Kysymykset ovat samat, joita on käytetty muun muassa sosiaalityöntekijöiden (Blomberg, Kallio & Kroll 2010) ja Kelan etuuskäsittelijöiden (Niemelä 2010) köyhyysmielipiteitä tutkittaessa.

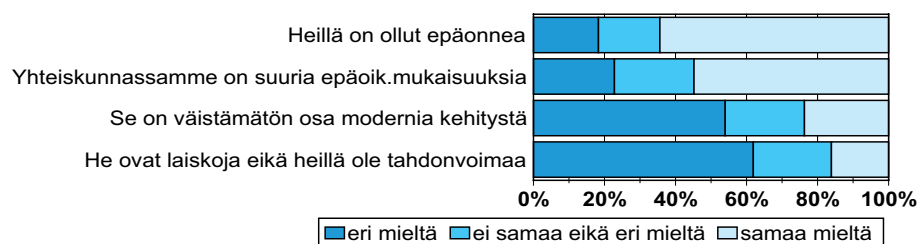
Aiemmasta tutkimuksesta tiedetään, että selkeä enemmistö suomalaisista on sitä mieltä, että köyhyyden taustalla ovat ennen muuta rakenteelliset syyt, kuten työttömyys, matala palkka tai mahdollisuuksien puute. Kuitenkin runsas kolmannes Suomen aikuisväestöstä on myös sitä mieltä, että köyhät voivat syyttää tilanteestaan itseään. (Niemelä 2007, 590.)

Suomalaisten sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä köyhyydestä on tutkittu samoilla kysymyksillä, joita tässä tutkimuksessa käytetään. Tuloksia on verrattu sosiaalityöntekijöiden mielipiteisiin muissa Pohjoismaissa. Suomalaisista sosiaalityöntekijöistä selvä enemmistö uskoo köyhyyden johtuvan yhteiskunnallisista epäoikeudenmukaisuuksista. Tätä vaihtoehtoa kannattaa yli 70 prosenttia sosiaali-

työntekijöistä. Seuraavaksi eniten uskotaan köyhyyden johtuvan ihmisten epäonnesta. Näin ajattelee noin puolet suomalaisista sosiaalityöntekijöistä. Noin neljännes uskoo köyhyyden olevan väistämätön osa modernia kehitystä. Harvimminkin kannatetaan vaihtoehtoa, jossa yksilö itse on syyllinen köyhyyteensä. Pohjoismaisessa vertailussa kuitenkin selvisi, että suomalaiset sosiaalityöntekijät ovat pohjoismaisia kollegoitaan selvästi useammin sitä mieltä, että köyhyys on yksilöiden omaa syytä. Näin ajattelee vajaa 20 prosenttia suomalaisista sosiaalityöntekijöistä, kun muissa Pohjoismaissa vastaava osuus on alle viisi prosenttia. Suomalaisten sosiaalityöntekijöiden käsitystä köyhydestä voidaankin kuvata ambivalentiksi, sillä kaikkia vaihtoehtoja kannatetaan. (Blomberg, Kallio & Kroll 2010, 594–595.)

Julkisten palveluntuottajien ja lautakuntien puheenjohtajien mielipiteet köyhyyden syistä

Sosiaalibarometrin vastaajat kannattavat köyhyyden syistä eniten ihmisten epäonnea. 64 prosenttia on osittain tai täysin samaa mieltä väittämästä, jonka mukaan köyhyys johtuu ihmisten epäonnesta. Toiseksi yleisimmin köyhyyden syyksi nähdään yhteiskunnalliset epäoikeudenmukaisuudet (ks. seuraava kuvio). Osittain tai täysin samaa mieltä tämän väitteen kanssa on 55 prosenttia vastaajista. Julkisten palveluntuottajien ja lautakuntien puheenjohtajien mielipiteet eroavat mielenkiintoisella tavalla edellä kuvatuista sosiaalityöntekijöiden köyhyysnäkemyksistä. Suomalaisten sosiaalityöntekijät pitävät useimmin köyhyyden syynä yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuutta (Blomberg, Kallio & Kroll 2010, 594–595). Myös Suomen aikuisväestö näkee useammin köyhyyden syyksi yhteiskunnan rakenteet kuin ihmisten epäonnen (Niemelä 2007, 590). Sosiaalibarometrin vastaajilla useimmin kannatetuksi köyhyyden syyksi nousee kuitenkin ihmisten epäonni, jota voidaan kuvata sattumanvaraisemmaksi köyhyyden selittäjäksi kuin yhteiskunnan epäoikeudenmukaisia rakenteita.

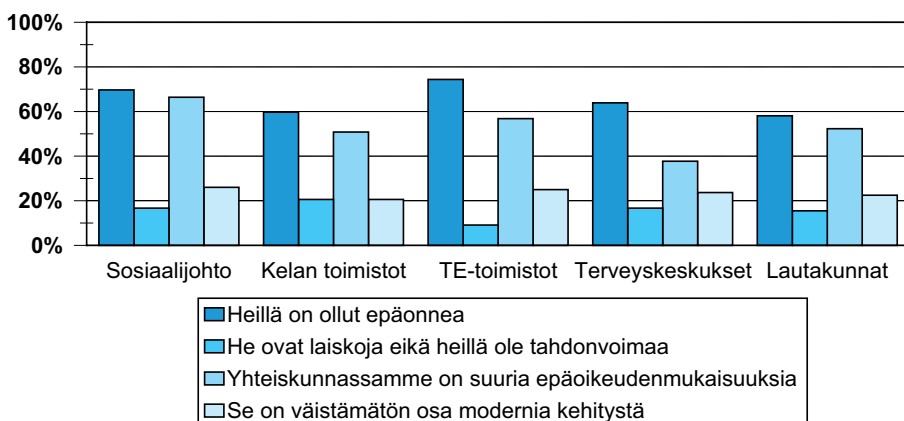


KUVIO 9. Mielipiteet köyhyyden syistä (kaikki vastaajaryhmät).

Yhteistä sekä Sosiaalibarometrin vastaajille että suomalaisille sosiaalityöntekijöille on kuitenkin se, että yhteiskunnan rakenteet ja yksilöiden huono onni ovat syyt, jotka nähdään useimmin olevan köyhyyden taustalla. Selvästi vähemmän kannatetaan väitteitä, joiden mukaan köyhyys on väistämätön osa modernia kehitystä tai ihmisten oman laiskuuden syytä. Sosiaalibarometrin vastaajista melkein joka neljäs (24 %) on täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä, jonka mukaan köyhyys

on väistämätön osa modernia kehitystä. Noin kuudennes (16 %) näkee köyhyyden syyksi ihmisten laiskuuden ja tahdonvoiman puutteen.

Kaikki Sosiaalibarometrin vastaajaryhmät kannattavat köyhyyden syitä samassa järjestyksessä, siis eniten ihmisten epäonnea ja vähiten laiskuutta (ks. seuraava kuvio). Sosiaalijohtajilla ero kahden suosituimman syyn välillä on kuitenkin pieni. Heistä 70 prosenttia pitää yksilöiden huonoa onnea ja 66 prosenttia yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuutta köyhyyden syynä. Suurin ero kahden kannatetuimman syyn välillä on terveyskeskusten johtajilla. Heistä 64 prosenttia syyttää yksilön huonoa onnea ja 38 prosenttia yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuutta köyhyydestä. Terveyskeskusten johtajat uskovat vastaajaryhmistä harvimminkin ja sosiaalijohto useimmin yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuuden olevan köyhyyden syynä.



KUVIO 10. Vastaajaryhmittäinen asennoituminen köyhyyden syihin. Täysin tai osittain samaa mieltä olevien osuudet raportoitu.

Harvimminkin Sosiaalibarometrin vastaajat näkevät köyhyyden syyksi ihmisten oman laiskuuden ja tahdonvoiman puutteen. Kaikista vastaajaryhmistä Kelan toimistojen johtajat näkevät sen useimmin köyhyyden syyksi, sillä 21 prosenttia heistä on väittämän kanssa osittain tai täysin samaa mieltä. Harvimminkin näin ajattelevat työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat (9 %).

Näkemyksiä köyhyyden syistä on mahdollista tarkastella sen mukaan, kuinka kauan vastaaja on ollut johtavassa asemassa nykyisessä organisaatiossaan. Tätä kysyttiin sosiaalijohtajilta, Kelan toimistonjohtajilta sekä työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilta. Työvuodet johtavassa asemassa näyttäisivät olevan yhteydessä epäonni-selityksen kanssa, sillä kauemmin johtavassa asemassa olleet uskovat tähän köyhyys-selitykseen useammin kuin ne, joilla työhistoriaa johtavassa asemassa on vähemmän. Lyhyemmän aikaa johtavassa asemassa olevissa taas on enemmän niitä, jotka syyttävät köyhyydestä yksilöä, eli kannattavat väitettä, jonka mukaan köyhyys johtuu ihmisten laiskuudesta ja tahdonvoiman puutteesta. Alle

viisi vuotta johtavassa asemassa olevista sosiaalijohtajista sekä Kelan toimistojen ja TE-toimistojen johtajista noin joka viides (21 %) on sitä mieltä, että köyhyys johtuu laiskuudesta ja tahdonvoiman puutteesta. Yli 20 vuotta johtavassa asemassa olleista vain noin joka kymmenes (12 %) ajattelee samoin. Työvuosien määrä johtavassa asemassa ei ole selvästi yhteydessä kahteen muuhun köyhyysselektioon, joskin pisimpään johtajina olleet uskovat muita useammin yhteiskunnan epäoikeudenmukaisten rakenteiden aiheuttavan köyhyyttä. Yksilöä syyttävä asenne köyhyyteen voi vähentyä, kun työvuosia johtavassa asemassa kertyy enemmän. Kyse voi myös olla mielipide-eroista eri sukupolvien välillä. Myös suomalaisten sosiaalityöntekijöiden kohdalla yksilöä syyttävät mielipiteet vähenevät työvuosien karttuessa (Blomberg, Kallio & Kroll 2010, 595).

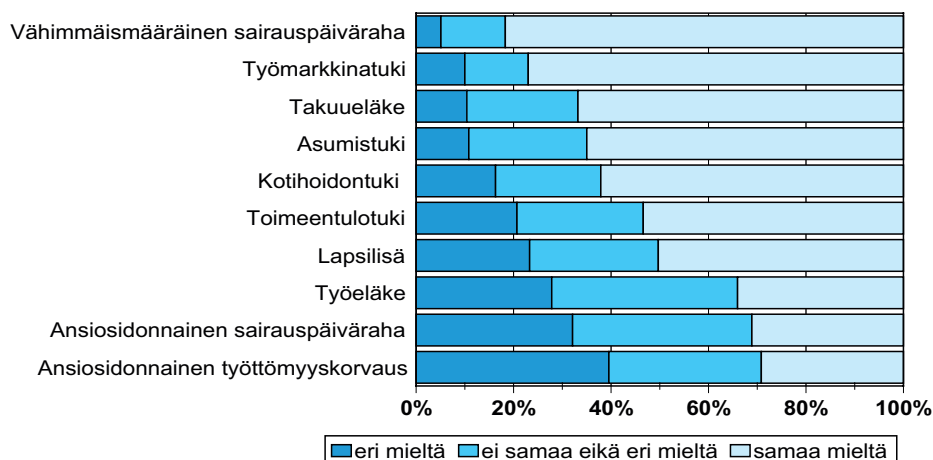
Käsityksiin köyhyiden syistä voi vaikuttaa myös vastaajan koulutus. Koulustaustaa kysyttiin Sosiaalibarometrin vastaajista vain sosiaalijohtajilta. Heistä sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutuksen saaneet kannattavat kaikkia köyhyiden syitä useammin kuin muun koulutuksen saaneet lukuun ottamatta väitettä, jonka mukaan köyhyys johtuu ihmisten omasta laiskuudesta ja tahdonvoiman puutteesta. Selvin ero on siinä, miten usein yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuus nähdään köyhyiden syyksi. Sosiaalijohtajat, joilla on sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutus ovat useammin (72 %) sitä mieltä, että köyhyys johtuu yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuudesta kuin muut sosiaalijohtajat (58 %). Sosiaalipolitiikan tai sosiaalityön koulutuksen saaneet näkevät yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuuden ja yksilön huonon onnen yhtä usein köyhyiden syyksi, kun muilla sosiaalijohtajilla yksilön epäonni on selvästi kannatetuin köyhyiden syy.

3.4 Odotukset perusturvan parantamisesta

Väestön hyvinvointiin liittyvänä ajankohtaisena teemana Sosiaalibarometrissa kysytään perusturvan parantamisesta. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman mukaisesti työttömyysturvan peruspäivärahaa ja työmarkkinatukea korotettiin 100 eurolla kuukaudessa vuoden 2012 alussa (Valtioneuvoston kanslia 2011). Sosiaalijohdolta ja Kelan toimistojen johtajilta kysyttiin, pitävätkö he tätä sovittua korotusta riittävänä. Yli puolet (56 %) sosiaalijohdosta ja Kelan toimistojen johtajista ei pidä hallitusohjelmassa olevaa perusturvan korotusta riittävänä. Kahden vastaajaryhmän näkemykset olivat tässä hyvin yhtenevät, sillä sosiaalijohtajista 57 prosenttia ja Kelan toimistojen johtajista 55 prosenttia on sitä mieltä, että hallituksen linjaama perusturvan parannus ei ole riittävä.

Sosiaalijohdolle ja Kelan toimistojen johtajille esitettiin lisäksi kysymys ”Mihin perusturvan parantamisen tulisi mielestänne jatkossa erityisesti kohdistua?”. Perusturvan parantaminen haluttaisiin kohdistaa ennen muuta vähimmäismääräisiin sosiaaliturvaetuksiin, kuten seuraavasta kuviosta voidaan havaita. Eniten kannatusta saa vähimmäismääräisen sairauspäivärahan korotus. Sosiaalijohdosta ja Kelan toimistojen johtajista 82 prosenttia on osittain tai täysin samaa mieltä

väitteestä, jonka mukaan perusturvan parantamisen tulisi jatkossa kohdistua erityisesti vähimmäismääräiseen sairauspäivärahaan. Seuraavaksi eniten kannatetaan työmarkkinatuen (77 %) ja takuueläkkeen (67 %) korotuksia. Sen sijaan viimesijaiseksi tukimuodoksi tarkoitettun toimeentulotuen korotusta kannattaa vain runsas puolet vastaajista (53 %). Tätä voidaan tulkita siten, että sosiaalijohto ja Kelan toimistojen johtajat näkevät tärkeämpänä perustoimeentulon turvaan kuuluvien vähimmäisetuuksien korotuksen suhteessa toimeentulotukeen. Ensisijaisten etuuksien korotus vaikuttaisi osaltaan toimeentulotuen tarpeen vähenemiseen, sillä perusturvaan kuuluvilla vähimmäisetuuksilla elävät saavat huomattavasti useammin toimeentulotukea kuin ansiosidonnaisten etuuksien saajat tai väestö keskimäärin. Esimerkiksi työmarkkinatuen saajista 35 prosenttia ja vähimmäismääräisen sairauspäivärahan saajista 32 prosenttia sai toimeentulotukea vuonna 2009 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 44), mikä osaltaan kertoo näiden etuuksien liian matalasta tasosta.



KUVIO 11. Mielenpiiteet siitä, mihin perusturvan parantamisen tulisi jatkossa keskittyä (sosiaalijohto ja Kelan toimistojen johtajat).

Asumistuen parantamista kannatetaan useammin (65 %) kuin toimeentulotuen parantamista (50 %). Taustalla saattaa olla asumismenojen suuruus etenkin suurissa kaupungeissa. Sosiaalijohtajista ja Kelan toimistojen johtajista perusturvan korottamisen kohdentamista asumistukeen kannattavat useimmin suurimpien ja pienimpien alueiden vastaajat. Asumistuki ja toimeentulotuki ovat molemmat harkinnanvaraisia etuuksia, joista ensin mainitun myöntää Kela ja jälkimmäisen kuntien sosiaalitoimi. Sosiaalijohtajien ja Kelan toimiston johtajien näkemyksissä asumislisän ja toimeentulotuen nostamisessa ei kuitenkaan ole juurikaan eroa.

Perusturvan parantamisen kohdistamista lapsilisään kannattaa 50 prosenttia ja kotihoidon tukeen 62 prosenttia vastaajista. Lapsiperheille kuuluvia etuuksia ei siis

kannateta yhtä usein kuin vähimmäismääräisiä perusturvaetuuksia. Lapsilisän korotuksen kannatusta voidaan kuitenkin pitää korkeana siihen nähden, että se on kaikille lapsiperheille maksettava etuus, johon ei vaikuta saajan tulot tai varallisuus. Siitä huolimatta lapsilisää halutaan korottaa lähes yhtä usein kuin toimeentulotukea.

Selvästi vähiten kannatetaan ansiosidonnaisten etuuksien korotuksia. Täysin tai osittain samaa mieltä ansiosidonnaisen työttömyyskorvauksen, sairauspäivärahan ja työeläkkeen korottamistarpeen kanssa on noin kolmannes vastaajista (30–34 %). Ansiosidonnaisten etuuksien korotuksen kannattajista suurin osa näkee myös vähimmäisetuuksien parantamisen tarpeellisenä. Ainoastaan kaksi prosenttia sosiaalijohdosta ja Kelan toimistojen johdosta kannattaa vähintään yhden ansiosidonnaisen etuuden korottamista mutta ei kannata yhdenkään vähimmäismääräisen etuuden parantamista⁴.

4 Palvelujen turvaaminen ja resursointi

4.1 Voimavarat palvelujen turvaamiseen

Tässä luvussa tarkastellaan kunkin vastaajaryhmän arvioita omien palvelujensa turvaamismahdollisuuksista alueellaan nykyisillä voimavaroilla kyselyhetkellä ja tulevaisuuden ennakoarvioita. Sosiaalitoimen ja terveyskeskusten kohdalla tarkastellaan myös taloudellista resursointia ja työ- ja elinkeinotoimistojen kohdalla henkilöstöresurssien riittävyyttä tehtävien hoitamiseen. Lisäksi tarkastellaan sitä, miten työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat arvioivat nuorille suunnattujen toimenpiteiden ja toimintojen kykenevän vastaamaan nuorten tarpeisiin.

4.1.1 Sosiaalipalvelut

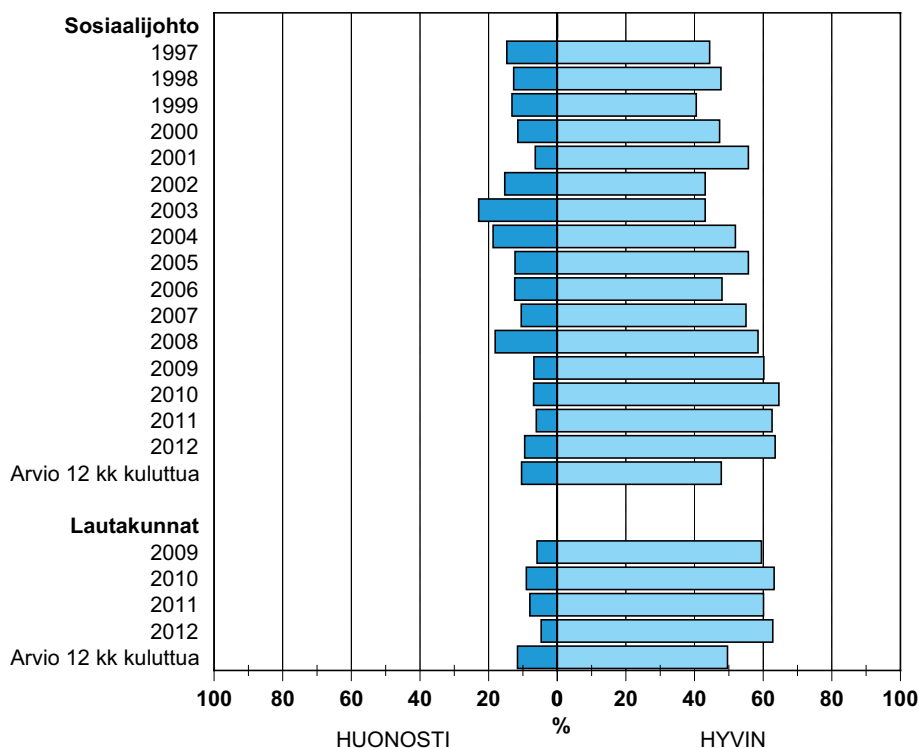
Sosiaalijohtoa sekä lautakuntien puheenjohtajia pyydettiin arvioimaan, kuinka alueen asukkaiden sosiaalipalvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla sekä ennakoimaan, kuinka ne voidaan turvata 12 kuukauden kuluttua kyselyhetkestä. Sosiaalijohtajia sekä lautakuntien puheenjohtajia pyydettiin myös arvioimaan alueensa sosiaalitoimen taloudellista resursointia vastaushetkellä sekä 12 kuukauden kuluttua.

⁴ Kysytyistä sosiaaliturvaetuuksista vähimmäismääräisiksi luokiteltiin työmarkkinatuki, takuueläke ja vähimmäismääräinen sairauspäiväraha. Ansiosidonnaisia etuuksia olivat kysytyistä sosiaaliturvaetuuksista ansiosidonnainen työttömyyskorvaus, työeläke ja ansiosidonnainen sairauspäiväraha. Vastaajan katsottiin kannattavan etuuden korotusta, mikäli hän oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että perusturvan parantamisen tulisi jatkossa kohdistua johonkin etuuteen. Vertailussa huomioitiin vastaajat, jotka kannattivat vähintään yhden ansiosidonnaisen etuuden parantamista mainituista kolmesta ansiosidonnaisesta etuudesta mutta eivät yhdenkään vähimmäismääräisen etuuden korottamista mainituista kolmesta etuusmuodosta.

Sosiaalipalvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin tällä hetkellä

Vuodesta 1997 alkavalla tarkasteluajanjaksolla voidaan havaita, että sekä sosiaalijohdon että lautakuntien puheenjohtajien arviot sosiaalipalvelujen turvaamisesta nykyisillä voimavaroilla on vuoden 2012 alussa korkeimmalla tasolla vuoden 2010 kanssa. Palvelut hyvin turvatuiksi arvioineiden osuus on hieman kasvanut viime vuodesta, mutta muutos on pieni.

Vuodenvaihteessa 2011–2012 sosiaalijohtajista 64 prosenttia arvioi, että nykyisillä voimavaroilla sosiaalipalvelut pystytään turvaamaan hyvin. Kymmenesosa katsoi, että ne pystytään turvaamaan huonosti. Kohtalaisena tilannetta piti 27 prosenttia vastaajista. Lautakuntien puheenjohtajista lähes yhtä moni (63 %) kuin sosiaalijohdosta katsoi, että sosiaalipalvelut pystytään turvaamaan hyvin. Hieman harvempi (5 %) lautakuntien puheenjohtajista verrattuna sosiaalijohtoon näki, että ne pystyttäisiin turvaamaan huonosti.



KUVIO 12. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut nykyisillä voimavaroilla. Arviot vuosilta 1997–2012 ja ennako-arviot 12 kuukauden päähän vastaushetkestä.

Sosiaalijohtajien vastauksissa ei juuri ollut eroja heidän edustamiensa alueiden koon mukaan.⁵ Asukasluvultaan pienimmillä alueilla sosiaalipalvelujen turvaamismahdollisuudet arvioitiin kuitenkin hieman useammin huonoiksi (15 % vastaajista)

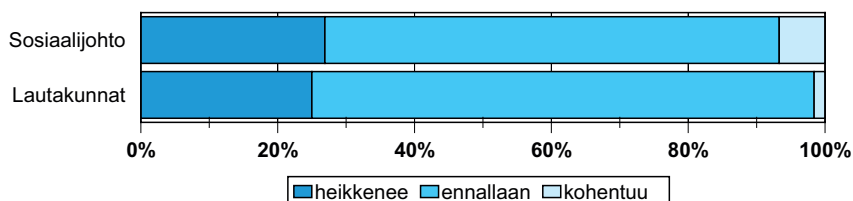
⁵ Alueiden kokoa tarkastellaan asukasluvun mukaan: asukasluvultaan pienet alueet (alle 10 000 asukasta), keskikokoiset alueet (10 000 – 29 999 asukasta) ja suuret alueet (vähintään 30 000 asukasta)

kuin sitä suuremman väestöpohjan alueilla. Asukasluvultaan pienempien alueiden lautakuntien puheenjohtajat arvioivat useammin kuin suurempien alueiden lautakuntien puheenjohtajat että palvelut voidaan turvata hyvin. Toisaalta pienimpiä alueita edustavat lautakuntien puheenjohtajat arvioivat hieman useammin palvelujen turvaamismahdollisuudet myös huonoiksi. (Liite 4.1.).

Sosiaalipalvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin 12 kuukauden kuluttua

Kyselyhetkeä seuraavan 12 kuukauden kuluttua, eli vuodenvaihteessa 2012–2013, nykyistä huomattavasti harvempi sosiaalijohtaja (48 %) ja lautakuntien puheenjohtaja (50 %) arvioi, että alueen sosiaalipalvelut pystytään turvaamaan hyvin. (ks. edellinen kuvio.) Sosiaalijohdosta niiden osuus, jotka arvioivat, että asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut voidaan turvata huonosti kyselyhetkellä ja 12 kuukauden kuluttua, on sama (10 %), mutta lautakuntien puheenjohtajista yhä useampi (12 %) arvioi, että alueen sosiaalipalvelut voidaan turvata huonosti vuodenvaihteessa 2012–2013 verrattuna kyselyhetkeen alkuvuodesta 2012.

Tarkasteltaessa tarkemmin sitä, miten sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot nykyisistä mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut suhteutuvat arvioihin 12 kuukauden kuluttua havaittiin, että sekä sosiaalijohdosta (27 %) että lautakuntien puheenjohtajista (25 %) noin neljännes arvioi, että mahdollisuudet turvata sosiaalipalvelut alueen asukkaille nykyisillä voimavaroilla heikkenevät. Sosiaalijohtajista seitsemän prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista vain kaksi prosenttia arvioi, että mahdollisuudet kohenevat. Suurin osa sekä sosiaalijohdosta (66 %) että lautakuntien puheenjohtajista (73 %) arvioi tilanteen pysyvän ennallaan.

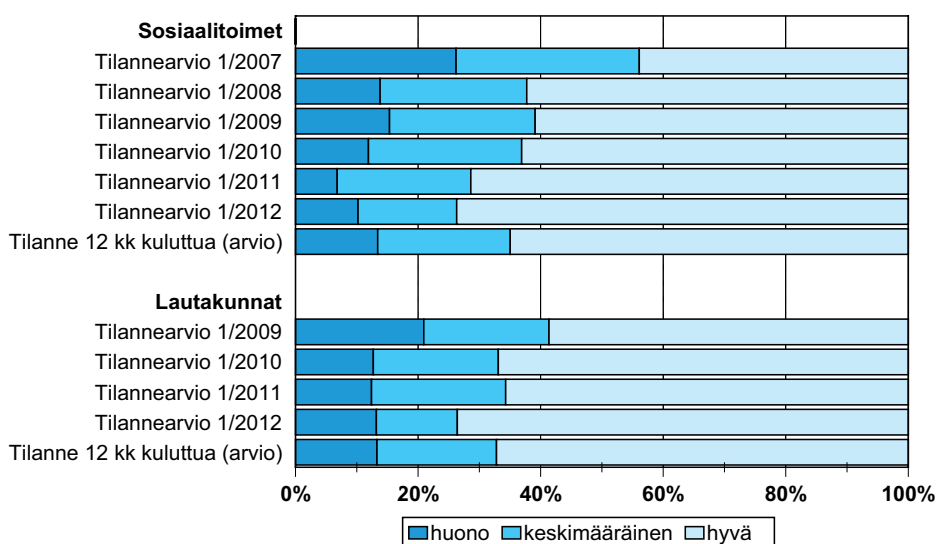


KUVIO 13. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut nykyisillä voimavaroilla. Tilannearvion (2012) ja ennakkoinnin (12 kuukauden kuluttua) vertailu.

Asukasmäärältään pienemmillä alueilla sekä sosiaalijohtajat että lautakuntien puheenjohtajat arvioivat palvelujen turvaamismahdollisuudet 12 kuukauden kuluttua jonkun verran paremmiksi kuin suuremmilla alueilla. (Liite 4.2.)

Sosiaalitoimen taloudellinen resursointi tällä hetkellä

Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien näkemykset taloudellisesta resursoinnista olivat hyvin samansuuntaisia. Sekä sosiaalijohtajien että lautakuntien puheenjohtajien arviot taloudellisesta resursoinnista ovat kohentuneet viime vuosien arvioinneista, joista sosiaalijohtajien osalta on tietoa vuodesta 2007 ja lautakuntien puheenjohtajien arvioista vuodesta 2009 lähtien. Suurin osa sekä sosiaalijohtajista että lautakuntien puheenjohtajista (74 %) arvioi taloudellisen resursoinnin hyväksi. Sosiaalijohtajista 10 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 13 prosenttia piti taloudellista resursointia huonona. Kohtalaisena taloudellisen resursoinnin näki 16 prosenttia sosiaalijohtajista ja 22 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista.



KUVIO 14. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot alueensa sosiaalitoimen taloudellisesta resursoinnista.

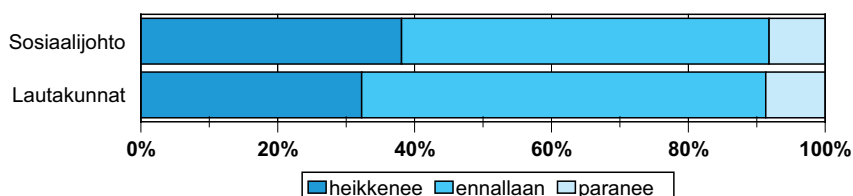
Asukasluvultaan suurempien alueiden sosiaalijohtajat arvioivat sosiaalitoimen taloudellisen resursoinnin tällä hetkellä useammin hyväksi kuin pienempien alueiden sosiaalijohtajat. Lautakuntien puheenjohtajista sosiaalitoimen taloudellisen resursoinnin näkevät tällä hetkellä hieman useimmin hyvänä asukasluvultaan keskikokoisten alueiden edustajat. (Liite 4.3.)

Sosiaalitoimen taloudellinen resursointi 12 kuukauden kuluttua

Vaikka suurin osa sekä sosiaalijohtajista että lautakuntien puheenjohtajista näkee taloudellisen resursoinnin tällä hetkellä hyvänä, tilanteen arvioidaan olevan 12 kuukauden kuluttua jonkin verran nykyistä heikompi. (ks. edellinen kuvio.) Aikaisempien Sosiaalibarometrien tuloksia vastaavalla tavalla sekä sosiaalijohtajista

että lautakuntien puheenjohtajista yhä harvempi arvioi tilanteen 12 kuluttua hyväksi.

Tarkasteltaessa tarkemmin sitä, miten sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot nykyisistä alueen sosiaalitoimen taloudellisista resursseista suhteutuvat arvioihin 12 kuukauden kuluttua, havaitaan, että sosiaalijohdosta 38 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 32 prosenttia arvioi taloudellisen resursoinnin heikkenevän 12 kuukauden kuluttua kyselyhetkestä. Tilanteen arvioi pysyvän ennallaan 54 prosenttia sosiaalijohdosta ja 59 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista. Vain vajaa kymmenes sosiaalijohdosta (8 %) ja lautakuntien puheenjohtajista (9 %) näkee taloudellisten resurssien paranevan 12 kuukauden kuluttua.



KUVIO 15. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot alueensa sosiaalitoimen taloudellisesta resursoinnista. Tilannearvion (2012) ja ennakkoinnin (12 kuukauden kuluttua) vertailu.

Asukasluvultaan suurten alueiden sosiaalijohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat arvioivat hieman useammin, että sosiaalitoimen taloudellinen resursointi on 12 kuukauden kuluttua hyvä verrattuna pienempiä alueita edustaviin vastaajiin. (Liite 4.4.)

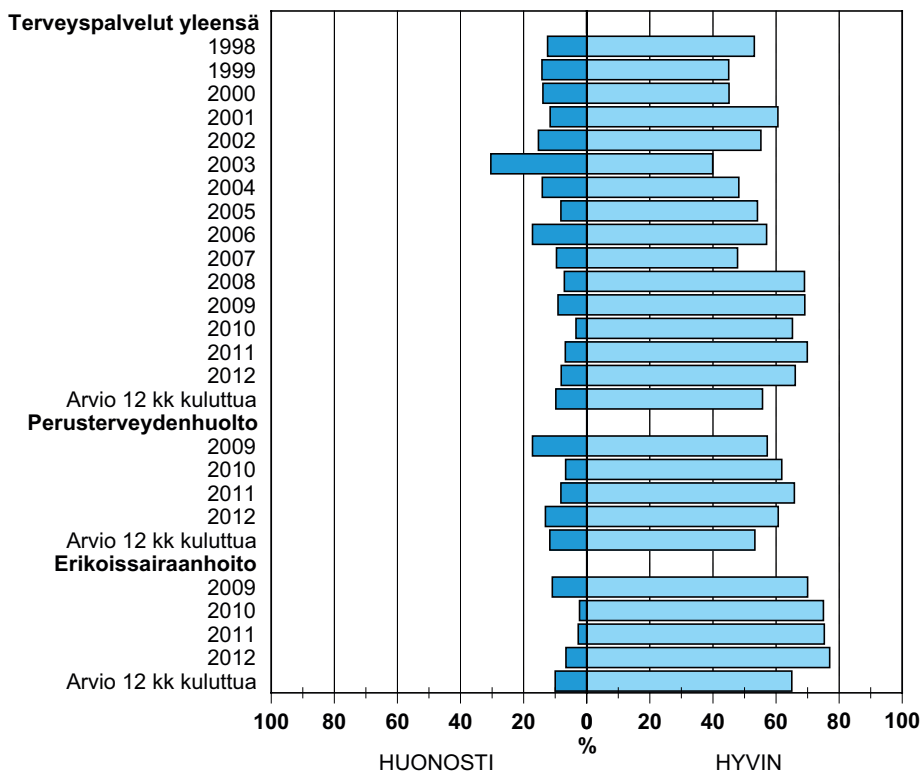
4.1.2 Terveyspalvelut

Terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan sitä, miten alueen terveyspalvelut yleensä, perusterveydenhuollon palvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla. Vastaajia pyydettiin antamaan myös ennakoarvio siitä, miten nämä palvelut voidaan turvata 12 kuukauden kuluttua kyselyhetkestä. Terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan myös terveyskeskuksensa taloudellista resursointia vastaushetkellä sekä 12 kuukauden kuluttua.

Terveyspalvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin tällä hetkellä

Vuodenvaihteessa 2011–2012 terveyskeskusten johtajat arvioivat mahdollisuudet turvata terveyspalvelut yleensä ja perusterveydenhuollon palvelut hieman huonommiksi kuin edellisvuonna. Sen sijaan erikoissairaanhoidon palvelut nähtiin voitavan turvata hieman useammin hyvin ja toisaalta hieman useammin huonosti kuin edellisvuonna 2011. Tämä johtuu siitä, että kohtalaisiksi niiden turvaamisen

arvioivien määrä on pienentynyt edellisvuodesta. Kaiken kaikkiaan suurin osa terveyskeskusjohtajista arvioi, että terveyspalvelut yleensä (66 %) ja perusterveydenhuollon palvelut (61 %) voidaan turvata hyvin. Parhaimmiksi arvioitiin erikoissairaanhoidon palvelujen turvaamismahdollisuudet, jotka arvioi hyväksi 77 prosenttia vastaajista.



KUVIO 16. Terveyskeskusten johtajien arviot mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat terveyspalvelut käytettävissä olevin resurssein. Näkemykset terveyspalveluista yleensä vuosilta 1998–2012, perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta vuosilta 2009–2012 sekä ennakoinnit 12 kuukauden päähän vastaushetkestä.

Terveyspalvelut yleensä arvioitiin voitavan turvata hyvin tällä hetkellä useimmin asukasluvultaan keskikokoisilla ja pienillä alueilla. Hieman harvempi suurimman väestöpohjan alueita edustavista vastaajista arvioi terveyspalvelujen (yleensä) turvaamismahdollisuudet hyväksi. (Liite 4.5.)

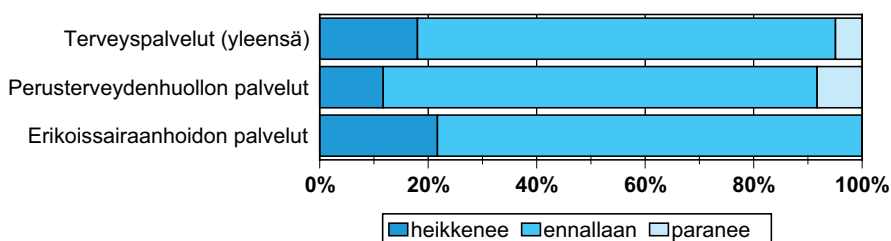
Perusterveydenhuollon palvelujen turvaamismahdollisuudet tällä hetkellä arvioitiin parhaimmiksi asukasluvultaan niin ikään pienillä ja keskikokoisilla alueilla. Sen sijaan asukasluvultaan suuria alueita edustavista vastaajista huomattavasti harvempi (36 %) arvioi perusterveydenhuollon palvelujen turvaamismahdollisuudet hyväksi. (Liite 4.6.)

Erikoissairaanhoidossa palvelujen turvaamismahdollisuudet tällä hetkellä nähtiin useimmin hyvinä suuremman väestöpohjan alueilla. Hieman harvemmin niiden turvaamismahdollisuudet nähtiin hyvinä keskikokoisilla ja pienillä alueilla. (Liite 4.7.)

Terveyspalvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin
12 kuukauden kuluttua

Kyselyhetkeä seuraavan 12 kuukauden kuluttua, eli vuodenvaihteessa 2012–2013, nykyistä harvempi vastaajista arvioi sekä terveyspalveluiden yleensä, perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluiden turvaamismahdollisuudet nykyisillä voimavaroilla hyväksi (ks. edellinen kuvio). Palveluiden turvaamismahdollisuudet 12 kuukauden kuluttua terveyspalveluissa yleensä arvioi hyväksi 56 prosenttia, perusterveydenhuollossa 53 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa 65 prosenttia.

Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin sitä, miten terveyskeskusten johtajien arviot nykyisistä mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat terveyspalvelut suhteutuvat arvioihin 12 kuukauden kuluttua. Suurin osa terveyskeskusjohtajista arvioi, että mahdollisuudet turvata terveyspalvelut yleensä, perusterveydenhuollon palvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut pysyvät ennallaan 12 kuukauden kuluttua. 18 prosenttia vastaajista arvioi mahdollisuudet turvata terveyspalvelut yleensä heikoimmiksi 12 kuukauden kuluttua kuin kyselyhetkellä. Palvelujen turvaamismahdollisuudet 12 kuukauden kuluttua arvioi heikommiksi perusterveydenhuollossa 12 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa 22 prosenttia vastaajista. Kukaan vastaajista ei arvioinut erikoissairaanhoidon palvelujen turvaamismahdollisuuksien nykyisillä voimavaroilla paranevan 12 kuukauden kuluttua. Terveyspalveluista yleensä näin arvioi vain viisi prosenttia (3 vastaajaa) ja perusterveydenhuollosta kahdeksan prosenttia (5 vastaajaa).



KUVIO 17. Terveyskeskusten johtajien arviot mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat terveyspalvelut (yleensä), perusterveydenhuollon palvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut nykyisillä voimavaroilla. Tilannearvion (2012) ja ennakoinnin (12 kuukauden kuluttua) vertailu.

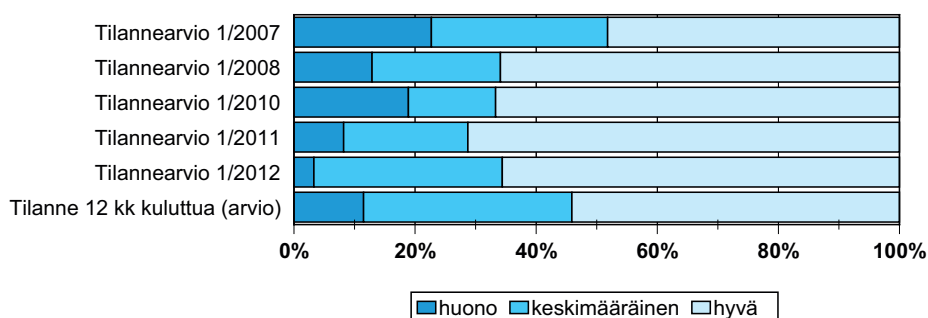
Terveyspalvelujen yleensä turvaamismahdollisuudet 12 kuukauden kuluttua arvioitiin useimmin hyväiksi asukasmäärältään keskikokoisilla alueilla. Hieman harvemmin niiden turvaamismahdollisuudet arvioitiin hyväiksi asukasmäärältään pienillä ja suurilla alueilla. (Liite 4.8.)

Perusterveydenhuollon palvelujen turvaamismahdollisuudet 12 kuukauden kulu-
ttaa arvioitiin parhaimmiksi asukasmäärältään keskikokoisilla ja pienillä alueilla.
Huomattavasti harvempi asukasmäärältään suuria alueita edustavista terveyskes-
kusjohtajista (33 %) arvioi palvelujen turvaamismahdollisuudet hyviksi 12 kuu-
kauden kuluttua. (Liite 4.9.)

Erikoissairaanhoidon palvelujen turvaamismahdollisuudet 12 kuluttua arvioi-
tiin asukasluvultaan erikokoisilla alueilla lähes yhtä hyviksi. (Liite 4.10.)

Terveyskeskusten taloudellinen resursointi tällä hetkellä

Vuoden 2012 alussa 65 prosenttia vastaajista piti terveyskeskuksensa taloudellista
resursointia hyvänä. Huonona sitä piti vain kolme prosenttia (kaksi vastaajaa) ja
kohtalaisena 31 prosenttia vastaajista. Vaikka taloudellista resursointia huonona
pitävien määrä on laskenut edellisestä vuodesta ja on tällä hetkellä alhaisella ta-
solla myös sitä hyvänä pitävien osuus on laskenut viime vuodesta. Edellisessä
Sosiaalibarometrissa vastaajien antama negatiivinen ennakoarvio 12 kuukauden
päähen eli vuoden 2012 alkuun näyttää toteutuneen (Sosiaalibarometri 2011, 57.).



KUVIO 18. Terveyskeskusten johtajien arviot terveyskeskusten taloudellisesta resursoinnista 2007–2012 ja ennakointi 12 kuukauden päähen vastaushetkestä.

Terveyskeskusten taloudellinen resursointi tällä hetkellä arvioitiin useimmin hy-
väksi asukasluvultaan keskikokoisilla ja pienillä alueilla. (Liite 4.11.)

Terveyskeskusten taloudellinen resursointi 12 kuukauden kuluttua

Terveyskeskusjohtajien arviot terveyskeskusten taloudellisesta resursoinnista 12 kuu-
kauden kuluttua näyttävät jokseenkin huolestuttavilta. 12 kuukauden kuluttua
terveyskeskuksensa taloudellista resursointia hyvänä pitävien osuus on pienentynyt
12 prosenttiyksiköllä ja sitä huonona pitävien osuus on kasvanut 9 prosenttiyksiköllä
verrattuna kyselyhetkeen ollen suurempi kuin edellisvuonna. (Ks. edellinen kuvio.)

Tarkasteltaessa tarkemmin sitä, miten arviot tämänhetkisestä terveyskeskusten
taloudellisesta resursoinnista suhteutuvat arvioihin 12 kuukauden kuluttua havai-
taan, että peräti kolmannes (33 %) vastaajista arvioi terveyskeskuksensa talou-
dellisen resursoinnin olevan heikompi 12 kuukauden kuluttua kyselyhetkestä.

Vastanneista 57 prosenttia arvioi tilanteen säilyvän ennallaan ja vastaajista 10 prosenttia (6 vastaajaa) arvioi taloudellisen resursoinnin kohentuvan.

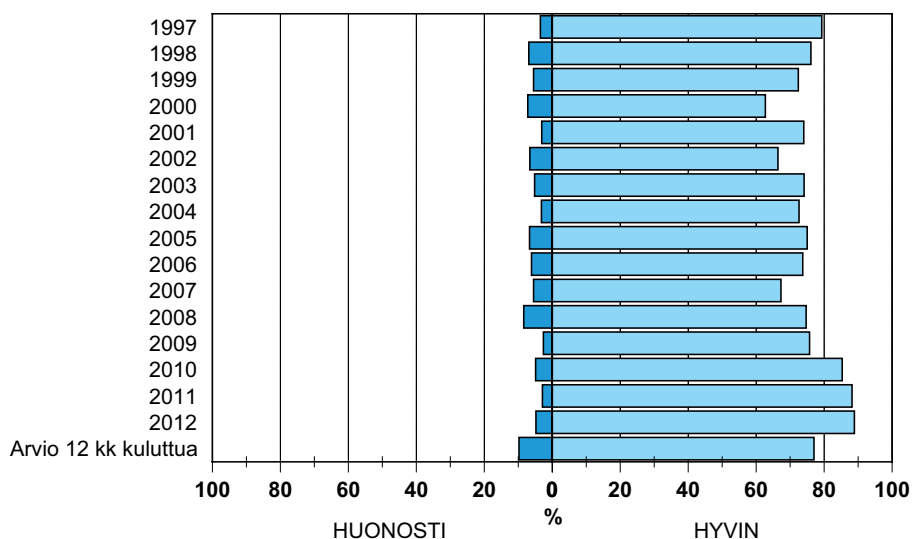
Arviot terveyskeskusten taloudellisesta resursoinnista 12 kuukauden kuluttua eivät juuri eronneet vastaajien edustaman alueen asukasmäärän mukaan tarkasteltuna. Keskimääräistä hieman paremmaksi taloudellinen resursointi 12 kuukauden kuluttua arvioitiin asukasluvultaan keskikokoisilla alueilla ja keskimääräistä hieman huonommaksi asukasluvultaan suurilla alueilla. (Liite 4.12.)

4.1.3 Kelan palvelu

Kelan toimistojen johtajia pyydettiin oman alueensa osalta arvioimaan, miten Kelan palvelu voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla. Lisäksi vastaajia pyydettiin antamaan ennakoarvio siitä, miten Kelan palvelu voidaan turvata 12 kuukauden kuluttua kyselyhetkestä.

Kelan palvelun turvaaminen nykyisen voimavaroin tällä hetkellä

Kelan toimistonjohtajien vuodenvaihteessa 2011–2012 antama arvio Kelan palvelun turvaamisesta nykyisillä voimavaroilla näyttäytyy koko tarkasteluajanjakson (1997–2012) positiivisimpana, vaikka Kelan palveluverkkoa supistettiin vuonna 2010. Toisaalta samaan aikaan jäljelle jääneissä toimipisteissä lisättiin henkilöstöresursseja taantumasta johtuneiden erityisesti työttömyysturva- ja asumistukihakemusten määrän kasvun takia (Kela 2009). Vuodenvaihteessa 2011–2012 Kelan toimistojen johtajista 89 prosenttia arvioi, että Kelan palvelu pystytään turvaamaan hyvin. Vastaajista vain viisi prosenttia (3 vastaajaa) arvioi, että palvelu pystytään turvaamaan huonosti ja 6 prosenttia (4 vastaajaa) arvioi, että se pystytään turvaamaan kohtalaisesti.



KUVIO 19. Kelan toimistojen johtajien arviot mahdollisuuksista turvata kansalaisten tarvitsema Kelan palvelu nykyisillä voimavaroilla vuosilta 1997–2012 ja ennakointi 12 kuukauden päähän vastaushetkestä.

Kelan palvelun turvaaminen nykyisen voimavaroin
12 kuukauden kuluttua

Arvio palvelun turvaamisesta 12 kuukauden kuluttua on jonkin verran negatiivisempi kuin vuodenvaihteessa 2011–2012, sillä vastaajista 77 prosenttia (12 prosenttiyksikköä vähemmän) näkee, että Kelan palvelu voidaan tuolloin turvata hyvin käytettävissä olevilla voimavaroilla (ks. edellinen kuvio).

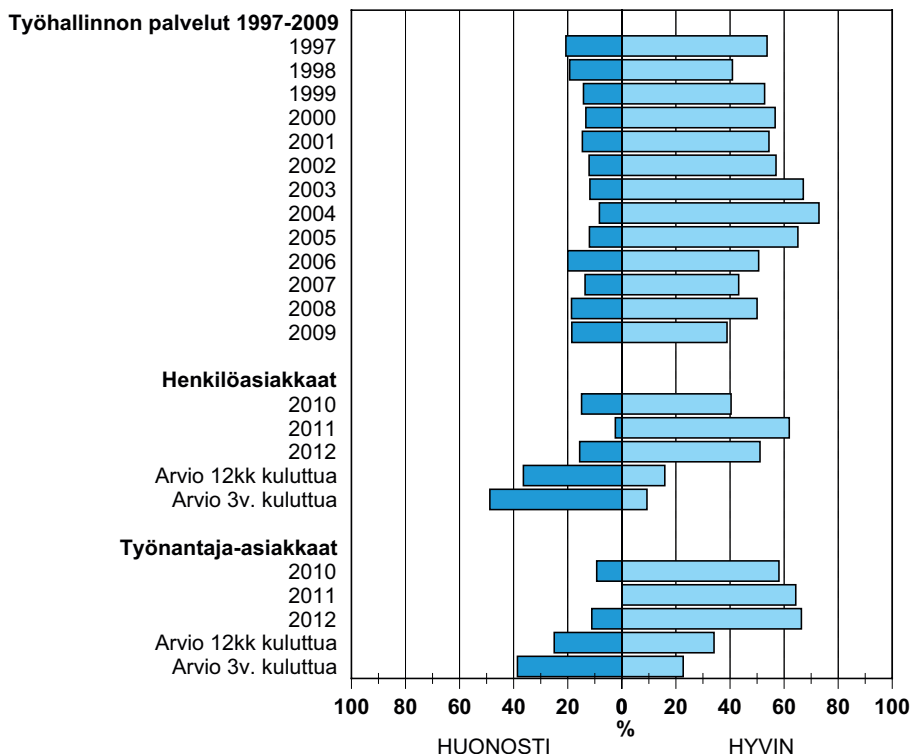
Tarkasteltaessa tarkemmin sitä, miten Kelan toimistojen johtajien arviot nykyisistä mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsema Kelan palvelu suhteutuu arvioihin 12 kuukauden kuluttua, havaitaan, että Kelan toimistojen johtajista suurin osa (82 %) arvioi mahdollisuutensa turvata palvelut nykyisillä voimavaroilla pysyvän ennallaan. Lähes viidennes vastaajista (18 %) arvioi palvelujen turvaamisen heikkenevän. Yksikään vastaajista ei arvioinut, että Kelan palvelun turvaamisen mahdollisuudet paranisivat 12 kuukauden päästä. Tämäkin tulos on siis jonkin verran negatiivisempi kuin edellisvuonna (vuodenvaihte 2010–2011), jolloin huomattavasti useampi (96 %) Kelan toimistojen johtajista arvioi, että mahdollisuudet turvata Kelan palvelu pysyvät ennallaan (Sosiaalibarometri 2011).

4.1.4 Työ- ja elinkeinotoimistojen palvelut

Työ- ja elinkeinotoimistojen (jäljempänä TE-toimistojen) johtajia pyydettiin arvioimaan, miten alueen TE-toimiston palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä sekä antamaan ennakoarvio siitä, miten TE-toimiston palvelut voidaan turvata 12 kuukauden ja kolmen vuoden kuluttua kyselyhetkestä. TE-toimistojen johtajia pyydettiin myös arvioimaan, miten odotettavissa olevat henkilöstöresurssit riittävät kaikkien toimiston tehtävien hoitamiseen. Lisäksi TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan nuorille suunnattujen toimenpiteiden ja toimintojen vastaavuutta alueen nuorten tarpeisiin tällä hetkellä.

TE-palvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin tällä hetkellä

TE-toimiston johtajien arviot henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksista ovat melko paljon huonommat kuin viime vuonna (vuodenvaihte 2010–2011). TE-toimistojen johtajista 51 prosenttia arvioi henkilöasiakkaiden palvelut pystyttävän turvaamaan hyvin. Sen sijaan arvio työnantaja-asiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksista on hieman edellisvuotta positiivisempi vaikkakin palvelujen turvaamismahdollisuudet huonoksi turvattujen osuus on hieman kasvanut viime vuodesta. TE-toimistojen johtajista 67 prosenttia arvioi työnantaja-asiakkaiden palvelut pystyttävän turvaamaan hyvin. TE-toimistojen johtajat siis arvioivat, että työnantaja-asiakkaiden palvelut pystytään turvaamaan useammin hyvin kuin henkilöasiakkaiden palvelut. Huomattavaa on myös että ero henkilöasiakkaiden ja työnantaja-asiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksissa hyväksi arvioinneissa on edellisvuodesta kasvanut työnantaja-asiakkaiden hyväksi.



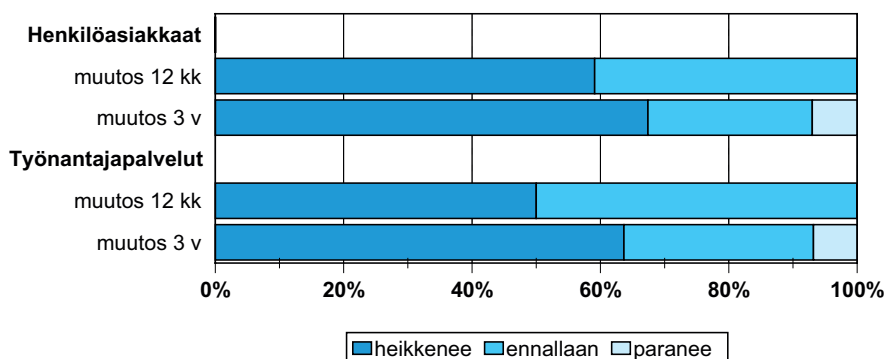
KUVIO 20. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajien arviot mahdollisuuksista turvata TE-toimiston henkilöasiakkaiden ja työnantaja-asiakkaiden palvelut alueellaan nykyisillä voimavaroilla vuosilta 2010–2012 sekä ennakoinnit 12 kuukauden ja kolmen vuoden päähän vastaushetkestä. Ylimpänä kuviossa työvoimatoimistojen johtajien arviot työhallinnon palvelujen turvaamismahdollisuuksista 1997–2009 (silloiset työvoimatoimistot) käytettävissä olevin resurssein.

TE-palvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin 12 kuukauden ja kolmen vuoden kuluttua

Mikäli tarkastellaan TE-toimistojen johtajien arviointia palvelujen turvaamismahdollisuuksista 12 kuukauden ja kolmen vuoden kuluttua, tilanne näyttää huolestuttavalta sekä henkilöasiakkaiden että työnantaja-asiakkaiden kohdalla. Eri-tyisen huolestuttavalta tilanne näyttää henkilöasiakkaiden kannalta, sillä 12 kuukauden kuluttua henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuudet arvioi hyväksi enää 16 prosenttia (7 vastaajaa) ja kolmen vuoden kuluttua yhdeksän prosenttia (4 vastaajaa) vastaajista. (Ks. edellinen kuvio.) Vastaajista 34 prosenttia arvioi, että työnantajapalvelut voidaan turvata hyvin 12 kuukauden kuluttua ja kolmen vuoden kuluttua näin arvioi enää 23 prosenttia vastaajista.

Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin sitä, miten TE-toimistojen johtajien arviot nykyisistä mahdollisuuksista turvata alueen asukkaiden tarvitsemat TE-toimiston palvelut suhteutuvat arvioihin 12 kuukauden kuluttua. Seuraavan kuvion avulla voidaan verrata TE-toimistojen johtajien antamia arvioita henkilöasiakkaiden

ja työnantajapalveluiden turvaamismahdollisuuksista nykyhetken ja ennakoarvion 12 kuukauden sekä kolmen vuoden välillä.



KUVIO 21. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajien arviot mahdollisuuksista turvata TE-toimiston henkilöasiakkaiden ja työnantaja-asiakkaiden palvelut alueellaan nykyisillä voimavaroilla. Tilannearvion (2012) ja ennakkointien (12 kuukauden kuluttua ja 3 vuoden kuluttua) vertailu.

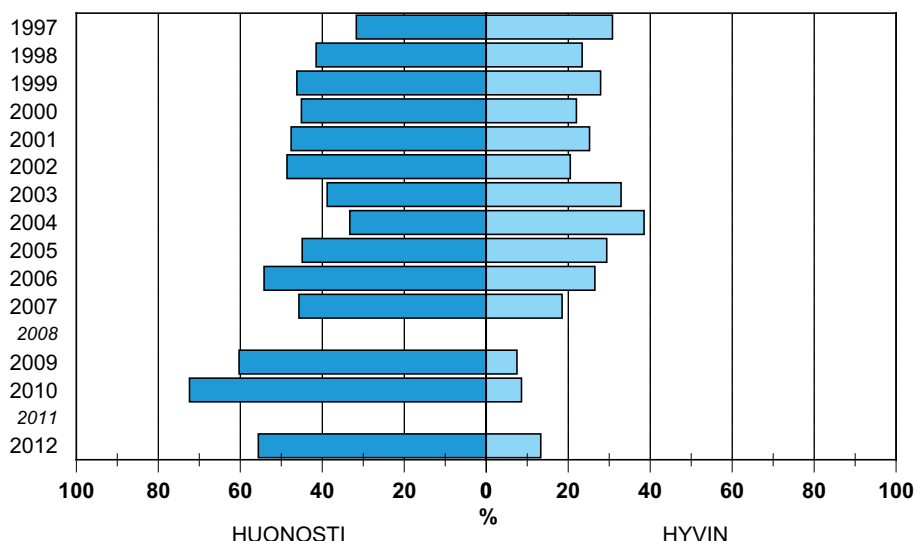
TE-toimistojen johtajista yli puolet (59 %) arvioi, että henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuudet heikkenevät 12 kuukauden kuluttua. Kolmen vuoden kuluttua yhä useampi vastaaja (67 %) näkee henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamisen heikkenevän alueellaan. Työnantajapalveluiden turvaamismahdollisuuksien 12 kuukauden kuluttua näkee heikkenevän puolet (50 %) vastaajista. Kuitenkin vielä useampi vastaajista (64 %) arvioi TE-toimistojen työnantajapalveluiden turvaamismahdollisuuksien heikkenevän kolmen vuoden kuluessa. Henkilö- tai työnantajapalvelujen turvaamismahdollisuuksien ei juuri arvioitu paranevan tulevaisuudessa.

TE-toimistojen henkilöstöresurssien riittävyys

TE-toimistojen johtajista ainoastaan 13 prosenttia arvioi henkilöstöresurssien riittävän hyvin toimiston kaikkien tehtävien hoitamiseen. Tulos on tarkasteluajanjakson kolmanneksi huonoin tulos, joskin hieman parempi kuin kahtena edellisinä tarkasteluvuosina 2009 ja 2010. Vastaajista jopa 56 prosenttia arvioi että henkilöstöresurssit riittävät toimiston tehtävien hoitamiseen huonosti ja 31 prosenttia arveli niiden riittävän kohtalaisesti tehtävien hoitamiseen.

TE-toimistojen nuorille suunnattujen toimenpiteiden ja toimintojen vastaaminen nuorten tarpeisiin

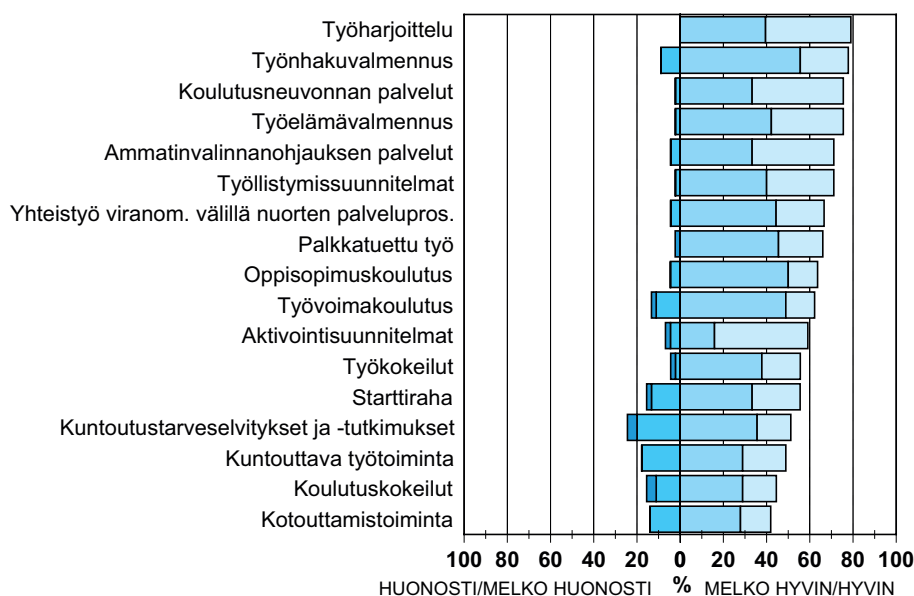
Tämän vuotisessa Sosiaalibarometrissä vastaajille esitettiin nuoriin suunnattuihin uusiin toimenpiteisiin (kuten yhteiskuntatakuuseen ja nuorten ohjaus- ja palveluverkostoon, ks. tarkemmin luku 6.) liittyviä kysymyksiä. Näiden uusien avausten ohella haluttiin tiedustella myös TE-toimistojen aiempaankin perus-



KUVIO 22. Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajien arviot henkilöstöresurssien riittävydestä kaikkien toimiston tehtävien hoitamiseen vuosilta 1997–2007, 2009–2010 ja 2012.

toimintaan liittyvien nuorille suunnattujen toimenpiteiden ja toimintojen vastaavuutta toiminta-alueen nuorten tarpeisiin.

Vastaajat ottivat kantaa 17-kohtaiseen kysymyspatteriin, jossa lueteltiin erilaisia toimintoja ja toimenpiteitä (ks. seuraava kuvio). Enemmistö TE-toimistojen johtajista katsoi kaikkien näiden nuorille suunnattujen toimintojen vastaavan alueensa nuorten tarpeisiin vähintään kohtalaisesti.



KUVIO 23. Nuorille suunnattujen toimenpiteiden ja toimintojen vastaaminen toiminta-alueen nuorten tarpeisiin TE-toimistojen johtajien mukaan.

Kaikilla kysytyillä osa-alueilla vähintään 40 prosenttia TE-toimistojen johtajista arvioi, että alueen nuorten tarpeisiin pystytään vastaamaan hyvin tai melko hyvin. Yli puolessa kysytyistä toiminnoista yli 60 prosenttia johtajista esittää saman arvon. Parhaiten nuorten tarpeisiin pystytään vastaamaan TE-toimistojen johtajien mukaan työharjoittelun, työnhakuvalmennuksen, koulutusneuvonnan ja työelämävalmennuksen keinoin.

Suurimmat pulmat näyttävät liittyvän kuntoutustarveselvitysten ja -tutkimusten tekemiseen, joiden näkee toteutuvan huonosti tai melko huonosti yli viidennes vastaajista. Useampi kuin joka kymmenes vastaajista näkee ongelmia kuntouttavassa työtoiminnassa, starttirahassa, koulutuskokeiluissa, kotouttamistoiminnassa ja työvoimakoulutuksessa.

4.2 Muutokset resursoinnissa

Tämän vuoden Sosiaalibarometrissa sosiaalijohtajilta tiedusteltiin, onko kyselyä koskevan vuoden (2012) talousarviossa vähennetty tai lisätty joidenkin sosiaalipalvelujen tai -etuuksien resursointia. Terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin onko kyselyä koskevan vuoden (2012) talousarviossa vähennetty tai lisätty joidenkin terveyspalvelujen resursointia. Muutoksia taloudellisessa resursoinnissa on tiedustelu sosiaalipalveluiden⁶ ja terveyspalveluiden⁷ osalta myös aiempina vuosina.

4.2.1 Muutokset sosiaalipalvelujen ja -etuuksien resursoinnissa

Vuoden 2012 talousarviota koskevassa kysymyspatteristossa oli mahdollista ottaa kantaa yhteensä 21 sosiaalipalvelua ja neljää sosiaalietuutta koskevaan kysymykseen resursoinnista siten, että vastaaja pystyi myös ilmoittamaan mikäli palvelu tai etuus ei kuulu sosiaalihuollon vastuulle vastaajan alueella. Kysytyt sosiaalipalvelut ja -etudet kuuluivat sosiaalihuollon vastuulle useimmissa sosiaalitoimissa. Useimmiten sosiaalihuollon vastuulle kysytyistä sosiaalipalveluista ei kuulunut esiopetus (40 % vastaajista), lasten päivähoido (34 %) ja velkaneuvonta (31 %),

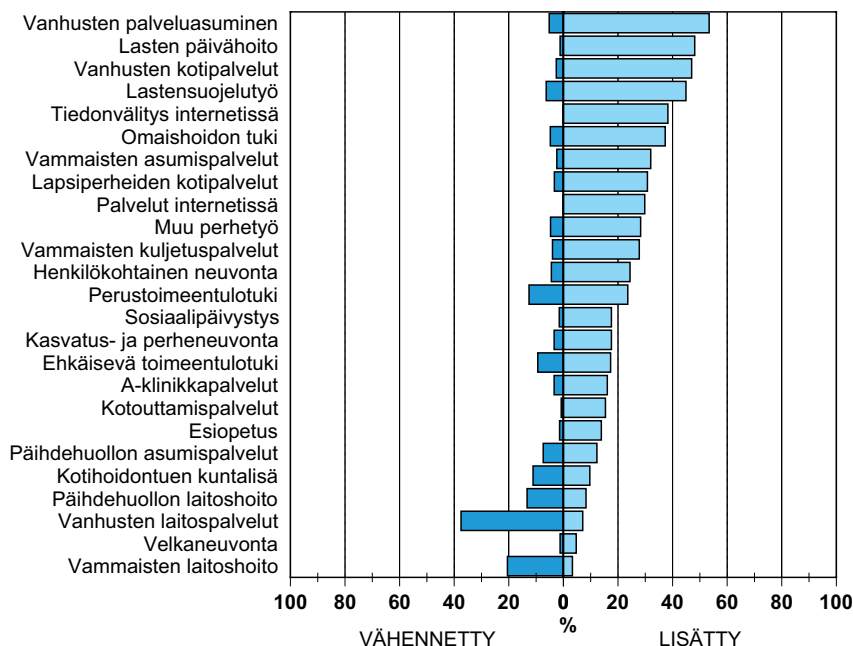
⁶ Edellisessä (vuoden 2011) Sosiaalibarometrissa asiaa tiedusteltiin hieman eri tavalla kysymällä sosiaalijohtajilta oliko vuonna 2010 karsittu sosiaalipalveluja tai -etuuksia ja oliko niihin suunnitteilla karsintoja vuodelle 2011. Tuolloin havaittiin, että suurimmassa osassa sosiaalitoimia ei ollut tehty karsintoja vuonna 2010 tai suunniteltu karsintoja vuodelle 2011. Tehdyt ja suunnitellut karsinnat kohdistuivat useimmiten sosiaalipalveluihin ja niistä avovastauksissa useimmiten esille nousivat koti- ja vanhushuoltopalvelut. Melko harva vastaaja ilmoitti tehdyistä tai suunnitelluista karsinnoista sosiaalietuuksissa. (Sosiaalibarometri 2011.) Vuoden 2007 Sosiaalibarometrissa tiedusteltiin miten sosiaalijohtajat arvioivat taloudellisten resurssien kehittyvän vuonna 2007. Tuolloin taloudellisten resurssien ennakoitiin pysyvän pääosin ennallaan ja niiden nähtiin useammin lisääntyvän kuin vähentyvän. Resurssien nähtiin lisääntyvän eniten vanhusten palveluissa ja päivähoidossa. (Sosiaalibarometri 2007.)

⁷ Terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin vuoden 2011 Sosiaalibarometrissa oliko vuonna 2010 karsittu terveyskeskuksen toiminta-alueen asukkailla tarjottavien perusterveydenhuollon palveluja ja oliko niihin suunnitteilla karsintoja vuodelle 2011. Tuolloin havaittiin, että suurimmassa osassa terveyskeskuksia ei ollut tehty karsintoja vuonna 2010 tai suunniteltu karsintoja vuodelle 2011. (Sosiaalibarometri 2011.) Vuoden 2007 Sosiaalibarometrissa tiedusteltiin miten terveyskeskusjohtajat arvioivat taloudellisten resurssien kehittyvän vuonna 2007. Taloudellisten resurssien nähtiin tuolloin useimmin lisääntyvän kuin vähenevän sairaan/terveydenhoitajan vastaanottotoiminnassa, suun terveydenhuollossa, terveyskeskuksen vuodeosastohoidossa, fysioterapiapalveluissa ja kotisairaanhoidossa. (Sosiaalibarometri 2007.)

palvelut internetissä (17 %) ja vanhusten laitospalvelut (11 %). Kysytyistä sosiaali-etuuksista sosiaalihuollon vastuulle ei useimmiten kuulu kotihoidontuen kuntalisä (40 % vastaajista), mikä johtunee siitä, että näiden vastaajien alueilla ei makseta kotihoidon tuen kuntalisää lainkaan. (Liite 4.13.)

Kaikkien niiden vastausten perusteella, joissa sosiaalipalvelujen tai -etuuksien ilmoitettiin kuuluvan sosiaalihuollon vastuulle, resursointi on useimmin säilynyt ennallaan ja sitä on kaiken kaikkiaan useammin lisätty kuin vähennetty.

Useimmin vuoden 2012 talousarvioissa on lisätty vanhuksiin ja lapsiin liittyvien sosiaalipalveluiden resursointia, joita tulosten mukaisessa suuruusjärjestyksessä ovat vanhusten palveluasumisen (53 % vastaajista), lasten päivähoiton (48 %), vanhusten kotipalvelun (47 %) ja lastensuojelutyön (45 %) resursointi. Kiinnostavaa on myös että resursointia tiedonvälitykseen (38 %) ja palveluihin internetissä (30 %) on lisätty melko usein, mutta kukaan ei raportoinut että resursointia niistä olisi vähennetty.



KUVIO 24. Sosiaalijohtajien vastaukset siitä, onko vuoden 2012 talousarviossa vähennetty tai lisätty joitakin alueen asukkaille tarjottavien sosiaalipalvelujen tai -etuuksien resursointia.

Edellä mainituissa sosiaalipalveluissa, joissa resursointia on useimmin lisätty, se on pääasiassa tapahtunut asukasluvultaan suurilla alueilla. Lasten päivähoito on ainoa poikkeus, sillä siinä resursointia on lisätty lähes yhtä paljon asukasluvultaan erikokoisilla alueilla. (Liite 4.14.)

Vuoden 2012 talousarvioissa sosiaalipalveluissa on useimmin vähennetty resursointia eri väestöryhmien laitospalveluista, kuten vanhusten laitospalveluista (38 % vastaajista), vammaisten laitoshoidosta (21 %) ja päihdehuollon laitoshoidosta (13 %). Resursointia näihin laitospalveluihin on myös harvimmin lisätty. Vastaavasti

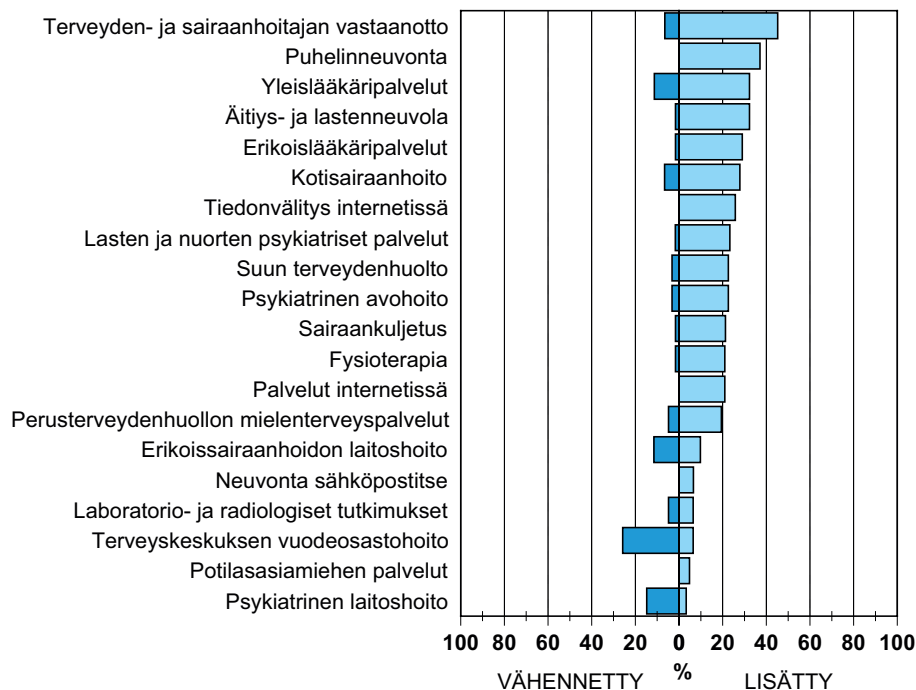
vanhusten, vammaisten ja päihdehuollon asiakkaiden avopalveluiden resursointia on lisätty enemmän kuin näiden ryhmien laitospalveluita. Lisäyksiä on tehty paljon jo edellä mainituissa vanhusten palveluasumisissa, vanhusten kotipalveluissa, vammaisten asumispalveluissa ja jonkun verran myös A-klinikkapalveluissa.

Sosiaalietuuksista resursointia on useimmiten vähennetty perustoimeentulotuesta (13 % vastaajista), kotihoidontuen kuntalisästä (11 %) ja ehkäisevästä toimeentulotuesta (9 %).

Vanhusten laitospalveluissa, vammaisten laitoshoidossa ja kotihoidontuen kuntalisän osalta resursointia on useimmin vähennetty asukasluvultaan suurilla alueilla. Päihdehuollon laitoshoidossa resursointia on hieman useimmin vähennetty asukasluvultaan keskikokoisilla ja suurilla alueilla. Perustoimeentulotuen ja ehkäisevän toimeentulotuen osalta resursointia on hieman useimmin vähennetty asukasluvultaan keskikokoisilla ja pienillä alueilla. (Liite 4.15.)

4.2.2 Muutokset terveyspalvelujen resursoinnissa

Vuoden 2012 talousarviota koskevassa resursointia selvittävässä kysymyspatteristossa oli mahdollista vastata yhteensä 20:een terveyspalvelua koskevaan kysymykseen. Kuten sosiaalipalveluidenkin kohdalla, myös terveyspalveluissa resursointi on useimmin säilynyt ennallaan ja sitä on kaiken kaikkiaan useammin lisätty kuin vähennetty. Resursseja on vähennetty hieman harvemmin terveyspalveluissa kuin sosiaalipalveluissa.



KUVIO 25. Terveyskeskusten johtajien vastaukset siitä, onko vuoden 2012 talousarviossa vähennetty tai lisätty alueen asukkaille tarjottavien terveyspalvelujen resursointia.

Useimmin vuoden 2012 talousarvioissa on lisätty resursointia terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanottoihin (45 % vastauksista), puhelinneuvontaan (37 %), yleislääkäripalveluihin (32 %), äitiys- ja lastenneuvolapalveluihin (32 %), erikoislääkäripalveluihin (29 %) ja kotisairaanhoidon (28 %).

Kiinnostavaa on myös, että resursointia on lisätty jonkin verran tiedonvälitykseen (26 % vastauksista) ja palveluihin internetissä (21 %) sekä neuvontaan sähköpostitse (7 %) ja aiemmin mainittuun puhelinneuvontaan melko paljonkin, mutta kukaan vastaajista ei raportoinut että resursointia niissä olisi vähennetty.

Yleislääkäripalveluissa, äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa ja kotisairaanhoidossa resursointia on useimmin lisätty asukasluvultaan suurilla alueilla. Internetin välityksellä tapahtuvan tiedonvälityksen ja palveluiden, puhelinneuvonnan sekä sähköpostineuvonnan osalta resursointia on niin ikään lisätty useimmin asukasluvultaan suurilla alueilla. Terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanotossa sekä erikoislääkäripalveluissa resursointia on lisätty useimmin asukasluvultaan suurilla ja keskikokoisilla alueilla. (Liite 4.16.)

Vuoden 2012 talousarvioissa terveystalouden resursointia ylipäänsä on vähennetty melko harvoin. Useimmin on vähennetty resursointia erilaisista laitospalveluista, kuten terveyskeskusten vuodeosastohoidosta (26 % vastauksista), psykiatrisesta laitoshoidosta (15 %) ja erikoissairaanhoidon laitoshoidosta (12 %). Vähennysten kohteeksi joutuneisiin laitospalveluihin on tehty myös harvoin resursoinnin lisäyksiä. Vähennyksiä on tehty jonkun verran myös yleislääkäripalveluista (11 % vastauksista). Resursoinnin vähentämistä on tehty useimmin asukasluvultaan suurimmilla alueilla. (Liite 4.17.)

4.3 Alibudjetointi

Palvelujen tietoisella alibudjetoinnilla tarkoitetaan tilannetta, jossa talousarviossa varataan jo ennalta tiedettyjä todellisia menoja vähemmän määrärahoja toiminoille. Kyse on siis tilanteesta, jossa budjetoidut määrärahat tiedetään jo ennalta riittämättömiksi. Alibudjetoinnin voidaan nähdä sekä pakottavan karsimaan palveluja että siirtämään palveluinvestointeja tulevaisuuteen.

Sosiaalitoimeen kohdistuvaa tietoisien alibudjetoinnin käyttöä tiedusteltiin sosiaalijohdolta sekä lautakuntien puheenjohtajilta ja terveystalouden palveluihin kohdistuvaa tietoisien alibudjetoinnin käyttöä terveyskeskusten johtajilta. Sosiaalitoimen alibudjetointia on tarkasteltu Sosiaalibarometreissä aiemmin vuodenvaihteissa 2006–2007, 2007–2008 ja 2010–2011 ja terveystalouden palveluiden alibudjetointia vuodenvaihteissa 2007–2008 ja 2010–2011 (Sosiaalibarometri 2007; 2008; 2011).

4.3.1 Sosiaalipalvelujen alibudjetointi

Vuodenvaihteessa 2006–2007 alibudjetointi koskettti 28 prosenttia ja vuodenvaihteessa 2007–2008 29 prosenttia sosiaalitoimista. Vuodenvaihteessa 2010–2011

alibudjetointi kosketti enää 20 prosenttia sosiaalitoimista. (Sosiaalibarometri 2007; 2008; 2011.) Vuoden 2012 alussa sekä sosiaalijohdosta että lautakuntien puheenjohtajista 21 prosenttia kertoi alueellaan tehdyn tietoista alibudjetointia. Tietoista alibudjetointia on siis tehty sosiaalitoimessa kaikkina tutkimusvuosina, mutta se näyttää olleen hieman yleisempää aiempina vuosina (vuodenvaihteet 2006–2007 ja 2007–2008) kuin vuodenvaihteissa 2010–2011 ja 2011–2012.

Sosiaalijohtajat vastasivat alibudjetointia tehdyn useimmin asukasluvultaan keskikokoisilla alueilla (38 % vastaajista). Seuraavaksi eniten alibudjetointia vastattiin tehdyn asukasluvultaan suurilla alueilla (22 % vastaajista). Harvimminkin alibudjetointia vastattiin tehdyn asukasluvultaan pienillä alueilla (10 % vastaajista). Lautakuntien puheenjohtajat vastasivat alibudjetointia tehdyn useimmin asukasluvultaan suurilla alueilla (41 % vastaajista). Asukasluvultaan keskikokoisia alueita edustavista lautakuntien puheenjohtajista 21 prosenttia vastasi alueella tehdyn alibudjetointia. Harvimminkin myös lautakuntien puheenjohtajien vastausten perusteella alibudjetointia on tehty asukasluvultaan pienillä alueilla (15 % vastaajista). (Liite 4.18.)

Vastaajilta pyydettiin myös arviota siitä, mihin sosiaalitoimen palveluihin alibudjetointi vaikuttaa eniten. Sosiaalijohtajien vastausten perusteella alibudjetointi vaikuttaa eniten lastensuojeluun, vammaispalveluihin ja kehitysvammanhuoltoon sekä toimeentulotukeen. Seuraavaksi eniten annettujen avovastausten perusteella alibudjetointi vaikuttaa vanhustenhuoltoon, tiukkeneviin raameihin, asumispalveluihin ja toisaalta sen nähtiin vaikuttavan kaikkiin palveluihin vähän.⁸ Lautakuntien puheenjohtajien vastausten perusteella alibudjetointi vaikuttaa selkeästi kaikista eniten vanhustenhuoltoon. Seuraavaksi eniten se vaikuttaa annettujen avovastausten perusteella vammaispalveluihin ja kehitysvammanhuoltoon, lastensuojeluun, kaikkiin palveluihin vähän, palkkoihin ja sijaisten hankkimiseen sekä erikoissairaanhoidon.⁹

⁸ Yksittäisinä sosiaalitoimen alibudjetoinnin kohteina sosiaalijohtajien vastauksissa mainittiin aikuis-sosiaalityö, kasvatusta- ja perheneuvola, perhetyö, kouluterveydenhuolto, terveydenhuolto, päihde- ja mielenterveyspalvelut, palkat ja sijaiset sekä päivähoido.

⁹ Yksittäisinä sosiaalitoimen alibudjetoinnin kohteina lautakuntien puheenjohtajien vastauksissa mainittiin asumispalvelut, perhetyö, toimeentulotuki, päihde- ja mielenterveyspalvelut, kotihoito, työpajatoiminta, lapset, omaishoito, ehkäisevä työ ja perusterveydenhuolto.

TAULUKKO 4. Sosiaalihoitajien ja lautakuntien puheenjohtajien vastaukset siitä, mihin palveluihin vuodelle 2012 tehty tietoinen alibudjetointi vaikuttaa eniten.

	% vastanneista	% maininnoista
Sosiaalihoitajat (n = 28)		
Lastensuojelu	21	16
Vammaispalvelut, kehitysvammahuolto	21	16
Toimeentulotuki	21	16
Vanhustenhuolto	14	11
Tiukat raamit	11	8
Asumispalvelut	11	8
Kaikkiin vähän	7	5
Lautakuntien puheenjohtajat (n = 27)		
Vanhustenhuolto	33	27
Vammaispalvelut	15	12
Lastensuojelu	11	9
Kaikkiin vähän	11	9
Palkat, sijaiset	7	6
Erikoissairaanhoido	7	6

4.3.2 Terveyspalvelujen alibudjetointi

Vuodenvaihteessa 2007–2008 alibudjetointi kosketi 24 prosenttia ja vuodenvaihteessa 2010–2011 32 prosenttia terveyspalveluita (Sosiaalibarometri 2008; 2011). Vuoden 2012 alussa terveyskeskusten johtajista 28 prosenttia kertoi alueellaan tehdyn tietoista alibudjetointia. Tietoista alibudjetointia on siis tehty terveystoimessa kaikkina tutkimusvuosina ja se näyttää hieman lisääntyneen vuodenvaihteesta 2007–2008 vuodenvaihteisiin 2010–2011 ja 2011–2012. Alibudjetointi näyttää myös koskettavan hieman useammin terveyspalveluja kuin sosiaalitoimea.

Terveyspalvelujen alibudjetointia vastattiin tehdyn useimmin asukasluvultaan keskikokoisilla alueilla, joita edustavista vastaajista 35 prosenttia ilmoitti tehdystä alibudjetoinnista vuodelle 2012. Asukasluvultaan suuria alueita edustavista terveyskeskusjohtajista lähes yhtä moni, 32 prosenttia, ilmoitti tehdystä alibudjetoinnista vuodelle 2012. Asukasluvultaan pienillä alueilla huomattavasti harvempi vastaajista (8 %) kertoi tehdyn alibudjetointia. (Liite 4.19.)

Terveyskeskusten johtajilta pyydettiin myös arviota siitä, mihin terveyspalveluihin alibudjetointi vaikuttaa eniten. Annettujen avovastausten perusteella alibudjetointi vaikuttaa eniten henkilöstön palkkaamiseen ja sijaisten hankkimiseen, erikoissairaanhoidon sekä vastaanottotoimintaan. Seuraavaksi eniten alibudjetoinnin kerrottiin vaikuttavan vanhustenhuoltoon sekä laboratorio- ja röntgenpalveluihin.¹⁰

¹⁰ Yksittäisinä terveystoimen alibudjetoinnin kohteina vastauksissa mainittiin koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, päihde- ja mielenterveyspalvelut, lääkinnällinen kuntoutus, neuvola, päivystys, palvelut ja tarvikkeet, suun terveydenhuolto sekä vuodeosasto.

TAULUKKO 5. Terveyskeskusjohtajien vastaukset siitä, mihin palveluihin vuodelle 2012 tehty tietoinen alibudjetointi vaikuttaa eniten (n = 17).

	% vastanneista	% maininnoista
Henkilöstön palkkaaminen, sijaiset	24	17
Erikosairaanhoido	24	17
Vastaanottotoiminta	24	17
Vanhustenhuolto	12	8
Laboratio- ja röntgenpalvelut	12	8

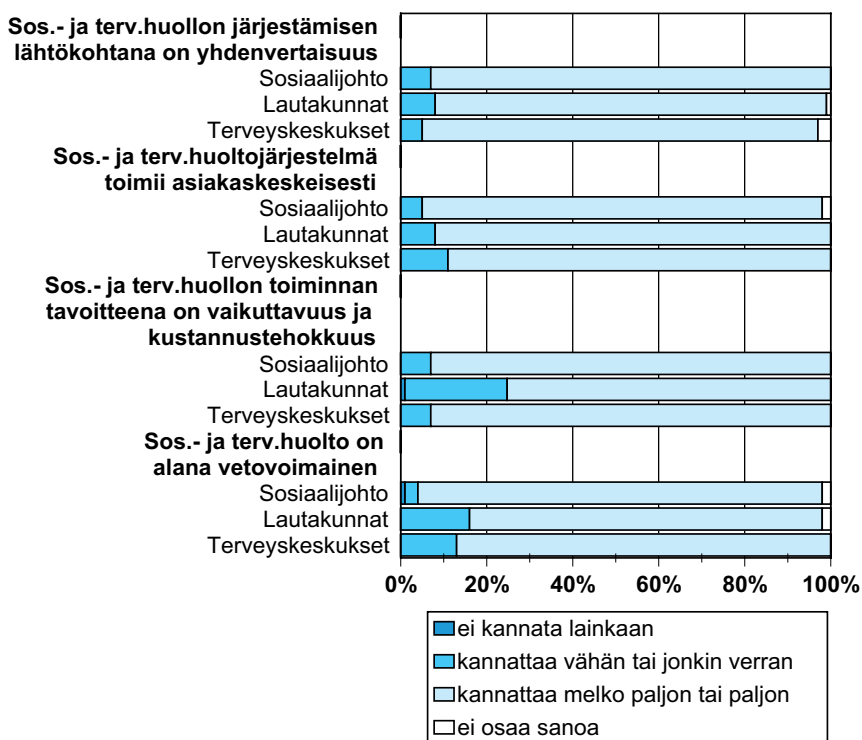
5 Sosiaali- ja terveyspalvelut muutoksessa

5.1 Arviot tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjauksista

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2009 työryhmän valmistelemaan Paras-hankkeen jatkotoimenpiteitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä. Työryhmän tehtäväksi tuli antaa tulevan hallituksen poliitisten linjausten tekemisen tueksi asiantuntija-arvio niistä periaatteista, jotka tulisi ottaa jatkovalmistelussa huomioon ja tehdä myös ehdotus uudesta rakenteesta. Työryhmä laati neljä tavoitelinjausta, yhdeksän rakennelinjausta sekä viisi rahoitusta koskevaa linjausta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tulevien rakenteiden perustaksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Sosiaalijohtajia, lautakuntien puheenjohtajia ja terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan, missä määrin he kannattavat työryhmän muotoilemien tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjausten toimimista sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjana.

Tavoitelinjaukset

Kaikki työryhmän tavoitelinjaukset arvioidaan varsin käyttökelpoisiksi, sillä selvä enemmistö vastaajista kannattaa niiden toimimista lainsäädännön uudistamisen pohjana vähintään melko paljon. Yhdenvertaisuus ja asiakaskeskeisyys ovat kaikkein yksimielisimmän eri vastaajaryhmissä kannatetut tavoitelinjaukset. Noin yhdeksän kymmenestä (91–93 %) kannattaa melko paljon tai paljon yhdenvertaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana ja suunnilleen yhtä suuri osa (89–93 %) sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän asiakaskeskeistä toimintaa. Vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden suhteen arviot vaihtelevat hieman enemmän, sillä niitä kannattaa tavoitelinjauksiksi vähintään melko paljon 93 prosenttia sosiaalijohtajista ja terveyskeskusten johtajista, mutta vain 76 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista. Sosiaali- ja terveydenhuollon alan vetovoimaisuutta kannattaa tavoitelinjauksena melko paljon tai paljon 94 prosenttia sosiaalijohtajista, 87 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 82 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista.



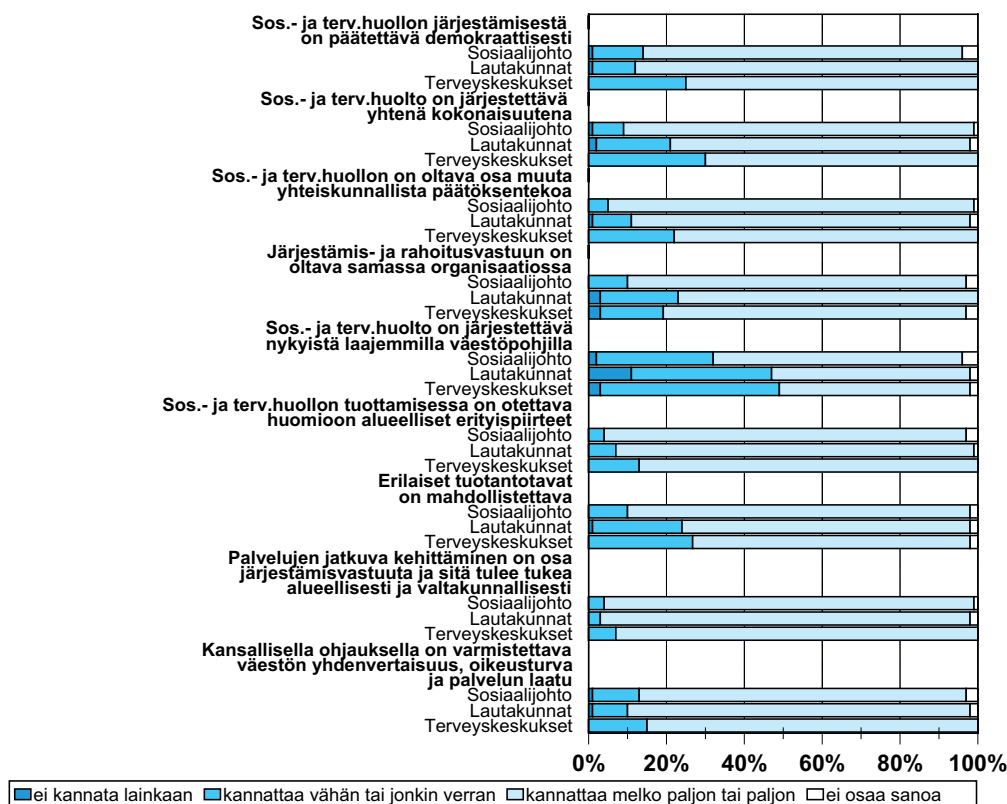
KUVIO 26. Arviot eri tavoitelinjausten toimimisesta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjana.

Tarkasteltaessa arvioita vastaajien kunnan/yhteistoiminta-alueen asukasmäärän mukaan, havaitaan merkittäviä eroja vain näkemyksissä vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden sopivuudesta tavoitelinjaukseksi. Asukasmäärältään suurien alueiden vastaajien arviot ovat myönteisempiä kuin pienempien. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista 94 prosenttia, mutta alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista runsas kolme neljäsosaa (77 %) kannattaa melko paljon tai paljon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana (liite 5.1).

Rakennelinjaukset

Vastaajat pitävät myös lähes kaikkia arvioitavana olleita rakennelinjauksia varsin sopivina lainsäädännön uudistamisen pohjana käytettäväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen nykyistä laajempia väestöpohjia lukuun ottamatta kaikkia rakennelinjauksia kannattaa vähintään melko paljon selkeä enemmistö (70–95 %) kaikkien vastaajaryhmien edustajista. Laajempien väestöpohjien käyttöä linjauksena kannattaa melko paljon tai paljon lähes kaksi kolmesta (64 %) sosiaalijohtajasta, mutta vain noin joka toinen (49–51 %) terveyskeskuksen johtaja ja lautakunnan puheenjohtaja. Lautakunnan puheenjohtajista 11 prosenttia ei kannata nykyistä laajempien väestöpohjien käyttöä rakennelinjauksena lainkaan.

Palvelujen jatkuva kehittäminen osana järjestämisvastuuta ja sen tukeminen alueellisesti ja valtakunnallisesti saa kaikkein yksimielisimmän kannatuksen lainsäädännön uudistamisen pohjana toimivaksi rakennelinjaukseksi. Sitä kannattaa vähintään melko paljon yli yhdeksän kymmenestä (93–95 %) kunkin vastaajaryhmän edustajasta. Myös alueellisten erityispiirteiden huomioonottamista sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamisessa kannattaa melko paljon tai paljon noin yhdeksän kymmenestä (87–93 %) vastaajasta. Yhdenvertaisuuden, oikeusturvan ja palvelun laadun varmistaminen kansallisella ohjauksella on myös linjaus, jonka sopivuudesta vastaajat ovat varsin yksimielisiä, sillä sitä kannattaa melko paljon tai paljon 84–88 prosenttia eri vastaajaryhmistä.



KUVIO 27. Arviot eri rakennelinjausten toimimisesta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjana.

Muista kysytyistä rakennelinjauksista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa demokraattista päättämistä pitävät tärkeänä etenkin lautakuntien puheenjohtajat, sillä 88 prosenttia heistä kannattaa vähintään melko paljon sen käyttöä lainsäädännön uudistamisessa. Sosiaalijohto puolestaan arvioi hieman muita vastaajaryhmiä keskeisemmiksi linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä yhtenä kokonaisuutena, järjestämis- ja rahoitusvastuun olemisesta

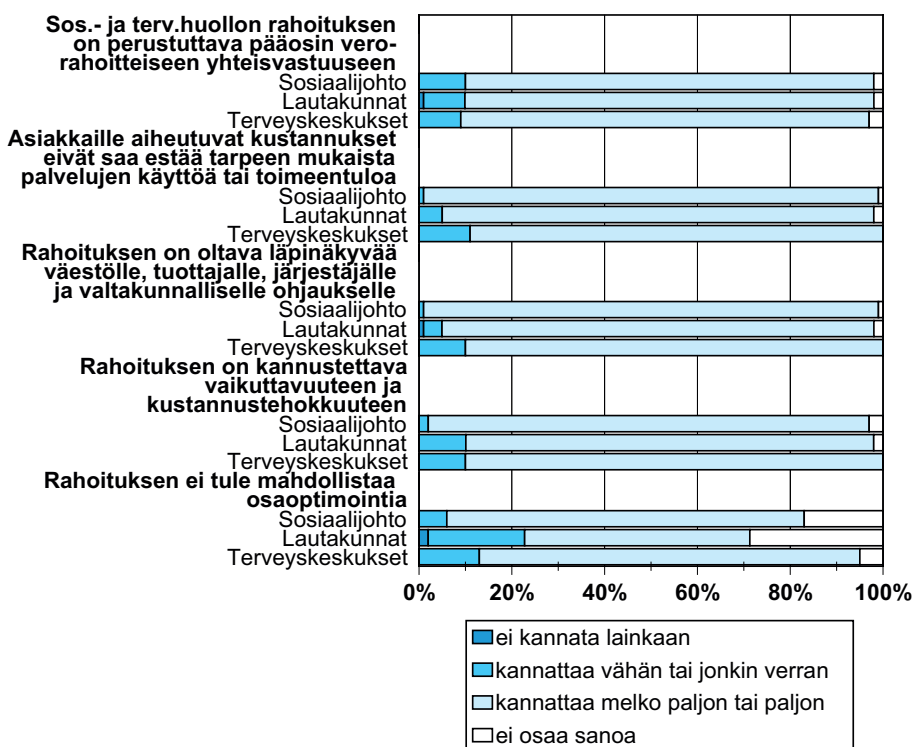
samassa organisaatiossa, sosiaali- ja terveydenhuollon olemisesta osa muuta yhteiskunnallista päätöksentekoa sekä erilaisten tuotantotapojen mahdollistamisesta.

Asukasmäärältään erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden vastaajien näkemykset rakennelinjauksista eroavat toisistaan merkittävästi vain arvioitaessa tarvetta laajemmalle väestöpohjalle palveluissa. Etenkin suurimmilla alueilla suhtaudutaan myönteisesti nykyistä laajempiin väestöpohjiin sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista lähes kolme neljästä (73 %) ja pienempien alueiden vastaajista noin puolet (51 %) kannattaa linjausta melko paljon tai paljon (liite 5.1).

Rahoituslinjaukset

Edellä tarkasteltujen tavoite- ja rakennelinjausten tapaan vastaajat pitivät myös kaikkia arvioitavana olleita rahoituslinjauksia hyvin käyttökelpoisina sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjaksi. Rahoituksen perustamista pääosin verorahoitteiseen yhteisvastuuseen kannattaa linjauksena kaikista vastaajaryhmistä lähes yhdeksän kymmenestä (88–89 %) vastaajasta. Kriteireitä, että asiakkaalle aiheutuvat kustannukset eivät saa estää tarpeen mukaista palvelujen käyttöä tai toimeentuloa ja että rahoituksen on oltava läpinäkyvää väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle, kannattavat melko paljon tai paljon lähes kaikki (98 %) sosiaalijohtajat ja noin yhdeksän kymmenestä (89–94 %) muiden vastaajaryhmien edustajista. 95 prosenttia sosiaalijohtajista, 90 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 87 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista kannattaa vähintään melko paljon linjausta, että rahoituksen on kannustettava vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen.

Osaoptimoinnin mahdollisuuden ehkäiseminen rahoituksessa on ollut vaikein arvioitava kriteeri, sillä sen sopivuuteen ei ole osannut ottaa lainkaan kantaa vastaajaryhmästä riippuen 5–29 prosenttia vastaajista. Kuitenkin selkeä enemmistö terveyskeskusten johtajista (82 %) ja sosiaalijohtajista (77 %) ja noin puolet (49 %) lautakuntien puheenjohtajistakin kannattaa melko paljon tai paljon sen käyttöä rahoituslinjauksena. Etenkin asukasmäärältään pienimpiä alueita edustavien vastaajien on ollut vaikeinta arvioida asiaa ja toisaalta suurimmilla alueilla kriteerin käyttöön suhtaudutaan myönteisimmin. Alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista kolmasosa (34 %) ei ole osannut ottaa kantaa osaoptimoinnin mahdollisuuden ehkäisyyn ja vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista 90 prosenttia kannattaa melko paljon tai paljon sen käyttöä rahoituslinjauksena (liite 5.1).



KUVIO 28. Arviot eri rahoituslinjausten toimimisesta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjana.

5.2 Kunta- ja palvelurakenteen muutokset

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa on asetettu tavoitteeksi kattava vahvoihin peruskuntiin perustuva kunta- ja palvelurakennemuutos koko maassa. Uudistuksen myötä tarkoitus on parantaa hallinnon rakenteita sekä kuntien tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Hallituksen linjauksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden ja niiden rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia. (Valtioneuvoston kanslia 2011.)

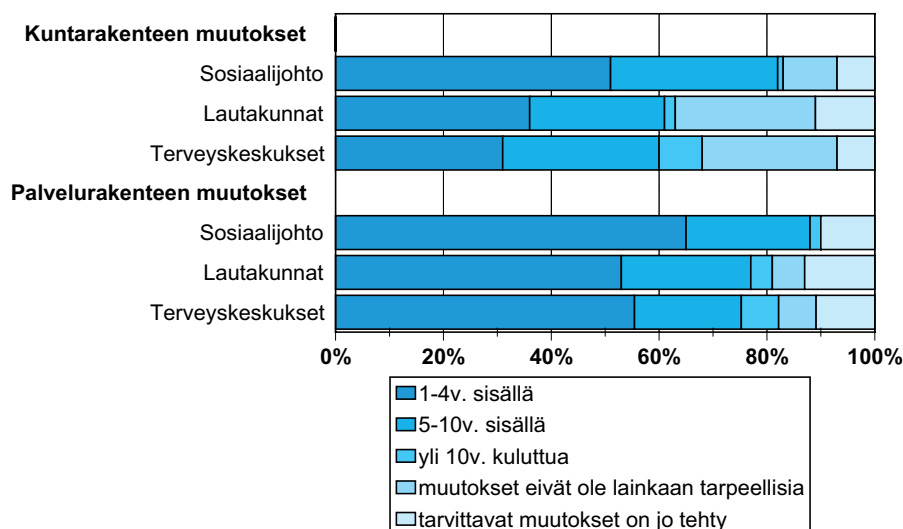
Arviot muutosten aikataulusta

Sosiaalijohtajilta, lautakuntien puheenjohtajilta ja terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin, millä aikavälillä he arvioivat kunta- ja palvelurakenteen muutosten olevan tarpeellisia alueellaan. Kaikissa vastaajaryhmissä palvelurakenteen muutoksia pidetään tarpeellisempina ja kiireellisempinä kuin kuntarakenteen muutoksia.

Noin joka toinen (49 %) sosiaalijohtaja ja noin joka kolmas lautakunnan puheenjohtaja (36 %) ja terveyskeskuksen johtaja (31 %) pitää kuntarakenteen muutoksia

1–4 vuoden kuluessa tarpeellisenä alueellaan. 5–10 vuoden sisällä muutosta pitää tarpeellisenä 25–31 prosenttia eri vastaajaryhmien edustajista. Joka neljäs lautakunnan puheenjohtaja ja terveyskeskuksen johtaja sekä joka kymmenes sosiaalijohtaja ei näe alueellaan lainkaan tarvetta kuntarakenteen muutokseen. Joka kymmenes lautakunnan puheenjohtaja ja seitsemän prosenttia sosiaalijohtajista ja terveyskeskusten johtajista arvioi, että alueella tarvittavat muutokset on jo ehditty toteuttaa.

Noin kaksi kolmesta (65 %) sosiaalijohtajasta ja yli puolet terveyskeskusten johtajista (56 %) ja lautakuntien puheenjohtajista (53 %) arvioi palvelurakenteen muutokset tarpeelliseksi alueellaan 1–4 vuoden sisällä. Vastaajaryhmästä riippuen 20–24 prosentin mielestä sopiva muutoksen aikataulu on 5–10 vuoden kuluessa. Palvelurakenteen muutosta tarpeettomana pitäviä on vain kuusi prosenttia lautakuntien puheenjohtajista ja seitsemän prosenttia terveyskeskusten johtajista. Yksikään sosiaalijohtaja ei pidä muutosta tarpeettomana. Tarvittavat palvelurakenteen muutokset arvioi alueellaan jo tehdyksi joka kahdeksas lautakunnan puheenjohtaja, joka yhdeksäs terveyskeskuksen johtaja ja joka kymmenes sosiaalijohtaja.

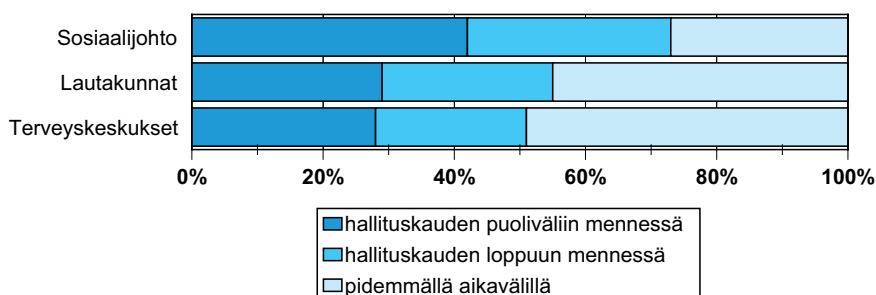


KUVIO 29. Arvio, milloin kunta- ja palvelurakenteen muutokset olisivat ajankohtaisia vastaajan alueella.

Kuntarakenteen muutoksia pidetään asukasmäärältään suurilla alueilla kiireellisempinä ja tarpeellisempina kuin pienillä. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista yli puolet (55 %), mutta alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista vain runsas kolmasosa (35 %) arvioi kuntarakenteen muutokset alueellaan tarpeelliseksi 1–4 vuoden sisällä. Yli viidesosa (22 %) alle 10 000 asukkaan alueita ja 16 prosenttia vähintään 30 000 asukkaan alueita edustavista vastaajista pitää muutoksia tarpeettomina (liite 5.2). Myös palvelurakenteen muutoksia pidetään asukas-

määrältään suurilla alueilla kiireellisempinä kuin pienillä. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista noin kaksi kolmasosaa (67 %), mutta alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista runsas puolet (55 %) arvioi palvelurakenteen muutokset alueellaan tarpeelliseksi 1–4 vuoden kuluessa.

Sosiaalihoitajat arvioivat valtakunnallisten linjausten ja sääntelyn kuntauudistuksesta kiireellisemmäksi kuin terveyskeskusten johtajat ja lautakuntien puheenjohtajat. Sosiaalihoitajista 42 prosenttia, mutta lautakuntien puheenjohtajista vain 29 prosenttia ja terveyskeskusten johtajista 28 prosenttia pitää tarpeellisenä toteuttaa ne hallituskauden puoliväliin eli vuoden 2013 kevääseen mennessä. Lähes puolet terveyskeskusten johtajista (49 %) ja lautakuntien puheenjohtajista (45 %), mutta vain runsas neljäsosa (27 %) sosiaalihoitajista arvioi riittäväksi kuntauudistuksen linjausten ja sääntelyn toteuttamisen hallituskautta pidemmällä aikavälillä.

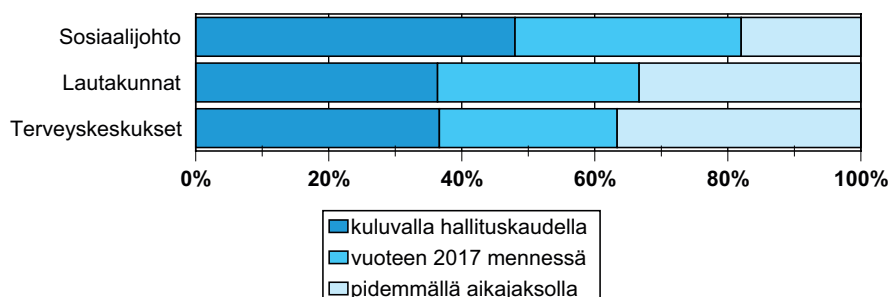


KUVIO 30. Arvio, kuinka nopeasti valtakunnalliset linjaukset ja sääntely kuntauudistuksesta tulisi toteuttaa.

Asukasmäärältään suurilla alueilla kuntauudistuksen toteuttamisaikataulua pidetään kiireellisempänä kuin pienillä. Lähes puolet (46 %) vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista ja vain 29 prosenttia alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista arvioi valtakunnalliset linjaukset ja sääntelyn kuntauudistuksesta tarpeelliseksi toteuttaa jo vuoden 2013 kevääseen mennessä. Alle 10 000 asukkaan alueita edustavista vastaajista 44 prosenttia ja vähintään 30 000 asukkaan alueita edustavista vastaajista 24 prosenttia pitää hallituskautta pitempää toteuttamisaikataulua riittävänä (liite 5.3).

Sosiaalihoitajat arvioivat myös tarpeen edetä paikallisella tasolla kuntauudistuksen toteuttamisessa kiireellisemmäksi kuin terveyskeskusten johtajat ja lautakuntien puheenjohtajat. Lähes puolet (48 %) sosiaalihoitajista, mutta vain runsas kolmasosa terveyskeskusten johtajista (37 %) ja lautakuntien puheenjohtajista (36 %) pitää tarpeellisenä edetä siinä jo kuluvalle hallituskaudelle. Sosiaalihoitajista 34 prosentin, lautakuntien puheenjohtajista 30 prosentin ja terveyskeskusten johtajista 27 prosentin mielestä kuntauudistuksen tulee edetä vuoteen 2017 mennessä. Sitä pidemmän aikavälin uudistuksen toteuttamiselle antaisi 37 prosenttia terveyskeskusten

johtajista, 33 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, mutta vain 18 prosenttia sosiaalijohtajista. Tulosta selittää se, että aikaisempien Sosiaalibarometrien mukaan erityisesti sosiaalipalvelut ovat pirstoutuneet Paras-hankkeen aikana.



KUVIO 31. Arvio, kuinka nopeasti paikallisella tasolla tulisi edetä kuntauudistuksen toteuttamisessa.

Sosiaalijohtajia, lautakuntien puheenjohtajia ja terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan, millaisia riskejä he näkevät toisaalta kuntauudistuksen nopeassa ja toisaalta hitaassa toteuttamisessa oman alueensa kannalta. Nopean toteuttamisen riskeinä vastaajat pitävät yleisimmin valmisteluajan puutetta, jolloin esimerkiksi kaikkien tahojen kuuleminen voi kärsiä sekä palvelujen saatavuuden heikkenemistä. Osassa kunnista on juuri tehty tai saatu käyntiin isoja mm. Paras-hankkeen liittyviä muutoksia, joita ei haluta heti aloittaa uudelleen. Myös taloudelliset seikat sekä henkilöstön jaksaminen koetaan ongelmana.

- ” Ajetaan rikki juuri Paras-hankkeessa luodut toiminnot.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Hosuen ei tule hyvää, asiakasnäkökulma unohtuu samoin mm. palvelujen saavutettavuus kun tavoitteena on vain kuntauudistus ??” (Lautakunnan puheenjohtaja)
- ” Ikääntyvä henkilökunta väsyä. Omat kuntaliitokset olivat alle viisi vuotta sitten ja vieläkin on sotkuja selvittävänä.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Hallinto edellä eteneminen eli palvelut unohtuvat ja keskitytään hallintoon. Henkilöstön uupuminen jatkuvissa muutoksissa.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Nykyisin hyvin toimiva ja taloudellisesti tehokas järjestelmä romuttuu ja kustannukset nousevat huolimatta palvelujen katoamisesta keskuksiin.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Palvelujen tuottamistapaan ei ehditä syventyä riittävän laajasti.” (Lautakunnan puheenjohtaja)
- ” Jatkuvat isot muutokset nielevät loputtomasti voimavaroja ja perustehtävät hämärtyvät.” (Terveyskeskusjohtaja)

Kuntauudistuksen hitaan toteuttamisen riskeinä vastaajat näkevät yleisimmin sen, että asiat pitkittyvät ja monimutkaistuvat ja uudistukset vaarantuvat. Myös talouden ja palvelujen järjestämisen ongelmia pidetään mahdollisina ja epävarmuuden myötä esimerkiksi työvoiman rekrytoinnin arvioidaan voivan vaikeutua.

- ” Asiat mutkistuvat ja vaikeutuvat.” (Sosiaalijohtaja)*
- ” Asia jäävät seisomaan mikäli nopeita ratkaisuja ei tule,hankaloittaa kehitystyötä, resurssien tarpeen määrittely vaikeaa. Kuntien yhteistyö hankaloituu.” (Terveyskeskusjohtaja)*
- ” Henkilöstöpula ja palveluiden tarve ehtivät pahentua.” (Lautakunnan puheenjohtaja)*
- ” Asiakkaat eivät saa heille kuuluvia palveluita, arvaamattomat palvelutarpeet suistavat rahoituspohjan raiteiltaan ja talouden romahdus saattaa leimata asiakaskuntaa.” (Sosiaalijohtaja)*
- ” Jos päätöksiä ei tehdä kohtuu ajassa, niin rahoitus palveluiden osalta huononee entisestään. ”Rakenteet on saatava kuntoon.” (Lautakunnan puheenjohtaja)*
- ” Epävarmuus ja epäselvyys kestää tarpeettoman kauan.” (Sosiaalijohtaja)*
- ” Epämääräinen tilanne on palvelurekenteiden kehittämisen kannalta epäedullista. Päätökset suuntaan tai toiseen tulisi tehdä kohtuullisessa ajassa.” (Terveyskeskusjohtaja)*

Arviot kuntauudistuksen pohjautumisesta vapaaehtoisuuteen

Sosiaalijohtajilta, lautakuntien puheenjohtajilta ja terveyskeskusten johtajilta kysyttiin heidän näkemystään siitä, tulisiko kuntauudistuksen pohjautua kuntien vapaaehtoisuuteen. Lisäksi vastaajia pyydettiin perustelemaan, miksi uudistuksen heidän mielestään pitäisi tai ei pitäisi perustua vapaaehtoisuuteen.

Selvä enemmistö kaikista vastaajaryhmistä kannattaa vapaaehtoisuutta kuntauudistuksen toteuttamisessa. Vapaaehtoisuuden kannalla on 75 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, 70 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 69 prosenttia sosiaalijohtajista. Etenkin asukasmäärältään pienillä alueilla vapaaehtoisuutta puolletaan vahvasti, sillä 79 prosenttia alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista ja 62 prosenttia vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista arvioi, että kuntauudistuksen pitäisi perustua vapaaehtoisuuteen.

Vastaajien yleisimmät perustelut vapaaehtoisuudelle ovat, että pakottaminen tuo ongelmia yhteistyöhön ja vapaaehtoisuus on parempi lähtökohta kuntien sitoutumisen ja motivaation kannalta. Vapaaehtoisuutta puoltavia näkemyksiä ovat myös, että kuntien arvioidaan tietävän parhaiten itselle sopivimmat ratkaisut ja että niiden itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa.

- ” Kunnissa on paljon osaamista ja luovuutta ja se saadaan parhaiten käyttöön vapaaehtoisuuden pohjalta. Yhteiset raamit ja pitkänajan tavoitteet tulee olla, mutta toteutus tulee miettiä kunnissa ja alueilla.” (Sosiaalijohtaja)*
- ” Kunnat sitoutuvat paremmin uudistukseen ja toimintojen kehittämiseen.” (Lautakunnan puheenjohtaja)*
- ” Luonnolliset asiointialueet yhteistyön pohjana, jotta yhteistyökin olisi luontevaa. Pakotettu yhteistyö ei kannu hedelmää.” (Terveyskeskusjohtaja)*
- ” Vain kunnissa tiedetään miten palvelut turvataa, pelkän tasapuolisuuden perusteella ei voida hyvien voivien kuntien asemaa heikentää.” (Lautakunnan puheenjohtaja)*
- ” Kunnille on itsemääräämisoikeus ja pakottamalla ei ole tullut aiemminkaan hyvää aikaiseksi.” (Sosiaalijohtaja)*

Kuntien vapaaehtoisuuteen pohjautuvan kuntauudistuksen vastustajat perustelevat mielipidettään yleisimmin sillä, että uudistus ei tule toteutumaan vapaaehtoisesti. Osa kunnista ei halua uudistuksia ja niiden toteuttamisen pelätään estyvän tai ainakin hidastuvan. Siksi uudistuksen nähdään vaativan ulkopuolista kokonaisnäkemystä ja ohjausta.

- “ Ei onnistu mikäli pikkukunnilta kysytään.” (Sosiaalihoitaja)
- “ Ei tule järkeviä kuntajakoja.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Vapaaehtoisuuden tie on jo kuljettu loppuun. Porkkanat on käytetty, eikä niillä tule riittävää tulosta.” (Lautakunnan puheenjohtaja)
- “ Vapaaehtoisuuden pohjalta ei tapahdu mitään/ ei ainakaan riittävästi.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Jonkinlaista pakkoa käytettävä, koska muuten liian hidasta.” (Sosiaalihoitaja)
- “ Hyvä ohjaus/vaatus ja neuvonta nopeuttaa uudistuksien toteuttamista ja kehitystä.” (Lautakunnan puheenjohtaja)
- “ Sitten niitä uudistuksia saadaan odotellakin.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Varsinkin pienet kunnat voivat itsemäärämisen puolustamisen kautta ajautua kestäättömään tilanteeseen ja asukkaat kärsivät!” (Sosiaalihoitaja)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismallit

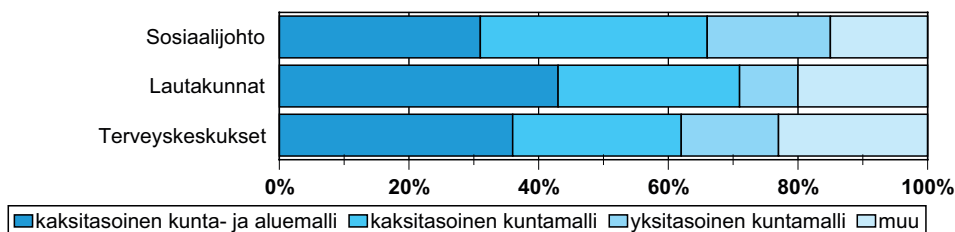
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytäntöjä koskevissa keskusteluissa on ollut mukana kolme eri vaihtoehtoa: kaksitasoinen kunta- ja aluemalli, kaksitasoinen kuntamalli sekä yksitasoinen kuntamalli.

Kaksitasoisessa kunta- ja aluemallissa kuntien muodostama alue tai suuri kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta ja erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Muista erityistason palveluista vastaisivat alueet ja suuret kunnat yhdessä. Perustasosta vastaavia kuntien muodostamia alueita tai suuria kuntia olisi yhteensä vajaasta 20:sta noin 50:een ja erityistasosta vastaavia alueita olisi viisi. Kaksitasoisessa kuntamallissa kunta olisi yksin järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta ja niistä erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueen kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Perustason palveluista vastaavia kuntia olisi yhteensä noin 30–50 ja erityistason palveluista vastaavia alueita viisi. Yksitasoisessa kuntamallissa kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta (ml. perustasosta ja erityistasosta). Perus- ja erityistason palvelujen järjestämisestä vastaavia kuntia olisi alle 20.

Sosiaali- ja terveysjohtajilta, lautakuntien puheenjohtajilta ja terveyskeskusjohtajilta tiedusteltiin, millä edellä kuvatuista malleista sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi heidän mielestään järjestää, vai olisiko jokin muu tapa sopivin. Lautakuntien puheenjohtajat ja terveyskeskusten johtajat kannattavat yleisimmin kaksitasoista kunta- ja aluemallia ja sosiaalihoito kaksitasoista kuntamallia. Kaksitasoista kunta- ja aluemallia pitää parhaana vajaa puolet (43 %) lautakuntien puheenjohtajista,

runsas kolmannes (36 %) terveyskeskusten johtajista ja alle kolmasosa (31 %) sosiaalijohtajista. Kaksitasoista kuntamallia kannattaa runsas kolmannes (35 %) sosiaalijohtajista ja hieman yli neljäsosa (26–28 %) terveyskeskusten johtajista ja lautakuntien puheenjohtajista. Yksitasoisen kuntamallin kannalla on selvä vähemmistö, vastaajaryhmästä riippuen 9–19 prosenttia vastaajista.

Jotakin muuta järjestämiskäytäntöä suosisi 15 prosenttia sosiaalijohtajista, 20 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista ja 23 prosenttia terveyskeskusten johtajista. Sosiaalijohtajien yleisimmin mainitsema muu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapa on kolmen vastaajan nimeämä kaksitasoinen kunta- ja aluemalli, jossa kuntamäärä olisi 150. Lautakuntien puheenjohtajien yleisimmin esittämä vaihtoehto on nykymallin säilyttäminen, jota kannattaa kuusi vastaajaa. Terveyskeskusten johtajien vastauksissa kaikki muut ehdotetut ratkaisuehdotukset ovat yksittäisiä enintään vain yhden vastaajan näkemyksiä. Esimerkkejä terveyskeskusten johdon yksittäisistä vastauksista ovat nykymallin säilyttäminen sellaisenaan tai vähemmällä kunnalla, rahastomalli sekä 15 ja 20 alueen sotemalli.



KUVIO 32. Arvio, millaisella mallilla sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi järjestää.

Pienimpien, alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajilta kaksitasoinen kunta- ja aluemalli saa eniten kannatusta (46 %) ja suurimpien, vähintään 30 asukkaan alueiden vastaajista hieman muita suurempi osa (30 %) valitsisi kaksitasoisen kuntamallin. Aukasmäärältään keskikokoisten alueiden vastaajissa kaksitasoisen kunta- ja aluemallin ja kaksitasoisen kuntamallin valitsevia on kumpiakin lähes yhtä paljon eli 32–35 prosenttia (liite 5.4).

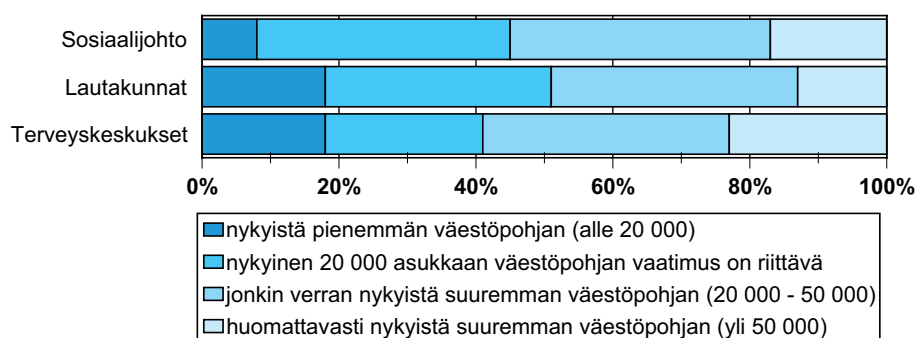
5.3 Palvelujen järjestäminen ja rahoitus

Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee hallitusohjelman linjauksen mukaan muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia. Sen vaihtoehtona voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Uudistuksen tulee hallitusohjelman

mukaan tapahtua siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämis-
vastuu on samalla organisaatiolla. (Valtioneuvoston kanslia 2011.)

Arviot palvelujen vaatimasta väestöpohjasta

Sosiaalihoitajilta, lautakuntien puheenjohtajilta ja terveyskeskusjohtajilta pyydettiin arvioita siitä, millaisen väestöpohjan perustason sosiaali- ja terveys-
palvelujen järjestäminen heidän mielestään vaatii. Vastaajien yleisin näkemys
on, että palvelut vaativat hieman nykyistä suuremman väestöpohjan, sillä kai-
kista vastaajaryhmistä yli kolmannes (36–38 %) arvioi 20 000–50 000 asuk-
kaan väestöpohjan niille sopivaksi. Myös suhteellisen moni, eli runsas kolmannes
(37 %) sosiaalihoitajista, kolmannes (33 %) lautakuntien puheenjohtajista ja
vajaa neljäsosa (23 %) terveyskeskusten johtajista arvioi nykyisen 20 000 asuk-
kaan väestöpohjan riittäväksi perustason palveluille. Huomattavasti nykyistä
suurempaa väestöpohjaa kannattaa lähes joka neljäs (23 %) terveyskeskuksen
johtaja. Vajaa viidennes (18 %) lautakuntien puheenjohtajista ja terveyskeskusten
johtajista pitää nykyistä pienempää eli alle 20 000 asukkaan väestöpohjaa riit-
tävänä peruspalvelujen järjestämiselle.



KUVIO 33. Arviot perustason sosiaali- ja terveysten palvelujen järjestämisen vaatimasta väestöpohjasta.

Asukasmäärältään pienimmillä alueilla perustason sosiaali- ja terveysten palvelujen
järjestämisen vaatima väestöpohja arvioidaan selvästi suppeammaksi kuin suu-
remmilla. Lähes joka neljäs (24 %) alle 10 000 asukkaan aluetta edustava vas-
taaja arvioi nykyistä pienemmän väestöpohjan ja 41 prosenttia nykyisen suurui-
sen väestöpohjan vaatimuksen riittäväksi. Vähintään 30 000 asukkaan aluetta
edustavista vastaajista lähes puolet (49 %) pitää jonkin verran nykyistä suurem-
paa ja yli kolmasosa (37 %) huomattavasti nykyistä suurempaa väestöpohjaa
tarpeellisenä (liite 5.5).

Sosiaalihoitajilta ja lautakuntien puheenjohtajilta kysyttiin vielä heidän nä-
kemystään siitä, millaista väestöpohjaa vaativan erityistason sosiaalipalvelujen

järjestäminen edellyttää. Sosiaalihoitajien vastausten mukaan keskimääräinen (mediaani) vaativan erityistason sosiaalipalvelujen vaatima väestöpohja on 100 000 ja lautakuntien puheenjohtajien 70 000 asukasta. Lähes kolme neljästä (72 %) sosiaalihoitajasta ja hieman yli puolet (52 %) lautakuntien puheenjohtajista arvioi tarvittavan väestöpohjan olevan vähintään yli 50 000 ja noin kolmannes (31–35 %) molemmista vastaajaryhmistä uskoo sen olevan vähintään 200 000 asukasta.

Asukasmäärältään suurilla alueilla erityistason sosiaalipalvelujen vaatima väestöpohja arvioidaan laajemmaksi kuin pienillä. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajien mukaan se on keskimäärin (mediaani) 110 000 ja peräti 44 prosenttia uskoo sen olevan vähintään 200 000 asukasta. Alle 10 000 asukkaan alueita edustavien vastaajien mukaan keskimääräinen erityistason palvelujen väestöpohjavaatimus on 75 000 asukasta lähes viidenneksen (18 %) arvioidessa 20 000 tai sitä pienemmänkin asukasmäärän olevan riittävän suuri.

TAULUKKO 6. Arviot vaativan erityistason sosiaalipalvelujen järjestämisen vaatimasta väestöpohjasta.

	20 000 tai vähemmän	20 000– 50 000	Yli 50 000, mutta alle 200 000	200 000 tai enemmän	Mediaani	n
	%	%	%	%		
Vastaajaryhmä						
Sosiaalihoito	5	23	37	35	100 000	117
Lautakunnat	16	33	21	31	70 000	107
Vastaajan kunnan/ yhteistoiminta-alueen koko						
Alle 10 000 asukasta	18	31	26	25	75 000	107
10 000 – 29 999 asukasta	5	29	30	36	100 000	63
Vähintään 30 000 asukasta	2	20	33	44	110 000	54
YHTEENSÄ	10	28	29	33	100 000	224

Vaativan erityistason sosiaalipalvelujen rahoitus ja tuottaminen

Sosiaalihoitajia pyydettiin arvioimaan, miten vaativan erityistason sosiaalipalvelujen rahoitus ja tuottaminen tulisi järjestää, jotta ne voitaisiin jatkossa turvata alueilla. Vastaajat saivat arvioida kunkin palvelumuodon kohdalla, pitäisikö sen järjestäminen heidän mielestään ratkaista tiivistämällä kuntien välistä yhteistyötä, luomalla suurempia kuntia, määrittelemällä palvelu SGEI-palveluksi¹¹, li-

¹¹ SGEI-palvelulla tarkoitetaan yleishyödyllisiä taloudellisia palveluja, joiden saatavuuden turvaaminen katsotaan yhteiskunnallisesti niin tärkeäksi, että viranomainen voi asettaa palveluntuottajalle julkisen palvelun velvoitteen. Viranomaisten on turvattava niiden saatavuus kaikissa olosuhteissa, myös silloin kun markkinat eivät pysty tätä palvelua takaamaan. SGEI-palveluja on tarkasteltu lähemmin luvussa 5.5.

säämällä valtion rahoitusta vai siirtämällä vastuu palvelun järjestämisestä valtiolle tai ERVA-alueille¹². Kuhunkin palvelumuotoon oli mahdollista valita useampi kuin yksi vastaajan sopivana pitämä ratkaisukeino.

Suurimmassa osassa kysytyistä vaativan erityistason sosiaalipalveluista sosiaali-johtajien selvästi yleisimmin (38–60 prosenttia vastaajista) valitsema vaihtoehto on järjestämisvastuun siirtäminen erityisvastuualueen tehtäviin palvelujen turvaamiseksi. Näitä palveluja ovat kehitysvammapsykiatria, seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito, pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten kuntoutus, huumehoito lasten ja nuorten palveluissa, raskaana olevien päihteiden käyttäjien hoito ja kuntoutus, erityistason päihdepalvelut, kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutus, pienten erityisryhmien laitoshoido, tahdonvastainen päihdehoito, pienten erityisryhmien kuntoutus, vaikeavammaisten erikoistunut kuntoutusohjaus ja sopeutumisvalmennus, vaikeiden ja lyhytaikaisten käytösoireiden hoito sekä näkö-, kuulo- ja monivammaisten kuntoutuspalvelut.

Kuntien yhteistyön tiivistäminen on vastaajien yleisin ratkaisuvaihtoehto sosiaalipäivystyksen (50 prosenttia vastaajista) ja erittäin vaativien huostaanotto- ja sijoitusratkaisujen (45 %) järjestämiseen. Vanhusten psyko- ja päihdegeriatrian alueen erityistason kuntoutus- ja hoitopalvelujen ratkaisussa kuntien yhteistyön lisääminen, suurempien kuntien luominen ja erityisvastuualueen tehtäväksi siirtäminen saavat lähes yhtä paljon kannatusta (26–28 %).

Järjestämisvastuun siirtäminen valtiolle, valtion rahoituksen lisääminen, eikä SGEI-palveluksi määrittely nouse minkään kysytyn palvelun yleisimmäksi järjestämisvaihtoehdoksi sosiaalijohtajien arvioissa. Runsas neljäsosa (26–28 %) vastaajista ratkaisisi erittäin vaativat huostaanotto- ja sijoitusratkaisut sekä huumehoidon lasten ja nuorten palveluissa valtion rahoitusta lisäämällä. Noin joka viidennen (20–22 %) mukaan seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito sekä adoptiopalvelut voisi siirtää valtion vastuulle. SGEI-palveluiksi määrittelyä käyttäisi palvelusta riippuen vain kahdesta yhdeksään prosenttia vastaajista.

¹² Kuntien ja sote-alueiden yhteisiä tehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta (ERVA). ERVA-alueen tehtäviin kuuluvat mm. vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä alueellaan tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyvät tehtävät. ERVA-alueen tehtävänä on järjestää vastuualueensa kuntien ja sote-alueiden päivystyksiä täydentävä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys sekä vastaavasti sosiaalihuollon päivystys.

TAULUKKO 7. Sosiaalijohtajien (n=137) arviot, miten vaativan erityistason sosiaalipalvelujen rahoitus ja tuottaminen tulisi järjestää, jotta ne voitaisiin jatkossa turvata alueilla¹³.

	Tiiviste- tään kun- tien välistä yhteis- työtä %	Suurem- pien kuntien luominen %	Määritel- lään SGEI- palveluksi %	Valtion rahoi- tusta lisätään %	Valtiolle vastuu järjestämi- sestä %	Järjestämis- vastuu ERVA-alueille %
Sosiaalipäivystys	50	20	8	22	11	14
Seksuaalisen hyväksi- käytön tutkimus ja hoito	12	7	8	11	22	50
Adoptiopalvelut	26	20	9	9	20	18
Erittäin vaativat huostaanotto- ja sijoitusratkaisut	45	26	3	28	5	8
Raskaana olevien päihteiden käyttäjien hoito ja kuntoutus	16	20	7	18	9	43
Tahdonvastainen päihdehoito	14	13	5	11	15	41
Erityistason päihdepalvelut	25	20	6	15	7	42
Pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten kuntoutus	23	15	4	21	12	45
Huumehoito lasten ja nuorten palveluissa	17	17	8	26	9	44
Vanhusten psyko- ja päihdegeriatrian alueella erityistason kuntoutus ja hoito	28	28	2	18	3	26
Pienten erityisryhmien laitoshoido	21	18	6	17	12	41
Pienten erityisryhmien kuntoutus	22	19	4	18	12	39
Näkö-, kuulo- ja moni- vammaisten kuntoutuspalvelut	21	15	7	16	11	38
Vaikeavammaisten eri- koistunut kuntoutusohja- us ja sopeutumisval- mennus	19	18	9	17	11	39
Kehitysvammapsykiatria	12	10	2	14	9	60
Vaikeiden ja lyhyt- aikaisten käytösoireiden hoito	23	23	2	14	7	39
Kaksoisdiagnoosi- potilaiden kuntoutus	25	25	2	17	7	41

¹³ Taulukosta on jätetty pois ”en osaa sanoa” -vaihtoehdon valinneiden osuus, joka on suurin eli 11 prosenttia tahdonvastaisen päihdehoidon kohdalla ja muissa palveluissa kahdesta yhdeksään pro-senttia.

5.4 Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän edut ja ongelmat

Nykyiseen hallitusohjelmaan on kirjattuna, että kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi (Valtioneuvoston kanslia 2011). Sosiaalijohtajia, terveyskeskusten johtajia ja Kelan toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan monikanavaisen rahoituksen myönteisiä puolia ja toisaalta niitä ongelmia, joita rahoituksen monikanavaisuuteen liittyy.

Sosiaalijohtajien ja terveyskeskusten johtajien yleisin näkemys monikanavaisen rahoituksen myönteisistä puolista on, että mitään myönteisiä vaikutuksia ei ole ollut havaittavissa vastaajien toiminta-alueilla. Tätä mieltä on yli neljäsosa kysymykseen vastanneista terveyskeskusjohtajista ja yli viidesosa sosiaalihoitajista. Kelan toimistojen yleisin ja muiden vastaajaryhmien toiseksi yleisin arvio on asiakkaiden palveluja koskevan valinnanvaran lisääntyminen. Muita yleisimmin mainittuja myönteisinä pidettyjä puolia ovat kaikissa vastaajaryhmissä palvelujen nopeampi saanti, julkisten palvelujen täydentyminen sekä niiden kysynnän tasaaminen monikanavaisen rahoituksen myötä.

TAULUKKO 8. Sosiaalihoitajan, terveyskeskusjohtajan ja Kelan toimistojen johtajan yleisimmin mainitsevat monikanavaisen rahoituksen myönteiset puolet.

Sosiaalihoitaja (n=50)	Terveyskeskusjohtaja (n=41)	Kelan toimistojen johtaja (n=26)
Ei myönteisiä puolia (22 %)	Ei myönteisiä puolia (27 %)	Asiakkaiden valinnanvaran lisääntyminen (27 %)
Asiakkaiden valinnanvaran lisääntyminen (20 %)	Asiakkaiden valinnanvaran lisääntyminen (17 %)	Kysynnän tasaaminen (12 %)
Julkisten palvelujen täydentyminen (6 %)	Julkisten palvelujen täydentyminen (10 %)	Asiakkaiden tasapuolinen kohtelu (8 %)
Kysynnän tasaaminen (6 %)	Palvelujen nopeampi saanti (10 %)	Julkisten palvelujen täydentyminen (8 %)
Palvelujen nopeampi saanti (6 %)	Kysynnän tasaaminen (7 %)	Palvelujen nopeampi saanti (8 %)

- ” En ole havainnut myönteisiä asioita.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Ei minkäänlaisia myönteisiä puolia.” (Sosiaalihoitaja)
- ” Asiakkailta on monenlaisia vapaavalintaisia tapoja hoitaa asiaansa.” (Sosiaalihoitaja)
- ” Useita vaihtoehtoisia kanavia saada apua, hakea palveluja. Asiakkaalla valinnan mahdollisuus (paitsi ei pienituloisilla ja siellä missä vaihtoehtoisia palvelua ei ole tarjolla).” (Kelan toimiston johtaja)
- ” Mahdollistaa osalle nopean tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn.” (Sosiaalihoitaja)
- ” Ihmisillä mahdollisuuksia valita esim. nopeampi palveluntuottaja tarvittaessa.” (Kelan toimiston johtaja)
- ” Julkista palvelutuotoa täydentävä [...]”. (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Yksityinen puoli tarjoaa vaihtoehdon, kun julkisen puolen palvelut eivät riitä.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Monikanavaisuutta tarvitaan, koska julkisen terveyspalvelujärjestelmän resurssit eivät riitä vastaamaan tarvetta.” (Kelan toimiston johtaja)

Rahoituksen monikanavaisuuden yleisimmäksi ongelmaksi nimetään kaikissa vastaajaryhmissä asiakkaiden epätasa-arvoinen asema palvelujen saatavuuden tai laadun suhteen. Joka viides kysymykseen vastannut Kelan toimiston johtaja, joka neljäs sosiaalijohtaja ja 29 prosenttia terveyskeskusjohtajista pitää eriarvoisuutta monikanavaisen rahoituksen ongelmana. Järjestelmän sekavuus ja vaikea hallittavuus työntekijöiden ja palveluja käyttävien asiakkaiden kannalta on ongelmallista etenkin sosiaalijohdon mielestä. Osaoptimoinnista ja järjestelmän kokonaiskustannuksista ollaan huolissaan etenkin terveyskeskusjohdon vastauksissa ja asiakkaiden pallottelusta sekä kokonaisvastuun kantajan puuttumisesta etenkin Kelan toimistojen johtajien arvioissa. Muita yleisimmin mainittuja ongelmia ovat palvelujen päällekkäisyydet, henkilöstön saatavuuteen liittyvät vaikeudet sekä se, että raha ei järjestelmässä ohjaudu palvelujen kysynnän mukaan.

TAULUKKO 9. Sosiaalijohdon, terveyskeskusjohdon ja Kelan toimistojen johdon yleisimmin mainitsevat monikanavaisen rahoituksen ongelmat.

Sosiaalijohto (n=64)	Terveyskeskusjohto (n=42)	Kelan toimistojen johto (n=28)
Epätasa-arvoisuus (25 %)	Epätasa-arvoisuus (29 %)	Epätasa-arvoisuus (21 %)
Järjestelmän sekavuus ja vaikea hallittavuus (23 %)	Osaoptimointi (29 %)	Asiakkaiden pallottelu (18 %)
Osaoptimointi (14 %)	Kokonaiskustannukset (19 %)	Kokonaisvastuun kantajan puute (18 %)
Palvelujen päällekkäisyydet (11 %)	Järjestelmän sekavuus ja vaikea hallittavuus (10 %)	Raha ei ohjaudu palvelujen kysynnän mukaan (14 %)
Byrokratian lisääntyminen (8 %)	Raha ei ohjaudu palvelujen kysynnän mukaan (10 %)	Henkilöstön saatavuuteen liittyvät ongelmat (11 %)
Kuormittavuus (8 %)	Palvelujen päällekkäisyydet (7 %)	Palvelujen päällekkäisyydet (7 %)
	Henkilöstön saatavuuteen liittyvät ongelmat (7 %)	Kokonaiskustannukset (7 %)

- ” Epätasa-arvoinen palvelun saanti.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Kutakin rahoitusputkea varten on oma tuotantokoneistonsa, joka on eriarvoistava kansalaisten kannalta [...]” (Sosiaalijohtaja)
- ” Ne joilla on rahaa saavat hyvät palvelut ja eriarvoisuus lisääntyy.” (Kelan toimiston johtaja)
- ” Järjestelmä on sekava, työntekijät ja asiakkaat ovat usein epätietoisia sisällöistä.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Sekava ja osaoptimointia ruokkiva systeemi. Kiireesti lopetettava. Mutta ennen sitä vahvistettava julkista palvelutarjontaa!!!” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Ihmisiä 'pompotetaan' luukulta toiselle. Viranomaiset pyrkivät siirtämään asiakkaita etuuksiin, joita Kela maksaa.” (Kelan toimiston johtaja)
- ” Eivät tue tehokasta palvelutuotantoa. On mahdollisuus osaoptimointiin. Esim.yksityiset lääkäripalvelut vievät lääkärit julkisesta terveydenhuollosta.” (Sosiaalijohtaja)
- ” [...] ongelmat ovat monitahoisia mm. osaoptimoinnin mahdollisuuksien osalta.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Kukaan ei katso kokonaiskustannuksia [...]” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Rahat eivät ohjaudu todellisen kysynnän mukaan ja luovat epätasa-arvoista palvelujen saatavuutta.” (Sosiaalijohtaja)

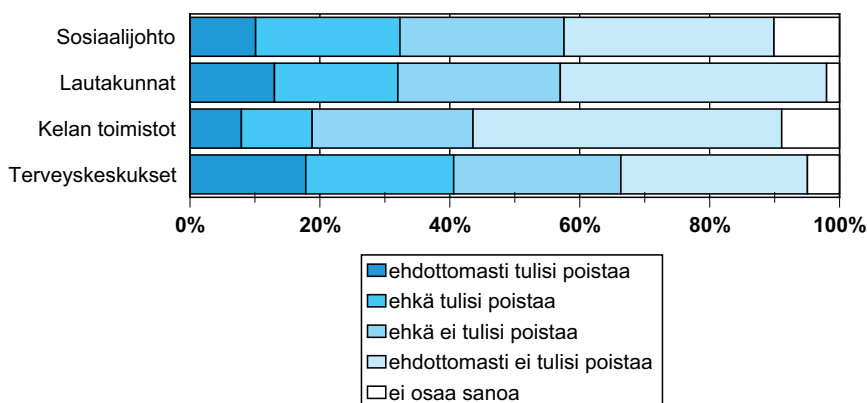
“ [...] päällekkäisyys palveluiden käytössä.” (Terveyskeskusjohtaja)

“ [...] ei saada ammattitaitoista henkilökuntaa julkiselle puolelle.” (Kelan toimiston johtaja)

Kela-korvauksen poistaminen yksityisiltä lääkärikäynneiltä

Yhtenä ratkaisuna terveyspalveluiden rahoituksen monikanavaisuuteen on esitetty Kela-korvauksen poistamista yksityisiltä lääkärikäynneiltä. Sosiaalihoitajilta, lautakuntien puheenjohtajilta, Kelan toimistojen johtajilta ja terveyskeskusjohtajilta kysyttiin heidän mielipidettään siitä, tulisiko yksityisiltä lääkärikäynneiltä poistaa Kelan korvaus. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan korvauksen poistamisen seurauksia alueensa kunnallisten terveyspalvelujen kannalta.

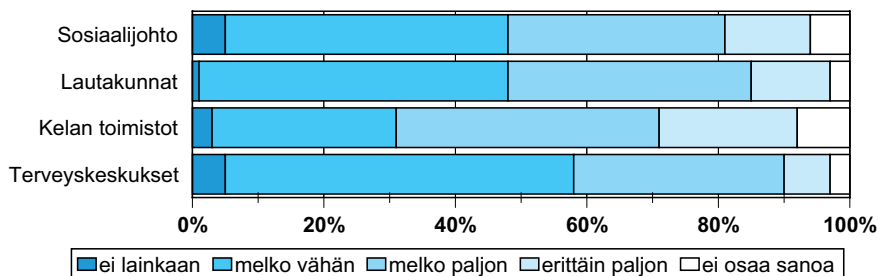
Kela-korvauksen säilyttämisen kannalla olevia on kaikissa vastaajaryhmissä enemmän kuin korvauksen poistamista kannattavia. Etenkin Kelan toimistojen johtajat puoltavat korvauksen säilyttämistä. Kela-korvauksen poistoa vastustaa ehdottomasti 48 prosenttia Kelan toimistojen johtajista, 41 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista 32 prosenttia sosiaalihoitajista ja 29 prosenttia terveyskeskusten johtajista. Lisäksi joka neljäs kustakin vastaajaryhmästä arvioi, että korvausta ei ehkä tulisi poistaa. 18 prosenttia terveyskeskusten johtajista, 13 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, joka kymmenes sosiaalihoitaja ja kahdeksan prosenttia Kelan toimistojen johtajista on sitä mieltä, että Kela-korvaus tulisi ehdottomasti poistaa yksityisiltä lääkärikäynneiltä.



KUVIO 34. Arviot yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksen poistamisen tarpeellisuudesta.

Näkemykset yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksen poistamisen vaikutuksista alueen terveyspalvelujen kysyntään vaihtelevat jonkin verran vastaajaryhmittäin. Terveyskeskusten johtajat arvioivat vaikutukset muita yleisemmin vähäisiksi ja Kelan toimistojen johtajat suuriksi. Terveyskeskusten johtajista yli puolet (58 %) arvioi kunnallisten terveyspalvelujen kysynnän lisääntyvän alueellaan enintään melko vähän. Kelan toimistojen johtajista enemmistö (61 %) ennakoiki kysynnän kasvavan melko paljon tai erittäin paljon. Sosiaalihoitajista ja lautakuntien puheenjohtajista kysynnän kasvun korkeintaan melko vähäiseksi arvioivia on vajaa puolet (48 %)

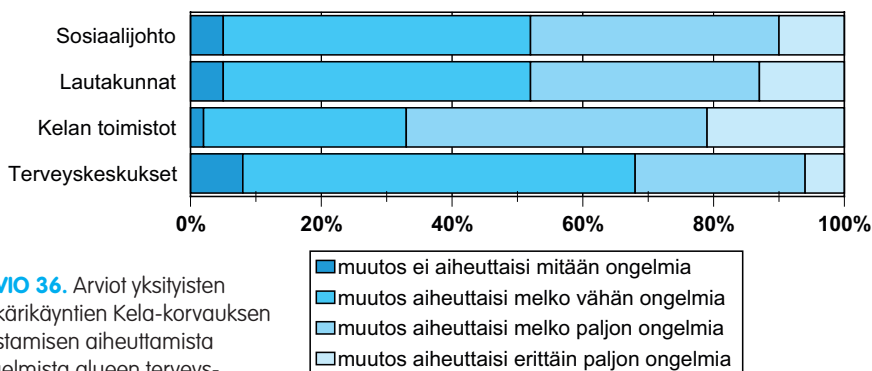
ja suunnilleen saman verran (46–49 %) uskoo kysynnän lisääntyvän melko paljon tai erittäin paljon, mikäli Kela-korvaus poistettaisiin yksityisiltä lääkärikäynneiltä.



KUVIO 35. Arviot yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksen poistamisen vaikutuksista alueen terveyspalvelujen kysynnän lisääntymiseen.

Yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvausten poistamisen arvioidaan lisäävän terveyspalvelujen kysyntää etenkin asukasmäärältään suurilla alueilla. 60 prosenttia vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista uskoo kysynnän lisääntyvän melko paljon tai erittäin paljon. Alle 10 000 asukkaan alueiden edustajista vain 40 prosenttia arvioi kysynnän kasvun melko suureksi tai suureksi ja yli puolet (54 %) ennakoi kasvun enintään melko vähäiseksi (liite 5.6).

Arviot terveyspalvelujen selviämisestä mahdollisen Kela-korvausten poiston myötä ovat pitkälti samansuuntaiset kuin edellä kuvatut näkemykset terveyspalvelujen kysynnän muutoksista. Terveyskeskusten johtajat arvioivat muutoksen mukanaan tuomat ongelmat muita yleisemmin vähäisiksi ja Kelan toimistojen johtajat suuriksi. Terveyskeskusten johtajista yli kaksi kolmasosaa (68 %) uskoo ongelmia aiheutuvan alueellaan korkeintaan melko vähän. Kelan toimistojen johtajista taas runsas kaksi kolmasosaa (67 %) ennakoi muutoksen tuottavan melko paljon tai erittäin paljon ongelmia. Sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista hieman yli puolet (52 %) arvioi ongelmia syntyvän korkeintaan melko vähän ja hieman alle puolet (48 %) uskoo niitä tulevan melko paljon tai erittäin paljon.

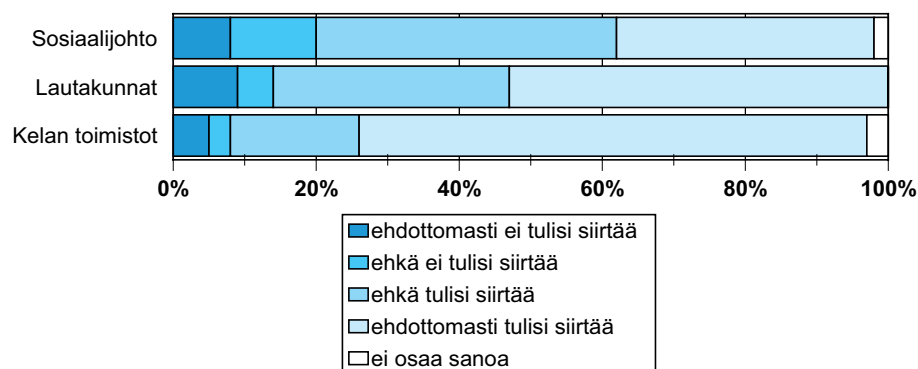


KUVIO 36. Arviot yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksen poistamisen aiheuttamista ongelmista alueen terveyspalvelujen kysynnän lisääntymiseen.

Koska yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvausten poistamisen arvioidaan lisäävän terveyspalvelujen kysyntää yleisimmin asukasmäärältään suurimmilla alueilla, niissä muutoksen myös ennakoitaan aiheuttavan yleisimmin ongelmia. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista 59 prosenttia uskoo muutoksen aiheuttavan melko paljon tai erittäin paljon ongelmia alueen terveyspalveluille. Alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista 42 prosenttia arvioi ongelmia syntyvän vähintään melko paljon (liite 5.7).

Omaishoidon tuen siirtäminen Kelan maksettavaksi

Sosiaalijohtolta, lautakuntien puheenjohtajilta ja Kelan toimistojen johtajilta tiedusteltiin vielä, tulisiko heidän mielestään omaishoidon tuki siirtää jatkossa Kelan maksettavaksi. Ehkä tai ehdottomasti siirron kannalla on selvä enemmistö kaikkien vastaajaryhmien edustajista, mutta Kelan toimistojen johtajien keskuudessa kannatus on vahvinta. Ehdottomasti omaishoidon tuen siirtoa kannattaa 71 prosenttia Kelan toimistojen johtajista, 53 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista ja 36 prosenttia sosiaalijohtajista. Ehdottomasti tai ehkä siirtoa vastustaa joka viides (20 %) sosiaalijohtaja, vajaa kymmenesosa (9 %) lautakuntien puheenjohtajista ja viisi prosenttia Kelan toimistojen johtajista.



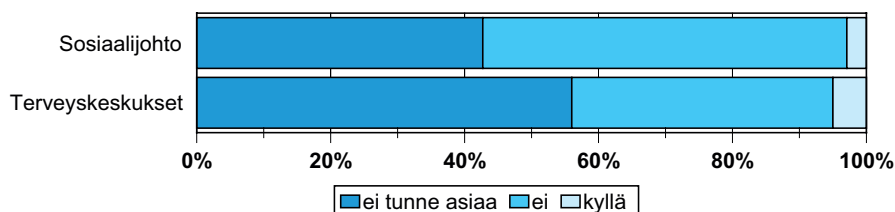
KUVIO 37. Arvot tarpeesta siirtää omaishoidon tuki jatkossa Kelan maksettavaksi.

5.5 SGEI-määrittelyn käyttö

SGEI-palvelulla tarkoitetaan yleishyödyllisiä taloudellisia palveluja, joiden saataavuuden turvaaminen katsotaan yhteiskunnallisesti niin tärkeäksi, että viranomaisen voi asettaa palveluntuottajalle julkisen palvelun velvoitteen. Viranomaisten on turvattava niiden saatavuus kaikissa olosuhteissa, myös silloin kun markkinat eivät pysty tätä palvelua takaamaan. Usein kyseisen palvelun tuottajia on alueella vain yksi tai muutamia. Mikäli jollekin toimijalle annetaan julkisen palvelun

velvoite ja tietty palvelu määritellään SGEI-palveluksi, sen todelliset kustannukset ja mahdollisuus kehittämiseen voidaan korvata palveluntuottajalle, mutta yli-kompensaatiota ei saa syntyä ja tätä on myös valvottava.

Sosiaalihoitajilta ja terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin, ovatko ne määritelleet alueellaan joitakin sosiaali- ja terveyspalveluja SGEI-palveluiksi. Määritellyt ovat vielä melko harvinaisia, sillä niitä on tehty vain viidessä prosentissa terveyskeskuksista ja kolmessa prosentissa sosiaalitoimista. SGEI-palveluiksi on määritellyt lasten sijaishuoltopalveluja, asumispalveluja, työpajatoimintaa, päi-
vystyspalveluja, hoivapalveluja sekä ympäristöterveyteen liittyviä palveluja. SGEI-määritelyjen palvelujen käsite on varsin suurelle osalle vastaajista vieras, sillä yli puolet (56 %) sosiaalitoimien ja lähes puolet (44 %) terveyskeskusten johtajista ilmoittaa, ettei tunne asiaa.



KUVIO 38. Sosiaali- ja terveyspalvelujen määrittely SGEI-palveluiksi vastaajien alueilla.

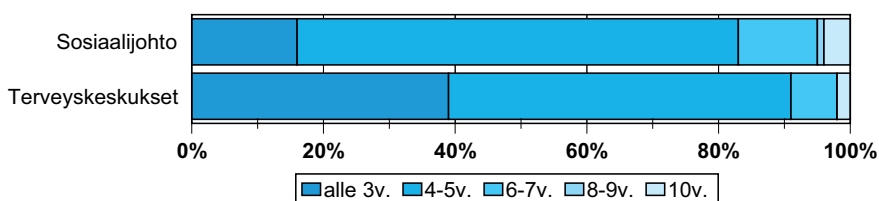
SGEI-määrittelyt ovat yleisimpiä asukasmäärältään suurimmilla alueilla, joissa myös itse käsite tunnetaan paremmin. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista seitsemän prosentin mukaan alueella on määritellyt sosiaali- ja terveyspalveluja SGEI-palveluiksi ja noin kolmasosa (35 %) ei tunne asiaa lainkaan. Alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista yhdenkään alueella ei ole tehty SGEI-määrittelyjä palveluille ja yli puolet (55 %) ilmoittaa, ettei tunne asiaa (liite 5.8).

Kyselyyn vastanneista sosiaalijohtajista ja terveyskeskusten johtajista 16 prosenttia arvioi omalla alueellaan olevan sellaisia sosiaali- tai terveyspalveluja, joissa on vain yksi tai muutama palveluntuottaja ja joissa SGEI-määrittely olisi perusteltua. Asukasmäärältään suurilla alueilla SGEI-määrittelyyn sopivia palveluja tunnistetaan olevan selvästi enemmän kuin pienillä. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden vastaajista joka kolmas (33 %), mutta alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista vain seitsemän prosenttia arvioi alueellaan olevan SGEI-palveluiksi määriteltäviä palveluja.

Yleisimpiä vastaajien mainitsemia mahdollisia SGEI-palvelumuotoja ovat erilaiset asumispalvelut, päihdepalvelut, mielenterveyspalvelut ja vammaispalvelut. Lisäksi SGEI-palveluiksi sopivina pidetään esimerkiksi vanhus-, työllistämisen-, erityispäivähoito-, kuntoutus- ja turvakotipalveluja. Alueellaan SGEI-palveluja tunnistavista sosiaalijohtajista 50 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista

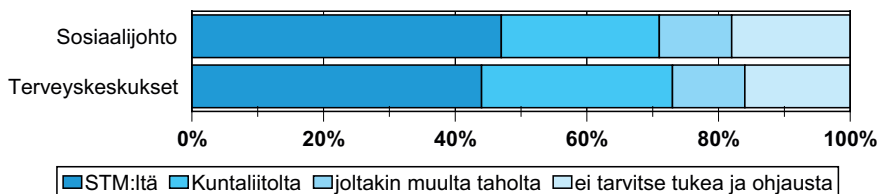
70 prosenttia arvioi kyseisten palveluntarjoajien kykenevän myös tuottamaan riittävän määrän palvelua.

Sosiaalijohtajilta ja terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin, kuinka pitkään sopimukseen he olisivat valmiita palvelun jatkuvuuden turvaamiseksi sitoutumaan hankkiessaan palvelua ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Yleisimmin sopimuksen pituudeksi arvioidaan 4–5 vuotta. Kaksi kolmesta (67 %) sosiaalijohtajasta ja hieman yli puolet (52 %) terveyskeskusten johtajista rajaa palvelusopimuksen mahdolliseksi kestoksi 4–5 vuotta. 16 prosenttia sosiaalijohtajista ja 39 prosenttia terveyskeskusjohtajista arvioi sopimuksen voivan olla alle kolmen vuoden mittainen. 6–7 vuotta kestäviä sopimuksia pitää mahdollisena 12 prosenttia sosiaali- ja seitsemän prosenttia terveyskeskusjohdosta.



KUVIO 39. Arviot palvelusopimuksen kestosta ulkopuolisen palveluntuottajan kanssa, johon on valmis sitoutumaan palvelun jatkuvuuden turvaamiseksi.

Sosiaalitoimissa ja perusterveydenhuollossa tunnistetaan selvästi lisätuen ja -ohjauksen tarve SGEI-määrittelyihin liittyvissä asioissa. Yli neljä viidesosaa kummas-takin vastaajaryhmästä ilmoittaa tarvitsevänsä tukea ja ohjausta ja vain 18 prosenttia sosiaalijohdosta ja 16 prosenttia terveyskeskusten johtajista arvioi, että tuen tarvetta ei ole. Lähes puolet vastaajista haluaisi SGEI-määrittelyihin liittyvää tukea ja ohjausta sosiaali- ja terveysministeriön taholta ja noin neljäsosa Kuntaliitolta. Noin joka kymmenes kaipaa tukea joltain muulta taholta, mikä merkitsee tarkentavan vastauksen mukaan lähes kaikilla sitä, että tukea ja ohjausta pidetään tarpeellisena saada sekä sosiaali- ja terveysministeriöltä että Kuntaliitolta.



KUVIO 40. Arvio, miltä taholta tarvitsee ohjausta ja tukea SGEI-määrittelyihin liittyvissä asioissa.

6 Uudet avaukset hyvinvoinnin tukemiseksi

6.1 Nuorten tilanteen kohentaminen

6.1.1 Nuorten yhteiskuntatakuu

Kataisen hallituksen ohjelmaan on kirjattu tavoitteeksi nuorten yhteiskuntatakuun toteuttaminen. Sen avulla pyritään takaamaan jokaiselle alle 25-vuotiaalle työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta.

Yhteiskuntatakuun tavoitteena on nuoren koulutukseen ja työmarkkinoille sijoittumisen edistäminen, nuorten työttömyyden pitkittymisen ehkäiseminen, nuorten syrjäytymisvaaraan liittyvien tekijöiden tunnistaminen sekä varhainen puuttuminen nuorten syrjäytymiskehitykseen. Nuorten yhteiskuntatakuun nähdään tukevan nuorten työllisyysasteen nostotavoitetta ja yhteiskuntatakuun toimintamallin toivotaan edistävän nuorten siirtymistä nopeammin kohti työmarkkinoita.

Euroopan unionin strategialinjauksissa ja kotimaisissa hallitusohjelmissa on viime vuosina korostettu työllisyysasteen nostotavoitetta. Kuitenkin nuorten ja vastavalmistuneiden kiinnittyminen työmarkkinoille on vaikeutunut työvoiman heikon kysynnän takia ja kouluttamattomien nuorten uhka syrjäytyä työmarkkinoilta on lisääntynyt. Edellä mainitusta syistä työ- ja elinkeinoministeriö on asettanut konsernistrategiansa yhdeksi tärkeimmistä tavoitteista nuorten työllistymisen. Nuorten työllisyysasteen katsotaan nousevan, jos nuoret saadaan osaaviksi ja osaavat nuoret ilman turhia viiveitä työelämään.

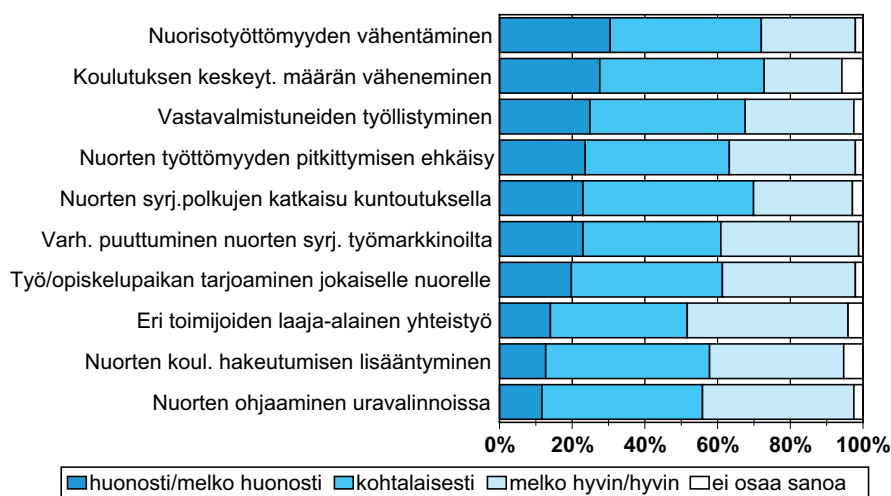
Nuorten yhteiskuntatakuu koskee kaikkia alle 25-vuotiaita työttömiä nuoria, jotka ovat TE-toimistossa työnhakijoina. Yhteiskuntatakuun piiriin kuuluvat sekä ammatillista koulutusta vailla olevat että ammatillisen koulutuksen suorittaneet nuoret. Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan nuorten yhteiskuntatakuu tarkoittaa sitä, että nuorelle työnhakijalle tarjotaan kolmen ensimmäisen työttömyyskuukauden aikana aktiivisesti palveluja nuoren työmarkkinakelpoisuuden parantamiseksi. Työttömyyden pitkittyessä palvelujen aktiivinen tarjonta jatkuu koko työttömyyden ajan. Keskeistä nuorten yhteiskuntatakuussa on TEM:n ohjeistuksen mukaan nuoren palvelutarpeen arvioiminen ensimmäisessä haastattelussa, nuoren yksilöllisten jatkosuunnitelmien tukeminen ja työllistymissuunnitelman laatiminen yhdessä nuoren kanssa sekä palvelujen ja toimenpiteiden tarjoaminen mahdollisimman pian, jotta nuoren työttömyys ei pitkittyisi. (Valtioneuvoston kanslia 2011; Työ- ja elinkeinoministeriö 2010.)

Yhteiskuntatakuun tavoitteiden toteutumisen ennakkointi

Sosiaalitoimen, Kelan ja TE-toimistojen johtajilta tiedusteltiin näkemystä siitä, miten he ennakoivat nuorten yhteiskuntatakuun kykenevän vastaamaan sille

asetettuihin tavoitteisiin vuoteen 2013 mennessä. Näkemystä tiedusteltiin kymmenkohtaisella kysymyspatterilla, johon on avattu yhteiskuntatakuun tavoitteita.

Kokonaisuudessaan kaikkien kolmen vastaajaryhmän ennakoivien arvioiden perusteella yhteiskuntatakuun tavoitteet näyttäisivät toteutuvan vähintään kohtalaisesti (ks. seuraava kuvio). Useimmin vähintään kohtalaisesti ennakoidaan toteutuvan nuorten ohjaaminen uravalinnoissa sekä nuorten koulutukseen hakeutumisen lisääntyminen.



KUVIO 41. Nuorten yhteiskuntatakuun ennakoitu toteutuminen.

Kriittisimmin suhtaudutaan koulutuksen keskeyttäneiden määrän vähentymiseen, jonka arvioi toteutuvan huonosti 28 prosenttia vastaajista. Vastaajista yli viidesosa arvioi myös nuorisotyöttömyyden vähentämisen, varhaisen puuttumisen nuorten työmarkkinoilta syrjäytymisessä, nuorten työttömyyden pitkittymisen ehkäisyyn, vastavalmistuneiden työllistymisen, syrjäytymispolkujen katkaisun kuntoutuksella ja vastavalmistuneiden työllistymisen huonosti toteutuviksi tavoitteiksi. Vähiten epäileväisesti tavoitteista suhtaudutaan eri toimijoiden laaja-alaiseen yhteistyöhön, nuorten ohjaamiseen uravalinnoissa ja nuorten koulutukseen hakeutumiseen.

Eri vastaajaryhmät ennakoivat yhteiskuntatakuun toteutuvan hieman eri tavoin (ks. seuraava taulukko). Kelan toimistojen johtajat ovat sosiaalijohtoa ja TE-toimistojen johtoa pessimistisempiä lähes kaikkien tavoitteiden toteutumisesta. Vähintään 40 prosenttia Kelan johtajista ei usko nuorten työttömyyden pitkittymisen ehkäisyyn, nuorisotyöttömyyden vähentämisen ja varhaisen puuttumisen toteutumiseen. Myös muiden tavoitteiden toteutumisen suhteen Kelan toimistojen johtajat ovat keskimääräistä kriittisempiä, lukuun ottamatta koulutuksen keskeyttäneiden määrän vähenemistä, jota epäilee 40 prosenttia TE-toimistojen johtajista.

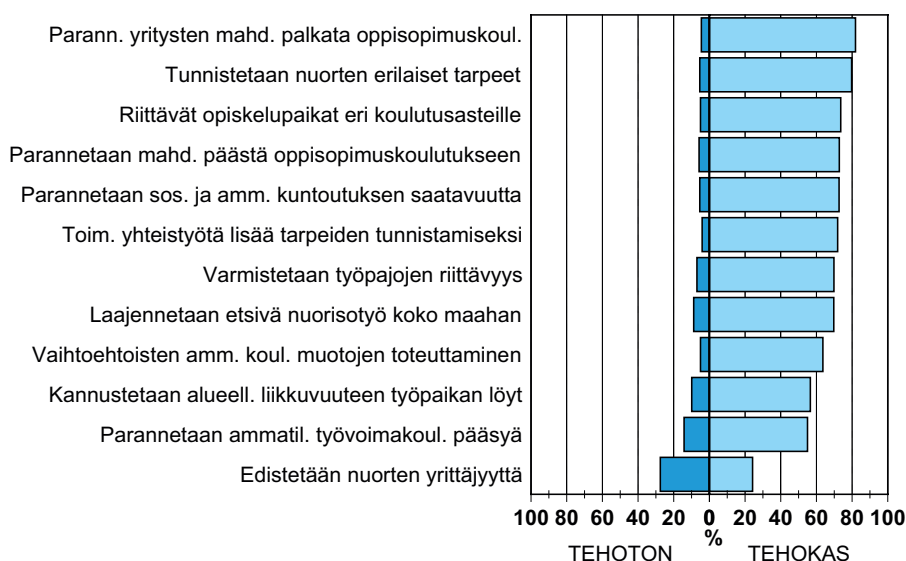
TAULUKKO 10. Nuorten yhteiskuntatakuun ennakoidun toteutumisen pulmat (huonosti/melko huonosti toteutuvat asiat, %) vuoteen 2013 mennessä.

	Sosiaalitoimi	Kela	TE-toimisto	KAIKKI
Työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikan tarjoaminen alle 25v. tai alle 30v. vastavalmistuneelle	18	23	20	20
Nuorten työttömyyden pitikittymisen ehkäisy	20	42	9	24
Nuorisotyöttömyyden vähentäminen	30	43	13	31
Vastavalmistuneiden työllistyminen	27	31	11	25
Nuorten ohjaaminen uravalinnoissa	10	17	9	12
Varhainen puuttuminen nuorten syrjäytymiseen työmarkkinoilta ja koulutuksesta	15	40	22	23
Nuorten koulutukseen hakeutumisen lisääntyminen	11	17	11	13
Koulutuksen keskeyttäneiden määrän väheneminen	23	28	40	28
Nuorten syrjäytymispolkujen katkaisu kuntoutustoimenpiteillä	19	28	27	23
Laaja-alainen eri toimijoiden välinen yhteistyö yhteiskuntatakuun toteuttamisessa	11	23	11	14

Yhteiskuntatakuun toteuttamiseksi valittujen keinojen arviointi

Sosiaalitoimen, Kelan ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan yhteiskuntatakuun toteuttamiseen valittuja keinoja. Näitä tiedusteltiin 12-kohtaisella kysymyspatterilla. Lisäksi vastaajilta tiedusteltiin erikseen vielä avokysymyksellä patterissa mainittujen keinojen lisäksi tai sijasta tarvittavia keinoja siihen, että nuoret saisivat töitä, opiskelupaikan ja mahdollisuuden kiinnittyä yhteiskuntaan toiminta-alueella.

Kaiken kaikkiaan kaikkia lueteltuja keinoja pidetään valtaosin tehokkaina tai melko tehokkaina (ks. seuraava kuvio). Ainoastaan nuorten yrittäjyyden edistämisen näkee useampi vastaaja tehottomana kuin tehokkaana toimenä. Useimmin tehokkaimpina keinoina nähdään oppisopimuskoulutukseen palkkaamismahdollisuuksien parantamista ja nuorten erilaisten tarpeiden tunnistamista. Tehokkaina keinoina yhteiskuntatakuun toteuttamiseen pidetään myös opiskelupaikkojen, oppisopimuspaikkojen ja työpajapaikkojen riittävyyden parantamista, kuntoutuksen saatavuuden parantamista, yhteistyön lisäämistä tarpeiden tunnistamiseksi, etsivän työn laajentamista ja vaihtoehtoisten ammatillisten koulutusmuotojen toteuttamista. Tehokkaina, joskin edellä lueteltuja hieman tehottomampina keinoina nähdään alueelliseen liikkuvuuteen kannustaminen työpaikan löytämiseksi ja ammatilliseen työvoimakoulutukseen pääsyn parantaminen.



KUVIO 42. Arviot nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamiseksi valituista keinoista.

Vastaajaryhmien välillä on mielipide-eroja yhteiskuntatakuun keinojen tehokkuudesta. TE-toimistojen johtajat näkevät ammatillisen työvoimapolitiittisen koulutuksen lisäämisen ja siihen pääsymahdollisuuksien parantamisen, etsivän nuorisotyön laajentamisen sekä alueelliseen liikkuvuuteen kannustamisen jonkin

TAULUKKO 11. Nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamisen keinojen arviointi (tehottomat/melko tehottomat keinot, %).

	Sosiaalitoimi	Kela	TE-toimisto	KAIKKI
Ammatillisen työvoimapolitiittisen koulutuksen ja siihen pääsymahdollisuuksien lisääminen	10	18	23	14
Oppisopimuskoulutukseen pääsymahdollisuuksien parantaminen	5	8	7	6
P&K-yritysten oppisopimuskoulutukseen palkkaamisen mahdollisuuksien parantaminen	5	5	2	5
Vaihtoehtoisten ammatillisen koulutuksen muotojen edistäminen	5	10	0	5
Etsivän nuorisotyön laajentaminen koko maahan	5	11	16	9
Nuorten yrittäjyyden edistäminen	27	27	29	28
Eri toimijoiden välisen yhteistyön lisääminen nuorten tarpeiden tunnistamiseksi	3	6	4	4
Riittävien opiskelupaikkojen varmistaminen eri koulutusasteille	3	8	7	5
Työpajojen riittävyyden varmistaminen	5	11	7	7
Sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen saatavuuden varmistaminen	4	10	4	5
Nuorten erilaisten tarpeiden tunnistaminen	6	5	5	5
Alueelliseen liikkuvuuteen kannustaminen työpaikan löytämiseksi	10	6	13	10

verran tehottomampana kuin sosiaalijohto tai Kelan toimistojen johto. Kelan toimistojen johtajat katsovat vaihtoehtoiset ammatilliset koulutusmuodot, töpajojen sekä sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen riittävyyden varmistamisen muita hieman useammin tehottomammaksi keinoksi yhteiskuntatakuun toteuttamisessa.

Yhteiskuntatakuun lisäksi tarvittavia keinoja

Sosiaalitoimen, Kelan ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin kertomaan avovastauksin millaisia toimia yhteiskuntatakuun toteuttamiseen valittujen keinojen lisäksi tai sijasta tarvittaisiin, jotta nuoret saisivat töitä, opiskelupaikan ja mahdollisuuden kiinnittyä yhteiskuntaan. Seuraavaan taulukkoon on koottu yleisimmät avovastausmaininnat vastaajaryhmittäin.

Sosiaalijohto ja Kelan toimistojen johto näkivät yleisimmin tarvittavana keinona nuorten ongelmien ennaltaehkäisy, mikä voi tarkoittaa esimerkiksi perhetyötä ja puuttumista ongelmiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ylipäätään työpaikkojen saaminen nuorille nähtiin myös eräänä keskeisenä tarpeena sekä sosiaalijohdon että TE-toimistojen johdon vastauksissa. Työkokeilut ja -harjoittelut mainittiin kaikkien vastaajaryhmien vastauksissa. Myös työllistämisen helpotuksille nähtiin osassa vastauksia tarvetta. TE-toimistojen johtajat ja osin myös Kelan toimistojen johtajat näkivät erityistä tarvetta henkilökohtaisille ohjaajille, jotka auttaisivat nuoren elämähallintataitojen saavuttamisessa. Kaiken kaikkiaan avovastauksen perusteella on nähtävissä, että nuoriin suunnattuihin toimiin on oltava riittävästi resursseja ja tekijöitä sekä toimien on oltava pitkäjänteisiä.

TAULUKKO 12. Sosiaalijohdon, TE-toimistojen johdon ja Kelan toimistojen johdon näkemykset toimista, joita tarvitaan, jotta nuoret saisivat töitä, opiskelupaikan ja mahdollisuuden kiinnittyä yhteiskuntaan.

Sosiaalijohto (n= 64)	TE-toimistojen johto (n=24)	Kelan toimistojen johto (n=24)
Ennaltaehkäisy, perhetyö, varhainen puuttuminen (11 %)	Henkilökohtaiset ohjaajat elämähallintaan, elämäntaitoalentajat (17 %)	Ennaltaehkäisy, perhetyö, varhainen puuttuminen (21 %)
Lisää työpaikkoja nuorille (9 %)	Lisää työpaikkoja nuorille (17 %)	Työkokeilut ja -harjoittelut (17 %)
Työllistämisen helpottaminen (8 %)	Resursseja lisää – ilman niitä hankalaa (13 %)	Riittävä taloudellinen tuki (17 %)
Työkokeilut ja -harjoittelut (8 %)	Työllistämisen helpotukset (8 %)	Henkilökohtaiset ohjaajat elämähallintaan, elämäntaitoalentajat (13 %)
Yhteiskuntatakuuseen valitut keinot ok (6 %)	Työkokeilut ja -harjoittelut (8 %)	Opinto-ohjaus ja oppilashuolto kouluissa (13 %)
	Opinto-ohjaus ja oppilashuolto kouluissa (8 %)	
	Kotien asenne (8 %)	

“ Ennaltaehkäisy kaikkein tärkeintä (vanhemmuuden tukeminen: lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukeminen).” (Sosiaalijohtaja)

- “ Jos nuorten perheolosuhteet ovat kunnossa tai perheitä tuetaan riittävässä ajoissa, ei erityisiä nuoriin kohdistuvia toimenpiteitä tarvita.”
(Sosiaalijohtaja)
- “ Riittävää tukea ja neuvontaa yhteiskunnalta riittävän varhaisessa vaiheessa, eli yläasteikäisille ja heti sen jälkeen. Yhteiskuntatietoisuuden lisääminen, oman tilanteensa mukainen ohjaus vaikka kädestä pitäen oikeaan aikaan. Mielestäni hirveän isoista asioista ei ole kyse, vaan siitä, että tehdään toimenpiteet oikeaan aikaan, ennen kuin vahinko on jo tapahtunut.” (Kelan toimiston johtaja)
- “ Varhaisempaa tukea lapsiperheille, sukupolvittaisen työttömyyden perheiden tukeminen ja perinnön ”katkaiseminen”. Uudenlaisia yrityksiä alueelle. Rohkeita yrityksiä, jotka palkkaavat nuoria vanhojen rinnalle. Työelämävalmennusta ja tekemään opettelua jo peruskoulun aikana. Koulutuspoliittinen linjaus – kouluihin niitä opintolinjoja, joihin tarvitaan työntekijöitä. Nyt esim. kulttuuriala vetää nuoria, mutta ei työllistä heitä. Pitäisi vähentää aloituspaikkoja siitä, mutta lisätä muihin tarvittaviin palvelualoihin. Alueellinen tarkastelu.”
(Sosiaalijohtaja)
- “ Lähtökohdaksi otetaan nuorisotyöttömyyden nollatoleranssi ja kaikki nuorten kanssa toimijat peruskoulusta yrityksiin, seurakuntaan ja järjestöihin saakka sidotaan paikallisesti ja alueellisesti tähän yhteiseen tavoitteeseen. Nuorisotyöttömyyden poistaminen on tahtokysymys.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Edellä mainitut keinot ovat hyviä. Iso ongelma on kuitenkin perustöön resurssien riittävyys. Nuorten ongelmat ja tilanteet ovat hyvin segregoituneet, eli osalla nuorista menee erittäin huonosti ja tarvittavat tukitoimet ovat väistämättä massiivisia ja paljon resursseja vaativia. Silti myös heihin pitää ja kannattaa panostaa, sillä nuorten kanssa toivoa aina on. Haasteena on siis se, miten ilman perustöön resurssilisäystä ”homma hoidetaan “. ” (Sosiaalijohtaja)
- “ Enemmän ohjausta jo peruskoulu aikana sekä peruskoulun päätyttyä, jotta ei ”kuolla” sänkyyn tietokoneen eteen.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Pajakoulut, kuntoutuksen työtoiminnan päiväkorvauksen nostaminen reilusta 10€ päivä paremmin vastaamaan todellisia kustannuksia. Osalle nuorista riittää virtuaalinen paja mutta osa tarvitsee myös fyysisistä työpajaa/pajakoulua. Sosiaalinen yritys/yhteiskunnallinen yritys ym. lainsäädännön muuttaminen ja työvalmentajan palkkaukseen tukea, joko suoraan tai nykyisten tai tulevien TYP:in kautta.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Henkilöresursseja!!! Syrjäytynyt ja syrjäytymisvaarassa oleva nuori on todella passiivinen ja epäileväinen, haluton jne. Tarvitaan todella TYÖVOIMAA saada nuoret tästä jamasta pois! Pelkkä raha ja tuet eivät riitä. Yksilöllinen ohjaaja olisi tarpeen!!” (TE-toimiston johtaja)
- “ Nuoria pitäisi kannustaa työharjoitteluun, eikä rankaista rikkeistä kesken harjoittelun (siis rahat katkeaa, vaikka on harjoittelussa, jos ei hae esim. yhteishaussa). Sopivia opiskelupaikkoja tarpeeksi tarjolla. Ammattistarteista suoraan jatko-opintoihin, jos motivaatio riittää ja ammattistartin opinnot laskettaisiin hyväksi varsinaisissa opinnoissa. Ns. helppoja töitä myös tarjolle. Koulujen vahvempi ote nuoriin ja heidän selviytymiseensä koulussa, esim. koulunkäynti- avustajia lisää. Hyviä opiskelukokemuksia, positiivista palautetta.”
(TE-toimiston johtaja)

- ” Tuossa [yhteiskuntatakuun toteuttamiseksi valitut keinot –patteri] on keinoja riittämiin, mutta niiden toteutuvuus käytännössä on se ongelma – eihän yhteiskuntatakuu ole uusi asia!” (TE-toimiston johtaja)
- ” (Palkatonta) työharjoittelua etenkin ammattikorkeakouluissa tulisi rajoittaa. Monet työnantajat käyttävät tätä törkeästi hyväkseen ja saavat ilmaista työvoimaa. Samalla ammattitaitoiset koulutetut henkilöt jäävät ilman työtä. Jos maksetaan palkkaa, harjoittelu on ok.” (Kelan toimiston johtaja)
- ” Erilaisiin yrityksiin, pankkeihin, kuntiin ja virastoihin harjoittelutyöhön 2–3 kuukaudeksi, jolloin kiinnittyminen työn tekemiseen tapahtuu valvonnassa eikä hapuilemalla.” (Kelan toimiston johtaja)
- ” Jokaiselle nuorelle tarjotaan vähintään opiskelupaikka. Turvattava kuitenkin, että opiskelupaikka on mieluista. Työharjoittelupaikkojen lisääminen tutustumiskäyntien muodossa, että saa oikean kuvan mahdollisesta ammatista. Vajaakuntoisilla vielä opiskelupaikan jälkeen pitkäaikainen n. 2-vuotinen työpaikka. Yleensäkin kaikenlainen aktivointi on tärkeää, ettei jäädä kotiin makaamaan, se passivoi pitkällä tähtäimellä. Nyt jo on havaittavissa eri sukupolvien syrjäytymisketjuja.. Muutenkin pitäisi olla työmarkkinatuen saamisen edellytys 4 kk jälkeen työvelvoite kaikilla ikään katsomatta.” (Kelan toimiston johtaja)

Eri organisaatioiden rooli yhteiskuntatakuun toteuttamisessa

Sosiaalitoimen, Kelan ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan oman organisaation roolia yhteiskuntatakuun toteuttamisessa. Kaikista vastaajista 87 prosenttia näkee organisaatiollaan roolin yhteiskuntatakuun toteuttamisessa. TE-toimistojen johtajista lähes kaikki (98 %), sosiaalijohdosta yhdeksän kymmenestä ja Kelan toimiston johtajista kolme neljästä näkee toimistollaan roolin yhteiskuntatakuun toteuttamisessa.

TAULUKKO 13. Sosiaalijohdon, TE-toimistojen johdon ja Kelan toimistojen johdon näkemys organisaationsa roolista yhteiskuntatakuun toteuttamisessa omalla toiminta-alueellaan. Avovastausmaininnat % vastanneista.

Sosiaalijohto (n= 98)	TE-toimistojen johto (n=40)	Kelan toimistojen johto (n=39)
Yhteistyö (37 %)	Perustehtävä/velvollisuus/keskeinen toimija (53 %)	Yhteistyö (33 %)
Työpajapaikat (15 %)	Yhteistyö (20 %)	Kuntoutus (28 %)
Työharjoittelumahdollisuudet (14 %)	Palveluohjaus (20 %)	Raha, tuet, etuudet (13 %)
Palvelutarvearviot (10 %)	Toimijoita yhteen kokoava (8 %)	Työharjoittelumahdollisuudet (10 %)
Syrjäytymisuhan alla olevien nuorten tunnistaminen/etsiminen (10 %)	Asiantuntijarooli (8 %)	

Sosiaalijohto näkee sosiaalitoimen roolin yhteistyön tekijänä, työpaja- ja työharjoittelupaikkojen järjestäjänä sekä syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tunnistajana tai etsijänä.

- ” Esim. työpajapaikkojen, työharjoittelumahdollisuuksien järjestäminen, työllistäminen ja työllistämisen tukeminen.” (Sosiaalijohtaja)

- ” Nuorten työllistäminen, harjoittelupaikkojen tarjoaminen, nuorten tarpeiden tunnistaminen ja avun piiriin ohjaaminen.” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Haemme juuri nuorten työpajahanketta ja etsivää kuntaan, yhteistyö sosiaalitoimen kanssa tulee olemaan tiivis. Meillä on jo ollut erilaisia kokeiluja liittyen kuntouttavaan työtoimintaan mm. rempparyhmä ja työtoritoiminta (ikäihmisille ruohonleikkuuta yms.).” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Kuntouttaminen, työpajatoiminta, ennaltaehkäisy (lastensuojelu), moniammatillinen yhteistyö = sosiaalihuollon rooli on pitää nuoret työmarkkinakelpoisina tai kuntouttaa takaisin sinne tai koulutuksen pariin. Työtä emme pysty laajasti luomaan.” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Kuntouttava työtoiminta, yhteistyö työvoiman palvelukeskuksen kanssa.” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten ohjaus.” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Tunnamme syrjäytyneiden nuorten problematiikan, voimme toimia muiden tahojen tukena ja ohjaajina tarvittaessa.” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Vahva rooli: kunta hallinnoi työllisyystoimia, erilaisia työllisyys-hankkeita ja pyrkii kehittämään uusia hankkeita/toimia mm. yhteiskuntatakuun toteuttamiseksi.” (Sosiaalihoitaja)*
- ” Yhteistyö koulu-, opiskelu ja työelämän yritysten kanssa. Työvoimatoimisto on täysin tehoton ja ne voimavarat pitäisi suunnata muuhun työllisyyden edistämiseen.” (Sosiaalihoitaja)*

TE-toimistoista suuri osa näkee roolinsa yhteiskuntatakuun toteuttamisessa keskeisenä, mutta tulkinta roolin sisällöstä vaihtelee.

- ” Aivan keskeinen rooli, koska valtaosa nuorista tavoitetaan tätä kautta – ei kuitenkaan kaikkia.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Keskeinen asiantuntija.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Keskeinen palveluihin ohjaaja.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Keskeinen rooli ohjauksessa työhön ja koulutukseen.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Keskeinen, eri tahot yhteenkokoava rooli.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” TE-hallinnon palveluiden tarjoajana mukana paikallisessa verkostossa.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Tunnistaa pudokkaat ja syrjäytymisvaarassa olevat ja toimia mm. oppilaitos- ja työpajaverkoston aktiivina toimijana.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Työnvälitys on ensisijainen. Lisäksi jokaisen nuoren tilannetta tulee tarkastella yksilöllisenä ja tarjota palveluja sen mukaisesti joko itse tai verkoston toimesta.” (TE-toimiston johtaja)*

Kelan vastaajat näkivät roolinsa lähinnä kuntoutuksen asiantuntemuksessa ja etuuksien maksamisessa.

- ” Tarvittaessa lainsäädännön puitteissa olla mukana kuntoutuksen keinoin.” (Kelan toimiston johtaja)*
- ” Perusturvan toteuttaminen.” (Kelan toimiston johtaja)*
- ” Kuntoutustoimenpitein. Muiden tahojen ohjaus, neuvonta, etuuksien myöntäminen, opintotuet, kuntoutustuet – rahat.” (Kelan toimiston johtaja)*
- ” Kuntoutuksen asiantuntemus hyödynnettävissä.” (Kelan toimiston johtaja)*

- // *Neuvonta ja ohjaus tukien suhteen.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Osana verkostoa. Kuntoutus ja koulutus.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Työllistäjänä ja rahoittajana.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa asiakasyhteistyöryhmissä tai moniammatillisissa tiimeissä.” (Kelan toimiston johtaja)*

Pieni osa kaikista vastaajista (13 %) näki, ettei omalla organisaatiolla ole roolia yhteiskuntatakuun toteuttamisessa tai se on varsin rajallinen.

- // *Mahdollisuudet ovat todella rajalliset, koska yhteiskuntatakuu ei ole uusia asia vaan sitä on tähänkin asti toteutettu mahdollisuuksien puitteissa.” (TE-toimiston johtaja)*
- // *Pieni, vaikeasti tavoitettava kunta; ei työpaikkoja, eikä koulutuspaikkoja.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Sosiaalitoimi tulisi olla viimesijainen toimijataho.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Työvoima- ja koulutusviranomaisilla enemmänkin.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Pitäisi saada resursseja asian hoitamiseen.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Henkilöstön vähentäminen ei ole oikea ratkaisu.” (TE-toimiston johtaja)*
- // *Ei mahdollisuutta palkkaamiseen.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Ei resursseja.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Kelan toiminta/etusektori on jo nyt laaja.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Päätökset tehdään muualla, eikä niihin pysty vaikuttamaan.” (Kelan toimiston johtaja)*

Etsivä nuorisotyö

Hallitusohjelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2011, 46) nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamisessa määriteltiin erääksi tavoitteeksi etsivän nuorisotyön laajentaminen koko maahan. Nuorisolakiin (72/2006) tehdyn lisäyksen (Laki nuorisolain muuttamisesta 693/2010, 7b §) mukaan etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänet sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuaan ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen ja työmarkkinoille. Etsivää nuorisotyötä tehdään ensisijaisesti perustuen nuoren itsensä antamiin tietoihin ja hänen omaan arvioonsa tuen tarpeesta. Etsivää nuorisotyötä voivat järjestää kunta tai useammat kunnat yhdessä. Kunta voi järjestää etsivää nuorisotyötä hankkimalla palveluja myös nuorten palveluja tuottavalta yhteisöltä, jolloin kunta vastaa siitä, että sen hankkimat palvelut järjestetään tämän lain mukaisesti.

Sosiaalijohtolta tiedusteltiin, onko alueella käytössä menetelmänä etsivä nuorisotyö alueen nuorten tavoittamiseksi ja tukemiseksi. Lisäksi tiedusteltiin, mitä tahojia siinä on mukana.

Etsivä nuorisotyö on levinnyt käyttöön varsin laajasti. Vastanneista sosiaalijohtajista 85 prosenttia ilmoittaa alueellaan olevan käytössä etsivä nuorisotyö menetelmänä nuorten tavoittamiseksi. Etsivässä nuorisotyössä on mukana varsin usein useita toimijoita, joita on koottu seuraavaan taulukkoon. Tyypillisimmin

etsivää nuorisotyötä järjestetään nuorisotoimen, sosiaali- ja terveystoimen tai opetus/sivistystoimen toimesta tai yhteistyönä.

TAULUKKO 14. Etsivässä nuorisotyössä mukana olevat yleisimmät tahot.

	% vastaajista	% maininnoista
Nuorisotoimi	52	22
Sosiaali- ja terveystoimi	44	18
Koulu/opetustoimi/oppilaitokset	38	16
Yhdistys/järjestö	19	8
Kaupunki/kunta yleensä	18	8
TE-toimisto	14	6
Kulttuuri- ja vapaa-aika/liikuntatoimi	10	4
Terveydenhuolto	8	3
Seurakunta	6	3
Työpajat	5	2

6.1.2 Nuorten ohjaus- ja palveluverkosto

Nuorisolakiin (72/2006) tehdyssä lisäyksessä (693/2010) määritellään kuntien nuorisotyö ja -politiikka kuuluvaksi kunnan tehtäviin. Nuorisotyön toteuttamisesta vastaavat kunnat, nuorisoyhdistykset ja muut nuorisotyötä tekevät järjestöt. Nuorisotyön palveluja voidaan tuottaa myös alueellisesti kuntien yhteistyönä.

Kunnan nuorisotyöhön ja -politiikkaan kuuluvat nuorten kasvatuksellinen ohjaus, toimintatilat ja harrastusmahdollisuudet, tieto- ja neuvontapalvelut, nuorisoyhdistyksien ja muiden nuorisoryhmien tuki, liikunnallinen, kulttuurinen, kansainvälinen ja monikulttuurinen nuorisotoiminta, nuorten ympäristökasvatus sekä tarvittaessa nuorten työpajapalvelut ja etsivä nuorisotyö tai muut paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin sopivat toimintamuodot. Nuorisotyötä ja -politiikkaa toteutetaan monialaisena yhteistyönä sekä yhteistyönä nuorten, nuorisoyhdistysten ja muiden nuorisotyötä tekevien järjestöjen kanssa.

Paikallisten viranomaisten monialaisen yhteistyön yleistä suunnittelua ja toimeenpanon kehittämistä varten kunnassa on oltava nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, johon kuuluvat opetus-, sosiaali- ja terveys- ja nuorisotoimen sekä työ- ja poliisihallinnon edustajat. Lisäksi verkostoon voi kuulua puolustushallinnon ja muiden viranomaisten edustajia. Verkosto toimii vuorovaikutuksessa nuorten palveluja tuottavien yhteisöjen kanssa. Kunnat voivat koota myös yhteisen verkoston. Verkosto ei käsittele yksittäistä nuorta koskevia asioita.

Nuorille suunnattujen palvelujen keskinäisen toimivuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi nuorten ohjaus- ja palveluverkoston tehtävänä on:

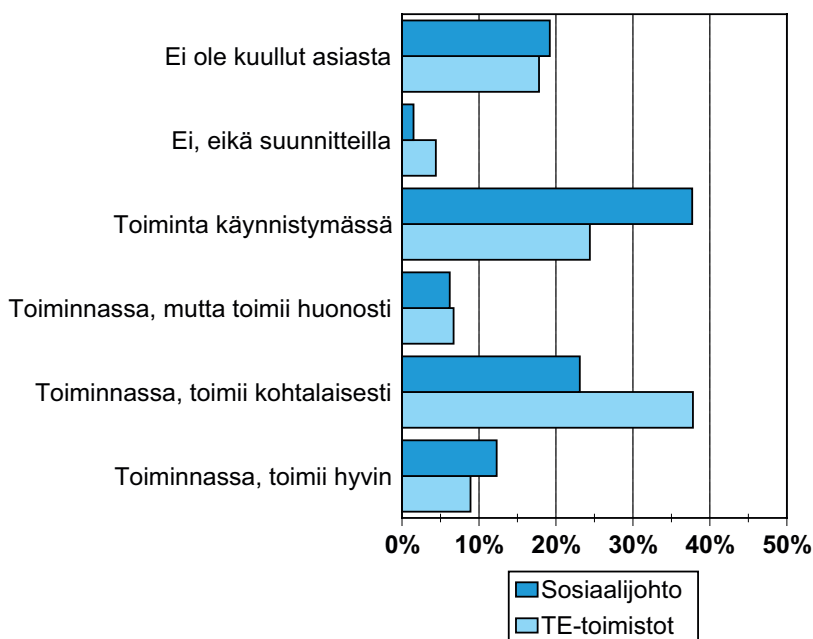
1. koota tietoja nuorten kasvu- ja elinoloista sekä arvioida niiden pohjalta nuorten tilannetta paikallisen päätöksenteon ja suunnitelmien tueksi;

2. edistää nuorille suunnattujen palvelujen yhteensovittamista ja vaikuttavuutta tavoitteena palvelujen riittävyys, laadukkuus ja saavutettavuus;
3. suunnitella ja tehostaa yhteisiä menettelytapoja nuorten palveluihin ohjautumiseksi ja tarvittaessa palvelusta toiseen siirtymiseksi;
4. edistää nuorten palveluiden järjestämiseen liittyvän tietojen vaihdon sujuvuutta suunnittelemalla yhteisiä menettelytapoja viranomaisten kesken. (Nuorisolaki 72/2006.)

Palveluverkoston kattavuus ja toiminta

Sosiaalitoimen ja TE-toimistojen johtajilta tiedusteltiin onko heidän toiminta-alueelleen perustettu nuorisolain edellyttämää ohjaus- ja palveluverkostoa ja miten se heidän arvionsa mukaan toimii. Mikäli verkostoa ei ollut perustettu, pyydettiin vastaajia kertomaan perusteluja tälle.

Lähes viidennes sosiaalijohtajista ja TE-toimistojen johtajista ei ole kuullut nuorisolain edellyttämästä ohjaus- ja palveluverkostosta. Sosiaalijohtajista 38 prosenttia ja 24 prosenttia TE-toimistojen johtajista kertoo toiminnan olevan käynnistymässä. Molemmista noin 6–7 prosenttia kertoo verkoston olevan toiminnassa, mutta toimivan huonosti. Sosiaalijohtajista 35 prosenttia ja TE-toimistojen johtajista lähes puolet (47 %) kertoo verkoston olevan toiminnassa ja toimivan vähintään kohtalaisesti. Noin kymmenesosa arvioi verkostojen toimivan hyvin.



KUVIO 43. Nuorten palveluverkostot ja niiden toimivuus Sosiaalijohtajien ja TE-toimistojen johtajien mukaan.

Palveluverkoston arvioidut hyödyt alueen nuorille

Sekä sosiaalijohdosta että TE-toimistojen johtajista yhdeksän kymmenestä arvioi nuorten ohjaus- ja palveluverkoston käynnistämisestä olevan hyötyä alueen nuorille. Vastausten perusteella (ks. tarkemmin seuraava taulukko) suurimpina hyötyinä palveluverkostosta nuorille nähdään yhteisen suunnittelun, päätöksenteon ja koordinaation mahdollistuminen, tiedon välittyminen sekä yhteistyö ylipäätään.

TAULUKKO 15. Sosiaalijohdon ja TE-toimistojen johdon näkemykset nuorten ohjaus- ja palveluverkoston hyödyistä nuorille. Prosenttia avokysymykseen kantaa ottaneista.

Sosiaalijohto (n= 53)	TE-toimistojen johto (n=22)
Yhteinen suunnittelu, päätöksenteko, koordinointi (19 %)	Tiedonvälitys toimijoille (27 %)
Yhteistyö (17 %)	Yhteistyö (23 %)
Tiedonvälitys toimijoille (13 %)	Yhteinen suunnittelu, päätöksenteko, koordinointi (14 %)
Ennakointi ja ennaltaehkäisy (13 %)	Yhteiset toimintatavat ja tavoitteet sekä päällekkäisyyksien välttäminen (9 %)
Yhteiset toimintatavat ja tavoitteet sekä päällekkäisyyksien välttäminen (11 %)	Nuorten tavoittaminen ja poimiminen (8 %)
Nuorten tavoittaminen ja poimiminen (8 %)	
Moniammatillisuus ja moniammatillinen yhteistyö (6 %)	
Nuorten asiat keskiöön ja huomioiduksi (6 %)	
Syrjäytymisen vähentäminen/ehkäisy (6 %)	

- ” Ainakin ryhmän jäsenet ovat tietoisia palveluista ja palvelutarpeista.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Ainakin tietoisuus nuorten tilanteesta, yhteiset toimintatavat ja tavoitteet. ” (Sosiaalijohtaja)
- ” Kokonaisvaltainen nuoren auttaminen onnistuu tällä tavoin.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäävien nuorten tavoittaminen onnistuu yhteistyön kautta.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Ainakin asiat tulevat eri toimijoiden tietoon, lienevätkö kuitenkin hoidetuiksi.” (Sosiaalijohtaja)
- ” On pystytty tarttumaan syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin entistä aiemmin.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Syrjäytymisvaaran ehkäisy. ” (Sosiaalijohtaja)
- ” Tuen varhainen tunnistaminen, syrjäytymisen ehkäiseminen, kuntoutustoimenpiteiden suunnittelu.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Verkosto lisää yhteistyökumppanuutta, kuva nuorison hyvinvoinnista muodostuu laaja-alaisemmaksi.” (Sosiaalijohtaja)
- ” Nuorten tilanne voidaan huomioida akuutisti ja hakea oikeita resursseja tarpeen mukaisesti.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Koordinoidaan, mitä kukakin tekee ja mitä vielä tarvitaan.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Ainakin kokouksia pidetään.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Jos tilannekartoituksesta edetään nuorten palvelustrategiaan ja konkreettiseen koordinoituun yhteistyöhön niin hyötyä on.” (TE-toimiston johtaja)

- ” Suuria paikkakuntakohtaisia eroja. Joissakin kunnissa toimii hyvin.”
(TE-toimiston johtaja)
- ” Verkostossa toimivien tehtävien tunteminen, yhteistyö alueella.”
(TE-toimiston johtaja)

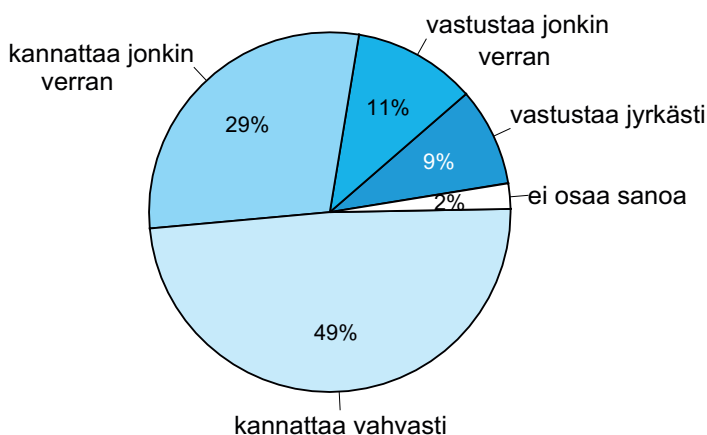
6.2 Työvoiman palvelukeskustoimintamallin laajentaminen

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmaan (Valtioneuvoston kanslia 2011, 47) on kirjattu tavoite, jonka mukaan työ- ja elinkeinotoimistojen, Kelan ja kuntien yhteinen työvoiman palvelukeskusten toimintamalli laajennetaan koko maahan. Palvelukeskusten toimintamallista säädetään lailla ja niiden rahoitus turvataan.

TE-toimistojen johtajia pyydettiin kertomaan mielipiteensä hallitusohjelmaan sisältyvästä linjauksesta ulottaa työvoiman palvelukeskusten toimintamalli koko maahan nykyisen kaltaisena toimintamallina.

Mallin laajentamisen kannatus

Vastaajista suurin osa asettuu mallin laajentamisen kannalle. Kaikista vastaajista noin puolet kannattaa laajentamista vahvasti ja 29 prosenttia kannattaa sitä jonkin verran. Noin viidennes TE-toimistojen johtajista vastustaa mallin laajentamista ja heistä noin puolet vastustaa sitä jyrkästi.



KUVIO 44. Mielipiteet työvoiman palvelukeskustoimintamallin laajentamisesta TE-toimistojen johtajien mielestä.

Mallin laajentamisen myönteiset ja kielteiset puolet

Myönteisenä piirteenä työvoiman palvelukeskustoimintamallin laajentamisessa pidettiin erityisesti sitä, että se mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun, yhteistyön helpottumisen ja moniammatillisuuden.

TAULUKKO 16. Myönteiset asiat työvoiman palvelukeskustoimintamallin laajentamisessa. TE-toimistojen johtajien avovastaukset (n=41).

	% vastaajista	% maininnoista
Asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu	34	26
Yhteistyö helpottuu	29	22
Moniammatillisuus	20	15
Ei mitään	7	6
Palvelujen saatavuus	7	6
Yhden luukun palvelu	7	6
Turvataan henkilötyövuosia	5	4
Resurssien optimaalinen hyödyntäminen	5	4
Kuntien sitouttaminen vaik työllistyvien palveluun	5	4
Virkailijoiden asiantuntijuuden vahvistuminen	5	4

- ” Arjen yhteistyö helpottuu, moniammatillisuus asiakastilanteissa ja toiminnan suunnittelussa, vaikeammin työllistyvien ryhmän ”ongelmat” helpommin tunnistettavissa.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Kansalaisten tasavertainen kohtelu ja kuntien sitouttaminen työllistämiseen.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Yhteinen työskentely mahdollistaa resurssien optimaalisen hyödyntämisen
- ” Yhdessä tekeminen alueen kuntien kanssa tiivistyy. Asiakas saa palvelun mutkattomammin.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus.” (TE-toimiston johtaja)

Kielteisinä puolina palvelukeskustoimintamallin laajentamisessa nähtiin erityisesti resurssien riittämättömyys ja osin myös irrallisuus emo-organisaatiosta.

TAULUKKO 17. Kielteiset asiat työvoiman palvelukeskustoimintamallin laajentamisessa. TE-toimistojen johtajien avovastaukset (n=33).

	% vastaajista	% maininnoista
Resurssien riittävyys	47	42
Ei kielteistä	16	14
Liian irrallaan emo-organisaatiosta	16	14
Alueiden erityispiirteet jäivät huomiotta	6	6
Säilömistä vain	6	6

- ” Erillinen ja irrallinen organisaatio ei ratkaise ongelmia, eikä toimi pienissä kunnissa eikä kuntia voi tässä asiassa pakottaa alueelliseen yhteistyöhön, byrokratian lisäämisellä ei yhteistyötä automaattisesti parantaa.” (TE-toimiston johtaja)
- ” Malli on tehty liian kankeaksi ja valtakunnallisesti sitä on kehitetty irrallaan emo-organisaatioista. Tärkeä olisi, että se kytketään osaksi emo-organisaatioita niin, että kuitenkin on selvästi määritelty mitkä prosessit hoidetaan emo-organisaatiossa ja mitkä tyypissä. Nyt on vaarana, että tämä irrallisuus leviää.” (TE-toimiston johtaja)

- “ Ei mitään kielteistä, mutta resurssien riittävyys uhkana (molemmiin puolin).”
(TE-toimiston johtaja)
- “ Miksi vaikeasti työllistyvät palautetaan takaisin te-toimistoon?).”
(TE-toimiston johtaja)
- “ Niihin säilötään vaikeasti työllistyviä ja vajaakuntoisia.” (TE-toimiston johtaja)
- “ Taloudellisesti haastava ja vähemmän tehokas toimintamalli.”
(TE-toimiston johtaja)
- “ Nykyisessä mallissa palvelukeskukset olleet “erillisiä” virastoja, keskusteluyhteys TE-toimiston muun palvelun kanssa aika ajoin olematonta. Ristiriitoja toimijoiden välillä. Nykyisessä korostettu TEMin suunnalta liikaa sitä, että palvelukeskus on erillinen, yhtenäisessä tilassa toimiva toimija. Eli on suorastaan ruokittu erillisyyttä TE-toimiston muusta syventävästä asiakaspalvelusta. Työtä voi kuitenkin tehdä verkostona ja osana TE-toimiston palvelulinjoja. Toimijat voivat myös olla TE-toimiston syventävien palvelulinjojen sisällä ja silti verkottuen moniammatilliseen suuntaan (sos.toimi, kela, terveydenhuolto).” (TE-toimiston johtaja)
- “ Uhkana on se, että ei tule riittäviä resursseja laajennukseen vaan vain “julistus” laajennuksesta. Toinen kielteinen seikka olisi se, että siirryttäessä ELY-alueilla yhden toimiston malliin todetaan, että alueella oleva palvelukeskus kattaa jatkossa myös ne alueet, jotka aikaisemmin eivät olleet mukana.” (TE-toimiston johtaja)

Odotukset moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvalta mallilta

Vastaajilta tiedusteltiin lisäksi millainen moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuvan valtakunnallisen palvelukeskustoimintamallin tulisi olla.

TAULUKKO 18. Näkemykset siitä, millainen moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuvan valtakunnallisen työvoiman palvelukeskus-toimintamallin tulisi olla. TE-toimistojen johtajien avovastaukset (n=33).

	% vastaajista	% maininnoista
Perusidea hyvä	18	11
Alueelliset erityispiirteet huomioon (ei samanlainen joka paikassa)	12	7
Monitoimijainen, -ammatillinen	12	7
Eri tahojen kaikki osaaminen käytössä	9	5
Asiakkaan kokonaistilanne näkökulmana	9	5
Vahva rooli Kelalla	9	5
Velvoittavuus vapaaehtoisuuden tilalle	9	5

- “ Eri tahojen osaamisen ja keinojen aito yhdistäminen asiakkaan parhaaksi, asiakkaan kokonaistilanteen näkökulmasta.” (TE-toimiston johtaja)
- “ Esim. seutukunnallinen ja hyvä malli on, jos se pohjautuu mm. hyvinvointi-kuntayhtymän kanssa tehtävään yhteistyöhön, myös kelan roolia tulee vahvistaa.”
(TE-toimiston johtaja)
- “ Aktiivisempi kehittäjä esimerkiksi kuntoutuksessa työtoiminnassa, aktiivisempi yritys-yhteistyössä.” (TE-toimiston johtaja)

- “ Aktivointisuunnitelmien tekoa voisi laajentaa tilanteisiin joissa asiakkaan katsotaan tarvitsevan moniammatillista palvelua, kuntien terveydenhuollon kytkeminen näihin tilanteisiin hyvin keskeistä, kuntouttavan työtoiminnan sisällön ja korvauksen parantaminen -- tässä keskeisiä asioita.” (TE-toimiston johtaja)
- “ Alueelliset erot ovat suuret. Siksi pidän tiukasti normiohjattua mallia tässä huonona. TYP työssä pitäisi pystyä paikallisten toimijoiden paremmin päättämään mihin asiakasryhmään palvelu suunnataan.” (TE-toimiston johtaja)
- “ Mallin perusidea on hyvä. On työhallinnon ja kunnan sos.toimen sekä tarvittavat terveydenhuollon samassa palvelutilanteessa tai nopeasti saavutettavissa.” (TE-toimiston johtaja)
- “ Sosiaalialan ammatillinen osaaminen, laaja-alainen terveydenhuoltoalan ammatillinen osaaminen ja työelämän hyvä tuntemus yhteisessä käytössä asiakkaan eduksi. Kukin hallinnon ala resursoi oman toimintansa, mutta toiminta tulee sitouttaa esim. velvoittavalla lainsäädännöllä. Toiminnan käynnistämiseen tarvittaisiin erillinen määräraha.” (TE-toimiston johtaja)
- “ Asiakkaan palvelutarpeen tunnistamiseen pohjautuva eli eri toimijat tunnistavat asiakkaan palvelutarpeen ja ohjaavat hänet oikeiden palveluiden piiriin. Pois vapaaehtoisuudesta, mikäli oikeasti halutaan edistää asiakkaiden työllistymistä ja mahdollistaa osallisuus. Mukaan kaikki keskeiset toimijat, joita tarvitaan vaikeimmassa asemassa olevien työllistymisen/osallisuuden tukemiseksi. Prosesseja on edelleen kehitettävä ja kuvattava niin, että työmarkkinoille kuntoutumisen lisäksi tarjolla on myös muita vaihtoehtoja erilaisiin asiakkaiden tarpeisiin ja tilanteisiin. On tunnustettava, että osalla paluu avoimille työmarkkinoille ei ole mahdollinen pitkänkään prosessin tuloksena. On vaikea sitouttaa asiakkaita ja sitoutua toimijana prosessiin, jossa tavoitteet ovat epärealistiset. Kuntouttavaa työtoimintaa tulisi kehittää ja muutoinkin sosiaalisen työllistämisen mallia. Typ on luonut erinomaisen perustan ja pohjan viranomaisten väliselle yhteistyölle ja yhteisille prosesseille. Tätä yhteistyötä on tarpeen vahvistaa ja laajentaa edelleen.” (TE-toimiston johtaja)

6.3 Valinnanvapauden toteutuminen terveydenhuollossa

Toukokuun alussa (1.5.2011) voimaan astuneen uuden terveydenhuoltolain mukaan asiakas voi valita vapaammin hoitopaikkansa ja mahdollisuuksien mukaan häntä hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen.

Terveyskeskusten johtoa pyydettiin arvioimaan, onko terveydenhuoltolain uudistuksella ollut vaikutusta terveyskeskuksen toimintaan. Lisäksi vastaajia pyydettiin ottamaan yksilöidymmin kantaa siihen, missä määrin valinnanmahdollisuuksien lisääminen on vaikuttanut alueen asukkaiden palveluihin.

Vastanneista hieman yli puolet arvioi, ettei terveydenhuoltolain uudistamisella ole ollut vaikutusta toimintaan. Vastaajista 44 prosenttia arvioi sillä olleen vaikutusta. Avovastausten perusteella keskeisimpänä syynä sille, ettei lailla ole ollut vaikutusta toimintaan nähdään se, että valinnanvapaus on toteutunut jo aiemmin. Toisena syynä nähdään tarjonnan vähyys, jolloin tarjotulle palvelulle ei ole vaihtoehtoa.

TAULUKKO 19. Näkemykset siitä, onko terveydenhuoltolain uudistamisella valinnanvapautta lisäävään suuntaan ollut vaikutusta. Terveyskeskusten johtajien avovastaukset (n=28).

	% vastaajista	% maininnoista
Aikaisemminkin on voinut valita	46	41
Vain yksi tk, ei valinnanmahdollisuuksia	29	25
Vähäistä	25	22
Ei kysyntää	11	9
Ei näy vielä käytännössä	46	41

- “ Aiemminkin on voinut valita.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Ei ole ollut juurikaan kysyntää, terveyskeskuksen toimialueella kaksi yksikköä joiden välillä voi valita.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Todellisia valinnan mahdollisuuksia ei maantieteestä johtuen ole.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Vain yksi terveysasema.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Valinnan mahdollisuus ollut yhteistoiminta-alueella jo aiemminkin.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Lain velvoitteet eivät vielä näy käytännön toiminnassa.” (Terveyskeskuksen johtaja)

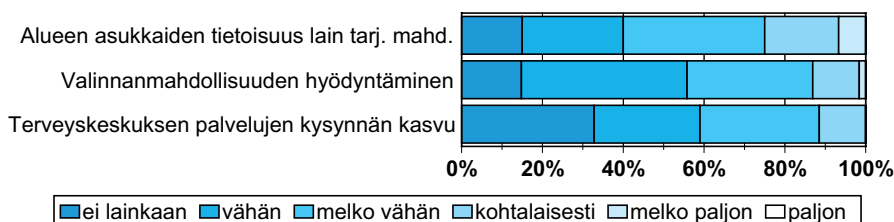
Konkreettisina vaikutuksina avovastausten perusteella nähdään useimmin terveysaseman vaihdot sekä muiden kuin omien kuntalaisten hoitaminen. Osa vastaajista ei ollut vielä nähnyt merkittäviä vaikutuksia.

TAULUKKO 20. Näkemykset siitä, millaista vaikutusta terveydenhuoltolain uudistamisella valinnanvapautta lisäävään suuntaan on ollut. Terveyskeskusten johtajien avovastaukset (n=27).

	% vastaajista	% maininnoista
Ihmisiä on vaihtanut terveysasemaa	41	37
Hoidetaan (muutamia) muiden kuntien asukkaita	37	33
Melko vähäisiä	7	7

- “ 10 terveysasemaa, jonkin verran vaihtoja.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Muutama henkilö on vaihtanut terveysasemaa yhteistoiminta-alueella, terveyspalveluita on kysytty enemmän tilapäisen oleskelun aikana.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Mökkiläiset käyttävät enempi kiireettömiä palveluja.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Terveysasemaa vaihdettu jonkin verran, ulkopaikkakuntalaisia hoidettu hieman enemmän kuin aiemmin.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Vaikutukset melko vähäisiä.” (Terveyskeskuksen johtaja)
- “ Valinnanvapaus lisääntynyt.” (Terveyskeskuksen johtaja)

Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien lisääminen on vaikuttanut toiminta-alueen asukkaiden palveluihin varsin vähän. Toiminta-alueen asukkaiden tietoisuus uuden lain tarjoamista mahdollisuuksista on vaikuttanut 60 prosentin mielestä vain vähän tai melko vähän. Vastaajista 15 prosenttia katsoo, ettei tietoisuus lain tarjoamista mahdollisuuksista ole vaikuttanut lainkaan asukkaiden palveluihin. Alle viidennes arvioi sen vaikuttaneen kohtalaisesti ja vain seitsemän prosenttia paljon.



KUVIO 45. Valinnanvapauden lisäämisen vaikutuksia palveluihin.

Valinnanmahdollisuuksien hyödyntäminen on vaikuttanut melko vähän tai vähän 70 prosentin mielestä toiminta-alueen asukkaiden palveluihin. 15 prosentin mukaan se ei ole vaikuttanut mitenkään.

Vastaajista kolmanneksen mukaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen ei ole vaikuttanut mitenkään palvelujen kysynnän kasvuun. Yli puolet (56 prosenttia) näkee sillä olleen vähän tai melko vähän vaikutusta kysynnän kasvuun.

Vastaajilta tiedusteltiin myös avokysymyksellä sitä, mistä he arvioivat johtuvan sen, etteivät alueen asukkaat ole mahdollisesti hyödyntäneet lain tarjoamaa mahdollisuutta valita hoitopaikka ja hoitohenkilöstö. Keskeisinä syinä tälle nähdään alueen sijainti ja etäisyydet sekä se, että tarjolla on vain yksi vaihtoehto. Toisaalta asioiden nähdään olevan kunnossa ja terveyskeskusten välillä ei uskota olevan asiakkaiden mielestä suuria eroja.

TAULUKKO 21. Näkemykset siitä, miksi mahdollisuutta valita hoitopaikka ja hoitohenkilöstö ei ole hyödynnetty. Terveyskeskusjohdon vastaukset (n=45).

	% vastaajista	% maininnoista
Sijainti, etäisyydet	27	22
Asiat kunnossa, ovat tyytyväisiä	24	20
Vain yksi terveysasema	20	17
Ennenkin on saanut valita	18	15
Asioidaan mielellään siellä missä ennenkin	13	11
Terveyskeskusten/asemien välillä ei suuria eroja	9	7
Asiaa ei tunneta	7	6

7 Kuntoutus

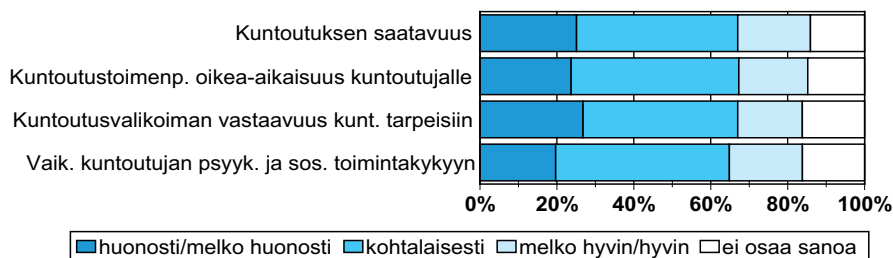
Kuntoutus voidaan jakaa sosiaaliseen, lääkinnälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen. Sosiaalibarometrissa kuntoutuksen muodoista käsitellään tänä vuonna sosiaalista ja lääkinnällistä kuntoutusta sekä kuntoutusjärjestelmää kokonaisuutena.

7.1 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisen kuntoutuksen kohderyhmänä ovat vaikeasti syrjäytyneet henkilöt, kuten syrjäytymisuhan alla oleville nuoret tai nuoret aikuiset, mielenterveyskuntoutujat, maahanmuuttajat, kehitysvammaiset, päihteiden ongelmakäyttäjät sekä pitkäaikaistyöttömät. Sosiaalisen kuntoutuksen työmuotoja ovat asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen, kuntoutus- tai palvelusuunnitelman laatiminen asiakkaan kanssa, kuntoutuksen tavoitteiden tarkistaminen ja uudelleenmäärittely, yksilökohtainen psykososiaalinen työ, ryhmämuotoinen psykososiaalinen työ sekä sopeutumisvalmennus.

Arviot sosiaalisen kuntoutuksen toteutumisesta

Sosiaalijohdolta, terveyskeskusjohtajilta, Kelan toimistojen johtajilta sekä työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilta (julkiset palveluntuottajat) kysyttiin arvioita siitä, miten sosiaalinen kuntoutus toteutuu vastaajien alueella. Arvioitavia asioita ovat kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuus, kuntoutuksen saatavuus, vaikuttavuus kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä kuntoutusvalikoiman vastaavuus kuntoutujan tarpeisiin. Arviot on koottu seuraavaan kuvioon.



KUVIO 46. Sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvien seikkojen toteutuminen (julkiset palveluntuottajat).

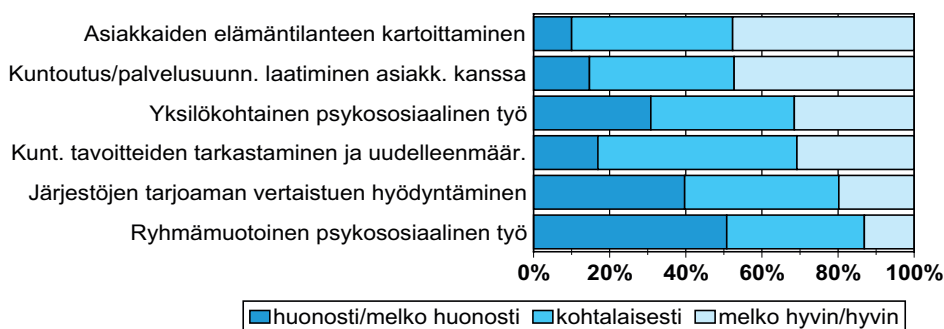
Selvästi yli puolet vastaajista arvioi edellä mainittujen sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvien seikkojen toteutuvan vähintään kohtalaisesti. Kuitenkin kaikki kysytty sosiaalisen kuntoutuksen ulottuvuudet toteutuvat vastaajien mukaan

useammin huonosti kuin hyvin. Kuntoutusvalikoiman vastaavuus kuntoutujan tarpeisiin toteutuu julkisten palveluntuottajien mielestä huonoinen, sillä useampi kuin joka neljäs (27 %) arvioi sen toteutuvan huonosti tai melko huonosti ja alle viidennes (17 %) hyvin tai melko hyvin. Kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuus ja saatavuus toteutuvat huonosti noin neljänneksen (24–25 %) mielestä ja vaikuttavuus kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn viidenneksen mielestä.

Vastaajaryhmittäinen vertailu (ks. luvun 7 liitetaulukot) osoittaa ennen kaikkea sen, että sosiaalijohdolla on parhaat edellytykset arvioida sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista, sillä muissa vastaajaryhmissä on selvästi enemmän ”en osaa sanoa” -vastauksia. Erityisesti Kelan toimistojen johtajat ovat jättäneet arvioimatta sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista, sillä vähimmillään 40 prosenttia ei ole osannut ottaa kantaa kysyttyihin sosiaalisen kuntoutuksen osaluoihin. Toinen vastaajaryhmittäisestä tarkastelusta ilmenevä seikka on se, että sosiaalijohto arvioi sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista hieman positiivisemmin kuin muut vastaajaryhmät. Kun muissa vastaajaryhmissä kaikki kysytyt sosiaalisen kuntoutuksen ulottuvuudet arvioidaan useammin toteutuvan huonosti kuin hyvin, sosiaalijohdolla nämä menevät tasan. Poikkeuksen tekee kuntoutusvalikoiman vastaavuus kuntoutujan tarpeisiin, joka sosiaalijohdonkin mielestä toteutuu useammin huonosti kuin hyvin. Melkein joka kolmas (32 %) sosiaalijohtaja arvioi kuntoutusvalikoiman vastaavuuden kuntoutujan tarpeisiin toteutuvan huonosti tai melko huonosti. Useimmin huonoksi tai melko huonoksi sosiaalisen kuntoutuksen toteutumisen arvioivat työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat.

Sosiaalisen kuntoutuksen työmuotojen toteutuminen

Sosiaalijohdolta kysyttiin sosiaalisen kuntoutuksen työmuotojen toteutumisesta tällä hetkellä oman alueen asukkaiden kannalta (ks. seuraava kuvio). Selvästi parhaiten toteutuvat asiakkaiden elämäntilanteen kartoittaminen ja kuntoutus- tai palvelusuunnitelman laatiminen asiakkaan kanssa. Lähdessä puolet sosiaalijohdosta on vastannut näiden toteutuvan hyvin tai melko hyvin (47–48 %). Siten hieman yli puolet vastaajista näkee näiden kuntoutustoimenpiteiden toteutuvan enintään kohtalaisesti. Yksi kymmenestä sosiaalijohtajasta näkee asiakkaiden elämäntilanteen kartoittamisen ja 15 prosenttia kuntoutus- tai palvelusuunnitelman laatimisen yhdessä asiakkaan kanssa toteutuvan huonosti tai melko huonosti. Kuntoutus- tai palvelusuunnitelman tekemisestä on säädetty muun muassa laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2008, 7 §), jossa sanotaan, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Suunnitelmaa ei tarvitse tehdä silloin, kun kyseessä on tilapäinen neuvonta.



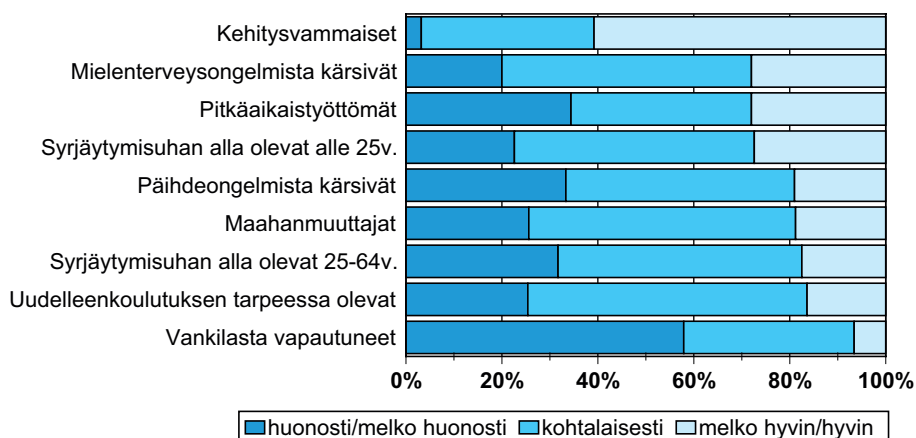
KUVIO 47. Sosiaalisen kuntoutuksen työmuotojen toteutuminen (sosiaalijohto).

Kuntoutuksen tavoitteiden tarkastaminen ja uudelleenmäärittely toteutuvat hieman huonommin kuin edellä esitetyt sosiaalisen kuntoutuksen työmuodot. Hyvin tai melko hyvin tavoitteiden tarkastaminen ja uudelleenmäärittely toteutuu noin kolmanneksen mielestä (31 %). Kohtalaisena toteutumista pitää yli puolet (52 %), jolloin vähintään kohtalaisena pitävien osuus nousee 83 prosenttiin. Alle viidenes (17 %) sosiaalijohtajista katsoo kuntoutuksen tavoitteiden ja uudelleenmäärittelyn toteutuvan huonosti tai melko huonosti.

Sosiaalisen kuntoutuksen työmuodoista kysyttiin myös yksilökohtaisesta ja ryhmämuotoisesta psykososiaalisesta työstä. Näistä yksilökohtainen psykososiaalinen työ toteutuu sosiaali johdon mielestä selvästi paremmin. Kun yksilökohtaisen psykososiaalisen työn näkee toteutuvan vähintään kohtalaisesti 69 prosenttia vastaajista, ryhmämuotoisen psykososiaalisen työn kohdalla vastaava osuus on vain 49 prosenttia. Ryhmämuotoisen psykososiaalisen työn toteutumista pitää huonona tai melko huonona hieman yli puolet (51 %) vastaajista.

Järjestöjen tarjoaman vertaistuen hyödyntämisessäkin olisi parantamisen varaa. Yksi viidestä sosiaali johtajasta näkee tämän toteutuvan hyvin tai melko hyvin sosiaalisen kuntoutuksen työmuotona. Useammin (40 %) se nähdään huonosti tai melko huonosti toteutuvana.

Sosiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuus kuntoutettavien ryhmien toimintakykyyn. Sosiaali johdolta kysyttiin vielä näkemyksiä siitä, miten sosiaalinen kuntoutus on onnistunut tukemaan ja vahvistamaan eri kuntouttavien ryhmien sosiaalista toimintakykyä. Kuten seuraavasta kuviosta voidaan havaita, vankilasta vapautuneiden kohdalla sosiaalinen kuntoutus on onnistunut tässä huonoiten. Yli puolet sosiaali johtajista (58 %) arvioi kuntoutuksen kykenevän vahvistamaan huonosti tai melko huonosti vankilasta vapautuvien sosiaalista toimintakykyä. Vain seitsemän prosenttia näkee asian päinvastoin. Vankilasta vapautuvien kohdalla voidaan sanoa tulosten perusteella olevan selviä puutteita sosiaalisen kuntoutuksen onnistumisessa.



KUVIO 48. Mielipiteet kysymykseen ”Miten sosiaalinen kuntoutus on kyennyt tukemaan ja vahvistamaan eri kuntoutettavien ryhmien sosiaalista toimintakykyä omalla alueellanne” (sosiaalijohto).

Kuntoutettavia ryhmiä, joiden kohdalla sosiaalinen kuntoutus toimii sosiaalijohton mielestä useammin huonosti kuin hyvin vankilasta vapautuvien lisäksi, ovat päihdeongelmista kärsivät, maahanmuuttajat, syrjäytymisuhan alla olevat 25–64-vuotiaat, pitkäaikaistyöttömät ja uudelleen koulutuksen tarpeessa olevat. Heistä päihdeongelmista kärsivien ja pitkäaikaistyöttömien tilanne näyttää heikoimmalta, sillä noin kolmannes (33–34 %) sosiaalijohtajista arvioi, että näiden ryhmien osalta kuntoutus onnistuu tehtävässään huonosti tai melko huonosti.

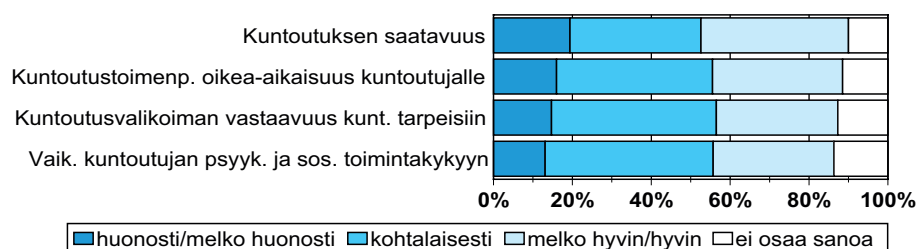
Useammin hyvin kuin huonosti kuntoutus onnistuu vahvistamaan toimintakykyä kehitysvammaisten, mielenterveysongelmista kärsivien ja syrjäytymisuhan alla olevien alle 25-vuotiaiden kohdalla. Kehitysvammaisten kohdalla tilanne näyttyy positiivisimmin, sillä 61 prosenttia sosiaalijohtajista arvioi kuntoutuksen onnistuvan hyvin tai melko hyvin tehtävässään. Valtaosan (97 %) mielestä sosiaalinen kuntoutus toimii kehitysvammaisten toimintakyvyn vahvistajana vähintään kohtalaisesti. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että kehitysvammaiset ovat ainoa ryhmä, jonka kohdalla sosiaalinen kuntoutus todella onnistuu sosiaalijohtajien arvion mukaan vahvistamaan sosiaalista toimintakykyä. Muilla kuntoutettavilla ryhmillä tilanne näyttää selvästi heikommalta. Heikoimmin sosiaalinen kuntoutus kykenee vahvistamaan vankilasta vapautuvien toimintakykyä sosiaalijohtajien arvion mukaan.

7.2 Lääkinnällinen kuntoutus

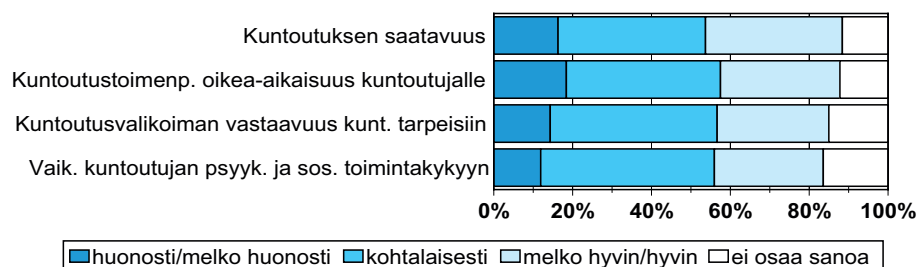
Lääkinnällinen kuntoutus on tarkoitettu sairaille, vammaisille tai vajaatoimintakykyisille henkilöille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b). Lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät terveyskeskukset ja sairaalat osana sairaanhoitoa sekä Kela.

Terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen muotoja ovat kuntoutusneuvonta, kuntoutustarvetta selvittävät tutkimukset, työ- ja toimintakykyä parantavat hoidot, kuntoutusjaksot, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusohjaus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011c.) Kelan lääkinällinen kuntoutus on tarkoitettu pääasiassa alle 65-vuotiaille vaikeavammaisille henkilöille. Sen tavoitteena on kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn parantaminen. (Kela 2011.)

Arviot terveydenhuollon ja Kelan lääkinällisen kuntoutuksen toteutumisesta Julkisilta palveluntuottajilta kysyttiin terveydenhuollon ja Kelan lääkinällisestä kuntoutuksesta samat kuntoutuksen oikea-aikaisuutta, saatavuutta, vaikuttavuutta ja valikoimaa koskevat kysymykset kuin sosiaalijohdolta sosiaalisesta kuntoutuksesta (ks. luku 7.1). Seuraaviin kahteen kuvioon on koottu vastaajien näkemykset terveydenhuollon ja Kelan lääkinällisen kuntoutuksen toteutumisesta.



KUVIO 49. Terveydenhuollon lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvien seikkojen toteutuminen (julkiset palveluntuottajat).



KUVIO 50. Kelan lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvien seikkojen toteutuminen (julkiset palveluntuottajat).

Lääkinällinen kuntoutus toteutuu vastaajien arvion mukaan paremmin kuin sosiaalinen kuntoutus. Kun sosiaalisen kuntoutuksen ulottuvuuksista kaikki arvioi-

daan useammin huonosti kuin hyvin toteutuviksi, lääkinnällisen kuntoutuksen kohdalla on toisinpäin. Lääkinnällinen kuntoutus arvioidaan myös useammin vähintään kohtalaisesti toteutuvaksi. Vähintään kohtalaisena pitävien osuudet ovat terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen kohdalla 71–73 prosenttia, Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen kohdalla 69–72 prosenttia ja sosiaalisen kuntoutuksen kohdalla 57–64 prosenttia.

Useimmin huonoksi tai melko huonoksi arvioidaan terveydenhuollon lääkinnällisessä kuntoutuksessa saatavuus ja Kelan lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuntoutustoimenpiteiden oikea-aikaisuus kuntoutujalle. Näitä pitää huonosti tai melko huonosti toteutuvina lähes joka viides vastaaja (18–19 %). Sosiaalisen kuntoutuksen kohdalla useimmin huonoksi tai melko huonoksi arvioidaan kuntoutusvalikoiman saatavuus kuntoutujan tarpeisiin.

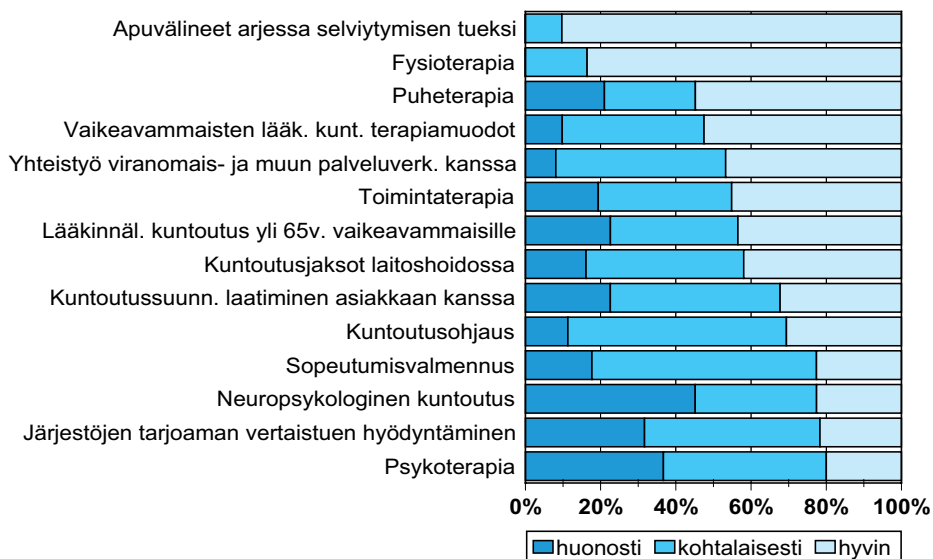
Vastaajaryhmittäisen vertailun (ks. luvun 7 liitetaulukot) perusteella voidaan sanoa, että terveyskeskusjohtajat arvioivat muita vastaajaryhmiä positiivisemmin terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumista. Samoin on Kelan johtajien kohdalla: he näkevät Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen kysytyt neljä ulottuvuutta useammin hyvin toteutuvina kuin muut vastaajat. Kuten jo aiemmin todettiin, näin oli myös sosiaalijohdon ja sosiaalisen kuntoutuksen kohdalla, joskin lievempänä. Terveyskeskusjohtajien ja muiden vastaajien välinen mielipide-ero on selvin terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuuden kohdalla. Terveyskeskusjohtajista vain kaksi prosenttia arvioi saatavuuden huonoksi tai melko huonoksi, kun kaikista vastaajista näin ajattelee 19 prosenttia. TE-toimistojen johtajat ovat kriittisimpiä terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuudesta, sillä melkein puolet (49 %) näkee saatavuuden toteutuvan huonosti tai melko huonosti. Kelan järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuus toteutuu myös Kelan johtajien mukaan selvästi harvemmin huonosti tai melko huonosti (3 %) kuin vastaajien mielestä keskimäärin (16 %).

Kelan toimistonjohtajista noin kolmannes (27–37 %) ei osannut arvioida terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumista. Sosiaalijohdolla puolestaan oli selvästi eniten (15–21 %) ”en osaa sanoa” -vastauksia Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen kysymyksissä. Kelan toimistojen johtajista 13–19 prosenttia ei osannut arvioida Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumista. Vaikeinta Kelan toimistojen johtajille oli arvioida Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutavuutta kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat arvioivat kriittisimmin terveydenhuollon ja Kelan lääkinnällistä kuntoutusta. Erityisen huonosti toteutuvat TE-toimistojen johtajien mielestä terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuus ja saatavuus. Noin joka toinen (49 %) TE-toimiston johtaja pitää terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuutta huonona tai melko huonona. Lähes yhtä suuri osa (44 %) ajattelee näin kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuudesta.

Terveystenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen työmuotojen toteutumisen

Terveystenkeskusjohtajilta kysyttiin arvioita terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen toteutumisesta. Kysymyksessä oli mukana 14 eri työmuotoa, joista osa on samoja kuin sosiaalisen kuntoutuksen kysymyksissä sosiaalijohtajille ja Kelan lääkinällisen kuntoutuksen kysymyksissä Kelan toimistonjohtajille.



KUVIO 51. Arviot terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen työmuotojen toteutumisesta (terveyskeskusjohtajat).

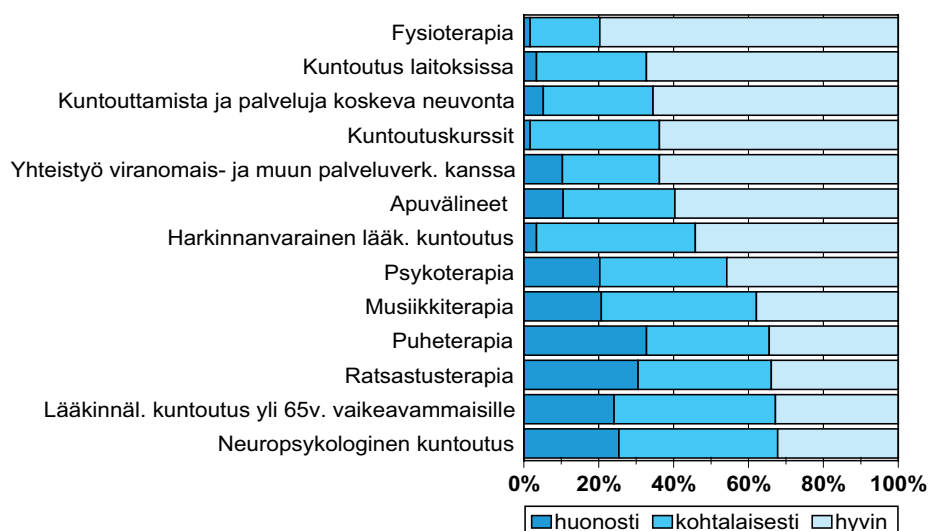
Terveystenkeskusjohtajat arvioivat huonoiten toteutuvaksi lääkinällisen kuntoutuksen työmuodoksi neuropsykologisen kuntoutuksen, kuten edellisestä kuviosta voidaan havaita. Tätä pitää huonosti tai melko huonosti toteutuvana vajaa puolet (45 %) vastaajista. Myös psykoterapia toteutuu vastaajien mukaan useammin huonosti (37 %) kuin hyvin (20 %). Positiivisimmin arvioidaan apuvälineiden saaminen arjessa selviytymisen tueksi. Tämän arvioi toteutuvan hyvin tai melko hyvin yhdeksän kymmenestä vastaajasta. Loppujen mielestä apuvälineiden saaminen toteutuu kohtalaisesti. Fysioterapia on toinen terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen muodoista, joka toteutuu kaikkien terveyskeskusjohtajien mielestä vähintään kohtalaisesti. 84 prosenttia on sitä mieltä, että fysioterapia toteutuu hyvin tai melko hyvin.

Järjestöjen tarjoaman vertaistuen hyödyntäminen toteutuu vastaajien arvion mukaan useammin huonosti (32 %) kuin hyvin (22 %). Terveystenkeskusjohtajien näkemys järjestöjen tarjoaman vertaistuen hyödyntämisestä on positiivisempi kuin sosiaalijohtajien arvio vertaistuen hyödyntämisestä sosiaalisen kuntoutuksen kohdalla. Sosiaalijohtajista 40 prosenttia arvioi vertaistuen hyödyntämisen toteutuvan huonosti ja 20 prosenttia hyvin.

Puheterapia, toimintaterapia, lääkinnällinen kuntoutus yli 65-vuotiaille vaikeavammaisille, kuntoutussuunnitelman laatiminen asiakkaan kanssa sekä sopeutumisvalmennus toteutuvat huonosti noin viidenneksen (18–23 %) mielestä. Hieman paremmin toteutuvilta näyttävät vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen terapiamuodot, yhteistyö viranomais- ja muun palveluverkoston kanssa, kuntoutusjaksot laitoshoidossa sekä kuntoutusohjaus. Nämä terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen työmuodot toteutuvat huonosti 8–16 prosentin mielestä.

Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen työmuotojen toteutuminen

Kelan toimistonjohtajilta kysyttiin arvioita Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumisesta (ks. seuraava kuvio). Useimmin huonosti toteutuu puheterapia. Kolmannes (33 %) Kelan johtajista arvioi puheterapian toteutuvan huonosti tai melko huonosti. Suunnilleen yhtä suuri osa (34 %) arvioi puheterapian toteutuvan hyvin tai melko hyvin. Työmuotoja, jotka toteutuvat vähintään joka viidennen Kelan johtajan mielestä huonosti tai melko huonosti ovat puheterapian lisäksi psykoterapia, musiikkiterapia, ratsastusterapia, lääkinnällinen kuntoutus yli 65-vuotiaille vaikeavammaisille sekä neuropsykologinen kuntoutus.



KUVIO 52. Arviot Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumisesta (Kelan toimistonjohtajat).

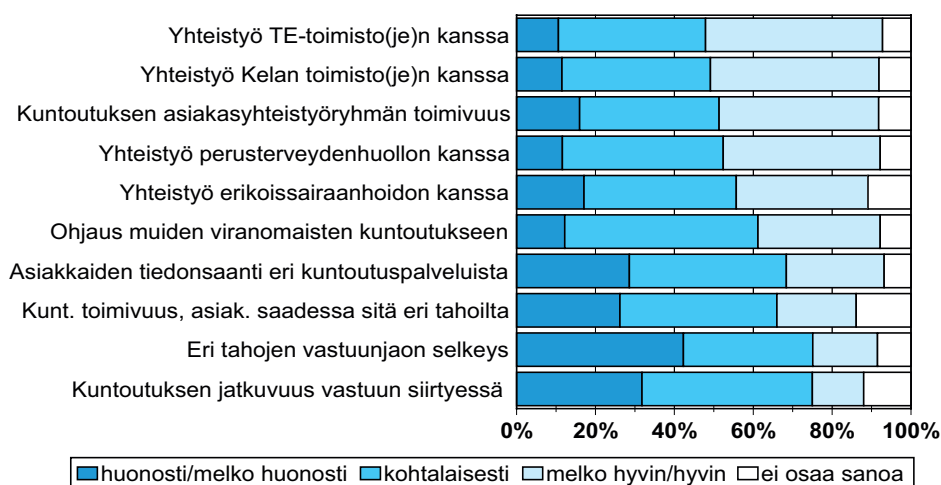
Parhaiten Kelan lääkinnällisessä kuntoutuksessa toimii Kelan toimistonjohtajien arvion mukaan fysioterapia, jonka arvioitiin toimivan hyvin myös terveydenhuollon lääkinnällisessä kuntoutuksessa. 80 prosenttia Kelan toimistonjohtajista arvioi fysioterapian toteutuvan hyvin Kelan lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja vain kaksi prosenttia on päinvastaista mieltä. Lääkinnällisen kuntoutuksen työmuotoja, jotka arvioitiin useimmiten (95–98 %) vähintään kohtalaisesti toteutuviksi fysioterapian ohella, ovat kuntoutus laitoksissa, kuntouttamista ja palveluja koskeva

neuvonta, kuntoutuskurssit ja harkinnanvarainen lääkinnällinen kuntoutus. Noin yhdeksän kymmenestä (89–90 %) Kelan toimistonjohtajasta arvioi, että yhteistyö viranomais- ja muun palveluverkon kanssa sekä apuvälineet toteutuvat vähintään kohtalaisesti.

7.3 Monialainen kuntoutus

Arviot monialaisen ja -kanavaisen kuntoutuksen toteutumisesta

Julkisia palveluntuottajia pyydettiin arvioimaan sosiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumisen lisäksi vielä monialaista ja -kanavaista kuntoutusta kokonaisuudessaan. Arviot on koottu seuraavaan kuvioon. Eri tahojen vastuunjaon selkeys, asiakkaiden tiedonsaanti eri kuntoutuspalveluista, kuntoutuksen jatkuvuus vastuun siirtyessä sekä kuntoutuksen toimivuus silloin, kun asiakkaat saavat usean eri tahon kuntoutuspalvelua ovat suurimmat ongelmat kuntoutuksen toteutumisessa julkisten palveluntuottajien arvioiden mukaan. Nämä toteutuvat useammin huonosti kuin hyvin. Näistä useimmin huonosti toteutuvaksi arvioidaan eri tahojen vastuunjaon selkeys. 43 prosenttia julkisista palveluntuottajista pitää tätä huonosti tai melko huonosti toteutuvana ja vain 16 prosenttia hyvin toteutuvana. Parhaiten julkisten palveluntuottajien mielestä toimivat yhteistyö TE-toimistojen, Kelan toimistojen ja perusterveydenhuollon kanssa sekä ohjaus muiden viranomaisten kuntoutukseen. Lähes yhdeksän kymmenestä (88–89 %) julkisesta palveluntuottajasta arvioi näiden toteutuvan vähintään kohtalaisesti. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän toimivuus ja yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa toteutuvat vähintään kohtalaisesti hieman harvemmin (83–84 %).



KUVIO 53. Arviot monialaisen kuntoutuksen toteutumisesta (julkiset palveluntuottajat).

Vastaajaryhmittäiset arviot monialaisen ja -kanavaisen kuntoutuksen toteutumisesta on koottu tämän luvun liiteosioon. Julkisista palveluntuottajista TE-toimistojen johtajat näkevät kysytyt monialaiseen ja -kanavaiseen kuntoutukseen liittyvät seikat useammin huonosti toteutuvina kuin vastaajat keskimäärin. Ainoastaan yhteistyö Kelan toimistojen kanssa on tästä poikkeus, sillä se toimii TE-toimistojen johtajien mielestä hyvin useammin kuin kaikkien vastaajien mielestä keskimäärin. TE-toimistojen johtajat näkevät myös yhteistyön TE-toimistojen kanssa useammin huonosti toteutuvaksi (19 %) kuin vastaajat keskimäärin (11 %). Kuntoutuksen toimivuuden silloin, kun asiakkaat saavat samanaikaisesti usean eri tahon kuntoutuspalvelua arvioivat kuitenkin TE-toimistojen johtajia useammin huonosti toteutuvaksi terveyskeskusjohtajat. Kuntoutuksen jatkuvuus vastuun siirtyessä työntekijäryhmältä tai hallinnonalalta toiselle toteutuu useimmin huonosti sosiaalijohdon mielestä.

Kuntoutusjärjestelmän epäkohdat

Julkisilta palveluntuottajilta kysyttiin kolmea sosiaaliseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvää mahdollista epäkohtaa. Ensimmäinen näistä koskee väestöryhmiä, jotka jäävät tarvitsemansa sosiaalisen tai lääkinnällisen kuntoutuksen ulkopuolelle. Toiseksi kysyttiin, ovatko vastaajat havainneet toiminta-alueellaan joitakin ongelmia kuntoutusjärjestelmän toimivuudessa asiakkaiden kannalta ja mitä nämä ongelmat ovat. Kolmantena epäkohtana tiedusteltiin eri tahojen välisen yhteistyön selkiyttämistarpeesta.

Lähes puolet (46 %) julkisista palveluntuottajista katsoo, että heidän toiminta-alueellaan on väestöryhmiä, jotka jäävät usein tarvitsemansa sosiaalisen tai lääkinnällisen kuntoutuksen ulkopuolelle. Useimmin näin ajattelevat työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat (70 %) ja harvimmin terveyskeskusjohtajat (34 %). Sosiaalijohdosta 40 prosenttia ja Kelan toimistojen johtajista 55 prosenttia on tätä mieltä.

Ilman tarvitsemaansa sosiaalista tai lääkinnällistä kuntoutusta jäävät ryhmät on koottu seuraavaan taulukkoon. Joka neljäs kysymykseen vastanneesta julkisesta palveluntuottajasta katsoo, että mielenterveysongelmaiset jäävät usein vaille tarvitsemaansa kuntoutusta. Seuraavaksi yleisimmin mainittu ryhmä on päihdeongelmaiset, jonka mainitsee melkein joka neljäs (23 %) kysymykseen vastannut. Myös pitkäaikaistyöttömien nähdään usein (19 %) jäävän ilman tarvittua kuntoutusta. Vanhukset tai eläkeläiset mainitsee 15 prosenttia ja syrjäytyneet 13 prosenttia vastaajista. Joka kymmenes (11 %) julkinen palveluntuottaja katsoo työttömien ja viisi prosenttia maahanmuuttajien tai turvapaikanhakijoiden jäävän ilman tarvitsemaansa kuntoutusta. Useampi kuin yksi vastaaja mainitsi vielä seuraavat ryhmät: asiakkaat, jotka eivät ole kunnolla palvelujen piirissä, monisairaat, vammaiset tai kehitysvammaiset, sosiaalisesti estyneet nuoret aikuiset, asiakkaat, joilla ei ole kontaktia terveyskeskukseen, ei-työelämähakuiset, neurologiset erityispotilaat, moniongelmaiset, nuoret pitkäaikaistyöttömät, nuoret sekä asiakkaat, jotka eivät osaa hakea palvelua.

TAULUKKO 22. Väestöryhmät, jotka jäävät usein vaille tarvitsemaansa sosiaalista tai lääkinnällistä kuntoutusta (julkiset palveluntuottajat) (n=110).

Mainittu ryhmä	% vastanneista	% maininnoista
Mielenterveysongelmaiset	25	17
Päihdeongelmaiset	23	16
Pitkäaikaistyöttömät	19	13
Vanhukset/eläkeläiset	15	10
Syrjäytyneet	13	9
Työttömät	11	7
Maahanmuuttajat/turvapaikanhakijat	5	3

Yli puolet (53 %) julkisista palveluntuottajista on havainnut omalla toiminta-alueellaan joitakin ongelmia kuntoutusjärjestelmän toimivuudessa asiakkaan kannalta. Useimmin ongelmia ovat havainneet työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat (77 %), jotka raportoivat useimmin myös kuntoutuksen ulkopuolelle jäävistä väestöryhmistä. Terveyskeskusjohtajista 64 prosenttia, sosiaalijohtajista 49 prosenttia ja Kelan toimistonjohtajista 35 prosenttia on havainnut ongelmia kuntoutusjärjestelmän toimivuudessa.

Useimmin havaittu ongelma on resurssipula, jonka mainitsee vajaa viidennes (18 %) kysymykseen vastanneista julkisista palveluntuottajista. Muita usein mainittuja ongelmia ovat vastuutahojen epäselvyys, järjestelmän pirstaleisuus, saatavuus, yhteistyön ongelmat sekä hitaus. Seuraavaan taulukkoon on koottu avovastauksissa mainittuja kuntoutusjärjestelmän ongelmia vastaajaryhmittäin. Sosiaalijohtoa lukuun ottamatta vastaajien useimmin mainitsema kuntoutusjärjestelmän ongelma on resurssipula. Vastauksissa näkyvät myös erilaiset ongelmat, joita kuntoutusjärjestelmän hajanaisuus aiheuttaa, sillä kaikilla vastaajaryhmillä useimmin mainittujen ongelmien joukossa on kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuus, vastuutahojen epäselvyys tai yhteistyön ongelmat. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että julkiset palveluntuottajat kaipaavat kuntoutusjärjestelmään paitsi lisää resursseja myös selvää vastuutahoa.

TAULUKKO 23. Julkisten palveluntuottajien yleisimmin mainitsemat kuntoutusjärjestelmän ongelmat.

Sosiaalijohto (n=47)	Terveyskeskusjohto (n=35)	Kelan toimistojen johto (n=16)	TE-toimistojen johto (n=21)
Pirstaleisuus (17 %)	Resurssipula (17 %)	Resurssipula (43 %)	Resurssipula (24 %)
Saatavuus (15 %)	Vastuutahojen epäselvyys (14 %)	Vastuutahojen epäselvyys (25 %)	Hitautus, jonot (19 %)
Yhteistyön ongelmat (13 %)	Kelan päätöksenteko (14 %)	Monta toimijaa (13 %)	Saatavuus (19 %)
Resurssipula (9 %)	Pirstaleisuus (11 %)	Tiedonsaanti (13 %)	Väliinputoamiset (10 %)
Hitautus, jonot (9 %)	Yhteistyön ongelmat (11 %)		Vastuutahojen epäselvyys (10 %)
Järjestelmä vaikeasti hahmotettava (9 %)	Tiedonsaanti (11 %)		Tarpeita ei oteta todesta/tunnisteta (10 %)

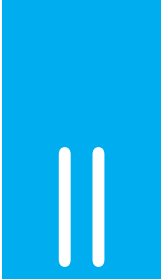
- ” Asiakkaat eivät saa Kelalta oikeita ohjeita ja kaavakkeet ovat todella vaikeita.”
(Sosiaalijohtaja)*
- ” Epäselvää kuka vastaa kuntoutuksen suunnittelusta ja hankkimisesta.”
(Sosiaalijohtaja)*
- ” Liian monta toimijaa. Kenellä päävastuu?” (Sosiaalijohtaja)*
- ” Järjestelmä on sekava, perusterveydenhuollolle annetut määrärahat pieniä.”
(Terveyskeskusjohtaja)*
- ” Kelan päätöksenteossa iso viive ja tiukkeneva linja. Enää ei kukaan tunnu kykenevän ennustamaan, meneekö Kelaan tehty kuntoutussuunnitelma läpi vai ei.”
(Terveyskeskusjohtaja)*
- ” Terveyskeskuksen määrärahat ei riitä leikkausten vuoksi.” (terveyskeskusjohtaja)*
- ” Terv.huollon (kuntayhtymän) rahat eivät riitä hoitamaan vastuunjaon mukaista osuutta – ohjataan Kelalle, vaikka tiedetään että kuntoutusvastuu kuuluu sos.terv. huollolle.” (Kelan toimistonjohtaja)*
- ” Jälkihoito, kuntoutus sirpaleista, mekaanista. Pitäisi olla nimetty vastuuhenkilö, joka seuraisi kuntoutuksen kokonaisuutta alusta loppuun ja olisi tukihenkilönä kantamassa, kannustamassa kuntoutuksen onnistumiseksi ja elämänpolun löytymiseksi. Yhteistyö mahdollisimman joustavasti. On vielä kovin byrokraattista. Kuntoutukselle yhteiset varat.” (Kelan toimistonjohtaja)*
- ” Kaikki vaan säästää rahaa.” (TE-toimiston johtaja)*
- ” Tiedon kulku, lääkinnällisen kuntoutuksen heikkous, kuntoutuksen osaaminen.”
(TE-toimiston johtaja)*

Noin kolme neljästä (74 %) julkisesta palveluntuottajasta toivoo selkeyttämistä nykyisen kuntoutusjärjestelmän eri tahojen väliseen yhteistyöhön. Useimmin selkiyttämistarvetta on TE-toimistojen johtajien mielestä (85 %) ja harvimminkin Kelan toimistojen johtajien mielestä (63 %).

Selkiyttämistä halutaan erityisesti vastuutahojen määrittelyyn. Kaikilla vastaajaryhmillä tämä on useimmin mainittu selkeyttämistarve kuntoutusjärjestelmässä (ks. seuraava taulukko). Selkiyttämistä työnjaossa kaivataan myös siihen, että jollakin taholla olisi kokonaisnäkemys ja -vastuu kuntoutuksesta. Eri tahojen välisessä yhteistyössä on ongelmana myös tiedonkulku, joka nousee selkiyttämistarpeena kaikilla muilla vastaajaryhmillä paitsi TE-toimistojen johtajilla.

TAULUKKO 24. Julkisten palveluntuottajien yleisimmät mainitsevat kuntoutusjärjestelmän selkiyttämistarpeet eri tahojen välisessä yhteistyössä.

Sosiaalijohto (n=43)	Terveyskeskusjohto (n=29)	Kelan toimistojen johto (n=23)	TE-toimistojen johto (n=24)
Työnjako/ vastuutahojen määrittely (47 %)	Työnjako/ vastuutahojen määrittely (55 %)	Työnjako/ vastuutahojen määrittely (56 %)	Työnjako/ vastuutahojen määrittely (63 %)
Kokonaisnäkemys/ -vastuu (28 %)	Kokonaisnäkemys/ -vastuu (21 %)	Kokonaisnäkemys/ -vastuu (13 %)	”Yhden luukun” -periaate (8 %)
Lainsäädäntö (7 %)	Selkeytys (7 %)	Tiedonkulku (13 %)	
Tiedonkulku (7 %)	Tiedonkulku (7 %)	Päällekkäisyydet (9 %)	
	”Yhden luukun” -periaate (7 %)		
	Laatutaso (7 %)		

- 
- // Selkeä vastuutaho kunkin asiakkaan/asiakasryhmän osalta.” (Sosiaalijohtaja)*
 - // Vastuutahot tulisi määrittää, lääkärit pitäisi myös saada ottamaan kuntoutuksen suunnitteluun osallistuminen itselleen työtehtäväksi.” (Sosiaalijohtaja)*
 - // Sosiaalisen kuntoutuksen merkitys tulee nosta, pelkkä lääkinnällinen kuntoutus ei riitä.” (Sosiaalijohtaja)*
 - // Miksi pitää olla Kelan ja terveydenhuollon kuntoutettavia?” (Terveyskeskusjohtaja)*
 - // Kuntoutustoimenpiteisiin tulisi saada nykyistä enemmän suunnitelmallisuutta. Viranomaisyhteistyötä tulisi lisätä ja kuntoutustoimenpiteitä suosittlevien tahojen kustannustietoisuutta tulisi lisätä. Vaikuttavuuden vaatimus!” (Terveyskeskusjohtaja)*
 - // Kaikki muu kuin perinteinen perusterveydenhuollon kuntoutus on ihan epäselvää. Tulee uusia kuntoutusmuotoja eikä kerrota kenelle niiden järjestäminen kuuluu. Maksusitoumuspyyntöjä tupsahtelee mitä ufoimmista jutuista ja jotain niistä pitäisi tietää.” (Terveyskeskusjohtaja)*
 - // Kokonaisvaltainen hyvä poimintajärjestelmä puuttuu. Varhainen puuttuminen puuttuu.” (Kelan toimistonjohtaja)*
 - // Kuntoutus voisi olla kokonaan eriytetty omaksi kokonaisuudeksi, koska ihmiset ovat kokonaisuuksia.” (Kelan toimistonjohtaja)*
 - // Jokaisen pitäisi hoitaa itselleen kuuluvat asiat. Rahapulassa tahdotaan pompotella asiakkaita.” (Kelan toimistonjohtaja)*
 - // Ehdottomasti ja viimein työnjako TE-hallinnon ja sosiaalitoimen väleillä. Asiakkaat jotka eivät ole motivoituneet/kykeneviä työmarkkinoille. Sosiaalitoimen tehtävä on nämä asiakkaat kuntouttaa niin, että he kykenevät edes jonkinlaiseen työmarkkina-asiointiin. Jatkuva pallottelu puolin sekä toisin ei johda mihinkään.” (TE-toimiston johtaja)*
 - // Työttömien työkyvyn arviointi on siirretty liiksi TE-hallinnon tehtäväksi, kuuluisi perusterveydenhuoltoon.” (TE-toimiston johtaja)*

8 Johtopäätökset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen ovat olleet voimakkaassa muutoksessa. Kuntien määrä on vähentynyt ja on syntynyt entistä suurempia kuntakokonaisuuksia. Paras-puitelaissa asetettiin sosiaali- ja terveyspalvelujen väestöpohjaksi 20 000 asukasta terveyspalvelujen ja niihin läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen turvaamiseksi. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi kunnat ovat toteuttaneet kuntaliitoksia ja muodostaneet yhteistoiminta-alueita erilaisilla hallintomalleilla. Aikaisemmat Sosiaalibarometrit ovat osoittaneet, että sosiaalipalvelut ovat niiden muodostamisen seurauksena pirstaloituneet osin kuntien, osin yhteistoiminta-alueiden vastuulle. Lisäksi samalla yhteistoiminta-alueella eri kunnat ovat voineet tehdä saman palvelun osalta erilaisia ratkaisuja. Palvelujen käyttäjien kannalta palvelujärjestelmä on monimutkaistunut. Samoin kuntalaisilla on ollut eri selvitysten mukaan heikot mahdollisuudet vaikuttaa kuntauudistukseen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisratkaisuihin. Kelan toimistojen ja TE-toimistojen määrää on vähennetty ja toimintaa kehitetty sekä erilaisia yhteis- palveluja on kehitetty. Väestön ikääntyminen vaikuttaa huoltosuhteeseen ja palvelutarpeisiin. Se vaikuttaa myös siten, että merkittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ja johdosta on eläköitynyt tai eläköitymässä lähivuosina.

Erityisesti osa kunnista on kohdannut mittavia taloudellisia ongelmia 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana. Julkisen talouden velkaantuminen ja rahoituskriisi näkyvät niin valtion kuin kuntienkin tasolla supistuspaineina ja myös paineena hakea uusia ratkaisuja.

Huolimatta rakenteellisista haasteista tämän vuoden tulosten mukaan palvelujen tilanne ja väestön hyvinvoinnin kokonaistilanne näyttävät julkisten palveluntuottajien arvioimana pääosin hyvinä. Näyttää siltä, että aikaisempaa vahvemmat ja suuremmat kokonaisuudet ovat selvinneet paremmin sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta. Merkille pantavaa on kuitenkin, että sosiaali-johdosta viidennes ja terveyskeskusten johdosta kolmannes kertoo tietoisesta alibudjetoinnista. Lisäksi terveyspalvelujen resurssien riittävydessä on pulmia. Kaikki vastaajaryhmät arvioivat sekä palvelujen turvaamisedellytysten että väestön hyvinvoinnin kokonaistilanteen heikkenevän jonkin verran seuraavan 12 kuukauden aikana. Vaikka palvelujen tilanne ja ihmisten kokonaishyvinvointi arvioidaan

hyväksi, ovat erot alueiden välillä huomattavia. Muusta tutkimuksesta tiedetään myös erojen ihmisten sosiaalisessa hyvinvoinnissa ja terveydessä kasvaneen.

Sosiaalipalvelujen resurssit ja niiden riittävyys

Suurin osa sosiaalijohtajista sekä lautakuntien puheenjohtajista arvioi sosiaalitoimen taloudellisen resursoinnin hyväksi. Arviot taloudellisesta resursoinnista ovat kohentuneet tasaisesti vuodesta 2007 vuoteen 2011. Vaikka tämän hetken taloudellisten resurssien riittävyys arvioidaan hyväksi, sosiaalijohdosta noin kolmannes arvioi niiden heikkenevän ja alle kymmenes paranevan seuraavan 12 kuukauden aikana. Asukasmäärältään suurempien alueiden sosiaalijohtajat näkevät taloudellisen resursoinnin parempana kuin pienempien toiminta-alueiden sosiaalijohtajat. Väestöpohjaltaan suurempien alueiden sosiaalijohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat ennakoivat sosiaalitoimen taloudellisen resursoinnin myös 12 kuukauden kuluttua paremmaksi kuin väestöpohjaltaan pienempien alueiden edustajat.

Suurimmassa osassa toiminta-alueita palvelujen resursointi on useimmin säilynyt ennallaan tai sitä on useammin lisätty kuin vähennetty. Useimmin vuoden 2012 talousarvioissa voimavaroja on lisätty vanhuksiin ja lapsiin liittyviin sosiaalipalveluihin. Resursseja on myös lisätty sähköiseen tiedonvälitykseen ja asiointiin, kuten tiedonvälitykseen ja palveluihin internetissä.

Resursseja koskevasta kysymyksestä kävi myös ilmi, ettei kotihoidon kuntalisiä ole käytössä 40 prosentilla alueista. Myös päivähoidon järjestää muualla kuin sosiaalitoimen alaisuudessa kolmannes kunnista.

Sosiaalijohdon mukaan sosiaalipalvelujen resursointia on useimmin vähennetty eri väestöryhmien laitospalveluista, kuten vanhusten laitospalveluista, vammaisten laitoshoidosta ja päihdehuollon laitoshoidosta. Näyttäisi siltä, että vastaaviin avopalveluihin resursseja on vastaavasti lisätty. Erityisesti vanhustenhuollon koti- ja asumispalveluissa ja vammaishuollon asumispalveluissa lisäykset ovat selkeämpiä. Tämä ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että tehdyt lisäykset täysin kompensoisivat toteutettua laitospalvelujen vähentämistä. Kyse voi olla toisaalta myös lisääntyneestä kysynnästä ja siihen reagoinnista erityisesti vanhuspalveluissa väestön ikääntyessä.

Sosiaalibarometrissä on viimeisten viiden vuoden aikana seurattu tietoisien alibudjetoinnin käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon talousarvioin laadinnassa. Tietoinen alibudjetointi näyttää olleen hieman nykyistä yleisempää vuosina 2007–2008. Sekä vuoden 2011 että vuoden 2012 alussa viidesosa sosiaalijohdosta ja lautakuntien puheenjohtajista kuitenkin kertoi alueellaan tehdyn tietoista alibudjetointia. Sosiaalijohtajien vastausten perusteella alibudjetointi näyttää olevan yleisintä 10 000 – 29 999 asukkaan kokoisilla alueilla. Sosiaalijohdon näkemyksen mukaan alibudjetointi vaikuttaa eniten lastensuojeluun, vammaispalveluihin ja kehitysvammahuoltoon sekä toimeentulotukeen.

Sosiaalibarometrin tulosten perusteella julkisen talouden vajeet eivät ole heijastuneet ainakaan vielä mittavina leikkauksina sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssien riittävyys on arvioitu paremmaksi suuremmissa kokonaisuuksissa. Suuremmat kuntakokonaisuudet ja pienten ongelmassa olevien kuntien määrän vähentyminen niiden liittyessä suurempiin kokonaisuuksiin näyttäisivät heijastuneen positiivisesti mahdollisuuksiin turvata sosiaali- ja terveyspalvelut. Tulosten mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tilanne nähdään varsin hyvänä.

On syytä huomata, että vaikka tietoista alibudjetointia tekevien määrä on hiukan vähentynyt, se koskettaa edelleen joka viidettä kuntaa tai yhteistoiminta-aluetta. Tietoinen alibudjetointi näyttää aikaisempien vuosien tapaan kohdistuvan erityisen haavoittuviin ihmisryhmiin, kuten lastensuojelun asiakkaisiin, vanhuksiin ja vammaisiin sekä viimesijaisimpaan tuen muotoon, toimeentulotukeen. Tietoinen alibudjetointi ei ole sosiaalisesti eikä taloudellisesti kestävä, vaan lyhytnäköistä vain talouden lähtökohdista ohjautuvaa toimintaa. Toiminnan ja resurssin suunnittelu pohjautuu silloin virheelliseen lähtökohtaan olemassa olevasta tarpeesta. Tietoinen alibudjetointi voi merkitä palvelun tarvitsijan kannalta sitä, että palvelua tai toimeentulotukea myönnetään käytännössä tiukemmin kriteerein tai että niitä ei saada lainkaan. Jos ihmisten ongelmat tästä syystä pahenevat, se merkitsee kasvavia kustannuksia palvelun järjestäjän kannalta. Rakenneellista resurssien ja tarpeiden ristiriitaa joudutaan väistämättä myös ratkomaan yksittäisten asiakkaiden ja työntekijöiden suhteessa, jonne se ei kuulu. Kunnissa tarvitaan nykyistä pitkäjänteisempää, selkeästi vuosittaisen toiminta- ja taloussuunnittelun ylittävää ja olemassa olevien tarpeiden hyvään arviointiin pohjautuvaa toimintaa.

Tulosten mukaan laitospalveluita on vähennetty. Resurssien vähentäminen laitospalveluista on kaksijakoinen kysymys. Yhtäältä se on linjassa valtakunnallisen tavoitteen kanssa, jonka mukaan painopistettä on siirrettävä avohuoltoon. Laitospalvelujen vähennysten tulisi kuitenkin näkyä selkeästi myös avopalvelujen vastaavana lisäyksenä, kuten nyt näyttäisi varovaisesti arvioituna tapahtuneen. Ei kuitenkaan varmasti voida sanoa, ovatko lisäykset täysin kompensoineet laitospalvelujen vähentämistä vai ainoastaan lisäantynyttä kysyntää erityisesti vanhushpalveluissa väestön ikääntyessä. Toisaalta laitoshoidon tarve ei kokonaan poistu nykyisin työmenetelmin ja resurssein, sillä hyvin intensiivistä ja laaja-alaista hoivaa ja apua tarvitsevien ihmisten ryhmä on aina olemassa.

Terveyspalvelujen resurssit ja niiden riittävyys

Terveyskeskusten johto arvioi terveyskeskusten taloudellisen resurssin vuoden 2012 alussa huonommaksi kuin vuosi sitten. Myös ennakoarvot 12 kuukauden kuluttua olevasta tilanteesta ovat nykyisiä arviota huonompia. Kolmannes terveyskeskusten johtajista arvioi taloudellisen resurssin heikentyvän 12 kuukauden

kuluessa. Terveyskeskusten taloudellinen resursointi tällä hetkellä arvioitiin hieman useammin hyväksi 10 000 – 29 999 asukkaan alueilla.

Terveyspalvelujen resursointi on pääosin säilynyt ennallaan ja sitä on useammin lisätty kuin vähennetty. Jos resursseja on alueella vähennetty, sitä on tehty keskimääräistä harvemmin terveyspalveluissa kuin sosiaalipalveluissa. Useimmin vuoden 2012 talousarvioissa on lisätty resursointia terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanottoihin, yleislääkäripalveluihin, äitiys- ja lastenneuvolapalveluihin, erikoislääkäripalveluihin ja kotisairaanhoidon. Resursointia on lisätty myös tiedonvälitykseen, palveluihin internetissä ja neuvontaan sähköpostitse sekä erityisesti puhelinneuvontaan.

Vuoden 2012 talousarvioissa terveyspalvelujen resursointia on vähennetty melko harvoin. Jos sitä on kuitenkin vähennetty, useimmin on vähennetty resursointia erilaisista laitospalveluista, kuten terveyskeskusten vuodeosastohoidosta, psykiatrisesta laitoshoidosta ja erikoissairaanhoidon laitoshoidosta sekä toisaalta yleislääkäripalveluista.

Vuoden 2012 alussa terveyskeskusten johtajista 28 prosenttia kertoi alueellaan tehdyn tietoista alibudjetointia. Toisin kuin sosiaalipalveluissa terveyspalvelujen alibudjetointi näyttää lisääntyneen viime vuosien aikana. Alibudjetointi näyttää myös koskevan hieman useammin terveyspalveluita kuin sosiaalipalveluita. Terveyspalvelujen alibudjetointia vastattiin tehdyn useimmin yli 10 000 asukkaan alueilla. Terveyspalvelujen alibudjetointi vaikuttaa eniten henkilöstön palkkaamiseen ja sijaisten hankkimiseen, erikoissairaanhoidon sekä vastaanottotoimintaan.

Vuoden 2011 toukokuun alussa voimaan tulleen uuden terveydenhuoltolain mukaan asiakas voi valita hoitopaikkansa ja mahdollisuuksien mukaan häntä hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen. Terveyskeskusten johdosta yli puolet arvioi, ettei terveydenhuoltolain uudistamisella ole tältä osin ollut vaikutusta toimintaan. Vastaajista 44 prosenttia arvioi sillä olleen vaikutusta. Useilla alueilla valinnanvapaus on jo toteutunut ennen lain voimaan tuloa. Osalla alueita ei käytännössä ole mahdollisuutta valita kuin yhdestä tarjolla olevasta palvelusta kunnan koon tai sijainnin vuoksi.

Perusterveydenhuollon palveluissa resurssit riittävät edelleen huonosti. Lisäksi kolmasosassa terveyskeskuksia on tehty tietoista alibudjetointia, mikä on enemmän kuin aikaisemmin. Perusterveydenhuolto tarvitsee tulosten pohjalta ehdottomasti vahvistamista ja parempaa resursointia. Perusterveydenhuollon puutteelliset resurssit ovat suuri ongelma myös kasvaneiden terveyserojen kannalta, vaikka terveyserojen vähentäminen tapahtuikin ennen kaikkea muunlaisin toimin kuin terveydenhuollon keinoin.

Myönteistä on kuitenkin se, että perusterveydenhuoltoa on tulosten mukaan vahvistettu. Resursointia on selkeästi lisätty terveyden- ja sairaanhoitajien vastaanotoissa, puhelinneuvonnassa, internetissä välitettävän tiedon ja palveluiden osalta sekä sähköpostineuvonnassa. Se kertoo perusterveydenhuollossa työ- ja toimintatapojen muutoksen jatkuvan edellisessä Sosiaalibarometrissa todetun mukaisesti ja jopa

vahvistuneen edelleen. Perusterveydenhuollossa edetään selvästi tältä osin kansallisesti asetettujen tavoitteiden suuntaan.

Vaikka uuden terveydenhuoltolain suurena uudistuksena ennakoitiin asiakkaiden valinnanvapauden lisääntymistä, sillä ei näytä käytännössä olleen vaikutusta terveyskeskusten toimintaan. Herää kysymys, onko kyse palvelun käyttäjien tiedonpuutteesta valinnanvapauden olemassaolosta vai onko kyse siitä, että valinnanvapauden lisääminen ei ole käytännössä oleellinen asia. Perusterveydenhuollon suurin pulma on resurssien riittävyys palveluissa, mikä asiakkaiden kannalta tarkoittaa ennen kaikkea haastetta saada ylipäänsä tarvitsemaansa palvelua eikä niinkään valinnanvapautta niissä.

Resurssien riittävyys Kelan palveluissa

Kelan toimistoverkkoa on supistettu ja toimintaa organisoitu uudelleen. Kelan toimistonjohtajien arvio Kelan palvelun turvaamisesta nykyisillä voimavaroilla näyttäytyy nyt koko tarkasteluajanjakson (1997–2012) positiivisimpana. Vuodenvaihteessa Kelan toimistojen johtajista 89 prosenttia arvioi, että Kelan palvelu pystytään turvaamaan hyvin.

Ennakoarvio palvelun turvaamisesta 12 kuukauden kuluttua on jonkin verran negatiivisempi kuin nykyarvio. Kuitenkin suurin osa Kelan toimistojen johtajista arvioi mahdollisuudet turvata Kelan palvelu 12 kuukauden kuluttua pysyvän ennallaan. Lähes viidennes vastaajista arvioi palvelun turvaamismahdollisuuksien heikkenevän. Yksikään vastaajista ei arvioinut Kelan palvelun turvaamisen mahdollisuuksien parantuvan 12 kuukauden kuluessa. Tulos on huomattavasti negatiivisempi kuin edellisvuonna, jolloin lähes kaikki Kelan toimistojen johtajat arvioivat mahdollisuudet turvata Kelan palvelu pysyvän ennallaan.

Kelan palvelun pitkäjänteinen kehittäminen ja uudelleen organisointi, muun muassa toimipisteiden yhdistäminen sekä hakemusten hajautetun käsittelyn kautta tapahtuva kuormitusten tasaaminen, näyttävät toteutuneen onnistuneesti, tuoneen tehokkuutta sekä parantaneen palvelujen turvaamisedellytyksiä. Taloudellisen laman vuoksi tehdyt määräaikaiset resurssilisäykset ovat olleet ilmeisen tarpeellisia.

Toiminnan jatkokehittämisessä on tärkeää huomata se, että viidennes toimistojen johtajista ennakoi Kelan palvelun turvaamisen heikkenevän 12 kuukauden kuluessa, mikä on huomattavasti viime vuotta negatiivisempi arvio. Tulos herättää kysymyksen, onko toimipisteverkoston supistamisessa ja muissa tehostamistoimissa tultu joltakin osin kriittiseen kohtaan.

Kelan pitkäjänteinen, valtakunnallisesti ohjattu palvelujärjestelmän ja palvelun kehittäminen näkyvät tuloksissa myönteisenä aikaisempien vuosien tapaan. Voidaan perustellusti kysyä, mitä voitaisiin ottaa opiksi tästä prosessista ajatellen TE-toimistojen toiminnan kehittämistä sekä sosiaali- ja terveystalouden uudistamista. Kysymys on aiheellinen siitäkin huolimatta, että Kelan mandaatti ohjata omia toimintayksiköitään on erilainen kuin esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuus ohjata itsenäisiä kuntia.

Resurssien riittävyys työ- ja elinkeinotoimistojen palveluissa

TE-toimiston johtajien arviot henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksista ovat muuttuneet viimevuotista kriittisemmiksi. Sen sijaan arviot työnantaja-asiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksista ovat hieman edellisvuotta positiivisempia. TE-toimistojen johtajat arvioivat työnantaja-asiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuudet paremmiksi kuin henkilöasiakkaiden. Tämä näkemys tuli esiin jo vuosi sitten annetuissa arvioissa, mutta ero työnantaja-asiakkaiden eduksi on edelleen kasvanut viime vuodesta.

TE-toimistojen johtajista yli puolet arvioi henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksien heikentyvän 12 kuukauden kuluessa. Kolmen vuoden kuluessa noin kaksi kolmesta ennakoii henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuuksien heikenevän alueellaan. Työnantajapalveluiden turvaamismahdollisuuksien näkee heikenevän puolet vastaajista 12 kuukauden kuluessa. Yhä useampi vastaajista (64 %) arvioi TE-toimistojen työnantajapalveluiden turvaamismahdollisuuksien heikenevän myös seuraavan kolmen vuoden kuluessa.

TE-toimistojen johtajista ainoastaan 13 prosenttia arvioi henkilöstöresurssien riittävän hyvin toimiston kaikkien tehtävien hoitamiseen. Tulos on tarkasteluajanjakson 1997–2011 kolmanneksi huonoin, joskin hieman parempi kuin vuosina 2009 ja 2010.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmaan on kirjattu tavoite, jonka mukaan TE-toimistojen, Kelan ja kuntien yhteinen työvoiman palvelukeskusten toimintamalli laajennetaan koko maahan. Palvelukeskusten toimintamallista säädetään lailla ja niiden rahoitus turvataan. Vastaajista suurin osa asettuu mallin laajentamisen kannalle. TE-toimistojen johtajista noin puolet kannattaa laajentamista vahvasti ja 29 prosenttia jonkin verran. Noin viidennes TE-toimistojen johtajista vastustaa mallin laajentamista ja heistä noin puolet vastustaa sitä jyrkästi. Mallin laajentamisessa myönteisenä pidettiin erityisesti sitä, että se mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun, yhteistyön helpottumisen ja moniammatillisuuden. Heikkoutena nähtiin useimmin resurssien riittämättömyys ja

irrallisuus emo-organisaatiosta. Valtakunnallista moniammatillista yhteistyöhön perustuvaa palvelukeskustoimintamallia pidetään perusidealtaan hyvänä, mutta siinä toivotaan muun muassa huomioitavan alueelliset erityispiirteet sekä monitoimijaisuus ja -ammatillisuus.

TE-toimistojen henkilöstöresurssien riittämättömyys näyttäytyy vakavana ongelmana TE-toimistojen johtajien arvioiden perusteella, sillä vain hieman yli kymmenesosa pitää henkilöstöresurssien riittävyyttä hyvänä palvelujen turvaamiseen. Erityisesti henkilöasiakkaiden palvelujen tilanne on huolestuttava ja on ollut sitä jo useita vuosia.

Tulosten pohjalta voidaan esittää vakava kysymys siitä, pystyvätkö TE-toimistot enää suoriutumaan niille annetusta tehtävästä henkilöasiakkaiden osalta. Kun TE-toimistojen toiminnassa painottuvat enemmän työnantajapalvelut kuin henkilöasiakkaisien palvelut, on syytä arvioida sitä, mikä TE-toimistojen rooli on suhteessa yksityisiin rekrytointipalveluihin, jotka pystyvät huolehtimaan niistä, joilla ei ole suuria vaikeuksia työllistyä.

Henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamisen pulmien laajuus on vakava ongelma ottaen huomioon, että pitkäaikaistyöttömien ja etenkin nuorten työttömyys ovat pysyneet korkealla tasolla. Jos TE-toimistot eivät kykene ottamaan vastuuta omalta osaltaan näiden ihmisten tilanteesta työhallinnon toimijoina, voidaan perustellusti kysyä, kenelle heidän tarpeisiinsa vastaaminen kuuluu.

TE-toimistojen henkilöstö- ja muiden resurssien lisääminen on taloudellisesti tiukassa tilanteessa kannattava investointi. Sen avulla pystytään nykyistä paremmin tukemaan työttömien ja osatyökykyisten ihmisten paluuta työmarkkinoille ja nostamaan työllisyysastetta. Taloudellisen kestävyys ja myös hyvinvointipalvelujen rahoitus pohjan säilymisen ja vahvistumisen kannalta työllisyysasteen korottamiseen tähtäävät määrätietoiset toimet ovat erilaisia resurssien leikkauksia kannattavampia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ohjaavat periaatteet ja uudistuksen aikataulu

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmässä 2009 laaditut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevat tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjaukset saivat sosiaali- ja terveysjohdon selvän tuen. Ne arvioitiin kaikki käyttökelpoisiksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista ohjaaviksi periaatteiksi.

Selkeä enemmistö vastaajista kannattaa kaikkien työryhmässä laadittujen tavoite- ja linjausten toimimista lainsäädännön uudistamisen pohjana. Yhdenvertaisuus ja asiakaskeskeisyys ovat kaikkein yksimielisimmin eri vastaajaryhmien kannattamat tavoitelinjaukset. Noin yhdeksän kymmenestä kannattaa melko paljon tai paljon yhdenvertaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana

ja suunnilleen yhtä suuri osa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän asiakas-keskeistä toimintaa.

Vastaajat pitivät myös lähes kaikkia arvioitavana olleita rakennelinjauksia varsin sopivina lainsäädännön uudistamisen pohjana käytettäväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen nykyistä laajempia väestöpohjia lukuunottamatta kaikkia rakennelinjauksia kannattaa selkeä enemmistö (70–95 %) kaikista vastaajista. Etenkin suurimmilla alueilla suhtaudutaan myönteisesti nykyistä laajempiin väestöpohjiin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vähintään 30 000 asukkaan kuntien tai yhteistoiminta-alueiden vastaajista lähes kolme neljästä ja pienempien alueiden vastaajista noin puolet kannattaa linjausta melko paljon tai paljon. Merkittävää on kuitenkin se, että myös pienempien kuntien tai yhteistoiminta-alueiden vastaajista noin puolet kannattaa melko paljon tai paljon nykyistä laajempia väestöpohjia sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä.

Myös kaikki työryhmän laatimat rahoituslinjaukset arvioidaan hyvin käyttökelpoisiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsäädännön uudistamisessa. Rahoituksen perustumista pääosin verorahoitteiseen yhteisvastuuseen kannattaa lähes yhdeksän kymmenestä vastaajista kaikissa vastaajaryhmissä. Lähes kaikki sosiaalijohtajat ja noin yhdeksän kymmenestä muista vastaajista kannattavat melko paljon tai paljon kriteereitä, joiden mukaan asiakkaalle aiheutuvat kustannukset eivät saa estää tarpeen mukaista palvelujen käyttöä tai toimeentuloa ja että rahoituksen on oltava läpinäkyvää väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle. Sosiaalijohtajista 95 prosenttia, 90 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 87 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista kannattaa vähintään melko paljon linjausta, jonka mukaan rahoituksen on kannustettava vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen.

Sen sijaan näkemykset kuntarakenteen uudistamisen aikataulusta eriytyvät selkeästi. Huomattavan pieni osa vastaajista on sitä mieltä, ettei kuntauudistukseen ole lainkaan tarvetta. Joka neljäs lautakunnan puheenjohtaja ja terveyskeskuksen johtaja sekä joka kymmenes sosiaalijohtaja ei näe alueellaan lainkaan tarvetta kuntarakenteen muutokseen. Joka kymmenes lautakunnan puheenjohtaja ja seitsemän prosenttia sosiaalijohtajista ja terveyskeskusten johtajista arvioi, että alueella tarvittavat muutokset on jo ehditty toteuttaa.

Erityisesti sosiaalijohto on nopean kuntauudistuksen kannalla ja noin joka toinen sosiaalijohtaja arvioi, että kuntarakenne tulee uudistaa neljän vuoden sisällä. Noin joka kolmas lautakunnan puheenjohtaja ja terveyskeskuksen johtaja pitää kuntarakenteen muutoksia alueellaan tarpeellisena neljän vuoden kuluessa. Muutosta 5–10 vuoden sisällä pitää tarpeellisena 25–31 prosenttia eri vastaajaryhmistä. Kaiken kaikkiaan suurin osa vastaajista on sitä mieltä siitä, että kuntauudistus tukee toteuttaa viimeistään kymmenen vuoden kuluessa.

Vielä selkeämmin sosiaalijohto näkee sosiaali- ja terveystalvelujen rakenneuudistuksen kiireellisyyden ja noin kaksi kolmesta sosiaalijohtajasta arvioi palvelurakenteen muutokset tarpeelliseksi alueellaan neljän vuoden sisällä. Merkille pantavaa on, että myös yli puolet terveyskeskusten johtajista ja lautakuntien puheen-

johtajista arvioi palvelurakenteen muutokset tarpeelliseksi alueellaan neljän vuoden sisällä. Noin viidenneksen vastaajista mielestä sopiva muutoksen aikataulu on 5–10 vuoden kuluessa. Yksikään sosiaalijohtaja ei pidä muutosta tarpeettomana. Palvelurakenteen muutosta tarpeettomana pitäviä on vain kuusi prosenttia lautakuntien puheenjohtajista ja seitsemän prosenttia terveyskeskusten johtajista. Mielenkiintoista on myös se, että sekä kuntarakenteen että palvelurakenteen muutoksia pidetään asukasmäärältään suurilla alueilla kiireellisempinä ja tarpeellisempina kuin pienillä.

Sosiaalijohtajat arvioivat valtakunnallisten linjausten ja sääntelyn kuntauudistuksesta kiireellisemmäksi kuin terveyskeskusten johtajat ja lautakuntien puheenjohtajat. Sosiaalijohtajista 42 prosenttia, mutta lautakuntien puheenjohtajista ja terveyskeskusten johtajista noin kolmasosa pitää tarpeellisena toteuttaa valtakunnalliset linjaukset ja sääntely hallituskauden puoliväliin eli vuoden 2013 kevääseen mennessä. Lähes puolet terveyskeskusten johtajista ja lautakuntien puheenjohtajista, mutta vain runsas neljäsosa sosiaalijohtajista arvioi riittäväksi kuntauudistuksen linjausten ja sääntelyn toteuttamisen hallituskautta pidemmällä aikavälillä. Asukasmäärältään suurilla alueilla toteuttamisaikataulua pidetään kiireellisempänä kuin pienillä.

Sosiaalijohtajat arvioivat myös tarpeen edetä paikallisella tasolla kuntauudistuksen toteuttamisessa kiireellisemmäksi kuin terveyskeskusten johtajat ja lautakuntien puheenjohtajat. Noin puolet sosiaalijohtajista, mutta vain runsas kolmasosa terveyskeskusten johtajista ja lautakuntien puheenjohtajista pitää tarpeellisena edetä siinä jo kuluvalle hallituskaudella. Sosiaalijohtajista yli kolmasosan, lautakuntien puheenjohtajista ja terveyskeskusten johtajista vajaan kolmasosan mielestä kuntauudistuksen tulee edetä vuoteen 2017 mennessä. Sitä pidemmän aikavälin uudistuksen toteuttamiselle antaisi 37 prosenttia terveyskeskusten johtajista, 33 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, mutta vain 18 prosenttia sosiaalijohtajista.

Kuntauudistuksen nopean toteuttamisen riskeinä vastaajat pitävät yleisimmin palvelujen saatavuuden heikkenemistä sekä valmisteluajan puutetta, jolloin esimerkiksi kaikkien tahojen kuuleminen voi kärsiä. Osassa kunnista on juuri tehty tai saatu käyntiin isoja mm. Paras-hankkeeseen liittyviä muutoksia, joita ei haluta heti aloittaa uudelleen. Myös taloudelliset seikat sekä henkilöstön jaksaminen koetaan ongelmana. Hitaan toteuttamisen riskeinä vastaajat näkevät yleisimmin sen, että asiat pitkittyvät ja monimutkaistuvat ja uudistukset vaarantuvat. Myös talouden ja palvelujen järjestämisen ongelmia pidetään mahdollisina ja epävarmuuden myötä esimerkiksi työvoiman rekrytoinnin arvioidaan voivan vaikeutua.

Selvä enemmistö kaikista vastaajaryhmistä kannattaa vapaaehtoisuutta kuntauudistuksen toteuttamisessa. Vapaaehtoisuuden kannalla on 75 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, 70 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 69 prosenttia sosiaalijohtajista. Etenkin asukasmäärältään pienillä alueilla vapaaehtoisuutta puolletaan vahvasti.

Vastaajat katsovat pakottamisen tuovan ongelmia yhteistyöhön ja vapaaehtoisuutta pidetään parempana lähtökohtana kuntien sitoutumiselle ja motivaatiolle. Kuntien arvioidaan tietävän parhaiten itselle sopivimmat ratkaisut ja niiden

itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Vapaaehtoisuuteen pohjautuvan kuntauudistuksen vastustajat perustelevat mielipidettään yleisimmin sillä, että uudistus ei tule toteutumaan vapaaehtoisesti. Osa kunnista ei halua uudistuksia ja niiden toteuttamisen pelätään estyvän tai ainakin hidastuvan. Siksi uudistuksen nähdään vaativan ulkopuolista kokonaisnäkemyistä ja ohjausta.

Sosiaali- ja terveysjohtajilta ja lautakuntien puheenjohtajilta tulee selkeä ja vahva tuki sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoitusta koskeville sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisille linjauksille. Erityisen vahva tuki tulee yhdenvertaisuudelle, asiakaslähtöisyydelle ja verorahoitteiselle yhteisvastuulle. Merkittävää on se, että linjausten arvioinneissa myös pienempien kuntien tai yhteistoiminta-alueiden vastaajista noin puolet kannattaa melko paljon tai paljon nykyistä laajempia väestöpohjia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevan lainsäädännön valmistelemisen kannalta työryhmän esittämät linjaukset ovat alan johdon arvion mukaan kestävä ja perusteltu pohja. Haasteeksi tulee se, mitä nämä periaatteet käytännössä tarkoittavat eri puolilla Suomea ja erilaisilla alueilla.

Vain hyvin pieni osa vastaajista on sitä mieltä, ettei kuntauudistusta ja sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistusta tarvita. Sosiaalijohto on vahvimmin kuntarakenteen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteen uudistamisen kannalla ja heistä kaksi kolmesta arvioi näin. Heiltä tulee myös selkein paine siihen, että uudistus toteutettaisiin neljän vuoden aikana. Myös terveyskeskusten johdosta ja lautakuntien puheenjohtajista puolet on sitä mieltä, että palvelurakenteen uudistus tulee toteuttaa neljän vuoden sisällä. Sosiaalijohdon osalta tulosta selittää pitkälti se, että Sosiaalibarometrien ja muiden selvitysten mukaan juuri sosiaalipalvelut ovat tähän asti tehdyssä uudistustyössä pirstoutuneet puitelain vaatiman terveyspalvelujen ja niihin läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen 20 000 asukkaan väestöpohjaa tavoiteltaessa. Uudistamisprosessin edellinen vaihe on osoittautunut pulmalliseksi, koska ei ole tiedetty mitä tarkoitetaan terveyspalveluihin läheisesti liittyvillä sosiaalipalveluilla.

Terveyskeskusten johdon näkemyksiä selittää se, että perusterveydenhuollon osalta jo edellisessä vaiheessa asetetun 20 000 väestöpohjan avulla on saatu aikaan myönteisiä tuloksia terveyspalveluihin. On kuitenkin syytä huomata, että perusterveydenhuollon resurssien riittävyudessa on tulosten mukaan merkittäviä pulmia.

Lautakuntien puheenjohtajat kunnallisina luottamushenkilöinä ovat vastaajista selkeimmin uudistuksia vastaan, vaikka myös heiltä tulee selvästi tukea kuntarakenteen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteelliselle uudistukselle.

Hyvin ristiriitaista on se, että sekä kuntarakenteen että sosiaali- ja terveyspalvelurakenteen uudistaminen saa erityisesti tukea keski-suurilta alueilta ja pienten väestöpohjien kunnista huomattava osa on vastustavalla kannalla, vaikka niillä on muita enemmän pulmia resurssien riittävyudessa ja palvelujen turvaamisessa.

Kentän johto on hyvin yksimielinen siitä, että uudistus tulee tehdä vapaaehtoisuuden pohjalta, joten pakkoliitoksiin tai muihin pakottaviin toimiin alan johdolta ei tule mandaattia päätöksentekijöille.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismallit, väestöpohja ja rahoitusratkaisut



Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytäntöjä koskeissa keskusteluissa on ollut mukana sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän esittämien kolme eri vaihtoehtoa: kaksitasoinen kunta- ja aluemalli, kaksitasoinen kuntamalli sekä yksitasoinen kuntamalli. Sosiaali- ja terveysministeriön asiaa valmistelleen työryhmän mukaan kaksitasoisessa kunta- ja aluemallissa kuntien muodostama alue tai suuri kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta ja niistä erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Muista erityistason palveluista vastaisivat alueet ja suuret kunnat yhdessä. Perustasosta vastaavia kuntien muodostamia alueita tai suuria kuntia olisi yhteensä vajaasta 20:sta noin 50:een ja erityistasosta vastaavia alueita olisi viisi. Kaksitasoisessa kuntamallissa kunta olisi yksin järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta ja niistä erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueen kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Perustason palveluista vastaavia kuntia olisi yhteensä noin 30–50 ja erityistason palveluista vastaavia alueita viisi. Yksitasoisessa kuntamallissa kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta (ml. perustasosta ja erityistasosta). Perus- ja erityistason palvelujen järjestämisestä vastaavia kuntia olisi alle 20.

Lautakuntien puheenjohtajat ja terveyskeskusten johtajat kannattavat yleisimmin kaksitasoista kunta- ja aluemallia ja sosiaalijohto kaksitasoista kuntamallia. Kaksitasoista kunta- ja aluemallia pitää parhaana vajaa puolet lautakuntien puheenjohtajista, runsas kolmannes terveyskeskusten johtajista ja alle kolmasosa sosiaalijohtajista. Kaksitasoista kuntamallia kannattaa runsas kolmannes sosiaalijohtajista ja hieman yli neljäsosa terveyskeskusten johtajista ja lautakuntien puheenjohtajista. Yksitasoisen kuntamallin kannalla on selvä vähemmistö, vastaajaryhmästä riippuen 9–19 prosenttia vastaajista.

Näkemykset eriytyivät myös siltä osin, että jotakin muuta järjestämiskäytäntöä suosisi 15 prosenttia sosiaalijohtajista, 20 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista ja 23 prosenttia terveyskeskusten johtajista. Vaikka prosentuaalisesti muita ratkaisuja ehdottaneita on runsaasta viidenneksestä reiluun kymmeneen prosenttiin vastaajista, heidän nimeämänsä muut mallit jäävät hyvin yksittäisiksi. Sosiaalijohtajien yleisimmin mainitsema muu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapa on kolmen vastaajan nimeämä kaksitasoinen kunta- ja aluemalli, jossa kuntamäärä olisi 150. Lautakuntien puheenjohtajien yleisimmin esittämä vaihtoehto on nykymallin säilyttäminen, jota kannattaa kuusi vastaajaa. Terveyskeskusten johtajien ehdottamat muut ratkaisut ovat yksittäisiä näkemyksiä esimerkkeinä nykymallin säilyttäminen sellaisenaan tai vähemmällä kunnalla, rahastomalli sekä ”15 ja 20 alueen sotemalli”.

Vastaajilta kysyttiin myös sitä, millaista väestöpohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen järjestäminen heidän näkemyksensä mukaan vaatii. Vastaajien yleisin näkemys on, että perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen

järjestäminen vaatii hieman nykyistä suuremman väestöpohjan, sillä kaikista vastaajaryhmistä yli kolmannes arvioi 20 000 – 50 000 asukkaan väestöpohjan niille sopivaksi. Lähes yhtä moni sosiaalijohtaja (37 %) ja lautakunnan puheenjohtaja (33 %) ja noin neljäsosa terveyskeskusten johtajista arvioi nykyisen 20 000 asukkaan väestöpohjan riittäväksi perustason palveluille. Huomattavasti nykyistä suurempaa väestöpohjaa kannattaa lähes joka neljäs terveyskeskuksen johtaja. Vajaa viidennes lautakuntien puheenjohtajista ja terveyskeskusten johtajista pitää nykyistä pienempää eli alle 20 000 asukkaan väestöpohjaa riittävänä peruspalvelujen järjestämiselle. Asukasmäärältään pienimmillä alueilla väestöpohjan tarve arvioidaan selvästi suppeammaksi kuin suuremmilla.

Sosiaalijohtajien arvioiden mukaan keskimääräinen (mediaani) vaativan erityistason sosiaalipalvelujen vaatima väestöpohja on 100 000 ja lautakuntien puheenjohtajien 70 000 asukasta. Lähes kolme neljästä sosiaalijohtajasta ja hieman yli puolet lautakuntien puheenjohtajista arvioi tarvittavan väestöpohjan olevan vähintään yli 50 000 ja noin kolmannes molemmista vastaajaryhmistä uskoo sen olevan vähintään 200 000 asukasta. Asukasmäärältään suurilla alueilla erityistason sosiaalipalvelujen vaatima väestöpohja arvioidaan laajemmaksi kuin pienillä.

Suurimmassa osassa vaativan erityistason sosiaalipalveluista sosiaalijohtajien selvästi yleisimmin (38–60 prosenttia vastaajista) valitsema vaihtoehto on järjestämistä vastuun siirtäminen erityisvastuualueen tehtäviin palvelujen turvaamiseksi. Näitä palveluja ovat vastaajien arvion mukaan muun muassa kehitysvammapsykiatria, seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito, pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten kuntoutus, huumehoito lasten ja nuorten palveluissa, raskaana olevien päihitteiden käyttäjien hoito ja kuntoutus, erityistason päihdepalvelut, kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutus, pienten erityisryhmien laitoshoido, tahdonvastainen päihdehoito, pienten erityisryhmien kuntoutus, vaikeavammaisten erikoistunut kuntoutusohjaus ja sopeutumisvalmennus, vaikeiden ja lyhytaikaisten käytös- oireiden hoito sekä näkö-, kuulo- ja moni-vammaisten kuntoutuspalvelut.

Kuntien yhteistyön tiivistäminen on vastaajien yleisin ratkaisuvaihtoehto sosiaalipäivystyksen (50 prosenttia vastaajista) ja erittäin vaativien huostaanotto- ja sijoitusratkaisujen (45 %) järjestämiseen. Vanhusten psyko- ja päihdegeriatrian alueen erityistason kuntoutus- ja hoitopalvelujen ratkaisussa kuntien yhteistyön lisääminen, suurempien kuntien luominen ja erityisvastuualueen tehtäväksi siirtäminen saavat lähes yhtä paljon kannatusta (26–28 %).

Vastaajien näkemykset eriytyvät sekä vastaajaryhmien välillä että niiden sisällä sosiaalipalvelujen järjestämismallista ja niiden edellyttämästä väestöpohjasta. Vastausten pohjalta herää myös kysymys, onko vastaajille ollut selvää, mitä palvelujen järjestämistä vastuu tarkoittaa vai onko se sekoitettu tuottamisvastuuseen. Yksitasoisen kuntamallin kannalla on selvä vähemmistö, vastaajaryhmästä riippuen 9–19 prosenttia vastaajista. Tätä voidaan tulkita siten, että vastaajien enemmistö arvioi,

että koko maata ajatellen yksitasoinen, vahvan peruskunnan ratkaisu ei ole mahdollinen. Samaa tukee myös se, että näkemykset sosiaali- ja terveyspalvelujen perustason vaatimasta väestöpohjasta hajoavat vahvasti. Yleisin näkemys on, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä tarvitaan hiukan nykyistä suurempi väestöpohja, mikä yleisimmin arvioidaan 20 000 – 50 000 asukkaaksi. Voidaan todeta, että pienimmät kunnat ovat voimakkaasti puolustuskannalla. Näin siitäkin huolimatta, että niissä arvioidaan resurssien riittävän suurempia alueita huominkin palvelujen turvaamiseen.

Lautakuntien puheenjohtajat ja terveyskeskusten johtajat kannattavat yleisimmin kaksitasoista kunta- ja aluemallia. Haasteeksi tässä mallissa tulee se, miten säilytetään järjestämis- ja rahoitusvastuu samoissa käsissä, mitä kaikki vastaajatahot laajasti kannattivat. Sosiaalijohto puolestaan kannatti laajemmin kaksitasoista kunta-mallia. Sosiaalijohto näyttää siis kahta muuta vastaajaryhmää vahvemmin lähtevän liikkeelle siitä, että ydintoimija on kunta rahoitus- ja järjestämisvastuun osalta, vaikka kunnat ylittäviä ratkaisuja tarvitaan. Vastausta selittää pitkälti se, että sosiaalipalvelut ovat tähänastisessa uudistustyössä hajonneet monen tahon vastuulle ja vaikeasti hallittavaksi kokonaisuudeksi. Vaativan erityistason sosiaalipalveluissa niistä huomattavan osan arvioidaan kuuluvan luontevasti erityisvastuualueiden vastuulle ja vain joidenkin kuntien yhteistyössä toteuttamiksi.

Poliittisen päätöksenteon kannalta oleelliseksi kysymykseksi tässä suhteessa muodostuu se, pidetäänkö lähtökohtana rahoitus- ja järjestämisvastuun säilymistä samoissa käsissä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteyttä perustasolla.

Jatkovalmistelussa kriittiseksi asioiksi tulevat myös asiakasprosessit, vastuiden ja työnjaon rakentuminen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hallintokuntien rajapinnoilla. Järjestämis- ja rahoitusmallin poliittisen linjaamisen kannalta kentän johdon tuki tulee vahvasti yhdenvertaisuudelle ja tasa-arvolle sekä asiakaslähtöisyydelle ja verorahoitteisuudelle.

Arviot terveydenhuollon monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä

Yli neljäsosa terveyskeskusjohtajista ja yli viidesosa sosiaalijohtajista ei näe monikanavaisella rahoituksella myönteisiä puolia omalla toimialueellaan. Kelan toimistojen yleisin ja muiden vastaajaryhmien toiseksi yleisin arvio on asiakkaiden palveluja koskevan valinnanmahdollisuuden lisääntyminen. Muita yleisimmin mainittuja myönteisinä pidettyjä puolia ovat kaikissa vastaajaryhmissä palvelujen nopeampi saanti, julkisten palvelujen täydentyminen sekä niiden kysynnän tasaa-minen monikanavaisen rahoituksen myötä.

Rahoituksen monikanavaisuuden yleisimmäksi ongelmaksi nimetään kaikissa vastaajaryhmissä asiakkaiden epätasa-arvoinen asema palvelujen saatavuuden tai

laadun suhteen. Joka viides kysymykseen vastannut Kelan toimiston johtaja, joka neljäs sosiaalijohtaja ja 29 prosenttia terveyskeskusjohtajista pitää eriarvoisuutta monikanavaisen rahoituksen ongelmana. Järjestelmän sekavuus ja vaikea hallittavuus työntekijöiden ja palveluja käyttävien asiakkaiden kannalta on ongelmallista etenkin sosiaalijohdon mielestä. Osaoptimoinnista ja järjestelmän kokonaiskustannuksista ollaan huolissaan etenkin terveyskeskusjohdon vastauksissa. Asiakkaiden ”pallottelusta” ja kokonaisvastuun kantajan puuttumisesta kannetaan huolta etenkin Kelan toimistojen johtajien arvioissa. Muita yleisimmin mainittuja ongelmia ovat palvelujen päällekkäisyydet, henkilöstön saatavuuteen liittyvät vaikeudet sekä se, että raha ei järjestelmässä ohjaudu palvelujen kysynnän mukaan.

Vastaajilta kysyttiin myös näkemyksiä siitä, tulisiko yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvaus säilyttää vai poistaa. Yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksen säilyttämistä kannattavia on kaikissa vastaajaryhmissä enemmän kuin korvauksen poistamisen kannalla olevia. Näin arvioi kaikissa vastaajaryhmissä selkeästi alle puolet vastaajista. Vastaajien näkemykset myös selvästi eriytyvät asian suhteen. Etenkin Kelan toimistojen johtajat puoltavat korvauksen säilyttämistä. Kela-korvauksen poistoa vastustaa ehdottomasti lähes puolet (48 %) Kelan toimistojen johtajista ja lähes yhtä moni lautakuntien puheenjohtajista (41 %). Sen sijaan Kela-korvausten poistoa vastustaa noin kolmannes sosiaalijohtajista ja terveyskeskusten johtajista. Lisäksi joka neljäs kustakin vastaajaryhmästä arvioi, että korvausta ei ehkä tulisi poistaa. 18 prosenttia terveyskeskusten johtajista, 13 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, joka kymmenes sosiaalijohtaja ja kahdeksan prosenttia Kelan toimistojen johtajista on sitä mieltä, että Kela-korvaus tulisi ehdottomasti poistaa yksityisiltä lääkärikäynneiltä.

Terveyskeskusten johtajat arvioivat yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksen poistamisen vaikutukset muita yleisemmin vähäisiksi ja Kelan toimistojen johtajat suuriksi. Terveyskeskusten johtajista yli puolet arvioi kunnallisten terveyspalvelujen kysynnän lisääntyvän alueellaan enintään melko vähän. Kelan toimistojen johtajista lähes kaksi kolmesta ennakoி kysynnän kasvavan melko paljon tai erittäin paljon. Sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista kysynnän kasvun korkeintaan melko vähäiseksi arvioivia on vajaa puolet (48 %) ja suunnilleen saman verran (46–49 %) uskoo kysynnän lisääntyvän melko paljon tai erittäin paljon, mikäli Kela-korvaus poistettaisiin yksityisiltä lääkärikäynneiltä. Kela-korvausten poistamisen arvioidaan lisäävän terveyspalvelujen kysyntää etenkin asukasmäärältään suurilla alueilla.

Arviot terveyspalvelujen selviämisestä mahdollisen Kela-korvausten poiston myötä syntyvistä ongelmista ovat samansuuntaiset kuin näkemykset terveyspalvelujen kysynnän muutoksista. Terveyskeskusten johtajat arvioivat muutoksen mukanaan tuomat ongelmat muita useammin vähäisiksi ja Kelan toimistojen johtajat suuriksi. Terveyskeskusten johtajista yli kaksi kolmasosaa uskoo ongelmia aiheutuvan alueellaan melko vähän. Kelan toimistojen johtajista taas runsas kaksi kolmasosaa ennakoι muutoksen tuottavan melko paljon tai erittäin paljon

ongelmia. Sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista noin puolet arvioi ongelmia syntyvän korkeintaan melko vähän ja hieman alle puolet uskoo niitä tulevan melko paljon tai erittäin paljon. Koska yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvausten poistamisen arvioidaan lisäävän terveyspalvelujen kysyntää yleisimmin asukasmäärältään suurimmilla alueilla, niissä muutoksen myös ennakoidaan aiheuttavan yleisimmin ongelmia.

Rahoitusratkaisujen yhteydessä kysyttiin omana erityiskysymyksenään sosiaalijohtajilta, lautakuntien puheenjohtajilta ja Kelan toimistojen johtajilta, tulisiko heidän mielestään omaishoidon tuki siirtää jatkossa Kelan maksettavaksi. Omaishoidon tuen siirtämistä jatkossa Kelan maksettavaksi ehdottomasti tai ehkä kannattavia on selvä enemmistö kaikkien vastaajaryhmien edustajista, mutta Kelan toimistojen johtajien keskuudessa kannatus on vahvinta. Ehdottomasti omaishoidon tuen siirtoa kannattaa 71 prosenttia Kelan toimistojen johtajista, 53 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista ja 36 prosenttia sosiaalijohtajista. Ehdottomasti tai ehkä siirtoa vastustaa joka viides (20 %) sosiaalijohtaja, vajaa kymmenesosa (9 %) lautakuntien puheenjohtajista ja viisi prosenttia Kelan toimistojen johtajista.

Varsin moni vastaaja ei näe monikanavaisella rahoituksella olevan lainkaan myönteisiä puolia Kelan paikallistoimistojen johtoa lukuunottamatta. Sen sijaan sillä nähdään selkeitä pulmia asiakkaiden epätasa-arvon kannalta. Kela-korvausten poisto ei saa kuitenkaan laajaa kannatusta, vaikka sen poistosta ei ennakoidakaan suuria pulmia lukuunottamatta Kelan paikallistoimistojen johtoa, joka ennakoi muutoksen tuovat suurta lisäpainetta julkiseen terveydenhuoltoon.

Sen sijaan omaishoidon tuen siirto Kelan hoidettavaksi saa tukea, joskaan ei niin vahvasti sosiaalijohtajilta kuin muilta vastaajilta. Siirron toteuttaminen tältä pohjalta on perusteltua, mutta samalla tulee huolehtia siitä, että omaishoitoon liittyvät palvelut ja niiden kehittäminen on selkeästi kuntien vastuulla ja että Kelan ja kuntien välinen yhteistyö ratkaisussa rakennetaan.

Palvelujen saatavuuden turvaaminen SGEI-määrittelyllä erityisratkaisuna

SGEI-palvelulla tarkoitetaan yleishyödyllisiä taloudellisia palveluja, joiden saatavuuden turvaaminen katsotaan yhteiskunnallisesti niin tärkeäksi, että viranomainen voi asettaa palveluntuottajalle julkisen palvelun velvoitteen. Viranomaisten on turvattava niiden saatavuus kaikissa olosuhteissa, myös silloin kun markkinat eivät pysty tätä palvelua takaamaan.

SGEI-palvelun käsite on varsin suurelle osalle vastaajista vieras, sillä yli puolet sosiaalitoimien ja lähes puolet terveyskeskusten johtajista ilmoittaa, ettei tunne asiaa. Tältä pohjalta on luonnollista, että SGEI-palveluiksi määrittelyt ovat vielä melko harvinaisia, sillä niitä on tehty vain viidessä prosentissa terveyskeskuksista ja kolmessa prosentissa sosiaalitoimista.

SGEI-palveluiksi on määriteltä lasten sijaishuoltopalveluja, asumispalveluja, työpajatoimintaa, päiväystyöpalveluja, hoivapalveluja sekä ympäristöterveyteen liittyviä palveluja. SGEI-määrittelyt ovat yleisimpiä asukasmäärältään suurimmilla alueilla, joissa myös itse käsite tunnetaan paremmin.

16 prosenttia sosiaalijohtajista ja terveyskeskusten johtajista arvioi omalla alueellaan olevan sellaisia sosiaali- tai terveyspalveluja, joissa on vain yksi tai muutama palveluntuottaja ja joissa SGEI-määrittely olisi perusteltua. Asukasmäärältään suurilla alueilla SGEI-määrittelyyn sopivia palveluja tunnustetaan olevan selvästi enemmän kuin pienillä. Yleisimpiä vastaajien mainitsemia mahdollisia SGEI-palvelumuotoja ovat erilaiset asumispalvelut, päihdepalvelut, mielen-terveyspalvelut ja vammaispalvelut. Lisäksi SGEI-palveluiksi sopivina pidetään esimerkiksi vanhus-, työllistämisen-, erityispäivähoito-, kuntoutus- ja turvakotipalveluja. Alueellaan SGEI-palveluja tunnustavista sosiaalijohtajista 50 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista 70 prosenttia arvioi kyseisten palveluntarjoajien kykenevän myös tuottamaan riittävän määrän palvelua.

Sosiaalijohtajilta ja terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin, kuinka pitkään sopimukseen he olisivat valmiita palvelun jatkuvuuden turvaamiseksi sitoutumaan hankkiessaan palvelua ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Kaksi kolmesta sosiaalijohtajasta ja noin puolet terveyskeskusten johtajista rajaisi palvelusopimuksen mahdolliseksi kestoksi 4–5 vuotta. 16 prosenttia sosiaalijohtajista ja 39 prosenttia terveyskeskusjohtajista arvioi sopimuksen voivan olla alle kolmen vuoden mittainen. 6–7 vuotta kestäviä sopimuksia pitää mahdollisena 12 prosenttia sosiaalijohtajista ja seitsemän prosenttia terveyskeskusjohtajista.

Sosiaalitoimissa ja perusterveydenhuollossa tunnustetaan selvästi lisätuen ja -ohjauksen tarve SGEI-määrittelyihin liittyvissä asioissa. Yli neljä viidesosaa kummastakin vastaajaryhmästä ilmoittaa tarvitsevansa siinä lisää tukea ja ohjausta. Lähes puolet vastaajista haluaisi SGEI-määrittelyihin liittyvää tukea ja ohjausta sosiaali- ja terveysministeriön taholta ja noin neljäsosa Kuntaliitolta.

SGEI-määrittely palvelujen saatavuuden turvaamisen mekanismina tunnetaan vielä hyvin huonosti, vaikka työ- ja elinkeinoministeriö on tehnyt ohjeistuksia asiasta. SGEI-määrittelyä palvelujen saatavuuden turvaamisen erityisenä ja poikkeusmekanismina ovat käyttäneet lähinnä suuret kaupungit osassa palveluja. Merkittävää on kuitenkin se, että alan johto näkee, että on olemassa palveluja, joiden turvaamiseksi mekanismi olisi tarpeen. Näkemys poikkeaa sosiaali- ja terveysministeriön joissakin omista kannatoistaan työ- ja elinkeinoministeriölle Suomen EU-kantojen



valmistelun yhteydessä viestimästä, ettei tällaisia palveluja sosiaali- ja terveydenhuollossa ole.

Alan johto odottaa erityisesti sosiaali- ja terveysministeriöltä ohjausta ja tukea siinä, miten SGEI-määrittelyä voitaisiin hyödyntää ja mitä se juridisesti edellyttää. Lisäksi katseet kohdistuvat Kuntaliittoon.

Tulosten pohjalta on perusteltua käynnistää konkreettinen työ sosiaali- ja terveysministeriön johdolla yhteistyössä sosiaali- ja terveysjohdon, järjestöjen ja alan yrittäjien kanssa sen hahmottamiseksi, miten asiassa voidaan edetä kansallisesti ja mitä palveluja määrittely erityisesti voisi koskea. Lisäksi tarvitaan selkeästi koulutusta asiassa. Vaikka kyse on poikkeusmenettelystä, sillä voisi olla merkitystä yhtenä keinona turvata palvelujen saatavuutta. Kuntien varaan asiaa ei voida tulosten pohjalta yksin jättää, koska asia tunnetaan suurien kuntien lukuunottamatta huonosti. Haja-asutusalueilla, joissa on vain harvoja palveluntuottajia se voisi monissa tilanteissa olla vielä suurien kuntien perustellumpi asia. Koska SGEI-määrittelyn tekemisessä on korvausten ylikompensaatiokiello ja se tulee tehdä eri tahoja yhdenvertaisesti kohtelemalla, asiassa voivat yhdistyä sekä järjestöjen että hoivayrittäjien intressit.

Ostettaessa palveluja oman organisaation ulkopuolelta suurin osa alan johdosta näkee mahdolliseksi 4–5 vuoden mittaiset sopimukset ja noin kymmenesosa puolestaan 6–7 vuoden mittaiset sopimukset.

Arviot nuorten yhteiskuntatakuusta mahdollisuutena myönteisiä

Hallituksen kärkihankkeeksi nostetulla nuorten yhteiskuntatakuulla pyritään takaamaan jokaiselle alle 25-vuotiaalle työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta. Yhteiskuntatakuun tavoitteena on nuoren koulutukseen ja työmarkkinoille sijoittumisen edistäminen, nuorten työttömyyden pitkittymisen ehkäiseminen, nuorten syrjäytymisvaaraan liittyvien tekijöiden tunnistaminen sekä varhainen puuttuminen nuorten syrjäytymiskehitykseen.

Vastaajat ennakoivat nuorten yhteiskuntatakuun tavoitteiden toteutuvan vähintäänkin kohtalaisesti. Sosiaalijohto ja TE-toimistojen johto arvioivat yhteiskuntatakuun tavoitteiden toteutumista useammin positiivisemmin kuin Kelan toimistojen johtajat. Yhteiskuntatakuun toteuttamiseen valittuja keinoja pidetään tehokkaina tai melko tehokkaina. Ainoastaan nuorten yrittäjyyden edistämistä pidetään useammin tehottomana kuin tehokkaana keinona. Erityisen tehokkaina keinoina nähdään oppisopimuskoulutukseen palkkaamismahdollisuuksien parantamista ja nuorten erilaisten tarpeiden tunnistamista. Yhteiskuntatakuun lisäksi kaivattiin ennaltaehkäisevää työtä, perhetyötä, varhaista puuttumista ja elämänhallintataitojen opettamista nuorille. Avainasemassa on myös työpaikkojen, työkokeilu ja -harjoittelupaikkojen luominen nuorille.

Sosiaalijohtajat, TE-toimistojen johtajat ja Kelan timistojen johtajat arvioivat organisaatioillaan olevan rooli yhteiskuntatakuun toteuttamisessa. Kaikista vastaajista 87 prosenttia näkee organisaatiollaan roolin yhteiskuntatakuun toteuttamisessa. TE-toimistojen johtajista lähes kaikki, sosiaalijohdosta yhdeksän kymmenestä ja Kelan toimiston johtajista kolme neljästä näkee toimistollaan roolin yhteiskuntatakuun toteuttamisessa. Sosiaalijohto näkee sosiaalitoimen roolin yhteistyön tekijänä, työpajapaikkojen ja työharjoittelupaikkojen järjestäjänä sekä syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tunnistajana tai etsijänä. TE-toimistoista suuri osa arvioi roolinsa yhteiskuntatakuun toteuttamisessa keskeisenä, mutta tulkinta roolin sisällöstä vaihtelee. Kelan vastaajat näkivät roolinsa lähinnä kuntoutuksen asiantuntemuksessa ja etuuksien maksamisessa.

Pääministeri Kataisen hallitusohjelmassa nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamisessa määriteltiin yhdeksi tavoitteeksi etsivän nuorisotyön laajentaminen koko maahan. Etsivä nuorisotyö on levinnyt käyttöön varsin laajasti, sillä 85 prosenttia vastanneista sosiaalijohtajista ilmoittaa toiminta-alueellaan olevan käytössä etsivää nuorisotyötä. Etsivässä nuorisotyössä on usein mukana useita toimijoita. Tyypillisimmin sitä kuitenkin toteutetaan nuorisotoimen, sosiaali- ja terveystoimen tai opetus- ja sivistystoimen toimesta tai näiden yhteistyönä.

Alan johdon vastaukset kertovat siitä, että nuorten yhteiskuntatakuuta pidetään tärkeänä, ja myös siitä, että omalla organisaatiolla on valmius sitoutua sen toteuttamiseen. Nuorten yhteiskuntatakuun tavoitteiden toteutumista ennakoitaan ja valittuja keinoja arvioidaan varsin positiivisesti. Keinoista tehottomimpana pidetään nuorten yrittäjyyden tukemista ja tehokkaimpana puolestaan oppisopimuskoulutuksen lisäämistä. Eri tahot näkevät omilla organisaatioillaan vahvan roolin nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamisessa. Tämä luo hyvät edellytykset eri tahojen yhteistyölle yhteiskuntatakuun toteuttamisessa.

Tulosten mukaan etsivä nuorisotyö on laajentunut tavoitteen mukaisesti suurimpaan osaan maata. Se on myönteistä, koska se antaa aikaisempaa paremmat mahdollisuudet niiden nuorten tavoittamiselle, jotka eivät ole palvelujärjestelmän piirissä.

Yhteiskuntatakuu on erittäin tärkeä, koska noin 40 000 nuorta on ”tyhjän päällä”. Yhteiskuntatakuu ei kuitenkaan ole riittävä keino, vaan lasten ja nuorten tilanteeseen tarttuminen vielä varhemmin koulussa opettajien ja oppilashuollon yhteistyönä on vieläkin keskeisempää. Mahdollisia pulmatilanteita tulee ehkäistä ja ratkaista mahdollisimman varhain. Oleellista on varmistaa, että jokainen nuori saa suoritettua peruskoulun loppuun ja että siirtyä jatko-opiskeluun tapahtuu mahdollisimman kitkatta. Tähän tavoitteeseen pääseminen edellyttää riittävän pieniä luokkakokoja, jotta on mahdollisuus myös yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamiseen. Se edellyttää kouluissa myös lapsen ja nuoren tilanteesta kokonaisvastuun ottamista, ei vain keskittymistä yksittäisistä aineista suoriutumiseen. Lisäksi se edellyttää selkeästi oppilashuollon resurssien vahvistamista.

Sosiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen haasteet



Sosiaalibarometri 2012:ssa keskityttiin sosiaaliseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyviin arvioihin, kun vuonna 2010 tarkastelun kohteena oli ammatillinen kuntoutus.

Sosiaalinen kuntoutus toteutuu vastaajien mielestä useammin huonosti kuin hyvin. Yli neljäsosan mukaan huonosti toteutuvat sosiaalisen kuntoutuksen oikea-aikaisuus, saatavuus, kuntoutusvalikoiman vastaavuus tarpeisiin ja viidesosan mukaan vaikuttavuus. Selvästi yli puolet vastaajista kuitenkin arvioi näiden toteutuvan vähintään kohtalaisesti. Sosiaalihoito arvioi sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista hieman positiivisemmin kuin muut vastaajaryhmät. Sosiaalinen kuntoutus toimii sosiaalihoitajien arvioimana hyvin vain kehitysvammaisten kohdalla. Muilla kuntoutettavilla ryhmillä tilanne on selvästi heikompi. Huonoiten sosiaalinen kuntoutus onnistuu vahvistamaan vankilasta vapautuvien toimintakykyä.

Lääkinnällinen kuntoutus arvioidaan paremmin toteutuvaksi kuin sosiaalinen kuntoutus. Terveystieteiden lääkinnällisessä kuntoutuksessa toteutuu huonoiten saatavuus ja Kelan lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuus. Kuntoutuksen toteutumisen arvioi positiivisimmin aina se vastaajaryhmä, jonka organisaatio tuottaa palvelun. Kelan johtajilla oli eniten vaikeuksia arvioida kuntoutuksen toteutumista. Terveystieteiden lääkinnällisen kuntoutuksen työmuodoista toteutuu terveyskeskusten johtajien mukaan parhaiten apuvälineiden saatavuus. Kelan lääkinnällisessä kuntoutuksessa Kelan johtajien mukaan toteutuu parhaiten fysioterapia. Kuntoutuksen selkeimmät ongelmat ovat eri tahojen vastuunjaon selkeys, kuntoutuksen jatkuvuus vastuun siirtyessä, kuntoutuksen toimivuus asiakkaiden saadessa sitä eri tahoilta ja asiakkaiden tiedonsaanti eri kuntoutuspalveluista. Ongelmia aiheuttaa, että selvää vastuutahoa ei ole ja että koko järjestelmä on pirstaleinen. Tämä tulee esiin myös kuntoutusjärjestelmän ongelmia koskevissa avovastauksissa. Vastuutahon puuttuminen aiheuttaa pahimmillaan asiakkaan pompottamista ”luukulta toiselle”. Monet julkiset palveluntuottajat ehdottavatkin kuntoutusjärjestelmää, jossa olisi ”yhden luukun periaate”. Yleisimmin mainittu ongelma kuntoutusjärjestelmässä on kuitenkin resurssipula. Eri tahojen väliseen yhteistyöhön kaivataan ennen kaikkea selvää työnjakoa ja vastuutahon/tahojen määrittelyä.

Kuntoutuksen välinputoajaryhminä mainitaan useimmin mielenterveysongelmaiset, päihdeongelmaiset ja pitkäaikaistyöttömät sekä vanhukset. Lähes joka toinen vastaaja on sitä mieltä, että omalla alueella on väestöryhmiä, jotka jäävät usein ilman tarvitsemaansa sosiaalista tai lääkinnällistä kuntoutusta. Näiden lisäksi vankilasta vapautuvia voidaan pitää kuntoutuksen välinputoajina, sillä sosiaalinen kuntoutus toimii heidän kohdallaan huonoiten sosiaalihoitajien arvion mukaan.

Kuntoutusjärjestelmä näyttäytyy huonoimmin toimivalta työ- ja elinkeinotoimistojen vastaajien näkökulmasta. He arvioivat muita vastaajaryhmiä yleisemmin

sosiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumisen (oikea-aikaisuus, saatavuus, vaikuttavuus, kuntoutusvalikoiman vastaavuus) huonoksi. Näin on myös monialaisen ja -kanavaisen kuntoutuksen kysymyksissä. TE-toimistojen johtajat ovat myös useimmin (70 %) raportoineet alueellaan olevista väestöryhmistä, jotka jäävät vaille tarvitsemaansa kuntoutusta. He ovat myös useimmin (77 %) havainneet ongelmia kuntoutusjärjestelmän toimivuudessa ja toivovat useimmin (85 %) selkiyttämistä eri tahojen väliseen yhteistyöhön.

Sosiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen suurimmat ongelmat ovat eri tahojen vastuiden ja työnjakojen epäselvyys sekä asiakkaiden tiedonsaanti eri kuntoutuspalveluista. Kun kuntoutujan kuntoutusprosessin vastuu siirtyy taholta toiselle, kuntoutuksen jatkuvuus vaarantuu. Muiden selvitysten tapaan myös nämä tulokset nostavat esiin vaateen kuntoutuksen laaja-alaisesta uudistuksesta ja vastuiden selkiyttämisestä. Ongelmia on myös kuntoutujien tarpeiden arvioinnissa ja kuntoutusvalikoimassa. Kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuudesta ja eri tahojen välisistä rajoista kertoo myös se, että jokainen arvioi omalla vastuullaan olevan kuntoutuksen toteutuvan paremmin kuin muut tahot.

Kuntoutuksen uudistaminen ja määrätietoinen kehittäminen on yksi avaintekijöistä, kun tavoitteena on työllisyysasteen nostaminen. Huomattava joukko ihmisiä, joiden työ- ja toimintakyky on heikentynyt, voitaisiin saada palautettua työelämään. Työllistymisen lisäksi toimintakyvyn parantuminen tai ylläpitäminen vahvistaa itsenäistä selviytymistä, mielekästä elämää ja vähentää palvelujärjestelmään kohdistuvaa painetta. Kuntoutuksen voimavarojen vahvistaminen ja kuntoutuksen kehittäminen on siis monessa mielessä tuottava investointi, vaikka sitä tarkasteltaisiin vain taloudellisista lähtökohdista.

Kuntoutusjärjestelmän vakavista ongelmista kertoo myös se, että sosiaalinen ja lääkinnällinen kuntoutus toteutuvat huonoiten juuri niillä, jotka tarvitsisivat eniten apua: mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ja pitkäaikaistyöttömät. Ikääntyneet, yli 65-vuotiaat jäävät myös muita useammin sosiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen ulkopuolelle ja huomattava osa heidän kuntoutuksestaan on järjestöjen vastuulla. Järjestöjen kuntoutuspalvelut ovat Järjestöbarometri 2010:n mukaan kovien paineiden alaisena kilpailuttamisen ja taloudellisten tekijöiden vuoksi. Se voi entisestään vaarantaa ikäihmisten kuntoutuksen saatavuutta.

Alan johdon näkemyksiä toimeentulotuen saajista, työttömistä ja köyhyydestä sekä odotukset perusturvan parantamisesta

Tämänvuotisen Sosiaalibarometrin kyselyssä alan johdolta kysyttiin uutena asiana heidän näkemyksiään toimeentulotukiasiakkaista, työttömistä ja köyhyydestä sekä sitä, mitä he arvioivat olevan syynä näihin ilmiöihin.

Toimeentulotukiasiakkaat nähdään usein syrjäytyneiksi tavallisesta elämänmenosta. Julkiset palveluntuottajat ja lautakuntien puheenjohtajat ovat myös sitä mieltä, että toimeentulotukea haetaan todelliseen tarpeeseen. Useimmin näin ajattelevat sosiaalijohtajat. Vain harva pitää toimeentulotuen saajia laiskoina. Kuitenkin Kelan toimistonjohtajista joka neljäs ja lautakuntien puheenjohtajista joka viides on vähintään osittain samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan köyhät ovat laiskoja ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa. Useimmat Sosiaalibarometrin vastaajista ovat sitä mieltä, että toimeentulotuen saaja voi olla kuka tahansa meistä. Kolme neljästä Sosiaalibarometrin vastaajasta on sitä mieltä, että monet toimeentulotuen tarpeessa olevista eivät hae lainkaan toimeentulotukea. Asenteet ovat hieman ankarampia toimeentulotuen saajia kuin työttömiä kohtaan.

Myös työttömät nähdään syrjäytyneiksi tavallisesta elämänmenosta. Sosiaalibarometrin vastaajat ovat terveyskeskusjohtajia lukuun ottamatta hyvin selvästi sitä mieltä, että kuka tahansa voi jäädä työttömäksi. Vain yksi kymmenestä pitää työttömiä laiskoina. Kolme neljästä vastaajasta on sitä mieltä, että työttömät ovat osallistuneet tai osallistuvat tulevaisuudessa hyvinvointivaltion rahoitukseen. Toimeentulotuen saajien osallistumisesta hyvinvointivaltion rahoitukseen näin ajattelee joka toinen.

Vastaajien mielestä taloudellinen apu tulisi kohdentaa nykyistä tarkemmin taloudellisesti heikoimmassa asemassa oleville. Toisaalta taloudellinen apu pitäisi heidän mielestään liittää enemmän velvollisuuksiin. Nämä ovat kannatetuimmat huono-osaisuuteen liittyvät sosiaalipoliittiset ratkaisut. Yli puolet kannattaa toimeentulotuen tason nostoa. Yli puolet vastaajista haluaisi myös ehkäisevää toimeentulotukea myönnettävän enemmän. Sanktioita asiakkaille ja viranomaisille kannatetaan melkein yhtä usein, sillä yli puolet on niiden kannalla. Lautakuntien puheenjohtajat kannattavat sanktioita useimmin. Useampi kuin joka kolmas Sosiaalibarometrin vastaaja kannattaa ajatusta, jonka mukaan väärinkäytöksen tai laiminlyönnin seurauksena asiakkaan pitäisi saada vähemmän taloudellista apua kuin nykyisin.

Köyhyys nähdään harvoin yksilön omaksi syyksi. Useimmin julkisten palveluntuottajien ja lautakuntien puheenjohtajien mielestä köyhyys johtuu huonosta onnesta ja toiseksi useimmin yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuudesta. Sosiaalijohtajista, Kelan toimistojen ja TE-toimistojen johtajista ne, jotka ovat olleet vähän aikaa johtavassa asemassa, näkevät useammin köyhyyden yksilön omaksi syyksi kuin pidempään johtajina olleet.

Yli puolet sosiaalijohdosta ja Kelan toimistojen johtajista ei pidä 100 euron korotusta perusturvaan riittävänä. Sosiaalijohtajat ja Kelan toimistojen johtajat kannattavat selvästi enemmän vähimmäismääräisten etuuksien parantamista verrattuna ansiosidonnaisiin etuuksiin. Vähimmäismääräisiä etuuksia halutaan myös nostaa selvästi useammin kuin toimeentulotukea, mikä on selvä viesti siitä, että vähimmäismääräisten etuuksien taso on liian matala ja toimeentulotuki nähdään viimesijaisena ja lyhytaikaisena tuen muotona.

Alan johto liittää harvoin toimeentulotuen saajiin, työttömiin ja köyhyyteen laiskuutta, ihmisten omaa välinpitämättömyyttä tai muuta henkilöön liittyvää syytä. Toimeentulotuen saajiin ja työttömiin liitetään yhteisenä nimittäjänä se, että nämä tilanteet voivat koskea ketä tahansa. Jos sanktioita laiminlyöntien vuoksi kannatetaan, niitä ei haluta kohdistaa vain asiakkaisiin vaan myös viranomaisten toimintaan. Merkille pantavaa on se, että alalla lyhyemmän aikaa toimineilla johtajilla on useammin kokeneita johtajia tiukempia ja yksilön omaa syytä painottavia asenteita.

Alan johto on hyvin yksimielinen siitä, että toimeentulotukea ei haeta turhaan. Sosiaalijohtajat, joilla on vastaajaryhmistä eniten tekemisissä toimeentulotuen kanssa, ovat vielä muita useammin tätä mieltä. Tulosten perusteella toimeentulotuen alkäyttö on suurempi ongelma kuin se, että sitä haettaisiin turhaan tai väärin perustein.

Perusturvan 100 euron korotusta ei pidetä riittävänä keinona köyhyyden vähentämisessä. Alan johdolla on vahva odotus, että ensisijaisia etuuksien, ennen kaikkea vähimmäisetuuksien korotuksia jatketaan.

Hallitusohjelmassa useissa kohdissa sitoudutaan köyhyyden ja eriarvoisuuden vähentämiseen sekä yhteiskunnan kiinteyden vahvistamiseen. Tätä taustaa ja tuloksia vasten talouden vakauttamistoimet eivät saisi missään tapauksessa kohdistua perusturvaan, sen tasoon tai indeksisuojiin. Myös arvonlisäveron korotus lisää toimeentulovaikeuksia erityisesti köyhimmillä, joilla suurin osa tuloista menee suoraan kulutukseen, erityisesti asumiseen ja ruokaan. Yhteiskunnan kiinteyden ja ihmisten luottamuksen vahvistamisen kannalta on tärkeää jatkaa määrätietoisesti aloitettua työtä perusturvan parantamiseksi ja köyhyyden vähentämiseksi.

- Arajärvi, Pentti & Särkelä, Riitta (2008). Leipää ja lämpöä. Näkökulmia sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Blomberg, Helena & Kallio, Johanna & Kroll, Christian (2010). Sosiaalityöntekijöiden mielipiteet köyhyyden syistä Pohjoismaissa. Yhteiskuntapolitiikka 75 (6), 589–601.
- Järjestöbarometri 2010 (2010). Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Juha Peltosalmi, Marja Vuorinen, Riitta Särkelä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Kansalaisbarometri 2009 (2009). Aki Siltaniemi, Anne Eronen, Pia Londén, Anne Perälähti, Riitta Särkelä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Kansalaisbarometri 2011 (2011). Aki Siltaniemi, Anne Perälähti, Pia Londén, Tyyne Hakkarainen, Marjukka Luhtanen, Riitta Särkelä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Kela (2009). Kela uudistaa palveluverkkoaan. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/net/140509102639PM?OpenDocument>. Viitattu 1.3.2012.
- Kela (2011). Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801121838EH?OpenDocument>. Viitattu 15.3.2012.
- Kuivalainen, Susan (2007). Toimeentulotuen alikäytön laajuus ja merkitys. Yhteiskuntapolitiikka 72 (1), 49–56.
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003 (13.6.2003).
- Laki nuorisolain muuttamisesta 693/2010 (20.8.2010).
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 (22.9.2000).
- Niemelä, Mikko (2007). Oma vika, epäonni vai rakenne? Suomalaisten köyhyyden syitä koskevat mielipiteet. Yhteiskuntapolitiikka 72 (6), 585–598.
- Niemelä, Mikko (2010). Kelan etuuskäsittelijöiden näkemykset köyhyyden syistä. Janus 18 (4), 337–354.
- Nuorisolaki 72/2006 (27.1.2006).
- Seppälä, Timo T & Häkkinen, Unto: Laaturapainotettujen elinvuosien kehitys Suomessa 1996–2010. Teoksessa Hyvinvointi 2010. Marja Vaarama, Pasi Moisio, Sakari Karvonen (toim.) (2010). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2007 (2007). Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Anne Eronen, Pia Londén, Anne Perälähti, Aki Siltaniemi, Riitta Särkelä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2008 (2008). Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Anne Eronen, Pia Londén, Anne Perälähti, Aki Siltaniemi, Riitta Särkelä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.

- Sosiaalibarometri 2010 (2010). Anne Eronen, Pia Londén, Anne Perälähti, Aki Siltaniemi, Riitta Särkelä. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2011 (2011). Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Anne Perälähti, Pia Londén, Aki Siltaniemi, Riitta Särkelä, Juha Peltosalmi, Anne Eronen. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982 (17.9.1982).
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 2011:7. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011a). Ministeri Rehula: Kuntoutuksen kokonaisuus hallintaan. Tiedote 98/2011. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1559017>. Viitattu 15.3.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011b). Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus. Viitattu 15.3.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011c). Lääkinnällinen kuntoutus täydentää sairaanhoitoa. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laakinnallinen_kuntoutus. Viitattu 15.3.2012.
- Suomen Akatemia (2011). Suomalaisrekisterit osoittavat, kuinka köyhyys ja huono-osaisuus periytyvät. Tiedote 12.1.2011. <http://www.aka.fi/fi/A/Suomen-Akatemia/Mediapalvelut/Tiedotteet/Suomalaisrekisterit-osoittavat-kuinka-koyhyys-huono-osaisuus-periytyvat/>.
- Tilastokeskus (2010). Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795–8121. Pienituloisuus 2010, 2. Pienituloisuus henkilön iän mukaan. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 26.2.2012].
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (30.12.2010).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011). Perusturvan riittävyyden arviointiraportti. Avauksia. THL 4/2011.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2010). Työ- ja elinkeinoministeriön ohje nuorten yhteiskuntatakuusta. http://www.finlex.fi/data/normit/36168-50739Ty____ja_elinkeinoministeri_n_o1832573281.pdf.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2012). Työllisyyskatsaus. <http://www.tem.fi/files/32107/TAMMI12.pdf>.
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) (2010). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Valtioneuvoston iltakoulu 17.2.2010. Hallitus linjasi kansalaisjärjestöjen toimintaedellytysten parantamista. <http://www.vn.fi/toiminta/vnviikko/vnviikko/viikko.jsp?oid=288558>.
- Valtioneuvoston kanslia (2011). Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>.
- Valtiovarainministeriö (2012). Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys. Osa I. Selvitysosa. Valtiovarainministeriö 5a/2012. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Luvun 3 liitteet

LIITE 3.1. Mielenpiteet väitteestä ”Useimmat ihmiset, jotka saavat toimeentulotukea, ovat todella sen tarpeessa” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	6	2	92
Kelan toimistot	8	10	83
TE-toimistot	7	17	76
Terveyskeskukset	5	7	89
Lautakunnat	8	5	87
KAIKKI	7	6	87

LIITE 3.2. Mielenpiteet väitteestä ”Useimmat toimeentulotuen varassa elävät ovat laiskoja, ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	80	7	14
Kelan toimistot	56	21	24
TE-toimistot	70	21	9
Terveyskeskukset	67	23	10
Lautakunnat	65	15	20
KAIKKI	69	15	16

LIITE 3.3. Mielenpiteet väitteestä ”Monet, jotka hakevat toimeentulotukea, ovat syrjäytyneet tavallisesta elämänmenosta” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	12	11	77
Kelan toimistot	8	10	83
TE-toimistot	26	23	51
Terveyskeskukset	7	20	74
Lautakunnat	13	6	81
KAIKKI	12	12	76

LIITE 3.4. Mielipiteet väitteestä "Toimeentulotukiasiakas voi olla kuka tahansa meistä, jonka taloudellinen tilanne on yllättäen kriisiytynyt" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	8	3	89
Kelan toimistot	11	11	78
TE-toimistot	2	7	91
Terveyskeskukset	13	15	72
Lautakunnat	9	4	88
KAIKKI	9	7	85

LIITE 3.5. Mielipiteet väitteestä "Toimeentulotukiasiakkaiden tulisi olla yhteiskunnalle kiitollisia saamastaan taloudellisesta avusta" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	47	32	21
Kelan toimistot	30	44	25
TE-toimistot	42	33	26
Terveyskeskukset	20	43	38
Lautakunnat	38	22	41
KAIKKI	37	33	30

LIITE 3.6. Mielipiteet väitteestä "Useimmat toimeentulotukiasiakkaat ovat osallistuneet tai osallistuvat tulevaisuudessa hyvinvointivaltion rahoitukseen" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	17	24	59
Kelan toimistot	24	33	43
TE-toimistot	16	33	51
Terveyskeskukset	23	31	46
Lautakunnat	25	25	50
KAIKKI	21	28	51

LIITE 3.7. Mielipiteet väitteestä "Monet, jotka ovat toimeentulotuen tarpeessa, eivät kuitenkaan hae sitä" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	17	18	64
Kelan toimistot	11	16	73
TE-toimistot	9	21	70
Terveyskeskukset	10	38	53
Lautakunnat	19	13	68
KAIKKI	15	19	66

LIITE 3.8. Mielenpiteet väitteestä "Useimmat ihmiset, jotka saavat työttömyystukea, ovat todella sen tarpeessa" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	2	3	95
Kelan toimistot	8	9	83
TE-toimistot	2	2	96
Terveyskeskukset	8	5	87
Lautakunnat	4	5	91
KAIKKI	4	5	91

LIITE 3.9. Mielenpiteet väitteestä "Useimmat työttömät ovat laiskoja ja heiltä puuttuu halu ratkaista ongelmansa" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	84	12	5
Kelan toimistot	69	25	6
TE-toimistot	84	9	7
Terveyskeskukset	62	28	10
Lautakunnat	69	13	18
KAIKKI	74	16	10

LIITE 3.10. Mielenpiteet väitteestä "Monet työttömistä ovat syrjäytyneet tavallisesta elämänmenosta" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	15	13	72
Kelan toimistot	11	9	80
TE-toimistot	31	18	51
Terveyskeskukset	7	20	74
Lautakunnat	15	8	78
KAIKKI	15	12	73

LIITE 3.11. Mielenpiteet väitteestä "Työttömäksi voi jäädä kuka tahansa meistä" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	3	5	92
Kelan toimistot	3	5	92
TE-toimistot	2	2	96
Terveyskeskukset	5	8	87
Lautakunnat	6	1	94
KAIKKI	4	4	92

LIITE 3.12. Mielenpiteet väitteestä "Työttömien tulisi olla yhteiskunnalle kiitollisia saamastaan taloudellisesta tuesta" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	51	29	21
Kelan toimistot	33	44	23
TE-toimistot	48	32	21
Terveyskeskukset	23	39	38
Lautakunnat	38	21	42
KAIKKI	40	30	30

LIITE 3.13. Mielenpiteet väitteestä "Useimmat työttömät ovat osallistuneet tai osallistuvat tulevaisuudessa hyvinvointivaltion rahoitukseen" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	5	12	82
Kelan toimistot	11	13	76
TE-toimistot	2	22	76
Terveyskeskukset	2	28	71
Lautakunnat	10	18	72
KAIKKI	7	17	76

LIITE 3.14. Mielenpiteet väitteestä "Taloudellinen apu tulisi liittää enemmän velvollisuuksiin" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	12	11	77
Kelan toimistot	10	22	68
TE-toimistot	7	19	74
Terveyskeskukset	5	7	89
Lautakunnat	19	12	69
KAIKKI	12	13	75

LIITE 3.15. Mielenpiteet väitteestä "Heidän, jotka ovat itse aiheuttaneet ongelmansa väärinkäytön tai laiminlyöntien myötä, tulisi saada vähemmän taloudellista apua kuin nykyään" vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	45	26	30
Kelan toimistot	27	30	43
TE-toimistot	41	32	27
Terveyskeskukset	30	36	34
Lautakunnat	40	15	45
KAIKKI	38	25	37

LIITE 3.16. Mielenpiteet väitteestä ”Sanktioita, jotka seuraavat asiakkaan rikottua tehtyjä sopimuksia, tulisi lisätä” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	25	25	50
Kelan toimistot	13	38	49
TE-toimistot	30	34	36
Terveyskeskukset	12	33	56
Lautakunnat	23	10	67
KAIKKI	21	24	54

LIITE 3.17. Mielenpiteet väitteestä ”Viranomaisille tulisi antaa sanktioita, mikäli ihmisten oikeuksia ei turvata” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	19	30	52
Kelan toimistot	16	40	44
TE-toimistot	40	23	37
Terveyskeskukset	15	43	43
Lautakunnat	12	17	71
KAIKKI	18	29	54

LIITE 3.18. Mielenpiteet väitteestä ”Taloudellinen apu tulisi kohdentaa nykyistä tarkemmin taloudellisesti heikoimmassa asemassa oleville” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	7	12	81
Kelan toimistot	6	13	81
TE-toimistot	5	21	75
Terveyskeskukset	7	10	84
Lautakunnat	6	8	86
KAIKKI	6	11	82

LIITE 3.19. Mielenpiteet väitteestä ”Toimeentulotuen tasoa tulisi parantaa” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	16	18	66
Kelan toimistot	19	22	59
TE-toimistot	18	36	46
Terveyskeskukset	16	51	33
Lautakunnat	18	18	64
KAIKKI	17	25	58

LIITE 3.20. Mielenpiteet väitteestä ”Ehkäisevää ja täydentävää toimeentulotukea tulisi myöntää nykyistä enemmän” vastaajaryhmittäin (%).

	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä
Sosiaalijohto	12	24	64
Kelan toimistot	11	33	56
TE-toimistot	16	16	68
Terveyskeskukset	17	35	48
Lautakunnat	14	18	68
KAIKKI	14	24	62

Luvun 4 liitteet

LIITE 4.1. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvio siitä kuinka alueella voidaan turvata asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Sosiaalijohtajat				
Alle 10 000 asukasta	15	22	63	60
10 000 – 29 999 asukasta	5	33	63	40
Vähintään 30 000 asukasta	5	30	65	37
YHTEENSÄ	10	27	64	137
Lautakuntien puheenjohtajat				
Alle 10 000 asukasta	7	25	69	73
10 000 – 29 999 asukasta	3	39	58	33
Vähintään 30 000 asukasta	0	48	52	23
YHTEENSÄ	5	33	63	129

LIITE 4.2. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvio siitä kuinka alueella voidaan turvata asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut nykyisillä voimavaroilla 12 kk kuluttua.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Sosiaalijohtajat				
Alle 10 000 asukasta	10	38	52	58
10 000 – 29 999 asukasta	18	35	48	40
Vähintään 30 000 asukasta	3	56	42	36
YHTEENSÄ	10	42	48	134
Lautakuntien puheenjohtajat				
Alle 10 000 asukasta	15	33	52	73
10 000 – 29 999 asukasta	6	49	46	33
Vähintään 30 000 asukasta	9	44	48	23
YHTEENSÄ	12	39	50	129

LIITE 4.3. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvio sosiaalitoimen taloudellisesta resursoinnista tällä hetkellä.

	Huono, %	Kohtalainen, %	Hyvä, %	n
Sosiaalijohtajat				
Alle 10 000 asukasta	13	18	68	60
10 000 – 29 999 asukasta	8	18	75	40
Vähintään 30 000 asukasta	8	11	81	37
YHTEENSÄ	10	16	74	137
Lautakuntien puheenjohtajat				
Alle 10 000 asukasta	14	14	73	73
10 000 – 29 999 asukasta	15	6	79	33
Vähintään 30 000 asukasta	9	22	70	23
YHTEENSÄ	13	13	74	129

LIITE 4.4. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvio sosiaalitoimen taloudellisesta resursoinnista 12 kk kuluttua.

	Huono, %	Kohtalainen, %	Hyvä, %	n
Sosiaalijohtajat				
Alle 10 000 asukasta	16	21	64	58
10 000 – 29 999 asukasta	15	23	63	40
Vähintään 30 000 asukasta	8	22	69	36
YHTEENSÄ	13	22	65	134
Lautakuntien puheenjohtajat				
Alle 10 000 asukasta	14	22	64	73
10 000 – 29 999 asukasta	12	18	70	33
Vähintään 30 000 asukasta	14	14	73	22
YHTEENSÄ	13	20	67	128

LIITE 4.5. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä kuinka terveystalot (yleensä) voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Alle 10 000 asukasta	0	31	69	13
10 000 – 29 999 asukasta	8	19	73	26
Vähintään 30 000 asukasta	13	30	57	23
YHTEENSÄ	8	26	66	62

LIITE 4.6. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä kuinka perusterveydenhuollon palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Alle 10 000 asukasta	0	23	77	13
10 000 – 29 999 asukasta	12	15	73	26
Vähintään 30 000 asukasta	23	41	36	22
YHTEENSÄ	13	26	61	61

LIITE 4.7. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä kuinka erikoissairaanhoidon palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Alle 10 000 asukasta	0	31	69	13
10 000 – 29 999 asukasta	8	15	77	26
Vähintään 30 000 asukasta	9	9	82	22
YHTEENSÄ	7	16	77	61

LIITE 4.8. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä kuinka terveyspalvelut (yleensä) voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla 12 kk kuluttua.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Alle 10 000 asukasta	8	39	54	13
10 000 – 29 999 asukasta	8	31	62	26
Vähintään 30 000 asukasta	14	36	50	22
YHTEENSÄ	10	34	56	61

LIITE 4.9. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä kuinka perusterveydenhuollon palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla 12 kk kuluttua.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Alle 10 000 asukasta	0	39	62	13
10 000 – 29 999 asukasta	15	19	65	26
Vähintään 30 000 asukasta	14	52	33	21
YHTEENSÄ	12	35	53	60

LIITE 4.10. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä kuinka erikoissairaanhoidon palvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla 12 kk kuluttua.

	Huonosti, %	Kohtalaisesti, %	Hyvin, %	n
Alle 10 000 asukasta	8	31	62	13
10 000 – 29 999 asukasta	8	27	65	26
Vähintään 30 000 asukasta	14	19	67	21
YHTEENSÄ	10	25	65	60

LIITE 4.11. Terveyskeskusjohtajien arvio terveyskeskuksen taloudellisesta resursoinnista tällä hetkellä.

	Huono, %	Kohtalainen, %	Hyvä, %	n
Alle 10 000 asukasta	0	31	69	13
10 000 – 29 999 asukasta	4	23	73	26
Vähintään 30 000 asukasta	5	41	55	22
YHTEENSÄ	3	31	66	61

LIITE 4.12. Terveyskeskusjohtajien arvio terveyskeskuksen taloudellisesta resursoinnista 12 kk kuluttua.

	Huono, %	Kohtalainen, %	Hyvä, %	n
Alle 10 000 asukasta	15	31	54	13
10 000 – 29 999 asukasta	12	31	58	26
Vähintään 30 000 asukasta	9	41	50	22
YHTEENSÄ	12	34	54	61

LIITE 4.13. Sosiaalijohtajien vastaukset siitä onko talousarviossa vähennetty tai lisätty alueen asukkaille tarjottavien sosiaalipalvelujen tai -etuuksien resursointia.

	Ei sosiaalihuollon vastuulla, %	Vähennetty, %	Ennallaan, %	Lisätty, %	n
Palvelut internetissä	17	0	58	25	137
Tiedonvälitys internetissä	7	0	58	36	137
Henkilökohtainen neuvonta	4	0	71	24	135
Lasten päivähoito	34	1	34	32	122
Lastensuojelutyö	2	6	48	44	129
Kasvatus- ja perheneuvonta	7	3	73	16	128
Muu perhetyö	2	5	66	28	129
Esiopetus	40	1	51	8	119
Lapsiperheiden kotipalvelut	4	3	63	30	125
Vanhusten kotipalvelut	8	2	46	43	125
Vanhusten palveluasuminen	8	5	38	49	126
Vanhusten laitospalvelut	11	33	49	6	126
Päihdehuollon asumispalvelut	5	7	76	12	129
Päihdehuollon laitoshoido	6	13	73	8	128
A-klinikkapalvelut	8	3	74	15	128
Vammaisten kuljetuspalvelut	1	4	68	28	127
Vammaisten asumispalvelut	1	2	65	32	126
Vammaisten laitoshoido	3	20	74	3	126
Sosiaalipäivystys	0	2	81	18	131
Kotouttamispalvelut	4	1	81	15	128
Omaishoidon tuki	3	5	56	36	130
Velkaneuvonta	31	1	65	3	125
Kotihoidontuen kuntalisä	40	7	48	6	119
Perustoimeentulotuki	1	13	63	23	128
Ehkäisevä toimeentulotuki	1	9	73	17	128

LIITE 4.14. Sosiaalipalvelujen ja -etuuksien resursoinnin lisääminen asukasluvultaan erikokoisilla alueilla, %. Vain osuudet resursoinnin lisäämisestä raportoitu.

	Alle 10 000 asukasta	10 000 – 29 999 asukasta	Vähintään 30 000 asukasta
Vanhusten palveluasuminen	48	47	71
Lasten päivähoito	45	52	50
Vanhusten kotipalvelu	34	58	61
Lastensuojelutyö	30	37	77
Tiedonvälitys internetissä	27	39	54
Palvelut internetissä	27	18	44

LIITE 4.15. Sosiaalipalvelujen ja -etuuksien resursoinnin vähentäminen asukasluvultaan erikokoisilla alueilla, %. Vain osuudet resursoinnin vähentämisestä raportoitu.

	Alle 10 000 asukasta	10 000 – 29 999 asukasta	Vähintään 30 000 asukasta
Vanhusten laitospalvelut	32	37	48
Vammaisten laitoshoido	11	14	47
Päihdehuollon laitoshoido	7	21	17
Perustoimeentulotuki	13	14	10
Kotihoidontuen kuntalisä	3	16	19
Ehkäisevä toimeentulotuki	10	11	7

LIITE 4.16. Terveyspalvelujen resursoinnin lisääminen asukasluvultaan erikokoisilla alueilla, %. Vain osuudet resursoinnin lisäämisestä raportoitu.

	Alle 10 000 asukasta	10 000 – 29 999 asukasta	Vähintään 30 000 asukasta
Terveys- ja sairaanhoitajan vastaanotto	15	54	52
Yleislääkäripalvelut	8	31	48
Puhelinneuvonta	15	35	52
Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut	0	23	61
Erikoislääkäripalvelut	15	31	35
Kotisairaanhoito	17	23	39
Tiedonvälitys internetissä	8	23	39
Palvelut internetissä	8	15	35
Neuvonta sähköpostitse	0	0	17

LIITE 4.17. Terveyspalvelujen resursoinnin vähentäminen asukasluvultaan erikokoisilla alueilla, %. Vain osuudet resursoinnin vähentämisestä raportoitu.

	Alle 10 000 asukasta	10 000 – 29 999 asukasta	Vähintään 30 000 asukasta
Terveyskeskuksen vuodeosastohoito	23	15	39
Psykiatrinen laitoshoido	15	4	26
Erikoissairaanhoidon laitoshoido	8	12	13
Yleislääkäripalvelut	8	8	17

LIITE 4.18. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien vastaukset siitä onko sosiaalitoimen osalta tehty tietoista alibudjetointia vuodelle 2012.

	Ei, %	Kyllä, %	n
Sosiaalijohtajat (n = 28)			
Alle 10 000 asukasta	90	10	60
10 000 – 29 999 asukasta	63	38	40
Vähintään 30 000 asukasta	78	22	37
YHTEENSÄ	79	21	137
Lautakuntien puheenjohtajat (n = 27)			
Alle 10 000 asukasta	85	15	73
10 000 – 29 999 asukasta	79	21	33
Vähintään 30 000 asukasta	59	41	22
YHTEENSÄ	79	21	128

LIITE 4.19. Terveyskeskusjohtajien vastaukset siitä onko terveyspalvelujen osalta tehty tietoista alibudjetointia vuodelle 2012. (n = 17)

	Ei, %	Kyllä, %	n
Alle 10 000 asukasta	92	8	13
10 000 – 29 999 asukasta	65	35	26
Vähintään 30 000 asukasta	68	32	22
YHTEENSÄ	72	28	61

Luvun 5 liitteet

LIITE 5.1. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalijohtajien, lautakuntien puheenjohtajien ja terveyskeskusten johtajien arviot eri tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjausten toimimisesta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen pohjana (linjaukset, joiden suhteen eri kokoisten kuntien vastaajien arvioiden erot ovat tilastollisesti merkitsevät).

	ei kannata lainkaan %	kannattaa vähän tai jonkin verran %	kannattaa melko paljon tai paljon %	ei osaa sanoa %	n
TAVOITELINJAUKSET					
Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavoitteena on vaikuttavuus ja kustannustehokkuus					
Alle 10 000 asukasta	1	22	77	0	146
10 000 – 29 999 asukasta	0	7	93	0	98
Vähintään 30 000 asukasta	0	6	94	0	81
YHTEENSÄ	0	14	86	0	325
RAKENNELINJAUKSET					
Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä nykyistä laajemmilla väestöpohjilla					
Alle 10 000 asukasta	8	38	51	3	144
10 000 – 29 999 asukasta	6	40	51	3	99
Vähintään 30 000 asukasta	1	24	73	1	82
YHTEENSÄ	6	35	56	3	325
RAHOITUSLINJAUKSET					
Rahoituksen ei tule mahdollistaa osaoptimointia					
Alle 10 000 asukasta	1	15	50	34	143
10 000 – 29 999 asukasta	0	17	73	10	99
Vähintään 30 000 asukasta	0	4	90	6	80
YHTEENSÄ	1	13	67	20	322

LIITE 5.2. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalijohtajien, lautakuntien puheenjohtajien ja terveyskeskusten johtajien arviot siitä, millä aikavälillä kunta- ja palvelurakenteen muutokset ovat alueella tarpeellisia.

	1–4 v. sisällä %	5–10v. sisällä %	yli 10 v. kuluttua %	muutokset eivät ole lainkaan tarpeellisia %	tarvittavat muutokset on jo toteutettu %	n
Kuntarakenteen muutokset						
Alle 10 000 asukasta	34	30	5	22	8	144
10 000 – 29 999 asukasta	39	32	0	17	11	99
Vähintään 30 000 asukasta	55	19	4	16	6	82
YHTEENSÄ	41	28	3	19	9	325
Palvelurakenteen muutokset						
Alle 10 000 asukasta	55	29	4	3	9	145
10 000 – 29 999 asukasta	58	23	3	4	12	99
Vähintään 30 000 asukasta	67	11	2	4	16	82
YHTEENSÄ	59	23	3	4	12	326

LIITE 5.3. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalihoitajien, lautakuntien puheenjohtajien ja terveyskeskusten johtajien arviot, kuinka nopeasti valtakunnalliset linjaukset ja sääntely kuntauudistuksesta tulisi toteuttaa.

	hallituskauden puoliväliin mennessä (v. 2013 kevät)	hallituskauden loppuun mennessä	pidemmällä aikavälillä	n
	%	%	%	
Alle 10 000 asukasta	29	27	44	144
10 000 – 29 999 asukasta	32	26	41	99
Vähintään 30 000 asukasta	46	30	24	80
YHTEENSÄ	34	28	38	323

LIITE 5.4. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalihoitajien, lautakuntien puheenjohtajien ja terveyskeskusten johtajien arviot, millaisella mallilla sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi järjestää.

	kaksitasoinen kunta- ja aluemalli	kaksitasoinen kuntamalli	yksitasoinen kuntamalli	muu	n
	%	%	%	%	
Alle 10 000 asukasta	46	27	9	18	138
10 000 – 29 999 asukasta	32	35	14	19	96
Vähintään 30 000 asukasta	27	30	24	19	79
YHTEENSÄ	37	31	14	18	313

LIITE 5.5. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalihoitajien, lautakuntien puheenjohtajien ja terveyskeskusten johtajien arviot, millaisen väestöpohjan perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen vaatii.

	nykyistä pienemmän väestöpohjan (alle 20 000)	nykyinen 20 000 asuk- kaan väestö- pohjan vaati- mus on riittävä	jonkin verran nykyistä suurem- man väestöpoh- jan (20 000– 50 000)	huomattavasti nykyistä suuremman väestöpohjan (yli 50 000)	n
	%	%	%	%	
Alle 10 000 asukasta	24	41	27	8	144
10 000 – 29 999 asukasta	9	38	41	12	98
Vähintään 30 000 asukasta	2	12	49	37	82
YHTEENSÄ	14	33	37	17	324

LIITE 5.6. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalihoitajien, lautakuntien puheenjohtajien sekä Kelan toimistojen ja terveyskeskusten johtajien arviot, lisäisikö Kela-korvauksen poistaminen kunnallisten terveyspalvelujen kysyntää alueella.

	ei lainkaan	melko vähän	melko paljon	erittäin paljon	ei osaa sanoa	n
	%	%	%	%		
Alle 10 000 asukasta	5	49	29	12	5	163
10 000 – 29 999 asukasta	3	45	40	8	4	120
Vähintään 30 000 asukasta	1	33	40	20	6	103
YHTEENSÄ	3	44	35	13	5	386

LIITE 5.7. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalijohtajien, lautakuntien puheenjohtajien sekä Kelan toimistojen ja terveyskeskusten johtajien arviot, miten alueen terveyspalvelut selviäisivät mahdollisesta yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauten poistosta.

	muutos ei aiheuttaisi mitään ongelmia	muutos aiheuttaisi melko vähän ongelmia	muutos aiheuttaisi melko paljon ongelmia	muutos aiheuttaisi erittäin paljon ongelmia	n
	%	%	%	%	
Alle 10 000 asukasta	7	51	29	14	161
10 000 – 29 999 asukasta	3	51	41	5	118
Vähintään 30 000 asukasta	5	36	43	16	100
YHTEENSÄ	5	47	36	12	379

LIITE 5.8. Erikokoisten kuntien/yhteistoiminta-alueiden sosiaalijohtajien ja terveyskeskusten johtajien alueilla tehdyt sosiaali- ja terveyspalvelujen määrittelyt SGEI-palveluiksi.

	ei tunne asiaa	ei	kyllä	n
	%	%	%	
Alle 10 000 asukasta	55	45	0	71
10 000 – 29 999 asukasta	52	44	4	66
Vähintään 30 000 asukasta	35	58	7	57
YHTEENSÄ	48	48	4	194

Luvun 7 liitteet

LIITE 7.1. Arviot sosiaalisen kuntoutuksen kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuuden toteutumisesta kuntoutujan kannalta vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	21	54	21	4
Kelan toimistot	17	33	10	40
TE-toimistot	34	39	18	9
Terveyskeskukset	28	36	18	18
KAIKKI	24	44	18	15

LIITE 7.2. Arviot sosiaalisen kuntoutuksen saatavuuden toteutumisesta vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	23	50	23	3
Kelan toimistot	19	28	14	40
TE-toimistot	39	39	16	7
Terveyskeskukset	25	41	16	18
KAIKKI	25	42	19	14

LIITE 7.3. Arviot sosiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuuden toteutumisesta kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaalisen toimintakykyyn vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	22	52	22	5
Kelan toimistot	10	36	10	43
TE-toimistot	23	43	23	11
Terveyskeskukset	22	42	18	18
KAIKKI	20	45	19	16

LIITE 7.4. Arviot sosiaalisen kuntoutuksen kuntoutusvalikoiman vastaavuudesta kuntoutujan tarpeisiin vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	32	43	20	5
Kelan toimistot	18	28	12	42
TE-toimistot	36	43	11	9
Terveyskeskukset	18	44	18	20
KAIKKI	27	40	17	16

LIITE 7.5. Arviot terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuuden toteutumisesta kuntoutujan kannalta vastaajaryhmittäin (%)

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	8	45	38	9
Kelan toimistot	21	32	18	30
TE-toimistot	44	33	12	12
Terveyskeskukset	8	40	52	0
KAIKKI	16	40	33	12

LIITE 7.6. Arviot terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuuden toteutumisesta vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	13	35	44	8
Kelan toimistot	31	21	21	28
TE-toimistot	49	26	19	7
Terveyskeskukset	2	47	52	0
KAIKKI	19	33	37	10

LIITE 7.7. Arviot terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen vaikuttavuuden toteutumisesta kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaalisen toimintakykyyn vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	12	42	35	11
Kelan toimistot	14	30	19	37
TE-toimistot	25	46	18	11
Terveyskeskukset	7	53	40	0
KAIKKI	13	43	31	14

LIITE 7.8. Arviot terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutusvalikoiman vastaavuudesta kuntoutujan tarpeisiin vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	13	44	34	10
Kelan toimistot	19	28	19	35
TE-toimistot	34	41	16	9
Terveyskeskukset	2	52	47	0
KAIKKI	15	42	31	13

LIITE 7.9. Arviot Kelan lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutustoimenpiteitten oikea-aikaisuuden toteutumisesta kuntoutujan kannalta vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	13	45	26	16
Kelan toimistot	13	27	47	13
TE-toimistot	34	34	18	14
Terveyskeskukset	23	43	33	2
KAIKKI	18	39	30	12

LIITE 7.10. Arviot Kelan lääkinällisen kuntoutuksen saatavuuden toteutumisesta vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	16	40	29	16
Kelan toimistot	3	30	53	13
TE-toimistot	36	36	16	11
Terveyskeskukset	15	41	43	2
KAIKKI	16	37	35	12

LIITE 7.11. Arviot Kelan lääkinällisen kuntoutuksen vaikuttavuuden toteutumisesta kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaalisen toimintakykyyn vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	9	47	23	21
Kelan toimistot	9	32	41	19
TE-toimistot	23	43	18	16
Terveyskeskukset	13	51	31	5
KAIKKI	12	44	28	16

LIITE 7.12. Arviot Kelan lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutusvalikoiman vastaavuudesta kuntoutujan tarpeisiin vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	13	43	24	20
Kelan toimistot	8	35	40	17
TE-toimistot	28	44	16	12
Terveyskeskukset	13	47	35	5
KAIKKI	14	42	28	15

LIITE 7.13. Arviot ohjauksen toteutumisesta muiden viranomaisten tarjoamaan kuntoutukseen monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	9	48	32	11
Kelan toimistot	10	35	43	12
TE-toimistot	18	57	23	2
Terveyskeskukset	16	60	23	2
KAIKKI	12	49	31	8

LIITE 7.14. Arviot asiakkaiden tiedonsaannin toteutumisesta eri kuntoutuspalveluista monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	27	36	27	9
Kelan toimistot	20	33	37	10
TE-toimistot	36	50	11	2
Terveyskeskukset	34	47	18	2
KAIKKI	29	40	25	7

LIITE 7.15. Arviot kuntoutuksen toimivuuden toteutumisesta silloin, kun asiakkaat saavat samanaikaisesti usean eri tahon kuntoutuspalvelua monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	27	36	21	16
Kelan toimistot	17	33	28	22
TE-toimistot	30	55	9	7
Terveyskeskukset	32	44	18	7
KAIKKI	26	40	20	14

LIITE 7.16. Arviot kuntoutuksen jatkuvuuden toteutumisesta vastuun siirtyessä työntekijäryhmältä tai hallinnonalalta toiselle monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	36	38	14	13
Kelan toimistot	23	38	13	25
TE-toimistot	35	54	7	5
Terveyskeskukset	31	52	15	3
KAIKKI	32	43	13	12

LIITE 7.17. Arviot eri tahojen vastuunjaon selkeyden toteutumisesta monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	45	26	19	10
Kelan toimistot	27	35	22	17
TE-toimistot	57	30	9	5
Terveyskeskukset	42	47	11	0
KAIKKI	42	33	16	9

LIITE 7.18. Arviot kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän toimivuuden toteutumisesta monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	17	35	40	9
Kelan toimistot	15	22	47	17
TE-toimistot	23	46	30	2
Terveyskeskukset	10	43	44	3
KAIKKI	16	36	41	8

LIITE 7.19. Arviot yhteistyön toteutumisesta perusterveydenhuollon kanssa monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	6	39	48	7
Kelan toimistot	14	37	29	20
TE-toimistot	27	55	14	5
Terveyskeskukset	10	39	52	0
KAIKKI	12	41	40	8

LIITE 7.20. Arviot yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidon kanssa monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	14	41	34	10
Kelan toimistot	17	25	32	25
TE-toimistot	36	48	9	7
Terveyskeskukset	10	39	50	2
KAIKKI	17	39	33	11

LIITE 7.21. Arviot yhteistyön toteutumisesta Kelan toimisto(je)n kanssa monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	13	39	40	8
Kelan toimistot	10	30	42	18
TE-toimistot	7	36	50	7
Terveyskeskukset	13	44	44	0
KAIKKI	12	38	43	8

LIITE 7.22. Arviot yhteistyön toteutumisesta TE-toimisto(je)n kanssa monialaisessa ja -kanavaisessa kuntoutuksessa vastaajaryhmittäin (%).

	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	En osaa sanoa
Sosiaalijohto	10	37	47	6
Kelan toimistot	7	32	47	15
TE-toimistot	19	37	37	7
Terveyskeskukset	10	44	45	2
KAIKKI	11	37	45	7