

2013

Sosiaalibarometri



Ajankohtainen
arvio hyvinvoinnista,
palveluista
sekä hyvinvoinnin
ja terveyden
edistämisestä

soste

Sosiaalibarometri 2013

Ajankohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista
sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä

Anne Eronen – Tyyne Hakkarainen – Pia Londén –
Päivi Nykyri – Juha Peltosalmi – Riitta Särkelä

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

ISSN 1237-7708
ISBN 978-952-6628-04-2

Taitto ja kansi: Vitale Ay
Kansikuva: iStockPhoto
Paino: FRAM, Vaasa

Sosiaalibarometri® on SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n tavaramerkki.
© SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry 2013

ESIPUHE	5
I KATSAUS SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIikkaan JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	7
1 Ajankohtainen muutostilanne	7
1.1 Suomalaisten hyvinvoinnin kehitys	7
1.2 Pitkäaikaistyöttömien ja osatyökykyisten työllistyminen	11
1.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	13
1.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja rahoitus	15
1.5 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen ja hankintadirektiivi	21
1.6 Julkisten palvelujen resurssien riittävyys	25
2 Sosiaalibarometrin tausta ja toteutus	26
2.1 Sosiaalibarometrin lähtökohdat	26
2.2 Aineisto	27
2.3 Tutkimuskysymykset ja -menetelmät	31
II ARVIOT HYVINVOINNISTA JA PALVELUJÄRJESTELMÄN TILANTEESTA	
3 Hyvinvointi sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	35
3.1 Arviot väestön hyvinvoinnista	35
3.2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuudet	44
3.2.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen	45
3.2.2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet	47
3.2.3 Terveys kaikissa politiikoissa	55
3.2.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitys kunnissa	58
4 Palvelujen ajankohtainen tilanne ja etuuksien saaminen	59
4.1 Voimavarat palvelujen turvaamiseen	59
4.1.1 Sosiaalipalvelut	60
4.1.2 Terveyspalvelut	64
4.1.3 Kelan palvelu	67
4.1.4 Työ- ja elinkeinotoimistojen palvelut	68

4.2	Asiakaskeskeisyyden toteutuminen palveluissa	72
4.3	Kelan palvelun muutokset	75
4.4	TE-palvelujen muutokset	82
4.5	Sosiaalietuuksien saaminen ja väärinkäyttö	84
5	Strategiset valinnat ja kilpailuttaminen	88
5.1	Strategiat ohjausvälineenä	88
5.2	Itse tuotetut palvelut	90
5.3	Palvelujen kilpailuttaminen	93
5.3.1	Ostopalvelujen kriteerit ja valvonta	93
5.3.2	Kilpailutettujen palvelujen kustannukset	96
5.3.3	Palvelujen keskittyminen	97
5.3.4	Sosiaali- ja terveyspalvelujen erityisluonteen huomioonottaminen palveluhankinnoissa	100
6	Palvelurakenteiden uudistaminen	101
6.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio	101
6.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason vahvistaminen	105
7	Osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistäminen	114
7.1	Osatyökykyiset ja pitkittyneesti työttömät työmarkkinoilla	115
7.2	Osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille tarjottavat palvelut	118
7.3	Viranomaistahojen yhteistyö	128
III	PÄÄTELMÄT	131
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	131
	LÄHTEET	151
	LIITTEET	157

 Sosiaalibarometri on kuvannut vuosittain hyvinvointipalvelujen, palvelujärjestelmän ja hyvinvoinnin ajankohtaista tilannetta ja muutossuuntia jo 23 vuoden ajan. Se toimii eräänlaisena arviopuntarina yhteiskunnassa, palvelujärjestelmässä sekä sosiaali- ja terveystaloudessa tapahtuville muutoksille ja muutossuunnille.

Tulokset pohjautuvat vuodenvaihteessa 2012–2013 toteutettuun laajaan kyselytutkimukseen. Näkemykset on koottu valtakunnallisesti kattavasti sosiaalijohdon, terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilta sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajilta. Tavoitteena on nostaa paikallistason asiantuntijoiden tuoreet havainnot ja tulkinnat sosiaali- ja terveyspoliittiseen keskusteluun.

Tänä vuonna samaan kyselyyn on yhdistetty aiemmin erillisenä julkaistun Terveyden edistämisen barometrin sisältöjä. Sitä julkaisi SOSTEn perustajajärjestöstä Terveyden edistämisen keskus.

Raportin alkuun on koottu julkaisussa käsiteltäviä teemoja taustoittava katsaus sekä raportin toteutus ja käytetyt aineistot. Raportin toisessa osiossa käsitellään vuodenvaihteen 2012–2013 kyselyn tulokset. Ajankohtaisteemoina tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen uudistamista, sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamista sekä vaikeimmassa työllisyystilanteessa olevien työllistämistä. Vastaajat ottavat myös kantaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tilaan kunnissa sekä sosiaalietuuksien väärinkäyttöön. Mukana on lisäksi vuosittain toistuvia kysymyksiä, esimerkiksi arviot oman alueen väestön hyvinvoinnista ja resursseista sen turvaamiseksi. Julkaisun viimeisessä osiossa esitetään yhteenveto ja johtopäätökset tuoreiden tulosten pohjalta.

Sosiaalibarometri 2013:n ovat laatineet hankkeesta vastannut tutkimuspäällikkö Anne Eronen sekä tutkija Tyyne Hakkarainen, tutkimussihteeri Pia Londén, asiantuntija Päivi Nykyri, erikoistutkija Juha Peltosalmi ja johtaja Riitta Särkelä SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:stä.

Ajankohtaisteemojen valintaan on vaikuttanut yhteistyökumppaneista ja sidosryhmistä koottu Sosiaalibarometrin asiantuntijaryhmä. Kiitämme arvokkaista palautteista neuvotteleva virkamies Päivi Haavisto-Vuorta ja ylitarkastaja Susanna Piepposta työ- ja elinkeinoministeriöstä, osastopäällikkö Olli Kangasta Kelasta, neuvotteleva virkamies Inga Nyholmia valtiovarainministeriön kuntaosastolta, Helsingin sosiaalilautakunnan jäsentä Jouko Kajanojaa ja erikoissuunnittelija

Minna Vartiaista Kuurojen Palvelusäätiöstä. Ajankohtaisteemoja ovat selkiyttäneet myös muut palautteet, joista erityiskiitos kuntauudistus- ja palvelujen järjestämisen ja rahoitusteemoista lääkintöneuvos Jukka Mattilalle sosiaali- ja terveysministeriöön ja sairaanhoitopiiriin johtaja Rauno Ihalaiselle Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin.

Sosiaalibarometrin tekemisen 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. Kyselyn toteutusajankohta vuodenvaihteessa oli poikkeuksellisen haasteellinen mm. TE-hallinnon palvelu-uudistuksen, kuntavaalien jälkeisen lautakuntien puheenjohtajien vaihtumisen sekä kuntaliitosten vuoksi. Siksi vastaajien käyttämä aika on erityisen arvokas panos yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Toivomme, että Sosiaalibarometri 2013 antaa vastaajille aineksia oman toiminnan arviointiin ja kehittämiseen sekä haastaa arvioimaan laajemmin erilaisten hyvinvointiin vaikuttavien päätösten seurauksia.

Helsingissä 27.3.2012

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

1 Ajankohtainen muutostilanne

Vuoden 2013 Sosiaalibarometri käsittelee julkisten hyvinvointipalvelujen johdon arvioita väestön hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Tässä luvussa kuvataan Sosiaalibarometrin teemojen kannalta keskeistä sosiaali- ja terveyspoliittista kontekstia ja yhteiskunnallista muutosta taustaksi ajankohtaisten tulosten käsittelylle.

Aluksi tarkastellaan lyhyesti suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilannetta ja niissä ilmeneviä kehityskulkuja. Hyvinvointiin keskeisesti vaikuttavaa työllisyystilannetta kuvataan erikseen, joskin fokuksena on vaikeimmassa työllisyystilanteessa olevat ihmiset ilmiön laajuuden ja erityispiirteiden ymmärtämiseksi. Sosiaalibarometrissa käsitellään myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ajankohtaista tilannetta, josta on aiemmin julkaistu erillinen Terveyden edistämisen barometri. Kantaa näihin kysymyksiin ottivat tällä kertaa sosiaalijohto, terveyskeskusten johtajat ja osaan kysymyksistä lautakuntien puheenjohtajat.

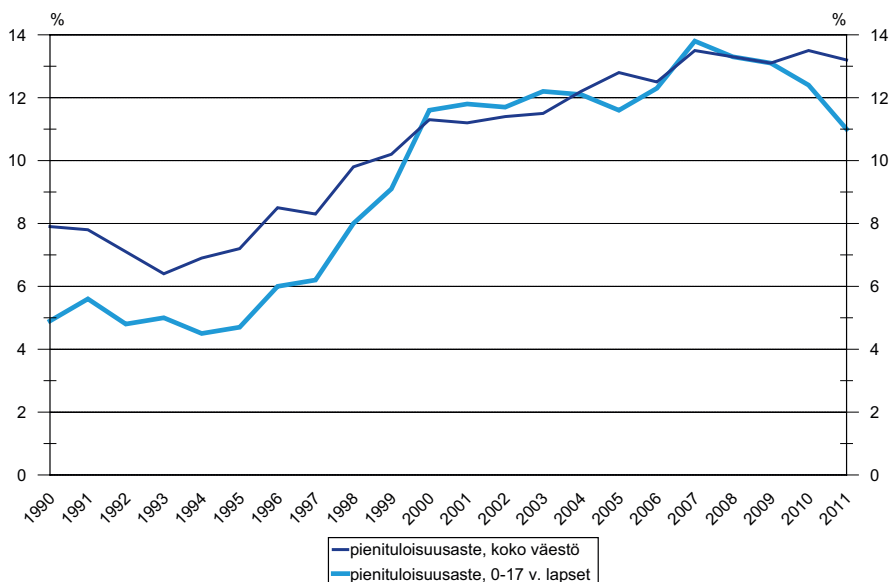
Sosiaalibarometrissa on seurattu useiden vuosien ajan kunta- ja palvelurakenteiden muutosta ja alan johdon näkemyksiä muutosten vaikutuksista. Tänä vuonna kiinnitetään huomiota erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutumiseen, sosiaali- ja terveyspalvelujen perustason vahvistamiseen sekä näiden palvelujen laadukkaan toteuttamisen vaatimiin väestöpohjiin. Vuoden 2012 lopulla julkistettiin täsmentävät poliittiset linjaukset sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä, ja heti vuodenvaihteen jälkeen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä pohtineen työryhmän linjaukset. Tässä taustaluvussa nostetaan esille ne ja lyhyesti maaliskuussa 2013 julkaistut selvityshenkilöiden raportin ja hallituksen linjaukset. Lisäksi käsitellään helmikuun puolivälissä julkisuuteen tulleita selvityshenkilön keskeisiä linjauksia valtioneosuusuudistuksesta. Luvun lopuksi tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamista ja siihen liittyviä muutoksia sekä julkisten palvelujen resurssreja.

1.1 Suomalaisten hyvinvoinnin kehitys

Suomalaisten hyvinvointi on kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmenet. Sekä ihmisten subjektiiviset hyvinvointikokemukset että terveyttä, toimintakykyä,

varallisuutta, koulutustasoa, asumista ja useita muita ulottuvuuksia kuvaavat tilastot osoittavat, että koko väestöä tarkasteltaessa on saavutettu korkea taso. Kielteistä käännettä hyvinvointiin ovat tuottaneet tuloerojen kasvu, pienituloisuuden lisääntyminen, väestön suuret alueelliset ja sosioekonomiset terveyserot, päihteiden käytön lisääntyminen sekä lasten ja nuorten pahoinvoinnin kasvu. Osa myönteisestä kehityksestä myös ilmenee lähinnä iäkkäillä ja keski-ikäisillä. (Kansalaisbarometri 2011; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010; Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011). Keväällä 2011 valtaosa suomalaisista kertoi voivansa hyvin, vakavia puutteita hyvinvoinnissa oli puolella miljoonalla. Muita paremmaksi hyvinvointinsa arvioivat hyvätuloiset, koulutetut ja työlliset. Työttömien ja yksinasuvien eläkeläisten subjektiiviset hyvinvointiarviot olivat kielteisimmät. Huono-osaisuuskokemukset kasautuivat työttömille, pienituloisille ja niille, joiden sosiaaliset suhteet ovat heikkoja. (Kansalaisbarometri 2011.)

Pienituloisuus on Suomessa laaja ongelma. Suomalaisten köyhyys on lisääntynyt tuntuvasti vuoden 1993 jälkeen, kun kriteerinä käytetään tuloja, jotka jäävät alle 60 prosentin kotitalouksien käytettävissä olevasta mediaanitulosta. Yhden hengen taloudessa tämä merkitsee alle 13 640 euron vuosituloja eli noin 1 140 euroa kuukaudessa. Vuonna 2011 köyhyysaste kääntyi lievään laskuun. Väestötasolla köyhyys koskettaa edelleen 704 000 suomalaista eli 13,2 prosenttia väestöstä. Eniten pienituloisia on työttömissä (44 %) ja muissa palkkatyön ulkopuolisissa väestöryhmissä, kuten opiskelijat (27 %) ja eläkeläiset (19 %). (Tilastokeskus, Tulonjakotilasto.)

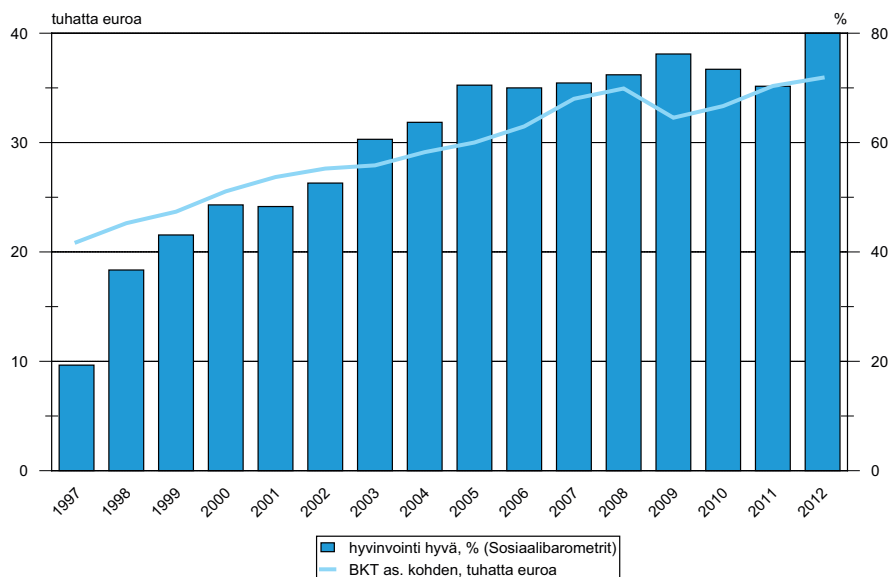


KUVIO 1. Pienituloisuusaste 1990–2011. (Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilasto)

Koko väestön pienituloisuus heijastuu myös lapsiköyhyyteen. Vuonna 2011 Suomessa eli pienituloisissa perheissä 120 000 lasta. Se on 11,1 prosenttia alle 18-vuotiaista. Köyhyys koskettaa erityisesti yksinhuoltajia ja monilapsisia perheitä.

Pienituloisissa kotitalouksissa asuvien lasten osuus alkoi nousta nopeasti 1990-luvun laman jälkeen. Korkeimmalla tasolla lapsiköyhyys oli vuonna 2007, jolloin yli 150 000 lasta asui köyhässä perheessä. (Emt.) Lapsiperheiden pienituloisuus on merkittävä ilmiö, sillä lasten huostaanotot, mielenterveysongelmat, rikollisuus, kouluttamattomuus ja toimeentulo-ongelmat kärjistyvät vanhempien toimeentulo-ongelmien lisääntyessä. Koulutus ja erityisesti äitien korkeampi koulutus näyttävät tutkimuksen mukaan suojaavan lapsia pahoinvoinnilta. (Suomen Akatemia 2011.)

Kansalaisten hyvinvoinnin turvaamiselle synkkiä pilviä ovat luoneet Suomen ja koko euroalueen heikko taloudellinen tilanne. Julkisen talouden, valtion ja kuntien, erityisen huolestuttava velkaantuminen jatkuu. Tilastokeskuksen ennakkotiedot kertovat, että bruttokansantuote supistui vuonna 2012 0,2 prosenttia (Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito). Valtiovarainministeriön taloudellinen katsaus ennakoii suhdannekäännettä parempaan: vuodelle 2013 ennustetaan niukkaa 0,4 prosentin ja vuodelle 2014 1,6 prosentin kasvua. Huomiota kiinnitetään kotitalouksien velkaantumisen kasvuun: velkaantuminen on tulojen kasvua nopeampaa. (Valtiovarainministeriö 2013.) Vuonna 2011 kotitalouksien velkaantumisaste eli velkojen suhde vuoden käytettävissä oleviin tuloihin oli vuodesta 1976 alkaneen tarkastelujakson korkein, 114,4 prosenttia (Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito). Velkaantuminen on jatkanut kasvua vielä vuonna 2012: kolmannen neljänneksen velkaisuusaste oli jo 118,8 prosenttia (Tilastokeskus, Rahoitustilinpito).

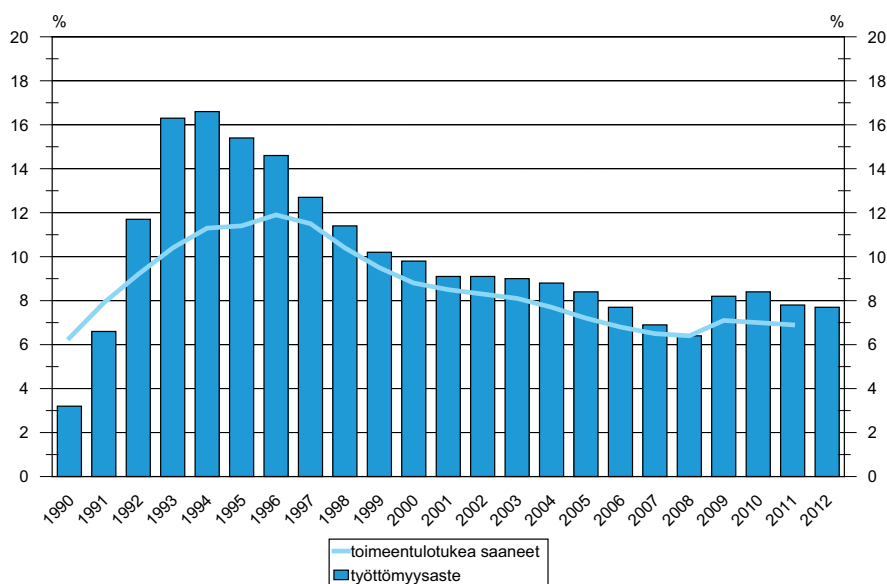


KUVIO 2. Bruttokansantuote ja julkisten palveluntuottajien arviot hyvinvoinnin ajankohtaisesta tilanteesta 1997–2012¹. (Lähteet: Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito; Sosiaalibarometrit 1997–2012.)

¹ Kuviossa on esitetty hyvinvoinnin kokonaistilanteen hyväksi tai melko hyväksi arvioivien julkisten palveluntuottajien yhteisarviot.

Velkaantumisen riskit ja taloudellisen tilanteen kiristyminen näkyvät jossain määrin ulosottojen ja velkajärjestelyjen määrissä. Vuoden 2012 lopussa ulosotossa oli 224 000 yksityistä henkilöä eli 0,9 prosenttia enemmän kuin edellisen vuoden lopussa (Valtakunnanvoudinvirasto). Samana vuonna jätettiin käräjäoikeuksiin lähes 3 800 yksityishenkilöiden velkajärjestelyhakemusta. Velkajärjestelyjen määrä on ollut kasvussa vuodesta 2009 lähtien. (Tilastokeskus, Velkajärjestelyt.) Samansuuntainen kehitys ilmenee maksuhäiriöissä. Maksuhäiriöisten määrä on kasvanut vuosina 2008–2012 noin 53 500 henkilöllä; vuonna 2012 oli 346 000 maksuhäiriöistä henkilöä (Asiakastieto Oy, Maksuhäiriötilastot 2012).

Taloudellisen toimeentulon vaikeuksia kuvaavat työttömyysaste ja toimeentulotuen käyttö. Kuviosta 3 näkyy työttömyyden ja toimeentulotuen käytön trendin samankaltaisuus: toimeentulotuki noudattaa lievällä viiveellä työttömyyskehitystä. Työttömyysasteen huippuvuodesta 1994 alkanut pitkä lasku kääntyi jyrkästi nousuun vuonna 2009. Vuoden 2010 jälkeen työttömyysaste on hitaasti alentunut, ja oli Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 7,7 prosenttia. (Tilastokeskus, Työvoimatutkimus.) Valtiovarainministeriön taloudellinen katsaus arvioi työttömyysasteen kuitenkin jälleen nousevan vuonna 2013 8,2 prosenttiin ja pysyvän seuraavanakin vuonna lähes samalla tasolla (8,1 %) (Valtiovarainministeriö 2013).



KUVIO 3. Toimeentulotuen saajien osuus väestöstä ja työttömyysaste¹ 1990–2012 (Lähteet: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); Tilastokeskus.)

¹ Kuviossa on käytetty Tilastokeskuksen puhelinhaastattelulla toteutetun työvoimatutkimuksen tuottamaa virallista työttömyysastetta. Työvoimatutkimus kerää tilastotietoja 15–74-vuotiaan väestön työhön osallistumisesta, työllisyydestä ja työttömyydestä sekä työvoiman ulkopuolisten toiminnasta.

Työttömyysastetta julkaisee myös Työ- ja elinkeinoministeriö, jonka tiedot perustuvat Työnvälitystilastoon. Työnvälitystilasto kokoaa tiedot työ- ja elinkeinotoimistojen asiakkaista, avoimista työpaikoista ja työvoimapolitiittisista toimenpiteistä. TEM:n vuotuiset työttömyysasteet ovat Tilastokeskuksen lukuja korkeampia, mutta molempien trendi on samanlainen. Näitä tietoja käytetään luvussa 1.2.

Toimeentulotukea saaneiden osuus kasvoi 1990-luvun alusta aina vuoteen 1996, jonka jälkeen saajien määrä kääntyi laskuun. Alhaisimmillaan toimeentulotukea saaneiden osuus väestöstä oli 1990-luvun alun jälkeen vasta vuonna 2008, 6,4 prosenttia väestöstä. Vuosina 2009–2011 toimeentulotuen saajien osuus väestöstä on ollut 6,9–7,1 prosenttia. Vuonna 2011 toimeentulotukea sai 6,9 prosenttia väestöstä eli noin 372 000 henkilöä ja 239 000 kotitaloutta. Toimeentulotukeen käytettiin koko maassa 648 miljoonaa euroa. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Toimeentulo-ongelmat ovat pitkittyneet 2000-luvulla, sillä yhä useampi toimeentulotukea saava joutuu turvautumaan siihen pitkäkestoisesti. Huomiota kiinnittää myös nuorten, 18–29-vuotiaiden, muita ikäryhmiä suurempi osuus toimeentulotuen saajista. Kaikista toimeentulotuen saajista oli vuonna 2011 nuoria 27,4 prosenttia. (Emt.)

1.2 Pitkäaikaistyöttömien ja osatyökykyisten työllistyminen

Työurien pidentämisen tavoite on kirjattu hallitusohjelmaan. Tähän tähtäävät toimenpiteet halutaan kohdistaa työuran alkuun, keskelle ja loppupäähän. Työurien pidentämisellä tavoitellaan julkisen talouden vakauttamista ja sitä, että ”mahdollisimman moni työkäinen on työssä”. Työurien pidentämisen keinoina hallitusohjelmassa mainitaan mm. eläkeiän nosto, perheen ja työn yhteensovittamisen helpottaminen, rakenteellisen työttömyyden vähentäminen, pitkäaikaistyöttömyyden ehkäisy, työkyvyttömyyden syiden torjunta ja osatyökykyisten työmahdollisuuksien parantaminen. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.)

Pitkäaikaistyöttömyyttä pyritään vähentämään kokeilulla, jossa vuoden työttömyyden jälkeen työllisyyden hoidon päävastuu siirretään kunnalle tai kunnille yhteisvastuullisesti. Kokeilussa jokaisen työttömän työllistymismahdollisuudet kartoitetaan ja edistymistä seurataan aktiivisesti. Osatyökykyisten työllistymistä kuntiin, yrityksiin, sosiaalisiin yrityksiin ja kolmannelle sektorille pyritään helpottamaan. (Emt.)

Helmikuussa 2013 Suomessa oli 290 900 työtöntä työnhakijaa. Vuodessa työttömien määrä on noussut 37 100 henkilöllä. Työttömyys on kasvanut kaikissa ammattiryhmissä, mutta eniten teollisessa työssä, hallinto- ja toimistotyössä ja korkeimmin koulutettujen ammattiryhmässä. Työttömistä työnhakijoista 60 prosenttia oli miehiä ja 40 prosenttia naisia. Alle 25-vuotiaita työttömiä oli helmikuun lopussa 37 900, mikä on 6 200 enemmän kuin helmikuussa 2011. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2013a.) Joulukuussa 2012 15–24-vuotiaiden työttömyysaste oli 16,4, kun yleinen työttömyysaste samaan aikaan oli 6,9 (Tilastokeskus, Työvoimatutkimus).

Helmikuussa 2013 pitkäaikaistyöttömiä oli yhteensä 67 500. Vuodessa pitkäaikaistyöttömien määrä on kasvanut 8 400 henkilöllä. Pitkäaikaistyöttömiä, eli yli vuoden yhtäjaksoisesti työttöminä olleita, oli yli viidennes (23 %) kaikista työttömistä.

Vähän alle puolet pitkäaikaistyöttömistä on ollut yhtäjaksoisesti työttömänä vähintään kahden vuoden ajan. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2013a.)

Työ- ja elinkeinohallinnon koulutus- ja tukityöllistämistoimenpiteiden piirissä oli helmikuussa yhteensä runsas 100 000 henkilöä, mikä on lähes 8 000 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Työllistämistukitoimenpiteillä sijoitettuna oli 27 900 henkilöä, mikä on 3 800 vähemmän kuin edellisvuonna. Työllistetyistä kaksi prosenttia oli valtion, 27 prosenttia kuntien ja 71 prosenttia yksityisen sektorin työssä. Työvoimakoulutuksessa oli 27 000 henkilöä, työ- tai koulutuskokeiluissa oli 8 200 henkilöä, työharjoittelussa tai työelämävalmennuksessa 5 000 henkilöä, vuorotteluvapaan sijaisena 5 500 henkilöä, kuntouttavassa työtoiminnassa 10 600 henkilöä ja omaehtoisessa opiskelussa työttömyysetuudella 19 200 henkilöä. (Emt.)

Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeen saajia oli yhteensä 260 000. Vajaalla puolella (46 %) päädiagnoosina oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Noin neljänneksellä (24 %) työkyvyttömyyden pääsyynä olivat tuki- ja liikuntaelinten tai sidekudosten sairaudet. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2011.)

Vuoden 2009 tilastojen perusteella kymmenesosa kaikista työkyvyttömyyseläkettä saavista sai osatyökyvyttömyyseläkettä ja loput täyttä eläkettä. Kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista runsas kymmenesosa teki ansiotyötä vuonna 2008. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevilla työnteko on selvästi yleisempää, sillä heistä yli kaksi kolmasosaa oli työssä vuonna 2008. Täyttä työkyvyttömyyseläkettä saavista samana vuonna oli työssä viisi prosenttia. Kaikissa työkyvyttömyyseläkettä saavissa oli vuonna 2008 noin 33 000 sellaista henkilöä, jotka eivät olleet työssä, mutta halusivat työhön ja arvioivat pystyvänsä työntekoon. Usein toiveena oli satunnainen työ. (Gould & Kaliva 2010.)

Laki julkisesta työvoimapalvelusta (30.12.2002/1295, 7 §) määrittelee vajaakuntoiseksi henkilön, jonka mahdollisuudet saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet asianmukaisesti todetun vamman, sairauden tai vajaavuuden takia. Vamma, sairaus tai vajaavuus viittavat selkeästi diagnosoitavissa oleviin syihin, kuten mielenterveysongelmiin tai kehitysvammoihin. Näiden lisäksi kuitenkin myös pitkäaikaistyöttömyys, päihdeongelmat tai sosiaaliset syyt voivat yksittäinkin olla vajaakuntoisuuden aiheuttajana silloin, kun syrjäytymiskehitys näiden syiden vuoksi on edennyt pitkälle (Ylipaavalniemi 2001). TE-toimistoissa asiakkaan vajaakuntoisuus arvioidaan pääosin lääkärintodistuksen perusteella (Vedenkannas ym. 2011). Työ- ja elinkeinoministeriön tilastojen (2013b) mukaan vuonna 2012 työttömiä vajaakuntoisia oli noin 40 000².

Vajaakuntoisuuden ja osatyökykyisyyden käsitteet ovat lähellä toisiaan. Osatyökykyisyyden käsitteeseen siirtymistä on ehdotettu siksi, että käsite korostaa jäljellä olevaa työkykyä. Vajaakuntainen koetaan käsitteenä leimaavaksi, mistä syystä vammaisjärjestöt ovat Suomessa ehdottaneet käsitteen poistamista lainsäädännöstä. (Vuorela 2008.) Myös TE-toimistojen virkailijoiden näkemyksen mukaan vajaakuntoisuuden käsitteen käytöstä olisi syytä siirtyä käyttämään

² Tarkka luku 39 577, kaikkien kuukausien lopun keskiarvo.

käsitteitä osatyökykyinen, kuntoutuja tai kuntoutusasiakas. Ongelmana osatyökykyisyyden käsitteen käyttöön siirtymisessä on kuitenkin se, että monet vajaa-kuntoisista ovat täysin työkykyisiä. (Vedenkannas ym. 2011.) Käsitteet ovat siten lähellä toisiaan, mutta eivät tarkoita täysin samaa. Osatyökykyisten ryhmää on lisäksi kuvattu erittäin heterogeeniseksi. Osatyökykyiset voivat olla esimerkiksi työssä, työttöminä, eläkeläisinä tai opiskelijoina. (Lehto 2011.)

Laki määrittelee vaikeasti työllistyväksi työmarkkinatukeen oikeutetut työttömät työnhakijat, jotka ovat saaneet työmarkkinatukea työttömyytensä perusteella vähintään 500 päivältä tai joiden oikeus työttömyyspäivärahaan on päättynyt (Laki julkisesta työvoimapalvelusta 7 §). Vuodesta 2006 lähtien valtio ja kunnat ovat rahoittaneet puoliksi työmarkkinatuen vaikeasti työllistyville, eli 500 päivän työmarkkinatukikauden jälkeen. Uudistuksella haluttiin lisätä kuntien vastuuta pitkäaikastyöttömyyden vähentämisessä. (Hämäläinen, Tuomala & Ylikännö 2009.) Kunnan osarahoittamaa työmarkkinatukea sai vuonna 2012 yhteensä 68 719 henkilöä, joista 60 prosenttia oli miehiä ja 40 prosenttia naisia (Kelasto 2013).

Helsinkiläisiä vaikeasti työllistyviä tutkittaessa selvisi, että tästä ryhmästä vajaakuntoisiksi oli merkitty lokakuussa 2010 neljäsosa. Samassa tutkimuksessa vaikeasti työllistyvät helsinkiläiset jaettiin kahteen ryhmään, työmarkkinoiden liepeillä oleviin ja työmarkkinoiden ulkopuolisiin. Ensin mainitulla ryhmällä oli ollut väliaikaisia tai muita työsuhteita avoimilla työmarkkinoilla. Jälkimmäinen ryhmä oli ollut vähintään viisi vuotta ilman työllisyystietomerkintöjä. Tutkimuksen mukaan työvoimatoimenpiteet kohdistuivat useammin työmarkkinoiden liepeillä oleviin. Tässä ryhmässä oli myös enemmän ei-vajaakuntoisia. Työmarkkinoiden ulkopuolisten ryhmään kuuluivat useammin iäkkäät kuin nuoret ja useammin miehet kuin naiset. Myös matala koulutus ja merkintä vajaakuntoisuudesta lisäävät riskiä kuulua ryhmään, jolla työttömyys on selvästi pitkittynyt. (Harkko, Ala-Kauhaluoma & Lehtikoinen 2012.)

1.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarkoituksena on lisätä ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen sekä parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä. Terveyden edistämiseen sisältyy mahdollisuuksien luomiseen ja vahvistamiseen kohdentuvia ns. promotiivisia ja erityisesti kansanterveystyölle ominaisia sairaus- ja riskilähtöisiä eli ns. preventiivisiä toimintamuotoja. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvointina ja terveytenä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on yksi kuntien perustehtävä. Vuonna 2011 toukokuun alusta voimaan astunut terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä luomaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi pysyvät rakenteet. Kuntien tulee esimerkiksi ottaa huomioon päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä nimetä terveyden ja

hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Terveydenhuoltolaissa kiteytetään kuntien velvoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, mutta se ei anna selkeitä vastauksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuisiin, rakenteisiin eikä toimijoiden rooliin tai tehtäviin.

Kunnilla on tahtoa edistää asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä. Kuntien resurssit ehkäisevään työhön kuitenkin vaihtelevat niin, että kaikilla kunnilla ei ole mahdollisuuksia suoritua tehtävästä asukkaiden näkökulmasta parhaalla tavalla. Haasteena on myös se, että ymmärrys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä vaihtelee eri ammattiryhmien välillä, samoin käsitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tahoista ja vastuista. Ehkäisevään työhön tehtyjen investointien tulokset myös voidaan nähdä liian kaukana tulevaisuudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Terveys kaikissa politiikoissa -toimintamalli tarkoittaa, että eri hallinnonalat ottavat mahdolliset terveysvaikutukset huomioon ennakolta päätöksiä valmistellessaan. Lähestymistavassa korostuu, että väestön terveyteen vaikuttavat myös muut kuin terveyspalvelut. Ihmisten terveyttä määrittäviä areenoita ovat esimerkiksi ympäristö, koulut ja työpaikat, asuminen, liikenne, työllisyys sekä liikunta- ja kulttuuripalvelut. Yksi konkreettinen keino varmistaa terveys- ja hyvinvointihyödyt on ihmisiin kohdistuvan ennakkoarvioinnin (IVA) soveltaminen kaikilla hallinnonaloilla. (Koivisto 2006.) Terveys kaikissa politiikoissa -toimintamallin mukaisesti esimerkiksi taide ja kulttuuri nähdään merkittävänä mahdollisuutena kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä (OKM 2010). Kuntalaisten osallisuus, liikunta- ja kulttuuriharrastukset ja muu aktiivisuus vähentävät tutkimusten mukaan merkittävästi sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia mm. ikäihmisten yksinäisyydestä johtuvien sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntää. (Perho 2012.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen huomioiminen päätöksenteossa eri hallinnonaloilla mahdollistuu poikkihallinnollisen yhteistyön kautta. Poikkihallinnollinen yhteistyö edellyttää yhteistyötä eri hallintoalojen ja muiden toimijoiden, esimerkiksi järjestöjen kanssa, sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen varmistamista ja ammattitaidon lisääntymistä eri tasoilla ja aloilla.

Osallisuus ja osallistuminen ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön kokemukseen omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään. Kokiessaan osallisuutta yksilöllä on mahdollisuus vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin ja olla myös aktiivisesti muokkaamassa niitä. Osallisuutta voidaan mitata esimerkiksi järjestötyöhön ja päätöksentekoon osallistumisella. Kuntalaisen mahdollisuus osallisuuteen tapahtuu eri ulottuvuuksilla joko tieto-osallisuutena, suunnitteluosallisuutena, päätösosallisuutena tai toimintaosallisuutena. Esimerkiksi päätösosallisuus tarkoittaa kuntalaisten suoraa osallistumista palvelujen tuottamista tai omaa asuin- aluetta koskeviin päätöksiin. Kuntalainen voi kokea osallisuutta myös pelkästään

saadessaan tietoa kunnan toiminnasta tai vastaamalla esimerkiksi kyselyyn, tällöin kyse on tieto-osallisuudesta. (Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä 2002.)

Terveyden edistämisen keskus ry julkaisi Terveyden edistämisen barometria vuodesta 1992 vuoteen 2011 saakka. Vastaajina olivat terveysjohtajat, järjestöjohtajat ja kuntien luottamushenkilöt. Vuoden 2011 Terveyden edistämisen barometri oli puhtaasti kansalaiskysely, jossa kartoitettiin kansalaisten näkemyksiä muun muassa elinympäristöstä, osallisuuden kokemuksista ja luottamuksesta. Aiemmista terveyden edistämisen barometreista voidaan nähdä, että esimerkiksi osallisuuden kehitys on hidasta. Esimerkiksi vuosina 2009 ja 2010 kansalaiset kokivat edelleen omat vaikuttamismahdollisuudet vähäisiksi ja sosioekonomisten terveyserojen uskottiin edelleen kasvavan.

Terveyden edistämisen barometrit ovat heijastelleet lukuisia yhteiskunnallisia muutoksia, kuvastaneet sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden muutosta, tuoneet esille muun muassa projektimaisen kehittämistyön ja sen irtautumisen arki-työstä sekä verkostomaisen yhteistyön lisääntymisen. Barometreista ovat nousseet esiin myös haasteet, kuten terveyden edistämisen työn hajanaisuus ja selkeiden rakenteiden puuttuminen. Vuoden 2011 kansalaisille suunnatussa kyselyssä nousi muun muassa esille se, että puolet vastaajista koki hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn kohdentuvan ensisijaisesti hyväosaisiin. Samaan aikaan barometreissa näkyy yhteiskunnassa vallitseva trendi, jonka mukaan ensisijainen vastuu terveydestä on yksilöllä. (vrt. Haake & Nikula 2011.)

1.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja rahoitus

Hallitusohjelma lähtee siitä, 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. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen kykenevän vahvan kunnan vaihtoehtona voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita (ns. sote-alue). (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on hallitusohjelman linjausten mukaan samalla organisaatiolla. Kunnat ja sote-alueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Kuntien ja sote-alueiden yhteisiä tehtäviä varten on hallitusohjelman mukaan viisi erityisvastuualuetta (erva). Hallitusohjelma lähtee myös siitä, että nykyiset sairaanhoitopiirit puretaan. (Emt.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa keskitytään järjestämisvastuuseen. Järjestämisvastuu ja tuottaminen näyttävät julkisessa keskustelussa sekoittuvan keskenään. Järjestämisvastuuseen kuuluu vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä, julkisen vallan käytöstä, palvelutarpeen selvittämisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta ja saavutettavuudesta, tuotantotavasta päättämisestä, tuotannon laadusta, seurannasta ja valvonnasta, rahoituksesta, voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä. Järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta on tärkeää, että vastuutaholla on muun muassa itsenäinen valmistelu-, päätöksenteko- ja toimeenpanokyky, kyky rahoittaa merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollosta omalla tulo-rahoituksellaan, ennustettavuuden kannalta riittävä väestöpohja sekä kyky ohjata kokonaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b ja 2012a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama palvelurakennetyöryhmä valmisteli keväällä 2012 tulevaksi palvelurakenteeksi kolme mallia, jotka esiteltiin työryhmän väliraportissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Työryhmän työtä ohjasivat sekä hallitusohjelma että sosiaali- ja terveystoiministerityöryhmä, joka toimi työryhmän johtoryhmänä. Sosiaali- ja terveystoiministerityöryhmä valitsi toukokuun 2012 lopussa jatkotyön pohjaksi mallin, jossa kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta. Malli edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä jatkossa riittävän suurissa kokonaisuuksissa, muuten julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta ei pystytä turvaamaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c.)

Työryhmän työtä ohjattiin eri ministeriryhmien poliittisin linjauksin kesän ja syksyn 2012 aikana useita kertoja. Linjausten tavoitteet ovat olleet keskenään ristiriitaisia. Hallituksen iltakoulu totesi kesäkuun 2012 alussa, että kuntien ja mahdollisten sote-alueiden vastuuta palvelujen järjestämisessä lisätään. Uudistuksella vahvistetaan sosiaali- ja terveystoimien sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä integraatiota. Muun muassa työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta. Jatko-työssä otetaan huomioon alueelliset erityispiirteet ja kuntauudistuksen aikataulu. Samassa yhteydessä korostettiin, että uudistuksella turvataan kuntalaisten oikeus lähipalveluihin. (Emt.)

Sosiaali- ja terveystoimien uudistaminen ja kuntauudistus on kytketty hallitusohjelmassa tiiviisti yhteen. Hallinnon ja aluekehityksen ministerityöryhmä linjasi kesäkuun 2012 lopussa kuntauudistusta ohjaavat kriteerit. Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta kunnan väestöpohjan on oltava hallinto- ja aluekehityksen ministeriryhmän linjausten mukaan vähintään noin 20 000 asukasta. Väestöpohja luo sen mukaan mahdollisuudet omaan palvelutuotantoon, matalan kynnyksen palveluihin sekä lähipalveluihin. Tämä vähimmäisväestöpohja ei kuitenkaan riitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon. (Emt.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmä teki uudistukseen liittyviä linjauksia vielä kahdesti marraskuussa 2012. Marraskuun puolenvälin linjauksissaan se muun muassa totesi, ettei tässä vaiheessa voida vielä linjata yksiselitteisesti, miten suuri väestöpohja vaaditaan siihen, että perustason ja erityistason palvelut voidaan integroida. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen ja tuottaminen ovat samassa organisaatiossa, mutta yksiselitteinen väestöpohjavaatimus ei kuitenkaan yksistään riitä tavoitteen saavuttamiseksi kaikkialla Suomessa. Riittävän vahvalla palvelujen järjestäjällä on ministerityöryhmän mukaan tosiasialliset mahdollisuudet viedä palveluja ihmisten lähelle myös uudenaikaisilla tavoilla, esimerkiksi liikkuvina tai sähköisinä palveluina. Uudistuksella turvataan kuntalaisten oikeus lähipalveluihin. (Emt.)

Marraskuussa 2012 sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilötyöryhmän tekemään tarkempia selvityksiä ministerityöryhmän linjausten pohjalta ja jatko-työn tueksi. Selvityshenkilöiden tehtäväksi määriteltiin alueen kuntien ja olemassa olevien yhteistoimintamallien erityispiirteiden kartoitus ja ratkaisuehdotusten esittäminen. Selvityshenkilöiden tuli tehdä ehdotuksensa helmikuun 2013 loppuun mennessä poliittisten linjausten ja työryhmän työn pohjalta. (Selvityshenkilöiden toimeksianto 23.11.2012.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmä linjasi vielä joulukuussa 2012, että laajan perustason tehtävien järjestämisvastuun kantaminen edellyttää riittävää väestöpohjaa ja että tarkempi arvio edellyttää muiden kantokykytekijöiden ja erityispiirteiden huomioon ottamista. Laajan perustason, joka sisältää myös erityispalveluja, palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää ministerityöryhmän mukaan vähintään noin 50 000–100 000 väestöpohjaa. Jos kunnan väestö on vähintään noin 20 000 asukasta ja sillä on muutenkin riittävä kantokyky, kunnalla on ministerityöryhmän mukaan mahdollisuus järjestää joitakin peruspalveluja itse. Tällöin muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus on turvattava yhteistyössä muiden kuntien kanssa kuulumalla sote-alueeseen. Ministerityöryhmä ei kuitenkaan määritellyt tarkemmin sitä, mitä ilmaus ”joitakin peruspalveluja itse” tarkoittaa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmä totesi yksiselitteisesti, että jos kunnan väestö on alle 20 000 asukasta, sen tulee kuulua sote-alueeseen, eikä sillä ole itsenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä pohtineen työryhmän loppuraportti julkistettiin tammikuussa 2013. Työryhmä korosti, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena ovat yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä nykyisin riittämättömästi toimivien peruspalvelujen vahvistaminen. Sen mukaan tärkein haaste on hyvinvoinnin ja terveyserojen kaventaminen sekä painopisteen siirtäminen ehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin. Uudistuksella tulee parantaa väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistaa ja monipuolistaa lähipalveluja, parantaa asiakaskesteisten palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähentää tarpeetonta palvelutarjonnan

päällekkäisyyttä ja kilpavarustelua sekä purkaa hallinnonalojen välisiä raja-aitoja. (Emt.)

Työryhmän loppuraportissa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tarvitaan riittävää väestöpohjaa, kantokykyä ja tuotantovolyymejä palvelujen laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Työryhmä lähti siitä, että palvelujen järjestäjien riittävät väestöpohjat luovat perustan kansallisesti yhdenvertaiselle palvelujärjestelmälle. Työryhmä esitti, että tavoitteena on kaksitasoinen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenne. Uudessa palvelurakenteessa olisi nykyiseen verrattuna laaja sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso. Tätä laajennettua perustasoa täydentäisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso, erwa, joka olisi juridinen oikeushenkilö nykyisistä ervoista poiketen. (Emt.)

Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000–100 000. Muita kantokykytekijöitä ovat järjestäjän taloudellinen kestävyys ja vakaus, osaamisen turvaaminen, henkilöstön saatavuus ja riittävyys sekä infrastruktuuri. Mainittu väestöpohja mahdollistaa muista kantokykytekijöistä riippuen ympärivuorokautisen perustason päivystyksen, johon kuuluisi sairaanhoidon päivystyksen lisäksi sosiaalipäivystys mukaan lukien lastensuojelun ja päihdehuollon päivystys. Tällä väestöpohjalla olisi työryhmän näkemyksen mukaan mahdollista vastata perustason palvelujen tueksi tarvittavasta, tavanomaisesta ja usein tarvittavasta erikoissairanhoidosta. Poliittisista linjauksista poiketen työryhmän näkemyksen mukaan 20 000 asukkaan väestöpohja voi olla riittävä kunnan muihin tehtäviin, mutta ei mahdollista väestön tarpeet huomioon ottavan integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamista. Työryhmä korosti sitä, että nykyisen lainsäädännön mukaiset noin 20 000 väestöpohjan koiset alueet eivät ole pystyneet kaikkialla järjestämään asianmukaisesti edes nykyisiä kunnan vastuulle kuuluvia perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja. Työryhmän näkemyksen mukaan viiden sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueen tehtäviin kuuluisi työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä sekä velvollisuus sopia kansallisesti määritellyistä vaativan erityistason palveluista ja varmistaa näiden palvelujen saatavuus. Työryhmä lähti siitä, että erityisvastuualueet tarvitsevat tehtävänsä varten lainsäädäntöön perustuvan toimivallan. (Emt.)

Työryhmä korosti loppuraportissaan, että koska poliittiset linjaukset ovat rajanneet työryhmän toimeksiantoa sen työn kuluessa, työryhmän ehdotukset eivät perustu puhtaaseen asiantuntijanäkemykseen, vaan ehdotuksessa on pyritty annettujen linjausten puitteissa hakemaan poliittisesti toteutettavissa olevaa ratkaisua. Tästä syystä työryhmän mielestä jatkotyötä varten asetetun selvityshenkilötyöryhmän keskeinen tehtävä on työstää kuvaus syntyvien sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden rakenteesta, hallinnosta sekä rahoituksesta. Työryhmän raporttiin jätettiin THL:n eriävä mielipide, johon kaksi muuta työryhmän jäsentä yhtyi. Lisäksi työryhmän raporttiin jätettiin yksi täydentävä lausuma ja liiteosassa

on todettu eri tahojen mm. sairaanhoitopiirien johtajien ja osaamiskeskusjohtajien yhteiset kannanotot. (Emt.) Tilanne kertoo siitä, että työryhmän työlle asetetut tavoitteet ja eri vaiheissa tehdyt poliittiset, keskenään myös ristiriitaiset linjaukset ovat vaikeasti yhteen sovitettavissa.

Selvityshenkilöiden raportti julkistettiin 19.3.2013. Raportissa ehdotettiin Suomeen 34 järjestämisvastuun kantavaa tahoa (32 sote-aluetta ja kaksi kuntaa). Laajasta perustasosta vastuuta kantavien tahojen väestöpohja on ehdotuksessa vähintään 50 000 asukkaasta muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Lisäksi ehdotettiin viittä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, jotka ovat oikeushenkilöitä. Niillä olisi tiettyjä viranomaistehtäviä, vastuu ja valtuudet koordinoida erityisen vaativan erikoissairaanhoidon ja erityisen vaativaa osaamista edellyttävien sosiaalipalvelujen saatavuutta sekä varmistaa, ettei palvelujen katvealueita ja kilpavarustelua synny. Lisäksi erva-alueilla on kehittämiseen ja tutkimukseen liittyviä koordinaatiotehtäviä. Raportissa arvioidaan, että ehdotus vahvistaa erityisesti perustason palveluja, palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja osaavan henkilöstön saatavuutta ja käyttöä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Erityistä osaamista edellyttävien sosiaalipalvelujen kannalta ehdotus tuo myös parannusta. Sen sijaan sillä ei pystytä saamaan vielä aikaan terveydenhuollon täydellistä vertikaalista integraatiota. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.)

Ehdotusta tehdessään selvityshenkilöt ottivat huomioon poliittiset linjaukset ja eri puolilla Suomea pidettyjen kuntapäätäjien tapaamisten tulokset. Poliittiset linjaukset eivät olleet kaikilta osin sovitettavissa yhteen. Esimerkiksi linjaukseen, jonka mukaan 20 000 väestöpohjan ylittävillä kunnilla on mahdollisuus järjestää joitakin sosiaali- ja terveystalvija, työryhmä otti kielteisen kannan. Työryhmän mukaan ei ole löydetävissä sellaisia sosiaali- ja terveystalvija, jotka olisi perusteltua hajottaa kokonaisuudesta. Lisäksi työryhmä arvioi, että tavoitteeksi asetettu kaksitasoinen järjestelmä ei silloin olisi mahdollinen. (Emt.)

Hallitus teki omat linjauksensa kehysriihessä 21.3.2013 uudistuksen suhteen. Linjauksissa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennuudistuksen tavoitteena on vahvoin kuntiin perustuva, pääsääntöisesti kaksitasoinen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne. Uuden laajan perustason tehtävien järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla ja se järjestetään pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Alle 20 000 asukkaan kunnilla on rahoitusvastuu asukkaidensa sosiaali- ja terveystalvija, mutta ei itsenäistä järjestämisvastuuta. Kunnan tulee kuulua pääsääntöisesti vastuukuntamallilla hallinnoituun sote-alueeseen. Vähintään noin 20 000–50 000 asukkaan kunnille säädetään sote-järjestämislaissa oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Muiden sosiaali- ja terveystalvija, saatuuden turvaamiseksi kunnan on kuuluttava toiminnalliseen kokonaisuuteen, pääsääntöisesti vastuukuntamallilla hallinnoitvaan sote-alueeseen. Ns. peruserikoissairaanhoidon palveluja järjestetään siten, kuin se on kunnan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ja koon kannalta tarkoituksenmukaista. Nykyisiä aluesairaalota hyödynnetään palvelutuotannossa. Vähintään noin 50 000 asukkaan kunnat voivat järjestää laajan perustason palveluja.

Vaativia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita varten muodostetaan viisi erityisvastuualuetta (erva). Ne koordinoivat koko perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä, keskinäistä työnjakoa ja yhteistyötä. Ervat vastaavat vaativan keskitettävän erikoissairaanhoidon palvelujen sekä keskitettävien sosiaalihuollon palvelujen koordinoinnista ja ohjauksesta. Sote-uudistuksen alkuvaiheessa nykyiset sairaanhoitopiirit voivat jäsenkuntien niin halutessa jatkaa nykyisen kaltaisina kuntayhtyminä, mutta vuoteen 2017 mennessä nykyiset sairaanhoitopiirit hallinnollisina organisaatioina puretaan. Tavoitteena on, että laki sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta valmistellaan siten, että hallituksen esitys siitä on eduskunnan käsiteltävänä kevätkaudella 2014 ja se astuisi voimaan vuoden 2015 alusta. ja (Valtioneuvoston kanslia 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b.)

Valtiovarainministeriön selvityshenkilön väliraportti valtionosuusjärjestelmän uudistamisesta julkistettiin helmikuussa 2012. Loppuraportti julkistetaan vuoden 2013 lopussa. Valtionosuusuudistuksen selvityshenkilön ehdotus perustuu edelleen laskennallisuuteen. Valtionosuuksien määräytyminen ei perustu todellisiin kustannuksiin kuntakohtaisesti, vaan todellisiin kustannuksiin koko maan keskiarvona. (Valtionosuusuudistus – uudistuksen alustavat peruslinjaukset 12.2.2013.) Vuonna 1993 tehty valtionosuusuudistus tehosti kuntien päätöksentekoa, mutta samaan aikaan siirtyminen kuluperusteisista valtionosuuksista laskennallisiin valtionapuihin vahvisti kuntien eriarvoistumiskehitystä, jota ei ole myöhemmin kukaan pystytty kaventamaan. (Moisio 2002, Kuntalehti 17/2003)

Kunnan pystyessä järjestämään palvelunsa keskimääräistä laskennallista kustannusta edullisemmin, kunta saisi selvityshenkilön ehdotuksen mukaan valtionosuushyödyn itselleen. (Valtionosuusuudistus – uudistuksen alustavat peruslinjaukset 12.2.2013.)

Valtionosuusuudistuksen selvityshenkilö ehdottaa arvioitavaksi, että kustannusten jaon tarkistus tehtäisiin nykyistä neljän vuoden välein tehtävää tarkistusta useammin. Laskennallisten kustannusten määrittämisen pohjana olevia perushintoja korotettaisiin vuosittain valtionosuusindeksillä. Järjestelmästä poistettaisiin kuntien yhdistymistilanteissa valtionosuusmenetyksiä aiheuttavat porrastukset. Järjestelmä palkitsisi jatkossa myös veropohjan laajentamisesta ja työpaikkaomavaraisuudesta. (Emt.)

Nykyjärjestelmässä kunnan peruspalvelujen valtionosuus määräytyy noin 50 eri laskentatekijän perusteella. Laskentatekijöiden määrä vähenisi ehdotuksen mukaan noin kymmeneen ja ikärakennetta yhtenäistettäisiin. Nykyisiä syrjäisyys-, saaristoisuus- ja kaksikielisyyuskriteereitä yhdistettäisiin. Uusina kriteereinä mukaan tulisivat vieraskielisyys koko väestön perusteella ja työpaikkaomavaraisuus, joka samalla korvaisi nykyisen taajamarakennekertoimen. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa lausuntokierrokselle alkuvuodesta 2014, ja eduskuntakäsittelyyn sen on tarkoitus tulla keväällä 2014. Uuden valtionosuusjärjestelmän olisi tarkoitus tulla voimaan vuoden 2015 alusta. (Emt.)

1.5 Sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttaminen ja hankintadirektiivi

Sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa on tapahtunut 2000-luvulla suuria muutoksia. Yritysmuotoisten palvelujen määrät ovat viime vuosina kasvaneet. Järjestöjen rooli on silti edelleen merkittävä. Järjestöt tuottavat noin 20 prosenttia sosiaalipalveluista ja monilla erityisaloilla järjestöjen rooli on kuntien ja yritysten tuottamia palveluja suurempi. On viitteitä siitä, että järjestöjen roolin pieneneminen voi tarkoittaa uusia palveluaukkoja, joita yritysten tai kuntien tuottamat palvelut eivät korvaa. (Järjestöbarometrit 2008–2009; Sosiaalibarometri 2010.)

Sosiaalibarometri 2011 -raportin tulosten mukaan kilpailutusosaaminen on kunnissa lisääntynyt. Sosiaali- ja terveystalouden johto arvioi kuitenkin monin paikoin kriittisesti kilpailuttamista ja sen vaikutuksia. Erityisesti esiin nousevat lyhyen ja pitkän aikavälin kustannusten ja kilpailuttamisen tuomien liitännäiskustannusten kasvu sekä palvelujen keskittyminen suurille yksityisille tuottajille. Nämä kehitystrendit ovat päinvastaisia, mitä EU:n hankintadirektiivillä ja kansallisella hankintalainsäädännöllä tavoitellaan. Palvelumarkkinoiden syntyminen ja uusien toimijoiden tulo alueelle näyttävät toteutuvan suurten, osittain kansainvälisessä omistuksessa olevien toimijoiden ylivallan kasvuna. Pahimmillaan tämä merkitsee markkinoita, joilla harvoilla myyjillä on valta määritellä yksipuolisesti hintataso. Hyödyt palvelujen käyttäjille, veronmaksajille ja julkiselle vallalle ovat epäselviä. (Sosiaalibarometri 2011.)

Kilpailuttamisella on havaittu kielteisiä vaikutuksia palvelun käyttäjien ja sosiaali- ja terveystaloudellisten tavoitteiden toteutumisen kannalta. Hinta on noussut kokonaistaloudellisuutta ja laatua tärkeämmäksi ja lähes ainoaksi kriteeriksi. Tätä jännitettä ja riskiä voi jatkossa kasvattaa se, että palveluhankintoja on keskitetty huomattavassa osassa kuntia hankintayksiköille, joissa ei välttämättä ole lainkaan sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista. Sosiaali- ja terveystalouden johto arvioi, että palvelujen valvonnassa ja valvontakäytännöissä on vakavia pulmia. (Emt.)

Julkisista hankinnoista annetun lain tulkinta, kansalliset hankintakäytännöt ja puutteellinen hankintaosaaminen ovat olleet ongelmallisia sekä järjestöille että alan pienyrittäjille. Kilpailuttamistilanteen juridisesti virheetön hallinta on korostunut sopimuksen sisältöä koskevien tavoitteiden sijasta. Suuret kilpailutuskokonaisuudet ovat tuottaneet pienille yrityksille ja järjestöille vaikeuksia osallistua ja voittaa kilpailutuksia. Tämä koskee erityisesti sosiaali- ja terveystaloutta, jossa yritykset ovat pääosin pieniä ja järjestöt monissa erityispalveluissa merkittäviä toimijoita. Sosiaali- ja terveystaloudenhankinnoissa ei nykyään käytetä riittävästi hyväksi hankintalain antamia mahdollisuuksia sosiaali- ja terveystalouden perusoikeuksia toteuttavan erityisluonteen huomioon ottamiseksi. Palvelujen käyttäjien kannalta palvelut ovat osittain muuttuneet heidän tarpeitaan vastaavista palvelukokonaisuuksista erillisiksi palvelusuoritteiksi ja palveluhankintoja on tehty hintapainotteisesti järjestelyn kokonaistaloudellisuuden kustannuksella.

Hyvä laatu vähentää usein myös kustannuksia pidemmällä aikavälillä. On myös vakavia merkkejä palvelujen käyttäjien irrottamisesta omista sosiaalisista yhteisöistään ja palvelurakenteen muuttumisesta laitospalveluiksi sosiaali- ja terveyspoliittisena tavoitteena olevien avopalvelujen sijaan. (Sosiaalibarometrit 2008 ja 2009.)

Nykyinen hankintalainsäädäntö mahdollistaa sosiaalisten kriteerien käytön julkisissa hankinnoissa. Julkisiin hankintoihin on jo sisällytetty työllistämiskriteerejä, joiden mukaan palvelun tarjoajan tulee työllistää tietty määrä vaa- jaakuntoisia tai pitkäaikaistyöttömiä. Hankinnoissa käytettävien sosiaalisten kriteerien tulee olla tasapuolisia ja syrjimättömiä. Yhteiskunnallisten yritysten liiketoimintamallia pohtinut työryhmä ehdottikin, että kuntia kannustetaan kehittämään hankintakriteerejään tukemaan palvelujen pitkäjänteistä kehittämistä, toimivien palvelumarkkinoiden syntymistä, tuottavuuden parantamista ja palvelujen hyvinvointi- ja aluetaloudellisten vaikutusten vahvistamista. Samalla suositeltiin pitkäjänteisten kehittämiskumppanuuksien rakentamista yksityisten palveluntuottajien kanssa sekä sosiaalisten kriteerien käyttöä julkisissa hankinnoissa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Sosiaali- ja terveysalan johdolla on halua käyttää ja kehittää laadullisia kriteereitä hankintojen tekemisessä. Palveluntuottajan työllistämisaikutuksia ja voitonjaon rajoittamista pitää mahdollisina kriteereinä valtaosa sosiaali- ja terveysalan johdosta. Myös palveluntuottamisen myönteiset ympäristövaikutukset ja paikallisyhteisön vahvistaminen nähdään käyttökelpoisina laadullisina kriteereinä. Kilpailuttamisen rinnalla osa kunnista on halunnut vahvistaa omaa palvelutuotantoaan. Yli kolmasosa sosiaalitoimista ja terveyskeskuksista on vahvistanut omaa palvelutuotantoa. Osassa sosiaalitoimista ja terveyskeskuksista on samanaikaisesti sekä vahvistettu omaa palvelutuotantoa että laajennettu kilpailuttamista uusille palvelualueille. (Sosiaalibarometri 2011.)

Komissio antoi ehdotukset direktiiveiksi julkisista hankinnoista ja julkisista käyttöoikeussopimuksista joulukuussa 2011. Ehdotuksia on käsitelty neuvoston julkisten hankintojen työryhmässä tammikuusta 2012 alkaen. Ehdotuksella pyritään jäsenvaltioiden julkisten hankkijoiden kilpailutusmenettelyjä koskevan EU:n hankintalainsäädännön kokonaisuudistukseen. Nykyiset julkisia hankintoja koskevat direktiivit ovat vuodelta 2004. Direktiivien päätavoitteina on ollut taata avoimet ja syrjimättömät menettelyt ja varmistaa, että markkinatoimijat hyötyvät sisämarkkinoilla täysimääräisesti perusvapauksista julkisista hankintasopimuksista kilpailtaessa. (KOM (2011) 895 lopullinen.)

Direktiiveihin on toivottu uudistuksia sääntöjen yksinkertaistamiseksi, tehokkuuden ja tuloksellisuuden lisäämiseksi ja direktiivien käyttämiseksi tehokkaammin muuttuvassa poliittisessa, yhteiskunnallisessa ja taloudellisessa tilanteessa. Selkeämmät menettelyt antaisivat hankintayksiköille lisää joustovaraa, hyödyttäisivät kaikkia markkinatoimijoita ja helpottaisivat erityisesti pk-yritysten osallistumista sekä tarjousten tekemistä rajojen yli. Julkisia hankintoja koskevia sääntöjä uudistamalla voitaisiin myös luoda edellytykset sille, että hankintayksiköt voivat

käyttää julkisia hankintoja nykyistä paremmin tukemaan yhteisiä yhteiskunnallisia tavoitteita, joita ovat ympäristönsuojelu, resurssi- ja energiatehokkuuden lisääminen, ilmastomuutoksen torjunta, innovoinnin ja sosiaalisen osallisuuden edistäminen sekä parhaiden mahdollisten edellytysten varmistaminen korkealuokkaisten sosiaalipalvelujen järjestämiselle. (Emt.)

Tavoitteena olevista yksinkertaisemmista ja joustavammista menettelyistä, pk-yritysten, mukaan lukien järjestöt, aseman parantamisesta ja laadullisesti parempien julkisten hankintojen käytöstä vallitsee laaja yksimielisyyys. Viime vuosina on monissa yhteyksissä käynyt selväksi, että sosiaali- ja terveystalouden erityisluonteen takia (usein mm. henkilökohtaisia, pitkäkestoisia, paikallisia, kulttuurisidonnaisia ja yleishyödyllisiä) tavanomaisten hankintasäännösten soveltaminen on vaikeaa eikä tuota hyvää lopputulosta. Tätä on painotettu myös Kataisen hallituksen hallitusohjelmassa. Hallitusohjelmassa todetaan muun muassa, 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. Kansallisia kynnysarvoja nostetaan lähemmäksi EU-direktiivitasoja. Hankintalain menettelyjä yksinkertaistetaan EU-lainsäädännön sallimissa puitteissa. Lisäksi selvitetään hankintalain soveltamista nykyistä rajatumminkin tilanteissa, joissa on kyse erityisen haavoittuvien asiakasryhmien (mm. vammaiset, vanhukset, lapset) pitkäaikaisten tai harvoin tarvittavien palvelujen järjestämisestä. Hankintalakia uudistettaessa huomioidaan myös pienten tuottajien asema ja kielelliset erityispiirteet. (Pääministeri Kataisen hallitusohjelma 22.6.2011.)

Sosiaali- ja terveystalouden kannalta merkittävintä julkisia hankintoja koskevassa direktiivissä on komission ehdotus sosiaalipalvelujen ja muiden erityisten palvelujen, mukaan lukien terveys ja koulutus, omiksi säännöksiksi. Näillä palveluilla olisi korkeampi kynnysarvo, 500 000 euroa. Tämän arvon ylittävissä hankinnoissa vaadittaisiin soveltamaan tavallisten menettelysäännösten sijaan ainoastaan avoimuuden ja yhdenvertaisuuden peruseriaatteita. Korkeampi kynnysarvo, laajempi harkintavalta palvelujen järjestämisessä sekä laadun painottaminen ovat ensisijaisen tärkeitä sosiaali- ja terveystalouden kannalta. (KOM (2011) 895 lopullinen.)

Direktiiviehdotuksen mukaan jäsenvaltioiden tulee varmistaa, että avoimuuden ja yhdenvertaisuuden periaatteet toteutuvat hankintamenettelyissä ja että hankintaviranomaisilla on mahdollisuus ottaa huomioon kyseisiä palveluja koskevat erityispiirteet. Jäsenvaltioiden tulee myös varmistaa, että hankintaviranomaiset voivat ottaa huomioon palvelun laadun, jatkuvuuden, saatavuuden, kattavuuden ja käyttäjien tarpeiden palveluille asettamat vaatimukset. Jäsenvaltiot voivat myös säätää, ettei näiden palvelujen hankinnassa ainoa ratkaiseva tekijä saa olla hinta. Hankintaviranomaisilla tulisi olla mahdollisuus soveltaa palvelujen tuottajien valintaan erityisiä laadullisia perusteita. (Emt.) Erityisesti Suomen kaltaisessa harvaan asutussa maassa, jossa paikalliset olot ja markkinatilanteet vaihtelevat

huomattavasti, tämä antaa paremman mahdollisuuden etsiä kulloinkin tarkoituksenmukaisimman ratkaisun. Komission ehdotus on tältä osin erittäin tärkeä.

Komission esitykseen sisältyy kuitenkin kynnysarvoihin liittyvä ristiriita. Esityksen perusteluissa todetaan, että jos kyseisiä palveluja koskevan sopimuksen arvo on alle miljoona euroa, siihen ei liity rajat ylittävää intressiä. Toteamus esiin-tyy myös ns. erityisalojen direktiiviesityksen perusteluissa. Sen mukaisesti vesi- ja energiahuollon sekä liikenteen ja postipalvelujen alalla toimivien yksiköiden sosiaali-, terveys- ja koulutushankinnoille on esitetty kynnysarvoksi miljoona euroa. Kuitenkin yleisessä direktiiviesityksessä kynnysarvo on puolitettu eikä toimenpidettä ole mitenkään perusteltu. Hankintadirektiiviluonnoksessa kevennetään alkuvaiheessa vaadittavia asiakirjoja koskevia vaatimuksia ja edistetään toimijoiden mahdollisuuksia tehdä tarjouksia tai ilmoittautua ehdokkaiksi ryhtymällä. Hankintaviranomaisia kannustetaan jakamaan hankintasopimukset osiin, mikä parantaa pienten ja keskisuurten yritysten ja järjestöjen mahdollisuuksia osallistua tarjouskilpailuihin. (Emt.)

Puheenjohtajamaan kompromissiehdotukseen sisältyy esitys, jonka mukaan hankintayksiköt voisivat pyytää toimittajia täydentämään tai täsmentämään annettuja tarjouksia. Tarjousten hylkääminen vähäisten tai muodollisten virheiden vuoksi on heikentänyt tarjouskilpailujen tehokkuutta ja johtanut lukuisiin muutoksenhakumenettelyihin. Toisaalta tarjoajien ja tarjousten tasapuolista kohtelua koskevat vaatimukset on huomioitava täydentämis- ja täsmentämistoimenpiteissä, jotta tietyille tarjoajille ei menettelyssä annettaisi tosiasiallisesti pidempää tarjouksen valmisteluaikaa ja jotta tarjoajat eivät tietoisina toistensa tarjouksista voisi ryhtyä parantamaan tai tinkimään alkuperäisten tarjoustensa ehdoista. Tämä ehdotus on myönteinen pienten tuottajien kannalta. Sen sijaan kompromissiehdotuksen esitys tarjousten jättämisen vähimmäismääräaikaisten lyhentämisestä entisestään komission ehdotuksesta, ei ole perusteltua. Liian lyhyet tarjousten jättämisen määräajat voivat vaikuttaa merkittävästi saatujen tarjousten laatuun ja siten myös tarjouskilpailun lopputulokseen. (KOM (2011) 897 lopullinen 12489/12 (12.7.2012).

Hankintadirektiivin hyväksymisen jälkeen käynnistyy kansallisen hankintalain uudistaminen. Hankintadirektiiviluonnos sisältää monia myönteisiä asioita sosiaali- ja terveyspalvelujen kannalta. Yksi näistä on niiden kilpailuttamisen kynnysarvon nostaminen EU-direktiivin mahdollistamalle 500 000 euron tasolle. Järjestöt ovat kannattaneet hankintain soveltamista nykyistä rajatumminkin tilanteissa, joissa on kyse erityisen haavoittuvien asiakasryhmien – mm. vammaiset, vanhukset, lapset – pitkäaikaisten tai harvoin tarvittavien palvelujen järjestämisessä. Samoin uudistustyössä tulee järjestöjen näkemyksen mukaan huomioida myös kielelliset erityispiirteet ja pienten tuottajien, erityisesti järjestöjen asema. Näiden asioiden selvittämiseen liittyviä kirjauksia on myös Kataisen hallituksen hallitusohjelmassa, kuten edellä todettiin. Komission ehdotus, että jäsenvaltioiden tulee varmistaa, että hankintaviranomaisilla on mahdollisuus soveltaa palvelujen tuottajien valintaan erityisiä laadullisia perusteita, on Suomessa erittäin tärkeä.

1.6 Julkisten palvelujen resurssien riittävyys

Sosiaalibarometri 2012 tulosten perusteella julkisen talouden vajeet eivät olleet heijastuneet vielä mittavina leikkauksina sosiaali- ja terveyspalveluihin, vaikka supistuksia osassa palveluja olikin tehty. Sosiaalipalvelujen resurssien riittävyys arvioitiin paremmaksi suuremmissa järjestämisvastuun kokonaisuuksissa. Suurempien kuntakokonaisuuksien syntyminen ja pienten ongelmissa olevien kuntien määrän vähentyminen näyttivät heijastuneen positiivisesti mahdollisuuksiin turvata sosiaali- ja terveyspalvelut. Suurin osa sosiaalijohtajista sekä lautakuntien puheenjohtajista arvioi vuoden 2012 alussa alueensa sosiaalitoimen taloudellisen resursoinnin hyväksi. Arviot taloudellisesta resursoinnista ovat kohentuneet vuodesta 2007 vuoteen 2011. Terveyskeskusten johto puolestaan arvioi terveyskeskusten taloudellisen resursoinnin vuoden 2012 alussa huonommaksi kuin 2011. (Sosiaalibarometri 2012.)

Sosiaalibarometrissa on kuuden vuoden aikana seurattu tietoista alibudjetointia sosiaali- ja terveydenhuollon talousarvioiden laadinnassa. Tietoinen alibudjetointi näyttää olleen hieman nykyistä yleisempää vuosina 2007–2008. Vaikka tietoista alibudjetointia tekevien määrä oli 2012 tulosten mukaan hieman vähentynyt, se kosketti edelleen joka viidettä kuntaa tai yhteistoiminta-aluetta. Sosiaalijohtajien mukaan alibudjetointi näyttää olevan yleisintä 10 000–30 000 asukkaalla. Tietoinen alibudjetointi näyttää aikaisempien vuosien tapaan kohdistuvan erityisen haavoittuviin ihmisryhmiin, kuten lastensuojelun asiakkaisiin, vanhuksiin ja vammaisiin sekä viimesijaisimpaan tuen muotoon, toimeentulotukeen. Alibudjetointi koskettaa hieman useammin terveyspalveluja kuin sosiaalipalveluja. Vuoden 2012 alussa terveyskeskusten johtajista 28 prosenttia kertoi alueellaan tehdyn tietoista alibudjetointia. Toisin kuin sosiaalipalveluissa terveyspalvelujen alibudjetointi näyttää lisääntyneen viime vuosina. (Emt.)

Tietoinen alibudjetointi ei ole sosiaalisesti eikä taloudellisesti kestävää. Toiminnan resursoinnin suunnittelu pohjautuu silloin virheelliseen lähtökohtaan olemassa olevasta tarpeesta. Sosiaalibarometri nosti esille, että kunnissa tarvitaan nykyistä pitkäjänteisempää, selkeästi vuosittaisen toiminta- ja taloussuunnittelun ylittävää ja olemassa olevien tarpeiden hyvään arviointiin pohjautuvaa toimintaa. (Emt.)

Kelan toimistoverkkoa on supistettu ja toimintaa organisoitu viime vuosina uudelleen. Kelan toimistonjohtajien arvio vuoden 2012 alussa Kelan palvelun turvaamisesta nykyisillä voimavaroilla näyttäytyi tarkasteluajanjakson 1997–2012 positiivisimpana. Kelan toimistojen johtajista 89 prosenttia arvioi, että Kelan palvelu pystytään turvaamaan hyvin. (Emt.)

TE-toimistojen henkilöstöresurssien riittämättömyys näyttäytyi 2012 vakavana ongelmana TE-toimistojen johtajien arvioiden perusteella. Vain hieman yli kymmenesosa piti henkilöstöresurssien riittävyyttä hyvänä palvelujen turvaamiseen. Erityisesti jo useita vuosia ongelmallisena esille noussut henkilöasiakkaiden palvelujen tilanne oli huolestuttava. Työnantaja-asiakkaiden palvelujen turvaamismahdollisuudet arvioitiin paremmiksi kuin henkilöasiakkaiden. Tulosten pohjalta

nousee kysymys, pystyvätkö TE-toimistot enää suoriutumaan niille annetusta tehtävästä henkilöasiakkaiden osalta. Henkilöasiakkaille suunnattujen palvelujen ahdinko on vakava ongelma ottaen huomioon työttömyyden kasvun sekä pitkäaikaistyöttömien ja nuorten työttömyyden korkean tason. (Emt.)

Osaavan henkilöstön määrä on oleellinen osa palvelujärjestelmän resursseja ja niiden riittävyyttä. Henkilöstön saatavuus on alueittain vaikeaa erityisesti lääkärin, hammaslääkärin ja sosiaalityöntekijän tehtäviin sekä eräissä hoitohenkilöstöryhmissä. Lähitulevaisuudessa joillain erikoisaloilla, esimerkiksi lastentaudeissa, psykiatriassa ja patologiassa ennakoidaan olevan merkittäviä vaikeuksia saada riittävästi erikoistuneita lääkäreitä palvelujärjestelmän käyttöön. Lastensuojelussa ongelmana on pätevien sosiaalityöntekijöiden ja perhetyöntekijöiden puute sekä suuri vaihtuvuus. Ikääntyneiden palveluissa kasvaa tarve vanhenemiseen liittyvään asiantuntemukseen. Muun kuin lääkäri- ja hammaslääkärityövoiman vajeet ovat keskimäärin pienentyneet vuodesta 2008 vuoteen 2010. Tuolla ajanjaksolla hoitajavaje kasvoi terveydenhoitajien, suuhygienistien ja hammashoitajien ryhmissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Henkilöstön riittämättömyys on näkynyt myös henkilöstövuokrausyritysten roolin kasvuna ja palvelujen ulkoistuksissa. On arvioitu, että sosiaali- ja terveysalalla avautuu 235 400 työpaikkaa kaudella 2008–2025. Vuodessa työpaikkoja avautuu keskimäärin 13 000. Näistä palvelutarpeen muutoksen takia avautuu keskimäärin 4 310 ja henkilöstön poistuman vuoksi kaksinkertainen määrä. Sosiaali- ja terveysalan työpaikat ovat noin viidennes kaikista avautuvista työpaikoista. Nuorisoikäluokat eivät riitä täyttämään avautuvien työpaikkojen työvoimatarvetta. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen lisäämisen ohella henkilöstön riittävyyttä on nähty välttämättömäksi turvata uudistamalla palvelurakennetta ja toimintatapoja sekä kehittämällä eri ammattiryhmien työnjakoa. (Emt.)

2 Sosiaalibarometrin tausta ja toteutus

2.1 Sosiaalibarometrin lähtökohdat

Sosiaalibarometri on asiantuntija-arvioihin perustuva tutkimus palvelujen ja palvelujärjestelmän ajankohtaisesta tilanteesta sekä väestön hyvinvoinnista. Asiantuntijoina ovat kaikki Manner-Suomen kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaalitoimen, terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat. Kysely on osoitettu johdolle ja lautakuntien puheenjohtajille, koska heillä on parhaat edellytykset arvioida palvelujärjestelmän nykytilannetta ja kehityssuuntia omalla toiminta-alueellaan.

Sosiaalibarometrin tavoitteena on nostaa palveluja, palvelujärjestelmää ja hyvinvointia koskevat ajankohtaiset havainnot ja arviot sosiaali- ja terveyspoliittiseen

keskusteluun. Ajankohtaisten teemojensa ansiosta Sosiaalibarometri on osoittautunut vuosien varrella toimivaksi ajankuvaksi ja ennakkoinnin välineeksi.

Sosiaalibarometriä on tehty vuosittain vuodesta 1991 lähtien. Tarve ajankohtaiseen ihmisten hyvinvointia ja sosiaalipalveluita käsittelevään julkaisuun syntyi alunperin, kun 1990-luvun laman vuoksi kunnissa tehtiin mittavia säästötoimenpiteitä, joiden vaikutuksista ei ollut saatavilla tarpeeksi tietoa. Sosiaalibarometri toteutettiin aluksi haastattelemalla otokseen valikoituneita kuntien sosiaalijohtajia. Sitten Sosiaalibarometri on muutettu kokonaistutkimukseksi, vastaajajoukkoa on laajennettu ja aineistonkeruutapa on muutettu kyselyksi. Samalla myös näkökulma on laajentunut koko palvelujärjestelmän ja hyvinvoinnin muutosten arviointiin. Ajankohtaisuus on kuitenkin säilynyt tärkeänä Sosiaalibarometrin ominaisuutena. Sosiaalibarometrin taustaa ja lähtökohtia on kuvattu tarkemmin vuoden 2010 Sosiaalibarometrissa.

Tänä vuonna kyselyyn on yhdistetty aiemmin erillisenä julkaistun Terveysten edistämisen barometrin sisältöjä. Sitä julkaisi SOSTEn perustajajärjestöstä Terveysten edistämisen keskus vuosina 1992–2011. Siinä vastaajina on ollut otos järjestöjohtajista, kuntien terveysjohtajista, kunnanjohtajista sekä kunnanhallituksen puheenjohtajista (N=300 vuonna 2010). Vuosina 2009–2011 kysely tehtiin kansalaisille (N=1000). Menetelmänä on molemmissa ollut puhelinhaastattelu. Vastaajaryhmien ja menetelmien erilaisuuden vuoksi ei vuoden 2013 tuloksia ole yhdistetty aikaisempien vuosien tuloksiin aikasarjatarkasteluina.

Tämä 23. Sosiaalibarometri on toinen, jonka vuoden 2012 alusta toimintansa aloittanut SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry julkaisee. Ennen vuotta 2012 Sosiaalibarometrin toteutti ja julkaisi Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

2.2 Aineisto

Aineiston kuvaus

Sosiaalibarometri perustuu kyselyaineistoon, joka kerättiin vuodenvaihteessa 2012–2013. Vastaajaryhmiä aineistossa on viisi: kuntien sosiaalijohtajat, terveyskeskusjohtajat, Kelan toimistojen johtajat, TE-toimistojen johtajat ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat. Kullekin vastaajaryhmälle oli oma kyselylomake, sillä vastaajaryhmille esitettiin osin eri kysymyksiä. Suurin osa kysymyksistä koskee kuitenkin useampaa vastaajaryhmää. Viiden vastaajaryhmän kyselyaineistot muodostavat yhdessä Sosiaalibarometrin kokonaisaineiston, jossa on noin 300 muuttujaa.

Vuoden 2013 Sosiaalibarometrin tuloksia verrataan raportissa aiempien vuosien tuloksiin silloin, kun kysymykset ovat yhteneviä. Vertailuaineistoina ovat sosiaalijohtajilta (vuosina 1995–2012), terveyskeskusjohtajilta (1998–2012), Kelan toimistojen johtajilta ja TE-toimistojen johtajilta (1996–2012) kerätyt Sosiaalibarometriaineistot. Sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajista vertailuaineistoa on vuodesta 2009 lähtien. Lisäksi käytetään Sosiaalibarometrin

vastaajien toiminta-alueisiin sovitettuja tilastotietoja, joiden avulla on mahdollista tarkastella tuloksia esimerkiksi erikokoisten alueiden välillä.

Raportissa käytetään selkeyden vuoksi käsitettä julkiset palveluntuottajat silloin, kun viitataan samanaikaisesti sosiaalijohtajiin, terveyskeskusjohtajiin, Kelan toimistojen johtajiin ja TE-toimistojen johtajiin. Julkiset palveluntuottajat -käsitettä käytetään siitä huolimatta, että Kelan toimistojen toiminta painottuu lain-säädännössä määriteltyihin etuusasioihin.

Yksittäisistä vastaajaryhmistä käytetään sanoja sosiaalijohto/-johtajat, terveyskeskusten johtajat, Kelan toimistojen johtajat, TE-toimistojen johtajat ja lautakuntien puheenjohtajat. Todellisuudessa vastaajaryhmien tehtävänimikkeet vaihtelevat huomattavasti. Sosiaalijohtajien kolme yleisintä nimikettä ovat perusturvajohtaja (26 %), sosiaalijohtaja (17 %) ja sosiaali- ja terveysjohtaja (14 %). Yhteensä eri nimikkeitä on 44. Terveyskeskusjohtajat ovat useimmin nimikkeeltään johtavia lääkäreitä (32 %), ylilääkäreitä (19 %) tai johtavia ylilääkäreitä (15 %). Terveyskeskusjohtajien nimikkeitä on yhteensä 33. Kelan toimistojen johtajat ovat useimmin tehtävänimikkeeltään toimistonjohtajia (54 %) tai palvelupäälliköitä (30 %). TE-toimistojen johtajien yleisin (93 %) tehtävänimike on työ- ja elinkeinotoimiston johtaja.

Sosiaalibarometriaineiston sosiaalijohtajista puolet vastaa koko sosiaali- ja terveystoimesta. Koko sosiaalitoimesta vastaa runsas neljännes (26 %). Alle viidenes (18 %) vastaa osasta sosiaalitoimen palveluita. Heistä useimpien vastuualueen ulkopuolelle jäävät lasten päivähoido ja vanhuspalvelut. Jokin muu kuin edellä mainitut vastuualueet on kuudella prosentilla sosiaalijohtajista.

Sosiaalihuollosta vastaavista lautakunnista suurin osa on sosiaali- ja terveyslautakuntia, perusturvalautakuntia tai hyvinvointilautakuntia. Raportissa käytetään lautakuntien vastaajista yhteistä nimitystä lautakuntien puheenjohtajat.

Kuvioissa ja taulukoissa käytetään tilan vähyysden vuoksi vastaajaryhmistä sosiaalijohdon ohella käsitteitä terveyskeskukset, lautakunnat, Kelan toimistot ja TE-toimistot, vaikka vastaajina ovat niiden johtajat.

Aineistonkeruu ja siihen liittyvät haasteet

Sosiaalibarometrin aineisto kerättiin verkko- ja postikyselyinä. Kysely toteutettiin kokonaiskyselynä Manner-Suomessa siten, että vastaajina ovat jokaisen kunnan tai yhteistoiminta-alueen sosiaalijohtaja ja terveyskeskusjohtaja, jokaisen Kelan toimiston ja TE-toimiston johtaja sekä jokainen sosiaalihuollosta vastaavan lautakunnan puheenjohtaja.

Kyselyn vastausaika oli runsas kaksi kuukautta, jonka aikana vastaajille lähetettiin useita muistutusviestejä kyselyyn vastaamisesta. Vastaajien nimet ja yhteystiedot poimittiin organisaatioiden verkkosivuilta. Kelan toimistojen johtajien yhteystiedot saatiin Kelasta. Vastaajat määrittyivät vuoden 2012 kunta- ja toimipistejaon sekä loka-marraskuussa 2012 käytettävissä olleiden yhteystietojen pohjalta.

Kaikkiin kuntayhtymiin ja organisaatorakenteen mukaisesti joihinkin suurimpiin kuntiin lähetettiin kysely useammalle sosiaalihuollosta vastaavalle johtajalle.

Silloin kun kunnassa tai alueella palvelut on järjestetty ns. tilaaja-tuottajamallin mukaisesti, edustaa vastaaja tilaajaosapuolta. Lautakuntarakenteen vuoksi sosiaali-huollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajille tarkoitettua kyselyä lähetettiin kolmeen kuntaan kahdelle eri vastaajalle.

Kelan toimistoja oli vuonna 2012 yhteensä 215. Kelan toimistonjohtajille tar-koitettuja kyselyitä lähetettiin kuitenkin vain 181 kappaletta, sillä osalla johtajista on johdettavanaan useampi kuin yksi Kelan toimisto. Tällaisia Kelan toimiston johtajia on yhteensä 26 ja heille lähetettiin yksi kyselylomake. Enimmillään yksi Kelan toimiston johtaja vastaa neljästä Kelan toimistosta.

Eriyisen suuri muutos kesken aineistonkeruun tapahtui työ- ja elinkeino-toimistojen määrässä, joka väheni vuoden 2013 alussa 71 toimistosta 15 alueelli-seen TE-toimistoon. Tästä syystä TE-toimistojen vastaajille ei pystytty lähettä-mään muistutusviestejä kyselystä vuodenvaihteen jälkeen. Aineistonkeruuseen vaikuttivat myös lokakuussa 2012 järjestetyt kunnallisvaalit. Uudet lautakunnat aloittivat vasta vuoden 2013 puolella, mistä syystä Sosiaalibarometrikyselyt lähet-tiin kauden 2008–2012 puheenjohtajille.

Sosiaali- ja perusterveydenhuollon vastaajajoukkoa on puolestaan muovannut vuodesta 2005 lähtien kunta- ja palvelurakenteiden uudistaminen. Kuntien luku-määrä on vähentynyt kuntaliitosten seurauksena vuoden 1991 460 kunnasta (Ahvenanmaa mukaan lukien) vuoden 2013 320 kuntaan, joista 304 kuntaa sijait-see 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.

Vastanneet

Vastauksia palautui määräaikaan mennessä 392 kappaletta ja kokonaisvastaus-prosentiksi muodostui 43. Vastaajista 76 prosenttia vastasi sähköisellä lomakkeel-la ja 24 prosenttia paperilomakkeella.

Edelliseen vuoteen verrattuna vastausprosentti tippui kahdella prosenttiyksii-köllä. Tästä huolimatta vastausprosentti on riittävä perusjoukkoa ja sen mieli-piteitä koskevien päätelmien tekemiseen (ks. taulukko 3). Seuraavassa taulukossa on eritelty kyselyyn vastanneiden määrät ja osuudet vastaajaryhmittäin.

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneet vastaajaryhmittäin.

	Lähetetty kpl	Vastanneet kpl	Vastaus- prosentti	Osuus kaikista %
Sosiaalijohto	276	112	41	29
Lautakuntien puheenjohtajat	233	106	45	27
Terveyskeskusten johtajat	151	65	43	17
Kelan toimistonjohtajat	181	77	43	20
Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat	76	32	42	8
KAIKKI YHTEENSÄ	917	392	43	100

Aktiivisin vastaajaryhmä on lautakuntien puheenjohtajat, joista 45 prosenttia vastasi kyselyyn. Edellisvuoteen verrattuna lautakuntien puheenjohtajien vastausaktiivisuus laski yhdeksällä prosenttiyksiköllä. Eniten laskua vastausaktiivisuudessa on TE-toimistojen johtajilla, sillä heistä 57 prosenttia vastasi vuoden 2012 Sosiaalibarometrikyselyyn, mutta vain 42 prosenttia vuoden 2013 kyselyyn. Sosiaalijohtajien vastausprosentti laski kolmella prosenttiyksiköllä 48 prosentista 45 prosenttiin. Kelan toimistonjohtajilla ja terveyskeskusjohtajilla vastausaktiivisuus parani verrattuna edellisvuoteen. Kelan toimistonjohtajilla vastausaktiivisuus kasvoi 13 prosenttiyksiköllä ja terveyskeskusjohtajilla neljällä prosenttiyksiköllä.

Vastausaktiivisuuden heikkeneminen sosiaalijohtajilla, terveyskeskusjohtajilla, TE-toimistojen johtajilla ja lautakuntien puheenjohtajilla voi johtua monista syistä. Kaiken kaikkiaan vuodenvaihte on haastava aineistonkeruujankoha, sillä silloin tapahtuu usein organisaatio- ja henkilöstömuutoksia. Samanaikaisesti sosiaalijohtajien oli vastattava kuntajakoselvitykseen ja useisiin muihin kyselyihin. Sosiaalibarometrin kyselylomakkeet ovat pitkiä, mistä tuli palautetta vastaajilta. Sosiaalijohtajien vastausaktiivisuuteen saattoivat myös vaikuttaa sähköiseen kyselyyn liittyneet tekniset ongelmat, joista ilmoitti useampi sosiaalijohtaja. Kelan toimistojen johtajien edellisvuotta paremman vastausaktiivisuuden syynä on oletettavasti se, että tämänvuotista aineistonkeruuta varten Kelasta saatiin toimistojen johtajien henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet tutkimuskäyttöön.

Vastausten kattavuus

Seuraavaan taulukkoon on laskettu vastaajien toiminta-alueiden kuntakattavuus. Manner-Suomen 320 kunnasta (vuoden 2012 kuntajaon mukaan) kyselyyn vastasi vähintään yksi taho 303 kunnasta. Aineistosta puuttuvat siten kaikkien vastaajaryhmien vastaukset 17 kunnasta. Nämä ovat kahta lukuun ottamatta pieniä, alle 10 000 asukkaan kuntia. Vähintään neljän vastaajaryhmän vastaukset saatiin yhteensä 41 kunnasta.

TAULUKKO 2. Vastaajien toiminta-alueiden kattavuus (2012 kuntajako).

	Vastauksia kpl	Kuntakattavuus kpl	Kuntakattavuus %	Väestökattavuus hlöä
Sosiaalijohto	112	161	50	2,76 milj.
Lautakunnat	106	152	48	1,94 milj.
Terveyskeskukset	65	122	38	1,82 milj.
Kelan toimistot	77	136	43	3,04 milj.
Työ- ja elinkeinotoimistot	32	138	43	2,99 milj.
KAIKKI YHTEENSÄ	392	303	95	5,22 milj.

Sosiaalijohtajien toiminta-alueiden kuntakattavuus on vastaajaryhmistä suurin, 50 prosenttia. Sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajien vastausten kuntakattavuus on lähes puolet (48 %). Heikoin kuntakattavuus on terveys-

keskusjohtajien kohdalla, sillä vastanneiden toiminta-alueet kattavat 38 prosenttia kaikista kunnista. Kelan toimistonjohtajien ja TE-toimistojen johtajien vastaukset kattavat 43 prosenttia kunnista.

Seuraavaan taulukkoon on koottu lähetettyjen lomakkeiden ja vastanneiden osuudet väestömäärältään eri kokoisissa kunnissa tai alueilla sekä suuralueittain. Kuten taulukosta voidaan havaita, aineistossa ovat varsin hyvin edustettuina eri kokoisten alueiden ja kaikkien suuralueiden vastaajat. Asukasmäärältään pienimpien kuntien tai alueiden vastaukset ovat hieman yliedustettuina sosiaalijohdolla. TE-toimistojen johtajien aineistossa korostuvat väestömäärältään suurimpien alueiden tai kuntien vastaukset. Suuralueittaisesta vertailusta voidaan nähdä, että lautakuntien puheenjohtajien vastauksia on suhteessa hieman vähemmän Länsi-Suomesta. Terveyskeskusaineistossa korostuvat puolestaan Etelä-Suomen vastaukset ja Itä- ja Pohjois-Suomesta vastanneita on vähemmän. TE-toimistojen aineistossa on lievästi yliedustettuna Länsi-Suomi, kun taas Etelä-Suomen vastauksia on suhteessa vähemmän.

TAULUKKO 3. Lähetettyjen lomakkeiden ja vastausten osuudet väestömäärältään eri kokoisissa kunnissa tai alueilla sekä suuralueittain (%).

	Sosiaalijohto		Lautakunnat		Terveysk.		Kela		TE-tstot	
	läh.	vast.	läh.	vast.	läh.	vast.	läh.	vast.	läh.	vast.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Asukasluku										
alle 10 000	42	47	55	56	28	25	24	21	1	0
10 000–29 999	29	25	27	27	39	40	38	36	28	16
yli 30 000	29	28	19	17	33	35	39	43	71	85
Suuralue										
Helsinki-Uusimaa	11	13	10	9	13	9	16	14	17	19
Etelä-Suomi	19	16	22	26	20	28	18	17	22	13
Länsi-Suomi	31	30	33	28	26	29	28	30	26	31
Pohjois- ja Itä-Suomi	36	38	34	35	39	32	38	38	34	38
useita suuralueita	3	4	1	2	2	2	1	1	0	0

2.3 Tutkimuskysymykset ja -menetelmät

Tutkimuskysymykset

Tämänvuotisen Sosiaalibarometrin ajankohtaisteemoja ovat palvelujen kilpailuttaminen, palvelurakenteiden uudistaminen, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistyminen sekä sosiaali-etuuksien saaminen ja väärinkäyttö. Lisäksi selvitetään väestön hyvinvointia, palvelujen toteutumista ja niihin käytössä olevien voimavarojen riittävyyttä, jotka ovat Sosiaalibarometrin toistuvia teemoja. Tarkemmat tutkimuskysymykset ovat: Millainen on väestön hyvinvoinnin tilanne?

- Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu?
- Miten arvioidaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamista?
- Miten voimavarojen arvioidaan riittävän palvelujen turvaamiseen?
- Miten suureksi ongelmaksi arvioidaan sosiaalietuuksien väärinkäyttö?
- Miten sosiaali- ja perusterveydenhuollossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja mahdollisuuksia vastata nykyistä laajemmista perustason palveluista?
- Miten palvelujärjestelmä toimii tällä hetkellä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistämässä?

Aineiston analyysi

Sosiaalibarometrin laajan kyselyaineiston keruu ja analysointi noudattavat kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita. Kysymykset on muotoiltu lomakkeisiin pääosin strukturoituna numeerisina muuttujina, joiden analysointi toteutetaan tilastollisin menetelmin.

Strukturoitujen kysymysten ohella lomakkeissa on avoimia kysymyksiä, joilla pyritään tarkentamaan erityisesti ajankohtaisteemoja. Raportoinnissa hyödynnetään siten runsaasti laadullista aineistoa, jotta tuloksista saataisiin esille myös ennakoimattomat vivahteet ja vastaajien omat tulkinnat palvelujen ja hyvinvoinnin tilanteesta. 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.³

Sosiaalibarometriaineiston raportoinnissa vuoden 2013 tilanteella tarkoitetaan arvioita, jotka vastaajat ovat antaneet vuodenvaihteessa 2012–2013. Tuloksia tarkastellaan pääosin vastaajaryhmittäin sekä soveltuvin osin alueellisesti ja asukasmäärän mukaan. Vuosittain toistuvista kysymyksistä kuvataan ajallinen muutos. Ajallista vertailua tehdään poikkileikkauksina.

Asukasmäärän mukaiset vertailut on tehty siten, että on huomioitu kunkin vastaajan maantieteellisen vastualueen väestömäärä. Asukasmäärä viittaa siten kunnan tai yhteistoiminta-alueen väestömäärään sosiaalijohtajilla, terveyskeskusjohtajilla ja lautakuntien puheenjohtajilla. Kelan toimistojen ja TE-toimistojen johtajien

³ 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).

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 tulossiossa siten, että alueet on jaettu pieniin (alle 10 000 asukasta), keskikokoisiin (10 000–29 999 asukasta) ja suuriin (30 000 asukasta tai enemmän) alueisiin. Käytetty jaottelu jakaa aineiston kolmeen lähes yhtä suureen osaan.

Alueellisissa tarkasteluissa on hyödynnetty suuralueita. Vuoden 2012 alussa on otettu käyttöön uusi suuraluejako, jonka mukaan Suomessa on viisi aluetta. Suuraluejako perustuu Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukseen vuodelta 2011. Sen mukaisesti Etelä-Suomen suuralue jakautui Helsinki-Uudenmaan ja Etelä-Suomen suuralueisiin sekä Itä-Suomen ja Pohjois-Suomen suuralueet yhdistyivät Pohjois- ja Itä-Suomen suuralueeksi. Uudet suuralueluokituksen alueet ovat: Helsinki-Uusimaa, Etelä-Suomi, Länsi-Suomi, Pohjois- ja Itä-Suomi sekä Ahvenanmaa. (Tilastokeskuksen verkkosivut.)

3 Hyvinvointi sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

3.1 Arviot väestön hyvinvoinnista

Sosiaalijohto sekä terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja TE-toimistojen johtajat ovat arvioineet vuosittain alueensa väestön hyvinvoinnin kokonaistilannetta. Julkisten palveluntuottajien näkemykset on koottu yhtäläisesti vuodesta 1997 lähtien. Tänä vuonna kokonaiskuvaa tarkennettiin tiedustelemalla sosiaalijohtolta, onko joidenkin väestöryhmien hyvinvointi heikentynyt tai vastaavasti kohentunut kahden viime vuoden aikana, ja onko lähivuosina näköpiirissä huolestuttavaa kehitystä jollakin väestöryhmällä. Samalla sosiaalijohtolta tiedusteltiin, minkä väestöryhmän tilanteen kohentamiseen tullaan omalla alueella erityisesti panostamaan.

Hyvinvoinnin ajankohtainen kokonaistilanne ja ennakoitu muutos

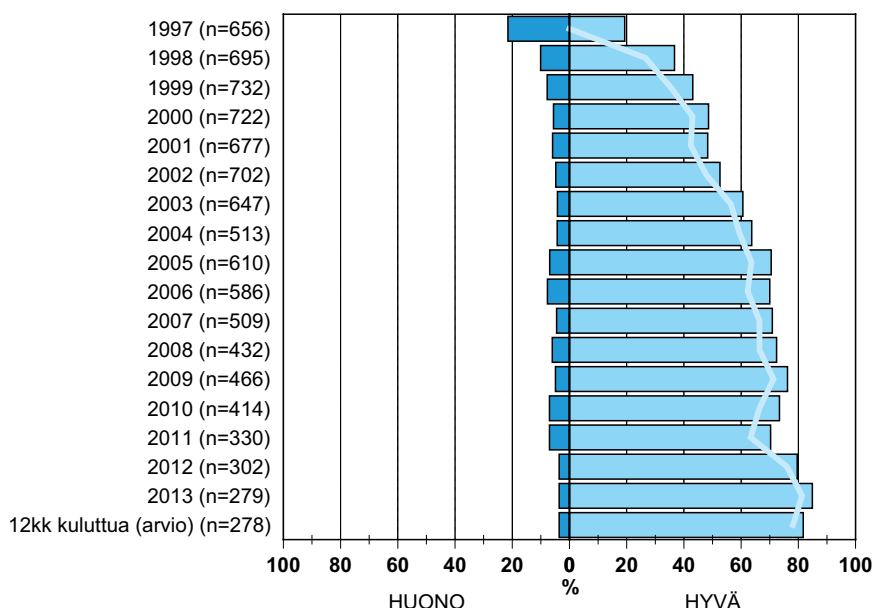
Vuoden 2013 alussa julkiset palveluntuottajat arvioivat alueensa väestön hyvinvoinnin kokonaistilanteen pääosin myönteisesti. 77 prosenttia piti tilannetta melko hyvänä ja kahdeksan prosenttia hyvänä. Kohtalaisena hyvinvointia alueellaan piti 12 prosenttia vastaajista. Neljä prosenttia julkisista palveluntuottajista katsoi alueensa väestön hyvinvoinnin tilanteen melko huonoksi.

Keskiarvotarkastelussa hyvinvoinnin kokonaistilanne sai julkisilta palveluntuottajilta 1–10-asteikolla arvon 7,3. Vuotta aiemmin hyvinvoinnin kokonaistilanteen keskiarvo oli lähes sama, 7,2. Lautakuntien puheenjohtajien näkemykset hyvinvoinnin tilanteesta olivat muiden vastaajaryhmien kanssa yhtenevät.

Vuoden 2012 arvioihin verrattuna hyvinvoinnin kokonaistilanne nähdään vuoden 2013 alussa hieman myönteisempänä ja samalla koko tarkastelujakson parhaana. Näin ollen edellisvuoden ennakoitu lievästi kielteisemmästä kehityskulusta ei näytä kokonaisarvioissa toteutuneen.

Hyvinvoinnin tilanne vuoden kuluttua, vuosien 2013 ja 2014 vaihteessa, ennakoitiin pitkälti samankaltaiseksi kuin vuoden 2013 alussa. Hyvänä tai melko hyvänä hyvinvointia pitävien osuus on vain hieman vähäisempi, 82 prosenttia. Hyvinvoinnin kokonaistilannetta huonona tai melko huonona pitää sama osuus kuin vuoden 2013 alussa, neljä prosenttia vastaajista. Keskiarvolla mitattuna ennakoitu hyvinvoinnin tilanne saa yhteisarvon 7,2. Tulevaisuusarviot ovat lievästi muita

suuralueita myönteisempiä Länsi-Suomessa sekä Helsingin ja Uudenmaan alueella.

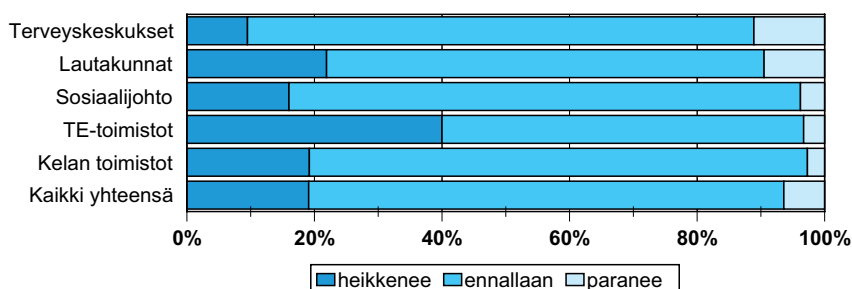


KUVIO 4. Julkisten palveluntuottajien arviot hyvinvoinnin ajankohtaisesta tilanteesta 1997–2014⁴.

Edellä olevan kuvion pylväiden ohella hyvinvoinnin ajallista muutosta osoittaa indeksiviiva. Suomalaisten hyvinvoinnin kokonaistilanne on kohentunut julkisten palveluntuottajien vuosina 1997–2013 antamien hyvinvointiarvioiden perusteella. Erityisesti myönteisen hyvinvoinnin kehityksen aikaa on ollut tarkasteluajan jakson alku aina vuoteen 2005 saakka. Sen jälkeen tilannearviot ovat säilyneet suhteellisen vakaina, kunnes vuosien 2010–2011 notkahduksen jälkeen kahden viime vuoden aikana näkemykset hyvinvoinnin kokonaistilanteesta ovat jälleen kohentuneet.

Kokonaisarvioita sävykkäämpi kuva muodostuu, kun tarkastellaan vastaajien näkemystä hyvinvoinnin muutoksesta. Valtaosa (75 %) arvioi hyvinvoinnin tilanteen omalla vastuualueellaan säilyvän ennallaan. Lievää kielteistä kehitystä omalla alueellaan ennakoivat nykyiseen verrattuna kaikista vastaajista lähes viidennes (19 %). Kuusi prosenttia katsoo alueensa hyvinvoinnin tilanteen kohenevan. Lautakuntien puheenjohtajat ja terveyskeskusten johtajat ennakoivat muita vastaajia hieman useammin hyvinvoinnin kohenevan kuluvaan vuoteen 2013 alun tilanteeseen verrattuna. Useimmin käännettä kielteiseen hyvinvointikehitykseen ennakoita TE-toimistoissa, mitä selittää heikko työllisyystilanne.

⁴ 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. Vuoden 2013–2014 tulos kuvaa vastaajien ennakoimia tilanteesta 12 kuukauden kuluttua vastausheikistä. Terveyskeskusjohtajat tulivat vastaajaryhmäksi vuonna 1998.

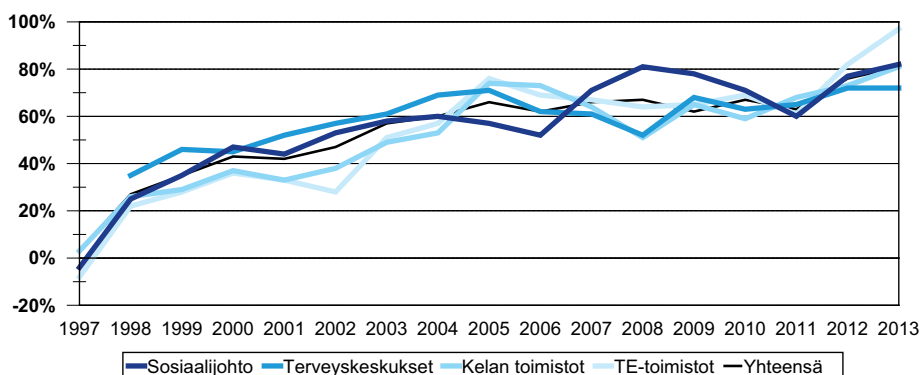


KUVIO 5. Väestön hyvinvoinnin kokonaistilanteen arvioitu muutos 2013–2014.

Vastaajaryhmittäiset arviot hyvinvoinnista

Eri vastaajatahojen hyvinvointiarviot ovat varsin samansuuntaiset; tuloksissa ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja. Yksittäisenä erona voi todeta, että TE-toimistojen johto piti hyvinvoinnin kokonaistilannetta hieman muita myönteisempänä. Hyvinvointiarvioiden keskiarvot vaihtelevat Kelan toimistojen 7,2:n ja TE-toimistojen 7,6:n välillä. Tulevaisuusarviot keskiarvoilla mitattuna sijoittuvat puolestaan Kelan toimistojen johdon 7,0:n ja terveyskeskusjohdon 7,3:n välille.

Liitteisiin on koottu vastaajaryhmittäiset jakaumatiedot vuosien 1997–2013 hyvinvointiarvioista (liitteet 3.1–3.2). Niistä ilmenee, että kaikilla vastaajatahoilla arviot hyvinvoinnin kokonaistilanteesta ovat kehittyneet myönteisemmiksi kahden viime vuoden aikana. Seuraava kuvio ilmentää tiivistetysti indeksikuvaajien avulla vastaajaryhmittäiset hyvinvointiarviot. Vaikka joinakin vuosina vastaajaryhmien näkemyksissä on keskimääräistä suurempia poikkeamia, on hyvinvoinnin kokonaiskehitys 17 vuoden aikana kaikkien näkemysten mukaan ollut koheneva.



KUVIO 6. Julkisten palveluntuottajien arviot hyvinvoinnin ajankohtaisesta tilanteesta 1997–2013⁵.

⁵ Viivat kuvaavat vastaajaryhmäkohtaisia hyvinvoinnin kokonaistilanneindeksejä, joissa positiivisista arvioista (hyvä, melko hyvä) on vähennetty negatiiviset arviot (huono, melko huono).

Sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat ovat olleet vastaajaryhmänä vuodesta 2009 lähtien. Luottamushenkilönäkökulmasta hyvinvoinnin kokonaistilanne on viiden viime vuoden aikana ollut tasaisen hyvä: vähintään neljä viidestä lautakuntien puheenjohtajasta arvioi hyvinvoinnin tilanteen alueellaan hyväksi tai melko hyväksi (ks. seuraava taulukko). Huonoksi tai melko huonoksi hyvinvoinnin tilanteen on näinä vuosina arvioinut kahdesta neljään prosenttia vastaajista. Myös lautakuntien puheenjohtajien ennakointi vuodenvaihteen 2013–2014 hyvinvoinnin tilanteesta noudattaa aiempien vuosien näkemyksiä.

TAULUKKO 4. Lautakuntien puheenjohtajien arviot väestön hyvinvoinnista (%).

	Huono/melko huono	Kohtalainen	Hyvä/melko hyvä
	%	%	%
Arvio 2013/2014	5	15	80
2013	3	13	84
2012	4	11	85
2011	4	17	80
2010	4	15	81
2009	2	17	81

Myönteisen hyvinvointikehityksen väestöryhmät

Sosiaalijohto otti kantaa alueellaan toteutuneeseen hyvinvoinnin kehitykseen. Muutoksia myönteiseen tai kielteiseen suuntaan nostivat esille useammin yli 10 000 asukkaan, kunnat ja alueet. Myönteistä kehitystä jonkin väestöryhmän tilanteessa kuvasi 42 prosenttia sosiaalijohdosta. Myönteisesti kahden viime vuoden aikana on kehittynyt erityisesti ikääntyneiden hyvinvointi. Lähes kolmannes kantaaottaneista nosti esille ikääntyneiden tilanteen. Hyvää kehityssuuntaa selittävät erityisesti kunnan satsaukset ikääntyneiden palveluihin ja asumiseen. Kunnissa on mm. kehitetty asumispalveluja, lisätty kotihoitoa ja kuntoutusta sekä toteutettu ennaltaehkäiseviä terveystarkastuksia. Toimintatapojen kuvattiin paikoin myös muotoutuneen asiakaskeisemmiksi ja avohoitopainotteisemmiksi. Osa sosiaalijohdosta mainitsi ikääntyneiden omat, aiempaa myönteisemmät arviot terveydestään ja taloudellisesta tilanteestaan sekä oman vastuunoton lisääntymisen.

Seuraavaksi eniten sosiaalijohdon näkökulmasta on kohentunut kahden viime vuoden aikana omalla alueella työttömien, varsinkin pitkäaikaistyöttömien tilanne. Joka kuudes myönteisestä kehityksestä raportoinut sosiaalijohtaja kuvasi kunnassa tartutun aktiivisesti pitkittyneesti työttömien tilanteeseen. Kunnissa on panostettu työvoiman palveluohjaukseen, terveystilanteeseen ja aktivointiin, työttömien tilanteesta on tehty yksilöllisiä, laaja-alaisia kartoituksia ja kunta on työllistänyt pitkäaikaistyöttömiä. Joskus tilannetta on helpottanut kunnan työllisyys-tilanteen paraneminen, kun paikkakunnalle on syntynyt merkittävästi uusia työpaikkoja.

Lähes yhtä usein esille otettiin lapsiperheiden hyvinvoinnin koheneminen. Selityksenä tilanteelle annettiin lisähenkilöstön palkkaaminen, ehkäisevän työn ja varhaisen tuen resursointi, tehostettu lapsiperhetyö ja kotipalvelujen lisääminen.

Kehitysvammaisten hyvinvoinnin kuvasi kohentuneen alueellaan runsas kymmenesosa sosiaalijohdosta. Hyvää kehitystä ovat edistäneet uudet toimitilat, kuten ryhmäkodit tai päivä- ja työtoimintatilat. Toisaalta viitattiin palvelurakenteen monipuolistamiseen. Onnistuneet palvelusatsaukset nuorten hyvinvointiin mainittiin yhtä usein. Nuorten palveluja on kehitetty poikkihallinnollisesti, hyödynnetty tehostettua sosiaalityötä sekä koulupudokkaiden koulutukseen ja työhön ohjausta, tai käynnistetty työpajahanke.

Lisäksi eräissä kunnissa on onnistuttu edistämään lastensuojelun asiakkaiden, vammaisten, päihde- ja mielenterveyskuntoutujien sekä pitkäaikaisasunnottomien hyvinvointia.

Heikentyneen hyvinvointikehityksen väestöryhmät

Sosiaalijohdosta 45 prosenttia katsoi jonkin väestöryhmän hyvinvoinnin heikentyneen alueellaan kahden viime vuoden aikana. Kielteisestä kehityksestä raportoitiin yhtäläisesti maan eri osissa. Heikentyneen hyvinvoinnin taustalla on sosiaalijohdon mukaan selvästi useimmin työttömyys. Noin viidennes kantaaottaneista mainitsi joko työttömät yleensä tai erityisesti pitkäaikaistyöttömät. Lisäksi noin kymmenesosa katsoi alueellaan heikentyneen kahden viime vuoden aikana varsinkin nuorten työttömien hyvinvoinnin. Työttömyyden kuvattiin myös altistavan ongelmien kasautumiselle: pienituloisuudelle, päihteen liialliselle käytölle ja lastensuojelun tarpeen kasvulle.

- “ 1.1.2013 alkaen työllistämistoiminta päätettiin puolittaa, mikä lisää köyhyyttä paikkakunnalla.”
- “ Työttömyys on huomattavasti lisääntynyt ja sitä kautta lastensuojelun ongelmat kasvaneet”
- “ Pitkäaikaistyöttömien -> köyhyys ja terveysongelmat kulkevat yhdessä.”
- “ Vailla vakituista työsuhdetta olevat ikääntyneet miehet, valtio ei lainkaan enää työllistä; ympäristötyöt ja metsähallituksen työllistyminen loppuneet kokonaan.”

Ikäryhmistä korostui nuorten heikentynyt hyvinvoinnin tilanne, sillä työttömyyden ohella viidennes heikentymisistä kertoneista mainitsi nuorten huolestuttavan tilanteen. Synä kielteiselle kehitykselle nähtiin työttömyyden lisäksi nuorten lisääntyneet mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä vähäisemmässä määrin laajempi yhteiskuntaan kiinnittymättömyys.

- “ Nuorten syrjäytymiskehitys pysynyt ennallaan tai jopa kiihtynyt. Osaamattomuuden ja tietojen/taitojen puutteen lisäksi suoranainen piittaamattomuus omasta tilanteesta lisääntynyt. Lisäksi nuoret perheet ajautuneet selkeästi enemmän päihde- ja huumausaineongelmiin”

”Nuoret/nuoret aikuiset, joilla ei opiskelua eikä töitä sekä päihteiden hallitsematonta käyttöä.”

Lapsiperheiden hyvinvoinnin arvioi heikentyneen alueellaan runsas kymmenesosa kantaaottaneista. Kun mukaan lasketaan huoli lasten ja toisaalta lastensuojeluasiakkaiden hyvinvoinnista, koskettaa lapsiperheiden tilanteen kärjistyminen neljänneistä hyvinvoinnin heikentymisestä alueellaan kertoneista. Perheiden ja lasten kurjistunutta tilannetta taustoittavat työttömyys, köyhyys, päihteet ja palvelujen karsinta.

Ikääntyneiden hyvinvoinnin mainitsi heikentyneen kymmenesosa sosiaalijohdosta. Näissä tapauksissa kyse oli ennenkaikkea ikääntyneiden määrän kasvusta ja palvelutarpeiden lisääntymisestä, jolloin palvelujen tarjonta on riittämätöntä niin kotiin annettavissa palveluissa kuin palveluasumisessa ja laitoshoidossa.

Muina heikentyneen hyvinvoinnin väestöryhminä mainittiin päihde- ja huumeongelmaiset, mielenterveysongelmista kärsivät ja työkyvyttömät. Näistä kuitenkin erityisesti eri tyyppiset päihde- ja mielenterveysongelmat olivat kokonaisuutena tuntuvasti merkittävämpiä ilmiöitä, sillä ne näyttäytyivät vastauksissa tyypillisesti osana laajempaa toimeentulovaikeuksien ja elämänhallinnan ongelmavyöhytää.

Hyvinvoinnin riskiryhmät lähitulevaisuudessa

Sosiaalijohdolta tiedusteltiin huolestuttavien kehityskulkujen tulevaisuusarviota alueensa eri väestöryhmien hyvinvoinnista. Sosiaalijohdosta puolet ennakoivat tiettyjen väestöryhmien hyvinvoinnin heikentyvän alueellaan lähivuosina. Muita suuralueita useammin kielteistä hyvinvointikehitystä ennakoivat Etelä-Suomen vastaajat Helsingin ja Uudenmaan suuraluetta lukuunottamatta.

Kolmannes kyselyyn vastanneista sosiaalitoimista raportoi hyvinvoinnin heikentymisestä sekä edeltävinä kahtena vuotena että muutaman lähivuoden aikana. Näkemykset hyvinvoinnin heikentymiskehityksestä jakautuivat voimakkaasti. Hieman useampi, 40 prosenttia sosiaalijohdosta, ei ilmaissut minkään väestöryhmän hyvinvoinnin heikentyneen edeltävinä vuosina, eikä nähnyt merkittäviä uhkia alueellaan lähivuosinakaan. Merkille pantavaa on myös se, että hieman yli kolmanneksessa sosiaalitoimia ei ole havaittu edeltävänä kahtena vuotena heikennyksiä eikä myönteistä kehitystä. Noin viidennes sosiaalijohdosta puolestaan kuvasi osalla alueensa väestöryhmistä hyvinvoinnin kohentuneen ja osalla heikentyneen.

Huolestuttavimpana nähtiin jatkossakin työttömyyden vaikutus hyvinvointiin: kantaaottaneista vajaa puolet otti esille työttömät. Työllisyystilanteen ennakoitiin omalla alueella heikenevän jonkin merkittävän työpaikan tehtyä konkurssin tai toimintojen siirtyessä toisaalle. Erityistä huolta kannettiin pitkäaikaistyöttömien ja ikääntyneiden työttömien tilanteesta, joskin myös nuorten heikko työllisyystilanne askarrutti. Työllistymisen kuvattiin vaikeutuvan muiden julkisten palvelujen, lähinnä Kelan toimiston ja TE-toimiston palvelujen, siirtyessä etäämmälle paikkakunnalta.

- ” Työttömyys kasvaa ja erityisesti tehdastyötä aiemmin tehneiden asema heikkenee, koska he eivät sijoitu työelämään ilman uudelleenkoulutusta.”*
- ” Nuorten tilanne, työllistymisen hankaloituessa.”*
- ” Työttömät ja ei koulussa olevat syrjäytymisuhassa olleet, koska TE-toimisto ja Kela muuttavat ja edelliset heidän hoitamat asiat jäävät enemmän sosiaalityön hoidettaviksi ja resussit ovat rajalliset.”*

Viidennes heikentyvää hyvinvointia ennakoivista kantoj huolta erityisesti ikääntyneiden tilanteesta. Palvelutarpeet kasvavat ikääntyneiden määrän lisääntyessä, eikä näihin palveluihin ole osoittaa riittävästi henkilöstöä. Yksittäisinä syinä heikentyvää hyvinvointia niin ikääntyneiden kuin lapsiperheidenkin näkökulmasta ennakoitiin syntyvän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualueiden laajentuessa. Lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin ennakoi alueellaan heikentyvän noin kymmenesosa kantaaottaneista. Heikentyvää tilannetta selitettiin lähinnä perheiden tarpeisiin nähden riittämättömillä palveluilla, varsinkin tilanteissa, joissa perheet kamppailevat niukan toimeentulon, päihdeiden ja muiden ongelmien kanssa. Alueensa nuorten lähivuosisien hyvinvoinnista huolta kantoj joka seitsemäs vastaaja.

- ” Ikäihmiset, lapsiperheet, yhteistoiminta-alueen myötä palvelut etääntyvät.”*
- ” Ikäihmisten ja lapsiperheiden palveluihin tarvittaisiin lisää väkeä.”*
- ” Samat ryhmät [lapset ja nuoret, mielenterveys ja päihdeongelmaiset] ovat riskissä, ellei aktiivisia toimenpiteitä.”*

Tulevien vuosien hyvinvointihaasteina tulivat esiin sekä kasautuneissa ongelmatilanteissa että erillisenä ilmiönä runsas ja lisääntynyt päihdeiden käyttö ja mielenterveyden ongelmat. Noin kymmenesosa sosiaalijohtosta askarrutti laajemminkin oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen hyvinvoinnin kehitys lähivuosisina niin valtiontalouden kuin kuntataloudenkin heikon tilanteen luodessa niukkuuden sanelemia ehtoja palvelutarjontaan. Jo ennestään heikoimmassa asemassa olevien pelätään jäävän entistä enemmän syrjään resursseja jaettaessa.

- ” Perusturvan ja peruspalveluiden piirissä olevien asema on uhatta heikentyä, mikäli palveluiden rahoitus ja perusturvan riittävyys ovat niukkoja.”*
- ” Kaikkien koska menoja sopeutetaan rajusti.”*

Lähivuosisien väestöryhmittäiset satsaukset sosiaalitoimessa

Sosiaalijohto otti kantaa siihen, minkä väestöryhmän hyvinvoinnin tilanteen kohentamiseen panostetaan erityisesti alueen sosiaalitoimessa lähivuosisina. Useat mainitsivat kaksi tai kolme eri väestöryhmää. Yleisimmät resursoinnin kohteet olivat ikääntyneet sekä lapsiperheet ja lapset. Puolet sosiaalijohtosta kertoi, että lähivuosisina panostetaan ikääntyneiden palveluihin. Lapsiperheiden hyvinvoinnin kohentamiseen kohdistetaan lisäsatsausta noin neljässä sosiaalitoimessa kymmenestä, lisäksi noin neljäsosa mainitsi kohderyhmänä erityisesti

lapset ja joka kymmenes lastensuojelun asiakkaat. Toimenpiteenä mainittiin perheiden varhainen tuki.

Myös nuorten hyvinvoinnin kohentamiseen keskitytään usein. Noin kolmannes lisäpanostuksia tekevistä sosiaalitoimista huomioi lähivuosina erityisesti nuoret. Työttömien hyvinvointi on keskiössä noin neljänneksessä sosiaalitoimista. Suurimmassa osassa puututaan pitkittyneesti työttömien tilanteeseen, osassa kuntia puolestaan erityisesti nuorisotyöttömien tilanteen parantamiseen.

Noin kymmenesosa erityisiä satsauksia tekevistä sosiaalitoimista keskittyy joko päihteiden ongelmakäyttäjien, mielenterveysongelmista kärsiviin tai kehitysvammaisiin. Joissakin sosiaalitoimissa lähivuosien erityisen panostuksen kohteina mainittiin mm. syrjäytymisen ehkäisy ja vammaispalvelun asiakkaat.

Myönteisen ja kielteisen kehityksen väestöryhmät vuosina 2005–2013

Eri väestöryhmien hyvinvoinnin kehitystä kunnissa on seurattu sosiaalijohdon laadullisten arvioiden pohjalta aiempinakin vuosina. Heikentynyttä ja kohentunutta tilannetta on pyydetty arvioimaan avovastauksissa edeltäviltä 2–4 vuodelta vuosina 2007, 2011 ja 2013. Eri vuosien vastauksista voi tehdä suuntaa-antavia vertailuja. Taulukossa 5 esitetään tiivistetysti aikajanalla, minkä väestöryhmien tilanteen on kuvattu kohentuneen tai heikentyneen sosiaalitoimen näkökulmasta.

Kiinnostava piirre tuloksissa on, että vuosien 2005–2011 aikana arvioitiin tuntuvasti useammin myönteistä hyvinvointikehitystä kuin vuoden 2013 alussa. Lisäksi vuosina 2005–2007 jonkin väestöryhmän kielteistä hyvinvointikehitystä kuvasi alueellaan harvempi kuin vuonna 2013, vajaa kolmannes sosiaalijohdosta. Vuoden 2013 alussa lähivuosille heikentyvää kehitystä jonkin väestöryhmän hyvinvoinnissa ennakoivat puolet vastaajista.

Alueiden erot mm. väestön työllisyydessä, sairastavuudessa ja ikärakenteessa heijastuvat alueen hyvinvointihaasteisiin ja palvelutarpeisiin. Näin ollen koko maan tilannetta tarkasteltaessa saman väestöryhmän tilanne on joillakin alueilla ja kunnissa kehittynyt myönteisesti, kun taas toisaalla hyvinvoinnin on arvioitu heikentyneen. Eri väestöryhmien tilanteeseen myös kyetään vaikuttamaan palveluilla vaihtelevasti: ikääntyneiden hyvinvointikysymykset kietoutuvat useimmilla alueilla lisääntyviin palvelutarpeisiin, kun taas esimerkiksi pitkittyneesti työttömien tilanteen ratkaisemiseksi tarvitaan toimintatapojen tehostamista ja sosiaalitoimen rinnalle kanssatoimijoita elinkeinoelämästä lähtien. Kyse on lisäksi siitä, minkä väestöryhmien palveluihin resursseja suunnataan.

TAULUKKO 5. Sosiaalijohdon näkemys alueensa väestöryhmien hyvinvoinnin kehityksestä 2005–2013 ja lähivuosina⁶.

Myönteinen kehitys	N=205, n=148 59 %	N=147, n=80 62 %	N=112, n=46 42 %	
yli 20 %	+ työttömät	+ ikääntyneet	+ ikääntyneet	
11–20 %	+ ikääntyneet + pitkäaikais-työttömät + lapset + lapsiperheet	+ lapsiperheet + työttömät + pitkäaikais-työttömät	+ lapsiperheet + pitkäaikais-työttömät + nuoret + kehitysvammaiset	
5–10 %	+ vammaiset + nuoret	+ mielenterveys-ongelmaiset + lastensuojelu-asiakkaat + vammaiset + lapset	+ lastensuojelu-asiakkaat	
AIKA → 2005 2007 2009 2011 2013 →				
5–10 %	– yksinhuoltajat – lastensuojelu-asiakkaat – lapsiperheet	– toimeentulotuki-asiakkaat – työttömät – lapset	– alkoholi- ja huume-ongelmaiset – lapset – nuorisotyöttömät	– syrjäytyneet – päihde-ongelmaiset – mielenterveys-ongelmaiset
11–20 %	– pitkäaikais-työttömät – ikääntyneet	– lapsiperheet – päihde-ongelmaiset – pitkäaikais-työttömät – ikääntyneet	– ikääntyneet – lapsiperheet – nuoret	– lapsiperheet, lapset – kaikki – nuoret – pitkäaikais-työttömät – ikääntyneet
yli 20 %	– päihde-ongelmaiset	– nuoret	– pitkäaikais-työttömät – työttömät	– työttömät
Heikkenevä kehitys	31 % n=78	42 % n=80	45 % n=48	50 % n=50

Useimmin toistuvia kielteisen hyvinvointikehityksen väestöryhmiä ovat koko tarkastelujaksolla olleet ikääntyneet ja pitkäaikaistyöttömät. Hyvin tyypillisesti on kuntien sosiaalitoimissa nostettu esille lisäksi päihdeongelmaisten ja nuorten huolestuttava tilanne. Kohentunutta kehitystä on raportoitu puolestaan eniten ikääntyneillä ja jossain määrin harvemmissa kunnissa pitkäaikaistyöttömillä ja lapsiperheillä. Saman väestöryhmän hyvinvointi näyttäytyy siis erilaisena eri alueilla.

Ikääntyneiden koko ajanjaksolla esille nousseet hyvinvointivajeet ovat kytkeytyneet selvimmin vanhusväestön määrän kasvusta johtuvaan riittämättömään

⁶ Kuvio perustuu poikkileikkausaineistoihin vuosilta 2007, 2011 ja 2013. Taulukkoon on merkitty koko sosiaalijohdon vastaajamäärä (N) ja avovastaukseen vastanneet (n). Vastauksista on poimittu sosiaalijohdon vastaukset strukturoidun ja avokysymyksen yhdistelmään, jossa tiedustellaan, onko hyvinvointi heikentynyt kahden / neljän viime vuoden aikana alueellanne jollain väestöryhmällä tai onko hyvinvointi kehittynyt myönteisesti jollain väestöryhmällä vastaavana aikana. Avovastaukset on luokiteltu. Kuvioon on koottu yleisimmin mainitut väestöryhmät (osuus vastanneista).

palvelutarjontaan. Ikääntyneiden hyvinvoinnin kohentamiseen on koko ajanjaksolla myös kuvattu satsattavan lisäämällä alan henkilöstöä ja palveluja. Tämä näkyy vastauksissa, sillä ikääntyneet mainitaan koko 2005–2013 jaksolla useimmin myös väestöryhmänä, jonka hyvinvointi kunnissa on kohentunut. Vain 2005–2007 tuntuvasti useammassa kunnassa myönteistä kehitystä toteutui työttömien tilanteessa. Tuolloin vaikeaa työllisyystilannetta helpotti suotuissa työllisyyskehitys.

Työttömien ja pitkäaikaistyöttömien hyvinvointi kehittyi vielä 2007–2011 jaksolla monilla alueilla myönteisesti. Kahden viime vuoden ajanakin useilla alueilla työttömien hyvinvoinnissa on toteutunut kohenevaa kehitystä, joskin työttömyys vaikutti vielä useammalla alueella kielteisesti. Työttömiin onkin kiinnitetty runsaasti huomiota heikentyneen hyvinvoinnin näkökulmasta koko tarkastelujaksolla. Työttömien, varsinkin pitkäaikaistyöttömien hyvinvointivaikutukset ovat korostuneet kahden viime vuoden aikana ja edelleen lähivuosien ennakoarvioissa.

Vuodesta 2007 lähtien on noussut voimakkaasti esille nuorten eri tavoin heikentynyt hyvinvointi. Nuorten kohentuneesta tilanteesta sen sijaan on mainittu erikseen vähän. Koko jaksolla useimmiten nuorten myönteistä hyvinvointikehitystä raportoitiin vuosina 2011–2013, ja silloinkin melko harvoilla alueilla.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin kuvattiin kohentuneen erityisesti ennen vuotta 2011, ja vielä kahden viime vuoden aikana useissa kunnissa lapsiperheiden hyvinvoinnin katsottiin parantuneen. Samanaikaisesti lasten ja lapsiperheiden tilanteeseen on koko jaksolla kiinnitetty huomiota myös tilanteen vaikeutumisen näkökulmasta.

Tarkastelujakson alkuvuosina 2005–2007 kunnissa katsottiin tuntuvimmin heikentyneen päihdeongelmaisten tilanteen. Päihteiden käyttö oli tullut Sosiaalibarometrin vastauksissa voimakkaana huolenaiheena esille jo edeltävinä vuosina. Vuodesta 2007 eteenpäin, varsinkin 2011–2013, päihteiden ongelmakäyttö yhdistyy yhä yleisemmin työttömyyden ja pienituloisuuden sävyttämien monien ongelmatilanteiden kontekstiin samoille henkilöille ja perheisiin.

3.2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuudet

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä säädetään kuntalaissa (365/1995) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kuntalain mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kunnan perustehtävä. Lain mukaan ”Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan.” Tällöin kunnan tulee tietoisesti kohdentaa voimavaroja kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen koostuu tehtävistä, joiden tavoitteena on kuntalaisten hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, sairauksien ja syrjäytymisen ehkäisy ja osallisuuden vahvistaminen (Perttilä 2011).

Seuraavassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tarkastellaan sen toteutumisen, rakenteiden ja poikkihallinnollisen yhteistyön näkökulmasta. Vastaaajina olivat

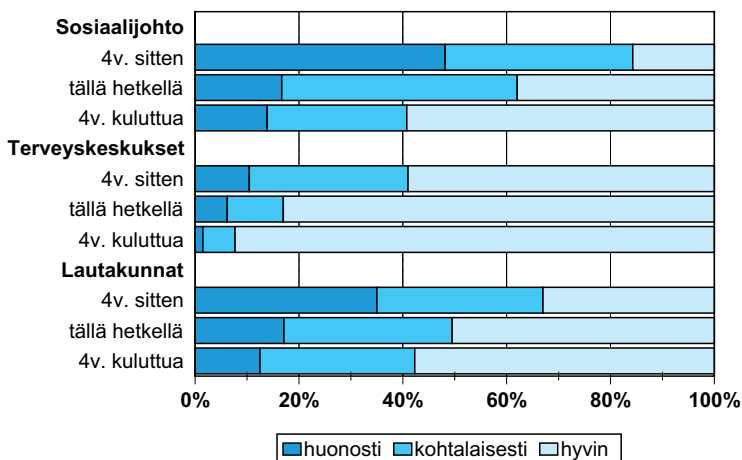
sosiaalijohtajat, terveyskeskusjohtajat sekä lautakuntien puheenjohtajat. Osa kysymyksistä oli kohdennettu pelkästään sosiaalijohtajille ja terveyskeskusjohtajille.

3.2.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen

Sosiaalitoimen johtajia, terveyskeskusjohtajia ja lautakuntien puheenjohtajia pyydettiin arvioimaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumista omassa kunnassa tai yhteistoiminta-alueella. Vastaajilta pyydettiin arviota toteutumisesta neljä vuotta sitten, tällä hetkellä sekä neljän vuoden kuluttua.

Terveyskeskusjohtajien vastaukset ovat kokonaisuutena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suhteen myönteisimmät kaikissa tarkastelluissa ajankohdissa. Kaikki vastaajatahot näkevät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuvan tällä hetkellä selvästi paremmin kuin neljä vuotta sitten ja kehittyvän edelleen myönteisempään suuntaan neljän vuoden kuluttua.

Tällä hetkellä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen arvioi kunnassaan toteutuvan hyvin terveyskeskusjohtajista 83 prosenttia, lautakuntien puheenjohtajista 51 prosenttia ja sosiaalijohtajista 38 prosenttia. Huonosti sen arvioi toteutuvan sosiaalijohdosta ja lautakuntien puheenjohtajista 17 prosenttia, kun osuus terveyskeskusjohtajista oli vain kuusi prosenttia. Asukasmäärältään eri kokoisten alueiden ja eri suuralueita edustavien vastaajien arvioiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.



KUVIO 7. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen alueella neljä vuotta sitten, tällä hetkellä ja neljän vuoden kuluttua.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisen kehittymistä kunnassa seuraavan neljän vuoden aikana tarkennettiin sosiaalitoimen johtajilta ja terveyskeskusjohtajilta avoimella kysymyksellä, jossa pyydettiin perustelua tulevaisuusarviosta. Sosiaalijohtajien vastauksissa myönteisinä tekijöinä painottuivat työn alla olevat tai luodut rakenteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkyvyys kuntastrategioissa sekä se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tärkeys ja merkitys ymmärretään aikaisempaa paremmin.

- “ Asia on lyömässä ’läpi’ yleisessä tietoisuudessa ja meillä ollaan kunnassa luomassa siihen toimivaa hallinto- ja yhteistyörakennetta.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Tietoisuus merkityksestä on lisääntynyt.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Tietoisuus on lisääntynyt ja rakenteet on luotu, Jatkossa myös muut toimijat kuin sote tiedostavat ja toimivat.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Työtä on tehty määrätietoisesti usean vuoden ajan. Toimivat käytännöt pitävät kehitystä yllä ja kantavat hedelmää tulevaisuudessa.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Kuntastrategiassamme on linjattu ennaltaehkäisevät palvelut korkealle.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Kaupungin strategia perustuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Olemme laatimassa strategista ohjelmaa, jossa painotamme hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.” (Sosiaalijohtaja)

Uhkana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulevaisuudelle sosiaalijohtajien vastauksissa nousivat esille erityisesti heikot mahdollisuudet lisäresursseihin sekä valtionosuuksien supistaminen.

- “ Ennalta ehkäisevä työote ei ainakaan saa lisäresursseja.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Jos kerran valtionosuuksia supistetaan, niin koko kunnan on pakko liittyä isoon kaupunkiin, jolloin paikkakuntalaisten palvelut ovat n. 65 km:n päässä. Ison kaupungin byrokratian viidakkoihin uppoaa kaikki se hyvä, mitä on vuosien aikaan rakennettu.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Tuleva valtionosuus uudistus tulee vähentämään käytössä olevia resursseja. Leikkausten takia hoidetaan vain korjaavat ja välttämättömät tehtävät, ei ennaltaehkäisyä tai edistämistä.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Väestön ikääntymisen ja työllisyysennusteen mukaisesti tilanne ei tule paranemaan ja kunnan resurssit vähenevät.” (Sosiaalijohtaja)

Terveyskeskusjohtajien vastauksissa myönteisissä tulevaisuusarviossa painottuivat jo tehdyt panostukset ehkäisevään toimintaan, mutta tuotiin myös esille tarve lisäpanostukseen.

- “ Keskeistä on miettiä uusia toimintamalleja, joiden avulla pystytään vastaamaan kasvavaan palvelujen kysyntään niukkenevilla resursseilla. Täten terveydenedistämistoiminta toteutuu tulevaisuudessakin onnistuneesti.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Kunnassamme on aina panostettu terveyden edistämiseen ja uskon resurssien säilyvän. Uusia ideoita otetaan käyttöön.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Olemme jo panostaneet terveyden edistämiseen mutta vielä enemmän pitäisi.” (Terveyskeskusjohtaja)

Terveyskeskusjohtajat näkivät uhkana hyvinvoinnin ja terveyden edistämislle sosiaalijohtajien tapaan taloudellisten resurssien riittämättömyyden.

- “ Taloudelliset rajoitteet tulevat väistämättä vaikuttamaan.” (Terveyskeskusjohtaja)”
- “ Kunta kasvaa, palvelutarve kasvaa, resurssit eivät pääse kasvamaan suhteessa tarpeeseen ja väestöön.” (Terveyskeskusjohtaja)

” Tällä hetkellä ollaan tekemässä paniikinomaisia säästöratkaisuja, jotka heijastuvat negatiivisesti tulevaisuuteen.” (Terveyskeskusjohtaja)

Verrattaessa kunkin vastaajan arviota hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisesta vuoden 2013 alussa ja neljän vuoden kuluttua, saadaan lähempi kuva siitä, mihin suuntaan tilanteen ennakoidaan kehittyvän alueilla. Sen mukaan odotettavissa oleva kehitys on myönteistä etenkin sosiaalijohtajien näkökulmasta. Joka toinen sosiaalijohtaja arvioi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisen kohentuvan nykyisestä tulevan neljän vuoden kuluessa. Terveyskeskusjohtajista 43 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 33 prosenttia ennakoivat kehitystä parempaan ja 14–15 prosenttia huonompaan suuntaan. Asukasmäärältään eri kokoisten alueiden ja eri suuralueita edustavien vastaajien arvioiden välillä ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja.

TAULUKKO 6. Sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kehittyi omalla alueella tulevan neljän vuoden kuluessa.

	Heikentyy %	Ennallaan %	Kohentuu %	n
Sosiaalijohto	7	43	50	108
Terveyskeskukset	14	43	43	65
Lautakunnat	15	52	33	104

Vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyen sosiaalijohtajilta ja terveyskeskusjohtajilta tiedusteltiin ehkäisevän työotteen toteutumista kolme vuotta aiemmin, kyselyhetkellä ja kolmen vuoden kuluttua. Myös silloin arvio menneeseen, nykyhetkeen ja tulevaisuuteen nähtiin samansuuntaisesti.

3.2.2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet

Kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää pysyviä rakenteita, jotta toiminta kunnassa on jatkuvaa eikä esimerkiksi toteudu pääasiallisesti hankkeiden kautta. Uudessa terveydenhuoltolaissa kunnat ja kuntayhtymät veloitetaan luomaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi pysyvät rakenteet.

Rakenteet ovat kokonaisuus, johon kuuluvat kunnan voimavarat, kunnan toimintarakenteet sekä johtamisrakenteet. Kunnan voimavaroihin kuuluvat tieto (esim. hyvinvointikertomukset, indikaattorit), resurssit (esim. henkilöstövoimavarat), osaaminen sekä toimintamallit ja työvälineet. Kunnan toimintarakenteisiin kuuluvat kuntastrategia ja sen osana hyvinvointistrategia, toimeenpanon ja toteutuksen käytännön rakenteet sekä toimialakohtaiset tehtävät ja hankkeet. Resurssien ja toimintarakenteiden yläpuolella on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä ja johtaminen, jonka tehtävänä on tukea toimialat ylittävää, verkostoituvaa ja monialaisiin kumppanuuksiin perustuvaa toimintaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos)

Sosiaalijohtajilta ja terveyskeskusjohtajilta tiedusteltiin, onko omalla alueella olemassa ja/tai suunnitteilla rakenteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Sosiaalijohtajista 78 prosentin mukaan rakenteita on jo olemassa ja suunnitteilla niitä on 12 prosentissa vastanneista kunnista ja yhteistoiminta-alueista. Vastavasti terveyskeskusjohtajista 84 prosenttia kertoi olemassa olevista rakenteista. Suunnitteilla rakenteita oli viiden prosentin mukaan. Molemmista vastaajatahoista 12 prosenttia oli sitä mieltä, että rakenteita ei omalla vastuualueella vielä ole. Rakenteet ovat yleisempiä väestöltään suuremmilla alueilla.

TAULUKKO 7. Vastaukset kysymykseen, onko alueellanne rakenteita (esim. työryhmiä ja verkostoja) hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

	Sosiaalijohto		Terveyskeskukset	
	lkm	%	lkm	%
ei	13	12	8	12
suunnitteilla	13	12	3	5
kyllä	83	78	54	84

Nykyisistä rakenteista molemmat vastaajatahot toivat päällimmäisenä esille erilaiset työryhmät kuten esimerkiksi hyvinvointityöryhmät, HyTe-johtoryhmät, asiakasyhteistyöryhmät ja moniammatilliset ryhmät. Kysymyksessä vastaajille annettiin esimerkkinä rakenteista työryhmät ja verkostot. Tämä saattoi ohjata vastaajia, koska erilaiset ryhmät näkyivät vastauksissa vahvasti.

- “ Asiakasyhteistyöryhmä, oppilashuoltoryhmä ym. moniammatilliset ryhmät.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Kaupungin jory, terv. ja hyvinvoinnin jory ja sen alaryhmät.” (Sosiaalijohtaja)
- “ HYTE-johtoryhmä, hyvinvointiryhmä, hyvinvointikoordinaattori.” (Sosiaalijohtaja)
- “ Hyte-johtoryhmät kaikissa kunnissa, seudullinen hyte-johtoryhmä ja hyvinvointikoordinaattori.” (Sosiaalijohtaja)
- “ HYVE-yksikkö, ehkäisevän päihdetyön verkosto, seudun ko. koulutuksia koordinoiva työryhmä.” (Sosiaalijohtaja)
- “ HyTe-työryhmiä eri hallinnon aloilta sekä perusturvajohtajan vetämä ohjausryhmä.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Hyvinvointityöryhmä (poikkihallinnollinen). Maakunnan yhteistyö (PTH:n yksikkö). Muita työryhmiä.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Lasten ja nuorten hyvinvointiryhmä, thlain mukainen hyvinvointiryhmä, turvallisuusht ryhmä.” (Terveyskeskusjohtaja)
- “ Maakunnallinen hyvinvointityöryhmä, kokopäiväinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaattori.” (Terveyskeskusjohtaja)

Suunnitteilla oleviin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin vastasi avoimessa kysymyksessä sosiaalijohtajista 13 henkilöä ja terveyskeskusjohtajista kolme henkilöä. Sosiaalijohtajien vastauksissa painottuivat hyvinvointisuunnitelmien ja hyvinvointikertomusten tekeminen sekä työryhmät.

Nykyisistä ja suunnitteilla olevista rakenteista vastaajatahot toivat lisäksi esille toimialojen välisen yhteistyön ja hyvinvointikertomuksen laatimisen, joita molempia myös terveydenhuoltolaki edellyttää.

Selkeät ja toimivat rakenteet ovat edellytys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulokselliselle toteuttamiselle. Sosiaalihoitajat, joiden alueella on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita, arvioivat muita sosiaalihoitajia yleisemmin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen myös toteutuvan hyvin.

TAULUKKO 8. Sosiaalihoitajien arviot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisesta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden mukaan.

	Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuu alueella			
	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %	n
Onko alueella rakenteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi				
Ei	23	54	23	13
Suunnitteilla	40	30	30	10
Kyllä	13	45	42	82

Vastaajien arvioiden mukaan asukasmäärältään suurilla alueilla hyvinvointia ja terveyttä edistävät rakenteet ovat keskimääräistä yleisempiä. Vähintään 30 000 asukkaan alueiden sosiaalihoitajista 93 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista 91 prosenttia ilmoittaa alueellaan olevan kyseisiä rakenteita.

Seuraavaksi tarkastellaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutumista kunnissa voimavaroihin, toimintarakenteisiin, sekä johtamisjärjestelmään ja johtamiseen liittyvien tekijöiden näkökulmista. Vastaajien yhteisnäkemysistä laaditut kuviot ovat liitteenä (liitteet 3.3–3.5).

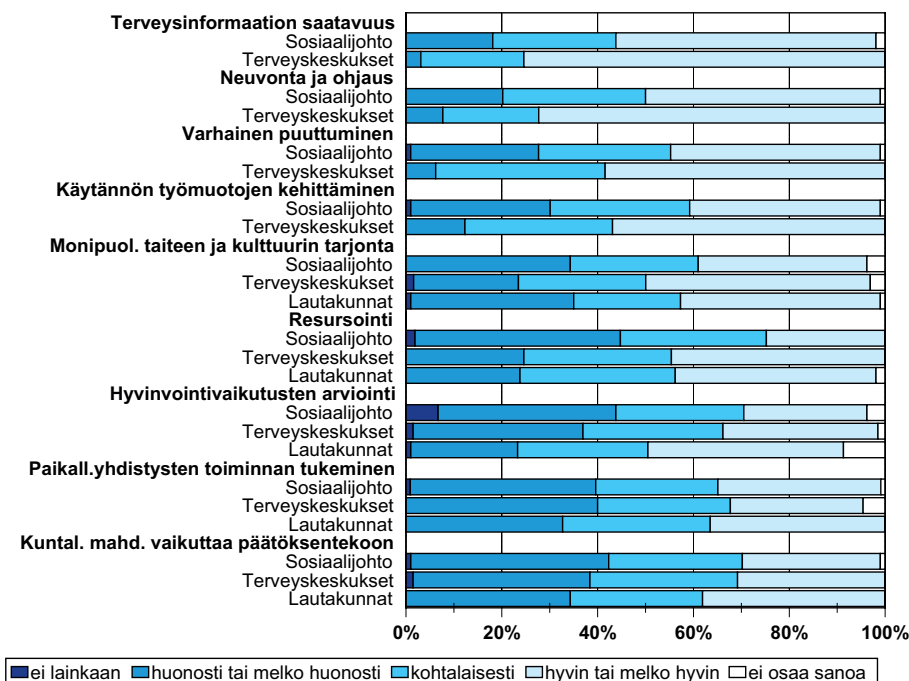
Kunnan voimavarat

Parhaiten kunnan voimavaroista hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä toteutuu sosiaalihoitajan ja terveyskeskusjohtajan mielestä asukkaiden terveysinformaation saatavuus (ks. seuraava kuvio). Se toteutuu sosiaalihoitajista noin 54 prosentin ja terveyskeskusjohtajista noin 75 prosentin mielestä hyvin tai melko hyvin. Myös neuvonnan ja ohjauksen, varhaisen puuttumisen sekä käytännön työmuotojen kehittämisen nähtiin toteutuvan voimavaroista hyvin.

Heikoiten sosiaalihoitajien mielestä kunnan voimavaroista toteutuvat huonosti tai melko huonosti -arvioiden pohjalta resursointi (43 %), kuntalaisten mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon (41 %) ja hyvinvointivaikutusten arviointi (37 %). Sosiaalihoitajista seitsemän prosenttia arvioi, ettei hyvinvointivaikutusten arviointia tehdä kunnassa lainkaan. Terveyskeskusjohtajien mielestä heikoimmin kunnan voimavaroista toteutuvat paikallisten yhdistysten toiminnan tukeminen (40 %), kuntalaisten mahdollisuudet vaikuttaa päätöksentekoon (37 %) sekä hyvinvointivaikutusten arviointi (35 %).

Lautakuntien puheenjohtajien näkemyksen mukaan kunnan voimavaroista parhaiten toteutuu resursointi, jonka 42 prosenttia vastaajista arvioi toteutuvan hyvin tai melko hyvin. Myös terveyskeskusjohtajat arvioivat resurssien toteutumisen selvästi paremmaksi kuin sosiaalitoimen johtajat.

Sosiaalijohtajat näkevät kokonaisuutena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen voimavarojen toteutuvan kunnissa heikommin kuin terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat.

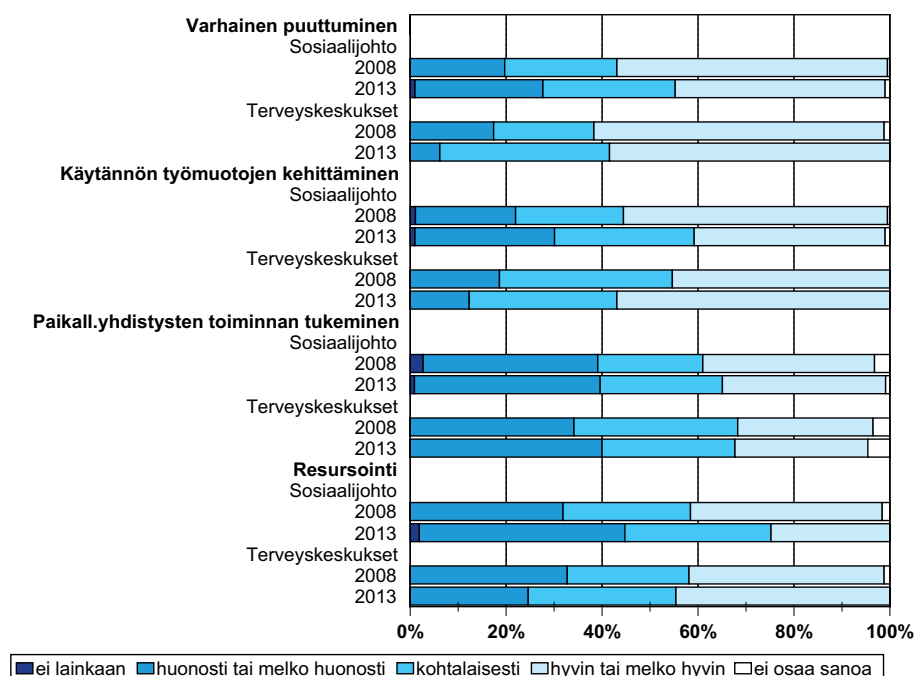


KUVIO 8. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuminen kunnan voimavarojen näkökulmasta.

Vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa kysyttiin osittain samoja kunnan voimavaroihin liittyviä kysymyksiä (ks. seuraava kuvio). Terveyskeskusten johtajien ja sosiaalijohtajien näkemykset esitetään kuviossa erikseen. Tilastollisesti merkitseviä eroja näkemyksissä on ainoastaan resursoinnin ja varhaisen puuttumisen vuoden 2013 arvioissa. Niissä perusterveydenhuollon myönteiset näkemykset ovat säilyneet viiden vuoden aikana lähes ennallaan, samalla tilanteen alueellaan arvioi entistä harvempi terveyskeskusjohtaja huonoksi. Sosiaalijohtajien mukaan varhainen puuttuminen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen resursointi toteutuvat tällä hetkellä selvästi huonommin kuin vuonna 2008.

Muutosta on nähtävissä myös käytännön työmuotojen kehittämisessä. Siinäkin sosiaalijohto näkee alueensa tilanteen vuoden 2013 alussa kielteisemmin kuin

viisi vuotta aiemmin. Terveyskeskusjohtajien mielestä käytännön työmuotojen kehittäminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen toteutuu nykyään aiempaa paremmin. Paikallisyhdistysten toiminnan tukeminen arvioidaan hyvin samankaltaisesti kuin aiemmin.



KUVIO 9. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuminen kunnan voimavarojen näkökulmasta 2008⁷ ja 2013.

Terveydenhuoltolain mukaan kuntien tulee päätöksenteossa ottaa huomioon päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Vastausten perusteella kunnilla on haasteita kuntalaisten osallisuuden vahvistamisessa sekä hyvinvointivaikutusten arvioinnissa. Hyvinvointivaikutusten arvioinnilla on mahdollista räätälöidä ehkäisevää työtä niin, että se kohdentuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden kannalta olennaisiin tekijöihin ja edistää toiminnan taloudellista tehokkuutta. Hyvinvointivaikutusten arviointi parantaa päätöksentekoa johtaen kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin kohenemiseen.

Kuntalaisten osallisuus ymmärrettyinä tässä mahdollisuutena vaikuttaa päätöksentekoon on kunnalle tärkeä voimavara. Vastausten perusteella sitä ei osata hyödyntää riittävästi. Myös luvussa 4.2, jossa arvioitiin asiakaskeskeisyyden toteutumisesta

⁷ Vuoden 2008 kyselyssä asteikko oli laajempi: 0 ei lainkaan, 1 (huonosti) – 7 (hyvin) ja 8 en osaa sanoa. Tarkastelussa asteikko luokiteltiin vuotta 2013 soveltaen niin, että 0 = ei lainkaan, 1–3 = huonosti, 4 kohtalaisesti, 5–7 hyvin ja 8 ei osaa sanoa. Paikallisyhdistysten tukeminen oli 2008 muodossa: Edellytysten luominen paikallisyhdistysten toiminnalle. 2013 muotoilu oli: Paikallisyhdistysten toiminnan tukeminen (tilat, toiminta-avustukset).

palveluissa, tuli esille samaa kriittisyyttä osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin. Julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon (Suomen Perustuslaki 11.6 1999/731). Useissa kansallisissa ohjelmissa korostetaan osallisuuden merkitystä hyvinvoinnille ja terveydelle. Erityisesti sosiaali- ja terveysjohto arvioivat kuntalaisten mahdollisuudet vaikuttaa päätöksentekoon heikoiksi.

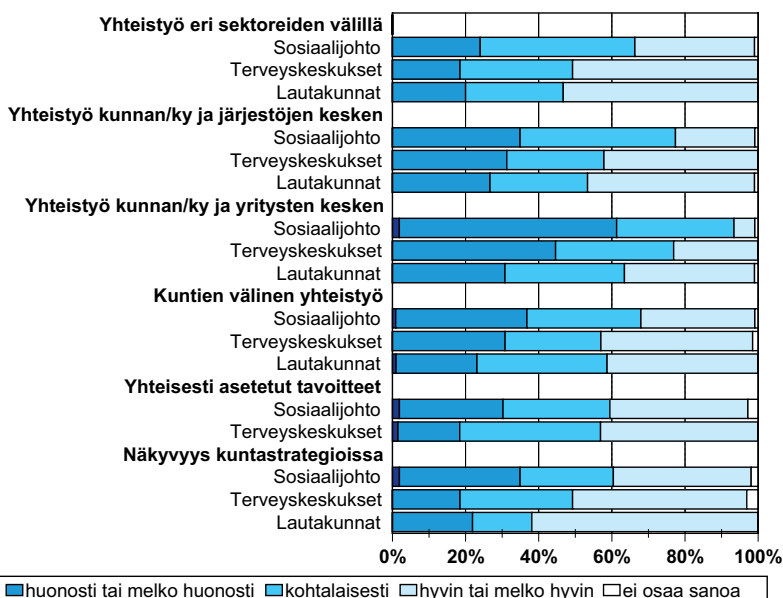
Kunnan toimintarakenteet

Kunnan toimintaa ohjaa kuntastrategia, joka sitouttaa kuntajohdon sekä eri toimialat suunnitelmien toteutukseen. Jotta strategia ja toimintasuunnitelmat voidaan toteuttaa, tarvitaan toimialat ylittävää ja kunnan muut toimijat mukaan ottavaa yhteistyötä. Siihen tarvitaan sopiva toimeenpanorakenne, joka on osa kunnan johtamisjärjestelmää. Samalla kun valtuusto päättää kuntastrategiasta sekä toiminnan ja talouden suunnitelmista, sitoutuu se hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kunnan strategiassa linjataan kunnan tahto ja keinot rakentaa hyvinvointia ja tervettä kuntaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

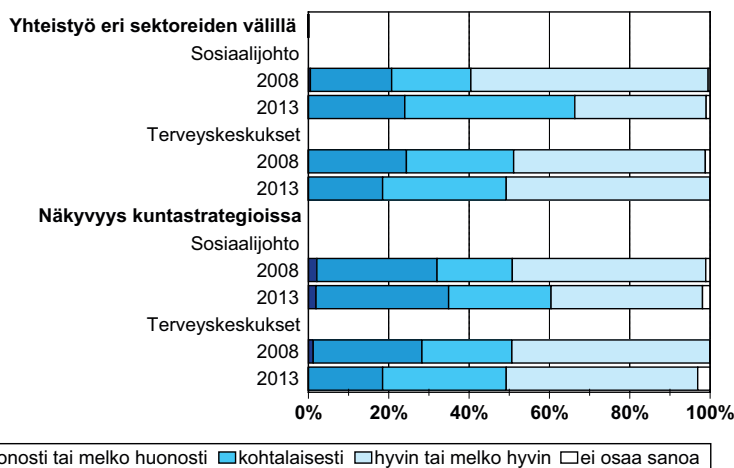
Kunnan toimintarakenteissa yhteistyömuodoista toteutuu kaikkien vastaajatahojen mielestä parhaiten yhteistyö kunnan eri sektoreiden välillä. Terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat näkevät asian myönteisimmin. Heistä hieman yli puolet arvioi yhteistyön toteutuvan hyvin tai melko hyvin. Vastaava osuus on sosiaalijohtajista kolmannes.

Kunnan tai kuntayhtymän yhteistyön järjestöjen kanssa kokivat kaikki vastaajatahot toteutuvan selkeästi paremmin kuin yhteistyön yritysten kanssa. Sosiaalijohtajista 22 prosenttia, terveyskeskusjohtajista 42 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 46 prosenttia kokivat sen toteutuvan hyvin tai melko hyvin. Vastaavasti yhteistyö yritysten kanssa toteutuu sosiaalijohtajista 59 prosentin, terveyskeskusjohtajista 45 prosentin ja lautakuntien puheenjohtajista 31 prosentin mielestä huonosti tai melko huonosti. Lautakuntien puheenjohtajista kuitenkin 36 prosenttia näki yhteistyön yritysten kanssa toteutuvan alueellaan hyvin tai melko hyvin, kun osuus sosiaalijohtajista oli vain kuusi prosenttia. Kuntien välisen yhteistyön toteutumisen arvioivat terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat paremmaksi kuin sosiaalitoimen johtajat.

Lautakuntien puheenjohtajat ja terveyskeskusjohtajat arvioivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkyvän kuntastrategioissa selvästi paremmin kuin sosiaalijohtajat. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkyvyys kuntastrategiassa toteutuu lautakuntien vastaajista 62 prosentin mukaan hyvin tai melko hyvin. Vastaava osuus terveyskeskusjohtajista on 48 prosenttia ja sosiaalijohtajista 38 prosenttia. Sosiaalijohtajista kolmanneksen mielestä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen näkyy oman kunnan kuntastrategiassa huonosti tai melko huonosti. Toimintarakenteista tiedusteltiin vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa yhteistyötä eri sektoreiden välillä ja näkyvyyttä kuntastrategiassa. Yhteistyö ja näkyvyys kuntastrategiassa toteutuvat terveyskeskusten johdon näkökulmasta varsin saman-



KUVIO 10. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuminen kunnan toimintarakenteiden näkökulmasta.



KUVIO 11. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuminen kunnan toimintarakenteiden näkökulmasta 2008¹ ja 2013.

suuntaisesti kuin viisi vuotta aiemmin. Tällä hetkellä kuntastrategiaa arvioidaan kuitenkin harvemmin kriittisesti. Sosiaalijohto arvioi molempien, erityisesti eri sektoreiden välisen yhteistyön, toteutuvan alueellaan aiempaa harvemmin hyvin.

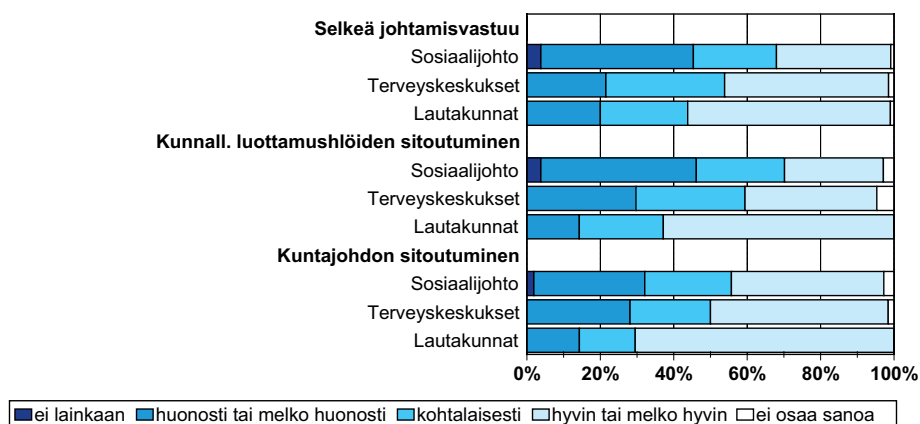
¹ Vuoden 2008 kyselyssä asteikko oli: 0 ei lainkaan, 1 (huonosti) – 7 (hyvin) ja 8 en osaa sanoa. Tarkastelussa asteikko luokiteltiin vuotta 2013 soveltaen niin, että 0 = ei lainkaan, 1–3 = huonosti, 4 kohtalaisesti, 5–7 hyvin ja 8 ei osaa sanoa. Vuonna 2008 tiedusteltiin muodossa: 'yhteistyö kunnan eri sektoreiden välillä' ja 'näkyvyys kunnan strategioissa'.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä ja johtaminen

Kunnan johto on vastuussa toiminnasta ja siksi sen johtamisjärjestelmän tulee tukea toimialat ylittävää, verkostoituvaa ja monialaisiin kumppanuuksiin perustuvaa toimintaa. Kunnan johtamisjärjestelmästä päätetään valtuuston hallinto- ja johtosäännöissä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjen tulee kattaa koko kuntaorganisaatio ja mahdollistaa yhteistyö myös kunnan ulkopuolisten toimijoiden ja alueellisten organisaatioiden kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Selkeä johtamisvastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä toteutuu heikoiten sosiaalijohtoon mielestä. Heistä 42 prosenttia arvioi sen toteutuvan huonosti tai melko huonosti. Myönteisesti alueensa tilannetta arvioi 31 prosenttia sosiaalijohtajista. Vastaavasti terveyskeskusjohtajista lähes puolet ja lautakuntien johtajista yli puolet koki selkeän johtamisvastuun toteutuvan alueellaan hyvin tai melko hyvin. Myös kunnallisten luottamushenkilöiden ja kuntajohdon sitoutumisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen arvioivat sosiaalijohtajat negatiivisemmin kuin terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat.

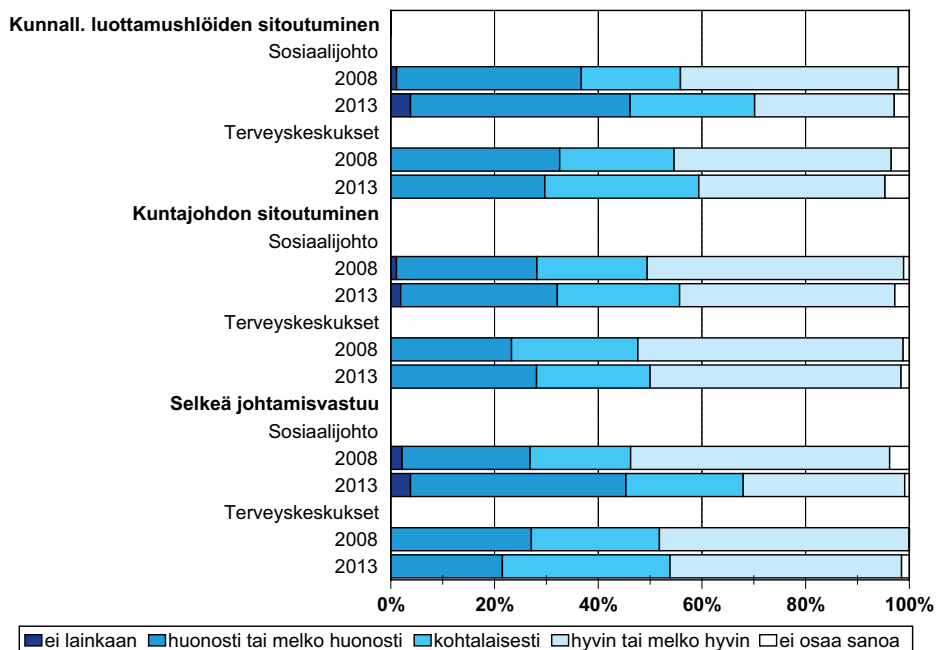
Sosiaalijohtajat suhtautuvat johtamisjärjestelmän ja johtamisen toteutumiseen alueellaan kriittisimmin. Myönteisimmin asian näkevät lautakuntien puheenjohtajat. Kunnilla on haasteita hyvinvointivastuiden määrittelyssä sekä vastuushenkilöiden sitouttamisessa.



KUVIO 12. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuminen johtamisjärjestelmän ja johtamisen näkökulmasta.

Vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa kysyttiin osittain samoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin liittyviä tekijöitä. Näistä sosiaalijohtajien ja terveyskeskusten johtajien näkemykset erosivat tilastollisesti merkitsevästi vuonna 2013 selkeän johtamisvastuun toteutumisarvioissa. Edellä tuli ilmi, että sosiaalijohtajien näkemykset olivat johtamisvastuun selkeydestä terveyskeskusten johtoa selvästi kielteisemmät. Sosiaalijohtajien arviot ovat myös tuntuvasti kielteisemmät kuin vuonna 2008, kun taas perusterveydenhuollon näkemysten muutos on

vähäinen. Sosiaalijohto arvioi myös kunnallisten luottamushenkilöiden sitoutumisen alueellaan heikommaksi kuin vuonna 2008. Terveyskeskusten arvioissa ei siinäkään ilmene suurta muutosta kielteisempään tai myönteisempään. Molemmat tahot arvioivat tällä hetkellä kuntajohdon sitoutumista alueellaan hivenen aiempaa kriittisemmin.



KUVIO 13. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuminen johtamisjärjestelmän ja johtamisen näkökulmasta 2008⁸ ja 2013.

3.2.3 Terveys kaikissa politiikoissa

Terveys kaikissa politiikoissa -toimintamallin mukaan eri hallinnonalat ottavat mahdolliset terveysvaikutukset huomioon ennakolta päätöksiä valmistellessaan. Terveyspalvelujen lisäksi väestön terveyteen vaikuttavat myös muut areenat, joita ovat esimerkiksi koulut ja työpaikat, asuminen, ympäristö, liikenne, työllisyys sekä liikunta- ja kulttuuripalvelut.

Sosiaalijohtolta ja terveyskeskusjohtolta tiedusteltiin, näkyykö terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu käytännössä jollakin tavalla. Sosiaalijohtosta vain 29 prosenttia ja terveyskeskusten johtajista 36 prosenttia ilmoitti em. ajattelutavan näkyvän alueellaan. Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu näkyy yhtäläisesti eri suuruisten ja eri puolilla maata sijaitsevien kuntien käytännön toiminnassa.

⁸ Vuoden 2008 kyselyssä asteikko oli: 0 ei lainkaan, 1 (huonosti) – 7 (hyvin) ja 8 en osaa sanoa. Tarkastelussa asteikko luokiteltiin vuotta 2013 soveltaen niin, että 0 = ei lainkaan, 1–3 = huonosti, 4 kohtalaisesti, 5–7 hyvin ja 8 ei osaa sanoa.

Avoimissa vastauksissa kuvattiin, miten em. ajattelu näkyy käytännössä. Sosiaali-johtajien ja terveyskeskusjohtajien vastauksissa painottui, että terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu näkyy strategiatasolla ja suunnittelussa.

- ” Suunnitelmatasolla, mutta käytäntöön viemisessä on vielä työtä.” (Sosiaalihohtaja)
- ” Huomioitu eri strategioissa, johdettu toimenpiteitä eri asiakasryhmille, mm. vanhukset, lapset ja nuoret, vammaiset, aikuisväestö, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat.” (Sosiaalihohtaja)
- ” Asiaa painotettu mm. kuntastrategiassa.” (Terveyskeskusjohtaja)
- ” Osittuvat kunnan suunnitelmiin, talousarvioon ja sitä seurataan osavuositarkastuksissa.” (Terveyskeskusjohtaja)

Ne sosiaalihohtajat ja terveyskeskusjohtajat, jotka tunnistavat terveys kaikissa politiikoissa -ajattelun näkyvän käytännössä alueellaan, arvioivat muita yleisemmin myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuvan alueellaan hyvin.

TAULUKKO 9. Arvot hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutumisesta alueilla, joilla terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu näkyy ja alueilla, joilla se ei näy käytännössä.

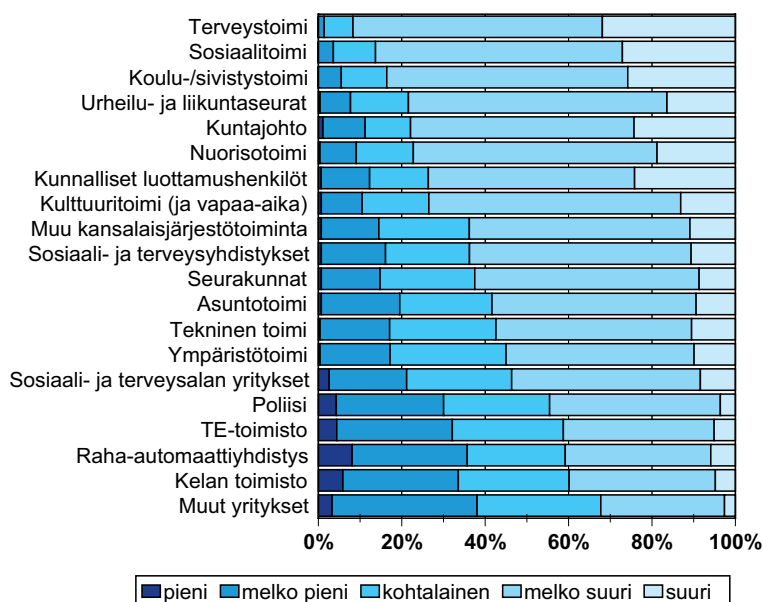
	Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuu alueella			
	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %	n
Sosiaalihohtaja				
Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu ei näy käytännössä	20	50	30	70
Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu näkyy käytännössä	14	32	54	28
Terveyskeskukset				
Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu ei näy käytännössä	10	15	74	39
Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu näkyy käytännössä	-	5	95	22

Eri toimialojen rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä

Kysymykseen eri tahojen roolin merkityksestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä vastasivat sosiaalihohtajat, terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat (liite 3.6). Vastaajatahojen yhteisarviossa kunnan terveystoimi, sosiaali-toimi sekä koulu-/sivistystoimi ovat keskeisimmässä roolissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Näiden tahojen roolin näkee merkittävänä yli 80 prosenttia vastaajista. Merkittävänä nähdään myös urheilu- ja liikuntaseurat, nuorisotoimi sekä kulttuuritoimi. Näiden merkitystä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä korosti noin 70 prosenttia kaikista vastaajista.

Muun kansalaisjärjestötoiminnan ja sosiaali- ja terveysyhdistysten toiminnan merkittävyyttä piti suurena 60 prosenttia vastaajista. Kunnan asuntotoimen, teknisen toimen ja ympäristötoimen rooli oli joka toisen vastaajan mukaan merkitsevydeltään

suuri. Merkitykseltään pienimmiksi vastaajat näkivät muiden yritysten, Kelan toimistojen, Raha-automaattiyhdistyksen ja TE-toimistojen roolin. Vajaa 40 prosenttia näki niiden merkityksen pienenä tai melko pienenä.



KUVIO 14. Eri tahojen roolin merkittävyys kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvioimana.

Vastauksista ilmenee, että vastaajatahot mieltävät kuntalaisten liikunta- ja kulttuuriharrastusten sekä kansalaisjärjestötoiminnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tärkeiksi areenoiksi. Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelun näkökulmasta kunnissa ymmärretään vahvasti myös muiden hallinnonalojen roolin tärkeys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Luvussa 3.2.2 terveyden edistämisen rakenteiden osalta tuli esille, että kunnissa on vielä haasteita hyvinvointivaikutusten arvioinnin suhteen. Terveys kaikissa politiikoissa -mallin mukaan hyvinvointivaikutusten arviointi tulee olla mukana eri hallinnonalojen päätöksenteossa.

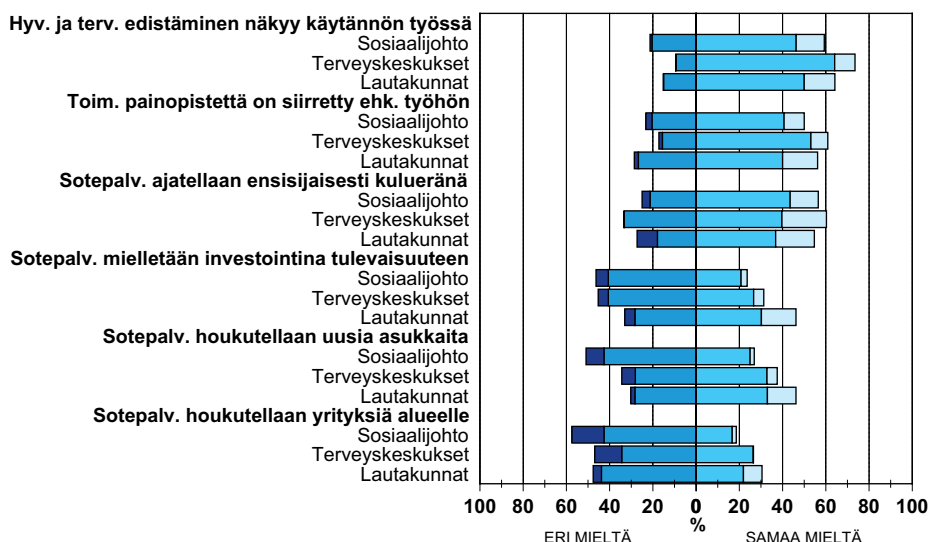
Koulun rooli nousi vastauksissa tärkeäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen areenaksi. Kouluyhyvinvoinnin kehittämiseksi on Suomessa tehty paljon työtä. Koulu on taho, jossa lähes koko ikäluokka viettää merkittävän ajan elämästään vaiheessa, joka koko elämänkaaren kattavassa tarkastelussa on hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen kannalta tärkeä. Esimerkiksi varhaislapsuuden elinolojen ja perhetilanteiden uhatessa lapsen hyvinvoinnin ja terveyden kehitystä voi lapsen hyvinvointia ylläpitävä ja edistävä koulu kääntää kasvun ja kehityksen prosessit myönteiseen suuntaan. Koulu on siten merkittävä areena terveyserojen kaventamisen näkökulmasta.

Vuoden 2007 Sosiaalibarometrin tuloksissa kunnan terveystoimi ja sosiaalitoimi, koulu- ja sivistystoimi, nuorisotoimi sekä urheilu- ja liikuntajärjestöt nähtiin tämän vuoden tapaan tärkeimmässä roolissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

3.2.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitys kunnissa

Hyvinvointitaloudessa nähdään, että kunnan toimivat sosiaali- ja terveystoimen palvelut ovat investointi kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Esimerkiksi lapsiperheiden palvelujen ja tuen riittävyys luo pohjaa perheiden hyvinvoinnille, mikä näkyy vanhempien jaksamisena kasvatustehtävässä ja työelämässä sekä lasten hyvinvointina ja tasapainoisena kehityksenä.

Hyvinvointitalouden edellytyksiä pyrittiin kuvaamaan kysymyksellä, jossa sosiaalijohtolta, terveystoimenjohtolta sekä lautakuntien puheenjohtajilta tiedusteltiin näkemystä siitä, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytysten nähdään toteutuvan kunnassa. Kysymyksellä tavoiteltiin vastaajien näkemyksiä kunnassaan tai yhteistoiminta-alueellaan yleisesti vallitsevasta ilmapiiristä.



KUVIO 15. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvien väittämien toteutuminen kunnassa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkyminen käytännön työssä, toiminnan painopisteen siirtäminen ehkäisevään työhön ja näkemys sosiaali- ja terveystoimen palveluista kulueränä nähtiin eri vastaajatahojen näkökulmasta yhtäläisesti. Kaikista vastaajista 55–64 prosenttia oli näistä vastuualueensa näkökulmasta yhtä mieltä. Sosiaali- ja terveystoimen palvelujen investointiluonteesta ja niiden houkuttelevuudesta uusien asukkaiden ja yritysten kannalta vastaajien näkemykset poikkesivat toisistaan. Näistä väittämistä useimmat myös olivat eri mieltä.

Kunnissa toiminnan painopistettä on siirretty ehkäisevään työhön, mutta sosiaali-johdosta ainoastaan 24 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista 31 prosenttia arvioi, että alueella mielletään toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut investointina tulevaisuuteen. Lautakuntien puheenjohtajat näkevät asian myönteisimmin. Heistä 46 prosenttia uskoo alueellaan koettavan toimivat palvelut investointina tulevaisuuteen. Vastinparina on sosiaali- ja terveysalan johdon ja luottamushenkilöjohdon tulkitsemana nähtävissä, että kunnissa on korostunut ajatus sosiaali- ja terveyspalveluista kulueränä.

Uusien asukkaiden ja yritysten houkuttelemisessa alueelle sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla suhtaudutaan kriittisimmin. Sosiaalijohtajista 51 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista 34 prosenttia ei usko, että sosiaali- ja terveyspalveluilla houkutellaan omalle alueelle uusia asukkaita. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kykyyn houkutella alueelle yrityksiä luotetaan vielä vähemmän. Myönteisimmin asiaan suhtautuvat lautakuntien puheenjohtajat, joista 46 prosenttia arvioi alueensa sosiaali- ja terveyspalvelujen houkuttelevan uusia asukkaita ja 31 prosenttia yrityksiä.

4 Palvelujen ajankohtainen tilanne ja etuuksien saaminen

4.1 Voimavarat palvelujen turvaamiseen

Tässä luvussa tarkastellaan eri vastaajaryhmien arvioita mahdollisuuksista turvata tarvittavat palvelut nykyisillä voimavaroilla vuoden 2013 alussa ja tulevaisuudessa. Luvussa käsitellään myös vastaajien näkemyksiä siitä, mitä heidän alueellaan pitäisi tehdä toisin, jotta resurssit riittäisivät nykyistä paremmin tehtävien hoitamiseen. Lisäksi tarkastellaan, miten hallituksen päätös supistaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia seuraavien kolmen vuoden aikana vaikuttaa sosiaalijohtajien ja terveyskeskusjohtajien arvioiden mukaan alueen sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa työskenteli vuonna 2011 yhteensä noin 263 100 työntekijää, heistä 136 300 terveyspalveluissa ja 121 500 sosiaalipalveluissa. Terveyspalvelujen henkilöstömäärä väheni edellisvuodesta puoli prosenttia (700 henkilöä). Sosiaalipalvelujen henkilöstömäärä kunnissa kasvoi vuodesta 2010 lähes viisi prosenttia eli 5 700 henkilöä. Kasvu suuntautui vanhustenhuoltoon ja lasten päivähoitoon. Kuvaavaa on naisten suuri osuus työvoimasta (91 %). Henkilöstön iän keskiarvo oli 45 vuotta; lähes kolmannes täyttää 67 vuotta vuoteen 2025 mennessä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Kelan kokonaishenkilöstömäärä vuoden 2011 lopussa oli 6 146, josta 5 092 työskenteli palvelun tuottamisessa. Vakinaisen henkilöstön keski-ikä oli 47 vuotta ja keskimääräinen palvelusaika 15 vuotta. Naisia henkilöstöstä oli 83 prosenttia. Henkilöstön määrä kasvoi edellisestä vuodesta 54 henkilöllä. Eläkkeelle jäi 172 henkilöä. (Kelan vuosikertomus 2011.)

TE-toimistoissa työskenteli vuoden 2011 lopussa 3 835 työntekijää, joista naisten osuus oli 81 prosenttia. Henkilöstön keski-ikä oli 48 vuotta. Henkilöstömäärä väheni edellisvuodesta 168 työntekijän verran. Väheneminen on jatkunut myös vuonna 2012, jolloin henkilöstömäärä oli 3 412, eli 423 edellisvuotta vähemmän. Eläkkeelle siirtyneiden osuus vakinaisen henkilöstön määrästä oli vuonna 2012 2,6 prosenttia. (Etelä-Savon ELY-keskus 2013.)

4.1.1 Sosiaalipalvelut

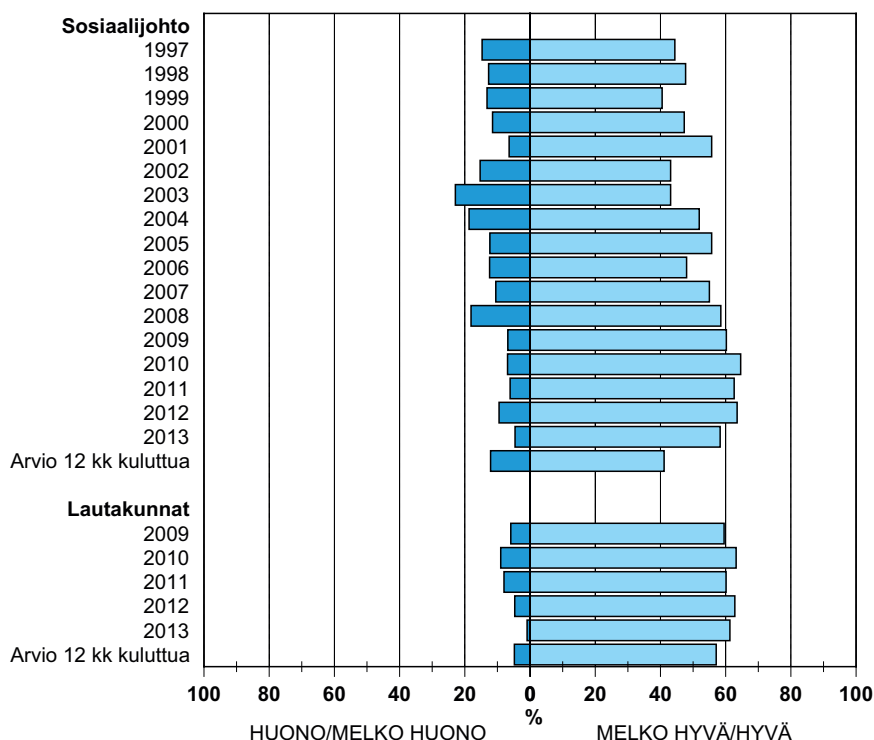
Sosiaalijohtoa ja lautakuntien puheenjohtajia pyydettiin arvioimaan, miten heidän alueellaan voidaan turvata asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä sekä ennakoimaan sitä, miten ne tulevat riittämään 12 kuukauden kuluttua.

Sosiaalipalvelujen turvaaminen tällä hetkellä nykyisin resurssein

Yleiskuva sosiaalipalvelujen resurssien riittävydestä on melko myönteinen. Vuodenvaihteessa 2012–2013 selvästi yli puolet sosiaalijohtajista (58 %) ja lautakuntien puheenjohtajista (61 %) arvioi sosiaalipalvelujen turvaamisen nykyresurssein toteutuvan melko hyvin tai hyvin. Kohtalaisena tilannetta pitää runsas kolmasosa (37–38 %) vastaajista. Vain viisi prosenttia sosiaalijohtajista ja prosentti lautakuntien puheenjohtajista arvioi nykyisten voimavarojen riittävyyden melko huonoksi tai huonoksi.

Asukasmäärältään pienimmillä alueilla näkemykset ovat hieman myönteisempiä kuin muualla, sillä alle 10 000 asukkaan alueiden sosiaalijohtajista 63 prosentin ja lautakuntien puheenjohtajista 69 prosentin mielestä nykyisillä resursseilla turvataan alueella tarvittavat sosiaalipalvelut vähintään melko hyvin (liite 4.1).

Edellisvuoteen verrattuna tilannetta kohtalaisena pitävien osuus on kasvanut hieman ja sen huonoksi tai hyväksi arvioivien osuus on vastaavasti supistunut. Voimavarojen riittävyyttä melko hyvänä tai hyvänä pitävien vastaajien osuus on vähentynyt sosiaalijohdolla kuudella ja lautakuntien puheenjohtajilla kahdella prosenttiyksiköllä. Riittävyyden heikoksi arvioivia on sosiaalijohdossa ja lautakuntien puheenjohtajissa vuoden 2012 alussa neljä prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuotta aiemmin.



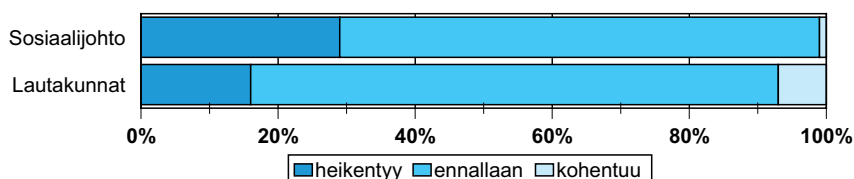
KUVIO 16. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvio mahdollisuudesta turvata alueen asukkaiden tarvitsemat sosiaalipalvelut nykyisillä resursseilla.

Sosiaalipalvelujen turvaaminen nykyisin resurssein 12 kuukauden kuluttua

Nykyisten voimavarojen riittävyyteen sosiaalipalvelujen turvaamiseksi vuoden kuluttua suhtaudutaan epäilevämmiin kuin niiden riittävyyteen tällä hetkellä. Etenkin sosiaalijohto arvioi tulevaisuutta tässä suhteessa nykytilannetta kriittisemmin. Sosiaalijohtajista 41 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 57 prosenttia pitää nykyresurssien riittävyyttä vuoden päästä vähintään melko hyvänä. Kohtalaiseksi sen ennakoivat puolet (47 %) sosiaalijohtajista ja runsas kolmasosa (38 %) lautakuntien puheenjohtajista. Sosiaalijohtajista 12 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista viisi prosenttia uskoo nykyisten voimavarojen riittävän vain huonosti tarvittavien sosiaalipalvelujen turvaamiseen vuoden päästä. Asukasluvultaan suurimmilla alueilla nykyresurssien riittävyyttä vuoden päästä melko hyvänä tai hyvänä pitäviä on suhteellisesti vähemmän kuin muualla (liite 4.2).

Kun tarkastellaan rinnakkain kunkin vastaajan arviota voimavarojen riittävyydestä tällä hetkellä ja vuoden kuluttua, saadaan kuva siitä, mihin suuntaan tilanteen ennakoidaan kehittyvän. Tarkastelu tuo edellä kuvattua selvemmin esiin etenkin sosiaalijohdon näkemyksen nykyresurssien riittävyyden heikkenemisestä. Vaikka selvä enemmistö (70–77 %) kummastakin vastaajaryhmästä arvioi

voimavarojen riittävyyden pysyvän ennallaan, yli neljäsosa (29 %) sosiaali-johtajista ja kuudesosa (16 %) lautakuntien puheenjohtajista ennakoivat mahdollisuudet turvata alueen sosiaalipalvelut nykyisillä resursseilla heikentyvän. Vain prosentti sosiaali-johtajista ja seitsemän prosenttia lautakuntien puheenjohtajista uskoo nykyisten voimavarojen riittävyyden parantumiseen.



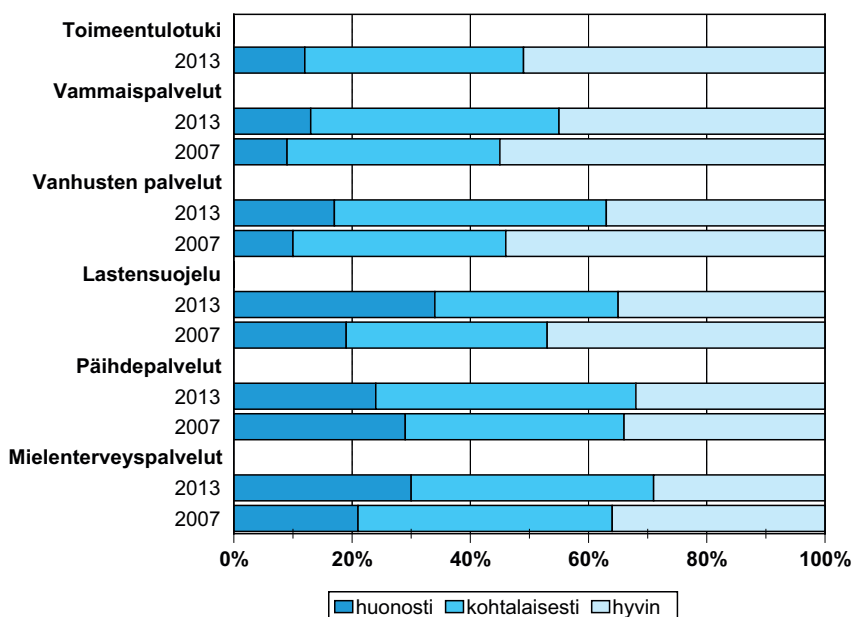
KUVIO 17. Sosiaali-johtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot, miten mahdollisuudet turvata alueen asukkaiden sosiaalipalvelut nykyisillä voimavaroilla kehittyvät 12 kuukauden kuluessa.

Henkilöstöresurssien riittävyys sosiaalitoimen tehtävien hoitamiseen

Sosiaalipalvelujen henkilöstöresurssien ajankohtaistilanteen tarkastelua varten sosiaali-johtajilta tiedusteltiin, miten he arvioivat odotettavissa olevien henkilöstöresurssien riittävän sosiaalitoimen eri tehtävien hoitamiseen. Arvioitavina olivat lastensuojelu, vanhusten palvelut, vammais-, päihde- ja mielenterveyspalvelut sekä toimeentulotuki. Toimeentulotukea lukuun ottamatta kaikkien tehtävien henkilöstöresurssien riittävyyttä on aikaisemmin kysytty sosiaalijohtolta Sosiaalibarometri 2007 -kyselyssä. Vertailun vuoksi vastaajien arviot vuodelta 2007 on esitetty seuraavassa kuviossa yhdessä tämänvuotisten kanssa.

Henkilöstöresurssien puutteet tunnistetaan yleisimmin lastensuojelussa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Sosiaali-johtajista kolmasosa (34 %) arvioi lastensuojelun, vajaa kolmasosa (30 %) mielenterveyspalvelujen ja noin neljäsosa (24 %) päihdepalvelujen henkilöstöresurssien riittävyyden alueellaan huonoksi. Resurssien riittävyyttä vähintään melko hyvänä pitävien vastaajien osuus on suurin toimeentulotuessa (51 %), vammaispalveluissa (45 %) ja vanhusten palveluissa (37 %).

Vuodenvaihteen 2012–2013 henkilöstöresurssien riittävyysarviot ovat kriittisempiä kuin vuonna 2007. Selvimmin muutos näkyy lastensuojelussa. Lastensuojelun voimavarat huonoiksi arvioivien osuus on kasvanut 15 prosenttiyksikköä ja niitä melko hyvin tai hyvin riittävänä pitävien osuus on supistunut 12 prosenttiyksiköllä. Vanhusten palvelujen henkilöstöresursseja vähintään melko hyvänä pitävien sosiaali-johtajien osuus on nyt 17 prosenttiyksikköä pienempi kuin kuusi vuotta sitten.



KUVIO 18. Sosiaalijohtajien arvio odotettavissa olevien henkilöstöresurssien riittävyydestä sosiaalitoimen eri tehtävien hoitamiseen alueella 2007 ja 2013.

Keinoja resurssien parempaan riittävyyteen

Sosiaalijohtajia ja lautakuntien puheenjohtajia pyydettiin arvioimaan, mitä heidän alueellaan pitäisi tehdä toisin, jotta resurssit riittäisivät nykyistä paremmin sosiaalitoimen tehtävien hoitamiseen. Molempien vastaajaryhmien yleisimmin mainitsemat keinot ovat alueellisen ja eri toimijoiden välisen yhteistyön lisääminen sekä ennaltaehkäisevään toimintaan panostaminen. Muina ratkaisuuksina mainitaan esimerkiksi voimavarojen priorisointi ja pätevän henkilöstön saannin varmistaminen.

- “Lisää seudullista yhteistyötä ja osaamisen keskittämistä.” (Sosiaalijohtaja)
- “Enempi yhteistyötä koulun, sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden kesken.” (Lautakunnan pj.)
- “Ennaltaehkäisevään toimintaan pitäisi satsata ja toimijoiden väliseen yhteistyöhön.” (Sosiaalijohtaja)
- “Painotus ennaltaehkäisevään työhön ja varhainen puuttuminen, päättäjien ymmärryksen lisääminen ennaltaehkäisevän työn merkityksestä [...]” (Sosiaalijohtaja)
- “Olemassa olevien voimavarojen priorisointi eniten apua tarvitseville, ehkäiseviin palveluihin panostaminen [...]” (Sosiaalijohtaja)
- “Pätevän henkilöstön varmistaminen, Lisääntyviin tarpeisiin vastaaminen.” (Sosiaalijohtaja)

Arvio valtionosuuksien pienentämisen vaikutuksista alueen palveluihin

Hallituksen päätöksen mukaan kuntien laskennallisia sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia tullaan supistamaan 631 miljoonaa euroa vuodessa seuraavien kolmen vuoden aikana (Pääministeri Kataisen hallituksen ohjelma 2011). Sosiaali-johdolta kysyttiin, miten he arvioivat valtionosuuksien pienentämisen vaikuttavan alueensa sosiaalipalveluihin.

Vastaajien näkemykset supistuksen vaikutuksista ovat varsin synkkiä. Valtionosuuksien pienenemisen arvioidaan heikentävän mahdollisuuksia tarjota sosiaalipalveluja ja johtavan niiden karsimiseen ja priorisointiin niin, että vain välttämättömät palvelut ja subjektiiviset oikeudet on mahdollista turvata. Osan mielestä palveluvalikoima tulee kapenemaan ja esimerkiksi harkinnanvaraiset palvelut ja etuudet vähenemään. Muutamat vastaajat ennakoivat supistusten näkyvän myöhemmin korjaavien kustannusten kasvuna.

Kysymykseen vastanneesta 104 sosiaalijohtajasta vain seitsemän arvioi, että valtionosuuksien pienentämisellä ei ole vaikutusta oman alueen sosiaalipalveluihin.

- “ Ehdottomasti vaikeuttaa entisestään palvelujen järjestämistä.”
- “ Vain välttämättömät palvelut ja subjektiiviset oikeudet on mahdollista turvata, palveluverkko supistuu, palveluja on keskitettävä, henkilöstön rekrytointi vaikeutuu.”
- “ Keskitytään entistä tarkemmin lakisääteisten minimivaatimusten täyttämiseen, erityisesti niiden joissa on mahdollisesti sanktio-seuraamuksia näköpiirissä....”
- “ Joudutaan rankalla kädellä huopumaan kaikista sellaisista toiminnoista, jotka ei ole lakisääteisiä. Tällöin on aina vaara, että leikataan ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä (esim. nuorisotyö), jotka tuovat sitten ajan mittaan lisäkuluja lakisääteisiin toimiin (lastensuojelu ym.).”

4.1.2 Terveyspalvelut

Terveyskeskusten johtajilta tiedusteltiin, miten heidän toiminta-alueellaan voidaan turvata kuntalaisten tarvitsemat terveyspalvelut kuntien nykyisillä voimavaroilla. Lisäksi heiltä pyydettiin ennakkoarviota siitä, miten nykyiset resurssit riittävät 12 kuukauden kuluttua.

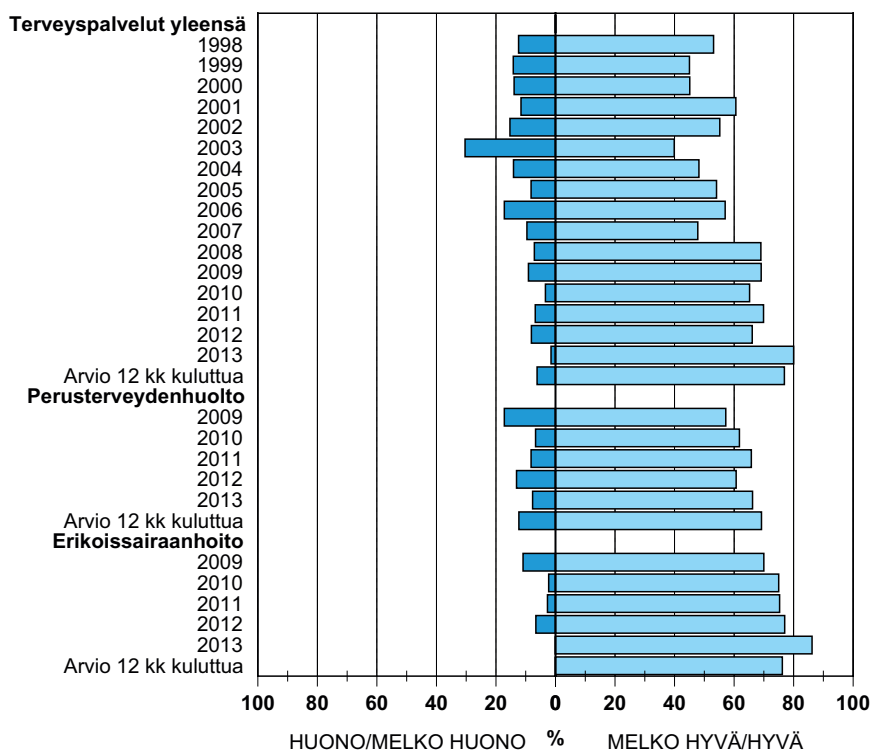
Terveyspalvelujen turvaaminen tällä hetkellä nykyisin voimavaroin

Vastaajien arviot terveyspalvelujen voimavarojen riittävydestä tällä hetkellä ovat hyvin myönteisiä. Neljä viidestä terveyskeskusjohtajasta pitää yleensä terveyspalveluihin varattuja nykyresursseja riittävinä turvaamaan hyvin kuntalaisten tarpeet. Vain kaksi prosenttia vastaajista arvioi voimavarojen riittävyyden huonoksi.

Kaksi kolmesta terveyskeskusjohtajasta pitää perusterveydenhuollon palvelujen resursointia melko hyvänä tai hyvänä ja kahdeksan prosenttia arvioi sen olevan huono. Peräti 86 prosentin mielestä erikoissairaanhoidon palvelut voidaan turvata nykyisin voimavaroin vähintään melko hyvin ja yksikään vastaaja ei pidä niiden resursointia huonona.

Asukasmäärältään suurimmilla alueilla voimavaroja terveyspalveluihin yleensä sekä perusterveydenhuollon palveluihin ei pidetä riittävinä aivan niin yleisesti kuin muualla (liite 4.3).

Terveyskeskusjohtajien näkemykset nykyisten voimavarojen riittävydestä terveyspalveluihin yleensä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin ovat nyt positiivisempia kuin kertaakaan aikaisemmin Sosiaalibarometrin kyselyissä. Tilanteen melko hyväksi tai hyväksi arvioivien osuus on kasvanut ja sitä huonona pitävien osuus pienentynyt edellisvuodesta terveyspalveluissa yleensä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluissa.

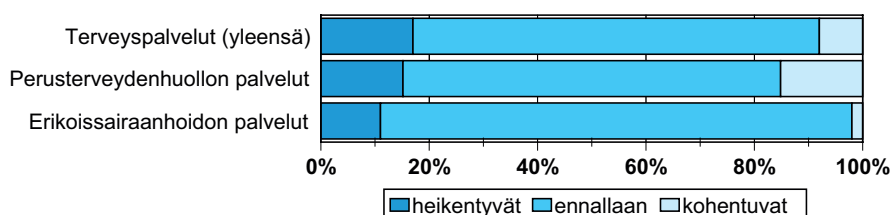


KUVIO 19. Terveyskeskusten johtajien arviot mahdollisuudesta turvata alueen asukkaiden terveydenhuollon palvelut nykyisillä voimavaroilla.

Terveyspalvelujen turvaaminen nykyisin voimavaroin 12 kuukauden kuluttua
Nykyisten voimavarojen riittävyttä terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi vuoden kuluttua arvioidaan varsin optimistisesti, joskin hieman varovaisemmin kuin tämänhetkistä tilannetta. Noin kolme neljäsosaa (76–77 %) vastaajista uskoo nykyresurssien riittävän vähintään melko hyvin yleensä terveyspalvelujen sekä erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseen vuoden kuluttua. Yli kaksi kolmasosaa (69 %) arvioi nykyisten voimavarojen riittävyyden melko hyväksi tai hyväksi perusterveydenhuollon palvelujen turvaamiseen.

Asukasluvultaan suurimmilla alueilla voimavarojen riittävyyttä terveyspalveluihin yleensä sekä erityisesti perusterveydenhuollon palveluihin ei pidetä vuoden kuluttua aivan niin yleisesti hyvänä kuin muualla (liite 4.4).

Tarkasteltaessa rinnakkain kunkin vastaajan arviota nykyisten voimavarojen riittävyydestä tällä hetkellä ja vuoden kuluttua havaitaan, että selkeä enemmistö (69–87 %) terveyskeskusjohtajista uskoo resurssien riittävyyden terveyspalveluihin yleensä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin pysyvän ennallaan. Joka kuudes (17 %) arvioi yleensä terveyspalvelujen, 15 prosenttia perusterveydenhuollon ja 11 prosenttia erikoissairaanhoidon turvaamismahdollisuuksien nykyresursseilla heikkenevän.



KUVIO 20. Terveyskeskusten johtajien arviot siitä, miten mahdollisuudet turvata alueen asukkaiden terveydenhuollon palvelut nykyisillä voimavaroilla kehittyvät 12 kuukauden kuluessa.

Keinoja resurssien parempaan riittävyyteen

Terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan, mitä heidän alueellaan pitäisi tehdä toisin, jotta resurssit riittäisivät nykyistä paremmin terveyskeskusten tehtävien hoitamiseen. Kolme yleisintä vastaajien mainitsemaa keinoa voimavarojen riittävyyden edistämiseksi ovat yhteistyön lisääminen, työnjaon kehittäminen yleensä sekä erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja lääkäreiden saatavuuden parantaminen. Muita esitettyjä ratkaisuja ovat esimerkiksi paremmin toimivat tietojärjestelmät, sähköiset palvelut ja ennalta ehkäisevään toimintaan panostaminen.

- ” Enemmän alueellista yhteistyötä erityisesti pienten mutta tuiki tarpeellisten palvelukokonaisuuksien turvaamiseksi.”
- ” Enemmän yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa.”
- ” Enemmän maakunnallista yhteistyötä erikoisasioissa.”
- ” Työnjako erikoissairaanhoidon kanssa tuli selkeyttää [...] lääkäreiden, sairaanhoitajien työnjaon selkeyttäminen.”
- ” Lääkäreistä pitäisi saada terveyskeskuksiin, jollakin konstilla! Rekrytointi ei vaan toimi [...]”
- ” Tietoteknologian hyödyntäminen, asiakas tekee mahdollisimman paljon itse esim. ajanvarauksia, ilmoittautumisia erilaisille vastaanotoille.”
- ” Lisätä resursseja ennalta ehkäisevään toimintaan. Hetken kustannukset korkeammat, mutta sitten syntyy säästöä.”

Arvio valtionosuuksien pienentämisen vaikutuksista alueen palveluihin

Kuten edellä luvussa 4.1.1 todetaan, hallitus on päättänyt, että kuntien laskennallisia sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia supistetaan 631 miljoonaa euroa vuodessa seuraavien kolmen vuoden aikana (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011). Terveyskeskusten johdolta tiedusteltiin, miten he arvioivat valtionosuuksien supistuksen vaikuttavan alueensa terveyspalveluihin.

Vastaajien ennakkoinnit supistuksen vaikutuksista ovat hyvin kielteisiä, samaan tapaan kuin edellä kuvatut sosiaalijohdon arviotkin. Valtionosuuksien pienemisen uskotaan vaikeuttavan mahdollisuuksia tarjota alueella riittäviä terveyspalveluja. Resurssipulan vuoksi on tarpeen karsia ja priorisoida palveluja tai tehdä rakenteellisia muutoksia. Myös ennaltaehkäisevän työn arvioidaan vaikeutuvan. Kysymykseen vastanneesta 61 terveyskeskusjohtajasta vain seitsemän arvioi, että valtionosuuksien pienentäminen ei vaikuta alueen terveyspalveluihin.

- “ Ehdottomasti vaikeuttaa entisestään palvelujen järjestämistä.”
- “ Palveluita joudutaan leikkaamaan ja supistamaan melko rajusti.[...].”
- “ Palveluja pitää karsia joiltakin osin väistämättä, koska työvoimaresursseista ei pysty säästämään, kun pulaa on jo nyt. Priorisointia on alettava tekemään.”
- “ Tarvittaviea lisäresursseja ei saada, toimintaa joudutaan jatkuvasti priorisoimaan, että saadaan pakolliset asiat hoidettua. Pahimmassa tapauksessa ennaltaehkäisy vähenee.”
- “ Turha puhua ennaltaehkäisevästä työstä enää. Sammutellaan vain tulipaloja, ei enää yritetä ehkäistä niitä.”
- “ Aiheuttaa säästövaatimuksia ja rakenteelliset muutokset ehdottoman välttämättömiä.”

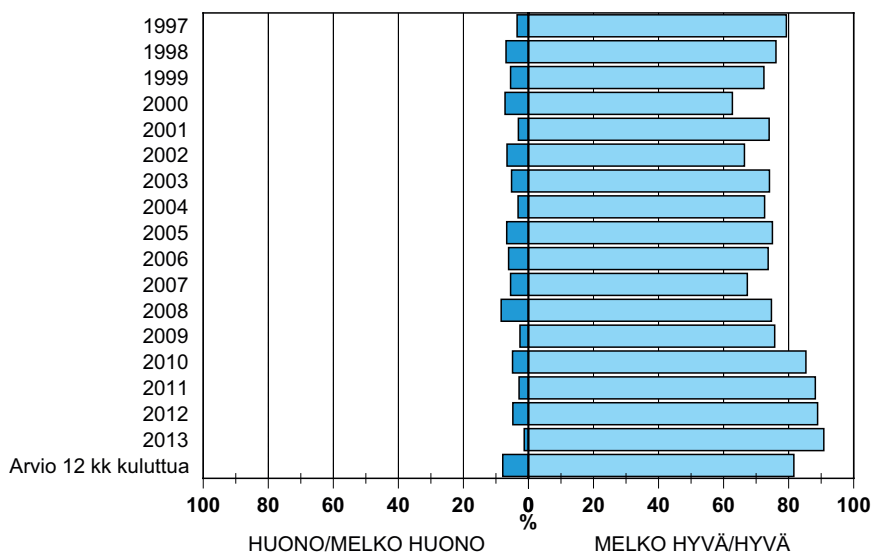
4.1.3 Kelan palvelu

Kelan toimistojen johtajilta kysyttiin, miten heidän toiminta-alueellaan voidaan turvata kansalaisten tarvitsema Kelan palvelu nykyisillä voimavaroilla ja miten he arvioivat resurssien riittävän palvelun turvaamiseen 12 kuukauden kuluttua.

Kelan palvelun turvaaminen tällä hetkellä nykyisin voimavaroin

Vastaajat arvioivat voimavarojen riittävyyden Kelan palvelujen turvaamiseen erittäin hyväksi. Kelan toimistojen johtajista 91 prosenttia pitää resursseja melko hyvinä tai hyvinä, kahdeksan prosenttia kohtalaisina ja vain prosentti arvioi ne melko huonoiksi tai huonoiksi.

Näkemykset nykyisten voimavarojen riittävyydestä Kelan palveluihin ovat nyt myönteisempiä kuin koskaan aikaisemmin Sosiaalibarometrin kyselyissä. Nykytilanteen vähintään melko hyväksi arvioivien osuus on suurin ja sitä huonona pitävien osuus pienin koko vuodesta 1997 alkavalla tarkastelujaksolla.



KUVIO 21. Kelan toimistojen johtajien arvio mahdollisuudesta turvata kansalaisten tarvitsemat Kelan palvelut nykyisillä voimavaroilla.

Kelan palvelun turvaaminen nykyisin voimavaroin 12 kuukauden kuluttua
Nykyisten voimavarojen uskotaan riittävän varsin hyvin Kelan palvelun turvaamiseen myös vuoden kuluttua. Tilanteen ei arvioida kuitenkaan olevan aivan yhtä hyvä kuin tällä hetkellä. Yli neljä viidesosaa (82 %) vastaajista ennakoivat nykyresurssien riittävän melko hyvin tai hyvin Kelan palvelun turvaamiseen vuoden kuluttua. Joka kymmenes (10 %) arvioi voimavarojen riittävyyden kohtalaiseksi ja kahdeksan prosenttia huonoksi.

Kun tarkastellaan rinnakkain kunkin vastaajan arviota nykyisten voimavarojen riittävyydestä Kelan palveluun vuoden 2013 alussa ja vuoden kuluttua havaitaan, että 88 prosenttia Kelan toimistojen johtajista uskoo resurssien riittävyyden pysyvän ennallaan. Runsas kymmenesosa (12 %) arvioi voimavarojen riittävyyden heikentyvän. Koska resurssien riittävyys arvioidaan jo lähtötasoltaan erittäin hyväksi, selittää se sitä, ettei yksikään vastaaja ennakoiv ennakoiv riittävyyden entisestään kohentuvan lähimmän vuoden kuluessa.

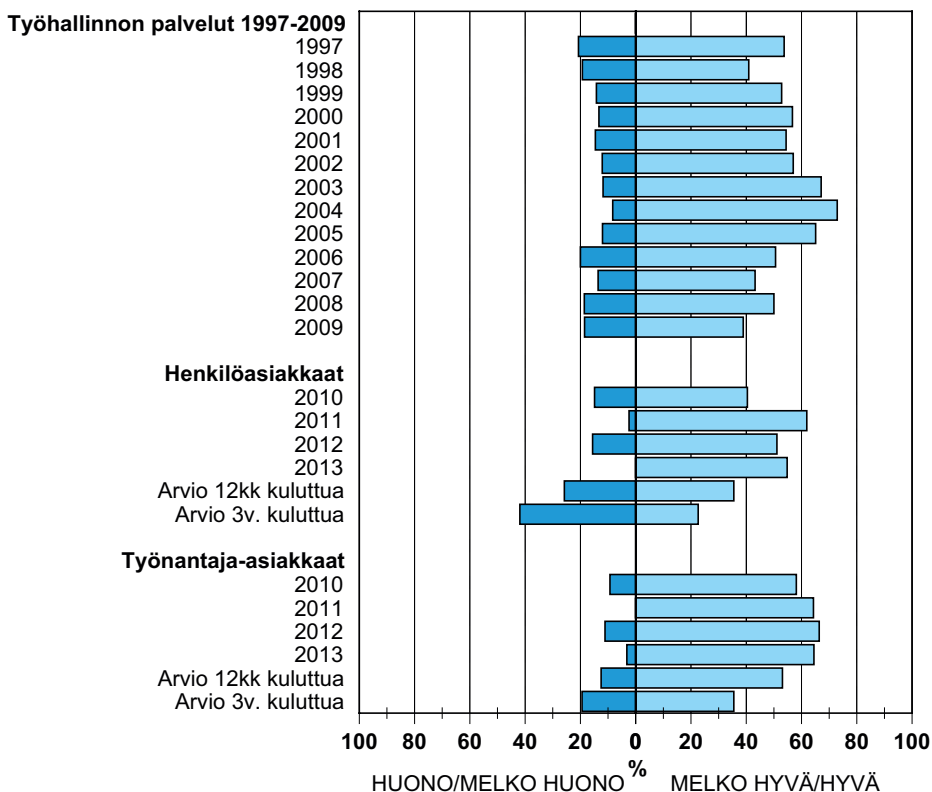
Asukasluvultaan pienimmillä alueilla nykyresurssien riittävyyden Kelan palvelun turvaamiseen arvioidaan heikentyvän yleisemmin kuin muualla (liite 4.5).

4.1.4 Työ- ja elinkeinotoimistojen palvelut

Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan, miten heidän toiminta-alueellaan voidaan turvata kansalaisten tarvitsemat työ- ja elinkeinohallinnon palvelut nykyisillä voimavaroilla ja miten nykyisten resurssien uskotaan riittävän palvelujen turvaamiseen 12 kuukauden ja kolmen vuoden kuluttua. Lisäksi tiedusteltiin odotettavissa olevien henkilöstöresurssien riittävyyttä kaikkien toimiston tehtävien hoitamiseen.

TE-palvelujen turvaaminen tällä hetkellä nykyisin voimavaroin

Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat arvioivat työ- ja elinkeinohallinnon voimavarojen riittävyyden tällä hetkellä melko hyväksi. Yli puolet (55 %) vastaajista pitää henkilöasiakkaiden palvelujen ja lähes kaksi kolmasosaa (65 %) työnantajapalvelujen resursseja riittävinä turvaamaan hyvin käyttäjien tarpeet. Yksikään vastaaja ei pidä henkilöasiakkaiden palvelujen voimavaroja riittämättöminä ja työnantajapalveluissakin vain kolme prosenttia arvioi resurssien riittävyyden melko huonoksi tai huonoksi.



KUVIO 22. TE-toimistojen johtajien arviot mahdollisuuksista turvata kansalaisten tarvitsemat työ- ja elinkeinohallinnon palvelut alueellaan nykyisillä voimavaroilla⁹.

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

Nykyisten voimavarojen riittävyyteen työ- ja elinkeinohallinnon palvelujen turvaamiseksi vuoden ja kolmen vuoden kuluttua suhtaudutaan selvästi epäilevämmiin. Kuten seuraavasta kuviosta näkyy, resurssien riittävyyttä vähintään melko hyvänä pitävien osuus pienenee ja sen huonoksi arvioivien osuus kasvaa sekä

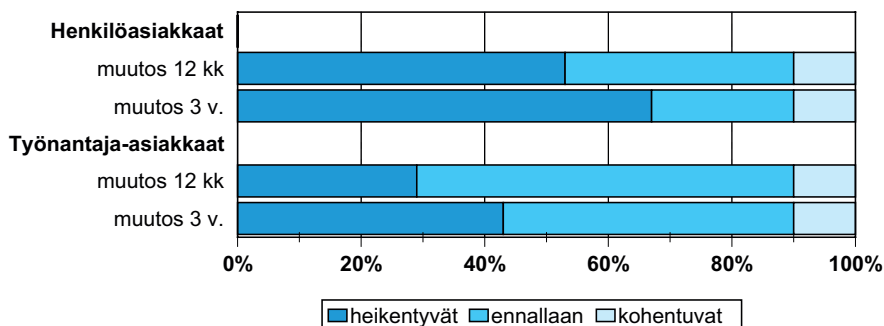
⁹ Ylimpänä kuviossa työvoimatoimistojen johtajien arviot työhallinnon palvelujen turvaamismahdollisuuksista 1997–2009 käytettävissä olevin resurssein.

henkilöasiakkaiden että työnantajien palveluissa, mitä pidemmälle arvio ajallisesti ulottuu. Erityisen vaikeaksi ennakoidaan henkilöasiakkaiden palvelujen turvaaminen tulevaisuudessa.

Noin kolmasosa (35 %) vastaajista uskoo nykyresurssien riittävän melko hyvin tai hyvin henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamiseen vuoden kuluttua ja vain vajaa neljäsosa (23 %) kolmen vuoden kuluttua. Nykyisten voimavarojen riittävyyden henkilöasiakkaiden palveluihin huonoksi vuoden päästä arvioi noin joka neljäs (26 %) ja kolmen vuoden päästä jo 42 prosenttia vastaajista.

Yli puolet (53 %) arvioi nykyisten resurssien riittävyyden työnantajapalvelujen turvaamiseen vähintään melko hyväksi vielä vuoden kuluttua, mutta enää runsas kolmasosa (36 %) kolmen vuoden kuluttua. Työnantajapalvelujen voimavarojen riittävyyden ennakoi olevan huono vuoden päästä joka kahdeksas (13 %) ja kolmen vuoden päästä noin joka viides (19 %) vastaaja.

Huoli etenkin henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamisesta tulevaisuudessa korostuu, kun tarkastellaan rinnakkain kunkin vastaajan arviota nykyisten voimavarojen riittävyydestä tällä hetkellä sekä vuoden ja kolmen vuoden kuluttua. Tarkastelussa havaitaan, että yli puolet (53 %) vastaajista uskoo resurssien riittävyyden henkilöasiakkaiden palveluihin heikentyvän vuoden kuluessa ja kolmen vuoden kuluessa niiden arvioi heikentyvän kaksi kolmasosaa (67 %) vastaajista. Runsas neljäsosa (29 %) ennakoi työnantajapalvelujen voimavarojen riittävyyden heikentyvän vuoden kuluessa ja 43 prosenttia kolmen vuoden kuluessa.

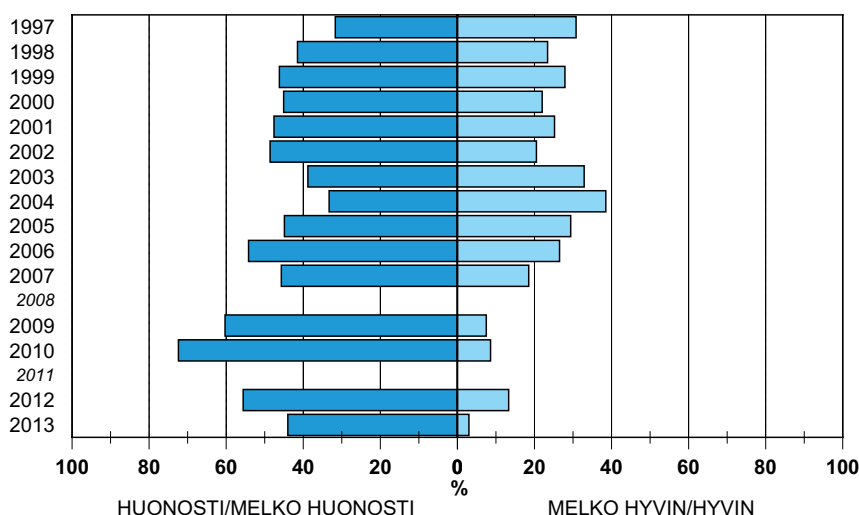


KUVIO 23. TE-toimistojen johtajien arviot siitä, miten mahdollisuudet turvata kansalaisten tarvitsemat työ- ja elinkeinohallinnon palvelut alueella nykyisillä voimavaroilla kehittyvät 12 kuukauden kuluessa.

Henkilöstöresurssien riittävyys TE-toimiston kaikkien tehtävien hoitamiseen Työ- ja elinkeinotoimistojen henkilöstöresurssien riittävyyden tarkastelua varten TE-toimistojen johtajilta tiedusteltiin, miten odotettavissa olevat henkilöstöresurssit riittävät kaikkien toimiston tehtävien hoitamiseen.

Hieman yli puolet vastaajista pitää toimistonsa henkilöstöresurssien riittävyyttä kohtalaisena ja vain kolme prosenttia arvioi ne hyväksi. Huonona resursseja pitää 44 prosenttia vastaajista.

Aikaisempiin vuosiin nähden henkilöstöressurssien riittävyyden hyväksi arvioivia on nyt vähemmän kuin koskaan ennen. Edellisvuoteen verrattuna myös resurssien riittävyyttä huonona pitäviä on nyt 12 prosenttiyksikköä vähemmän.



KUVIO 24. TE-toimistojen johtajien arviot siitä, miten odotettavissa olevat henkilöstöressurit riittävät kaikkien toimiston tehtävien hoitamiseen.

Keinoja resurssien parempaan riittävyyteen

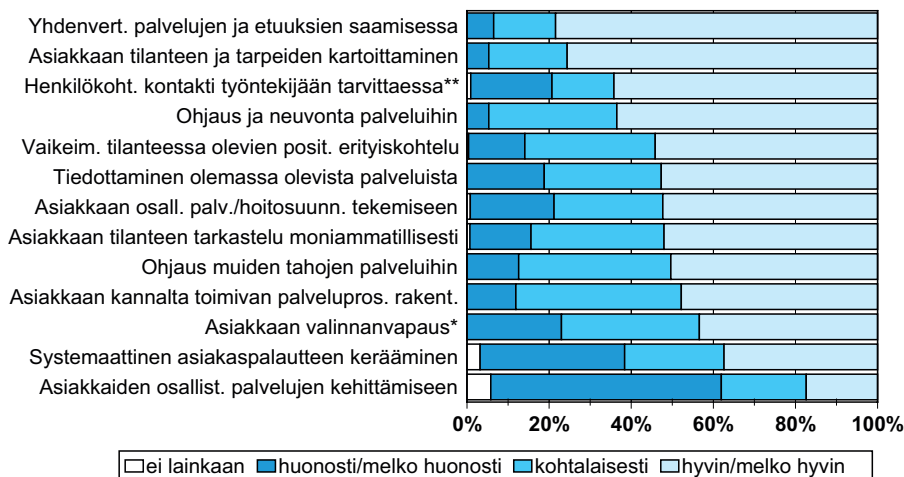
Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan, mitä pitäisi tehdä toisin, jotta resurssit riittäisivät nykyistä paremmin TE-toimiston kaikkien tehtävien hoitamiseen. Yleisin vastaajien näkemys on sähköisten palvelujen käyttö. Myös resursseja kaivataan lisää ja nykyisen henkilöstön supistamisia halutaan välttää. Joidenkin vastaajien mielestä tulisi hyväksyä, ettei kaikkia nykyisistä asiakkaista voida palvella, vaan heidän asiansa kuuluisivat paremminkin sosiaalitoimen piiriin. Osa nimeää keinoiksi toimintatapojen muutoksen, yhteistyön lisäämisen ja voimavarojen uudelleen kohdentamisen.

- ” Sähköisiä palveluita pitäisi pystyä hyödyntämään paljon nykyistä tehokkaammin. Erilaisten palvelujen tuottamistavat on vielä hyödyntämättä.”
- ” Ainakin vahva valtakunnallinen kampanjointi sähköisten palvelujen käytöstä. [...] Sähköisten tietojärjestelmien yhdistäminen ja yksinkertaistaminen olisi yksi tärkeä kokonaisuus.”
- ” Resursseja pitäisi saada lisää.”
- ” Lopettaa henkilöstövähennykset. Varsinkin kun työttömyys on alkanut kasvaa ja työvoiman kysyntä on ennallaan.”
- ” TE-toimiston tulisi voida keskittyä työnvälitykseen ja asiakkaisiin, jotka ovat menossa työelämäänsä. Sosiaalitoimen tulisi huolehtia niistä henkilöistä, jotka eivät ole suuntautunut työelämäänsä.”
- ” Resurssien kohdentaminen on ensisijainen edellytys kuten myös resurssien vähentäminen tulisi tarkastella uudelleen.”

4.2 Asiakaskeskeisyyden toteutuminen palveluissa

Yleiskuva asiakaskeskeisyyden toteutumisesta

Sosiaalijohtajilta, terveyskeskusjohtajilta, Kelan toimistojen johtajilta ja TE-toimistojen johtajilta kysyttiin asiakaskeskeisyyteen liittyvien seikkojen toteutumisesta omalla alueella. Vastaajaryhmiä pyydettiin arvioimaan asiakaskeskeisyyttä oman organisaation käytännön toiminnassa. Seuraavaan kuvioon on koottu kaikkien vastaajaryhmien arviot asiakaskeskeisyyden toteutumisesta.



KUVIO 25. Asiakaskeskeisyyden toteutuminen sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan.

* Sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien ja Kelan toimistojen johtajien arvio

** Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvio

Asiakaskeskeisyyttä arvioitiin yleisesti ottaen positiivisesti lukuun ottamatta asiakkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin liittyviä seikkoja, joita ovat asiakkaan valinnanvapaus, systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen ja asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen. Huonoimman arvion saa asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen: yli puolet (56 %) vastaajista arvioi sen toteutuvan melko huonosti tai huonosti. Lisäksi kuusi prosenttia on sitä mieltä, että asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen ei toteudu lainkaan omassa toiminnassa. Vain kuudennes (17 %) arvioi asiakkaiden osallistumisen palvelujen kehittämiseen toteutuvan melko hyvin tai hyvin.

Asiakkaiden osallistumiseen liittyy oleellisesti myös asiakaspalautteen kerääminen. Systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen toteutuu melko hyvin tai hyvin runsaan kolmanneksen (37 %) mielestä. Lähes yhtä usein (35 %) sen arvioidaan toteutuvan melko huonosti tai huonosti. Lisäksi kolme prosenttia vastaajista ilmoittaa, että asiakaspalautetta ei kerätä systemaattisesti lainkaan. Asiakkaan valinnanvapaus toteutuu huonosti tai melko huonosti lähes neljänneksen (23 %) mielestä.

Parhaiten asiakaskeskeisyyteen liittyvistä seikoista toteutuvat julkisten palveluntuottajien arvion mukaan yhdenvertaisuus palvelujen ja etuuksien saamisessa sekä asiakkaan tilanteen ja tarpeiden kartoittaminen. Useampi kuin kolme neljässtä (76–79 %) vastaajasta arvioi näiden toteutuvan melko hyvin tai hyvin oman alueensa palveluissa. Lähes kaksi kolmesta (64 %) vastaajasta on sitä mieltä, että ohjaus oman organisaation palveluihin toimii melko hyvin tai hyvin. Yhtä suuri osa näkee, että asiakas saa kontaktin työntekijään tarvittaessa. Noin puolet (50–54 %) arvioi hyväksi tai melko hyväksi vaikeimmassa asemassa olevien positiivisen erityiskohtelun, asiakkaan tilanteen moniammatillisen tarkastelun, asiakkaan osallistumisen palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen, tiedottamisen olemassa olevista palveluista sekä ohjauksen muiden tahojen palveluihin. Lähes puolet (48 %) näkee asiakkaan kannalta toimivan palveluprosessin rakentamisen toteutuvan melko hyvin tai hyvin.

Asiakaskeskeisyyteen liittyviä arvioita pyydettiin lisäksi vain yhtä vastaajaryhmää koskevista seikoista. Kelan toimistojen johtajilta kysyttiin asiakasraatien sekä palvelujen ja etuuksien avoimien ja ymmärrettävien myöntämiskriteerien toteutumisesta toimiston käytännön toiminnassa. Asiakasraadit eivät toteudu lainkaan noin kolmanneksen (32 %) arvion mukaan. Lisäksi 39 prosenttia Kelan toimistojen johtajista arvioi niiden toteutuvan huonosti tai melko huonosti. Negatiivisen arvion antaa siten yhteensä 70 prosenttia Kelan toimistojen johtajista. Palvelujen ja etuuksien avoimet ja ymmärrettävät kriteerit toteutuvat huomattavasti paremmin. Lähes puolet (47 %) arvioi niiden toteutuvan melko hyvin tai hyvin. Runkas viidennes (22 %) on vastakkaista mieltä. Vuonna 2011 palvelujen ja etuuksien avoimet ja ymmärrettävät myöntämiskriteerit arvioi melko hyvin tai hyvin toteutuviksi 36 prosenttia ja melko huonosti tai huonosti toteutuviksi 25 prosenttia Kelan toimistojen johtajista.

TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan, miten neuvonta monikanavapalvelujen käytössä toteutuu TE-palveluissa. Monikanavapalveluilla viitataan erityyppisiin tapoihin saada palvelua (puhelimitse, verkossa tai henkilökohtaisesti). Lähes puolet (47 %) arvioi neuvonnan monikanavapalvelujen käytön toteutuvan kohtalaisesti ja 38 prosenttia hyvin. Kuudennes (16 %) TE-toimistojen johtajista arvioi neuvonnan monikanavapalvelujen käytössä toteutuvan melko huonosti tai huonosti.

Terveyskeskusjohtajilta kysyttiin, miten toteutuu pääsy vastaanotolle määräajassa. Useimmin (80 %) sen arvioidaan toteutuvan melko hyvin tai hyvin. Ainoastaan kolme terveyskeskusjohtajaa on sitä mieltä, että pääsy vastaanotolle määräajassa toteutuu melko huonosti tai huonosti. Vuonna 2011 58 prosenttia terveyskeskusjohtajista arvioi, että pääsy vastaanotolle määräajassa toteutuu melko hyvin tai hyvin.

Asiakaskeskeisyyden toteutuminen eri palveluissa

Asiakaskeskeisyyden arvioidaan toteutuvan eri tavoin eri vastaajatahojen palveluissa. TE-toimistojen johtajat arvioivat useimpia asiakaskeskeisyyden osa-alueita negatiivisemmin kuin muut vastaajat (ks. seuraava taulukko). Lukuun ottamatta asiakkaan valinnanvapautta ja asiakkaan osallistumista palvelu- ja hoitosuunnitelmien

tekemiseen kaikki kysytyistä asiakaskeskeisyyden osa-alueista toteutuvat huonimmin TE-toimistojen palveluissa. Kysytyistä seikoista ainoastaan yhdenvertaisuus palvelujen ja etuuksien saamisessa toteutuu melko hyvin tai hyvin useamman kuin joka toisen (53 %) TE-toimiston johtajan arvion mukaan. Erityisen huolestuttavalta näyttävät asiakkaan osallistuminen palvelujen kehittämiseen, systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen ja ohjaus muiden tahojen palveluihin TE-toimistojen käytännön toiminnassa.

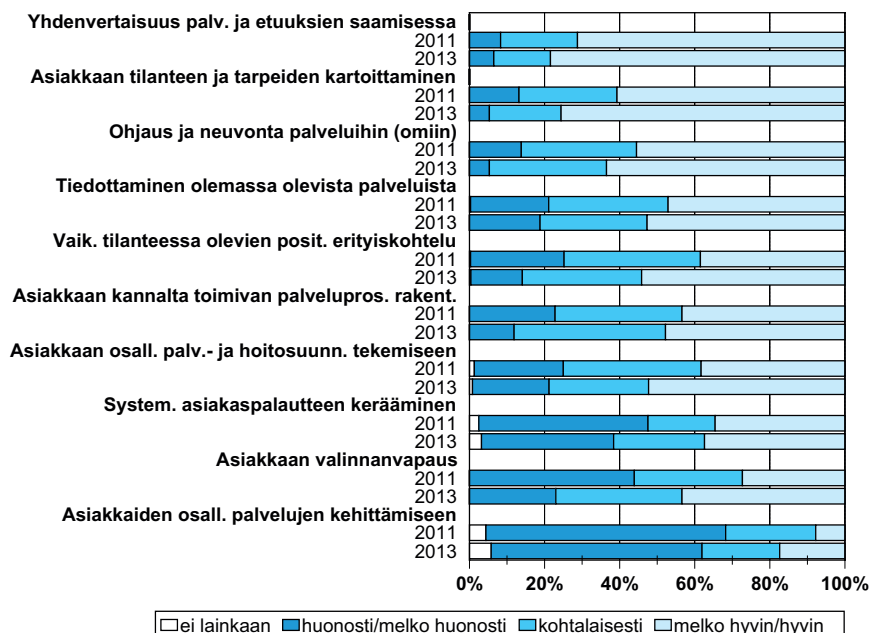
Asiakkaan valinnanvapaus toteutuu harvimminkin hyvin sosiaalitoimen palveluissa ja asiakkaan osallistuminen palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen Kelan palveluissa. Lisäksi asiakkaan tilanteen tarkastelun moniammatillisesti arvioi toteutuvan melko hyvin tai hyvin vain 41 prosenttia Kelan toimistojen johtajista.

TAULUKKO 10. Asiakaskeskeisyyden toteutuminen sosiaalihoitajien, terveyskeskusjohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan. Melko hyväksi tai hyväksi arvioivien osuudet vastaajaryhmittäin (%).

	Sosiaali- johtajat %	Kelan toimiston johtajat %	TE-toimiston johtajat %	Terveyskeskus- johtajat %
Yhdenvertaisuus palvelujen ja etuuksien saamisessa	88	72	53	83
Asiakkaan tilanteen ja tarpeiden kartoittaminen	84	84	44	68
Henkilökohtainen kontakti työntekijään tarvittaessa	79	51	44	—
Ohjaus ja neuvonta palveluihin (omiin)	57	76	41	72
Vaikeimmassa tilanteessa olevien positiivinen erityiskohtelu	53	65	32	53
Tiedottaminen olemassa olevista palveluista	51	64	28	55
Asiakkaan osallistuminen palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen	77	24	50	38
Asiakkaan tilanteen tarkastelu moniammatillisesti	64	41	34	54
Ohjaus muiden tahojen palveluihin	46	65	19	57
Asiakkaan kannalta toimivan palveluprosessin rakentaminen	47	57	39	43
Asiakkaan valinnanvapaus	26	63	—	51
Systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen	27	59	9	45
Asiakkaan osallistuminen palvelujen kehittämiseen	21	20	3	16

Vuoden 2011 Sosiaalibarometrissa kysyttiin osin samojen asiakaskeskeisyyteen liittyvien seikkojen toteutumisesta. Kuten seuraavasta kuviosta voidaan havaita, arviot kaikkien molempina vuosina kysytyjen asiakaskeskeisyyden osa-alueiden toteutumisesta ovat kohentuneet kahdessa vuodessa. Erityisesti asiakkaan tilanteen ja tarpeiden kartoittaminen, vaikeassa tilanteessa olevien erityiskohtelu sekä

asiakkaan valinnanvapaus toteutuvat julkisten palveluntuottajien arvion mukaan paremmin vuonna 2013 verrattuna vuoteen 2011.



KUVIO 26. Asiakaskeskeisyyden toteutuminen sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan 2011 ja 2013.

Liitteeseen 4.6 on koottu vuosien 2011 ja 2013 arviot asiakaskeskeisyyden toteutumisesta vastaajaryhmittäin. Sosiaalijohtajat arvioivat kaikkien molempina vuosina kysytyjen asiakaskeskeisyyden ulottuvuuksien toteutuvan paremmin vuonna 2013 kuin kaksi vuotta aiemmin. Myös terveyskeskuspalvelujen asiakaskeskeisyys on kohentunut terveyskeskusjohtajien arvioiden perusteella. TE-palveluissa asiakaskeskeisyyden arviot ovat puolestaan heikentyneet useimmissa asiakaskeskeisyyden osa-alueissa. Kelan toimistojen johtajien arvioissa on tapahtunut vähiten muutosta vuodesta 2011 vuoteen 2013.

4.3 Kelan palvelun muutokset

Kelan palvelua on uudistettu viime vuosina voimakkaasti. Toimipisteitä on lakkautettu ja korvattu yhteispalvelupisteillä. Viranomaisten yhdessä perustamien yhteispalvelupisteiden nähdään auttavan mm. siinä, että palveluita voidaan säilyttää syrjäseuduilla (Kelan vuosikertomus 2010). Viime vuosien muutoksiin kuuluvat myös verkkoasiointin ja puhelinpalvelun kehittäminen.

Seuraavaan taulukkoon on koottu Kelan toimistojen, sivuvastaanottojen ja yhteispalvelupisteiden määrät vuodesta 2001 vuoteen 2013. Kuten taulukosta voidaan havaita, Kelan omien toimistojen määrän vähentäminen aloitettiin vuonna

2008. Samalla yhteisasiointimahdollisuuksia on lisätty. Vuoden 2013 alussa Kelan toimistoja on 64 kappaletta vähemmän kuin vuonna 2007.

TAULUKKO 11. Kelan palveluverkon laajuus 2001–2013. Lähde: Kelan vuosikertomukset 2001–2011 ja Kela.¹⁰

Vuosi	Toimistoja	Sivuvastaanottoja	Yhteispalvelupisteitä	Yhteensä
2001	264	69	123	456
2002	263	65	127	455
2003	263	60	131	454
2004	263	52	155	470
2005	263	47	152	462
2006	263	43	145	451
2007	263	41	152	456
2008	256	23	80	359
2009	251	18	85	354
2010	232	3	115	350
2011	216	2	136	354
2012	215	1	143	359
2013	199	1	157	357

Kelan toimistoissa asiakkaiden on mahdollista saada Kelan etuuksiin liittyvää henkilökohtaista neuvontaa ja ohjausta sekä jättää hakemuksia. Sivuvastaanotoissa on samat palvelut, mutta ne ovat auki vain tiettyinä päivinä ja tiettyinä aikoina, siis suppeammin kuin varsinaiset toimistot. Yhteispalvelupisteet jakavat ja vastaanottavat Kelan lomakkeita ja niissä voi saada yleistä opastusta Kelan etuuksista. Asiakas-kohtaista neuvontaa ja ohjausta yhteispalvelupisteistä ei saa. Vuonna 2008 tapahtunutta yhteispalvelupisteiden määrän vähentymistä selittää se, että tuolloin astui voimaan uusi yhteispalvelulaki, jonka seurauksena Kelan yhteispalvelusopimukset päivitettiin (Kelan vuosikertomus 2008). Vuonna 2009 Kelassa tehtiin strateginen linjaus Kelan toiminnan korvaamisesta ja laajentamisesta yhteispalvelupisteisiin (Kelan vuosikertomus 2009). Vuodesta 2009 lähtien Kelan asiointimahdollisuuksia sisältävien yhteispalvelupisteiden määrä onkin kasvanut.

Samalla kun toimipisteverkkoa on supistettu, sähköistä ja puhelimitse tapahtuvaa asiointia on lisätty ja kehitetty. Vuonna 2009 Kelan puhelinpalvelu siirrettiin toimistoista keskitettyyn puhelinpalveluun, jossa asiakkaita palvelevat eri elämäntilanteiden mukaan jaotellut palvelunumerot (Kelan valtuutettujen toimintakertomus 2009). Asiakkaiden toimistoasioinnit ovatkin viime vuosina vähentyneet (Kelan vuosikertomus 2010).

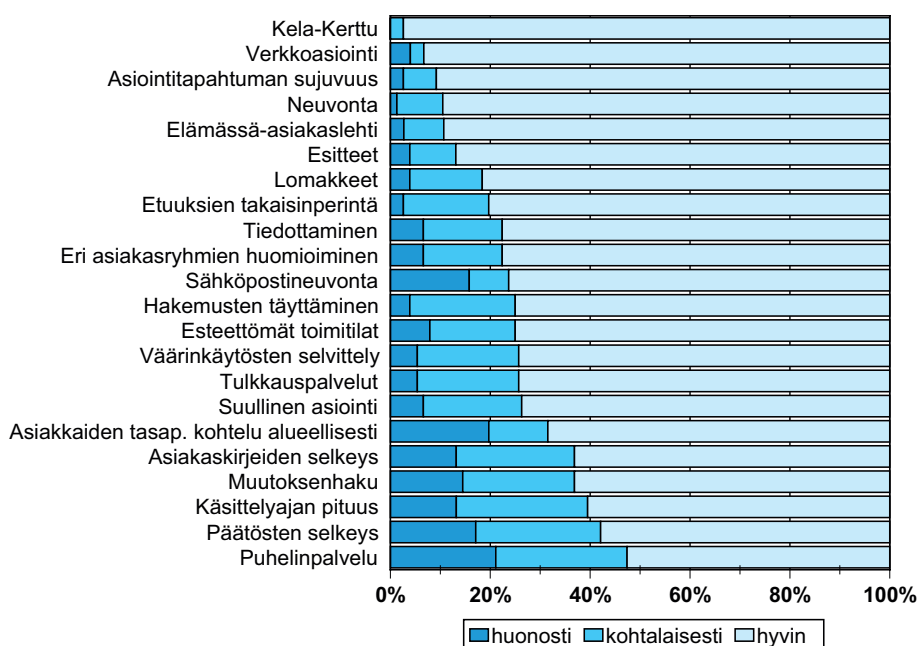
Kelan asiakaspalvelun toimivuus

Kelan toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan eri asiakaspalvelujen osa-alueiden toimivuutta tällä hetkellä Kelassa. Arviot on koottu seuraavaan kuvioon. Yleisesti

¹⁰ Vuoden 2013 luvut ovat vuoden alun tietoja.

ottaen voidaan sanoa, että toimistojen johtajien arvioiden mukaan Kelan asiakaspalvelu toteutuu hyvin.

Kaikkein positiivisimman arvion asiakaspalvelun osa-alueista saa vuonna 2010 aloitettu Kela-Kerttu, joka on lapsiperheille suunnattu Suomi24-sivustolla ja Facebookissa toimiva neuvontapalvelu. 97 prosenttia Kelan toimistojen johtajista antoi positiivisen arvion Kela-Kertun toimivuudesta. Yksikään vastaaja ei arvioinut sen toimivan huonosti tai melko huonosti. Erityisen hyvin toimiviksi arvioitiin myös verkkoasiointi, asiointitapahtuman sujuvuus, neuvonta, Elämässä-asiakaslehti, esitteet, lomakkeet ja etuuksien takaisinperintä. Vähintään 80 prosenttia piti näiden toimivuutta melko hyvänä tai hyvänä. Näistä verkkoasiointi ja asiointitapahtuman sujuvuus saivat yli 90 prosentilta positiivisen arvion.



KUVIO 27. Kelan toimistojen johtajien arviot Kelan asiakaspalvelun osa-alueiden toimivuudesta.

Vähintään kolme neljästä Kelan toimiston johtajasta arvioi tiedottamisen, eri asiakasryhmien huomioimisen, sähköpostineuvonnan, hakemusten täyttämisen ja esteettömien toimitilojen toimivan melko hyvin tai hyvin. Alle kymmenesosa arvioi näiden toimivan huonosti lukuun ottamatta sähköpostineuvontaa, jonka toimintaa pitää huonona tai melko huonona 16 prosenttia vastaajista. Lähes kolme neljästä (74 %) arvioi väärinkäytösten selvittelyn, tulkkauspalvelun ja suullisen asioinnin toimivan hyvin. Näissäkin asiakaspalvelun osa-alueissa alle kymmenesosa arvioi niiden toimivan melko huonosti tai huonosti.

Muutamia Kelan asiakaspalvelun osa-alueista arvioidaan hieman kriittisemmin. Noin viidesosa (20–21 %) Kelan toimistojen johtajista arvioi puhelinpalvelun

ja asiakkaiden alueellisesti tasapuolisen kohtelun toimivan melko huonosti tai huonosti. Päätösten selkeydestä on huolissaan joka kuudes vastaaja. Yli kymmenesosa (13–15 %) näkee puutteita muutoksenhaussa, asiakaskirjeiden selkeydessä ja käsittelyaikojen pituudessa. Näissäkin Kelan asiakaspalvelun osa-alueissa yli puolet on kuitenkin toista mieltä ja näkee niiden toteutuvan melko hyvin tai hyvin.

Kelan asiakaspalvelun osa-alueiden toimivuutta on selvitetty aiemmin vuosien 2007, 2009 ja 2011 Sosiaalibarometreissa. Seuraavaan taulukkoon on koottu Kelan toimistojen johtajien arviot näiltä vuosilta sekä vuodelta 2013. Taulukossa on raportoitu asiakaspalvelun osa-alueita melko hyvin tai hyvin toimiviksi arvioivien osuudet. Pääosin kehitys on ollut Kelan toimistojen johtajien arvion mukaan myönteistä. Lomakkeet, asiointitapahtuman sujuvuus, sähköpostineuvonta, verkkoasiointi, etuuksien takaisinperintä ja väärinkäytösten selvittely kuuluvat niihin asiakaspalvelun osa-alueisiin, joiden arvioidaan parantuneen jokaisena vuonna. Erityisesti verkkoasiointin toimivuudessa näkyy Kelan viime vuosien kehittämistyö. Vuonna 2007 alle puolet (46 %) Kelan toimistojen johtajista arvioi verkossa asioimisen toteutuvan melko hyvin tai hyvin. Vuonna 2013 osuus on 93 prosenttia.

TAULUKKO 12. Kelan toimistojen johtajien arviot Kelan asiakaspalvelun osa-alueiden toimivuudesta vuosina 2007, 2009, 2011 ja 2013: melko hyvänä tai hyvänä pitävien osuudet (%).

	2007 %	2009 %	2011 %	2013 %
Tiedottaminen*	67	83	87	78
Neuvonta	82	93	87	90
Eri asiakasryhmien huomioiminen	64	83	71	78
Asiakkaiden tasapuolinen kohtelu alueellisesti	-	82	67	68
Esitteet	83	94	94	87
Lomakkeet	60	57	79	82
Elämässä-asiakaslehti**	86	91	91	89
Hakemusten täyttäminen	58	72	67	75
Päätösten selkeys	43	52	57	58
Asiakaskirjeiden selkeys	44	56	57	63
Käsittelyajan pituus	59	57	63	61
Asiointitapahtuman sujuvuus	75	89	87	91
Puhelinpalvelu	54	60	37	53
Sähköpostineuvonta	68	70	71	76
Verkkoasiointi***	46	71	71	93
Muutoksenhaku	44	51	51	63
Etuuksien takaisinperintä	51	74	77	80
Väärinkäytösten selvittely	47	58	65	74
Esteettömät tilat	-	79	71	75
Tulkkauspalvelut****	-	61	74	74

* Vuosina 2007, 2009 ja 2011 viestintä ja tiedottaminen

** Vuosina 2007 ja 2009 Kelan sanomat. Elämässä-asiakaslehti ilmestyi ensimmäisen kerran maaliskuussa 2009.

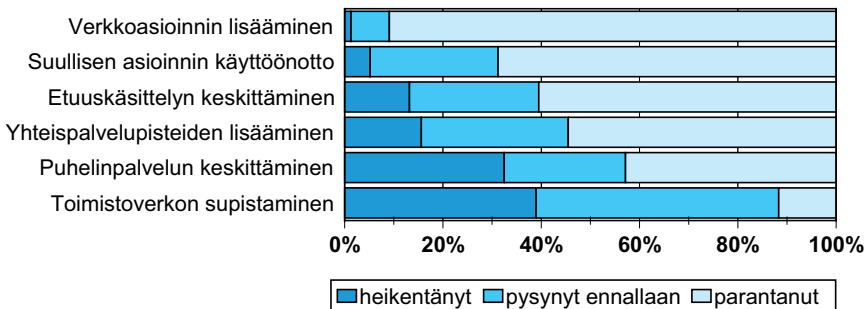
*** Vuosina 2007, 2009 ja 2011 sähköinen asiointi

**** Vuosina 2009 ja 2011 tulkkipalvelut

Kelan toiminnan muutosten vaikutus

Kelan toimistojen johtajilta kysyttiin, miten Kelan toiminnan muutokset ovat vaikuttaneet kahden viime vuoden aikana asiakaspalveluun. Muutoksilla nähtiin useammin positiivisia kuin negatiivisia vaikutuksia. Erityisen hyviltä näyttävät verkkoasioinnin lisäämisen vaikutukset. 91 prosenttia Kelan toimistojen johtajista arvioi verkkoasioinnin lisäämisen parantaneen Kelan asiakaspalvelua. Vain yksi Kelan toimiston johtaja on vastakkaista mieltä verkkoasioinnin vaikutuksista.

Suullisen asioinnin käyttöönotolla, etuuskäsittelyn keskittämällä ja yhteispalvelupisteiden lisäämisellä nähtiin myös pääosin positiivisia vaikutuksia Kelan asiakaspalveluun. 69 prosenttia vastaajista arvioi suullisen asioinnin käyttöönoton parantaneen Kelan asiakaspalvelua. Runsas neljännes (26 %) arvioi palvelun pysyneen ennallaan. Etuuskäsittelyn keskittämällä näkee positiivisia vaikutuksia 61 prosenttia vastaajista. Myös tässä muutoksessa runsas neljännes (26 %) näkee, että vaikutuksia palveluun ei ole ollut. Yhteispalvelupisteiden lisäämisellä arvioi olevan positiivisia vaikutuksia 55 prosenttia ja negatiivisia vaikutuksia 16 prosenttia vastaajista. Lähes kolmannes (30 %) arvioi, että yhteispalvelupisteiden lisäämisellä ei ole ollut vaikutusta Kelan asiakaspalveluun.



KUVIO 28. Kelan toimistojen johtajien arviot Kelan toiminnan muutosten vaikutuksista asiakaspalveluun kahden viime vuoden aikana.

Puhelinpalvelun keskittäminen jakaa Kelan toimistojen johtajien mielipiteitä eniten. 43 prosenttia on sitä mieltä, että puhelinpalvelun keskittäminen on parantanut Kelan asiakaspalvelua. 33 prosenttia on vastakkaista mieltä. Neljännes on sitä mieltä, että puhelinpalvelun keskittäminen ei ole vaikuttanut palveluun lainkaan.

Viime vuosina tehdyistä muutoksista toimistoverkon supistaminen saa selvästi negatiivisimmat arviot Kelan toimistojen johtajilta. Yli kolmannes (39 %) arvioi toimistoverkon supistamisen heikentäneen Kelan asiakaspalvelua viimeisen kahden vuoden aikana. Puolet (49 %) vastaajista on sitä mieltä, että toimistojen vähentämisellä ei ole ollut vaikutusta Kelan asiakaspalveluun. Runsas kymmenesosa (12 %) näkee muutoksen parantaneen Kelan palvelua.

Vaikka yli kolmannes näkee toimistoverkon supistamisen heikentäneen Kelan palvelua, 71 prosenttia Kelan toimistojen johtajista on sitä mieltä, että toimistoverkon supistamista voidaan edelleen jatkaa ja silti turvata Kelan palvelun saatavuus.

Tätä perustellaan useimmin yhteispalvelupisteillä, joiden nähdään korvaavan lakkautettavien toimistojen palvelun. Yli puolet niistä Kelan toimistojen johtajista, joiden mielestä toimistoverkon supistamisen jatkaminen ja palvelujen turvaaminen on mahdollista, mainitsee perusteluissaan yhteispalvelupisteet. Myös palvelukanavien kehittäminen, sähköinen asiointi ja puhelinpalvelu mainitaan perusteluina sille, että palvelut voidaan toimistoverkon supistamisesta huolimatta turvata. Pienten, alle 10 000 asukkaan kuntien tai alueiden Kelan toimistojen johtajat ovat huomattavasti kriittisempiä toimistoverkon supistamisen jatkamisesta. Heistä 60 prosenttia on sitä mieltä, että Kelan palvelun saatavuutta ei voida turvata, mikäli toimistoverkon supistamista jatketaan.

Vähemmistö (29 %) Kelan toimistojen johtajista on sitä mieltä, että palvelua ei voida turvata, jos toimistoverkkoa edelleen supistetaan. Toimistoverkon supistamisen lopettamisessa perusteluna on se, että yhteispalvelupisteillä ei voida korvata Kelan toimistojen palvelua. Vastaajat ovat huolissaan myös etäisyyksien kasvusta ja korostavat, että henkilökohtaisen palvelun tarvitsijoita on edelleen paljon. Muutamissa vastauksissa tuodaan myös esiin, että kaikki eivät pysty asioimaan verkossa.

- “ *Asiakas ei saa yhteispalvelupisteessä yhtä asiantuntevaa palvelua kuin Kelan toimistossa. Kunnan työntekijät ovat usein tukityöllistettyjä pätkätyöläisiä, eivät he pysty perehtymään lyhyessä työsuhteessa Kelan etuuksiin syvällisesti. Toimistoverkon supistaminen on lopetettava!”*
- “ *Yhteispalvelu on lähinnä ’kosmeettinen keino’ peittää puutteet, jotka syntyvät asiakaspalvelun sulkemisesta. Toimistothan jäävät usein henkilökuntineen paikkakunnille, mutta asiakkaita ei saada enää palveluun vaan tehdään ratkaisutyötä lukittujen ovien takana. Yhteispalvelu ottaa vastaan hakemuksia, mutta ei pysty neuvomaan asiakkaita eikä pääse esim. Kelan tiedostoihin katsomaan tietoja. Asiakkaat joutuvat pienillä paikkakunnilla Kehä III pohjoispuolella aivan eriarvoiseen asemaan. Lähimpään Kelan toimistoon voi olla 50–100 km, eikä liikenneyhteyksiä ole.”*

Kelan toimistojen johtajia pyydettiin lisäksi arvioimaan avovastauksin Kelan toimistoverkon muutosten vaikutuksia henkilöstön jaksamiseen viimeisen vuoden aikana¹¹. Samassa vastauksessa saatettiin tuoda esiin sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia. Noin puolet vastaajista ei näe toimipisteverkon muutoksilla vaikutusta henkilöstön jaksamiseen.

- “ *Jaksamisen kanssa en näe mitään yhteyttä.”*
- “ *Tilanne on pysynyt vakaana.”*

Noin kolmannes arvioi, että toimistoverkon muutoksilla on ollut negatiivisia vaikutuksia. Näitä ovat mm. epävarmuus omasta työstä, uupumus ja stressaantuneisuus sekä huoli asiakkaiden puolesta, kun toimistoja suljetaan.

¹¹ 97 prosenttia Kelan toimistojen johtajista vastasi kysymykseen.

- ” Epävarmuus on lisääntynyt erityisesti pienten toimistojen henkilöstön keskuudessa. Vaikka Kelassa on luvattu, ettei ketään irtisanota, huolettavat mahdolliset muutokset omassa toimenkuvassa. En ymmärrä sitäkään, kun joissain tapauksissa toimiston tiloihin jää työntekijä/työntekijöitä tekemään etuustyötä, mutta he eivät saa enää palvelua asiakkaita, vaan asiakkaan on mentävä yhteispalvelun luukulle!”
- ” Jonkin verran on tullut työpaikan vaihdoksia. Henkilökunta on uupunutta ja stressaantunutta. Työhyvinvoinnissa on parantamisen varaa. Ehkä rasittavinta on ollut se, että ensin ilmoitetaan, ettei muutoksia tule ja sitten aivan puskasta tulee yhtäkkiä tieto, että toimisto suljetaankin. Pitkään Kelalla olleet surevat myös niiden asiakkaiden puolesta, joilla ei ole mahdollista käyttää verkkopalveluja. Ja heitä on vielä paljon.”

Neljäsosa vastaajista näkee toimistoverkon muutoksilla positiivisia seurauksia. Positiivisia vaikutuksia perustellaan sillä, että toimistoverkon muutosten myötä henkilöstön jaksaminen on parantunut ja työntekijöillä on mahdollisuus keskittyä ydintoimintaan.

- ” Pikemminkin tehokkaalla palveluverkkosupistamisella ja samanaikaisella verkko-markkinoinnilla voidaan asiakkaiden palvelutarpeet tyydyttää samalla tavoin tai jopa paremmin kuin aiemmin ja henkilöstönkin jaksaminen vain paranee, kun tehotomia palveluketjun prosesseja voidaan karsia hyvän kokonaispalveluketjun tehostamiseksi. Myös henkilöstöllä on toiveita ja näkemyksiä tarpeettomien palvelupisteiden asiakaspalvelun lakkauttamisesta ja keskittämisestä tietyt etäisyyskriteerit huomioiden yhteen paikkaan/toimistoon.”
- ” Hyvin. Pienistä muutaman hengen toimistoista on voitu luopua ja saatu toimihenkilöt isompiin toimivampiin yksiköihin.”

Kelan palvelun muutoksiin liittyen Kelan toimistojen johtajilta kysyttiin vielä etuuskohtaisten läpimenoaikataavoitteiden vaikutuksista toimiston työhön. Kysymykseen vastattiin avovastauksella¹². Kelan toimistojen johtajista runsas kolmannes näkee etuuskohtaisilla läpimenoaikataavoitteilla negatiivisia seurauksia ja noin viidennes positiivisia seurauksia oman toimiston työhön. Kielteisiä seurauksia ovat mm. kiire, stressi, liian vähäiset resurssit ja se, että asiakaspalvelu kärsii läpimenoaikataavoitteiden vuoksi.

- ” Luo paineita, koska esim. työttömyysturvan sisäinen läpimenoaikataavoite on haasteelliset seitsemän päivää.”
- ” Eivät kohdistu tasaisesti kaikkiin työntekijöihin, koska osassa etuuksista on tiukat läpimenoaikataavoitteet ja osassa paljon väljemmät.”
- ” Aiheuttaa paineita, hakemusmäärät kasvaa, mutta henkilöstön määrää ei voida kasvattaa kausiluonteisesti. Esim. lomat: etuusosaamista ei ole esim. vuokrafirmasta otettavaksi.”

Läpimenoaikataavoitteiden positiivisia vaikutuksia ovat Kelan toimistojen johtajien mukaan asiakkaan aseman parantuminen, toiminnan tehostuminen ja työnteon selkiytyminen.

- ” Positiivisesti. Tavoite tulee selkeämmäksi, ja asiakaspalvelussakin on mahdollista kertoa jotain yhtenäistä käsittelyaika-arviota.”

¹² Kaikki Kelan toimistojen johtajat vastasivat kysymykseen.

” Selkeyttävät työtä. Asiakkaiden asema on parantunut. Helpompi toimia välittömässä asiakaspalvelussa.”

” Tehokkuus ja asiakasnäkökulma lisääntynyt.”

Yli kolmanneksessa vastauksista todettiin, että läpimenoaikataavoitteilla ei ole ollut vaikutuksia toimiston työhön tai ei muuten otettu kantaa vaikutuksiin. Useissa vastauksissa tuotiin esiin, että omassa toimistossa läpimenoaikataavoitteista suoriudutaan hyvin.

” Ei vaikuta millään tavalla. Tavoitteet on aina saavutettu.”

” Niiden etuuksien osalta, joita toimistossamme käsitellään, ei ole juuri kumpaankaan suuntaan vaikuttanut.”

4.4 TE-palvelujen muutokset

Työ- ja elinkeinotoimistojen palveluita uudistetaan vuosina 2013–2015. Vuoden 2013 alusta lähtien palveluista käytetään nimitystä TE-palvelut. Henkilöasiakkaiden palveluissa on jatkossa kolme palvelulinjaa: työnvälitys- ja yrityspalvelut, osaamisen kehittämispalvelut sekä tuetun työllistymisen palvelut. Oleellista on asiakkaan palvelutarve, joka arvioidaan palveluprosessin alussa. (Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus 2013.)

Yksi suurimmista muutoksista on TE-toimistojen määrän vähentäminen. 1.1.2013 lähtien TE-palvelujen tarjonnasta vastaavat 15 alueellista TE-toimistoa, joilla on noin 120 toimipaikkaa. Ennen uudistusta TE-toimistoja oli 71. Runsaan kymmenen vuoden aikana TE-toimistojen määrää on vähennetty tuntuvasti, sillä vielä vuonna 2001 Sosiaalibarometrikyselyä lähetettiin niihin 191.

TE-palvelu-uudistuksen tarkoituksena on tarjota entistä monipuolisemmat ja selkeämmät palvelut henkilö- ja yritysasiakkaille. Palvelujen uudistamisen linjana ovat selkeys, tehokkuus, avoimuus ja asiakaslähtöisyys. Samaan aikaan kun toimistojen määrää vähennetään, asiakkaiden asiontia uudistetaan niin, että ilmoitusluontoiset asiat voi jatkossa hoitaa verkossa tai puhelimitse. Asiakkaalla on kuitenkin TE-toimiston mukaan edelleen henkilökohtaisen palvelun mahdollisuus TE-toimipisteessä. Laajaan uudistukseen kuuluu myös TE-palvelujen visuaalisen ilmeen uudistus. (Työ- ja elinkeinoministeriön verkkosivut 2013.)

Maaliskuussa 2013 Helsingin Sanomat uutisoi TE-toimistojen mittavista puheluongelmista. Asiakkaat ovat useissa tapauksissa joutuneet odottamaan pitkiä aikoja ennen kuin ovat saaneet kiinni oikean virkailijan. Ongelmat ovat kärjistyneet vuoden alussa, jolloin organisaatiomuutos toteutettiin. Puheluihin vastaavien työntekijöiden määrä ei ole ollut riittävän suuri siihen nähden, että suuri osa palveluista hoidetaan uudistuksen jälkeen puhelimitse. (Helsingin sanomat 10.3.2013.)

TE-toimistojen johtajien näkemykset palvelu-uudistuksesta

TE-palvelun muutoksia kysyttiin TE-toimistojen johtajilta kahdella kysymyksellä, joihin vastattiin avovastauksin. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten palvelu-

uudistus vaikuttaa eri asiakasryhmien palvelujen saatavuuteen¹³. Noin kaksi kolmesta vastaajasta näkee palvelu-uudistuksella kielteisiä seurauksia palvelujen saatavuuteen. Vastauksissa todetaan usein, että palvelut heikkenevät. Erityisesti niiden nähdään heikentyvän niillä työttömillä, jotka eivät hallitse sähköisten palvelujen käyttöä. Vastauksissa ollaan huolissaan heikoimmassa työmarkkina-asemassa olevien tilanteesta. Ongelmaksi nähdään myös liian pitkät välimatkat, jolloin pienituloiset jäävät henkilökohtaisen palvelun ulkopuolelle.

”Huonoimmaasa työmarkkina-asemassa olevien palvelu ohenee.”

“ Asiakkaiden matkat palvelupisteisiin pitenevät ja pienituloisten pitkäaikaistyöttömien rahoilla ei matkusteta ja ei ole liikenneyhteyksiäkään palvelupisteisiin.”

“ Palvelujen siirtäminen verkkopalveluiksi ei täysin ratkaise ongelmaa, sillä kaikilla ei osaamista eikä mahdollisuuksia palveluiden käyttöön.”

Noin viidennes näkee palvelu-uudistuksella myönteisiä vaikutuksia palvelujen saatavuuteen. Lopuissa vastauksista palvelu-uudistukseen suhtaudutaan neutraalisti.

“ Uskon ja toivon, että asiakaspalvelun saatavuus ja laatu paranevat uudistuksen myötä.”

“ Parantaa palvelujen saatavuutta erittäin paljon.”

“ Palvelut pyritään turvaamaan kunkin asiakasryhmän osalta huomioiden entistä selkeämmin kunkin asiakkaan palvelutarve. Tavoitteena on kuitenkin turvata henkilökohtainen kasvokkain tapahtuva palvelu niille, jotka sitä selkeästi tarvitsevat.”

Toisessa palvelu-uudistusta koskevassa kysymyksessä TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan uudistuksen vaikutuksia järjestöjen kanssa tehtävään yhteistyöhön¹⁴. Vajaa kolmannes arvelee, että uudistuksella ei ole vaikutusta järjestöyhteistyöhön. Viidennes ennakoi, että yhteistyö heikkenee.

“ Yhteistyö heikkenee, koska henkilöstöresurssit eivät riitä tämän hetken tiedon mukaan, paljon kysymyksiä vielä avoinna.”

“ Yhteistyö vähenee kun toimenpidevaihtoehtoja poistuu.”

“ Paikallisjohdon siirtyessä maakuntakeskukseen sopimismahdollisuudet heikentyvät.”

Vajaa kolmannes näkee uudistuksella positiivisia vaikutuksia järjestöyhteistyöhön.

“ Parantuu, koska erityisesti tuetun työllistämisen palvelulinjalla on mahdollisuus tehokkaammin keskittyä mm. työllisyyteen liittyviin hankkeisiin.”

“ Toivon, että yhteistyö sujuu tai jopa paranee.”

“ Uskon palvelupäälliköiden pitävän hyvät yhteydet järjestöihin.”

¹³ Kysymykseen vastasi 97 prosenttia TE-toimistojen johtajista.

¹⁴ Kysymykseen vastasi 84 prosenttia TE-toimistojen johtajista.

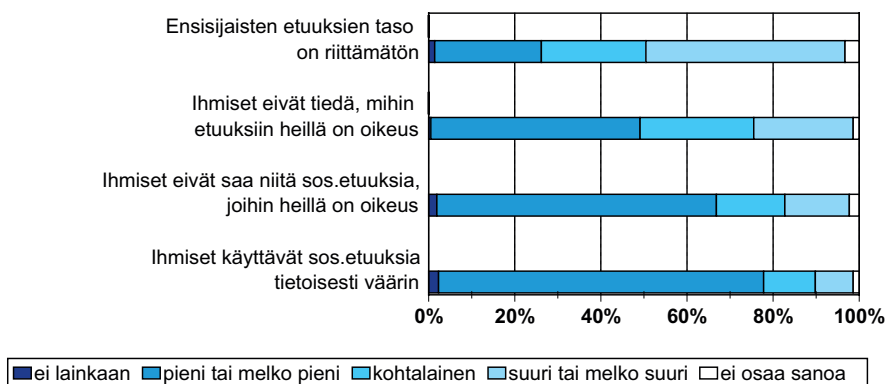
4.5 Sosiaalietuuksien saaminen ja väärinkäyttö

Tässä luvussa tarkastellaan sosiaaliturvaetuuksien saamiseen, väärinkäyttöön ja myöntämisen valvontaan liittyviä seikkoja. Julkisessa keskustelussa sosiaaliturva-etuuksiin liitetään usein kaksi vastakkaista tunnuspiirrettä: toisaalta arvellaan ihmisten saavan etuuksia väärin perustein ja toisaalta ollaan huolissaan siitä, että vaikeasti hahmotettavassa etuusjärjestelmässä tukeen oikeutetut jäävät ilman heille kuuluvaa sosiaaliturvaa. Kelan tekemän sosiaaliturvaa koskevan tutkimuksen perusteella tiedetään, että suomalaisista noin puolet pitää väärinkäyttöä alikäyttöä vakavampana ongelmana. Noin puolet on vastakkaista mieltä. Sosiaaliturvaetuuksien saajat puolestaan arvioivat etuuksien alikäytön selvästi useammin vakavammaksi ongelmaksi. (Niemelä 2013.) Toimeentulotukea koskeva tutkimus taas on osoittanut, että toimeentulotuen alikäyttö on hyvin yleistä: tuen saajien määrä kaksinkertaistuisi, jos kaikki tukeen oikeutetut hakisivat sitä (Kuivalainen 2007).

Vuoden 2012 Sosiaalibarometrissa selvitettiin toimeentulotuen saajiin liittyviä asenteita sekä näkemyksiä sosiaaliturvan muuttamisesta. Kaksi kolmesta vastaajasta oli tuolloin sitä mieltä, että monet toimeentulotuen tarpeessa olevat ihmiset eivät hae tarvitsemaansa taloudellista apua. Alan johto oli myös vahvasti sitä mieltä, että perusturvaa ja erityisesti vähimmäisetuuksia pitäisi korottaa. (Sosiaalibarometri 2012.)

Sosiaalietuuksien saaminen

Sosiaalijohtajilta, Kelan toimistojen johtajilta ja TE-toimistojen johtajilta tiedusteltiin sosiaalietuuksien saamiseen liittyviä arvioita (ks. seuraava kuvio). Vastaajista puolet on sitä mieltä, että ihmiset tietävät, mihin etuuksiin heillä on oikeus; 49 prosenttia pitää enintään melko vähäisenä sosiaaliturvajärjestelmään liittyvänä ongelmana sitä, että ihmiset eivät tiedä, mihin etuuksiin heillä on oikeus. Noin neljännes (26 %) pitää ongelmaa kohtalaisena ja hieman alle neljännes (23 %) melko suurena tai suurena. Siten noin puolet vastaajista (49 %) näkee ihmisten tietämättömyyden olevan vähintään kohtalainen etuusjärjestelmän ongelma.



KUVIO 29. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot etuusjärjestelmään liittyvistä ongelmista.

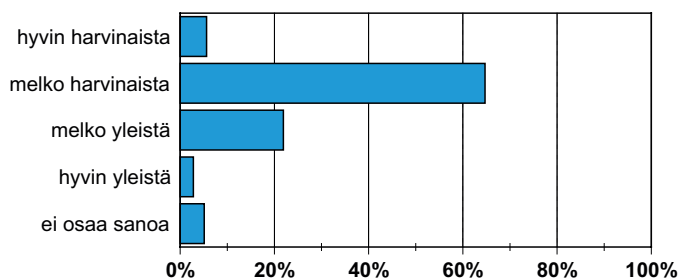
Sosiaalijohtajilta, Kelan toimistojen johtajilta ja TE-toimistojen johtajilta kysyttiin myös arviota siitä, kuinka suuri ongelma sosiaaliturvajärjestelmässä on se, että ihmiset eivät saa niitä sosiaalietuuksia, joihin heillä on oikeus (ks. edellinen kuvio). Kaksi kolmesta vastaajasta (67 %) näkee ongelman melko pienenä, pienenä tai ei lainkaan sosiaaliturvajärjestelmää koskevana ongelmana. 16 prosenttia pitää sitä kohtalaisena ja 15 prosenttia melko suurena tai suurena ongelmana. Yhteensä siis lähes kolmannes (31 %) vastaajista määrittelee vähintään kohtalaiseksi ongelmaksi sen, että ihmiset eivät saa heille kuuluvia etuuksia. Useimmin näin ajattelevat TE-toimistojen johtajat (44 %).

Kysytyistä asioista selvästi suurimpana ongelmana vastaajat pitivät ensisijaisten etuuksien tason riittämättömyyttä. Ensisijaisilla sosiaaliturvaetuuksilla viitataan niihin yhteiskunnan tukimuotoihin, jotka ovat harkinnanvaraisiin etuuksiin nähden ensisijaisia. Ensisijaisia etuuksia ovat esimerkiksi eläkkeet, työttömyysetuudet, sairauspäiväraha, lasten kotihoidon tuki, lapsilisä ja opintotuki. Vähintään kohtalaiseksi ongelmaksi ensisijaisten etuuksien riittämättömyyden arvioi 71 prosenttia vastaajista. Lähes puolet (46 %) on sitä mieltä, että etuuksien liian matala taso on melko suuri tai suuri ongelma sosiaalietuusjärjestelmässä. Rungas neljännes (26 %) pitää ongelmaa enintään melko vähäisenä.

Sosiaalietuuksien väärinkäyttö

Selvä vähemmistö sosiaalijohtajista, Kelan toimistojen johtajista ja TE-toimistojen johtajista pitää ongelmana sitä, että sosiaalietuuksia käytetään tietoisesti väärin (ks. edellinen kuvio). Alle kymmenesosa (9 %) arvioi sen melko suureksi tai suureksi ongelmaksi ja runsas kymmenesosa (12 %) kohtalaiseksi. Useampi kuin kolme neljästä (78 %) arvioi sosiaalietuuksien väärinkäytön olevan melko pieni, pieni tai ei lainkaan sosiaaliturvajärjestelmää koskeva ongelma.

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan, kuinka yleistä sosiaalietuuksien väärinkäyttö on Suomessa. Vastaajista 70 prosenttia arvioi väärinkäytön olevan melko tai hyvin harvinaista, kuten seuraavasta kuviosta voidaan havaita. Useimmin (65 %) sen arvioitiin olevan melko harvinaista. Melko yleiseksi sosiaalietuuksien väärinkäytön arvioi runsas viidennes (22 %) ja hyvin yleiseksi kolme prosenttia vastaajista. Enemmistö alan johdosta pitää siten sosiaalietuuksien väärinkäyttöä harvinaisena ongelmana.

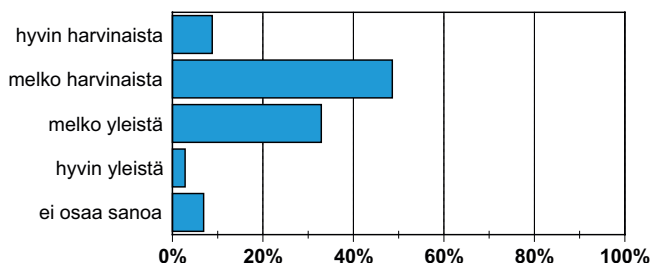


KUVIO 30. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot sosiaalietuuksien väärinkäytön yleisyydestä.

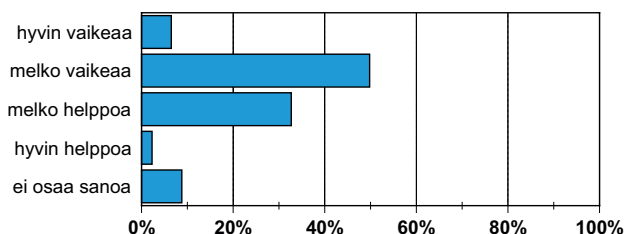
Vastaajia pyydettiin arvioimaan erikseen sitä, kuinka helppoa on saada tahallisesti ja kuinka yleistä on saada tahattomasti enemmän sosiaalietuuksia kuin mihin on oikeutettu. Tahattomalla ylimääräisen sosiaaliturvatuuden saamisella tarkoitetaan esimerkiksi huolimattomuudesta, tiedonpuutteesta tai olosuhdemuutosten ilmoittamatta jättämisestä aiheutuvaa liian suuren etuuden saamista. Jos taas etuuden hakija tarkoituksella ilmoittaa tietojaan väärin tai muuten vilpillisesti, hänen ajatellaan saavan tahallisesti enemmän sosiaalietuutta kuin mihin hän olisi oikeutettu.

Tahattoman ja tahallisen ylimääräisen sosiaalietuuden saamista koskevat arviot on koottu kahteen seuraavaan kuvioon. Yli puolet vastaajista arvioi (56 %), että on melko tai hyvin harvinaista saada tahattomasti enemmän sosiaalietuuksia kuin mihin on oikeutettu. Yhtä suuri osa (57 %) on sitä mieltä, että on melko vaikeaa tai vaikeaa tahallisesti saada enemmän sosiaalietuuksia kuin mihin on oikeutettu. Kolmannes (33 %) arvioi, että on melko yleistä saada tahattomasti liikaa etuutta. Kolme prosenttia näkee sen olevan hyvin yleistä. Tahallista ylimääräisen sosiaalietuuden saamista pitää melko helppona kolmannes (33 %) ja hyvin helppona kaksi prosenttia vastaajista.

Tiivistäen voidaan sanoa, että tahaton ylimääräisen sosiaalietuuden saaminen on sosiaalijohtajien, Kelan toimiston johtajien ja TE-toimiston johtajien arvion mukaan useammin harvinaista kuin yleistä. Tahallinen itselle kuulumattoman sosiaalietuuden saaminen on vastaajien arvion mukaan useammin vaikeaa kuin helppoa. Runsas kolmannes kuitenkin arvioi, että on melko yleistä tai yleistä saada vahingossa liikaa etuutta. Yhtä suuri osa on myös sitä mieltä, että ylimääräisen etuuden saaminen tahallisesti on melko helppoa tai helppoa.



KUVIO 31. Sosiaalijohtajien, Kelan toimiston johtajien ja TE-toimiston johtajien arviot siitä, miten yleistä on saada tahattomasti enemmän sosiaalietuuksia kuin mihin on oikeutettu.

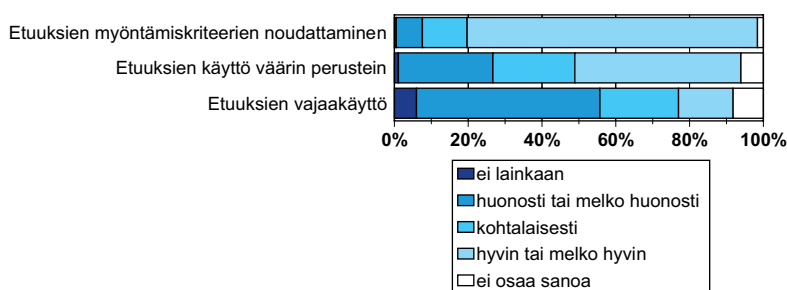


KUVIO 32. Sosiaalijohtajien, Kelan toimiston johtajien ja TE-toimiston johtajien arviot siitä, miten vaikeaa on tahallisesti saada enemmän sosiaalietuuksia kuin mihin on oikeutettu.

Vastaajaryhmittäisiä eroja on siinä, miten yleiseksi arvioidaan tahaton liian sosiaalietuuden saaminen ja miten helpoksi tahallinen liian etuuden saaminen. Kelan toimistojen johtajista selvästi yli puolet (58 %) pitää tahattoman ylimääräisen sosiaalietuuden saamista melko tai hyvin yleisenä. Alle neljännes sosiaalijohtajista (24 %) ja TE-toimistojen johtajista (22 %) arvioi ongelman melko tai hyvin yleiseksi. Kelan toimistojen johtajat arvioivat myös tahallisen ylimääräisen sosiaalietuuden saamisen useammin helpoksi kuin muut vastaajat. Kelan toimistojen johtajista 46 prosenttia, TE-toimistojen johtajista 31 prosenttia ja sosiaalijohtajista 29 prosenttia arvioi tahallisen ylimääräisen etuuden saamisen melko tai hyvin helpoksi.

Sosiaalietuuksien myöntämisen valvonta

Sosiaalijohtajilta ja Kelan toimistojen johtajilta kysyttiin, kuinka systemaattista etuuksien myöntämiskriteerien, etuuksien vajaakäytön ja etuuksien väärinkäytön valvonta on. Arviot on koottu seuraavaan kuvioon, josta voidaan havaita, että etuuksien myöntämiskriteerien valvonta on näistä systemaattisinta. 91 prosenttia vastaajista arvioi, että myöntämiskriteereitä valvotaan vähintään kohtalaisesti. Melko hyvin tai hyvin etuuksien myöntämiskriteereitä valvotaan 79 prosentin mielestä.



KUVIO 33. Sosiaalijohtajien ja Kelan toimistojen johtajien arviot etuusjärjestelmään liittyvän valvonnan toteutumisesta.

Etuuksien käyttöä väärin perustein valvotaan vastaajien mukaan myös melko systemaattisesti. Kaksi kolmesta (67 %) vastaajasta arvioi, että väärinkäyttöä valvotaan

vähintään kohtalaisesti. Lähes puolen (45 %) mielestä valvonta toteutuu hyvin tai melko hyvin. Noin neljännes (26 %) kuitenkin arvelee, että väärinkäyttöä valvotaan melko huonosti tai huonosti.

Vähiten systemaattista on etuuskien vajaakäytön valvonta, jota ei sosiaalitoimilta tai Kelalta edellytetäkään. Vajaakäytön valvonta on myös hankalasti toteutettavissa. Puolet vastaajista arvioi, että etuuskien vajaakäytön valvonta toteutuu melko huonosti tai huonosti ja kuusi prosenttia, että valvontaa ei ole lainkaan. Kohtalaisesti vajaakäytön valvonta toteutuu noin viidenneksen (21 %) mielestä ja hyvin 15 prosentin mielestä. Vähintään kohtalaisesti vajaakäytön valvonta toteutuu siten runsaan kolmanneksen (36 %) mielestä. Kelan toimistojen johtajat ovat hieman useammin (42 %) tätä mieltä verrattuna sosiaalijohtajiin (32 %). Arviot valvonnan toteutumisesta eivät poikenneet eri kokoisten kuntien tai alueiden vastaajilla.

5 Strategiset valinnat ja kilpailuttaminen

Tässä luvussa tarkastellaan ensin palveluihin liittyviä strategioita. Kiinnostuksen kohteena on selvittää, kuinka yleisiä ovat palvelustrategiat, joissa määritellään itse tuotettavia ja ostettavia sosiaali- ja terveystalvolut. Lisäksi käsitellään kuntien tai kuntayhtymien ja järjestöjen välisen yhteistyön näkymistä strategiatasolla. Luvun toisessa osassa käsitellään kunnan tai kuntayhtymän itse tuottamien palvelujen toteutumista. Luvun kolmannessa osassa tarkastellaan erilaisten kriteerien toteutumista ostetuissa sosiaali- ja terveystalvolutissa sekä niiden valvonnassa. Lisäksi käsitellään kilpailutettujen palvelujen kustannuksia sekä arvioita palvelutuotannon keskittymisestä ja sen ehkäisemisestä. Luvun lopuksi tarkastellaan vastaajien mielipiteitä ehdotuksista, joiden arvioidaan parantavan sosiaali- ja terveystalvolutjen erityisluonteen huomioonottamista palveluhankinnoissa.

5.1 Strategiat ohjausvälineenä

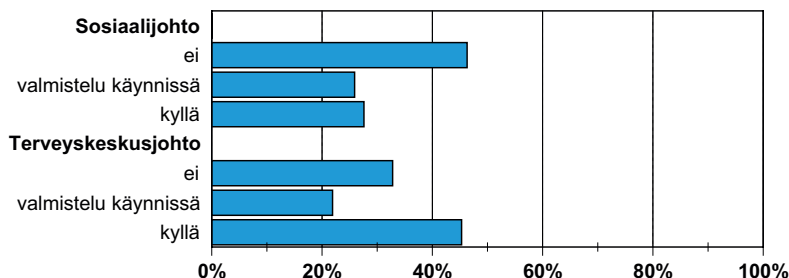
Kuntien strategioiden voidaan nähdä olevan tietoinen ilmaus siitä, millaista kehitystä kunnassa halutaan ja miten tavoiteltuun tilaan päästään. Kuntia on viime vuosina kannustettu hyvinvointistrategiseen suunnitteluun. Vuoden 2005 Sosiaalibarometrissa havaittiin, että kunnissa on huomattavasti yleisempää tehdä sektori-kohtaisia strategioita kuin laajoja kunnallisia hyvinvointistrategioita. Useimmin kunnissa oli tuolloin laadittu vanhuspoliittisia ohjelmia, päihde- ja huumeohjelmia sekä lapsi- ja nuoriso-ohjelmia. (Sosiaalibarometri 2005.)

Itse tuotetut ja ostetut palvelut strategioissa

Sosiaalijohtajilta ja terveystalvolutkeskusjohtajilta tiedusteltiin, onko vastaajien omalla alueella strategiaa, joka ohjaa itse tuotettavia ja ostettavia sosiaali- ja terveystalvolutja.

28 prosenttia sosiaalijohtajista ja 45 prosenttia terveyskeskusjohtajista ilmoittaa, että heidän alueellaan on tällaisia strategioita, kuten seuraavasta kuviosta voidaan havaita. Palvelustrategian valmistelun raportoi olevan käynnissä 26 prosenttia sosiaalijohtajista ja 22 prosenttia terveyskeskusjohtajista.

Väestömäärältään suurissa kunnissa tai alueilla on selvästi useammin (57 %) palvelustrategioita, jotka ohjaavat itse tuotettavia ja ostettavia sosiaali- ja terveyspalveluita verrattuna väestömäärältään keskikokoisiin (34 %) ja pieniin (17 %) alueisiin.

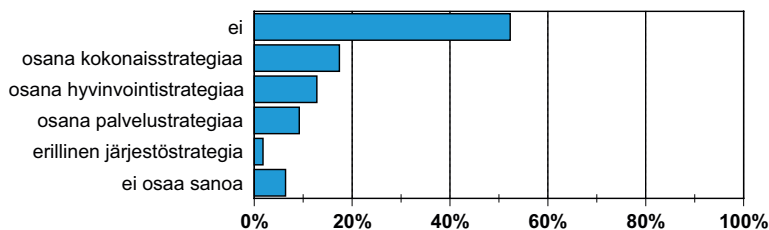


KUVIO 34. Itse tuotettavia ja ostettavia sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaavat palvelustrategiat.

Niitä sosiaalijohtajia ja terveyskeskusjohtajia, joiden alueella on itse tuotettavia ja ostettavia sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaava strategia, pyydettiin tarkentamaan avovastauksin, mitä näissä strategioissa painotetaan¹⁵. Sosiaalijohtajien mukaan strategioissa painotetaan useimmin asiakaslähtöisyyttä ja valinnanvapautta. Terveyskeskusjohtajat mainitsivat erityisesti ennaltaehkäisyä ja yhteistyötä sekä sen, että terveyspalvelut pyritään tuottamaan itse.

Järjestöyhteistyö strategioissa

Järjestöillä on merkittävä rooli sosiaalipalvelujen tuottajina. Sosiaalijohtajilta kysyttiin, onko heidän alueellaan strategiaa, jossa määritellään kunnan tai kuntayhtymän ja järjestöjen yhteistyösuhdetta (ks. seuraava kuvio). Alle puolet (41 %) sosiaalijohtajista ilmoittaa, että järjestöyhteistyötä on määritelty strategiatasolla. Kuusi prosenttia sosiaalijohtajista ei osannut ottaa kantaa kysymykseen.



KUVIO 35. Kunnan/kuntayhtymän ja järjestöjen yhteistyösuhdetta määrittelevät strategiat.

¹⁵ Kysymykseen vastasi 23 prosenttia sosiaalijohtajista ja 43 prosenttia terveyskeskusjohtajista.

Kunnilla ja kuntayhtymillä on hyvin harvoin erillisiä järjestöstrategioita, joissa yhteistyötä järjestöjen kanssa määritellään. Ainoastaan kaksi kysymykseen vastannutta sosiaalijohtajaa ilmoittaa, että yhteistyösuhdetta on määritelty erillisessä järjestöstrategiassa. Useimmin (17 %) kuntien tai kuntayhtymien ja järjestöjen yhteistyötä käsitellään kokonaisstrategioissa. Runsaalla kymmenesosalla (13 %) yhteistyö on määritelty osana hyvinvointistrategiaa ja vajaalla kymmenesosalla (9 %) osana palvelustrategiaa.

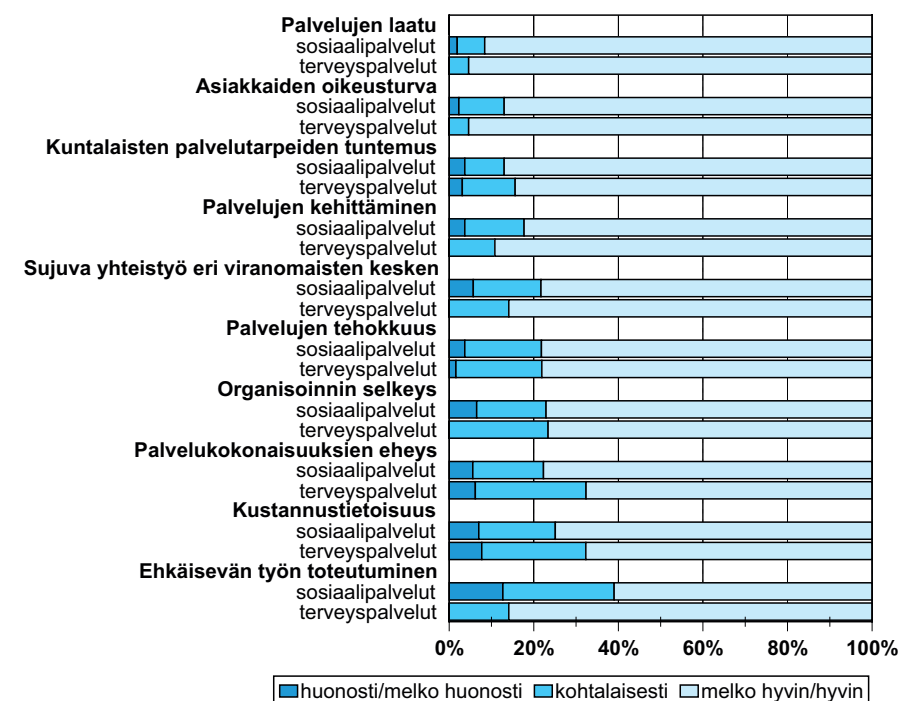
Väestömäärältään suurissa kunnissa tai kuntayhtymissä on selvästi useammin määritelty yhteistyösuhdetta järjestöihin strategiatasolla verrattuna pienempiin kuntiin tai kuntayhtymiin. Kunnissa tai kuntayhtymissä, joissa on vähintään 30 000 asukasta, 72 prosentilla yhteistyösuhde järjestöihin on määritelty strategiassa. Alle 10 000 asukkaan kunnissa tai kuntayhtymissä vastaava osuus on 29 prosenttia. Asukasluvultaan keskikokoisissa kunnissa tai kuntayhtymissä 32 prosentilla suhteita järjestöihin on määritelty strategiatasolla.

Kuntien ja järjestöjen yhteistyön määrittelyn yleisyyttä strategioissa kysyttiin myös vuoden 2009 Sosiaalibarometrissa (tulokset ks. Järjestöbarometri 2009). Yhteistyön määrittely strategiatasolla on yleistynyt, sillä vuonna 2009 sosiaalijohtajista runsas neljännes (28 %) vastasi, että kuntien ja järjestöjen yhteistyötä on määritelty strategiassa. Myös tuolloin oli yleisintä, että yhteistyötä järjestöjen kanssa käsiteltiin kunnan tai kuntayhtymän kokonaisstrategiassa.

5.2 Itse tuotetut palvelut

Vastaajia pyydettiin arvioimaan itse tuotettujen palvelujen toteutumista omalla alueella tällä hetkellä. Sosiaalijohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat arvioivat sosiaalipalveluja, kun taas itse tuotettujen terveyspalvelujen toteutuminen perustuu terveyskeskusjohtajien näkemyksiin.

Seuraavaan kuvioon on koottu arviot erikseen itse tuotettujen sosiaalipalvelujen ja terveyspalvelujen toteutumisesta. Kuten kuviosta voidaan havaita, sekä itse tuotettujen sosiaali- että terveyspalvelujen arvioidaan toteutuvan varsin hyvin. Sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista vähintään 61 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista vähintään 68 prosenttia arvioi kysyttyjen seikkojen toteutuvan melko hyvin tai hyvin itse tuotetuissa palveluissa. Erityisesti palvelujen laatu, asiakkaiden oikeusturva, kuntalaisten palvelutarpeiden tuntemus sekä palvelujen kehittäminen toteutuvat hyvin. Edellä mainitut ulottuvuudet toteutuvat melko hyvin tai hyvin yli 80 prosentin mielestä. Parhaimmin toteutuvaksi itse tuotetuissa palveluissa arvioidaan palvelujen laatu, joka saa myönteiset arviot yli 90 prosentilta vastaajista. Yli kolme neljäsosaa arvioi melko hyvin tai hyvin toteutuviksi myös viranomaisten välisen yhteistyön, palvelujen tehokkuuden ja organisoinnin selkeyden.



KUVIO 36. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot itse tuotettujen sosiaalipalvelujen toteutumisesta sekä terveyskeskusjohtajien arviot itse tuotettujen terveyspalvelujen toteutumisesta.

Osa kysytyistä palveluihin liittyvistä seikoista toteutuu vastausten perusteella eri tavoin itse tuotetuissa sosiaalipalveluissa verrattuna terveyspalveluihin. Suurin ero on ehkäisevän työn toteutumisessa. Terveyskeskusjohtajista 86 prosenttia arvioi ehkäisevän työn toteutuvan melko hyvin tai hyvin itse tuotetuissa terveyspalveluissa. Sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista 61 prosenttia antaa saman arvion ehkäisevän työn toteutumisesta itse tuotetuissa sosiaalipalveluissa. Myös asiakkaiden oikeusturva ja palvelujen kehittäminen toteutuvat aineiston perusteella jonkin verran paremmin itse tuotetuissa terveys- kuin sosiaalipalveluissa. Melko hyväksi tai hyväksi tilanteen arvioivia on terveyspalveluissa vajaa kymmenen prosenttiyksikköä enemmän. Sen sijaan palvelukokonaisuuksien eheys ja kustannustietoisuus toteutuvat paremmin itse tuotetuissa sosiaalipalveluissa kuin terveyspalveluissa.

Edellä olevassa kuviossa sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien näkemyksiä itse tuotettujen sosiaalipalvelujen toteutumisesta on tarkasteltu yhdessä. Näkemykset ovat pääosin hyvin yhtenevät. Lautakuntien puheenjohtajat kuitenkin arvioivat hieman sosiaalijohtajia kielteisemmin sujuvaa yhteistyötä eri viranomaisten kesken itse tuotetuissa sosiaalipalveluissa. Sosiaalijohtajista 83 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 73 prosenttia arvioi yhteistyön viranomaisten kesken itse tuotetuissa sosiaalipalveluissa toteutuvan melko hyvin tai hyvin.

Väestömäärältään pienissä kunnissa tai alueilla (alle 10 000 asukasta) arvioi-
daan ehkäisevän työn toteutuvan useammin huonosti itse tuotetuissa sosiaalipalve-
luissa verrattuna väestömäärältään suurempiin alueisiin. Pienimmissä kunnissa tai
alueilla vajaa viidennes (18 %) sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista
arvioi ehkäisevän työn toteutuvan melko huonosti tai huonosti itse tuotetuissa
sosiaalipalveluissa. Yli 10 000 asukkaan kunnissa tai alueilla saman arvion antoi
alle kymmenesosa (6–7 %) vastaajista. Muissa itse tuotettuja palveluja koskeissa
arvioissa eri kokoisten alueiden vastaajien näkemykset eivät eroa näin selvästi.

Myös vuoden 2009 Sosiaalibarometrissa pyydettiin arvioimaan itse tuotettu-
jen sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutumista¹⁶. Seuraavaan taulukkoon on koottu
arviot sekä sosiaali- että terveyspalvelujen toteutumisesta molemmilta vuosilta.
Eniten muutosta on tapahtunut ehkäisevässä työssä, jonka toteutumisen arvioi-
daan parantuneen sekä sosiaali- että terveyspalveluissa vuodesta 2009 vuoteen
2013. Vuonna 2009 ehkäisevän työn arvioi toteutuvan melko hyvin tai hyvin sosiaali-
palveluissa 52 prosenttia ja terveyspalveluissa 70 prosenttia vastaajista. Neljä vuot-
ta myöhemmin vastaavat osuudet ovat sosiaalipalveluissa 61 prosenttia ja terveys-
palveluissa 86 prosenttia.

TAULUKKO 13. Sosiaalijohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arviot itse tuotettujen
sosiaalipalvelujen sekä terveyskeskusjohtajien arviot itse tuotettujen terveyspalvelujen
toteutumisesta vuosina 2009 ja 2013. Melko hyvin tai hyvin toteutuvaksi arvioivien osuudet (%).

	Sosiaalijohtajat ja lautakuntien pj:t %		Terveyskeskus- johtajat %	
	2009	2013	2009	2013
Palvelujen laatu	87	92	87	95
Asiakkaiden oikeusturva	85	87	88	95
Kuntalaisten palvelutarpeiden tuntemus	83	87	85	84
Palvelujen kehittäminen	77	82	83	89
Palvelujen tehokkuus	73	78	85	78
Organisoinnin selkeys	77	77	72	77
Palvelukokonaisuuksien eheys	77	78	76	68
Kustannustietoisuus	76	75	76	68
Ehkäisevän työn toteutuminen	52	61	70	86

Itse tuotetuissa sosiaalipalveluissa ei ole kysyttyjen seikkojen kohdalla tapahtunut
heikennystä vuodesta 2009 vuoteen 2013. Pientä parannusta arvioidaan tapahtu-
neen palvelujen laadussa, kehittämisessä ja tehokkuudessa ehkäisevän työn to-
teutumisen lisäksi. Terveyspalveluissa kohentui palvelujen laadun ja kehittämisen
lisäksi asiakkaiden oikeusturva. Heikennystä puolestaan on nähtävissä palvelu-
kokonaisuuksien eheydessä ja kustannustietoisuudessa.

¹⁶ Vuoden 2013 lomakkeessa pyydettiin arvioimaan itse tuotettuja palveluita. Vuoden 2009 lomakkees-
sa pyydettiin arvioimaan kuntien palveluja ja erikseen ostettuja palveluita.

5.3 Palvelujen kilpailuttaminen

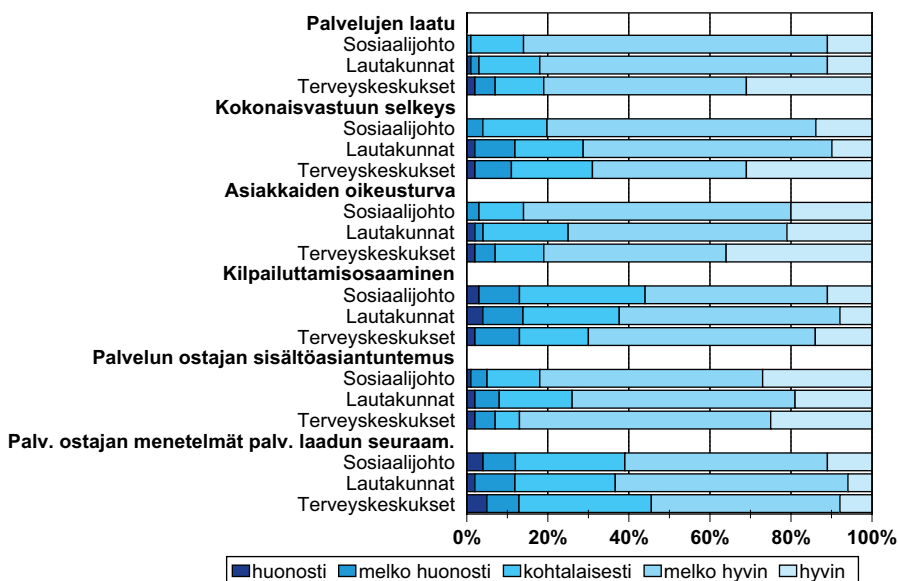
5.3.1 Ostopalvelujen kriteerit ja valvonta

Erilaisten kriteerien toteutuminen ostopalveluissa

Sosiaalijohtajia, lautakuntien puheenjohtajia ja terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan, miten ostetuissa palveluissa toteutuvat tällä hetkellä palvelujen laatu, kokonaisvastuun selkeys, asiakkaiden oikeusturva, kilpailuttamisosaaminen sekä palvelun ostajan sisältöasiantuntemus ja menetelmät palvelujen laadun seuraamiseksi.

Enemmistö kaikkien vastaajaryhmien edustajista arvioi kysyttyjen kriteerien toteutuvan vähintään melko hyvin. Ostettujen palvelujen laatua pitää melko hyvänä tai hyvänä yli neljä viidesosaa (81–86 %) vastaajista. Lähes yhtä suuren osan mukaan asiakkaiden oikeusturva (75–81 %) ja palvelun ostajan sisältöasiantuntemus (74–88 %) ovat vähintään melko hyvällä tasolla. Kokonaisvastuun selkeyden arvioi melko hyväksi tai hyväksi vastaajaryhmästä riippuen 69–81 prosenttia vastaajista – lautakuntien puheenjohtajista ja terveyskeskusjohtajista kuitenkin 11 prosenttia pitää sitä huonona.

Hieman muita yleisemmin puutteita on kilpailuttamisosaamisessa ja palvelun ostajan menetelmissä palvelujen laadun seuraamiseksi. Kaikista vastaajaryhmistä 13 prosenttia pitää kilpailuttamisosaamista ja 12 prosenttia palvelujen laadun seurannan menetelmiä huonoina. Silti yli puolet (55–70 %) vastaajista arvioi niidenkin toteutuvan vähintään melko hyvin.



KUVIO 37. Arviot eri kriteerien toteutumisesta ostetuissa palveluissa.

Vuonna 2009 Sosiaalibarometrin kyselyssä tiedusteltiin sosiaalijohtajilta ja lautakuntien puheenjohtajilta samaan tapaan vastaajien arvioita edellä tarkasteltujen

kriteerien toteutumisesta ostetuissa palveluissa. Kaikkia kriteereitä koskevat arviot ovat tällä hetkellä jonkin verran myönteisempiä kuin neljä vuotta sitten (liite 5.1). Kunkin kysytyn kriteerin toteutumista melko hyvänä tai hyvänä pitäviä sosiaali-johtajia ja lautakuntien puheenjohtajia on nyt 7–17 prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2009.

Sosiaalijohdolta ja terveystakeskusjohtajilta kysyttiin vielä, onko kahden viime vuoden aikana ilmennyt tilanteita, joissa ostetun palvelun laatu ei ole vastannut sovittua. Vaikka edellä esitettyjen arvioiden mukaan ostettujen palvelujen laatuun ollaan melko tyytyväisiä, samaan aikaan myös laatuongelmat ovat hyvin yleisiä. Yli puolet sosiaalijohtajista (57 %) ja terveystakeskusjohtajista (55 %) ilmoittaa kohdanneensa tilanteita, joissa ostetun palvelun laadussa on ollut puutteita. Suurimmilla alueilla puutteet ovat yleisimpiä, sillä vähintään 30 000 asukkaan kuntien ja alueiden sosiaalijohdosta peräti 74 prosenttia ja terveystakeskusjohdosta 70 prosenttia kertoo ostettujen palvelujen laadun vajeista.

Myös aikaisemmin kilpailutuksen vaikutuksia selvitetessä palvelujen laatuun on suhtauduttu epäilevästi. Esimerkiksi Sosiaalibarometrissa 2011 hieman alle puolet sosiaalijohtajista, runsas puolet lautakuntien puheenjohtajista ja noin kaksi kolmesta terveystakeskusjohtajasta arvioi, että valintakriteereissä ei huomioi-da riittävästi laatutekijöitä ja palvelun hinta on noussut ainoaksi kriteeriksi.

Kun palvelun laatu ei ole vastannut sovittua, yleisimmät tavat puuttua tilanteeseen ovat olleet vastaajien mukaan huomautusten ja reklamaatioiden antaminen, neuvottelut palveluntuottajan kanssa sekä palvelujen valvonta ja tarkastuskäynnit. Osassa tapauksista (vastaajista 14 sosiaalijohtajaa ja seitsemän terveystakeskusjohtajaa) ratkaisuna on ollut palvelun ostamisen lopettaminen tai keskeyttäminen kyseiseltä tuottajalta.

TAULUKKO 14. Onko ilmennyt tilanteita, joissa ostetun palvelun laatu ei ole vastannut sovittua.

	Ei %	Kyllä %	n
Sosiaalijohto			
Alle 10 000 asukasta	61	39	49
10 000–29 999	29	71	28
30 000 tai enemmän	26	74	31
YHTEENSÄ	43	57	108
Terveystakeskukset			
Alle 10 000 asukasta	69	31	16
10 000–29 999	44	56	25
30 000 tai enemmän	30	70	23
YHTEENSÄ	45	55	64

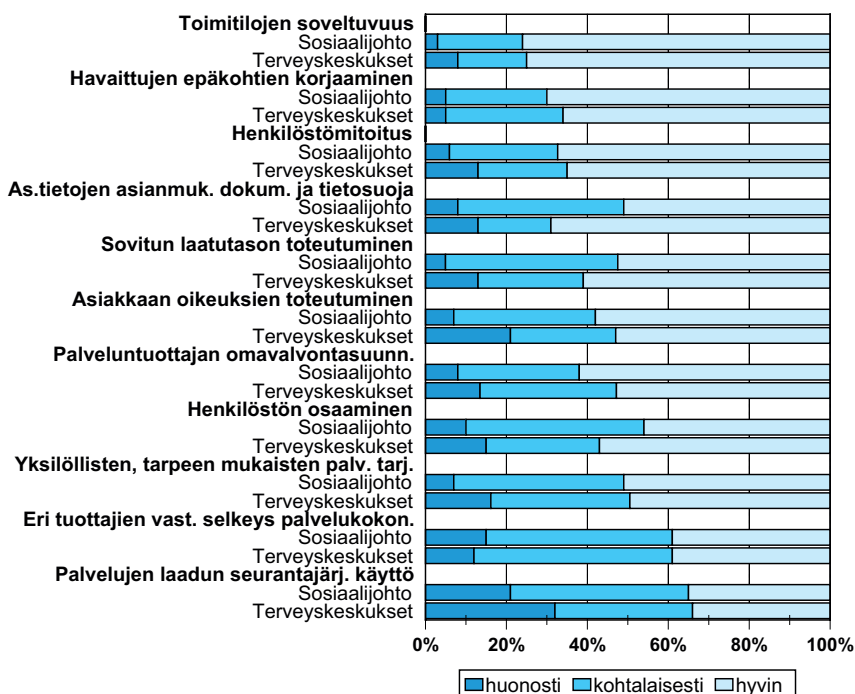
Palvelujen valvonta

Sosiaalibarometrissa 2011 kilpailutettujen palvelujen laadun valvonnan toteutusta arvioitiin varsin kriittisesti. Yli 60 prosenttia sosiaalijohtajista ja lautakuntien

puheenjohtajista sekä 78 prosenttia terveyskeskusjohtajista oli sitä mieltä, että kilpailutettujen palvelujen laadun valvonnasta puuttuvat selkeät käytännöt.

Nyt sosiaalihoitajilta ja terveyskeskusjohtajilta tiedusteltiin, miten he arvioivat muilta tahoilta ostettujen palvelujen valvonnan toteutuvan eri asioissa. Yleisimmin vastaajat ovat tyytyväisiä toimitilojen soveltuvuuden, havaittujen epäkohtien korjaamisen ja henkilöstömitoituksen valvontaan, joita pitää hyvänä 65–76 prosenttia kummankin vastaajaryhmän edustajista. Karkeasti noin puolet (46–61 %) vastaajista arvioi henkilöstön osaamisen, sovitun laatutason toteutumisen, asiakkaan oikeuksien toteutumisen ja yksilöllisten, tarpeen mukaisten palvelujen tarjoamisen valvonnan toteutuvan hyvin.

Muita kriittisemmin arvioidaan palvelujen laadun seurantarjestelmien käytön ja eri tuottajien vastuiden selkeyden valvontaa, joita pitää hyvänä vain noin kolmasosa (34–39 %) molemmista vastaajaryhmistä. Palvelujen laadun seurantarjestelmien käytön valvonta on huonoa noin joka kolmannen (31 %) terveyskeskusjohtajan ja joka viidennen (21 %) sosiaalihoitajan mielestä. Arvioissa asiakastietojen asianmukaisen dokumentoinnin ja tietosuojan sekä palveluntuottajan omavalvontasuunnitelmien valvonnasta on eniten vastaajaryhmien välistä eroa. Asianmukaisen dokumentoinnin ja tietosuojan valvontaa pitää hyvänä yli kaksi kolmasosaa (69 %) terveyskeskusjohtajista ja noin puolet (51 %) sosiaalihoitajista. Palveluntuottajan omavalvontasuunnitelmien arvioi toteutuvan hyvin lähes kaksi kolmesta sosiaalihoitajasta, kun taas terveyskeskusjohtajista vain vajaa puolet (47 %) pitää valvonnan tasoa hyvänä ja noin joka neljäs (23 %) huonona.



KUVIO 38. Arvio ostettujen palvelujen valvonnan toteutumisesta.

Arviot sosiaali- ja terveystalvvelumarkkinoista

Sosiaali- ja terveystalvvelujen markkinoiden arviointeja on tehty alueilla suhteellisen vahan. Vain vajaa viidesosa sosiaalijohtajista (19 %) ja terveystalvvelukeskusjohtajista (18 %) ilmoittaa alueellaan arvioidun talvvelumarkkinoita kahden viime vuoden aikana. Arvioinnit ovat olleet yleisimpiä vahanintaan 30 000 asukkaan kuntien ja alueiden sosiaalitoimissa, silla niista 42 prosenttia on toteuttanut talvvelumarkkinoiden arviointeja.

Kaytannossa sosiaali- ja terveystalvvelujen talvvelumarkkinoiden arvioinnit on toteutettu yleisimmin kilpailutusten yhteydessä, talvvelustrategioita laadittaessa ja esimerkiksi erilaisiin hankkeisiin liittyen.

TAULUKKO 15. Onko alueella arvioitu kahden viime vuoden aikana sosiaali- ja terveystalvvelujen talvvelumarkkinoita.

	Ei %	Kyllä %	n
Sosiaalijohto			
Alle 10 000 asukasta	90	10	49
10 000–29 999	89	11	28
30 000 tai enemmän	58	42	31
YHTEENSÄ	81	19	108
Terveystalvvelukeskukset			
Alle 10 000 asukasta	80	20	15
10 000–29 999	80	20	25
30 000 tai enemmän	86	14	21
YHTEENSÄ	82	18	61

5.3.2 Kilpailutettujen talvvelujen kustannukset

Sosiaalijohtolta ja terveystalvvelukeskusjohtajilta kysyttiin, millä euromäärällä sosiaali- ja terveystalvveluja kilpailutettiin vuonna 2012. Vain murto-osa (35 sosiaalijohtajaa ja 23 terveystalvvelukeskusjohtajaa) pystyi ilmoittamaan luvun sita tiedusteltaessa. Kysymykseen vastanneissa sosiaalitoimissa talvveluja kilpailutettiin keskimäärin (mediaani) kahdella miljoonalla eurolla ja terveystalvvelukeskuksissa 750 000 eurolla. Suurimmillaan kilpailutettujen talvvelujen arvo oli kyselyyn vastanneissa sosiaalitoimissa 150 miljoonaa ja terveystalvvelukeskuksissa 13,5 miljoonaa euroa.

Talvveluhankintaprosessin suuria liitännäiskustannuksia on aiemmin (Sosiaalibarometri 2006) arvioitu kilpailuttamisen yhdeksi ongelmaksi. Myös Sosiaalibarometrissa 2011 noin puolet sosiaalijohtajista, terveystalvvelukeskusjohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista piti hankintamenettelyn kustannuksia korkeina.

Hankintaprosessista aiheutuneiden liitännäiskustannuksien kokoa on kuitenkin vastaajien mukaan erittain vaikea arvioida. Vain alle kymmenesosa (9 %) sosiaalijohtajista ja terveystalvvelukeskusjohtajista ilmoittaa kykenevänsä arvioimaan vuoden 2012 talvveluhankintaprosessien liitännäiskustannuksia. Heistäkin vain muutama (viisi sosiaalijohtajaa) pystyy antamaan vastauksen kysymykseen liitännäis-

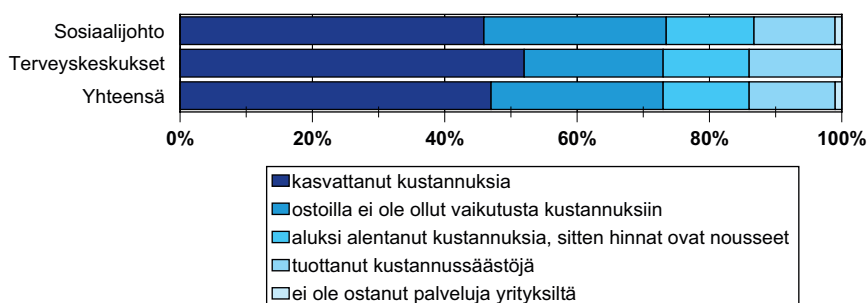
kustannuksien määrästä euroina. Ne olivat kysymykseen vastanneilla keskimäärin (mediaani) 50 000 euroa ja muodostivat noin viisi prosenttia heidän ilmoittamastaan kilpailutettujen palvelujen arvosta vuonna 2012.

TAULUKKO 16. Vuonna 2012 kilpailutettujen sosiaali- ja terveystalvelujen arvo euroina.

	Mediaani	Pienin arvo	Suurin arvo	n
Sosiaalijohto	2 000 000	50 000	150 000 000	35
Terveyskeskukset	750 000	25 000	13 500 000	32
YHTEENSÄ	1 100 000	25 000	150 000 000	67

Sosiaalijohtoa ja terveyskeskusjohtajia pyydettiin arvioimaan, miten palvelujen ostaminen yrityksiltä on vaikuttanut kokonaisuudessaan palvelujen kustannuksiin neljän viime vuoden aikana. Yleisin seuraus vastaajien näkemysten mukaan on ollut kustannusten nousu. Runsas puolet (52 %) terveyskeskusjohtajista ja lähes puolet (45 %) sosiaalijohtajista arvioi palvelujen ostamisen yrityksiltä kasvattaneen kustannuksia. Vain runsas kymmenesosa sosiaalijohtajista (12 %) ja terveyskeskusjohtajista (14 %) uskoo ostojen tuottaneen kustannussäästöjä. Yli neljäsosa (27 %) sosiaalijohtajista ja noin viidesosa (21 %) terveyskeskusjohtajista on sitä mieltä, etteivät palvelujen ostot ole vaikuttaneet kustannuksiin. Molemista vastaajaryhmistä 13 prosenttia arvioi ostojen tuoneen aluksi säästöjä, mutta myöhemmin nostaneen palvelujen hintoja.

Nyt saatu tulos on samansuuntainen kuin vastaajien aikaisemmat näkemykset (Sosiaalibarometri 2011), joiden mukaan kilpailuttaminen on yleisemmin kasvattanut kuin vähentänyt sekä lyhyen että pitkän aikavälin kustannuksia.

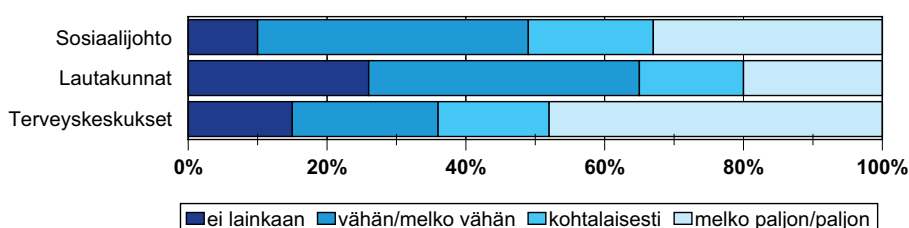


KUVIO 39. Miten palvelujen ostaminen yrityksiltä on vaikuttanut palvelujen kustannuksiin neljän viime vuoden aikana.

5.3.3 Palvelujen keskittyminen

Vuonna 2011 neljä viidestä sosiaalijohtajasta ja terveyskeskusjohtajasta sekä kaksi kolmesta lautakuntien puheenjohtajasta arvioi palveluntuotannon olevan keskittymässä suurille yksityisille palveluntuottajille kilpailuttamisen seurauksena (Sosiaalibarometri 2011).

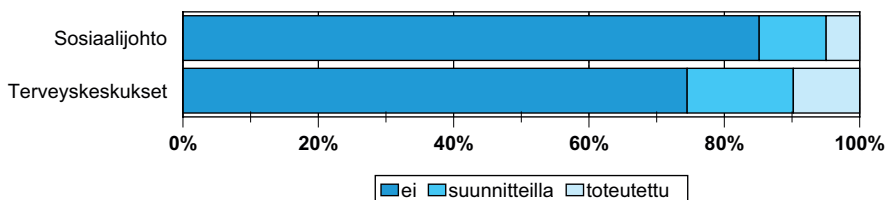
Nyt sosiaalihoitajia, lautakuntien puheenjohtajia ja terveyskeskusten johtajia pyydettiin arvioimaan, onko heidän alueellaan nähtävissä palvelujen tuottamisen keskittymistä isoille yksityisille palveluntuottajille. Keskittyminen tunnistetaan varsin yleisesti ja selvimmin se näkyy terveyspalveluissa, sillä vähintään kohtalaisena sitä pitää 64 prosenttia terveyskeskusjohtajista, 41 prosenttia sosiaalihoitajista ja 35 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista. Lähes joka toinen (48 %) terveyskeskusjohtaja, joka kolmas sosiaalihoitaja ja viidesosa lautakuntien puheenjohtajista ilmaisee palvelujen keskittymisen näkyvän alueellaan melko paljon tai paljon. Keskittymiskehitystä ei tunnista tapahtuvan alueellaan lainkaan joka neljäs (26 %) lautakunnan puheenjohtaja, joka kymmenes (10 %) sosiaalihoitaja ja 15 prosenttia terveyskeskusjohtajista.



KUVIO 40. Arvio, missä määrin alueilla on nähtävissä palvelujen tuottamisen keskittymistä isoille yksityisille palveluntuottajille.

Vaikka palvelujen tuottamisen keskittyminen isoille yksityisille palveluntuottajille tunnistetaan varsin monilla alueilla, toimenpiteet sen estämiseksi eivät ole kovin yleisiä. Vain joka kymmenes terveyskeskusjohtaja ja viisi prosenttia sosiaalihoitajista ilmoittaa alueellaan toteutetun toimenpiteitä keskittymisen estämiseksi. Terveyskeskusjohtajista 16 prosenttia ja sosiaalihoitajista kymmenen prosenttia kertoo toimenpiteitä olevan suunnitteilla.

Jo toteutetuista toimenpiteistä vastaajat mainitsevat yleisimmin palvelusetelit ja joidenkin palvelujen ulkoistamisen lopettamisen. Myös suunnitteilla oleviksi toimenpiteiksi nimetään omien palvelujen lisääminen ja kehittäminen, palvelusetelijärjestelmä sekä hyvä kilpailuttaminen ja tarjouspyyntöjen pilkkominen pienempiin osiin.



KUVIO 41. Onko alueella toteutettu tai suunnitteilla toimenpiteitä palvelujen tuottamisen keskittymisen estämiseksi.

Sosiaalijohtolta ja terveyskeskusjohtajilta tiedusteltiin, onko heidän alueellaan jokin palvelu tai sen osa palautettu takaisin kunnan tai kuntayhtymän itse tuottamaksi kahden viime vuoden aikana. Runsas kolmasosa (36 %) sosiaalijohtajista ja kolmasosa terveyskeskusjohtajista kertoo palveluja palautetun itse tuotettaviksi. Asukasluvultaan suurilla alueilla tai kunnissa palvelujen palauttaminen kunnan tai kuntayhtymän tuottamaksi on ollut hieman muita yleisempää ja selvimmin se näkyy sosiaalipalveluissa.

TAULUKKO 17. Onko alueella jokin palvelu tai sen osa palautettu takaisin kunnan/kuntayhtymän itse tuottamaksi.

	Ei %	Kyllä %	n
Sosiaalijohto			
Alle 10 000 asukasta	80	20	50
10 000–29 999	57	43	28
30 000 tai enemmän	45	55	31
YHTEENSÄ	64	36	109
Terveyskeskukset			
Alle 10 000 asukasta	80	20	15
10 000–29 999	76	24	25
30 000 tai enemmän	65	35	23
YHTEENSÄ	67	33	63

Sosiaalipalveluista kunnan tai kuntayhtymän itse tuottamaksi on palautettu yleisimmin asumispalveluja, esimerkiksi vammaisille, mielenterveys- ja päihdekuntoutujille sekä vanhuksille tarkoitettuja. Terveyspalveluista on ryhdytty itse tuottamaan yleisimmin lääkäri- ja terveysasemapalveluja. Selvästi yleisimpinä perusteina palvelujen palauttamiselle kunnan itse tuotettaviksi vastaajat pitävät kustannuksissa ja laadussa saavutettavia hyötyjä.

Sosiaalijohtolta ja terveyskeskusjohtajilta kysyttiin, huomioidaanko alueen paikalliset yritykset ja yhdistykset palveluhankintoja tehtäessä ilman, että suositetaan mitään palveluntuottajaa. Lähes kaksi kolmesta (62 %) sosiaalijohtajasta ja yli puolet (56 %) terveyskeskusjohtajista kertoo paikallisten palveluntuottajien huomioonottamisesta hankintoja tehtäessä. Paikallisten yritysten ja yhdistysten huomioimisen tuovat yleisimmin esiin asukasmääriltään pienimpien kuntien tai alueiden sosiaalijohtajat ja suurimpien kuntien tai alueiden terveyskeskusjohtajat. Alle 10 000 asukkaan kuntien ja alueiden sosiaalijohtajista peräti 82 prosentin mukaan ja vähintään 30 000 asukkaan kuntien tai alueiden terveyskeskuksien johtajista 73 prosentin mukaan alueen paikalliset yritykset ja yhdistykset otetaan huomioon palveluhankintoja tehtäessä.

Keinoiksi paikallisten toimijoiden huomioimiseen palveluhankinnoissa vastaajat mainitsevat yleisimmin avoimen kilpailutuksen, hankinnoista tiedottamisen sekä palvelujen hankkimisen mahdollisimman läheltä.

TAULUKKO 18. Huomioidaanko alueen paikalliset yritykset ja yhdistykset palveluhankintoja tehtäessä.

	Ei %	Kyllä %	n
Sosiaalijohto			
Alle 10 000 asukasta	38	82	48
10 000–29 999	22	78	27
30 000 tai enemmän	53	47	30
YHTEENSÄ	38	62	105
Terveyskeskukset			
Alle 10 000 asukasta	47	53	15
10 000–29 999	56	44	25
30 000 tai enemmän	27	73	22
YHTEENSÄ	44	56	62

5.3.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen erityisluonteen huomioonottaminen palveluhankinnoissa

Julkisia hankintoja säätelevää EU-direktiiviä ollaan uudistamassa. Sen myötä myös kansallista hankintalakia uudistetaan. Sosiaalijohtajilta tiedusteltiin mieltäpidettä muutamista ehdotuksista, joiden arvioidaan edistävän sosiaali- ja terveyspalvelujen erityisluonteen huomioonottamista palveluhankinnoissa.

Kaikki vastaajien arvioitaviksi asetetut ehdotukset saavat enemmistön kannatuksen. Yli neljä viidesosaa (83 %) sosiaalijohtajista on sitä mieltä, että isoissa palveluhankinnoissa tulisi olla mahdollisuus osittaa hankinta, jotta myös pienillä toimijoilla olisi mahdollisuus osallistua kilpailutukseen. Lähes neljä viidesosaa (78 %) vastaajista tukee ajatusta tarjousten tekemisen riittävän pitkästä määräajasta pienten tuottajien osallistumisen mahdollistamiseksi. Noin kolme neljästä (73–77 %) sosiaalijohtajasta on sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa tulisi painottaa laatua, tarjousten täydentäminen ja täsmentäminen hankintayksikön pyynnöstä tulisi mahdollistaa sekä pienten ja keskisuurten yritysten menestymistä julkisissa hankinnoissa tulisi seurata kansallisesti. Lähes yhtä usein (71 %) vastaajat arvioivat, että sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen kansallista kynnysarvoa tulisi nostaa nykyisestä direktiivin mahdollistamalle tasolle. Runsas kaksi kolmasosaa (70 %) on sitä mieltä, että velvoittavalla lainsäädännöllä tulisi vahvistaa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa hinta ei saa olla ainoa ratkaiseva tekijä. Yhtä monen vastaajan mielestä hankintamenettelyyn tulisi luoda selkeämmät säännöt ympäristö- ja sosiaalisten näkökohtien huomioimiseksi.

TAULUKKO 19. Sosiaali- ja terveyspalveluiden näkemykset ehdotuksista, jotka edistäisivät sosiaali- ja terveyspalveluiden erityisluonteen huomioonottamista palveluhankinnoissa.

	Eri mieltä %	Neutraali %	Samaa mieltä %	Ei osaa sanoa %	n
Isoissa palveluhankinnoissa tulisi olla mahdollisuus osittaa hankinta, jotta myös pienillä toimijoilla on mahdollisuus osallistua kilpailutukseen	1	10	83	6	109
Tarjousten tekemisen määräajan tulee olla riittävän pitkä, jotta se mahdollistaa myös pienten tuottajien osallistumisen	4	16	78	3	109
Sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnassa tulisi painottaa laatua	-	22	77	1	108
Tulisi mahdollistaa tarjousten täydentäminen ja täsmentäminen hankintayksiköiden pyynnöstä	3	18	74	5	110
Kansallisesti tulisi seurata pienten ja keskiuurten yritysten menestymistä julkisissa hankinnoissa	2	19	73	6	109
Sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttamisen kansallista kynnysarvoa tulisi nostaa nykyisestä direktiivin mahdollistamalle tasolle	7	13	71	9	110
Velvoittavalla lainsäädännöllä tulisi vahvistaa, että sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnassa hinta ei saa olla ainoa ratkaiseva tekijä	8	16	70	6	110
Hankintamenettelyyn tulisi luoda selkeämmät säännöt ympäristö- ja sosiaalisten näkökohtien huomioimiseksi	2	19	70	9	108

6 Palvelurakenteiden uudistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä tiedusteltiin sosiaali- ja terveysjohtolta ja osin lautakuntien puheenjohtajilta erityisesti kahdesta näkökulmasta: sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation toteutuminen ja perustason vahvistaminen. Lisäksi kysyttiin mielipidettä sairaanhoitopiirien lakkauttamisen ajankohdasta ja toimivan perustason vaatimasta väestöpohjasta.

6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio

Sosiaali- ja terveyspalvelurakenteiden uudistamisessa korostetaan nykyistä laajempaa rakenteellista integraatiota. Integraatiota tavoitellaan kolmesta eri näkökulmasta:

sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integroituminen muihin hallinnonaloihin.

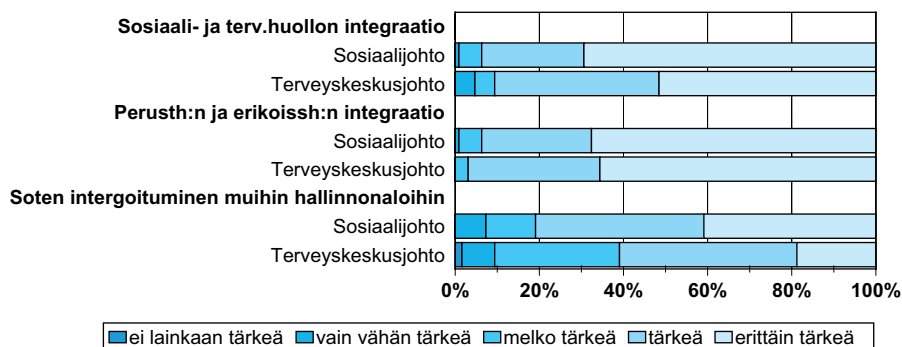
Eri integraatiotasojen tärkeys

Sosiaalijohto ja terveyskeskusten johtajat pitivät arvioituista kolmesta eri integraation tasosta tärkeimpinä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Tärkeyttä arvioitiin palvelujen käyttäjien näkökulmasta. Terveyskeskusten johtajat painottivat näistä kahdesta tasosta enemmän terveydenhuollon integraatiota, kun taas sosiaalijohdolla molemmat integraation tasot näyttäytyivät likimain yhtä usein erittäin tärkeinä.

Sosiaalijohto korosti terveyskeskusten johtajia enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon integraation merkitystä. 69 prosenttia sosiaalijohdosta mielsi sen erittäin tärkeäksi, kun osuus terveyskeskusten johtajista oli 52 prosenttia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota piti erittäin tärkeänä kaksi kolmasosaa kaikista vastaajista.

Selvimmän kahden vastaajatahon näkemykset poikkeavat sosiaali- ja terveydenhuollon muihin hallinnonaloihin integroitumisen tärkeydestä. Tässä sosiaalijohto painotti tuntuvasti enemmän integraation merkitystä: sosiaalijohdosta 41 prosenttia ja terveyskeskusten johtajista 19 prosenttia katsoo sen erittäin tärkeäksi.

Näkemykset eivät eroa tilastollisesti merkitsevästi erikokoisissa kunnissa ja suuralueilla.



KUVIO 42. Eri integraatiotasojen tärkeys palvelun käyttäjien kannalta.

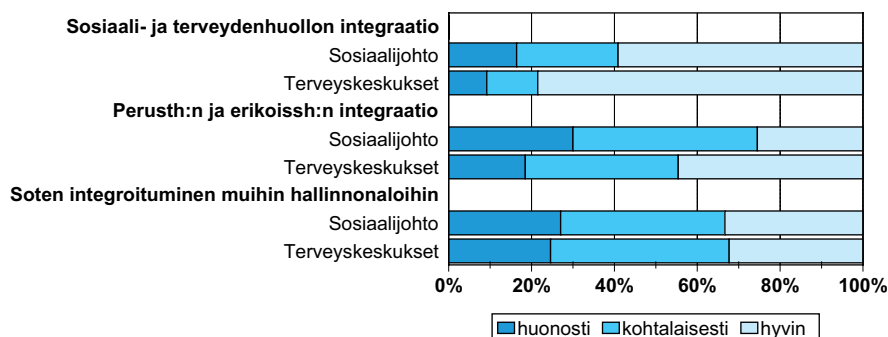
Integraation toteutuminen tällä hetkellä

Sosiaalijohto ja terveyskeskusten johtajat arvioivat eri integraation tasojen toteutumista vuoden 2013 alussa kunnassaan tai yhteistoiminta-alueellaan. Molemmat tahot arvioivat tällä hetkellä parhaiten toteutuvan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation. Sosiaalijohdosta 59 prosenttia ja terveyskeskusten johtajista 79 prosenttia katsoi tilanteen hyväksi tai melko hyväksi omalla alueellaan. Tyytymättömyyttä nykytilaan ilmaisi kuudesosa sosiaalijohdosta ja vajaa kymmenesosa

terveyskeskusten johdosta. Sosiaalijohto arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toimivan heikommin alle 10 000 asukkaan kunnissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta eräs osoitus on se, että hieman yli puolet sosiaalitoimen kyselyyn vastanneista johtaa myös kuntansa tai yhteistoiminta-alueensa terveystoimea¹⁷. Pelkästään sosiaalitoimea johtavat vastaajat kokivat sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toimivan tällä hetkellä alueellaan muita sosiaalitoimen vastaajia huonommin. He olivat myös hieman muita sosiaalitoimen vastaajia kriittisempiä arvioissaan sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisesta muihin hallinnonaloihin.

Terveyskeskusten johto katsoi myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation toteutuvan myönteisemmin kuin sosiaalijohto. 45 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 26 prosenttia sosiaalijohdosta oli alueensa nykytilanteeseen tyytyväisiä. Sosiaalijohdosta useampi, 30 prosenttia, arvioi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon nykyisen integraation toteutuvan heikosti alueellaan. Terveyskeskusjohtajista tyytymättömiä oli noin viidennes (19 %).



KUVIO 43. Eri integraatitasojen toteutuminen kunnassa/yhteistoiminta-alueella.

Sosiaalijohdon ja terveyskeskusten johtajien näkemykset sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisesta muihin hallinnonaloihin olivat yhtäläiset: kolmannes vastaajista katsoi sosiaali- ja terveydenhuollon integroituvan alueellaan hyvin muihin hallinnonaloihin. Tyytymättömiä tilanteeseen oli noin neljäsosa (26 %).

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisen muihin hallinnonaloihin katsotaan toteutuvan omalla alueella paremmin, mikäli sitä pidetään tärkeänä. Yhteyttä muihin hallinnonaloihin vähämerkityksisenä pitävistä vastaajista 71 prosenttia katsoi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation muihin hallinnonaloihin toteutuvan tällä hetkellä huonosti, kun osuus sitä tärkeänä pitävistä oli viidennes. Silti nykytilanteeseen tyytyväisiä oli asiaa tärkeinäkin pitävissä kunnissa vain runsas kolmannes (37 %). Asiaa vähämerkityksisenä pitävillä alueilla integraatio muihin hallinnonaloihin toteutuu vastaajien mukaan hyvin noin viidenneksellä (21 %).

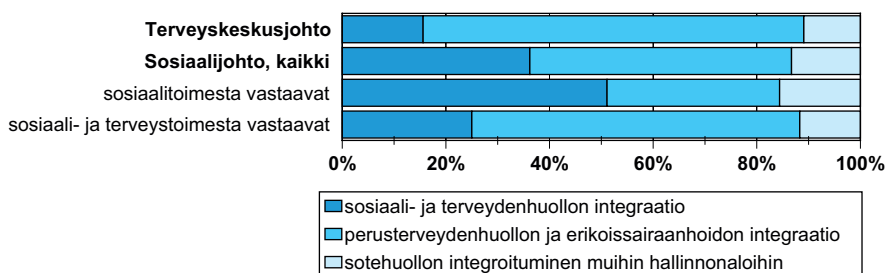
¹⁷ Lautakuntien kyselyyn vastanneista puheenjohtajista valtaosa, lähes 90 prosenttia, luotsaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai sosiaali- ja terveystalvelujen eri yhdistelmiä.

Tärkein integraation taso tulevaisuuden haasteisiin vastattaessa

Vastaajilta pyydettiin erikseen näkemystä siitä, mikä integraatiotaso on tärkein korjattaessa palvelujärjestelmän nykyisiä heikkouksia ja vastattaessa tulevaisuuden haasteisiin. Keskeisimpänä tästä näkökulmasta nähtiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio. Terveyskeskusjohtajat painottivat tätä selvästi sosiaalijohtoa enemmän: terveyskeskusvastaajista 73 prosenttia ja sosiaalijohdosta puolet priorisoi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota nykyjärjestelmän heikkouksien korjaamisessa.

Varsin suuri osuus, yli kolmannes (36 %) sosiaalijohdosta nosti esille myös sosiaali- ja terveydenhuollon integraation. Terveyskeskuksista sitä painotti kuudesosa (16 %). Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio toimii kunnassa tai yhteistoiminta-alueella huonosti, ovat erityisesti sosiaalijohtajat nähneet ensisijaisena ratkaisuna tämän integraatiotason korjaamisen. Kunnissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kuvattiin toimivan hyvin, nähtiin tarpeellisimpana kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä integraatiota.

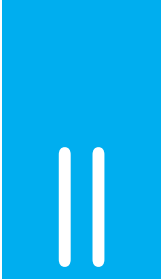
Harvimminkin ratkaisuna palvelujärjestelmän nykyisten heikkouksien korjaamiseen ja tulevaisuuden haasteisiin vastaamiseksi valittiin sosiaali- ja terveydenhuollon integroituminen muihin hallinnonaloihin. Sosiaalijohdosta 14 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista 11 prosenttia piti sitä alueellaan tärkeimpänä ratkaisuna tulevaisuuden haasteisiin vastaamisessa.



KUVIO 44. Tärkeimpänä pidetty integraatiotaso korjattaessa palvelujärjestelmän nykyisiä heikkouksia ja vastattaessa tulevaisuuden haasteisiin.

Sosiaalijohdon vastaukset painottuivat eri tavoin riippuen siitä, johtaako vastaaja sosiaalitoimea vai sosiaali- ja terveystoimea. Pelkästään sosiaalihuollosta vastaavista johtajista puolet pitää ensisijaisena sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja kolmannes perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Sen sijaan sosiaali- ja terveystoimea johtavista vastaajista lähes kaksi kolmannesta korosti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskeisyyttä ja vain neljännes sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota.

Väestömäärän tai suuralueiden kesken ei syntynyt tilastollisesti merkitseviä eroja. Kuitenkin alle 10 000 asukkaan kunnissa oltiin taipuvaisempia korostamaan



sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja suurimmilla, yli 30 000 asukkaan alueilla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä integraatiota. Yksittäisenä erona on havaittavissa lisäksi Helsinki-Uudenmaan suuralueella muita alueita vahvempi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen integraation painottaminen nykyjärjestelmän puutteiden korjaamisessa.

6.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason vahvistaminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä valmisteellut työryhmä korosti perustason palvelujen vahvistamisen välttämättömyyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c).

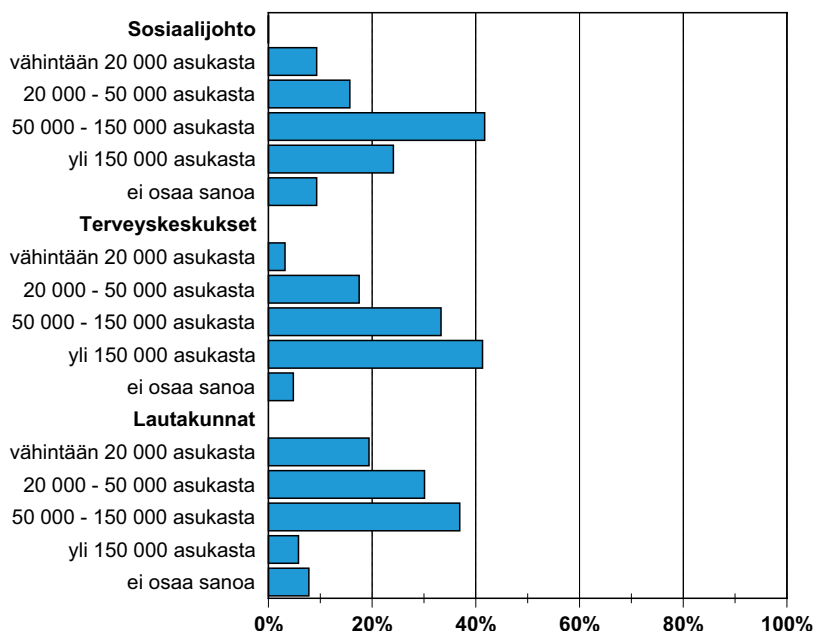
Laajennetun perustason vaatima väestöpohja

Vastaajat ottivat kantaa siihen, kuinka suuri väestöpohja tarvittaisiin, mikäli perustasolle kuuluisi nykyistä suurempi vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista, mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta. Vaihtoehdot oli luokiteltu valmiiksi.

Eri vastaajatahojen näkemykset poikkesivat toisistaan. Terveyskeskusten johtajat arvioivat tarvittavan väestöpohjan muita vastaajatahoja suuremmaksi. He myös ottivat hieman lautakuntien puheenjohtajia ja sosiaalijohtajia useammin kantaa väestöpohjan suuruuteen. 41 prosenttia terveyskeskusjohdosta piti väestötarvetta yli 150 000 asukkaan suuruisena ja lisäksi kolmannes katsoi tarvittavan 50 000–150 000 asukasta. Viidennes terveyskeskusjohdosta arvioi selviydyttävän pienemmällä väestömäärällä, silti näissäkin arvioissa painottui yli 20 000 asukkaan väestömäärä.

Sosiaalihuollon näkökulmasta useimmin arvioitiin tarvittavan 50 000–150 000 asukkaan väestö nykyistä laajemman palvelutarjonnan velvoitteiden mielekkääseen toteuttamiseen perustasolla. Näin vastasi 42 prosenttia sosiaalijohtajista. Noin neljännes (24 %) piti riittävänä väestömääränä vielä suurempaa, yli 150 000 asukkaan väestöä. Vastaavasti neljännes piti sopivana enintään 50 000 asukkaan väestöpohjaa, hieman suurempi osuus heistä kannatti kuitenkin 20 000 rajan ylittävää asukasmäärää.

Lautakuntien puheenjohtajat katsoivat selviydyttävän selvästi sosiaali- ja terveyskeskusjohdon näkemyksiä pienemmällä väestömäärällä. Useimmin lautakuntien puheenjohtajat arvioivat väestötarpeeksi 50 000–150 000 asukasta (37 %), ja lähes yhtä painokkaasti 20 000–50 000 asukasta (30 %). Vielä tätä vähäisempää väestömäärää kannatti melkein viidennes (19 %) lautakuntien puheenjohtajista. Yli 150 000 asukkaan väestön näki tarpeellisenä nykyistä suuremman palveluvastuun perustasolla kantavalle kunnalle tai yhteistoiminta-alueelle vain kuusi prosenttia lautakuntien puheenjohtajista.

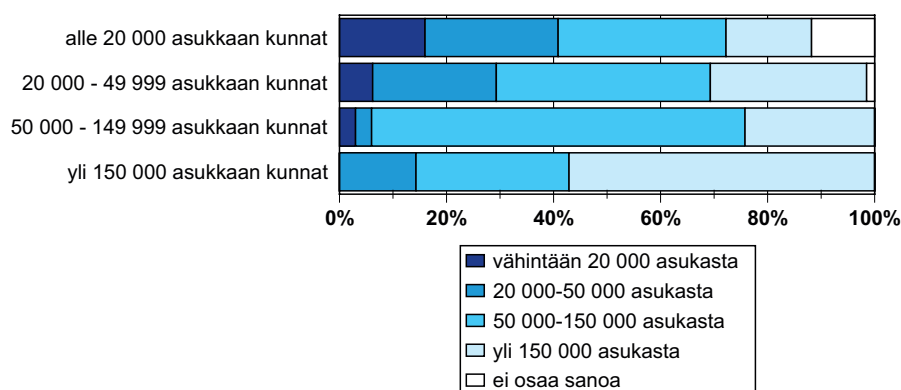


KUVIO 45. Perustasolla tarvittava väestöpohja, mikäli perustasolle kuuluisi nykyistä suurempi vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidtoa.

Vastaajien näkemyksiä verrattiin heidän vastuualueidensa nykyiseen väestömäärään. Pienimmissä kunnissa ei muita useammin osattu – tai haluttu – ottaa kantaa väestömäärään. Joka seitsemäs alle 20 000 asukkaan kuntien vastaajista ei valinnut väestömäärää.

Merkille pantavaa kokonaisuutena on, että alle 50 000 asukkaan kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla vastaajat näkevät pääsääntöisesti tarpeelliseksi kasvattaa alueen väestöpohjaa, jotta kunnissa kyettäisiin vastaamaan laajemmista perustason palveluista ja osin erikoissairaanhoidosta. Nykyisin alle 20 000 asukkaan alueista vastaavista johtajista ja lautakuntien puheenjohtajista 72 prosenttia piti tarpeellisenä isompaa väestömäärää, ja 20 000–50 000 asukkaan alueilla osuus oli 69 prosenttia. Vielä 50 000–150 000 asukkaan alueilla noin neljännes vastaajista piti tarpeellisenä lisääntyvien palvelujen turvaamiseksi nykyistä suurempaa väestömäärää. Mikäli väestöntarvetta tarkasteltaisiin vain sosiaali- ja terveysjohtajien vastauksista, olisivat osuudet vielä hieman suuremmat nykyistä suurempien väestömäärien hyväksi.

Yli 150 000 asukkaan kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla kannatusta saivat myös omaa vastuualueetta pienemmät, 20 000–150 000 asukkaan alueet. Kuitenkin enemmistö (57 %) katsoi tarvittavan vähintään 150 000 asukkaan väestöä laajennetun perustason vaatimuksista selviytymiseen. Tässä väestömääräluokassa oli kuitenkin vähän kyselyyn vastanneita, joten tulos on tältä osin suuntaa-antava.



KUVIO 46. Sosiaali- ja terveyskeskusjohdon sekä lautakuntien puheenjohtajien näkemykset perustason vaatimasta väestöpohjasta kuntien ja yhteistoiminta-alueiden nykyisen asukasmäärän mukaan.

Alle 20 000 asukkaan kuntien ja yhteistoiminta-alueiden vastaajilta tiedusteltiin lopuksi, arvioivatko he alueensa saavuttavan 20 000 asukkaan väestömäärän seuraavien viiden vuoden kuluessa kuntaliitosten kautta. Sosiaalijohto luotti eniten kuntaliitosten tuovan alueelle lisää väestöpohjaa, vastaajista 53 prosenttia oli sitä mieltä. Lautakuntien puheenjohtajista näkemyksen jakoi 38 prosenttia. Alle 20 000 asukkaan alueiden terveyskeskusjohtajista vain 29 prosenttia katsoi omassaan tai yhteistoiminta-alueellaan saavutettavan 20 000 asukkaan määrän viiden vuoden kuluessa kuntaliitosten avulla.

Vaikka näkemykset eivät eroa alueellisesti tilastollisesti merkitsevästi, on yksittäisenä erona havaittavissa, että 20 000 asukkaan rajan katsottiin omassa kunnassa ylittyvän kuntaliitosten muodossa Pohjois- ja Itä-Suomessa muita suuralueita harvemmin. Helsinki-Uudenmaan suuralueella näkemykset kallistuivat pikemminkin kuntaliitosten suuntaan.

Kuntaliitoksiin alueensa väestöpohjan kasvattamisessa epäillen suhtautuvat eivät pääosin halua myöskään velvoittavaa lainsäädäntöä kuntaliitoksista. Heistä 80 prosenttia vastustaa kuntien pakkoliitoksia. Kuntaliitosten kautta laajemman väestöpohjan saavuttamiseen luottavista kuntien pakkoliitoksia kannattaa useampi. Silti heistäkin 62 prosenttia vastustaa kuntien pakkoliitoksia.

Alle 20 000 asukkaan alueilla kuntaliitoksiin luottavat hakevat ratkaisuja väestömäärän kasvattamiseen kuntaliitosten lisäksi erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoalueista vastuukuntamallilla. Kuntaliitoksia karttavat kokeilisivat mieluummin maakuntamallia tai kuntayhtymänä toimivaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta.

Mahdollisuudet vastata laajennetun perustason palveluista

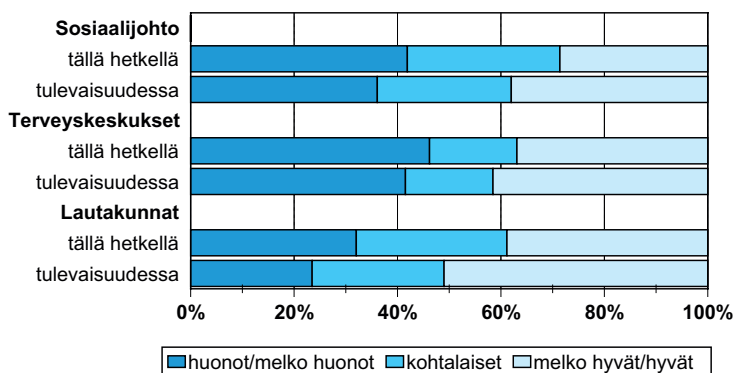
Vastaajat arvioivat kuntansa tai yhteistoiminta-alueensa nykyisiä ja tulevia mahdollisuuksia vastata käytännössä laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen

järjestämisestä, mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidon. Tulevaisuus-arvio ulottuu vuoteen 2017.

Kaikki vastaajatahot arvioivat alueensa tulevat mahdollisuudet nykyhetkeä hieman paremmiksi; terveyskeskusten johtajilla ero oli vähäisin. Vaikka tuleva tilanne nähdään hieman myönteisempänä, katsoo silti vuoden 2013 alussa merkittävä osa vastaajista laajennetun perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismahdollisuudet alueellaan vuonna 2017 heikoiksi. Lautakuntien puheenjohtajat arvioivat hieman muita myönteisemmin palvelujen järjestämismahdollisuudet.

Tällä hetkellä kuntansa tai yhteistoiminta-alueensa mahdollisuudet vastata laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä arvioi huonoiksi 32 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, 42 prosenttia sosiaalijohtajista ja 46 prosenttia terveyskeskusten johdosta. Hyvinä alueensa mahdollisuuksia pitää puolestaan 29 prosenttia sosiaalijohtajista, 37 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 39 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista.

Vuoteen 2017 mennessä mahdollisuudet laajennetun perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen arvioi heikoiksi 24 prosenttia lautakuntien puheenjohtajista, 36 prosenttia sosiaalijohtajista ja 42 prosenttia terveyskeskusten johtajista. Hyvinä tulevia mahdollisuuksia pitää noin puolet lautakuntien puheenjohtajista (51 %), 42 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 38 prosenttia sosiaalijohtajista.

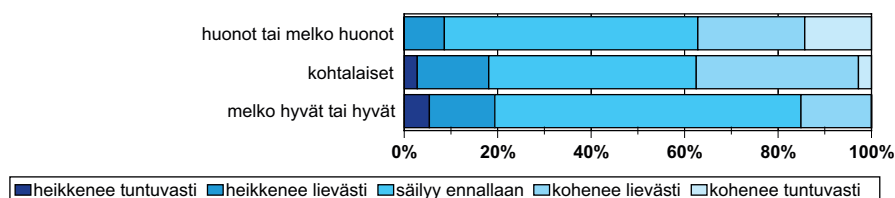


KUVIO 47. Kunnan/yhteistoiminta-alueen mahdollisuudet vastata laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidon.

Kehitystä vuoden 2013 alusta vuoteen 2017 tarkasteltiin erikseen yksittäisten kuntien ja yhteistoiminta-alueiden näkökulmasta. Sosiaalijohtajien, terveyskeskusten johtajien ja lautakuntien puheenjohtajien näkemykset olivat yhdenmukaiset. Yli puolet vastaajista (56 %) katsoi alueellaan kyettävän vastaamaan vuonna 2017 laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä samantasoisesti kuin vuoden 2013 alussa. Tämä merkitsee sitä, että osassa näistä kunnista kyky turvata palvelut pysyvät heikkoina ja osalla kohenevat.

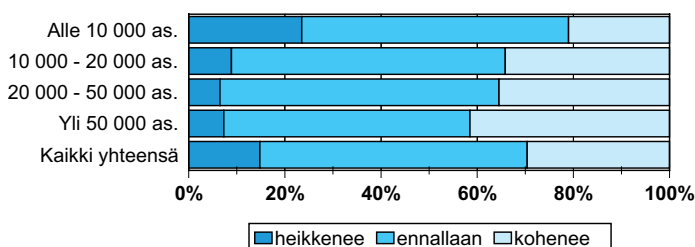
Lievästi kohenevia mahdollisuuksia arvioi alueelleen 23 prosenttia ja tun-
tuvasti kohenevia kuusi prosenttia. Lievästi heikentyvää kehitystä laajenne-
tun perustason sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämismahdollisuuksiinsa
ennakoi puolestaan 12 prosenttia ja kolme prosenttia vastaajista tuntuvia vai-
keuksia.

Tällä hetkellä alueensa mahdollisuudet vastata laajennetusta sosiaali- ja terveyden-
huollon perustason järjestämisestä huonoiksi tai kohtalaisiksi arvioivista runsas
kolmannes (37 %) luottaa tilanteen paranevan seuraavan neljän vuoden aikana.
Vastaavasti myönteisesti nykyiset palvelujen järjestämismahdollisuutensa arvioi-
neilla alueilla hyvän tilanteen ennakoidaan valtaosin säilyvän edelleen. Heikenty-
vää kehitystä heistä ennakoi noin viidennes (19 %).



KUVIO 48. Kunnassa/yhteistoiminta-alueella ennakoitu muutos 2013–2017 mahdollisuuksissa
vastata laajennetun perustason palveluista nykyisten mahdollisuuksien mukaan.

Vastaajien vastuualueiden väestömäärä heijastuu palveluarvioihin. Selkeimmät
jakolinjat väestömäärissä asettuvat 10 000 ja 50 000 asukkaan kohtiin. Alle
10 000 asukkaan kunnissa ennakoitiin mahdollisuuksien jatkossa useammin
heikenevän (24 %) laajennetun perustason palveluihin vastaamisessa. Yli 50 000
asukkaan kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla kehitys arvioitiin puolestaan keski-
määräistä useammin myönteiseksi (42 %).



KUVIO 49. Kunnassa/yhteistoiminta-alueella ennakoitu muutos 2013–2017 mahdollisuuksissa
vastata laajennetun perustason palveluista nykyisen väestömäärän mukaan.

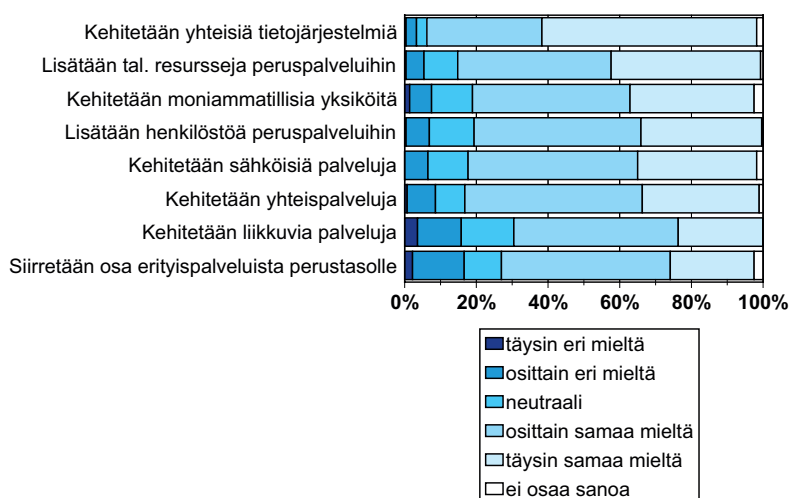
Keinot vahvistaa perustason palveluja

Vastaajilta tiedusteltiin, miten he vahvistaisivat sosiaali- ja terveystalveluissa
perustasoa. Arvioita pyydettiin kahdeksasta eri menetelmästä. Kaikkia menetel-
miä pidettiin laajasti ainakin osittain käyttökelpoisina perustason vahvistamises-
sa. Esitetyistä menetelmistä erottuvat sosiaalijohdolle, terveyskeskusten johdolle

sekä lautakuntien puheenjohtajille mielekkäimmät vaihtoehdot tarkasteltaessa ”täysin samaa mieltä” -vastauksia.

Selvästi eniten kannatettiin yhteisten tietojärjestelmien kehittämistä (60 %). Toiseksi eniten korostui sosiaali- ja terveyspalvelujen perustason vahvistamisessa taloudellisten resurssien lisääminen peruspalveluihin (42 %). Noin kolmannes oli puolestaan täysin samaa mieltä asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämiseen keskittyvien moniammatillisten yksiköiden kehittämisestä, henkilöstön lisäämisestä peruspalveluihin sekä sähköisten palvelujen ja yhteispalvelujen kehittämisestä perustason vahvistamisen keinoina.

Vähiten kannatettiin nykyisten erityispalvelujen osittaista siirtoa perustasolle ja liikkuvien palvelujen, kuten palvelubussien kehittämistä. Näiden kannalla oli varauksettomasti hieman vajaa neljännes vastaajista.



KUVIO 50. Sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien näkemykset sosiaali- ja terveyspalvelujen perustason vahvistamisen eri keinoista.

Sosiaalijohdon, terveyskeskusjohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien näkemykset poikkesivat selkeimmin kolmen menetelmän suhteen: liikkuvien palvelujen, yhteispalvelujen sekä asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämiseen keskittyvien moniammatillisten yksiköiden kehittäminen (ks. liite 6.1). Sosiaalijohtajat ja erityisesti lautakuntien puheenjohtajat näkivät niissä selvästi enemmän potentiaalia perustason vahvistamiseen. Terveyskeskusten näkökulmasta erityisesti liikkuvat palvelut arvioitiin tuntuvasti harvemmin keinona vahvistaa perustasoa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terveyskeskusten johtajista muita vastaajia useammat torjuivat lisäksi perustason vahvistamisen keinona sen, että osa nykyisistä erityispalveluista siirrettäisiin perustasolle.

Ratkaisut laajennetun perustason palveluista huolehtimiseen

Vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa, millaisella ratkaisulla laajennetun perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen tulisi hoitaa, mikäli kunnan tai yhteis-

toiminta-alueen mahdollisuudet ovat tällä hetkellä huonot niistä vastaamiseen. Vaihtoehtoina oli kuntaliitos, maakuntamalli, sosiaali- ja terveydenhuoltoalue isäntä- tai vastuukuntamallilla tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalue kuntayhtymänä sekä jokin muu tapa.

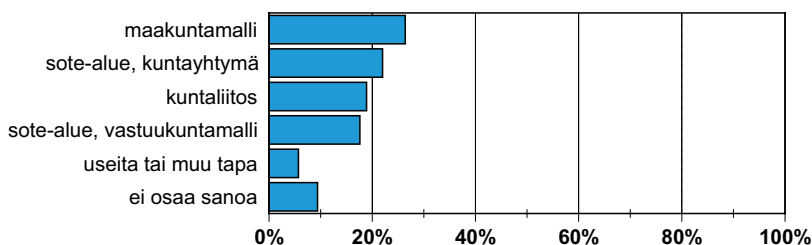
Sosiaalijohtajilla, terveyskeskusten johtajilla ja lautakuntien puheenjohtajilla eri vaihtoehtojen kannatus jakautui yhdenmukaisesti. Kuntansa tai yhteistoiminta-alueensa nykyiset mahdollisuudet laajennetusta perustasosta vastaamiseen korkeintaan kohtalaiseksi arvioineet kannattivat hieman muita vaihtoehtoja enemmän maakuntamallia (26 %). Kuntayhtymämuotoisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen näki käytännössä parhaana ratkaisuna 22 prosenttia vastaajista. Kuntaliitoksiin luotti 19 prosenttia ja vastuukuntamallilla toimivan sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen arvioi mielekkäimmäksi ratkaisuksi 18 prosenttia. Loput 16 prosenttia vastaajista eivät joko osanneet ottaa kantaa, arvioivat mahdollisena useat esitetyistä vaihtoehtoista tai esittivät kritiikkiä uudistusta kohtaan.

“ Valtion tulisi kohdistaan suoraan kunnille ne rahat, jotka nyt laitetaan kaiken maailman Kaste-hankkeisiin ym. joilla ei saada mitään muuta aikaan kuin byrokratiaa.” (Sosiaalijohtaja)

“ Valtion tulisi ottaa suurin vastuu erikoissairaanhoidosta. Kunnilla ei ole mahdollisuuksia hoitaa sitä verorahoin, eikä tilannetta paranna se, että köyhiä kuntia yhdistetään köyhään suurempaan kuntaan.” (Sosiaalijohtaja)

“ Koko paletti uusiksi. Yksilön, kunnan ja valtion tehtäviin luotava uusi malli. Nykyiseen menoon rahat eivät riitä millään mallilla.” (Lautakunnan puheenjohtaja)

Muutamit vastaajat nostivat esille jonkin muun mallin. Muina malleina mainittiin alueiden nykyinen tapa järjestää palvelut (esimerkiksi liikelaitos), vahvana peruskuntana toimiminen tai turvautuminen ostopalveluihin.



KUVIO 51. Korvaavien ratkaisujen kannatus kunnan/yhteistoiminta-alueen laajennetun perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen alueilla, joilla on tällä hetkellä siihen korkeintaan kohtalaiset¹⁸ mahdollisuudet.

¹⁸ Kuviossa esitetään niiden vastaajien näkemykset, jotka ovat arvioineet kuntansa tai yhteistoiminta-alueensa nykyiset mahdollisuudet puutteelliseksi (1–5-asteikolta arvot 1–3) vastata laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoitoa.

Suuralueilla mallien käyttökelpoisuudessa on havaittavissa yksittäisiä eroja. Pohjois- ja Itä-Suomessa korostetaan maakuntamallia. Helsinki-Uudenmaan ja Etelä-Suomen suuralueilla nousee muita alueita vahvemmin kuntayhtymämuotoisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen suosio. Lisäksi Etelä-Suomessa painotetaan vastuukuntamallilla järjestettäviä sote-alueita.

Maakuntamalli nähtiin ratkaisuna erityisesti niissä kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla, joilla alueen nykyiset mahdollisuudet vastata laajennetusta sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä koettiin huonoiksi tai melko huonoiksi (ks. seuraava taulukko). Huonona tai kohtalaisena alueensa nykyisiä vastuumahdollisuuksia pitävillä alueilla korostui lisäksi tulevana ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuoltoalue kuntayhtymänä. Sen sijaan vuoden 2013 alussa alueensa mahdollisuudet hyväksi tai melko hyväksi arvioineet painottivat vaikeuksissa oleville alueille ratkaisuksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen perustamista vastuukuntamallilla.

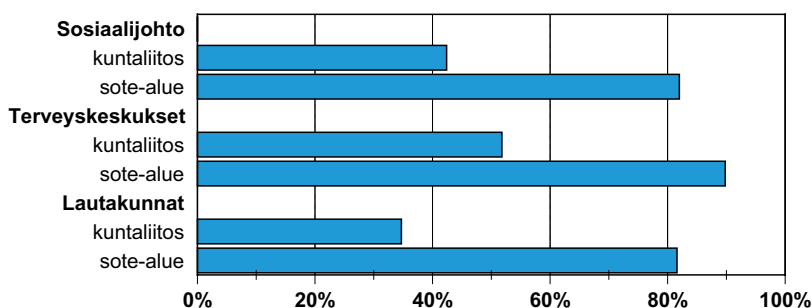
TAULUKKO 20. Korvaavien ratkaisujen kannatus kunnan/yhteistoiminta-alueen laajennetun perustason sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseen alueen nykyisten vastuumahdollisuuksien mukaan (%).

	Huonot/ melko huono %	Kohtalaiset %	Melko hyvät/ hyvät %
Kuntaliitos	20	16	20
Sote-alue isäntä- tai vastuukuntamallilla	14	24	39
Sote-alue kuntayhtymänä	21	24	10
Maakuntamalli	31	18	14
Useita tai muu tapa	7	7	10
Ei osaa sanoa	7	15	6

Ratkaisuja vaikeuksiin vastata laajennetun perustason sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä tiedusteltiin myös yleisellä tasolla. Arviot kohdennettiin velvoittavan lainsäädännön tarpeeseen. Vastaajilta tiedusteltiin kahta eri velvoittavaan lainsäädäntöön pohjautuvaa ratkaisuvaihtoehtoa. Vaihtoehdot olivat kuntaliitos ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalue.

Sosiaalijohto, terveyskeskusten johtajat ja lautakuntien puheenjohtajat kannattivat kahdesta esitetystä vaihtoehdosta vähemmän kuntien velvoittamista kuntaliitoksiin. Selvästi useammin painotettiin lainsäädännön ulottamista velvoittamaan kuntia kuulumaan johonkin sosiaali- ja terveydenhuolto-alueeseen. Velvoitetta kuulua johonkin sote-alueeseen kannatti 82 prosenttia sosiaalijohdosta ja lautakuntien puheenjohtajista sekä 90 prosenttia terveyskeskusjohtajista.

Kuntaliitoksiin pakottamiseen suhtautumisessa näkemykset jakautuivat. Terveystalvelujen johto kannatti eniten (52 %) kuntaliitoksiin velvoittamista, kun taas sosiaalijohdosta 42 prosenttia ja lautakuntien puheenjohtajista 35 prosenttia näki kuntien pakkoliitokset soveltuvana keinona.



KUVIO 52. Velvoittavan lainsäädännön kannatus tilanteissa, jolloin kunnalla/yhteistoiminta-alueella on huonot mahdollisuudet vastata laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidoa.

Velvoittava lainsäädäntö niin kuntaliitoksista kuin sosiaali- ja terveydenhuolto-alueisiin kuulumisestakin nähdään tarpeellisimpana väestömäärältään suuremmissa kunnissa. Helsinki-Uudenmaan suuralueella velvoittavaa lainsäädäntöä kannatetaan hieman muita alueita enemmän.

TAULUKKO 21. Velvoittavan lainsäädännön kannatus tilanteissa, jolloin kunnalla/yhteistoiminta-alueella on huonot mahdollisuudet vastata laajennetusta perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidoa asukasmäärän mukaan (%).

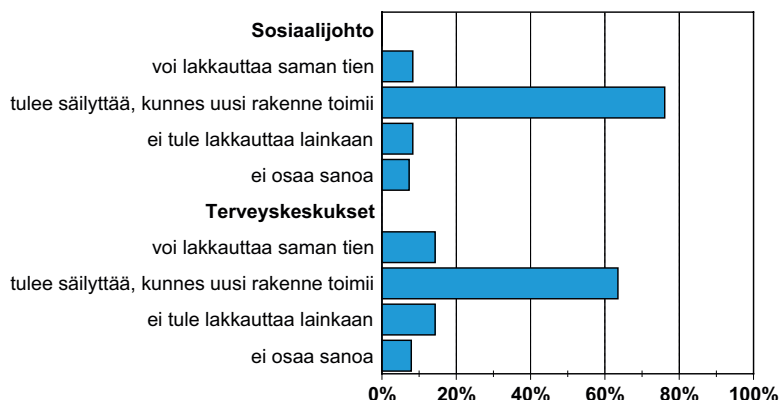
	Kyllä %	Ei %
Kuntaliitos		
Alle 20 000 as.	28	72
20 000–50 000 as.	56	44
Yli 50 000 as.	74	26
YHTEENSÄ	42	58
Sosiaali- ja terveydenhuoltoalue		
Alle 20 000 as.	78	22
20 000–50 000 as.	93	7
Yli 50 000 as.	92	8
YHTEENSÄ	84	16

Sairaanhoitopiirien jatko

Valtioneuvosto on linjannut hallitusohjelmassa, että tulevaisuudessa kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat laajennetusta perustason järjestämisestä. Lisäksi olisi viisi erityisvastuualuetta. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.) Tämä tarkoittaisi sairaanhoitopiirien lakkauttamista.

Vastaajilta tiedusteltiin, missä vaiheessa sairaanhoitopiirit on mahdollista lakkauttaa. Sosiaalijohtoon ja terveyskeskusten johtajien näkemyksissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Molemmilla tahoilla painottui, ettei sairaanhoitopiirejä tule lakkauttaa, ennen kuin uusi rakenne on saatu toimivaksi. Tätä mieltä oli 76 prosenttia

sosiaalijohtosta ja 64 prosenttia terveyskeskusten johtajista. Vastaajatahoittain tarkasteltuna yhtä suuri osuus kannatti sairaanhoitopiirien välitöntä lakkauttamista kuin torjui kokonaan niiden lakkauttamisen. Terveyskeskuksista 14 prosenttia ja sosiaalijohtosta kahdeksan prosenttia viestitti näitä äärimmäisiä mielipiteitä.



KUVIO 53. Näkemykset sairaanhoitopiirien lakkauttamisen ajankohdasta.

Helsinki-Uudenmaan suuralueella ja 20 000–50 000 asukkaan kunnista ja yhteistoiminta-alueilta tuli hieman muita alueita voimakkaammin vaatimus säilyttää sairaanhoitopiirit, kunnes uusi rakenne toimii. Väestömäärältään suurimmissa, yli 50 000 asukkaan kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla vastattiin puolestaan muita alueita useammin, että sairaanhoitopiirit voi lakkauttaa saman tien.

7 Osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistäminen

Tässä luvussa tarkastellaan osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistämistä ja eri tahojen tarjoamia palveluja. Aluksi tarkastellaan arvioita siitä, millaisessa asemassa osatyökykyiset ja pitkittyneesti työttömät ovat työmarkkinoilla sekä sitä, miten eri tahot pystyvät heitä työllistämään. Kiinnostuksen kohteena on myös selvittää, miten palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tarpeisiin. Paikallistason asiantuntijoilta kysytään lisäksi arvioita siitä, miten eri viranomaistahojen välinen yhteistyö toimii osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa.

Luvussa 1.2 on käsitelty tarkemmin osatyökykyisyyden ja vajaakuntoisuuden käsitteitä sekä pitkäaikaistyöttömyyttä. Sosiaalibarometrissa osatyökykyisyydellä viitataan tilanteeseen, jossa sairaus tai vamma eri tavoin vaikeuttaa työmarkkinoille pääsyä tai siellä pysymistä. Pitkittyneesti työttömillä tarkoitetaan niitä

henkilöitä, joiden työllistyminen on pitkittynyt jostakin muusta syystä. Osatyökykyisistä ja pitkittyneesti työttömistä käytetään yhdessä nimitystä vaikeassa työmarkkina-asemassa olevat.

7.1 Osatyökykyiset ja pitkittyneesti työttömät työmarkkinoilla

Osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien asema työmarkkinoilla

Sosiaalijohtajia, Kelan toimistojen johtajia ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan, kumpi ryhmä on huonommassa työmarkkina-asemassa, osatyökykyiset vai pitkittyneesti työttömät. Vastaajia pyydettiin myös perustelemaan näkemystään. Lähes kolme neljästä (73 %) vastaajasta on sitä mieltä, että pitkittyneesti työttömien asema työmarkkinoilla on vaikeampi. Vastaavasti runsas neljännes (27 %) näkee osatyökykyisten olevan heikommassa asemassa. Näkemyksissä ei ole eroja vastaajaryhmien välillä. Sen sijaan väestömäärältään pienissä kunnissa tai alueilla pitkittyneesti työttömien huonompi asema korostuu verrattuna väestömäärältään suuriin kuntiin tai alueisiin (ks. tarkemmin liite 7.1).

Vastaajia pyydettiin perustelemaan tarkemmin näkemystään siitä, kumpi vaikeasti työllistyvistä ryhmistä on huonommassa työmarkkina-asemassa. 77 prosenttia antoi perusteluja näkemyksilleen avovastauksissa. Samassa vastauksessa lueteltiin yleensä useita eri syitä pitkäaikaistyöttömien vaikeaan työmarkkina-asemaan, mikä kertoo omalta osaltaan ongelmien moninaisuudesta.

Lähes puolet niistä vastaajista, joiden mielestä pitkittyneesti työttömät ovat hankalammassa asemassa, näkee syyksi pitkittyneesti työttömien työelämävalmiuksiin liittyvät puutteet, kuten työkyvyn rajoitteet, vanhentuneen ammattitaidon, matalan koulutuksen tai motivaation puutteen. Osassa vastauksista korostetaan sitä, että pitkäaikaistyöttömissä on paljon henkilöitä, jotka ovat joko osittain tai täysin työkyvyttömiä. Siten jako pitkittyneesti työttömiin ja osatyökykyisiin on osin keinotekoinen, sillä ryhmät limittyvät keskenään.

“ Mukana henkilöitä, joilla ei ole työkykyä ja siten eläköityminen olisi paras ratkaisu.”
(Sosiaalijohtaja)

“ Heiltä on tuntuma työelämään poissa ja työnantajat eivät helposti enää palkkaa pitkäaikaisesti työttömiä.” (Sosiaalijohtaja)

“ Pitkittyneen työttömyyden takana on usein myös työkykyä rajoittavia tekijöitä.”
(TE-toimiston johtaja)

“ Koska ovat työmarkkinoilta poissa kokonaan, ammattitaito vanhentuu, ei pysy ajan tasalla.” (Kelan toimiston johtaja)

Lähes yhtä usein vastauksissa korostetaan syitä, jotka liittyvät pitkittyneesti työttömien moninaisiin ongelmiin. Näitä ovat syrjäytyminen tai moniongelmaisuus, päihdeongelmat, sosiaaliset ongelmat, elämänhallintataitojen puuttuminen, sairaudet ja mielenterveysongelmat. Useat vastaajat korostavat perusteluissaan sitä, että työttömyys aiheuttaa pitkittyessään syrjäytymistä.

- // *Suurella osalla on huono terveys ja heistä monilla on mielenterveys- ja päihdeongelmaa.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Syrjäytyvät ja tulee entistä vaikeampaa tukea heitä uudestaan sopeutumaan vaativaan työelämään, joka ei mitenkään tue vähänkin heikompien ihmisten osallistumista työelämään, valitettavasti. (Sosiaalijohtaja)*
- // *Moniongelmaisuus.” (TE-toimiston johtaja)*
- // *Ongelmat ovat vielä moninaisemmat kuin vain pelkkä heikentynyt terveys.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Heille ei ole tarjolla mahdollisuuksia työhön ja syrjäytyminen hiipii vähitellen, ei ole enää kykenevä omatoimiseen työn hakuun.” (Kelan toimiston johtaja)*

Joka seitsemäs perustelee pitkäaikaisesti työttömien hankalaa tilannetta työmarkkinoihin tai työvoimapolitiikkaan liittyvillä syillä, kuten sillä, että työpaikkoja ei ole tarpeeksi tarjolla, rakennetyöttömyyttä ei ole pystytty purkamaan ja väli työmarkkinat eivät toimi. Muutamissa vastauksissa tuodaan esille lisäksi tukitoimien riittämättömyys.

Osatyökykyisten vaikeamman aseman taustalla nähdään ennen kaikkea se, että sopivaa työtä ei ole tarjolla. Selvä enemmistö (63 %) niistä, joiden mielestä osatyökykyiset ovat vaikeammassa työmarkkina-asemassa kuin pitkittyneesti työttömät, perustelevat kantaansa sillä, että osatyökykyisille ei ole työtä, erityisesti osa-aikaista työtä tarjolla. Työnantajia moititaan vastauksissa siitä, että he eivät uskalla palkata osatyökykyisiä. Työelämää kuvataan yleisesti joustamattomaksi osatyökykyisten kohdalla.

- // *Työntantajat pelkäävät työllistää osatyökykyisiä, koska odottavat heidän olevan paljon poissa töistä.” (TE-toimiston johtaja)*
- // *Käytännössä osatyökykyisille ei nykyisin löydy töitä.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Vain täysin terve työllistyy, henkilöstön rekrytointi on niin kallista.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Yhteiskunnassamme ei vielä ole ’tilaa’ osatyökykyisen työpanoksen hyödyntämiseen. Työelämämme tuntee vain täydellisen työkykyisyyden tai työkyvyttömyyden.” (Kelan toimiston johtaja)*

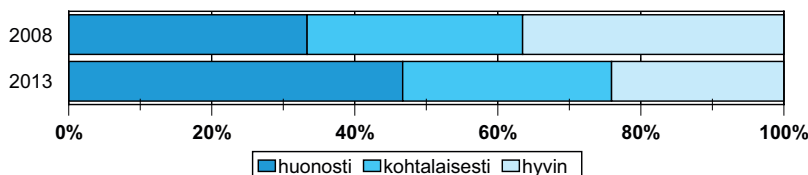
Runsas kymmenesosa (13 %) vastaajista perustelee osatyökykyisten hankalampaa asemaa sillä, että tällä ryhmällä työllistymisen esteenä on pysyvä haitta, joka ei poistu.

- // *Työllistymisen este harvoin poistuu.” (TE-toimiston johtaja)*
- // *Tilanne on pysyvämpi.” (Sosiaalijohtaja)*
- // *Esteet vaikeammin poistettavissa.” (Kelan toimiston johtaja)*
- // *Yksittäisissä vastauksissa mainitaan lisäksi työkokeilupaiikkojen vähyys ja räättälöityjen palvelujen puuttuminen. Osatyökykyisten arvellaan myös olevan ei-toivottuja asiakkaita TE-toimistoissa.*

Työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen

Osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen on toteutunut omalla toiminta-alueella tähän mennessä vastaajien mukaan

useammin huonosti kuin hyvin. Sosiaalijohtajista, Kelan toimistojen johtajista ja TE-toimistojen johtajista lähes puolet (47 %) arvioi työllistymismahdollisuuksien tarjoamisen toteutuneen melko huonosti tai huonosti. Noin neljännes (24 %) arvioi työllistymismahdollisuuksien toteutuneen melko hyvin tai hyvin ja hieman useampi (29 %) kohtalaisesti. Siten runsas puolet (53 %) näkee työllistymismahdollisuuksien toteutuneen vähintään kohtalaisesti. Eri vastaajaryhmien arvioissa ei ole eroja. Työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen ei ole yhteydessä myöskään alueen asukaslukuun tai sijaintiin.



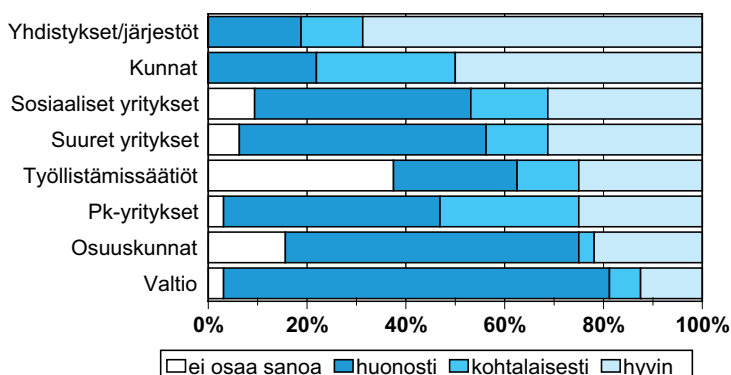
KUVIO 54. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot työllistymismahdollisuuksien tarjoamisen toteutumisesta omalla toiminta-alueella 2008 ja 2013.

Arvioita työllistymismahdollisuuksien tarjoamisen toteutumisesta kysyttiin myös vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa (ks. edellinen kuvio). Tilanne nähtiin viisi vuotta sitten positiivisemmin, sillä silloin kolmannes sosiaalijohtajista, Kelan toimistojen johtajista ja TE-toimistojen johtajista arvioi työllistymismahdollisuuksien tarjoamisen toteutuneen melko huonosti tai huonosti ja runsas kolmannes (37 %) melko hyvin tai hyvin.

Eri tahot osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistäjinä

TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan, miten eri tahot pystyvät työllistämään osatyökykyisiä ja pitkittyneesti työttömiä omalla alueellaan. Selvästi parhaiten vastaajien arvion mukaan tässä onnistuvat järjestöt tai yhdistykset sekä kunnat (ks. seuraava kuvio). 69 prosenttia arvioi järjestöjen tai yhdistysten ja 50 prosenttia kuntien onnistuvan osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistämisessä hyvin.

Huonoimmat arviot vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien työllistäjänä annetaan valtiolle, osuuskunnille ja suurille yrityksille. 78 prosenttia TE-toimistojen johtajista on sitä mieltä, että valtio onnistuu työllistämään vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia melko huonosti tai huonosti. Osuuskuntia pitää melko huonoina tai huonoina työllistäjinä 59 prosenttia ja suuria yrityksiä 50 prosenttia vastaajista. Pienet ja keskisuuret yritykset sekä sosiaaliset yritykset saavat hieman positiivisemmat arviot kuin suuret yritykset. 44 prosenttia TE-toimistojen johtajista on sitä mieltä, että pk-yritykset ja sosiaaliset yritykset kykenevät työllistämään osatyökykyisiä ja pitkittyneesti työttömiä melko huonosti tai huonosti.



KUVIO 55. TE-toimistojen johtajien arviot eri tahojen kyvystä työllistää osatyökykyisiä ja pitkittyneesti työttömiä omalla alueella.

TE-toimistojen johtajille hankalimpia arvioitavia ovat työllistämissäätiöt, osuuskunnat ja sosiaaliset yritykset. 38 prosenttia vastanneista TE-toimistojen johtajista ei osannut arvioida työllistämissäätiöiden kykyä työllistää osatyökykyisiä ja pitkittyneesti työttömiä. Vastaava osuus osuuskuntien kohdalla on 16 prosenttia ja sosiaalisten yritysten kohdalla yhdeksän prosenttia.

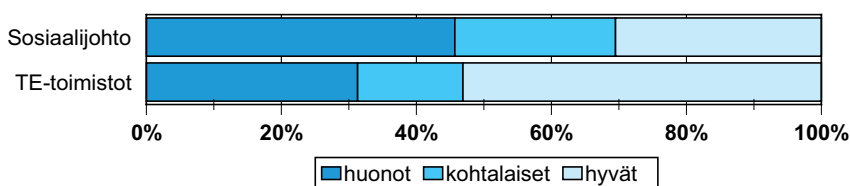
7.2 Osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille tarjottavat palvelut

Resurssit palvelujen toteuttamiseksi

Vastaajilta pyydettiin arvioita siitä, miten alueen sosiaalitoimen resurssit riittävät vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tukemiseen. Sosiaalijohtajista ja TE-toimistojen johtajista suurempi osa arvioi alueensa sosiaalitoimen resurssit huonoiksi (40 %) kuin hyviksi (33 %) osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa. 27 prosenttia arvioi resurssit kohtalaisiksi. Siten selvästi yli puolet (60 %) arvioi resurssit alueellaan vähintään kohtalaisiksi. Sosiaalijohtajien ja TE-toimistojen johtajien välillä ei ollut näkemyseroja resurssien riittävyyden arvioinnissa.

Sosiaalijohtajien arviot sosiaalitoimen resurssien riittävyydestä vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien työllistämässä eivät ole muuttuneet vuoden 2008 Sosiaalibarometrin tuloksista. Myös tuolloin resurssit arvioitiin useammin huonoiksi (42 %) kuin hyviksi (30 %).

Sosiaalijohtajilta ja TE-toimistojen johtajilta tiedusteltiin, millaiseksi he arvioivat alueensa kuntien mahdollisuudet järjestää osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistymismahdollisuuksien tarjoamisen, mikäli vastuuta näiden palvelujen järjestämisestä siirretään jatkossa enemmän TE-hallinnolta kunnalle. Vastaajat arvioivat alueensa kuntien mahdollisuudet palvelujen tarjoamiseen hie- man useammin melko huonoiksi tai huonoiksi (42 %) kuin melko hyviksi tai hyviksi (36 %). 22 prosenttia arvioi mahdollisuudet kohtalaisiksi.



KUVIO 56. Sosiaalijohtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot alueen kuntien mahdollisuuksista järjestää osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien palveluja, mikäli vastuuta siirrettäisiin nykyistä enemmän TE-hallinnolta kunnalle.

Sosiaalijohtajat arvioivat TE-toimistojen johtajia negatiivisemmin alueensa kuntien mahdollisuuksia järjestää osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien palveluja, mikäli vastuuta siirrettäisiin nykyistä enemmän kunnille. Vajaa puolet (46 %) sosiaalijohtajista arvioi mahdollisuudet melko huonoiksi tai huonoiksi, kun TE-toimistojen johtajista vastaava osuus on alle kolmannes (31 %). Sosiaalijohtajista alle kolmannes (31 %) arvioi alueensa kuntien mahdollisuudet hyväksi, kun TE-toimistojen johtajista näin ajattelee yli puolet (53 %).

Sosiaalijohtajilta ja TE-toimistojen johtajilta kysyttiin myös vuonna 2008 rajatun¹⁹ sosiaalitoimen roolin kasvun mahdollisuuksia vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien työllistymismahdollisuuksien tarjoajana. Tuolloin arviot olivat huomattavasti kriittisempiä. Sosiaalijohtajista 68 prosenttia ja TE-toimiston johtajista 70 prosenttia arvioi sosiaalitoimen mahdollisuudet lisätä vastuuta vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien työllistämiseksi melko huonoksi tai huonoksi. Päävastusta mieltä oli 19 prosenttia sosiaalijohtajista ja 16 prosenttia TE-toimiston johtajista. Arvioissa tapahtunut myönteinen kehitys saattaa liittyä myös kysymysmuotoilun muutokseen.

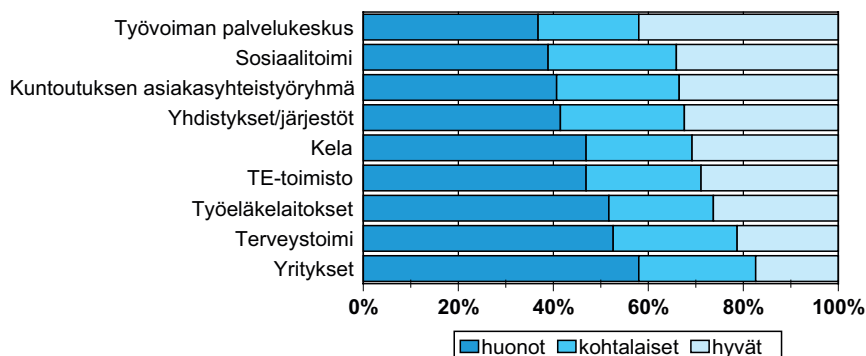
Kuntien mahdollisuudet tarjota palveluja vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville arvioitiin vuonna 2013 useammin melko huonoiksi tai huonoiksi väestömäärältään pienillä ja keskikokoisilla alueilla. Alle 10 000 asukkaan alueiden vastaajista 53 prosenttia ja keskikokoisilla alueilla (alle 30 000 asukasta) puolet vastaajista arvioi palvelujen järjestämismahdollisuudet melko huonoiksi tai huonoiksi. Yli 30 000 asukkaan alueilla saman arvion antoi alle kolmannes (29 %) vastaajista.

Eri tahojen mahdollisuudet tarjota palveluja

Sosiaalijohtajia, Kelan toimistojen johtajia ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan, millaiset mahdollisuudet eri tahoilla on tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille (ks. seuraava kuvio). Työvoiman palvelukeskukset saavat vastaajilta positiivisimmat arviot. 42 prosenttia vastaajista arvioi

¹⁹ Vuoden 2008 lomakkeessa kysyttiin, millaiseksi vastaajat arvioivat kunnan sosiaalitoimen mahdollisuudet vastata välityömarkkinoiden kohderyhmien työllistymismahdollisuuksista, mikäli vastuuta siitä siirrettäisiin työhallinnolta kunnalle. Vuonna 2013 kysymyksessä pyydettiin arvioimaan alueen kuntien mahdollisuuksia palvelujen järjestämiseen, mikäli vastuuta siirretään nykyistä enemmän TE-hallinnolta kunnalle.

työvoiman palvelukeskusten mahdollisuudet tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille melko hyviksi tai hyviksi. Työvoiman palvelukeskus on ainoa taho, jonka mahdollisuudet tarjota palveluja arvioidaan useammin hyviksi kuin huonoiksi.



KUVIO 57. Eri tahojen mahdollisuudet tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille sosiaalijohtoon, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan.

Seuraavaksi positiivisimmat arviot annetaan sosiaalitoimelle ja kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmälle. Noin kolmannes (34 %) vastaajista arvioi, että nämä tahot pystyvät tukemaan ja tarjoamaan palveluja melko hyvin tai hyvin. Lähes yhtä usein positiivisesti arvioidaan yhdistysten tai järjestöjen (32 %) ja Kelan (31 %) mahdollisuuksia tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille. Edellä mainittujen tahojen arvioidaan pystyvän tukemaan vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia paremmin kuin TE-toimistojen, sillä 29 prosenttia vastaajista arvioi niiden onnistuvan tukemisessa melko hyvin tai hyvin. Lähes puolet (47 %) vastaajista on sitä mieltä, että TE-toimistojen mahdollisuudet tarjota tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille ovat melko huonot tai huonot.

Työeläkelaitokset saivat 26 prosentilta, terveystoimi 21 prosentilta ja yritykset 17 prosentilta positiivisen arvion mahdollisuuksistaan tukea ja tarjota palveluja vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville.

Vastaajaryhmien näkemykset (ks. liite 7.2) eroavat joiltakin osin siinä, miten eri tahojen mahdollisuuksia tarjota palveluja arvioidaan. Sosiaalijohtajat arvioivat muita negatiivisemmin TE-toimistojen, työvoiman palvelukeskusten, terveystoimen, Kelan, työeläkelaitosten, kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän ja yritysten mahdollisuudet tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille. TE-toimistojen johtajat näkevät TE-toimistojen mahdollisuudet vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tukemisessa positiivisemmin kuin muut vastaajat, sillä heistä yli puolet (55 %) on sitä mieltä, että TE-toimistojen mahdollisuudet tässä toteutuvat melko hyvin tai hyvin. Kelan toimistojen johtajista näin ajattelee 38 prosenttia ja sosiaalijohtajista 15 prosenttia. Sosiaalijohto näkee TE-toimistojen tilanteen negatiivisimmin, sillä heistä kaksi kolmasosaa arvioi vaikeassa työmarkkina-

asemassa olevien tukemisen toteutuvan melko huonosti tai huonosti. Kelan toimistojen johtajat näkevät puolestaan Kelan onnistuvan vaikeasti työllistyvien tukemisessa paremmin kuin muut vastaajat. Kelan toimistojen johtajista 42 prosenttia arvioi tilannetta positiivisesti, kun TE-toimistojen johtajista siten ajattelee 33 prosenttia ja sosiaalijohtajista 22 prosenttia. Sen sijaan sosiaalitoimeen kohdistuvissa arvioissa ei ole vastaajaryhmittäisiä eroja.

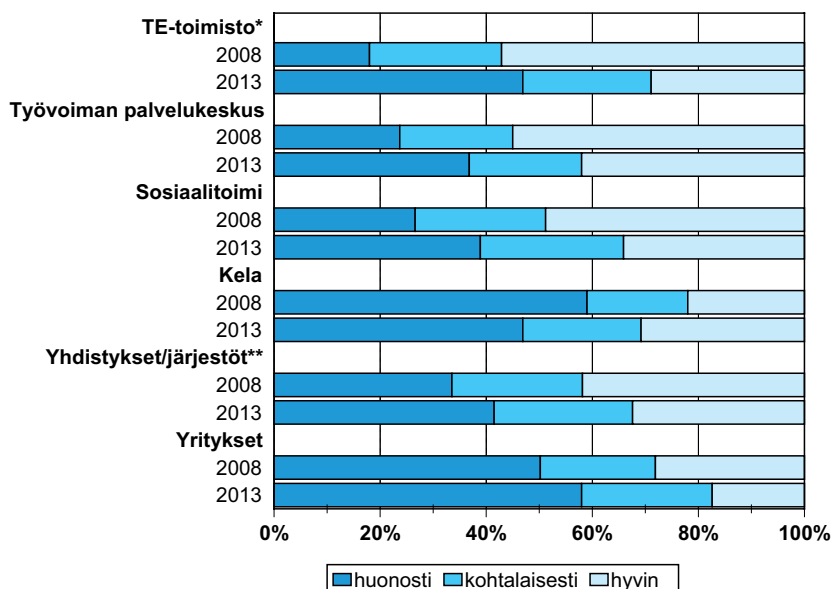
Asukasluvultaan pienimpien kuntien tai alueiden vastaajat arvioivat muita negatiivisemmin TE-toimistojen, työvoiman palvelukeskuksen ja yhdistysten tai järjestöjen mahdollisuuksia työllistää osatyökykyisiä ja pitkittyneesti työttömiä omalla alueellaan. Pienempien kuntien tai alueiden muita kriittisemmät arviot liittyvät oletettavasti siihen, että näillä alueilla ei ole kyseisiä palveluita yhtä usein tarjolla kuin suuremmissa kunnissa ja alueilla.

Vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa kysyttiin osin samojen tahojen mahdollisuuksista vaikuttaa vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tilanteeseen²⁰. Viidessä vuodessa sosiaalijohtajien, Kelan toimiston johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan erityisesti TE-toimistojen mahdollisuudet auttaa kyseisiä ryhmiä ovat romahtaneet (ks. seuraava kuvio). Vuonna 2008 TE-toimistojen arvioitiin kykenevän tukemaan kaikista kysytyistä tahoista parhaiten vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia. Tuolloin vastaajien enemmistö (84 %) myös katsoi, että eri tahoista nimenomaan TE-toimistojen kuuluu tarjota palveluja vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville. Vuonna 2008 yli puolet (57 %) sosiaalijohtajista, Kelan toimistojen johtajista ja TE-toimistojen johtajista arvioi TE-toimistojen kykenevän ratkaisemaan vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tilannetta melko hyvin tai hyvin. Vuonna 2013 näin ajattelee enää alle kolmannes (29 %) samoista vastaajaryhmistä. Melko huonoksi tai huonoksi TE-toimistojen roolin vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien auttamisessa arvioi vuonna 2008 alle viidennes (18 %) vastaajista, mutta viisi vuotta myöhemmin lähes puolet (47 %) vastaajista.

TE-toimistojen ohella työvoiman palvelukeskusten, sosiaalitoimen, yhdistysten/järjestöjen ja yritysten mahdollisuuksien arvioidaan heikenneen vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tukemisessa. Heikennys on kuitenkin selvästi vähäisempää kuin TE-toimistoja koskevissa arvioissa. Kela on kysytyistä tahoista ainoa, jossa muutosta on tapahtunut positiiviseen suuntaan. Molempina vuosina kysyttiin myös arvioita terveystoimen²¹ mahdollisuuksista tarjota tukea ja palveluita vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville. Arvioissa ei ole viiden vuoden tarkastelujaksolla tapahtunut muutosta (ks. liite 7.3).

²⁰ Vuoden 2008 kyselyssä kysyttiin, miten vastaajat arvioivat eri tahojen kykenevän ratkaisemaan väli-töyömarkkinoiden kohderyhmien tilannetta. Vuonna 2013 kysymysmuotoilu oli hivenen eri, sillä silloin kysyttiin, millaiset mahdollisuudet eri tahoilla on vastaajien arvion mukaan tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille.

²¹ Vuoden 2008 lomakkeessa arviot koskivat perusterveydenhuoltoa.



KUVIO 58. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot eräiden tahojen mahdollisuudesta tukea ja tarjota palveluja vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville 2008 ja 2013²².

* Vuonna 2008 työvoimatoimisto

** Vuonna 2008 pelkät yhdistykset

Palvelujen ja toimenpiteiden vaikutukset

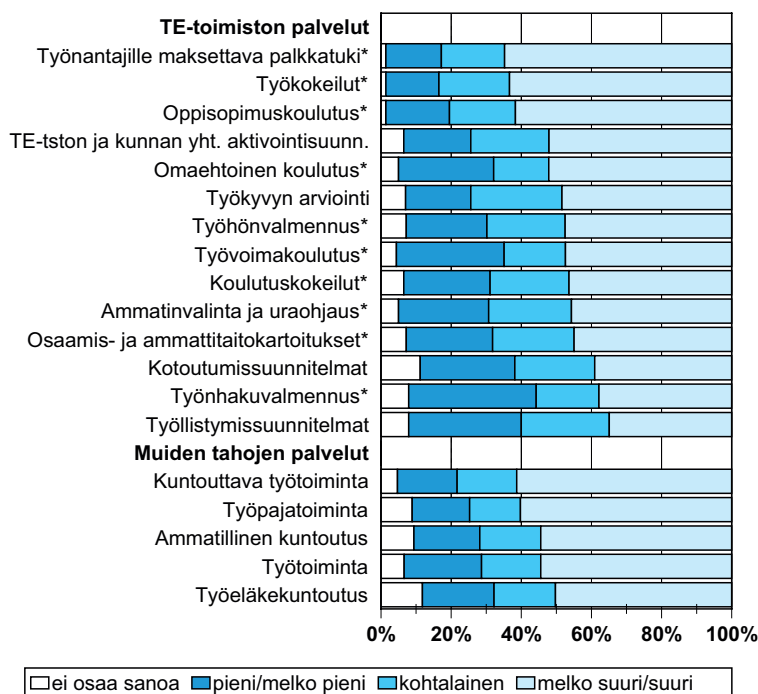
Sosiaalijohtajia, Kelan toimistojen johtajia ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan TE-toimistojen ja muiden tahojen tarjoamien palvelujen ja toimenpiteiden vaikutusta osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tilanteeseen tällä hetkellä omalla alueella. Osaa palveluista ja toimenpiteistä arvioivat vain sosiaalijohtajat ja TE-toimistojen johtajat.

Arviot eri tahojen tuottamista palveluista ovat kaiken kaikkiaan melko positiiviset. TE-toimiston palveluista parhaat arviot saavat työnantajille maksettava palkkatuki, työkokeilut ja oppisopimuskoulutus (ks. seuraava kuvio). Näitä pitää merkitykseltään melko suurina tai suurina yli 60 prosenttia vastaajista osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien kannalta. Positiivisimman arvion kaikista sai työnantajille maksettava palkkatuki.

Harvimminkin merkitykseltään melko suuriksi tai suuriksi arvioidaan vaikeasti työllistyvien kannalta työllistymissuunnitelmat, kotoutumissuunnitelmat ja työnhakuvalmennus. Näitä piti merkitykseltään melko suurina tai suurina alle 40 prosenttia vastaajista (35–39 %). TE-toimistojen vastaajien arviot poikkeavat muista, sillä heistä selvästi yli puolet (56–59 %) pitää työllistymissuunnitelmia, kotoutumissuunnitelmia ja työnhakuvalmennusta merkitykseltään melko suurena tai suurena vaikeasti työllistyvien kannalta. Sosiaalijohtajat suhtautuvat näihin

²² Kuviossa ovat mukana ne tahot, jotka olivat molempina vuosina kysyttyjen tahojen joukossa ja joiden arvioissa on tapahtunut muutosta.

selvästi negatiivisemmin, sillä noin kolmannes (32 %) pitää kotoutumissuunnitelmia ja työnhakuvalmennusta ja noin neljännes (25 %) työllistymissuunnitelmia merkittävänä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien kannalta (ks. vastaajaryhmittäiset tiedot liite 7.4)



KUVIO 59. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot palvelujen tai toimenpiteiden vaikutuksesta osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tilanteeseen omalla alueella.

* Vastaajina sosiaalijohto ja TE-toimistojen johtajat.

Hieman alle puolet vastaajista (45–48 %) arvioi työkyvyn arvioinnin, työhönvalmennuksen, työvoimakoulutuksen, koulutuskokeilujen, ammatinvalinnan- ja uraohjauksen sekä osaamis- ja ammattikartoitusten merkityksen melko suureksi tai suureksi osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tilanteessa. TE-toimiston ja kunnan yhteisillä aktivointisuunnitelmilla sekä omaehtoisella koulutuksella on noin joka toisen vastaajan (52 %) mielestä melko suuri tai suuri vaikutus vaikeasti työllistyvien tilanteeseen.

Muiden tahojen palveluista pyydettiin arvioimaan kuntouttavaa työtoimintaa, työpajatoimintaa, ammatillista kuntoutusta, työtoimintaa ja työeläkekuntoutusta (ks. edellinen kuvio). Näiden vaikutusta osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tilanteeseen arvioivat sosiaalijohtajat, Kelan toimistojen johtajat ja TE-toimistojen johtajat. Arviot ovat melko yhteneväiset eivätkä poikkea juurikaan vastaajaryhmittäin. Vähintään puolet vastaajista arvioi kaikkien merkityksen melko suureksi tai suureksi vaikeasti työllistyvien kannalta. Parhaimmat arviot saivat

kuntouttava työtoiminta ja työpajatoiminta, joiden merkityksen arvioi melko suureksi tai suureksi 60–61 prosenttia vastaajista.

Vuoden 2008 Sosiaalibarometrissa kysyttiin osin samojen palvelujen tai toimenpiteiden vaikutusta vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tilanteeseen. Seuraavaan taulukkoon on koottu vuosien 2008 ja 2013 arviot niistä palveluista ja toimenpiteistä, joiden vaikutusta kysyttiin molempina vuosina. Kumpanakin vuonna osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille suunnattuja palveluita arvioitiin melko positiivisesti. Erityisen tyytyväisiä molempina vuosina oltiin työnantajalle maksettavan palkkatuen, työkokeilujen ja oppisopimuskoulutuksen vaikutuksiin. TE-toimistojen ja kuntien yhteisten aktivointisuunnitelmien, työkyvyn arvioinnin ja työvoimakoulutuksen vaikutukset ovat arvioiden mukaan heikentyneet vuodesta 2008 vuoteen 2013. Sen sijaan vuonna 2013 arvioidaan positiivisemmin työpajatoiminnan ja kuntoutuksen vaikutuksia.

TAULUKKO 22. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot eräiden osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille tarkoitettujen palvelujen tai toimenpiteiden vaikutuksista vuosina 2008 ja 2013 (%).

	Pieni/ melko pieni %	Kohta- lainen %	Suuri/ melko suuri %	Ei osaa sanoa %
TE-toimiston ja kunnan yhteiset aktivointisuunnitelmat				
2008	13	17	65	5
2013	19	22	52	7
Työkyvyn arviointi				
2008	10	22	63	4
2013	19	26	48	7
Työnantajille maksettava palkkatuki				
2008	11	16	70	4
2013	16	18	65	1
Työkokeilut				
2008	13	21	62	4
2013	15	20	63	1
Työvoimakoulutus				
2008	20	23	53	4
2013	31	18	47	4
Oppisopimuskoulutus				
2008	14	13	67	5
2013	18	19	62	1
Työpajatoiminta				
2008	25	15	53	6
2013	16	15	60	9
Kuntouttava työtoiminta				
2008	24	19	54	4
2013	17	17	61	5

Vastaajia pyydettiin kertomaan avovastauksella, mitä osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille tarkoitettua palvelua tai toimenpidettä tulisi kehittää kiireellisin ja millä tavoin²³. Useimmin kehittämistarvetta nähdään oppisopimuksella (ks. seuraava taulukko). Sen mainitsee noin viidennes vastaajista. Usein vastaajat ovat maininneet kiireellistä kehittämistä tarvitsevan palvelun, mutta eivät ole vastanneet siihen, miten palvelua tulisi kehittää. Oppisopimukseen toivotaan mm. lisää panostusta ja rahoituksen turvaamista.

“ Oppisopimuskoulutus on mielestäni erittäin hyvä väylä ja sen kehittäminen olisi tärkeää juuri edellä mainituille ryhmille. Räättälöityä koulutusta, huomioiden oppimisvaikeudet ja erilaiset oppijat.” (TE-toimiston johtaja)

“ Oppisopimuskoulutus, kouluttajaosapuolelle lisää taloudellista tukea, palkka oppisopimuksen ajalta voisi nousta taitojen ja tiedon lisääntymisen myötä, alkupalkkaa voisi sovittaa aiemman koulutuksen ja työkokemuksen perusteella — liukumia ja kannusteita motivoinnin välineiksi”. (Sosiaalijohtaja)

Noin kuudennes kysymykseen vastanneista on sitä mieltä, että kuntouttavaa työtoimintaa tulisi kehittää kiireellisin.

“ Ensin tulisi pitkään työttömänä olleille tarjota kuntouttava työtoimintaa. Jotkut ovat olleet työttömänä jopa vuodesta 1992 lähtien ei voida olettaa heidän heti olevan työllistettävissä.” (Sosiaalijohtaja)

“ Pitkäaikaistyöttömien työtoimintaa TE-toimiston rahoituksella tulisi nostaa uudelleen eikä karsia näitä määrärahoja niin kuin nyt on tehty.” (Sosiaalijohtaja)

Myös työpajatoiminnan kehittämistä toivottiin. Perusteluina oli mm. se, että siitä on hyviä kokemuksia.

“ Työpajatoiminnan volyymia pitäisi nostaa samoin yritysyhteistyötä.” (TE-toimiston johtaja)

“ Työpajatoimintaa aikuisille laajennettava.” (TE-toimiston johtaja)

“ Työpajoja, osallistujille oikea työtä eikä ’näpertelyä’.” (Sosiaalijohtaja)

Runsas kymmenesosa kysymykseen vastanneista toivoi, että TE-toimistojen palveluja ylipäätään kehitettäisiin. Vastauksista nousi esiin huoli TE-palvelujen heikentymisestä vuoden 2013 alussa, jolloin TE-toimistojen määrää vähennettiin tuntuvasti.

“ Työvoimahallinnon aktiivisempi ote selvittää työttömän tai osatyökyvyttömän osalta, mitä on enää tehtävissä ja miten ihmisen todellinen kunto arvioidaan — onko enää työhön kykenevä ja jos on, niin mitkä toimenpiteet auttava. Ei enää ole tätä päivää tarjota parin kolmen päivän tai muutaman tunnin työkokeilua, jos tulokset ovat sitä mitä ne ovat tänä päivänä [...]” (Sosiaalijohtaja)

“ TE-toimistojen pakallistason vastaanotot ja henkilökohtainen palvelu ei saisi huonontua.” (Sosiaalijohtaja)

²³ Kysymykseen vastasi 69 prosenttia sosiaalijohtajista ja 53 prosenttia TE-toimiston johtajista.

*”Huoli TE-toimistojen palvelujen riittämättömyydestä 1.1.2013 alkaen.”
(Sosiaalihoitaja)*

Palkkatuen kehittämistä ehdotti kiireellisimmäksi kehittämiskohteeksi kymmenesosa vastaajista.

”Palkkatukimäärärahat ovat olleet helmikuusta lähtien eli lähes koko vuoden loppu, joten toimenpiteitä ei ole voitu tehdä.” (TE-toimiston johtaja)

”Työnantajalle maksettu palkkatuki on tärkeä ja sitä voisi nostaa.” (Sosiaalihoitaja)

TAULUKKO 23. Sosiaalihoitajien ja TE-toimistojen johtajien useimmin mainitsevat palvelut, jotka tarvitsevat kiireellistä kehittämistä.

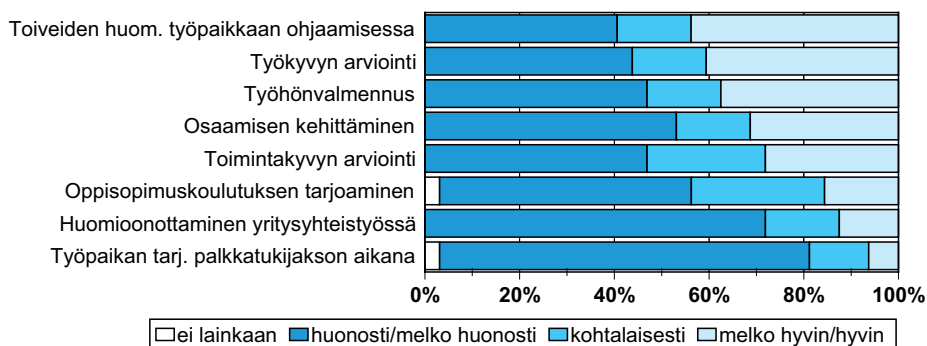
	% vastanneista
Oppisopimus	19
Kuntouttava työtoiminta	17
Työpaikatoiminta	14
TE-toimistojen palvelut	13
Palkkatuki	10
Työ- ja toimintakyvyn arviointi	10

TE-toimistojen johtajia pyydettiin lisäksi arvioimaan ammatillisen koulutuksen merkitystä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistymisedellytysten parantamisessa. Enemmistö (83 %) TE-toimistojen johtajista arvioi ammatillisen koulutuksen merkityksen melko suureksi tai suureksi vaikeasti työllistyvien kannalta. Heistä kaksi kolmesta (67 %) arvioi merkityksen melko suureksi ja yksi kuudesta (17 %) suureksi.

Palkkatuetun työllistämisen toteutuminen

TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan eri seikkojen toteutumista palkkatuetussa työllistämisessä. Kysytyt asiat ovat: asiakkaiden toiveiden huomioonottaminen työpaikkaan ohjaamisessa, osaamisen kehittäminen työssä, oppisopimuskoulutuksen tarjoaminen, työhönvalmennus, työkyvyn arviointi, toimintakyvyn arviointi, työpaikan tarjoaminen palkkatukijakson aikana sekä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien huomioonottaminen yritys yhteistyössä. Arviot näiden toteutumisesta ovat melko kielteiset (ks. seuraava kuvio). Lukuun ottamatta asiakkaiden toiveiden huomioonottamista työpaikkaan ohjaamisessa kaikki kysytyt seikat toteutuvat TE-toimistojen johtajien arvion mukaan useammin huonosti kuin hyvin. Kysytyt palkkatuettuun työllistämiseen liittyvät seikat toteutuvat parhaimmillaan melko hyvin lukuun ottamatta työ- ja toimintakyvyn arviointia²⁴.

²⁴ Kysytyjä seikkoja pyydettiin arvioimaan 8-kohtaisella asteikolla, jossa 1 merkitsee ei lainkaan, 2 huonosti ja 8 hyvin. Analyysissä arvot 3–4 luokiteltiin melko huonosti 5 kohtalaisesti ja 6–7 melko hyvin toteutuviksi.



KUVIO 60. Eri seikkojen toteutuminen osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien palkkatuetussa työllistämisessä TE-toimistojen johtajien arvion mukaan.

Parhaiten toteutuviksi palkkatuetussa työllistämisessä arvioidaan asiakkaiden toiveiden huomioonottaminen työpaikkaan ohjaamisessa ja työkyvyn arviointi. Edellä mainitun arvioi toteutuvan hyvin vajaa puolet (44 %) TE-toimistojen johtajista. Työkyvyn arviointi toteutuu melko hyvin tai hyvin 41 prosentin mielestä. Työhönvalmennukseen on tyytyväisiä 38 prosenttia ja toimintakyvyn arviointiin 28 prosenttia TE-toimistojen johtajista.

Osaamisen kehittäminen, kuten koulutusjaksot ja kurssit, toteutuu osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien palkkatuetussa työllistämisessä useamman kuin joka toisen (53 %) TE-toimiston johtajan arvion mukaan huonosti tai melko huonosti. Vajaa kolmannes (31 %) arvioi osaamisen kehittämisen toteutuvan melko hyvin. Myös oppisopimuskoulutuksen tarjoamisen arvioi toteutuvan huonosti tai melko huonosti yli puolet (53 %) TE-toimistojen johtajista. Lisäksi yksi vastaaja näkee, että oppisopimuskoulutusta ei tarjota lainkaan osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille.

Erityisen huonosti TE-toimistojen johtajien arvion mukaan toteutuvat työpaikan tarjoaminen palkkatukijakson aikana sekä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien huomioonottaminen yritys yhteistyössä. Vastaajista 78 prosenttia arvioi työpaikan tarjoamisen palkkatukijakson aikana toteutuvan melko huonosti tai huonosti. Lisäksi yksi TE-toimiston johtaja on sitä mieltä, että työpaikan tarjoaminen ei toteudu lainkaan. 72 prosenttia vastasi, että vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien huomioonottaminen yritys yhteistyössä toteutuu melko huonosti tai huonosti.

Työttömien terveystarkastukset

Kuntien on järjestettävä terveystarkastukset myös niille työikäisille, jotka jäävät työterveyshuollon ulkopuolelle (Terveystarkastuslaki 13 §). Valtaosassa (97 %) Sosiaalibarometriin vastanneista terveyskeskuksista tehdään työttömien terveystarkastuksia. Ainoastaan kaksi terveyskeskusjohtajaa ilmoittaa, että terveystarkastuksia ei tehdä työttömille lainkaan. Kahdessa kolmesta (66 %) terveyskeskuksesta niitä tehdään osalle ja hieman alle kolmanneksessa (31 %) kaikille

työttömille. On siis selvästi yleisempi käytäntö, että työttömien terveystarkastuksia tehdään vain osalle työttömistä.

Terveystarkastusten järjestämisestä työttömille on kysytty Sosiaalibarometrissa aiemmin vuosina 2007 ja 2008²⁵. Vuonna 2007 kyselyyn vastanneista terveyskeskusjohtajista 31 prosenttia ilmoitti, että työttömille tehdään terveystarkastuksia. Seuraavana vuonna osuus oli suurempi, 48 prosenttia. Vuonna 2008 terveyskeskusjohtajia pyydettiin myös arvioimaan sitä, tehdäänkö työttömien terveystarkastuksia satunnaisesti vai kaikille työttömille. Kymmenesosa terveyskeskusjohtajista ilmoitti, että terveystarkastus tehdään kaikille työttömille. Selvästi yli puolessa (60 %) terveyskeskuksista työttömien terveystarkastuksia tehtiin satunnaisesti tai melko satunnaisesti. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että työttömien terveystarkastusten järjestäminen kunnissa on yleistynyt.

Terveyskeskusjohtajilta ja TE-toimistojen johtajilta pyydettiin arvioita yhteistyön toimivuudesta osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa työttömien terveystarkastuksissa. Terveyskeskusjohtajat arvioivat TE-toimistojen johtajia positiivisemmin alueensa perusterveydenhuollon ja TE-toimiston välistä yhteistyötä. Puolet TE-toimistojen johtajista ja 79 prosenttia terveyskeskusjohtajista arvioi yhteistyön perusterveydenhuollon ja TE-toimiston välillä toimivan melko hyvin tai hyvin työttömien terveystarkastuksissa. Vajaa kolmannes (31 %) TE-toimistojen johtajista arvioi yhteistyön toimivan melko huonosti tai huonosti, kun terveyskeskusjohtajista näin ajattelee vain kaksi prosenttia (ks. taulukko 24).

7.3 Viranomaistahojen yhteistyö

Sosiaalitoimen ja TE-toimiston välinen yhteistyö

Sosiaalijohtajia ja TE-toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan alueensa sosiaalitoimen yhteistyökäytäntöjä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa. Vajaa puolet (47 %) vastaajista arvioi yhteistyökäytännöt melko hyviksi tai hyviksi ja kolmannes kohtalaisiksi. Yksi viidestä arvioi yhteistyökäytännöt melko huonoiksi tai huonoiksi. Sosiaalijohtajien ja TE-toimistojen johtajien näkemykset sosiaalitoimen yhteistyökäytännöistä eivät poikkea toisistaan.

Myös yhteistyö sosiaalitoimen ja TE-toimiston välillä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa arvioidaan pääosin hyväksi. 61 prosenttia sosiaalijohtajista ja TE-toimistojen johtajista arvioi yhteistyön toimivan melko hyvin tai hyvin. Kohtalaiseksi yhteistyön arvioi 19 prosenttia ja melko huonoksi 20 prosenttia vastaajista. Yksikään ei arvioinut yhteistyön toimivan huonosti. TE-toimistojen johtajat arvioivat useammin yhteistyön toimivan melko hyvin tai hyvin (74 %)

²⁵ Vuoden 2007 Sosiaalibarometrissa kysyttiin "Järjestääkö terveyskeskukseenne työttömien terveystarkastuksia?". Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Vuoden 2008 lomakkeessa esitettiin lisäksi kysymys, jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan työttömien terveystarkastusten yleisyyttä asteikolla satunnainen–toteutetaan kaikille. Vuoden 2013 lomakkeessa kysymykseen "Järjestääkö terveyskeskukseenne työttömien terveystarkastuksia?" annettiin kolme vastausvaihtoehtoa: kyllä kaikille, kyllä osalle ja ei.

verrattuna sosiaalijohtajiin (57 %). Näkemykset yhteistyön sujumisesta ovat hieman muuttuneet viiden vuoden aikana, sillä vuonna 2008 yhteistyön arvioi toimivan melko hyvin tai hyvin 68 prosenttia sosiaalijohtajista ja 66 prosenttia TE-toimistojen johtajista. Sosiaalijohtajien näkemyksen mukaan yhteistyön toimivuus on siis hieman heikentynyt ja TE-toimistojen johtajien mukaan parantunut (ks. taulukko 24).

Sosiaalijohtajat ja TE-toimistojen johtajat arvioivat, että sosiaalitoimen ja TE-toimistojen työntekijät tuntevat hyvin toistensa toimintastrategioita, työmenetelmiä ja muita yhteisasiakkaisiin liittyviä asioita. Yli puolet (57 %) arvioi, että näitä tunnetaan melko hyvin tai hyvin. Runsas neljännes (27 %) oli sitä mieltä, että toimintastrategioita, työmenetelmiä ja muita yhteisasiakkaisiin liittyviä asioita tunnetaan melko huonosti tai huonosti.

Sosiaalijohtajilta ja TE-toimistojen johtajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten TE-toimiston ja kunnan tulisi kehittää yhteistä, asiakkaan työllistymiseen liittyvää palvelutarvearviointia. Kysymykseen vastasi vain runsas puolet sosiaalijohtajista (55 %) ja alle puolet (44 %) TE-toimistojen johtajista. Vastanneista sosiaalijohtajista kymmenesosa toteaa, että yhteistyö toimii jo. Yhtä suuri osa ottaa esille sen, että TE-palveluita ei saisi heikentää.

” TE-toimiston palvelut poistuivat kunnasta vuoden vaihteessa ja uusia käytäntöjä etsitään. Tosin TE-toimisto ei ole paljon lupauksia antanut systemaattisesta yhteistyöstä, suunnittelemme kimpakkyytejä toimistolle.” (Sosiaalijohtaja)

” Tällä hetkellä TE-toimiston ja sosiaalitoimiston työntekijät tapaavat säännöllisesti toisiaan ja yhteistyö pelaa. Välimatkaa toimistojen välillä on 20 metriä. Nyt TE-toimisto muuttaa toiseen kuntaan 50 kilometrin päähän ja työttömät ym. jäävät omilleen. Myös yhteistyö loppunee jatkossa tai jää hyvin vähäiseksi.” (Sosiaalijohtaja)

Muissa sosiaalijohtajien avovastauksissa toivottiin lisää yhteistyötä ja asiakasta yhteistyön keskiöön. TE-toimiston toimintaa toivottiin paremmaksi ja yhteistyötä haluttiin enemmän ”saman pöydän ääreen” tapahtuvaksi. Myös TE-toimistojen johtajista muutamat²⁶ toivovat yhteisiä tapaamisia, kun taas toiset ovat sitä mieltä, että yhteistyö ei vaadi välttämättä sitä, että kaikki osapuolet ovat samassa tilassa.

Perusterveydenhuollon ja Kelan välinen yhteistyö

Perusterveydenhuollon ja Kelan yhteistyötä on esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä toimiminen. Terveyskeskusjohtajia ja Kelan toimistojen johtajia pyydettiin arvioimaan perusterveydenhuollon ja Kelan välisen yhteistyön toteutumista vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tukemisessa. Vastausten perusteella yhteistyö toimii hyvin (ks. taulukko 24). Melko hyväksi tai hyväksi yhteistyön toimivuuden arvioi 46 prosenttia vastaajista ja kohtalaiseksi 35 prosenttia vastaajista. 19 prosenttia arvioi yhteistyön toimivan melko huonosti tai huonosti. Terveyskeskusjohtajien arvion mukaan yhteistyö sujuu selvästi paremmin

²⁶ TE-toimistojen johtajien avovastauksia kertyi yhteensä vain 14, mistä syystä vastauksia ei ole mahdollista tarkastella prosenttiosuuksin.

kuin Kelan toimistonjohtajien mielestä. Kun terveyskeskusjohtajista 63 prosenttia pitää yhteistyön toimivuutta melko hyvänä tai hyvänä, Kelan toimistojen johtajista näin ajattelee 32 prosenttia. Kelan toimistojen johtajista neljännes arvioi yhteistyön osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa melko huonosti tai huonosti toteutuvaksi ja 44 prosenttia kohtalaiseksi.

Yhteistyön sujumista pyydettiin syventämään avovastauksilla²⁷. Terveyskeskusjohtajien positiiviset kokemukset yhteistyöstä näkyvät myös näissä perusteluissa. Viidennes kertoo, että asiakasyhteistyöryhmä toimii. Toisaalta lähes yhtä suuri osa vastaajista toteaa, että yhteistyötä ei ole lainkaan. Muutamat vastaajat toteavat, että yhteistyö on helppoa. Toisaalta päinvastaisiakin mielipiteitä on useammalla kuin yhdellä terveyskeskusjohtajalla. Muutamat vastaajat kuvaavat Kelaa näkymättömäksi ja etäiseksi toimijaksi.

Lähes neljännes Kelan toimistojen johtajista mainitsee vastauksessaan, että yhteistyötä tehdään asiakasyhteistyöryhmissä. Osa on tyytyväisiä sen toimintaan, osa kuvaa yhteistyön olevan ”vain” sen varassa. Yksittäisissä vastauksissa kerrotaan pitkäaikaisesta, hyvin toimivasta yhteistyöstä. Joissakin vastauksissa kaivataan selvästi enemmän yhteistyötä. Muutamissa vastauksissa todetaan, että resurssipula tai lääkärripula vaikeuttaa yhteistyön toteutumista.

TAULUKKO 24. Vastaajien näkemykset eri tahojen välisestä yhteistyöstä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa 2008 ja 2013. Yhteistyön hyväksi tai melko hyväksi arvioivien osuudet (%).

	Hyvä/melko hyvä % 2008	Hyvä/melko hyvä % 2013
Sosiaalitoimen ja TE-toimiston yhteistyö		
Sosiaalijohtaja	68	57
TE-toimiston johtajat	66	74
Kelan ja perusterveydenhuollon yhteistyö		
Kelan toimistojen johtajat	—	32
Terveyskeskusjohtajat	—	63
TE-toimiston ja perusterveydenhuollon yhteistyö työttömien terveystarkastuksissa		
TE-toimiston johtajat	—	50
Terveyskeskusjohtajat	—	79

²⁷ Kysymykseen vastasi 71 prosenttia terveyskeskusjohtajista ja 69 prosenttia Kelan toimistojen johtajista.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Väestön kokonaishyvinvointi on vuoden 2013 alussa 17 vuoden tarkastelujakson parhaimmalla tasolla alan johdon arvioiden mukaan. Eri väestöryhmien kannalta Suomi on kuitenkin jakautuneen hyvinvoinnin maa. Sosiaalijohdon mukaan varsinakin pitkittynyt työttömyys, vähävaraisuus, päihteiden ongelmakäyttö ja näiden ongelmien niputtuminen työttömillä, lapsiperheillä ja viime vuosina vahvemmin myös nuorilla, nousevat heikentyneen hyvinvoinnin selittäjiksi. Ikääntyneiden palvelujen riittämättömyys on useita vuosia toistunut havainto, vaikka vanhuspalveluihin on suunnattu lisää voimavaroja. Vaikeassa tilanteessa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin vajeita ei ole pystytty ratkaisemaan ja tilanne uhkaa vaikeutua valtionosuusleikkausten takia.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on kunnissa myönteinen tahtotila. Sen sijaan asukkaiden osallisuus, päätösten hyvinvointivaikutusten arviointi sekä terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu eivät näy käytännön toiminna riittävästi.

Julkisten palvelujen henkilöstöresurssien turvaaminen on jo nyt haaste, ja se kasvaa nopeasti lähivuosina. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseen alan johto vaatii merkittävästi nykyistä suurempia väestöpohjia, mutta poliittiset linjaukset ovat erisuuntaisia. Pienten askelten politiikalla ei pystytä vastaamaan tulevaisuuden palvelutarpeisiin, henkilöstövajeisiin ja kantokykyhaasteisiin. Riskinä on julkisten palvelujen rapautuminen ja yhdenvertaisen palvelujen saatavuuden huomattava heikentyminen.

Tulosten pohjalta näyttää siltä, että sosiaali- ja terveystalvelujen kilpailuttamisella ei ole saavutettu toivottuja hyötyjä. Kunnissa on palattu osin omaan palvelutuotantoon. Käynnissä on myös palvelutuotannon keskittyminen. Kilpailuttamisessa tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon sosiaali- ja terveystalvelujen erityisluonne.

Kelan palvelu saa hyvin myönteisiä arvioita. Palveluverkon supistamisessa on tulosten mukaan tultu kuitenkin rajalle ja asiakaslähtöisyydessä on vielä kehitettävää. Osatyökykyisten työllistämiseksi tarvitaan määrätietoisia toimia.

Sosiaalibarometrin tuloksista on nähtävissä, että valtakunnallisella tasolla puuttuu pitkäjänteinen, suunnitelmallinen ote ja samanaikaisesti on monia hälytys-signaaleja uudistusten tarpeesta. Pitkäjänteinen ja strateginen ote on välttämätön, jotta tulevaisuuden haasteista kyetään selviytymään kestävällä tavalla.

Korkea kokonaishyvinvointi peittää väestöryhmien erot

Julkiset palveluntuottajat ja lautakuntien puheenjohtajat arvioivat ajanjaksolla 1997–2013 väestön hyvinvoinnin parhaimmaksi vuonna 2013. Hyväksi tai melko hyväksi hyvinvoinnin kokee alueellaan 85 prosenttia, kielteisenä tilannetta pitää neljä prosenttia. Hyvinvoinnin kokonaistilanne ennakoidaan vuoden kuluttua hyvin samankaltaiseksi.

Vastaajista 42 prosenttia kuvasi jonkin väestöryhmän hyvinvoinnin kohentuneen alueellaan kahden viime vuoden aikana. Yleisimmin on parantunut ikääntyneiden hyvinvointi. Hyvää kehitystä selitetään kunnan satsauksilla ikääntyneiden palveluihin ja asumiseen. Seuraavaksi eniten on kohentunut työttömien, varsinkin pitkäaikaistyöttömien, ja lapsiperheiden tilanne. Näissä kunnissa on panostettu työvoiman palveluohjaukseen, työttömien terveyspalveluihin ja aktivointiin. Työttömille on tehty yksilöllisiä tilannekartoituksia ja kunta on työllistänyt pitkäaikaistyöttömiä. Paikoin helpotusta on tuonut parantunut työllisyystilanne. Lapsiperheiden hyvinvointia on kohentanut lisähenkilöstön palkkaaminen, ehkäisevän työn resursointi, tehostettu lapsiperhetyö ja kotipalvelujen lisääminen. Osassa kuntia on kohentunut kehitysvammaisten tai nuorten hyvinvointi. Suotuisaa kehitystä ovat edistäneet kehitysvammaisten erilaiset uudet toimitilat ja palvelurakenteen monipuolistaminen. Nuorten palveluja on puolestaan kehitetty poikkihallinnollisesti, hyödynnetty tehostettua sosiaalityötä sekä koulupudokkaiden koulutukseen ja työhön ohjausta tai käynnistetty työpajahanke.

Vuoden 2013 alussa 45 prosenttia sosiaalijohtajista totesi jonkin väestöryhmän hyvinvoinnin heikentyneen alueellaan. Kahden viime vuoden aikana on heikentynyt erityisesti työttömien, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointi. Työttömyys yhdistyy vastauksissa ongelmien kasautumiseen: pienituloisuuteen, päihteiden liikakäyttöön ja lastensuojelun tarpeen kasvuun. Nuorten ongelmien taustalla ovat erityisesti työttömyys sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien kasvu, jossain määrin myös kiinnittymättömyys yhteiskuntaan. Lasten ja perheiden tilanteiden kurjistumista selittävät sosiaalijohtajien mukaan etenkin työttömyys, köyhyys, päihteet ja palvelujen karsinta. Osa on huolissaan erityisesti lastensuojeluasiakkaista. Ikääntyneiden määrä ja palvelutarpeiden kasvu näkyvät kunnissa: kotiin annettavien palvelujen, laitoshoidon ja palveluasumisen tarjonta on riittämätöntä.

Puolet sosiaalijohdosta ennakoi joidenkin väestöryhmien hyvinvoinnin heikentyvän alueellaan lähivuosina. Eniten huolestuttaa jatkossakin työttömien hyvinvointi, etenkin pitkäaikais- ja ikääntyneiden työttömien. Seuraavaksi eniten huolta kannetaan ikääntyvistä sekä lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnista.

Sosiaalijohtajat ovat ottaneet kantaa laadullisina arvioina alueensa väestöryhmien hyvinvoinnin kehitykseen aiempinakin vuosina. Vuosina 2005–2011 arvioitiin yksittäisillä väestöryhmillä tuntuvasti useammin myönteistä hyvinvointikehitystä kuin vuoden 2013 alussa. Vastaavasti arviot kielteisestä hyvinvointikehityksestä ovat lisääntyneet. Useimmin kielteisen hyvinvointikehityksen väestöryhminä ovat toistuneet ikääntyneet ja pitkäaikaistyöttömät. Hyvin tyypillisesti kuntien sosiaali-

toimissa on nostettu esille lisäksi päihdeongelmaisten ja nuorten huolestuttava tilanne. Hyvinvointi on puolestaan kohentunut vuodesta 2005 useimmissa kunnissa ikääntyneillä ja jossain määrin pitkäaikaistyöttömillä ja lapsiperheillä. Saman väestöryhmän hyvinvointi näyttäytyy siis erilaisena eri alueilla.

Myönteinen hyvinvoinnin kokonaisarvio peittää väestöryhmien hyvinvoinnin eriytymisen. Sosiaalijohtajan näkemyksistä piirtyy kuva jakautuneen hyvinvoinnin Suomesta. Väestöryhmien hyvinvointieroiin ei ole kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla pystytty yrityksistä huolimatta vastaamaan niitä tasaavasti.

Vaikeuksissa olevat väestöryhmät vaihtelevat alueittain. Vuodesta 2005 lähtien pitkälti samat ryhmät ovat jääneet liian vähälle palveluihin suunnattujen resurssien jaossa. Tämän vuoden alussa vajaa puolet sosiaalijohtajista totesi jonkin väestöryhmän hyvinvoinnin heikentyneen kahden edeltävän vuoden aikana. Haasteet kiertyvät heikon työllisyyden, tulottomuuden, lapsiperheiden moninaisesti vaikeiden elämäntilanteiden, päihteiden sekä lisääntyvän vanhusväestön kasvavien palvelutarpeiden ympärille.

Kuntien valinnat useiden samanaikaisesti lisää resursointia edellyttävien väestöryhmien palvelutarpeiden välillä ovat vaikeita. Osa näistä väestöryhmistä on myös suuria. Tilannetta vaikeuttavat lähivuosina edelleen kuntien valtionosuuksien leikkaukset ja kuntien väliset suuret erot taloudellisessa kantokyvyssä. Mikäli sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksessa ei saada aikaan lähivuosina huomattavasti nykyistä suurempia järjestämisvastuun kantajia, kaikkein haavoittuvimmat väestöryhmät ovat vakavissa vaikeuksissa. Etenkin näin käy niille väestöryhmille, joiden oikeudet eivät ole vahvasti suojattuja. Tasapainon löytäminen niukkenevien resurssien ja kasvavien palvelutarpeiden välille edellyttää myös pitkäjänteistä ja strategista otetta palvelujen suuntaamisessa. Pohjaksi tarvitaan hyvää perustietoa olemassa olevista tarpeista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on tahtoa

Kunnissa on sosiaalijohtajien ja terveyskeskusjohtajien arvion mukaan tahtotila hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, mutta huoli resurssien riittämättömyydestä varjostaa sen ylläpitoa ja kehittämistyötä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulevaisuutta uhkaavat sosiaalijohtajien mukaan erityisesti heikot mahdollisuudet lisäresursseihin sekä valtionosuuksien supistaminen. Myös terveyskeskusjohtajat näkevät hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä uhkaavan taloudellisten resurssien riittämättömyyden.

Sosiaalijohtajat arvioivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutuvan alueellaan kautta linjan huonommin verrattuna terveyskeskusjohtajiin ja lautakuntien puheenjohtajiin. Verrattuna vuoden 2008 Sosiaalibarometriin, jossa kysyttiin osittain samoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin liittyviä tekijöitä, ovat tämän vuoden arviot kauttaaltaan huonommat.

Kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen voimavaroihin liittyvistä rakenteista sekä sosiaalijohtajat että terveyskeskusjohtajat arvioivat parhaiten toteutuviksi asukkaiden terveysinformaation saatavuuden, neuvonnan ja ohjauksen, varhaisen puuttumisen sekä käytännön työmuotojen kehittämisen. Haasteita kunnilla on hyvinvointivaikutusten arvioinnissa ja asukkaiden mahdollisuudessa vaikuttaa päätöksentekoon, joiden arvioidaan toteutuvan heikoiten. Selkeän johtamisvastuun toteutumisen näkevät kriittisimmin sosiaalijohtajat. Yhteistyömuodoista toteutuu parhaiten vastaajien arvion mukaan yhteistyö kunnan eri sektoreiden välillä. Kunnan ja järjestöjen välisen yhteistyön koettiin toteutuvan selkeästi paremmin kuin yhteistyön yritysten kanssa.

Enemmistö sosiaalijohtajista ja terveyskeskusjohtajista ei koe terveys kaikissa politiikoissa -teeman näkyvän käytännössä. Vastaajien mukaan se jää strategia- ja suunnittelutasolle. Kuitenkin kunnan useiden toimialojen rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä nähdään suurena. Sosiaali- ja terveystoimen ohella tärkeäksi nähdään koulu- ja sivistystoimen rooli.

Vastauksista käy ilmi, että kunnissa sosiaali- ja terveyspalvelut mielletään huonosti kunnan elinvoimaisuuteen ja muuttohalukkuuteen vaikuttavina tekijöinä. Hyvinvointitalouden näkökulmasta toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat investointi kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Esimerkiksi lapsiperheiden palveluiden ja tuen riittävyys luo pohjaa perheiden hyvinvoinnille, mikä näkyy vanhempien jaksamisena kasvatustehtävässä ja työelämässä sekä lasten hyvinvointina ja tasapainoisena kehityksenä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteissa haasteet paikantuvat erityisesti johtamisvastuiden selkeyteen, asukkaiden osallisuuden vahvistamiseen ja päätösten hyvinvointivaikutusten arviointiin. Hyvinvointivaikutusten arvioinnin avulla on mahdollista parantaa päätöksentekoa ja räätälöidä ehkäisevää työtä niin, että se kohdentuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden kannalta olennaisiin tekijöihin ja edistää toiminnan taloudellista tehokkuutta ja pitkäjänteisyyttä. Kuntalaisten mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon on kunnalle tärkeä voimavara, mutta sitä ei osata käyttää.

Sosiaali- ja terveystoimen ohella nähdään tärkeäksi sivistystoimen rooli. Samaan aikaan on suuria paineita koulujen lakkauttamiselle ja yhdistämiselle. Varhaiskasvatus ja koulu ovat merkittäviä lasten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen areenoita, joiden laadusta ei tulisi tinkiä. Tulevaisuudessa on riskinä sivistystoimen ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön vaikeutuminen, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen myötä pienemmissä kunnissa sivistyspalvelut ja sosiaali- ja terveyspalvelut erkaantuvat eri järjestäjille.

Terveys kaikissa politiikoissa -teema on ollut tavoitteena valtakunnallisissa strategioissa Suomen EU-puheenjohtajuuskaudesta, vuodesta 2006 lähtien, mutta käytännön toiminnassa se ei vielä tulosten mukaan juurikaan näy. Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelun näkökulmasta kunnissa ymmärretään vahvasti muiden hallinnonalojen roolin tärkeys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä, mutta hyvinvointivaikutusten

arvioinnin käyttöä eri hallinnonalojen päätöksenteossa ei vastauksissa tule esille. Ajattelun toiminnaksi muuttaminen vaatii kunnissa vielä paljon toimia.

Yllättävää on se, että kunnissa mielletään sosiaali- ja terveyspalvelut kunnan elinvoimaisuuteen vaikuttavana tekijänä heikosti. Sosiaalijohtajista ainoastaan neljäsosa ja terveyskeskusjohtajista kolmannes arvioi, että heidän alueellaan mielletään toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut investointina tulevaisuuteen. Sen sijaan valtakunnallisten kansalaiskyselyjen tulosten mukaan hyvät ja toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kunnan vetovoimaan ja muuttoaikeisiin selvästi vaikuttava tekijä.

Valtionosuusleikkaukset uhka sosiaali- ja terveyspalveluille

Yleiskuva sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssien riittävydestä on myönteinen. Yli puolet sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista arvioi sosiaalipalvelujen turvaamisen toteutuvan nykyresurssein vähintään melko hyvin. Kohtalaisena tilannetta pitää runsas kolmasosa vastaajista. Vain viisi prosenttia sosiaalijohtajista ja prosentti lautakuntien puheenjohtajista arvioi nykyisten voimavarojen riittävyden huonoksi. Neljä viidestä terveyskeskusjohtajasta pitää terveyspalveluihin varattuja nykyresursseja riittävinä turvaamaan hyvin kuntalaisten tarpeet. Vain kaksi prosenttia vastaajista arvioi voimavarojen riittävyden huonoksi. Terveyskeskusjohtajien näkemykset voimavarojen riittävydestä terveyspalveluihin yleensä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin ovat positiivisempia kuin kertaakaan aikaisemmin Sosiaalibarometrin kyselyissä.

Selvä enemmistö (70–77 %) sosiaalijohtajista ja lautakuntien puheenjohtajista arvioi sosiaalipalvelujen turvaamismahdollisuuksien pysyvän ennallaan. Heikentymistä vuoden kuluessa ennakoi yli neljäsosa sosiaalijohtajista ja vajaa viidennes lautakuntien puheenjohtajista, kun taas nykyisten voimavarojen riittävyden uskoo kohenevan vain prosentti sosiaalijohtajista ja seitsemän prosenttia lautakuntien puheenjohtajista.

Terveystenhuollon lähitulevaisuutta arvioidaan varsin optimistisesti, joskin hieman varovaisemmin kuin tämänhetkistä tilannetta. Noin kolme neljäsosaa vastaajista uskoo nykyresurssien riittävän melko hyvin tai hyvin yleensä terveyspalvelujen sekä erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseen vuoden kuluttua. Yli kaksi kolmasosaa ennakoi, että nykyiset voimavarat riittävät vähintään melko hyvin perusterveydenhuollon palvelujen turvaamiseen.

Resurssit riittäisivät vastaajien mukaan nykyistä paremmin sosiaalitoimen tehtävien hoitamiseen, mikäli lisättäisiin alueellista ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä sekä panostettaisiin ennaltaehkäisevään toimintaan. Muina ratkaisuihin sosiaalijohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat mainitsevat esimerkiksi voimavarojen priorisoinnin ja pätevän henkilöstön saannin varmistaminen. Perusterveydenhuollossa kolme

yleisintä keinoa voimavarojen riittävyyden edistämiseksi ovat yhteistyön lisääminen, työnjaon kehittäminen yleensä sekä erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja lääkäreiden saatavuuden parantaminen. Muita esitettyjä ratkaisuja ovat mm. paremmin toimivat tietojärjestelmät, sähköiset palvelut ja ennalta ehkäisevään toimintaan panostaminen.

Henkilöstöresurssien riittävyyttä kysyttiin yksityiskohtaisemmin sosiaali- palveluista. Henkilöstöresurssien puutteet tunnistetaan yleisimmin lastensuojelussa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Sosiaalijohtajista kolmasosa arvioi lastensuojelun, vajaa kolmasosa mielenterveyspalvelujen ja neljäsosa päihdepalvelujen henkilöstöresurssien riittävyyden huonoksi. Resurssien riittävyyttä pidetään vähintään melko hyvänä useimmin toimeentulotuessa (51 %), vammais- palveluissa (45 %) ja vanhusten palveluissa (37 %). Vuodenvaihteessa 2012–2013 henkilöstöresurssien riittävyys arvioidaan kriittisemmin kuin vuonna 2007. Selvimmin muutos näkyy lastensuojelussa. Lastensuojelun voimavarat huonoiksi arvioivien osuus on kasvanut 15 prosenttiyksikköä ja niitä melko hyvänä tai hyvänä pitävien osuus on supistunut 12 prosenttiyksiköllä. Vanhusten palvelujen henkilöstöresursseja vähintään melko hyvänä pitävien sosiaalijohtajien osuus on nyt 17 prosenttiyksikköä pienempi kuin kuusi vuotta sitten.

Vastaajien näkemykset valtionosuuksien supistusten vaikutuksista sosiaali- ja terveyspalveluihin ovat varsin synkkiä. Valtionosuuksien pienemisen arvioidaan heikentävän sosiaalipalveluja sekä johtavan niiden karsimiseen ja priorisointiin niin, että vain välttämättömät palvelut ja subjektiiviset oikeudet on mahdollista turvata. Osan mielestä palveluvalikoima tulee kapenemaan ja esimerkiksi harkinnanvaraiset palvelut ja etuudet vähenemään. Osa vastaajista ennakoi supistusten näkyvän myöhemmin korjaavien kustannusten kasvuna. Kysymykseen vastanneesta 104 sosiaalijohtajasta vain seitsemän arvioi, että valtionosuuksien pienentämisellä ei ole vaikutusta oman alueen sosiaalipalveluihin. Vastaavasti valtionosuuksien pienemisen uskotaan vaikeuttavan mahdollisuuksia tarjota alueella riittävät terveyspalvelut. Resurssipulan vuoksi on tarpeen karsia ja priorisoida palveluja tai tehdä rakenteellisia muutoksia. Myös ennaltaehkäisevän työn arvioidaan vaikeutuvan. Kysymykseen vastanneesta 61 terveyskeskusjohtajasta vain seitsemän ei näe valtionosuuksien pienentämisellä vaikutuksia alueensa terveyspalveluihin.

Vaikka yleiskuva resurssien riittävyydestä sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseen on melko myönteinen, tilanteen ennakoidaan heikkenevän. Valtionosuuksien supistusten ennakoidaan aiheuttavan merkittäviä heikennyksiä palveluihin. Niiden arvioidaan tuovan mukanaan välttämättömiä priorisointeja ja palvelukarsintoja. Juuri ku- kaan alan johdosta ei usko supistuksista selvittävän ilman merkittäviä vaikutuksia.

Sosiaalipalveluissa vuoden 2013 henkilöstöresurssien riittävyysarviot ovat kriit- tisempiä kuin vuonna 2007. Selvimmin muutos näkyy lastensuojelussa, jossa voimavarat huonoiksi arvioivien osuus on kasvanut peräti 15 prosenttiyksikköä.

Henkilöstöresurssien puutteet tunnistetaan yleisimmin lastensuojelun lisäksi mielen-terveys- ja päihdepalveluissa. Näissä palveluissa henkilöstöresurssien riittävyyden arvioi huonoksi noin kolmannes vastaajista. Jo nyt lastensuojelussa on ilmennyt vakavia tilanteita, jotka on voitava tulevaisuudessa estää. Valtionosuusleikkausten ennakoidaan vaikeuttavan tilannetta entisestään.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta hälytys-signaalit henkilöstön riittävyyden ongelmista sosiaalipalveluissa ovat vakavia. Ongelma kasvaa tulevaisuudessa merkittävästi. Nykyisten vajeiden lisäksi vuosittain eläköityy 14 000 työntekijää, mikä tarkoittaa vuoteen 2030 mennessä 44 prosenttia alan henkilöstöstä. Tarvitaan monimuotoisia toimia henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden turvaamiseksi. Yksi niistä on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen nykyistä huomattavasti laajemmille väestöpohjille. Tämä lisäisi alan vetovoimaa työnantajana, sillä työntekijöillä olisi mahdollisuus erikoistua ja kehittää omaa osaamistaan. Palvelujen järjestäjällä olisi puolestaan nykyistä joustavampi mahdollisuus vastata eri puolilla vastuualuetta ilmeneviin henkilöstövajeisiin. Sosiaali- ja terveyspalvelut tarvitsevat toimiakseen riittävän määrän osaavaa henkilöstöä.

Kelan palvelusta myönteiset arviot

Voimavarojen riittävyys Kelan palvelun turvaamiseen arvioidaan erittäin myönteisesti. Kelan toimistojen johtajista 91 prosenttia pitää resursseja vähintään melko hyvinä, kahdeksan prosenttia kohtalaisina ja vain prosentti arvioi ne huonoiksi.

Näkemykset voimavarojen riittävyydestä Kelan palveluun ovat nyt myönteisempiä kuin koskaan aikaisemmin Sosiaalibarometrin kyselyissä koko vuodesta 1997 alkavalla tarkastelujaksolla.

Nykyisten voimavarojen uskotaan riittävän varsin hyvin Kelan palvelun turvaamiseen myös vuoden kuluttua. Kelan toimistojen johtajista 88 prosenttia uskoo resurssien riittävyyden pysyvän ennallaan. Runsas kymmenesosa arvioi voimavarojen riittävyyden heikentyvän.

Kelan toimistojen johtajien arvion mukaan Kelan asiakaspalvelun eri osa-alueet toimivat hyvin. Positiivisin arvio annetaan verkossa toimivalle Kela-Kerttuneuvontapalstalle. Vaikka arviot Kelan palvelusta ovat hyvin myönteisiä, vastaajien mukaan on vielä kehittävääkin. Viidesosa vastaajista näkee puutteita puhelinpalvelussa ja asiakkaiden alueellisesti tasapuolisessa kohtelussa. Yli viidesosa vastaajista on huolissaan palvelun ja etuuksien avoimien ja ymmärrettävien myöntämiskriteerien toteutumisesta ja joka kuudes vastaaja päätösten selkeydestä. Lisäksi yli kymmenesosa arvioi melko huonosti tai huonosti toteutuviksi muutoksenhaun, asiakaskirjeiden selkeyden ja käsittelyaikojen pituuden.

Verrattuna aiempiin vuosiin erityisesti verkkoasioinnin toimivuuden arvioidaan parantuneen ja sillä nähdään myönteisiä vaikutuksia Kelan asiakaspalveluun.

Myös suullisen asioinnin käyttöönoton, etuuskäsittelyn keskittämisen ja yhteis-palvelupisteiden lisäämisen arvioidaan parantaneen asiakaspalvelua. Sen sijaan puhelinpalvelun keskittäminen jakaa mielipiteitä: kolmannes vastaajista näkee sen heikentäneen Kelan asiakaspalvelua. Negatiivisimmin suhtaudutaan kuitenkin toimistoverkon supistamiseen, jonka arvioi heikentäneen asiakaspalvelua yli kolmannes Kelan toimistojen johtajista.

Useampi kuin kaksi kolmesta Kelan toimiston johtajasta on sitä mieltä, että toimistoverkon supistamista voidaan edelleen jatkaa ja silti turvata Kelan palvelun saatavuus. Näkemystä perustellaan useimmin yhteispalvelupisteillä. Alle 10 000 asukkaan kuntien tai alueiden Kelan toimistojen johtajat näkevät tilanteen eri tavalla: 60 prosenttia katsoo, että Kelan palvelua ei voida turvata, mikäli toimistoverkon supistamista jatketaan.

Kelan palvelussa asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksia on ryhdytty parantamaan asiakasraatien avulla. Asiakasraadit eivät tulosten mukaan toteudu lainkaan noin joka kolmannen Kelan toimiston johtajan arvion mukaan. Lisäksi yli kolmannes arvioi niiden toteutuvan huonosti tai melko huonosti.

Kelan palvelu ja resurssien riittävyys saavat hyvin myönteiset arviot. Sähköinen asiointi ja uudet palvelumuodot, esimerkiksi suullisen asioinnin mahdollisuus, ovat tulosten mukaan edenneet myönteisesti. Tuloksissa näkyvät pitkäjänteisen, valtakunnallisesti johdetun kehittämistyön myönteiset tulokset. Palveluverkkoa on supistettu ja korvattu yhteispalvelupistein. Väestöpohjaltaan pienten alueiden näkökulmasta palveluverkon supistaminen ei ole enää mahdollista ilman palvelun saatavuuden ja laadun heikennyksiä. Jo nyt yli kolmannes vastaajista arvioi palveluverkon supistamisen heikentäneen palvelun laatua.

Kelan palvelun kehittämishaasteiksi nousevat tulosten mukaan keskitetty puhelinpalvelu ja asiakkaiden tasapuolinen kohtelu alueellisesti. Lisäksi asiakaskirjeiden ja päätösten selkeys, muutoksenhaku ja käsittelyaikojen pituudet eivät ole vielä riittävän hyvällä tasolla suhteessa Kelassa asetettuihin tavoitteisiin. Asiakslähtöisyyden kehittämistä palvelevat asiakasraadit toimivat tulosten mukaan vielä puutteellisesti. Asiakasraatien toiminnassa on selkeä kehittämistarve. Jotta asiakasraadit tulisivat välineeksi kaikissa toimistoissa, tulisi hyödyntää jo toimivia käytäntöjä. Kehittämistyössä tulisi ottaa mukaan järjestöt asiakkaiden äänen esiin tuojina ja palautteen antajina.

Puheilla sosiaalietuuksien väärinkäytöstä ei katetta

Selvä vähemmistö sosiaalijohtajista, Kelan toimistojen johtajista ja TE-toimistojen johtajista pitää ongelmana sitä, että sosiaalietuuksia käytetään tietoisesti



väärin. Tuntuu, että enemmän alan asiantuntijoita huolestuttaa ensisijaisten etuuksien tason riittämättömyys ja ihmisten tietämättömyys heille kuuluvista etuuksista. Melko suurena tai suurena ongelmana ensisijaisten etuuksien tasoa pitää lähes puolet vastaajista. Noin neljännes arvioi ihmisten tietämättömyyden heille kuuluvista etuuksista ongelmaksi. Kymmenesosan mielestä sosiaalietuuksien tietoinen väärinkäyttö on melko suuri tai suuri etuusjärjestelmän ongelma. Noin yksi kuudesta on huolissaan siitä, että ihmiset eivät saa niitä etuuksia, joihin heillä on oikeus.

Useampi kuin kaksi kolmesta vastaajasta pitää sosiaalietuuksien väärinkäyttöä melko tai hyvin harvinaisena. Yli puolet pitää liian suuren etuuden tahatonta saamista melko tai hyvin harvinaisena. Yhtä suuri osa on sitä mieltä, että on melko vaikeaa tai vaikeaa saada tahallisesti enemmän etuutta kuin mihin on oikeutettu. Tahatonta liian suuren etuuden saamista pitää melko tai hyvin yleisenä runsas kolmannes vastaajista. Yhtä suuri osa arvioi, että on melko tai hyvin helppoa tahallisesti saada enemmän etuutta kuin mihin on oikeutettu. Kelan toimistojen johtajat arvioivat liian suuren etuuden tahattoman saamisen yleisemmäksi ja tahallisen liian suuren etuuden saamisen helpommaksi verrattuna sosiaalijohtajiin ja TE-toimistojen johtajiin.

Etuuksien myöntämiskriteerien valvonnan arvioi toteutuvan melko hyvin tai hyvin useampi kuin kolme neljästä sosiaalijohtajasta ja Kelan toimiston johtajasta. Myös etuuksien käyttöä väärin perustein pystytään valvomaan melko hyvin, sillä lähes puolet vastaajista on sitä mieltä, että se toteutuu melko hyvin tai hyvin. Neljännes arvioi etuuksien väärinkäytösten valvonnassa heikkouksia.

Sosiaalietuuksien väärinkäyttö nousee toistuvasti esiin julkisessa keskustelussa. Sosiaalibarometrin tulokset ja Kelan sosiaaliturvaetuuksiin liittyvät tutkimukset yhdessä osoittavat, että puhe etuuksien väärinkäytöstä on harhaanjohtavaa ja ylimitoitettua.

Merkittävä ongelma on se, että etuuteen oikeutetut eivät osaa hakea heille kuuluvaa etuutta. Sosiaaliturvaetuuksien alikäyttö ja ennen kaikkea etuuksien riittämätön taso nähdäänkin etuuksien väärinkäyttöä suurempana ongelmana. Etuuksien tasoja on korotettu viime vuosina, mutta vielä ei ole saavutettu tilannetta, ettei toimeentulotukea tarvittaisi ensisijaisten etuuksien liian alhaisen tason paikkaamiseen.

Etuuksien alikäytön vähentämiseksi tarvitaan nykyistä huomattavasti aktiivisempaa tiedottamista ihmisille heidän oikeuksistaan. Tiedonpuutteesta kärsivät ennen kaikkea heikoimmassa asemassa olevat ihmiset. Tilanteen korjaaminen vaatii myös työntekijöiltä uudenlaista työtettä, jossa lähtökohtana on asiakkaan kokonaistilanteen kartoittaminen ja asiakkaan aktiivinen ohjaaminen hänen oikeuksiensa toteutumiseksi. Työntekijä asettuu tällöin asiakkaan oikeuksien valvojan ja puolustajan rooliin resurssien säästäjän roolin sijaan.

Henkilöstön riittävyys TE-hallinnon huolena

Työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat arvioivat työ- ja elinkeinohallinnon voimavarojen riittävyyden tällä hetkellä melko hyväksi. Yli puolet vastaajista pitää henkilöasiakkaiden palvelujen ja lähes kaksi kolmasosaa työnantajapalvelujen resursseja riittävinä turvaamaan hyvin käyttäjien tarpeet. Yksikään vastaaja ei pidä henkilöasiakkaiden palvelujen voimavaroja riittämättöminä ja työnantajapalveluissakin vain kolme prosenttia arvioi resurssien riittävyyden huonoksi.

Voimavarojen riittävyyteen työ- ja elinkeinohallinnon palvelujen turvaamiseksi lähivuosina suhtaudutaan selvästi epäilevämmiin. Erityisen vaikeaksi ennakoidaan henkilöasiakkaiden palvelujen turvaaminen. Noin kolmasosa vastaajista uskoo nykyresurssien riittävän vähintään melko hyvin henkilöasiakkaiden palvelujen turvaamiseen vuoden kuluttua ja vain vajaa neljäsosa kolmen vuoden kuluttua.

Yli puolet arvioi nykyisten resurssien riittävän työnantajapalvelujen turvaamiseen melko hyvin tai hyvin vielä vuoden kuluttua, mutta runsas kolmasosa enää kolmen vuoden kuluttua.

TE-toimistojen tilanne- ja tulevaisuusarvio on huomattavasti kriittisempi, kun arvioidaan henkilöstön riittävyyttä tehtävien hoitamiseen. Hieman yli puolet vastaajista pitää toimistonsa henkilöstöresurssien riittävyyttä kohtalaisena ja vain kolme prosenttia arvioi sen vähintään melko hyväksi. Huonona resursseja pitää 44 prosenttia vastaajista. Henkilöstöresurssien riittävyyden melko hyväksi tai hyväksi arvioivia on nyt vähiten vuodesta 1997 alkaneella tarkastelujaksolla.

Sähköisten palvelujen käyttöä pidetään yleisimmin tapana toimia toisin, jotta resurssit riittäisivät nykyistä paremmin TE-toimiston kaikkien tehtävien hoitamiseen. Resursseja kaivataan lisää ja nykyisen henkilöstön vähentämistä halutaan välttää. Joidenkin vastaajien mielestä tulisi hyväksyä, ettei kaikkia nykyisiä asiakkaita voida palvella, vaan heidän asiansa kuuluisivat pikemminkin sosiaalitoimelle. Osa nimeää keinoina toimintatapojen muutoksen, yhteistyön lisäämisen ja voimavarojen uudenlaisen käytön.

Noin kaksi kolmesta TE-toimiston johtajasta näkee vuoden 2013 alun palvelu-uudistuksella kielteisiä seurauksia palvelujen saatavuuteen. Avovastauksissa ennakoidaan usein palvelujen heikkenevän. Erityisesti niiden nähdään heikentyvän niillä työttömillä, jotka eivät hallitse sähköisten palvelujen käyttöä. Vastaajat ovat huolissaan heikoimmassa työmarkkina-asemassa olevien tilanteesta. Huoli TE-palvelujen heikentymisestä tuli paikoin esiin myös muiden vastaajaryhmien kommentteissa.

TE-toimistojen arviot henkilöstöresurssien riittävyydestä tehtävien hoitamiseen ovat usean viime vuoden ajan olleet huolestuttavia. Erityisesti vaikeuksia on koettu henkilöasiakkaiden palvelussa. Nyt henkilöstöresursseja tehtävien hoitamiseen pitää huonona

44 prosenttia vastaajista ja niiden riittävyyden hyväksi arvioivia on vähemmän kuin koskaan ennen. Tilanne on hälyttävä, sillä sekä työttömien että pitkäaikaistyöttömien määrät ovat kasvaneet verrattuna vuoteen 2012.

Resurssien riittävyyden parantamiseksi toimistojen johtajat ehdottavat sähköisten palvelujen kehittämistä. Se voi vastata osaan tarpeista, mutta vaikeimmin työllistyvien asemaan se tuskin tuo helpotusta.

Kuvaavaa on, että joidenkin vastaajien mielestä osaa asiakkaista ei voida palvella, mikä tulisi hyväksyä. Näiden asiakkaiden katsotaan kuuluvan sosiaalitoimen vastuulle. Tarvitaan selkeitä periaatteita ja sopimuksia työnjaosta, ettei osa palveluntarvitsijoita todellisuudessa jää kaiken tarvitsemansa palvelun ja tuen ulkopuolelle.

Vuoden alusta tehdyn organisaatiouudistuksen arvioidaan heikentävän palveluja. Ennen kaikkea sen arvioidaan heikentävän heikoimmassa työmarkkina-asemassa olevien tilannetta. On välttämätöntä, että uudistukseen liitetään sen vaikutusten arviointi- ja seurantatutkimus ennen kaikkea heikossa työmarkkina-asemassa olevien palvelujen saatavuuden ja toimivuuden näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveyspalvelut vaativat selvästi nykyistä suurempia väestöpohjia

Kolme neljästä terveyskeskusjohtajasta katsoo, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen tarvitaan vähintään 50 000 asukkaan väestöpohja, mikäli perustasolle kuuluu jatkossa nykyistä suurempi vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidon. Sosiaalijohtajista samaa mieltä on kaksi kolmesta. Sen sijaan puolet lautakuntien puheenjohtajista kannattaa alle 50 000 asukkaan väestöpohjaa.

Terveyskeskusten johtajista peräti 41 prosenttia ja sosiaalijohtajista 24 prosenttia on sitä mieltä, että väestöpohjan on oltava yli 150 000 asukasta. Lautakuntien puheenjohtajista samaa mieltä on vain kuusi prosenttia.

Tärkeimpänä väestöpohjan kasvattamista pidetään pienissä kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Alle 20 000 asukkaan alueilla sitä puoltaa 72 prosenttia sosiaali- ja terveysjohdosta sekä luottamushenkilöjohdosta. Yhtä selvästi väestöpohjan kasvattamista kannatetaan 20 000–50 000 asukkaan alueilla (69 %).

Alle 20 000 asukkaan alueilla yli puolet sosiaalijohtajista luottaa siihen, että 20 000 asukkaan väestömäärä saavutetaan vuoteen 2017 mennessä kuntaliitoksilla. Lautakuntien puheenjohtajista 38 prosenttia ja terveyskeskusjohtajista vain 29 prosenttia arvioi, että 20 000 asukkaan väestömäärä toteutuu omalla alueella kuntaliitoksilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisessa korostuu nykyistä laajempi rakenteellinen integraatio. Sosiaalijohto ja terveyskeskusten johtajat pitävät tärkeimpinä palvelujen käyttäjien kannalta perusterveydenhuollon

ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Terveyskeskusten johtajat painottavat terveydenhuollon integraatiota ja sosiaalijohtajat molempia integraation tasoja. Sosiaalijohto pitää tuntuvasti tärkeämpänä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota myös kunnan muihin hallinnonaloihin.

Tällä hetkellä parhaiten toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio. Sosiaalijohdosta runsas puolet ja kolme neljästä terveyskeskusjohtajasta katsoo tilanteen vähintään melko hyväksi alueellaan. Monissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty, mikä näkyy sosiaalijohdon myönteisempinä arvioina sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio arvioidaan palvelujärjestelmän nykyisten heikkouksien korjaamisen ja tulevaisuuden haasteisiin vastaamisen kannalta tärkeimmäksi. Terveyskeskusten johdosta vajaa puolet katsoo sen toteutuvan nykyisin hyvin. Tyytymättömiä on noin viidennes. Sosiaalijohto arvioi tilanteen kielteisemmin. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio toteutuu tällä hetkellä heikosti, pitää sosiaalijohto sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ensisijaisena.

Nykyisten kuntien ja yhteistoiminta-alueiden mahdollisuudet vastata laajennetun perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä jakautuvat voimakkaasti. Vuonna 2017 alueensa mahdollisuudet laajennetun perustason järjestämisvastuuseen arvioi alueellaan hyväksi 42 prosenttia terveyskeskusten johtajista ja 38 prosenttia sosiaalijohdosta. Likimain yhtä suuri osuus pitää vastuumahdollisuuksia heikkoina. Lautakuntien puheenjohtajien ennakkoinnit ovat myönteisempiä: noin puolet pitää mahdollisuuksia hyvinä ja noin neljännes heikkoina.

Kuntaliitoksiin ei haluta velvoittavaa lainsäädäntöä ratkaisuna niille kunnille, joilla on vaikeuksia vastata laajennetun perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Kaikki vastaajat kannattavat näissä tilanteissa tuntuvasti enemmän velvoitetta kuulua johonkin sosiaali- ja terveydenhuoltoalueeseen kuin kuntien pakkoliitoksia.

Sosiaalijohtajat, terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat vahvistaisivat sosiaali- ja terveyspalveluiden perustasoa ennenkaikkea yhteisiä tietojärjestelmiä kehittämällä ja lisäämällä taloudellisia resursseja peruspalveluihin. Myös asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämiseen keskittyvien moniammatillisten yksiköiden kehittämistä, henkilöstön lisäämistä peruspalveluihin sekä sähköisiä palveluja ja yhteispalveluja kannatetaan perustason vahvistamisen keinoina.

Valtioneuvosto linjasi marraskuussa 2012, että tulevaisuudessa kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat laajennetusta perustason järjestämisestä. Lisäksi olisi viisi erityisvastuualuetta. Tämä tarkoittaisi sairaanhoitopiirien lakkauttamista. Sosiaalijohtajat ja terveyskeskusten johtajat painottavat, että sairaanhoitopiirejä ei tule lakkauttaa, ennen kuin uusi rakenne on saatu toimivaksi. Tätä mieltä on 76 prosenttia sosiaalijohdosta ja 64 prosenttia terveyskeskusten johtajista. Muut vastaajat viestittävät puolestaan joko sairaanhoitopiirien välitöntä lakkauttamista tai torjuvat niiden lakkauttamisen.

Sosiaali- ja terveysjohto näkee tulevaisuuden haasteisiin vastaamisen kannalta välttämättömänä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on merkittävästi nykyistä suuremmalla väestöpohjalla. 74 prosenttia terveyskeskusjohtajista ja 66 prosenttia sosiaalijohtajista arvioi, että väestöpohjan on oltava vähintään 50 000 asukasta laajalla perustasolla, jolle kuuluu myös perustason erikoissairaanhoidoa. Tärkeimpänä väestöpohjan kasvattamista pidetään pienissä kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Alle 20 000 asukkaan alueilla sitä kannattaa lähes kolme neljäsosaa alan johdosta ja lähes yhtä selvästi väestöpohjan kasvattamista puolletaan 20 000–50 000 asukkaan alueilla. Lautakuntien puheenjohtajat kannattavat pienempiä väestöpohjia kuin asiantuntijajohto.

Alan asiantuntijajohdolla on rohkeutta myöntää muutoksen välttämättömyys. Heille taloudellisten ja henkilöstöressurssien riittämättömyys näkyy suoraan ja vaatii koko ajan ratkaisuja. Samaa ovat korostaneet eri asiantuntijaryhmät kahden viime vuoden aikana. Maan hallituksen kehysriihessä maaliskuussa 2013 tekemä linjaus tuntuu tätä taustaa vasten vaikealta ymmärtää. Tavoitteeksi linjauksissa asetettiin pääsääntöisesti kaksitasoinen järjestelmä, mutta muiden linjausten tuloksena päädytään vähintään kolmitasoiseen järjestelmään. Perustason järjestämisvastuun jakaminen 20 000–50 000 väestöpohjan alueille ja velvoite kuulua muiden palvelujen osalta sote-alueeseen merkitsee vaikeasti johdettavaa ja monimutkaista palvelurakennetta. Pahimmillaan se tarkoittaa palvelukokonaisuuksien pirstoutumista uudelleen, mikä Paras-lain täsmennyksellä haluttiin poistaa.

Sote-uudistus näyttää tulleen uhratuksi kuntauudistukselle. Linjaukset eivät tuo kasvavissa palvelutarpeissa ratkaisua palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ongelmiin, perustason vahvistamiseen ja vakaviin henkilöstön saatavuuspulmiin. Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut jatkavat rapautumistaan, mikä antaa hyvän tilan kansainvälisille yrityksille vallata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Erikoissairaanhoidon turvaamisessa on syytä ottaa vakavasti vastaajien laaja yksimielisyys siitä, että sairaanhoitopiirit tulee säilyttää, kunnes uusi palvelurakenne on toimiva.

Kilpailutus kasvattanut palvelujen kustannuksia, paluuta omaan palvelutuotantoon

Palvelustrategiat ovat kuntien väline ohjata sitä, mitä palveluja ne tuottavat itse ja mitä hankkivat muilta palveluntuottajilta. 28 prosenttia sosiaalijohtajista ja 45 prosenttia terveyskeskusjohtajista ilmoittaa, että heidän alueellaan on käytössä palvelustrategia. Lisäksi tällaisen strategian vastaa olevan valmisteilla noin neljännes sosiaalijohtajista ja noin viidennes terveyskeskusjohtajista. Väestömäärältään suurissa kunnissa tai alueilla palvelustrategioita on selvästi useammin.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa yksityisten palveluntuottajien, erityisesti yritysten määrä, on kasvanut 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on siis ollut

markkinoistumiskehitystä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoiden arviointia on tehty suhteellisen vähän. Vain vajaa viidesosa sosiaalijohtajista ja terveyskeskusjohtajista ilmoittaa alueellaan arvioidun palvelumarkkinoita kahden viime vuoden aikana. Käytännössä sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelumarkkinoita on arvioitu yleisimmin kilpailutusten yhteydessä, palvelustrategioita laadittaessa ja esimerkiksi erilaisiin hankkeisiin liittyen.

Vain pieni osa vastaajista (35 sosiaalijohtajaa ja 23 terveyskeskusjohtajaa) pystyi vastaamaan kysymykseen, millä euromäärällä sosiaali- ja terveyspalveluja kilpailutettiin vuonna 2012. Sama koskee hankintaprosessista aiheutuneiden liitännäiskustannuksien määrää. Vain alle kymmenesosa sosiaalijohtajista ja terveyskeskusjohtajista ilmoittaa kykenevänsä arvioimaan vuoden 2012 palveluhankintaprosessien liitännäiskustannuksia.

Palvelujen ostaminen yrityksiltä on yleisimmin nostanut kustannuksia neljän viime vuoden aikana. Tätä mieltä on runsas puolet terveyskeskusjohtajista ja lähes puolet sosiaalijohtajista. Vain runsas kymmenesosa sosiaalijohtajista ja terveyskeskusjohtajista arvioi ostopalvelujen tuottaneen kustannussäästöjä. Molemmista vastaajaryhmistä 13 prosenttia arvioi ostojen tuoneen aluksi säästöjä, mutta myöhemmin nostaneen palvelujen hintoja.

Palvelujen keskittyminen suurille yksityisille palveluntuottajille tunnustetaan varsin yleisesti. Selvimmin se näkyy terveyspalveluissa. Lähes joka toinen terveyskeskusjohtaja, joka kolmas sosiaalijohtaja ja joka viides lautakuntien puheenjohtajista ilmaisee palvelujen keskittymisen näkyvän alueellaan melko paljon tai paljon. Keskittymiskehitystä ei tunnista alueellaan lainkaan joka neljäs lautakunnan puheenjohtaja, joka kymmenes sosiaalijohtaja ja 15 prosenttia terveyskeskusjohtajista.

Vaikka palvelujen tuottamisen keskittyminen isoille yksityisille palveluntuottajille tunnustetaan varsin monilla alueilla, toimenpiteet sen estämiseksi eivät ole kovin yleisiä. Vain joka kymmenes terveyskeskusjohtaja ja viisi prosenttia sosiaalijohtajista ilmoittaa alueellaan toteutetun toimenpiteitä keskittymisen estämiseksi. Yleisimmin on käytetty palveluseleitä ja lopetettu joidenkin palvelujen ulkoistaminen. Suunnitteilla olevia toimia ovat omien palvelujen lisääminen ja kehittäminen, palvelusetelijärjestelmä sekä hyvä kilpailuttaminen ja tarjouspyyntöjen pilkkominen pienempiin osiin.

Runsas kolmasosa sosiaalijohtajista ja kolmasosa terveyskeskusjohtajista kertoo, että palveluja on palautettu takaisin kunnan tai kuntayhtymän itse tuotettaviksi kahden viime vuoden aikana. Asukasluvultaan suurilla alueilla palvelujen palauttaminen kunnan tai kuntayhtymän tuottamaksi on ollut hieman yleisempää. Selvimmin se näkyy sosiaalipalveluissa.

Sosiaalipalveluista kunnan tai kuntayhtymän itse tuottamaksi on palautettu yleisimmin esimerkiksi vammaisille, mielenterveys- ja päihdekuntoutujille sekä vanhuksille tarkoitettuja asumispalveluja. Terveyspalveluista on ryhdytty tuottamaan itse yleisimmin lääkäri- ja terveysasemapalveluja. Selvästi yleisimpinä perusteina palvelujen palauttamiselle itse tuotettaviksi vastaajat pitivät kustannuksissa

ja laadussa saavutettavia hyötyjä. Itse tuotettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutumista arvioidaan hyvin positiivisesti. Erityisesti palvelujen laatu, asiakkaiden oikeusturva, kuntalaisten palvelutarpeiden tuntemus sekä palvelujen kehittäminen toteutuvat hyvin.

Palvelustrategiat eivät toistaiseksi ole kehittyneet laajasti palvelutoiminnan ohjauksen ja suunnittelun välineiksi. Niiden hyödyntäminen on tärkeää, jotta palvelutoiminnan kehittämistä voidaan ohjata pitkäjänteisesti sekä määritellä, mikä osuus ja millaisia palveluja tuotetaan itse ja miltä osin palveluja hankitaan muilta tuottajilta. Palvelustrategiassa voidaan myös määritellä laadullisia ja muita kriteereitä omille ja muilta tuottajilta ostettaville palveluille. Palvelustrategia edellyttää myös arviota ja ennakointia palvelutarpeista sekä alueella olevista palveluntuottajista. Yksityisten palveluntuottajien kannalta palvelustrategia merkitsee parempaa ennakoitavuutta ja mahdollisuutta kehittää omaa palvelutoimintaa. Parhaimmillaan palvelustrategia mahdollistaa kuntien ja muiden palveluntuottajien strategisia kehittämiskumppanuuksia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen ei tulosten mukaan ole tuottanut kaikkia odotettuja hyötyjä. Kunnissa onkin nähtävissä kustannus- ja laatusyistä siirtymää takaisin omaan palvelutuotantoon. Ennen kaikkea odotetut kustannussäästöt palveluissa eivät ole toteutuneet, sen sijaan huomattava osa vastaajista arvioi kustannusten nousseen neljän viime vuoden aikana.

Harva vastaaja pystyi kertomaan, kuinka suurella euromäärällä palveluja vuositasolla kokonaisuudessaan ostetaan. Vielä harvinaisempia olivat euromääräiset arviot palvelujen hankinnan liitännäiskustannuksista. Jos tulevaisuudessa halutaan aidosti verrata erilaisten palveluratkaisujen kustannuksia ja vaihtokuituksia, se edellyttää kuntatasoisten seuranta-, arviointi- ja laskentavälineiden kehittämistä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen erityisyys tunnistettava paremmin

Sosiaalijohtajat, terveyskeskusjohtajat ja lautakuntien puheenjohtajat arvioivat muilta palveluntuottajilta ostettuja palveluja. Ostettujen palvelujen laatua pitää melko hyvänä tai hyvänä yli neljä viidesosaa (81–86 %) vastaajista ja lähes yhtä suuren osan mukaan asiakkaiden oikeusturva (75–81 %) ja palvelun ostajan sisältöasiantuntemus (74–88 %) ovat vähintään melko hyvällä tasolla. Kokonaisvastuun selkeyden arvioi melko hyväksi tai hyväksi vastaajaryhmästä riippuen 69–81 prosenttia vastaajista – lautakuntien puheenjohtajista ja terveyskeskusjohtajista kuitenkin 11 prosenttia pitää sitä huonona.

Hieman yleisemmin puutteita on kilpailuttamisosaamisessa ja palvelun ostajan menetelmissä palvelujen laadun seuraamiseksi. Kaikista vastaajaryhmistä 13 prosenttia pitää kilpailuttamisosaamista ja 12 prosenttia palvelujen laadun seurannan menetelmiä huonoina. Yli puolet vastaajista arvioi niiden toteutuvan vähintään melko hyvin.

Vaikka ostettujen palvelujen laatuun ollaan yleisellä tasolla melko tyytyväisiä, samaan aikaan myös laatuongelmia ilmenee usein. Yli puolet sosiaalijohtajista ja terveyskeskusjohtajista ilmoittaa kohdanneensa puutteita ostetun palvelun laadussa. Yleisimpiä puutteet ovat suurimmilla, yli 30 000 asukkaan, alueilla: sosiaalijohdosta peräti 74 prosenttia ja terveyskeskusjohdosta 70 prosenttia kertoo ostettujen palvelujen laadun vajeista.

Palvelun laatuongelmiin on puututtu eniten huomautuksin tai reklamaatioin, käymällä neuvotteluja palveluntuottajan kanssa tai tekemällä palvelujen valvonta- ja tarkastuskäyntejä. Osassa tapauksista (vastaajista 14 sosiaalijohtajaa ja seitsemän terveyskeskusjohtajaa) ratkaisuna on ollut palvelun ostamisen lopettaminen tai keskeyttäminen kyseiseltä tuottajalta.

Ostopalvelujen valvonnassa sosiaali- ja terveysalan johto on tyytyväisin toimiltojen soveltuvuuden, havaittujen epäkohtien korjaamisen ja henkilöstömitoituksen valvontaan. Karkeasti noin puolet (46–61 %) arvioi henkilöstön osaamisen, sovitun laatutason toteutumisen, asiakkaan oikeuksien toteutumisen ja yksilöllisten, tarpeen mukaisten palvelujen tarjoamisen valvonnan toteutuvan hyvin.

Muita kriittisemmin arvioidaan palvelujen laadun seurantajärjestelmien käytön ja eri tuottajien vastuiden selkeyden valvontaa, joita pitää vähintään melko hyvänä vain noin kolmasosa vastaajista. Palvelujen laadun seurantajärjestelmien käyttöä valvotaan heikosti noin joka kolmannen terveyskeskusjohtajan ja joka viidennen sosiaalijohtajan mielestä. Asianmukaisen dokumentoinnin ja tietosuojan valvontaa pitää hyvänä yli kaksi kolmasosaa terveyskeskusjohtajista ja noin puolet sosiaalijohtajista. Palveluntuottajan omavalvontasuunnitelmien arvioi toteutuvan melko hyvin tai hyvin lähes kaksi kolmesta sosiaalijohtajasta, kun taas terveyskeskusjohtajista vain vajaa puolet pitää valvonnan tasoa vähintään melko hyvänä ja lähes joka neljäs huonona.

Sosiaalijohto otti kantaa erilaisiin keinoihin huomioida nykyistä paremmin sosiaali- ja terveyspalvelujen erityisluonne kilpailuttamisessa hankintalainsäädäntöä uudistettaessa. Yli neljä viidesosaa sosiaalijohtajista on sitä mieltä, että isoissa palveluhankinnoissa tulisi voida osittaa hankinta, jotta myös pienillä toimijoilla olisi mahdollisuus osallistua kilpailutukseen. Lähes neljä viidesosaa vastaajista tukee ajatusta tarjousten tekemisen riittävän pitkästä määräajasta pienten tuottajien osallistumisen mahdollistamiseksi. Noin kolme neljästä sosiaalijohtajasta on sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa tulisi painottaa laatua, tarjousten täydentäminen ja täsmentäminen hankintayksikön pyynnöstä tulisi mahdollistaa sekä pienten ja keskisuurten yritysten menestymistä julkisissa hankinnoissa tulisi seurata kansallisesti. Lähes yhtä usea arvioi, että sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen kansallista kynnysarvoa tulisi nostaa nykyisestä

direktiivin mahdollistamalle tasolle. Runsas kaksi kolmasosaa kannattaa velvoittavaa lainsäädäntöä siihen, ettei sosiaali- ja terveystalouden hankinnassa hinta saa olla ainoa ratkaiseva tekijä. Yhtä monen vastaajan mielestä hankintamenetelyyn tulisi luoda selkeämmät säännöt ympäristö- ja sosiaalisten näkökohtien huomioimiseksi.

Ostopalvelujen laatuun ollaan yleisesti tyytyväisiä. Koska ostopalvelujen valvonnan menetelmät ovat tulosten mukaan puutteellisia, tämä ei kuitenkaan kertone kokonaistilanteesta luotettavasti. Siihen viittaa myös se, että kysyttäessä tarkemmin yli puolet vastaajista ilmoittaa ostetun palvelun laadun puutteista. Yleisimmin havaittuihin laadun ongelmiin on puututtu huomautuksin ja reklamaatioin, neuvoteltu palveluntuottajan kanssa sekä tehty valvonta- ja tarkastuskäyntejä. Osassa tapauksia palvelun ostaminen on lopetettu tai keskeytetty. Kunnissa tarvitaan ostopalvelujen laadun seurantajärjestelmiä ja vastuiden selkeyttämistä eri palveluntuottajien välillä. Ostopalvelujen laadun varmistamiseksi kuntien on viisasta määritellä sopimuksissa myös seuraamukset, jos sovittu laatu ei toteudu.

Vastaajat ovat varsin yksimielisiä siitä, että velvoittavalla lainsäädännöllä tulisi varmistaa, ettei sosiaali- ja terveystalouden hankinnassa hinta saa olla ainoa ratkaiseva tekijä. Hankintalain uudistamisen yhteydessä kynnysarvojen nosto EU-direktiivin tasolle saa laajan kannatuksen. Samoin pidetään perusteltuna, että palveluhankintoja voidaan osittaa, hankintatarjouksia täsmentää hankintayksikön pyynnöstä sekä antaa riittävän pitkiä tarjousaikoja. Niiden avulla voidaan varmistaa nykyistä paremmin, että myös pienet palveluntuottajat voivat osallistua kilpailutuksiin ja etteivät kilpailutukset suosisi suuria palveluntuottajia.

Osatyökyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistäminen vaatii toimia

Lähes kolme neljästä sosiaalijohtajasta, Kelan toimiston johtajasta ja TE-toimiston johtajasta on sitä mieltä, että pitkittyneesti työttömät ovat vaikeammassa työmarkkina-asemassa kuin osatyökykyiset. Näkemystä perustellaan pitkittyneesti työttömien työelämävalmiuksien puutteilla (työkyvyn rajoitteet, vanhentunut ammattitaito, matala koulutus ja motivaation puute) ja moninaisilla ongelmilla (syrjäytyminen, moniongelmaisuus, päihdeongelmat, elämänhallintataitojen puuttuminen, sairaudet ja mielenterveysongelmat). Runsas neljännes samasta vastaajajoukosta näkee osatyökyisten olevan vaikeammassa työmarkkina-asemassa. Perusteluna on osatyökykyisille sopivien työpaikkojen puute.

Työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville on heikentynyt viiden vuoden aikana. Lähes puolet vastaajista arvioi, että työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen osatyökykyisille ja pitkittyneesti

työttömille on toteutunut tähän mennessä huonosti tai melko huonosti omalla alueella. Vuonna 2008 näin ajatteli kolmannes.

TE-toimistojen johtajien mukaan järjestöt ja kunnat onnistuvat parhaiten osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistämässä. Vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien työllistämässä onnistuvat heikoiten valtio ja osuuskunnat.

Sosiaalijohtajista ja TE-toimistojen johtajista suurempi osa arvioi alueensa sosiaalitoimen resurssit huonoiksi kuin hyviksi osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa. Näkemys on säilynyt ennallaan vuoteen 2008 verrattuna. Myös kuntien resurssit arvioidaan useammin huonoiksi kuin hyviksi työllistymismahdollisuuksien tarjoamiseen vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville, mikäli vastuuta näiden palvelujen järjestämisestä siirretään jatkossa enemmän TE-hallinnolta kunnille. Sosiaalijohtajat näkevät kuntien mahdollisuudet kyseisten palvelujen tarjoamiseen kriittisemmin kuin TE-toimistojen johtajat. Alle 30 000 asukkaan alueilla mahdollisuudet tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille arvioidaan muita kuntia huonommiksi, mikäli vastuuta siirretäisiin enemmän kunnille.

Sosiaalijohtajat, Kelan toimistojen johtajat ja TE-toimistojen johtajat arvioivat, että työvoiman palvelukeskuksilla on parhaat mahdollisuudet tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille. Kuitenkin alle puolet arvioi mahdollisuudet melko hyviksi tai hyviksi. TE-toimistojen mahdollisuudet vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tukemiseen nähtiin melko heikkoina: alle kolmannes arvioi TE-toimistojen mahdollisuudet melko hyviksi tai hyviksi. Viiden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna TE-toimistojen mahdollisuudet vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien tukemiseen ovat romahtaneet. Vielä vuonna 2008 vastaajista yli puolet näki TE-toimistojen mahdollisuudet melko hyviksi tai hyviksi.

Sosiaalijohtajat, Kelan toimistojen johtajat ja TE-toimistojen johtajat arvioivat TE-toimiston palveluista vaikutuksiltaan parhaiksi osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien kannalta työnantajille maksettavan palkkatuen, työkokeilut ja oppisopimuskoulutuksen. TE-toimistojen näkökulmasta palkkatuetussa työllistämässä ongelmallista on, että palkkatukijakson aikana ei juuri tarjota työpaikkoja ja vaikeasti työllistyvät huomioidaan heikosti yritysysteistyössä.

Harvimmin merkitykseltään suureksi arvioitiin työllistymissuunnitelmat, kotoutumissuunnitelmat ja työnhakuvalmennus. Muiden tahojen osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille tarjoamaa palvelua (kuntouttava työtoiminta, työpaja-toiminta, ammatillinen kuntoutus, työtoiminta ja työeläkekuntoutus) arvioitiin positiivisemmin kuin suurinta osaa TE-toimiston tarjoamista palveluista.

Vaikeassa työmarkkina-asemassa oleville suunnatuista palveluista tai toimenpiteistä halutaan kehittää erityisesti oppisopimuskoulutusta, johon kaivataan lisää panostusta ja rahoituksen turvaamista. Myös kuntouttavaa työtoimintaa halutaan kehittää kiireellisesti. TE-toimistojen johtajat näkevät lisäksi ammatillisen koulutuksen merkittävänä osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien työllistämisedellytysten parantamisessa.

Terveyskeskusten tekemät työttömien terveystarkastukset ovat viime vuosina yleistyneet. Vuonna 2013 niitä ilmoittaa tekevänsä kaikille työttömille kolmannes ja osalle työttömistä kaksi kolmasosaa terveyskeskuksista. Vuonna 2007 työttömien terveystarkastuksia teki 31 prosenttia ja vuonna 2008 48 prosenttia terveyskeskuksista. Vuonna 2008 terveyskeskuksista kymmenesosa ilmoitti, että terveystarkastuksia tehdään kaikille työttömille.

Sosiaalijohtajat ja TE-toimistojen johtajat ovat pääosin tyytyväisiä alueensa sosiaalitoimen ja TE-hallinnon yhteistyökäytäntöihin sekä sosiaalitoimen ja TE-toimistojen yhteistyöhön osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa. TE-toimistojen johtajat ovat sosiaalijohtajia tyytyväisempiä yhteistyöhön. Sosiaalijohtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan sosiaalitoimen ja TE-toimistojen työntekijät tuntevat toistensa toimintastrategioita, työmenetelmiä ja muita yhteisiasiakkaisiin liittyviä asioita melko hyvin.

Myös perusterveydenhuollon ja Kelan välinen yhteistyö osatyökykyisten ja pitkittyneesti työttömien tukemisessa toteutuu pääosin hyvin. Terveyskeskusjohtajat arvioivat yhteistyötä selvästi positiivisemmin kuin Kelan toimistojen johtajat.

Lähes puolet vastaajista arvioi, että työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille on toteutunut huonosti tai melko huonosti omalla alueella. Vuonna 2008 näin ajatteli kolmannes, joten vastaajien näkemyksen mukaan työllistymismahdollisuuksien tarjoaminen on heikentynyt viiden vuoden aikana. Sosiaalitoimen odotetaan ottavan aikaisempaa enemmän vastuuta vaikeasti työllistyvien palvelusta, mutta sosiaalijohto arvioi mahdollisuudet siihen huonoiksi. Hieman myönteisemmin mahdollisuudet vaikeasti työllistyvien työllistämässä arvioidaan suuremmissa kunnissa tai alueilla. Positiivista on, että sosiaalitoimistojen ja TE-toimistojen yhteistyö nähdään toimivaksi.

Osatyökykyiset ovat merkittävä potentiaali, jota ei ole osattu käyttää. Vuonna 2011 TE-toimistoissa oli 93 000 osatyökykyistä työnhakijaa. Merkittävä osa heistä olisi työllistettävissä. Se edellyttää työelämän kehittämistä, työnantajien asenteiden muutosta osatyökykyisille myönteisemmäksi sekä nykyistä parempaa sosiaaliturvan ja työtulojen yhteensovittamista. Eläkkeen lepäämään jättämistä koskeva lainsäädäntö on voimassa vuoden 2013 loppuun. Sitä on perusteltu jatkaa. Se madaltaa kynnystä kokeilla työssäoloa. Osatyökyvyttömyyseläkkeen mahdollistaminen kansaneläkelaisissa helpottaisi myös osatyökykyisten työllistymistä. Järjestöt ovat ehdottaneet jo aiemmin Kelan myöntämän lakisääteisen lääkinnällisen kuntoutuksen ikärajan nostamista 68 vuoteen. Se on perusteltu ratkaisu. Vammaisten kannalta merkittävää olisi myös se, että lääkinnälliseen kuntoutukseen pääsyn vammaisetuskytkentä poistettaisiin.

Järjestöt saavat vastaajilta muita tahoja myönteisemmät arviot osatyökykyisten ja vaikeasti työllistettävien työllistäjinä. Niiden työllistämismahdollisuuksia kannattaa siis edelleen kehittää, koska järjestöt työllistävät usein henkilöitä, joille se on työllistymispolun ensimmäinen vaihe. Lisäksi järjestöillä on Järjestöbarometrin mukaan mahdollisuus tarjota monenlaista tukea työllistämilleen henkilöille.

Työttömien terveystarkastukset ovat olleet kuntien lakisääteinen velvoite vuodesta 2011. Tällä hetkellä ne toimivat aikaisempaa selvästi paremmin. Terveystarkastuksia ilmoittaa tekevänsä kaikille työttömille kolmannes ja osalle työttömistä kaksi kolmasosaa terveyskeskuksista. Muutos on tärkeä, koska työttömyys on merkittävä terveysriski. Työttömien terveystarkastusten yleistyminen voi vaikuttaa myös siihen, että mahdollinen osatyökykyisyys ja kuntoutustarpeet tulevat huomatuiksi aikaisempaa paremmin.

- Asiakastieto Oy, Maksuhäiriötilastot (2012). Saatavissa: http://www.asiakastieto.fi/asiakastieto/tilastot/maksuhairiot/maksuhairiot_2012_nettiin.pdf
- Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus (2013). TE-palvelut uudistuvat. Saatavissa: http://www.elykeskus.fi/fi/ELYkeskukset/pohjoispohjanmaaney/Tyovoimajatyollisyys/Sivut/TE-toimistoverkko_uudistuu.aspx [luettu 13.3.2013]
- Etelä-Savon ELY-keskus (2013). Etelä-Savon ELY-keskuksen tilinpäätös vuodelta 2012. Dnro ESAELY/264/02.00.04/2013.
- Gould, Raija & Kaliva, Kasimir (2010). Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurva-keskuksen raportteja 2010:5, Helsinki.
- Haake, Niina & Nikula, Tuuli (2011). Osallisuus, luottamus ja elinympäristö. Terveiden edistämisen kansalaiskysely 2011. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 1/2011.
- Harkko, Jaakko & Ala-Kauhaluoma, Mika & Lehikoinen, Tuula (2012). Vaikeasti työllistyvät helsinkiläiset. Rekisteritutkimus kunnan osarahoittamaa työmarkkinatukea saaneista helsinkiläisistä työttömistä. Tutkimuksia 4/2012. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.
- Helsingin Sanomat 10.3.2013. Puheluongelma piinaa TE-toimistoja.
- Hämäläinen, Kari & Tuomala, Juha & Ylikännö, Minna (2009). Työmarkkinatuen aktivoinnin vaikutukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 7/2009.
- Järjestöbarometri 2008 (2008). Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Peltosalmi, Juha & Vuorinen, Marja & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Järjestöbarometri 2009 (2009). Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Peltosalmi, Juha & Vuorinen, Marja & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Kansalaisbarometri 2011 (2011). Hyvinvointi, palvelut ja osallisuus kansalaismielipiteissä. Siltaniemi, Aki & Hakkarainen, Tyyne & Londén, Pia & Luhtanen, Marjukka & Perälähti, Anne & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Kansaneläkelaitoksen valtuutettujen toimintakertomus 2009. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/040610102031AK/\\$File/Kela_TK09_fi.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/040610102031AK/$File/Kela_TK09_fi.pdf?OpenElement)
- Kela, 2001 vuosikertomus. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/toke_01/\\$File/toke2001.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/toke_01/$File/toke2001.pdf?OpenElement)
- Kela, 2002 vuosikertomus. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/290403124251EH/\\$File/toke_02.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/290403124251EH/$File/toke_02.pdf?OpenElement)
- Kela, 2003 vuosikertomus. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/toke_03/\\$File/toke_03.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/toke_03/$File/toke_03.pdf?OpenElement)
- Kela, 2004 vuosikertomus. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/toke_04/\\$File/toke_04.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/toke_04/$File/toke_04.pdf?OpenElement)

- Kela, vuosikertomus '05. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/vuosi_2005/\\$File/VK2005_suomi.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/vuosi_2005/$File/VK2005_suomi.pdf?OpenElement)
- Kela, vuosikertomus 2006. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/vko6/\\$File/Kela_VSK2006_FI_verkkoon.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/vko6/$File/Kela_VSK2006_FI_verkkoon.pdf?OpenElement)
- Kela, vuosikertomus 2007. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/280408084213PV/\\$File/Kela_Vuosikertomus2007_net.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/280408084213PV/$File/Kela_Vuosikertomus2007_net.pdf?OpenElement)
- Kela, vuosikertomus 2008. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/vuosikerto8/\\$File/KELA_FIN_vsko8_72dpi%5B1%5D.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/vuosikerto8/$File/KELA_FIN_vsko8_72dpi%5B1%5D.pdf?OpenElement)
- Kela, vuosikertomus 2009. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/5A914B6D822BB439C22577120040360A/\\$file/Kela_vsko9_FI](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/5A914B6D822BB439C22577120040360A/$file/Kela_vsko9_FI)
- Kela, vuosikertomus 2010. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/030511154549AK/\\$File/Kela_vsk10_FI_LR.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/030511154549AK/$File/Kela_vsk10_FI_LR.pdf?openElement)
- Kela, vuosikertomus 2011. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/120412154043AK/\\$File/Kela_toimintakertomus2011_FI.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/120412154043AK/$File/Kela_toimintakertomus2011_FI.pdf?OpenElement)
- Kelasto (2013). Työmarkkinatukiseuranta.
- Koivisto, Taru (2006). Terveys kaikissa politiikoissa. Saatavissa: http://kolmassektori.net/jarjestojohto07_koivisto.pdf
- KOM (2011) 895 lopullinen (alkuperäinen direktiiviehdotus, ns. erityisalojen hankintadirektiivi)
- KOM (2011) 897 lopullinen 12489/12 (12.7.2012). Neuvoston puheenjohtajamaan kompromissiehdotus koskien direktiiviehdotusta.
- Kuivalainen, Susan (2007). Toimeentulotuen alikäytön laajuus ja merkitys. Yhteiskunta-politiikka 72 (1), 49–56.
- Kuntalehti 17/2003. “Valtionosuuskertoimet kuntien täsmälääkettä”. sivut 18–23.
Saatavilla sähköisenä julkaisuna: <http://www.kuntalehti.fi/Pdfarkisto/KL-0317.pdf>
- Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002/1295
- Lehto, Markku (2011). Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:5, Helsinki.
- Moisio, Antti (2002). Essays on Finnish Minicipal Finance and Intergovernmental Grants. Research Reports 93. Government Institute for Economic Research Finland (VATT).
- Niemelä, Mikko (2013) Mielipiteet toimeentuloturvaetuuksien kohdentumisongelmista ja niiden ratkaisukeinoista. Teoksessa Ilpo Airio (toim.) Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset. Helsinki: Kela, 112–139.
- OKM (2010). Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia -ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014. Opetusministeriön julkaisuja 2010:1. Viitattu 28.3.2013.
- Perho, Maija (2012). Taide ja kulttuuri osana hoivaa. Saatavissa: <http://www.hanaholmen.fi/attachments/article/790/Perho%20Hanaholmen%20220312.pdf>
- Perttilä, Kerttu (2011). Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=4427665&name=DLFE-16314.pdf. Viitattu 15.2.2013.
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011
- Selvityshenkilöiden toimeksianto 23.11.2012. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=4987634&name=DLFE-24402.pdf
- Sosiaalibarometri 1997 (1997). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Eskelinen, Marjut & Kinnunen, Petri & Rönnberg, Leif & Särkelä, Riitta & Urponen, Kyösti. Sosiaaliturvan keskusliitto ry, Helsinki.

- Sosiaalibarometri 1998 (1998). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Eskelinen, Marjut & Kinnunen, Petri & Rönnberg, Leif & Tiermas, Paula & Urponen, Kyösti. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 1999 (1999). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Kinnunen, Petri & Virikko, Paula & Wikman, Minna. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2000 (2000). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Kinnunen, Petri & Tiermas, Paula & Wikman, Minna. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2001 (2001). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Rönnberg, Leif. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2002 (2002). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Kinnunen, Petri & Selkälä, Arto & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2003 (2003). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Kinnunen, Petri & Londén, Pia & Selkälä, Arto & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta & Urponen, Kyösti. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2004 (2004). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Londén, Pia & Perälähti, Anne & Selkälä, Arto & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2005 (2005). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2006 (2006). Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2007 (2007). Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Eronen Anne, Londén Pia, Perälähti Anne, Siltaniemi Aki ja Särkelä Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2008 (2008). Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2009 (2009). Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2010 (2010). Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaalibarometri 20 vuotta. Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2011 (2011). Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Perälähti, Anne & Londén, Pia & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta & Peltosalmi, Juha & Eronen, Anne. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.

- Sosiaalibarometri 2012 (2012). Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Hakkarainen, Tyyne & Londén, Pia & Luhtanen, Marjukka & Peltosalmi, Juha & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012a). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä a valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän raportti. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012b). Palvelurakennetyöryhmän väliraportti, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:17, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012c). Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:30, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013a). Selvityshenkilötyöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7, Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26005.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013b). Hallituksen kehysriihen sote-linjaukset. Verkko-uutinen 21.3.2013. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1853012fi>
- Suomen Akatemia (2011). Suomalaisrekisterit osoittavat, kuinka köyhyys ja huono-osaisuus periytyvät. Tiedote 12.1.2011. Saatavissa: <http://www.aka.fi/fi/A/Suomen-Akatemia/Mediapalvelut/Tiedotteet1/Suomalaisrekisterit-osoittavat-kuinka-koyhyys-huono-osaisuus-periytyvat/>
- Suomen Perustuslaki 11.6 1999/731. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Rakenteet tukevat terveyserojen kaventamista. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/rakenteet. Viitattu 15.2.2013
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2010). Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa. Tukiaineistoa kuntajohdolle. (pdf, Kide 13, THL 2010) . Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs//b719dda6-d5dc-4133-86ef-ebfbd4d1ae05>. Viitattu 15.2.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012). Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2011. Tilastoraportti 24/2012, 15.11.2012. Suomen virallinen tilasto, Palkat ja työvoimakustannukset 2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013). Toimeentulotuki 2011. Tilastoraportti 3/2013, 28.1.2013. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2013.
- Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 (2012). Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.). Raportti 2012: 068. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tilastokeskus, Työvoimatutkimus. Joulukuu 2012. Suomen virallinen tilasto 2012. ISSN=1798-7830. Helsinki. [viitattu: 18.2.2013]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/tyti/2012/12/tyti_2012_12_2013-01-22_tie_001_fi.html
- Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito [verkkajulkaisu]. 2012. Suomen virallinen tilasto (SVT). ISSN=1795-8881. Helsinki. [viitattu: 11.3.2013]. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vtp/2012/vtp_2012_2013-03-01_tie_001_fi.html
- Tilastokeskus, Rahoitustilinpito [verkkajulkaisu]. 3. Vuosineljännes 2012, Suomen virallinen tilasto (SVT). ISSN=1795-4886. Liitetaulukko 2. Kotitalouksien käytettävissä

- oleva tulo, lainavelka ja velkaantumisaste. Helsinki: [viitattu: 11.3.2013]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/rtp/2012/03/rtp_2012_03_2013-01-18_tau_002_fi.html
- Tilastokeskus, Velkajärjestelyt [verkkojulkaisu]. 4. Vuosineljännes 2012 Suomen virallinen tilasto (SVT). ISSN=1798-5803. Helsinki: [viitattu: 11.3.2013]. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/velj/2012/04/velj_2012_04_2013-02-08_tie_001_fi.html
- Tilastokeskus, Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. Suomen virallinen tilasto (SVT). ISSN=1795-8121. Helsinki: [viitattu: 21.3.2013]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/til/tjt/>
- Tilastokeskus, Ulosottoasiat [verkkojulkaisu]. Suomen virallinen tilasto (SVT). ISSN=1798-1514. Helsinki: [viitattu: 19.3.2013]. Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/til/uloa/index.html>
- Tilastokeskuksen verkkosivut (2013). Suuralue. Luokituksen kuvaus. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/suuralue/001-2012/kuvaus.html> [luettu 21.3.2013].
- Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2011. Suomen virallinen tilasto/Eläketurvakeskus/Kansaneläkelaitos. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_o_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/tilastovuosikirjat/tilasto_suomen_elakkeensaajista_2011_7.pdf
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011). Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 4/2011, Helsinki.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2013a). Työllisyyskatsaus, helmikuu 2013. Julkaisupäivä 26.3.2013. ISSN 1797-3694 (pdf.). Saatavissa: <http://www.tem.fi/files/36285/HELMI13.pdf>
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2013b). Työnvälitystilaston koko maan tilastotietoja keskimäärin 1991–2012. Saatavissa: <http://www.tem.fi/files/31889/tilkm2012.pdf>
- Työ- ja elinkeinoministeriön verkkosivut (2013). Uudet TE-palvelut. Saatavissa: <http://www.tem.fi/index.phtml?s=4552> [luettu 13.3.2013]
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) (2010). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Valtakunnanvoudinvirasto. Ulosottovelalliset. Saatavissa: www.findikaattori.fi Viitattu 12.3.2013.
- Valtioneuvoston kanslia (2013). Hallitus on sopinut valtiontalouden kehyksistä: Vahva panostus kasvuun, työllisyyteen, oikeudenmukaisuuteen ja vakauteen. Tiedote 135/2013. Saatavissa: <http://vnk.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=380061>
- Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittämisestä 2002. Saatavissa: http://www.intermin.fi/download/31572_osallisuusselonteko_2002.pdf. Viitattu 1.3.2013.
- Valtionosuusuudistus- uudistuksen alustavat peruslinjaukset 12.2.2013. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/o3_tiedotteet_ja_puheet/o1_tiedotteet/20130212Selvit/234553Valtionosuusuudistus_uudistu1757218329.pdf
- Valtiovarainministeriö (2013). Taloudellinen katsaus. Kevät 2013. Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 8a/2013.
- Vedenkannas, Elina & Koskela, Tuomas & Tuusa, Matti & Jalava, Janne & Harju, Jenna & Särkelä, Mona & Notkola, Veijo (2011). Vajaakuntoinen TE-toimiston asiakkaana. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 31/2011.
- Vuorela, Mika (2008). Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Ylipaavalniemi, Pasi (2011). Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistämisen kokonais-kartoitus. Sosiaali ja terveysministeriö ja VATES-säätiö.

Luvun 3 liitteet

LIITE 3.1. Arviot väestön hyvinvoinnista 2005–2014²⁸ (%).

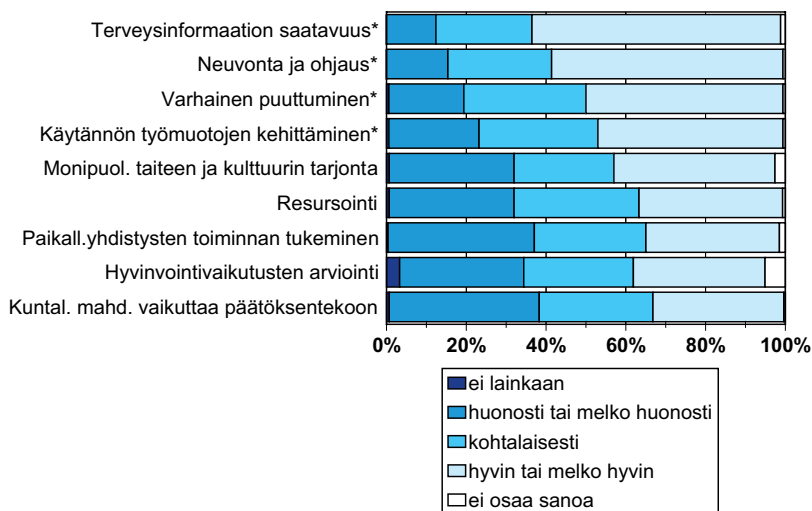
	Sosiaalijohto %	Terveyskeskukset %	Kelantoimistot %	TE-toimistot %	YHT. %
Arvio 2013/2014					
hyvä/melko hyvä	82	80	80	87	82
kohtalainen	15	14	16	13	15
huono/melko huono	3	6	4	0	4
2013					
hyvä/melko hyvä	85	80	84	97	85
kohtalainen	12	13	13	3	12
huono/melko huono	3	8	3	0	4
2012					
hyvä/melko hyvä	80	77	78	84	80
kohtalainen	17	18	17	13	17
huono/melko huono	3	5	5	2	4
2011					
hyvä/melko hyvä	68	71	74	71	70
kohtalainen	24	24	21	19	23
huono/melko huono	8	6	6	10	7
2010					
hyvä/melko hyvä	77	71	68	75	73
kohtalainen	17	21	23	19	20
huono/melko huono	6	8	9	6	7
2009					
hyvä/melko hyvä	81	74	70	74	76
kohtalainen	15	20	25	17	19
huono/melko huono	3	6	5	9	5
2008					
hyvä/melko hyvä	84	60	61	71	73
kohtalainen	13	32	29	22	22
huono/melko huono	3	8	10	7	6
2007					
hyvä/melko hyvä	75	65	69	72	71
kohtalainen	21	31	25	23	25
huono/melko huono	4	4	5	5	5
2006					
hyvä/melko hyvä	64	69	77	74	70
kohtalainen	24	24	19	21	22
huono/melko huono	12	7	4	5	8
2005					
hyvä/melko hyvä	66	78	77	81	73
kohtalainen	25	15	20	15	20
huono/melko huono	9	7	3	5	7

²⁸ Hyvinvoinnin kokonaistilannetta on tiedusteltu asteikolla 1–10.

LIITE 3.2. Arviot väestön hyvinvoinnista 1997–2004²⁹ (%).

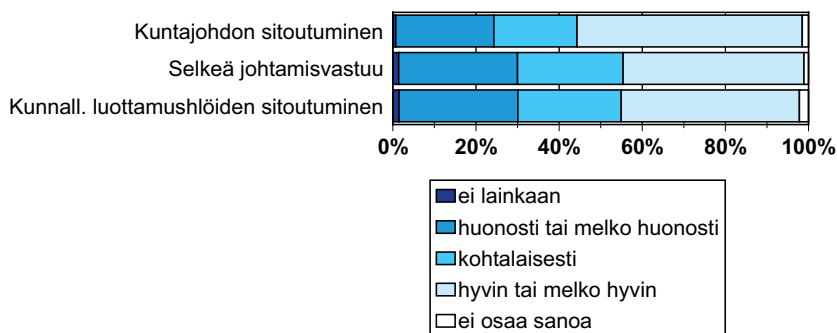
	Sosiaali- johto %	Terveys- keskukset %	Kelan toimistot %	TE-toimistot %	YHT. %
2004					
hyvä/melko hyvä	67	71	54	60	64
kohtalainen	27	27	45	37	32
huono/melko huono	7	2	1	3	4
2003					
hyvä/melko hyvä	63	64	55	54	61
kohtalainen	32	34	39	43	35
huono/melko huono	5	3	6	3	4
2002					
hyvä/melko hyvä	57	61	41	40	52
kohtalainen	40	35	56	48	43
huono/melko huono	4	4	3	12	5
2001					
hyvä/melko hyvä	50	59	39	38	48
kohtalainen	44	34	55	57	56
huono/melko huono	6	7	6	5	6
2000					
hyvä/melko hyvä	51	54	44	39	49
kohtalainen	45	38	49	58	46
huono/melko huono	4	9	7	3	6
1999					
hyvä/melko hyvä	42	55	38	37	43
kohtalainen	52	36	52	54	49
huono/melko huono	7	9	9	9	8
1998					
hyvä/melko hyvä	35	46	36	32	37
kohtalainen	55	43	54	59	53
huono/melko huono	10	11	10	10	10
1997					
hyvä/melko hyvä	20	–	19	17	19
kohtalainen	57	–	65	58	59
huono/melko huono	24	–	16	25	22

²⁹ Hyvinvoinnin kokonaistilannetta on tiedusteltu asteikolla 1–5. Terveyskeskukset tulivat vastaajaryhmäksi vuoden 1998 Sosiaalibarometriin.

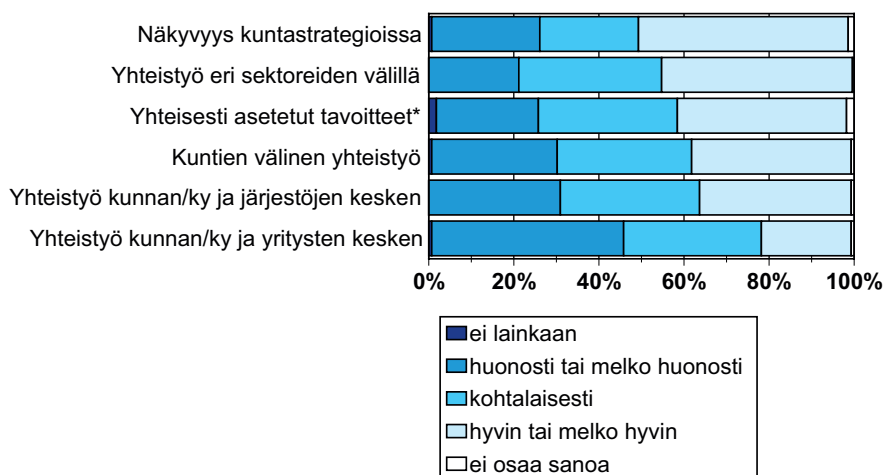


LIITE 3.3. Sosiaalihoitajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakunnan puheenjohtajien yhteisnäkemykset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutumisesta kunnissa voimavarojen näkökulmasta.

* Kysymys kysyttiin vain sosiaalihoitajilta ja terveyskeskusjohtajilta



LIITE 3.4. Sosiaalihoitajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakunnan puheenjohtajien yhteisnäkemykset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutumisesta kunnissa johtamisjärjestelmän ja johtamisen näkökulmasta.



LIITE 3.5. Sosiaalihoitajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien yhteisnäkemykset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden toteutumisesta kunnissa toimintarakenteiden näkökulmasta.

LIITE 3.6. Kunnan eri tahojen roolin merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien ja lautakuntien puheenjohtajien arvioimana.

	Pieni %	Melko pieni %	Kohta- lainen %	Melko suuri %	Suuri %
Terveystoimi					
sosiaalijohto	0	1	6	62	31
lautakuntien pj:t	0	3	6	64	28
terveyskeskusjohtajat	0	0	11	49	40
Koulu-/sivistystoimi					
sosiaalijohto	0	4	11	58	27
lautakuntien pj:t	0	7	12	64	18
terveyskeskusjohtajat	0	6	9	48	37
Sosiaalitoimi					
sosiaalijohto	0	2	9	63	26
lautakuntien pj:t	0	2	9	63	27
terveyskeskusjohtajat	0	9	14	48	29
Kunnalliset luottamushenkilöt					
sosiaalijohto	1	14	13	49	23
lautakuntien pj:t	0	10	12	57	22
terveyskeskusjohtajat	2	11	20	39	29
Kuntajohto					
sosiaalijohto	3	7	10	57	22
lautakuntien pj:t	0	11	13	53	23
terveyskeskusjohtajat	0	14	9	48	29
Nuorisotoimi					
sosiaalijohto	0	4	14	62	20
lautakuntien pj:t	0	16	15	58	11
terveyskeskusjohtajat	2	5	11	54	29
Urheilu- ja liikuntaseurat					
sosiaalijohto	0	5	16	59	20
lautakuntien pj:t	0	11	14	70	6
terveyskeskusjohtajat	2	6	11	55	27
Kulttuuritoimi (ja vapaa-aika)					
sosiaalijohto	0	8	14	58	19
lautakuntien pj:t	1	14	18	62	6
terveyskeskusjohtajat	2	6	17	61	14
Tekninen toimi					
sosiaalijohto	1	16	26	44	13
lautakuntien pj:t	0	16	31	44	9
terveyskeskusjohtajat	0	19	17	55	9
Ympäristötoimi					
sosiaalijohto	0	13	28	46	13
lautakuntien pj:t	0	21	34	40	5
terveyskeskusjohtajat	2	17	17	53	13
Muu kansalaisjärjestötoiminta					
sosiaalijohto	0	12	22	53	13
lautakuntien pj:t	1	17	21	54	7
terveyskeskusjohtajat	2	11	22	52	14

	Pieni %	Melko pieni %	Kohta- lainen %	Melko suuri %	Suuri %
Sosiaali- ja terveysyhdistykset					
sosiaalijohto	1	12	23	51	13
lautakuntien pj:t	0	19	20	55	5
terveyskeskusjohtajat	2	15	15	53	16
Asuntotoimi					
sosiaalijohto	1	13	31	43	13
lautakuntien pj:t	0	21	17	56	6
terveyskeskusjohtajat	2	25	17	48	9
Seurakunnat					
sosiaalijohto	1	9	21	57	12
lautakuntien pj:t	0	14	27	52	7
terveyskeskusjohtajat	2	22	19	52	6
Sosiaali- ja terveysalan yritykset					
sosiaalijohto	2	22	31	35	10
lautakuntien pj:t	3	16	21	57	4
terveyskeskusjohtajat	3	17	23	44	13
Raha-automaattiyhdistys					
sosiaalijohto	11	26	24	34	6
lautakuntien pj:t	7	32	18	39	4
terveyskeskusjohtajat	6	24	32	29	10
TE-toimisto					
sosiaalijohto	4	20	35	36	6
lautakuntien pj:t	5	37	23	31	5
terveyskeskusjohtajat	5	27	19	44	5
Muut yritykset					
sosiaalijohto	3	33	35	25	5
lautakuntien pj:t	3	38	25	34	0
terveyskeskusjohtajat	5	33	29	30	3
Poliisi					
sosiaalijohto	3	20	28	44	5
lautakuntien pj:t	6	30	26	35	4
terveyskeskusjohtajat	5	28	20	45	2
Kelan toimisto					
sosiaalijohto	8	23	32	34	4
lautakuntien pj:t	4	33	23	35	5
terveyskeskusjohtajat	7	27	23	37	7

Luvun 4 liitteet

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

	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %	n
Sosiaalihoitajat				
Alle 10 000 asukasta	8	29	63	51
10 000 – 29 999	–	46	54	28
30 000 tai enemmän	3	41	55	29
YHTEENSÄ	5	37	58	108
Lautakuntien puheenjohtajat				
Alle 10 000 asukasta	2	29	69	59
10 000 – 29 999	–	41	59	29
30 000 tai enemmän	–	61	39	18
YHTEENSÄ	1	38	61	106

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

	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %	n
Sosiaalihoitajat				
Alle 10 000 asukasta	12	44	44	52
10 000 – 29 999	11	44	44	27
30 000 tai enemmän	14	54	32	28
YHTEENSÄ	12	47	41	107
Lautakuntien puheenjohtajat				
Alle 10 000 asukasta	7	32	61	59
10 000 – 29 999	–	31	69	29
30 000 tai enemmän	6	71	23	17
YHTEENSÄ	5	38	57	105

LIITE 4.3. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä, kuinka terveyspalvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla tällä hetkellä.

	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %	n
Terveyspalvelut yleensä				
Alle 10 000 asukasta	–	19	81	16
10 000 – 29 999	4	8	88	26
30 000 tai enemmän	–	30	70	23
YHTEENSÄ	2	18	80	65
Perusterveydenhuollon palvelut				
Alle 10 000 asukasta	6	13	81	16
10 000 – 29 999	12	15	73	26
30 000 tai enemmän	4	48	48	23
YHTEENSÄ	8	26	66	65
Erikoissairaanhoidon palvelut				
Alle 10 000 asukasta	–	19	81	16
10 000 – 29 999	–	12	88	26
30 000 tai enemmän	–	13	87	23
YHTEENSÄ	–	14	86	65

LIITE 4.4. Terveyskeskusjohtajien arvio siitä, kuinka terveyspalvelut voidaan turvata nykyisillä voimavaroilla 12 kk kuluttua.

	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %	n
Terveyspalvelut yleensä				
Alle 10 000 asukasta	–	19	81	16
10 000 – 29 999	8	11	81	26
30 000 tai enemmän	9	22	70	23
YHTEENSÄ	6	17	77	65
Perusterveydenhuollon palvelut				
Alle 10 000 asukasta	13	13	75	16
10 000 – 29 999	8	19	73	26
30 000 tai enemmän	17	22	61	23
YHTEENSÄ	12	19	69	65
Erikoissairaanhoidon palvelut				
Alle 10 000 asukasta	–	31	69	16
10 000 – 29 999	–	21	79	24
30 000 tai enemmän	–	22	78	23
YHTEENSÄ	–	24	76	63

LIITE 4.5. Kelan toimistojen johtajien arvio siitä, kuinka mahdollisuudet turvata kansalaisten tarvitsema Kelan palvelu nykyisillä voimavaroilla kehittyvät 12 kk kuluessa.

	Heikentyvät %	Pysyvät ennallaan %	Kohentuvat %	n
Alle 10 000 asukasta	25	75	–	16
10 000 – 29 999	7	93	–	28
30 000 tai enemmän	10	90	–	31
YHTEENSÄ	12	88	–	75

LIITE 4.6. Asiakaskeskeisyyden toteutuminen sosiaalijohtajien, terveyskeskusjohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arvion mukaan 2011 ja 2013 vastaajaryhmittäin (%).

	Ei lainkaan %	Huonosti tai melko huonosti %	Kohtalaisesti %	Melko hyvin tai hyvin %
Asiakkaan tilanteen ja tarpeiden kartoittaminen				
Sosiaalijohto				
2011	0	15	31	54
2013	0	1	16	84
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	6	7	87
2013	0	5	11	84
TE-toimiston johtaja				
2011	0	14	24	62
2013	0	16	41	44
Terveyskeskusjohto				
2011	0	15	36	49
2013	0	8	25	68
Lautakunnan pj				
2011	0	14	32	54
YHTEENSÄ				
2011	0	13	28	59
2013	0	5	19	76
Asiakkaan osallistuminen palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen				
Sosiaalijohto				
2011	0	19	37	44
2013	0	5	19	77
Kelan toimiston johtaja				
2011	10	23	45	23
2013	3	48	24	24
TE-toimiston johtaja				
2011	0	24	26	50
2013	0	16	34	50
Terveyskeskusjohto				
2011	0	33	38	29
2013	0	24	38	38
Lautakunnan pj				
2011	1	16	39	44
YHTEENSÄ				
2011	1	21	37	40
2013	1	20	27	52
Asiakkaan valinnanvapaus				
Sosiaalijohto				
2011	0	52	34	14
2013	0	33	42	26
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	19	19	62
2013	0	12	25	63
TE-toimiston johtaja				
2011	0	33	29	38
Terveyskeskusjohto				
2011	0	49	27	24
2013	0	19	31	51

	Ei lainkaan %	Huonosti tai melko huonosti %	Kohtalaisesti %	Melko hyvin tai hyvin %
Lautakunnan pj				
2011	2	43	25	29
YHTEENSÄ				
2011	1	43	28	29
2013	0	23	34	43
Asiakkaan kannalta toimivan palveluprosessin rakentaminen				
Sosiaalijohto				
2011	0	30	36	35
2013	0	9	44	47
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	6	22	72
2013	0	13	31	57
TE-toimiston johtaja				
2011	0	20	40	40
2013	0	23	39	39
Terveyskeskusjohto				
2011	0	26	38	36
2013	0	11	46	43
Lautakunnan pj				
2011	0	25	35	40
YHTEENSÄ				
2011	0	23	34	43
2013	0	12	40	48
Systemaattisen asiakaspalautteen kerääminen				
Sosiaalijohto				
2011	3	53	19	24
2013	5	42	27	27
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	15	9	75
2013	3	16	23	59
TE-toimiston johtaja				
2011	2	57	19	21
2013	3	66	22	9
Terveyskeskusjohto				
2011	3	49	22	26
2013	2	31	23	45
Lautakunnan pj				
2011	5	51	29	16
YHTEENSÄ				
2011	3	47	21	29
2013	3	35	24	37
Asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen				
Sosiaalijohto				
2011	4	67	22	7
2013	1	57	21	21
Kelan toimiston johtaja				
2011	3	44	39	14
2013	11	50	19	20
TE-toimiston johtaja				
2011	12	69	14	5
2013	16	75	6	3

	Ei lainkaan %	Huonosti tai melko huonosti %	Kohtalaisesti %	Melko hyvin tai hyvin %
Terveyskeskusjohto				
2011	3	72	20	6
2013	3	52	30	16
Lautakunnan pj				
2011	4	58	27	12
YHTEENSÄ				
2011	4	62	25	9
2013	6	56	21	17
Tiedottaminen olemassaolevista palveluista				
Sosiaalijohto				
2011	0	25	38	37
2013	0	19	30	51
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	6	29	65
2013	0	18	18	64
TE-toimiston johtaja				
2011	2	31	26	41
2013	0	31	41	28
Terveyskeskusjohto				
2011	0	21	25	54
2013	0	12	32	55
Lautakunnan pj				
2011	3	29	34	34
YHTEENSÄ				
2011	1	23	32	43
2013	0	19	29	53
Ohjaus ja neuvonta palveluihin				
Sosiaalijohto				
2011	0	20	31	49
2013	0	5	38	57
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	5	23	73
2013	0	5	19	76
TE-toimiston johtaja				
2011	0	10	29	62
2013	0	9	50	41
Terveyskeskusjohto				
2011	0	13	39	49
2013	0	3	25	72
Lautakunnan pj				
2011	2	25	36	36
YHTEENSÄ				
2011	1	17	32	50
2013	0	5	31	64
Yhdenvertaisuus palvelujen ja etuuskien saamisessa				
Sosiaalijohto				
2011	0	6	22	72
2013	0	2	10	88
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	9	18	73
2013	0	15	13	72

	Ei lainkaan %	Huonosti tai melko huonosti %	Kohtalaisesti %	Melko hyvin tai hyvin %
TE-toimiston johtaja				
2011	0	7	19	74
2013	0	9	38	53
Terveyskeskusjohto				
2011	0	13	21	67
2013	0	3	14	83
Lautakunnan pj				
2011	1	19	23	57
YHTEENSÄ				
2011	0	12	21	67
2013	0	7	15	79
Vaikeimmassa tilanteessa olevien positiivinen erityiskohtelu				
Sosiaalijohto				
2011	1	21	38	41
2013	1	14	32	53
Kelan toimiston johtaja				
2011	0	18	32	50
2013	0	9	25	65
TE-toimiston johtaja				
2011	0	27	34	39
2013	0	36	32	32
Terveyskeskusjohto				
2011	0	38	38	24
2013	0	8	39	53
Lautakunnan pj				
2011	0	29	32	39
YHTEENSÄ				
2011	0	26	35	39
2013	0	14	32	54

Luvun 5 liitteet

LIITE 5.1. Arvio eri kriteerien toteutumisesta ostetuissa palveluissa 2009 ja 2013 (%).

	Huonosti/ melko huonosti %	Kohta- laisesti %	Melko hyvin/hyvin %	n
Palvelujen laatu				
Sosiaalijohto				
2013	1	13	86	108
2009	2	20	79	188
Lautakunnat				
2013	3	15	82	105
2009	9	18	73	146
YHTEENSÄ				
2013	2	14	84	213
2009	5	19	76	334
Kokonaisvastuun selkeys				
Sosiaalijohto				
2013	4	16	81	109
2009	9	24	67	187
Lautakunnat				
2013	11	17	71	105
2009	16	28	56	146
YHTEENSÄ				
2013	8	16	76	214
2009	12	26	62	333
Asiakkaiden oikeusturva				
Sosiaalijohto				
2013	3	11	86	109
2009	6	23	71	187
Lautakunnat				
2013	4	21	75	105
2009	10	29	61	145
YHTEENSÄ				
2013	3	16	81	214
2009	8	26	67	332
Kilpailuttamis-osaaminen				
Sosiaalijohto				
2013	13	31	56	110
2009	19	39	42	186
Lautakunnat				
2013	13	24	63	104
2009	26	28	46	145
YHTEENSÄ				
2013	13	28	59	214
2009	22	34	44	331

	Huonosti/ melko huonosti %	Kohta- laisesti %	Melko hyvin/hyvin %	n
Palvelun ostajan sisältöasiantuntemus				
Sosiaalijohto				
2013	5	13	83	109
2009	9	20	71	186
Lautakunnat				
2013	8	18	74	105
2009	11	25	64	146
YHTEENSÄ				
2013	6	15	79	214
2009	10	22	68	332
Palvelun ostajan menetelmät palvelujen laadun seuraamiseksi				
Sosiaalijohto				
2013	12	27	61	110
2009	16	41	44	187
Lautakunnat				
2013	12	25	63	104
2009	22	28	50	145
YHTEENSÄ				
2013	12	26	62	214
2009	18	35	47	332

Luvun 6 liitteet

LIITE 6.1. Sosiaali- ja terveyspalvelujen perustason vahvistamisen eri keinojen kannatus (%).

	Eri mieltä %	Neutraali %	Samaa mieltä %	Ei osaa sanoa %
Lisäämällä taloudellisia resursseja peruspalveluihin				
sosiaalijohto	4	11	85	0
terveyskeskukset	5	13	81	2
lautakunnat	8	6	85	1
Lisäämällä henkilöstöä peruspalveluihin				
sosiaalijohto	4	16	80	1
terveyskeskukset	9	8	83	0
lautakunnat	9	12	79	0
Siirtämällä nykyisistä erityispalveluista osa perustasolle				
sosiaalijohto	17	7	75	1
terveyskeskukset	22	14	63	2
lautakunnat	13	12	71	5
Kehittämällä sähköisiä palveluja				
sosiaalijohto	6	10	83	1
terveyskeskukset	8	16	75	2
lautakunnat	6	10	82	3
Kehittämällä liikkuvia palveluja				
sosiaalijohto	15	15	71	0
terveyskeskukset	31	25	45	0
lautakunnat	8	9	84	0
Kehittämällä yhteispalveluja				
sosiaalijohto	13	7	80	0
terveyskeskukset	14	14	69	3
lautakunnat	1	6	92	1
Kehittämällä yhteisiä tietojärjestelmiä				
sosiaalijohto	4	3	93	1
terveyskeskukset	6	6	86	2
lautakunnat	1	1	95	3
Kehittämällä asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämiseen keskittyviä moniammatillisia yksiköitä				
sosiaalijohto	9	10	81	0
terveyskeskukset	11	20	65	5
lautakunnat	4	8	85	4

Luvun 7 liitteet

LIITE 7.1. Eri kokoisten alueiden tai kuntien sosiaalihoitajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot siitä, kumpi ryhmä, osatyökykyiset vai pitkittyneesti työttömät, ovat vaikeammassa työmarkkina asemassa (%).

	Alle 10 000 asukasta	10 000–29 999 asukasta	30 000 asukasta tai enemmän
Osatyökykyiset	19	22	36
Pitkittyneesti työttömät	82	78	64

LIITE 7.2. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot eri tahojen mahdollisuuksista tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille (%).

	Huonot %	Kohtalaiset %	Hyvät %
TE-toimisto			
Sosiaalijohto	66	19	15
Kelan toimiston johtajat	29	33	38
TE-toimiston johtajat	23	23	55
YHTEENSÄ	47	24	29
Työvoiman palvelukeskus			
Sosiaalijohto	50	21	29
Kelan toimiston johtajat	25	25	50
TE-toimiston johtajat	16	12	72
YHTEENSÄ	37	21	42
Sosiaalitoimi			
Sosiaalijohto	38	27	35
Kelan toimiston johtajat	41	26	34
TE-toimiston johtajat	39	29	32
YHTEENSÄ	39	27	34
Terveystoimi			
Sosiaalijohto	67	18	16
Kelan toimiston johtajat	36	36	28
TE-toimiston johtajat	42	32	26
YHTEENSÄ	53	26	21
Kela			
Sosiaalijohto	56	19	22
Kelan toimiston johtajat	31	27	42
TE-toimiston johtajat	43	23	33
YHTEENSÄ	47	22	31
Työeläkelaitokset			
Sosiaalijohto	63	19	18
Kelan toimiston johtajat	33	32	36
TE-toimiston johtajat	58	10	32
YHTEENSÄ	52	22	26
Kuntouksen asiakasyhteistyöryhmät			
Sosiaalijohto	51	28	22
Kelan toimiston johtajat	25	27	48
TE-toimiston johtajat	45	16	39
YHTEENSÄ	41	26	34
Yhdistykset/järjestöt			
Sosiaalijohto	56	21	24
Kelan toimiston johtajat	30	30	41
TE-toimiston johtajat	20	37	43
YHTEENSÄ	42	26	32
Yritykset			
Sosiaalijohto	70	15	14
Kelan toimiston johtajat	42	32	26
TE-toimiston johtajat	55	39	7
YHTEENSÄ	58	25	17

LIITE 7.3. Sosiaalijohtajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot eri tahojen mahdollisuuksista tukea ja tarjota palveluja osatyökykyisille ja pitkittyneesti työttömille 2008 ja 2013 (%).

	Huonosti %	Kohtalaisesti %	Hyvin %
TE-toimisto (v. 2008 työvoimatoimisto)			
2008	18	25	57
2013	47	24	29
Työvoiman palvelukeskus			
2008	24	21	55
2013	37	21	42
Sosiaalitoimi			
2008	27	25	49
2013	39	27	34
Terveystoimi (v. 2008 perusterveydenhuolto)			
2008	55	22	24
2013	53	26	21
Kela			
2008	59	19	22
2013	47	22	31
Yhdistykset/järjestöt (v. 2008 yhdistykset)			
2008	34	25	42
2013	42	26	32
Yritykset			
2008	50	22	28
2013	58	25	17

LIITE 7.4. Sosiaalihoitajien, Kelan toimistojen johtajien ja TE-toimistojen johtajien arviot eri toimenpiteiden tai palvelujen vaikutuksista osatyökykyisten ja pitkätyöneesti työttömien tilanteeseen (%).

	Ei osaa sanoa %	Pieni tai melko pieni %	Kohtalainen %	Melko suuri tai suuri %
Työllistymissuunnitelmat				
Sosiaalihoito	5	44	26	25
Kelan toimistonjohtaja	16	21	23	40
TE-toimiston johtaja	0	16	28	56
YHTEENSÄ	8	32	25	35
TE-toimiston ja kunnan yhteiset aktivointisuunnitelmat				
Sosiaalihoito	3	27	16	55
Kelan toimistonjohtaja	13	12	31	44
TE-toimiston johtaja	3	9	25	63
YHTEENSÄ	7	19	22	52
Kotoutumissuunnitelmat				
Sosiaalihoito	11	36	20	32
Kelan toimistonjohtaja	16	19	25	40
TE-toimiston johtaja	0	16	25	59
YHTEENSÄ	11	27	23	39
Työkyvyn arviointi				
Sosiaalihoito	5	21	23	51
Kelan toimistonjohtaja	13	17	29	40
TE-toimiston johtaja	0	13	28	59
YHTEENSÄ	7	19	26	48
Osaamis- ja ammatitaitokartoitukset				
Sosiaalihoito	9	25	25	43
TE-toimiston johtaja	3	25	19	53
YHTEENSÄ	7	25	23	45
Työnantajalle maksettava palkkatuki				
Sosiaalihoito	2	15	78	65
TE-toimiston johtaja	0	19	19	63
YHTEENSÄ	1	16	18	65
Koulutuskokeilut				
Sosiaalihoito	7	21	24	49
TE-toimiston johtaja	6	38	19	38
YHTEENSÄ	7	25	23	46
Työkokeilut				
Sosiaalihoito	2	15	19	65
TE-toimiston johtaja	0	16	25	59
YHTEENSÄ	1	15	20	63
Ammatinvalinta- ja uraohjaus				
Sosiaalihoito	7	30	23	41
TE-toimiston johtaja	0	13	25	63
YHTEENSÄ	5	26	24	46

	Ei osaa sanaa %	Pieni tai melko pieni %	Kohta- lainen %	Melko suuri tai suuri %
Omaehtoinen koulutus				
Sosiaalijohto	7	27	15	52
TE-toimiston johtaja	0	28	19	53
YHTEENSÄ	5	27	16	52
Työnhakuvalmennus				
Sosiaalijohto	10	42	17	32
TE-toimiston johtaja	0	19	22	59
YHTEENSÄ	8	36	18	38
Työhönvalmennus				
Sosiaalijohto	9	23	22	45
TE-toimiston johtaja	0	22	22	56
YHTEENSÄ	7	23	22	48
Työvoimakoulutus				
Sosiaalijohto	6	35	17	43
TE-toimiston johtaja	0	16	19	65
YHTEENSÄ	4	31	18	47
Oppisopimuskoulutus				
Sosiaalijohto	2	16	17	65
TE-toimiston johtaja	0	25	25	50
YHTEENSÄ	1	18	19	62
Työpajatoiminta				
Sosiaalijohto	6	19	14	62
Kelan toimistonjohtaja	16	13	12	59
TE-toimiston johtaja	3	16	22	59
YHTEENSÄ	9	16	15	60
Kuntouttava työtoiminta				
Sosiaalijohto	3	18	14	65
Kelan toimistonjohtaja	8	13	19	60
TE-toimiston johtaja	3	22	22	53
YHTEENSÄ	5	17	17	61
Työtoiminta				
Sosiaalijohto	6	22	19	54
Kelan toimistonjohtaja	9	17	13	60
TE-toimiston johtaja	3	34	19	44
YHTEENSÄ	7	22	17	55
Kelan ammatillinen kuntoutus				
Sosiaalijohto	11	19	17	53
Kelan toimistonjohtaja	8	12	16	64
TE-toimiston johtaja	6	34	22	38
YHTEENSÄ	9	19	17	55
Työeläkekuntoutus				
Sosiaalijohto	12	22	19	47
Kelan toimistonjohtaja	14	12	14	61
TE-toimiston johtaja	6	34	22	38
YHTEENSÄ	12	20	18	50

Sosiaalibarometri 2013

Miltä väestön hyvinvointi näyttää paikallistason asiantuntijoiden arvioimana? Miten palvelut tukevat osatyökykyisiä ja pitkittyneesti työttömiä? Näkyykö hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa? Pystyvätkö kunnat vastaamaan nykyistä laajemmasta palvelutarjonnasta? Näiden kysymysten lisäksi Sosiaalibarometri 2013 kertoo arvioita mm. kilpailutettujen palvelujen valvonnasta, Kelan asiakaspalvelun toimivuudesta ja sosiaalietuuksien väärinkäytöstä.

Sosiaalibarometri luotaa hyvinvoinnin, sitä tukevien julkisten palvelujen sekä palvelujärjestelmän ajankohtaista tilannetta ja ennakoituja kehitysuuntia. Tutkimus perustuu vuodenvaihteessa 2012–2013 kerättyihin asiantuntija-arvioihin. Vastaajina ovat kuntien sosiaalitoimen, terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja TE-toimistojen johto sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat.

Sosiaalibarometri on laadittu vuosittain vuodesta 1991 lähtien. Sosiaalibarometrin julkaisee toisen kerran SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. SOSTE on valtakunnallinen kattojärjestö, joka kokoaa yhteen noin 250 sosiaali- ja terveysjärjestöä. SOSTEn tavoitteena on sosiaalisesti eheä, terve ja aidosti osallistuva yhteiskunta, jossa järjestöillä on vahva rooli.



ISBN 978-952-6628-04-2 • ISSN 1237-7708
SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
www.soste.fi

