Lausunto Perustuslakivaliokunnalle
10.2.2021
Anneli Pohjola
Professori emerita, Lapin yliopisto

Asia: HE 241/2020 vp **Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi** sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+241/2020

Kiitän mahdollisuudesta antaa lausunto vireillä olevasta hallinnollisesti, toiminnallisesti, taloudellisesti ja historiallisesti merkittävästä uudistuksesta. Keskityn lausunnossani lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan sääntelyyn.

Uudistuksen tavoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollossa uudistuksen tavoitteina (HE s. 189) on
- edistää ja ylläpitää väestön *hyvinvointia ja terveyttä*,
- varmistaa *yhdenvertaiset, yhteen toimivat* ja kustannusvaikuttavat palvelut koko maassa,
- *vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja*,
- luoda edellytykset hoitoon ja palvelujen piiriin pääsylle ja että
- *koko maassa on saatavilla riittävästi ja yhdenvertaisesti palveluja* sekä
- ihmisten tarpeet ja niissä tapahtuvat muutokset huomioon ottava *palvelurakenne*, ja myös
- *kustannusten kasvun hillitseminen*.

Tavoitteena on painopisteen siirtyminen *perustason palveluihin ja ehkäisevään työhön*. Lähtökohtana on palvelujen järjestäminen kuntia suuremmilla aluepohjilla, julkinen järjestämisvastuu ja riittävä julkinen oma palvelutuotanto sekä vahva valtion ohjaus. Merkittävää on se, että nyt keskitytään sosiaali- ja terveyspalveluihin ilman uudistuksen valjastamista jonkin muun hallinnollisen tavoitteen tuottamiseen (vrt. aikaisemmin kuntarakenneuudistus, maakuntahallinto).

Tavoitteet ovat erityisen tarpeellisia ja kannatettavia. Ne ovat myös suurelta osin säilyneet ennallaan verrattuna aikaisempiin sote-esityksiin. Uudet tavoitteet täsmentävät uudistusta. **Vahva painopiste perustason palveluihin ja ehkäisevään työhön on todella tarpeen**, sillä näitä tehtäväalueita on kehitetty tähän saakka heikosti. **Ehkäisevään työhön tarvittaisiin enemmän panostusta kuin suunniteltu 1% ja selkeyttää sitä, miten kunnissa tämä vastuu hoidetaan, kun sote-henkilöstö siirtyy hyvinvointialueille**.

Peilaan lausuntoani asetettuihin tavoitteisiin.

Sote-alueiden rakentuminen

Uudistuksen jokainen uusi vaihe näyttää vääjäämättä lisäävän järjestämisvastuussa olevien alueiden määrää. Tätä ohjaavat eri alueiden poliittiset intressit, eivät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tarpeet ja toimiva kantokyky. Ns. hyvinvointialueiden lukumäärä on nyt vielä aikaisempaa suurempi, ja niiden väestöpohjat eroavat hyvin paljon (3 alle 100 000 asukkaan aluetta/näistä 1 Uudellamaalla, ja yhteensä 12 alle 200 000 asukkaan aluetta vs. 5 yli 400 000 asukkaan aluetta).

Asukaspohjaltaan pienemmillä alueilla on huomattavasti heikommat mahdollisuudet tarjota yhdenvertaisesti ja kattavasti palvelut asukkailleen verrattuna toimintavolyymiltaan suurempiin alueisiin. Merkittävä osa muodostettavista alueista ovat kantokykynsä pohjalta riippuvaisia siitä, että **kustannukset katetaan jatkossakin valtionrahoituksena.**

Yhdenvertaisuuden täyttyminen muodostuu sitä vaikeammaksi, mitä suuremman haasteen pienen väestöpohjan alueen sisäiset etäisyydet tuottavat palvelurakenteen saavutettavuudelle. Alueellisista eroista huolimatta on tärkeää, että järjestämislain 4§ edellyttämä ”palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asukkaita” voidaan turvata koko maassa. Palveluvastuuta on korostettu myös Hallituksen esityksessä (8§), jonka mukaan ”vastuut tulee kyetä toteuttamaan hyvinvointialueen koko alueella ja kaikilla tehtäväalueilla”. **Lähipalveluita tulee toteuttaa myös toiminnallisesti ihmisiä lähellä,** esimerkiksi kuntien nykyisissä palvelutiloissa, ei vain etäpalveluina tai informaationa. On tärkeä **huomioida yhdenvertaisesti erilaisten asiakkaiden tarpeet, osaaminen ja mahdollisuudet.**

Lakiesityksessä alueiden ratkaisut poikkeavat toisistaan siten, että Uudenmaan hyvinvointialueilla perus- ja erikoispalvelut erotetaan palvelurakenteessa hallinnollisesti toisistaan, kun HUS vastaa alueiden yhteisestä erikoissairaanhoidosta. Rakenne tuottaa näillä alueilla terveydenhuollon vertikaaliseen integraatioon perus- ja erikoistason välisen organisaatiorajan. Epäselväksi jää myös se, miten sosiaalihuollon palvelut, verrattuna muihin alueisiin, nivoutuvat osaksi kokonaisuutta, ja miten sen vasta kehittymässä oleva erikoistaso tulee rakentumaan, kun tehtäväalue ei ole HUSin toimialaa. Uudenmaan ratkaisun poikkeaminen valtakunnallisesta linjasta nostaa erityisesti kysymykset palvelujen yhdenvertaisesta rakentumisesta, niiden keskinäisestä yhteen sovittamisesta ja asiakkaiden mahdollisuuksista toimiviin palvelukokonaisuuksiin. Kysymys on kuitenkin uudistuksen osaratkaisusta, joka on tarvittaessa mahdollista oikaista.

Sosiaalihuollon asema osana uudistusta

Tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteinen ja niitä yhteen sovittava uudistus. Se on kansainvälisesti varsin uniikki ratkaisu. Ratkaisun vaativuutta kuvastaa sen **painotusten vinoutuminen terveydenhuoltoon**. Vinoutuminen rakentuu jo järjestämislain tarkoituspykälästä (1§), jonka mukaan ”lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää *väestön hyvinvointia ja terveyttä* sekä varmistaa yhdenvertaiset ja yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa”. Tekstin mukaan palveluiden järjestelmätaso kyllä koskee sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta kun puhutaan toiminnasta ja sen sisällöistä, niin sosiaalisen edistäminen ja ylläpito ei ole terveyden tavoin tavoitteena. **Sosiaalinen korvataan hyvinvoinnilla**, joka käsitteenä merkitsee paljolti ihan muita asioita (esimerkiksi onnellisuutta, hyvinvointia tuottavia hyviä ihmissuhteita, virkistävää vapaa-aikaa, liikunnan iloa, luonnosta nauttimista, hemmotteluhoitoja, kulttuurinautintoa ym.), jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväalaa.

Sosiaalisen puuttuminen vinouttaa prosessin terveysuudistukseksi. Sosiaalinen ei voi siihen tasa-arvoisesti sijoittua, koska sille ei ole lain tarkoituksessa edes käsitettä. Ilmiötä, jolle ei ole nimikettä, ei ole tunnustetusti olemassa. Sosiaalinen ja terveydellinen eivät voi myöskään uudessa järjestelmässä sovittautua yhteen, kun sosiaalista ei tunnisteta. Sosiaalista ei voi korvata laajasti toisia merkityksiä omaavalla hyvinvoinnilla, vaan käsitemäärittely tulee rajata. Yksinkertaisimmin se mahdollistuu **kirjaamalla lain tarkoituspykälään** ”edistää ja ylläpitää väestön ***sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä***

sekä …" ja vastaavasti *sosiaalisen hyvinvoinnin käsite* myös muualle lakitekstiin silloin, kun sääntelyn tarkoitus liittyy sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja näiden edistämiseen. Myös uusien perustettavien palvelualueiden nimi hyvinvointialue on kansalaisille harhaanjohtava, sillä nimike lupaa liikaa: sosiaali- ja terveydenhuolto tehtäväalana eivät kata hyvinvointia. Kansalaisten tulisi jo nimikkeen pohjalta tietää, mistä alueen toiminnassa on kysymys. ***Sote-alue*** **kuvaisi säänneltävän toiminnan tarkoituksen**.

Kysymys on sosiaalisen toiminta-alueen tunnustamisesta ja kehittämisestä tasavertaisena terveyden rinnalla. **Ennen kaikkea kysymys on sosiaalihuollon palveluita tarvitsevien asiakkaiden yhdenvertaisesta asemasta ja oikeuksista palvelukokonaisuudessa**, he ovat usein heikossa asemassa olevia ihmisiä: vammaisia, pienituloisia tai tulottomia, syrjäytyneitä, pitkäaikaistyöttömiä, lastensuojelun tai perhetyön piirissä olevia, elämisen vaikeuksia kohdanneita nuoria, yksinäisiä, pitkäaikaissairaita, toimintakyvyltään hauraita ikääntyneitä ym. Asiakkaiden yhdenvertaisuuden toteutuminen palveluissa edellyttää sosiaalihuollon aseman vahvistamista ja kehittämistä. Mikäli sosiaalihuollon uudistaminen jää valmistelussa sivurooliin, on se merkittävä riskitekijä etenkin eriarvoisuuden vähentämistä koskevan tavoitteen toteutumiselle.

Heikossa asemassa olevilla ihmisillä on elämäntilanteessaan usein myös monia kasautuvia palvelutarpeita, jolloin palvelujen yhteen sovittamisen tavoite koskee erityisesti näitä vaikeimmassa asemassa olevia sosiaalihuollon asiakkaita. On osoitettu, että juuri useita palveluita tarvitsevien asiakkaiden ryhmä (noin 10%) tuottaa suurimman osan (noin 80%) sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista, jolloin erityisesti heidän tilanteisiinsa satsaaminen vaikuttaa tehokkaimmin palveluiden kustannusten hillintään pitemmällä tähtäimellä.

Uudistuksen keskeinen tavoite on (sosiaalisten!) hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Tavoitteen painoarvo on syytä nostaa uudistuksen johtavaksi periaatteeksi, koska ilman sitä eivät muutkaan yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden tavoitteet voi toteutua. Sosiaalinen eriarvoisuus vaikuttaa tutkitusti sairastavuuden lisääntymiseen. Terveydelliset ongelmat kasautuvat tutkimusten mukaan huono-osaisille, köyhille, syrjäytyneille, huonosti asuville ja muille vaikeissa elämäntilanteissa oleville. **Sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja tukeminen toimiikin mitä parhaimpana terveyden edistäjänä**, ja siihen satsaamalla voidaan välttää palvelutarpeiden pitkittymistä ja ajautumista kalliiden erikoispalveluiden käyttöön. Sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on investointia, joka vähentää osaltaan sote-kustannusten kasvua.

Sosiaalihuollon asiakkaiden yhdenvertainen asema palveluissa on perusteltua myös sen pohjalta, että sosiaalihuollon toiminta-alue on yhteiskunnallisesti paljon merkittävämpi kuin yleensä tullaan ajatelleeksi. Sen henkilöstömäärä (v. 2019: 243 000, 9,5%) työllisestä työvoimasta on terveydenhuollon henkilöstöä (188 000, 7,3%) suurempi. Sosiaalihuollon nettokustannukset (6,7 miljardia) kuntien ja kuntayhtymien menoista on runsaat 40% sote-kustannuksista, lähes sama kuin erikoissairaanhoidon kustannukset (6,9 miljardia) ja kaksi kertaa suuremmat kuin perusterveydenhuollon (3,3 miljardia). **Sosiaalipalvelut ovat merkittäviä paitsi asiakkaiden yhdenvertaisuuden ja yhteen sovitettavien palvelukokonaisuuksien kannalta myös kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta.**

Sosiaalihuoltoa on myös tarpeen jäsentää ja kehittää kokonaisuutena. Esimerkiksi rahoituslakiesityksessä ei puhutakaan enää järjestämislain tavoin sosiaali- ja terveydenhuollosta perusrakenteina, vaan niiden väliin on ilmestynyt vanhustenhuolto omana kustannustarkastelunaan. Tämä on esimerkki perinteisen sosiaalihuollon toiminta-alueen pirstaloimisesta. Positiivista on oppilashuollon kuraattoritoiminnan liittäminen sosiaalihuollon toiminnalliseen kokonaisuuteen sen

kuntatasolla kouluissa tapahtuvasta toteuttamisesta huolimatta. Se mahdollistaa koulun sosiaalityölle kiinnittymisen sosiaalihuollon kokonaisuuteen ja sen kehittämisen ammatillisen tuen.

Asiakkaiden asema palvelujärjestelmässä ja palveluiden yhteen sovittaminen kokonaisuudeksi

Esitys sote-palveluiden järjestämisestä mahdollistaa asiakkaan kannalta suhteellisen selkeän palvelujärjestelmän. Kokonaisuus sisältää kuitenkin edelleen eriarvoisen rakenteen, kun työterveyshuolto jää sote-uudistuksen ulkopuolelle. Kaksi eri järjestelmää toimivat eri logiikalla ja niiden asiakkaat ovat keskenään erilaisessa asemassa.

Ollakseen asiakkaalle selkeä järjestämislain mukaisten sote-palveluiden toimivuus edellyttää **hyvin toimivaa palveluohjausta, palvelutarpeiden huolellista arviointia, asiakkaan palvelukokonaisuuden vastuuhenkilön nimeämistä sekä asiakkaan kanssa yhteistyössä laadittavaa asiakassuunnitelmaa**, jossa palvelupolku selkiytetään konkreettisesti eteneväksi kokonaisuudeksi. Näitä prosesseja on jatkovalmistelussa syytä täsmentää, jotta toimintakulttuurit muuttuvat oikeasti asiakkaan tarpeista ohjautuviksi. Palvelujen yhteen sovittaminen toteutuu jokaisen asiakkaan kohdalla yksilökohtaisesti. **Järjestämislaki antaa vain niukasti viitteitä asiakkaan aseman velvoittavalle vahvistamiselle** (esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnista ja asiakaskohtaisten suunnitelmien laatimisesta aiotaan säätää erikseen 10§).

Asiakkaat ovat omien tilanteidensa asiantuntijoita, ja palvelujärjestelmällä on paljon opittavaa heidän kokemuksistaan ja tarpeistaan. **Asiakkaiden osallisuutta ja vuoropuhelua on tärkeä vahvistaa palvelujärjestelmässä**. Osallisuuden matalan kynnyksen toteutuminen edellyttää useanlaisten osallisuuden muotojen hyödyntämistä. Lisäksi on olennaista luoda institutionaalisia vakiintuneita osallisuuden ja kansalaisvaikuttamisen areenoja käyttäjädemokratian vahvistamiseksi. Esimerkiksi nuorisovaltuustot sekä vammais- ja vanhusneuvostot halutaan säilyttää lakisääteisinä osallistavina toimieliminä. Näiden kohderyhmäkohtaisten toimielinten lisäksi tarvitaan myös **sote-järjestöjen asiantuntemuksen pohjalta muodostettu vakinainen toimielin**, sillä paikalliset ja alueelliset järjestöt kokoavat jäsenistönsä kautta hyvin kattavasti erilaisia palvelujen tarvitsijaryhmiä ja asiakkaiden tarpeita.

Tietojohtaminen ja palveluiden kehittäminen

Palveluita voidaan kehittää vain luotettavan tiedon pohjalta. Taustateksteissä korostetaan tietojohtamista muuttuvassa yhteiskunnallisessa toimintaympäristössä toimimisen edellytyksenä. Sote-alueille annetaan myös tehtäväksi tiedon hankkiminen mm. asukkaiden elinoloista ja palvelutarpeista sekä osaamisesta huolehtiminen ja tietojärjestelmätiedon hyödyntäminen. Tietojohtamisen tulisi rakentua tutkimusperustaisesti. Lakiesityksessä ei kuitenkaan aseteta perustettaville alueille minkäänlaista tutkimuksellista velvoitetta. Sen 3§:ssä tyydytään ainoastaan viittaamaan terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolakeihin koulutus- ja tutkimustoiminnan osalta. Jatkossa on **huolehdittava, että tiedontuottaminen ja tutkimustoiminta lisätään asianmukaisen valmistelun jälkeen sote-järjestämislakiin.** Tutkimusperustaisuus mahdollistaa tietojohtamisen ja varmistaa tutkimusnäyttöön perustuvien toimintakäytäntöjen ja menetelmien kehittymisen.

Erityisesti sosiaalihuollossa on kertynyt paljon tutkimus- ja tiedolla johdetun kehittämisen velkaa, joten tarvitaan panostusta palveluiden tietopohjaan sekä työmenetelmien ja prosessien kehittämiseen. Sosiaalihuollon tutkimustoiminta on ollut hyvin heikosti resursoitua ja alalta puuttuu tutkimusta,

käytäntöä ja koulutusta integroiva toimintarakenne, jollaisen yliopistolliset sairaalat mahdollistavat terveydenhuollossa. Samoin sosiaalihuollosta puuttuu tutkimuksellinen järjestelmä ”käypä hoito” -suosituksia vastaavien ”käypä sosiaalityö” -suosituksien ja työmenetelmien tutkimusperustaiseen tuottamiseen (eli tutkimusnäyttöön perustuvat käytännöt). **Sosiaalihuoltoon tulee luoda palvelujen kehittämistä tukevat tutkimusrakenteet, sillä myös sosiaalihuollon asiakkaalla on yhdenvertainen oikeus saada parhaaseen mahdolliseen tutkittuun tietoon perustuvaa apua ja tukea**.

Järjestämislain 32§:ssä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyöstä hyvinvointialueella. Lisäksi 36§:n kohdassa 7 säädetään hyvinvointialueiden yhteistyösopimukseen sisältyvästä koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan toteuttamisesta yhteistyöalueilla. Näiden suhdetta on tarpeen selkiyttää. On selvää, että sote-alueella tarvitaan oman palvelutoiminnan kehittämistä ja siihen liittyvää tiedontuotantoa. Pienten sote-alueiden kantokyky ei kuitenkaan riitä tarvittavaan tutkimusperustaiseen soten eri palvelukokonaisuuksien, prosessien, -sisältöjen ja menetelmien ym. kehittämiseen. **Tutkimuksen, kehittämisen, koulutuksen ja innovaatiotoiminnan (TKKI) edistämiseen tarvitaan vahvempi toimintapohja yhteistyöalueiden vastuuna.**

Sosiaalihuollossa tutkimusta, kehittämistä, koulutusta ja innovaatiotoimintaa integroiva ja koordinoiva TKKI-rakenne on erityisen tärkeä alan tutkimusperustaisen kehittämisvajeen täyttämiseksi. Hallituksen esityksessä sosiaalialan osaamiskeskustoiminta nostetaan esiin yhteistoiminta-alueiden sopimuksiin liittyen (36§, kohta 7). Sääntely jää lakiesityksessä kuitenkin keskeneräiseksi ja epäselväksi. **Sosiaalialan osaamiskeskukset mahdollistavat hyvän perustan, jonka pohjalle uudelleen muotoilemalla voidaan yhteistyöalueilla luoda tutkimuksellista tietoa tuottava, palveluiden kehittämistä tukeva, koulutuksellista osaamista vahvistava ja palveluinnovaatioita edistävä TKKI-kokonaisrakenne.** Parhaimmillaan sotealueiden ja yhteistyöalueiden sopimuksellinen yhteistyö saataisiin toimimaan, kun yhteistyöalueiden (5) TKKI-rakenteet toimisivat sateenvarjomaisesti perustaen alueyksiköt kullekin sote-alueelle. Yhteen koordinoiduista tutkimus- ja kehittämisrakenteista saataisiin kaikkia toiminta-alueita tukeva yhdenmukainen kokonaisuus. Tämä edellyttää selkeän järjestämislakiin sisällytettävän sääntelyn.

Lopuksi

Katson, että esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi on pääosiltaan kannatettava. Esittämäni korjaustarpeet ovat rajatuilla muutoksilla tai lisäyksillä toteutettavissa.

Rovaniemellä 9.2.2021
Anneli Pohjola