Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Viite: Lausuntopyyntö vp HE 241/ 2020 Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistamisesta

Lausuntonani Hallituksen esityksestä eduskunnalle HE 241/2020 esitän kunnioittavasti seuraavaa:

1. Yleistä

Keskityn lausunnossani pääosin esityksen sosiaalihuoltoa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen sovittamista koskeviin osiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle asetetut yleiset tavoitteet vastaavat tarkoituksenmukaisella tavalla pitkään jatkuneeseen väestön hyvinvoinnin ja terveyden epätasaiseen jakautumiseen. Myös väestökehitys ja toimintaympäristön muutokset edellyttävät nykyisen palvelurakenteen muutosta kasvavien palvelutarpeiden, palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja käytettävissä olevien voimavarojen yhteen sovittamiseksi. Uudistus on perusteltu ja kiireellinen.

Uudistuksen asiakas/potilaslähtöisyys edellyttää, että sektorirakenteen hallitsemasta toiminnasta siirrytään lähestymistapaan, jossa yksilöllisesti otetaan huomioon ihmisen terveyteen ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Käytännössä tämä tarkoittaa erilaisten ammatillisten osaamisten räätälöityä yhteen sovittamista ja erilaisten tieto- ja tiedealueiden hyödyntämistä. Kysymyksessä on merkittävä työorientaatioiden muutos.

Rakenteellinen uudistus edellyttää runsaasti jatkotyötä sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöjen ja sisältöjen uudistamiseksi. Lausuntoni lopussa esitän käsityksiäni siitä, mitkä tekijät jatkotyössä on erityisesti syytä ottaa huomioon.

2. Sosiaalihuollon asema uudistuksessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle on koko monivuotisen prosessin ajan ollut luonteenomaista sosiaalihuollon jääminen sivuosaan. Sosiaalihuolto tulee uudistukseen monessa suhteessa takamatkalta. On totta, että sosiaalihuollon tietopohja on monin verroin heikompi kuin pitkän tieteellisen historian omaavan terveydenhuollon. Tämä koskee palvelujen tarvetta, alan käytäntöjä ja ammattikuntien osaamisen pohjana olevaa tieteellistä tietoa sekä hallinnollista tietoa, kuten tilastointia. Sosiaalihuollon jääminen sivuosaan on riski uudistuksen perustarkoituksen toteutumiselle, etenkin eriarvoisuuden vähentämistä koskeville tavoitteille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen sovittamiselle.

Sosiaalihuollon vahvistamista koskevien muutosten tekeminen esitykseen tässä vaiheessa on vaikeaa, etenkin sosiaalihuollon tietopohjan puutteiden vuoksi. Palvelusektoreiden erilaiset lähtökohdat vaativat prosessin jatkovaiheissa tähänastista perusteellisempaa sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten orientaatioiden ja

ammatillisten kulttuurien analyysiä, jotta yhteistoiminnalle voidaan rakentaa relevantit menettelytavat ja luoda moniammatilliselle työlle luotettavaa tieteellistä pohjaa.

3. Nykytilan kuvaus ja arviointi

Sosiaalihuollon järjestämisvastuun lakisääteistä nykytilaa samoin kuin palvelujen tuottamisrakennetta on kuvattu kattavasti ja perusteellisesti. Sen sijaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen sovittamista koskevasta nykytilanteen kuvauksesta puuttuu sairaaloiden sosiaalityön tarkastelu. Sairaanhoidon yksiköissä on noin 1000 sosiaalityöntekijää. Heidän asemansa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon nivelkohdassa on tärkeä, joten tämän ammattiryhmän kokemuksen saaminen uudistuksen käyttöön olisi ollut tärkeätä.

Sosiaalipalvelujen tuottamisrakenteen nykytilan kuvaus osoittaa selkeästi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisrakenteen eron. Leimaa antavaa sosiaalihuollolle on ostopalvelujen suuri osuus. Tällä tosiasialla on merkittäviä heijastusvaikutuksia *perustason vahvistamiseen* sekä sosiaali- ja terveydenhuollon *yhteistyöhön*.

Nykytilan kuvauksen perusteella ei kuitenkaan ole tehty selkeää tilannearviota eikä esitetty johtopäätöksiä keskeisiksi kehittämistarpeiksi. Käytännön kokemukseni perusteella esitän näistä muutamia tärkeimpiä:

- Sosiaalihuollon tietopohja on monin tavoin puutteellinen väestön tarpeiden, toiminnan sisällön ja laadun sekä etenkin vaikuttavuuden arvioimiseksi. Systemaattinen vaikutusten seuranta ja arviointi sosiaalihuollosta puuttuu miltei kokonaan. Tarvitaan sosiaalihuollon tietopohjan merkittävää vahvistamista, jotta sosiaalihuolto saadaan tasavertaiseksi toimijaksi uudistuksen tavoitteiden toteuttamisessa.

- Sosiaalipalvelujen jäsentäminen toiminnan harvinaisuuden, osaamisen vaativuuden tai poikkeuksellisen suurten kustannusten perusteella yleisiin (sosiaalihuoltolain mukaisiin) palveluihin, erikoistason palveluihin ja erityisen vaativan osaamistason palveluihin on epäselvää ja määrittelemätöntä. Poikkeuksena on kehitysvammahuolto ja sen erityishuoltopiirit. Muut erityislait eivät käsittele niinkään tuottamisrakenteita kuin yksilöasioita. Jäsentymättömyys vaikeuttaa toiminnan suunnittelua, toteuttamista ja arviointia väestön tarpeiden mukaisesti.

- Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon lähtökohdat uudistuksen toteuttamiseen ovat erilaiset, osittain päinvastaiset. Kun terveydenhuollossa vaativin ja korkeinta asiantuntemusta edellyttävä toiminta on keskitetty julkiselle toimijalle eli yliopistollisiin keskussairaaloihin, sosiaalihuollossa harvinaiset, vaativinta osaamista tarvitsevat asiakkaat siirtyvät suurelta osin laajaan ja laadultaan epätasaiseen ostopalvelujen kenttään. Ostajina toimivat sadat kunnat, joiden osto-osaaminen on kirjavaa. Asiakkaiden oikeuksien ja hyvän palvelun kannalta tilanne on kestämätön. Tarvitaan julkisen organisaation suurempaa vastuuta ja parempaa koordinaatiota julkisen toiminnan ja ostopalvelujen välillä sekä ostamisen alueellista ohjausta.

- Perustason palvelujen vahvistaminen voi toteutua esimerkiksi erikoistason asiantuntijoiden konsultatiivisena tukena perustason palveluille. Tämä on ollut esillä terveydenhuollon perustason vahvistamisen yhtenä ratkaisuna. Kun sosiaalihuollossa suuren osan erikoistason ja erityisen vaativan tason palveluista tuottavat ostopalvelut – järjestöt tai yksityiset yritykset – on konsultaation saaminen erityistasolta perustasolle mutkikas kysymys. Ostopalvelujen kentällä on useita tuottajia ja konsul-

taatiosuhde saattaa vääristää ostopalvelijoiden tasavertaisuutta suhteessa perustasoon eli palvelun tilaajaan. Ostopalvelujen tarjonta ei myöskään kata kaikkia tarvittavia asiantuntemuksen alueita. Edellisistä syistä johtuen julkisen organisaation tulisi tuottaa erikoistason ja vaativan erikoistason sosiaalipalveluja myös itse, jolloin ne samalla antaisivat ostopalveluille tarpeellisen vertailukohdan sekä sisällön että kustannusten osalta. Ostopalveluja tarvitaan täydentävänä osana kokonaisuutta.

4. Hyvinvointialueet

Hyvinvointialueiden muodostamisessa on sovitettu yhteen edustuksellisen demokratian edellyttämät osallistumismahdollisuudet ja toiminnan ammatillinen tarkoituksenmukaisuus, kun Uudenmaan alueelle on tehty poikkeava ratkaisu. Näistä lähtökohdista alueiden lukumäärää voidaan pitää perusteltuna, etenkin kun lakiesitys sisältää useita mahdollisuuksia alueiden yhteistoiminnalle. Helsingin kaupungin muodostaminen omaksi hyvinvointialueeksi on kannatettava kaupungin väestöpohjan, väestörakenteen ja valtakunnallisen aseman perusteella. Seurantatiedon perusteella voidaan tuonnempana arvioida, onko muun Uudenmaan jako neljään hyvinvointialueeseen toiminnallisesti perusteltu ja syntyykö alueiden välille tarvittavaa yhteistoimintaa.

Hyvinvointialuetta koskevan lakiesityksen mukaan hyvinvointialueella on oltava strategia, jossa päätetään hyvinvointialueen toiminnan ja talouden pitkän aikavälin tavoitteista (41 §). Strategiassa huomioon otettavaksi kysymykseksi ei kuitenkaan esitetä koko uudistuksen yhtä keskeistä tavoitetta eli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista. Strateginen tavoite ja sen käytännön toteutus ei saa irrota toiminnan ydintarkoituksesta. Erojen seuranta ja arviointi ei ole vain tämän ajankohdan kysymys, vaan vaatii jatkuvaa seurantaa muun muassa väestökehityksen ja yhteiskunnallisten muutosten vuoksi.

Toinen kysymys, joka tulee nostaa osaksi strategian sisältöä, on asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet (muut kuin edustuksellisen demokratian edellyttämät elimet), joita on kuvattu lain § 29:ssä. Alueen asukkaiden osallisuudella on tärkeä merkitys väestön tarpeiden kartoituksissa, toiminnan käytäntöjen kehittämisessä ja sen vaikutusten arvioinnissa. Osallisuudella voi olla yhteys myös kansalaisten ja julkisen vallan välisen luottamuksen rakentumisessa ja ylläpitämisessä.

Esitän, että hyvinvointialueen strategiassa käsiteltäviin kysymyksiin (§ 41) lisätään

- ***alueen väestön hyvinvointi- ja terveyserot***
- ***alueen asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet.***

5. Sosiaali- ja terveydenhuolto

Pidän perus- ja erikoistason sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun kokoamista yhden järjestäjän vastuulle perusteltuna. Tulevaisuudessa palvelutarpeet kasvavat erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa terveydelliset tekijät ja erilaiset elämäntilanteiden muutokset ja sosiaaliset vaikeudet kietoutuvat toisiinsa. Tällaisia ryhmiä ovat vanhat ihmiset, mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ja vammaiset ihmiset. Erilaisia kuntoutuksen muotoja tarvitsevat myös pitkäaikaistyöttömät ja monet muut ryhmät. Lasten, nuorten ja perheiden vaikeuksissa moniammatillinen lähestymistapa on usein tarpeen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa ja hyvinvointialueella (§ 6 ja § 7). Kuntien ja hyvinvointialueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevissa perusteluissa todetaan, että kummallakin organisaatiolla – kunnilla ja alueilla – tulisi olla ensisijainen vastuu tehtävään siltä osin, kun tämä tehtävä

kytkeytyy niiden ”muihin lakisääteisiin tehtäviin”. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on moninainen kokonaisuus ja vahvasti kytköksissä toimintaympäristön muutoksiin. Keskeinen tarkoitus on toimia niin, että tarvetta lakisääteisiin palveluihin ei synny. Sosiaalihuollossa toiminta vielä hakee muotoaan ja sen vaikutuksista on vähän tietoa. Näin ollen sen sitominen vain lainsäädännössä esitettyihin ”tehtäviin” voi toimia uusia käytäntöjä rajoittaen. Sen sijaan toiminnan kytkeminen lakien ”tarkoitukseen” antaisi paremmin liikkumatilaa uusille lähestymistavoille. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulisi omalta osaltaan vaikuttaa hyvinvointi- ja terveyseroja kaventavasti.

Esitän, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen niin kunnissa kuin hyvinvointialueilla kytketään toiminnan kehittämismahdollisuuksien ja uudistamisen turvaamiseksi lainsäädännön tarkoitukseen eikä lakisääteisiin tehtäviin.

Yksityisiltä hankittavat palvelut (§ 12). Hyvinvointialueen ostopalveluja käsiteltäessä esitetään, että ostopalveluna ei saisi hankkia julkisen vallan käyttöä sisältäviä palveluja ja yhtenä tällaisena esitetään sosiaalityö. Sosiaalityö ammattina ei ole vain viranomaistoimintaa, vaan ammattihenkilölain säätelemä ammatti. Sen nojalla on mahdollisuus toimia myös yksityisenä ammatinharjoittajana. Käytännössä voi esiintyä tilanteita, joissa sosiaalityöntekijä on hankkinut sellaista erityispätevyyttä – esimerkiksi perheterapiassa, ryhmätyössä tai muissa erityismenetelmissä – johon alan peruskoulutus ei riitä. Tällaisen osaamisen pohjalla sosiaalityöntekijä voi toimia yksityisenä ammatinharjoittajana. Näin ollen pitäisi olla mahdollisuus hankkia myös sosiaalityötä yksityisen ammatinharjoittajan ostopalveluna. Sosiaalityöntekijä voi toimia myös sellaisissa yhteisötyön tai kehittämisen tehtävissä, jotka eivät koske yksittäisen henkilön oikeuksia, mutta ovat julkiselle organisaatiolle tarpeellisia. Jos omaa henkilöstöä tai osaamista näihin tehtäviin ei ole, voidaan palvelu ostaa osaavalta sosiaalityöntekijältä. Viranomaistehtävän suhde lain nojalla suoritettavaan asiantuntijatehtävään ei selvityksistä huolimatta ole yksiselitteisen selvä.

Esitän että lakiehdotuksen § 12:ssa ostopalvelun käyttö rajataan seuraavasti ”sosiaalityö, johon sisältyy viranomaistehtäviä”.

Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle (§ 22). Lakiehdotuksen mukaan hyvinvointialueiden tehtävä on kehittää alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoa valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti. Tavoitteisiin ei sisälly hyvinvointi- ja terveyserojen suhteen seuraaminen, vaikka erojen kaventaminen on ollut uudistuksen keskeinen tavoite. Pelkkä palvelujen yhdenvertainen toteutuminen ei varmista, että uudistus parantaa hyvinvoinniltaan ja terveydeltään heikoimmassa asemassa olevien ihmisten *suhteellista asemaa*. Käytännön kokemuksen perusteella tiedetään, että hyvinvointipalveluja osaavat paremmin käyttää tieto- ja taitotasoltaan hyvin pärjäävät ihmiset. Yhdenvertaisen saatavuuden ohella tarvitaan myös palvelujen räätälöityä kohdentamista.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ei koske vain nykytilannetta, vaan sen tulee olla jatkuvasti sisäänrakennettu ominaisuus palvelujärjestelmää. Pelkästään toimenpiteitä – hyvinvoinnin ”instrumentteja” - ja niiden toteuttamistapoja koskevat tavoitteet voivat johtaa juuri siihen tilanteeseen, mistä nyt pyritään eroon: palvelujen katveeseen jää ihmisiä ja ryhmiä, joita palvelujen nykyiset käytännöt eivät saavuta tai jotka tarvitsevat tilanteeseensa yksilöidysti räätälöityjä lähestymistapoja. Palvelujärjestelmään tulee sisäänrakentaa eroja arvioiva ja puutteita korjaava mekanismi. Sosiaali- ja terveydenhuolto ei ole ydinolemukseltaan tuotantolaitos, vaan ihmisten hyvinvointia ja terveyttä vahvistava ja etenkin kaikkein vaikeimmassa asemassa olevia ihmisiä auttava organisaatio.

Esitän, että lakiehdotuksen § 22:n toiseen momenttiin lisätään seuraava uusi kohta: ”tavoitteet hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi”.

Kehittämistyö (§ 32). Esityksen mukaan kehittämistyön tulisi toteutua valtakunnallisten kehittämistavoitteiden mukaisesti. Jotta uudistuksen alueellinen lähtökohta toteutuisi väestön kannalta parhaalla mahdollisella tavalla, pitäisi kunkin hyvinvointialueen erityiset piirteet ja alueen oma strategia ottaa kehittämistyössä huomioon. Vain valtakunnallisiin tavoitteisiin kiinnittyen syntyy kokemuksen mukaan keskimääräistä kehittämistä, vaikka uudistuksen lähtökohtana on myös alueiden väestöön ja olosuhteisiin räätälöity uudistus. Sosiaali- ja terveysministeriön ja hyvinvointialueiden välisissä neuvotteluissa (§ 24) tulisi sopia, miten alueelliset olosuhteet otetaan huomioon kunkin alueen kehittämistoiminnassa.

Esitän, että § 32:n ensimmäinen virke täydennetään muotoon ”Hyvinvointialue vastaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehitttämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet ja hyvinvointialueen strategiat yhteen sovittaen.”

6. Jatkotyössä huomioon otettavaa

Sosiaalihuollon ja sosiaalipalvelujen tiedolliset puutteet koskevat lakisääteisten tehtävien kaikkia osia: hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämistä, tuen tarvetta aiheuttavia elämäntilanteita, auttamisprosessien luonnetta ja kestoa yleisesti ja asiakasryhmittäin sekä toiminnan vaikuttavuutta, mukaan lukien kustannusvaikuttavuus. Uudistuksen onnistunut toteuttaminen edellyttää sosiaalihuollon tietopohjan vahvistamisen käynnistämistä viipymättä.

Sosiaalipalvelujen jäsentäminen ja porrastaminen. Sosiaalipalvelujen porrastaminen perustason, erikoistason ja erityisen vaativan tason palveluihin (ss. 2 - 3) vaatii nykyisen palvelukokonaisuuden arviointia ja jäsentämisen ”harjoittelua” ottaen huomioon palvelutarpeen harvinaisuus, sen vaatima osaaminen sekä palvelun kustannukset. Perustason palvelujen ja erikoistason palvelujen selkeämpi jäsennys ei kuitenkaan saa johtaa painopisteen siirtymiseen erikoistason suuntaan. Terveydenhuollon kokemuksista pitää oppia. Päinvastoin, tavoitteena on vahvistaa perustason toimintaa tuomalla sen sisälle erikoistuneita palveluja. Tällöin asiakas voi pysyä saman yksikön asiakkaana, vaikka esimerkiksi lakipohja muuttuu. Erityisen vaativan tason palvelujen asiantuntemusta tulee vahvistaa moniammatilliseen suuntaan ja siten ehkäistä esimerkiksi asiakkaiden hoitopaikkojen toistuvaa vaihtumista, mistä muun muassa lastensuojelussa on paljon haitallista kokemusta.

Yliopisto- ja korkeakouluyhteistyö. Hyvinvointialueiden yhteistyöstä ja viidestä yhteistyöalueesta säädetään lakiesityksen § 34 ja § 35:ssä. Sosiaalihuollossa ei ole viidelle alueelle rakentuvaa toimintaa, mikä johtuu sosiaalipalvelujen porrastuksen jäsentymättömyydestä (ss. 2 - 3). Suunnitellun muutoksen valossa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökäytäntöjen kehittämisen näkökulmasta sosiaalihuolto tarvitsee käytännön toiminnan, tieteellisen tutkimuksen ja opetuksen nykyistä tiiviimpää yhteen nivomista. Jatkotyössä on tarpeen erityisesti tukea niitä alueiden sote-keskussuunnitelmia, joissa yliopisto- ja korkeakouluyhteyksiä rakennetaan sekä perustason (”yliopistollinen sosiaali- ja terveyskeskus”) että erikoistason ja vaativan erikoistason toiminnassa. Näin voidaan vahvistaa uudistuksen tiedollista perustaa ja uusien käytäntöjen rakentumista.

***Kokeilut, kehittäminen ja innovaatiot*.** Sosiaalihuollossa toiminnan kehittäminen on voittopuolisesti toteutunut määräaikaisten projektien muodossa. Toteuttajina ovat olleet kunnat taikka projektikohtaisesti kootut ryhmät STM:n, THL:n, sosiaalialan osaamiskeskusten taikka korkeakoulujen ohjauksessa. Hajanainen ja määräaikainen organisointi ei ole tuottanut tiedon tai syntyneen kokemuksen kumuloitumista Kokemusten implementointi kuntien käytäntöihin on ollut epätasaista. Kuntien ammattilaiset kertovat projektiväsymyksestä. Myöskään valtakunnallisten kehittämisryhmien suositukset toimintojen uudistamiseksi eivät ole aina toteutuneet tarkoitetulla tavalla. Kansallisella tasolle asetettujen tavoitteiden epävarmasta tai heikosta toteutumisesta paikallisella tasolla on myös tutkittua tietoa (mm. Vakkuri Jarmo (toim.): Paras mahdollinen julkishallinto? Gaudeamus 2009). Kehittämistoimintaa on tarpeen rakentaa uudelta pohjalta. Tarvitaan kokeilevaa lähestymistapaa sekä käytännössä testattuja toimintamalleja uusien käytäntöjen toimivuuden, niiden henkilöstörakenteiden ja -määrien sekä kustannusten arvioimiseksi.

Erikseen on syytä selvittää, miten voidaan sovittaa yhteen julkisen organisaation ennustettavuutta edellyttävä toimintalogiikka ja sosiaalipalvelujen kokeileva kehittäminen ja innovaatioiden ruokkiminen. On selvää, että kokeileva toiminta ja innovatiivinen lähestymistapa eivät voi sivuuttaa kansalaisten lakisääteisten oikeuksien toteutumista.

Julkisen vallan käyttö ja ammatillinen työ. Kysymys siitä, mikä osa sosiaalihuollon tehtävistä on viranomaistyötä ja mikä ei, kaipaa edelleen selventämistä, tehdyistä selvityksistä huolimatta. Epäselvyys aiheutuu monista syistä. Julkisen hallinnon vallankäytön terminologia ja lähestymistapa sopivat huonosti esimerkiksi sosiaalityön kehityssuuntaan, joka korostaa asiakkaiden osallisuutta, prosessinomaista työskentelyä ja monitoimijaisia verkostoja. Valmisteluprosessin johtopäätös on usein ja sen tulisi olla luonteeltaan asiakkaan ja ammattilaisen yhteinen sopimus. Vallankäyttöä korostava puhunta voi myös ehkäistä kansalaisia avun hakemiseen matalalla kynnyksellä, vaikka se edistäisi auttamisen mahdollisuuksia. On selvää, että tahdonvastaisissa tilanteissa taikka palvelujen tai etuuksien epäämisessä selkeät hallinnolliset käytännöt ovat tarpeen samoin kuin eräissä poikkeuksellisen korkeita kustannuksia sisältävissä tilanteissa, kuten pitkäaikaisen taikka pysyvän asumispalvelun päätöksissä.

Kysymys liittyy myös henkilöstön saatavuuteen. Julkisen vallan mukanaan tuoma byrokratia saattaa pahimmillaan viedä tilaa asiakkaiden henkilökohtaiselta auttamiselta ja vähentää alan vetovoimaa. Muun muassa sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus tietyillä sosiaalihuollon tehtäväalueilla on suurta, mutta kuormittavista byrokraattisista käytännöistä vapaisiin kehittämistehtäviin riittää hakijoita.

Pidän tarpeellisena, että julkisen hallinnon vallankäytön ja professionaalisen työn sisällön suhdetta vielä selvennetään juridiset ja sosiaalialan professionaaliset kehityssuunnat yhteen sovittaen.

Käsitteet tarvitsevat selkeän määrittelyn: peruspalvelut, yleiset palvelut, lähipalvelut, erityispalvelut, erikoispalvelut, hallinnollinen toimi. Uudet rakenteet edellyttävät, että niissä toimivat ammattilaiset, mutta myös kansalaiset ja palvelujen käyttäjät tietävät, mitä milläkin käsitteellä tarkoitetaan.

Helsingissä 12.2.2021
Aulikki Kananoja
ylisosiaalineuvos