Lausunto Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

25.2.2021
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**

Kiitän mahdollisuudesta antaa lausunto vireillä olevasta hallinnollisesti, toiminnallisesti, taloudellisesti ja historiallisesti merkittävästä kansalaisten palvelumahdollisuuksiin vaikuttavasta 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.

Sote-alueiden/hyvinvointialueiden rakentuminen

Uudistuksen jokainen uusi vaihe näyttää 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 jälleen aikaisempaa suurempi, ja niiden väestöpohjat eroavat hyvin paljon (kolme alle 100 000 asukkaan aluetta/näistä yksi Uudellamaalla, ja yhteensä 12 alle 200 000 asukkaan aluetta, ja 5 yli 400 000 asukkaan aluetta).

Asukaspohjaltaan pienemmillä alueilla on huomattavasti heikommat mahdollisuudet tarjota yhdenvertaisesti ja kattavasti palvelut asukkailleen verrattuna toimintavolyymiltaan suurempiin alueisiin. Monet pienet reuna-alueet ovat sairastavuuden ja huono-osaisuuden eri tunnusluvuilla

tarkasteltuna palvelutarpeiden osalta vaikeimmassa asemassa. Merkittävä osa muodostettavista alueista on kantokykynsä pohjalta riippuvaisia siitä, että **kustannukset katetaan jatkossakin valtionrahoituksena.**

Alueelliset erot huomioiden onkin 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 HE:ssä (8§), jonka mukaan ”vastuut tulee kyetä toteuttamaan hyvinvointialueen koko alueella ja kaikilla tehtäväalueilla”. **Lähipalveluita tulee toteuttaa myös toiminnallisesti ihmisiä lähellä,** esimerkiksi sote-keskuksina kuntien nykyisissä palvelutiloissa, ei vain etäpalveluina tai informaationa. On tärkeä **huomioida yhdenvertaisesti erilaisten asiakkaiden tarpeet, osaaminen ja mahdollisuudet.** Digitaaliset palvelut eivät toimi kaikissa palveluissa, eikä kaikilla asiakkailla ole valmiuksia tai mahdollisuuksia niiden käyttöön.

Sosiaalihuollon yhdenvertaisuus

Tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteinen ja niitä yhteen sovittava uudistus. Se on kansainvälisesti uniikki ratkaisu. Ratkaisun vaativuutta kuvastaa sen **painotusten vinoutuminen terveydenhuoltoon**, jonka rakenteet sekä perus- että erikoispalveluina ovat vakiintuneet. Vinoutuminen syntyy heti järjestämislain tarkoituspykälässä (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”. Järjestelmätasolla tunnistetaan sosiaali- ja terveydenhuolto (yhdyssanana), mutta kun määritellään toimintaa ja sisältöjä, 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, kulttuurielämyksiä 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 sovittua yhteen, kun sosiaalista ei tunnisteta. Sosiaalista ei voi korvata laajasti toisia merkityksiä omaavalla hyvinvoinnilla, vaan käsitemäärittely tulee rajata.

> *Lain tarkoituspykälään (1§) tulee kirjata ”edistää ja ylläpitää väestön **sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä**…” 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 tehtäväaloina 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 asiakkaiden yhdenvertaisesta asemasta ja oikeuksista palvelukokonaisuudessa**. He ovat usein heikossa asemassa olevia tai heikon toimintakyvyn omaavia 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 valmiste-

lussa sivurooliin, on se merkittävä riskitekijä etenkin eriarvoisuuden vähentämistä koskevan tavoitteen toteutumiselle.

Heikossa asemassa olevilla ihmisillä on elämäntilanteessaan usein myös useampia kasautuvia palvelutarpeita, jolloin palvelujen yhteen sovittamisen tavoite koskee erityisesti näitä vaikeimmassa asemassa olevia sosiaalihuollon asiakkaita. Esimerkiksi HE:ssä todetaan, miten lastensuojelun sijoitetuista lapsista tai sijoittamisratkaisun kynnyksellä olevista lapsista 40% on ollut vähintään 7 eri palvelun piirissä. On myös 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. Sosiaalihuollon kehittäminen on kannattavaa yhteiskuntapolitiikkaa, johon myös kansainvälinen sosiaalisesti kestävän kehityksen agenda maatamme velvoittaa.

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 on tutkitusti sairastavuuden keskeinen määrittäjä. 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.

Lisäksi siihen satsaamalla voidaan välttää palvelutarpeiden pitkittymistä ja ajautumista kalliiden erikoispalveluiden käyttöön. Sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on investointia, joka vähentää osaltaan sotekustannusten kasvua.

Sosiaalihuollon vahvistamista edellyttää myös se, että se on toiminta-alueena yhteiskunnallisesti merkittävä. Sen henkilöstömäärä (v. 2019: 243 000, 9,5%) työllisestä työvoimasta on terveydenhuollon henkilöstöosuutta (188 000, 7,3%) suurempi. Sen 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 ja sen toteuttaminen kuntatasolla kouluissa lähipalveluna. Se mahdollistaa koulun sosiaalityölle kiinnittymisen sosiaalihuollon kokonaisuuteen ja työn kehittämisen ammatillisen tuen.

Sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Edistävä, ennakoiva ja ennaltaehkäisevä työ sosiaali- ja terveydenhuollossa on ollut jo pitkään laiminlyöty tehtäväalue. Sen ottaminen uudistuksen yhdeksi keskeiseksi painopisteeksi on erittäin tarpeellista.

Ehkäisevään työhön tarvitaan kuitenkin enemmän panostusta kuin suunniteltu 1% rahoituskokonaisuudesta.

Edistävän työn toteuttaminen on asetettu perustellusti sekä kuntien että sote-alueiden vastuulle. Kuntiin jäävät erityisesti sosiaalihuollon näkökulmasta keskeiset hallinnonalat, kuten nuorisotyö, liikuntapalvelut, kulttuuritoimi, asumista ja palvelupaikkoja ohjaava kaavoitus sekä työllisyys. Yhteistyö näiden kanssa on edellytys sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn onnistumiselle. On kuitenkin **selkiytettävä sitä, miten tämä vastuu kunnissa hoidetaan, kun sote-henkilöstö siirtyy sote-/hyvinvointialueille**.

> *Säädöksiin tarvitaan kirjaus, että* ***kunnissa tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita vastuuhenkilöinä koordinoimaan järjestämislaissa tarkoitettua sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta.***

Sosiaalinen hyvinvointi rakentuu ihmisten arjen toimintaympäristöissä. Tähän perustuen yhteisöllistä, ehkäisevää ja rakenteellista sosiaalityötä ei voi siirtää pois kunnissa tehtävän työn yhteydestä. Yhteyden säilyminen edellyttää sosiaalityön organisoitumisen tarkentamista. Rakenteellisen sosiaalityön roolia on kuvattu HE:n taustateksteissä osana sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (s. 49, 382). Sen paikka ja asema sote-organisoinnissa jää kuitenkin epäselväksi. Sote-/hyvinvointialueen velvoite rakenteellisen sosiaalityön hyödyntämiseen tuleekin kirjata pykäliin, jotta siitä saadaan toimiva keino ehkäisevän ja edistävän toiminnan strategiseen kehittämiseen palveluiden tueksi. Rakenteellisen sosiaalityön avulla asiakkaiden elämäntilannetietoa voidaan hyödyntää myös hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadinnassa.

> *Sote-/hyvinvointialueen velvoitteisiin tulee sisällyttää* ***rakenteellinen sosiaalityö osaksi hyvinvointialuestrategiaa*** *(Laki hyvinvointialueesta 41§: Hyvinvointialuestrategia).*
>
> *Lisäksi lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä* ***6§ sekä 7§*** *(hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa 6§ sekä hyvinvointialueella 7§) 3. momenttien loppuun (ennen mom. viimeistä lausetta) tulee lisätä:* ***Asukkaiden elinolojen ja sosiaalisen hyvinvoinnin vaikutussuhteiden raportoinnissa sekä hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laatimisessa hyödynnetään rakenteellisen sosiaalityön tuloksia****.*

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. Ratkaisu voisi olla työterveyspalveluiden palauttaminen takaisin niiden alkuperäiseen tehtävään, ennalta ehkäisevään ja työergonomiaa tukevaan työhön.

Ollakseen asiakkaalle selkeä järjestämislain mukaisten sote-palveluiden toimivuus edellyttää **hyvin toimivaa palveluohjausta, asiakkaiden 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 erityisen tärkeistä palvelutarpeen arvioinnista ja asiakaskohtaisten suunnitelmien laatimisesta aiotaan säätää erikseen (10§).

Asiakkaan palveluiden yhteensovittaminen näyttää jäävän sääntelyssä varsin epäselväksi ja tulkinnanvaraiseksi. Epäselvyydessä tulee näkyviksi sekä palvelujärjestelmän heikosti piirtyvä kokonaiskuva että sosiaalihuollon avoimeksi jäävä rooli. Tulkinnanvaraisuus jättää edelleen liian paljon mahdollisuuksia väliinputoamiselle palveluissa, pallottelulle palveluista toiseen ja myös palvelupolkujen katkeamiselle.

Asiakkaat ovat omien tilanteidensa asiantuntijoita, ja palvelujärjestelmällä on paljon opittavaa heidän kokemuksistaan ja tarpeistaan. **Asiakkaiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia on tärkeä vahvistaa palvelujärjestelmässä**. Osallisuuden matalan kynnyksen toteutuminen edellyttää useanlaisten – ja erityisesti vaikuttavien osallisuuden muotojen hyödyntämistä. Vaarana on jääminen näennäisten osallisuuden muotojen tasolle. On olennaista luoda myös institutionaalisia vakiintuneita osallisuuden ja kansalaisvaikuttamisen areenoita 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.*

Alueilla toimii yhteistyön resurssina kattavasti myös maakuntakohtaisia verkostojärjestöjä, jotka tukevat alueensa pienten järjestöjen mahdollisuuksia ja äänen kuulumista.

Tietojohtaminen ja palveluiden kehittäminen sotessa

Palveluita voidaan kehittää vain luotettavan tiedon pohjalta. Taustateksteissä korostetaan tietojohtamista edellytyksenä muuttuvassa yhteiskunnallisessa toimintaympäristössä toimimiselle. Sote-alueille annetaan myös tehtäväksi tiedon hankkiminen mm. asukkaiden elinoloista ja palvelutarpeista sekä osaamisesta huolehtiminen ja tietojärjestelmätiedon hyödyntäminen. Tietojohtamisen tulisi rakentua tutkimusperustaisesti, sillä tutkimustiedon ja -osaamisen vahvalla perustalla on keskeinen merkitys sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuudessa ja kehittämisessä. **Lainsäädäntöön tulisi saada selkeä tutkimus- ja kehittämisvelvoite sote-alueille ja niiden yhteistyöalueille**.

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 toiminta-käytäntöjen 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 systemaattinen kehittäminen on jatkossa elintärkeää, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittaminen olisi ylipäätään mahdollista. Alalta puuttuu vaativien erikoistason palvelujen järjestelmä. Lisäksi sosiaalihuollon tutkimustoiminta on ollut hyvin heikosti resursoitua ja alalta puuttuu tutkimusta, käytäntöä ja koulutusta integroiva yliopistollinen toimintarakenne, jollaisen yliopistolliset sairaalat mahdollistavat terveydenhuollossa. Samoin sosiaalihuollosta puuttuu toiminnan laadun varmistamiseen tutkimuksellinen järjestelmä ”käypä hoito” -suosituksia vastaavien ”käypä sosiaalityö” -suosi-

tuksien ja työmenetelmien tutkimusperustaiseen tuottamiseen, eli ns. tutkimusnäyttöön perustuvat käytännöt puuttuvat.

> ***Sosiaalihuoltoon tulee luoda yliopistolliset palvelujen kehittämistä ja tutkimusta tukevat toimintarakenteet, sillä myös sosiaalihuollon asiakkaalla on yhdenvertainen oikeus saada parhaaseen mahdolliseen tutkittuun tietoon perustuvaa apua ja tukea***.

On välttämätöntä, että sosiaalihuollon tutkimustoimintaa vahvistetaan osana sote-uudistusta palvelurakenteiden sekä työmenetelmien kehittämisessä. Nykyisten käytäntöjen jatkaminen ei mahdollista sosiaali- ja terveydenhuollon tasaveroista kehittämistä. Sosiaalihuolto on monin tavoin erilaisessa asemassa verrattuna terveydenhuoltoon, jolla on vakiintunut toimintajärjestelmä, millä yliopistolliset sairaalat mahdollistavat tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen saumattoman yhteyden.

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. Pykäläkohdat jättävät TKKI-toiminnan järjestämisen epäselviksi. Eri toimintatasojen vastuita ja suhdetta on tarpeen täsmentää.

On selvää, että sote-alueilla tarvitaan oman palvelutoiminnan kehittämistä ja siihen liittyvää tiedontuotantoa. Sote-/hyvinvointialueet ovat kuitenkin liian pieniä kantamaan vastuuta laajemmin toimintamuotojen, rakenteellisen työn ja vaativien erikoispalveluiden kehittämisestä. Niiden kantokyky ei 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. HE-taustatekstissä sote-järjestämislaiksi sosiaalialan lakisääteinen osaamiskeskustoiminta nostetaan esiin yhteistoiminta-alueiden sopimuksiin liittyen (36§, kohta 7). Sääntely jää lakiesityksessä kuitenkin keskeneräiseksi ja epäselväksi, eikä osaamiskeskuksia mainita pykälissä lainkaan.

> ***Sosiaalialan osaamiskeskukset mahdollistavat toimivan perustan, jonka pohjalle uudelleen muotoilemalla voidaan yhteistyöalueilla luoda tutkimuksellista tietoa tuottava, palveluiden kehittämistä tukeva, koulutuksellista osaamista vahvistava ja palveluinnovaatioita yhdistävä yliopistollinen TKKI-kokonaisrakenne.***

Usean maakunnan yhteisistä kehittämisrakenteista on hyvin toimivia esimerkkejä, sillä monet sosiaalialan osaamiskeskukset toimivat jo nyt useamman maakunnan alueella. Jatkossa kehittämisrakenteet tarvitsevat vahvan yliopistollisen tutkimusperustaisen ja koulutuksellisen tuen. Hyvän esimerkin tähän antavat yliopistolliset sairaalat, jotka yhdistäessään tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen ovat luoneet suomalaisesta terveydenhuollosta kansainvälisesti erittäin korkeatasoisen.

Yhteistyöalueiden kehittämisrakenteiden on myös sosiaalihuollossa tärkeä kiinnittyä erikseen nimettäviin yliopistollisiin palveluyksiköihin, esimerkiksi yliopistollisiin sote-keskuksiin, joille annetaan palvelutoiminnassaan pysyväksi tehtäväksi uusien käytäntöjen tutkimukseen perustuva kokeilu, testaaminen, vaikuttavuuden arviointi ja kehittäminen. Näissä yhteistyöalueiden yliopistollisissa palveluyksiköissä tulisi mahdollistua myös sosiaalihuollon osalta kaksoisvirkoja (tutkimus & opetus sekä käytännön työ).

Parhaimmillaan sote-alueiden ja yhteistyöalueiden sopimuksellinen yhteistyö saataisiin toimimaan, kun **yhteistyöalueiden (5) TKKI-rakenteet toimisivat sateenvarjomaisesti perustaen kokonaisrakenteelle alueyksiköt yhteistyössä kunkin sote-alueen kanssa**. Yhteen koordinoiduista tutkimus-, koulutus- ja kehittämisrakenteista saataisiin kaikkia toiminta-alueita tukeva yhdenmukainen kokonaisuus. Tämä toteuttaisi järjestämislain HE:ssä olevan kirjauksen (36§, kohta 7, s. 756), jonka mukaan ”… yhteistyö-sopimuksessa olisi sovittava hyvinvointialueiden työnjaosta ja yhteistyöstä koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan toteuttamisessa. *Kehittämistyö, josta säädetään … 32§:n* (kehittämistyö hyvinvointialueella) *perusteluissa, on osa kohdassa (36§, kohta 7) tarkoitettua kehittämistoimintaa.*” Tämä edellyttää kuitenkin **selkeämmän järjestämislakiin asianmukaisen valmistelun jälkeen sisällytettävän sääntelyn yhteistyöalueiden vastuuroolista**.

Lopuksi

Näkemykseni mukaan esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi on pääosiltaan kannatettava. Se kaipaa kuitenkin monin paikoin täsmentämistä, jotta tarkoitettu puitesääntely voisi toimia tarkoituksenmukaisesti. Esittämäni korjaustarpeet ovat rajatuilla muutoksilla tai lisäyksillä toteutettavissa.

Rovaniemellä 22.2.2021
Anneli Pohjola