



SOSIAALI- JA TERVEYSKERTOMUS 2010

SOSIAALI- JA TERVEYSKERTOMUS 2010

■ Kaikille mahdollisuus
terveelliseen ja
turvalliseen elämään.

Sosiaali- ja terveystiedot 2010

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1

ISBN 978-952-00-2964-7 (nid.)

ISBN 978-952-00-2965-4 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1236-2050 (painettu)

ISSN 1797-9854 (verkkopainos)

URN:ISBN:978-952-00-2965-4

<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-2965-4>

www.stmfi/julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö

Taitto ja paino: Yliopistopaino, Helsinki 2010

TIIVISTELMÄ

SOSIAALI- JA TERVEYSKERTOMUS 2010

■ Vuonna 2002 voimaan tulleen sosiaali- ja terveyskertomuksesta annetun lain (879/2002) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö antaa neljän vuoden välein väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa sekä niiden parantamiseksi tehtyjä toimenpiteitä koskevan kertomuksen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona. Edellinen kertomus on vuodelta 2006, joten käsillä oleva kertomus kuvaa pääosin vuosien 2006–2009 kehitystä ja toimenpiteitä. Koska väestön hyvinvointiin ja terveydentilaan vaikuttavat merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella tehdyt toimenpiteet, käsittelee tämä kertomus myös eri ministeriöiden ja hallinnonalojen toimenpiteitä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Sosiaali- ja terveyskertomus 2010 on jäsennelty sosiaali- ja terveysministeriön strategisten linjausten mukaisesti, joita ovat:

- Edistetään terveyttä ja toimintakykyä
- Lisätään työelämän vetovoimaa
- Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä
- Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Tasa-arvon vahvistaminen ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen ovat myös olennainen osa toimintaa. Kertomuksessa raportoidaan hyvinvoinnin ja terveyden tilan kehittymisestä strategian painopistealueilla sekä millä keskeisillä kehittämisohjelmilla ja toimenpiteillä ministeriö vastaa eri alueiden haasteisiin. Keskeisiä käynnistyneitä tai osin jo toteutettuja merkittäviä sosiaali- ja terveyspoliittisia hankkeita ovat: terveyden edistämisen politiikkaohjelma, kansallinen sosiaalialan kehittämishanke, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste, sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelleen Sata-komitean työ sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita uudistava Paras-hanke.

Strateginen tavoite: edistetään terveyttä ja toimintakykyä

Väestön terveydentila kokonaisuutena on 2000-luvulla kohentunut. Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat kuitenkin pysyneet monelta osin ennallaan. Sosiaaliryhmien välillä on eroja kuolleisuudessa, pitkäaikaissairastavuudessa, koetussa terveydessä, mielenterveydessä, sairauksien biologisissa riskitekijöissä ja terveyteen vaikuttavissa elintavoissa. Myös miesten ja naisten sekä siviilisäätynjen väliset erot terveydessä ovat huomattavia. Terveyseroja on lisäksi maantieteellisten alueiden välillä. Sosiaaliryhmien väliset erot ilmenevät yleensä asteittaisina siten, että terveydentila on sitä parempi mitä

koulutetumpia ja mitä korkeammalla ammatillisessa arvoasteikossa henkilöt ovat ja mitä suuremmat heidän tulonsa ja varallisuutensa ovat.

Sosiaaliryhmien välisten terveyserojen tärkeimmät syyt ovat elinoloissa ja elintavoissa, kuten alkoholinkäytössä, tupakoinnissa, ravitsemuksessa ja liikunnassa. Elintapojen erot kytkeytyvät monenlaisiin seikkoihin kuten henkilöiden tietämykseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä, perinteisiin, arvoihin ja sukupolvelta toiselle siirtyviin käyttäytymismalleihin. Viimeaikainen työllisyystilanteen nopea ja voimakas heikkeneminen aiheuttaa suuren haasteen väestön terveyden ylläpitämiselle ja terveyserojen vähentämiselle.

Strateginen tavoite: lisätään työelämän vetovoimaa

Suomessa tehdään työtä hyvien työolojen puolesta laajassa yhteistyöverkossa. Kansainväliset vertailut osoittavat, että työolot Suomessa, samoin kuin työsuojelun ja työterveyden järjestelmä eri osa-alueineen, ovat korkeaa kansainvälistä tasoa. Työpaikat ovat omaksuneet periaatteen, joka korostaa työpaikan oma-aloitteista toimintaa, yhä paremmin, ja ne näkevät työsuojeluasiat ja työolojen kehittämisen entistä selvemmin johtamiskysymyksenä. Tosin tämä myönteinen muutos ei ole tapahtunut kaikilla työpaikoilla.

Työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvu on tasaantunut viime vuosina. Tämä kehitys helpottanee eläkepolitiikan ratkottavina olevia suuria haasteita, joita ovat väestön ikääntyminen, eläkeläisten määrän huomattava kasvu, keskimääräisen eläkkeelle siirtymisiän myöhentäminen ja työurien pidentäminen. Muita sosiaaliturvan haasteita ovat työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, köyhyyden ja syrjäytymisen torjuminen sekä eläkemenojen ja vakuutusmaksujen kasvupaineiden hillitseminen.

Vuonna 2005 toteutetun työeläkeuudistuksen pääasiallisena tavoitteena on myöhentää keskimääräistä eläkkeelle siirtymisikää sekä sopeuttaa eläkejärjestelmä keskimääräisen eliniän kasvuun. Uudistus pyrkii edistämään sukupolvien välistä tulonjakoa tiivistämällä maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä ja tasoittamalla työeläkemaksujen kertymistä.

Strateginen tavoite: vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä

Suhteellinen köyhyysaste ja lapsiköyhyysaste ovat kasvaneet Suomessa kuluksen kymmenen vuoden aikana huomattavasti. Vuonna 1994 suhteellinen köyhyysaste oli kuusi prosenttia ja lapsiköyhyysaste neljä. Vuonna 2007 suhteellinen köyhyysaste oli kasvanut 13,5 prosenttiin ja lapsiköyhyysaste 13,8 prosenttiin. Suhteellinen köyhyysaste on siis yli kaksinkertaistunut ja lapsiköyhyysaste yli kolminkertaistunut 1990-luvun puolivälin jälkeen.

Vaikka useat muut mittarit osoittavat myös köyhyyttä ja toimeentulo-ongelmia koskevien määrän vähentyneen, niin tämä ei välttämättä tarkoita sitä, että köyhyyttä ja toimeentulo-ongelmia edelleen kokevien asema olisi parantunut. Köyhyysasteen yhteydessä ja köyhien määrästä puhuttaessa on tarkasteltava myös köyhyyden syvyyttä ja siinä tapahtunutta kehitystä. Onkin olemassa viitteitä siitä, että köyhyys ja toimeentulo-ongelmat ovat

Suomessa syventyneet niiden keskuudessa, jotka eivät ole onnistuneet pääsemään ulos köyhyydestä.

Vuoden 2008 ennakkotietojen mukaan toimeentulotuen bruttomenot kasvoivat koko maassa edellisen vuoden käypiin hintoihin verrattuna kymmenen prosenttia. Samalla vuodesta 1997 asti jatkunut toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrän väheneminen lähes pysähtyi. Myös pienituloisten asumismenot ovat kasvaneet voimakkaammin kuin heidän tulonsa, mikä on ennestään heikentänyt näiden taloudellista tilannetta. Ennen tämänhetkistä taantumaa lyhytaikaisten toimeentulotukien osuus oli taas edellistä taantumaa edeltävällä tasolla. Sen sijaan pitkäaikaisten tukien kasvukehitys nopeutui vasta 1990-luvun puoliväliä kohti, ja pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä jäi pysyvästi alkuperäistä korkeammalle tasolle.

Viime vuosikymmenien aikana suomalaislasten enemmistön hyvinvointi on monilla mittareilla mitattuna parantunut. Samaan aikaan osalla lapsista ja lapsiperheistä pahoinvointi on yleistynyt ja pienelle vähemmistölle ongelmat ovat kasautuneet. Lapsiperheiden suhteellinen asema tulonjaossa on heikentynyt, ja ne ovat jääneet jälkeen keskimääräisestä tulokehityksestä. Tutkimusten mukaan menojen kattaminen tuloilla oli hankalaa kahdessa viidestä perheestä, pienituloisimmassa viidenneksessä yli puolessa perheistä ja yksinhuoltajien perheissä jopa kahdessa kolmesta.

Lapsille ja lapsiperheille kohdistetut julkiset varat nousivat lamaa edeltäneelle tasolle vasta vuonna 2004. Tulonsiirrot, kuten lapsilisä tai kotihoidon tuki eivät ole indeksiin sidottuja, ja niihin on tehty vähäisiä korotuksia vasta aivan viime vuosina. Lasten palveluissa luotiin 1990-laman aikana noidankehä: säästöjen ja leikkausten seurauksena lasten saamat peruspalvelut ohenivat sisällöltään ja osittain suorastaan vähenivät. Noidankehää ei kasvun vuosien Suomessa purettu, vaan kunnissa säästettiin edelleen lasten ja lapsiperheiden palveluissa niin neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, päivähoitossa, kouluissa kuin kotihoidon palveluissa. Samaan aikaan kasvoivat erityisoppilaiden osuudet päivähoitossa ja koulussa, kasvatus- ja perheneuvonnan asiakasmäärät sekä mielenterveyspotilaiden ja lastensuojelun asiakkaiden määrä murros- ja teini-ikäisten keskuudessa.

Strateginen tavoite: varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Kansalaisista 73 prosenttia luottaa edelleen julkisiin sosiaalipalveluihin. Kansalaisista 80 prosenttia luottaa erityisesti sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaitoon. Keskustelu on kuitenkin sosiaalipalveluiden osalta muuttumassa entistä kriittisemmäksi. Kansalaiset luottavat lasten päivähoitoon, josta on muodostunut sosiaalipalvelujärjestelmän universaalien osa. Luottamusta herättivät myös sosiaalityöntekijöiden neuvontapalvelut ja vammaispalvelut. Sen sijaan toimeentulotuki ja kotipalvelu saavat kriittistä palautetta. Aikanaan universaaliksi rakennettu kotipalvelujärjestelmä on rapautumassa. Samalla kun kotipalvelujärjestelmän ehkäisevä rooli on vähen-

tynyt, palveluja tuotetaan yhä valikoidummin vain osalle palvelun tarvitsijoita ja niiden sisältöä kavennetaan sekä pilkotaan erilaisiksi tukipalveluiksi.

Terveyspalveluiden osalta palvelujen puute tai etäisyys palvelupisteeseen on tutkimusten mukaan suurin yksittäinen hoidon saatavuutta haittaava tekijä. Seuraavaksi merkittävimmät syyt ovat rahan puute tai epäily siitä, että hoidosta ei ole hyötyä. Väestön tyytyväisyys terveyspalvelujärjestelmän toimivuuteen on joiltain osin parantunut, sillä tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyyn on vähentynyt tuloluokasta tai kotipaikasta riippumatta. Alueittain tarkasteltuna tyytymättömiä oli vähiten pääkaupunkiseudulla. Sen sijaan tyytymättömyys terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolle pääsyyn on kasvanut, varsinkin vanhemmissa ikäryhmissä ja ylempissä tuloluokissa. Väestö on pääosin tyytyväinen myös terveyspalveluihin, mutta jokapäiväisessä palveluiden käyttöön liittyvissä asioissa koetaan olevan parantamisen varaa.

Kansalaiset näyttävät näkevän yhä vähemmän vastakkaisasettelua julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Vaikka kansalaiset ovat valmiita antamaan lisää vastuuta hyvinvointipalveluista yksityiselle sektorille, kokonaisvastuuta palveluiden järjestämisestä ei haluta siirtää yksityiselle sektorille. Yksityisiä sosiaalipalveluja haluaisivat lisätä naiset sekä työssäkäyvät ja korkeatuloiset. Erot terveyspalveluiden kohdalla ovat hieman pienemmät, eivätkä esimerkiksi naisten ja miesten mielipiteet eroa toisistaan.

Oikeudenmukaisuutta pidetään suomalaisen yhteiskuntapolitiikan keskeisenä arvona ja sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukaista kohdentumista pidetään tärkeänä edellytyksenä oikeudenmukaisuuden toteutumiseksi. Osa sosiaalipalveluista on suunnattu haavoittuville ryhmille ja siten ne ovat jo lähtökohtaisesti positiivisesti diskriminoivia. Sosiaalipalveluihin liittyviä rakenteellisia tekijöitä, joilla on merkitystä palveluiden käytön näkökulmasta, ovat palvelutarpeen arviointiin pääsy, palveluiden saatavuus ja käytön yhteydessä perittävät asiakasmaksut.

Terveyspalveluissa on sosiaalipalveluja enemmän korostettu pyrkimystä oikeudenmukaiseen palveluiden jakautumiseen, vaikka tavoitteista huolimatta hoidon laadussa ja saatavuudessa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja ja erityisesti haavoittuvat ryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja. Tarpeenmukaisen käytön tavoite ei tutkimusten mukaan täysin toteudu suomalaisessa terveydenhuollossa, vaikka joiltakin osin edistystä on tapahtunut.

Yhteenveto ja tulevaisuuden haasteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi

Suomalaiset ovat siis edelleen varsin tyytyväisiä hyvinvointivaltioonsa ja luottavat sen järjestelmiin. Myös suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tila on monelta osin kehittynyt myönteisesti. Absoluuttinen köyhyys, työttömyys ja nuorten päihteiden käyttö ovat vähentyneet. Monella mittarilla tarkasteltuna suomalaisten hyvinvointi on saavuttanut ja ylittänytkin 1990-luvun alun lamaa edeltävän tason.

Vaikka väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kehitys on monella tapaa ollut myönteistä, ovat väestöryhmittäiset erot kasvaneet. Esimerkiksi väestöryhmien väliset terveyserot ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna suurentuneet. Työttömyys ja työelämästä syrjäytyminen ovat edelleen suuria ongelmia. Tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat jälleen kasvussa. Alueelliset hyvinvointierot näyttävät muuttuneen pysyviksi.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kolme suurinta haastetta ovat 1) sosiaali- ja terveyspalvelujen eheyden ylläpitäminen, 2) yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset väestön elintapoihin sekä 3) tuloerojen kasvuun ja köyhyyteen liittyvät ongelmat.

E erityisiä haasteita ja ongelmia ovat lihavuuden ja siihen liittyvien sairauksien yleistyminen sekä alkoholin kulutuksen kasvuun liittyvät haitat. Huolestuttavaa on myös lapsiperheiden talouden kiristyminen ja erityisesti yksinhuoltajaperheiden aseman heikkeneminen sekä lastensuojelutarpeen kasvu ja ongelmien syveneminen. Väestön ikääntyminen puolestaan edellyttää muutoksia palvelurakenteeseen. Myös riittävän ja ammattitaidoiltaan sopivan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden turvaaminen on yksi tulevaisuuden haasteista. Ratkaisujen löytäminen näihin ongelmiin on entistä vaikeampaa taloudellisessa taantumassa.

Asiasanat:

hyvinvointi, kansanterveys, sosiaalipalvelut, sosiaalipolitiikka, sosiaaliturva, terveyspalvelut, terveyspolitiikka

SAMMANDRAG

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSBERÄTTELSEN 2010

■ Enligt lagen om en social- och hälsovårdsberättelse (879/2002) som trädde i kraft år 2002 ska social- och hälsovårdsministeriet med fyra års mellanrum avge en berättelse om befolkningens välfärd och hälsotillstånd samt åtgärder som vidtagits i syfte att förbättra dem. Berättelsen ska utgöra ett särskilt komplement till berättelsen om regeringens åtgärder. Den föregående berättelsen är från år 2006 och därmed beskriver berättelsen som finns till hands huvudsakligen utvecklingen och åtgärderna under åren 2006–2009. Eftersom åtgärder som vidtagits utanför social- och hälsovården betydligt påverkar befolkningens välfärd och hälsotillstånd, behandlar denna berättelse även olika ministeriers och förvaltningsområdes åtgärder för att främja befolkningens hälsa och välfärd.

Social- och hälsovårdsberättelsen 2010 har strukturerats enligt social- och hälsovårdsministeriets strategiska riktlinjer som är:

- Att främja hälsa och funktionsförmåga
- Att öka arbetslivets attraktionskraft
- Att minska fattigdom och social utslagning
- Att säkerställa fungerande tjänster och skäligt utkomstskydd

Förstärkande av jämställdhet och främjande av barnfamiljers välfärd är också en viktig del av verksamheten. Berättelsen rapporterar om hur välfärden och hälsotillståndet utvecklats inom strategins tyngdpunktsområden och med vilka centrala utvecklingsprogram och åtgärder ministeriet svarar mot utmaningarna i de olika områdena. Centrala och delvis redan genomförda betydande social- och hälsopolitiska projekt är: politikprogrammet för hälsofrämjande, nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste), Sata-kommitténs arbete, vilken hade till uppgift att bereda en totalreform av den sociala tryggheten samt Paras-projektet som reformerar social- och hälsovårdens servicestrukturer.

Strategiskt mål: främja hälsa och funktionsförmåga

Befolkningens hälsotillstånd som helhet har förbättrats under 2000-talet. Skillnaderna i hälsa mellan socialgrupperna har dock i flera avseenden förblivit desamma. Det finns skillnader mellan socialgrupperna i fråga om dödlighet, långtidssjuklighet, upplevd hälsa, mental hälsa, sjukdomars biologiska riskfaktorer och levnadssätt som påverkar hälsan. Även skillnader i hälsa mellan män och kvinnor samt civilstånd är avsevärda. Det finns dessutom skillnader i hälsa mellan olika geografiska områden. Skillnaderna mellan socialgrupperna visar sig i allmänhet gradvis så att hälsotillståndet

är bättre ju högre utbildade och högre upp personerna befinner sig i den yrkesmässiga värdeskalen och ju högre inkomster och större förmögenhet dessa har.

De viktigaste orsakerna bakom skillnaderna i hälsa mellan socialgrupperna är levnadsförhållanden och levnadssätt såsom bruk av alkohol, tobaksrökning, näring och motion. Skillnader i levnadssätten hänger samman med många olika saker såsom personernas kunskap om faktorer som påverkar hälsan, traditioner, värden och beteendemodeller som överförs från en generation till en annan. Den snabba och starka försvagningen av sysselsättningsläget under den senaste tiden är en utmaning mot upprätthållandet av befolkningens hälsa och minskningen av skillnader i hälsa.

Strategiskt mål: öka arbetslivets attraktionskraft

I Finland arbetar man för bra arbetsförhållanden i ett brett samarbetsnätverk. Internationella jämförelser visar att arbetsförhållandena i Finland, liksom systemet med arbetarskydd och arbetshälsa med sina respektive delområden, håller hög internationell standard. Arbetsplatserna har anammat en princip som betonar initiativrik verksamhet på arbetsplatsen allt bättre och man ser arbetarskyddsärendena och utvecklande av arbetsförhållandena ännu tydligare som en ledarskapsfråga. Denna positiva förändring har dock inte skett på alla arbetsplatser.

Ökningen av antalet invalidpensioner har jämnats ut under de senaste åren. Denna utveckling torde kunna underlätta de stora utmaningar som pensionspolitiken har att lösa. Dessa är befolkningens åldrande, en betydande ökning av antalet pensionärer, senareläggning av genomsnittlig pensionsålder och förlängning av yrkeskarriärerna. Andra utmaningar för den sociala tryggheten är förenande av arbete och familjeliv, bekämpning av fattigdom och social utslagning samt att hålla tillbaka trycket på ökade pensionsutgifter och höjda försäkringsavgifter.

Det främsta målet för arbetspensionsreformen år 2005 är att senarelägga den genomsnittliga pensioneringsåldern och anpassa pensionssystemet till ökningen av medellivslängden. Avsikten med reformen är också att förbättra inkomstfördelning mellan generationerna genom att förstärka sambandet mellan avgifter och förmåner och utjämna intäkterna från arbetspensionsavgifter.

Strategiskt mål: minska fattigdom och social utslagning

Den relativa fattigdomsgraden och barnfattigdomsgraden har under de senaste tio åren vuxit betydligt i Finland. År 1994 var den relativa fattigdomsgraden sex procent och barnfattigdomsgraden fyra. År 2007 hade den relativa fattigdomsgraden vuxit till 13,5 procent och barnfattigdomsgraden till 13,8 procent. Den relativa fattigdomsgraden har alltså mer än fördubblats och barnfattigdomsgraden med än tredubblats sedan mitten av 1990-talet.

Även om flera andra mätare visar att antalet personer som berörs av fattigdom och utkomstproblem har minskat, innebär detta inte nödvändigtvis

att ställningen skulle ha blivit bättre för dem som fortfarande är fattiga eller har utkomstproblem. I samband med fattigdomsgrad och när man talar om antalet fattiga måste man även undersöka fattigdomens djup och den utveckling som skett i denna. Det finns också tecken på att fattigdom och utkomstproblemen i Finland har fördjupats bland dem som inte har lyckats ta sig ur fattigdomen.

Enligt förhandsuppgifter för år 2008 ökade bruttoutgifterna för utkomststöd i hela landet med tio procent jämfört med föregående års gängse priser. Samtidigt avstannade minskningen av antal hushåll som får utkomststöd, vilket fortsatt sedan år 1997, nästan helt. Även boendekostnaderna för personer med låga inkomster har ökat snabbare än deras inkomster, vilket har försvagat deras redan tidigare svaga ekonomiska situation. Före dagens ekonomiska konjunkturedgång var andelen utkomststöd på samma nivå som före den föregående konjunkturedgången. Däremot tog inte ökningstakten i fråga om långsiktiga stöd fart förrän mot mitten av 1990-talet, och antalet hushåll som fick utkomststöd under lång tid stannade varaktigt på en högre nivå än den ursprungliga.

Mätt med flera mätare har välfärden för en majoritet av de finländska barnen förbättrats under de senaste årtiondena. Samtidigt har illamående blivit vanligare hos en del barn och barnfamiljer och problemen har hopat sig hos en liten minoritet. Barnfamiljernas relativa ställning i inkomstfördelningen har försvagats och de har blivit efter den genomsnittliga inkomstutvecklingen. Enligt undersökningar hade två av fem familjer problem med att täcka utgifterna med inkomster, i femtedelen med de lägsta inkomsterna över hälften av familjerna och i ensamförsörjarfamiljer hela två av tre.

Offentliga medel som anvisats för barn och barnfamiljer steg till samma nivå som rådde före lågkonjunkturen först år 2004. Inkomstöverföringar såsom barnbidrag eller stöd för hemvård av barn är inte bundna till index och små höjningar av dem har inte gjorts förrän under de senaste åren. En ond cirkel skapades under 1990-talets lågkonjunktur när det gäller tjänsterna för barn: till följd av besparingar och nedskärningar tunnades den grundläggande servicen för barn ut till innehåll och delvis faktiskt minskade. Den onda cirkeln i Finland bröts inte under tillväxtåren utan kommunerna sparade fortsättningsvis på tjänster för barn och barnfamiljer, på såväl rådgivningsbyråer, skolhälsovården, barndagvården, skolorna som på hemtjänsten. Samtidigt växte andelen specialelever i barndagvården och skolan, antalet klienter inom rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor samt antalet mentalvårdspatienter och antalet klienter inom barnskyddet bland pubertetsungdomar och tonåringar.

Strategiskt mål: säkerställa fungerande tjänster och skäligt utkomstskydd

Av medborgarna har 73 procent förtroende för offentliga socialtjänster. Bland medborgarna hyser 80 procent särskild tilltro till personalens

yrkeskompetens inom socialtjänsterna. Diskussionen om den sociala servicen håller på att bli allt mer kritisk. Medborgarna har förtroende för dagvården som blivit den mest universella delen i socialservicesystemet. Socialarbetarnas rådgivningstjänster och handikappservice väckte också förtroende. Däremot får utkomststödet och hemtjänsten negativ feedback. Det universella hemtjänstsystem som en gång i tiden byggdes upp håller på att vittra sönder. Samtidigt som hemtjänstsystemets förebyggande roll har minskat produceras tjänster alltmer selektivt för endast en del av dem som behöver tjänsten och deras innehåll skärs ned och styckas till olika stödtjänster.

Enligt undersökningar är bristen på tjänster eller avståndet till servicepunkten den största enskilda faktorn som försvårar tillgången till vård när det gäller hälsovårdstjänster. De näst viktigaste orsakerna är bristen på pengar eller misstanke om att vården inte är till någon nytta. Befolkningens tillfredsställelse med hälsovårdssystemets funktionalitet har till vissa delar förbättrats eftersom missnöjet med tillträde till hälsocentralläkarens mottagning har minskat oberoende av inkomstklass eller hemort. I en regional undersökning fanns minst missnöjda i huvudstadsregionen. Däremot hade missnöjet med tillträde till tandläkarmottagningen vid en hälsovårdscentral vuxit, i synnerhet bland de äldsta åldersgrupperna och övre inkomstklasserna. Befolkningen är huvudsakligen nöjd med hälsovårdstjänsterna men upplever att det finns utrymme för förbättringar i detaljer som hänför sig till den dagliga användningen av tjänster.

Medborgarna förefaller se allt mindre motsättningar mellan offentlig och privat sektor. Även om medborgarna är beredda att överlämna mer ansvar för välfärdstjänsterna till den privata sektorn, vill de inte flytta över hela ansvaret för ordnandet av tjänsterna till den privata sektorn. Kvinnor samt förvärvsarbetande och höginkomsttagare skulle vilja öka privata socialtjänster. Skillnaderna i fråga om hälsovårdstjänster är något mindre och mäns och kvinnors åsikter skiljer sig inte från varandra.

Rättvisa anses vara ett centralt värde i den finländska samhällspolitiken och en rättvis allokering av social- och hälsovårdstjänsterna anses vara en viktig förutsättning för ett rättvist genomförande. Vissa av socialtjänsterna riktar sig till sårbara grupper och därmed är de redan i princip positivt diskriminerande. Strukturella faktorer, som hänför sig till socialtjänster och som har betydelse när det gäller användningen av tjänsterna, är tillträde till bedömning av servicebehovet, tillgång till tjänster och klientavgifter som tas ut i samband med användningen.

Mer vikt har lagts vid hälsovårdstjänsterna än socialtjänsterna för att sträva efter en rättvis fördelning av tjänsterna trots att det oberoende av målen finns skillnader som gynnar högre socialgrupper i fråga om kvaliteten i och tillgången till vård, och särskilt sårbara grupper riskerar att bli utan tjänster som de behöver. Enligt undersökningar förverkligas inte målet om behövlig användning helt i den finländska hälso- och sjukvården även om framsteg har gjorts i vissa avseenden.

Sammandrag och framtidens utmaningar vid främjande av välfärd och hälsa

Finländarna är alltså fortfarande tämligen nöjda med sin välfärdsstat och hyser tilltro till dess system. Även finländarnas välfärd och hälsotillstånd har till många delar utvecklats positivt. Den absoluta fattigdomen, arbetslösheten och de ungas användning av alkohol och narkotika har minskat. När man undersöker den finländska välfärden med flera mätare har den uppnått och till och med överstigit den nivå som rådde före lågkonjunkturen i början av 1990-talet.

Trots att utvecklingen av befolkningens välfärd och hälsotillstånd på flera sätt varit positiv har skillnaderna mellan befolkningsgrupper vuxit. Till exempel har skillnaderna i hälsa mellan befolkningsgrupperna ökat också i internationell jämförelse. Arbetslöshet och utslagning från arbetslivet är fortfarande stora problem. Inkomstskillnader och relativ fattigdom växer åter. De regionala skillnaderna i välfärd tycks ha blivit permanenta.

De tre största utmaningarna för främjande av befolkningens välfärd och hälsa är 1) upprätthållande av social- och hälsovårdstjänsternas enhetlighet, 2) verkningarna av samhälleliga förändringar på befolkningens levnadsvanor samt 3) problem som hänför sig till ökade inkomstskillnader och fattigdom.

Särskilda utmaningar och problem är att fetma och sjukdomar med anknytning därtill har blivit vanligare samt skadeverkningar som hänför sig till det ökade bruket av alkohol. Barnfamiljernas försämrade ekonomi och särskilt en försvagad ställning för ensamförsörjarfamiljer samt ökat barnskyddsbehov och en fördjupning av problemen är också oroande. Befolkningens åldrande kräver å sin sida förändringar av servicestrukturen. En av utmaningarna i framtiden är säkerställande av tillgång till personal inom social- och hälsovården som är tillräcklig och har lämplig kompetens. Att finna lösningar på dessa problem är ännu svårare i en ekonomisk konjunkturedgång.

Nyckelord:

folkhälsa, hälsovårdspolitik, hälso- och sjukvårdstjänster,
socialpolitik, socialtrygghet, socialservice, välfärd

SUMMARY

THE SOCIAL AND HEALTH REVIEW OF 2010

■ According to the Act on social and health review (879/2002) that entered into force in 2002, the Ministry of Social Affairs and Health gives every four years a report regarding the population's state of welfare and health and the measures adopted to improve these. The review constitutes supplementary material to the Government Annual Report. The previous review dates from 2006 and, therefore, the present report describes the development and measures from 2006 to 2009. As measures outside the social and health sector have significant impact on the population's welfare and health, the review also discusses the measures other ministries and administrative sectors have adopted to promote the population's health and welfare.

The Social and Health Review of 2010 is structured on the basis of the strategic lines of the Ministry of Social Affairs and Health as follows:

- Health and functional capacity are promoted
- Attraction of working life is increased
- Poverty and social exclusion are diminished
- Efficient services and reasonable income security are secured

Reinforcing gender equality and promoting the wellbeing of families with children play also key roles. The review reports on how welfare and the state of health have developed in the priority action areas for the strategy and describes the key development programmes and measures the Ministry has adopted to respond to challenges in different areas. Key ongoing, or partly completed, important projects in the field of social and health policy include: Policy Programme for Health Promotion, National Development Project for the Social Welfare Field, National Development Plan for Social and Health Services (KASTE Programme), work by the Committee preparing a total reform of social protection, and the Project to Restructure Municipalities and Services (PARAS Project).

Strategic goal: health and functional capacity are promoted

The population's overall state of health has improved during the 2000s, while differences in health between social groups are, in many respects, unchanged. These differences are in mortality, long-term morbidity, perceived health, mental health, biological risk factors for disease, and lifestyle-related determinants of health. There are notable differences in the state of health between men and women and between marital statuses. Health gaps also exist between geographical regions. Differences between social groups are

usually gradual; the higher the level of education, the professional rank, and the level of income and property are, the higher the state of health.

Key factors behind the health gaps between social groups include living conditions and lifestyles, such as alcohol use, smoking, dietary habits, and physical activity. Differences in lifestyles are linked to a number of different kinds of factors, including knowledge of health determinants, traditions, values, and intergenerational inheritance of behavioural models. The recent rapid and deep decrease in the employment rate poses a great challenge for maintaining the population's health and for reducing health differences.

Strategic goal: attraction of working life is increased

There is an extensive network of cooperation in Finland promoting good working conditions. International comparisons indicate that the Finnish working conditions as well as the different sections of occupational safety and health are at a high level internationally. Workplaces have increasingly adopted a principle that highlights the workplaces' own initiatives, and they view occupational health issues and improving the working conditions as management issues more clearly than before. However, this positive change has not affected all the workplaces.

The growth of disability pensions has stabilised in recent years. This trend should help with the great challenges the pension policy is facing, i.e., ageing population, significant increase in pensioners, postponing the average age of retirement, and prolonging working careers. Other challenges for the social security system include reconciliation of work and family life, combating poverty and social exclusion, and curbing the growth pressures for pension expenditure and insurance contributions.

The main objective of the 2005 earnings-related pension reform is to raise the average age of retirement and to adjust the pension scheme to the increasing average life expectancy. The reform also aims at promoting the intergenerational distribution of income by tightening the link between payments and benefits and by levelling the accrual of earnings-related pension contributions.

Strategic goal: poverty and social exclusion are diminished

The relative poverty and child poverty rates have climbed significantly in Finland during the past ten years. In 1994, the relative poverty rate was six per cent and the child poverty rate was four per cent. In 2007, the relative poverty rate had risen to 13.5 per cent and the child poverty rate to 13.8 per cent. In other words, the relative poverty rate has more than doubled and the child poverty rate more than tripled since the mid-1990s.

Although several other indicators also show a decline in persons with poverty and income problems, it is not, however, that the situation of persons still experiencing these problems has improved. Any discussions regarding the poverty rate and the number of poor should also review the depth of poverty and developments in it. There are indications that poverty

and income-related difficulties have become worse among those in Finland that have not found a way out of poverty.

Preliminary information for 2008 indicates that the gross expenditure for social assistance increased by 10 per cent throughout the country compared to current prices the previous year. At the same time the decline that started in 1997 in the number of households receiving social assistance almost stagnated. Also the housing expenses for low-income earners have increased more than their income, which has had a further deteriorating effect on their economy. Before the current recession, the share of short-term social assistance was at the level preceding the previous recession. The growth trend of long-term social assistance accelerated, however, only in the mid-1990s, and the number of persons receiving social assistance on a long-term basis has remained at a higher level.

Several indicators show that in recent decades the welfare of a majority of children in Finland has improved. At the same time, ill health among some children and families has become more common and for a small minority the problems have accumulated. The relative status of families with children in income distribution got poorer, and these families have been left behind the average income development. Studies show that two out of five families had difficulties in meeting their expenses, while the same applied to as much as two thirds of families and single-parent households in the lowest fifth in terms of income.

Public funds targeted at children and families reached the level preceding the previous recession as late as 2004. Current payments, such as child allowance and home care allowance, are not index-bound, and only minor increases have been introduced to these in recent years. The 1990s recession created a vicious cycle in child services: belt-tightening and cuts led to a qualitative, and partly even a quantitative, decrease in basic services for children. This vicious cycle was not dismantled during the years of economic growth in Finland; instead, local governments retrenched further their services for children and families in mother and child welfare clinics, school health care, child daycare, schools, and home care. The same period saw increases in the share of special-needs children in daycare and schools, the number of clients in child guidance and family counselling, and in the number of mental health patients and child welfare clients among adolescents.

Strategic goal: efficient services and reasonable income security are secured

73 per cent of the Finnish citizens still trust the public social services. The professional skills of the social service staff, specifically, are trusted by 80 per cent of the citizens. The debate on social services is, however, becoming increasingly critical. People trust child daycare services, the most universal part of the social service system. Also guidance services provided by social workers and social services for persons with disabilities still inspire

confidence. Social assistance and home-help services, however, receive a lot of critical feedback. The system of home-help services, designed to be universal, is disintegrating. As the preventive role of home-help services has diminished, home service provision has become more and more selective, service contents are being reduced, and services are demerged into various kinds of support services.

In case of health services, lack of services or distance to them is, according to studies, the most important single factor impeding access to care. The next most important factors are lack of money or doubts about the efficiency of care. People have, in some respects, become more content with the health service system; dissatisfaction in access to health centre physician has decreased irrespective of income level or municipality of residence. In regional terms, the lowest levels of discontent are in the Greater Helsinki Area. Discontent has, however, increased with regard to access to health centre dentist especially among older age groups and higher income levels. People are also mainly content with health services, while they see room for improvement in the everyday use of services.

People seem to perceive increasingly less confrontation between the public and private sectors. Although people are prepared to give the private sector more responsibility in welfare services, they are unwilling to see the main responsibility for service provision transferred to the private sector. Women, wage earners, and high-income earners would like to see more private social services. The differences are smaller for health services, and there is little difference between men and women.

Equity is considered a central value in the Finnish health and social policy, and the equal allocation of social and health services has, for a long time, been an important prerequisite for the realisation of equity. Some social services are targeted at vulnerable groups and, therefore, constitute, by definition, positive discrimination. Structural factors that affect the use of social services include access to service needs assessment, access to services, and client fees.

There is a stronger emphasis on the goal of equity in health services than social services. However, despite the objectives, there are gaps in quality of care and access to services that favour higher social groups, and especially vulnerable groups are in danger of not getting the services they need. Studies show that the goal of needs-based use is not fully realised in the Finnish health system, although some progress has taken place.

Summary and future challenges for the promotion of welfare and health

The Finnish are, still, quite content with the Finnish welfare state and they have confidence in its social and health care systems. Also the population's state of welfare and health has, in many respects, developed in a positive direction. Absolute poverty, unemployment, and alcohol and drug use among

young people have decreased. Many indicators show that the Finnish welfare has reached and even surpassed the level preceding the 1990s recession.

While the population's state of welfare and health has, in many ways, developed in a positive direction, differences between population groups have grown. For example, health gaps between population groups have become wider even in international comparison. Unemployment and marginalisation from working life are still great problems. Income gaps and relative poverty have taken an upswing. Regional welfare gaps seemed to have become permanent.

The three major challenges for the promotion of population welfare and health are 1) maintaining the unity of social and health services, 2) impact of social changes on the population's lifestyles, and 3) problems related to the growing income gap and poverty.

Specific challenges and problems are the increasing prevalence of obesity and related diseases and the harm caused by the increasing consumption of alcohol. It is also of concern that the economies of families with children are tightening, the situation of single-parent households especially is getting worse, and that the need for child welfare measures is increasing and the problems are becoming worse. The ageing population in its turn necessitates restructuring of services. Another future challenge is how to secure the availability of a sufficient social and health service staff that has the appropriate professional skills. Unlocking these problems is increasingly difficult in the current economic recession.

Key words:

**health policy, health services, public health, social policy,
social security, social services, welfare**

Sisällys

Alkusanat	21
1 Sosiaali- ja terveystieteiden 23	23
toimintaympäristön muutostekijät..... 23	23
1.1 Sosiaali- ja terveysministeriön strategiset linjaukset..... 23	23
1.2 Strategian toimeenpano	24
2 Suomalaisen hyvinvoinnin ja terveydentilan viimeaikainen kehitys..... 26	26
3 Edistetään terveyttä ja toimintakykyä – painopistealueen viimeaikainen kehitys ja siihen kohdistuneet toimenpiteet..... 29	29
3.1 Lihavuuden ja alkoholin käytön yleistyminen synkentävät myönteistä kehitystä elintavoissa ja terveydessä..... 29	29
3.2 Perinteiset kansantaudit vähenemässä, uudet terveysongelmat kasvussa	35
3.3 Valtakunnalliset ohjelmat ja muut keskeiset toimenpiteet..... 41	41
4 Lisätään työelämän vetovoimaa – painopistealueen viimeaikainen kehitys ja siihen kohdistuneet toimenpiteet..... 45	45
4.1 Verkostoyhteistyötä työolojen kehittämiseksi..... 45	45
4.2 Eläkepolitiikassa vaikeita kysymyksiä ratkottavana..... 49	49
4.3 Sairausvakuutuksen uudistuksilla parannettu vanhempainetuksia ja -vapaita..... 51	51
4.4 Valtakunnalliset ohjelmat ja muut keskeiset toimenpiteet	52
5 Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä – painopistealueen viimeaikainen kehitys ja siihen kohdistuneet toimenpiteet 58	58
5.1 Työttömyysturva uudistunut..... 59	59
5.2 Lapsiperheiden suhteellinen asema heikentynyt..... 61	61
5.3 Päihteisiin liittyvä palveluiden tarve kasvussa..... 63	63
5.4 Valtakunnalliset ohjelmat ja muut keskeiset toimenpiteet..... 65	65
6 Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva – painopistealueen viimeaikainen kehitys ja siihen kohdistuneet toimenpiteet 67	67
6.1 Sosiaali- ja terveyspalvelut..... 68	68
6.1.1 Varhaiskasvatuksen järjestäminen monimuotoistuu..... 70	70
6.1.2 Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa vaikeuksia..... 72	72
6.1.3 Lastensuojelulasten määrä kasvaa ja ongelmat syvenevät..... 74	74
6.1.4 Vammaisten ihmisten palvelut valtavirtaistuvat..... 75	75
6.1.5 Ikääntyneiden avohoito yleistyy	77
6.1.6 Erikoissairaanhoidon uusia toimintamalleja..... 79	79
6.1.7 Mielenterveyspalveluissa suuntaus edelleen avohoitoon..... 80	80
6.1.8 Suun terveydenhuollon palvelujen tarve ja tarjonta eivät kohtaa	81
6.1.9 Kuntoutus kytkeytynyt vajavaisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin..... 82	82
6.1.10 Apuvälineiden saatavuuden perusteet yhtenäisemmiksi	83

6.1.11 Työterveyshuollon palvelutuottajat muutoksessa.....	84
6.1.12 Lääkekustannusten kasvua hillitty.....	85
6.1.13 Potilasturvallisuus maailmanlaajuisesti kehittämiskohteeksi.....	86
6.1.14 Ympäristöterveydenhuollossa kemikaalilainsäädäntö uudistunut ja kemikaalivirasto perustettu.....	87
6.1.15 Yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarjonta kasvussa.....	88
6.2 Valtakunnalliset ohjelmat ja muut keskeiset toimenpiteet.....	89
7 Henkilöstön määrän kasvusta huolimatta vajeita kaikissa ammattiryhmissä	96
8 Sukupuolten välistä tasa-arvoa edistetty kaikilla elämäalueilla.....	101
9 Sosiaalimenot kasvavat lamavuosina.....	105
10 Muiden hallinnonalojen keskeiset toimenpiteet väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ministeriöittäin.....	110
10.1 Liikenne- ja viestintäministeriö – joukkoliikenteen ja asiointiliikenteen turvaaminen.....	110
10.2 Maa- ja metsätalousministeriö – elintarviketurvallisuutta ja maaseutupolitiikan kehittämistä.....	111
10.3 Oikeusministeriö – perhe- ja rikosoikeuden alan lainsäädännön kehittämistä.....	114
10.4 Opetusministeriö – mahdollisuus tasa-arvoiseen koulutukseen	118
10.5 Puolustusministeriö – varusmiespalvelus painottaa entistä enemmän hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä	126
10.6 Sisäasiainministeriö – syrjäytymisen lisääntyminen keskeinen turvallisuushaaste.....	130
10.7 Työ- ja elinkeinoministeriö – sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjät todellista työvoimareserviä.....	133
10.8 Ulkoasiainministeriö – matkustusturvallisuuden varautumista ja kehityspolitiikan toteuttamista.....	139
10.9 Valtiovarainministeriö – perustalveluohjelmalla tärkeä rooli valtion ja kuntien välisessä tehtävänjaossa	142
10.10 Ympäristöministeriö – toimenpiteitä erityisryhmien asunto-olojen parantamiseksi.....	147
11 Euroopan unionin toimet terveys-, sosiaali- ja vakuutusasioissa vuoden 2006 jälkeen.....	151
11.1 Yleiset näkökohdat	151
11.2 Euroopan unionin Lissabonin prosessi ja sosiaalinen toimintaohjelma.....	158
12 Tulevaisuuden haasteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä	163
12.1 Sosiaali- ja terveystalveluksen valmistelusta vastannut työryhmä..	167
12.2 Sosiaali- ja terveystalveluksen tuottamiseen osallistuneet asiantuntijat.....	167
Kirjallisuus	168
Kuvioluettelo.....	177
Taulukkuuettelo.....	177
LIITE I.	178

ALKUSANAT

■ Vuonna 2002 voimaan tulleen sosiaali- ja terveystietokertomuksesta annetun lain (879/2002) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö antaa neljän vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä koskevan sosiaali- ja terveystietokertomuksen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona. Edellinen kertomus on vuodelta 2006, joten tässä kertomuksessa kuvataan pääosin vuosien 2006–2009 kehitystä ja toimenpiteitä.

Sosiaali- ja terveystietokertomusta koskevan lain mukaan sosiaali- ja terveysministeriö kokoaa sosiaali- ja terveystietokertomuksen sen jälkeen, kun siihen on saatu muilta ministeriöiltä tarpeelliset tiedot. Muita hallinnonaloja koskeva osuus toteutettiin vuoden 2010 kertomuksen osalta sosiaali- ja terveysministeriön järjestämien työkokousten sarjalla. Työkokouksissa muut ministeriöt esittelivät keskeisimpinä pitämiään toimia, jotka liittyivät sosiaali- ja terveysministeriön alaan. Ministeriöiltä myös pyydettiin kirjallinen kuvaus näistä toimista. Tältä osin kertomus kuvaa sitä, miten muut hallinnonalat ovat vastanneet väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä.

Sosiaali- ja terveystietopolitiikan merkitys yhteiskunnan yhtenäisyyden perustana on tunnustettu. Suomalaiset ovat edelleen varsin tyytyväisiä hyvinvointivaltioonsa ja luottavat sen järjestelmiin. Haasteitamme ovat väestön ikääntyminen, talouden ja työllisyyden kehitys, sosiaaliturvan rahoituksen kestävyys, sosiaali- ja terveystietopalvelujen saatavuus ja laatu, henkilöstön riittävyys, kasvavat hyvinvointierot ja köyhyys sekä alueellinen kehitys.

Suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tila on monelta osin myönteinen. Suomalaisten hyvinvointi on kokonaisuutena kehittynyt positiivisesti, mutta väestöryhmittäiset erot ovat kasvaneet. Suomalaisten terveys on kohentunut ja elintaso parantunut. Absoluuttinen köyhyys, työttömyys ja nuorten päihteiden käyttö ovat vähentyneet. Monella mittarilla tarkasteltuna suomalaisten hyvinvointi on saavuttanut ja ylittänytkin 1990-luvun alun lamaa edeltävän tason.

Monessa suhteessa Suomi on nyt erilainen yhteiskunta kuin ennen 1990-luvun lamaa. Työttömyys ja työelämästä syrjäytyminen ovat edelleen suuria ongelmia. Sosioekonomiset terveyserot ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna suuret, ja ne ovat kasvaneet edelleen. Tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat jälleen kasvussa. Alueelliset hyvinvointierot näyttävät muuttuneen pysyviksi.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kolme suurinta haastetta ovat sosiaali- ja terveystietopalvelujen eheyden ylläpitäminen, yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset väestön elintapoihin sekä tuloerojen kasvuun ja köyhyyteen liittyvät ongelmat. Tässä kertomuksessa esiin nousi seuraavia erityisiä ongelmakohtia: 1) lihavuuden yleistymisen ja siihen liittyvi-

en kansantautien kasvu 2) alkoholin kulutuksen kasvuun liittyvät haitat ja erityisesti naisten lisääntyvä alkoholinkäyttö, joka vaatii päihdepalveluilta uusia ratkaisuja 3) lapsiperheiden talouden kiristyminen ja erityisesti yksinhuoltajaperheiden aseman heikkeneminen 4) lastensuojelutarpeen kasvu ja ongelmien syveneminen 5) sosiaali- ja terveyspalveluiden kysynnän kasvu ja sen edellyttämät muutokset palvelurakenteessa erityisesti ikääntyneiden palveluissa 6) sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tarve ja saatavuus sekä kunnallisella että yksityisellä sektorilla. Talouden taantuma vaikeuttaa näihin haasteisiin vastaamista entisestään. Tarvitsemme kaikkien hallinnonalojen yhteistyötä aiempaa enemmän.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt ja osin jo toteuttanut kertomuskaudella merkittäviä sosiaali- ja terveystaloudellisia hankkeita. Näitä ovat kansallinen terveydenhuoltohanke (hoitotakuu-uudistus), kansallinen sosiaalialan kehittämishanke, vuosille 2008–2011 ajoittuva sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste sekä vuosille 2007–2009 ajoittunut sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmisteleva Sata-komitea. Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras) uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita.

Tämä sosiaali- ja terveyskertomus on jäsennelty sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön strategiset linjaukset ovat:

- Edistetään terveyttä ja toimintakykyä
- Lisätään työelämän vetovoimaa
- Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä
- Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Tasa-arvon vahvistaminen ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen ovat myös olennainen osa toimintaa.

Kertomuksessa raportoidaan hyvinvoinnin ja terveyden tilan kehittymisestä strategian painopistealueilla. Luvuissa kuvataan tämänhetkinen tilanne, ongelmat kullakin painoalueella sekä millä keskeisillä kehittämisohjelmilla ja toimenpiteillä ministeriö vastaa eri alueiden haasteisiin.

Kansliapäällikkö Kari Välimäki
Sosiaali- ja terveysministeriö

I SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIIKAN TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOSTEKIJÄT

■ Kansalliseen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan vaikuttavat yhä vahvemmin kansallisvaltioiden ulkopuoliset muutosvoimat. Merkittävimpiä toimintaympäristön muutoksia ovat globalisoituminen, teknologisen kehityksen kiihtyminen ja Euroopan integraatio. Ne kaikki liittyvät toisiinsa. Vuonna 2008 alkaneen maailmanlaajuisen taloustaantumun myötä kokonaistuotanto on supistunut jyrkästi myös Suomessa, sillä Suomi on hyvin riippuvainen viennistä. Vaikka talous kääntyisikin nousuun, työttömyys jatkaa kasvuaan vielä senkin jälkeen ja vaikutukset heijastuvat pitkälle lähivuosiin (ks. tarkemmin talouden kehityksestä valtiovarainministeriön osuudessa luvussa 10). Taloustaantuma voi heikentää sosiaaliturvan rahoitusmahdollisuuksia jopa pitkällä aikavälillä. Ilmastonmuutos on noussut viime vuosina korostetusti yhdeksi merkittävimmistä globaaleista haasteista.

Maan sisäisistä muutostekijöistä merkittävin on väestön ikärakenteen muuttuminen. Sosiaalimenot kasvavat tuntuvasti, kun eläkemenot ja sosiaali- ja terveyspalvelumenot kasvavat. Samanaikaisesti työikäinen väestö vähenee, mikä heikentää kansantalouden kasvumahdollisuuksia ja sen myötä sosiaaliturvan rahoitus pohjaa. Muita muutostekijöitä ovat köyhyys ja syrjäytyminen, kansanterveyden kehitys ja elinympäristön muutos, julkinen talous sekä aluekehitys ja kaupungistuminen.

Suomen väestönkasvu hidastuu, mutta pysyy positiivisena vuoteen 2040 saakka. Väestön ikärakenne painottuu koko ajan vanhempiin ikäryhmiin. Lähivuosina ikääntyminen on Suomessa nopeinta Euroopan unionin maista.

I.1 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN STRATEGISET LINJAUKSET

Sosiaali- ja terveyspolitiikka vastaa toimintaympäristön muutostekijöihin. Tavoitteena on, että väestön toimintakyky ja sosiaalinen hyvinvointi parantuvat, väestöryhmien väliset terveyserot kaventuvat, työssäoloaika pitenee keskimäärin kolmella vuodella, köyhyys ja syrjäytyminen vähenevät, sukupuolten tasa-arvo vahvistuu, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulma vakiintuu yhteiskuntapolitiikassa, palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus paranevat, toimeentuloturva takaa kohtuullisen toimeentulon ja kannustaa työhön sekä että sosiaaliturvan kestävä rahoitus perustuu yhteisvastuuseen, jota omavastuu täydentää.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähivuosisikymmenen suunta on kiteytetty neljään strategiseen linjaukseen:

- Edistetään terveyttä ja toimintakykyä
- Lisätään työelämän vetovoimaa
- Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä
- Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Lähtökohtana on parantaa ihmisten terveyttä ja toimintakykyä. Kun työelämän vetovoimaa lisätään, kasvaa työhön osallistuminen. Samalla vahvistetaan työn merkitystä sosiaaliturvan perustana. Hyvinvointiyhteiskunnan vastuulla on toisaalta huolehtia siitä, että ihmisillä on kohtuullinen toimeentulo ja että pidetään huolta heistä, jotka ovat syrjäytymässä tai jo syrjäytyneet yhteiskunnasta. Yhtä tärkeää on varmistaa sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus. Näillä tekijöillä voidaan vahvistaa yhteiskunnan kiinteyttä, ihmisten osallisuutta ja hyvinvointia.

1.2 STRATEGIAN TOIMEENPANO

Matti Vanhasen I ja II hallituksen sosiaali- ja terveyspoliittisina painopisteinä ovat olleet laajat ohjelmakokonaisuudet, sosiaaliturvajärjestelmän uudistaminen, työhön kannustavuuden vahvistaminen, sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteelliset uudistukset sekä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan virastojen ja laitosten uudelleen organisointi. Aluehallinnon uudistus koskee myös muita sektoreita.

Merkittävimpiä ohjelmia ovat olleet kansallinen terveydenhuoltohanke (hoitotakuu-uudistus), sosiaalialan kehittämishanke sekä vuosille 2008–2011 ajoittuva sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste. Sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmisteleva Sata-komitea sai työnsä päätökseen vuoden 2009 loppuun mennessä. Komitean työn kuluessa on tehty päätöksiä, joilla kohennetaan pienituloisimpien asemaa sekä lisätään sosiaaliturvan kannustavuutta. Laajan kunta- ja palvelurakenneuudistuksen (Paras-hanke) tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita, jotta palvelujen saatavuus maan eri osissa voidaan turvata väestön ikääntyessä.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmalla ja Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmalla tuetaan väestön terveyttä ja toimintakykyä. Alkoholiohjelma kohdistuu alkoholihaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen kohdistuvan MASTO-hankkeen kohderyhmänä on työikäinen väestö. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeen tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistumiskykyä. Työelämän vetovoimaa on vahvistettu työhyvinvointia ja työterveydenhuoltoa koskeneilla uudistuksilla ja kehittämistyöllä. Sosiaaliturvan kestävää rahoitusta on parannettu uudistamalla eläkejärjestelmää (vuoden 2005 eläke-

reformin toimeenpano), rahastoimalla tuleviin eläkkeisiin ja uudistamalla sosiaaliturvaa ja verotusta työntekoon kannustavalla tavalla.

Hallinnon rakenteiden uudistamisen tavoitteena on ollut, että valtion keskus- ja aluehallinto vastaisivat paremmin toimintaympäristön muutokseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto aloittivat toimintansa 1.1.2009. Uuden Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen toiminta käynnistyi Kuopiossa 1.11.2009. Laaja aluehallinnon uudistus tuli voimaan vuoden 2010 alusta.

2 SUOMALAISTEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN TILAN VIIMEAIKAINEN KEHITYS

■ Bruttokansantuotteen ja varallisuuden mukaan tarkasteltuna Suomi on vauraampi kuin koskaan. Vaikka väestö keskimäärin vaurastuu, taloudellinen hyvinvointi jakaantuu entistä epätasaisemmin. Tuloerot ovat 1970-luvun alkupuolen tasolla, sillä nopeimmin ovat kasvaneet suurituloisimpien tulot ja varallisuus. Pienituloistenkin reaalitytulot ja ostovoima ovat kasvaneet, mutta huomattavasti vähemmän kuin keskituloisten. Tulonjaossa tämä kehitys on ollut nähtävissä tuloerojen kasvuna. Tuloerojen aiempi kasvu tasaantui 2000-luvun alkupuolella, mutta viime vuosina tuloerot ovat jälleen kasvaneet.

Kun Suomea vertaillaan muihin kehittyneisiin teollisuusmaihin, sijoitumme taloudellisiin ja sosiaalisiin indikaattoreihin¹ perustuvassa tarkastelussa kuitenkin edelleen sangen hyvin. Muihin teollisuusmaihin verrattuna suomalainen elintaso, tasa-arvo ja sosiaalinen koheesio ovat hyvää tasoa. Kansantuote asukasta kohden on Suomessa teollisuusmaiden keskiarvoa korkeampi, mutta alempi kuin vanhojen EU-maiden keskiarvo. *Itsenäistä toimeentuloa* kuvaavilla indikaattoreilla Suomi sijoittuu sekä hyvin että huonosti. Työllisyysaste on keskitasoa sekä suhteessa teollisuusmaihin että EU-maihin, mutta Suomen työttömyysaste on kansainvälisesti korkea. Sen sijaan koulutuksen ja koululaisten tietotason suhteen Suomi sijoittuu molempien keskiarvojen yläpuolelle.

Tasa-arvoa mittaavilla indikaattoreilla Suomi puolestaan on selvästi kärkikastia niin teollisuusmaissa kuin EU:ssa. Suomessa tuloerot ovat pienet sekä suhteellinen köyhyys- ja lapsiköyhyysaste alhainen. Vaikka Suomi menestyy tasa-arvon kansainvälisissä vertailuissa monissa suhteissa hyvin, selvänä poikkeuksena on sukupuolten välinen epätasa-arvo palkoissa. Naisten ja miesten väliset palkkaerot ovat Suomessa EU:n keskiarvoeroa huomattavasti suuremmat.

Sosiaalista koheesiota mittaavien indikaattorien mukaan tarkasteltuna Suomen sijoitus vaihtelee indikaattorin mukaan. Suomalaisten luottamus sekä toisiinsa että poliittisiin päättäjiin on kansainvälisesti tarkasteltuna korkea, etenkin suhteessa teollisuusmaiden keskiarvoon. Samoin asukaslukuun suhteutettujen vankien määrä ja liikennekuolemat ovat Suomessa vähäisiä verrattuna teollisuusmaihin tai EU:iin. Sen sijaan itsemurhien määrä on Suomessa huomattavasti näitä maita korkeampi.

Väestön *terveyttä* kuvaavilla indikaattoreilla tarkasteltuna Suomi sijoittuu niin ikään kohtalaisen hyvin. Suomi on vertailun kärkikastissa alhaisen imeväiskuolleisuusasteen perusteella, mutta elinajanodote ja kuolleisuuse-

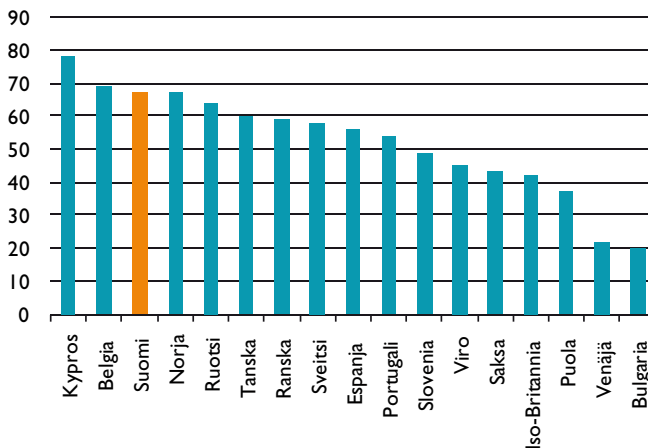
¹ OECD ryhmittelee sosiaaliset indikaattorit neljään alueeseen, jotka ovat itsenäinen toimeentulo, tasa-arvo, sosiaalinen koheesio ja terveys.

rot vievät Suomen keskiryhmään niin suhteessa teollisuusmaihin kuin EU-maihin. Sen sijaan syntyvyyttä kuvaava kokonaishedelmällisyysaste on Suomessa korkeampi kuin teollisuusmaissa tai EU:ssa keskimäärin.

Suomalaisten työkyky on edelleen yleisesti ottaen hyvä. Valtaosa työntekijöistä ilmoittaa jaksavansa hyvin. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä ei ole enää viime vuosina kasvanut. Työttömyysaste laski vuoden 2000 alun 10,6 prosentista vuoden 2008 lopun 6,1 prosenttiin mutta 2009 alusta lähtien työttömyys on kääntynyt jälleen kiihtyvään kasvuun ja työllisyys laskee. Ennusteiden mukaan työttömyysaste nousee noin 10 prosenttiin vuonna 2010, ja työllisyysaste laskee noin 66 prosenttiin.

Suomalaiset luottavat edelleen julkisen sektorin vahvaan rooliin sosiaaliturvan tuottamisessa ja he haluavat julkisen sektorin vastaavan sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta myös tulevaisuudessa. Eurooppalaisessa vertailussa Suomi ja muut pohjoismaat (myös Belgia ja Kypros), erottuvat tarkastelussa, jossa kansalaisia on pyydetty arvioimaan, turvaavatko sosiaaliturva ja palvelut tasa-arvoisemman yhteiskunnan.

KUVIO 1. POHJOISMAISSA KANSALAISET LUOTTAVAT SOSIAALITURVAN JA PALVELUIDEN TAKAAVAN TASA-ARVOISEMMAN YHTEISKUNNAN.



Lähde: Kysymys: Sosiaalietuuksilla ja palveluilla turvataan tasa-arvoisempi yhteiskunta?, European Social Survey 2008.

Vaikka sosiaaliturvan tasoa pitää sopivana noin puolet suomalaisista, on sosiaaliturvan tason arvostelu liian matalaksi edelleen lisääntynyt kansalaisten keskuudessa. Mielenkiintoinen havainto on, että korkeatuloiset näkevät huomattavasti aiempaa useammin sosiaaliturvan tason liian alhaisena. Eniten sosiaaliturvan tasoa kritisoivat kuitenkin naiset, iäkkäät, yksinhuoltajat, työttömät, työkyvyttömät ja pieni- ja keskituloiset kansalaiset.

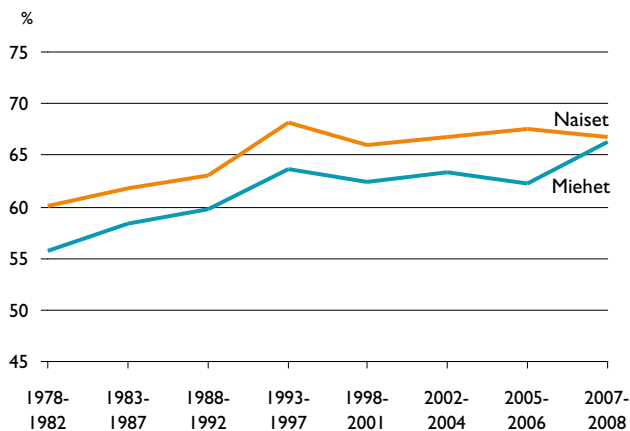
Kansalaiset eivät vaadi verotuksen alentamista vaan päinvastoin sietävät verotusta varsin hyvin. He ovat valmiita jopa nykyistä kireämpään verotukseen, jos se merkitsee parempaa sosiaaliturvaa. Myös tässä eri yhteiskuntaryhmien mielipiteet verotuksesta ovat varsin yhdenmukaiset.

Suomalaisten elinaika on pidentynyt edelleen. Vuonna 2007 oli naisten keskimääräinen elinaika 82,9 vuotta ja miesten 75,8 vuotta. Keskimääräi-

nen elinaika on nykyään melko pitkä verrattuna Euroopan muihin maihin. Pitkäikäisyyden yleistymisen edellyttää varautumista toimintakykyä ylläpitäviin toimiin sekä palvelutarpeen kasvuun.

Työikäisten koettu terveys koheni selvästi 1990-luvun puoliväliin saakka, mutta sen jälkeen koettu terveys on muuttunut vähän (Kuvio 2). Noin kaksi kolmasosaa työikäisistä arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Työikäiset naiset arvioivat terveytensä hieman paremmaksi kuin miehet 2000-luvun puoliväliin asti, mutta vuosina 2007–2008 terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien miesten osuus nousi naisten tasolle. Iän myötä koettu terveys heikkenee. Alle 45-vuotiaiden koettu terveys on pysynyt kutakuinkin ennallaan viimeisten 20 vuoden aikana, mutta sekä 45–64-vuotiaiden miesten että samanikäisten naisten koettu terveys on parantunut melko tasaisesti.

KUVIO 2. TYÖIKÄISISTÄ NAISISTA JA MIEHISTÄ KAKSI KOLMASOSAA ON KOKENUT TERVEYTENSÄ HYVÄKSI TAI MELKO HYVÄKSI.



Lähde: Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus sukupuolen mukaan 1978-2008 (% 25-64-vuotiaista, ikävakioitu), Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK), THL 2009.

3 EDISTETÄÄN TERVEYTTÄ JA TOIMINTAKYKYÄ – PAINOPISTEALUEEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS JA SIIHEN KOHDISTUNEET TOIMENPITEET

■ Väestön terveydentila kokonaisuutena on 2000-luvulla kohentunut. Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat kuitenkin pysyneet monelta osin ennallaan. Sosiaaliryhmien välillä on eroja kuolleisuudessa, pitkäaikaissairastavuudessa, koetussa terveydessä, mielenterveydessä, sairauksien biologisissa riskitekijöissä ja terveyteen vaikuttavissa elintavoissa. Myös miesten ja naisten sekä siviilisäätyn väliset erot terveydessä ovat huomattavia. Terveyseroja on lisäksi maantieteellisten alueiden välillä. Sosiaaliryhmien väliset erot ilmenevät yleensä asteittaisina siten, että terveydentila on sitä parempi mitä koulutetumpia ja mitä korkeammalla ammatillisessa arvoasteikossa henkilöt ovat ja mitä suuremmat heidän tulonsa ja varallisuutensa ovat.

Sosiaaliryhmien välisten terveyserojen tärkeimmät syyt ovat elinoloissa ja elintavoissa, kuten alkoholinkäytössä, tupakoinnissa, ravitsemuksessa ja liikunnassa. Elintapojen erot kytkeytyvät monenlaisiin seikkoihin kuten henkilöiden tietämykseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä, perinteisiin, arvoihin ja sukupolvelta toiselle siirtyviin käyttäytymismalleihin. Viimeaikainen työllisyystilanteen nopea ja voimakas heikkeneminen aiheuttaa suuren haasteen väestön terveyden ylläpitämiselle ja terveyserojen vähentämiselle.

3.1 LIHAVUUDEN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN YLEISTYMINEN SYNKENTÄVÄT MYÖNTEISTÄ KEHITYSTÄ ELINTAVOISSA JA TERVEYDESSÄ

Lihavuus

Energian liiallinen saanti ravinnossa suhteessa kulutukseen ja siitä aiheutuva lihominen on yksi suomalaisten terveyttä eniten uhkaavista tekijöistä. Lihavuuteen ja erityisesti vatsanseudulle kertyvään rasvaan liittyviä sairauksia ovat kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, sepelvaltimotauti, tyyppin 2 diabetes, uniapnea, nivelrikko ja eräät syöpätyypit.

Tällä hetkellä lähes 70 prosenttia työikäisistä miehistä ja 50 prosenttia työikäisistä naisista ovat vähintään lievästi lihavia (painoindeksi ≥ 25 kg/m²). Molemmista sukupuolista merkittävästi lihavia on joka viides (painoindeksi ≥ 30 kg/m²). Suomessa on muihin Pohjoismaihin verrattuna eniten lihavia aikuisia. Erityisen huolestuttavaa on lasten ja nuorten lihavuuden yleistyminen. Ylipainoisten nuorten määrä on kolminkertaistunut viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana.

Lihavuuden yleisyys vaihtelee alueittain ja sosiaaliryhmittäin. Vähiten koulutetut ovat keskimäärin lihavampia kuin hyvin koulutetut. Erityisen selvästi erot ovat havaittavissa naisissa. Suurimmissa kaupungeissa lihavien määrä on pienempi kuin kaupunkien ulkopuolella, mutta vyötärölihavuus on yleisintä Länsi-Suomessa ja harvinaisinta Pohjois-Suomessa.

Valtioneuvosto asetti vuonna 2008 periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Tavoitteena on, että terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrä ja ravitsemussuositusten mukaisesti syövien määrä kasvaa, ylipaino ja lihavuus sekä muut ravintoon ja riittämättömään liikuntaan liittyvät terveyshaitat vähenevät ja että erityisesti huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ruoka- ja liikuntatottumukset muuttuvat nykyistä terveellisimmiksi (*ks. myös puolustusministeriön toimenpiteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja liikunnan lisäämiseksi luvussa 10*).

Ravinto

Väestön rasvojen käyttö on edelleen vähentynyt ja vaihtunut osittain kovista rasvoista pehmeisiin. Kasvisten käyttö on kuitenkin edelleen liian vähäistä. Myöskään D-vitamiinin saanti ei edelleen ole riittävä huolimatta vuonna 2003 voimaan astuneesta nestemäisten maitojen ja rasvaviljojen D-vitamiinoinnista. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan asiantuntijaryhmä selvittääkin parhaillaan, minkälaisilla uusilla elintarvikkeiden täydentämistoimilla D-vitamiinin saantia voitaisiin edelleen parantaa. Myös lasten D-vitamiinin annosteluohjeistusta uudistetaan parhaillaan (*ks. lisää tästä aiheesta maa- ja metsätalousministeriön toimenpiteistä luvussa 10*).

Suolan käyttö on vähentynyt jatkuvasti viimeisten vuosikymmenien aikana, mutta nyt tilanne näyttää tasaantuneen. Vuonna 2007 EU-lainsäädäntö pakotti Suomen hylkäämään aikaisemmat vähäsuolaisten elintarvikkeiden suolapitoisuuksien rajat, mutta vuonna 2008 astuivat voimaan kansalliset säädökset ”vähemmän suolaa” sisältävistä elintarvikkeista. Samaan aikaan alennettiin normaalisuolaisten elintarvikkeiden maksimaalista suolapitoisuutta eli elintarvikkeita ryhdyttiin ilmoittamaan jo aiempaa matalamman suolatason perusteella runsassuolaisiksi.

Sosioekonomiset erot rasvan ja kasvisten käytössä ovat kaventuneet, mutta hyvin koulutettujen henkilöiden ruokatottumukset ovat edelleen lähempänä suosituksia kuin muiden. Samoin naisten ruokatottumukset ovat terveellisemmät ja ylipainoisuuden lisääntyminen hitaampaa kuin miesten. Nuorten aikuisten keskuudessa napostelukulttuuri ja sokeripitoisten elintarvikkeiden käyttö on yleisempää kuin varttuneiden. Myös lapset saavat liikaa suolaa ja sokeria.

Päiväkotilasten ravinto on osoittautunut terveellisemmäksi kuin kotona hoidettujen. Kouluruokailussa sen sijaan on paljon eroja. Osa kouluista käyttää kouluruokaan riittävästi varoja ja ne tarjoavat vain terveellisiä välipaloja, mutta osa kouluista on varannut ruokaan liian niukan budjetin. Jos koulussa ei ole poistumisääntöä, nuoret ostavat epäterveellisiä välipaloja lähikau-

poista. Läheskään kaikki koulut eivät ole ottaneet huomioon vuonna 2007 annettua suositusta olla tarjoamatta makeisia tai sokeripitoisia juomia.

Suomalaisten ruokavalio on muuttunut yhä enemmän nestemäiseksi. Virvoitusjuomien, mehujen ja alkoholijuomien kulutus kasvaa. Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisikin vuonna 2008 juomasuosituksen sekä asiantuntijoille raporttina että vuonna 2009 internet-sivuston kansalaisille.

Liikunta

Miehistä ja naisista vain noin kolmasosa liikkuu vapaa-ajallaan terveytensä kannalta riittävästi. Osuus ei ole muuttunut 2000-luvun aikana merkittävästi. Vähiten vapaa-ajallaan liikuntaa harrastavat 35–44-vuotiaat miehet ja 25–44-vuotiaat naiset. Ahkeria vapaa-ajallaan liikkuja ovat 15–24-vuotiaat ja lähellä eläkeikää olevat. Liikuntaa harrastavien osuus eläkeläisistä on pysynyt hyväenteisenä ja samansuuruisena 2000-luvulla: kaksi kolmesta eläkeikäisestä harrastaa kävelyä ainakin neljä kertaa viikossa puoli tuntia kerrallaan. Nuorten vapaa-ajan liikunta on yleistynyt, mutta silti noin kolmannes nuorista ei liiku terveytensä kannalta riittävästi.

Vapaa-ajan liikunta on parin viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Korkeimmin koulutetut harrastavat vapaa-ajan liikuntaa useammin kuin vähiten koulutetut. Kuitenkin vähän koulutetut miehet harrastavat hyötyliikuntaa (puutarhanhoito, kalastus, marjastus jne.) jonkin verran enemmän kuin paremmin koulutetut miehet. Huonosti koulussa menestyvät nuoret harrastavat muita nuoria vähemmän vapaa-ajan liikuntaa ja ammattikoululaiset vähemmän kuin lukiolaiset. Naiset harrastavat liikuntaa hieman useammin kuin miehet.

Tupakointi

Työikäisen aikuisväestön tupakointi on vuoden 2005 jälkeen ollut lievässä laskussa. Nykyisin noin 18 prosenttia naisista ja 24 prosenttia miehistä tupakoi päivittäin. Eläkeikäinen väestö tupakoi työikäisiä vähemmän. Myös nuorten tupakointi ja tupakkakokeilut ovat vähentyneet vuosituhannen vaihteen jälkeen. Kuitenkin joka neljäs 16-18-vuotiaista tupakoi. Lisäksi kuusitoista vuotta täyttäneistä pojista lähes joka kymmenes käyttää nuuskaa. Nuuska sisältää useita karsinogeneeneja ja sen on todettu altistavan varsininkin suun alueen syöville.

Sosiaaliryhmien väliset erot tupakoinnin määrässä ovat kasvaneet jatkuvasti 1980-luvulta alkaen. Alimman koulutusryhmän miehistä 37 prosenttia ja ylimmän koulutusryhmän miehistä 17 prosenttia tupakoi päivittäin. Naisten vastaavat osuudet ovat 28 ja 11 prosenttia.

Vuonna 1995 voimaan tullut laki työpaikkatupakoinnin rajoittamisesta on vauhdittanut työpaikkojen muuttumista savuttomiksi. Vuonna 2008 altistui työpaikalla tupakansavulle 8 prosenttia tupakoimattomista ja 25 prosenttia tupakoivista kodin ulkopuolella työssäkäyvistä. Vuonna 2008 oli työpaikoista täysin savuttomia 46 prosenttia.

Ravintoloiden savuttomuus toteutui vuonna 2007 voimaan tullella lainsäädännöllä siten, että ravintolat ovat pääsääntöisesti kokonaan savuttomia. Ravintolassa tupakointi on sallittu ainoastaan erityisessä tupakointia varten tarkoitettussa tilassa, jossa on oma ilmanvaihtonsa. Valtaosa ravintoloista, joissa on erillinen tupakointitila, ovat mittauksissa osoittautuneet savuttomiksi.

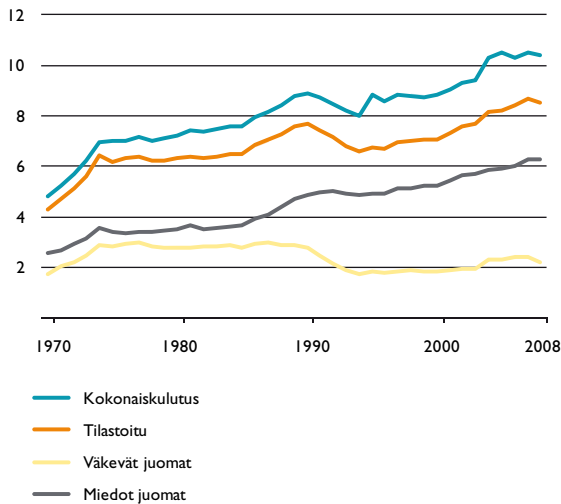
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007–2011 painottaa tupakasta vieroituksen tehostamista erityisesti terveydenhuollossa. Ohjelma edellyttää, että vieroitus sisällytetään osaksi jokaisen potilaan hoitoa, jonka sairaus aiheutuu kokonaan tai osittain tupakkatuotteiden käytöstä. Lisäksi ohjelman yhtenä tavoitteena on terveydenhuollon henkilöstön vieroituskoulutuksen ja sen laadun tehostaminen.

Tupakoinnin on arvioitu aiheuttavan yhteiskunnalle vuosittain noin 2 miljardin euron kustannukset. Niistä arvioitavasti noin 246 miljoonan euroa koituu terveydenhuololle, ja loput ovat työpanosten ja verotulojen menetyksiä sekä erilaisia sosiaaliturvamenoja. Vuotuinen tupakkaveron kertymä, joka on noin 600 miljoonaa euroa, ei siis riitä kattamaan kaikkia tupakoinnista aiheutuvia kustannuksia.

Alkoholi

Suomen EU:hun liittymisen jälkeen alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut 8,8 litrasta 10,4 litraan sataprosenttista alkoholia asukasta kohti. Voimakasta kasvu oli vuoden 2004 jälkeen, jolloin alkoholiveroja alennettiin keskimäärin 33 prosenttia ja EU:n alkoholijuomien tuontirajat poistettiin. Vuodesta 2006 lähtien kulutuksen kasvu on tasaantunut ja asettunut uudelle, veronalennusta edeltävää aikaa korkeammalle tasolle (Kuvio 3.). Suomen alkoholin kulutus on nyky-Euroopassa ylempää keskitasoa ja ensimmäistä kertaa Pohjoismaiden kärjessä.

KUVIO 3. ALKOHOLIN KOKONAISKULUTUS ON KASVANUT HUOMATTAVASTI.



Lähde: Alkoholin kokonaiskulutus asukasta kohti 100-prosenttisena alkoholina vuosina 1970–2008 (litraa) THL, 2009.

Suomalaiset juovat alkoholia pääasiassa viikonloppuisin ja iltaisin, jolloin humalahakuinen juominen on yleistä. Yli 50-vuotiaiden kansalaisten alkoholinkäyttö on kasvussa, kun taas nuorten humalajuominen on vähentynyt. Naisten alkoholinkulutus ja humalajuominen ovat yleistyneet suhteellisesti enemmän kuin miesten.

Vakavat alkoholinkäytön haitat, kuten alkoholikuolemat, ovat yleisempiä alemmissä kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. Ainakin osittain tämä johtuu siitä, että alkoholin suurkanutus ja humalajuominen ovat yleisempiä alemmissä sosiaaliryhmissä. Juodun alkoholin kokonaismäärässä ei kuitenkaan ole suuria sosioekonomisia eroja.

Alkoholin kulutuksen kasvua on seurannut alkoholista aiheutuvien haittojen yleistyminen. Eri haitoista alkoholikuolemien määrä on kasvanut kaikkein rajummin. Esimerkiksi alkoholiperäisistä maksasairauksista johtuvat kuolemat ovat miltei kaksinkertaistuneet viidessä vuodessa. Lisäksi alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys on muodostunut työiässä kuolleiden merkittäväksi kuolemansyyksi.

Alkoholin kulutuksen kasvu näkyy sosiaali- ja terveyshuollossa myös päihteiden käytön aiheuttaman asioiden kasvuna. Tilastot osoittavat selkeästi myös maksasairauksien määrän kasvaneen nopeasti. Hoitoaikojen pidentyminen puolestaan kertoo siitä, että asiakkaat ovat aiempaa huonommassa kunnossa. Alkoholin haittavaikutusten hoidosta aiheutuvat kustannukset ovat mittavat niin kauan kuin alkoholinkulutus pysyy nykyisellä tasolla.

Kasvavien alkoholihaittojen vuoksi on alkoholiveroja korotettu kolmesti vuosien 2008 ja 2009 kuluessa. Korotukset ovat hillinneet alkoholin kulutuksen kasvua. Kulutusta saattaa vähentää myös meneillään oleva taloudellinen taantuma yhdessä väestön vähenevän ostovoiman ja kasvavan työttömyyden kanssa.

Huumeet

Huumeiden käyttö ja siitä aiheutuneet haitat lähtivät Suomessa 1990-luvun jälkipuoliskolla voimakkaaseen kasvuun. 2000-luvun alkuvuosien jälkeen tämä kasvukehitys kuitenkin taittui. Viime vuosina tilanne on pysynyt varsin vakaana, joskin käyttö ja haitat ovat nyt selvästi korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa.

Aikuisten ja nuorten huumeiden käyttö ei ole enää lisääntynyt. Nuoret ikäryhmät ovat jopa hieman vähentäneet huumeiden käyttöä. Vuonna 2008 runsaat kymmenen prosenttia 15–69-vuotiaista ilmoitti kokeilleensa tai käyttäneensä joskus elämässään kannabista. Nuorten luvut ovat korkeimmat: noin joka viides 15–24-vuotias nuori ilmoittaa kokeilleensa joskus kannabista ja joka kymmenes käyttäneensä sitä vuoden sisällä. Osuudet ovat kuitenkin pienentyneet vuodesta 2002. Tutkimusten mukaan myös koulu- ja opiskelijain huumeiden käyttö on viime vuosina vähentynyt. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää Suomessa on viimeisen arvion (vuonna 2005) mukaan 14 500–19 000, mikä sekin on vähemmän kuin vuonna 2002. Huumevalikoima on kuitenkin jatkuvassa liikkeessä ja uusia aineita ilmestyy aika ajoin käyttöön.

Huumeiden käyttö on usein sekakäyttöä. Siihen liittyy tyypillisesti runsaasti alkoholin käyttöä. Päihdehuollon huumeasiakkaista melkein puolet hakeutuu hoitoon ensisijaisesti opioidien, neljäsosa amfetamiinien ja kymmenen prosenttia kannabiksen käytön vuoksi.

Useimpien huumehaittojen tilanne on tasaantunut. Huumausainerikosten määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Huumausainesairaudet, kuten ruiskuhuumeiden käytöstä aiheutuvat HIV- ja hepatiitti C-tartunnat, ovat vähentyneet. Tähän on osaltaan vaikuttanut tehokkaiksi osoittautuneet matalan kynnyksen neuvontapalvelut, jotka ovat jakaneet myös puhtaita käyttövälineitä. Huolestuttavaa on kuitenkin huumekuolemien kasvu. Euroopan huumausainesurantakeskuksen EMCDDA:n kuolemansyykriteerien mukaan huumekuolemien määrä väheni 2000-luvun alussa alle sataan heroiinin tarjonnan tyrehtymisen vuoksi mutta alkoi kasvaa sen jälkeen uudelleen (143 vuonna 2007). Kasvun syynä on muiden opioidien (buprenorfiini, kodeiini, tramadoli ja oksikodoni) lisääntynyt käyttö.

Valtioneuvoston huumausainepoliittista yhteistyötä koskeva periaatepäätös vuosille 2008–2011 sisältää monia toimenpiteitä. Niitä ovat muun muassa ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen, huumausaineriippuvuuden hoito ja huumeongelman haittojen vähentäminen, päihdeongelmien hoidon tehostaminen rikosseuraamusten yhteydessä sekä huumausainepoliittikan koordinaatio.

3.2 PERINTEISET KANSANTAUDIT VÄHENEMÄSSÄ, UUDET TERVEYSONGELMAT KASVUSSA

Verenkiertoelinsairaudet

Sairastuvuus ja kuolleisuus verenkiertoelinsairauksiin, suomalaisten yksi suurimmista kansanterveysongelmista, ovat vähentyneet edelleen. Esimerkiksi 25–74-vuotiaiden miesten ensimmäisen sepelvaltimotautikohtauksen ikävakiointu ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohti oli 365 vuonna 2003 ja 297 vuonna 2007. Naisten vastaavat luvut olivat 109 ja 84. Samankaltainen muutos on tapahtunut aivohalvaukskohtausten ilmaantuvuudessa.

Verenkiertoelinsairauksien ja -kuolleisuuden harveneminen johtuu lääketieteellisten hoitomuotojen kehityksestä ja riskitekijöiden vähenemisestä. Väestön veren keskimääräinen kolesterolipitoisuus ja verenpaine ovat laskeutuneet ja tupakointi on vähentynyt.

Suotuisasta kehityksestä huolimatta verenkiertoelinsairaudet muodostavat edelleen huomattavan osan väestön kokonaiskuolleisuudesta (41 prosenttia vuonna 2007). Vaikka väestössä keskimäärin veren kolesterolipitoisuus on laskenut, ylittää se noin 61 prosentilla miehistä ja 56 prosentilla naisista tavoiteltavana pidettävän raja-arvon 5,0 mmol/L. Myöskään väestön verenpaine ei ole enää vuoden 1997 jälkeen laskenut. Lisäksi verenkiertoelinsairauksien riskitekijöiden tasoissa ja sairastuvuudessa vallitsevat edelleen selvät sosiaaliryhmittäiset ja alueelliset erot. Sepelvaltimotautikohtauksen ilmaantuvuus on Itä- ja Pohjois-Suomessa noin 20 prosenttia ja aivohalvauksen noin kymmenen prosenttia suurempaa kuin Etelä- ja Lounais-Suomessa. Manuaalista työtä tekeillä sepelvaltimotautikohtauksen ilmaantuvuus on 40–50 prosenttia suurempaa kuin ylemmillä toimihenkilöillä, aivohalvauksen ilmaantuvuudessa tämä ero on vähän pienempi.

Verenkiertoelinsairastavuuden myönteistä kehitystä uhkaa ainakin kolme tekijää: väestön lihominen, diabeteksen yleistyminen ja väestön vanheneminen. Viime mainittu lisää todennäköisesti sairastuvien määrää, koska korkea ikä on yhteydessä verenkiertoelinsairauksien esiintymiseen.

Diabetes

Yli puoli miljoonaa suomalaista sairastaa diabetesta, lähes puolet heistä tietämättään. Tyypin 1 diabetesta ("nuoruustyyppin diabetes"), jossa insuliinin puutos on korvattava insuliinipistoksien avulla, sairastaa noin 40 000 suomalaista ja sen ilmaantuvuus kasvaa noin neljä prosenttia vuodessa. Vuosittain sairastuneista noin 600 on alle 15-vuotiaita.

Tyypin 2 diabetesta ("aikuistyyppin diabetes"), jossa on sekä insuliinin puutetta että insuliinin heikentynyttä tehoa, sairastaa noin 16 prosenttia 45–74-vuotiaista miehistä ja 11 prosenttia vastaavan ikäisistä naisista. Näiden lisäksi suunnilleen yhtä monella on havaittu diabeteksen esiaste. Ylipainon ja liikkumattomuuden seurauksena tyypin 2 diabetesta ilmenee

nykyään jopa lapsilla. Toisin kuin tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes on elintapamuutoksilla usein ehkäistävässä.

Diabeteksen huono hoitotasapaino on yleinen ongelma. Tutkimusten mukaan vajaalla puolella nuorista tyypin 1 diabeetikoista on hyvä tai kohdalainen hoitotasapaino. Vain noin kolmasosalla tyypin 2 diabeetikoista sokeritasapaino on suositusten mukainen. Lisäksi diabetesta sairastavien verenpaine- ja kolesterolilääkehoidossa on tehostamisen varaa. Huonosta hoitotasapainosta seuraavat lisäsairaudet aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä ja lisäävät merkittävästi diabeteksen hoitokuluja.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 ja sen toimeenpanohanke D2D vuosina 2003–2007 ovat kehittäneet menetelmiä etenkin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Niiden tarkoituksena on saada diabeteksen järjestelmällinen seulonta ja ehkäisy pysyväksi osaksi perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimintaa. Lisäksi tyypin 2 diabeteksen vaaran arvioimiseksi on kehitetty riskitesti.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat mielenterveyden häiriöiden ohella enemmän työkyvyttömyyttä, laadukkaiden elinvuosien menetystä ja kustannuksia kuin mikään muu sairausryhmä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksista merkittävimpiä ovat selkäsairaudet, lonkan ja polven nivelrikko, nivelreuma ja luukato. Niiden tärkeimmät muutettavissa olevat riskitekijät ovat lihavuus, liikunnan vähäisyys, työn liiallinen tai virheellinen kuormitus, tapaturmat ja tupakointi.

Pitkäaikaiset selkäsairaudet ovat harvinaistuneet. Niiden esiintyvyys on kolmanneksen pienempi kuin 20 vuotta aiemmin. Lonkan nivelrikon esiintyvyys ei ole muuttunut, mutta naisilla polven nivelrikko on vähentynyt puoleen aiemmasta. Myös nivelreuma on yhä harvinaisempi sairaus. Myönteiset muutokset ovat tapahtuneet enimmäkseen nuoremmissa ikäryhmissä. Näin ollen nuorempien ikäryhmien vanhetessa suotuisa kehitys jatkuu.

Ennuste, jonka mukaan väestön ikärakenteen muutos ja lihavuuden nopea yleistyminen lisääisivät tuki- ja liikuntaelinsairauksia, ei näytä toteutuvan Suomessa. Tätä näkemystä tukee Terveys 2000-tutkimuksen tulos, joka viittaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien vähenevän edelleen. Lisäksi näiden sairauksien riskitekijöistä on kertynyt vankkaa näyttöä, joten tämän tiedon perusteella sairauksista huomattava osa olisi jo nykyisin tiedoin ehkäistävässä. Tämä on keskeinen lähtökohta vuonna 2007 käynnistetylle kansalliselle TULE-ohjelmalle.

Osteoporoosi

Osteoporoosi eli luukato on sepelvaltimotautiin, korkeaan kolesteroliin, diabetekseen ja verenpainetautiin rinnastettava kansantauti. On arvioitu, että Suomessa on noin 400 000 osteoporoosia sairastavaa henkilöä ja saman verran pienentyntä luuntiheyttä eli osteopeniaa potevaa. Arvioidaan, että osteoporoosi tai osteopenia ovat osasy 30 000–40 000 murtumaan vuodessa.

Tällaisia murtumia ovat tyypillisesti nikamien luhistumurtumat, ranne-
murtumat ja lonkkamurtumat sekä olkaluun yläosan, sääriluun alaosan ja
lantioarenkaan murtumat. Arviolta kahdella viidestä 50 vuotta täyttäneistä
naisista ja yhdellä seitsemästä 50 vuotta täyttäneistä miehistä jäljellä olevan
elämän aikana murtuu osteoporoosin tai osteopenian takia ranne, nikama
tai lonkka. Lisäksi osteoporoosi saattaa olla osatekijänä yli puolessa 45-vuo-
tiaden naisten murtumista.

Sairastettu murtuma yli kolminkertaistaa uuden murtuman vaaran. Kol-
mannes murtumapotilaista, joiden luun kuntoon ei ole puututtu, saa toisen
murtuman jo vuoden kuluessa ensimmäisestä. Nikama- ja rannemurtuma
edeltävät ja ennakoivat lonkkamurtumaa, joka olisi suuressa määrin vältet-
tävässä ajoissa aloitetulla osteoporoosin hoidolla.

Mielenterveys

Väestön mielenterveyttä voi tarkastella positiivisen mielenterveyden näkö-
kulmasta, jolloin tarkastellaan psyykkisiä voimavaroja, esimerkiksi elämän-
hallinnan tai onnellisuuden tunnetta, tarmokkuutta, itsetuntoa ja stressin-
sietokykyä. Nämä voimavarat muodostavat väestön psyykkisen pääoman.
Kansainvälisissä vertailuissa suomalaisten positiivinen mielenterveys on
yleensä ollut varsin hyvä.

Usein väestön mielenterveyttä mitataan kuitenkin kokoamalla tietoa
merkittävistä työkyvyttömyyttä aiheuttavista mielenterveysongelmista.
Psyykkiset kuormitusoireet ovat väestössä yleisiä, mutta ne eivät kerro suo-
raan mielenterveyden häiriöistä vaan viestivät ja kuvastavat oman elämän-
hallinnan häiriintymisestä. Suomalaisten oirehtiminen ja diagnosoitujen
mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on yhtä yleistä kuin muissakin teol-
listuneissa maissa.

Depressio on yleinen ja kansanterveydelle merkittävä mielenterveyden
häiriö, jota sairastaa vuosittain noin viisi prosenttia aikuisväestöstä. Masen-
nuslääkkeiden käyttö on yleistynyt jatkuvasti viimeisen 20 vuoden aikana.
Tämä ei kuvastane depression yleistymistä vaan pikemminkin hoitomahdol-
lisuuksien, hoitoon hakeutumisen ja hoitokäytäntöjen muutosta. Väestötut-
kimuksiin perustuvaa näyttöä masennuksen yleistymisestä ei ole.

Varsinaisia mielisairauksia eli psykooseja sairastavat vievät edelleen mer-
kittävän osan psykiatrisen sairaanhoidon voimavaroista. Aikuisväestöstä yli
kolme prosenttia sairastaa jossakin elämänsä vaiheessa psykoosin. Vakavim-
mat mielenterveyshäiriöt eivät ole viime vuosina lisääntyneet.

Suomessa yleinen päihdehäiriö on alkoholiriippuvuus, jonka määrä kas-
vaa kulutuksen kasvun myötä viiveellä. Huumeongelmien osalta Suomi on
eurooppalaisessa tarkastelussa pysynyt selvästi vähäisten ongelmien aluee-
na. Uusi ongelma Suomessa on peliriippuvuus, johon joudutaan kiinnittä-
mään entistä enemmän huomiota.

Itsemurhat ja niihin liittyvät menetykset ja kärsimykset ovat merkittä-
vä kansanterveysongelma. Vuosittain Suomessa yksi 2 000 miehestä ja yksi
8 000 naisesta tekee itsemurhan. Suomi on muita Pohjoismaita ylempänä it-

semurhakuolleisuustilastoissa. Eurooppalaisessa vertailussa suomalaisille on ominaista ampuma-aseiden käyttö itsemurhissa ja nimenomaan miesten ja alle 25-vuotiaiden suuri itsemurhakuolleisuus. Suomalainen itsemurha liittyy usein masennukseen, alkoholiongelmiin, köyhyyteen ja työttömyyteen.

Allergia ja astma

Allergisten sairauksien lievä yleistyminen näyttää jatkuvan Suomessa. Tämä johtuu lähes yksinomaan siitä, että uudet sukupolvet kärsivät atopiasta ja allergiasta enemmän kuin heidän vanhempansa. Noin 20 prosenttia väestöstä sairastaa heinänuhaa, ja noin 47 prosenttia nuorista aikuisista on positiivisia ainakin yhdelle allergeenille ihopistokokeen perusteella. Lisäksi noin 9 prosentilla väestöstä on lääkärin diagnosoima astma.

Allergisten sairauksien määrän kasvu liittyy suomalaisen väestön voimistuneeseen immunoglobuliini E (IgE) -vasteeseen. Tämän taustalla näyttää olevan ennemminkin ympäristö- ja elintapatapatekijät kuin geneettiset syyt. Suomalaisten altistuminen maaperän mikro-organismeille on vähentynyt nopean kaupungistumisen myötä, mistä seuraa immuunijärjestelmän epätarkoituksenmukaisia puolustusreaktioita ympäristön proteiinantigeeneihin. Ilmansaasteet ja ympäristön kemikaalit ovat allergisten sairauksien synnyssä lisätekijöitä, joiden merkitys tarvitsee vielä lisää tutkimusta.

Kansallinen astmaohjelma vuosina 1994–2004 vähensi oleellisesti astman aiheuttamaa inhimillistä kärsimystä ja taloudellista taakkaa. Astma sisältyy myös uuteen kansalliseen allergiaohjelmaan 2008–2018, joka ottaa huomioon kaikki allergiset sairaudet ja pyrkii vaikuttavamman hoidon lisäksi ennaltaehkäisyyn. Keinona on immunologisen sietokyvyn lisääminen altistamalla väestöä sopivasti allergeeneille. Tämä on poikkeavaa aiemmasta käytännöstä, joka mahdollisimman tehokkaasti pyrki eliminoimaan allergian aiheuttajat.

Syöpätaudit

Syöpätaudit ovat suomalaisten yleisin kuolemansyy sydän- ja verisuonitautien jälkeen. Syöpään kuolee vuosittain noin 10 000 ihmistä; syöpä on siis peruskuolemansyynä joka viidennessä kuolemantapauksessa.

Vuonna 2005 Suomessa todettiin yli 26 000 uutta syöpätapausta. Miesten yleisimpään syöpämuotoon, eturauhasen syöpään sairastui 4 200 miestä, mikä vastaa lähes kolmannesta kaikista miehillä todetuista uusista syöpätapauksista. Rintasyöpään, naisten yleisimpään syöpämuotoon, sairastui 4 100 naista. Vuonna 2007 naisten uusista syöpäkasvaimista yli 40 prosenttia oli rinnassa tai sukuelimissä. Naisten muita yleisiä syöpämuotoja ovat paksusuolen syöpä ja keuhkosityöpä; miesten keuhkosityöpä, paksusuolen syöpä ja virtsarakon syöpä.

Vaikka miesten ikävakioitu syöpäsairastuvuus on 1950-luvulta lähtien pysynyt lähes samana, eri syöpämuotojen yleisyys on muuttunut suuresti. Mahasyöpä ja ruokatorvisyöpä ovat jatkuvasti harvinaistuneet, ja eturauha-

sen ja virtsarakon syöpä ovat yleistyneet. Yleistyviä syöpämuotoja ovat myös paksu- ja peräsuolen syöpä sekä ihomelanooma.

Naisten ikävakioitu syöpäilmaantuvuus on kasvanut 1950-luvulta lähtien, mutta pysynyt silti miesten tason alapuolella. Naisten useimpien syöpämuotojen yleisyyden kehitys on ollut samanlaista kuin miesten. Naisten keuhkosyövän ilmaantuvuus on kuitenkin jatkuvasti suurentunut naisten tupakoinnin seurauksena.

Suomen Syöpärekisterin ennusteen mukaan naisten ikävakioitu syöpäsairastuvuus kasvaa edelleen mutta miesten vähenee. Vuosittain todettavien uusien syöpätapausten odotetaan kuitenkin kasvavan useilla tuhansilla vuoteen 2015 mennessä. Kasvu johtuu muun muassa keskimääräisen eliniän pitenemisestä ja sodanjälkeisten suurten ikäluokkien siirtymisestä yli 60 vuoden ikään, jossa syövän ilmaantuvuus kasvaa voimakkaasti. Arviolta useampi kuin joka kolmas suomalainen sairastuu elämänsä aikana johonkin syöpätautiin.

Syöpäpotilaiden ennuste on jatkuvasti parantunut. Suurin osa potilaista elää syövän toteamisen ja hoidon jälkeen normaalia elämää ja kuolee johonkin muuhun syyhyyn kuin syöpään. Tälläkin hetkellä Suomessa elää yli 200 000 ihmistä, joilla on joskus elämänsä aikana ollut syöpä.

Dementia

Dementiaa aiheuttavat sairaudet, kuten Alzheimerin tauti ja vaskulaarinen dementia, ovat selvästi yhteydessä korkeaan ikään. Dementiaa esiintyy oletettavasti noin neljällä prosentilla 65–74-vuotiaista, noin yhdellätoista prosentilla 75–84-vuotiaista ja 36:lla prosentilla 85 vuotta täyttäneistä. Lisäksi on arvioitu, että noin kahdeksan prosenttia 65 vuotta täyttäneistä sairastaisi keskivaikkea tai vaikeaa dementiaa.

Dementian yleistyminen väestön ikääntymisen seurauksena lisää palvelujen tarvetta. Dementian aiheuttama toimintakyvyn aleneminen johtaa kasvavaan palvelujen tarpeeseen ensin koti- ja omaishoidossa ja myöhemmin tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. On laskettu, että noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt tarvitsee todennäköisesti tulevana vuosina dementian takia huolenpitoa, eli he jo yksinään vievät arvioitavasti valtaosan nykyisten laatusuosittelun mukaisesta julkisen hoivan kapasiteetista.

Tarttuvat taudit

Nokiolla vuonna 2007 osittain puhdistetun jäteveden sekoittuminen jake luun tarkoitettuun veteen aiheutti pahimman epidemian vuosikymmeniin. Sen seurauksena tuhannet sairastuivat vatsatautiin. Muita kotimaisia epidemioita ovat olleet muun muassa vuoden 2007 norovirusepidemia. Kotimaiset salmonellainfektiot ovat pysyneet määrältään vähäisinä, mutta lisääntyvä matkailu on nostanut tapausten kokonaismäärää.

Terveydenhuollossa on kiinnitetty huomiota hoitoon liittyviin infektioidiin sekä antimikrobiresistenssiin eli mikrobien muuttumiseen vastustusky-

kyisiksi mikrobilääkkeille. Pitkäjänteisellä, antibioottien järkevään käyttöön tähtäävällä koulutuksella ja ohjeistuksella ja sairaalainfektioiden torjuntaa tehostamalla resistenssin ja sairaalainfektioiden tilanne on Suomessa pysynyt merkittävästi parempana kuin useissa muissa maissa, mutta huolta ovat aiheuttaneet erityisesti MRSA-kantajuustapaukset, resistentit *Escherichia coli*- ja *Klebsiella pneumoniae*- sekä uutena sairaalaepidemioiden aiheuttajana *Clostridium difficile* -kannat. Muissa maissa huolta aiheuttanutta, mikrobilääkkeille erityisen vastustuskykyisiä *Klebsiella pneumoniae* -kantoja on esiintynyt vuoden 2009 lopulla myös Suomessa. Antimikrobiresistenssi on ollut esillä eri muodoissa myös EU:ssa.

Klamydia on tavallisin rekisteröitävistä sukupuoliteitse tarttuvista taudista. Klamydian esiintyvyys on pysynyt tasaisen korkeana. Uusien HIV-tartuntojen määrä oli vuosina 2006–2007 suurempi kuin kertaakaan aiemmin, ja pienen laskun jälkeen vuoden 2009 määrä oli jälleen korkea 179. Vuosituhannen vaihteen ruiskuuhumeiden käyttäjien epidemia kääntyi nopeaan laskuun mm. terveysneuvontatoiminnan laajentumisen myötä, mutta seksivälitteiset ja matkailuun liittyvät tartunnat ovat 2000-luvulla lisääntyneet. Erityisesti matkailuun liittyviä HIV-tartuntoja on kampanjoin pyritty vähentämään. Sukupuoliteitse tarttuvien tautien tilanteen toivotaan parantuvan vuonna 2007 julkaistun seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman avulla.

Matkailuun liittyvät malariatapaukset lisääntyivät väliaikaisesti, joten kuntia muistutettiin myös matkailijoita koskevan terveysneuvonnan tärkeydestä. Tuberkuloositapaukset ovat olleet harvinaisia ja lääkkeiden herkkyys tuberkuloosille on pysynyt hyvänä, mutta vuoden 2009 jälkipuoliskolla tapausten määrä alkoi kasvaa. Vuonna 2006 laaditun kansallisen tuberkuloosiohjelman tarkoituksena on ylläpitää tämän harvinaisen mutta vakavan taudin torjunnan ja hoidon osaamista terveydenhuollossa (*ks. enemmän lähialueyhteistyöstä tällä alueella ulkoasiainministeriön toimenpiteissä ja hankkeissa luvussa 10*).

Kansalliseen rokotusohjelmaan on tehty eräitä muutoksia. Vuodesta 2006 alkaen vain riskiryhmät ovat saaneet BCG-rokotetta tuberkuloosia vastaan. Vuonna 2009 käynnistyivät rokotukset rotavirusta vastaan.

Vuoden 2009 aikana puhkesi influenssa A(H1N1)v -pandemia. Sosiaali- ja terveysministeriö johti varautumista pandemiaan ja sen torjuntaa asiantuntijalaitosten, erityisesti THL:n, tuella, sekä ohjasi terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien toimintaa pandemian edetessä. Lisäksi se varmistti lääkehoidon ja terveydenhuollon työntekijöiden suojauksen Huoltovarmuuskeskuksen varmuusvarastojen tuella. Pandemiarokotetta tilattiin Suomeen 5,3 milj. annosta.

EU-maat pitivät yllä tiivistä keskusteluyhteyttä torjuntatoimista komission ja EU:n tautikeskuksen ECDC:n koordinoimana.

Valtioneuvosto päätti sosiaali- ja terveysministeriön esittelyn perusteella järjestyksestä, jonka mukaan eri väestöryhmät saavat rokotetta. Vuoden 2009 loppuun mennessä oli jaettu n. 1,9 miljoonaa rokoteannosta, joiden

avulla vakaville taudin muodoille alttiit riskiryhmät oli pääosin saatu suojattua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt sovelsivat aiemmin vuonna 2006 julkaistun kansallisen pandemiavarautumisen suunnitelman velvoittamana laadittuja alueellisia ja paikallisia suunnitelmia ja selviytyivät sekä rokotusten järjestämisestä että influenssapotilaiden hoidosta hyvin. Ne joutuivat kuitenkin jonkin verran siirtämään ei-kiireellisiä toimintoja pandemiaan sairastuneiden potilaiden hoidon, erityisesti tehohoidon riittävyyden turvaamiseksi. Alustavan arvion perusteella rokotukset lievensivät pandemian vaikutuksia merkittävästi.

Influenssa A(H1N1)v -pandemian ensimmäisen aallon huippu oli ohitettu Suomessa vuoden 2009 lopulla. Siihen mennessä oli raportoitu 36 pandemiaan yhdistyvää kuolemantapausta.

Tapaturmat

Työ- ja liikennetapaturmakuolleisuuden pitkän aikavälin kehitys on ollut myönteistä. Sen sijaan tapaturmakuolemat, jotka sattuvat muulloin kuin työajalla tai liikenteessä, ovat yleistyneet. Tämä kehitys tosin näyttäisi hieman tasaantuneen viime vuosien aikana. Tällä hetkellä koti- ja vapaa-ajan tapaturmakuolemien osuus on noin 80 prosenttia kaikista tapaturmakuolemista. Tapaturmakuolemat muodostavat myös huomattavan osan lasten ja nuorten kuolemista (40 prosenttia 1–24-vuotiaiden poikien ja 30 prosenttia 1–24-vuotiaiden tyttöjen kuolemista). Liikenneonnettomuudet ovat merkittävä syy nuorten ennen aikaiseen kuolleisuuteen (*ks. liikenne- ja viestintäministeriön strategia liikennekuolemien vähentämiseksi luvussa 10*).

Ikääntyneillä kaatumiset ja kaatumisen pelko heikentävät merkittävästi itsenäistä toimintakykyä ja lisäävät ulkopuolisen avun tarvetta. Ikääntyneiden kaatumisriskin tunnistamiseksi on kehitetty menetelmiä, mutta toistaiseksi niiden hyödyntäminen käytännössä on ollut vähäistä.

Tapaturmien ehkäisyyn on pyritty vaikuttamaan monin eri keinoin. Vuonna 2004 käynnistetty kansallinen ikääntyneiden kaatumistapaturmien ehkäisyohjelma jatkuu edelleen THL:n vetämänä. Tapaturmien ehkäisy on keskeisenä tavoitteena myös useissa kansallisissa politiikka-, toimenpide- ja tavoiteohjelmissa. Niitä ovat esimerkiksi lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyohjelma sekä sisäisen turvallisuuden ohjelma (*ks. lisää viime mainitusta sisäasiainministeriön toimenpiteitä käsittelevässä luvussa 10*).

3.3 VALTAKUNNALLISET OHJELMAT JA MUUT KESKEISET TOIMENPITEET

Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen pitää kattaa laaja-alaisesti terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan ja elinympäristön, eri sektoreiden yhteistyön, väestön osallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvän tietotaidon ja osaamisen, terveys- ja sosiaalipalvelut sekä toiminnan

tulosten seurannan ja arvioinnin. Tällaista laaja-alaista toimintaperiaatetta toteuttavat meneillään olevat Terveys 2015-ohjelma, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma sekä Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää osaamista vahvistavat myös Kaste-ohjelma sekä terveyden edistämisen laatusuositukset. Erityisesti mielenterveyden kohentamista tavoittelevat kansallinen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma Mieli –2009, masennuksen ehkäisyyn pyrkivä MASTO-ohjelma sekä eräät muut hankkeet. Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki lujittavat osaltaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

Lasten, nuorten ja perheiden ehkäiseviin palveluihin suuntautunut tärkein toimenpide viime vuosina on ollut neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen antaminen. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma on siitä tehdyn väliarvioinnin mukaan vaikuttanut jo myönteisesti. Lisäksi tammikuussa 2007 voimaantullut seulontoja koskeva asetus säätelee seulontojen järjestämistä osana kansanterveystyötä. Toimenpiteitä on kohdistunut myös yksittäisten väestöryhmien erityisiin tarpeisiin.

Terveys 2015 -ohjelma

Valtioneuvoston toukokuussa 2001 hyväksymä periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta linjaa terveyspolitiikkaa pitkällä aikavälillä. Ohjelma painottaa terveyden edistämistä. Sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All -ohjelma, ja se jatkaa Suomen kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaa.

Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla. Se on tarkoitettu terveydenhuollon ohella myös muille hallinnonaloille, koska väestön terveyteen vaikuttavat paljon terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elämäntavat, ympäristö, tuotteiden laatu sekä muut terveyttä tukevat ja vaarantavat tekijät. Ohjelman pyrkimyksenä on ollut laaja-alaisen terveyspolitiikan luominen niin, että se antaa yhteisen pohjan eri tahojen terveyden edistämistoiminnalle ja pyrkii ohjaamaan yhteisiin päämääriin ja yhdensuuntaiseen toimintaan.

Terveys 2015 ohjelman toimeenpanoa ja seuranta koordinoi valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Siinä ovat mukana monet hallinnonalat ja tahot. Toimeenpanon periaatteena on jo meneillään olevien hankkeiden ja muun toiminnan hyödyntäminen sekä eri tahojen yhteistyön lisääminen.

Ohjelma on sisältänyt runsaasti sekä valtakunnallisia että alueellisia koulutustilaisuuksia, joista esimerkkinä ovat työkokousten sarjat ”Terveys kannattaa – sanoista tekoihin” sekä Terveyden edistämisen politiikkaohjelman kanssa yhdessä järjestetty ”Terve ja hyvinvoiva kunta”. Ohjelman toteutusta ovat tukeneet useat julkaisut kuten Terveyden edistämisen laatusuositus, selvitys terveyden edistämisen koulutussisällöstä sosiaali- ja terveysalalla sekä

raportti väestöryhmien välisten terveyserojen tilanteesta Suomessa. Erityisesti kunnille suunnattuja hankkeita ovat Terveys 2015 –kuntahanke, terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmää kehittävä TedBM-hanke sekä terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamisen kehittämishanke TEJO.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on yksi hallituksen vuonna 2007 käynnistämästä kolmesta politiikkaohjelmasta. Ohjelman johtavana toimintaperiaatteena on ”Terveys kaikissa politiikoissa”-ajattelun omaksuminen eri hallinnonaloilla ja päätöksentekotasolla, minkä on tarkoitus johtaa väestön terveydentilan kohenemiseen ja terveyserojen kaventumiseen. Se pyrki myös omalta osaltaan parantamaan työllisyysastetta lieventämällä kansansairauksia ja vähentämällä syrjäytymisongelmista aiheutuvia sairauspoissaoloja ja varhaista eläköitymistä. Ohjelma on poikkihallinnollinen ja sitä koordinoi peruspalveluministeri.

Ohjelman ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelun mukaisesti terveysnäkökohdat pitää ottaa huomioon valtion-, alue- ja paikallistason päätöksenteossa sekä elinkeinoelämässä, työpaikoilla ja järjestöissä. Tällä tavoin edistetään terveyden edellytyksiä, esimerkiksi kehittämällä rakennettua ympäristöä, liikennejärjestelyjä, liikunta- ja vapaa-ajanpalvelujen saatavuutta, kouluympäristön terveellisyttä sekä mahdollisuuksia tehdä terveellisiä valintoja. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän painopistettä pyritään siirtämään ennaltaehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen puuttumiseen.

Ohjelman keskeisimpiä toimenpiteitä ovat olleet eri toimijoiden yhteistyönä kuntien ja maakuntien luottamushenkilö- ja virkamiesjohdolle järjestetyt työseminaarit ja muut tilaisuudet. Niissä on korostettu poikkihallinnollisuutta ja kunnan korkeimman johdon vastuuta terveyden edistämiseen liittyvässä suunnittelussa ja johtamisessa sekä muutoinkin käsitelty terveyden edistämistä ja terveyserojen kaventamista. Ohjelma pyrkii vaikuttamaan kuntapäätäjiin ja kuntajohtoon myös jatkossa muun muassa terveyden edistämisen laatusuosituksiin pohjautuvan sekä terveysviestintää käsittelevän aineiston avulla. Sitä, miten kunnat ovat organisoineet terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja ottaneet käyttöön laatusuosituksia, on seurattu THL:n selvitysten perusteella.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitokset ovat tukeneet politiikkaohjelman toteuttamista. Esimerkiksi THL on valmistanut kuntien käyttöön Terve ja hyvinvoiva kunta –tukiaineiston. Työterveyslaitos on tuottanut julkaisuja ja työkaluja työterveyshuoltoon ja ehkäisevään päihdetyöhön sekä vienyt tutkittua tietoa työpaikoille työkyvyn edistämiseen liittyvistä hyvistä käytännöistä. Lisäksi politiikkaohjelma on tukenut vaikuttavien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittämistä erilaisten kehittämishankkeiden kautta sekä edistänyt joukkoruokailun ravitsemuksellisen laadun, seurannan ja käytön kehittämistä.

Ohjelman yhteistyö muiden hallinnonalojen kanssa on käsittänyt muun muassa opetusministeriön kanssa valmistellun Taiteen ja kulttuurin hyvinvointivaikutuksia koskevan toimintaohjelman vuosille 2010–14 (*ks. tästä enemmän opetusministeriön toimenpiteistä ja hankkeista luvussa 10.*) sekä oikeusministeriön kanssa tehdyn yhteistyön kansalaisjärjestöjen toimintaedellytysten vahvistamiseksi esimerkiksi epäoikeudenmukaisiin verotuskäytäntöihin puuttumalla; valtiovarainministeriön verotyöryhmä on laatinut ehdotuksen viime mainittujen epäkohtien korjaamiseksi.

Valmisteilla oleviin terveydenhuoltolakiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin on suunnitteilla velvoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien ehkäisemistä koskevan suunnitelman laatimiseen ja seurantaan. Siten myös lainsäädännön on tarkoitus viestittää, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on vahvasti kuntien ja niiden korkeimman johdon vastuulla ja että niitä koskeva toimeenpano pitää sisällyttää kuntastrategioihin sekä kuntien toiminnan ja talouden suunnitteluun ja seurantaan.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma

Vuonna 2008 julkaistussa kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa määritellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi vuosina 2008–2011. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma toteuttaa osaltaan terveystoimintaa pitkällä aikavälillä linjaavan Terveys 2015–ohjelman tavoitetta, jonka mukaan ammattiryhmien sekä koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot pienenevät viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä, ja se kytkeytyy myös tiiviisti hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan.

Toimintaohjelman tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisen erojen pieneminen työ- ja toimintakyvyssä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Terveyserojen kaventumisen on ajateltu toteutuvan siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähestyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa.

Toimintaohjelma sisältää 15 toimenpidettä, jotka edustavat terveyserojen kannalta keskeisimpiä toimia mutta joiden ei ole katsottu etenevän riittävästi muualla. Ne on valittu siten, että ne voidaan aloittaa ja osin myös toteuttaa kuluvan hallituskauden aikana. Ohjelma tavoittelee kuitenkin pidemmän aikavälin yhteiskunnallisia vaikutuksia ja monet tavoitteet ulottuvatkin hallituskauden ohi. Vaikka monet jo meneillään olevat ohjelmat ja hankkeet pyrkivät vaikuttamaan terveyseroihin joko suoraan tai välillisesti, on tähän toimintaohjelmaan koottu niistä erityisesti sellaisia toimenpiteitä, joita halutaan vahvistaa. Lisäksi ohjelma pyrkii huolehtimaan siitä, että eri tahot kiinnittäisivät huomiota vaikutuksiin, jotka kohdistuvat eri väestöryhmiin. Ohjelman toimeenpanoon kuuluu myös terveyserojen seurantaohjelmien kehittäminen, tietopohjan vahvistaminen sekä terveyseroja ja niiden kaventamista koskevan koulutuksen ja viestinnän kehittäminen.

4 LISÄTÄÄN TYÖELÄMÄN VETOVOIMAA – PAINOPISTEALUEEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS JA SIIHEN KOHDISTUNEET TOIMENPITEET

■ Suomessa tehdään työtä hyvien työolojen puolesta laajassa yhteistyöverkossa. Kansainväliset vertailut osoittavat, että työolot Suomessa, samoin kuin työsuojelun ja työterveyden järjestelmä eri osa-alueineen, ovat korkeaa kansainvälistä tasoa. Työpaikat ovat omaksuneet periaatteen, joka korostaa työpaikan oma-aloitteista toimintaa, yhä paremmin ja ne näkevät työsuojeluasiat ja työolojen kehittämisen entistä selvemmin johtamiskysymyksenä. Tosin tämä myönteinen muutos ei ole tapahtunut kaikilla työpaikoilla.

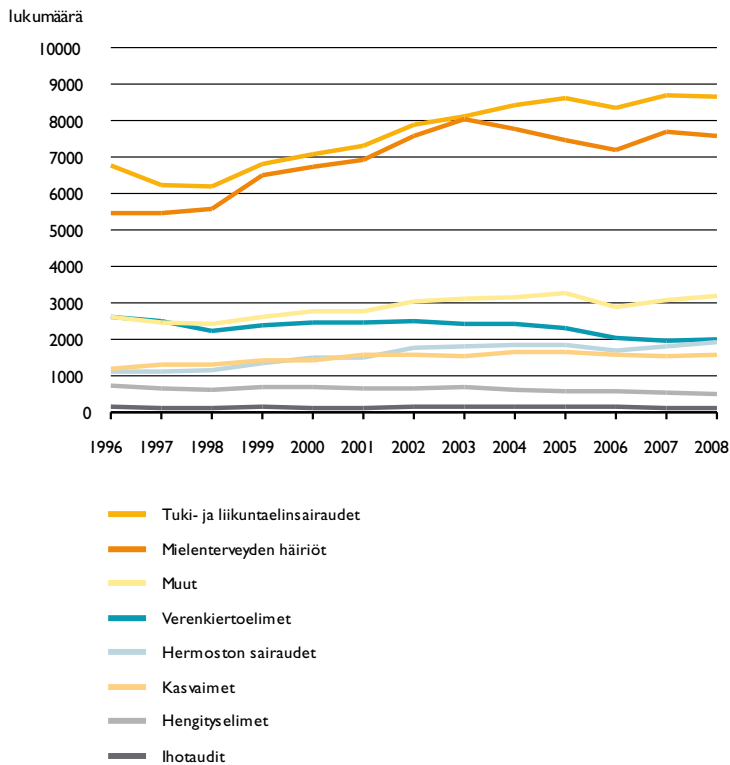
Työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvu on tasaantunut viime vuosina. Tämä kehitys helpottaa eläkepolitiikan ratkottavina olevia vaikeita kysymyksiä.

4.1 VERKOSTOYHTEISTYÖTÄ TYÖOLOJEN KEHITTÄMISEKSI

Työolot ovat sidoksissa työpaikan tuotanto- ja palvelurakenteeseen, tuotantomenetelmiin ja käytössä olevaan teknologiaan. Ne muuttuvat pääsääntöisesti hitaasti eikä työoloissa näin ollen ole viime vuosina tapahtunut kovin suuria muutoksia. Kuitenkin vuonna 2009 voimistunut taloudellinen taantuma saattaa aiheuttaa toimintojen supistamista ja työllisyyden pienenemistä, jotka puolestaan saattavat vaikuttaa nopeasti työoloihin, työpaikan ilmapiiriin, organisaatioiden henkilöstöjärjestelyihin sekä yksilöiden työuraa koskeviin valintoihin.

Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut viimeisen vuosikymmenen aikana mutta ei enää viime vuosina. Sairauspoissaolojen määrä on kasvanut jonkin verran. Sekä työkyvyttömyyseläkkeitä että sairauspoissaoloja ovat aiheuttaneet erityisesti tuki- ja liikuntasairaudet sekä mielenterveyden häiriöt (kuvio 4). Niihin ovat osittain saattaneet vaikuttaa työvoiman ikääntyminen sekä työolot ja niiden muutokset. Viime mainittujen vaikutuksesta työntekijöiden sairastavuuteen ei kuitenkaan ole riittävästi tutkimustietoa.

KUVIO 4. TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET SEKÄ MIELENTERVEYDENHÄIRIÖT OVAT KASVATTANEET TYÖKYVYTTÖMYYSLÄKKEELLE SIIRTYNEIDEN MÄÄRÄÄ.



Lähde: Suomen työeläkkeensaajat vuosina 1996-2006, ETK, Keva, Valtiokonttori.

Työtapaturmien ja kuolemaan johtaneiden tapaturmien määrät ovat pitkällä aikavälillä vähentyneet. Kuitenkin aivan viime vuosina työtapaturmien määrä on kasvanut. Tapaturmariski on erilainen eri aloilla ja tehtävissä. Selvää parannusta ei voi havaita millään alalla. Toisaalta tiedetään, että useissa organisaatioissa ja yrityksissä työtapaturmat on onnistuttu torjumaan kokonaan tai lähes kokonaan. Tämä antaa aiheen olettaa, että samalla toimialalakin eri työpaikkojen työturvallisuustyössä on suuria eroja.

Työn fyysinen rasittavuus työntekijöiden kokemana ei ole vähentynyt, vaikka ruumiillinen työ ja altistuminen erilaisille kuormitustekijöille ovat vähentyneet. Myös työn henkinen rasittavuus on pysynyt entisellään. Kuitenkin työntekijät kokevat kiireen ja ylitöiden lisääntyneen, työn mielekkyyden heikenneen, vaikutusmahdollisuuksien työpaikalla pienenneen sekä tietojen saatavuuden työtä koskevista muutoksista vähentyneen tai pysyneen ennallaan. Naisten ja miesten välillä ei ole eroja siinä, miten he kokevat työn fyysisen ja henkisen rasittavuuden.

Työoloissa selvästi positiivista kehitystä on tapahtunut työn johtamisessa sekä erilaisissa johtamiseen liittyvissä kysymyksissä. Työolobarometrin mukaan työelämän laatu, johon luetaan tasapuolinen kohtelu, työpaikan varmuus, voimavarat sekä kannustavuus, innovatiivisuus ja luottamus, on pysynyt hyvänä tai parantunut. Työpaikan varmuus on tosin viime vuosina huonontunut. Huolestuttavaa on työpaikoilla tapahtuvan henkisen väkival-

lan, kuten syrjinnän ja kiusaamisen, lisääntyminen. Se näyttää vakavalta ongelmalta myös kansainvälisissä vertailuissa.

Suomessa tehdään työtä hyvien työolojen puolesta laajassa yhteistyöverkossa. Valtakunnallisia työelämän kehittämisohjelmia on toteutettu ja toteutetaan tässä tarkoituksessa. Kansainväliset vertailut osoittavat, että työolot Suomessa samoin kuin työsuojelun ja työterveyden järjestelmä eri osa-alueineen ovat korkeaa kansainvälistä tasoa.

Hyvä työympäristö syntyy ensisijaisesti työpaikan omin toimin. Periaate, joka korostaa työpaikan oma-aloitteista toimintaa, on omaksuttu yhä paremmin. Työsuojeluasioiden liittäminen paremmin linjaorganisaatioon ja osaksi henkilöjohtamista on toteutunut aiempaa enemmän, ja työolojen kehittäminen nähdään entistä selvemmin johtamiskysymyksenä. Turvallisuuden hallinnassa esiintyy kuitenkin polarisoitumista työpaikan koon mukaan. PK-yritysten määrän kasvu tarjoaa turvallisuuden hallinnan näkökulmasta suuren haasteen.

Myönteiset asenteet työolojen ja henkilöstön hyvinvoinnin kehittämiseen ovat lisääntyneet. Taloudellisten näkökohtien huomioonottaminen ja hyödyntäminen on edelleen vahvistunut työolojen kehittämisessä. Hyvät työolot yhdistetään entistä vahvemmin korkeaan tuottavuuteen ja hyvään laatuun. Toisaalta on mahdollista, että myös tässä on tapahtunut polarisoitumista eli työpaikat ovat entistä selvemmin jakautuneet hyviin ja huonoihin. Työmarkkinajärjestöt käynnistivät vuonna 2007 ns. tuottavuuden pyöreän pöydän, jonka tavoitteena on parantaa hyvinvointia ja tuottavuutta samanaikaisesti.

Työsuojelun tavoitteena on, että työpaikan turvallisuuden hallinta ja työterveyshuolto toimivat tiiviissä yhteistyössä. Myös työpaikoilla työterveyshuollon ja työsuojelun yhteistyö on yleisesti hyväksytty tavoite ja myönteinen kehitys näyttää jatkuvan. Haja-asutusalueilla työterveyshuollon palveluita ei vielä ole saatavilla riittävästi. Työsuojelun ja työterveyshuollon ehkäisevän toiminnan yhteistyössä on vielä paljon kehittämismahdollisuuksia. Työterveyshuoltoa kehitetään valtioneuvoston vuonna 2004 tekemän periaatepäätöksen mukaan.

Työsuojeluhallinto pyrkii asiakaslähtöisyyteen ja vaikuttavuuteen. Työsuojeluhallinnon toimintaa on määrätietoisesti tehostettu ja tarkastuksia on lisätty ja lisätään edelleen. Tätä kehitystä on tukenut asiaa selvittäneen kolmikantatyöryhmän raportti vuodelta 2009. Työsuojelupiireille vuosille 2008–2011 laaditun runkosopimuksen tavoitteena on tarkastusmäärien lisääminen ja valvonnan entistä parempi vaikuttavuus.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vahvisti työsuojelustrategian vuonna 1998. Se määrittelee toiminnan tavoitteet, painopisteet ja kehittämisperiaatteet. Erytisinä kehittämiskohteina ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisy, henkinen hyvinvointi, työssä jaksaminen ja oman työn hallinta. Strategian toteutumista arvioivat seurantaraportit ovat ilmestyneet vuosina 2002 ja 2005 ja 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti vuosina 2003–2007 Veto-ohjelman, joka lisäsi tietoisuutta hyvien työolojen merkityksestä sekä käytännön ratkaisuista. Vuonna 2008 ministeriö perusti verkostoyhteistyötä edistävän työhyvinvointifoorumin, jossa eri sidosryhmät ovat edustettuina. Foorumi toimii osana Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmaa ja liittyy läheisesti myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi käynnistetyn hankkeen (MASTO-hanke) keskeisenä tavoitteena on työhyvinvoinnin edistäminen.

Euroopan komissio hyväksyi vuonna 2002 ensimmäisen työsuojelustrategiansa vuosiksi 2002–2006. Komissio hyväksyi tiedonannollaan alkuvuodesta 2007 uuden strategian ”Työn laadun ja tuottavuuden parantaminen: yhteisön työterveys- ja työturvallisuusstrategia vuosiksi 2007–2012”. Strategian selkeänä tavoitteena on työtapaturmien vähentäminen 25 prosenttia strategiakauden aikana. Euroopan unionin neuvosto hyväksyi strategiaa koskevan päätöslauselman myöhemmin kesällä 2007. Neuvosto vetoaa jäsenvaltioihin, komissioon ja työmarkkinaosapuoliin strategian tavoitteiden toteuttamiseksi. Euroopan parlamentti antoi strategiasta päätöslauselmansa vuonna 2008.

Suomen osallistuminen EU:n lainsäädäntötyöhön on ollut aktiivista. Suomessa voimaan saatetut työsuojeludirektiivien täytäntöönpanosäädökset tukevat työpaikkojen omaa ennaltaehkäisevää toimintaa ja ohjaavat omalta osaltaan työpaikkojen riskien kartoitusta.

Työaikalaki, työsopimuslaki, työterveyshuoltolaki, työturvallisuuslaki sekä laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoinnista eli kaikki tärkeimmät lait, joiden noudattamista työsuojeluviranomaiset valvovat, on uusittu viimeisten kymmenen vuoden aikana. Säädökset on otettu työpaikoilla myönteisesti vastaan. Vuonna 2007 voimaan tulleen tilaajavastuulain toimeenpano on toteutettu organisoimalla valvonta uuden tehtävän edellyttämällä tavalla. EY:n kemikaaliasetuksen (REACH) toimeenpano alkoi vuonna 2007 (ks. lisää aiheesta luvussa 6 *Ympäristöterveydenhuollossa uusittu kemikaalilainsäädäntö ja muita muutoksia*).

Työhyvinvointitutkimuksessa on eritelty muun muassa henkilöstön hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävien toimien vaikutuksia organisaatioiden tuottavuuteen. Työterveyslaitoksen toimesta on kiinnitetty entistä enemmän huomiota niihin paineisiin ja ongelmiin, joita työpaikoilla joudutaan kohtaamaan huononevan taloudellisen tilanteen oloissa. Samalla on etsitty aktiivisesti keinoja muutostilanteiden synnyttämien kuormitusten lievittämiseksi. Lisäksi on pyritty ennakoimaan hyvissä ajoin niitä uusia ihmisten terveyteen ja työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, jotka nousevat esiin eri toimi- ja työalojen joutuessa tulevaisuudessa sopeutumaan entistä vaativampiin resurssi- ja ympäristörajoitteisiin.

Kansainvälinen työjärjestö ILO hyväksyi vuonna 2006 yleissopimuksen ja suosituksen, jotka koskevat työturvallisuuden ja –terveyden edistämistä. Eduskunta ratifioi sopimuksen vuonna 2008. Pohjoismaista yhteistyötä työ-

elämän alueella ohjaa Pohjoismaiden ministerineuvoston vahvistama yhteistyöohjelma, joka uudistettiin vuonna 2008.

4.2 ELÄKEPOLITIIKASSA VAIKEITA KYSYMYKSIÄ RATKOTTAVANA

Eläkepolitiikan suuria haasteita ovat väestön ikääntyminen, eläkeläisten määrän huomattava kasvu, keskimääräisen eläkkeelle siirtymisiän myöhentäminen ja työurien pidentäminen. Muita haasteita ovat työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, köyhyyden ja syrjäytymisen torjuminen sekä eläkemenojen ja vakuutusmaksujen kasvupaineiden hillitseminen. Kokonaiseläkemenojen osuuden bruttokansantuotteesta on arvioitu kasvavan. Tämä osuus oli noin 11 prosenttia vuonna 2005, ja sen on arvioitu olevan noin 14 prosenttia 2030-luvulla.

Vuonna 2005 toteutetun työeläkeuudistuksen pääasiallisena tavoitteena on myöhentää keskimääräistä eläkkeelle siirtymisikää sekä sopeuttaa eläkejärjestelmä keskimääräisen eliniän kasvuun. Uudistus pyrkii edistämään sukupolvien välistä tulonjakoa tiivistämällä maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä ja tasoittamalla työeläkemaksujen kertymistä.

Työeläkeuudistuksen myötä mahdollisuus siirtyä vanhuuseläkkeelle joustavasti 63–68 vuoden iässä parani, 63 vuotta täyttäneiden ja työelämässä jatkavien eläkekarttumaprosentti kasvoi 4,5 prosenttiin ja varhennetun vanhuuseläkkeen ikäraja kohosi kahdella vuodella 62 ikävuoteen.

Työeläkeuudistus muutti aiempaa työsuhteperusteista eläkeoikeuden tarkastelua siten, että nyt jokaisen kalenterivuoden ansiot vaikuttavat eläkkeen määrään. Myös työeläkkeiden indeksijärjestelmä muuttui. Ansaittuja eläkeoikeuksia ja eläkepalkkoja tarkistetaan uudella palkkakertoimella, jossa otetaan huomioon vuotuisen ansiotason muutoksesta 80 prosenttia ja elinkustannusten muutoksesta 20 prosenttia, ja entistä eläkeikäisen indeksiiä eli työeläkeindeksiä sovelletaan kaikkiin maksussa oleviin eläkkeisiin. Lisäksi otettiin käyttöön työkyvyttömyyseläkkeen kertakorotus, ja yksityinen sektori luopui työeläkkeiden yhteensovituksesta. Muutosten tavoitteena oli eläkeajan kohtuullisen kulutustason turvaaminen. Lisäksi uusi elinaikakerroin pienentää alkavan eläkkeen tasoa vuodesta 2010 alkaen elinajan pitene- mistä vastaavasti. Elinaikakerroin auttaa turvaamaan työeläkejärjestelmän kestävä rahoitusta, sillä se vähentää pitkällä aikavälillä oleellisesti väestön vanhenemisen vaikutuksia eläkemenoihin. Kertoimen eläkettä pienentävää vaikutusta voi kuitenkin vähentää jatkamalla työelämässä pidempään.

Työttömyyseläkeoikeus poistettiin vuoden 1949 jälkeen syntyneiltä ja se korvattiin työttömyysturvajärjestelmän lisäpäivärahaoikeudella. Myös yksilöllinen varhaiseläke lakkautettiin asteittain vuoteen 2006 mennessä. Samalla ryhdyttiin painottamaan 60 vuotta täyttäneiden työkyvyttömyyden arvioinnissa työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta.

Vuoden 2005 työeläkeuudistuksen yhteydessä tarkistettiin kansaneläkelainsäädäntöä vastaamaan työeläkejärjestelmän muutoksia. Kansaneläkejärjestelmässä varhennetun vanhuuseläkkeen ikäraja nousi työeläkejärjestelmän tavoin 62 ikävuoteen.

Vuonna 2005 tuli myös voimaan laki eräiden pitkäaikaisesti työttöminä olleiden henkilöiden eläketuesta. Sillä helpotettiin kertaluontoisesti vuosina 1941–1947 syntyneiden, erityisen pitkään työttömänä olleiden mahdollisuutta pysyvään toimeentuloon ilman työnhakuvelvollisuutta.

Yksityisten alojen työeläkelakeja selkeytettiin ja yhtenäistettiin vuonna 2007 korvaamalla niiden työeläkelait uusilla. Työntekijän eläkelaki (TyEL) korvasi työntekijäin eläkelain (TEL), lyhytaikaisissa työsuhteissa olevien työntekijäin eläkelain (LEL) sekä taiteilijoiden ja eräiden erityisryhmiin kuuluvien työntekijäin eläkelain (TaEL). Myös yrittäjien ja maatalousyrittäjien eläkelaki sekä merimieseläkelaki laadittiin uudestaan. Työeläkevaroja koskeva sijoitusuudistus toteutui.

Alkavien vanhuuseläkkeiden suuruus vastaa nyt noin 50 prosenttia keskipalkasta. Osuuden on arvioitu säilyvän samansuuruisena tämän vuosikymmenen loppupuolelle, minkä jälkeen sen on arvioitu lievästi alenevan ensisijaisesti elinaikakertoimen vaikutuksesta.

Kansaneläkelain kokonaisuudistus tuli voimaan vuonna 2008. Sen myötä muun muassa kuntien kalleusluokitus lakkasi vaikuttamasta kansaneläkkeen määrään. Käytännössä tämä tarkoitti noin 20 euron korotusta kuukaudessa entisen II kuntaryhmän kunnissa asuvien kansaneläkkeisiin. Samalla kansaneläkkeisiin tehtiin 20,50 euron suuruinen tasokorotus ja pienimmän maksettavan kansaneläkkeen määrää alennettiin. Kansaneläkkeisiin tehtiin myös 7 euron tasokorotus vuonna 2005 ja 5 euron tasokorotus vuonna 2006. Kaikkein pienimpien eläketulojen varassa elävien toimeentulon turvaamiseksi hallitus teki tammikuussa 2009 periaatepäätöksen takuueläkkeestä, joka otettaisiin käyttöön maaliskuussa 2011 (ks. tarkemmin luku 4 Valtakunnalliset ohjelmat ja muut keskeiset toimenpiteet luvussa *Sata-komitean työllä tavoitellaan sosiaaliturvan kokonaisuudistusta*).

Apurahalla työskentelevät tietentekijät ja taitelijat pääsivät vuoden 2009 alussa lakisääteisen ansiosidonnaisen sairausvakuutus-, työeläke- ja työtapaturmaturvan piiriin.

Vuoden 2010 alusta tulee voimaan työeläkelakien muutokset, joilla parannetaan nuorena työkyvyttömäksi jääneiden työeläkkeitä korottamalla tulevalta ajan eläkkeenosan karttumisprosenttia ja kertakorotuksen määrää. Lisäksi elinaikakertoimen soveltamista koskevat säännökset muuttuvat siten, että kerrointa ei sovelleta ennen vuotta 2010 alkaneisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin ja alkaviinkin työkyvyttömyyseläkkeisiin vuodesta 2010 lähtien vain lievennettyinä. Myös vuorotteluvapaan ajalta karttuva eläketurva pienenee hieman.

Osa-aikaeläkkeen alaikäraja nousee vuoden 2011 alusta 58 ikävuodesta 60 ikävuoteen ja samalla eläkkeen karttuminen osa-aikaeläkkeen ansion

alenemasta poistuu, jotta väestön eläkkeelle siirtymisikä siirtyisi myöhemmäksi.

Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työhönpaluun edistämistä koskeva laki annettiin syksyllä 2009. Vuoteen 2013 voimassaoleva laki pyrkii poistamaan työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön palaamisen esteitä ja lisäämään heidän mahdollisuuksiaan osallistua jäljellä olevalla työkyvyllään työelämään. Laki koskee sekä työeläkelakien että kansaneläkelain mukaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevia henkilöitä. He voivat työkyvyttömyyseläkkeellä ollessaan ansaita eläkkeensä rinnalla työansioita ainakin 600 euroa kuukaudessa ilman, että tämä vaikuttaa heidän eläkkeeseensä (ks. myös luku 4 Valtakunnalliset ohjelmat ja muut keskeiset toimenpiteet luvussa *Sata-komitean työllä tavoitellaan sosiaaliturvan kokonaisuudistusta*).

Hallitus on yhdessä keskeisten työmarkkinaosapuolten kanssa sopinut, että TyEL-vakuutusmaksua korotetaan vuosina 2011–2014 vuosittain 0,4 prosenttiyksikköä eli yhteensä 1,6 prosenttiyksikköä. Korotus jaetaan puoliksi työnantajien ja työntekijöiden kesken. Tällä pyritään lieventämään vakuutusmaksun tulevaisuuden nousupaineita ja tasaamaan sukupolvien välistä vakuutusmaksuvelvollisuutta. Työeläkemaksun korotus korvataan työnantajille poistamalla työnantajan kansaneläkemaksu. Valmistelutyötä on myös tehty keskimääräisen eläkkeellesiirtymisiän nostamiseksi vuoden 2008 tasosta vähintään kolmella vuodella vuoteen 2025 mennessä.

Vakuutus- ja rahoitusalan valvonta yhdistyi vuoden 2009 alusta, jolloin Finanssivalvonta aloitti toimintansa.

4.3 SAIRAUSVAKUUTUKSEN UUDISTUKSILLA PARANNETTU VANHEMPAINETUUKSIA JA -VAPAITA

Vuoden 2007 alusta muutettiin sairausvakuutuslain säännöksiä, jotka koskevat äitiys- ja vanhempainrahan määrää, työnantajalle maksettavaa vuosilomakustannuskorvausta, isän vanhempainvapaan ja vanhempainrahan jatkoksi maksettavan isyysrahan käyttöajankohtaa ja ottovanhempien vanhempainrahakautta. Äitiysrahan ja isälle maksettavan vanhempainrahan korotuksen tavoitteena on parantaa perheiden toimeentuloa. Isille maksettavien etuuksien muutoksilla pyritään lisäämään isien vanhempainvapaiden käyttöä. Äitiysrahan ja vuosilomakustannuskorvauksen korotuksella pyritään korvaamaan myös aikaisempaa paremmin työnantajalle perhevapaista aiheutuvia palkkakustannuksia.

Hallitus on päättänyt, että indeksisuojan ulkopuolella olevat perusturvaetuudet eli vähimmäismääräiset sairausvakuutuslain mukaiset päivärahat (sairaus-, äitiys-, erityisäitiys-, isyys- ja vanhempainraha sekä erityishoitoraha) ja kuntoutusrahat sekä lapsilisä, kotihoidon tuki ja yksityisen hoidon tuki sidotaan kuluttajahintojen muutosta kuvaavaan kansaneläkeindeksiin 1.3.2011 lukien. Työterveyshuollon vaikuttavuutta parannetaan siten, että hyvien käytäntöjen leviämistä tuetaan korvausjärjestelmän muutoksella.

Muutos tulee voimaan aikaisintaan vuoden 2011 alusta. Harkinnanvaraisena kuntoutuksena sairausvakuutuksesta korvattava psykoterapia siirtyy Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuudeksi 1.1.2011 lukien.

Syrjäytymisen ehkäisemiseksi äitiys-, isyys- ja vanhempainrahojen, erityishoitorahan, sairauspäivärahojen ja kuntoutusrahan vähimmäistaso korotettiin työmarkkinatuen tasolle vuoden 2009 alusta lukien. Muutos koski myös Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain mukaisen kuntoutusrahan vähimmäismäärää.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asettama työryhmä selvittää parhaillaan vanhempainvapaajärjestelmän laajemman uudistamisen mahdollisuuksia. Työryhmän tavoitteena on perheen ja työn aikaisempaa parempi yhteensovittaminen, vanhemmuuden tukeminen, isien kannustaminen aikaisempaa enemmän perhevapaiden pitoon sekä vanhemmuudesta työnantajille aiheutuvien kustannusten korvaamisen parantaminen. Hallituksen päätösten mukaisesti uudistuksessa otetaan vahvasti huomioon sukupuolten välisen tasa-arvon edistäminen.

Vuonna 2007 voimaantulleen osasairauspäivärahaa koskevan lainsäädännön tavoitteena oli luoda järjestelmä, joka tukisi vakuutetun paluuta työhön pitkähkön sairausloman jälkeen. Tavoitteena on tarjota henkilölle mahdollisuus työskennellä osa-aikaisesti jo aikaisemmassa vaiheessa työkyvyttömyysjaksoa ja tukea siten työntekijän oma-aloitteista ja vapaaehtoista paluuta kokoaikatyöhön.

Lapsilisiin sekä lapsiperheiden muihin tukiin on tehty vuosina 2008–2009 useita muutoksia perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Lisäksi on käynnistetty päivähoitolainsäädännön uudistaminen.

4.4 VALTAKUNNALLISET OHJELMAT JA MUUT KESKEISET TOIMENPITEET

Sata-komitean työllä tavoitellaan sosiaaliturvan kokonaisuudistusta
Sosiaaliturvajärjestelmän syvempi kokonaistarkastelu on aika ajoin tarpeen perustellun ja ajanmukaisen näkemyksen saamiseksi sosiaaliturvajärjestelmän kattavuudesta, tavoitteista, tasosta ja kestosta. Sosiaaliturvan uudistamisen lähtökohtana on Suomen perustuslain 19 §, jossa määritellään ihmisen oikeudesta sosiaaliturvaan. Lainkohdan mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lisäksi toimeentuloturvausta säädetään, että lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.

Suomalainen sosiaaliturvalainsäädäntö on muotoutunut vuosien saatossa eri aikoina säädetyistä laeista. Sosiaaliturvajärjestelmämme perustuu kymmeniin eri säädöksiin ja noin sataan erilaiseen etuuteen. Eri etuusjärjestelmät poikkeavat toisistaan, koska ne ovat syntyneet eri aikoina ja niihin on

kohdistettu erilaisia säästötoimenpiteitä. Vuosituhannen vaihteesta lukien sosiaaliturvalainsäädäntöä on säädösteknisesti uudistettu, mutta sosiaaliturvajärjestelmän perusteellista sisällöllistä kokonaistarkastelua ei ole koordinoitusti tehty.

Sosiaaliturvan rahoitus perustuu työhön ja talouskasvuun. Sosiaaliturvan rahoitus on suuren haasteen edessä, kun ensimmäistä kertaa hyvinvointivaltiomme historiassa työikäisen väestön määrä vähenee ja samanaikaisesti hoidettavien määrä kasvaa.

Julkiseen talouteen kohdistuva paine kasvaa seuraavien 20 vuoden aikana, minkä vuoksi joudutaan käyttämään erilaisia keinoja elatussuhteen heikkenemisen hidastamiseksi. Arvioiden mukaan sosiaalimenojen säilyttäminen vuoden 2008 tasolla edellyttäisi lähes 80 prosentin työllisyysastetta. Elatussuhteen parantaminen vaatii muutoksia monen muun ohessa myös sosiaaliturvaan. Erityisesti tarvitaan toimia, joilla kannustetaan opiskelijoita siirtymään nykyistä nopeammin opiskelusta työelämään, lyhennetään poissaoloa töistä (esimerkiksi sairaus ja työttömyys), tehdään lyhytaikaisenkin työsuhteiden vastaanottaminen kannattavaksi, tuetaan vajaakuntoisten työllistymistä, myöhennetään eläkkeelle siirtymistä sekä kannustetaan myös eläkkeellä olevia osallistumaan työelämään nykyistä enemmän.

Sosiaaliturvauudistuksen tavoitteet ja toteuttamisaikataulu

Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmaan sisällytetty sosiaaliturvan uudistamista koskeva työ käynnistyi kesällä 2007, kun hallitus asetti sosiaaliturvan uudistamiskomitean, Sata –komitean. Komitean työssä ovat mukana keskeiset hallinnon alat, työmarkkinajärjestöt sekä kolmas sektori. Komitean työtä tukee neljä jaostoa –perusturvaa, ansioturvaa, rahoitusta ja kannustavuutta sekä hallinto- ja prosessikysymyksiä tarkastelevat jaostot.

Sosiaaliturvauudistuksen tavoitteena on työn kannustavuuden parantaminen, köyhyyden vähentäminen sekä riittävän perusturvan tason turvaaminen kaikissa elämäntilanteissa. Uudistustyössä tulee kiinnittää huomiota nykyisen sosiaaliturvajärjestelmän toimeenpanoa hidastavaan ja sen ymmärrettävyyttä vaikeuttavaan etuusrakenteeseen sekä sosiaaliturvajärjestelmän kestävään rahoitukseen. Tarkoituksena on luoda hallittava, työntekoon kannustava ja rahoituksellisesti kestävä sosiaaliturvajärjestelmä, joka samanaikaisesti antaa riittävän perusturvan kaikille sitä tarvitseville.

Sosiaaliturvan uudistuksen valmistelu on edennyt vaiheittain. Komitea teki syksyllä 2008 esitykset ns. ensimmäisen vaiheen uudistuksista, julkaisi tammikuussa 2009 esityksensä sosiaaliturvauudistuksen keskeisistä linjauksista ja maaliskuussa 2009 teki alustavan arvion linjausten talous- ja työllisyysvaikutuksista. Komitean loppuraportti valmistui 18.12.2009.

Sosiaaliturvauudistuksen ns. ensimmäisen vaiheen esitykset

Sosiaaliturvauudistuksen ensimmäisen vaiheen esitykset liittyivät osaisrauspäivärahan kehittämiseen ja eläkkeen lepäämään jättämistä koskevien säännösten tarkistamiseen, kuntoutusrahan vähimmäismäärän korottami-

seen sairausvakuutuksen vähimmäispäivärahoja vastaavasti, toimeentulotuen etuoikeutetun tulon kokeilun jatkamiseen sekä työttömyysturvan maksuviiveiden vähentämiseen (sovitellun työttömyysturvan ennakkomaksu).

Osasairauspäivärahaa koskevilla muutoksilla mahdollistetaan osasairauspäivärahan käyttö työkyvyttömyyden alusta lukien sairauspäivärahan omavastuuajan jälkeen. Voimassaolevan lain mukaan osasairauspäiväraha on ollut mahdollista vasta, kun henkilö on saanut sairauspäivärahaa yhdenjaksaisesti vähintään 60 päivältä. Muutos tulee voimaan vuoden 2010 alusta.

Eläkkeiden lepäämään jättämistä koskevien säännösten muuttamisen tarkoituksena on edistää työkyvyttömyyseläkkeellä olevien mahdollisuuksia tehdä työtä. Lepäämään jättämismahdollisuus on tarkoitus ulottaa koskemaan myös muita kuin kansaneläkkeensaajia. Eläkkeellä olevalla olisi mahdollisuus ansaita ainakin 600 euroa kuukaudessa ilman, että se vaikuttaisi eläkkeen määrään. Ansaintarajan ylittyessä eläke voitaisiin jättää lepäämään vähintään kolmeksi kuukaudeksi ja enintään kahdeksi vuodeksi. Lepääväenä olevan eläkkeen maksu aloitettaisiin uudelleen, kun eläkkeensaaja on ilmoittanut eläkelaitokselle työskentelyn päättyneen tai tulojen vähentyneen enintään ansaintarajan suuruiseksi. Tarkoituksena on, että muutos tulisi voimaan vuoden 2010 alusta.

Sata-komitean esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista

Sata-komitean esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista valmistui tammikuussa 2009. Raportissa on määritelty sosiaaliturvauudistuksen yleiset tavoitteet sekä siihen on sisällytetty kaikkiaan yli 50 esitystä, jotka on jaoteltu viiteen asiakokonaisuuteen – selkeä ja riittävä perusturva, aktiivivaihtoehtoja ja työurien pidentämistä tukeva sosiaaliturva, kannustava sosiaaliturva, hallinnon ja lainsäädännön selkeyttäminen ja rahoituksen kestävyys. Komitean esityksessä on otettu huomioon kaikilta osin työmarkkinaosapuolten ns. sosiaalitusossa sopimat ehdotukset.

Komitean linjauksissa on sovitettu yhteen periaatelinjauksia ja konkreettisia ehdotuksia. Monet komitean linjauksista edellyttävät vielä yksityiskohdallisia selvityksiä ja kustannusvaikutusten arviointia ennen toteutettavien uudistusten valintaa. Sosiaaliturvauudistuksen peruslinjausten käytännön toteutus riippuu myös julkisen talouden kestävyuden asettamista rajoista. Komitea ei ole raportissaan ottanut kantaa esitystensä tärkeysjärjestykseen eikä aikatauluun. Vuoden 2009 lopulla valmistuneen loppuraportin yhteydessä komitea arvioi näiden ehdotustensa riittävyyden.

Sata-komitean tammikuun 2009 peruslinjausten perusteella toteutettavaksi päätetyt muutokset

Komitean työ on ollut poikkeuksellista sen suhteen, että jo uudistustyön aikana ns. ensimmäisen vaiheen esitysten lisäksi komitean peruslinjausten julkistamisen jälkeen osa ehdotuksista on jo edennyt lainsäädännöksi ja osan toteuttamisaikataulusta on erikseen päätetty. Hallitus on sitoutunut toteut-

tamaan vuosina 2009–2011 komitean peruslinjauksissaan esittämistä uudistamishdotuksista ns. sosiaaliturvan mukaiset työttömyysturvaesitykset sekä työttömän perusturvaetuuksien aktivointikorotuksen, ns. takuueläkkeen, perusturvaetuuksien indeksidonnaisuuden sekä psykoterapiakuntoutuksen lakisäateistämisen.

Sosiaaliturvassa sovitut työttömyysturvaa koskevat muutokset tulevat voimaan pääosin vuoden 2010 alussa. Muutosturvan laajentaminen ja eräät omaehtoisen ammatillisen koulutuksen ajalta maksettavan koulutuspäivärahan muutokset toteutettiin heinäkuun alussa 2009. Sosiaaliturvassa sovitun mukaisesti työttömyysturvan enimmäiskesto (500 päivää) sekä perus- ja ansioturvan kytkentä säilyy nykyisellään. Työttömyysturvan kestoan vaikuttaa kuitenkin se, että jatkossa koulutusaika kuluttaa ansiopäivärahan enimmäisaikaa. Työttömyysturvan uudistamisen myötä muun muassa patkätöitä tekevän asema paranee, kun esimerkiksi työssäoloa lyhenee. Lisäksi sovitellusta työttömyyspäivärahasta poistuu enimmäiskesto. Työttömyysturvan tasoon vaikuttavia muutoksia ovat muun muassa aktiivitoimenpiteiden ajalta maksettava korotettu ansioturva (enintään 200 päivää), ns. prosenttiwähennyksen vakinaistaminen ja ansiopäivärahan laskennassa sovellettavan taitekohdan korottaminen. Aktivointikorotus ulotetaan koskemaan myös perusturvaa saavia työttömiä tietyin edellytyksin. Työttömyysputken eli lämpäiväraha-oikeuden alaikäraja nousee vuodella ja vastaavasti kunnan velvoite järjestää ikääntyneille työssäoloehdon täyttävää työtä laajenee. Lisäksi parannetaan työttömän omaehtoisen koulutusajan tuen tasoa ja selkeytetään koulutustukijärjestelmiä sekä vakinaistetaan vuorotteluvapaa.

Komitea on esittänyt ns. takuueläkkeen käyttöönottamista kaikkein pienintä eläkettä saavien eläkeläisten aseman parantamiseksi. Hallitus on päättänyt toteuttaa takuueläkkeen maaliskuun alusta 2011 alkaen. Tätä etuutta maksettaisiin niille eläkkeensaajille, joiden kokonaiseläke – ansio- ja kansaneläke yhteenlaskettuina – jää takuueläkettä pienemmäksi. Muutos koski sekä vanhuuseläkkeen että työkyvyttömyyseläkkeen saajia. Takuueläke merkitsisi noin 100 euron suuruista korotusta täyteen kansaneläkkeeseen. Arvioiden mukaan takuueläkkeeseen olisi oikeus yli 120 000 eläkkeensaajalla.

Päätöstä sitoa perusturvaetuudet indeksiin sekä muuttaa psykoterapian järjestämisvastuuta on selostettu edellä (ks. luku *Sairausvakuutuksen uudistuksilla parannettu vanhempainetuuksia ja -vapaita*). Lisäksi opintotuen ja sairauspäivärahan yhteensovittamista koskevien säännösten muutokset tulevat voimaan vuoden 2010 elokuun alussa.

Sata-komitean ehdotukset 18.12.2009

Sata-komitean ehdotukset valmistuivat joulukuussa 2009. Komitean toimeksiannon osatekijät muodostavat kokonaisuuden, jossa osaratkaisuja on painotettava siten, että kaikki tavoitteet ovat kohtuullisesti toteutettavissa. Komitean näkemyksen mukaan vakavimman uhan sosiaaliturvan kestäväydelle asettaa pitkällä aikavälillä ikärakenteen muutos. Tästä syystä komitea

on selvittänyt laajalti sellaisia toimenpidevaihtoehtoja, jotka mahdollistavat työllisyysasteen nostamisen taantuman jälkeisinä vuosina. Nämä toimenpiteet tähtäävät työkyvyn ja osaamisen parantamiseen, sairaudesta ja työttömyydestä aiheutuvien jaksojen vähenemiseen ja lyhenemiseen, työuran pidentymiseen ja omatoimisuuden vahvistumiseen vanhuusiässä.

Perusturvan parantamiseksi komitea on esittänyt edellä todetun takuueläkkeen ja kattavan perusturvan indeksisidonnaisuuden lisäksi muun muassa vähimmäismääräisen sairauspäivärahan omavastuukauden lyhentämistä, työmarkkinatuen tarveharkinnan poistamista, työttömyysturvan aktiivituen soveltamisalueen laajentamista, yleisen asumistuen selkeyttämistä ja yksinkertaistamista, hoitotuen ja omaishoidontuen yhdistämistä ja omaishoidon tuen siirtoa Kansaneläkelaitoksen hoidettavaksi. Lisäksi komitea on esittänyt, että perusturvaetuksien tason kehitys on selvitettävä neljän vuoden välein ja arvioitava onko tarvetta tehdä perusturvaan hintakorjausten lisäksi myös reaalitasoa koskevia muutoksia. Osa toimenpiteistä samalla selkeyttää sosiaaliturvaa ja sisältää työhön kannustavia piirteitä.

Komitean työn aikana maailmantalouden tilanne muuttui, mikä heijastui myös Suomen talouteen. Tämä ei muuttanut komitean linjauksia ja alkupeleistä tavoitetta elatussuhteen korjaamiseksi. Julkisen talouden tilan muutokset vaikuttavat kuitenkin komitean esittämiin toimenpiteisiin. Komitea ei ole katsonut tarkoituksenmukaiseksi loppumietinnössä esittää sellaisia rakenteellisia muutoksia, jotka aiheuttaisivat merkittäviä kustannuksia, vaikka niitä sosiaaliturvan selkeyttämiseksi tai yhteensovituksen parantamiseksi voitaisiin perustella. Kaikkiaan komitean esityksiä priorisoitaessa on otettava huomioon julkisen talouden negatiivinen kehitys.

Komitea esittää monia konkreettisia toimia, jotka parantavat työllisyyttä lähivuosina. Useat näistä eivät sisällä menolisäystä tai niiden käynnistyskustannukset ovat vähäisiä odotettavissa olevaan hyötyyn verrattuna. Esimerkkeinä mainittakoon työkyvyttömyyseläkkeen lepäämänjättäminen, kansaneläkkeen osatyökyvyttömyyseläke, osasairauspäivärahan aientaminen ja sairausvakuutuksen enimmäiskeston joustavoittaminen, työttömyysturvan tulospelvityksen nopeuttaminen, työterveyshuollon vaikuttavuuden parantaminen, kuntoutuksen nopeuttaminen, kuntoutuspsykoterapian lakisääteistäminen, kuntouttavan työtoiminnan tehostaminen, lyhytaikaisen työn vastaanottamista kannustavat toimet, työpankkitoiminnan käynnistäminen ja vammaistuen työssäkäyntilisiä.

Komitea on valmistellut ehdotuksia toimista, jotka edistävät osatyökykyisten ja vaikeasti työllistyvien työelämään osallistumista lisäämällä panostusta työntekijöiden terveyttä ja työkykyä parantaviin toimiin. Komitea on kolmikantaisesti valmistellut esityksen työterveyshuollon kehittämiseksi. Sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän muutokset tukevat työkykyä edistävän ja työkyvyttömyyttä ehkäisevän toiminnan tehostamista työterveyshuollossa ja työpaikoilla. Lisäksi komitea esittää toimenpiteitä, joiden tavoitteena on edistää oikea-aikaisen ja viivytyksettömän kuntoutuksen toteutumista.

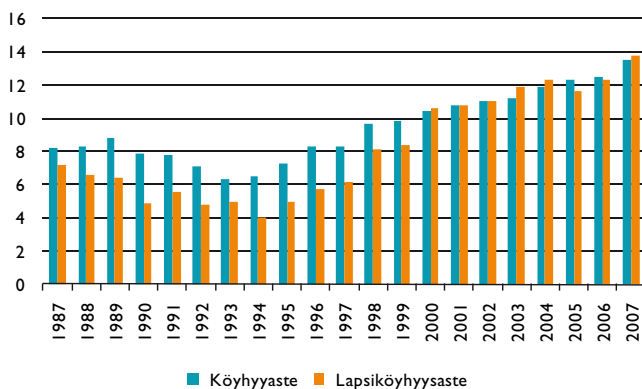
Sosiaaliturvan selkeyttämiseksi ja byrokraatialoukkujen vähentämiseksi komitea esittää tulo- ja perhekäsitteiden selkeyttämistä, käsittelytakuun käyttöönottamista muun muassa työttömyysturvassa (hakemukselle määritellään käsittelyaika), päätöksen oikaisumenettelyn laajentamista, työttömyysturvan perusturvan kokoamista yhdeksi lainsäädännöksi ja muutoinkin lainsäädännön ja hakemusmenettelyn asteittaista selkeyttämistä ja sähköisen asioinnin laajentamista sekä palvelumaksujen johdonmukaisuuden parantamista.

Monet komitean esityksistä ovat edenneet tai etenemässä hallituksen esityksinä eteenpäin. Komitean linjaukset ja niiden valmisteluun laadittu tausta-aineisto tarjoavat myös pohjan sosiaaliturvan pitkän aikavälin kehittämiselle.

5 VÄHENNETÄÄN KÖYHYTTÄ JA SYRJÄYTYMISTÄ – PAINOPISTEALUEEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS JA SIIHEN KOHDISTUNEET TOIMENPITEET

■ *Suhteellinen köyhyysaste ja lapsiköyhyysaste² ovat kasvaneet Suomessa kuluneen kymmenen vuoden aikana huomattavasti. Vuonna 1994 suhteellinen köyhyysaste oli kuusi prosenttia ja lapsiköyhyysaste neljä. Vuonna 2007 suhteellinen köyhyysaste oli kasvanut 13,5 prosenttiin ja lapsiköyhyysaste 13,8 prosenttiin. Suhteellinen köyhyysaste on siis yli kaksinkertaistunut ja lapsiköyhyysaste yli kolminkertaistunut 1990-luvun puolivälin jälkeen.*

KUVIO 5. SUHTEELLINEN KÖYHYYSASTE JA LAPSIKÖYHYYSASTE KASVAVAT.



Lähde: Suhteellinen köyhyysaste ja lapsiköyhyysaste 1987–2007, Tilastokeskus, tulonjakotilasto 2009.

Vaikka useat muut mittarit osoittavat myös köyhyttä ja toimeentulo-ongelmia koskevien määrän vähentyneen, niin tämä ei välttämättä tarkoita sitä, että köyhyttä ja toimeentulo-ongelmia edelleen kokevien asema olisi parantunut. Köyhyysasteen yhteydessä ja köyhien määrästä puhuttaessa tulisikin aina muistaa tarkastella myös köyhyden syvyyttä ja siinä tapahtunutta kehitystä. Onkin olemassa viitteitä siitä, että köyhyys ja toimeentulo-ongelmat ovat Suomessa syventyneet niiden keskuudessa, jotka eivät ole onnistuneet pääsemään ulos köyhydestä.

Esimerkiksi toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä on laskenut jo lähelle 1990-luvun lamaa edeltäviä lukuja, mutta yli vuoden toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä on edelleen liki kolminkertainen lamaa edeltäneeseen tilanteeseen verrattuna. Vuonna 2007 toimeentulotukea myönnettiin yhteensä 217 842 kotitaloudelle ja niissä 342 492 henkilölle. Vuodesta 2006 toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä supistui

2 Suhteellinen köyhyysaste kuvaa, kuinka suuri osuus väestöstä asuu kotitalouksissa, joiden kulutusyksikköä kohti lasketut tulot ovat vähemmän kuin 60 % mediaanitulosta. Lapsiköyhyysasteeksi kutsutaan suhteellisen köyhyysrajan alapuolella olevissa kotitalouksissa asuvien alle 18-vuotiaiden osuutta kaikista alle 18-vuotiaista.

noin neljä (3,9 %) prosenttia ja samoin myös henkilöiden määrä (4,4 %). Väestöstä 6,5 prosenttia sai toimeentulotukea. Vuoden 2008 ennakkotietojen mukaan toimeentulotuen bruttomenot kasvoivat koko maassa edellisen vuoden käypiin hintoihin verrattuna kymmenen prosenttia. Samalla vuodesta 1997 asti jatkunut toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrän väheneminen lähes pysähtyi. Myös pienituloisten asumismenot ovat kasvaneet voimakkaammin kuin heidän tulonsa, mikä on ennestään heikentänyt näiden taloudellista tilannetta.

Toimeentulotuen viivytyksetöntä käsittelyä koskeva laki (1202/2007) tuli voimaan vuoden 2008 alussa. Toimeentulotukilakiin on kirjattu määräajat toimeentulotukiasioiden käsittelylle. Tarkoituksena on, että kaikissa kunnissa toimeentulotukipäätöksen saa ilman viivytystä, kuitenkin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä hakemuksen tekemisestä. Kiireellisessä tilanteessa päätös on tehtävä samana tai viimeistään seuraavana arkipäivänä. Päätös on pantava täytäntöön viivytyksettä. Asiakkaan tulee myös päästä keskustelemaan henkilökohtaisesti sosiaalityöntekijän tai sosiaalihojaajan kanssa viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun asiakas on tätä pyytänyt.

Toimeentulotuen asiakaskunta on muuttunut 1990-luvun laman alkua ajoista nykylaman alkuun. Kun tuoreimpia tilastoja verrataan 1990-luvun vaihteen tilastoon, havaitaan, että toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä on kasvanut kolmanneksen ja kustannukset kaksinkertaistuneet. Yli neljännes tukea saavista kotitalouksista voidaan laskea pitkäaikaisen tuen saajiksi. Lisäksi pitkäaikaistyöttömien 50–64-vuotiaiden tai eläkettä saavien osuus toimeentulotukea hakeneista on lisääntynyt.

1990-luvun alun tietojen perusteella taloudellinen taantuma lisäsi nopeimmin toimeentulotukea hakevien uusien kotitalouksien ja lyhytaikaisten toimeentulotukien määrää. Lyhytaikaisten hakemusten nopein kasvu taittui viime laman osalta kuitenkin parissa vuodessa, vaikka tukimäärät lisääntyivät selvästi aina 1990-luvun puoliväliin asti. Ennen tämänhetkistä taantumaa lyhytaikaisten tukien osuus oli taas edellistä taantumaa edeltävällä tasolla. Sen sijaan pitkäaikaisten tukien kasvukehitys nopeutui vasta 1990-luvun puoliväliä kohti, ja pitkäaikaisesti tukea saavien kotitalouksien määrä jäi pysyvästi alkuperäistä korkeammalle tasolle.

5.1 TYÖTTÖMYYSTURVA UUDISTUNUT

Vuonna 2009 toteutetaan Sata-komitean linjauksiin liittyvä valtakunnallinen *työpankkikokeilu*. Kokeilussa mallinnetaan tapoja, joilla voidaan työllistää vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia henkilöitä, muun muassa vajaakuntoisia ja pitkäaikaistyöttömiä vapaille työmarkkinoille. Sosiaali- ja terveysministeriö on nimennyt seitsemän alueellista toimijaa työpankeiksi. Lisäksi toiminnassa on mukana seitsemän verkostokumppania. Kokeilu jatkuu vuoden 2009 loppuun, minkä jälkeen päätetään kokeilun jatkosta.

Työntekijät ovat työsuhteessa työpankkiin, joka vuokraa työntekijöitä yrityksille ja yhteisöille. Kun työntekijällä ei ole töitä vuokraavassa yrityksessä tai työpankissa, hän saa koulutusta tai kuntoutusta. Työpankkeihin voi ilmoittautua kuka tahansa työttömänä oleva henkilö. Työpankit tekevät päätökset siitä, ketä ne palkkaavat.

Työttömyysturvaa uudistetaan Sata-komitean ehdotusten mukaan vuoden 2010 alusta. Tavoitteena on työttömyysjaksojen lyhentäminen tehostetun työnhaun ja sitä tukevien aktiivitoimenpiteiden keinoin. Työttömyysjaksojen lyhentämiseen pyritään ennen kaikkea työvoimaviranomaisten nykyistä aktiivisemmalla toiminnalla, jossa heti työttömyyden alussa arvioidaan työnhakijan työllistymisedellytykset ja erilaisten työllistymistä edistävien palvelujen tarve.

Osallistumista työllistymistä edistäviin toimiin - koulutukseen, työkokeiluun, työelämävalmennukseen, työharjoitteluun tai kuntouttavaan työtoimintaan - kannustetaan maksamalla näiden palvelujen ajalta peruspäivärahaan ja työmarkkinatukeen korotusosaa ja ansiopäivärahassa korotettua ansio-osaa enintään 200 päivältä. Muutosturvaan oikeutetulle maksetaan muutosturvan mukaista peruspäivärahan muutosturvalisää ja ansiopäivärahassa muutosturvan ansio-osaa. Muutosturvalisän ja muutosturvan ansio-osan maksamisen enimmäisaikaa pidennetään 185 päivästä 200 päivään.

Erilaiset työssäoloehdot yhtenäistetään siten, että siirrytään yhteen työttömyyspäivärahan työssäoloehtoon lyhentämällä työssäoloehdon alkuehtoa 43 viikosta 34 viikkoon. Myös yrittäjien työssäolohtoa ehdotetaan vastaavasti lyhennettäväksi 24 kuukaudesta 18 kuukauteen.

Työttömyyspäivärahan tasoa korotetaan muuttamalla ansiopäivärahan ja korotetun ansio-osan laskentakaavaa sekä maksamalla 20 ensimmäiseltä työttömyyspäivältä peruspäivärahassa korotusosaa ja ansiopäivärahassa korotettua ansio-osaa. Ansiopäivärahan korotuksen johdosta luovutaan lisäpäiviltä maksettavasta korotetusta ansio-osasta. Samalla myös nykyistä korotusosan ja korotetun ansio-osan enimmäismaksuaikaa lyhennetään 150 päivästä 100 päivään.

Sovitellun työttömyyspäivärahan 36 kuukauden enimmäisaika kumotaan.

Työttömyysaikaiset koulutusetuudet, työvoimapoliittinen aikuiskoulutustuki ja koulutuspäiväraha yhdistetään yhdeksi etuudeksi. Työtön saisi samansuuruista etuutta siitä riippumatta, osallistuuko hän työ- ja elinkeinotoimiston hankkimaan koulutukseen vai itse hankkimaansa koulutukseen. Samalla omaehtoiseen koulutukseen osallistumisen ehtona olevasta 10 vuoden työhistoriavaatimuksesta luovuttaisiin. Omaehtoisen koulutuksen ajalta maksettava turva paranee lisäksi siten, että omaehtoisen opiskelun ajalta aletaan maksaa ylläpitokorvausta ja muutosturvalisää siihen oikeutetulle. Työvoimapoliittisen aikuiskoulutuksen ajalta maksettava tuki laskettaisiin mukaan työttömyyspäivärahan 500 päivän enimmäisaikaan.

Työurien pidentämiseksi ehdotetaan, että lisäpäiväoikeuden alkamisikä nostetaan 59 vuodesta 60 vuoteen. Muutos koskisi niin työnhakijoita, jotka

ovat syntyneet vuonna 1955 tai sen jälkeen. Ikärajan noston vuoksi kuntien velvoitetta työllistää ikääntyneitä työntekijöitä laajennetaan koskemaan niitä työttömiä, jotka lainmuutoksen vuoksi eivät enää olisi lisäpäiviin oikeutettuja. Samalla palkanmäärittelyä koskevia säännöksiä ehdotetaan muutettavaksi siten, että veloitteen perusteella järjestetty työ ei alenna työn päätyttyä maksettavaa työttömyyspäivärahaa.

Esityksessä ehdotetaan, että työllistymistä edistävien palveluiden perusteella maksettaviin työttömyysetuuksiin oikeuttavat työvoimaviranomaisen palvelut ja niitä koskevat ehdot määriteltäisiin nykyistä tarkemmin ja koottaisiin yhteen lukuun. Samalla työmarkkinatukea koskevat säännökset ryhmiteltäisiin laissa uudelleen.

Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain tarkoituksena on parantaa pitkään jatkuneen työttömyyden perusteella työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saavan henkilön edellytyksiä työllistyä ja edistää hänen mahdollisuuksiaan osallistua koulutukseen ja muihin työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Työvoimahallinto ja kunta laativat yhdessä työttömän henkilön kanssa aktivointisuunnitelman, jossa kartoitetaan asiakkaan nykyinen tilanne ja sovitaan toimista, joilla asiakkaan työllistymismahdollisuuksia parannetaan. Aluksi on aina kartoitettava mahdollisuudet tarjota henkilölle työvoimahallinnon järjestämiä työllistämistä edistäviä toimenpiteitä Suunnitelmassa voidaan sopia myös osallistumisesta kuntouttavaan työtoimintaan, jonka järjestämisestä sosiaalipalveluna kunta vastaa. Osallistuminen kuntouttavaan työtoimintaan on ollut velvoittavaa vain alle 25-vuotiaille lain piriin kuuluville henkilöille. Vuoden 2010 alusta poistetaan kuntouttavan työtoiminnan velvoittavuuden ikäraja muuttamalla kuntouttavasta työtoiminnasta kieltäytymisen ja keskeyttämisen seuraamuksia koskevia säännöksiä.

Myös työssä olevien koulutusajan tukijärjestelmää selkiytetään. Aikuis-koulutustuen tarkoituksena on tukea palkansaajien ja yrittäjien ammattitaidon kehittämistä ja ylläpitoa työuran aikana.

Aikuis-koulutustuen tasoa nostetaan vastaamaan ansiopäivärahan tasoa kuitenkin ilman jälkimmäiseen tulevia korotuksia. Nykyisen ansaintaperiaatteen mukaisesti määräytyvästä kestosta luovutaan. Tuen saamisehto ja tukikauden kesto muutetaan kiinteäksi. Tuen myöntäminen edellyttäisi kahdeksan vuoden työhistoriaa, jonka täytyessä aikuiskoulutustukea maksettaisiin enintään 18 kuukauden ajan työuran aikana. Aikuiskoulutustukea olisi mahdollista saada myös osa-aikaiseen opiskeluun.

5.2 LAPSIPERHEIDEN SUHTEELLINEN ASEMA HEIKENTYNYT

Viime vuosikymmenien aikana suomalaislasten enemmistön hyvinvointi on monilla mittareilla mitattuna parantunut. Samaan aikaan osalla lapsista ja lapsiperheistä pahoinvointi on yleistynyt ja pienelle vähemmistölle ongelmat

ovat kasautuneet. Lapsiperheiden suhteellinen asema tulonjaossa on heikentynyt, ja ne ovat jääneet jälkeen keskimääräisestä tulokehityksestä. Tutkimusten mukaan menojen kattaminen tuloilla oli hankalaa kahdessa viidestä perheestä, pienituloisimmassa viidenneksessä yli puolessa perheistä ja yksinhuoltajien perheissä jopa kahdessa kolmesta.

Lapsiperheiden vanhemmat käyvät työssä keskivertoväestöä yleisemmin kaikissa tuloryhmissä, mutta tulonsiirrot muodostavat oleellisen osan toimeentulosta erityisesti pikkulapsiperheissä. Pienituloiset lapsiperheet joutuvat elämään ”kädestä suuhun” eivätkä he yllä samaan kulutustasoon kuin muut. Yllättävät menoerat tai tulonmenetykset voivat vaikeuttaa elämää huomattavasti. Lapsiköyhyys on myös yhteydessä perhevaiheeseen sekä perheen kokoon ja rakenteeseen: heikoin tilanne on yksinhuoltajien sekä monilapsisten perheiden lapsilla.

1990-luvun laman aikana noin puolessa pikkulapsi- ja koululaisperheitä koettiin taloudellisen tilanteen tiukkeneminen. Perheet säästivät ruuassa ja vaatteissa, luopuivat isommista hankinnoista ja matkustamisesta. Vanhemmat pyrkivät turvaamaan lasten harrastukset, mutta joka viides perhe joutui tinkimään niistäkin. Kulutusmahdollisuuksien puutetta merkittävämpiä perheissä olivat 1990-luvun laman seuraukset perheen ilmapiiriin ja vanhempien jaksamiseen. Kun vanhempien henkinen hyvinvointi kärsii, lisääntyy riski lasten käytösongelmiin, masentumiseen, ahdistuneisuuteen ja alkoholin käyttöön. Työttömyyttä kokeneiden perheiden lapset uskoivat muita harvemmin saavansa isona töitä.

Lapsille ja lapsiperheille kohdistetut julkiset varat nousivat lamaa edeltäneelle tasolle vasta vuonna 2004. Tulonsiirrot, kuten lapsilisä tai kotihoidon tuki eivät ole indeksiin sidottuja, ja niihin on tehty vähäisiä korotuksia vasta aivan viime vuosina. Lasten palveluissa luotiin 1990-laman aikana noidankehä: säästöjen ja leikkausten seurauksena lasten saamat peruspalvelut ohenivat sisällöltään ja osittain suorastaan vähenivät. Noidankehää ei kasvun vuosien Suomessa purettu, vaan kunnissa säästettiin edelleen lasten ja lapsiperheiden palveluissa niin neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, päivähoitossa, kouluissa kuin kotihoidon palveluissa. Samaan aikaan kasvoivat erityisoppilaiden osuudet päivähoitossa ja koulussa, kasvatus- ja perheneuvonnan asiakasmäärät sekä mielenterveyspotilaiden ja lastensuojelun asiakkaiden määrä murros- ja teini-ikäisten keskuudessa.

Hallitusohjelmassa lapsi- ja perhepoliittiset linjaukset painottuvat lapsiperheiden toimeentulon kohentamiseen tiettyjä tulonsiirtoja parantamalla. Siten lapsiperheiden taloudellista tilannetta on yritetty korjata nostamalla äitiysraha ensimmäiseltä 56 arkipäivältä 90 prosenttiin työtulosta sekä kotihoidontuen hoitorahan sisäkorotuksen nostamisella 10 eurolla (2007), vuonna 2008 korotettiin lapsilisän yksinhuoltajakorotusta ja viimeaikaisia vuoden 2009 aikana tehtyjä uudistuksia ovat olleet lapsilisän korotus 10 eurolla kolmannelta lapsesta lukien, kotihoidon tuen hoitorahan korotus 20 eurolla/kk sekä yksityisen hoidon tuen korotus 22,67 eurolla/kk (jälkimmäinen kohdentuu kylläkin lähinnä hyvätuloisille) sekä äitiys-, isyys- ja

vanhempainrahan vähimmäismäärän nosto työttömyysturvan vähimmäismäärän tasolle. Myös osittaisen hoitorahan tasoa nostettiin 1.1.2010 alkaen 70 eurosta 90 euroon/kk, jotta se korvaisi nykyistä paremmin lyhyemmästä työajasta johtuvaa palkan menetystä. Samalla laajennettiin oikeus osittaiseen hoitorahaan koskemaan myös yrittäjiä. Myös elatusapujen ja elatustukien määrät nousivat 1.1.2010. Elatustuen toimeenpano ja siihen liittyvä elatustuen perintä siirtyivät kunnilta kansaneläkelaitokselle 1.4.2009.

5.3 PÄIHTEISIIN LIITTYVÄ PALVELUIDEN TARVE KASVUSSA

Alkoholin kokonaiskulutuksen runsaan 10 prosentin kasvu vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen muodostaa kasvavan haasteen palvelujärjestelmälle. Alkoholin kulutuksen kasvu on merkinnyt selvää lisääntymistä muun muassa alkoholikuolemissa, alkoholisairauksissa, päihtyneenä tapahtuneissa pahoinpitelyissä ja rattijuopumuksissa. Alkoholin kulutuksen kasvu näkyy myös päihteitä käyttävien lapsiperheiden huonovointisuutena, lastensuojelun tarpeen kasvuna sekä vaikeasti päihdeongelmaisten huono-osaisuuden monimuotoisuutena.

Päihdehuollon erityispalveluissa asioivien asiakkaiden määrä on lisääntynyt. A-klinikoiden ja katkaisuasemien asiakasmäärät ovat kasvaneet vuodesta 2003 vuoteen 2007 kaikkiaan 10 prosenttia. Pitkäaikaisempaa hoitoa tarjoavien kuntoutusyksiköiden asiakasmäärät olivat vuonna 2007 samalla tasolla kuin vuonna 2003. Kaikkiaan vuonna 2007 A-klinikoilla asioi 45 976, nuorisoasemilla 5 281, katkaisuhoitoyksiköissä 10 225 ja kuntoutusyksiköissä 6 792 asiakasta. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapistetöiminnan laajeneminen on tasaantunut viime vuosina. Vuonna 2007 terveysneuvontapisteitä oli yli 30 paikkakunnalla, ja niissä asioi noin 12 000 asiakasta. Opi-aattiriippuvaisten korvaushoidossa arvioitiin vuonna 2008 olevan kaikkiaan noin 1 200 henkilöä.

Päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi päihteet aiheuttavat hoidon tarvetta myös muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sairaaloissa alkoholisairauksien vuoksi hoidettujen asiakkaiden määrä kasvoi myös noin 10 prosenttia vuodesta 2003 vuoteen 2007. Sen sijaan huumausaineiden vuoksi sairaaloissa hoidettujen asiakkaiden määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosina. Kaikkiaan sairaaloissa vuonna hoidettiin 16 363 eri potilasta alkoholisairauksien vuoksi ja 5 039 potilasta huumausainesairauksien vuoksi.

Vuoden 2007 päihdetapauslaskennassa noin kolmannes kaikista *päihdehtoisista asioinneista* tapahtui terveydenhuollon yksiköissä. Terveydenhuollon osuus asioinneista on viimeisten laskentojen aikana pysynyt suunnilleen samalla tasolla. Avopalvelujen käyttö lisääntyi jonkin verran vuonna 2007. Vajaa puolet asioinneista tapahtui päihdehuollon erityispalveluissa kuten aikaisemminkin. Käytetyimpiä erityishuollon palveluja olivat A-klinikat ja

vastaavat polikliiniset yksiköt, päihdehuollon asumispalvelut sekä päiväkeskukset.

Huono-osaisuus on tullut monella tavalla esiin kaikissa vuodesta 1987 lähtien toteutetuissa päihdetapauslaskennoissa: on asunnottomuutta, työttömyyttä, perheenomaisten suhteiden puuttumista ja päihteiden sekakäyttöä. Naisten osuus oli vuonna 2007 noussut 28 prosenttiin. Se on ollut tasaisessa kasvussa vuoden 1987 laskennasta lähtien, jolloin naisia oli 16 prosenttia. Tämä on ehkä selvin laskennoissa todettu pitkän ajan muutos.

Vuoden 2003 laskennassa 40–59-vuotiaat olivat suurin päihdepalveluja käyttävä ryhmä kuten aikaisemminkin. Vuonna 2003 havaittiin kuitenkin selvää kasvua ikäryhmässä 20–29-vuotiaat. Puhuttiinkin päihdeasiakkaiden alkavasta sukupolven vaihdoksesta. Vuonna 2007 tilanne näytti kuitenkin toiselta. Tapahtui selvää absoluuttista ja suhteellista kasvua 50-vuotiaiden ja sitä vanhempien asioinneissa. Nämä kasvoivat peräti lähes 1 500 asiointilla. Myös koko väestöä koskevassa juomatapatutkimuksessa 2008 voitiin todeta, että varttuneen 50–69-vuotiaan ikäpolven alkoholin kulutus on lisääntynyt 2000-luvulla merkittävästi.

Kahdessa viimeisimmässä laskennassa kysyttiin myös mielenterveyden häiriöitä. Vuonna 2003 niitä oli raportoitu 37 prosentilla ja vuonna 2007 jo 48 prosentilla. Vuoden 2007 päihdetapauksista naisilla arvioitiin olevan mielenterveyden häiriö 60 prosentilla ja miehillä 44 prosentilla.

Alkoholin selkeä valta-asema on näkynyt kaikissa päihdetapauslaskennoissa. Alkoholia oli laskentojen mukaan käyttänyt suurin piirtein yhdeksän kymmenestä.

Alkoholin asema näyttää jopa vahvistuneen vuonna 2007, kun pelkästään alkoholia päihteenä käyttävien määrä kasvoi yli 1 200 tapauksella. Tämä voi olla seurausta vuoden 2004 alkoholin hinnan alennuksista, jotka koskivat erityisesti väkeviä juomia. Hinnan alennukset näyttävät lisänneen erityisesti suurkuluttajien alkoholikuolleisuutta. Näin alkoholin aiheuttamat vakavammat ongelmat ovat voineet heijastua myös päihde-ehtoisten asiointien lisääntymiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

Lääkkeiden päihdekäyttö kasvoi vuodesta 1999 vuoteen 2003. Vuonna 2007 se näyttää kuitenkin kääntyneen hienoiseen absoluuttiseen ja suhteelliseen laskuun. Laittomia huumausaineita käyttäneiden määrä osoitti selvää kasvua 2000-luvun alusta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Vuonna 2007 tilanne näytti kuitenkin tasaantuneen lukuun ottamatta opioidien käyttöä. Kuitenkin edelleen 23 prosentilla oli päihteenä lääkeaine ja 24 prosentilla jokin laiton huumausaine.

Päihteistä aiheutuvia sosiaalisia tai terveydellisiä ongelmia kohdataan laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Vuoden 2009 alussa sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma korostaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä yhdessä. Siinä painotetaan erityisesti asiakkaan aseman vahvistamista, peruspalveluissa tehtävää mielenterveys- ja päihdetyötä sekä avomuotoisten erikoistason mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä yhdessä. Mielenter-

veys- ja päihdepalveluiden yhteisen kehittämisen haasteena on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisäksi julkisten palveluntuottajien ja järjestöjen yhteistyömuotojen kehittäminen. Nykyisellään järjestöt tuottavat huomattavan osan päihdehuollon erityispalveluista, vaikka kunnat ovatkin ensisijaisessa palveluiden järjestämisvastuussa.

5.4 VALTAKUNNALLISET OHJELMAT JA MUUT KESKEISET TOIMENPITEET

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman taustalla on huoli hyvinvoinnin polarisoitumisesta, joka on ilmennyt muun muassa lasten, nuorten ja perheiden pahoinvoinnin lisääntymisenä. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman tavoitteena on ehkäistä sekä vähentää pahoinvointia ja syrjäytymistä. Terveydelle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille luodaan pohja jo lapsuus- ja nuoruusiässä, siksi lasten ja perheiden ongelmiin tulee puuttua nykyistä aikaisemmassa vaiheessa. Tavoitteena on vähentää korjaavien erityispalveluiden tarvetta. Varhainen puuttuminen ja ehkäisevä työ nostettiin hallitusohjelman painopisteeksi, koska näin vähennetään pitkällä aikavälillä myös syrjäytymisen aiheuttamia kustannuksia. Hallitus katsoi, että lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan useita samansuuntaisia toimia eri hallinnonaloilla. Tämä edellyttää hallinnonalojen välisen yhteistyön ja koordinaation parantamista sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämistä paikallisesti.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman työsuunnitelma hyväksyttiin vuoden 2007 lopussa osana hallituksen strategia-asiakirjaa. Tämän suunnitelman mukaan politiikkaohjelma on jaettu kolmeen osahankkeeseen: lapsilähtöinen yhteiskunta, hyvinvoiva lapsiperhe sekä syrjäytymisen ennaltaehkäisy. Monikulttuurisuuden haasteet sekä sukupuolten tasa-arvo huomioidaan kaikissa toimenpiteissä.

Lapsilähtöisen yhteiskunnan työryhmässä käsitellään hyvinvoinnin tietopohjan ja päätösten lapsivaikutusten arvioinnin kehittämistä sekä lapsen oikeuksista tiedottamisen lisäämistä. Työryhmässä on myös esillä lasten ja nuorten turvallinen mediaympäristö ja medialukutaidon vahvistaminen sekä kansalaistaitojen ja osallisuuden edistäminen.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin työryhmässä lähestytään perheitä, lapsia ja nuoria sekä palvelujärjestelmän että vanhemmuuden kautta. Perheiden hyvinvoinnin ytimenä katsotaan olevan toimiva ja tasapainoinen vanhemmuus. Tavoitteena on arjen hallinnan lisääminen kaikissa perheissä ja sen kautta lasten ja nuorten terveellisten elämäntapojen vahvistaminen. Perhekeskusmalli nähdään tärkeänä työkaluna vanhemmuuden tuessa. Tärkeätä on myös väkivallan vähentäminen ja lapsikäyhyys.

Syrjäytymisen ehkäisyryhmässä tavoitteena on selvittää opiskelun, työn ja työttömyys ym. tilastojen ulkopuolelle jäävien nuorten määrä, lisätä heidän

elämänhallintataitojaan sekä motivoida heitä koulutukseen ja työelämään. Tavoitteena on luoda kokonaisuus, jossa nuorisotyö, koulu, työhallinto sekä sosiaali- ja terveystoimi toimivat yhdessä syrjäytymisen ennaltaehkäisemisessä. Työryhmän työskentelyyn kuuluu myös lasten ja nuorten harrastukset, osallisuus liikuntaan, taiteeseen ja kulttuuriin sekä hyvinvointia tukeva ympäristö.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallitus teki politiikkariihessään 24.2.2009 kannanoton hallituksen siihenastisesta työskentelystä. Hallituskauden puolivälitarkistuksessa on kuusi lukua, joista luku neljä käsittää lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin lisäämistä. Tämä luku kuvaa hyvin hallituksen priorisoinnit sosiaali- ja terveystieteen kertomuskauden (2006–2009) lopulla.

Yksi merkittävimmistä linjauksista on päätös selvittää miten hallinnon rakenteita tulisi kehittää, jotta ne tukisivat kokonaisvaltaisesti lasten ja nuorten kasvua ja hyvinvointia varhaislapsuudesta työelämään. Linjaus liittyy kertomuskaudella annettuihin nuorisolain (72/2006) ja lastensuojelulain (417/2007) yhteneväisyyksiin. Nuorisolaki velvoittaa valtioneuvoston edellä mainitun nuorisopoliittisen ohjelman laadintaan. Lastensuojelulaki puolestaan velvoittaa kunnat laatimaan vastaavasti vaalikausittain lasten hyvinvoinnin monialaisen suunnitelman. Nuorisolaki velvoittaa seuraamaan alle 29-vuotiaiden nuorten ja lastensuojelulaki alle 18-vuotiaiden hyvinvointia.

Politiikkariihen kannanotossa muistutetaan myös sekä hallitusohjelman että politiikkaohjelman linjauksesta, jonka mukaan ennaltaehkäisevän lapsiperhetyön palvelut tulee koota perhekeskuksiksi. Hallituksen tavoitteena on laajentaa perhekeskusmallin käyttöä valtakunnallisesti. Myös lapsiperheiden mahdollisuuksia saada kotipalveluita parannetaan. Uudella neuvola- ja kouluterveysasetuksella parannetaan lasten, nuorten ja heidän perheidensä ehkäisevien palveluiden tasapuolista saatavuutta maan eri osissa. Kuntien moniammatillisen viranomaisyhteistyön varmistamiseksi säädetään nuorten, alle 25-vuotiaiden, ohjaus- ja palveluverkostosta, jonka avulla edistetään tiedonkulkua moniammatillisessa yhteistyössä. Lasten ja nuorten turvallisen mediaympäristön luomiseksi selvitetään medianeuvoston perustamista lisäämään koulujen mediakasvatusta ja edistämään video- ja internetpelien tuottajien itsesääätelyä. Nuorisotyömäärärahoja suunnataan nykyistä enemmän maahanmuuttajanuorten parissa tehtävään työhön.

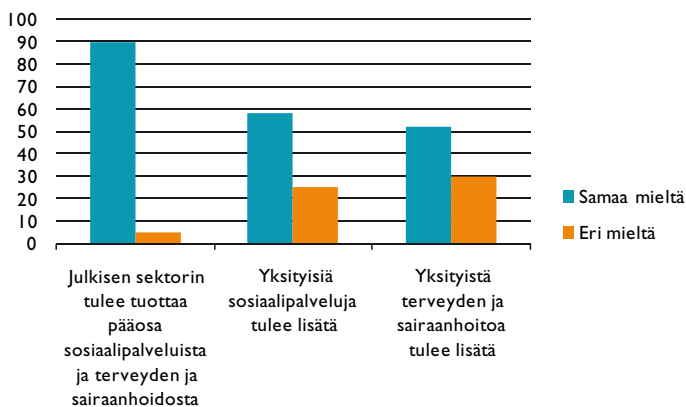
EU on nimennyt vuoden 2010 *eurooppalaiseksi köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuodeksi*, jolla tuetaan jäsenmaissa yhteisön sosiaalisen syrjäytymisen vastaisia toimia. Teemavuoden tavoitteena on tunnustaa köyhien ja syrjäytyneiden oikeus ihmisarvoon ja täyteen yhteiskunnalliseen osallisuuteen sekä yhteisvastuun, osallistumisen ja yhteenkuuluvuuden vahvistaminen. Suomessa asetettu kansallinen täytäntöönpanoelin toimii sosiaali- ja terveysministeriön puheenjohtajalla. Työryhmä on laatinut kansallisen toimintaohjelman teemavuodelle. Vuoden toimeenpanosta vastaa THL.

6 VARMISTETAAN TOIMIVAT PALVELUT JA KOHTUULLINEN TOIMEENTULOTURVA – PAINOPISTEALUEEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS JA SIIHEN KOHDISTUNEET TOIMENPITEET

Väestö luottaa julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin

Suomalaiset luottavat hyvinvointivaltioon ja haluavat säilyttää sen pitkälle nykymuotoisena. Tutkimusten mukaan pääosa suomalaisista (90 prosenttia) on sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kokonaisvastuu tulee olla julkisella sektorilla. Samalla yksityistä palvelutuotantoa sekä sosiaalisektorilla että terveydenhuollossa halutaan kuitenkin lisätä (kuvio 6).

KUVIO 6. SUOMALAISET LUOTTAVAT JULKISIIN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIHIN – SILTI YKSITYISIÄ TOIVOTAAN TÄYDENTÄMÄÄN NIITÄ.



Lähde: Hyvinvointi- ja palvelut -kysely 2006. THL 2009.

Kansalaisista 73 prosenttia luottaa edelleen julkisiin sosiaalipalveluihin. Kansalaiset (80 prosenttia) luottavat erityisesti sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaitoon. Keskustelu on kuitenkin sosiaalipalveluiden osalta muuttumassa entistä kriittisemmäksi. Kansalaiset luottavat lasten päivähoitoon, josta on muodostunut sosiaalipalvelujärjestelmän universaalein osa. Luottamusta herättivät myös sosiaalityöntekijöiden neuvontapalvelut ja vammaispalvelut. Sen sijaan toimeentulotuki ja kotipalvelu saivat kriittistä palautetta. Aikanaan universaaliksi rakennettu kotipalvelujärjestelmä on rapautumassa. Samalla kun kotipalvelujärjestelmän ehkäisevä rooli on vähentynyt, palveluja tuotetaan yhä valikoidummin vain osalle palvelun tarvisijoita ja niiden sisältöä kavennetaan sekä pilkotaan erilaisiksi tukipalveluiksi.

Terveyspalveluiden osalta palvelujen puute tai etäisyys palvelupisteeseen on tutkimusten mukaan suurin yksittäinen hoidon saatavuutta haittaava tekijä. Seuraavaksi merkittävimmät syyt ovat rahan puute tai epäily siitä, että

hoidosta ei ole hyötyä. Väestön tyytyväisyys terveyspalvelujärjestelmän toimivuuteen on joiltain osin parantunut, sillä tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyyn on vähentynyt tuloluokasta tai kotipaikasta riippumatta. Alueittain tarkasteltuna tyytymättömiä oli vähiten pääkaupunkiseudulla. Sen sijaan tyytymättömyys terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolle pääsyyn on kasvanut, varsinkin vanhemmissa ikäryhmissä ja ylemmissä tuloluokissa. Väestö on pääosin tyytyväinen myös terveyspalveluihin, mutta jokapäiväisessä palveluiden käyttöön liittyvissä asioissa koetaan olevan parantamisen varaa.

Kansalaiset näyttävät näkevän yhä vähemmän vastakkaisasettelua julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Vaikka kansalaiset ovat valmiita antamaan lisää vastuuta hyvinvointipalveluista yksityiselle sektorille, kokonaisvastuuta palveluiden järjestämisestä ei haluta siirtää yksityiselle sektorille. Yksityisiä sosiaalipalveluja haluaisivat lisätä naiset sekä työssäkäyvät ja korkeatuloiset. Erot terveyspalveluiden kohdalla ovat hieman pienemmät, eivätkä esimerkiksi naisten ja miesten mielipiteet eroa toisistaan. Eniten yksityistä terveydenhuoltoa haluavat lisätä nuoremmat ikäryhmät, opiskelijat, työssä olevat sekä terveydentilansa hyväksi kokevat.

6.1 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Oikeudenmukaisuutta pidetään suomalaisen yhteiskuntapolitiikan keskeisenä arvona ja sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukaista kohdentumista pidetään tärkeänä edellytyksenä oikeudenmukaisuuden toteutumiselle. Vaikka periaatteelliset kysymykset oikeudenmukaisuudesta ovat sosiaali- ja terveyspalveluille yhteisiä, on näiden sektoreiden välillä eroavaisuuksia käytetyissä käsitteissä ja näkökulmissa. Toisin kuin terveydenhuollossa, sosiaalihuollossa etuudet ovat merkittävässä asemassa palveluiden rinnalla (*sosiaali- ja toimeentuloturvaan liittyviä etuuksia käsitellään tarkemmin luvuissa 4 ja 5*). Sosiaalipalveluissa kyse on usein oikeuksista ja oikeudenmukaisuuskysymykset muotoillaan oikeudelliseen muotoon. Osa sosiaalipalveluista on suunnattu haavoittuville ryhmille ja siten ne ovat jo lähtökohtaisesti positiivisesti diskriminoivia. Sosiaalipalveluihin liittyviä rakenteellisia tekijöitä, joilla on merkitystä palveluiden käytön näkökulmasta, ovat palvelutarpeen arviointiin pääsy, palveluiden saatavuus ja käytön yhteydessä perittävät asiakasmaksut.

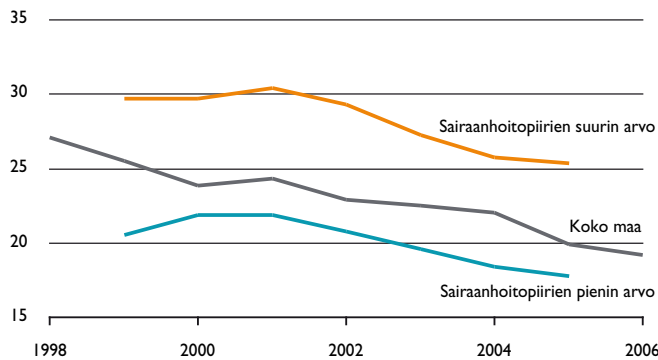
Terveyspalveluissa on sosiaalipalveluja enemmän korostettu pyrkimystä oikeudenmukaiseen palveluiden jakautumiseen, vaikka tavoitteista huolimatta hoidon laadussa ja saatavuudessa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja ja erityisesti haavoittuvat ryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja. Tarpeenmukaisen käytön tavoite ei tutkimusten mukaan täysin toteudu suomalaisessa terveydenhuollossa, vaikka joiltakin osin edistystä on tapahtunut.

Terveyspalvelujen vaikuttavuus parantunut

THL:n Perfect -hankkeen (PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) mukaan eräiden usein tehtyjen hoitotoimenpiteiden vaikuttavuus potilaiden terveydentilaan on parantunut. Hoitotoimenpiteiden vaikuttavuus ja kustannukset vaihtelevat kuitenkin paljon alueittain ja tuottajittain. Vaihtelu johtuu erityisesti paikallisista hoitokäytännöistä ja -kulttuureista.

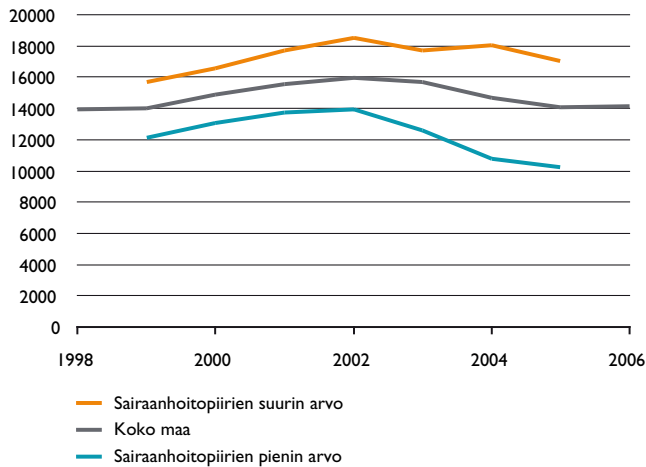
Kuviossa 7 ja 8 on esimerkkinä hoitotoimenpiteiden vaikuttavuuden ja kustannusten mittaamisesta sydäninfarktipotilaiden hoito. Kun vaikuttavuutta mitataan yhden vuoden kuolleisuudella, nähdään, että sydäninfarktipotilaiden hoidon vaikuttavuus maassa keskimäärin on parantunut. Samanaikaisesti on sydäninfarktipotilaiden hoidon kustannusten kasvu pysähtynyt. Siten sydäninfarktipotilaiden hoidon kustannusvaikuttavuus on yleisesti parantunut. Kustannusten vaihtelu sairaanhoitopiirien välillä kyseisen potilasryhmän hoidossa on kuitenkin kasvanut (kuviossa 8 sairaanhoitopiirien ääriarvot ovat loitontuneet toisistaan). Hoitokäytännöt ovat muuttuneet nopeasti, jolloin sairaanhoitopiirit ovat omaksuneet käytäntöjä eri tavoin ja eri vauhtia. Lisäksi sydäninfarktipotilaiden hoidon vaikuttavuuden ja kustannusten välillä ei ole selvää yhteyttä. Tämä löydös tarkoittaa, että terveydenhuollon tuottajien on mahdollista tehostaa toimintaansa.

KUVIO 7. SYDÄNINFARKTIPOTILAIDEN KUOLLEISUUS ON VÄHENTYNYT.



Lähde: Sydäninfarktipotilaiden kuolleisuus (%) koko maassa ja sairaanhoitopiirien ääriarvot 1998–2006 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot, riskivakioitu), Perfect-hanke, THL, 2009.

KUVIO 8. SYDÄNFARKTIPOTILAIDEN KESKIMÄÄRÄISTEN KUSTANNUSTEN KASVU ON PYSÄHTYNYT.



Lähde: Sydäninfarktipotilaiden yhden vuoden kustannukset (€/potilas) koko maassa ja sairaanhoitopiirien ääriarvot 1998-2006 vuoden 2006 hinnoin (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot, riskivakioitu). Perfect-hanke, THL, 2009.

6.1.1 Varhaiskasvatuksen järjestäminen monimuotoistuu

Lasten päivähoitossa on käynnissä monimuotoistumisen kausi, joka ilmenee sekä toiminnan organisoinnissa että palveluiden käytössä ja käyttäjissä. Vuodesta 2004 lähtien kunnilla on ollut vapaa mahdollisuus organisoida päivähoitopalveluiden lähihallinto haluamallaan tavalla. THL:n ja Kuntaliiton selvityksen mukaan vuoden 2009 alussa lasten päivähoiton hallinto oli 54 prosentissa kuntia sosiaali- ja terveysalan yhteydessä ja 40 prosentissa kuntia sivistys- ja opetusalan yhteydessä. Monimuotoisuus ilmenee myös siinä, että päivähoitopaikkoja käytetään epäsäännöllisesti. Stakesin tekemän erilliselvityksen mukaan vuoden 2007 lopussa noin viidennes säännölliseen kokopäivähoitoon ilmoitetuista lapsista käytti palvelua epäsäännöllisesti.

Ikäluokkien pienessä myös päivähoitossa olevien lasten määrä on vähentynyt. Lasten päivähoito keskittyy edelleen päiväkoteihin ja perhepäivähoitossa hoidettujen lasten määrä vähenee. Vuonna 2008 oli 1–6-vuotiaista lapsista kunnallisessa päivähoitossa 201 500 ja yksityisessä päivähoitossa 17 600 lasta. Kaikkiaan hoidossa oli 1–6-vuotiaista lapsista 63 prosenttia. Yksityinen päivähoito painottuu 3–5-vuotiaisiin lapsiin, joiden päivähoitosta 5,8 prosenttia oli yksityistä.

Maahanmuuttajataustaisia lapsia oli kunnallisessa päivähoitossa vuoden 2007 lopussa noin 4,5 prosenttia. Vajaa 8 prosenttia kunnallisessa päivähoitossa olevista lapsista on vuorohoidossa, eikä lasten määrässä ole tapahtunut suuria muutoksia. Sen sijaan erityisen tuen tarve on huolestuttavasti kasvanut viime vuosina. Vuoden 2007 lopussa 8,5 prosentilla kunnallisessa päivähoitossa olevalla lapsella oli kirjattu erityisen tuen tarve lapsen kuntoutus- tai varhaiskasvatussuunnitelmaan. Erityistä tukea tarvitsevien lasten aseman parantamiseksi päivähoitolakiin lisättiin uusi säännös, jonka mukaan kunnan käytettävissä tulee olla lasten päivähoitossa esiintyvää

tarvetta vastaavasti erityislastentarhanopettajan palveluja. Muutos tuli voimaan 1.1.2007.

Vuoden 2009 aikana lähes puolet 7-vuotiaista ja noin kolmannes 8-vuotiaista osallistui koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaan. Erityisopetukseen otettuja tai siirrettyjä 3–9-luokkalaisia oli 4,7 prosenttia. Kaikkiaan koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaan osallistuu noin 45 000 lasta ja toimintaa järjestivät lähes kaikki Manner-Suomen kunnat.

Hieman yli kolmannes kunnallisessa päivähoidossa olevista lapsista sijoitui kalleimpaan maksuluokkaan. Maksuttomassa päivähoidossa oli vuonna 2007 noin 12 prosenttia päivähoidossa olevista lapsista.

Päivähoitoasetuksessa olevaa päiväkodin henkilöstömitoitusta koskevaa sääntelyä uudistettiin kahteen otteeseen. Vuoden 2007 elokuusta voimaan tulleen muutoksen tarkoituksena oli edistää päiväkodin turvallisuutta varmistamalla henkilöstön riittävyys. Päivähoitoasetusta muutettiin edelleen elokuun 2008 alusta voimaan tulleiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain muutosten yhteydessä. Tämän muutoksen tavoitteena on mahdollistaa päivähoidon joustavampi käyttö ja mahdollistaa päivähoidossa olevan lapsen joustavampi siirtyminen osapäivähoidosta kokopäivähoitoon vanhempien työllistymisen tai opintojen vuoksi. Päivähoidon turvallisuuden edistämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes/THL julkaisivat vuonna 2008 Päivähoidon turvallisuussuunnittelu -oppaan.

Päivähoitopalveluiden sisällön kehittäminen on aktivoitunut vuoden 2003 lopulta alkaen Stakesin vuonna 2003 julkaiseman laatusuosituksen eli Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet -oppaan (Vasu) myötä. Lähes kaikki kunnat ovat laatineet sekä kuntakohtaiset, yksikkökohtaiset että lapsikohtaiset varhaiskasvatussuunnitelmat. Stakes/THL ovat tukeneet kuntia Vasun implementoinnissa koulutuksella, materiaalilla sekä varhaiskasvatuksen omalla verkkoympäristöllä.

Vuodesta 2005 alkaen on toiminut kolmivuotiskausittain valtioneuvoston asettama varhaiskasvatuksen neuvottelukunta. Neuvottelukunnan toimesta on tuotettu jaostotyöskentelynä selvityksiä muun muassa henkilöstön koulutuksesta ja osaamisesta, perhepäivähoidosta, tutkimuksesta ja kansainvälisestä yhteistyöstä, monikulttuurisuudesta sekä varhaiskasvatustilaisista. Seurantajakson aikana on tehty laajaa selvitys- ja kehittämistyötä myös avoimen varhaiskasvatuksen kehittämiseksi sekä laajemmin eri palveluita yhdistävän perhekeskustoiminnan organisoimiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama varhaiskasvatusneuvottelukunnan jaosto valmisteli keväällä 2009 aikana ehdotuksen tulevan varhaiskasvatuslain linjauksiksi. Ehdotusten valmistelua on jatkettu varhaiskasvatuksen neuvottelukunnassa. Hallitusohjelman mukainen päivähoidon hallinnonalaa koskeva selvitystyö on aloitettu sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteistyönä. Selvitys valmistuu 2010 helmikuun loppuun mennessä.

6.1.2 Perusterveydenhuollon palvelujen

saatavuudessa vaikeuksia

Perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa on ollut ongelmia. Erityisesti yhteydenaanti terveyskeskuksiin sekä ajan saaminen lääkärin vastaanotolle ovat olleet hankalia. Tällä hetkellä vain noin kolmannes väestöstä asuu sellaisen terveyskeskuksen alueella, missä kiireettömissä tapauksissa pääsee lääkärin vastaanotolle kahden viikon kuluessa. On kuitenkin huomattava, että yleisesti pääsy terveyskeskusten vastaanotolle on helpottunut vuoden 2009 aikana ja että kaikki terveyskeskukset pystyvät tekemään hoidon tarvetta koskevan arvion kolmen päivän kuluessa.

Syitä ongelmille palvelujen saatavuudessa ovat olleet terveyskeskuksiin tulevien puhelinoittojen suuret määrät sekä puhelintekniikan ongelmat. Lisäksi saatavuuteen on vaikuttanut lääkärivaje. Vaje on tosin ollut pienenevässä. Vuoden 2009 lokakuussa haettavina olevista lääkärintehtävistä oli noin seitsemän prosenttia hoitamatta.

Kunnat ovat pyrkineet korjaamaan lääkärivajetta ostamalla lääkäri työvoimaa yrityksiltä. Kokonaan yrityksille ulkoistettujen terveysasemien lääkäri työvoiman osuus on kasvanut niin, että syksyllä 2009 yhteensä 13 prosenttia terveyskeskuslääkäreistä oli yrityksen palveluksessa. Ulkoistaminen on parantanut palvelujen saatavuutta joillakin alueilla, joillakin ei. Kaiken kaikkiaan vuokralääkäreiden osuus terveyskeskusten lääkäri työvoimasta on hiukan laskenut vuoden 2007 huippulukemista.

Omalääkärijärjestelmä, joka parhaimmillaan kattoi noin 70 prosenttia maan väestöstä, on monilla paikkakunnilla jäänyt joko nimelliseen käyttöön tai otettu kokonaan pois käytöstä. Tilalle on tullut vastaanottotoiminnan malleja, jotka on suunnattu lähinnä eniten palveluja tarvitseville. Tilannetta mutkistaa päivystysvastaanotolle pääsyä koskevien kriteereiden tiukentaminen sekä päivystystoiminnan voimakas keskittäminen. Tällä hetkellä ympärivuorokautinen terveyskeskuspäivystys on toiminnassa alle 60 paikkakunnalla, kun vastaava luku oli 1980–90-luvuilla lähes 200.

Perusterveydenhuollon palvelukykyä ovat parantaneet puhelinneuvonnan ja puhelimitse tapahtuvan hoitamisen sekä sairaanhoitajien vastaanottopalveluiden merkittävä kasvu. Paras-uudistuksen seurauksena terveyskeskusten tai vastaavien kunnallisten toimintayksiköiden määrä on vähenemässä alle puoleen 2000-luvun alun määrästä. Tämä merkitsee sitä, että lähitulevaisuudessa noin puolet toimintayksiköistä tulee olemaan yhden kunnan ja loput yhteistoiminta-alueiden – joko kuntayhtymä- tai isäntäkuntamallipohjalta – ylläpitämiä. Kun kuntien ja yhteistoiminta-alueiden väestöpohjat ovat laajentuneet, ovat kunnat ryhtyneet suunnittelemaan uusia yhteistyömuotoja. Samalla perusterveydenhuollon suhteet erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimeen ovat tiivistyneet. Tällä hetkellä 15–20 terveyskeskuksessa on erikoissairaanhoidon sairaalayksikkö, joka aikaisemmin oli alue- tai kaupunginsairaala.

Lähes puolella kunnista sosiaali- ja terveystoimen hallinto on aiemmin ollut erillään, pääosin siksi, että perusterveydenhuollosta on vastannut kun-

tayhtymä. Viime aikoina sosiaali- ja terveystoimi ovat yhä enemmän siirtyneet yhteisen hallinnon alaisuuteen.

Perusterveydenhuollon tulevaisuuden haasteet ovat mittavia. Väestön ikääntyminen, maaseudun muuttotappiot, lääketieteellisen teknologian kehityksen tuomien mahdollisuuksien laajeneminen sekä väestön vaatimusten kasvaminen luovat paineita perusterveydenhuollon kehittämislle. Niihin on pyritty vastaamaan Paras-hankkeella sekä Toimiva terveyskeskus-toimintajohdolla.

Neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta koskevat suositukset toteutuneet huonosti

Neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta koskevat suositukset ovat toteutuneet parhaiten äitiysneuvolassa, seuraavaksi parhaiten lastenneuvolassa ja heikoiten opiskeluterveydenhuollossa. Vuonna 2007 äitiysneuvolaa koskevat suositukset toteutuivat noin puolessa ja lastenneuvolaa noin kolmasosassa terveyskeskuksista; terveydenhoitajien määriä koskevat suositukset toteutuivat hieman paremmin kuin lääkäreiden.

Vuonna 2008 oli kouluterveydenhuollossa keskimäärin noin 600 oppilasta ja opiskeluterveydenhuollossa 1 000 opiskelijaa kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti. Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta koskeva suositus toteutui noin puolessa ja opiskeluterveydenhuollon noin kolmanneksessä terveyskeskuksista. Kouluterveydenhoitajien määrä on hieman kasvanut vuodesta 2006.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäri- ja sairaanhoitajien määrä on sen sijaan vähentynyt. Vuonna 2008 kouluterveydenhuollon lääkäreiden määrää koskeva suositus toteutui vain yhdessä sadasta terveyskeskuksesta. Keskimäärin kouluterveydenhuollossa oli noin 8 000 oppilasta ja opiskeluterveydenhuollossa vastaavasti noin 20 000 opiskelijaa koko-aikaista koululääkäriä kohden.

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetusministeriön yhteisen oppilas- ja opiskelijahuollon työryhmän ehdotuksen mukaan mainitut ministeriöt käynnistävät yhtenäisen oppilas- ja opiskelijahuoltolain valmistelun.

Neuvolatoimintaan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon uusi asetus

1990-luvun lopulla ilmaantui merkkejä ehkäisevien palvelujen suuresta vaihtelusta eri puolilla maata. Vaihtelun ilmaantumiseen vaikuttivat erityisesti valtionosuusjärjestelmän muutos, lääkintöhallituksen ohjekirjeiden kumoaminen sekä 1990-luvun laman seurauksena toteutetut ehkäisevien palvelujen supistukset. Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevat selvitykset 2000-luvulla osoittivat neuvolapalvelujen, muun muassa niiden saatavuuden, johtamisen ja voimavarojen, vaihtelevan suuresti alueittain. Kouluterveydenhuollossa laatusuosituksen ohjausvaikutukset olivat jääneet vaatimattomiksi. Sekä apulaisoikeuskanslerin että valtiontalouden tarkastusviraston

selvitysten mukaan kouluterveydenhuoltoon tarvittiin informaatio-ohjausta sitovampia säädöksiä.

Edellä kuvattu johti neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan valtioneuvoston asetuksen laatimiseen (380/2009). Kesällä 2009 voimaantuneen asetuksen tavoitteena on varmistaa, että lasten, nuorten ja perheiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä sekä yksilöiden ja väestön tarpeet huomioonottavia. Lisäksi tavoitteena on auttaa ehkäisemään lasten ja nuorten syrjäytymistä ja vähentää alueellista eriarvoisuutta. Tavoitteiden saavuttamiseksi asetus säätelee erityisesti terveystarkastusten ja –neuvonnan sisältöä ja määrää.

Neuvolatoimintaa koskevia muita keskeisiä toimenpiteitä ovat olleet vuoden 2008 alusta voimaantullut lastensuojelulaki, joka velvoittaa kunnan viranomaisia ehkäisevään lastensuojelutyöhön yhteistyössä, sekä Kaste-ohjelman lasten, nuorten ja perheiden palveluihin kohdistuvat uudistukset.

6.1.3 Lastensuojelulasten määrä kasvaa ja ongelmat syvenevät

Lastensuojelun avohuollon asiakkaiden kokonaismäärä on kymmenessä vuodessa kaksinkertaistunut. Pidennettäessä tarkasteluaikaa pariinkymmeneen vuoteen havaitaan lastensuojelun avohuollon asiakasmäärän lisääntyneen noin 12 000 lapsesta 60 000 lapseen, ja samaan aikaan kunnallisen kotipalvelun piirissä olleiden lapsiperheiden määrä on vähentynyt 60 000 lapsiperheestä 12 000:een. Lastensuojelun sosiaalityön asiakkaana ja avohuollollisten tukitoimien piirissä oli yhteensä yli 67 000 lasta ja nuorta vuonna 2008. Asiakasmäärä nousi lähes kahdeksan prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna.

Myös sekä kodin ulkopuolelle sijoitettujen että huostaan otettujen lasten määrä on lisääntynyt vuosi vuodelta. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli vuonna 2008 kaiken kaikkiaan yli 16 000 lasta ja nuorta. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista yli 11 000 oli huostaan otettuina tai kiireellisesti sijoitettuina. Huostaanotto on alkanut useimmiten kiireellisenä sijoituksena. Uusista huostaanotoista oli kiireellisten sijoitusten osuus kolme neljäsosaa. Huostassa olevista lapsista viidesosa oli tahdonvastaisesti huostaan otettuna. Eniten lisääntyvät murrosikäisten lasten huostaanotot. Alueellinen ja kuntien välinen erilaistuminen sekä palvelujen kirjo niin määrän kuin laadun suhteen on lisääntynyt ja on johtanut siihen, että lapset ovat saatavan avun suhteen eriarvoisessa asemassa maan eri osissa.

Vuoden 2008 alusta voimaantulleen uuden lastensuojelulain toimeenpanoa on vahvistettu järjestämällä peruspalveluissa toimiville työntekijöille koulutusta ja tarjoamalla valtakunnallista ohjausta. Keskeisenä kuntaohjauksen välineenä toimii lastensuojelun käsikirja. Lastensuojelulain toimeenpanon ja seurannan yhteydessä on ollut tarpeellista tehdä tarkennuksia lastensuojelulakiin. Muutosehdotukset tulevat voimaan vuoden 2010 alku-

puolella. Lastensuojeluun on myös valmistumassa valtakunnalliset laatusuositukset.

Lastensuojelulain uudistamisella tavoiteltiin työn suunnitelmallisuuden lisäämistä, lapsen edun ja lapsilähtöisyyden vahvistumista, päätöksenteon yhtenäistämistä, työn painopisteen siirtymistä entistä varhaisempaan vaiheeseen sekä moniammatillisten toimintakäytäntöjen hyödyntämistä entistä useammin lastensuojelussa. Suunnitelmallisuutta lisätään muun muassa lastensuojelutarpeen selvityksen avulla, joka systematisoi lastensuojeluasiakkuuden alkuvaihetta. Lastensuojelutarpeen selvityksen määräaikoja ei ole vielä pystytty yhtenäisesti noudattamaan. Ilmoituskynnyksen madaltaminen on lisännyt vireilletulon määrää keskimäärin 30–40 prosenttia ja kun pääsääntöisesti kaikista vireilletulleista lastensuojeluasioista pitäisi tehdä lastensuojelutarpeen selvitys, on selvää, että henkilöstöresurssien riittämättömyys on yksi syy siihen, että määräaikoja ei pystytä noudattamaan.

Lakiin tullutta erityistä veloitetta moniammatillisten asiantuntijaryhmien toiminnasta on kunnissa toteutettu vaihtelevasti. Kaikki kunnat eivät ole vielä asettaneet lain edellyttämää moniammatillista asiantuntijaryhmää, toisaalta paikoin on tilanteita, joissa olemassa olevia yhteistyörakenteita ei riittävästi hyödynnetä. Moniammatillisten yhteistyön tekeminen on lastensuojelulain toimeenpanossa noussut keskeiseksi kehittämisen kohteeksi. Toiseksi läheissuhteiden jatkuvuuden ja lapsen saaman tuen vahvistamiseksi on lailla ohjattu kuntia selvittämään lapsen läheisverkoston mahdollisuudet tukeen ennen kuin lasta ollaan sijoittamassa kodin ulkopuolelle. Läheisneuvonpidon käyttö on jäänyt vähäiseksi, ja kuntien mahdollisesti käyttämistä muista läheisverkoston selvittämisen tavoista ei ole tietoa.

Lastensuojelulain toimeenpanon ja seurannan kannalta olennaista on tukea kuntia lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmien laadinnassa. Suunnitelmat ovat kuntien talousarvioissa huomioitava asiakirja, jonka avulla systemaattisesti arvioidaan sekä ehkäisevän että lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun palvelu- ja resurssitarpeita sekä väline edistää ja turvata laajasti lasten ja nuorten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmia ei vielä ole laadittu kaikissa kunnissa.

Päätöksenteon yhtenäistämisen toteutumista erityisesti hallinto-oikeuksissa on seurattu THL:ssä, jossa valmistellaan vuoden 2008 hallinto-oikeuksien vastentahtoisista huostaanottopäätöksistä selvitystä. Selvityksen tulosten mukaan eniten tahdonvastaisesti huostaan otetaan 13–17-vuotiaita nuoria. Keskimääräinen käsittelyaika on uuden lastensuojelulain myötä lyhentynyt aiemmasta 6–7 kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Yleisimmät syyt huostaanottojen taustalla ovat lasten tai vanhempien päihteidenkäyttö, väkivalta ja mielenterveysongelmat. *(ks. myös oikeusministeriön toimenpiteitä ja hankkeita lasten ja perheiden lainsäädännön alueella luvussa 10).*

6.1.4 Vammaisten ihmisten palvelut valtavirtaistuvat

Perinteisesti suomalaista vammaispolitiikkaa on toteutettu osana sosiaalipolitiikkaa palveluihin ja sosiaaliturvaan keskittyen. Myös hyvinvointi-, kou-

lutus-, työ- ja terveystalitiikka ovat kuitenkin jo pidempään olleet tärkeitä toimintalohkoja osallisuuden ja yhdenvertaisuuden varmistajana. Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimus vammaisten ihmisten oikeuksista (2006) on merkittävä virstanpylväs vammaispolitiikan muutoksen edistäjänä. Sopimuksen ratifiointityö on Suomessa käynnissä.

Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain 1.9.2009 voimaan tulleet muutokset edustavat uudenlaista vammaispoliittista ajattelua. Niiden keskeisenä tavoitteena on edistää yhdenvertaisuutta, perus- ja ihmisoikeuksia sekä vahvistaa vaikeavammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeutta. Uudistuksista keskeisimpiä ovat henkilökohtainen apu vaikeavammaiselle henkilölle, palvelusuunnitelman merkityksen vahvistuminen ja määrääjat palveluiden päätösprosesseihin. Lisäksi kehitysvammalain siirtyminen toissijaiseksi vammaispalvelulakiin nähden ennakoinee uuden vammaispalvelulain syntymistä. Henkilökohtainen apu tukee vaikeavammaisten ihmisten itsenäisyyttä ja tekee mahdolliseksi omannäköisen elämän omien valintojen mukaan. Henkilökohtaista apua koskeva uudistus on osa laajempaa hallitusohjelmassa sovittua vammaislainsäädännön vaiheittaista uudistamista.

Paras-uudistuksen yhtenä vammaispalvelujen kehittämiseen liittyvänä tavoitteena on ollut, että vammaispalveluja koskevat ratkaisut tukisivat palvelujen tarkoituksenmukaista organisointia ja tätä kautta palvelujen turvaamista yhdenvertaisesti. Tähän liittyen päätettiin siirtää vammaispalvelulain mukaisten tulkkipalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu kunnilta valtiolle 1.9.2010 lukien. Lainmuutoksen jälkeen vammaisten henkilöiden tulkkaukspalvelun järjestämisestä ja siihen liittyvien kustannusten korvaamisesta tulkkaukspalvelua välittävillä välityskeskuksille sekä palveluntuottajille vastaa Kansaneläkelaitos. Kansaneläkelaitos voi järjestää tulkkaukspalvelun joko tuottamalla palvelun itse tai hankkimalla sen muilta palveluntuottajilta.

Vammaisten ihmisten oikeudenmukaisen aseman turvaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti syksyllä 2008 vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO) valmistelun. Ohjelman valmistelu pohjaa keskeisesti hallitusohjelmaan 2007–2011, Valtioneuvoston keväällä 2006 Eduskunnalle antamaan vammaispoliittiseen selonteeseen ja YK:n yleissopimukseen. Työskentelyä suuntaava asiakirja on myös Euroopan Neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma (2006–2015). Ohjelmassa linjataan seuraavien vuosien (2010–2015 +) vammaispolitiikan keskeiset toimenpiteet. Ohjelma valmistuu keväällä 2010. Vammaisjärjestöjen merkitys työskentelyn osapuolina on keskeinen. Hallinnonalat ovat vammaispoliittisessa työssään eri vaiheissa ja tavoitteena onkin vammaispolitiikan valtavirtaistaminen ja sektorivastuun vahvistaminen. Esteetön ja saavutettava yhteiskunta, jossa asunnot, työ- ja opiskelupaikat, liikennevälineet, elin- ja toimintaympäristöt, palvelut ja tuotteet toteutetaan kaikille sopivina, edellyttää myös laaja-alaista ylisektorista yhteistyötä. Julkisen sektorin ja kansalaisjärjestöjen lisäksi valtavirtaistamistyöhön tarvitaan yhä laajemmin myös yksityisen sektorin panostuksia.

6.1.5 Ikääntyneiden avohoito yleistyy

Valtaosa iäkkäistä elää hyvää vanhuutta tyytyväisenä elämäänsä. He ovat entistä terveempiä, vauraampia ja aktiivisempia. Ikääntyneet myös sekä auttavat läheisiään monin tavoin että saavat itse apua läheisiltään. Hyvinvointi ei ole kuitenkaan jakautunut suotuisasti kaikille, ja joka kolmannella on siinä puutteita. Ikääntyneiden hyvinvoinnin riskitekijät ja elämänlaadun uhkat kasaantuvat ja tyypillisimmillään uhkat ovat silloin, kun kyse on henkilöistä (useimmiten naisista), joilla on pienet tulot, heikoksi koettu terveys ja huono toimintakyky ja jotka kokevat yksinäisyyttä ja masennusta. Hyvinvointia uhkaavat myös puutteelliset asuinolot ja asuinympäristö sekä lähipalvelujen ja julkisen liikenteen heikko saatavuus. 75 vuotta ja erityisesti 85 vuotta täyttäneet naiset ovat pienituloisia. Juuri he ovat palveluiden käyttäjiä, joita palvelumaksujen korotukset kurittavat raskaimmin. Monet ongelmat alkavat esiintyä ja kasaantua 80–85 vuoden iässä, niin myös avun tarve ja saadun avun riittämättömyys.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat keväällä 2008 uuden ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suosituksessa esitetään ikääntyneiden palveluiden laadun parantamiseksi strategisia linjauksia kolmelle osa-alueelle eli hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, henkilöstöön ja johtamiseen sekä asuin- ja hoitoympäristöihin.

Ikääntyneiden palvelujen saatavuus, laatu, voimavarat ja rakenteet vaihtelevat maan eri puolilla. Hoidon ja hoivan laadussa on eroja myös hoitoyksiköittäin. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukainen laitoshoidon vähentäminen tapahtuu eri tahtiin eri kunnissa. Laatusuosituksessa asetettu tavoite on, että 75 vuotta täyttäneistä (enintään) 3 prosenttia olisi pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla vuoteen 2012 mennessä; vuonna 2008 osuus oli koko maassa 5,9 prosenttia. Pitkäaikaisen laitoshoidon vähentäminen hallitusti edellyttää kotihoidon kattavuuden parantamista, palvelujen lisäämistä ja sisällön monipuolistamista sekä omaishoidon tuen kehittämistä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä muun muassa dementiaoireisten kuntoutuspalvelujen kehittämiseen. Pitkäaikaisen laitoshoidon vähentäminen edellyttää myös tehostetun palveluasumisen lisäämistä ja uusien ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan konseptien kehittämistä.

Ikääntyneiden palveluissa on tapahtunut myös edistystä. RAI-tietokannan mukaan henkilöstömitoitus kasvoi kaikissa ympärivuorokautisen hoidon muodoissa vuodesta 2000 vuoteen 2007. Samalla kuitenkin hoivan ja hoidon vaatavuus lisääntyi erityisesti vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen asukkailla. Hoidon laadun koheneminen ympärivuorokautisessa hoidossa näkyy 10 viimeksi kuluneen vuoden aikana parhaiten psykiatrialääkkeiden käytön merkittävänä vähenemisenä ja omatoimisuutta suosivien käytäntöjen lisääntymisenä.

Valtakunnallisesti tarkastelleen ikääntyneiden palveluihin, erityisesti kotihoitoon, tarvitaan lisää henkilöstöä. Voimavaroja tarvittaisiin myös muun muassa laitosten saneerauksiin kodinomaiseksi hoiva-asumiseksi. Vaikka ikääntyneiden palvelujen kokonaistarve kasvaa jatkuvasti ikääntyneiden määrän kasvun takia, kasvu ei välttämättä ole yhtä suurta kuin ikääntyneiden määrän kasvu, koska ikääntyneiden toimintakykyä voidaan parantaa. Voimavarojen tarpeen kasvua voidaan hillitä myös palvelujen rakenteellisilla ja sisällöllisillä uudistuksilla eli siirtämällä painopistettä ehkäiseviin, hyvinvointia ja terveyttä edistäviin toimintaan ja palveluihin, kuntoutuksella, kotihoidon ja omaishoidon kehittämällä, osaamisen ja johtamisen parantamisella, henkilöstön työhyvinvoinnin kohentamisella ja hyvien käytäntöjen käyttöönotolla.

Ikääntyneet tarvitsevat entistä parempaa ja monipuolisempaa yksilökohtaista palvelutarpeiden arviointia. Haasteena on luoda erilaisista palveluista eli ehkäisevistä toimista ja palveluista, kuntoutuksesta, koti- ja omaishoidosta ja ympärivuorokautisesta hoivasta asiakkaiden kannalta toimivia ja eheitä kokonaisuuksia, joissa palveluita ei pilkota turhaan. Palveluvaihtoehtojen lisääminen ja palveluntuottajien moninaistuminen vaativat myös palvelujen koordinoinnin ja palveluohjauksen kehittämistä.

Kotihoidon laskennan mukaan kotihoitoa saaneiden ikäihmisten absoluuttinen määrä on lisääntynyt viiden viimeisen vuoden aikana. Säännöllistä kotihoitoa sai 75 vuotta täyttäneistä 41 962 vuonna 2003 ja vuonna 2008 määrä oli 46 923. Asiakasmäärien noususta huolimatta kotihoidon kattavuus on hienoisesti laskenut samana ajanjaksona. Vuonna 2003 säännöllistä kotihoitoa sai 11,4 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja vuonna 2008 vastaava luku oli 11,2 prosenttia. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukainen kotihoidon kattavuustavoite, joka on 13–14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä vuoteen 2012 mennessä, ei näytä toteutuvan.

Omaishoidon tukea koskeva lainsäädäntö uudistui vuoden 2006 alussa. Omaishoidon tuella hoidettavista kaksi kolmasosaa on 65 täyttäneitä. Omaishoidon tuen kattavuus väestöstä on kasvanut jatkuvasti, vuonna 2008 se oli 4,1 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Laatusuosituksen tavoite, että tuen piirissä olisi 5–6 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä saavutettaneen vuoteen 2012 mennessä. Omaishoitajien oikeutta lakisääteiseen vapaaseen lisättiin aiemmasta kahdesta kolmeen vuorokauteen vuoden 2007 alussa. Haasteena on lisätä eri puolilla maata asuvien omaishoidon tarvitsijoiden ja omaishoitajien yhdenvertaisuutta sekä monipuolistaa hoidettaville omaishoitajan vapaan aikana tarjottavia palveluvaihtoehtoja.

Laatusuosituksen toimenpanaan liittyvät kesällä 2009 annetut sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Ikäneuvo-työryhmän ehdotukset, joihin sisältyi muun muassa ikääntyneiden neuvonta- ja palveluverkoston ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien laajentaminen valtakunnalliseksi toiminnaksi. Työryhmän ehdotukset ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä tukevien rakenteiden luomisesta kaikkiin kuntiin on tarkoitus ottaa huomioon valmisteilla olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uu-

distuksissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on myös asettanut ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon uudistamiseen työryhmän. Työryhmän tehtävänä on tehdä ehdotukset ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteiksi ja toiminnan sisällöksi sekä ikäihmisten asumispalvelujen asiakasmaksujen määräytymistä koskeviksi linjauksiksi. Työryhmän tulee myös selvittää mahdollisesti tarpeelliset säädösmuutokset. Työryhmän toimikausi päättyy 30.9.2010.

Oikeutta päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin määrääjassa laajennettiin vuoden 2009 alussa 80-vuotiasta 75 vuotta täyttäneisiin. Ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnin menetelmiä kehitetään osana toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston työtä. TOIMIA on nelivuotinen hanke (2007–2010), jonka tavoitteena on parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua sekä yhdenmukaistaa toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kuvaamisessa käytettävää terminologiaa. Käytössä olevat mittamenetelmät kootaan tietokantaan, joka sisältää myös niiden arviot sekä suositukset eri tarkoituksia varten käytettävistä menetelmistä.

Ikääntyneiden palvelujen tuottajien määrä ja tuotantotavat ovat moninaistuneet. Tämä tuo uusia haasteita toiminnan valvonnalle. Osana Kaste-ohjelmaa Valvira ja lääninhallitukset ovat laatineet valvontasuunnitelman ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan valvontaa varten. Suunnitelma otetaan valtakunnalliseen käyttöön 2010 alkaen. Osassa Suomen kunnista noudatetaan ikäihmisten palveluiden laatusuosituksia kohdullisen hyvin, mutta osassa puutteet ovat ilmeiset. Koska vanhuspalvelujen laadukas toteuttaminen ei näytä onnistuvan pelkillä laatusuosituksilla, hallitus on käynnistänyt vanhuspalveluja koskevan lainsäädännön valmistelun. Lainsäädännön kehittäminen toteutetaan osana sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista. Tarkoitus on saada luonnos lainsäädännöksi valmiiksi keväeseen 2011 mennessä. Laatusuosituksia täydentävä lainsäädäntö on tarpeellista, jotta turvataan palvelujen yhdenvertainen saatavuus maan eri puolilla ja palvelujen hyvä laatu. Lainsäädäntö vaatii toteutuakseen voimavaroja ja valvontaa sekä riittävät seurantamenetelmät.

6.1.6 Erikoissairaanhoidon uusia toimintamalleja

Erikoissairaanhoidon tuottajien perinteinen jaottelu aluesairaaloihin, keskussairaaloihin ja yliopistollisiin sairaaloihin on hämärtyvässä. Uudet toimintamallit, joita on otettu käyttöön viime vuosina terveydenhuollossa eri puolilla maata, ovat koskeneet usein myös erikoissairaanhoidon. Niissä erikoissairaanhoidon on siirtynyt samaan organisaatioon perusterveydenhuollon tai joskus sosiaalipalvelujen kanssa. Näistä esimerkkeinä ovat Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos. Lisäksi erikoissairaanhoidon sisällä on otettu käyttöön uusia toimintamalleja. Tekonivelsairaala Coxa ja Tampereen Sydänkeskus ovat esimerkkejä suuntauksesta liikelaitostami-

seen, jossa tarkoin määritellyt palvelut tarjotaan huolella kuvattujen ja hiottujen prosessien avulla.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitoajat ovat lyhentyneet edelleen. Samanaikaisesti sekä avohoito että jo ennestään raskaat päivystysvastaanotot ovat muuttuneet entistä haastavimmiksi. Päivystyspisteitä ollaan yhdistämässä useilla paikkakunnilla siten, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon pisteet sijoittuvat rinnakkain samoihin tiloihin. Niiden toiminta tapahtuu kuitenkin erillään toisistaan.

Vuonna 2005 julkistetut kiireettömän hoidon kriteerit noin 200 sairauteen päivitettiin vuonna 2009. Parhaillaan laaditaan myös kiireellisen hoidon kriteerejä.

Sairaanhoitopiirien ja Terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointiyksikön Finohdan yhteistyönä käynnistettiin joulukuussa 2005 HALO-ohjelma. Ohjelmassa laaditaan suosituksia uusien hoitomenetelmien käyttöönottoon, jotta toimintayksiköiden käytännöt tältä osin yhtenäistyisivät. Toistaiseksi katsauksia on tuotettu toistakymmentä ja ne on julkaistu internetissä ja Suomen Lääkärilehdessä.

6.1.7 Mielenterveyspalveluissa suuntaus edelleen avohoitoon

Psykiatriasta hoitoa on pyritty yhä enemmän toteuttamaan avohoitona, jotta potilaan sosiaalinen verkosto voitaisiin säilyttää ja leimautumista välttää. Psykiatrisen laitoshoidon onkin selvästi vähentynyt. Vuonna 2004 tuhatta asukasta kohti oli 349 psykiatrisen hoitovuorokautta, kun taas vuonna 2007 vastaava luku oli 322. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä on vastaavasti kasvanut ja on noin 2 miljoonaa käyntiä vuodessa. Peruspalveluissa tehtävän mielenterveystyön määrästä ei ole varsinaista tilastointia, koska mielenterveystyö toteutuu yleensä somaattisen hoidon ja terveystarkastusten yhteydessä. On kuitenkin arvioitu, että avohoitokäyntien kasvu olisi tapahtunut lähinnä erikoissairaanhoidossa eikä perusterveydenhuollossa.

Psykiatrisessa laitoshoidossa hoidettujen lasten ja nuorten määrä on ollut edelleen selvässä kasvussa. Viidentoista vuoden aikana psykiatrisessa sairaalahoitossa olevien lasten ja nuorten määrä on enemmän kuin kaksinkertaistunut. Koska lasten ja nuorten kasvava laitoshoidon ei ole hoidollisesti tarkoituksenmukaista, on Kaste-rahoituksella käynnistetty alueellisia hankkeita lasten ja nuorten psykososiaalisten avopalveluiden kehittämiseksi lasten ja nuorten omassa kehitysympäristössä.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa havaittujen laatuongelmien vuoksi julkaistiin vuonna 2007 laaduntarkkailun ja kuntien palveluostopäätösten tukemiseksi kehittämissuosituksia.

Mielenterveyspalveluiden ongelmakohtia ovat erityisesti psykiatrisen avohoidon ja peruspalveluiden mielenterveystyön kehittymättömyys, hallinnollinen ja toiminnallinen hajanaisuus, vaihtelevasti ilmenevät laadulliset

puutteet sekä alan niukka vetovoimaisuus terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Ongelmien korjaamiseksi on vuosille 2009–2015 laadittu kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli –2009. Suunnitelma linjaa kehittämiskohteiksi muun muassa asiakkaan ja potilaan aseman parantamisen, ehkäisevän työn sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Psykiatristen avopalveluiden kehittäminen osana peruspalveluita vähentää psykiatristen sairaalasijojen tarvetta arvioitavasti noin kolmanneksella. Lisäksi suunnitelman tavoitteena on vähentää psykiatriseen hoitoon liittyvää leimaantumista ja parantaa potilaiden somaattista hoitoa siirtämällä psykiatrista vuodeosastohoitoa asteittain yleissairaaloiden yhteyteen. Muista mielenterveyteen liittyvistä toimenpiteistä mainittakoon varhaisen vuorovaikutuksen tuen ohjelma (VAVU), Toimiva lapsi ja perhe -hanke sekä nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevä Aikalais! -hanke.

6.1.8 Suun terveydenhuollon palvelujen tarve ja tarjonta eivät kohtaa

Väestön suun terveydentilassa on tapahtunut merkittäviä muutoksia, joista aiheutuu haasteita hammashoitojärjestelmälle ja hoidon rahoitukselle. Erityisesti keski-ikäisen ja eläkeikäisen väestön hampaattomuus on merkittävästi vähentynyt, ja he pystyvät säilyttämään omat hampaansa entistä pidempään. Samalla kun omien hampaiden säilyminen parantaa väestön elämänlaatua, se paradoksaalista kyllä, lisää hammashoidon tarvetta. Varsinkin aikuiset tarvitsevat yhä runsaasti paikkaushoitoa.

Suun terveys ja hoidon tarve ovat selvästi yhteydessä sosiaaliseen asemaan. Korkeasti koulutetuilla ja hyvätuloisilla suut ovat paremmassa kunnossa ja heillä esiintyy vähemmän hammassairauksia kuin vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. Lisäksi ylemmissä sosiaaliryhmissä saatu hoito on teknologisesti kehittyneempää (kruunuja, siltoja, implantteja) kuin alemmissä (puuttuvia hampaita näkyvillä alueilla, irtoproteeseja).

Nuorten aikuisten suun terveys on yleisesti ottaen huomattavasti parempi kuin vanhemman aikuisväestön. Tähän on osaltaan vaikuttanut se, että he ovat saaneet järjestelmällistä hammashoitoa lapsesta alkaen. Lasten ja nuorten suun terveys on pysynyt pitkään samalla, kohtalaisen hyvällä tasolla, mutta Ruotsissa ja Tanskassa todettua suun terveyden jatkuvaa paranemista meillä ei ole tapahtunut enää vuosiin. Pikemminkin on viitteitä siitä, että kehitystä tapahtuu huonompaan suuntaan. Siihen yhtenä syynä ovat muuttuneet ruokailutottumukset napostelukulttuureineen. Toki kehityksessä on paikkakuntakohtaisia ja alueellisia eroja.

Työikäisistä hammaslääkäreistä (4 300–4 700) vähän runsas puolet työskentelee julkisella sektorilla ja vähän vajaa puolet yksityisellä sektorilla. Lisäksi alalla toimii noin 1 760 suuhygienistiä ja 900 hammasteknikkoa. Vuonna 2008 julkinen sektori hoiti noin 812 000 lasta ja 1 111 000 aikuista. Yksityinen sektori hoiti noin 1 037 000 aikuista ja 10 000 lasta. Vuonna

2007 hammashoidon osuus oli 867 miljoonaa euroa eli noin kuusi prosenttia terveydenhuollon menoista.

Koko viime vuosisadan hammashoito oli alueellisesti varsin epätasa-arvoista, ja vuosisadan puolivälistä alkaen tehdyt hammashoitoratkaisut suosivat pääosin nuorta väestöä. Vuosina 2001–2002 toteutettu hammashoitouudistus poisti ikärajat terveyskeskuksissa annettavalta hoidolta ja laajensi yksityisten palvelujen käyttöä tukevat sairausvakuutuskorvaukset koskemaan koko väestöä. Lasten ja nuorten hoito terveyskeskuksissa säilyi maksuttomana. Tämä tärkeä ja tarpeellinen uudistus toi tuettujen palvelujen piiriin lyhyessä ajassa 2,1 miljoonaa aikuista (41 prosenttia väestöstä). Uudistus lisäsi odotetusti hammashoidon kysyntää varsinkin terveyskeskuksissa. Moniin suuriin terveyskeskuksiin muodostui pitkiä jonoja. Terveyskeskukset ratkoivat tilannetta palkkaamalla lisää työntekijöitä, erityisesti suuhygienistejä, ja siirtämällä työtehtäviä hammaslääkäreiltä suuhygienisteille ja hammashoitajille sekä kehittämällä ajanvarausjärjestelyjä. Lisäksi hoitotakuulainsäädäntö tehosti selvästi terveyskeskusten toimintaa; päivystyspalvelut paranivat ja hoitoonpääsy helpottui vuoden 2005 jälkeen. Kansalliset kiireettömän hoidon perusteet sekä valvonnan keinot vahvistivat väestön yhdenvertaista hoitoonpääsyä. Sairausvakuutuskorvausten laajentaminen koko väestöön ei kasvattanut yksityissektorin asiakasmääriä, mutta kaksinkertaisesti korvausten saajien määrän.

Uudistuksesta huolimatta keskiluokan ja vähän koulutettujen hammaslääkäripalvelujen käyttö näyttäisi olevan vieläkin liian vähäistä. Myös iäkkäiden suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä on suuria puutteita. Kun hampaattomuus tässä ryhmässä koko ajan vähenee, palvelujen tarve kasvaa ja hoidoksi ei riitä kokoproteesien valmistaminen.

Suun terveydenhuollon tulevaisuuden yksi haaste on hammaslääkäripula, joka aiheutuu sekä eläkkeelle siirtyvien suuresta määrästä että koulutettavien pienestä määrästä. Tilanne korjautuu kuitenkin 5–10 vuoden kuluessa, sillä hammaslääkärikoulutusta on lisätty käynnistämällä uudelleen hammaslääkäreiden peruskoulutus Turussa ja Kuopiossa. Toinen merkittävä haaste on erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuuden turvaaminen. Nykyisten erikoishammaslääkärien keski-ikä on korkea ja suuri osa heistä työskentelee yksityissektorilla tai opetustehtävissä. Suurimpiin terveyskeskuksiin ja sairaaloihin tarvittaisiin lisää erikoishammaslääkäreitä.

6.1.9 Kuntoutus kytkettyyn vajavaisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin

Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö kuntoutuksessa ei aina toimi riittävän hyvin. Tämä ilmenee muun muassa hoitoketjun katkeamisena. Lisäksi kuntoutuksessa tärkeiden suunnitelmien tasossa on parantamisen varaa. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä Kansaneläkelaitoksen välisen yhteistyön kehittäminen lääkinnällisessä, ammatillisessa ja psykososiaalisessa kuntou-

tuksessa olisikin tärkeää. Myös kuntoutusosaamista terveydenhuollon henkilöstön koulutuksessa, erityisesti lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksessa, pitäisi lisätä.

Lääkinnällistä kuntoutusta rahoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisin valtionosuuksin, kuntien verotuloin sekä Kansaneläkelaitoksen varoin. Rahoituksen monikanavaisuus viivästyttää usein kuntoutuksen käynnistymistä tai ei käynnistä sitä lainkaan.

Kuntoutusasiain neuvottelukunta aloitti vuoden 2009 alussa laajan kuntoutuslaitoksia koskevan selvitystyön. Veteraanikuntoutuksen väheneminen vapauttaa lähivuosina voimavaroja laituskuntoutukseen. Kuntoutuslaitoksia koskevia havaintoja ja toimenpide-ehdotuksia käsitellään edelleen vuonna 2010.

6.1.10 Apuvälineiden saatavuuden perusteet yhtenäisemmiksi

Kunnissa terveydenhuolto vastaa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä, sosiaalitoimi vammaispalvelulain mukaisista asumiseen liittyvistä apuvälineistä ja koulutoimi perusopetukseen liittyvistä apuvälineistä.

Viime vuosina apuvälineiden tarvitsijat ovat saaneet tarvitsemiaan palveluja yleensä hoitotakuun aikarajoissa. Kolmen keskussairaalan kuulonhuollon, kommunikaatiokeskuksen tai näköpoliklinikan apuvälinepalveluihin on kuitenkin joutunut jonottamaan puolesta vuodesta yli vuoteen. Vammaispalveluissa asiakas on saanut apuvälineen käyttöönsä keskimäärin 3,5 viikossa hakemuksen vireillepanosta.

Terveyskeskusten ja keskussairaaloiden apuvälineisiin käyttämät määrärahat ovat kasvaneet. Vuonna 2005 ne käyttivät apuvälineiden hankintoihin yhteensä noin 59 miljoonaa euroa. Kolmannes terveyskeskuksista ja keskussairaaloista on raportoinut, että apuvälineisiin tarkoitetut määrärahat eivät riitä kattamaan tarvetta.

Terveyskeskuksista apuvälineitä saaneista henkilöistä yli puolet ja keskussairaaloista vajaa puolet on ollut yli 65-vuotiaita. Vammaispalvelulain mukaiset asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden apuvälinepalvelut ovat kohdentuneet sekä työikäisiin että eläkeikäisiin; päivittäisten toimintojen välineiden apuvälinepalvelut lähinnä työikäisiin.

Vuonna 2003 julkaistu apuvälinepalveluiden laatusuositus tunnetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvin. Etenkin sairaanhoitopiirit hyödyntävät sitä paljon. Useat sairaanhoitopiirit ovat yhtenäistäneet palveluja suosituksen mukaisesti sopimalla kuntien sosiaali- ja terveystoimien kanssa apuvälinepalvelujen työn- ja vastuunjaosta ja yhdenmukaisista käytännöistä. Kymmenessä sairaanhoitopiirissä, jatkossa mahdollisesti yhä useammassa piirissä, apuvälinepalvelut on keskitetty alueellisiin keskuksiin.

Vaikka apuvälineiden laatusuositus tunnetaan hyvin, eivät niihin varatut voimavarat ole täysin suosituksen mukaisia. Kuntien apuvälinepalveluiden käyttöön ja apuvälineiden luovuttamiseen liittyvät seurantajärjestelmät

ovat puutteellisia ja epäyhtenäisiä ja valtakunnallinen seurantajärjestelmä puuttuu kokonaan. Kunnat eivät myöskään ole järjestelmällisesti ottaneet asiakkaiden näkökulmaa huomioon palveluiden suunnittelussa. Suurin osa terveyskeskuksista, keskussairaaloista ja vammaisjärjestöistä ovat toivoneet, että laatusuosituksista kehitettäisiin yhä enemmän käypä hoito -tyyliseksi ja että apuvälineiden saatavuusperusteet olisivat yhtenäiset koko maassa.

6.1.11 Työterveyshuollon palvelutuottajat muutoksessa

Työterveyshuollon asiakkaiden määrä kasvoi 1,87 miljoonaan vuonna 2007. Samanaikaisesti työterveyshuollon kattavuus on pysynyt ennallaan siten, että palkansaajien kattavuus oli 87 prosenttia, maatalousyrittäjien 38 prosenttia ja yrittäjien 16,6 prosenttia eli edelleen matala. Yrittäjien sairaanhoitopalvelut ovat olleet vuodesta 2006 lähtien työterveyshuollon korvauksiin oikeuttavaa toimintaa, mikä lisää yrittäjien toistaiseksi vapaaehtoisen työterveyshuollon kattavuutta.

Työterveyshuollon asiakkaiden jakautumisessa eri tuottajille on tapahtunut 2000-luvulla merkittäviä muutoksia. Vuosien 2004–2007 aikana lähes 200 000 henkilön hoito on siirtynyt terveyskeskuksista ja yritysten omista työterveysyksiköistä yksityissektorille. Yksityisillä lääkäriasemilla oli 2007 vuoden lopussa lähes puolet (48 prosenttia) työterveyshuollon asiakkaista, kun vastaava osuus oli 39 prosenttia vuonna 2004.

Kunnallinen työterveyshuolto on rakentumassa aiempaa isommiksi ja toimivimmiksi ja paremmin resurssoiduiksi yksiköiksi. Vuoden 2008 lopussa Suomessa oli jo 16 työterveyshuollon kunnallista liikelaitosta ja 2 osakeyhtiötä. Näiden osuus kunnallisen työterveyshuollon asiakkaista oli 25 prosenttia vuoden 2007 lopussa ja on kasvussa.

Työterveyshuollon henkilöstömäärä on kasvanut erityisesti yksityisillä lääkäriasemilla 2000-luvulla. Terveystenhoitajien määrä on kasvanut selvimmin, mutta lääkärin ja psykologien määrä vain vähän. Fysioterapeuttien määrä on jopa vähentynyt.

Hieman yli puolessa työterveysyksiköistä työskentelee erikoislääkäri. Lääkäreistä on pulaa etenkin haja-asutusalueiden terveyskeskuksissa. Työterveyshuollon erikoislääkäreiden koulutusta koskeva rahoituslaki tuli voimaan vuoden 2005 alussa, ja sitä on tarkoitus jatkaa määräaikaisena vuosina 2010–2013. Työterveyshuollon erikoislääkäritutkintojen lukumäärä on kasvanut vuodesta 2005 lähtien noin 50 tutkintoon vuodessa.

Ennaltaehkäisevän ja sairaanhoidollisen toiminnan osuudet työterveyshuollosta ovat pysyneet ennallaan. Ennaltaehkäiseviä palveluita annetaan eniten työnantajien omissa yksiköissä. Lääkärin työssä puolestaan korostuu sairaanhoito. Sairaanhoidollisia palveluita tuotettiin vuonna 2007 noin 1,49 miljoonalle eli 80 prosentille työterveyshuollon asiakkaista.

Työterveyshuollon kehittämiseksi tehtyjä toimenpiteitä ovat olleet muun muassa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -kirja (uudistettu 2007), jossa määritellään vähimmäiskriteerit laadukkaalle työterveyshuollolle sekä työterveyshuollon sisällön kehittämiseen tähtäävä Sateenkaari-hanke. Keski-

Suomessa osana Työterveys 2015 -hanketta (Seitti) pyritään vahvistamaan työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon toimijoiden verkostoa ja yhteistyötä. Haasteena on kuitenkin kehittää edelleen yrittäjien ja pienten yritysten työterveyshuoltoa sekä edistää työterveyshuollon laatua ja vaikuttavuutta.

6.1.12 Lääkekustannusten kasvua hillitty

Lääkekorvausmenojen vuotuinen kasvu on ollut 2000-luvulla alle viisi prosenttia vain kahtena vuonna, 2006 ja 2007. Vuonna 2008 lääkekorvausmenot kasvoivat lähes yhdeksän prosenttia, vaikka lääkekorvausmenojen vuosittaisen reaalikasvun rajaksi on asetettu vuosille 2008—2011 viisi prosenttia.

Avohoidon lääkekustannusten kasvua on pyritty hillitsemään usein eri keinoin. Kenties tehokkain niistä on ollut vuonna 2003 aloitettu lääkevaihto. Lääkevaihdoissa apteekki vaihtaa lääkärin tai hammaslääkärin määräämän lääkevalmisteen halvimpaan tai siitä hinnaltaan vähän poikkeavaan, yleisesti saatavilla olevaan vaihtokelpoiseen lääkevalmisteseen. Lääkevaihto synnyttää välittömiä säästöjä vaihdettaessa lääkevalmiste edullisempaan vaihtokelpoiseen valmisteeseen sekä välillisiä säästöjä yritysten välisen hintakilpailun aiheuttaman hintojen laskun ja muuttuvien lääkemääräämiskäytäntöjen myötä. Kansaneläkelaitoksen tilastotietojen mukaan vuonna 2007 lääkkeiden vaihtamisesta halvempiin valmisteisiin (välittömät vaikutukset) syntyi säästöjä 35,6 miljoonaa euroa. Summasta puolet koitui lääkkeiden käyttäjien ja puolet sairausvakuutuksen hyväksi. Lisäksi lääkevaihdon piirissä olevien lääkkeiden hinnat ovat hintakilpailun myötä huomattavasti laskeneet.

Avohoidon lääkkeiden kohtuullisia tukkuhintoja alennettiin viisi prosenttia vuonna 2006. Kolme vuotta myöhemmin astui voimaan viitehinta-järjestelmä. Siinä potilas joutuu maksamaan valmisteiden hinnan ja viitehinnan välisen erotuksen kokonaan itse, mikäli haluaa vaihtomahdollisuudesta huolimatta ostaa lääkärin määräämän viitehintaa kalliimman lääkkeen.

Nikotiinikorvaushoitoon tarkoitettujen valmisteiden myyntiä laajennettiin vuonna 2006 siten, että niitä saa myydä apteekkien lisäksi myös tupakkaa myyvissä vähittäiskaupoissa, kioskeissa ja huoltoasemilla. Uudistus paransi valmisteiden saatavuutta, lisäsi niiden myyntiä ja laski vähittäishintoja.

Lääkehoidon turvallisuuteen on kiinnitetty enenevästi huomiota. Vuonna 2006 aloitettiin kolmivuotinen kokeilu avohoidon lääkkeiden annosjakelun korvaamiseksi yli 75-vuotiaille henkilöille. Annosjakelulla tarkoitetaan toimintaa, jossa apteekki toimittaa potilaan lääkkeet valmiiksi kerta-annoksiksi jaeltuina. Palveluun sisältyy apteekin tekemä kokonaislääkityksen tarkistus. Palvelu parantaa lääkehoidon turvallisuutta, edistää lääkehoidon onnistumista ja säästää lääkekuluissa. Annosjakelun on myös arvioitu säästävän terveyskeskusten työntekijöiden työaikaan niiden kotihoidon piirissä olevien potilaiden osalta, joiden lääkkeiden annostelun työntekijät muuten hoitaisivat. Kokeilu muuttui vuonna 2008 pysyväksi toiminnaksi.

Sähköistä lääkemääräystä koskeva laki säädettiin vuonna 2007 ja sen tavoitteena on parantaa potilas- ja lääketurvallisuutta sekä helpottaa ja tehostaa lääkkeen määräämistä ja toimittamista. Sekä sähköistä lääkemääräystä että muiden potilastietojen käsittelyä varten rakennetaan valtakunnallinen potilastietoarkisto ja reseptikeskus (ns. KanTa-palvelut). KanTa-palvelujen avulla potilaan tiedot ovat aina ajantasaisina käytettävissä hoitotilanteessa. Kansalaisten kannalta uudistus merkitsee ennen kaikkea terveydenhuollon läpinäkyvyyden lisääntymistä, koska omat resepti- ja potilastiedot voi tulevaisuudessa tarkistaa Internetin välityksellä (eKatselu). Sähköisessä lääkemääräysjärjestelmässä (eResepti) lääkemääräys toimitetaan sähköisesti valtakunnalliseen rekisteriin, josta apteekki noutaa lääkemääräyksen sähköisesti lääkkeen toimittamisen yhteydessä. Terveydenhuollon toimintayksiköt joutuvat ottamaan järjestelmät käyttöön vuoteen 2011 mennessä. Lisäksi rakenteilla oleva sähköinen potilastietoarkisto (eArkisto) mahdollistaa potilastietojen tallentamisen keskitetysti valtakunnalliseen arkistoon, josta potilastiedot ovat hoitotilanteessa saatavilla potilaan luvalla.

Uusi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus aloitti toimintansa Kuopiossa marraskuussa 2009 samalla kuin Lääkelaitos ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto lakkautettiin. Uuden keskuksen perustamisen tavoitteena on keskittää lääkehuollon hallintoa ja erityisesti vahvistaa lääkealan tutkimus- ja kehittämistä sekä lääketiedon tuottamista ja välittämistä. Keskuksen uusien tehtävien myötä pyritään parantamaan lääkehoitoa sekä lääkehoidon turvallisuutta, tarkoituksenmukaisuutta ja taloudellisuutta.

6.1.13 Potilasturvallisuus maailmanlaajuisesti kehittämiskohteeksi

Potilasturvallisuus nousi maailmanlaajuisesti kehittämiskohteeksi useiden kansainvälisten hoitovirheitä käsittelevien tutkimusten sekä Yhdysvalloissa vuonna 2000 julkaistun raportin seurauksena, jonka mukaan estettävissä olevat hoitovirheet aiheuttaisivat maan sairaaloissa 44 000–98 000 kuolemantapausta vuodessa. Myös Euroopassa hoitovirheisiin alettiin kiinnittää huomiota, minkä seurauksena Euroopan Neuvosto hyväksyi EU:n suosituksen potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisystä vuonna 2009.

Edellä kuvatut toimenpiteet vaikuttivat potilasturvallisuutta käsittelevän hankkeen käynnistämiseen myös Suomessa. Hanke toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön johdolla vuosina 2006–2009. Sen tavoitteina olivat potilasturvallisuuden liittäminen osaksi terveydenhuollon rakenteiden suunnittelua ja toimintatapoja, potilaiden mukaantulo potilasturvallisuuden kehittämiseen sekä terveydenhuollon toimijoiden perehdyttäminen potilasturvallisuuskysymyksiin. Lisäksi hankkeessa haluttiin edistää sellaista ilmapiiiriä, jossa haittatapahtumista ja ”läheltä piti”-tilanteista ei syyllistetä vaan otetaan oppia.

Hankkeessa laadittiin Suomen ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia, joka julkistettiin vuonna 2008 järjestetyssä kansallisessa potilasturvallisuuskonferenssissa. Tämän lisäksi luotiin malleja haittapahtumien raportointiin sekä kehitettiin potilasturvallisuutta ja hoidon laatua kuvaavia mittareita. Myös potilasturvallisuuden sisällyttämistä suunnitteilla olevaan terveydenhuoltolakiin sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutusohjelmiin valmisteltiin.

6.1.14 Ympäristöterveydenhuollossa kemikaalilainsäädäntö uudistunut ja kemikaalivirasto perustettu

Valtioneuvoston periaatepäätös vuodelta 2003 on viitoittanut ympäristöterveydenhuollon järjestämistä. Valtioneuvosto tarkisti päätöstään vuonna 2007 Paras-hankkeen aikataulun mukaiseksi. Ympäristöterveydenhuollon järjestämiseksi riittävän kokoiset alueelliset tai seudulliset valvontayksiköt voivat muodostua kuitenkin omina yhteistoiminta-alueinaan erillään muista sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuista. Eduskunta hyväksyi vuoden 2009 kesäkuussa ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita koskevan lain. Se asettaa vaatimukset yhteistoiminta-alueen voimavaroille ja ympäristöterveydenhuollon kokonaisuudelle. Alueiden pitää aloittaa toimintansa viimeistään vuoden 2013 alussa. Useita, lain vaatimukset täyttäviä yhteistoiminta-alueita on jo perustettu vuosina 2006–2009 ympäristöterveydenhuollossa vastaavien ministeriöiden, keskusvirastojen ja lääninhallitusten tiivistyneen informaatio-ohjauksen tuloksena. Kaikkiaan ympäristöterveydenhuollon yksiköiden määrä on laskenut 277:sta vuonna 2003 noin 132:een vuonna 2009.

Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira, Elintarviketurvallisuusvirasto Evira sekä Kuluttajavirasto KUV ovat laatineet yhteisen valtakunnallisen ympäristöterveydenhuollon valvontaohjelman sekä toimialakohtaiset valtakunnalliset valvontaohjelmat vuosille 2008–2010 ympäristöterveydenhuollon valvontatoimen yhtenäistämiseksi ja tehostamiseksi sekä painopisteiden asettamiseksi. Kunnat laativat näiden pohjalta kunnan ympäristöterveydenhuollon valvontasuunnitelman.

Valvira laati ohjeen talousveden laadun turvaamiseksi erityistilanteissa vuonna 2008. Keskus päivitti ohjeen vuotta myöhemmin tilanteiden varalle, joissa talousvesi on käyttökelpoton laajalla alueella.

Uusi talousveden ja allasuiaveden hygieeniseen osaamiseen liittyvä testausjärjestelmä pyrkii turvaamaan näiden vesien puhdistuksen kanssa työskentelevien hygieniasaaminen. Lisäksi on julkaistu uimahallien ja kylpylöiden sisäilmastoa ja ilmanvaihtoa sekä uimavesien valvontaa ja tutkimusmenetelmiä koskevia ohjeita. Muita sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen laatimia ohjeita ovat muun muassa puun pienpolttoa koskevat terveydelliset ohjeet ja suurten yleisötilaisuuksien hygieenisistä järjestelyistä ja jätehuollosta sekä terveydenhuollon jätteistä koskevat ohjeet.

Kemikaalilainsäädäntö on kokonaan uudistunut. EU:ssa on tullut voimaan kaksi merkittävää kemikaaliasetusta, REACH ja CLP. Ne ovat suoraan sovellettavaa lainsäädäntöä kaikissa EU-maissa (*ks. tästä enemmän myös ympäristöministeriön toimenpiteissä ja hankkeissa luvussa 10*).

REACH-asetus (EY) N:o 1907/2006 koskee kemikaalien rekisteröintiä, arviointia, lupamenettelyä ja rajoituksia. REACH-asetuksella myös perustettiin Suomen ensimmäinen EU-virasto, Euroopan kemikaalivirasto (European Chemicals Agency eli ECHA), joka aloitti toimintansa Helsingissä Annankadulla 1.6.2007. CLP-asetus (EY) N:o 1272/2008 koskee vaarallisten aineiden ja seosten luokitusta, merkintöjä ja pakkaamista. CLP-asetuksen myötä kaikkien vaaralliseksi luokiteltujen kemikaalien merkinnät muuttuvat ja käyttöturvallisuustiedotteet on uusittava.

Yritykset ja viranomaiset ovat aloittaneet REACH- ja CLP-asetusten toimeenpanon. Asetusten edellyttämä kansallinen neuvontapalvelu on myös käynnistynyt. Siitä vastaavat Valvira ja Suomen ympäristökeskus (SYKE) yhdessä; www.reachneuvonta.fi. Molempien asetusten johdosta on uudistettu kansallista, kemikaalilakiin (744/1989) perustuvaa kemikaalilainsäädäntöä ja tiedotettu muuttuneen lainsäädännön vaatimuksista.

6.1.15 Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta kasvussa

Yksityisiä sosiaalipalveluja tarjoavien toimintayksiköiden määrä kasvoi tasaisesti vuosituhaten alun aikana 4 064:ään vuonna 2008. Tällöin niiden yleisin toimiala oli palvelutalot ja ryhmäkodit (1 470 toimintayksikköä). Toiseksi eniten oli lasten päivähoitoa tarjoajia (667 toimintayksikköä). Seuraavaksi yleisimpiä toimialoja olivat kotipalvelut (645 toimintayksikköä) ja lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito (607 toimintayksikköä). Lisäksi yksityiset palveluntuottajat tuottivat muun muassa päihdehuollon palveluja, työ- ja päivätoimintaa, ensi- ja turvakatitoimintaa sekä ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidtoa.

Yksityisistä sosiaalipalveluja tarjoavista toimintayksiköistä 60 prosenttia oli yritysten, 39 prosenttia järjestöjen ja loput muiden, esimerkiksi seurakuntien ylläpitämiä. Yritysten osuus oli suurin lasten ja nuorten laitos- ja perhehoidossa sekä kotipalveluissa. Järjestöjen osuus oli suurin päihdehuollossa, jossa esimerkiksi lähes kaikki A-klinikat ja asumispalveluyksiköt ovat järjestöjen ylläpitämiä. Toimintayksiköissä oli henkilökuntaa yhteensä noin 38 300. Määrään sisältyvät palkatut työntekijät, yrittäjät ja työllistetyt mutta ei vapaaehtoistyöntekijät. Varsinaiseen palvelujen tuottamiseen osallistuvia eli asiakastyötä tekeviä oli yhteensä 34 100 henkilöä, joista valtaosa kokoaikaisia.

Suurin osa toimintayksiköistä myi palveluja joko ostopalvelusopimusten tai maksusitoumusten perusteella. Täysin ilman ostopalvelusopimusta toimi 596 toimintayksikköä (16 %).

Yksityisen terveydenhuollon liikevaihto oli vuonna 2007 yhteensä noin 2,6 miljardia euroa, josta yritysten liikevaihtoa oli 2,1 miljardia euroa ja järjestöjen noin 0,5 miljardia euroa. Yritysten liikevaihto nousi 2002–2007 inflaatio huomioonottaen kolmanneksella. Järjestöjen liikevaihto on pysynyt suunnilleen samana koko 2000-luvun ajan.

Henkilöstömääristä laskettuna yksityiset palveluntuottajat tuottavat noin viidesosan terveyspalveluista. Yritysten osuus terveyspalvelujen tuotannosta nousi 2002–2006 pari prosenttiyksikköä, mutta järjestöjen osuus hieman laski. Tällä hetkellä yritykset tuottavat noin 15 prosenttia terveyspalveluista ja järjestöt viisi prosenttia. Yksityisen tuotannon osuus vaihtelee kuitenkin paljon palvelun mukaan. Yksityiset tuottavat noin puolet hammashuollosta, lähes kolmasosan lääkärikäynneistä ja muutaman prosentin vuodeosastohoidosta.

Terveyspalveluja tuottavia yrityksiä oli vuonna 2007 lähes 13 500. Niistä suurin osa on terveydenhuollon itsenäisiä ammatinharjoittajia ja varsinaisia palveluntuottajia on reilut 3 000. Yritysten lisäksi yksityisiä terveyspalveluja tuottavat muutama kymmenen järjestöä, yhdistystä tai säätiötä.

Kotitaloudet ostavat noin kolmasosan yksityisistä terveyspalveluista. Seuraavaksi eniten niitä ostavat työnantajat, kunnat ja Kansaneläkelaitos. Kuntien ja kuntayhtymien ostot yksityisiltä terveyspalveluja tuottavilta yksiköiltä kasvoivat suhteellisesti eniten (48 % vuosina 2002–2007, inflaatio huomioonottaen). Vuonna 2007 niiden ostot yksityisiltä olivat 280 miljoonaa euroa, josta noin puolet oli erikoissairaanhoidtoa (137 miljoonaa euroa), 125 miljoonaa euroa perusterveydenhuoltoon ja 18 miljoonaa hammashuoltoon. Yhteensä kuntien ja kuntayhtymien ostot vastasivat noin neljää prosenttia terveydenhuollon nettokustannuksista. (*Ks. lisää tietoa Green Care –hyvinvointipalvelutoiminnan kehittämiseksi maa- ja metsätalousministeriön hankkeissa sekä työ- ja elinkeinoministeriön sosiaali- ja terveyspalveluiden yritystoiminnan hankkeista luvussa 10*).

6.2 VALTAKUNNALLISET OHJELMAT JA MUUT KESKEISET TOIMENPITEET

Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras)

Kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (Paras-uudistus) annetun lain (169/2007) tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne. Lisäksi tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Kuntien yhdistämisen ja yhteistoiminta-alueiden luomisen tarkoituksena on erityisesti riittävän väestöpohjan varmistaminen palvelujen järjestämiseksi. Tavoitteena on myös vahvistaa kaupunkiseutujen toimintaedellytyksiä toiminnallisina alueina myös sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Paras-hanke on painottunut lähinnä kuntarakenteen uudistamiseen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen on jäänyt

osittain vaillinaiseksi. Keväällä 2009 tehdyn kuntakyselyn mukaan sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen etenee kyllä tulevaisuudessa mutta hallinnon yhdistäminen ei vielä takaa, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut yhtenä itselleen sopivana kokonaisuutena, vaan kokonaisuus syntyy käytännön toiminnassa. Erityisesti sosiaalipalvelut ovat hajaantuneet useammalle eri taholle ja tasolle. Asiakkaalle jää usein epäselväksi millaisia palveluja on saatavilla, mistä palveluja saa ja mikä taho niistä vastaa. Samalla yhteistoiminta-alueella eri kuntien asukkaat voivat olla keskenään eriarvoisessa asemassa kuntien erilaisten palvelusopimusten takia. Siten Paras-hankkeen keskeinen tavoite kansalaisten yhdenvertaisuudesta sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen saamisessa ei ole toteutunut. Paras-hanke ei ole myöskään toivotulla tavalla tukenut sosiaali- ja terveysministeriön tavoitetta järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto toisiaan tukevana, eheänä kokonaisuutena.

Nykytilanteessa perus- ja erikoissairaanhoidon epätarkoituksenmukainen rajanveto aiheuttaa sekä toiminnallisia että taloudellisia ongelmia. Perustason erikoissairaanhoidon on irrallaan perustason sairaanhoidosta, jolloin hoitokokonaisuuden toteutus ei välttämättä muodostu potilaan kannalta järkeväksi. Nykytilanne johtaa usein osaoptimointiin eri toimijoiden välillä, jolloin resurssit ovat tyhjäkäynnillä ja kokonaisuudesta muodostuu tarpeettoman kallis. Perus- ja erikoistason sairaanhoidon välistä raja-aitaa voidaan madaltaa siirtämällä painopistettä ja resursseja perustasolle tuomalla erikoissairaanhoidon osaamista ja palveluja perustason tueksi. Muutosta ei voida toteuttaa, elleivät perustason toimijat ole selkeästi nykyistä vahvempia.

Paras-uudistusta koskeva kuntakysely osoitti, että yhteistoiminta-alueiden kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kysymykset ovat epäselviä eikä vastuukysymyksiä ja organisoitumista ole mietitty. Osassa kunnista vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kokonaan siirretty yhteistoiminta-alueen vastuulle eikä poikkihallinnollisen yhteistyön järjestämisestä ole sovittu millään tavalla. Sosiaali- ja terveystoimen ohella tärkeitä hyvinvointia ja terveyttä koskevia päätöksiä tehdään myös muilla kunnan toimialoilla. Ellei sosiaali- ja terveydenhuollolla ole yhteyksiä kunnan muuhun toimintaan, laaja-alaiselle, sektorirajat ylittävälle yhteistyölle ei ole edellytyksiä.

Puitelaki on määräaikainen suunnittelua ohjaava laki, jonka voimassaolo päättyy vuoden 2012 lopussa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan selkeitä ja kestäviä pitkän aikavälin linjauksia palvelujen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee parhaillaan uutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lakia, jossa määritellään kuntia koskeva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vuodesta 2013 eteenpäin. Osana lainsäädäntöuudistusta annetaan myös uusi terveydenhuoltolaki sekä uudistetaan sosiaalihuoltoa koskevaa lainsäädäntöä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa laissa on tavoitteena, että sosiaalihuolto ja terveydenhuolto sekä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostavat entistä selkeämmin yhtenäisen kokonaisuuden. Tarkoituksena on yhdenmukaistaa palvelujen organisoitumista koskevat

hallinnolliset rakenteet. Tehtävien yhteistä organisoimista koskevien säännösten lisäksi lakiin otetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä kehittämisohjelmaa sekä valvontaa koskevat säännökset. Uuden lainsäädännön tarkoituksena on turvata kansalaisten sosiaalisten perusoikeuksien toteutuminen varmistamalla sosiaali- ja terveystalvelujen yhdenvertainen saatavuus asuinpaikasta riippumatta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishjelma, Kaste 2008–2011

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishjelma (Kaste) on sosiaali- ja terveysministeriön lakisäätöinen, strateginen ohjauväline, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveystalvitiikkaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi tämän kehittämishjelman. Vuosia 2008–2011 koskeva ohjelma vahvistettiin 31.1.2008. Ohjelmasta säädettiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 5 §:ssä.

Ohjelman tavoitteena on, että:

1. ihmisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee,
2. ihmisten hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveysterot kaventuvat ja
3. palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähentyvät.

Ohjelman tavoitteiden saavuttamisen keinoja ovat:

1. ongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen,
2. henkilöstön riittävyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen,
3. sosiaali- ja terveydenhuollon eheiden palvelukokonaisuuksien ja vaikuttavien toimintamallien luominen.

Kaste-ohjelmassa on määritelty valtakunnallista 39 toimenpidettä, joiden avulla ohjelmaa toteutetaan. Tavoitteiden toteutumista seurataan 19 tilastollisen osoittimen avulla. Kaste-ohjelman toimeenpanosuunnitelmassa ohjelman tavoitteet ja toimenpiteet, yksilöidään, konkretisoidaan sekä aikataulutetaan vuosille 2008–2011. Toimeenpanosuunnitelma sisältää myös sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntösuunnitelman. Kaste-ohjelman viisi alueellista johtoryhmää ovat laatineet alueelliset kehittämistoiminnan suunnitelmat, joissa alue kuvataan hyvinvointi-indikaattoreiden valossa ja nimetään Kaste-ohjelman linjausten mukaiset alueelliset kehittämistoiminnan prioriteetit vuosille 2008–2011.

Tavoitteiden saavuttamiseksi vahvistetaan yhteistyötä valtakunnallisesta kehittämistyöstä vastaavien toimijoiden, kuntien ja kuntayhtymien välillä. Tavoitteena on luoda edellytyksiä käytännön tarpeista lähtevälle alueiden

kehittämisyhteistyölle, jossa keskeisinä toimijoina ovat kunnat, kuntayhtymät, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöt, yksityiset sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat, yliopistot, ammattikorkeakoulut, sosiaali- ja terveystalvelu koulutusta antavat oppilaitokset sekä sosiaalialan osaamiskeskukset.

Tavoitteena hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn lähtökohtana on tieto kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä, siinä tapahtuneista muutoksista sekä palvelujärjestelmän kyvystä vastata terveys- ja hyvinvointitarpeisiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen johdolla luodaan valtakunnalliset seurantatietojärjestelmät, jotka tuottavat väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen ajantasaista ja vertailukelpoista tietoa aluetasolla sekä soveltuvin osin myös kunta- ja kuntayhtymätasolla seuraavista asioista: 1) terveyden ja toimintakyvyn tärkeimmistä ulottuvuuksista eri väestöryhmissä, 2) tärkeimmistä terveyteen vaikuttavista elinolo-, työolo- ja elintapatekijöistä, 3) palvelutarpeista, sairauksien hoidon ja ehkäisyn sekä terveyden edistämisen kattavuudesta, sisällöstä ja tuloksellisuudesta ja 4) sairauksiin liittyvien sosiaaliturvaetuuksien saannista.

THL antaa kunnille ja alueille asiantuntijatukea ehkäisevän työn menetelmien kehittämisessä, alkoholin mini-interventio toiminnan vakiinnuttamisessa sekä muiden varhaisen puuttumisen toimintamallien kehittämisessä sekä perusterveydenhuollossa toteutettavan ehkäisevän työn sisällöllisessä ohjaamisessa. Terveydenhuollon, asiantuntijalaitosten ja järjestöjen yhteistyö on tärkeää kaikkien kroonisten tautien ehkäisyssä ja niiden riskitekijöihin vaikuttamisessa.

Lisäksi valtakunnallisena tavoitteena on, että ohjelmakauden päättyessä koko maassa on menossa muutosprosessi, joka uudistaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden kehitysympäristöjä ja palveluja kokonaisuutena sekä näitä tukevia johtamis- ja yhteistyörakenteita ja työmenetelmiä. Erityisen tarpeellista on kehittää eri toimijoiden yhteistyötä lasten ja nuorten peruspalvelujen ja erityispalvelujen välille.

Vaikeasti työllistyvien kuntoutumista ja aktivoitumista (takaisin) työelämään tehostetaan yhteistyössä työhallinnon, sosiaalivakuutuksen, järjestöjen, palvelujen tuottajien ja työnantajien kanssa. Vahvistetaan sellaisia rakenteita ja käytäntöjä, joilla kunnat ja niiden sosiaali- ja terveydenhuolto voivat pitkäjänteisesti ja yksilöllisesti tukea työttömien kuntalaisten kuntoutumis- ja työllistymispyrkimyksiä. Kehitetään työttömille toimintaan ja tekemiseen kiinnittymisen paikkoja ja huolehditaan asiakkaiden työllistymispolkua eteenpäin vievistä siirtymistä.

Valtioneuvosto antoi vuonna 2007 ministeriöille ohjeet säädösehdotusten vaikutusten arvioinnista, joita tulee soveltaa säädösvalmistelussa. Tämän pohjalta on vuonna 2008 tehty Internet-sivustolle tukimateriaalia sosiaalisten ja terveysvaikutusten, lapsivaikutusten sekä sukupuolivaikutusten arvioinneista. Oikeusministeriön johdolla on järjestetty eri ministeriöille säädösehdotusten vaikutusten arviointikoulutusta.

Rahoitus

Kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeisiin on valtion budjettikehyksissä varattu valtionavustuksia yhteensä yli 104 miljoonaa euroa vuosille 2008–2011. Lisäksi hyödynnetään eri kanavista, kuten Raha-automaattiyhdistys (Ray), Euroopan Sosiaalirahasto (ESR), Teknologian edistämiskeskus (Tekes), tulevaa kehittämishankerahoitusta. Rahoituksen ohella sosiaali- ja terveysministeriön ja sen hallinnonalan laitosten, Suomen Kuntaliiton sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen asiantuntijapanosta suunnataan kuntien ja kuntayhtymien kehittämistyön tueksi.

Ohjelmakaudella valtionavustusta suunnataan Kaste-ohjelman tavoitteiden toteuttamiseksi laajoille, alueellisesti tai valtakunnallisesti merkittävälle usean kunnan tai kuntayhtymän yhteisille kehittämishankkeille. Avustukset suunnataan seuraavien teema-alueiden mukaan:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden ja -prosessien kehittäminen.
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kehittäminen ja työhyvinvointi.
3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden kehittäminen.
4. Osallisuuden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy, mukaan lukien pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen.
5. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittäminen.
6. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon vahvistaminen.

Vuosina 2008–2009 avustuksia on myönnetty yli 47 miljoonaa euroa. Avustukset on kohdennettu seuraavasti:

- Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittäminen 23,5 miljoonaa euroa.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden ja -prosessien kehittäminen 7,8 miljoonaa euroa
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen 5,3 miljoonaa euroa.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet 4,2 miljoonaa euroa
- Vanhusten palvelujen kehittäminen 2,7 miljoonaa (lisäksi vanhustenhuollon kehittämisosioita sisältyy palvelurakenne ja -prosessien kehittämishankkeisiin)
- Terveydenhuollon henkilöstön kehittämisen ja työhyvinvointi 2,7 miljoonaa euroa
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen 1,4 miljoonaa euroa.

Vuosina 2010 ja 2011 painopisteenä on perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon vahvistaminen, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen. Kaikissa hankkeissa

tulee olla asiakas-, henkilöstö- ja palvelurakenteiden uudistamisen ja palvelujen vaikuttavuuden tehostamisen näkökulmat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke

Hallitusohjelmassa asetetun Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeen tavoitteet ovat laaja-alaiset. Hallitusohjelman mukaan hanke muun muassa parantaa kansalaisten omatoimisuutta, osallistumista ja toimintaedellytyksiä. Palveluissa hanke kehittää työnjakoa, parantaa vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta sekä lisää palvelujen monipuolisuutta ja päätöksenteon ja järjestelmien läpinäkyvyyttä. Hanke arvioi monikanavaista rahoitusjärjestelmää ja tehostaa ohjausta. Lisäksi hanke muun muassa kehittää uuden teknologian hyväksikäyttöä ja sosiaali- ja terveysalan palvelu- ja teknologiainnovaatioiden kaupallistamista ja vientiä.

Palveluinnovaatiohankkeessa on erityisesti menneiden vuosien tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnasta ("TKI") saatuihin kokemuksiin perustuen paikannettu sellaisia tekijöitä, jotka estävät palvelujärjestelmää hyödyntämästä innovaatiotoiminnan tuloksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon TKI-toimintaa rahoittaneita ohjelmia arvioitaessa on todettu, että luotujen uusien käytäntöjen levittäminen ja käyttöönotto ei ole onnistunut riittävän hyvin. Ongelmina ovat olleet muun muassa uusia toimintatapoja koskevan viestinnän vähäisyys ja yksipuolisuus, käyttöönoton voimavarojen, osaamisen ja työkalujen puutteet, käytäntöjen toimivuutta kuvaavan arviointitiedon aukkoisuus sekä riittämätön käyttäjien, kehittäjien, johtajien ja päättäjien keskinäinen verkottuminen. Näiden ongelmien lievittämiseksi palveluinnovaatiohanke on tehnyt aloitteen "Innokylän" rakentamiseksi.

Innokylä on sosiaali- ja terveydenhuollon avoin innovaatioympäristö, jossa uusia palveluinnovaatioita kehitetään, niitä koskevaa tietoa välitetään, niitä arvioidaan ja niiden käyttöönottoa tuetaan. Eri toimijoiden käytössä on lukuisa joukko sekä informaatioteknologiaan perustuvia että muita palveluita. Suomen Kuntaliitto, THL, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ja Terveyden edistämisen keskus vastaavat yhdessä Innokylän rakentamisesta. Innokylästä rakennetaan yhteisvoimin pysyväluonteinen, jatkuvaa uudistumista tukeva osa palvelujärjestelmää. Innokylän rakennusvaihe käynnistyi virallisesti marraskuussa 2009.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntaperusteinen järjestämisvastuu on menestystekijä, joka on mahdollistanut suomalaisen palvelujärjestelmän kattavuuden ja laadun kehittämisen kansainvälisesti vertaillen hyvälle tasolle. Samalla on syntynyt tilanne, jossa järjestelmä saa palvelujensa käyttäjät asuinpaikan mukaisesti joka tapauksessa, riippumatta palvelujen laadusta. Osin siksi palvelujärjestelmän rakenne ei kannusta ottamaan käyttöön uusia, entistä parempia palvelumalleja.

Sosiaali- ja terveystalouden toimivuuden mittaaminen on monipuolinen haaste. Vaikka seurantajärjestelmässä on edelleen kehitettävää, on jo nyt olemassa huomattava määrä tietoa palvelujen saatavuudesta, tuottavuudesta, laadusta, tehokkuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Palveluyskiköi-

den välillä on havaittu huomattaviakin eroja toimivuudessa, mutta tämä ei ole aina johtanut muutostoimenpiteisiin. Yksi keskeinen osasy on ollut vertailutietojen käytön puute. Osana Palveluinnovaatiohanketta valmistellaan Palveluvaakaa, joka on kaikille avoin ja helppokäyttöinen tietolähde toimintayksiköiden vertailuun. Vuoden 2011 alusta lähtien kenellä tahansa on tietoverkon kautta käytettävissään ilmainen palvelu, joka välittää läpinäkyvästi luotettavaa tietoa eri yksiköiden palvelujen toimivuudesta. Palvelun uskotaan kannustavan yksikköjä kehittämään toimintaansa ja ottamaan käyttöön uusia palvelumalleja.

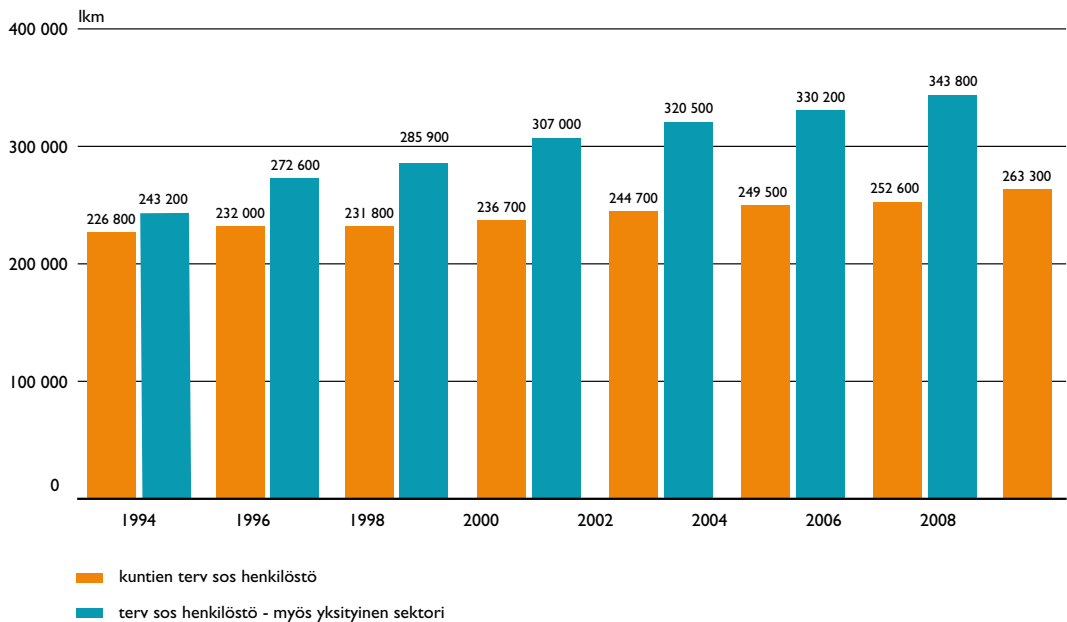
Sosiaali- ja terveysalan TKI-toimintaa rahoitetaan lukuisista eri lähteistä. Esimerkiksi Tekesin Finnwell -ohjelman ulkoisessa arvioinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että koordinaatio eri rahoituslähteiden välillä ei ole riittävä (*ks. enemmän työ- ja elinkeinoministeriön hankkeista luvussa 10*). Kunnat saavat sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistoimintaan rahoitusta erilaisin päämäärin niin, että sosiaalipoliittiset, elinkeinopoliittiset ja innovaatiopoliittiset päämäärät ovat kilpasilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon Palveluinnovaatiohanke on monin toimin edistänyt eri rahoittajatahojen strategista yhteistyötä.

7 HENKILÖSTÖN MÄÄRÄN KASVUSTA HUOLIMATTA VAJEITA KAIKISSA AMMATTIRYHMISSÄ

Henkilöstön kokonaismäärä kasvussa

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä noin kolme neljäsosaa työskentelee kuntasektorilla. Vuonna 2006 terveydenhuoltohenkilöstöstä vajaa viidesosa ja sosiaalihuollon henkilöstöstä noin kolmasosa työskenteli yksityissektorilla. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärä kasvoi 11 prosenttia vuosina 2000–2008 (kuviot 9). Kasvu oli samaa luokkaa sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa. Sosiaalihuollon henkilöstön kasvu on suuntautunut yrityksiin ja järjestöihin. Kunnallisen terveydenhuollon henkilöstön määrä oli noin 138 000 ja sosiaalihuollon noin 124 000 vuonna 2008.

KUVIO 9. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN MÄÄRÄ ON KASVUSSA.



Lähde: Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstö vuosina 1994–2008 ja koko sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstö vuosina 1994–2006, THL, Tieto-osasto/Reijo Ailasmaa.

Moni hoitotyön henkilöstöryhmä kasvoi voimakkaammin kuin alan kunnallinen henkilöstö keskimäärin. Sairaanhoidajien osuus on kasvanut sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa ja lähihoitajien osuus on kasvanut etenkin perusterveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa lähihoitajat ovat korvanneet aiemman kouluasteisen tutkinnon suorittaneita. Myös kuntasektorin sosiaaliohjaajien, sosiaalityöntekijöiden ja lastentarhanopettajien määrät ovat lisääntyneet.

Lääkärityövoiman määrä on kasvanut erikoissairaanhoidossa, mutta terveyskeskusten lääkärimäärä on viime vuosina hieman laskenut. Lisäksi lääkärimäärä suhteessa väestön määrään vaihtelee maan eri osissa, mikä vaikuttaa osaltaan hoitoon pääsyyn. 2000-luvun alussa tehtyjen koulutuslisäysten seurauksena lääkärityövoiman tarjonnan arvioidaan paranevan ensi vuosikymmenen puoliväliin mennessä. Sen jälkeen lääkärimäärän arvioidaan kääntyvän jälleen laskuun tai lääkärimäärän kasvun hidastuvan. Lääkärityövoiman saatavuuteen vaikuttavat myös esimerkiksi kokoneimpien lääkäreiden keskimääräistä suurempi eläkepoistuma, ulkomaisten lääkäreiden maahanmuutto ja suomalaisten lääketieteen opiskelu ulkomailla.

Kuntasektorin hammaslääkärin vakanssien määrä on pysynyt 2000-luvulla lähes ennallaan huolimatta aikuisväestön suun terveydenhuollon laajentumisesta säädösmuutoksin. Samaan aikaan myös yksityissektorin hammaslääkärityövoima on vähentynyt johtuen runsaasta eläkkeelle siirtymisestä. Hammaslääkärimäärät ovat jakautuneet hyvin epätasaisesti eri alueilla, ja suurimmat tiheydet ovat koulutuspaikkakuntien läheisyydessä. Hammaslääkäripulaa helpottamaan aloitettiin Turussa hammaslääkäreiden peruskoulutus uudelleen vuonna 2004 ja hammaslääkärikoulutus on päätetty aloittaa myös Itä-Suomen yliopistossa Kuopiossa 2010. Koulutuksen lisääminen tulee vähitellen helpottamaan hammaslääkäripulasta kärsivää terveyskeskustoimintaa.

Henkilöstövajeita kaikissa ammattiryhmissä

Tällä hetkellä kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on vajeita kaikissa keskeisissä ammattiryhmissä. Lääkärivaje kehittyi 1990-luvun alkupuolen lamaan liittyneen lääkäriyöttömyyden seurauksena, kun lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja supistettiin huomattavasti. Tällä hetkellä julkiselta sektorilta arvioidaan puuttuvan noin 1 000 lääkäriä.

Vuonna 2008 terveyskeskuslääkärin vakansseista oli kokonaan hoitamatta 11 prosenttia. Samaan aikaan terveyskeskuslääkärin vakansseista 7 prosenttia hoidettiin ostopalveluna. Lisäksi kunnat olivat ulkoistaneet terveyskeskuslääkärin tehtävistä 4,7 prosenttia. Vaikka nuorista lääkäreistä noin 90 prosenttia työskentelee sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, palkanmaksajana erityisesti terveyskeskuksissa on viime aikoina ollut usein vuokralääkäriyrittäjä. Terveyskeskusten lääkärivajeissa on suurta alueellista vaihtelua. Vuonna 2008 terveyskeskuksista noin neljäsosassa vajeet olivat yli 20 prosenttia.

Julkiselta sektorilta arvioidaan puuttuvan tällä hetkellä noin 400 hammaslääkäriä. Terveyskeskukset ovat kehittäneet toimintaa vajetilanteessa lisäämällä suuhygienistien määrää huomattavasti. Terveyskeskusten hammaslääkärivaje on pysynyt noin 16 prosentissa vuosina 2006–2008, kun mukaan otetaan vuokratyövoiman osuus. Vuonna 2008 terveyskeskusten hammaslääkärin vakansseista oli hoitamatta 11,6 prosenttia ja vuokratyövoimalla hoidettujen terveyskeskushammaslääkärin tehtävien osuus oli 4 prosenttia. Lisäksi yksityissektorilta ostettiin palveluseleillä tai muuna ostopalveluna noin 70 hammaslääkärin työpanos, ja 13 terveyskeskusta oli

ulkoistanut hammaslääkäripalvelut. Hammaslääkärivajeen syntymiseen on vaikuttanut ensisijaisesti koulutusmäärien voimakas vähentäminen, joka tehtiin sulkemalla kaksi koulutusyksikköä 1990-luvulla. Muita syitä ovat olleet vuosittain valmistuvien määrää suurempi eläkepoistuma ja osa-aikaisuuden merkittävä lisäys.

Vuonna 2008 sairaaloiden lääkärin vakansseista oli kokonaan hoitamatta tai täyttöprosessissa 9,4 prosenttia. Ostopalveluiden osuus oli noin 1 prosentti. Erot lääkäreiden saatavuudessa eri erikoisalojen välillä ja alueellisesti olivat suuret.

Muissa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmissä vajeet olivat keskimäärin viisi prosenttia vuonna 2008. Vaje oli sosiaalihuollossa keskimäärin 5,7 prosenttia ja terveydenhuollossa 4,3 prosenttia. Määrällisesti suurimmat vajeet olivat lähi- ja perushoitajien sekä sairaanhoitajien ryhmissä. Suhteellisesti suurimmat vajeet olivat sosiaalityöntekijöiden, erityislastentarhanopettajien ja sosiaaliohjaajien ryhmissä. Sosiaalityöntekijöiden vajetta lisää se, että sosiaalityöntekijän vakansseista noin neljäsosa oli hoidettu määräaikaisilla työntekijöillä. Määräaikaisuuden syynä on pula kelpoisuusvaatimukset täyttävistä sosiaalityöntekijöistä.

Ammattilaisten paluumuutto nopeutunut

Ulkomaisten työvoiman osuus on hieman kasvanut, vaikka se ei olekaan poistanut sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavajeita. Vuonna 2006 hammaslääkäreistä 3,4 prosenttia, sairaanhoitajista kaksi prosenttia ja lähihoitajista ja vastaavan tasoisen sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneista 2,8 prosenttia oli syntynyt ulkomailla. Lääkäreissä heitä oli 6,5 prosenttia.

Ulkomailla syntyneiden terveydenhuollon ammattilaisten työmarkkina-asema on parantunut viime vuosina. Esimerkiksi ulkomailla syntyneiden työllisten lääkäreiden osuus kasvoi 70 prosentista noin 80 prosenttiin vuosina 2000–2006. Vastaavasti työttömien osuus pieneni runsaasta 10 prosentista viiteen prosenttiin. Vaikka muutos on ollut samansuuntainen myös hammaslääkärien, sairaanhoitajien sekä lähihoitajien ja vastaavan tasoisen sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneiden ryhmissä, ulkomailla syntyneiden työttömyysaste on korkeampi kuin samassa ryhmässä keskimäärin.

Työkäisistä suomalaisista terveydenhuollon ammattihenkilöistä noin 4–5 prosenttia on viime vuosina ollut ulkomailla. Lääkärien määrä ulkomailla on pysynyt noin 850–900 hengen tasolla 2000-luvulla. Eniten heitä on Ruotsissa, USA:ssa ja Saksassa. Vuonna 2008 ulkomailla oli noin 3 770 työkäistä suomalaista sairaanhoitajaa tai vastaavan tasoisen terveysalan koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä. Eniten heitä oli Ruotsissa, Norjassa, Isossa-Britanniassa ja Sveitsissä. Määrä on vähentynyt noin 400:lla 2000-luvun alkuvuosista. Tässä ryhmässä vuotuinen lähtömuutto kääntyi laskuun 2000-luvulle tultaessa. Vuotuinen paluumuutto Suomeen kasvoi vuoteen 2002 ja on ollut viime vuosina korkeampaa tai samalla tasolla kuin lähtömuutto. Paluumuutto on myös nopeutunut.

Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuden ja riittävyyden turvaamiseksi

Lähtökohtana työvoiman riittävyyden turvaamisessa on ennakoitua poistumaa ja palvelutarvetta vastaava koulutustarjonta. Sosiaali- ja terveysministeriö on mukana työvoima- ja koulutustarpeiden valtakunnallisessa ennakoinnissa. Kaikkien toimialojen työvoimatarpeet on ennakoitu työministeriön Työvoima 2025 -projektissa. Sen mukaan sosiaali- ja terveysalan työssä arvioidaan avautuvan 185 000–210 000 työpaikkaa kaudella 2005–2020 (taulukko 1). Määrä on noin 20 prosenttia kaikilla toimialoilla avautuvista työpaikoista. Sosiaali- ja terveysalalla avautuvista työpaikoista 60–70 prosenttia johtuu poistumasta.

Koulutustarpeet ennakoidaan työvoimatarpeiden pohjalta opetusministeriön johdolla. Koulutuksen aloittajataavoitteet perustuvat Valtioneuvoston vuosille 2007–2012 hyväksymään koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaan. Sen mukaan sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan koulutusta lisätään 20 prosenttia verrattuna vuoden 2006 uusien opiskelijoiden määrään.

Taulukko 1. Työlliset vuonna 2004 sekä poistuma työllisestä työvoimasta, työpaikkojen muutos ja avautuvat työpaikat perus- ja tavoitekehityksen mukaan vuosina 2005–2020.

Toimiala	Työlliset 2004	Peruskehitys a)					
		2005 - 2020			Vuotta kohti		
		Poistuma	Työpaikkojen muutos	Avautuvat työpaikat	Poistuma	Työpaikkojen muutos	Avautuvat työpaikat
Sosiaali- ja terveysalan työ	299 690	131 000	53 600	184 600	8 200	3 400	11 600
Kaikki yhteensä	2 283 930	916 900	63 700	980 600	57 200	4 100	61 300
Tavoitekehitys b)							
Sosiaali- ja terveysalan työ	299 690	122 000	88 100	210 100	7 600	5 500	13 100
Kaikki yhteensä	2 283 930	857 400	190 400	1 047 800	53 800	12 000	65 800

a) **Peruskehitys on todennäköiseltä näyttävä kehitys nykyisen tiedon pohjalta.**

b) **Tavoitekehitys ottaa huomioon tavoitteet, jotka liittyvät korkeampaan työllisyyteen ja tuottavuuteen, alempaan työttömyyteen ja nopeampaan talouskasvuun.**

Valtioneuvoston vuosille 2008–2011 vahvistamassa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa, Kaste-ohjelmassa, määritellään toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi sekä henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi ja työhyvinvoinnin edistämiseksi. Asiantuntijatyön ja ammatillisen työn johtamista kehitetään Kaste-ohjelmaan perustuvilla Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön - toimintaohjelmalla ja Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle -ohjelmalla, jotka toimeenpannaan kuntien kehittämishankkeissa. Kaste-ohjelman toimeenpanossa otetaan lisäksi huomioon koulutustarjonnan ja työvoiman kysynnän vastaavuuden parantaminen alueellisella tasolla, aikuiskoulutuksen uudet tavat suorittaa

tutkintoja ja hankkia lisäkoulutusta sekä maahanmuuttajien työllistymisen edistäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

8 SUKUPUOLTEN VÄLISTÄ TASA-ARVOA EDISTETTY KAIKILLA ELÄMÄNALUEILLA

■ Tasa-arvopolitiikka on laajentunut viime vuosikymmeninä julkisesta elämänpiiristä ja työelämästä kaikkia elämänaalueita koskeviin teemoihin. Yksi tasa-arvopolitiikan haasteista on sen käsityksen murtaminen, että tasa-arvokeskustelu ja sukupuolten välisen tasa-arvon edistäminen koskisivat pelkästään naisia.

Tasa-arvopolitiikan valmistelu, toteuttaminen ja kehittäminen yhteistyössä muiden ministeriöiden kanssa on sosiaali- ja terveysministeriön tasa-arvoyksikön tehtävä. Hallitus on sitoutunut siihen, että kaikilla hallinnonaloilla päätöksiä ja toimenpiteitä tehtäessä arvioidaan niiden vaikutukset naisiin ja miehiin. Viranomaisilla on tasa-arvolaisissa säädetty velvollisuus edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa.

Parhaillaan on vireillä useita tasa-arvopoliittisia selvityksiä ja hankkeita. Niistä keskeisimpiä ovat eduskunnalle annettava selvitys tasa-arvolain toimivuudesta, hallituksen selonteko eduskunnalle tasa-arvosta, hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2008–2011, kolmikantainen samapalkkaisuusohjelma, yhdenvertaisuuslainsäädännön uudistaminen sekä poikkihallinnollisen naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisohjelman laatiminen. Tasa-arvopoliittiset toimet ovat usein luonteeltaan horisontaalisia eivätkä ne rajoitu sosiaali- ja terveyspolitiikkaan.

Hallitus antaa eduskunnalle *selonteon miesten ja naisten välisestä tasa-arvosta syksyllä 2010*. Selonteon pääteemat ovat päätöksenteko, työelämä, työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, naisiin kohdistuva väkivalta, koulutus ja tutkimus, miehet ja tasa-arvo, sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen sekä tasa-arvopolitiikan organisaatio. Monikulttuurisuuden ja maahanmuuttajien asemaan liittyviä kysymyksiä käsitellään selonteossa läpileikkaavasti eri pääteemojen osana.

Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2008–2011 kokoaa ja konkretisoi hallituksen toimia sukupuolten välisen tasa-arvon edistämiseksi. Ohjelman painopisteet perustuvat hallitusohjelmaan. Ohjelman 27 toimenpiteellä pyritään tuomaan sukupuoli- ja tasa-arvonäkökulma mukaan kaikkeen valtionhallinnon päätöksentekoon ja toimintaan (ns. valtavirtaistaminen), kaventamaan miesten ja naisten palkkaeroa, edistämään naisten urakehitystä, lisäämään tasa-arvotietoisuutta kouluissa ja lieventämään ammattien jakautumista nais- ja miesvaltaisiin aloihin, parantamaan työn ja perhe-elämän yhteensovittamista sekä vähentämään naisiin kohdistuvaa väkivaltaa. Sukupuolten tasa-arvoa koskevan tiedon tarve on kasvanut ja käytettävissä oleva tieto on lisääntynyt muun muassa tutkimusten ja eri hankkeiden myötä. Suomi on sitoutunut sukupuolinäkökulman valtavirtaistamiseen ja tasa-arvolaki velvoittaa kaikkia viranomaisia edistämään naisten ja miesten tasa-arvoa ta-

voitteellisesti ja suunnitelmallisesti. Kasvanut tiedon tarve edellyttää, että monipuolista tasa-arvotietoa on helposti ja koordinoitusti saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut Yhteiskuntatieteelliselle tietoarkistolle (FSD) tehtäväksi tasa-arvon tietopalvelun suunnittelun ja käynnistämisen. Tasa-arvotiedon keskus aloitti toimintansa joulukuussa 2009.

Tasa-arvoa koskevien asenteiden ja kokemusten muutosta on tutkittu vuosina 1998, 2001, 2004 ja 2008 julkaistuilla tasa-arvobarometreillä. Niistä ilmenee, että miesten ja naisten kokemassa tasa-arvossa ei ole tapahtunut suuria muutoksia kymmenen viime vuoden aikana. Jonkin verran muutosta on kuitenkin havaittavissa muun muassa isien roolin vahvistumisena perheessä, korkeasti koulutettujen naisten sukupuolestaan kokemien haittojen lisääntymisenä työssä sekä naisten kokeman seksuaalisen häirinnän lisääntymisenä. Naisten asema yhteiskunnassa ei kummankaan sukupuolen arvioiden mukaan ole vielä yhtä hyvä kuin miesten. Naisten määrän on toivottu lisääntyvän politiikassa sekä yritystoiminnan ja talouselämän johtopaikoilla. Miehiä puolestaan on toivottu aikaisempaa enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin.

Molemmat sukupuolet kokevat voivansa vaikuttaa perheen sisäisiin päätöksiin. Myös perheen toimeentulosta vastaaminen nähdään nyt aikaisempaa enemmän vanhempien yhteisenä asiana. Päävastuu useimmista kodin töistä on edelleen äideillä ja suuri osa naisista tuntee vieläkin olevansa liikaa vastuussa kotitöistä. Molemmat sukupuolet arvioivat, että työpaikat eivät aina suhtaudu kovinkaan myönteisesti isien pitkiin perhevapaisiin varsinkin yksityisellä sektorilla. Lakisääteisten perhevapaiden käyttö saatetaan ymmärtää työpaikoilla edelleen enemmän naisten kuin miesten oikeudeksi.

Vaikka suurin osa palkansaajista on sitä mieltä, että tasa-arvo toteutuu hyvin tai melko hyvin työpaikalla, kokevat naiset silti selvästi enemmän haittaa sukupuolestaan työssä kuin miehet. Eniten tämä näkyy palkkaukseen, ammattitaidon arvostukseen ja uralla etenemiseen liittyvissä kysymyksissä.

Tasa-arvoa palkkauksessa pyritään toteuttamaan hallituksen ja työmarkkinajärjestöjen yhteisellä *samapalkkaisuusohjelmalla*. Ohjelman päätavoitteena on pienentää sukupuolten palkkaeroa nykyisestä noin 20 prosentista vähintään viidellä prosenttiyksiköllä vuoteen 2015 mennessä. Tähän pyritään muun muassa sopimuspolitiikalla, purkamalla ammattien, alojen ja tehtävien sukupuolen mukaista työnjakoa, kehittämällä palkkausjärjestelmiä ja tukemalla naisten urakehitystä. Ohjelma pyrkii tasa-arvolain mukaisen samapalkkaisuusperiaatteen toteuttamiseen. Samapalkkaisuus tarkoittaa sitä, että samasta ja samanarvoisesta työstä maksetaan samaa palkkaa. Työtehtävät ovat samanarvoisia, jos tehtävien vaativuustekijät, kuten vastuu, kuormitus, osaaminen ja työolot ovat keskenään samantasoisia.

Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämiseksi useita toimenpiteitä
Naisiin kohdistuva väkivalta voi olla fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa. Parisuhde- ja perheväkivalta, seksuaalinen väkivalta ja sukupuolinen häirintä ovat esimerkkejä naisiin kohdistuvasta väkivallasta. Naisiin kohdis-

tuva väkivalta loukkaa ihmisoikeuksia ja vaarantaa tasa-arvoa, terveyttä, hyvinvointia ja väestön turvallisuutta. Naisiin kohdistuva väkivallan vähentäminen koskee monia hallinnonaloja, mutta vastuu asian kokonaisvaltaisesta käsittelystä ei ole kuulunut kenellekään. Haasteena on ollut miten saada työ paremmin koordinoituksi ja nimettyä selkeä kotipesä työlle.

Koordinaation parantamiseksi valtionhallinnossa sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2008 ministeriöiden välisen virkamiestyöryhmän lähisuhde- ja perheväkivallan erityiskysymyksiä varten. Työryhmä antaa säännöllisesti naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan tilannekatsauksen sisäisen turvallisuuden ministeriryhmälle täydennettynä tasa-arvoasioista vastaavalla ministerillä ja ulkoministerillä. THL sai tehtäväkseen vuoden 2009 alusta vahvistaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn tutkimusta ja kehittämistyötä.

Palveluiden ja palvelujärjestelmien kehittäminen valtakunnallisesti ovat olleet keskeisiä tavoitteita hallituksen toteuttamissa naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisyhankkeissa. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2004–2007 toteuttaman lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintaohjelman aikana edistettiin kuntapainotteista alueellista yhteistyötä. Toimintaohjelman tavoitteena oli sitouttaa kuntia ja seutukuntia lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisevään työhön ja luoda toimivia rakenteita väkivallan ehkäisemiseksi. Lähes 2/3 osaa kunnista on laatinut lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toimintaohjelman. Edistääkseen tulevaisuudessa kuntien koordinoitua ja tavoitteellista yhteistyötä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyssä sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ovat luoneet suositukset (2008) kuntien sosiaali- ja terveystoimelle. Suositusten toteutuminen arvioidaan vuoden 2011 aikana.

Vuoden 2009 keväällä THL teki yhteistyössä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kanssa kunnille kyselyn, jossa selvitettiin, miten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyä koskevat suositukset on otettu kunnissa käyttöön. Saatujen vähäisten vastausten perusteella voidaan tehdä se johtopäätös, että vuonna 2007 päättyneen kehittämishankkeen jälkeen, väkivallan ehkäisyyn tarvittavien palvelujen kehittäminen on jäänyt (ainakin 1/3 kunnista) sikseen. Kuntien kohdalla on jo nyt ollut havaittavissa toiminnan passivoitumista, kun lääninhallitusten aktiivinen rooli lähisuhde- ja perheväkivaltatyöhön on vähentynyt tai loppunut. Aluehallinnon uudistuksen yhteydessä on varmistettava, että alueellinen väkivallan ehkäisytyön ohjaus ja koordinointi jatkuu.

Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2008–2015 nimesi turvakotitoiminnan valtakunnallistamisen yhdeksi väkivallan vähentämiseen tähtääväksi toimenpiteeksi (ks. lisää sisäasiainministeriön toimenpiteistä luvussa 10). Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys turvakotien valtakunnallisesta kattavuudesta ja niiden tarjoamista palveluista valmistui vuoden 2009 lopulla.

Naisiin kohdistuvan väkivallan ja lähisuhde- ja perheväkivallan asian-
tuntemusta on pyritty lisäämään väkivallan ehkäisyhankkeissa. Esimerkiksi lääninhallitukset ja kunnat ovat järjestäneet alueellisesti ja paikallisesti

koulutusta ammattihenkilöstölle. Lisäksi alueellista koulutustarjontaa on kehitetty. Naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan tunnistamista ja työvälaineiden kehittämistä koskevan erityiskoulutuksen tarve on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keskuudessa jatkuvaa.

Tiedon lisääminen ja asenteisiin vaikuttaminen on yksi keskeinen naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen toimenpide. Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta toteutettiin Suomessa vuonna 2008 Kotirauhaa -niminen naisiin kohdistuvan parisuhdeväkivallan vastainen tiedotuskampanja. Kampanja oli osa Euroopan neuvoston laajaa naisiin kohdistuvan väkivallan vastaista kampanjaa. Väestöliitto vastasi kampanjan toteutuksesta yhdessä järjestöjen, Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

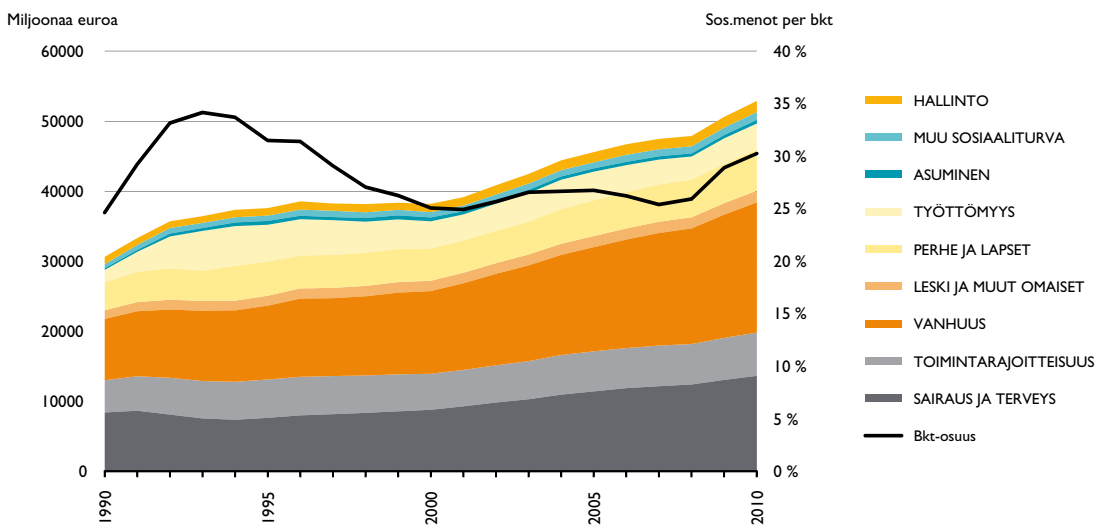
Naisiin kohdistuvan väkivallan vastaisia toimenpiteitä on viime vuosina sisällytetty usean ministeriön turvallisuutta käsitteleviin ohjelmiin (muun muassa sisäisen turvallisuuden ohjelma, kansallinen väkivallan vähentämisen ohjelma). Ongelmana on ollut, että toimenpiteet ovat olleet eritasoisia eikä väkivallan vähentämiseen ole puututtu kokonaisvaltaisesti. Hallitus on päättänyt poikkihallinnollisen naisiin kohdistuvan väkivallan vastaisen ohjelman laatimisesta. Ohjelmaan kootaan konkreettisia toimenpiteitä ja hyviä käytäntöjä, joiden avulla parannetaan ammattihenkilöstön ja työntekijöiden tunnistamista ja puuttumista väkivaltaan.

9 SOSIAALIMENOT KASVAVAT LAMAVUOSINA

■ Sosiaalimenoihin luetaan kaikki lakisääteiset eläkkeet, kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut, sairausvakuutus, työttömyysturva, lapsilisät, asumistuki sekä eräät muut menot. Eläkemenot ovat näistä suurimmat ollen noin 40 prosenttia. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus on noin 30 prosenttia ja työttömyysmenojen vajaat 10 prosenttia.

Suomen sosiaalimenot kasvoivat 1990-luvun lamavuosina nopeasti (kuvio 10). Erityisesti nousivat työttömyysmenot sekä toimeentulotuki- ja asumistukimenot. Samalla sairauteen ja terveyteen kohdistuvat menot vähentyivät. 1990-luvun lopulla talous kääntyi selvään kasvuun ja sosiaalimenojen kasvu hidastui. Työttömyys ja siihen läheisesti liittyvät muut menot pienentyivät. 2000-luvulla ovat kasvaneet voimakkaimmin erityisesti eläke- ja terveydenhuoltomenot työttömyysmenojen pienetessä. Koska sosiaalimenot kasvavat lamavuosina talouskasvun hiipuessä, näkyy tämä sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuuden kasvuna. Hyvän talouskasvun aikana tilanne on päinvastainen. Suomen sosiaalimenojen bkt-suhde kohosi korkeimmillaan 34 prosentin tuntumaan vuosina 1992–1994. Vuonna 1998 osuus laski 26 prosenttiin, jonka tuntumassa se pysytteli aina vuoteen 2008 saakka. Uusi talouskriisi nostaa osuuden vuonna 2010 noin 30 prosenttiin. Suomen sosiaalimenot ovat hieman alle EU-maiden keskiarvon.

KUVIO 10. SOSIAALIMENOT KASVAVAT LAMAVUOSINA.



Lähde: Sosiaalimenot 1990-2010, vuoden 2008 hinnoissa. THL ja sosiaali- ja terveysministeriö 2009.

Kohderyhmittäin tarkasteltuna ovat vanhuuteen kohdistuvat menot isoin menoerä. Ne ovat pääosin eläkemenoja. Vanhuusmenojen osuus kaikista sosiaalimenoista on noussut 1990-luvun alun 28 prosentista 35 prosenttiin vuonna 2010. Eläkemenoja ovat nostaneet eläkeläisten määrän selvä kasvu, uusien työeläkkeiden yhä korkeampi taso sekä vanhoihin eläkkeisiin vuosittain tehtävät indeksitarkistukset. Samalla maksettujen kansaneläkkeiden määrä on laskenut kansaneläkettä saavien lukumäärän vähetessä.

Eläkemenojen kasvua on vuosien mittaan pyritty hillitsemään kiristämällä varhaiseläkkeiden ikärajoja ja ehtoja sekä muuttamalla karttumaperusteita ja eläkkeiden indeksointia. Vuonna 2005 työeläkejärjestelmään tehtiin isoja muutoksia, joilla kannustetaan työssäoloajan pidentämiseen. Samalla eläkeikä muuttui joustavaksi. Vuonna 2010 otetaan käyttöön ensimmäisen kerran ns. elinaikakerroin, joka huomioi uusia alkavia vanhuuseläkkeitä laskettaessa eläkeiän saavuttaneen ikäluokan pidentyneen elinajan. Uudistusten vaikutukset näkyvät menokehityksessä vasta vähitellen tulevina vuosina.

Väestön ikääntyessä vanhuuspalvelujen menot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti noin viiden prosentin vuosivauhtia. Palvelutarjonnassa on siirretty painopistettä laitospainoisesta hoidosta kohti avohoitoa ja palveluasumista.

Sairauteen ja terveyteen kohdistui sosiaalimenoista noin 27 prosenttia vuonna 1990. Osuus laski 20 prosentin tuntumaan vuosina 1994–1995. Tämän jälkeen osuus on tasaisesti kasvanut saavuttaen jälleen lähes 1990-luvun osuuden. Terveystieteiden menot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti runsaan 4 prosentin vauhtia. Menojen rakenteessa ei ole tapahtunut kovinkaan suuria muutoksia. Eniten ovat nousseet lääkkeiden ja hammashuollon menot. Hammashuollon menojen kasvu johtuu hammashuollon kattavuuden asteittaisesta laajentumisesta. Joulukuusta 2002 lähtien koko väestö on ollut oikeutettu julkisesti tuettuun hammashuoltoon. Lääkekorvaukset ovat välillä kasvaneet vuosittain jopa 10 prosenttia, mutta viime vuosina kehitys on ollut hieman maltillisempaa lääkevaihdon käyttöönoton, lääkkeiden hintatarkistusten, hintakilpailun sekä viitehintajärjestelmän käyttöönoton seurauksena. Sairauspäivärahojen määrä ja kustannukset seuraavat pitkälti työllisyyden kehitystä.

Toimintarajoitteisuusmenot koostuvat pääosin työkyvyttömyyseläkkeistä, erilaisista vammaispalveluista sekä kuntoutuksesta. Näiden menojen osuus kaikista sosiaalimenoista oli 1990-luvulla 15 prosenttia, josta osuus on hitaasti liukunut kohti 12 prosenttia. Työkyvyttömyyseläkeläisten määrä on tasaisesti laskenut vuodesta 1992 lähtien. Tämä johtuu pitkälti yksilöllisten varhaiseläkkeiden ikärajoihin tehdyistä muutoksista. Useimmiten työkyvyttömyyseläkkeet myönnetään mielenterveyssyistä sekä tuki- ja liikuntaelin-sairauksien vuoksi. Aivan viime vuosina työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kääntynyt pieneen nousuun. Vammaispalveluihin on panostettu selvästi: Vuodesta 1995 kuljetuspalveluja saaneiden määrä on lähes kaksinkertaistunut, henkilökohtaisten avustajien määrä on lähes kolminkertaistunut ja tulkkipalveluita saavien määrä on lisääntynyt puolella.

Lapsiperheisiin kohdistuvat sosiaalimenot ovat hieman pienentyneet vuodesta 1990, mutta viime vuosina osuus on pysytellyt 11 prosentin tuntumassa. Alle kouluikäisten lasten määrä vähentyi 1990-luvun lopulla, mikä pienensi päivähoiton tarvetta ja lapsiperheisiin kohdistuvia kustannuksia. 2000-luvulla syntyvien lasten määrä on pysynyt melko vakiona, viime vuosina syntyvyys on jopa hieman kasvanut. Niinpä vanhempainpäivärahojen, pienten lasten tukien saajamäärät sekä päivähoiton tarve ovat pysyneet samalla tasolla. Sen sijaan lastensuojelun tarve on viime vuosina lisääntynyt jatkuvasti ja tämä näkyy näiden menojen selvänä kasvuna. Vuosittainen lisäys on ollut noin 10 prosenttia

Työttömyysmenojen osuus sosiaalimenoista muuttuu nopeiten. 1990-luvun lamavuosina osuus nousi jopa 15 prosenttiin, josta se laski 2000-luvulle tultaessa 10 prosentin tasolle. Ennen 2000-luvun lopun lamaa oli osuus laskenut 7 prosenttiin. Työttömyysmenot koostuvat pääosin työttömyyden ajalta maksettavista erilaisista päivärahoista sekä työttömyyseläkkeistä.

Asumistuen menokehitys riippuu sekä työllisyyskehityksestä että myös asumismenojen muutoksesta. Asumismenojen osuus sosiaalimenoista oli korkeimmillaan 1,5 prosentissa vuonna 1995. Tämän jälkeen osuus on tasaisesti pienentynyt kohti 1 prosentin tasoa. Taloudellisen tilanteen heikentyminen on kääntänyt viime vuosien alenevan kehityksen (jatkui vuoteen 2008 asti) yleisen asumistuen tuensaajien lukumäärän ja tuen maksatuksen kasvuksi. Yleistä asumistukea saavia oli vuoden 2009 lopussa 16 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna ja myös tuen maksatus kasvoi vuonna 2009 11 prosentilla.

Muut sosiaalimenot koostuvat lähinnä toimeentulotuen sekä päihdehuollon menoista. Näiden menojen osuus kaikista sosiaalimenoista on pysytellyt tasaisesti noin kahdessa prosentissa. Aivan kuten asumis- ja työttömyysmenot on myös toimeentulotuen menokehitys vahvasti sidoksissa työllisyystilanteeseen. Työllisyyden kohentuminen sekä joihinkin etuuksiin tehdyt korotukset vähensivät toimeentulotukimenoja vuoteen 2008 saakka. Tämän jälkeen perusturvan sekä työttömyysturvaetuuksien saajien määrät nousevat nopeasti laman seurauksena.

Taulukko 2. Keskeisten sosiaaliturvaetuuksien saajien lukumäärät vuosina 1990–2010 (1 000 henkilöä).

	1990	1995	2000	2005	2008*	2010*
Vanhuuseläke	737	804	870	940	1 005	1 062
Työkyvyttömyyseläke	301	310	276	269	272	266
Työttömyyseläke	55	39	54	51	51	40
Työttömyys, ansiopäiväraha			296		225	
Peruspäiväraha	126	391	43	53	45	73
Työmarkkinatuki	..	270	287	241	183	257
Sairauspäiväraha	398	284	296	345	343	341
Vanhempainraha, äidit	111	108	97	99	101	102
Pienten lasten hoidon tuki, perheet	81	84	85	90	87	89
Kunnallisessa päivähoidossa olevat lapset	201	190	200	186	196	197
Perusterveydenhuolto, terveyden- ja sairaanhoidon käynnit (milj.)	25,0	25,6	25,1	25,5
Erikoissairaanhoidon hoitajaksot	..	1 020	962	919	845	830
Vanhuksia vanhainkodeissa, palveluasunnoissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla	..	50	50	56	58	59
Kodinhuoltoapu, kotitaloudet	205	135	119	114	121	122
Asumistuki, ruokakunnat	110	214	170	155	139	173
Toimeentulotuki, kotitaloudet	182	339	272	239	216	280

*arvio

Sosiaalimenojen rahoitusosuudet ovat pysyneet lähes ennallaan Suomalaista sosiaaliturvaa rahoitetaan työnantajilta ja vakuutetuilta kerättävillä vakuutusmaksuilla sekä kuntien ja valtion varoilla. Työnantajat rahoittavat sosiaalimenoista eniten osallistumalla eläkkeiden, työttömyysturvan ja sairausvakuutuksen rahoittamiseen. Myös vakuutetut maksavat eläke-, työttömyys- ja sairausvakuutusmaksua. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan, kuten työttömien perusturvan, lapsilisät ja asumistuet, ja maksaa lisäksi kunnille valtionosuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on kuitenkin päävastuu asukkaistensa sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisesta. Lisäksi sosiaalimenoja rahoitetaan rahastoista saatavilla pääomatuloilla. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Sosiaaliturvan kokonaisrahoitus Suomessa vuosina 1990–2010, rahoitusosuudet prosentteina.

rahoittajat	1990	1995	2000	2005	2008*	2010*
valtio	25,0	29,1	24,1	24,8	24,5	28,3
kunnat	15,6	16,7	19,1	19,2	18,9	19,2
työnantajat	44,1	33,7	37,7	38,5	38,5	38,1
vakuutetut	8,0	13,7	12,1	11,4	12,1	12,1
rahastojen tuotot	7,3	6,9	7,1	6,1	6,0	5,3
Yhteensä	100,0	100,1	100,1	100,0	100,0	100,0

* arvio

Valtion rahoittama osuus sosiaalimenoista on pysytellyt pääosin 25 prosentin tuntumassa (Taulukko 3). Taantumassa ja lamavuosina valtion rahoitusosuus kasvaa, kun perusturvan menot lisääntyvät. Lisäksi kansaneläkemaksun poistaminen työnantajilta vuoden 2010 alusta kasvattaa valtion rahoitusosuutta selvästi ja vähentää työnantajien osuutta. Vuosina 2003–2009 valtio on nostanut kunnille maksamaansa sosiaali- ja terveystalveluiden valtionosuusprosenttia liittyen Kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja sosiaalialan kehittämishankkeeseen, mikä osaltaan lisäsi valtion rahoitusosuutta. Sosiaali- ja terveystalvelumenojen kasvu on lisännyt tasaisesti kuntien rahoittamaa osuutta.

Sosiaalimenojen rahoitus perustuu pitkälti työn verotukseen. Työntajat ja vakuutetut rahoittavat yhteensä noin puolet sosiaalimenoista. Työntantajien sekä vakuutettujen maksuosuudet riippuvat vakuutusmaksujen suuruudesta sekä palkkasummasta. Työllisyyden kohotessa palkkasumma kasvaa ja tämän seurauksena myös vakuutusmaksukertymät nousevat, mikäli vakuutusmaksuihin ei tehdä tarkistuksia. 1990-luvun alussa työntantajien vakuutusmaksuprosenttia nostettiin tasaisesti vuosi vuodelta. Tämän jälkeen työntantajien maksuprosentit ovat pysyneet jokseenkin ennallaan. Vakuutettujen maksuosuus on noussut selvästi, koska työntekijät alkoivat osallistua työeläkkeiden rahoitukseen vuonna 1993. Vuodesta 2005 alkaen yli 53-vuotiaat ovat maksaneet korotettua työeläkemaksua.

Sairausvakuutuksen rahoitusta uudistettiin vuonna 2006 jakamalla se kahteen osaan: työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutuksen rahoittavat työntajat, palkansaajat, yrittäjät ja valtion ja siitä maksettavia etuuksia ovat vanhempain- ja sairauspäivärahat ja työterveyshuolto. Valtio rahoittaa kaikki vähimmäispäivärahat. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut ja valtio. Tästä vakuutuksesta maksetaan sairaanhoitokorvauksia lääkkeistä, yksityisten lääkäreiden palkkioista sekä korvauksia tutkimuksista ja kuntoutusmenoista. Valtio rahoittaa noin puolet sairaanhoitovakuutuksesta. Sairausvakuutusuudistus selkeytti Kansaneläkelaitoksen rahoitusta ja lisäsi sen vakuutusmaksutuloja. Vaikka uudistus lisää valtion suoraa osuutta Kansaneläkelaitoksen menoista, se samalla vähentää valtion takuusuorituksen tarvetta.

Sosiaaliturvarahastojen tuottojen osuus sosiaalimenojen kokonaisrahoituksesta on laskenut matalasta korkotasosta johtuen.

10 MUIDEN HALLINNONALOJEN KESKEISET TOIMENPITEET VÄESTÖN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISEKSI MINISTERIÖITTÄIN

10.1 LIIKENNE- JA VIESTINTÄMINISTERIÖ – JOUKKOLIIKENTEEN JA ASIOINTILIIKENTEEN TURVAAMINEN

Liikenne- ja viestintäministeriössä on valmisteltu valtakunnallinen joukkoliikenteen kehittämisohjelma vuosille 2009–2015. Ohjelmassa keskitytään kymmenen kärkitoimenpiteen toteuttamiseen, joilla kehitetään erityisesti pienten kaupunkien ja maaseudun sekä suurten ja keskisuurten kaupunkiseutujen joukkoliikennepalveluja. Maaseudulla ja pienillä kaupunkiseuduilla on tavoitteena turvata *peruspalvelutasoiset joukkoliikenteen palvelut*. Näillä alueilla kehitetään kysyntää vastaavien ja hinnaltaan kohtuullisten henkilöliikennepalvelujen saatavuutta. Ministeriö on myös käynnistänyt kutsupohjaisen kyytitakuun toteuttamisen avoimena joukkoliikenteenä niille, joilla ei ole käytössään julkisen liikenteen palveluja. Kyytitakuuta pilotoidaan Pohjois-Karjalassa ja Länsi-Suomessa.

Valtio rahoittaa joukkoliikennepalveluja haja-asutusalueilla ostamalla peruspalvelutasoista runkoliikennettä. Valtio myöntää kunnille valtionavustuksia myös palvelulinjojen ja kutsujoukkoliikenteen käynnistämiseen maaseudulla ja pienillä kaupunkiseuduilla. Lisäksi avustusta myönnetään kaupunkimaisen paikallisliikenteen ostamiseen ja matkalippujen hinnanalennuksiin. Maaseudun joukkoliikenteen peruspalvelutasossa on tällä hetkellä puutteita. Niitä ei pystytä korjaamaan nykyisellä valtion joukkoliikennerahoituksella. Liikenne- ja viestintäministeriö on valmistellut joukkoliikennelain, josta annettiin hallituksen esitys eduskunnalle 26.6.2009. Lain keskeisenä tavoitteena on luoda edellytykset peruspalvelutasoisten liikennepalvelujen turvaamiseksi koko maassa sekä joukkoliikenteen käytön lisäämiseksi keskeisillä kaupunkiseuduilla ja niiden välisessä liikenteessä. Lain on tarkoitus tulla voimaan 3.12.2009.

Liikenne- ja viestintäministeriö julkaisi 14.12.2005 vuosille 2006–2010 suunnatun *liikenneturvallisuussuunnitelmastrategiansa*. Siinä esitettiin ne turvallisuustoimet, joilla vuonna 2010 saavutettaisiin vision mukainen 250 vuosittaisen liikennekuoleman määrä. Strategiaa vahvistamaan ja toteuttamaan antoi valtioneuvosto 9.3.2006 periaatepäätöksen tieliikenteen turvallisuuden parantamisesta. Lähes kaikkia 37 periaatepäätöksen toimenpidekohdtaa on edistetty vuosina 2006–2009. Taloudellisten resurssien puutteesta muun muassa maanteiden keskikaidesuunnitelmat ovat viivästyneet, mutta toisaalta automaattisen ja liikkuvan nopeuden valvonta on laajentunut.

Toimenpiteisiin sisältynyt alkolukkolaki (Laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta 26.6.2008/439) astui voimaan 1.7.2008. Lailla vakinaistettiin vuonna 2005 alkaneen alkolukkokokeilun periaatteet. *Alkolukko* on pysyvä vapaaehtoinen vaihtoehto ehdottomalle ajokiellolle. Rattijuopumukseen syyllistynyt voi saada tietyin edellytyksin valvotun ajo-oikeuden, jos hän sitoutuu ajamaan ainoastaan alkolukollista ajoneuvoa.

Ministeriön yhtenä liikennepolitiikan tavoitteena on *kasvihuonekaasupäästöjen vähentäminen ja minimointi*. EU on antanut autojen CO₂-päästöasetuksen, jonka käyttöönoton valmisteluun ministeriö on osallistunut. Tavoitteena on, että vuoden 2009 aikana saadaan valmiiksi uusien autojen CO₂-päästöjen seuranta ja menettelyt uuden asetuksen vaatimusten mukaisina.

10.2 MAA- JA METSÄTALOUSMINISTERIÖ – ELINTARVIKETURVALLISUUTTA JA MAASEUTUPOLITIIKAN KEHITTÄMISTÄ

Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan toimet painottuvat terveyden näkökulmasta elintarviketurvallisuuden ja elintarvikkeiden koostumuksen varmistamiseen. Ministeriö hallinnoi vuoden 2008 alusta lähtien elintarvikkeita koskevaa kuluttajainformaatiota, jolla on vaikutus kuluttajien ostospäätöksiin ja niiden kautta terveyteen. Sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta toimet painottuvat maaseudun monimuotoisuuden edistämiseen ja maaseudun palvelujen turvaamiseen.

Hallinnonalalle on perustettu 1.5.2006 *elintarviketurvallisuusvirasto Eviraan*. Eviran perustamisen tarkoituksena oli lisätä valvonnan riskipohjaisuutta, viranomaisvalvonnan yhtenäistäminen sekä aikaisempien alan keskusvirastojen päällekkäisten toimien karsiminen. Elintarvikevalvonta ja muu kansanterveyslain 1 §:ssä tarkoitettu ympäristöterveydenhuolto järjestetään paikallisella tasolla siten, että kuntien vastuulla olevasta valvonnasta vastaa yhteistoiminta-alue. Yhteistoiminta-alueiden hallintomuotona on joko yhteinen lautakunta vastuukunta-periaatteella tai kuntayhtymä.

Elintarviketurvallisuuden piiriin kuuluvat alkutuotannon ja elintarvikehuoneistojen hygienia, ruokamyrkytykset ja zoonoosit sekä elintarvikkeen koostumuksen turvallisuus. Vuodelta 1997 ollut sosiaali- ja terveysministeriön ohje ruokamyrkytysten selvittämisestä nykyaikaistettiin ja laajennettiin asetukseksi (251/2007). Asetuksessa säädetään muun muassa kuntiin perustettavista selvitystyöryhmistä, epäily- ja selvitysilmoituksista sekä keskusviranomaisten yhteistyöstä epidemiatilanteessa. Zoonoosien eli ihmisen ja eläinten välillä tarttuvien tautien torjunnan tehostamiseksi perustettiin vuonna 2007 Zoonoosikeskus (1166/2006). Keskus on Eviran ja THL:n välinen yhteistyöelin. Keskuksen tehtävänä on muun muassa zoonoosien ja mikrobilääkeresistenssin seurannan koordinointi sekä zoonoosi- ja ruokamyrkytys-epidemioiden selvityksen ohjaus.

Pakkausmerkinnät ovat oleellinen osa elintarviketurvallisuutta. Merkintöjen avulla varmistetaan myös kuluttajien mahdollisuus valita elintarvikkeita omien tarpeidensa mukaisesti. EU:n komissio antoi 30.1.2008 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukseksi elintarvikkeita koskevien tietojen antamisesta kuluttajille. Ehdotusta ravintoarvomerkintöjen osalta pidetään tärkeänä työkaluna EU:n ravitsemus ja lihavuusstrategian toimeenpanijana. Varsinkin elintarvikkeiden pakkauksiin tehdyt ravitsemus- ja terveysväitteet voivat vaikuttaa kuluttajien terveysvalintoihin. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EY) N:o 1924/2006 ravitsemus- ja terveysväitteistä elintarvikkeissa on sovellettu 1.7.2007 lähtien.

Vuonna 2007 täsmennettiin kansalliseen pakkausmerkintäasetukseen 1084/2004 sisältyviä säännöksiä, jotka koskevat velvollisuutta ilmoittaa ruokasuolan määrä painoprosentteina eräissä elintarvikkeissa sekä velvollisuutta ilmoittaa eräät elintarvikkeet voimakassuolaiseksi. Ravitsemus- ja terveysseurannassa on todettu hyvää kehitystä suolan saannin vähentämisessä, mikä on osoitettu terveyden kannalta vähentyneenä sepelvaltimosairaus- ja aivohalvauskuolemina.

Elintarvikkeisiin lisättävistä vitamiini- ja kivennäisaineista on EU-säädökset. Vaatimalla ilmoitus kaikista täydennetyistä elintarvikkeista varmistettiin kansallisella asetuksella (726/2007), että ravintoaineiden saannin seuranta jatkuu. Kansallinen järjestelmä edesauttaa ravitsemuksellista riskinhallintaa ja valvonnan suunnittelua.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) on toimiaikanaan ollut eniten kansanravitsemusta koskevia suosituksia ja niihin liittyviä toimenpide-ehdotuksia antanut taho. Keskeisimmät toimenpiteet vuosien 2006–2009 välillä ovat: Vuoden 2005 julkaistujen ravitsemussuosittelujen ”kansanpainos” Ravinto ja liikunta tasapainoon ja siihen liittyvä lautasmalli-juliste. Lisäksi on julkaistu uudistetut Kouluruokailusuositukset (2008), Juomasuosituksset (2008) ja ikäryhmittäin kohdennetummat ja kansanomaisemmat juomasuosituksset (2009). VRN:n uusimmat suositukset ovat ikääntyneiden ravitsemussuosituksset ja sairaaloille tarkoitetut ravitsemushoitosuositukset, jotka valmistuvat alkuvuodesta 2010. VRN on valmistellut yhdessä terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan (TELI) ja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjauksista sekä siihen liittyvän toimeenpanosuunnitelman (2008). Vuonna 2006 valmistunut D-vitamiinin seurantatutkimus osoitti, että maidon D3-vitamiinipitoisuuden nostaminen 5 ug:aan/l ja rasvaväitteiden 10 ug:aan/100 g vuodesta 2003 lähtien on parantanut väestön D-vitamiinin saantia selvästi, mutta ei vielä riittävästi. VRN pohtii parhaillaan miten riittämätöntä saantia voitaisiin nostaa. Selvitys valmistuu 31.3.2010 mennessä.

Toukokuussa 2009 annettu MMM:n asetus koulumaitotukeen oikeutetuista tuotteista kehitettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa niin, että tuen myöntämisehdot vastaisivat mahdollisimman hyvin VRN:n antamia suosituksia. Jatkossa kouluissa ja päiväkodeissa koulumai-

totuella jaettavissa maidoissa ja hapanmaitotuotteissa voi olla enintään 1 prosentti rasvaa ja juustoissa enintään 24 prosenttia rasvaa. Lisäksi on täsmennetty juustoja koskevia suolapitoisuusrajoja.

MMM:n hallinnonalalle on vuonna 2008 perustettu Suomalaisen Ruokakulttuurin Edistämishjelma. Koko tuotantoketjun laadukkuuden lisäksi ohjelma painottaa ruokaan liittyvää nautinnollisuutta. Ohjelma tuo esiin vaikutuksia, joita ruokavalintamme tuovat terveyteen, ympäristöön, työllisyyteen, huoltovarmuuteen ja maamme ruokailmeeseen. Toimenpiteinä on toteutettu esimerkiksi kouluruokavaalit -kampanja, joka kiinnitti huomion kouluruokailun resursseihin.

Maa- ja metsätalousministeriön asettaman *vesihuollon* erityistilannetyöryhmän loppuraportti valmistui 17.6.2005. Työryhmässä olivat valtakunnallisina toimijoina edustettuina maa- ja metsätalousministeriö, sisäasiainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, ympäristöministeriö, Suomen kuntaliitto sekä Vesi- ja viemärlaitosyhdistys. Työryhmän toimenpideehdotuksena perustettiin 30.10.2006 vesihuoltopooli sekä on käynnistetty valtion tuella lukuisia suurten vesihuoltolaitosten varavedenottomahdollisuuksien parantamiseen tähtäviä hankkeita.

Manner-Suomen maaseudun kehittämishjelman kautta rahoitetaan yleishyödyllisiä kehittämis-hankkeita, joista suurin osa tukee maaseudun asukkaiden hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantamista. Suomessa toimii 55 Leader-toimintaryhmää, jotka osaltaan toteuttavat Manner-Suomen maaseudun kehittämishjelmaa. Toimintaryhmissä maaseudun asukkaat ja yhteisöt toimivat aktiivisesti alueensa hyväksi. Leader-toimintaryhmien toimet tukevat paikallista aloitteellisuutta ja yhteistyötä sekä aktivoivat pieniä ja alkavia yrityksiä. Ohjelmakaudella 2007–2013 on kahden ensimmäisen vuoden aikana haettu tukea noin 150 suoraan hyvinvointiin tai terveyden edistämiseen liittyvään hankkeeseen. Suurin osa näistä toimista liittyy sosiaalisia palveluja tarjoavien mikroyritysten perustamiseen tai kunnostamiseen. Eri puolille Suomea on perustettu vanhusten ja lasten hoitoon keskittyviä hoito- ja palvelutaloja, esimerkiksi dementia-koteja vanhuksille ja erilaisia tukipalveluja lapsiperheille. Yleishyödyllisinä hankkeina on toteutettu muun muassa esteettömyyteen ja vertaistukeen keskittyviä hankkeita.

Manner-Suomen maaseudun kehittämishjelman kautta toteutetaan myös naisiin ja nuoriin keskittyviä hankkeita. Ns. naishankkeissa korostuvat hyvinvointiin, kädentaitoihin ja harrastuksiin liittyvät toimet. Nuorille kohdistettuja hankkeita ovat erityisesti liikuntaan (esimerkiksi liikuntakerhotoimintaa) ja kulttuuriin (musiikki ja elokuvat) ja kansainvälistä verkostoitumista lisäävät hankkeet. Viljelijöiden jaksamista ja työhyvinvointia tuetaan muun muassa maatalojen nykyaikaistamiseen liittyvin toimin. Kansallisin ja EU-varoin tuetaan maatalojen investointeja, joihin useimmiten kytkeytyy työolosuhteiden (ergonomia, työturvallisuus) parannusta. Tärkeitä viljelijöiden jaksamiseen vaikuttavia toimia ovat myös koulutus- ja tiedonvälityshankkeet.

Maaseutupoliittinen kokonaisuohjelma on Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän (YTR) toimintaohjelma. Yksi nykyisen kokonaisuohjelman linjauksista koskee hyvinvointia ja peruspalveluita. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän hyvinvointipalvelujen teemaryhmän tehtävä on edistää väestön hyvinvointi- ja terveystasa-arvoa kehittämällä maaseudulla asuvien palvelujen saatavuutta. Vuonna 2009 toiminnan yhtenä painopisteenä on Green Care -toiminnan (luontoresurssien käyttö hyvinvoinnin ja terapian lähteenä) edistäminen. Green Care/Green Farming (suomeksi esimerkiksi hoivamaatalous) on yritystoiminnan muoto.

10.3 OIKEUSMINISTERIÖ – PERHE- JA RIKOSOIKEUDEN ALAN LAINSÄÄDÄNNÖN KEHITTÄMISTÄ

Oikeusministeriön hallinnonalalla keskeisimmät sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimenpiteet liittyvät rikosseuraamusalaan ja kriminaalipolitiikkaan sekä velkaantumista, maksuhäiriöitä, oikeusapua ja oikeusturvaa liittyviin toimiin. Oikeusministeriössä on myös valmisteltu useita perhe- ja rikosoikeuden alaan kuuluvia lainsäädäntöhankkeita, kuten muun muassa avoliiton purkautumista sekä parisuhde-, työpaikkaväkivalta ja pahoinpitelysääntöjä koskevat hallituksen esitykset. Ministeriössä on myös eräitä kansalaisyhteiskuntaan, demokratiaan ja osallisuuden parantamiseen liittyviä toimia, joiden voidaan laajasti ottaen katsoa edistävän ihmisten sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä.

Sakkovangit ovat yhteiskunnan ja myös vankipopulaation moniongelmaisinta, sairainta ja huono-osaisinta väkeä. Sakkovankien määrää on vähennetty viime vuosien aikana useassa vaiheessa johdonmukaisesti, mutta koska ei ole voitu varmistua siitä, miten hyvinvointipalvelut ovat tavoittaneet tätä ryhmää, toimenpiteet eivät sinällään vielä ole hyvinvointipolitiikkaa, pikemminkin kriminaalipolitiikkaa. Sakon muuntorangaistuksen täytäntöönpanoon on jokseenkin säännönmukaisesti sisältynyt myös välttämättömiä terveyspalveluja vankilassa, joten sakkovankeuden vähentäminen on saattanut tarkoittaa myös lisääntyvää terveydellistä riskiä tälle kohderyhmälle. Sakon muuntoja on edelleen mahdollista tehdä tuomioistuinkäsittelyssä, sen sijaan rangaistusmääräysmenettelyn kautta määrättyjä sakkoja ei enää muunneta vankeudeksi. Vuoden 2009 loppuun saakka työskentelee oikeusministeriön asettama työryhmä, jonka tehtävänä on tehdä esitykset muun muassa muunnolle vaihtoehtoisista seuraamuksista.

Julkaisussa *Rikoksista rangaistujen tuen tarve* on koottuna sosiaali- ja terveysministeriön, oikeusministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteiset suositukset kuntien haasteelliselle tehtävälle nk. vankien jälkihuollon toteuttamiseksi. Parhailtaan on tekeillä seurantatutkimus jälkihuollon toteutumisesta ja sen esteistä, jonka toteuttaa THL.

Oikeusministeriön työryhmämuistiossa *Päihdekuntoutus ja yhdyskuntaseuraamukset* (2006:19) määriteltiin yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnallisen palvelusektorin kanssa päihdekuntoutuksen toteuttamisen periaatteet niissä tilanteissa, kun asiakas oli tuomittu yhdyskuntaseuraamukseen. Koska yhdyskuntaseuraamuksiin tuomitulla on oikeus ja mahdollisuus tarpeenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön, työryhmä esitti selkeää työn ja kustannusten jakoa sosiaali- ja terveystieteen ja oikeusministeriön hallinnonalan kesken. Esityksen mukaan syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden palvelujen saatavuutta olisi lisättävä tarvetta vastaavasti. Tämä on edellyttänyt aikaisempaa tiiviimpää asiakaskohtaista yhteistyötä rangaitusten täytäntöönpanon ja palvelusektorin kesken. Rikosseuraamusvirasto on sisällyttänyt palvelutarpeiden arviointiin liittyvän yhteistyövelvoitteen tulossopimuksiinsa.

Oikeusministeriön asettama laajapohjainen työryhmä *Normaalisuusperiaatteen toteuttaminen vankien, tutkintavankien ja yhdyskuntaseuraamuksia suorittavien kohtelussa* kartoitti laajalti muun muassa kohderyhmien sosiaaliturvan toteutumista, palvelutarpeisiin vastaamista, koulutustarpeita ja niihin vastaamista sekä asumiseen, toimeentuloon ja muihin elinoloihin liittyviä haasteita. Kävi ilmi, että pelkästään vankien sosiaaliturvaan liittyi huomattavia ja vaikeasti perusteltavia puutteita. Yhteistyössä työhallinnon ja Kansaneläkelaitoksen kanssa on ollut mahdollista korjata sellaisia ongelmia, jotka ovat ilman lainsäädäntötoimia korjattavissa.

Rikosseuraamusalan neuvottelukunta järjesti vuosina 2007–2009 usean teemaseminaarin sarjan, jossa työryhmän esiin nostamia ongelmia ja esityksiä käsiteltiin poikkihallinnollisesti. Neuvottelukunta teki myös syksyllä 2008 kirjalliset esitykset Kuntoutusasiain neuvottelukunnalle yhteistyön tiivistämiseksi kaikkein huono-osaisimpien kansalaisten kuntoutuksen kehittämiseksi sekä Sata-komitealle ongelmallisimpien sosiaaliturvan aukko- paikkojen korjaamiseksi.

Vankiperheiden lastensuojelun kehittäminen. Lapsi on mahdollista ottaa vankilaan vanhempansa mukana, mikäli se on lapsen edun mukaista. Toisinaan lapsi syntyy äidin vankeusaikana. Vanajan vankilaosastolla on vuosina 2007–2009 toteutettu yhdessä Ensi- ja Turvakotien Liiton kanssa RAY:n rahoittamaa projektia, jonka puitteissa on tutkittu lasten hyvinvointia ja tuen tarpeita näissä oloissa. Hankkeessa on todettu, että lapset jäävät paljolti ”näkyttömiksi” hallinnon ja myös lastensuojelun näkökulmasta. Myös äidit tulevat tavallisesti huonoista sosiaalisista oloista, ja heillä on monia sairauksia sekä ongelmia ja puutteita lastenhoidollisissa taidoissa. Oikeusministeriö on arvioinut tilannetta yhdessä Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa kevään 2009 kuluessa. Nimetyt selvityshenkilöt esittivät, että Vanajan avovankilaan perustettaisiin 10-paikkainen, THL:n ohjauksessa toimiva ja lastensuojelulain mukaisesti sijoituspäätöksiin nojaava lastensuojeluyksikkö tai vastaavasti vankeinhoidon erityisosasto, jonka lastensuojeluun liittyvästä asiantuntemuksesta kustannuksineen vastaisi STM ja tila- sekä valvontakustannuksista oikeushallinto.

Valtioneuvoston käynnistämässä *pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa* (2008–2011) vapautuvat vangit ovat yksi toimenpiteiden kohteeksi määritelty erityisryhmä. Oikeusministeriö ja Rikosseuraamusvirasto ovat osallistuneet ohjelmaan aktiivisesti tuottamalla tukea ja sisällöllistä ohjausta niille tahoille, jotka ovat järjestäneet tuettuja asumispalveluja vankeilasta vapautuville.

Oikeusministeriö on rahoittanut Tampereen yliopiston terveystieteiden laitoksen aloitteesta ja koordinoimana (2007–2009) toteutetun, aikaisempaa vankiterveystutkimusta laajemman ja perusteellisemmän *vankien ja yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä kartoittavan tutkimuksen*. Tutkimuksen tulokset ovat toistaiseksi alustavia mutta niiden perusteella on mahdollista arvioida uudelleen muun muassa vankiterveydenhuollon ja sen resurssien uudelleensuuntaamisen tai kehittämisen tarpeita.

Oikeusministeriössä valmisteltu *ulosottokaari* tuli voimaan vuoden 2008 alussa. Ulosottokaareen on koottu - osin edelleen kehitettyinä - aikaisempien osittaisuudistusten säännökset, joilla pyritään helpottamaan velallisen taloudellista asemaa ja toimeentuloa. Mukana ovat muun muassa velallista suojaavat ulosmittauskiellot, velallisen erottamisetu ja vapaakuukausimalli. Lisäksi vuoden 2007 alussa voimaan tulleessa ulosottolain uudistuksessa lakiin otettiin erilaisia ”pehmeitä perintäkeinoja”, kuten maksusuunnitelma, joilla pyritään tukemaan velallisen omaehtoista velvoitteistaan suoriutumista. Merkittävä uudistus ulosottokaaren yhteydessä oli *velan lopullista vanhentumista* koskevat säännökset. Niillä on poistettu elinikäinen velkavastuu. Säännöksistä ovat hyötynneet ne edellisen laman aikana 1990-luvun alussa velkaantuneet, jotka eivät ole olleet yksityishenkilön velkajärjestelyssä.

Yksityishenkilön velkajärjestelystä annettua lakia on muutettu vuoden 2007 alusta niin, että velallisen lisäsuoritusvelvollisuus on lieventynyt. Velallinen käyttää lisätuloistaan nykyisin puolet velkojen maksuun ja puolet jää hänen omaan käyttöönsä.

Oikeusministeriössä on valmisteltu hallituksen esitys *ulosottokaaren ja luottotietelain muuttamisesta* (HE 93/2009). Esityksen mukaan sen jälkeen kun luottotietorekisteriin merkitty velka on lopullisesti vanhentunut, velka poistetaan rekisteristä. Tällä pyritään edistämään veloistaan vapautuneiden kansalaisten taloudellisen toimintakyvyn palautumista. Lisäksi on valmisteltu hallituksen esitys (HE 64/2009) *pikaluottoja* koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Esityksen tarkoituksena on poistaa pikaluottojen tarjonnassa esiintyneitä ongelmia ja epäkohtia sekä ehkäistä ihmisten maksuvaikeuksia ja ylivelkaantumista.

Oikeusaputoimistojen oikeusapuohjaus käynnistettiin vuonna 2006 ja palvelu vakinaistettiin vuoden 2007 alusta. Puhelinpalvelussa ohjataan kysyjää eteenpäin asian selvittämisessä, mutta ei kuitenkaan anneta vastauksia oikeudellisiin ongelmiin. Oikeusapuohjauksella pyritään siihen, että ihmiset löytävät apua oikeudellisiin ongelmiinsa ennen kuin ne kehittyvät vaikeiksi hallita.

Holhustoimen edunvalvontapalveluiden tuottaminen siirrettiin kunnilta valtion oikeusaputoimistoille vuoden 2009 alusta. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena oli edunvalvontapalvelujen tuottaminen ja järjestäminen tehokkaasti, yhdenmukaisesti ja laadukkaasti oikeusturvavaatimukset huomioon ottavalla tavalla. Yleisellä edunvalvonnalla ei ole ollut aikaisemmin valtakunnallisesti yhtenäistä ohjausta eikä yhteisesti suunniteltuja toimintatapoja ja ohjeita.

Oikeusministeriössä on selvitetty *lasten valvottuja tapaamisia* ja katsottu, että tilanne on yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallinen, koska nykyisin valvottuja tapaamisia järjestetään vain joissakin kunnissa. Joissakin kunnissa järjestämisestä vastaa kolmas sektori ja joissakin kunnissa ne eivät ole lainkaan mahdollisia. Sosiaalihuoltolakiin tulisi lisätä kunnille velvoite huolehtia tapaamisten järjestämisestä, jos tarvittava rahoitus saataisiin järjestyseen. Oikeusministeriö on tehnyt aloitteen sosiaali- ja terveysministeriölle hankkeen käynnistämiseksi. Oikeusministeriössä harkitaan lasten huolto- ja tapaamisasioihin liittyen, voitaisiinko nykyisen lainsäädännön puitteissa soveltaa ns. *Follo-mallia* eli psykologin ottamista mukaan huoltoriitojen selvittelyyn. Tavoitteena on kaikkien asian käsittelyyn osallistuvien tiiviillä yhteistyöllä päästä sovintoon.

Lastensuojelun edunvalvontahanke 2005–2009 on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama hanke, jossa on mukana useita järjestöjä ja viranomaisia. Hanketta pilotoidaan muun muassa Kemi-Tornion alueella ja sen kohteena ovat uuden lastensuojelulain velvoitteet ja niistä erityisesti sijaisedunvalvojan määrääminen lapselle muun muassa huostaanotto-prosessissa, seksuaalisissa hyväksikäyttötapauksissa ja läheisväkivaltatapauksissa. Hankkeessa on ollut koolla edustajia sosiaalipuolelta, maistraatista, hallinto-oikeudesta ja oikeusavusta. Alueella toimii ns. seudullinen sosiaalityöntekijä, joka määrää lapselle sijaisedunvalvojaksi. Hankkeessa on syntynyt ns. *Tandem-malli*, jossa oikeusavustaja (asianajaja) avustaa prosessissa ja juridisissa asioissa, nimetty sosiaalityöntekijä toimii lapsen tukihenkilönä tuomioistuinasioissa ja julkiset oikeusavustajat avustajina.

Oikeusministeriö rahoittaa yhdessä sisäasiainministeriön poliisiosaston kanssa tutkimushanketta, jossa selvitetään *lapsiin kohdistuvien väkivalta- ja seksuaalirikosten etenemistä rikosprosessissa* poliisilta syyttäjälle ja syyttäjältä tuomioistuimeen. Tutkimuksen tavoitteena on koota numeeriset tiedot näiden juttujen etenemisestä rikosprosessissa sekä kuvata viranomaisten käsityksiä etenemisen vaikeuksista. Tutkimuksella pyritään saamaan tietoa siitä, onko rikosoikeusjärjestelmä selektiivinen esimerkiksi tiettyjen uhriryhmien kohdalla. Samalla havainnoidaan lapsiin kohdistuvien väkivaltarikosten tutkintaan sisältyviä haasteita paikkakuntaakohtaisesti. Tutkimus valmistuu vuoden 2010 heinäkuun lopussa.

Oikeusministeriön yhteydessä toimiva *kansalaisyhteiskuntapolitiikan neuvottelukunta* käynnisti ensimmäisen toimikautensa vuonna 2007. Neuvottelukunnassa pyritään vahvistamaan kansalaisyhteiskunnan ja julkisen vallan vuorovaikutusta, ja sitä kautta tukemaan kansalaisyhteiskunnan toi-

mintaedellytyksiä ja kansalaisten osallisuutta. Neuvottelukunnassa on käsitelty muun muassa järjestöjen roolia hyvinvointia tuottavien palveluiden tuottajina ja siihen liittyviä kehittämistarpeita sekä erityisesti nuorten ja heikommassa asemassa olevien osallisuuden vahvistamiseen yhteiskunnassa. Neuvottelukunta on myös selvittänyt järjestöjen verotukseen liittyviä ongelmakohtia.

Vuosina 2008–2009 on oikeusministeriön koordinoimana valmisteltu *demokratiapoliittista asiakirjaa*, jossa tavoitteena on tunnistaa suomalaisen demokratiaan liittyviä ongelmakohtia ja tehdä esityksiä kansalaisten osallisuuden vahvistamiseksi. Asiakirjan valmistelussa on nostettu esille erityisesti tarve nuorten, maahanmuuttajien sekä heikommassa asemassa olevien, esimerkiksi vanhusten ja sairaiden, mahdollisuudet osallistua ja tulla kuulluksi. Samoin asiakirjassa on nostettu esille tarve hyvinvointia ja sosiaalista pääomaa tuottavan kansalaisyhteiskunnan toimintaedellytysten turvaamiseen. *Verkkodemokratiaa* on kehitetty tukemaan nykyistä paremmin eri väestöryhmien osallistumismahdollisuuksien vahvistamiseen liittyviä tarpeita. Vuosina 2008–2009 on laadittu esityksiä monimuotoisen verkossa tapahtuvan kansalaisten ja julkisen vallan vuorovaikutuksen vahvistamiseksi. Verkkodemokratian kehitystyössä erityistä huomiota on kohdistettu osallistumiskanavien esteettömyyteen, jolloin voitaisiin vahvistaa paitsi valtaväestön, myös erilaisista osallistumisen esteistä kärsivien ryhmien, kuten vanhusten tai vammaisten, osallisuutta.

10.4 OPETUSMINISTERIÖ – MAHDOLLISUUS TASA-ARVOISEEN KOULUTUKSEEN

Nuorisolain mukainen *Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011* julkaistiin joulukuussa 2007. Kehittämisohjelma valmisteltiin yhteistyössä kaikkien ministeriöiden kanssa, mukana myös alue- ja paikallishallinnon sekä muiden nuorten kanssa toimivien tahojen edustajat. Ohjelma linkittyy muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (STM), lastensuojelun kehittämisohjelmaan (STM), alkoholiohjelmaan (STM), tasa-arvo-ohjelmaa (STM), sisäisen turvallisuuden ohjelmaan (SM) ja kansalliseen väkivallan vastaiseen ohjelmaan (OM). Ohjelma sisältää yli 300 käytännön toimenpidettä. Huomattava osa toimenpiteistä koskee nuorten hyvinvointia ja terveyttä, osa suoraan, osa rakenteita ja muita mahdollisuuksia kehittämällä. Mukana on muun muassa terveyden edistäminen, varhainen puuttuminen, perheiden tukeminen, samoin kuin nuorten osallisuusmahdollisuuksien lisääminen, vammaisryhmien ja erilaisten vähemmistöjen erityinen huomioon ottaminen. Hallituksen Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma pohjautuu Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelmaan.

Kohdennettu valtionapu, josta hallitus teki päätöksen joulukuussa 2007 ja joka toimeenpantiin ensimmäisen kerran keväällä 2008, täydentää *etsivän*

nuorisotyön työntekijöiden verkostoa, joka maassamme on ollut olemassa varsinkin suurimmissa kaupungeissa. Toiminnalla tavoitellaan koulutuksen, työelämän sekä muiden julkisten palvelujen ulkopuolelle jääviä nuoria.

Ammatillisissa oppilaitoksissa on järjestetty kokeiluja ja projekteja (esimerkiksi ESR-hankkeina toteutettavat paremmat arjen taidot ja opintojen kautta töihin sekä osaajana työmarkkinoille – kehittämisohjelmat, asuntolatoiminnan kehittäminen, nuorten osallisuushanke), joilla on etsitty uusia tapoja edistää opintoja, puuttua vaikeuksiin ennalta ja vähentää keskeyttämistä sekä parantaa sijoittumista työelämään.

Täydennyskoulutuksen tuotekehitystukena opetusministeriö on myöntänyt vuonna 2008 merkittävää taloudellista tukea yliopistoille osaamisen edistämiseksi pitkäkestoisen täydennyskoulutuksen kautta asiasisältöinä muun muassa vanhustyö ja ikääntyminen, ikääntyvien yliopiston kehittämis- ja koordinaatiohanke, terveydenhuollon psykososiaalisen osaamisen kehittäminen, terveellinen ravitsemus ja päihdetyön moniammatilliset erikoistumisopinnot. Lisäksi ammattikorkeakoulujen mielenterveyden edistämisen erikoistumisopinnojen valtakunnallista kehittämistä on tuettu taloudellisesti.

Opettajien peruskoulutuksen pedagogisia opintoja on kehitetty sisältämään varsin laajasti psykologisia sisältöjä (muun muassa tunne-elämän kehitys, käyttäytyminen, vuorovaikutus). Terveystieto-oppiainetta koskien laaja opettajankoulutuksen lisäys pätevien opettajien saamiseksi on toteutettu. Terveystiedon opettajille on lisäksi tarjottu Suomen Mielenterveysseuran toimesta peruskoulun yläluokkalaisille tarkoitettu ihmisenä kasvamista, kehittymistä ja elämäntaitoa tukeva kolmivuotinen opetuskokonaisuus ”Mielen hyvinvointi” osana Peruskoululaisten mielenterveystaidot -hanketta (2008–2011). Lisäksi opetusministeriö on käynnistänyt Tasa-arvo ja sukupuolیتietoisuus opettajankoulutuksessa -hankkeen, johon kaikki opettajankoulutusta antavat yliopistot osallistuvat. Koulutuslisäyksiä on tehty myös erityislastentarhanopettajien sekä liikunnan opettajien koulutuksessa.

Opetusministeriön *taiteen ja kulttuurin saavutettavuusohjelman* (2006–2010) toimenpiteiden tarkoituksena on parantaa julkisten kulttuuripalvelujen saavutettavuutta kaikille väestöryhmille sekä lisätä vammaisten ja erilaisten kulttuuri- ja kielivähemmistöjen mahdollisuuksia omaehtoiseen taide- ja kulttuuritoimintaan. Opetusministeriö on ohjannut lisäresursseja vammaisyhteisöjen kulttuuritoiminnan tukemiseen ja kulttuurin saavutettavuuden edistämiseen; tarkoitukseen osoitettu määräraha on kaksinkertaistunut vuodesta 2005. Myös monikulttuurisuuden tukemiseen ja rasismin vastaiseen työhön osoitettua määrärahaa on kasvatettu. Vuonna 2009 määrärahasta (500 000 euroa) osoitettiin viidennes taiteen keskustoimikunnalle jaettavaksi apurahoina yksityishenkilöille ja työryhmille monikulttuurisuutta edistäviin taidehankkeisiin.

Opetusministeriö asetti vuonna 2008 *taiteen ja kulttuurin saavutettavuus-työryhmän* (2008–2010), jonka tavoitteena on lisätä sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja löytää keinoja vammaisten ja kulttuurivähemmistötaustais-

ten ihmisten työllistymiseksi taiteen aloilla. Taiteen keskustoimikunta perusti vuonna 2009 *monikulttuurisuusjaoston*, jonka tehtävänä on tukea vähemmistö- ja maahanmuuttajataustaisia taiteilijoita sekä monikulttuurisia hankkeita.

Osana terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa käynnistettiin vuonna 2008 hanke, jonka tarkoituksena on valmistella ehdotus poikkihallinnolliseksi *kulttuurin hyvinvointivaikutusten toimintaohjelmaksi* vuosille 2010–2014. Hankkeen tavoitteena on löytää ratkaisu siihen, miten kulttuurin hyvinvointivaikutusten edistämistoimet tulisi organisoida julkishallinnossa. Toimintaohjelmaehdotuksen valmistelua varten nimitettiin 29.9.2008 selvityshenkilö ja hänen tuekseen eri toimi- ja hallinnonaloja (OPM, STM, YM, TEM) edustava laajapohjainen asiantuntijaryhmä. Toimintaohjelman painopistealueiksi määriteltiin 1) kulttuuri osallisuuden, yhteisöllisyyden, arjen toimintojen ja ympäristöjen edistäjänä, 2) taide ja kulttuuri osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja 3) työhyvinvoinnin tukeminen taiteen ja kulttuurin keinoin. Toimintaohjelmaehdotuksesta järjestettiin avoin kuulemistilaisuus 14.10.2009 ja sen on määrä valmistua vuoden 2009 loppuun mennessä.

Opetusministeriöllä oli vuonna 2009 ensimmäistä kertaa käytettävissään kohdennettu määräraha kulttuurin hyvinvointivaikutuksia edistäviin hankkeisiin. Määrärahasta myönnettiin tukea kaikkiaan 25 hankkeelle.

Kirjastopalvelujen tiedollista ja sosiaalista syrjäytymistä ehkäisevän vaikutuksen vuoksi on niiden esteettömyyteen ja tasa-arvoiseen saavutettavuuteen kiinnitetty erityistä huomiota tilasuunnittelulla ja kattavalla kirjastoautoverkostolla. Opetusministeriö on vuosittain tukenut kirjastojen rakennushankkeita ja kirjastoautojen hankintaa valtionosuuksilla. Laadukkaat kirjastopalvelut edistävät kulttuurin hyvinvointivaikutuksia ja tukevat asukkaiden omaehtoista kehittämistä. Väestön vanhetessa erityistä huomiota tulee kiinnittää myös ikääntyvien kirjastopalveluihin.

Opetusministeriö vahvisti syyskuussa 2009 koko hallinnonalaan koskevat strategiset *maahanmuuttopoliittiset linjaukset*. Niitä ovat muun muassa hyvien etnisten suhteiden ja kotoutumisen edistämien, maahanmuuttajien tarpeiden huomioonottaminen osana normaalijärjestelmiä ilman erityistoimia, maahanmuuttajien oikeuden omaan kieleen ja kulttuuriin edistäminen, kaikkien Suomeen muuttaneiden yhdenvertainen kohtelu, toimenpiteiden yhteensovittaminen ministeriössä, hallinnonalalla ja valtioneuvostossa sekä kansainvälisten kokemusten hyödyntäminen aiempaa enemmän.

Opetusministeriö on toteuttanut useita *lainsäädännön muutoksia*, joiden tavoitteena on tukea lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä sekä parantaa heidän kasvu- ja elinolojaan.

Korkeakoulujen rakenteellisen kehittämisen ohjelman tavoitteena on koulutuksen ja tutkimuksen laadun sekä kansainvälisen kilpailukykyyn parantaminen. Tarkoitus on, että yliopistoja ja ammattikorkeakouluja on vähemmän, yksikkörakenteet ovat suurempia ja vaikuttavampia ja että niiden koulutus- ja tutkimusprofiilit ovat selkeitä. Korkeakoulutuksen opiskelijamääriä on lisätty, muun muassa sosiaali- ja terveystieteillä neljällä sadalla aloituspaikalla

koulutuksiin, joiden osalta työelämässä on henkilöstövajausta. Uusina koulutuksina on päätetty hammaslääketieteen perustutkintokoulutuksen aloittamisesta vuonna 2010 Kuopion yliopistossa.

Korkeakoulujen opiskelijavalinnan kehittämiseksi opetusministeriö asetti 2008 marraskuussa ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijavalintojen, sähköisten hakujärjestelmien ja valtakunnallisten yhteishakujen kehittämisyhtymän. Lisäksi pääsykoejärjestelyjä uudistetaan. Opetusministeri asetti v. 2009 hallituksen politiikkariihen tavoitteiden toteuttamiseksi koulutukseen siirtymistä ja tutkinnon suorittamista pohtivan työ- ja ohjausryhtymän laatimaan ehdotuksia siitä, kuinka korkeakoulujen opiskelijavalintoja voitaisiin kehittää siten, että siirtyminen toiselta asteelta korkeakoulutukseen nopeutuisi. Työryhtymän tulee etsiä keinoja myös opintoaikojen lyhentämiseen.

Valtakunnallinen korkeakoulujen esteettömyyshanke ESOK on opetusministeriön tuella ja yhteistyössä muun muassa yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja järjestöjen kanssa laatinut käytännön työtä tukevan oppaan Esteetön opiskelijavalinta -suositus ja opas.

Ammatillisen koulutuksen järjestäjäverkon palvelukykyä vahvistetaan ammattiopistostrategian mukaisesti muodostamalla koulutuksen järjestäjistä etupäässä alueellisia tai muutoin vahvoja ammattiopistoja. Tavoitteena on varmistaa työ- ja elinkeinoelämän ja yksilöiden tarvitsemien korkealaatuisten ammattikoulutuspalvelujen saatavuus maan eri osissa.

Vuonna 2006 käynnistynyt ammatilliseen peruskoulutukseen ohjaava ja valmistava koulutuskokeilu (Ammattistartti) vakinaistetaan vuoden 2010 alusta. Ammattistartti on suunnattu perusopetuksen päättävälle nuorille, joilla ei vielä ole riittäviä valmiuksia hakeutua ammattikoulutukseen tai valita koulutusala ja jotka siitä syystä ovat vaarassa jäädä koulutuksen ulkopuolelle ja syrjäytyä.

Ammatillisen koulutuksen keskeyttäminen on viime vuosina vähentynyt tasaisesti ja on arviolta noin 9 prosenttia (11 090 keskeyttäjää). Samanaikaisesti ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijamääriä on lisätty yli 7 000 vuosio opiskelijapaikalla vuosina 2008–2009. Ammatillisia perustutkintoja uudistetaan vuosina 2006–2010. Tässä päivitystyössä tutkintoja kehitetään nykyistä työelämälähtoisemmäksi ja joustavammaksi.

Perusopetuksen alueella koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaa koskevat säännökset tulivat voimaan syksyllä 2004. Aamu- ja iltapäivätoimintaa järjestää 97 prosenttia Manner-Suomen kunnista ja toimintaan osallistuu vuosittain lähes 45 000 lasta. Lainsäädännön toimivuudesta, toiminnan laadusta ja muutostarpeista on opetusministeriön toimeksiannosta tehty selvitys, jonka pohjalta päätettäneen jatkotoimista syksyn 2009 aikana.

Tehostetun ja erityisen tuen kehittämistoiminta (Kelpo) on osa erityisopetuksen strategian toimeenpanoa ja siihen osallistuu 300 kuntaa. Varhaisen tuen menettelytapoja ja moniammatillisen yhteistyön kehittämistä on tuettu kohdennetuilla valtionavustuksilla kevästä 2008 lähtien. Kehittämistoiminta voidaan toteuttaa kuntakohtaisena tai seudullisena yhteistyönä.

Tavoitteena on, että hallintokuntien yhteistyönä syntyy kunnallinen ja/ tai alueellinen rakenne tehostetun ja erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden opetuksen ja tukitoimien järjestämiseksi.

KiVa Koulu -ohjelma on opetusministeriön rahoittama toimenpidekokonaisuus koulukiusaamisen vähentämiseksi ja ennalta ehkäisemiseksi. Systemaattisen koulukiusaamisen kohteeksi joutuu arvioiden mukaan noin 10 prosenttia suomalaisista perusopetuksen oppilaista. Turun yliopistossa kehitetty ohjelma otetaan valtakunnallisesti suomen- ja ruotsinkielisten peruskoulujen käyttöön asteittain lukuvuosina 2009–2010. Ohjelman sisältämät toimenpiteet suuntautuvat yksittäisten oppilaiden lisäksi luokkien ja koulujen tasolle sekä vanhemmille. Ohjelmasta tuotetaan erilliset toimenpidekokonaisuudet luokka-asteille 1–3, 4–6 ja 7–9 suomen- ja ruotsinkielisinä. Ohjelman vaikuttavuutta on selvitetty tutkimuksella ja sen tulokset ovat erinomaisia. Ohjelman käyttö vähentää merkittävästi koulukiusaamista ja sen lisäksi se vaikuttaa myönteisesti kouluhyvinvointiin. KiVa Koulu -ohjelma sai Euroopan rikosentorjuntakilpailun ensimmäisen palkinnon 9.12.2009 Tukholmassa.

Suomen Mielenterveysseura toteuttaa opetusministeriön rahoittamana vuosina 2008–2011 *Peruskoululaisten mielenterveystaidot -hankkeen*. Tavoitteena hankkeessa on tukea ja lisätä valtakunnallisesti terveystietoa opettavien opettajien ammatillista mielenterveystaitojen osaamista ja opettamista. Yli 700 opettajaa saa hankkeen puitteissa konkreettisia välineitä nuorten mielenterveyttä ja turvallista kasvua tukevan terveystiedon opettamiseen peruskoulun yläluokilla.

Joustava perusopetus (JOPO) on opetusministeriön vuonna 2006 käynnistämä kehittämishanke, jonka tavoitteensa on koulupudokkuuden ja opintojen keskeyttämisen vähentäminen. Tilastokeskuksen tietojen mukaan ilman perusopetuksen päättötodistusta jääneiden määrä oli lukuvuonna 2007–2008 pienin yhdeksän vuoden tarkastelujaksolla pudoten 0,23 prosentista (152 oppilasta) 0,17 prosenttiin (115 oppilasta). Joustava perusopetus (JOPO) on otettu myös osaksi perusopetuslainsäädäntöä.

Vuonna 2005 alkaneessa sairaalaopetuksen kehittämishankkeessa (*SAI-REKE*) on rakennettu sairaalaopetukselle uudenlaista toimintastrategiaa osana seudullista erityisopetusta. Hankkeen tarkoituksena on parantaa sairaalaopetuksen toimintaedellytyksiä ja opetuksen laatua sekä parantaa oppilaan mahdollisuuksia integroitua omaan kouluunsa sairaalaopetuksen siirtymävaiheissa.

Hallitus antoi perusopetuslakia koskevan muutosesityksen kesällä 2009. Esityksessä ehdotetaan täydennettäväksi erityisopetusta ja oppilaalle annettavaa muuta tukea koskevia säännöksiä. Tavoitteena on vahvistaa oppilaalle suunnitelmallisesti annettavaa varhaista ja ennalta ehkäisevää oppimisen ja kasvun tukea. Oppilaille, jotka tarvitsevat pidempikestoista ja laajempaa tukea, tehdään päätös erityisestä tuesta samoilla perusteilla kuin nykyisin. Päätös erityisestä tuesta on määräaikainen. Esityksessä ei esitetä uusia tukimuotoja, vaan nykyisten keinojen suunnitelmallisempaa ja oikea-aikaisem-

paa käyttämistä. Henkilötietojen käsittelyä, salassapitoa ja luovuttamista koskevia säännöksiä täydennetään siten, että nykyistä tarkemmin säädetään oppilaan asioiden käsittelystä ja salassa pidettävien tietojen luovuttamisesta moniammatillisessa oppilashuoltotyössä, opetuksen järjestäjän tietojensaantioikeudesta sekä opetuksen järjestäjän velvollisuudesta antaa tietoja tietyissä tilanteissa. Lain on tarkoitus tulla voimaan syyslukukauden alussa 2010.

Maahanmuuttajien koulutuksellista tasa-arvoa edistetään tukemalla perusopetukseen valmistavan opetuksen ja oman äidinkielen sekä suomi/ruotsi – toisena kielenä opetuksen tasa-arvoista tarjontaa. Korkeakoulujen osalta poistetaan vieraskielisiin ja maahanmuuttajataustaisiin kohdistuvia opiskelijajavallinnon ja opiskelun esteitä sekä lisätään ammattikorkeakouluopintoihin valmentavaa koulutusta. Aikuiskoulutuksen osalta muun muassa hyödynnetään ulkomailla hankittua osaamista muun muassa tarjoamalla täydentäviä opintoja.

Oppilas- ja opiskelijahuollon ja opiskelijaterveydenhuollon kehittämiseksi on sadalle kunnalle myönnetty valtion erityisavustusta. Vuosina 2008–2009 palvelurakenteen kehittäminen ulotettiin koskemaan myös lukiokoulutusta. Kehittämistoiminta on laajentunut asteittain ja mukana on 192 kuntaa. Kehittämistoiminnassa painotetaan moniammatillista, eri hallintokuntien, organisaatioiden ja koulutusasteiden rajat ylittävää yhteistyötä, johon osallistuvat esiopetus, perusopetus, lukiokoulutus ja kuntien opetus-, sosiaali- ja terveystoimi. Keskeisenä tavoitteena on parantaa oppilashuollon palveluiden (erityisesti koulupsykologien ja -kuraattoreiden) saatavuutta sekä luoda uusia ennalta ehkäiseviä toimintatapoja lasten ja nuorten hyvinvoinnin turvaamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö asettivat 9.12.2008 oppilas- ja opiskelijahuoltotyöryhmän, jonka tehtävänä on muun muassa päivittää vuonna 2006 toimeksiantonsa suorittaneen oppilashuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän ehdotukset oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämiseksi. Asetetun työryhmän tehtävänä on lisäksi tehdä ehdotukset ja määritellä vastuutahot oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen saatavuuden turvaamiseksi, lainsäädännön yhteensovittamiseksi ja koulukuraattori- ja koulupsykologikysymyksiin.

Ammatillisten perustutkintojen perusteissa on säädetty opiskelijahuollon järjestämisestä ja opiskelijan oikeudesta turvalliseen opiskeluympäristöön. Koulutuksen järjestäjän tulee varmistaa opiskelijahuollon tavoitteiden saavuttamista antamalla opetussuunnitelmassa toimintaohjeita, jotka edistävät opiskelijoiden terveyttä ja turvallisuutta, erilaisten ongelmien varhaisesta tunnistamisesta ja niiden syntymisen ehkäisyä.

Opetusministeriö on myös osallistunut sosiaali- ja terveysministeriön asettaman ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen koulutuksen opiskelijoiden terveydenhuoltopalvelujen kustannuksia ja järjestämistä selvittävän työryhmän toimintaan tavoitteena vähentää eriarvoista terveystalvarjontaa eri väestöryhmille.

Opetusministeriö on toteuttanut useita toimenpiteitä *opintotuen kehittämiseksi*.

Nuorten työpajatoiminta on vakiintunut mutta jatkuvasti kehittyvä työmuoto nuorten auttamiseksi työhön tai jatko-opintoihin. Nuoria autetaan ratkaisemaan sosiaalisia ja terveysongelmia. Työpajapalvelut kattavat puolet Suomen kunnista ja niiden alueella asuu noin 70 prosenttia maamme nuorista. Vuosittain työpajatoimintaan on osallistunut n. 8 000 alle 29-vuotiasta nuorta, joista yli 70 prosenttia on sijoittunut joko koulutukseen, työhön tai muuhun toimintaan.

Opetusministeriö on vuosia 2007–2009 koskevassa tulossopimuksessa Opetushallituksen kanssa sopinut, että opetushallitus ottaa muutostarpeita selvittäessään huomioon myös *yksilöllisen oppimisen ja erityisopetuksen näkökulman*. Perustutkintojen perusteita uudistettaessa (otetaan käyttöön viimeistään v. 2010) on kiinnitetty huomiota terveyden, turvallisuuden ja toimintakyvyn vahvistamiseen. *Terveyden edistäminen* on otettu huomioon soveltuvin osin tutkinnon perusteiden ammattitaitoa täydentävissä osissa (yhteiset opinnot) ja ammatillisissa tutkinnon osissa. Ammattitaitoa täydentävissä yhteisissä opinnoissa on muun muassa pakollista terveystietoa ja liikuntaa.

Ammatilliset tutkinnon osat pitävät puolestaan sisällään terveyttä edistävät ammattitaitovaatimukset, arvioinnin kohteet ja arviointikriteerit sekä ammattitaidon osoittamistavat. Terveys, turvallisuus ja toimintakyky ovat myös yksi elinikäisen oppimisen avaintaidoista, joka arvioidaan erikseen osana ammatillista tutkintoa. Tutkinnon perusteiden liiteosassa on kuvattu yleisellä tasolla tutkintokohtaiset terveydentilavaatimukset sekä erityisesti kyseessä olevan tutkinnon terveydentilavaatimukset. Laadinnassa on tehty yhteistyötä THL:n kanssa.

Opetusministeriö ja Opetushallitus käynnistivät keväällä 2006 hankkeen ammatillisessa peruskoulutuksessa opiskelevien nuorten toiminta- ja työkyvyn parantamiseksi. Vapaaehtoisen ammattiosaajan työkykypassin tavoitteena on osaltaan varmistaa, että tulevaisuuden ammatillaiset suoriutuvat hyvää fyysistä kuntoa vaativista työtehtävistä ja jaksavat töissä terveisinä ja stressaantumatta. Lähtökohtana on, että terveyttä ja työkykyä ylläpitäviä osuuksia sisältyy monipuolisesti ammatillisiin opintoihin niiden eri vaiheissa ja että terveyttä ja työkykyä ylläpitävät osuudet liittyvät kunkin alan vaatimuksiin ja ammatin harjoittamiseen.

Opetushallitus ja Stakes/THL käynnistivät syksyllä 2006 yhteistyön, jonka tavoitteena on kehittää määräajoin toistuvaa tiedonkeruuta tuottamaan mahdollisimman vertailukelpoista tietoa *terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä* peruskouluissa ja toisen asteen oppilaitoksissa. Esitutkimus liittyy laajempaan THL:n Terveyden edistämisen vertaistieto -hankkeeseen (TedBM-hanke).

Opetusministeriön ja Opetushallituksen välisessä tulossopimuksessa on sovittu Opetushallituksen toimista työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmaa, lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjel-

maa sekä terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa koskevia tehtäviä, jotka kaikki tukevat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi asetettuja tavoitteita. Esimerkiksi yleissivistävän koulutuksen osalta Opetushallitus edistää oppilaiden ja opiskelijoiden hyvinvointia toimenpitein, jotka kohdistuvat erityisesti oppimis- ja koulunkäyntivaikeuksien varhaisen tunnistamisen edistämiseen, oppimis- ja oppimaan oppimisen valmiuksien vahvistamiseen ja menetelmien kehittämiseen; Opetushallitus suuntaa toimenpiteitä oppilas- ja opiskelijahuollon vahvistamiseen kouluissa ja oppilaitoksissa; Opetushallitus kehittää ja levittää ehkäisevän päihdetyön toimintamalleja sekä kerää ja kehittää tietoa varhaiseen tunnistamiseen ja tukeen liittyvistä toimivista ratkaisuista ja huolehtii niiden levittämisestä ja vakiinnuttamisesta.

Lisäksi Opetushallitus kehittää ammatillisen koulutuksen opetusmenetelmiä siten, että menetelmät edistävät työelämälähtöistä ja alakohtaiset tarpeet huomioon ottavaa oppimista ja mahdollistavat yksilölliset opiskeluohjelmat ja oppimispolut, ja levittää kehittämiään hyviä käytäntöjä koulutuksen järjestäjien hyödynnettäviksi.

Ammatillisen aikuiskoulutuksen kokonaisuudistuksen (AKKU vuodesta 2007 alkaen) tavoitteena on työvoiman kohtaannon parantaminen luomalla edellytyksiä työvoiman suuremmalle ammatilliselle ja alueelliselle liikkuvuudelle sekä kannustimien luominen aikuisväestön osaamisen kehittämiseksi parantamalla kouluttautumismahdollisuuksia työuran aikana. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystalalle kehitetyt erityisnäkövyydet ja oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus tarjoavat henkilöstölle mahdollisuuden hankkia uutta osaamista. Esimerkkeinä ovat diabeetikon hoitotyön ja kuntoutuksen erityisosaaminen sekä perioperatiivisen hoitotyön osaaminen.

Terveyttä edistävä liikunta sisältyy valtakunnallisten liikuntajärjestöjen valtionapuvalmistelun tuloskriteereihin keskimäärin 25 prosentin arviointiosuudella. Painopisteenä ovat olleet terveyttä edistävää liikuntaa palvelevat lähiliikuntapaikat kuntoratoineen ja -latuineen sekä laajoille käyttäjäröyhmillä soveltuvat liikuntapaikat, kuten uimahallit, liikuntahallit ja erityyppiset palloilu- ja urheilukentät.

Pelkästään terveystuikunnan edistämiseen keskittyville liikuntajärjestöille Suomen Kuntoliikuntaliitolle ja Suomen Ladulle on myönnetty valtionavustusta yhteensä yli 1,5 M€.

Terveystuikunnan määrärahoja on kohdennettu myös valtioneuvoston periaatepäätöksen Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinojen mukaisesti.

Kunnossa Kaiken Ikä-ohjelma on tukenut hankekilpailun perusteella 199 hanketta, jotka ovat painottuneet ikääntyviin kansalaisiin, työikäisiin, työyhteisöihin sekä urheiluseurojen kehittämiseen terveystuikunnan asiantuntijoiksi. SuomiMies Seikkailee -liikuntakurssit sekä suomen- että ruotsinkieliselle on toteutettu 40 paikkakunnalla. KKI-ohjelma on keskittynyt työikäisten raskaissa työolosuhteissa työskentelevien miesten terveystuikuntaharrastuksen kehittämiseen ja tässä tarkoituksessa on kuntosetattu yli 6 000 miestä. Lisäksi Lahdessa on laaja usean suuren metallialan yrityksen

Metalli liikkuu -kehittämishanke. Työyhteisöliikunta -2010 on työmarkkina- ja liikuntajärjestöjen sekä kolmen ministeriön (OPM, STM, TEM) hanke, jonka avulla pyritään löytämään yhteisesti liikkuminen luontevaksi osaksi elämää.

10.5 PUOLUSTUSMINISTERIÖ – VARUSMIES- PALVELUS PAINOTTAÄ ENTISTÄ ENEMMÄN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

Palvelustaan suorittavien varusmiesten sosiaalisesta hyvinvoinnista vastataan puolustusvoimissa *moniammatillisesti*. Ensisijaisesti jokaisen esimiehen on omilla toimillaan edistettävä koulutettavana olevien varusmiesten henkistä ja fyysistä hyvinvointia. Jokaisessa joukko-osastossa toimii komentajan ja linjajohdon tukena moniammatillinen henkilöstötukiryhmä (kriisiryhmä) ja varusmiestoimikunta.

Puolustusvoimien *uuden henkilöstötukijärjestelmän* perusajatuksena on kantaa laajasti vastuu varusmiehistä, reserviläisistä, palkatusta henkilöstöstä, sotilaslaitoksissa opiskelevista ja kriisinhallintahenkilöstöstä sekä heidän perheistään. Uuden henkilöstötukijärjestelmän runkona on johdon tukena toimivat sotilassosiaalityön (sosiaalikiruraattorit), kirkollisen työn (sotilaspa-pit), sotilasspsykologian ja -sosiologian, sotilaslääketieteen, kriisiviestinnän sekä työ- ja palvelusturvallisuuden erityisosajat.

Puolustusvoimien joukko-osastoihin perustetut ja koulutetut monialaiset kriisiryhmät kykenevät nopeasti ja tehokkaasti antamaan psykososiaalis-ta tukea onnettomuuksien, erityistilanteiden, tapaturmien ja toimintahäiri-öiden aiheuttamiin henkilöstön tukitarpeisiin.

Terveyttä edistäviin toimiin voidaan lukea se asevelvollisten ja vapaaeh-toiseen varusmiespalvelukseen hakeutuvien terveydentilan kartoittamistyö, joka alkaa jo ennen varusmiespalveluksen alkua terveyskeskuksissa suori-tettavissa ennakkoterveystarkastuksissa, jatkuu kutsuntojen yhteydessä sekä edelleen varusmiespalveluksen alussa saapumistarkastusten yhteydessä. Varusmiespalveluksen aikana puolustusvoimien terveysasemat vastaavat va-rusmiesten yleislääkäritasoisesta terveyden- ja sairaanhoidosta. Tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut hankitaan sopimuksiin perustuen sairaanhoi-topiireiltä.

Varusmiesten koulutukseen sisältyy terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvää koulutusta neljätoista tuntia, jaoteltuna terveyden- ja sairauden hoitoon, ensiaputoimiin, sosiaalisiin kysymyksiin, palvelus- ja liikenneturvallisuuteen, liikuntakasvatukseen, päihdetiedottamiseen sekä ympäristöterveydenhuoltoon ja ympäristönsuojeluun. Sosiaalisen ja henki-sen hyvinvoinnin-aihepiiriin kuuluvaa opetusta on sisällytetty myös johta-jakoulutukseen.

Puolustusvoimien internet-sivuilta löytyy palvelukseen astuville ase-velvollisille ja varusmiehille tarkoitettua tietoa ja linkkejä myös *sosiaalisen*

hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi muun muassa liikunnasta. Puolustusvoimien osallistuminen erilaisiin kampanjoihin on osaltaan tukenut terveyden edistämistyötä. Esimerkiksi ”Särmänä liikenteessä” -kampanjan, jonka toteuttavat Liikenneturva, puolustusvoimat ja Sotilaskotiliitto vuoden molemmille varusmiessaapumiselle, tavoitteena on saada nuoret pohtimaan, miten vakavia seurauksia voi pienilläkin virheratkaisuilla olla ja miten he voivat omilla valinnoillaan välttää liikenneonnettomuuksiin joutumista. Kampanjassa korostetaan konkreettisia selviytymiskeinoja: turvavyön käyttöä, nollalinjaa, kovien nopeuksien vähentämistä, näyttämisen tarpeen hyllyttämistä, kannustetaan huolehtimaan kavereistaan sekä kannustetaan väsyneenä ajamisen sijaan käyttämään julkista liikennettä. Puolustusvoimien kautta tavoitetaan merkittävä osa siitä ikäluokasta, joka tilastojen mukaan kuuluu liikenteen riskiryhmään.

Puolustusvoimain Komentajan linjausten (2004) mukaisesti Puolustusvoimat on osallistunut osana sisäisen turvallisuuden ohjelmaa ja yhteiskuntavastuun periaatteella THL:n koordinoimaan sekä yhdessä Siviilipalveluskeskuksen ja kuntasektorin kanssa toteutettavaan syrjäytymisvaarassa olevien nuorten psykososiaalisen tuen projektin, *Aikalisä -toimintamallin*, toteuttamiseen. Palveluohjauksessa hyödynnetään varusmiesten kutsuntavaihetta, varusmiespalveluksen odotusaikaa ja palveluksen alkuvaihetta (keskeytykset). Tällä hetkellä Aikalisä-tukipalvelu ulottuu yli 100 kuntaan ml. Helsinki, Vantaa, Espoo ja Tampere. Aikalisä -yhteistyömalli on saanut TALENTIAN (sosiaalialan korkeakoulutetut) Hyvä -käytäntö palkinnon (2007) innovatiivisuudestaan ja vaikuttavuudestaan.

Puolustusvoimien tarjoamia tukipalveluja täydentämään on Väestöliitto yhteistyössä puolustusvoimien kanssa avannut keväällä 2009 varusmiesten *tukipuhelimen*, jonka tarkoitus on osaltaan pyrkiä ehkäisemään syrjäytymisriskiä. Maksuton ja anonyymi puhelinpalvelu tarjoaa matalan kynnyksen moniammatillista tukea kutsuntoihin osallistuville ja varusmiespalvelusta suorittaville.

Puolustusvoimat on laatinut vuonna 2007 moniperustaisen *tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelman*, jossa on panostettu tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistämiseen sekä palkatun henkilökunnan että varusmiesten keskuudessa. Puolustusvoimat on myös mukana Sisäasianministeriön koordinoimassa EU:n rahoittamassa kansallisessa Yhdessä eteenpäin ilman syrjintää eli YES-ohjelmassa 2008-2010, jonka puitteissa on laadittu koulutusmateriaali kutsuntaviranomaisille ja tiedote kutsuntoihin osallistuville.

Pääesikunnan toimintasuunnitelmaan vuosille 2007–2011 kirjattiin johtajakoulutuksen kehittäminen, joka tähtää muun ohella esimiesaseman väärinkäytösten eli simputuksen poistamiseen. Pääesikunnan puolustusministerin selvityspyyntöön laatimassa muistiossa 17.8.2007 ”Esimiesaseman väärinkäytön (simputus) ehkäisy ja seuranta puolustusvoimissa” esitetään toimenpiteet esimiesaseman väärinkäytön torjunnan tehostamiseksi. Yhtenä keinona on tuotu esiin liikuntakoulutuksen uudistaminen sellaiseen muotoon, että simputetuksi tulemisen riski ja varusmiehen oman fyysisen

suorituskyvyn rajallisuuden synnyttämä simputetuksi tulemisen tunne vähenevät.

Asevelvollisten terveystarkastusten ja varusmiesten terveydenhuollon laadun kohottamiseksi on terveydenhuoltohenkilöstölle suunnattua *tiedotusta ja koulutusta* lisätty. Tätä on tukenut myös Terveystarkastusohjeen (TTO; Pääesikunta, 2006) uudistaminen sekä siihen vuonna 2008 tehdyt tarkennukset (TTO, Pääesikunta, 2008). Tarkennettu TTO perustuu uuteen asevelvollisuuslakiin ja valtioneuvoston asetukseen. TTO:n lisäksi Sotilaslääketieteen Keskus on laatinut Menettelytapaohjeiston, jonka tavoitteena on selventää ja yhtenäistää terveydenhuollon ammattihenkilöstölle toimintatapoja tavallisimpien sairausr ryhmien kohdalla.

Kutsunnoissa annetaan myös suosituksia liikunnasta ja terveellisistä elämäntavoista. Viimeisen 15 vuoden aikana kutsuntoihin saapuvien ja varusmiespalveluksensa aloittavien nuorten paino on noussut 7–8 kg. Palveluskelpoisuuden kannalta tilannetta hankaloittaa vielä, että varusmiesten aerobinen kunto ja lihaskunto ovat heikentyneet - sama ilmiö jatkuu reserviläisten kuntoseurannassa. Varusmiesten ruokatottumuksissa on myös terveyden kannalta toivomisen varaa. Vuoden 2008 kutsunnoissa ylipainon ja huonon kunnan vuoksi vapautettuja oli 80 kpl.

Puolustusvoimat ohjaa terveystarkastuksissa kutsuntoihin tulevia nuoria kohentamaan kuntoa ja kiinnittämään huomiota painonhallintaan ennen palvelukseen astumista omatoimisesti sekä tukeutumalla siviiliterveydenhuollon palveluihin

Puolustusvoimien varusmieskoulutukseen kuuluu oleellisena osana nousujohteinen fyysisen *liikunnan koulutusohjelma*, jonka tavoitteena on myös motivoida varusmiehiä jatkamaan liikuntaharrastusta palveluksen jälkeen. Puolustusvoimat on ollut tai on mukana useissa varusmiesten kuntoon, terveellisiin elämäntapoihin ja toimintakykyyn liittyvissä selvityksissä, tutkimuksissa ja projekteissa. Näitä ovat esimerkiksi varusmiesten painonhallinta ja terveyden edistämistutkimus VARU, Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitoksen -liikuntainterventiohanke ennen varusmiespalvelusta, Kunnossa Kassulle -pilottihanke, Opetusministeriön Liikkuva koulu -projekti sekä Maanpuolustuskorkeakoulun Asevelvollisten toimintakyky -tutkimus.

Puolustusvoimien päihdeohjelman (2005) tarkoituksena on antaa perusteet Puolustusvoimille palkatun henkilöstön, asevelvollisten sekä sotilaisissa kriisinhallintatehtävissä palvelevien päihdehaittojen käsittelylle ja hoitoonohjauksjärjestelmän toteuttamiselle. Ohjelman avulla ohjataan sekä ennaltaehkäisevän toiminnan toteuttamista että menettelytapojen yhtenäistämistä päihdehaittoja käsiteltäessä. Päihderiskien ehkäisyyn ja hallintaan liittyviä haasteita puolustusvoimissa ovat muun muassa lisä- ja täydennyskoulutus perusyksiköiden henkilökunnalle nuorten päihteiden käyttöön liittyvistä aiheista, mini -interventio rauhanturvatehtäviin lähtevän ja tehtävistä palaavalle henkilöstölle, saapumiserittäin pyritään järjestämään koulutusta esimerkiksi Terveitä aamuja varuskunnassa – tapahtumien yhte-

ydessä, varusmiesesimiehille lisäkoulutusta johtajakauden alussa, reserviläisille järjestetään tietoisu puolustusvoimien päihdepoliittisista linjauksista kertausharjoitusten alussa sekä esimiesten kouluttaminen siten, että osataan tunnistaa, puuttua ja ohjata hoitoon päihdeongelmista kärsiviä palkattua henkilöstöä

Liikenneturvallisuus -kampanjalla tuetaan julkisten liikennevälineiden käyttöä ja turvallista ajotapaa. Maksuttomien lomamatkojen määrän lisäyksellä varusmiehiä on ohjattu käyttämään julkisia liikennevälineitä (linja-auto, juna, lentokone). Tämän lisäksi Puolustusvoimat toteuttaa yhteistyössä Liikenneturvan ja Sotilaskotiliiton kanssa ”Särmänä liikenteessä” -kampanjan molemmille varusmiessaapumiserille vuonna 2009. Kampanjan tavoitteena on herättää keskustelua varusmiesten omaan liikkumiseen liittyvistä riskeistä ja niiden välttämistä sekä vahvistaa turvallisia toimintamalleja. Kampanjan kohderyhmänä ovat 24 000 varusmiestä sekä heidän omaisensa ja lähipiirinsä. Puolustusvoimien toimintasuunnitelman 2009–2013 mukaisesti vuonna 2009 järjestettävän ”Särmänä liikenteessä” liikenneturvallisuuskampanja jatkuu eri joukko-osastoissa.

Muista ministeriön keskeisistä hyvinvointia ja terveyttä koskevista kampanjoista mainittakoon Varuskumi-kampanja (SPR), Kotirauhaa -kampanja (Väestöliitto), Alkoholiohjelma 2004–2007, Savuton Suomi 2040 -kampanja (STM, THL, Terveys ry) sekä monet liikunta-kampanjat.

Asevelvollisten *asemaa ja etuuksia* on parannettu PLM:n koordinoiman poikkihallinnollisen yhteistyöryhmän kautta. Varusmiesten *toimeentuloturva* on uudistettu korottamalla etuuksien tasoa: päivärahoja korotettiin vuosina 2007 ja 2009, maksuttomien lomamatkojen määrää lisättiin 2006 ja 2008 ja sotilasavustuslakia muutettiin 2008. Varusmies- ja siviilipalvelus ei edelleenkaan kerrytä eläkettä.

Puolustusvoimat on laatinut ensimmäisen *liikuntastrategiansa*, jonka visiona on vuosina 2007–2016 liikuttaa aktiivisesti ja turvallisesti vuosittain noin 27 000 varusmiestä, noin 16 000 palkattuun henkilökuntaan kuuluvaa sekä noin 25 000 reserviläistä. Liikuntakasvatusteemana on ollut ”Kannusta Kaveri kuntoon”. Liikuntastrategiaan pohjautuen Pääesikunnan henkilöstöosasto on laatinut asevelvollisten ja reserviläisten fyysistä koulutusta ohjaavan normin, jossa on suoranaisten liikuntakoulutuksen uudistuksen lisäksi tarkennettu myös liikuntatilanteiden turvallisuusohjeita niihin liittyvien terveysriskien vähentämiseksi.

Varusmiespalveluksen aikainen liikuntakoulutus tähtää nousujohteisuuteen ja palauttavuuteen. Palvelus aloitetaan kevyesti liikkuen rasituksen kasvaessa palveluksen edetessä. Palveluksessa kuntoa kohotetaan liikuntakoulutuksen ohella muun muassa taistelukoulutuksella, siirtymisillä ja kuntoilupeleillä.

Liikuntakoulutuksessa juoksu itsenäisenä osana tuntikehystä on korvattu *sauvakävelyllä* kesän saapumiserälle. Juoksua sisältyy edelleen marssi- ja taistelukoulutukseen sekä niihin liikuntamuotoihin, joissa se on olennainen osa kyseistä lajia. Puolustusvoimat on maailman ensimmäinen armeija, jolla

on käytössä kävelysauvoja. Kuntotestissä erittäin huonokuntoisiksi todetuille ja merkittävästi ylipainoisille laaditaan liikunta- tai terveysalan ammattilaisen avustuksella henkilökohtainen *terveysliikuntaohjelma*. Varusmiesten osallistumista vapaa-ajalla tapahtuvaan liikuntaan voidaan kannustaa monin keinoin, kuten esimerkiksi *kuntopistejärjestelmällä*. Osallistuessaan vapaa-ajalla järjestettäviin vapaaehtoiisiin liikuntatapahtumiin, kertyy varusmiehelle ns. kuntopisteitä. Kuntopisteiden kerääminen on mahdollista myös suorittamalla erikseen määriteltyjä liikuntasuorituksia. Varusmiesten vapaa-ajan omatoimista liikuntaa edistetään helposti saatavilla olevilla liikuntavälineillä ja käytettävissä olevilla laadukkailla suorituspaikoilla. Matalan kynnyksen liikuntaa tarjoavilla *Nintendo Wii -pelikonsolit ja Wii Fit -kuntoilupelit* ovat lahjoitus Maapuolustuksen kannatussäätiöltä ja niillä pyritään kannustamaan varusmiehiä vapaa-ajan liikunnan harrastamiseen.

Puolustusvoimat pyrkii kannustamaan omaehtoiseen terveydestä ja kunosta huolehtimiseen myös osallistumalla erilaisten *kilpailujen ja kampanjoiden* järjestämiseen eri yhteistyötahojen kanssa. Viime vuosina järjestetyt kilpailut ovat keskittyneet tupakoinnin ja lihavuuden torjuntaan sekä kunnon kohennukseen. Näitä ovat olleet muun muassa painon pudottamiseen tähdännyt ”Suurin pudottaja -kisat” Viestirykmentissä ja Porin Prikaatissa sekä Kymenlaakson ”Kunnossa kassulle” –hanke, jossa varusmiehet pyritään saamaan hyvään peruskuntoon jo ennen ensimmäistä kasarmiaamua.

Myös puolustusvoimien *tutkimus- ja kehittämistoiminta*, jota toteutetaan sekä omana toimintana että yhteistyössä puolustusvoimien ulkopuolisten yhteistyötahojen kanssa, tuottaa erilaisten opinnäytetöiden, kehityshankkeiden ja tutkimusprojektien muodossa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen hyödynnettävissä olevia välineitä.

10.6 SISÄASIAINMINISTERIÖ – SYRJÄYTYMISEN LISÄÄNTYMINEN KESKEINEN TURVALLISUUSHAASTE

Valtioneuvosto teki 8.5.2008 periaatepäätöksen *sisäisen turvallisuuden ohjelmasta*. Ohjelmassa valtioneuvosto määrittää poikkihallinnollisesti sisäisen turvallisuuden keskeiset tavoitteet ja toimenpiteet. Ohjelma ulottuu vuoteen 2015.

Ohjelmassa on määritelty syrjäytymisen lisääntyminen keskeiseksi turvallisuushaasteeksi. Köyhyys, pienituloisuus ja työttömyys ovat asioita, jotka perinteisesti on liitetty syrjäytymiseen. Näiden rinnalle on tullut vaikeammin havaittavaa syrjäytymisen muotoja ja ryhmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi tavallisten, hyvin toimeentulevien perheiden lapset, jotka eivät hanki ammatti- tai muuta koulutusta ja joiden vuorokausirytmä poikkeaa tavanomaisesta. Elävän elämän sosiaalisten kontaktien korvautuminen verkkoyhteisöllä saattaa vääristää nuoren todellisuudentajua. Internet tarjoaa mahdollisuuksia löytää samalla tavalla ajattelevia, ja ryhmässä yksilöt vahvistavat toisiaan.

Edellä kuvattu ilmiö liittyy Jokelan ja Kauhajoen koulusurmiin. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa vahvistetaan toimenpiteitä koulusurmien ja vastaavien väkivallan tekojen ennalta ehkäisemiseksi ja niihin varautumiseksi. Tämän vuoden lopulla valmistuvat muun muassa uudet ohjeet oppilaitosten ja korkeakoulujen turvallisuuden varmistamiseksi.

Alkoholi on keskeinen tekijä väkivallan ja tapaturmien taustalla. Alkoholi on mukana joka kolmannessa tapaturmassa. Noin 80 prosentissa henkirikoksia joku osapuolista on alkoholin vaikutuksen alaisena tekohetkellä ja noin 60 prosentissa henkirikoksia kaikki osapuolet ovat teon hetkellä alkoholin vaikutuksen alaisia. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa päätetyn mukaisesti alkoholiveroa on tarkistettu kahdesti ylöspäin. Alkoholihaittojen torjunta on päätetty ottaa osaksi paikallista turvallisuussuunnittelua.

Sisäisen turvallisuuden ohjelman keskeinen tavoite on vähentää väkivallan määrää. Erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan vähentäminen ja väkivallan kohteeksi joutuneiden lasten ja nuorten auttaminen ovat ohjelman keskeisiä tavoitteita. Ohjelmassa on toimenpiteitä koulutuksen kehittämiseksi niin, että väkivallan uhrin pystytään tunnistamaan ja ohjaamaan hoitoon nykyistä kattavammin. Tavoitteeksi on asetettu, että lasten ja nuorten valmiudet suojata itseään internetin avulla toteutettavalta seksuaaliselta hyväksikäytöltä paranevat. Tähän liittyy muun muassa hanke kriminalisoida lasten houkuttelevuus seksuaaliseen tekoon (grooming). Ohjelmassa on päätetty myös toimenpiteistä, joilla puututaan maahanmuuttajalasten ja -nuorten erityiskysymyksiin, kuten kunniaan liittyvään väkivaltaan ja tyttöjen ympärileikkauksiin.

On myös käynnistetty Lastentalo –toimintamalli, jonka tavoitteena on, että seksuaalisen ja fyysisen väkivallan uhriksi joutuneiden lasten ja nuorten jutut pystytään tutkimaan niin, että esitutkinta ja oikeusprosessi eivät vahingoita lasta ja nuorta entisestään. Sisäisen turvallisuuden ohjelmaan sisältyvät myös päätökset ensi- ja turvakotien ja rikosuhripäivystyksen toiminnan valtakunnallistamisesta. Kumpikin edellä mainittu toimenpide ovat keskeisiä väkivallan vähentämisen näkökulmasta.

Tapaturmien ja onnettomuuksien määrän vähentäminen on sisäisen turvallisuuden ohjelman keskeinen tavoite. Tavoitteen saavuttamiseksi ohjelmassa on päätetty useista toimenpiteistä. Näitä ovat muun muassa yhteistyön lisääminen tapaturmien ehkäisyssä ja hyvin käytäntöjen levittäminen yli sektoreiden rajojen. Myös koulutusta kehitetään.

Suomalaiset ovat entistä monietnisempiä, ja tämä asettaa haasteita myös turvallisuuspalveluille. Parhailtaan valmistellaan suosituksia siitä, miten etnisten vähemmistöjen ja maahanmuuttajien turvallisuusasiat tulisi huomioida osana paikallista turvallisuussuunnittelua. Kaikkien väestöryhmien turvallisuuden ja turvallisuuden tunteen parantaminen on yksi keino lisätä ihmisten osallisuuden tunnetta ja sosiaalisen koheesion ylläpitämistä.

Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanoon osallistuvat viranomaisten lisäksi myös järjestöt ja elinkeinoelämä.

Suomessa *maahanmuutto* on 2000-luvulla sekä lisääntynyt että muut-
tanut muotoaan. Pakolaisten ja muista humanitaarisista syistä muuttavien
määrä on suhteessa vähentynyt ja taas perhesitein tapahtuva ja työperusteinen
maahanmuutto ovat kasvaneet. Pääministeri Matti Vanhasen I hallitus
valmistelikin hallituksen *maahanmuuttopoliittisen ohjelman*, jonka valtio-
neuvosto hyväksyi periaatepäätöksenä lokakuussa 2006. Tässä ohjelmassa
maahanmuuttoa tarkastellaan kokonaisvaltaisesti, mutta keskeiset teemat
ovat varautuminen näköpiirissä oleviin työvoiman saatavuusongelmiin myös
työperusteista maahanmuuttoa kehittämällä sekä kotouttamisjärjestelmän
ohjauksen tehostaminen ja väestöryhmien välisten etnisten suhteiden pa-
rantaminen. Avainsektoreita kotouttamisessa ovat asuminen, koulutus,
päivähoito ja muut sosiaalipalvelut, terveydenhuolto ja työvoimapalvelut.
Lisäksi tarvitaan kohdennettuja ja tehokkaita kotoutumista edistäviä eri-
tyispalveluja.

Maahanmuuttajien *kotouttamista koskeva laki* tuli voimaan 1.5.1999.
Kotouttamislain muutoksella vuoden 2006 alusta lukien selkiytettiin eri
viranomaisten tehtäviä, työnjakoa ja vastuuta. Lakiin lisättiin lisäksi ohjeel-
linen luettelo kotoutumista edistävästä toimenpiteistä ja palveluista, jotka
tuli ottaa huomioon kotouttamisohjelmia ja kotoutumissuunnitelmia laa-
dittaessa.

Hallituksen toinen selonteko kotouttamislain toimeenpanosta annettiin
eduskunnalle 2.10.2008. Kotouttamisselonteossa todetaan, että maahan-
muutto on lisääntynyt ja monipuolistunut esimerkiksi työvoiman maahan-
muuton myötä. Kotouttamisen toimeenpanossa tulisi asettaa tavoitteeksi
maahanmuuttajien työttömyyden alentaminen, kouluttautumisedellytysten
lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy sekä kotoutumiskoulutuksen määrän ja
saatavuuden lisääminen. Selonteossa on useita kehittämisehdotuksia lain
uudistamiseksi.

Selonteossa todetaan, että maahanmuuttajien terveydentilasta, koetus-
ta terveydestä tai terveyspalvelujen taikka sosiaalipalvelujen tarpeesta on
Suomessa tähän mennessä kerätty hyvin vähän tietoa. Onkin tärkeää, että
esimerkiksi THL on suunnittelemassa laajaa Maahanmuuttajien terveys- ja
hyvinvointitutkimusta vuosille 2008–2012. Lisäksi sisäasiainministeriö on
kotouttamisrahastoon kuuluvana kansallisena hankkeena koordinoimassa ja
kehittämässä vuoden 2009 aikana kotouttamisen ja etnisten suhteiden indi-
kaattoreita sekä maahanmuuttajabarometritutkimusta.

Tutkimusten ja seurannan lisäksi tarvitaan kuitenkin myös konkreettisia
tekoja maahanmuuttajien terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämise-
ksi. Lisäksi kohdennettuja toimenpiteitä tulisi jatkossa suunnatta esimer-
kiksi maahanmuuttajavanhuksien hyvinvoinnin edistämiseksi, mielenter-
veyspotilaiden ja kidutettujen kuntoutukseen.

10.7 TYÖ- JA ELINKEINOMINISTERIÖ – SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄJÄT TODELLISTA TYÖVOIMARESERVIÄ

Sosiaali- ja terveystalitiikan kannalta erityisen haasteen muodostavat *vaikeasti työllistyvät ja heikossa työmarkkina-asemassa olevat henkilöt*. Työttömyyden pitkittymisen ja työmarkkinoille sijoittumisen vaikeuksiin liittyviä syitä voi olla useita, kuten vajaakuntoisuus, päihde- ja mielenterveysongelmat, elämähallintaan ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat. Joukkoon kuuluu nuoria, joiden perus- ja/tai ammatillinen koulutus on keskeytynyt, ikääntyneitä työnhakijoita, joiden koulutus ja työkokemus eivät vastaa nykyisiä työelämän vaatimuksia sekä maahanmuuttajia ja etnisiin vähemmistöihin kuuluvia. Kaikki heikossa työmarkkina-asemassa olevat eivät välttämättä kuulu em. vaikeasti työllistyvien ryhmään. Myös lyhyemmän aikaa työttömänä olleilla on vastaavanlaisia ongelmia sijoittua työmarkkinoille.

TE-toimiston asiakkaista suuri määrä tarvitsee ensisijaisena palveluna sosiaali- ja terveyspalveluja. Tämä johtopäätös on vedettävissä syksyllä 2008 laaditusta työnhakijoiden työllistymisen esteitä koskevasta kartoituksesta, jonka piiriin kuului noin 72 000 henkilöä (27 prosenttia työvoimatoimistojen ja TYP:n asiakkaista). Työllistymisen esteinä nousivat esille erityisesti vajaakuntoisuus, päihde- ja mielenterveysongelmat, motivaation puute, erilaiset sosiaaliset ongelmat sekä ikään liittyvät kysymykset. Eläkevaihtoehto nousi vahvasti esille erityisesti yli 55-vuotiaiden kohdalla. Jos asiakas ei saa palvelutarpeensa mukaista palvelua, palveluprosessi ei etene TE-toimistossa.

Puuttuvien palvelujen vuoksi työttömyys pitkittyy ja ongelmat vaikeutuvat. Terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat todellista työvoimareserviä eli 25–50-vuotiaita. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden osuus työllistymisen esteistä oli korkea 20–39-vuotiailla. Erilaiset sosiaaliset ongelmat ja elämäntilanteen kriisit vaikeuttavat erityisesti 15–34-vuotiaiden työllistymistä. Vanhemmissa ikäryhmissä (yli 55-vuotiaat) työllistymisen esteenä on asiakkaan ikä ja eläkehakuisuus (em. ryhmään kuuluu ns. eläkeputkessa olevat).

Kuntouttavaa työtoimintaa koskeva laki velvoittaa kunnat ja TE-toimistot yhteistyössä suunnittelemaan kullekin asiakkaalle sopivan aktivoivan palvelukokonaisuuden. Aktivointisuunnitelmaa laadittaessa on ensiksi selvitettävä mahdollisuus tarjota työtä tai työllistymistä edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma voi näiden toimenpiteiden ohella sisältää myös työllistymismahdollisuuksia parantavia sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja koulutuspalveluja. Laissa todetaan, että jos TE-toimisto arvioi, ettei henkilölle voida viimeistään kolmen kuukauden kuluessa tarjota työtä tai työllistymistä edistäviä toimenpiteitä, aktivointisuunnitelmaan tulee sisältyä kuntouttava työtoiminta. Kuntouttavan työtoiminnan käytöstä ei ole kattavaa tilastotietoa. TEM:n tilastojen mukaan työmarkkinatuetta kuntouttavan työtoimin-

nan piiriin siirtyessään noin 22,5 prosenttia on saanut työmarkkinatukea enintään 500 päivältä ja lähes 60 prosenttia on saanut työmarkkinatukea vähintään 1 000 päivää.

Työttömien työnhakijoiden työllistymisen edistämisen näkökulmasta on ongelmallista, että kuntouttava työtoiminta, jonka tavoitteena on henkilön elämänhallinnan parantaminen ja edellytysten luominen työllistymiselle, sisällytetään aktivointisuunnitelmaan työttömyyden kestänyt pitkään. Elämänhallinnan ongelmat ovat usein este työvoimapalvelujen käyttämiselle. Jotta työllistymisen edellytykset paranisivat, tulisi kuntouttavaa työtoimintaa tarjota nykyistä aikaisemmin.

Työvoimatoimiston palvelumalli on perinteisesti rakentunut pääosin henkilöasiakkaiden palvelun pohjalta. Peruspalvelussa asioivat työnhakija-asiakkaat, joiden oletetaan sijoittuvan avoimille työmarkkinoille tai koulutukseen joko suoraan tai työllistymistä edistävien toimenpiteiden avulla. Vuosina 2003–2007 uudistettiin työvoimatoimistojen palvelurakenne ja palvelumalli. Vaikeimmin työllistyvien, moniammatillista tukea tarvitsevien asiakkaiden palveluun perustettiin työvoiman palvelukeskukset (TYP) työhallinnon, kuntien ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyönä. Vastaavasti työvoimatoimistojen palvelumallia uudistettiin tavoitteena voimistaa avoimille työmarkkinoille suuntaavia palveluja työvoimatoimistojen työssä.

Työvoiman palvelukeskusten tavoitteina ovat rakenteellisen työttömyyden vähentäminen, työttömyyden perusteella maksettavien toimeentulotukimenojen ja työmarkkinatuen vähentäminen, aktivointiasteen ja työmarkkinatuen aktiivisuuden nostaminen sekä asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn sekä aktiivisen elämän ja osallisuuden lisääminen. Vuonna 2009 itsenäisiä TE-toimistoja on 74 ja TYP:a 39. TYP-toiminnassa on mukana manner-Suomesta 143 kuntaa ja ulkopuolella 190 kuntaa.

Työvoimatoimistot ovat vuoden 2009 alusta olleet työ- ja elinkeinotoimistoja. Tällä hetkellä palvelujen järjestämisvastuu ei ole riittävän selkeä. TE-toimistot kokevat turhaksi sen, että sosiaalitoimi ohjaa kaikki työikäiset työtä vailla olevat TE-toimistoon asiakkaiksi, vaikka TE-toimistolla ei olisi tarjota asiakkaan palvelutarpeen mukaisia palveluja eikä asiakas ole kaikissa tapauksissa itse motivoitunut edistämään työllistymistään. Työ- ja elinkeinoministeriön näkemyksen mukaan tilannetta voitaisiin selkeyttää sillä, että TE-toimisto voisi olla hyväksyttämättä henkilöä asiakkaaksi, jos esimerkiksi päihde- tai mielenterveysongelma estää työhallinnon palveluiden käytön. Asia tulisi ratkaista säännöksiä muuttamalla, koska paikallistasolla neuvottelemalla kysymystä ei pystytä ratkaisemaan.

Työ- ja elinkeinoministeriö on valmistelemassa julkisesta työvoimapalvelusta annetun lain muuttamista *työllistymisen tehostamiseksi* siten, että nopeutetaan ja systematisoidaan suunnitelmallista työnhakua sekä järjestetään sen osana tarvittavat aktivointitoimenpiteet työpaikan saamiseksi, työttömyyden pitkittyessä tilannetta arvioidaan uudelleen ja ryhdytään tehostettuihin toimenpiteisiin, aktiivitoimenpiteisiin kannustetaan maksamalla aktiivikaudelta korkeampaa tukea.

Sosiaali- ja terveystalvelujen yritystoimintaa seurataan TEM:n toimialapalvelun asiantuntijatoiminnalla. Toimialapalvelu koordinoi ja kehittää pk-yritystoimintaan keskittynyttä asiantuntijatyöskentelyä sekä tietopalvelua. TE-keskusten alueelliset vastuuhenkilöt toimivat sosiaalipalvelualan alueellisina asiantuntijoina muun muassa yrityshankkeiden rahoitukseen, kehittämiseen tai neuvontaan liittyvissä asioissa.

Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus, Tekes on merkittävä hyvinvointialan kehittämissohjelmien rahoittaja. FinnWell on ollut yksi Tekesin kaikkien aikojen laajimmista ohjelmista. Sen toteutuksen arviointiin perustuen Tekes käynnisti kesäkuussa 2008 laajan ohjelman ”Innovaatiot sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmässä” (240 milj. euroa). Ohjelman tavoitteena on uudistaa julkisen sektorin järjestämissvastuulla olevaa sosiaali- ja terveystalvelutuotantoa, edistää palvelujen saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta sekä edistää yritysten liiketoimintamahdollisuuksia alalla.

Osaamiskeskusohjelma (OSKE) käsittää 13 kansallista osaamisklusteria, joista kuhunkin kuuluu 4–7 alueellista osaamiskeskusta. Hyvinvointiala on yksi OSKE-klustereista. Se tarkoittaa terveys-, sosiaali- ja muiden hyvinvointipalveluiden sekä niihin liittyvien teknologiatuotteiden kokonaisuutta. Alaan katsotaan kuuluvaksi myös hyvinvointimatkailu, terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvät tuotteet ja palvelut.

Sosiaali- ja terveystalveluihin kohdistuvia, Euroopan Unionin vuosien 2007–2013 rakennerahasto-ohjelmista rahoitettavia kehittämishankkeita on meneillään 120. Niille myönnetyn EU-rahoituksen ja valtion rahoituksen yhteismäärä on hieman yli 27 miljoonaa euroa. Projektin osuus kaikista EAKR- ja ESR-projekteista on noin 6 prosenttia.

Työ- ja elinkeinoministeriö on aloittanut koko TEM-konsernia koskevan *strategisen hankkeen hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiseksi kehittämissiksi (HYVÄ)* joka kestää 28.2.2011 saakka. *Hyvinvointialalla tarkoitetaan hankkeessa ensisijaisesti sosiaali- ja terveystalvan palvelutoimintaa.* Hankkeen lähtökohtana on pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma, jonka mukaan hallitus edistää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta palvelutuotannossa sekä kannustaa tilaaja-tuottajamallien käyttöön ottoa. Hankkeessa keskitytään sosiaali- ja terveystalvan osaavan työvoiman saannin, yritystoiminnan ja tuloksellisuuden parantamisen edellytyksiin. Erityisesti osaavan työvoiman saannin turvaaminen tulee seuraavien vuosikymmenten aikana ratkaisemaan sosiaali- ja terveystalvelujen toimivuuden. Palvelujen tuottavuuden parantamisella, uusien palvelukonseptien kehittämiseen kytkettävillä yritys- ja liiketoimintakonsepteilla ja teknologioilla sekä palvelutarpeisiin vaikuttamalla voidaan työvoimakysymys ratkaista.

Työ- ja elinkeinoministeriön ydintavoitteena on yhtäältä turvata sosiaali- ja terveystalvelut ja niiden kehittämisen edellytykset ja toisaalta tukea hyvinvointitoimialan edellytyksiä kasvuun ja kansainvälistymiseen. Tavoitteena on myös tukea sosiaali- ja terveystalministeriön hyvinvointipolitiikan ja sen keskeisten kansallisten hankkeiden toteutusta samoin kuin valtiovarainministeriön vastuulla toteutettavaa kunta- ja palvelurakennemuudistusta.

Hyvinvointihanketta kokonaisuutena on toteutettu tiiviissä yhteistyössä eri hallinnonalojen, kuntasektorin ja alan toimiala- ja työmarkkinaosapuolten kanssa.

Laki julkisista hankinnoista oli sosiaali- ja terveystalouden tuotannon kannalta keskeinen 2000-luvulla toteutettu *lainsäädännöllinen uudistus*. Kuntien ja muiden julkisyhteisöjen oman organisaationsa ulkopuolelta tehtävät hankinnat on lähtökohtaisesti kilpailutettava hankintalain mukaisesti. Erityisesti sosiaali- ja terveystalouden hankintoihin keskittyneen hankintalain toimivuutta koskevan selonteon (VNS 7/2008) johtopäätös oli, että hankintalainsäädäntö on pääosin kunnossa, mutta sen edellyttämässä käytännön hankinta- ja tarjousosaamisessa on paljon kehitettävää sekä tilaaja- että yrittäjäpuolella. Tämä korostuu erityisesti pienissä hankintayksiköissä ja pienissä yrityksissä. Tilanteen parantamiseksi sosiaali- ja terveystalouden hankintojen kansallinen kynnyksiarvo on tarkoitus nostaa vuoden 2010 alusta lukien 50 000 eurosta 100 000 euroon. Muutoksen jälkeen nämä hankinnat voitaisiin tehdä hankintalain mukaisesti kevyemmin menettelyin.

Työelämän kehittämiseen liittyvät vuoden 2006 jälkeen voimaan tulleet olennaiset lainsäädäntömuutokset liittyvät työsopimuslain perhevapaita, määräaikaista työsuhteita ja vuokratyötä koskeviin uudistuksiin, tilaajavastuun säätämiseen sekä kokonaan uuden nk. yt-lain säätämiseen.

Perhevapaita koskevia säännöksiä muutettiin lailla 29.6.2006/533. Työsopimuslain ja merimieslain ottovanhempien hoitovapaa-oikeutta, etävanhemman tilapäistä hoitovapaa-oikeutta sekä vammaisen ja pitkäaikaissairaana lapsen vanhemman oikeutta osittaiseen hoitovapaaseen koskevia säännöksiä muutettiin. Ottovanhemman oikeutta hoitovapaaseen laajennettiin siten, että hoitovapaata voi käyttää lapsen täytettyä kolme vuotta siihen asti, kun lapsen adoptoinnista on kulunut kaksi vuotta. Hoitovapaa-oikeus päättyy kuitenkin viimeistään silloin, kun lapsi aloittaa koulun. Samalla oikeutta tilapäiseen hoitovapaaseen laajennettiin koskemaan myös lapsen eri taloudessa asuvaa vanhempaa.

Lisäksi vammaisen ja pitkäaikaissairaana lapsen vanhempien työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen helpottamiseksi oikeutta osittaiseen hoitovapaaseen laajennettiin siihen asti, kun erityistä huoltoa ja hoitoa tarvitseva lapsi täyttää 18 vuotta. Myös äitiys-, isyys-, vanhempain- ja hoitovapaasta ilmoittamiselle säädettyjä ilmoitusaikoja muutettiin vastaamaan muuttuneen työelämän tarpeita.

Määräaikaista työsuhteita koskevat muutokset tulivat voimaan 1 päivänä tammikuuta 2008. Muutoksilla parannettiin määräaikaisten työsuhteissa työskentelevien työntekijöiden asemaa sekä pyrittiin ehkäisemään sellaisten määräaikaisten työsopimusten käyttöä, joille ei ole olemassa lain mukaista perustetta. Tavoitteena oli myös tehostaa työnantajan velvollisuutta antaa selvitys keskeisistä työsuhteen ehdoista.

Työsopimuslakia sekä työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta annettua lakia muutettiin siten, että työnantajalle säädetyt työnteon keskeisiä ehtoja koskevan selvityksen antamisvelvollisuuden rik-

komisesta tuli rangaistavaa. Lisäksi työsuojeluviranomaisen toimivaltuuksia muutettiin siten, että työsuojeluviranomainen voi antaa kehotuksen sen varmistamiseksi, että työnantaja täyttää velvollisuutensa antaa selvitys työnteon keskeisistä ehdoista.

Vuokratyötä koskeva erityissääntely tuli voimaan 1 päivänä tammikuuta 2009. Muutosten tarkoituksena oli parantaa vuokratyöntekijöiden asemaa saattamalla lainsäädäntö paremmin vastaamaan vuokratyön erityispiirteitä.

Työsopimuslakiin lisättiin yleissäännös vuokratyöryhtymien ja käyttäjäryhtymien välisestä tietojenantovelvollisuudesta, vuokratyötä koskeva erityissäännös koeajasta ja oikeudesta saada kirjallinen selvitys työnteon keskeisistä ehdoista. Lisäksi tilaajan selvitysvelvollisuudesta ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä annettuun lakiin lisättiin säännös käyttäjäryhtymien luottamusmiehen tai luottamusvaltuutetun sekä työsuojeluvalluutetun tiedonsaantioikeudesta.

Vuoden 2007 alussa tuli voimaan *laki tilaajan selvitysvelvollisuudesta* ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä.

Lain tarkoituksena on edistää yritysten välistä tasavertaista kilpailua ja työehtojen noudattamista sekä luoda yrityksille edellytyksiä varmistaa, että niiden kanssa sopimuksia tekevät yritykset täyttävät sopimuspuolina ja työnantajina lakisääteiset velvoitteensa. Tilaajalle säädettiin (tietyin rajoituksin) velvollisuus selvittää sellaisen sopimusosapuolen taustoja, jonka kanssa hän tekee sopimuksen vuokratyövoiman käytöstä tai alihankintatyöstä.

Uusi laki yhteistoiminnasta yrityksissä (334/2007) ja erikseen laki yhteistoiminnasta suomalaisissa ja yhteisönlaajuisissa yritysryhmissä (335/2007) tulivat voimaan 1.7.2007. Lain tarkoituksena ja sen eri yhteistoimintamenettelyjä koskevissa säännöksissä korostetaan aikaisempaa enemmän yhteistoiminnan henkeä ja yksimielisyyteen pyrkimistä. Yhteistoimintalakeja sovelletaan yritykseen, jossa työskentelee säännöllisesti vähintään 20 työntekijää. Lain soveltamisala laajeni ja sen piiriin kuuluvat kaikki yritykset ja muut yhteisöt siitä riippumatta, onko niiden toiminta tarkoitettu voittoa tuottavaksi.

Yrityksessä on laadittava yhteistoiminnassa vuosittain henkilöstösuunnitelma ja koulutustavoitteet. Niiden sisältöä tarkennettiin siten, että niissä tulee käydä ilmi yrityksen henkilöstön rakenteen ja määrän kehittymisen ohella periaatteet erilaisten työsuhdemuotojen käytöstä ja arvio työntekijöiden ammatillisen osaamisen vaatimuksissa tapahtuvista muutoksista ja sekä tähän arvioon perustuvat koulutustavoitteet. Suunnitelman ja tavoitteiden toteutumista on myös seurattava. Työnantajan on annettava henkilöstöryhmien edustajien pyynnöstä neljännesvuosittain myös tiedot yrityksen määrääkäsistä ja osa-aikaisista työntekijöistä.

Aloitteen antamiselle neuvottelujen käynnistämiseksi ei ole vähimmäis-aikaa. Työnantajan on annettava sekä aloite että kulloistakin asiaa koskevat tiedot riittävän ajoissa, jotta henkilöstöryhmien edustajat voivat valmistautua neuvotteluun. Työvoiman vähentämistilanteissa aloite on annettava viimeistään viisi päivää ennen neuvottelujen aloittamista. Työntekijöiden

irtisanomista, lomauttamista ja osa-aikaistamista koskevien neuvottelujen vähimmäisaika piteni seitsemästä päivästä 14 päivään, jos ne koskevat alle 10 työntekijää. Jos ne koskevat vähintään 10 työntekijää, neuvottelu-aika säilyi kuutena viikkona.

Hyvityseuraamus siitä, että työntekijä on irtisanottu, lomautettu tai osa-aikaistettu noudattamatta yhteistoimintamenettelyä, on enintään 30 000 euroa. Laissa on myös tavanomaisen rangaistussäännöksen lisäksi uudenmuotoista turvaamistointia koskeva säännös, jos työnantaja laiminlyö antaa tiedottamisvelvollisuutensa piiriin kuuluvat tiedot henkilöstöryhmien edustajille. He voivat vaatia tuomioistuimelta päätöstä, jossa työnantaja veloitetaan antamaan nämä tiedot sakon uhalla. Jos työnantaja ei laadi henkilöstösuunnitelmaa tai koulutustavoitteita, voi vastaavaa päätöstä hakea lakia valvova työ- ja elinkeinoministeriö.

Vuonna 2007 perustetun joustoturvatyöryhmän tavoitteena on parantaa työmarkkinoiden toimivuutta sekä edistää *työelämän laatua ja työn tuottavuutta*. Joustoturvatyön tavoitteiden toteutuminen edellyttää kohoavaa työllisyysastetta sekä hyvää työelämän laatua ja työelämän jatkuvaa kehittämistä. Työelämän laatu -työryhmään liittyen on perustettu 1.6.2009 työelämän laadun TYLA-toimenpidehanke, jonka tavoitteena on edistää TEM-konsernin keskinäistä yhteistoimintaa ja verkostoyhteistyötä siten, että ministeriön tavoitteet työelämän laadun ja tuottavuuden samanaikaisesta parantamisesta saadaan jalkautettua työpaikoille entistä järjestelmällisemmin.

Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmalla on keskeinen asema työvoiman kysyntää ja tarjontaa tukevien toimien yhteensovittamiseen eri hallinnonalojen välillä. Ohjelmassa toteutetaan tulevaisuuden työvoimatarpeiden kannalta välttämättömiä rakenteellisia uudistuksia, edistään yrittäjyyttä sekä tuetaan työn tuottavuuden ja työelämän laadun parantamiseen tähtääviä hankkeita ja eri toimijoiden yhteistoimintaa.

Työelämän laatua ja tuottavuutta parantavia rakenteita uudistettiin yhdistämällä Työelämän tuottavuuden ja laadun kehittämisohjelman (Tykes) toiminnot Tekesin toimintoihin keväällä 2008. Työministeriössä vuonna 2004 käynnistetty Tykes-ohjelma kestää vielä vuoden 2009 loppuun saakka ja viimeisimmät projektit päättyvät vuoden 2011 mennessä. Vuosien 2004–2008 aikana on käynnistynyt yhteensä 977 projektia, joista teollisuuden osuus on runsas kolmannes sekä yksityisen palvelusektorin ja kuntasektorin runsas neljännes. Tavoitteena on saada myönteinen tuottavuus- ja hyvinvointivaikutus näkyviin vähintään 70 prosentissa hankkeista. Koko ohjelmakaudella toteutetaan yhteensä yli 1 000 hanketta. Projekteissa on ollut vuoteen 2008 mennessä lähes 180 000 osallistujaa.

10.8 ULKOASIAINMINISTERIÖ – MATKUSTUSTURVALLISUUTEEN VARAUTUMISTA JA KEHITYSPOLITIIKAN TOTEUTTAMISTA

Ulkoasiainministeriö huolehtii osaltaan Suomessa asuvien kansalaisten hyvinvoinnista tehtäviensä ja strategiansa mukaisesti. Ulko- ja turvallisuuspoliittisen yhteistyön puitteissa Euroopan unionissa ja kansainvälisten toimijoiden kanssa toimitaan rajat ylittävien uhkien torjunnassa. Ulkoasiainministeriön konsuliasioiden yksikkö ja Suomen edustustot ulkomailla avustavat ulkomailla hädänalaiseen asemaan joutuneita niin yksityisissä kuin laajamittaisissakin kriisitilanteissa. Ulkomaankauppapolitiikan kansainvälisillä sopimuksilla estetään esimerkiksi haitalliseksi todettujen tuotteiden pääsy maahan.

Lähialueyhteistyössä on painopisteenä erityisesti tarttuvien tautien (tuberkuloosi, HIV/AIDS) ennaltaehkäisy ja hallinta, jota toteutetaan sekä kahdenvälisin hankkein että pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveystukpanuuden puitteissa. Kehitysyhteistyössä otetaan huomioon läpileikkaavina teemoina naisten ja tyttöjen oikeudet, sukupuolten välinen sekä yhteiskunnallinen tasa-arvo, haavoittuvimpien ryhmien oikeudet ja osallistumismahdollisuudet sekä HIV/AIDS terveydellisenä ja yhteiskunnallisen haasteena.

Ulkoasiainministeriö avustaa ulkomailla hädänalaiseen asemaan joutuneita Suomen kansalaisia ja Suomessa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia konsulipalvelulain mukaisesti. Kaikkiin kriiseihin ei kuitenkaan voida täysin varautua, eikä viranomaisverkosto ulkomailla ole yhtä vahva kuin Suomessa. Jokainen matkustaakin omalla vastuullaan.

Suomalaisten avustustapaukset ulkomailla ovat lisääntyneet ja monimutkaistuneet. Konsulipalveluissa nousevat esiin monet muiden ministeriöiden alaan läheisesti liittyvät kysymykset, kuten kansainväliset perheoikeudelliset asiat (esimerkiksi lapsikaappaukset) tai ulkomailla olevien vajaavaltaisten kansalaisten edunvalvontakysymykset, muun muassa mielenterveyspotilaiden hoitoon saattaminen.

Ulkoasiainministeriön *matkustusilmoitusjärjestelmää* on paranneltu ja nykyaikaistettu. Matkustusilmoitusjärjestelmään suomalaiset voivat ilmoittaa ulkomaanmatkoistaan, ja heidän tavoitettavuutensa kriisitilanteissa on helpompaa. Edustustot tuottavat vähintään kahden kuukauden välein päivitettäviä matkustustiedotteita. Edustustoilla on säännöllisesti päivitettävät pandemia- ja valmiussuunnitelmat ja kriisitilanteita varten harjoitellaan säännöllisesti. Erityistä huomiota on kiinnitetty edustustojen laissa säädetyn toimintakyvyn turvaamiseen myös mahdollisessa pandemiatilanteessa.

Kansainvälisessä vaihdossa olevien tuotteiden turvallisuudesta ulkomaankaupassa huolehditaan Maailman kauppajärjestö WTO:n terveys- ja kasvin-suojelutoimenpiteitä (*Sanitary and Phytosanitary Measures*, SPS) ja teknisiä kaupanesteitä (*Technical Barriers to Trade*, TBT) koskevilla sopimuksilla. Niiden avulla voidaan asettaa kansallisesti ihmisten, eläinten ja ympäristön

terveyden turvaamiseksi teknisiä määräyksiä, joita vaaditaan kaupan kohteena olevilta tuotteilta. Määräysten tulee kuitenkin olla syrjimättömiä eri maiden toimijoihin nähden, eivätkä ne saa suhteettomasti rajoittaa kauppaa. Ulkoasiainministeriö on seurannut kolmansien maiden toimia ja valvonut, että tätä tasapainoa turvallisuuden ja kaupan avoimuuden välillä noudatetaan. Näyttäisi siltä, että viime aikoina SPS- tai TBT-toimia käytetään yhä enemmän kauppaa rajoittavina toimina.

Ulkoasiainministeriö on kehitysyhteistyövaroin auttanut kehitysmaita parantamaan kykyään noudattaa SPS- ja TBT-sopimusten vaatimuksia. Ministeriö on lisäksi ryhtynyt aktiivisiin toimiin erityisesti kehitysmaatuonnin helpottamiseksi Suomeen ja EU:hun. Teknisillä määräyksillä ja terveys- ja kasvinsuojelutoimenpiteillä on suuri merkitys kehitysmaiden markkinoillepääsyn toteutumiseksi. Tuonnin helpottaminen ei kuitenkaan tapahdu kuluttajien turvallisuuteen ja terveyteen liittyvän sääntelyn kustannuksella.

Maailman kauppajärjestön WTO:n jäsenet tekivät vuonna 2003 päätöksen, jolla mahdollistettiin pakkolisenssillä valmistettujen lääkevalmisteiden vienti kehitysmaihin, mikäli ne eivät niitä itse pysty riittävästi valmistamaan. Päätöksessä edellytettiin vastaavaa muutosta TRIPS-sopimukseen (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*), mutta vaikka muutoksesta sovittiin jo vuonna 2005, sen voimaan saattaminen ei ole toteutunut. WTO-jäsenet voivat kuitenkin toimia toistaiseksi voimassa olevan poikkeusluvan pohjalta. Muutos tulee osaksi TRIPS-sopimusta, kun kaksi kolmasosaa WTO:n jäsenistä on sen hyväksynyt. Euroopan yhteisö ilmoitti WTO:lle hyväksynnästä 30.11.2007. Sopimusmuutos sitoo EU:n jäsenvaltioita

Neuvottelut väärentämisenvastaisesta kauppasopimuksesta (*Anti-Counterfeiting Trade Agreement, ACTA*) käynnistettiin vuonna 2008 samanmielisten maiden kesken. Neuvotteluihin osallistuvat EU:n ja sen jäsenvaltioiden lisäksi muun muassa Yhdysvallat, Japani, Etelä-Korea, Kanada ja Meksiko. Tulevalla sopimuksella pyritään tehostamaan teollis- ja tekijänoikeuksien loukkauksiin puuttumista. Suomi tavoittelee muun muassa sitä, että neuvotteluissa kiinnitettäisiin erityistä huomiota kuluttajien terveydelle ja turvallisuudelle vaarallisiin tuoteväärännöksiin, kuten väärennettyihin lääkkeisiin.

WTO:n palvelukauppaa koskeva yleissopimus (*nk. GATS-sopimus*) muodostaa oikeudellisen pohjan kansainväliselle palvelukaupan sääntelylle. Sopimus soveltuu lähtökohtaisesti kaikkiin palvelusektoreihin tietyin poikkeuksin, Suomi ei ole tehnyt sitoumuksia GATS-sopimuksen puitteissa sosiaali- ja terveyspalveluissa eikä lääkkeiden jakelupalveluissa huolimatta siitä, että useimmat muut EU-jäsenmaat ovat niitä tehneet. Vastaavaa lähestymistapaa on noudatettu pääsääntöisesti EU:n kahdenvälisissä vapaa-kauppasopimuksissa lukuun ottamatta lähialueiden kanssa tehtyjä integraatiosopimuksia. Sitoumusten tekemisestä huolimatta palvelualojen sääntely on sallittua.

Hallituksen *kehityspoliittinen ohjelma* (2007) edellyttää, että kaikkeen kehitysyhteistyöhön sisällytetään läpileikkaavina teemoina tyttöjen ja naisten oikeudet, sukupuolten välinen sekä yhteiskunnallinen tasa-arvo, haavoittuvimpien ryhmien oikeuksien ja osallistumismahdollisuuksien parantaminen (lapset, vammaiset, alkuperäiskansat ja vähemmistöt) sekä HIV/AIDS yhteiskunnallisena ja terveydellisenä kysymyksenä.

Suomi vaikuttaa kehityspoliittisen ohjelman ja monenkeskisen yhteistyön linjauksen mukaisesti aktiivisesti terveyssektorin ja sosiaalisen suojelun (*social protection*) monenkeskisillä foorumeilla kuten UNFPA, UNICEF, WHO, UNAIDS, ILO, EU ja Maailmanpankki.

Esimerkiksi WHO:n avustuksella käytiin kehitysmaiden lääkehuollon turvaamiseksi ja pandemiavarautumiseen liittyvistä rokotekehityksen materiaalin jakamista koskevista periaatteista hallitusten välisiä neuvotteluja. Korkean tason AIDS- seurantakokouksessa kesäkuussa 2008 otettiin vahvasti kantaa HIV-tartuntaan liittyviin maahantulo-, oleskelu- ja asumisrajoituksiin rikkomuksena ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa kohtaan. EU:n puitteissa Suomi osallistui myös aktiivisesti keskusteluun kehitysmaiden terveydenhuollon henkilöstökriisistä sekä oli mukana keskusteluissa kehitysmaiden sosiaaliturvasta ja terveydenhuollon rahoituksesta, joiden tavoitteena on saada aikaan EU:n yhteinen toimintakehys. Suomi on tukenut myös International Health Partnership -aloitetta terveyssektorin eri toimijoiden yhteistyön kehittämiseksi.

Suomen panokset sosiaalisen suojelun alalle ovat olleet rahamääräisesti pienehköjä, mutta strategisesti ne ovat merkittäviä: Suomi tukee muun muassa YK-järjestöjen yhteistä aloitetta globaalin perusturvan luomiseksi (*One-UN Social Protection Floor Initiative*). Maailmanpankki hyödyntää Suomen ja Norjan yhteisrahoittamaa *Ympäristöllisesti ja sosiaalisesti kestävä kehityksen rahastoa* (TFESSD) muun muassa sosiaaliturvan, vammaisten oikeuksien, osallistavien lähestymistapojen ja sosiaalisen inklusion vahvistamiseen lainoittamassaan kehitystyössä. Suomi on myös *Globaalin vammaiskumppanuuden* (*Global Partnership on Disability and Development*) keskeisiä tukijoita.

Laajan terveyssektorin osuus Suomen ODA-maksatuksista (*official development assistance*) oli vuonna 2007 n. 12 prosenttia, eli n. 67,5 miljoonaa euroa. Vuonna 2007 kaksi kolmasosaa terveyssektorin maksatuksista meni monenvälisille järjestöille ja EU:lle, yhteensä n. 44,6 miljoonaa euroa. Kahdenvälisen tuen osuus oli n. 34 prosenttia, josta kolmasosa ohjattiin kansalaisjärjestöille. Terveyssektorin kahdenvälisen rahoituksen suunta on laskeva. Koko EU:n ODA-maksatukset terveyssektorille vuonna 2007 olivat yhteensä 446,83 miljoonaa euroa, arviolta noin 5 prosenttia. Terveyssektorin kautta ohjatun HIV-rahoituksen osuus oli vuosina 2006–2007 noin 20–25 prosenttia terveyssektorin kokonaisrahoituksesta.

10.9 VALTIOVARAINMINISTERIÖ – PERUSPALVELU- OHJELMALLA TÄRKEÄ ROOLI VALTION JA KUNTIEN VÄLISESSÄ TEHTÄVÄNJAOSSA

Kansantalouden kasvun jyrkkä heikkeneminen vuoden 2008 lopulla ei vielä näkynyt merkittävästi kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2008 tilinpäätöksissä. Vuonna 2008 *kuntatalous* kääntyi ennakkollisten tilinpäätöstietojen mukaan kuitenkin lievään laskuun useita vuosia jatkuneen vahvan kehityksen jälkeen. Alkuvuonna 2009 kuntatalouden ja erityisesti yhteisöverosta riippuvaisten kuntien talous kiristyi nopeasti ja vuodesta 2010 arvioidaan tulevan kuntataloudelle erittäin vaikea veropohjan heikkenemisen ja työttömyyden kasvun seurauksena.

Vuonna 2008 kuntien ja kuntayhtymien yhteenlaskettu vuosikate oli noin 2,4 mrd. euroa. Kuntien vuosikate supistui hieman, mutta kuntayhtymien vuosikate kasvoi edellisestä vuodesta. Yhteenlaskettu vuosikate riitti kattamaan poistot. Kuntien ja kuntayhtymien toimintamenot kasvoivat 7,7 prosenttia. Verotulojen ja valtionosuuksien lisäyksillä pystyttiin kattamaan toimintakatteiden heikentyminen, mutta ei enää rahoituskulujen lisäystä. Tämä näkyy vuosikatteen heikentymisenä. Verotuloja kunnille kertyi yhteensä 17,5 mrd. euroa ja valtionosuuksia 6,4 mrd. euroa. Kunnat ja kuntayhtymät investoivat hieman enemmän kuin vuotta aiemmin, ja investointeja ja lainojen lyhennyksiä varten otettiin runsaasti uutta lainaa. Lainakanta kasvoi yhteensä 600 milj. euroa, kunnissa kasvu oli 5,8 prosenttia ja kuntayhtymissä 12,8 prosenttia edellisestä vuodesta.

Suurten kaupunkien (yli 100 000 asukasta) toimintakate kasvoi 16 prosenttia ja verotulot yli 13 prosenttia. Tämän kuntakokoryhmän menojen nopea kasvu näkyy koko kuntasektorin vuosikatteen heikkenemisenä, kertyyhän kuntien vuosikatteesta 50 prosenttia suurissa kaupungeissa. Ainoastaan 2 000–10 000 asukkaan kuntakokoryhmässä vuosikate parani. Negatiivisen vuosikatteen kuntia oli 57, ja negatiivisten vuosikatteiden summa oli -35,9 miljoonaa euroa.

Vuonna 2009 kuntatalouden tila kiristyy, kun taantuman seurauksena koko maan yhteisöveron tuotto on selvästi alentunut lähelle pitkän aikavälin keskimääräistä kertymää. Kuntien verotulojen kehitystä lieventää kuntien yhteisöveron jako-osuuden nosto 10 prosenttiyksiköllä, mistä huolimatta kuntien yhteisöverot vähenevät tänä vuonna arviolta 400 milj. euroa. Kunnallisveron tuotto kasvoi vielä tammi – heinäkuussa, mutta loppuvuonna työttömyyden kasvaessa kuntien verotulojen arvioidaan supistuvan noin 2,5 prosenttia. Verotuloja arvioidaan kertyvän tänä vuonna yhteensä 17,1 mrd. euroa. Kuntien valtionosuudet kasvavat edelleenkin nopeasti, kun veronkevennykset kompensoidaan kunnille ja kustannusten nousua kompensoiva indeksikorotus on suuri. Kuntataloutta rasittaa sopimuskorotusten aiheuttama ansiotason nousu sekä työttömyyssidonnaisten menojen kasvu. Kunnat joutuvat taloutensa tasapainottamiseksi hillitsemään käyttömenojen ja

investointien kasvua. Kuntatalouden kehityksen arvioinnissa on oletettu, ettei kunta-alan henkilöstömäärä kasva tänä vuonna. Tämän sekä yleisen hintatason ja kunta-alan ostojen kehityksen pohjalta on arvioitu, että kuntien toimintamenot kasvavat 4,5 prosenttia. Tällä edellisiä vuosia selkeästi hitaammalla menojen kasvuoletuksella kuntien ja kuntayhtymien vuosikate laskee 1,7 mrd. euroon. Vuosikate kattaisi poistoista noin 85 prosenttia. Paineet kunnallisveroprosenttien korottamiseen ovat huomattavan suuret.

Kuntatalouden tulojen ja ennakoidun menotason välille on talouskriisin seurauksena syntymässä vakava epätasapaino, joka vaikuttaa tuntuvasti usean vuoden ajan, vaikka yleinen taloustilanne alkaisikin parantua. Kuntien verotulojen kasvun oletetaan jäävän pysyvästi viime vuosia hitaammaksi, joten kuntien menojen kasvu ei voi jatkua viime vuosien nopeudella. Mikäli kuntien toimintamenojen kasvu hidastuu vuodelle 2010 ennakoidusta 1,5 prosenttiyksiköllä, vakauttava vaikutus kuntatalouteen olisi 0,5 mrd. euroa. Kuntien järjestämien palvelujen kysynnän kasvu ja työmarkkinoiden kiristyminen lisäävät kuntien kustannuspaineita, tuottavuutta parantavien uudistusten merkitys korostuu entisestään.

Pääministeri Matti Vanhasen ensimmäisen hallituksen ohjelman kirjausten perusteella käynnistettiin vuonna 2004 *peruspalveluohjelmamenettely*. Peruspalveluohjelma laadittiin vuosittain ja se hyväksyttiin valtion kehyspäätöksen yhteydessä. Ohjelman sisällön, valmisteluprosessin ja valmisteluorganisaation vakiinnuttua osaksi valtion talousarviomenettelyä sekä valtion ja kuntien neuvottelumenettelyä peruspalveluohjelma vakinaistettiin vuoden 2008 alusta lukien. Samalla lakisäätettiin peruspalveluohjelmaan sisältyvät kuntatalouden kehitysarviot valmistelevan kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan tehtävät.

Peruspalveluohjelma sisältää arvion kuntien toimintaympäristön ja palvelujen kysynnän muutoksista, kuntatalouden kehitysarvion, kuntien tehtävien muutokset ohjelmakaudella sekä ohjelman kuntien tulojen ja menojen tasapainottamisen edellyttämistä toimenpiteistä. Kuntataloutta tarkastellaan kokonaisuutena, osana julkista taloutta sekä kuntaryhmittäin. Ohjelman tarkastelujakso on kehyskausi ja ohjelmaa täsmennetään vuosittaisella peruspalvelubudjetilla.

Peruspalveluohjelma valmistellaan poikkihallinnollisena yhteistyönä ja valmisteluun osallistuvat opetus-, sosiaali- ja terveys- sekä valtiovarainministeriön ja Suomen Kuntaliiton asiantuntijat. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta valmistelee ohjelmaan sisältyvän kuntatalouden kehitysarvion. Ohjelman hyväksyy valtiovarainministerin johtama peruspalveluohjelman ministeriryhmä, jossa ovat jäseninä hallinto- ja kuntaministeri, peruspalveluministeri, sosiaali- ja terveysministeri, opetusministeri, maahanmuuttoministeri sekä oikeusministeri. Ministeriryhmän työskentelyyn osallistuvat asiantuntijajäseninä Suomen Kuntaliiton hallituksen puheenjohtaja ja toimitusjohtaja.

Peruspalveluohjelmaan sisältyvä kuntatalouden kehitysarvio pohjautuu samoille oletuksille kansantalouden ja julkisen talouden kehitysnäkymistä

kuin valtion kehyspäättös ja talousarvio. Kehitysarvion valmistelu pohjautuu viimeisimpiin tietoihin kuntien ja kuntayhtymien taloudesta. Kuntien tulot ja menot arvioidaan valtion ja kuntien yhteistyönä hyödyntäen Kuntaliiton arvioita verotulojen kertymistä. Menojen kehityksen yhteisessä arvioinnissa huomioidaan kuntien tehtävämuutokset, toimintamenoihin vaikuttavat muutokset (palkka- ja muut henkilöstömenot) sekä investointitoiminta. Viime vuosina valtion ja kuntien edustajilla on ollut yhteinen näkemys kuntatalouden kehitysarviosta.

Peruspalveluohjelmaan sisällytetään valtion toimenpiteet, joilla vaikutetaan kuntien tuloihin ja menoihin. Toimenpiteet ovat koskeneet kunta- ja palvelurakenneuudistusta, kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamista, valtionapuja, kuntien verotuloja sekä peruspalvelujen arvioinnin ja tietotuotannon kehittämistä. Kuntatalouden voimakkaasti heikentyneiden näkymien takia ohjelmaan on sisällytetty myös periaatteellisia linjauksia kunnille annettavista tehtävistä sekä valtion ja kuntien yhteisistä kehittämishankkeista, joiden avulla kehitetään kuntasektorin toimintaa (muun muassa normitalkoot, tuottavuusohjelmat).

Peruspalveluohjelman valmistelun yhteydessä on päätetty kuntien taloutta vahvistavista toimista. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia on lisätty vuosina 2008–2009 muun muassa perusterveydenhuollon vahvistamiseen, omaishoidon kehittämiseen, vanhusten ja lapsiperheiden palvelujen parantamiseen, maahanmuuttajataustaisten lasten varhaiskasvatuksen tukemiseen. Vuoden 2010 valtionosuuden lisäys kohdistuu vammaislainsäädännön toteuttamiseen, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä neuvolapalvelujen ja ikäihmisten palvelujen parantamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia on vähennetty kunnilta valtiolle siirrettyjen tehtävien, elätustuki, tulkkipalvelut, ulkomaalaisten sairaanhoitokustannukset sekä lasten ja nuorten oikeuspsykiatriset tutkimukset, takia. Valtionosuuksien on tehty vuodesta 2008 lähtien täysimääräinen indeksikorotus. Kuntien veropohjassa toteutetut muutokset on kompensoitu kunnille täysimääräisesti vuodesta 2003 lähtien korottamalla sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuusprosenttia. Kuntien verotulojen lisäämiseksi on korotettu kuntien osuutta yhteisöverosta 10 prosenttiyksiköllä vuosille 2009–2011. Kiinteistöveron vaihteluvälin ala- ja ylärajoja korotetaan vuodesta 2010 lähtien. Kuntien työnantajamaksun poistaminen asteittain vuodesta 2009 alentaa selkeästi kuntatyönantajan maksurasitusta.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annettussa puitelaissa edellytetään peruspalveluohjelman kehittämistä. Ohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä on päättänyt ohjelman sisällön kehittämiseen informaatio-ohjauksen välinein. Tavoitteeksi on asetettu, että ohjelman valmistelutyössä löydetään kuntien ja valtion yhteisesti hyväksymiä mittareita, joiden avulla kuntia ohjataan kehittämään toimintaansa. Kuntasektorille ohjelma ja sitä täsmentävä peruspalvelubudjetti antavat koottua informaatiota julkisen talouden ja kuntatalouden kehitysnäkymistä sekä valtion kuntiin kohdistuvista toimenpiteistä.

Valtion talousarvioiden valmistelua ja finanssipolitiikan johdonmukaista toteutusta useiden vuosien aikajänteellä on ohjattu jo pidempään *valtionalouden kehyspäätöksillä*. Vuoden 2003 keväällä virkaansa astuneen hallituksen hallitusohjelmassa kehysjärjestelmää uudistettiin ja vahvistettiin. Nykyisen, vuoden 2007 keväällä työnsä aloittaneen hallituksen hallitusohjelmassa kehysjärjestelmän kehittämistä jatkettiin.

Vastuullisen ja pitkäjänteisen menopolitiikan varmistamiseksi hallitusohjelmaan sisältyy budjettitalouden menojen kehitystä ohjaava koko vaalikauden kattava menosääntö. Menosääntö asettaa enimmäismäärän pääosalle, noin kolmelle neljännekselle, talousarviomenoista. Menosäännön ja sen pohjalta vahvistetun valtionalouden kehysten ulkopuolelle jäävät ennen kaikkea sosiaali- ja terveystieteiden pääluokkaan sisältyvät suhdanteiden ja rahoitusautomaatiikan mukaisesti muuttuvat menot, kuten työttömyysturvamenot, asumistuki, kansaneläkelaista johtuvat siirrot Kansaneläkelaitokselle, valtion osuus toimeentulotukimenoista, palkkaturva sekä matalapalkkatuki. Mainitut menot luetaan kuitenkin kehysten piiriin niiden perusteisiin tehtyjen muutosten menovaikutusten osalta. Edelleen kehysten ulkopuolisia menoja ovat valtion päättämien veromuutosten mahdolliset kompensatiot muille veronsaajille sekä sosiaaliturvamaksujen muutoksista johtuvat Kansaneläkelaitokselle maksettavien siirtomenojen muutokset. Lisäksi kehysten ulkopuolelle jäävät valtion velan korkomenot, arvonlisäveromenot, finanssisijoitukset sekä menot, joissa valtio toimii teknisenä suorituksen välittäjänä.

Vuosittaisilla valtionalouden kehyspäätöksillä ei muuteta menokehysten perusteena olevaa hallitusohjelmassa määriteltyä menolinjaa, vaan tarkistetaan vaalikauden kehys teknisesti vastaamaan hinta- ja kustannustasossa sekä talousarvion rakenteessa tapahtuneita muutoksia. Samassa yhteydessä tai talousarvioesitystä laadittaessa voidaan myös kohdentaa menoja uudelleen kokonaisuuden alla. Kokonaiskehyksestä on vuosittain varattu 300 milj. euroa lisätalousarvioesityksiä varten.

Viimeisin, maaliskuun 2009 kehyspäätöksen mukainen menolinjaus toteuttaa Matti Vanhasen II hallituksen talousstrategiaa, jonka tavoitteena on lisätä suomalaisten hyvinvointia parantamalla edellytyksiä työllisyyden tuntuvalle kohenemiselle ja tuottavuuden kasvun nopeutumiseksi. Painopisteinä ovat sosiaaliturvan kehittäminen, osaamisen edistäminen, T&K-toiminta sekä ilmasto- ja energiapolitiikka. Hallitus on sitoutunut siihen, että kehysten piiriin kuuluvat valtion menot ovat vuonna 2011 enintään 1,3 miljardia euroa suuremmat kuin 8.3.2007 päätetyssä valtionalouden kehyksessä.

Hallitusohjelman mukaan väestön ikääntymisestä aiheutuva painetta julkiseen talouteen rajoitetaan talouden kantokykyä vahvistamalla ja vastuullisella meno- ja veropolitiikalla. Rakenteellisen työttömyyden aleneminen, työllisyysasteen nousu sekä tuottavuuden kasvu ovat kantokyvyn vahvistumisen keskeiset osatekijät. Julkisten menojen kasvun hillinnässä tärkeimpiä ovat kunta- ja palvelurakennehanke sekä valtion tuottavuusohjelma.

Hallituksen *veropolitiikka* tukee osaltaan hallituksen talouspolitiikan tavoitetta työllisyyden ja tuottavuuden lisäämisestä ja sen varmistamista, että talouskasvun hedelmät jakautuvat laajasti yhteiskunnassa. Veropolitiittiset toimet mitoitetaan niin, etteivät ne vaaranna julkisen talouden pitkän ajan kestävyyttä eivätkä Suomen vakaushjelmaan sisältyviä sitoumuksia. Veromuutosten ajoituksessa otetaan huomioon suhdannetilanne kasvun pitämiseksi mahdollisimman vakaana. Tuloverokevennysten mitoituksessa ja ajoituksessa otetaan huomioon lisäksi palkkaratkaisut. Veropolitiikan painopiste on työn verotuksen keventämisessä. Tuloverotusta kevennetään maltillisesti kaikissa tuloluokissa.

Alkoholiveroa alennettiin maaliskuussa 2004 matkustajatuontikiintiöiden poistamisen ja EU:n laajentumisen vuoksi. Tavoitteena oli löytää verotaso, jolla tilastoidun kulutuksen veropohja säilyisi mahdollisimman hyvin ja kulutuksen kasvu jäisi mahdollisimman pieneksi. Jo tuolloin kuitenkin katsottiin, että alkoholiveron maltillinen korottaminen voidaan aloittaa siten, kun alkoholiolot, etenkin matkustajatuonti, olivat alennuksen jälkeen tasaantuneet riittävästi.

Kuten etukäteen arvioitiin, veronalennuksen ja matkustajatuonnin lisääntymisen seurauksena alkoholin kokonaiskulutus ja siitä aiheutuvat haitat lisääntyivät, ja veronkorotukselle syntyi sosiaali- ja terveystaloudellinen tarve. Kun myös matkustajatuonnin hyvin nopea kasvu tasaantui vuosina 2006–2007, voitiin aloittaa alkoholiveron portaittainen korottaminen.

Vuoden 2008 alussa toteutetulla, keskimäärin 11,5 prosentin suuruisella alkoholijuomien veronkorotuksella tavoiteltiin alkoholin kokonaiskulutuksen ja sitä kautta alkoholihaittojen vähentämistä. Lisäksi veronkorotus pyrittiin mitoitamaan siten, että hallittu korotus mahdollistaisi verotuksen korottamisen myös pitkällä aikavälillä.

Maltillista ja portaittaista alkoholiveron korotuslinjaa jatkettiin vuoden 2009 alussa, kun veroja korotettiin 10 prosenttia. Portaittaista veronkorotuslinjaa jatketaan 1.10.2009 toteutettavalla alkoholiverojen 10 prosentin korotuksella. Tämän korotuksen perusteluissa painottui tarve lisätä valtion verotuloja, mutta korotuksella tuetaan myös yleisiä alkoholi- ja terveystaloudellisia tavoitteita.

Tupakkatuotteiden veroa ei alennettu vuonna 2004 matkustajatuonnin määrän rajoitusten poistamisesta huolimatta. Tähän vaikutti se, että matkustajatuontia esimerkiksi Virosta oli mahdollista rajoittaa niin, että se vapautuu näillä näkymin vasta vuoden 2010 alussa. Vaikka tupakkaveron ei tehty muutoksia, tupakkaveron rakenteen ansiosta tupakkatuotteiden hintojen noustessa veron määrä nousi kuitenkin vuosittain automaattisesti. Tästä huolimatta sosiaali- ja terveystaloudellisten näkökohtien kannalta epäkohtana pidettiin sitä, että tupakointi ei ole vähentynyt riittävästi, vaan tupakkatuotteiden kulutus on viime vuosina säilynyt suhteellisen vakaana.

Tupakkaveroa korotettiin vuoden 2009 alussa niin, että savukkeiden ja muiden tupakkatuotteiden veroa korotettiin 10 prosenttia ja irtotupakan veroa 25 prosenttia. Myös tupakkaveron osalta korotus pyrittiin myös mitoit-

tamaan maltillisesti niin, että tupakkatuotteiden hinnannousu ei johtaisi merkittävässä määrin kotimaisen myynnin korvautumiseen matkustajatuonnilla. Tupakkatuotteiden osalta riski harmaiden markkinoiden lisääntymiseen on jopa alkoholijuomia suurempi.

Hallitus sopi vuoden 2010 talousarviota koskevissa neuvotteluissa, että se antaa esityksen tupakkaveron korottamisesta uudelleen vuoden 2010 alusta. Koska vuoden 2009 alun tupakkaveron korotuksen vaikutuksista on kuitenkin vielä olemassa hyvin rajoitetusti tietoa, veronkorotus mitoitettaisiin edellistä korotusta pienemmäksi. Savukkeiden ja muiden tupakkatuotteiden veroa korotettaisiin 5 prosenttia ja irtotupakan veroa 15 prosenttia.

10.10 YMPÄRISTÖMINISTERIÖ – TOIMENPITEITÄ ERITYISRYHMIEN ASUNTO-OLOJEN PARANTAMISEKSI

Matti Vanhasen II hallituksen 14.2.2008 hyväksymän *asuntopoliittisen toimenpideohjelman* toteuttaminen on edennyt aikataulussa. Toimenpiteiden tarkoituksena on muun muassa lisätä kohtuuhintaista asuntotarjontaa kasvukeskuksissa, eheyttää yhdyskuntarakennetta ja vähentää ilmastopäästöjä, parantaa muita heikommassa asemassa olevien väestöryhmien asumistilannetta sekä luoda edellytykset asuinrakennuksien hyvälle ylläpidolle ja viihtyisien asuinympäristöjen kehittämiseksi.

Valtio tukee *asunnottomien, pakolaisten, opiskelijoiden, mielenterveyskuntoutujien, päihdeongelmaisten, erityistukea tarvitsevien nuorten, vammaisten, dementikkojen, huonokuntoisten vanhusten ja vastaavien ryhmien asumista* korkotuettujen rakentamis- ja perusparannuslainojen lisäksi niin sanotulla erityisryhmien investointiavustuksella. Lakia erityisryhmien asunto-olojen parantamisesta (1281/2004) muutettiin 1.7.2008 lukien, jolloin korotettiin enimmäistukiprosentteja ja lisättiin uusi tukiluokka.

Avustuksen enimmäissuuruudet on porrastettu hankkeiden mukaan siten, että mitä enemmän asumiseen liittyviä poikkeuksellisia ratkaisuja tarvitaan, sitä korkeammaksi avustusprosentti voi nousta. Tukiluokkia on neljä ja niiden mukaiset enimmäisavustukset ovat 10, 25, 40 ja 50 prosenttia Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) avustettaviksi hyväksymistä rakentamis-, hankinta- tai perusparannuskustannuksista.

Erityisryhmien investointiavustuksen lisäksi valtio myöntää korjausavustuksia vähävaraisten vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaamiseksi. Avustuksen määrä on enintään 40 % hyväksytyistä korjauskustannuksista. Avustus voi poikkeustapauksissa olla enintään 70 %, jos vanhus tai vammaisen henkilö muutoin joutuisi välittömästi muuttamaan pysyvästi pois asunnosta liikkumisesteitten vuoksi tai siksi, ettei asunnossa voida antaa hänen tarvitsemiaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Rintamaveteraanit tai rintamaveteraanin lesket voivat saada poikkeustapauksissa veteraanilisän, enintään 30 %. Avustuksen saamisen perusteena olevia tulorajoja on korotettu tämän hallituskauden aikana.

Ministeri Vapaavuori asetti helmikuussa 2009 työryhmän laatimaan *ohjelman kehitysvammaisille ja muille vaikeavammaisille tarkoitettujen asuntojen tarjonnan lisäämiseksi*. Työryhmä luovutti ehdotuksensa ministerille 29.6.2009. Kehitys- ja vaikeavammaisten asunto-ohjelmatyöryhmässä olivat edustettuina ympäristöministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, ARA, Raha-automaattiyhdistys (RAY), Suomen Kuntaliitto, alan järjestöjä sekä asuntojen ja asumispalvelujen tuottajia. Suomessa on noin 2 000 kehitysvammaista pitkäaikaispaikalla laitoshoidossa. Työryhmä ehdotti kehitysvammaisten pitkäaikaista laitoshoidoa vähennettäväksi alle 500 paikkaan vuoden loppuun 2015 mennessä.

Laitoshoidon vähentämisestä ja aikuisten kehitysvammaisten lapsuudenkodista muutosta aiheutuvan asuntojen tarve on noin 600 asuntoa vuodessa. Noin puolet aiheutuu laitoshoidon korvaavista asumisratkaisuksista ja loput lapsuudenkodeista muutoista. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskukseen (ARA) investointiavustusta arvioidaan tarvittavan 35,0 milj. euroa vuodessa ja Raha-automaattiyhdistyksen avustusta 4,9 milj. euroa vuodessa. Työryhmä ehdotti ARA:n avustuksen nostamista 50 prosenttiin kehitysvammaisten kohdalla. Työryhmä piti myös eläkkeensaajien asumistuen ehtojen parantamista tärkeänä.

Työryhmä esitti erityishuoltopiirien/kuntayhtymien ja kuntien sekä muiden toimijoiden yhteistyönä laadittavaksi alueellisen suunnitelman siitä, miten edetään laitoshoidosta kehitysvammaisen yksilöllisempiin asumisratkaisuihin. Myös mahdollinen laitoshoidon tai vastaava toiminta erityisen vaativaa hoitoa tarvitseville kehitysvammaisille tulee suunnitella valtakunnallisesti. Muut ehdotukset koskivat toimenpiteitä, joilla nopeutetaan ja hallitusti toteutetaan laitospaikkojen vähentämistä, uusien asumisratkaisujen kehittämistä sekä yksilöllisen asumisen edistämistä kehitys- ja vaikeavammaisten kohdalla.

Lähiöohjelman 2008–2011 tavoitteena on kehittää lähiöiden rakennettua ja sosiaalista ympäristöä ja vahvistaa siten lähiöiden liittymistä osaksi toiminnallista kaupunkia sekä niiden myönteistä imagoa. Ohjelma tukee lähiöiden asukasrakenteen ja asuntokannan sekä toimintojen monipuolistamista sekä helposti saavutettavien, esteettömien, turvallisten ja eri elämänvaiheisiin sopivien elinympäristöjen rakentamista. Ohjelman tavoitteena on myös, että lähiöiden kokonaisvaltainen ja pitkäjänteinen kehittäminen vakiintuu osaksi kuntien normaalia toimintaa.

Lähiöohjelma liittyy sekä asuntopoliittiseen toimenpideohjelmaan että muihin sosiaalista hyvinvointia koskeviin toimenpiteisiin. Ohjelman ensimmäisen hakukierroksen hankkeet on valittu vuoden 2009 alussa ja ne ovat aloittaneet toimintansa kesän aikana. Sosiaalista hyvinvointia parantavia hankkeita ovat muun muassa asumisneuvontaan ja asukastoimintaan liittyvät hankkeet. Muutamissa tutkimushankkeissa tarkastellaan asumisterveyttä ja rakennusten sisäilmaa. Ohjelman toinen hankehaku on käynnistynyt toukokuun 2009 lopussa. Kokonaisuudessaan ohjelmahankkeissa asukkaiden osallisuus oman asuinympäristönsä kehittämiseen on keskeisellä sijalla.

Ohjelman koordinoinnista vastaa ympäristöministeriö. Ohjelman toteuttamiseen osallistuvat myös opetusministeriö, sisäasiainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö.

Helmikuussa 2008 hyväksytyn *hallituksen pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman* toimeenpano on edennyt hyvin. Kaikki ohjelmassa olevat 12 toimenpidekohtaa ovat työn alla. Tämä koskee sekä asunnottomuutta ennalta ehkäiseviä että pitkäaikaisasunnottomuuden hoitamiseen liittyviä toimenpiteitä.

Valtiovallan ja kymmenen kaupungin kanssa solmitut aiesopimukset astuivat voimaan 1.9.2008. Aiesopimuksiin liittyvillä hankelistoilla on yhteensä 60 rakennushanketta, joiden yhteenlaskettu asunto- ja tukiasuntopaikkamäärä on noin 1700 (ohjelman tavoite on 1250). Ensimmäiset ohjelmaan kuuluvat kohteet ovat valmistuneet vuoden 2008 lopussa (Helsingin Suutarilakoti, 25 asuntoa ja Joensuun Utran kuntoutusyksikkö, 4 tukiasuntopaikkaa). Helsingissä Hietaniemenkadun uusi asunnottomien palvelukeskus on otettu käyttöön kesäkuussa 2009 ja Roihuvuoren palvelutalo ja tukiasunnot ovat valmistumassa syyskuussa 2009. STM osoittaa edellä mainituissa hankkeissa uuden tukihenkilöstön palkkaukseen ohjelmakaudella niin kutsuttua ”KASTE”-rahaa niin, että hankkeisiin voidaan palkata uutta sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä noin 200 henkeä.

Nuorisosasuntoliiton johdolla ja YM:n ja RAY:n rahoituksella on käynnistetty Nuorten tuetun asumisen kansallinen hanke vuosina 2008–2011. Sen tavoitteena on lisätä yhdessä kuntien kanssa kohtuuhintaista asuntotarjontaa itsenäistymisvaiheessa oleville, tukea tarvitseville nuorille ja luoda uusia varhaisen puuttumisen malleja asumiseen liittyen.

Rikosseuraamusvirasto on syksyn 2008 kuluessa käynnistänyt Oma Koti-hankkeen. Aluevankiloiden (5 kpl) johdolla on koottu alueelliset ryhmät, jossa on mukana aluevankiloiden lisäksi sijoitusyksiköiden, kaupunkien ja järjestöjen edustus. Ryhmät laativat alueelliset ja kaupunkikohtaiset suunnitelmat asumispolkujen järjestämiseksi vankiloista yhteiskuntaan.

Maailmassa on tällä hetkellä käytössä noin *100 000 kemikaalia*. Suomeen tuodaan tai täällä valmistetaan lähes 30 000 valmistetta, jotka sisältävät vaaralliseksi luokiteltua ainetta. Nämä valmisteet sisältävät yli 5 000 vaaralliseksi luokiteltua eri ainetta. Ihmistoiminta on lisännyt myös haitallisten raskasmetallien kuormitusta luontoon.

Kemikaalien käytöstä aiheutuvat päästöt kohdistuvat kemikaalin ominaisuuksista, käyttötarkoituksesta ja käyttötavasta riippuen joko suoraan luontoon, kaupunkiympäristöön, työympäristöön tai kotitalouksiin. Ympäristöön päässyt haitallinen aine voi vaikuttaa ihmisen terveyteen joko suoraan tai välillisesti. Ympäristöhallinnon vastuulla on valvoa ja arvioida ekosysteemin altistumista kemikaaleille ja raskasmetalleille.

Haitalliset aineet ovat aikojen saatossa aiheuttaneet maaperän, pohjavesien ja sedimenttien pilaantumista. Uudet pilaantumistapaukset ovat aiheuttaneet lähinnä onnettomuuksista. Pilaantuneiden alueiden aiheuttamien riskien hallinta ja alueiden kunnostaminen sekä kemikaali- ja öljyonnetto-

muuksien aiheuttamien ympäristöriskien hallinta kuuluvat ympäristöhallinnon toimialaan.

Haitallisten aineiden osalta keskeisiä tavoitteita ovat viime vuosina olleet muun muassa ekosysteemien toimintaan vaikuttavien riskien ennakointi ja tunnistaminen, käytössä olevien aineiden vaarallisuuden tunteminen ja vaarallisten aineiden käytön turvallisuus, vaarallisimpien kemikaalien ja pienhiukkasten esiintyminen ympäristössä sekä niille altistumisen vähentäminen asteittain, ihmisten valmistamien pysyvien, kertyvien ja myrkyllisten aineiden pitoisuuksien laskeminen ympäristössä yhden sukupolven aikana lähelle nollaa sekä kemikaalionnettomuuksien torjuntaan liittyvää ympäristöriskien arviointia ja hallintaa tehostetaan, pilaantuneiden alueiden riskiä ympäristölle ja terveydelle tunnetaan ja otetaan huomioon esimerkiksi maankäytössä sekä pilaantuneita alueita kunnostetaan ekotehokkaasti.

Keskeisiä toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamisessa ovat olleet muun muassa: EU:n kemikaaliasetuksen (REACH) toimeenpanon tukeminen ympäristötavoitteiden saavuttamiseksi, haitallisten aineiden seurannan kehittäminen vuonna 2004 valmistuneen selvityksen ja kansallisen vaarallisten kemikaalien ohjelman pohjalta, haitallisista aineista kansallisesti vaikeimpien määrittely ja näiden päästöjen vähentämisen aloittaminen tärkeysjärjestyksessä, aktiivinen osallistuminen kansainväliseen kemikaalien riskinhallintaa ja tiedonvälitystä koskevaan yhteistyöhön, valtakunnallisen maaperän tilan tietojärjestelmän käyttöönotto, maaperän pilaantuneisuuden ja puhdistamistarpeen arviointiperiaatteiden kehittäminen (riskinarviointi), valtion osallistuminen isännättömien pilaantuneiden alueiden kunnostamiseen ympäristötyömäärärahoihin.

Olennaista toimenpiteiden toteuttamisessa ovat olleet myös useat *lainsäädäntöhankkeet*. Vuoden 2006 jälkeen toteutettuja keskeisiä hankkeita ovat olleet mm CLP-asetus, joka on Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 1272/2008 kemikaalien luokituksesta, merkinnöistä ja pakkaamisesta, REACH-asetus, joka on Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus N:o 1907/2006 kemikaalien rekisteröinnistä, arvioinnista, lupamenettelyistä ja rajoituksista, valtioneuvoston asetus perfluorioktaanisulfoonaattien markkinoille luovuttamisen ja käytön rajoittamisesta (19/2008), valtioneuvoston asetus polysyklisen aromaattisten hiilivetyjen käytön rajoittamisesta ajoneuvojen ja maatalouskoneiden renkaiden pehmittimissä (550/2007), valtioneuvoston asetus maaperän pilaantuneisuuden ja kunnostustarpeen arvioinnista (214/2007) ja valmisteltu ehdotus öljysuojamaksun korottamiseksi öljysuojarahaston maksuvalmiuden takaamiseksi.

Ympäristöriskien vähentäminen edellyttää tutkimustietoa niin ympäristössä olevista haitta-aineista, aineiden tunnistamisesta, niiden ympäristövaikutuksista ja riskinhallinnasta. Tätä tietoa tuotetaan muun muassa Suomen ympäristökeskuksen haitallisten aineiden ja riskien tutkimusohjelmassa.

II EUROOPAN UNIONIN TOIMET TERVEYS-, SOSIAALI- JA VAKUUTUS- ASIOISSA VUODEN 2006 JÄLKEEN

II.1 YLEISET NÄKÖKOHDAT

Lokakuussa 2008 hyväksyttiin asiakirja ”Sosiaali- ja terveysministeriön kansainvälisen toiminnan linjaukset 2008–2015”. Asiakirjassa on esitetty myös linjaukset unionin toiminnan suhteen. Asiakirjan mukaan EU:n vaikutus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla on suuri. Toiminta kattaa lainsäädännön, toimintaohjelmat sekä muut aloitteet ja hankkeet ja EY-tuomioistuimen oikeuskäytännön. Toiminta laajenee edelleen, kun Lissabonin sopimus tulee voimaan. Sisämarkkinoiden toiminnan, kilpailulainsäädännön ja sosiaali- ja terveystalouden vuorovaikutus tiivistyvät entisestään. Sosiaalipolitiikassa toimivalta säilyy pääosin ennallaan, mutta sosiaaliturvan koordinaatiossa siirrytään määräenemmistöpäätöksiin. Terveysasioissa unionin toimivalta laajenee jossakin määrin. EU:n perusoikeuskirjasta tulee sitova. Uusi sopimus vahvistaa Euroopan parlamentin roolia.

Linjausasiakirjan mukaan ministeriö painottaa EU-yhteistyössä syrjimättömyyttä, oikeudenmukaisuutta, sukupuolten tasa-arvon edistämistä, sosiaalista suojelua ja osallisuutta, työelämän laadun ja joustoturvan kehittämistä, väestökehitykseen liittyviä toimia, terveyden huomioimista kaikissa politiikoissa sekä sosiaalisten vaikutusten arviointia.

Terveysspolitiikka ja kansanterveys

Euroopan unionin vaikutus kansalliseen terveysspolitiikkaan on laajentunut. Perustamissopimuksen mukaisesti EU:n terveysspolitiikka on kohdentunut kansanterveystyöhön ja terveyden edistämiseen eikä sen toimivalta ole ulottunut terveydenhuoltoon eikä terveyspalveluihin. Siitä on säädetty Amsterdamin (1999) sopimuksen 152 artiklassa. Joitakin terveysspolitiikan keskeisiä aloja, kuten lääkkeitä, lääkinnällisiä laitteita, terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuus, elintarvikkeet ja vaaralliset aineet, on Euroopan unionissa säännelty jo pitkään sisämarkkinaperiaatteiden mukaisesti.

Artikla 152 antaa harmonisoivan lainsäädäntövallan muun muassa ihmisistä peräisin olevien aineiden turvallisuuden ja laadun varmistamiseksi. Sen nojalla voidaan antaa ei-harmonisoivaa lainsäädäntöä ja suosituksia esimerkiksi sisämarkkinoita ja ympäristöä koskevaan sääntelyyn nojaten. Artikla 152 antaa tukevan pohjan Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies, HiAP) vahvistamiseen EU:n terveysspolitiikassa. Tämä tavoite nostettiin näkyvästi esille Suomen puheenjohtajakaudella vuonna 2006 ja siinä myös onnistuttiin. EU:n terveysstrategiaan vuosille 2008–2013 (KOM(2007)630) se sisällytettiin yhtenä strategian kantavista periaatteis-

ta. Strategiassa on painotettu alkoholiasioita, ravitsemusta, mielenterveyttä sekä eräitä tautikohtaisia toimintoja (muun muassa syöpä ja Alzheimer).

Komissiossa valmisteltiin tiedonantoa mielenterveydestä, mitä Suomi korosti puheenjohtajakaudellaan 1999 erityisteemana. Lopulta valmistelu päättyi korkean tason mielenterveyskokouksen järjestämiseen vuonna 2007 sekä siellä esitetyt mielenterveyssitoumuksen esittämiseen. Tiedonantoa ei annettu.

Lissabonin sopimus lisää EU:n toimivaltaa kansanterveysasioissa. Lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden harmonisoiva sääntely on jatkossa mahdollista sisämarkkinaperusteisesti ja kansanterveysperusteisesti. Ei-harmonisoivaa lainsäädäntöä voidaan antaa muun muassa rajat ylittävien vakavien terveysuhkien torjunnasta.

Euroopan yhteisöjen tuomioistuin on tulkinnoillaan ulottanut sisämarkkinaperiaatteita ja neljän perusvapauden soveltamista terveyden alueelle. Myös EU:n strategioilla on yhä enemmän yhteyksiä terveyteen. Lissabonin strategiaa noudattava avoin koordinaatio koskee myös terveydenhuoltoa ja pitkäaikaishoitoa.

Poliittisen tason keskustelua potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksista EU:ssa johti lopulta siihen, että kesällä 2008 komissio antoi ehdotuksen terveystalvudirektiiviksi, joka koskee potilaan oikeuksia rajat ylittäviin terveystalvuihin. Yhteisöjen tuomioistuin on tehnyt useita päätöksiä, jotka koskevat ulkomailta hankitun hoidon korvattavuutta. Tuomioistuin on katsonut, että potilaalla on liikkumisvapauden perusteella oikeus tietyn edellytyksin saada terveystalvuita toisessa jäsenvaltiossa kotimaansa järjestelmän kustannuksella. Oikeuskäytännön soveltaminen ei jäsenvaltioissa ole ollut yhtenäistä. Direktiiviehdotuksen käsittely on kesken – Ruotsi pyrki puheenjohtajakaudellaan neuvoston yhteiseen kantaan vuoden 2009 loppuun mennessä. Ehdotuksen käsittelyn yksi hankalimmista kohdista on koskenut nk. ennakkolupaa.

Terveysuhissa on jatkettu tarttuviin tauteihin liittyvää yhteistyötä tartuntatautiverkostoa koskevan päätöksen (2119/98) nojalla. Maailmanlaajuiseen influenssaepidemiaan, pandemiaan, valmistautuminen on noussut viime vuosina keskeiseksi. Monet tarttuviin tauteihin liittyvät tehtävät ovat siirtyneet Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaiseen keskuksen, joka aloitti toimintansa Tukholmassa vuonna 2005.

Terveys on terveydenhuollon kannalta tärkeä alue ja EU:n toiminta on lisääntynyt siinä merkittävästi lähinnä erilaisen yhteisen hanketoiminnan kautta.

EY:n julkisten hankintojen sääntely on osa EU:n sisämarkkinapolitiikkaa. Sillä pyritään edistämään tavaroiden vapaata liikkumista, palvelujen vapaata tarjontaa ja vapaata sijoittautumista yhteisön perustamissopimuksen mukaisesti. Yhteisön tuomioistuin on katsonut, että myös hankintoihin sovelletaan siitä johdettuja periaatteita, joita ovat tasapuolinen kohtelu, avoimuus ja suhteellisuus. Julkisia hankintoja koskevasta kilpailuttamisvelvollisuudesta on säädetty Euroopan yhteisön hankintadirektiiveissä, joiden kansallinen

voimaansaattaminen on vireillä. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat ns. tois-sijaisia palveluja, joita direktiivit eivät koske, mutta joihin sovelletaan mai-nittuja perustamissopimuksesta johdettuja periaatteita. EY-tuomioistuimen ja kotimaisen oikeuskäytännön perusteella on viime aikoina käynyt ilmei-seksi, että kuntien järjestämistä vastuulla olevia sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat kuntien väliset sopimukset on katsottava hankintasopimuksiksi laajemmin kuin aiemmin on ollut käytäntönä. Se on aiheuttanut epäsel-vyyttä kuntien yhteistyömuotojen ja hankintasopimuksen rajasta. Muutos asettaa myös entistä suuremmat vaatimukset kuntien hankintaosaamiselle sosiaali- ja terveyspalvelusektorilla. Tämän seikan merkitys korostuu tule-vina vuosina, sillä kilpailuneutraliteetti on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi.

Lääkepolitiikka

EU:n lääkepolitiikassa lähtökohdat ovat pitkälti sisämarkkinapolitiikan sä-vyttämät. Lääkkeiden vapaa liikkuvuus on asetettu tärkeimmäksi tavoit-teeksi. Toisaalta lääkevalvonta on vahvasti säädeltyä ja yhtenäistä. Merkit-tävä osa valvonnan sääntelystä perustuu EU:n säännöksiin ja jäsenmaiden yhteistyöhön. Euroopan lääkeviraston (EMEA:n) toiminta on olennainen osa yhteistyötä ja lääkevalvontaa, jolla pyritään varmistamaan unionikan-salaisille korkea terveydensuojelun taso ja edistämään lääkkeiden sisämark-kinoiden toimintaa. Suomi on kannanotoissaan tähdentänyt kansanterveys-näkökulman vahvistamista eurooppalaisessa lääkepoliittisessa yhteistyössä.

Artiklan 152 nojalla voidaan säädellä ihmisten elinten, veren ja verituot-teiden sekä kudoksien ja solujen laatu- ja turvallisuusvaatimuksia.

Lääkinnällisten laitteiden sääntelyllä edistetään laitteiden turvallisuuden valvontaa ja kehittämistä sekä tuotteiden vapaata liikkuvuutta EU:n piirissä. Lääkinnällisiä laitteita koskeva lainsäädännön yhtenäistäminen ja uudista-minen oli käsitellyssä Suomen puheenjohtajakaudella, jolloin tärkeimmät neuvoston käsitellyssä ehdotukseen tulleet muutosehdotukset sekä komp-romissiehdotukset parlamentin suuntaan saatiin valmisteltua. Direktii-vimuutokset voitiin tältä pohjalta hyväksyä Saksan kaudella alkuvuonna 2007. Samanlainen valmisteluproseduuri toistui myös kehittyneissä tera-pioissa käytettäviä lääkkeitä koskevan asetusehdotuksen kohdalla. Tämän asetuksen mukaan keskitetty lääkkeiden hyväksymismenettely ulotettiin kehittyneissä terapioissa käytettäviin lääkkeisiin. Uusia tuotteita koskevaa lausuntomenettelyä varten Euroopan lääkeviraston (EMEA:n) yhteyteen on perustettu erillinen komitea.

Komission aloitteesta käynnistetty Lääkefoorumi kokoontui ensimmäi-sen kerran syyskuussa Suomen kaudella. Foorumi oli komissaari Verheuge-nin ja komissaari Kyprianoun yhteishanke, joka toimi kolmen vuoden ajan. Se kokosi piiriinsä EU-instituutioiden edustajien lisäksi myös eri intressita-hot, joita foorumissa edustavat keskeiset eurooppalaiset yrittäjien järjestöt ja kansalaisjärjestöt. Foorumilla oli kolme alatyöryhmää, joiden aiheet olivat potilasinformaatio, lääkkeiden hinnoittelu sekä suhteellinen vaikuttavuus. Lääkefoorumin perustamisella luotiin myös lääkepolitiikan yhteyteen avoi-

men koordinaation kaltainen yhteistyömuoto. Alatyöryhmien työhön osallistui kansalliset asiantuntijat jäsenmaiden oman intressin perusteella.

Komissio on sittemmin pyrkinyt hyödyntämään foorumin työryhmien työtä omia ehdotuksia valmistellessaan. Komissio antoi vuonna 2008 ehdotuksen ns. lääkepaketista, jossa on kolme erillistä säädösehdotusta koskien lääketurvaa, lääkevääreännöksiä ja potilasinformaatiota. Ehdotuksista viimeksi mainittu on osoittautunut neuvoston ja parlamentin käsittelyssä pulmallisimmaksi, sillä se sisältää ehdotuksen kuluttajainformaation laajentamisesta koskemaan myös reseptilääkkeitä. Neuvostossa tätä ehdotusta on vastustettu ja asian käsittely on nyt vaadittu keskeytettäväksi. Lääketurvaa ja lääkevääreännöksiä koskevien ehdotusten käsittely sen sijaan on jatkunut myönteisessä hengessä.

Sosiaalipolitiikka ja sukupuolten tasa-arvo

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus ETY N:o 883/2004 annettiin 29.4.2004. Asetus korvasi nykyisen neuvoston asetuksen ETY N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin työntekijöihin ja itsenäisiin ammatinharjoittajiin sekä heidän perheenjäseniinsä.

Uusi asetus voi kuitenkin tulla voimaan vasta, kun myös uusi täytäntöönpanoasetus on hyväksytty. Komissio on ilmoittanut, että ehdotus uudeksi täytäntöönpanoasetukseksi annetaan alkuvuonna 2006. Uusi asetus sosiaaliturva järjestelmien yhteensovittamisesta vastaa pääosin tavoitteiltaan ja sisältöltään nykyistä asetusta 1408/71. Uudessa asetuksessa on otettu huomioon Euroopan Yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntö sekä kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien kehitys. Asetusta on selkiytetty ja yksinkertaistettu myös lakiteknisesti.

Sosiaalisen suojelun poliittinen yhteistyö on korostunut entisestään. Avoimeen koordinaatioon perustuva yhteistyö on osa Lissabonin strategiaa. Strategian kolmesta kärjestä yksi on ”Euroopan sosiaalisen mallin uudistaminen”. Eurooppa-neuvoston esittämän määritelmän mukaan ”Euroopan sosiaalinen malli perustuu hyvään taloudelliseen suorituskykyyn sekä sosiaalisen suojelun, koulutuksen ja työmarkkinaosapuolten vuoropuhelun korkeaan tasoon”.

Sosiaalipolitiikkaa on Lissabonin strategian yhteydessä tarkasteltu osana talouspolitiikan ja työllisyyspolitiikan laajoja suuntaviivoja. Työllisyysstrategian yhteydessä sosiaalipolitiikkaa on arvioitu eritoten kannustinkysymyksenä, joka kytkeytyy muun muassa työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen ja varhaiseläkkeisiin. Suuntaviivoissa on korostettu työllisyyden merkitystä yhteiskuntapolitiikan tavoitteena ja lähtökohtana sekä välineenä ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä. Talouspolitiikan suuntaviivojen ja vakausraportin puitteissa on korostettu taas julkisen talouden kestävyttä. Systemaattista huomiota on kiinnitetty muun muassa eläkejärjestelmien kestävyYTEEN.

Sosiaalisen suojelun avoimen koordinaation menetelmässä hyödynnetään talous- ja työllisyyspoliittisen yhteistyön aiemmin soveltamia toimintamalleja. Siinä ei kuitenkaan voida antaa jäsenvaltioille suosituksia eikä sen to-

teutumista seurata niin kuin talous- ja työllisyyspolitiikassa. Avointa koordinaatiota on sovellettu köyhyyteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen (vuodesta 2001 alkaen) ja eläkkeisiin (vuodesta 2002 alkaen) sekä terveyspalveluihin ja pitkäaikaishoittoon, (vuodesta 2003 alkaen). Vuonna 2006 laadittiin ”Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista” ja viimeisin vuonna 2008 (”Sosiaalisen suojelun ja osallisuuden strategiaraportti vuosille 2008–2010”).

Vuoden 2008 kansallisten raporttien laadintaa edelsi komission käynnistämä avoin konsultaatio sosiaalisen todellisuuden kartoittamisesta. Komissio antoi tämän prosessin yhteydessä joukon tiedonantoja, joihin kuuluivat tiedonannot yhteismarkkinoista (KOM(2007)724), yleishyödyllisistä palveluista (KOM(2007)725) sekä sosiaalisen kehityksen tulevaisuudesta (KOM(2007)726). Konsultaation merkitystä korosti se seikka, että ministerineuvoston kokouksen yhteydessä 13 jäsenmaan ministeriä esitti vetoomuksen Sosiaalisen Euroopan vahvistamisesta. Suomen hallitus antoi oman vastauksensa konsultaatioon tammikuussa 2008. Sen mukaan Suomi painottaa tulevassa yhteistyössä sosiaalisen ulottuvuuden vahvistamiseksi sukupuolten tasa-arvon edistämistä, työelämän laadun ja joustoturvan kehittämistä, demografiseen kehitykseen liittyviä toimia, terveyden huomioonottamista kaikissa politiikoissa sekä sosiaalisten vaikutusten arviointia.

EU:n toimet sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi keskittyvät lainsäädäntöön ja sukupuolinäkökulman valtavirtaistamiseen. YK:n Pekingin toimintaohjelmaa, joka tähtää naisten aseman parantamiseen, seurataan EU:ssa vuosittain valittavilla indikaattoreilla ja kunkin vuoden teemasta laadittavilla neuvoston päätelmillä.

EU:n tasa-arvoinstituutti, joka perustettiin vuonna 2006 ja aloitti toimintansa Vilnassa vuoden 2008 alussa, kerää ja analysoi tietoa ja tiedottaa tasa-arvoasioista. Tarvittaessa se voi tehdä aloitteita myös lainsäädäntötoimia varten.

Komissio toteuttaa erillistä tasa-arvosuunnitelmaa vuosina 2006–2010 ja seuraa sen toteutumista kuudella eri painopistealueella. EU:n jäsenmaat allekirjoittivat vuonna 2006 Euroopan tasa-arvosopimuksen. Sen mukaisesti tasa-arvopolitiikkaa pyritään vahvistamaan osana Lissabonin strategiaa.

EU on rahoittanut tasa-arvohankkeita, ja muita sosiaalialaan liittyviä hankkeita Daphne- ja Progress- ohjelmien, rakennerahastojen ja muiden yhteisöohjelmien kautta. Muista yhteisöohjelmista tärkein on tutkimus- ja kehittämistoiminnan puiteohjelma. 7. puiteohjelmassa panostus terveystieteelliseen ja lääketieteelliseen tutkimukseen on ollut merkittävä. Tämän ja sitä edeltävien puiteohjelmien seurannassa on voitu todeta, että suomalaiset tutkimusyhteisöt, mukaan lukien alan sektoritutkimuslaitokset, ovat varsin hyvin kyenneet hyödyntämään puiteohjelman rahoitustukea.

Sosiaalipalvelut, sisämarkkinat ja kilpailulainsäädäntö

Sosiaalisen suojelun komiteassa ja sen alaisissa työryhmissä on keskusteltu yhteisön sääntöjen soveltamisesta yleishyödyllisiin sosiaalipalveluihin. Selvi-

tysten perusteella yhteisölainsäädännön soveltamisen ongelmakohtiksi on havaittu

- julkisen sektorin sisäiset yhteistyöjärjestelyt,
- voittoa tavoittelemattomien palveluntuottajien asema, sekä
- julkisen ja yksityisen sektorin väliset kumppanuusjärjestelyt ja niiden tarjoamat vaihtoehdot sosiaalipalveluiden hankintaan.

Yhteisölainsäädäntö ei estä palveluiden tukemista julkisin varoin, mutta kaikkia toimijoita on kohdeltava markkinoilla tasavertaisesti. Silloin kun esimerkiksi järjestöt toimivat palvelumarkkinoilla, joilla on myös muita toimijoita tarjoamassa vastaavankaltaisia palveluita, ei julkinen rahoitus voi yhteisön valtiontukisääntöjen mukaan suuntautua pelkästään järjestöjen tuottamien palveluiden suoraan tai välilliseen tukemiseen.

Suomi on lähtökohtaisesti ollut tukemassa Euroopan unionin kilpailulainsäädännön ja sisämarkkinoiden kehittämistä, jossa yhtenä keskeisenä periaatteena on ollut kaikkien toimijoiden tasavertainen kohtelu kansallisista yhtiömuotojen eroista riippumatta. Sosiaali- ja terveysministeriö on oman hallinnonalansa näkökulmasta kiinnittänyt huomiota kolmannen sektorin toimijoiden merkitykseen ja asemaan erityispalveluiden tuottajina Suomessa sekä näiden toimijoiden haavoittuvaan asemaan ilman julkista tukea. Yleishyödyllisten yhteisöjen tuottamien palveluiden jatkuvuus saattaa jatkossa vaarantua kilpailuoikeudellisten näkökohtien ensisijaisuuden vuoksi. Suomi pyrkii vaikuttamaan Euroopan unionin sisämarkkinasääntöjen ja kilpailulainsäädännön kehittämiseen siten, että erilaisten toimijoiden erilaiset lähtökohdat ja asema huomioidaan nykyistä paremmin palvelumarkkinoiden sääntelykehikossa.

Vakuutusasiat

EU:n vakuutusmarkkinoita koskeva lainsäädäntö kuuluu rahoitusmarkkinoita ja sisämarkkinoita koskevan sääntelyn piiriin, jossa unionilla on laaja ja yksinomainen toimivalta. Vakuutuslaitosten ja eläkelaitosten toimintaa säädellään useilla direktiiveillä. Tavoitteena on turvata vakuutettujen edut sekä yritysten mahdollisuus toimia tasapuolisesti sisämarkkinoilla sekä sääntää vakuutuslaitosten vakavaraisuuden valvonnasta.

Komissio on myös tuonut julki tavoitteensa tulevista ehdotuksista. Ehdotuksilla pyritään yhtenäistämään vakuutuksia, luottolaitoksia ja arvopapereita koskevaa sääntelyä sekä edistämään yhtenäisiä rahoitusmarkkinoita. Näihin edistämist toimiin kuuluvat ehdotukset, joilla pyritään parantamaan finanssiryhmien toimintamahdollisuuksia yli rajojen sekä lisäämään yhteistyötä rahoitusmarkkinoita valvovien viranomaisten kesken. Tavoitteet ovat seurausta rahoitusmarkkinoiden voimistuvasta kansainvälistymisestä. Vuonna 2001 käynnistyi nk. Lamfalussy -prosessi. Sen tavoitteena on valmistella tehokas mekanismi, jonka avulla voitaisiin lähentää rahoitusalan valvontakäytäntöjä ja mahdollistaa lainsäädännön nopea ja joustava reagointi rahoitusmarkkinoiden kehitykseen.

Neuvostossa on jo usean vuoden ajan käsitelty komission ehdotusta laajasta vakuutuslaitosten vakavaraisuussäätelyä ja valvontaa koskevasta uudistuksesta, Solvenssi II. Käsitelyprosessin on kaavailtu kestävän noin neljä vuotta. Ehdotus liittyy yhteen 13 voimassa olevaa vakuutusdirektiiviä ja siinä ehdotetaan myös uudistettavaksi vakuutusyrittäjäryhmiä koskevaa valvontasäätelyä.

Työsuojelun ja työelämän laadun kehittäminen

Työsuojelua koskevat asiat kuuluvat Euroopan unionin toimivaltaan joko jaettuun tai yksinomaiseen toimivaltaan kuuluvina asioina. Työnantajaa velvoittava yhteisölaainsäädäntö nojaa vähimmäisvaatimuksiin. Jäsenvaltioiden on pantava toimeen vähimmäisvaatimukset, mutta unioni ei estä jäsenvaltioita säätämästä paremman suojelutason lakeja.

Komission yhteydessä toimiva Työterveyden ja työturvallisuuden neuvonantava komitea (Advisory Committee on Safety and Health at Work) käsittelee kolmikantaisesti työterveyteen ja -turvallisuuteen kuuluvia unionin asioita. Komitean alaisuudessa toimii direktiivien valmisteluun ja seurantaan sekä toiminnan eri alueiden kehittämiseen liittyviä työryhmiä. Vuonna 2007 vahvistetun uuden Euroopan työsuojelustrategian toteuttaminen ja seuranta on ollut komitean keskeinen asia viime vuosina. Johtavien työsuojelutarkastajien komitea /Senior Labour Inspectors' Committee) on komission yhteydessä toimiva työsuojeluviranomaisten yhteistyöelin. Yhteisön eri toimielimet toteuttavat lisäksi yhteistyössä Bilbaossa toimivan Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviraston sekä Dublinissa toimivan Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätiön kanssa turvalliseen ja terveelliseen työympäristöön liittyviä tiedotus-, ohjaus- ja edistämistoimia.

Kansainvälinen yhteistyö EU:n yhteydessä

Suomi on toiminut EU:n ja Maailman terveysjärjestön WHO:n yhteistyön tehostamiseksi. Kertomuskaudella on korostettu edelleen erityisesti tarttuvia tauteja ja tupakkapolitiikkaa. Vuonna 2005 astui voimaan Tupakkapuitesopimus, jonka osapuoli myös EU on. WHO:n terveys sääntöjen uudistettu teksti hyväksyttiin WHO:n yleiskokouksessa niin ikään 2005 ja se on astunut voimaan vuonna 2007. Sääntö määrittää tiettyjen tartuntatautien seurannasta ja niihin liittyvästä valvonnasta erityisesti tavaroiden ja ihmisten liikkumisen suhteen, kuitenkin haittaamatta valtioidenvälistä kauppaa. EU:n piirissä on käyty kädenvääntöä komission aktiivisemmasta osallistumisesta WHO:n hallintoneuvoston ja yleiskokouksen työhön niillä aloilla, joilla toimivalta on jaettu yhteisön ja jäsenmaiden kesken.

Kehitysyhteistyöpolitiikassa ja muussa yhteistyössä YK:n piirissä puututaan usein sosiaali- ja terveyspolitiikkaan sekä tasa-arvokysymyksiin. EU pyrkii toimimaan yhtenäisesti, mutta kaikissa asioissa ei ole päästy helposti yhteisymmärrykseen. Erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä kysymyksissä jäsenmaiden kannat ovat hajonneet.

Kansainvälisen kauppapolitiikan merkitys on lisääntynyt ja lisääntyy edelleen. Kauppapoliittinen sääntely vaikuttaa sosiaali- ja terveystalouteen tavaroiden ja palveluiden kauppaa koskevien ehtojen kautta. Maailman kauppajärjestö, WTO on keskeinen kansainvälinen kauppapoliittinen sääntelyelin, joka neuvottelee kaupan vapauttamisesta. Kauppapolitiikka on huomattavilta osiltaan EU:n toimivaltaan kuuluvaa. EU:n 133-komiteassa käsitellään EU:n toimintaa WTO:ssa, kauppakiistoja sekä kysymyksiä, jotka liittyvät kaupallisiin suhteisiin kolmansien maiden kanssa. EU:n jäsenmaat ovat halunneet säilyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa liikkumavaran. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei haluta alistaa kauppasopimusten velvoitteille, koskien sitä, kuinka sektoria säädellään ja toimintavapauksia rajoitetaan. Esimerkkejä sääntelyn ongelma-alueista ovat kustannusten hallinta, valinnanvapauden rajoittaminen tai luopuminen ulkoistamisesta. Kauppasopimusten piirissä asiakkaan valinnanvapauden rajoittaminen voi olla ongelmallista – terveydenhuollossa suuri osa jäsenmaista kuitenkin tekee näin kustannusten hillitsemiseksi.

Kauppapoliittisilla sopimuksilla tähdätään palveluntuottajien tasapuolisen kohtelun edistämiseen. Mahdollisuudet rajoittaa markkinoiden toimintaa suoraan tai julkisen toiminnan monopoliaseman avulla asetetaan kysymyksenalaiseksi. Kansallisen sääntelyn mahdollisuudet on Suomessa katsottu oleellisiksi alkoholia, tupakkaa, lääkkeitä ja lääkkeiden jakelua sekä rahapelejä koskevissa asioissa. Oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon korostamista globaalissa yhteydessä köyhyiden torjumiseksi ja perusoikeuksien vahvistamiseksi on pidetty tärkeänä peruslinjana.

1.2 EUROOPAN UNIONIN LISSABONIN PROSESSI JA SOSIAALINEN TOIMINTAOHJELMA

Lissabonin strategian jatko

Jos tarkastellaan Lissabonin strategiaa valtioneuvoston yleisten kannanottojen valossa, voidaan sanoa, että kansalliset peruslinjaukset ovat säilyneet varsin muuttumattomina. Valtioneuvoston antaessa 25.10.2001 selonteon eduskunnalle EU:n tulevaisuudesta korostettiin, että kansalaisia enemmän kiinnostava politiikan sisältö tulisi saada vahvemmin esille. Selonteossa mainittiin, että EU:n sosiaalisen ulottuvuuden vahvistamista on korostettu. Tavoitetila esitettiin seuraavasti: Suomen etu on taloudellisesti vahva ja dynaaminen sekä sosiaalisesti ja ekologisesti vastuullinen EU, joka muodostaa todellisen vapauden, turvallisuuden ja oikeuden alueen. Avoimesta koordinaatiosta selonteossa sanottiin, että unionitason toimien tulee tarjota todellista lisäarvoa jäsenvaltioille, kansalaisille ja yrityksille.

Huhtikuussa 2009 hallitus antoi uuden selonteon eduskunnalle EU-politiikasta. Sen mukaan Suomen prioriteetit liittyvät kansalaisten Eurooppaan, Euroopan menestymiseen ja globaaliin johtajuuteen. Selonteossa on korostettu unionin toiminnan avoimuutta. Kansalaisten kannalta on tärkeä-

tä, että unioni kehittyi entistä tasa-arvoisemmaksi ja sosiaalisemmaksi sekä tukee ihmisten hyvinvointia. On vahvistettava integraation sosiaalista ulottuvuutta varmistamalla eurooppalaisen hyvinvointiyhteiskunnan peruseriaatteiden toteutuminen unionin toiminnassa ja kehittämisessä. Tämä voi tapahtua muun muassa tukemalla sosiaalisia perusoikeuksia ja vahvistamalla tarpeellisia vähimmäisstandardeja muun muassa työlainsäädännön alalla.

Lissabonin strategiaa koskevissa yksityiskohtaisemmissa kannanotoissa on ollut jossakin määrin erilainen painotus. On painotettu sitä, että Lissabonin strategia on nimenomaan kilpailukykystrategia. Yhtäkaikki tietynlaisia painotuseroja esiintyy sekä jäsenmaiden että neuvoston eri kokoonpanojen kannanotoissa.

Lissabonin strategian nykyinen ohjelmakausi päättyi vuonna 2010. Strategian jatkosta päätetään maaliskuun 2010 Eurooppa-neuvostossa komission ehdotuksen pohjalta, joka valmistuu vuoden 2010 alussa. Strategian jatkoa on valmisteltu komission, neuvoston ja kansallisten Lissabon-koordinaattoreiden piirissä. Komissio laati aiheesta ensimmäisen positiopaperin Pariisissa 5.12.2008 pidettyä kansallisten koordinaattoreiden kokousta varten, jossa esitettiin, että strategian nykyiset neljä prioriteettialuetta pidetään ennallaan ja että ohjelman toimeenpanoa ja siihen liittyviä menettelytapoja tehostetaan. Eurooppa-neuvoston määrittelemät painopistealueet ovat (1) investointi koulutukseen ja osaamiseen sekä työmarkkinoiden modernisointi, (2) yritysten, erityisesti pk-yritysten toimintaedellytysten parantaminen, (3) investointi tietoon ja innovaatioihin sekä (4) ilmasto- ja energiapolitiikka.

Uudessa strategisessa vaiheessa on tarkoitus kiinnittää erityistä huomiota väestön ikääntymisen sekä ympäristö- ja energiakysymyksiin ja strategian ulkoiseen ulottuvuuteen. Finanssikriisi on sävyttänyt uusimpia kannanottoja. Elvytyspolitiikan tarve on tunnustettu kaikkialla. Elvytystoimien tulee tukea työllisyyttä ja kestävää kasvua. Strategian hyvistä päämääristä ei ole ollut erimielisyyttä. On katsottu, että hallinnointiin, poliittiseen omistajuuteen, tiedottamiseen sekä edistymisen seurantaan, arviointiin ja analysointiin on jatkossa kiinnitettävä entistä enemmän huomiota.

Suomessa tulevan strategian kokonaisvaltainen arviointi on vielä kesken. Kansallinen positiopaperi konsultaatiota varten laadittiin syksyllä 2009. Konsultaation julkistaminen viivästyi ja komissio julkisti konsultaation marraskuun lopussa 2009. Suomi on pitänyt Lissabonin strategian kohdentamista kestäväan kasvuun ja korkeaan työllisyyteen erityisen tärkeänä, kun otetaan huomioon globaali talous, väestön ikääntymisen vaikutukset sekä ilmasto- ja energiapolitiikan reunaehdot. Nykyiset kasvun ja työllisyyden suuntaviivat vastaavat hyvin tuleviin haasteisiin ja painopiste tulee olla rakenteellisten uudistusten tehokkaassa toimeenpanossa siten, että jäsenmaiden erityisolot voidaan ottaa paremmin huomioon tavoitteita asetettaessa ja arvioitaessa maiden edistymistä.

Toisaalta on kiinnitetty huomiota siihen, että strategian hallinnointi ja toteutus ovat johtaneet työläisiin prosesseihin. Suuntaviivojen nykyinen muotoinen raportointi on mittava prosessi. Seurannan huono puoli liittyy

kommunikointiin: se ei puhuttele kansalaisia eikä sen tulosten arvoa usein ymmärretä. Toteutuksen yksinkertaistaminen olisi tästä syystä toivottavaa. Raportointia ja tiedottamista tulisi kehittää ja taloudellisen kestävyuden arvioiden rinnalla tulisi käsitellä myös ns. herkkiä asioita, jotka koskevat jo-kaista kansalaista. Tällaisia ovat muun muassa köyhyyteen, sosiaaliturvaan tai elinympäristöön liittyvät kysymykset.

Suomi on korostanut sitä, että selkeät tavoitteet ovat strategian tehokkaan toimeenpanon ja sen seurannan edellytys. Samalla kun koettu talouskriisi on koskettanut kansalaisia sekä Euroopassa että muualla, kansalaisina olemme tulleet entistä tietoisemmiksi siitä, mitä globaali talous merkitsee. Eurooppalaisilla tavoitteilla ja poliittisilla ohjelmilla väestön hyvinvoinnin ja kestävä kehityksen suhteen on merkitystä. Tämä mahdollisuus osallistaa kansalaisia laajasti on otettava huomioon ja käytettävä hyväksi strategian tiedottamisessa niin yhteisön kuin kansallisella tasolla. Lissabonin strategian valmisteluun sisältyy jo nykyisellään tiivis yhteistyö työmarkkinaosapuolten kanssa. Strategian ymmärrettävyyttä ja siitä tiedottamista tulisi parantaa, jotta voidaan lisätä osallistumisen mahdollisuuksia.

Sosiaalinen toimintaohjelma

Sosiaalinen toimintaohjelma on keskipitkän aikavälin ohjelma, joka viitoittaa jäsenvaltioiden sosiaalipoliittista yhteistyötä (avoimen koordinaation yhteistyötä, AKM-yhteistyötä) sekä sosiaalisen suojelun komitean (SPC) että työllisyyskomitean (EMCO) toimintaa. Parhaillaan toteutetaan ohjelmaa, joka perustuu komission 2.7.2008 antamaan tiedonantoon.

Toimintaohjelma rakentuu kolmelle toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevalle ja samanarvoiselle tavoitteelle: (1) Mahdollisuuksien luominen (Possibility), (2) Saatavuuden parantaminen (Access) ja (3) Yhteisvastuun vahvistaminen (Solidarity). Toimet näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ovat pääasiassa jäsenmaiden vastuulla. Toimintaohjelma keskittyy aloihin, joilla EU:n toimet voivat luoda lisäarvoa.

Komission tiedonannossa nostettiin esille seitsemän toiminnan prioriteettia: (1) Lapset ja nuoret, (2) Investointi ihmisiin, uusiin ja parempiin työpaikkoihin ja uusiin taitoihin, (3) Liikkuvuus, (4) Nykyistä pidempi ja terveempi elämä, (5) Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuminen, (6) Syrjimättömyys ja sukupuolten välisen tasa-arvon edistäminen sekä (7) Maailmanlaajuinen mahdollisuuksien, saatavuuden ja solidaarisuuden edistäminen. Komissio on huomioinut nämä prioriteetit omissa lainsäädäntö- ja toimenpideohjelmissaan.

Mainittujen komiteoiden yhteisessä kannanotossa painotettiin sitoutumista toimintaohjelman toteuttamiseen ja tehokasta toimeenpanoa. Toimeenpanoa varten on korostettu sosiaalisen koheesion ja korkean työllisyyden merkitystä, yhteisiä eurooppalaisia arvoja ja solidaarisuutta sekä sosiaalisen toimintaohjelman mukaisten toimien näkyvyyden parantamista. SPC:n ja EMCO:n työohjelmissa nostettiin etusijalle työmarkkinoiden epävarma kehitys, osaamisen kehittäminen, liikkuvuuden edistäminen, kan-

sainvälisen yhteistyön edistäminen Euroopan sosiaaliseen mallin perustuen, Eurooppalainen köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen toimintavuosi 2010, yleishyödylliset palvelut, sosiaaliturvajärjestelmien kehittämien, terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon kehittäminen, avoimen koordinaation yhteistyön tehostaminen sekä kasvun ja hyvinvoinnin keskinäisten suhteiden entistä parempi tunnistaminen. Kannanotoissa on korostettu, että linjaukset tulee ottaa huomioon myös uudistettaessa Lissabonin strategiaa vuoden 2010 jälkeen. Mainitut komiteat valmistelivat syksyllä 2009 kannanottonsa Lissabonin strategian uudistamisesta neuvoston marras-joulukuun taitteessa pidettävää kokousta varten.

Näiden linjausten mukaisesti yhteistyö on edennyt siten, että työllisyyskomitean toiminnan painopisteenä ovat olleet joustoturvaa edistävät toimet ja sosiaalisen suojelun komiteassa taas aktiivisen osallisuuden vahvistamista edistävät toimet.

Millainen on avoimeen koordinaatioon perustuvan yhteistyön tämän hetken tilannearvio? Talouskriisi on korostanut sosiaalisten kysymysten ja työllisyyden tärkeyttä. Sosiaalista ulottuvuutta ei ole mitään aihetta väheksyä, sillä taantuma aiheuttaa työttömyyttä ja kärjistää sosiaalisia ongelmia. Lissabonin strategian jatkotoimissa tulee panostaa sosiaaliseen eheyteen ja solidaarisuuteen. Jäsenmaat ovat pitäneet AKM-yhteistyötä, yhteistä selviytystyötä ja indikaattorien kehittämistä hyödyllisenä ja haluavat jatkaa ja tehostaa tätä toimintaa. Uusi perustamissopimus tulee voimaan. Oikeuskäytännöt ja toimivalta muuttuvat jossakin määrin. Sosiaali- ja terveystalouden haasteet yhteistyössä ovat edelleen vakavimpia sellaisilla oikeuskäytännön ja toimivallan alueilla, joilla kohtaavat yhtäältä elinkeino- ja liikkumisvapaudet ja toisaalta etuuksien ja palvelujen saannin tasa-arvo- ja oikeudenmukaisuusnäkökohdat.

Pelkistetysti ja yhteen vetäen EU-yhteistyön tilannetta ja kehitystä voitaisiin Lissabonin strategiaan ja toimintaohjelmaan liittyen arvioida seuraavasti:

- Sosiaaliturvan koordinaatiota koskeva lainsäädäntö on uudistettu. Terveyspalveluja koskevan sääntelyn päänavaus on viimeistelyvaiheessa. Paineet työvoiman liikkuvuuden edistämiseksi kehittää sosiaaliturvaa ja terveyspalveluja koskevaa säätelyä näyttävät olevan kasvussa. Keskustelua on käyty myös siitä, että koordinaatiota edistävästä sääntelystä tulisi siirtyä vahvemmin toimintojen sisältöä koskevaan sääntelyyn – tällöin voidaan viitata keskusteluihin yleishyödyllisistä palveluista, palvelujen laatuksista tai miniminormeista. Jos näin edetään, sääntelyn käsitteelliset ja toimeenpanoon liittyvät ongelmat lisääntyvät. Näyttää edelleen siltä, että työoikeuteen ja työläisjärjestöjen liittyvät hankkeet ovat kansallisesta näkökulmasta helpommin hyväksyttävissä kuin sosiaaliturvan ja terveyteen liittyvät lainsäädäntöhankkeet.
- Lissabonin strategian tavoiteasettelun vahvuutena voidaan nähdä muun muassa seuraavat seikat. Strategian alkuperäisessä ”kolmi-

ossa” sosiaalinen nähtiin olennaisena osana strategiaa. Yhdenne-
tyissä suuntaviivoissa vuodesta 2006 lähtien sosiaaliset tavoitteet
liitettiin talous- ja työllisyystavoitteisiin. Makrotalouden välinei-
den tasapainoa ja t&k –toimintaan panostamista on korostettu.
Vakaus- ja kasvusopimus on yhtenäistänyt toimintalinjoja. Toisaalta
voidaan sanoa, että kunnianhimoisista tavoitteista huolimatta
saavutukset ovat jääneet vähemmälle. Sosiaalinen ulottuvuus
ja ympäristönäkökulma ovat jääneet vähemmälle huomiolle.

- Lissabonin strategian keinovalikoima on osoittautunut pulmalli-
semmaksi. Vakaus- ja kasvusopimus on luonut puitteet. Talous-
politiikan ja työllisyyden laajat suuntaviivat ovat täsmentäneet
tavoitteita. Samalla on voitu todeta, että seurantaa ja raportoin-
tia on kylliksi ja usein on tullut esille se, että yhteys unionitason
toimien ja kansallisten toimien välillä on jäänyt epäselväksi.

Avoimen koordinaatiomenetelmän käyttö on saanut jäsenmaiden kannatuk-
sen. 2000-luvun ensimmäisinä vuosina EU:n instituutioiden tiedonkeruu on
edistynyt ja tietämys toisten jäsenmaiden asioista on parantunut merkittä-
västi. On kuitenkin käynyt niin, että avoin koordinaatio on paljolti jäänyt
komission ja jäsenmaiden virkamiesten toimintakentäksi ja etäälle unioni-
kansalaisista. Tiedonkeruiden ja raportointien hyöty on jäänyt epäselväksi
ns. suurelle yleisölle. Menettelyjen byrokraattisuutta tulisi kyetä vähentä-
mään ja toiminnan avoimuutta lisäämään, jotta asian merkitys tulisi ymmär-
retyksi ja toiminnan teho paranisi.

12 TULEVAISUUDEN HAASTEET HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

- Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kolme suurinta haastetta ovat 1) sosiaali- ja terveyspalvelujen eheyden ylläpitäminen, 2) yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset väestön elintapoihin sekä 3) tuloerojen kasvuun ja köyhyyteen liittyvät ongelmat.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen eheyden ylläpitäminen

Kunnat ovat tehneet sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisia yhdistämissiä jo usean vuosikymmenen aikana. Kaikissa kunnissa, joissa kunta itse vastaa sosiaali- ja perusterveydenhuollosta, on yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta kahta kuntaa lukuun ottamatta (Helsinki ja Pieksämäki). Paras-uudistus on osaltaan vauhdittanut hallinnollista yhdentymiskehitystä erityisesti kuntaliitoskunnissa, mutta yhteistoiminta-alueilla on tapahtunut muutoksia myös vastakkaiseen suuntaan. Merkittävä osa yhteistoiminta-alueista on siirtänyt puitelain puitteissa vain osan sosiaalipalveluista yhteistoiminta-alueen vastuulle. Osa sosiaalipalveluista on jäänyt edelleen kunnan vastuulle. Tällaiset ratkaisut uhkaavat asiakkaan kannalta ehyiden palvelukokonaisuuksien muodostumista, koska näin sosiaalihuolto pilkkoutuu kahdelle hallintotasolle ja samalla vastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta eriytyy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisten toimintaedellytysten turvaamista on edistetty monin tavoin myös keskushallinnossa. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan valtakunnallinen organisointi on jo pari vuosikymmentä sitten järjestetty sosiaali- ja terveydenhuollossa yhdessä (Stakes/THL). Tuorein uudistus on valvonnan kokoaminen Valviraan. Erilliset sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset kehittämissohjelmat on kuluvalle hallituskaudella yhdistetty Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissohjelman (KASTE) alle. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta käsittelee sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä kysymyksiä. Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyviä säännöksiä ollaan valmistelemassa yhteiseltä pohjalta. Myös asiakkaan asemaa ja potilaan oikeuksia koskevien lakien yhdistäminen on vireillä.

Monista toimenpiteistä ja ohjelmista huolimatta, hallinto ja lainsäädäntö eivät tue johdonmukaisesti yhteisten asiakkaiden palveluiden toteutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten toimintaedellytysten turvaaminen on valtioneuvoston marraskuussa 2009 antaman selonteon linjausten mukaisesti otettava entistä järjestelmällisemmin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia, terveydenhuoltolakia ja sosiaalihuollon lainsäädäntöä koskevan valmistelutyön ja muun kehittämisen pohjaksi.

Terveyden edistäminen yhteiskuntapolitiikan keinoin

Alkoholi, tupakka, ravitseminen ja liikunta ovat tärkeitä tekijöitä kansantautien synnyssä. Myös psyykinen hyvinvointi on keskeinen terveyden ja hyvinvoinnin osatekijä. Lähieliniiri vaikuttaa merkittävästi lasten kasvuun, työikäisten hyvinvointiin ja hyvään vanhuuteen. Terveystingelmat kasautuvat usein huonossa sosioekonomisessa asemassa oleville. Elintapoihin ja elinympäristöön voidaan vaikuttaa yhteiskuntapolitiikan keinoin, joihin voidaan lukea mukaan myös tulo- ja veropolitiikka ja säätely.

Työelämän vaatavuus on lisääntynyt ja epätyyppilliset työsuhteet yleistyneet. Tuloerot ovat suurentuneet. Taloudentaantuma on lisännyt työttömyyttä ja työmarkkinoiden epävarmuutta, mikä on heijastunut sekä työttömyyden uhan alla oleviin että heidän lähipiiriinsä. Alkoholinkäyttö sekä alkoholin aiheuttama sairastavuus ja kuolleisuus ovat lisääntyneet voimakkaasti vuoden 2004 alkoholin tuonnin vapautumisen ja alkoholiveron alennuksen jälkeen. Sen sijaan tupakointi on hieman vähentynyt. Lihavuus on yleistynyt ongelma. Mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauseläkkeet, sairauspoissaolot ja masennuslääkkeiden käyttö ovat lisääntyneet. Lastensuojelun tarve on kasvanut. Viime vuosien kaksi kouluampumista asettavat vakavan kysymyksen tarvittavista jatkotoimista.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma perustettiin hallituskaudeksi vahvistamaan terveyden edistämisen rakenteita sekä sektoreiden välistä yhteistyötä. Alkoholiveroa on korotettu kolmesti. Valtakunnalliset hankkeet kuten Mieli-2009 sekä Masto-hanke ovat pyrkineet puuttumaan päihde- ja mielenterveysongelmiin. Ravintoloiden savuttomuus toteutui vuonna 2007. Valtioneuvosto antoi vuonna 2008 periaatepäätöksen terveyttä esittävän liikunnan ja ravitsemuksen kehittämislinoista. Vuonna 2009 julkaistiin joukkorokoukailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. Terveysrojen vähentämiseksi laadittiin terveysrojen kaventamisohjelma vuosille 2008–2011.

Terveys 2015-ohjelman tavoitteita ovat lasten ja nuorten turvattomuuden lievittäminen sekä nuorten aikuisten miesten tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien vähentäminen. Valtioneuvoston vuoden 2008 sisäistä turvallisuutta koskevan periaatepäätöksen tavoitteena on väkivallan vähentäminen. Lisäksi opetusministeriön alaisuudessa on toteutettu hankkeita syrjäytymisen ehkäisemiseksi, arjen taitojen sekä kouluviihtyvyyden parantamiseksi. Sekä opetusministeriö että THL ovat toteuttaneet hankkeita lasten ja nuorten mielenterveyden tukemiseksi.

Parempaan terveyteen tähtävien toimenpiteiden tulokset ovat olleet riittämättömiä ja osittain kehityssuunnat ovat olleet jopa kielteisiä. Laajat yhteiskuntapolitiittiset toimet ovat edelleen tarpeen väestön terveyden edistämiseksi ja terveysrojen vähentämiseksi. Alkoholipolitiikassa on harkittava vaikuttavampien keinojen käyttöönottamista nykyisen kulutus- ja haittatason alentamiseksi. Lihavuuden ongelmia tulisi ratkaista tukemalla päivittäisen liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen toteutumista. Joissakin

kysymyksissä kaupallisten/elinkeinopoliittisten tavoitteiden on väistyttävä terveystavoitteiden hyväksi, mikäli terveyttä halutaan parantaa.

Köyhyys ja tuloerojen kasvu

Bruttokansantuotteen ja varallisuuden mukaan tarkasteltuna Suomi on vauraampi kuin koskaan. Vaikka väestö keskimäärin vaurastuu, taloudellinen hyvinvointi jakaantuu entistä epätasaisemmin. Tuloerot ovat 1970-luvun alkupuolen tasolla, sillä nopeimmin ovat kasvaneet suurituloisimpien tulot ja varallisuus. Pienituloistenkin reaalitytulot ja ostovoima ovat kasvaneet, mutta huomattavasti vähemmän kuin keskituloisten. Tulonjaossa tämä kehitys on ollut nähtävissä tuloerojen kasvuna. Tuloerojen aiempi kasvu tasaantui 2000-luvun alkupuolella, mutta viime vuosina tuloerot ovat jälleen kasvaneet.

Vaikka suomalaislasten enemmistön hyvinvointi on monilla mittareilla mitattuna parantunut, on samaan aikaan osalla lapsista ja lapsiperheistä pahoinvointi yleistynyt ja pienelle vähemmistölle ongelmat ovat kasautuneet. Lapsiperheiden suhteellinen asema tulonjaossa on heikentynyt, ja ne ovat jääneet jälkeen keskimääräisestä tulokehityksestä. Tutkimusten mukaan menojen kattaminen tuloilla oli hankalaa kahdessa viidestä perheestä, pienituloisimmassa viidenneksessä yli puolessa perheistä ja yksinhuoltajien perheissä jopa kahdessa kolmesta.

Lapsiperheiden vanhemmat käyvät työssä keskivertoväestöä yleisemmin kaikissa tuloryhmissä, mutta tulonsiirrot muodostavat oleellisen osan toimeentulosta erityisesti pikkulapsiperheissä. Pienituloiset lapsiperheet joutuvat elämään ”kädestä suuhun” eivätkä he yllä samaan kulutustasoon kuin muut. Yllättävät menoerät tai tulonmenetykset voivat vaikeuttaa elämää huomattavasti. Lapsiköyhyys on myös yhteydessä perhevaiheeseen sekä perheen kokoon ja rakenteeseen: heikoin tilanne on yksinhuoltajien sekä monilapsisten perheiden lapsilla.

Lapsille ja lapsiperheille kohdistetut julkiset varat nousivat lamaa edeltäneelle tasolle vasta vuonna 2004. Tulonsiirrot, kuten lapsilisä tai kotihoidon tuki eivät ole indeksiin sidottuja, ja niihin on tehty korotuksia vasta aivan viime vuosina. Lasten palveluissa luotiin 1990-laman aikana noidankehä: säästöjen ja leikkausten seurauksena lasten saamat peruspalvelut ohenivat sisällöltään ja osittain suorastaan vähenivät. Noidankehää ei kasvun vuosien Suomessa purettu, vaan kunnissa säästettiin edelleen lasten ja lapsiperheiden palveluissa, niin neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, päivähoitossa, kouluissa kuin kotihoidon palveluissa. Samaan aikaan kasvoivat erityisopettajien osuudet päivähoitossa ja koulussa, kasvatus- ja perheneuvonnan asiakasmäärät sekä mielenterveyspotilaiden ja lastensuojelun asiakkaiden määrä murros- ja teini-ikäisten keskuudessa.

Suomalaiset luottavat edelleen julkisen sektorin vahvaan rooliin sosiaaliturvan tuottamisessa ja he haluavat julkisen sektorin vastaavan sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta myös tulevaisuudessa. Vaikka sosiaaliturvan tasoa pitää sopivana noin puolet suomalaisista, on sosiaaliturvan tason arvostelu liian matalaksi edelleen lisääntynyt kansalaisten keskuudessa. Mielenkiintoinen havainto on, että korkeatuloiset näkevät huomattavasti ai-

empaa useammin sosiaaliturvan tason liian alhaisena. Eniten sosiaaliturvan tasoa kritisoivat kuitenkin naiset, iäkkäät, yksinhuoltajat, työttömät, työkyvyttömät ja pieni- ja keskituloiset kansalaiset. Järjestelmän kannatusperustan näkökulmasta huolestuttavaa on, että sitä kritisoivat eniten ne, joiden siitä pitäisi eniten hyötyä.

Viime lama oli pahimmillaan vuoden 1991 syksyllä. Laman aikana maastamme katosi lähes viidennes työpaikoista. Vasta vuonna 1994 päästiin kasvussa koko loppuvuosikymmeneksi runsaan neljän prosentin kasvu-uralle. Laman jälkeen palkansaajien myönteisen tulokehityksen turvasi taloudellinen kasvu ja yritysten tulokehitys teki maamme vahvemmaksi kohtaamaan nykyisen laman. Laman velkoja rahoitettiin leikkaamalla sosiaaliturvaa.

1990-luvun laman kokemuksista tulee ottaa oppia. 1990-luvun alun lamakauden tärkeimmäksi kysymykseksi muodostui rakenteellisen työttömyyden alentaminen, työttömien aktivointi työnhaussa ja työvoiman tarjonnan lisääminen työmarkkinoilla. Näiden toimenpiteiden seurauksena odotettiin paitsi rakenteellisen työttömyyden alenemista myös tuloerojen ja pienituloisuuden vähenemistä.

Voimakkaasta taloudellisesta kasvusta huolimatta tuloerot eivät ole alkaneet kaventua eikä työttömyys ole pienentynyt 1990-luvun alun lamaa edeltävälle tasolle. Rakenteellinen työttömyys ei ole hävinnyt maastamme, vaikka työvoiman tarjontaa edistäviä toimenpiteitä on lisätty. Myöskään toimenpiteet, joiden tavoitteena oli lisätä hakeutumista työmarkkinoille, eivät ole täyttäneet niihin kohdistuneita odotuksia. Toimeentuloon ja työn saantiin liittyvät vaikeudet ovat aiheuttaneet masentuneisuutta ja ongelmia ihmisten välisiin suhteisiin. On ilmeistä, että tuloerojen kasvun negatiiviset vaikutukset ovat monissa kohdin ylittäneet tuloerojen kannustinvaiikutuksiin sisältyneet positiiviset vaikutukset.

Veropolitiikkaa suunniteltaessa on kiinnitetty ehkä liian vähän huomiota muista maista ja etenkin toisista pohjoismaista käytettävissä oleviin esimerkkeihin. On ilmeistä, että verotuksen rakenne vaikuttaa verotuksen tasoa enemmän talouden kasvupotentiaaleihin.

Tutkimusten mukaan toimeentuloerot luovat pahoinvointia, joka lisää palvelujen tarvetta. Esimerkiksi lastensuojelun avohuollon asiakkaista enemmän kuin puolet on ollut myös toimeentulotuen asiakkaina. Päihdeongelmat, mielenterveysongelmat ja muihin elintapoihin liittyvät ongelmat ovat muuta väestöä yleisempiä pienituloisten keskuudessa.

Meneillään olevan laman vaikutukset kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin tulee voida torjua mahdollisimman tehokkaasti. On valittava, jatketaanko 1990-luvun laman jälkeen aloitettua rakennetyöttömyyden alentamiseen tähtäävän politiikan keinoja vai etsitäänkö politiikassa muita keinoja lievittää laman vaikutuksia. Rakennepolitiikan tavoitteiden saavuttamiseksi ja työllisyysasteen nostamiseksi tulee löytää keinoja, joissa yhdistetään aktiivisuutta hakeutua työmarkkinoille ja samalla kavennetaan suuriksi kasvaneita tuloeroja.

I 2.1 SOSIAALI- JA TERVEYSKERTOMUKSEN VALMISTELUSTA VASTANNUT TYÖRYHMÄ

Työryhmän tehtävänä oli valmistella laissa sosiaali- ja terveyskertomuksesta (879/2002) mainittu sosiaali- ja terveyskertomus käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona. Työryhmän toimikausi oli 15.4.2009-28.2.2010.

Työryhmän kokoonpano:

Olli Kerola, puheenjohtaja, STM	Pentti Kananen, STM
Maire Kolimaa, varapuheenjohtaja, STM	Eeva Ollila, STM
Lars-Mikael Bjurström, STM	Anne-Mari Raassina, STM
Pekka Humalto, STM	

Kertomuksen toimittajat:

Jutta Järvelin, THL
Anu Muuri, THL

I 2.2 SOSIAALI- JA TERVEYSKERTOMUKSEN TUOTTAMISEEN OSALLISTUNEET ASIAANTUNTIJAT:

Reijo Ailasmaa (THL)	Anne Lounamaa (THL)
Lars-Mikael Bjurström (STM)	Annamari Lundqvist (THL)
Katja Borodulin (THL)	Jouko Lönnqvist (THL)
Helena Ewalds (THL)	Kristiina Manderbacka (THL)
Harriet Finne-Soveri (THL)	Tapani Melkas (STM)
Tari Haahtela (HYKS)	Anu Muuri (THL)
Pekka Hakkarainen (THL)	Tomi Mäkinen (THL)
Tuovi Hakulinen-Viitanen (THL)	Satu Männistö (THL)
Markku Heliövaara (THL)	Tapani Niskanen (THL)
Antero Heloma (THL)	Yrjö Nuorvala (THL)
Marja-Leena Hiltunen (STM)	Eeva Ollila (STM)
Maritta Hirvi (STM)	Meri Paavola (THL)
Pekka Humalto (STM)	Pia Pajunen (THL)
Unto Häkkinen (THL)	Airi Partanen (THL)
Jutta Järvelin (THL)	Hannele Palosuo (THL)
Minna Kaila (THL)	Tiina Palotie-Heino (STM)
Salme Kallinen-Kräkin (STM)	Sanna Pekkarinen (STM)
Pentti Kananen (STM)	Mikko Pellinen (ETK)
Sari Kauppinen (THL)	Markku Peltonen (THL)
Ilmo Keskimäki (THL)	Pirjo Pietinen (THL)
Miia Kivipelto (THL)	Ritva Prättälä (THL)
Taru Koivisto (STM)	Aulikki Rautavaara (THL)
Simo Kokko (THL)	Juha Rossi (STM)
Seppo Koskinen (THL)	Petri Ruutu (THL)
Raimo Kärkkäinen (STM)	Veikko Salomaa (THL)
Tiina Laatikainen (THL)	Marita Sihto (THL)
Anneli Sollo (STM)	Erkki Vartiainen (THL)
Erna Snellman (STM)	Marja Viluksela (TTL)
Salla Säkkinen (THL)	Lauri Vuorenkoski (THL)
Juha Teperi (STM)	Annaleena Välimäki (THL)
Christoffer Tigerstedt (THL)	Kristian Wahlbeck (THL)
Liina-Kaisa Tynkkynen (THL)	Eeva Widström (THL)
Outi Töytäri (THL)	Kirsi Wiss (THL)
Marjukka Vallimies-Patomäki (STM)	

Sekä muiden ministeriöiden lukuisat eri asiantuntijat.

KIRJALLISUUS

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN TILA

Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Stakes: Helsinki.

EDISTETÄÄN TERVEYTTÄ JA TOIMINTAKYKYÄ

Lihavuus

Kautiainen S. Overweight and obesity in adolescence (väitöskirja). Tampereen yliopistopaino Oy: Tampere, 2008.

Männistö S, Lahti-Koski M, Tapanainen H, Laatikainen T, Vartiainen E. Lihavuus ja sen taustat Suomessa - liikakilot kasvavana haasteena. Suomen Lääkärilehti 2004;59:777-781.

Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveys tutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 34/2008. Yliopistopaino: Helsinki, 2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet. Vaikeus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Yliopistopaino: Helsinki, 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:10. Yliopistopaino: Helsinki, 2008.

Ravinto

Hoppu U, Kujala J, Lehtisalo J, Tapanainen H, Pietinen P (toim.) Yläkouluikäisten ravitsemus ja hyvinvointi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 30/2008. Saatavissa myös www.ktl.fi

Kyttälä P, Ovaskainen M, Kronberg-Kippilä C, Erkkola M, Tapanainen H, Tuokkola J, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen SM. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 32/2008. Saatavissa myös www.ktl.fi

Paturi M, Tapanainen H, Reinivuo H, Pietinen P (toim.) Finravinto 2007 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 23/2008. Saatavissa myös www.ktl.fi

Valsta L, Borg P, Heiskanen S, Keskinen H, Männistö S, Rautio T, Sarlio-Lähteenkorva S, Kara R. Juomat ravitsemuksessa. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan raportti 2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008. Saatavissa myös: www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta.

Liikunta

- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen ja terveys, kevät 2008. Health behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2008. Edita Prima Oy: Helsinki, 2008.
- Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisten väestön terveystiettyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Health Behaviour and Health among Finnish Elderly, Spring 2007, with trends 1993-2007. Edita Prima Oy: Helsinki; 2008.
- Liikunnan käypä hoito -suositus. Duodecim. 2008;124 (19):2252–73.
- Mäkinen T, Borodulin K, Laatikainen T, Fogelholm M, Prattala R. Twenty-five year socioeconomic trends in leisure time and commuting physical activity among employed Finns. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports. 2009;19:188-97.
- THL. Kouluterveyskysely 2007. Saatavilla [http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely / FI/index.htm](http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm).

Tupakointi

- Helakorpi S, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B6 /2008. Muutokset nuorten hyvinvoinnissa vuosina 2003, 2007 ja 2009. Kouluterveyskysely 2009. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/CC-B6E2E5-5D90-4C56-BFE3-EC08538D5163/0/kokoaineisto2009pk-lukaol.pdf>
- Pennanen M, Haukkala A, De Vries H, Vartiainen E. Longitudinal study of relationship between school achievement and smoking behavior among secondary school students in Finland; results of the ESFA study. Substance Use & Misuse. 2009;44 (in press).
- Rimpelä A, Rainio S, Huhtala H, Laavinen H, Pere L, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63
- Vainio H, Weiderpass E (2003). Smokeless tobacco: harm reduction or nicotine overload. European Journal of Cancer Prevention 12:89-92
- Vitikainen K, Pekurinen M, Kiiskinen U, Mikkola H (2006). Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Stakesin raportteja 1/2006. Helsinki: Stakes.

Alkoholi

- Ahlström S, & Metso L, Huhtanen P, Ollikainen M. Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt? Suomen ESPAD-aineiston tuloksia 2007. Yhteiskuntapolitiikka 73, 1, 2008.
- Karlsson T, (toim.) Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. THL:n raportti nro 15: Helsinki, 2009.

Österberg E, Mäkelä P. Mitä vuoden 2004 alkoholiveron alennuksesta seurasi? Teoksessa: Moisio, P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Stakes, Helsinki, 2008, 310–323.

Huumeet

Ahlström S, Metso L, Huhtanen P, Ollikainen M. Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt? Suomen ESPAD-aineiston tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):1, 73–83.

Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksinä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15/2008.

Hakkarainen P, Metso L. Huumeekäytön muuttunut ongelmakuva – Vuoden 2006 huumeekäytön tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 72(2007):5, 541–552.

Partanen P, Hakkarainen P, Hankilanoja A, Kuussaari K, Rönkä S, Salminen M, Seppälä T, Virtanen A. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 5, 553–561.

Rönkä S, Virtanen, A. (toim.). Huumeetilanne Suomessa 2008. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Helsinki: Stakes 2008.

<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huumeetilanne%20Suomessa%202008.pdf>

Verenkiertoelinsairaudet

Vartiainen E, Peltonen M, Laatikainen T, Sundvall J, Salomaa V, Jousilahti P, Puska P. FINRISKI-tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuonna. Suomen Lääkärilehti 2008;63:1375-1381.

Sydän- ja verisuonitautien rekisteri, tilastotietokanta. <http://www.ktl.fi/cvdr/> (viitattu 19.08.2009).

Harald K, Pajunen P, Jousilahti P, Koskinen S, Vartiainen E, Salomaa V. Modifiable risk factors have an impact on socio-economic differences in coronary heart disease events. Scandinavian Cardiovasc Journal 2006;40(2):87-95.

Havulinna AS, Pääkkönen R, Karvonen M, Salomaa V. Geographic patterns of incidence of ischemic stroke and acute myocardial infarction in Finland during 1991-2003. Ann Epidemiol 2008;18(3):206-13.

Sivenius J, Tuomilehto J, Immonen-Räihä P, Kaarisalo M, Sarti C, Torppa J, Kuulasmaa K, Mähönen M, Lehtonen A, Salomaa V. Modelling the burden of stroke in Finland until 2030. Int J Stroke, painossa.

Diabetes

Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J, Tuomilehto J. Lihavuuden, diabe-

teksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä Dehkon 2D-hanke (D2D). Suomen Lääkärilehti 2006;61(3):163–170.

Reunanen A, Virta L, Klaukka T. Tyypin 2 diabeetikkoja jo yli puoli miljoonaa. Suomen Lääkärilehti 2008; 63(21):1952–1955.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Diabeteksen Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/>.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Kaila-Kangas L (toim.). Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. Publications of the National Public Health Institute B 25 / 2007, Helsinki 2007.

Kansallinen TULE-ohjelma. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto – Suomen Tule ry, Helsinki 2007. <http://www.suomentule.fi/KTO.pdf>

Kiiskinen U, Teperi J, Häkkinen U, Aromaa A. Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset. Julkaisussa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja Stakes: Helsinki, 2005.

Musculoskeletal problems and functional limitation. The great public health challenge for the 21st century. European Commission, University of Oslo, and the Bone and Joint Decade, Oslo 2003. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_frep_01_en.pdf

Osteoporoosi eli luukato:

Käypä hoito –suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin. 2006.

Kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn tarkoitettu opas iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. 2007. Kansanterveyslaitos.

Osteoporoosin ja kaatuilun aiheuttamien murtumien ehkäisyyn, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen – kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009-2012. Suomen Osteoporoosiliitto ry. 2009 www.osteoporoosiliitto.fi

Syöpätaudit

Finnish Cancer Registry. Cancer in Finland 2004 and 2005. Cancer Society of Finland Publication No. 72, Helsinki, 2007.

Hakama M, Hakulinen T, Johansson R, Rautalahti M, Vertio H (toim). Syöpä 2015. Suomen Syöpäsäätiön julkaisuja nro 68. Syöpäsäätiö: Kuopio 2006.

Pukkala E, Sankila R, Rautalahti M. Syöpä Suomessa 2006. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 71. Suomen Syöpäyhdistys: Helsinki 2006.

Tapaturmat

Tiirikainen, Kati (toim.) (2008): Tapaturmat Suomessa. Edita: Helsinki

Terveyden tasa-arvo

- Kaikkonen R, Kostiaainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Helsinki, 2008.
- Klavus J, Kapiainen S, Nguyen L, Pekurinen M. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes: Helsinki 2008, 178-189.
- Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T, Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo H. ym (toim) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007, 25-41.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (toim.) . Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007.
- Rotko T, Sihto M, Palosuo H. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta. Työpapereita 24/2008. Stakes, Helsinki.
- Prättälä R, Koskinen S, Martelin T, Lahelma E, Sihto M, Palosuo H. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa Palosuo H. ym (toim) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007, 15-23.
- Sihto M, Palosuo H & Linnanmäki E. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa Palosuo H. ym (toim) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007, 197-218.
- STM 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:16. Helsinki.

Terveyskäyttäytymisen tasa-arvo

- Prättälä R, Paalanen L, toim. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.
- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. THL: Julkaisuja 2/2009.
- Prättälä R. Terveyskäyttäytyminen (johdanto ja yhteenveto) . Kirjassa Palosuo ym. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 23/2007, 130-132, 164-168.

VÄHENNETÄÄN KÖYHYTTÄ JA SYRJÄYTYMISTÄ

Lapsiperheet

Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S (toim.). Lapsiperheiden hyvinvointi. THL, Helsinki 2009.

Päihdepalveluiden tila

Karlsson T. (toim.) Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. THL: Raportteja 15/2009.

Kekki T, Partanen A. Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stakes, Työpapereita 38/2008.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selviytyksiä 2009:3.

Nuorvala Y, Huhtanen P, Ahtola R, Metso L. Huono-osaisuus mutkistuu - kuudes päihdetapauskanta 2007. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2008): 6.

VARMISTETAAN TOIMIVAT PALVELUT JA KOHTUULLINEN TOIMEENTULOTURVA

Muuri A. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178, 2008. Helsinki: Stakes

Sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuus

Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:10 2006, Helsinki.

Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. STAKES research reports 84. Helsinki: Stakes 1997.

Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U, Klaukka T, Manderbacka K, Reunanen A, Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Raportteja 286, Stakes 2004.

Manderbacka K, Gissler M, Husman K, Husman P, Häkkinen U, Keskimäki I, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Wahlbeck K, Widström E. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa: Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim). Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006, s. 42-55.

Valkonen T, Martikainen P, Remes H. Sosiaaliryhmien väliset elinajanodote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2007; 62:3891-3896

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21. Helsinki.

Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2009. Stakes, Raportteja 40. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 14. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 19. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 17. Helsinki.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut

Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E & Rimpelä A. 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Stakes Työpapereita 32/2007. Helsinki.

Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Stakes Raportteja 40/2008. Helsinki.

Lastensuojelu

Lastensuojelu – kehityskulkuja ja paikannuksia. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S (toim.). Lapsiperheiden hyvinvointi. THL, Helsinki 2009.

Vammaispolitiikka

Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma, sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:18, Helsinki

Haarni I. Keskenäistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Stakes Raportteja 6/2006, Helsinki

Hynninen-Joensuu E. Hallinnonalojen vammaispoliittinen toiminta (2006) artikkeli, Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto, sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:23

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). New York. Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista, epävirallinen suomennos 05.06.2007

Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006, sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:9, Helsinki.

Apuvälineet

Kylmäniemi M & Töytäri O. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. Selvitys apuvälinepalveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006. Stakes Työpapereita 22/2008. Helsinki 2008.

Töytäri O. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Selvitys apuvälineiden luovutus käytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta. Stakes, Raportteja 15/2007. Helsinki 2007. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R15-2007-VERKKO.pdf>. <http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/tyopapereita08/VT22-2008.htm>

Töytäri, O. Suosituksella laatua apuvälinepalveluihin. Stakes, Työpapereita 41/ 2008. Helsinki 2008. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T41-2008-VERKKO.pdf>

Potilasturvallisuus

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (toim.). To Err is Human. Building a safer health system. Committee of quality of health care. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C. 2007.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Stakes työpapereita 28/2006.

Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM oppaita 2005:32

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, terveydenhuollon laadunhallinta.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmien käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:16.

Henkilöstö

Ailasmaa R. 2009a. Tilastokeskuksen Kuntapalkat-rekisteri. THL.

Ailasmaa R. 2009b. Tilastokeskuksen Kuntapalkat-rekisteri ja Työssäkäyntitilasto. THL.

Ailasmaa R. 2009c. Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilasto ja Valviran Terhikki-rekisteri. THL

Hotti A. 2008. Kuntasektorin eräiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työvoimatilanne huhtikuussa 2008. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Muistio 11.9.2008.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2008. Sairaaloiden lääkärin työvoimatilanne 1.10.2008. www.kuntatyonantajat.fi .

Opetusministeriö. 2007. Koulutus ja tutkimus 2007. Kehittämissuunnitelma. Opetusministeriön julkaisuja 2008:9.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2008. Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa 2008. www.hammaslaakariliitto.fi

Sukupuolten välinen tasa-arvo

Tunnista, turvaa, toimi. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:9

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1.	Pohjoismaissa kansalaiset luottavat sosiaaliturvan ja palveluiden takaavan tasa-arvoisemman yhteiskunnan.	27
Kuvio 2.	Työkäisistä naisista ja miehistä kaksi kolmasosaa on kokenut terveytensä hyväksi tai melko hyväksi.	28
Kuvio 3.	Alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut huomattavasti.	33
Kuvio 4.	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveydenhäiriöt ovat kasvattaneet työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrää.	46
Kuvio 5.	Suhteellinen köyhyysaste ja lapsiköyhyysaste kasvavat.	58
Kuvio 6.	Suomalaiset luottavat julkisiin sosiaali- ja terveystalouteihin – silti yksityisiä toivotaan täydentämään niitä.	67
Kuvio 7.	Sydäninfarktipotilaiden kuolleisuus on vähentynyt.	69
Kuvio 8.	Sydäninfarktipotilaiden keskimääräisten kustannusten kasvu on pysähtynyt.	70
Kuvio 9.	Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä on kasvussa.	96
Kuvio 10.	Sosiaalimenot kasvavat lamavuosina.	105

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1.	Työlliset vuonna 2004 sekä poistuma työllisestä työvoimasta, työpaikkojen muutos ja avautuvat työpaikat perus- ja tavoitekehityksen mukaan vuosina 2005–2020.	99
Taulukko 2.	Keskeisten sosiaaliturvaetuuksien saajien lukumäärät vuosina 1990–2010 (1 000 henkilöä).	108
Taulukko 3.	Sosiaaliturvan kokonaisrahoitus Suomessa vuosina 1990–2010, rahoitusosuudet prosentteina.	108

28.8.2009/AM&J

Eräitä keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevia säännöksiä tai säännösluontoisia tietotuotteita

Vastuutaho/kertomuksen nimi	Peruste	Sisältö	Julkaisu/ tuottamisväli
-----------------------------	---------	---------	----------------------------

Sosiaali- ja terveysministeriö:

STM:n osuus hallituksen toimenpidekertomuksesta eduskunnalle	Perustuslain 46 §	Sisältää osat Valtioneuvoston ja ministeriöiden toiminta II Ulko- ja turvallisuuspoliittinen katsaus, III Toimenpiteet valtiopäiväpäätösten johdosta	vuosittain
Hallituksen toimenpidekertomuksiin liittyvät erilliskertomukset: sosiaali- ja terveyskertomus	Laki sosiaali- ja terveyskertomuksesta (879/2002)	Sosiaali- ja terveysministeriön kertomus kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilasta ja kehityksestä	neljän vuoden välein
STM:n tilinpäätös- ja toimintakertomus	Laki valtion talousarviosta (423/1988)	ei toimiteta enää	vuosittain
Sosiaaliturvan suunta 2005-2006			
Muut, joissa sosiaali- ja terveys osana:			
Hallituksen toimeenpanon arviointi hallituskauden puolivälissä			
STM:n työsuojelustrategian seurantaraportti http://www.stm.fi/julkaisut/mayta/_julkaisu/1373893		Kuvallee työolojen ja työsuojelutoiminnan kehitystä sekä työsuojelustrategian periaatteiden toteutumista	kolmen vuoden välein
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL):			
Suomalaisten hyvinvointi http://groups.stakes.fi/HYRY/FI/Hypa/index.htm	THL:n lain 2 §, 1 mom.	Sisältää tietoja hyvinvointiolojen ja hyvinvointipolitiikan kehityksestä sekä myös sosiaali- ja terveyspalveluista	joka kolmas vuosi
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus http://www.stakes.fi/FI/julkaisut/Kinjakauppa/KKMuur/M241_s.htm	THL:n lain 2 §, 3 mom.	Tehty 2002, 2006 ja 2008. Aineistona HYPA-kysely	
Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksiko/terveyden_edistamisen_yksikko/tutkimus/elintapaseurannat/aikuisvaeston_terveyskayttaytyminen/	THL:n lain 2 §, 1 mom.	Sisältää tietoja sosiaali- ja terveyspalveluiden tilasta ja kehityssuunnista	vuosittain
Eläkeläisen väestön terveyskäyttäytyminen http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksiko/terveyden_edistamisen_yksikko/tutkimus/elintapaseurannat/elakelaisen_vaeston_terveyskayttaytyminen/	THL:n lain 2 §, 1 mom.	Tehty 1995, 1997, 2000, 2002, 2005 ja 2007 Seurataan aikuisväestön terveyskäyttäytymisen muutoksia väestötasolla ja eri väestöryhmissä	vuosittain
Finniski http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksiko/krmoonisten_tautien_epidemiologian_yksikko/finniski/	THL:n lain 2 §, 1 mom.	Sisältää tietoja eläkeläisten terveyskäyttäytymisestä, ja terveydestä, esim. eläkeläisten toimintakyvystä, apuvälineiden ja palveluiden käytöstä, liikunnasta, ruoka tottumuksista, avuntarpeesta ja muista elintavoista Tehty vuodesta 1985 lähtien	kahden vuoden välein
		Laaja väestötutkimus kroonisten, ei-tarttuvien tautien riskitekijöistä.	joka viides vuosi

Vastuutaho/kertomuksen nimi	Peruste	Sisältö	Julkaisu/ tuottamisyväli
Finravinto http://www.wiki.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/ravitsemusyksikko/finravinto_-_tutkimus/	THL:n lain 2 §, 1 mom.	Osa kansallista Finniski-tutkimusta, jonka tarkoituksena on seurata suomalaisen aikuisväestön ruokavaliota. tehty 1982, 1992, 1997, 2002 ja 2007	tuotetaan säännöllisesti joka kolmas vuosi
Hammashuolto	THL:n lain 2 §, 1 mom.	Selvitys hammashoidosta on tehty vuodesta 1991 lähtien. Sisältää tietoja laajasti koko väestön hammashoidon tilasta	joka kolmas vuosi
Tapaturmat http://www.wiki.fi/portal/suomi/yhteistyoprojekti/tapaturmat/tapaturmat_lukuina/		Kansallinen UHRI-tutkimus seuraa suomalaisten joutumista tapaturmien ja väkivallan uhreiksi toteutettu vuosina 1980, 1988, 1993, 1997, 2003, 2006 ja 2009.	tavoitteena joka 3. vuosi
Kuolemaan ja vuodeosastohoitoon johtaneet tapaturmat http://www.stakes.fi/FI/tilastot/tilastojulkaisu/index.htm			vuosittain
SOTAnet-verkkopalvelu http://uusi.soikanet.fi/portal/page/portal/etusivu	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Tietokanta sisältää väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja vuodesta 1990 lähtien	jatkuva
Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Sisältää tilastotietoja sosiaali- ja terveyspalveluista, niiden tarjoajista, henkilöstöstä ja kustannuksista. Lisäksi tietoja on väestöstä, lisääntymisterveydestä, alkoholiuomien ja huumeiden käytöstä ja toimeentulotuen käytöstä	vuosittain
Taskutilasto	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Sisältää vuosikirjan tietoja lyhyemmässä muodossa.	vuosittain
Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Sisältää tietoja ikääntyneiden palveluiden käytöstä, asiakasrakenteesta, henkilöstöstä ja kustannuksista. Lisäksi kuvataan ikääntyneiden palvelujärjestelmää ja palveluiden kehittämistä 2000-luvulla	noin joka kolmas vuosi
Nuorten elinolot vuosikirja	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Nuorisosiain neuvottelukunnan, Nuorisotutkimusverkoston ja THL:n yhteisjulkaisu. Tehty vuodesta 2001 vaihtelevilla teemoilla	vuosittain
Päihdetilastollinen vuosikirja	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Sisältää keskeiset tiedot alkoholiuomien kulutuksesta ja myynnistä, alkoholiuomien ja huumeiden käytöstä aiheutuista sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista, päihdehuollosta ja päihteisiin liittyvästä rikollisuudesta. Lisäksi kuvataan myös alkoholiuomien tuotannon ja kaupan kehitystä sekä alkoholieikeyden ja alkoholi-mainonnan valvontaa.	vuosittain
Vastuutaho/kertomuksen nimi	Peruste	Sisältö	Julkaisu/ tuottamisyväli
Sosiaali- ja terveysmenot	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Tietoja Suomen sosiaali- ja terveysmenoista ja niiden rahoituksesta sekä kuvauksen sosiaaliturvajärjestelmästä. Lisäksi sisältää tietoja myös Pohjoismaiden, EU- ja OECD-maiden sosiaali- ja terveysmenoista sekä niiden rahoituksesta.	vuosittain

Vastuutaho/kertomuksen nimi	Peruste	Sisältö	Julkaisu/ tuottamisväli
Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa	THL:n lain 2 §, 4 mom.	Sisältää tietoja yritysten ja järjestöjen tuottamista sosiaali- ja terveyspalveluista. Kuvataan mm. miten suuren osan kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista yksityiset palveluntuottajat tuottavat ja mikä on niiden palvelutuotannon volyyymi.	noin joka kolmas vuosi
THL:n uusia, valmisteluvaiheessa olevia kyselyjä:			
Lasten ja nuorten terveysseuranta	THL:n lain 2 §, 1 mom.	LATE-hankkeessa ollaan laatimassa suunnitelmaa lasten terveysseurannan valtakunnallisesta toteuttamisesta.	
ATH - alueellinen terveys ja hyvinvointi -kysely	THL:n lain 2 §	Aluetasoisia tietoa väestön ja sen osaryhmien terveyden ja hyvinvoinnin tasosta ja kehityksestä. Tutkimus on pilotoituvaiheessa ja tarkoitus aloittaa vuoden 2010 alussa.	
Työterveyslaitos			
Työ- ja terveys- haastattelututkimus	TTL:n lain 2§	Tietoja väestön työoloista ja työterveydestä sekä elintavoista	joka kolmas vuosi
Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla	TTL:n lain 2§	Tietoja sosiaali- ja terveysalan työoloista ja työhyvinvoinnista	
Työterveyshuolto Suomessa	TTL:n lain 2§	Tietoja työterveyshuoltotoiminnasta - tiedonkeruuta ollaan uudistamassa	njoka kolmas vuosi
TYKYbarometri	TTL:n lain 2§	Tietoja toimpalkkojen tilanteesta, työkykyä ylläpitävistä toiminnoista ja työterveyshuoltopalvelujen toimivuudesta suhteutettuna työssäkäyvään väestöön - tiedonkeruuta ollaan uudistamassa	njoka kolmas vuosi
Työ ja terveys Suomessa	TTL:n lain 2§	Tietoja väestön ja toimialojen tilasta, työoloista, työterveydestä, työkyvyn ylläpidosta ja työterveyshuollon ja työsuojelun toiminnasta	joka kolmas vuosi
Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt	TTL:n lain 2a§	Tietoja ammattitautien esiintymisestä Suomessa	vuosittain
ASA	TTL:n lain 2a§	Tietoja syöpävaarallisille aineille altistumisesta Suomessa ASA-rekisteri-ilmoitusten perusteella	vuosittain
Kansaneläkelaitos			
Kelan tilastollinen vuosikirja	Laki Kelasta 2 § 3 mom.	Sisältää tietoja Kelan hoitamasta sosiaaliturvasta eli eläkkeet, vammais-, sairausvakuutus-, kuntoutus-, työttömyysturva-, lapsiperhe-, asumistuki- ja opintotukitiedot.	vuosittain

Vastuutaho/kertomuksen nimi	Peruste	Sisältö	Julkaisu/ tuottamisväli
Taskutilasto	Laki Kelasta 2 § 3 mom.	Vuosikirjan tietoja taskukoossa.	vuosittain
Vastuutaho/kertomuksen nimi	Peruste	Sisältö	Julkaisu/
Eläketurvakeskus			
Tilasto Suomen eläkkeensaajista	Laki ETK:sta 2§ 2. mom.	Sisältää tietoja kaikista työ- ja/tai kansaläkejärjestelmistä eläkettä saaneista, eläkkeelle siirtyneistä ja eläkkeenosta. Julkaisu kuuluu SVT-sarjaan ja tuotetaan ETK:n ja Kelan yhteistyönä.	vuosittain
Tilasto Suomen eläkkeensaajista kunnittain		Edellä olevan julkaisun keskeisimmät tiedot maakunnittain ja kunnittain. Julkaisu kuuluu SVT-sarjaan ja tuotetaan ETK:n ja Kelan yhteistyönä.	
Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut	Laki ETK:sta 2§ 2. mom.	Sisältää tietoja työeläkkeensaajista, työeläkkeelle siirtyneistä, työeläkkemenosta ja työeläkkeevakuutetuista. Julkaisu kuuluu SVT-sarjaan ja tuotetaan ETK:n, Kuntien eläkevakuutuksen ja Valtiokonttorin yhteistyönä.	vuosittain
Taskutilasto	Laki ETK:sta 2§ 2. mom.	Keskeistä, koottua tietoa eläkkeistä	vuosittain
Eläkkeellesiirtymisiä Suomen työeläkejärjestelmässä v. X		Eläkkeellesiirtymisien odote, keskiarvo ja mediaani	
Työeläkekuntoutus vuonna X		Sisältää tietoja työeläkekuntouksesta ja kuntoutusmenoista	
Katsaus eläketurvaan vuonna X		Keskeistä, koottua tietoa eläkkeistä ja niissä tapahtuneista muutoksista	

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
PUBLICATIONS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1236-2050 (painettu)

ISSN 1797-9854 (verkkójulkaisu)

2010: 1 Sosiaali- ja terveystietojen vuosikertomus 2010.
ISBN 978-952-00-2964-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2965-4 (PDF)

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa neljän vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä kuvaavan sosiaali- ja terveystietokertomuksen. Tulevaisuuden keskeisimmiksi haasteiksi nostetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen eheyden ylläpitäminen, yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset väestön elintapoihin sekä tuloerojen kasvuun ja köyhyyteen liittyvät ongelmat.

Sosiaali- ja terveystietokertomus annetaan lain perusteella, ja sitä käytetään hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona.

Internet: www.stm.fi/julkaisut



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Julkaisujen myynti:

www.thl.fi/kirjakauppa
Puhelin: 020 610 7190
Faksi: 020 610 7450

ISSN 1797-9854 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-2965-4 (PDF)

