

# Selvitys yhdenvertaisuuden toteutumisesta sosiaali- ja terveystalveluiden valinnanvapauskokeiluissa

Painopisteenä kielellinen saavutettavuus



Selvityksiä ja ohjeita 33/2018

# Selvitys yhdenvertaisuuden toteutumisesta sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauskokeiluissa

Painopisteenä kielellinen saavutettavuus

Oikeusministeriö

ISBN PDF: 978-952-259-710-6  
Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö  
Julkaisutuotanto

Helsinki 2018

## Kuvailulehti

Julkaisija	Oikeusministeriö	27.9.21018	
Tekijät	Owal Group Oy: Laura Jauhola, Olli Oosi, Salla Rausmaa, Janika Keinänen		
Julkaisun nimi	Selvitys yhdenvertaisuuden toteutumisesta sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauskokeiluissa Painopisteenä kielellinen saavutettavuus		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Oikeusministeriön julkaisu 33/2018		
Diaari/hankenumero	OM 5/014/2015	Teema	Selvityksiä ja ohjeita
ISBN PDF	978-952-259-710-6	ISSN PDF	1798-7067
URN-osoite	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-710-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-710-6</a>		
Sivumäärä	100	Kieli	suomi
Asiasanat	sosiaali- ja terveyspalvelut, yhdenvertaisuus, syrjintä, saavutettavuus		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä raportissa kuvataan, kuinka asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus ja kielellinen saavutettavuus on huomioitu sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiseen liittyvissä valinnanvapauskokeiluissa ja sähköisissä palveluissa viidellä kokeilualueella. Nyt tehdyn selvityksen havainnot koskevat laajemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä kuin vain itse kokeiluja, joista vasta kerätään kokemuksia ja muokataan toimintamalleja nykyisen lainsäädännön puitteissa.</p> <p>Kokeilut on toteutettu suomenkielisissä kunnissa, jolloin eri kieliryhmien oikeudet eivät poikkea suuresti toisistaan. Tässä selvityksessä kielellistä oikeutta laajempi käsite onkin kielellinen saavutettavuus, joka tarkoittaa sitä, että asiakas tai potilas on tietoinen palveluista, saa palvelua, tulee ymmärretyksi, ymmärtää myös hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan itse vastuuta hoidostaan. Tämä edellyttää mm. tiedotuksen, ohjauksen ja neuvonnan monikanavaisuutta, tulkkipalveluiden saatavuutta ja sähköisten palveluiden saavutettavuutta.</p> <p>Suosituksina selvityksessä nostetaan esiin, että sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapaudesta tiedotettaessa on huomioitava erityisesti ne ryhmät, joilla on vähiten edellytyksiä saada tietoa. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että kaikessa viestinnässä tulisi pyrkiä selkokielisyyteen ja tiedotusmateriaalia tulisi tuottaa eri kielillä. Eri vähemmistöryhmät aidosti osallistavia rakenteita tulee luoda palvelun suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Lisäksi tarvitaan osaamisverkoston kokoamista ja osaamisen kehittämistä alueellisesti, jotta huomioidaan eri vähemmistöryhmien moniperusteisiin tarpeisiin vastaaminen.</p> <p>Julkista hallintotehtävää hoitavaa yksityistä toimijaa sitoo yhdenvertaisuuslain mukainen yhdenvertaisuuden arviointi- ja edistämismelvoite. Tällöin myös sähköisten palveluiden ja infrastruktuurin kehittämisessä tulisi huomioida saavutettavuus laajasti eri kohderyhmien näkökulmasta. Sähköisiä järjestelmiä tulisi hyödyntää suunnitelmallisemmin palvelun saavutettavuuden lisäämiseksi, esimerkiksi etätulkkauksen hyödyntämisessä palveluohjauksessa ja palveluissa. Kaksikielisten alueiden sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisi varmistaa riittävä vähemmän puhutun kielen osaaminen. Omakielisten palveluiden tarjonnan kehittämiseen tulisi kannustaa.</p> <p>Selvityksen on tilannut oikeusministeriön koordinoima syrjinnän seurantajärjestelmä yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Selvityksen toteutti Owal Group Oy lokakuun 2017 ja toukokuun 2018 välisenä aikana.</p>			
Kustantaja	Oikeusministeriö		
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Julkaisumyynti: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

## Presentationsblad

Utgivare	Justitieministeriet	27.9.21018	
Författare	Owal Group Oy: Laura Jauhola, Olli Oosi, Salla Rausmaa, Janika Keinänen		
Publikationens titel	Utredning om förverkligandet av likabehandling i valfrihetsförsöken i anslutning till social- och hälsovårdstjänster Fokus på språklig tillgänglighet		
Publikationsseriens namn och nummer	Justitieministeriets publikation 33/2018		
Diarie-/projektnummer	OM 5/014/2015	Tema	Utredningar och anvisningar
ISBN PDF	978-952-259-710-6	ISSN PDF	1798-7067
URN-adress	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-710-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-710-6</a>		
Sidantal	100	Språk	finska
Nyckelord	social- och hälsojänster, likabehandling, diskriminering, tillgänglighet		
Referat	<p>Denna rapport beskriver hur likabehandlingen av klienter och patienter samt språklig tillgänglighet har beaktats i de elektroniska tjänster och de försök med valfrihet i fem försöksregioner som anknyter till reformen av social- och hälsovårdstjänsterna. Iakttagelserna i denna utredning gäller ordnandet av social- och hälsojänster i vidare bemärkelse än bara i fråga om valfrihetsförsöken. För närvarande kartläggs erfarenheterna av försöken, och verksamhetsmodeller omarbetas inom ramen för den gällande lagstiftningen.</p> <p>Försöken har genomförts i finskspråkiga kommuner, vilket innebär att olika språkgruppers rättigheter inte avviker mycket från varandra. I denna utredning används begreppet språklig tillgänglighet som ett mera omfattande begrepp än begreppet språklig rättighet. Språklig tillgänglighet innebär att klienten eller patienten är medveten om tjänsterna, får service, blir förstörd samt förstår vårdanvisningarna och därmed själv kan ta ansvar för sin vård. Detta förutsätter bland annat information, handledning och rådgivning via flera olika kanaler samt tillgängliga tolktjänster och elektroniska tjänster.</p> <p>I utredningen rekommenderas det att informationen om valfriheten inom social- och hälsovården särskilt ska ta hänsyn till de grupper som har de sämsta förutsättningarna att få information. Detta innebär bland annat att man i all kommunikation bör sträva efter ett lättläst språk och att informationsmaterial bör tillhandahållas på olika språk. Planeringen, genomförandet och uppföljningen av tjänsterna ska vara genuint inkluderande för olika minoritetsgrupper. Dessutom bör man bilda ett kompetensnätverk och utveckla kompetensen regionalt för att kunna beakta olika minoritetsgruppers olika slags behov.</p> <p>En privat aktör som sköter en offentlig förvaltningsuppgift är bunden av skyldigheten enligt diskrimineringslagen att bedöma och främja likabehandling. Därför ska tillgänglighet beaktas ur flera olika målgruppers perspektiv även när det gäller utvecklandet av elektroniska tjänster och infrastrukturen. När det gäller social- och hälsovårdstjänster i tvåspråkiga områden bör man säkerställa att det finns tillräckliga kunskaper i det språk som används mindre allmänt. Bättre tillgång till tjänster på det egna språket bör främjas.</p> <p>Systemet för uppföljning av diskriminering, som samordnas av justitieministeriet, har beställt denna utredning tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet. Utredningen gjordes av Owal Group Oy mellan oktober 2017 och maj 2018.</p>		
Förläggare	Justitieministeriet		
Beställningar/distribution	Elektronisk version: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Beställningar: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

## Description sheet

Published by	Ministry of Justice	27.9.21018	
Authors	Owal Group Oy: Laura Jauhola, Olli Oosi, Salla Rausmaa, Janika Keinänen		
Title of publication	Report on the realisation of equality in the freedom of choice experiments related to the health and social services reform Focus on linguistic accessibility		
Series and publication number	Publication of the Ministry of Justice 33/2018		
Register number	OM 5/014/2015	Subject	Reports and guidelines
ISBN PDF	978-952-259-710-6	ISSN PDF	1798-7067
Website address URN	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-710-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-710-6</a>		
Pages	100	Language	Finnish
Keywords	social and health care services, equality, discrimination, accessibility		
<p><b>Abstract</b></p> <p>This report describes how linguistic accessibility and the equality of customers and patients have been taken into account in the freedom of choice experiments and electronic services in the five trial regions relating to the health and social services reform. The findings of this review apply to the provision of social and health services in general and not just to the experiments, which at this stage are used to gain experiences and adjust operating models within the existing legal framework.</p> <p>The experiments were carried out in Finnish-speaking municipalities where the rights of different language groups do not vary significantly. In this report, a wider concept than linguistic right is linguistic accessibility, meaning that a customer or patient is aware of services, receives services, is understood and also understands instructions on treatment and is therefore able to take responsibility for their own treatment. Among other things, this requires multi-channel communication, guidance and instruction, the availability of interpretation services and the accessibility of electronic services.</p> <p>The report recommends that communication on the freedom of choice within social and health services should pay special attention to the groups who are least able to obtain information. This means that all communications should strive towards plain language and information material should be produced in different languages, for example. Structures that genuinely engage different minority groups should be created for the planning, implementation and monitoring of services. Furthermore, regional competence networks and development of skills are required in order to take into account the multiple needs of different minority groups.</p> <p>A private operator handling public administrative tasks is bound by the obligation to assess and promote equality according to the Non-Discrimination Act. This entails that the development of electronic services and infrastructure should extensively note accessibility from the viewpoint of different target groups. The social and health services of bilingual areas should ensure sufficient skills in the less-spoken language. The development of service supply in the users' own language should be encouraged.</p> <p>The review was commissioned in cooperation with the Ministry of Social Affairs and Health by the discrimination monitoring system coordinated by the Ministry of Justice. The review was carried out by Owal Group Oy between October 2017 and May 2018.</p>			
Publisher	Ministry of Justice		
Publication sales/ Distributed by	Online version: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Publication sales: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

# Sisältö

<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Johdanto</b> .....	<b>11</b>
1.1 Selvityksen tausta ja tehtävä .....	12
1.2 Aineistot ja menetelmät .....	13
<b>2 Selvityksen konteksti: yhdenvertaisuus, kielellinen saavutettavuus ja valinnanvapaus</b> .....	<b>16</b>
2.1 Palveluiden saavutettavuus ja syrjinnän kieltö .....	16
2.2 Potilaan ja asiakkaan oikeudet – erityistarkastelussa kielellinen saavutettavuus .....	19
2.2.1 Oikeudet kieliryhmittäin sosiaali- ja terveyspalveluissa .....	24
2.2.2 Kielelliset oikeudet ja niiden huomioiminen vammaisuuden perusteella .....	26
2.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauskokeilu .....	27
<b>3 Kielellisen saavutettavuuden toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa aikaisemman tiedon perusteella</b> .....	<b>31</b>
3.1 Eri vähemmistöryhmät sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaina .....	31
3.2 Maakohtaisia benchmarkkauksia sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauden toteutumisesta .....	43
3.2.1 Norja .....	43
3.2.2 Ruotsi .....	51
3.2.3 Iso-Britannia .....	58
<b>4 Selvityksen tulokset</b> .....	<b>65</b>
4.1 Valinnanvapauskokeilusta tiedottaminen – onko tieto valinnan tueksi saavutettavaa ja tavoittanut eri väestöryhmät? .....	65
4.2 Palvelun saatavuus ja saavutettavuus .....	68



4.3	Sähköiset palvelut valinnanvapauskokeiluissa.....	75
4.4	Kielelliset oikeudet ja yhdenvertaisuusnäkökulmia lakiehdotuksessa valinnanvapaudeksi.....	76
4.5	Johtopäätökset ja suositukset kootusti.....	82
<b>LÄHTEET .....</b>		<b>93</b>
<b>LIITTEET .....</b>		<b>98</b>
<b>Henkilöstökyselyn vastaajat ja jakautumat .....</b>		<b>98</b>

## TIIVISTELMÄ

Raportissa kuvataan, kuinka asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus ja kielellinen saavutettavuus on huomioitu sosiaali- ja terveystalvveluiden uudistamiseen liittyvissä valinnanvapauskokeiluissa ja sähköisissä palveluissa viidellä kokeilualueella. Nyt tehdyn selvityksen havainnot koskevat laajemmin sosiaali- ja terveystalvveluiden järjestämisestä kuin vain itse kokeiluja, joista vasta kerätään kokemuksia ja muokataan toimintamalleja nykyisen lainsäädännön puitteissa.

Kokeilut on toteutettu suomenkielisissä kunnissa, jolloin eri kieliryhmien oikeudet eivät poikkea suuresti toisistaan. Oikeudet ja vastuut määrittyvät pitkälti potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön sekä kielilakien (viranomaisen edistämismveloitteen) ja vammaisten henkilöiden tulkkauksalvveluista annetun lain mukaan. Lähtökohtana on, että potilaan tai asiakkaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan. Tässä selvityksessä kielellistä oikeutta laajempi käsite onkin kielellinen saavutettavuus, joka tarkoittaa sitä, että asiakas tai potilas on tietoinen palveluista, saa palvelua, tulee ymmärretyksi, ymmärtää myös hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan itse vastuuta hoidostaan. Tämä edellyttää mm. tiedotuksen, ohjauksen ja neuvonnan monikanavaisuutta, tulkkialvveluiden saatavuutta ja sähköisten palveluiden saavutettavuutta.

Kokeilut ovat viestinnässään toimineet lain puitteissa, joka ei velvoita yksikielisissä kunnissa viestimistä muulla kuin Suomen kielellä. Palveluista saa pääosin monikanavaisesti tietoa, eli sitä on tarjolla verkossa, puhelimitse, painettuna esitteinä ja henkilökohtaisesti asioimalla. Osa on panostanut esitteissään selkokieleen, yksi kokeilualue on tuottanut esitteitä useammalla kielellä. Eri vähemmistöryhmien osallistumisista ei ole erikseen seurattu, mutta selvitykseen kootun aineiston perusteella voidaan päteellä, että tietoisuus on todella alhainen vielä kokeiluaikana. Arvioitaessa sitä, onko kokeilujen tiedotus sekä kokeiluissa toteutettavat ohjaus- ja neuvontalvvelut olleet riittävät tavoittaakseen eri kohderyhmät, voidaan todeta, ettei minimivaatimus ole riittävä. Alueilla on tehty sidosryhmäviestintää ja järjestöyhteistyötä, mutta kokeilun aikana eri vähemmistöryhmiin kuuluvat henkilöt ja heitä edustamat tahot ovat jääneet tiedotuskanavana pitkälti hyödyntämättä viestittäessä eri kieliryhmille.

Väliaikaisessa valinnanvapauskokeilussa eri toimijat ovat etsineet yhteisiä toimintakäytäntöjä ja rajapintoja, ja kokeilussa on jouduttu tekemään myös kompromisseja, jotka ovat voineet jopa heikentää sähköisiä palveluja kokeilun aikana. Muuten sähköisten palveluiden ja ratkaisujen kirjo heijastaa valinnanvapauskokeilussa hyvin nykyistä tilannetta: Osa palveluntarjoajista on huomionnut saavutettavuuden ja monikanavaisuuden paremmin kuin toiset. Esimerkiksi vain pieni osa on huomionnut viittomakieliset ajanvarauksessa ja asioimisessa. Myöskään tieto asiakkaiden kielestä ja

mahdollisesta tulkin tarpeesta ei siirry kaikilla automaattisesti listautuessa potilastieto-järjestelmien kautta. Valinnan tukena käytettävien palveluportaalien ja verkkosivujen sisällöt vaihtelevat, ja vaikka saavutettavuuteen olisi teknisesti kiinnitetty huomiota, tietosisällöt eivät anna yhdenmukaisesti informaatiota palvelun saavutettavuudesta, esteettömyydestä, laadusta tai erityisosaamisesta.

Valinnanvapauskokeilussa on pääosin edetty sillä osaamisella ja valmiuksilla, joita tuottajilla on ollut valmiiksi. Se, kuinka yhdenvertaisuuden edistämisen kysymykset, ja tarkemmin kielellinen saavutettavuus osataan huomioida, vaihtelee toimijoittain, eikä yhdenvertaisuusnäkökulmaa ole tässä kokeilun vaiheessa nostettu esiin erityistee-manana. Myöskään tulkkien hankkimiskäytäntöjä ja periaatteita ei ole käyty systemaattisesti läpi ja ohjeistettu, eivätkä toimintatavat ja vastuut ole selviä, mikä kuvastaa valinnanvapauskokeiluja laajempaa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen tilanneku-vaa.

Sosiaaliohjauksen rooli ja mahdollisuudet ovat olleet kokeilun ajan vielä epäselviä ja toimintamuodot vasta muotoutumassa. Erityisenä huolena nouseekin aineiston perusteella monimuotoisen asiakaskunnan ja erityisen haavoittuvassa asemassa olevien osalta osaamistarpeisiin vastaaminen. Osaamiseen liittyy risteäviin syrjinnän perustei-siin liittyvän erityisosaamisen hallinta, jonka toteutumista ei vielä kokeiluissa ole päästy todentamaan. Palveluketjun kokonaisuuden hallinnan kysymykset sekä mm. järjestötoimijoiden tuleva rooli suhteessa yksityisiin palveluntuottajiin sekä hyvinvoinnin- ja terveydenedistämisen kokonaisuuteen, on vielä kokeilun aikana auki.

Valinnanvapauden voidaan nähdä mahdollistavan positiivisia vaikutuksia vähemmistö-ryhmien palveluihin, mikäli esimerkiksi henkilöstön kielitaito nähdään palveluntuotta-jan kilpailuvalttina. Omakielisten palveluiden saatavuuden vahvistuminen voi lisätä po-tilasturvallisuutta. Jotta valinnanvapaus voi tulevaisuudessa toteutua yhdenvertaisesti, on tärkeää, että vertailutietoa on saatavilla ja tieto valinnan tueksi on saavutettavaa, jotta asukkaat osaavat tehdä itseä koskevia päätöksiä oikeilla perusteilla.

Suosituksina selvityksessä nostetaan esiin, että sosiaali- ja terveystalouden valin-nanvapaudesta tiedotettaessa on huomioitava erityisesti ne ryhmät, joilla on vähiten edellytyksiä saada tietoa. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että kaikessa viestinnässä tulisi pyrkiä selkokielisyyteen ja tiedotusmateriaalia tulisi tuottaa eri kielillä. Kolmannen sek-torin toimijoita, mm. maahanmuuttajien omia järjestöjä ja yhdistyksiä, matalan kynnyk-sen neuvontapisteitä, ohjaushenkilöstöä ja vaikuttamistoimielimiä tulisi hyödyntää tie-dotuksessa vahvemmin. Tätä varten tulisi tehdä alueelliset kohderyhmäkohtaiset si-dosryhmäkartoitukset tahoista, jotka toimivat eri ohjaus- ja neuvontaroleissa tai ver-taistoiminnan toteuttajina.

Eri vähemmistöryhmät aidosti osallistavia rakenteita tulee luoda palvelun suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Osallistamisella voidaan varmistaa, että palvelut ja niistä viestintä huomioi mahdollisia kulttuuriin liittyviä piirteitä, jotka voivat vaikuttaa palvelun hakemiseen ja saamiseen. Samalla voidaan vastavuoroisesti lisätä tietoa palveluista ja yhteiskunnan säädöksistä. Osallistamisen rakenteita ja toimintatapoja muodostettaessa olisi hyvä toteuttaa sektorirajat ylittävää toimintaa ja kuulemisia, joiden perusteella voidaan suunnata toimenpiteitä alueellisesti sosiaali- ja terveystalvueluista laajemmin.

Sosiaali- ja terveystalvueluiden laadun seurantaan ja rahoituksen pohjaksi tulee tuottaa ja julkaista tietoa kielellisten palveluiden toteutumisesta. Tulkien käytön ja hankkimisen käytännöt tulisi yhtenäistää ja ohjeistaa valtakunnallisesti, ja huolehtia alueellisesti, että käytännöt ovat yhdenmukaiset. Lisäksi tarvitaan osaamisverkoston kokoamista ja osaamisen kehittämistä alueellisesti, jotta huomioidaan eri vähemmistöryhmien moniperusteisiin tarpeisiin vastaaminen.

Julkista hallintotehtävää hoitavaa yksityistä toimijaa sitoo yhdenvertaisuuslain mukainen yhdenvertaisuuden arviointi- ja edistämisvelvoite. Tällöin myös sähköisten palveluiden ja infrastruktuurin kehittämisessä tulisi huomioida saavutettavuus laajasti eri kohderyhmien näkökulmasta.

Henkilöstön kielitaidosta (ml. viittomakieli) tulisi koota systemaattisesti tietoa organisaatiotasolla ja tuoda se näkyväksi valintaportaaliin asiakkaalle. Sähköisiä järjestelmiä tulisi hyödyntää suunnitelmallisemmin palvelun saavutettavuuden lisäämiseksi, esimerkiksi etätulkkauksen hyödyntämisessä palveluohjauksessa ja palveluissa. Kaksikielisten alueiden sosiaali- ja terveystalvueluissa tulisi varmistaa riittävä vähemmän puhutun kielen osaaminen. Omakielisten palveluiden tarjonnan kehittämiseen tulisi kannustaa.

# 1 Johdanto

Käsillä oleva raportti luo katsauksen yhdenvertaisuuden toteutumisesta ja huomioimisesta sosiaali- ja terveystalveluiden uudistamiseen liittyvissä valinnanvapauskokeiluissa ja sähköisissä palveluissa. Erityistarkastelussa on kielellisten oikeuksien ja laajemmin kielellisen saavutettavuuden huomioiminen. Selvityksessä tuotetaan tietoa siitä, kuinka yhdenvertaisuuden eri ulottuvuudet tulisi ottaa huomioon tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamisessa.

Nyt tehdyn selvityksen havainnot koskevat laajemmin sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistä kuin vain itse kokeiluja, joista vasta kerätään kokemuksia ja muokataan toimintamalleja tulevaa varten. Ensimmäiset valinnanvapauskokeilut käynnistyivät vuoden 2017 keväällä viidellä alueella, jotka ovat Hämeenlinna, Jyväskylä, Ylä-Savo, Keski-Uusimaa ja Tampere ja myös tämän selvityksen kohteena. Tiedonkeruun toteutukseen vaikuttaa se, että alueelliset kokeilut ovat kaikki omanlaisia: kokeilut on valittu testaamaan eri painopisteitä ja toimintamalleja hyvin erityyppisillä alueilla. Osa kokeiluista kattaa yhden kaupungin, osa useamman, ja osa toimii vain tietyillä postinumeroalueilla kaupungin sisällä. Kokeilujen aikana ollaan vasta luomassa lainsäädäntöä sosiaali- ja terveystalveluiden valinnanvapaudelle, ja kokeilut toimivat nykyisen lainsäädännön puitteissa. Kokemuksista ja havainnoista voidaan silti tuottaa tietoa siitä, kuinka yhdenvertaisuus ja erityisesti kielellinen saavutettavuus tulisi huomioida sosiaali- ja terveystalveluiden uudistamisessa.

**Kielellinen saavutettavuus tarkoittaa tässä selvityksessä sitä, että asiakas tai potilas on tietoinen palveluista ja sitä, että henkilö saa palvelua, tulee ymmärrykseen, ymmärtää hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan itse vastuuta hoidostaan.** Tämä tarkoittaa myös sitä, että ihmiset saavat riittävästi tietoa, jotta he osaavat hakeutua hoitoon tai käyttää sosiaalisia oikeuksiaan kuin valtaväestö. Laissa ja asetuksissa määritellyt kielelliset oikeudet vaihtelevat jonkin verran eri kielisten ja vammaisryhmien mukaan. Selvityksessä on kuitenkin laajempi yhdenvertaisuuden huomioimisen näkökulma, sillä vähemmistökieliryhmään kuuluvallakin kieli voi olla vain yksi syrjinnän vaaralle altistava tekijä, ja kielen lisäksi tai sen rinnalla asiakas/potilas voi kuulua yhteen tai useampaan vähemmistöryhmään. Selvityksessä on siten tarkasteltu läpileikkaavasti myös muita syrjintäperusteita. Tällöin aineiston perusteella tunnistetaan sellaisia seikkoja palvelurakenteissa, jotka altistavat moniperusteiselle syrjinnälle.

Selvitys on toteutettu lokakuun 2017 ja toukokuun 2018 välisenä aikana oikeusministeriön demokratia-, kieli- ja perusoikeusasioden yksikön toimeksiannosta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa, joka on käynnistänyt koko valinnanvapausko-

keilua koskevan arvioinnin. Molempien toteuttajina on Owal Group Oy. Yhteistyö arviointien välillä on mahdollistanut laajemman tietopohjan tiedonkeruun integroimisella soveltuvien osien, mutta myös vaikuttamisen käynnissä olevaan kehittämistyöhön. Selvitystä on ohjannut oikeusministeriöstä ylitarkastaja Katriina Nousiainen, ja tukena on toiminut ohjausryhmä, jossa on edustettuna oikeusministeriöstä Corinna Tammenmaa ja Panu Artemjef, sosiaali- ja terveysministeriöstä Vuokko Lehtimäki ja Merja Heikkinen, Kuurojen Liitosta Markku Jokinen, SámiSoster ry:stä Ristenrauna Magga, Vammaisfoorumilta Pirkko Mahlamäki, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta Hannamaria Kuusio, yhdenvertaisuusvaltuutetun toimistosta Pamela Sarasmo ja Siirtolaisuusinstituutista Maili Malin.

Raportti etenee siten, että johdannossa esitellään selvityksen tausta, tavoitteet ja käytetyt menetelmät ja aineisto. Luvussa 2 on avattu selvityksen konteksti eli kielellinen saavutettavuus sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä taustoitetaan valinnanvapauskokeilua, sen tavoitteita ja toteutusta. Luvussa 3 käsitellään yhdenvertaisuuden toteutumista ja siihen liittyviä esteitä aikaisempien selvitysten ja tutkimusten valossa vähemmistöryhmittäin, keskittyen kielelliseen saavutettavuuteen ja kielellisten oikeuksien toteutumiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lisäksi kuvataan kolmen maan kokemuksia siitä, kuinka erityisesti kielelliset kysymykset ovat toteutuneet, tai kuinka niitä on seurattu sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauden myötä. Luvussa 4 tuodaan esiin selvityksen empiirisen aineiston tulokset. Lukuun 5 on koostettu johtopäätökset ja suositukset huomioitavaksi sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä tulevaisuudessa.

## 1.1 Selvityksen tausta ja tehtävä

Tehtävänä oli koota tietoa eri kieliryhmiin kuuluvien sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden kokemuksista yhdenvertaisuuden toteutumisesta ja syrjinnästä valinnanvapauskokeiluissa ja siihen liittyvissä sähköisissä palveluissa. Selvitystä varten on koottu tietoa eri kieliryhmien mahdollisuudesta saada tietoa ja käyttää palvelua yhdenvertaisesti. Kohderyhminä ovat perustuslaissa tunnustetut kieliryhmät, joita ovat ruotsi, saame, romani- ja viittomakieli, mikä lisäksi selvityksen kohderyhmään kuuluvat tulkkipalveluita käyttävät vieraskieliset, sekä henkilöt, jotka tarvitsevat vammaisuuden vuoksi tulkkausta. Osana selvitystyötä on laadittu tutkimuskatsaus, jossa tarkastellaan yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyviä teemoja koskien SOTE-uudistusta ja valinnanvapausmallia.

Kerättävällä aineistolla selvitetään:

- Ovatko kokeilujen tiedotus sekä kokeiluissa toteutettavat ohjaus- ja neuvontapalvelut olleet riittävät?
- Voidaanko palveluiden ajatella paranevan vähemmistöryhmien kohdalla?
- Miten eri palveluntarjoajat ovat varautuneet yhdenvertaisuusnäkökulman huomioimiseen ja millaisia eroja toiminnassa on?
- Osaako henkilöstö palvella yhdenvertaisesti monimuotoista asiakaskuntaa eri palveluntuottajilla?
- Miten kokeiluun liittyvien sähköisten palvelujen saavutettavuus on toteutunut eri kohderyhmillä?

Aineiston perusteella tunnistetaan myös sellaisia seikkoja palvelurakenteissa, jotka altistavat moniperusteiselle syrjinnälle, esimerkiksi ikääntyvien maahanmuuttajataustaisten henkilöiden kohdalla.

Työn tulosten on tarkoitus palvella sekä sosiaali- ja terveysministeriötä ja aluetoimijoita, että syrjinnän seurantaryhmän tavoitteita. Syrjinnän seurantaryhmän huolenaiheita liittyen uudistukseen on ollut mm. oikeussuojakeinojen saatavuus ja eroavuus eri tahojen järjestämissä palveluissa. Huoli on liittynyt myös ohjaus- ja neuvontapalveluiden tarjontaan ja muotoon eli mm. siihen, miten asiakkaan resurssit perehtyä eri vaihtoehtoihin huomioidaan. Taustalla on oletus eri väestönosien haavoittuvasta asemasta ja alttiudesta syrjintään: Eri vähemmistöryhmiin kuuluvilla henkilöillä ei ole itsestään riippumattomista syistä aina samoja mahdollisuuksia saada ääntänsä kuuluviin tai mahdollisuuksia toimia yhteiskunnassa yhdenvertaisesti muiden kanssa. Lisäksi henkilö voi joutua jonkin ominaisuutensa tai käyttämänsä kielen vuoksi alttiimmiksi syrjinnän uhriksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kontekstissa asiaa avataan enemmän luvussa 3.

## 1.2 Aineistot ja menetelmät

Selvityksen aineisto koostuu dokumenttianalyysin ja kirjallisuuskatsauksen lisäksi asiantuntija- ja sidosryhmähaastatteluista sekä asiakashaastatteluista kokeilualueilta.

**Asiantuntija-/sidosryhmähaastattelut:** Yhteensä 11 henkilöä, joissa on edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Vammaisfoorumi, Vammaisten maahanmuuttajien tukikeskus HILMA, Kuurojen liitto ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

**Asiakashaastattelut:** Asiakashaastatteluiden osalta ei asetettu määrällistä tavoitetta, sillä tiedossa oli, että kohderyhmään kuuluvia on vaikea tavoittaa: yleinen tietoisuus valinnanvapaudesta on alueilla pieni, ja palvelun vaihtaneita on vielä vähän. Haastateltavia on etsitty eri yhdistysten ja vaikuttamistoimielinten kautta. Salassapidon ja tietosuojaan takia asiakkaita ei ole lähdetty tavoittamaan suoraan palveluntuottajien tai esimerkiksi tulkkien kautta. Eri asiantuntijahaastatteluihin on sisällytetty pyyntö auttaa kohderyhmään kuuluvien asiakkaiden tavoittamisessa. Lukuisten kontaktointien jälkeen asiakaskuulemista on tehty seuraavasti:

Viittomakielisten ryhmähaastatteluun osallistui kuusi kokeilualueella asuvaa henkilöä. Ryhmähaastattelun jälkeen oli mahdollisuus käydä täydentäviä keskusteluja kokeilualueen ulkopuolella asuvien kanssa koskien yleisemmin kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Osallistujia oli useampi, mutta aktiivisemmin näkemyksiä esitti muutama osallistuja.

Maahanmuuttajien näkökulmaa edustaa aloitushaastatteluiden lisäksi maahanmuuttajayhdistyksen sekä maahanmuuttajien alkuvaiheen neuvonnan edustukselliset haastattelut (yht. 4). Lisäksi on haastateltu kokeilualueella toimivaa ruotsin kielen tulkkia, joka edusti ruotsinkielistä asiakas- ja potilasnäkökulmaa suomenkielisessä kunnassa. Muun kommunikaatiota selventävän tulkitsemisen ja moniperusteisuuden näkökulmasta on lähestytty alueellisia vammaisneuvostoja, joiden edustajia on kuultu kolmelta alueelta. Lisäksi asiantuntija- ja sidosryhmähaastattelut ovat edustaneet pääosin asiakasnäkökulmaa.

**Järjestäjien/ kuntatason toimijoiden haastattelut**, ml. kokeilujen projektipäälliköt: pelkästään yhdenvertaisuusteemoihin keskittyviä haastatteluja toteutettu 7, ja 9 sellaista, joihin on integroitu laajemman valinnanvapauskokeilun kysymyksiä. Haastattelutavat edustavat projektipäälliköiden lisäksi johtoa ja suunnittelussa mukana olevaa henkilöstöä; esimerkiksi avopalvelujohtaja, suunnittelujohtaja, palvelupäällikkö. Haastatteluilla haluttu syventää näkökulmaa siitä, kuinka yhdenvertaisuus (painotus kielellisessä saavutettavuudessa) on huomioitu kokeilun ja palveluiden suunnitteluvaiheessa ja kuinka sitä tulisi aluetason toimijoiden yhteistyössä vahvistaa tulevaisuudessa.

**Palveluntuottajien haastattelut:** yhteensä 12 palveluntuottajien edustajien haastattelua, joista kolmea on kuultu kahdesti; ensin kartoittavasti osana laajempaa valinnanvapauskokeilua ja erikseen kohdentuen yhdenvertaisuusteemaan, painopisteenä kielellinen saavutettavuus. Mukana on suuria ja pienempiä palveluntuottajia siten, että kaikki kokeilun alueet ovat katettuna.

**Asiakaskysely:** Osana laajempaa valinnanvapauskokeilun arviointia tehtiin kysely kokeilualueille väestörekisteripöiminnan perusteella. Kysely kohdennettiin noin 10 000 vastaanottajalle viiden kokeilualueen väestöön suhteutettuna. Tiedonkeruussa saatiin



yhteensä 1 648 analyysikelpoista vastausta. Muita kuin suomenkielisiä vastauksia oli vain 44, joista suuri osa vironkielisiä. Kysely toteutettiin väestörekisteriotannan takia postitettuna. Postitetun kyselyn laajuuden vuoksi se toteutettiin vain suomeksi, mikä on varmasti rajannut pois muun kielisiä vastaajia.

**Suositusyöpaja:** 4.5.2018 toteutettiin Keski-Uudellamaalla työpaja ”Mikä valinnanvapaus? Ovatko sosiaali- ja terveystalvet aidosti saavutettavia kaikille väestöryhmille?” Tilaisuuteen osallistui n. 20 eri järjestö- ja viranomaistoimijaa, jotka edustivat niin maahanmuuttajien sosiaali- ja terveystalvetuita, ohjausta ja neuvontaa, vammaisjärjestöjä ja vaikuttamistoimielimiä. Työpajassa tarkasteltiin sosiaali- ja terveystalvetuiden valinnanvapautta yhdenvertaisuuden näkökulmasta, ja tuotettiin tietoa suositusten pohjaksi tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalvetuiden järjestämiseen.

Tilaisuuden järjestävät yhteistyössä oikeusministeriö (Rainbow Rights -hanke), Keski-Uudenmaan Yhdistysverkosto (Kumppanuudella soteen ja kuntiin -hanke) ja Owl Group Oy.

**Henkilöstökysely:** Henkilöstölle suunnattu kysely toteutettiin marras-joulukuussa 2017 osana laajempaa valinnanvapauskokeilun arviointia. Kyselyyn saatiin 90 vastausta. Vaikka tulosta voidaan pitää hyvänä, tarkka vastausprosentti ei ole selvillä, sillä tietoa siitä, kuinka monelle kyselyä on välitetty, ei ole jäljitettävissä. Sähköistä kyselyä välittivät sekä kokeilualueiden järjestäjätahot että yksityiset palveluntuottajat. Vastaajista 71 % on kunnallisen terveystalvetuaseman vastaajia, 27 % yksityisen palveluntuottajan vastaaja ja 2 % kunnallisen ostopalveluaseman vastaajia.

Kyselyyn sisällytettiin kielellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta kaksi kysymystä, joilla selvitettiin näkemyksiä siitä, kuinka vastaajan organisaatiossa huomioidaan eri kieliryhmien erityiskysymykset viestittäessä valinnanvapaudesta ja siihen liittyvistä oikeuksista, minkä lisäksi kysyttiin vastaajien näkemyksiä omasta osaamisesta ja valmiuksista huomioida eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat asiakkaat. Kyselyn vastaajajoukkoa on avattu liitteessä.

**Dokumenttianalyysi ja sekundäärilähteet:** Kirjallisuuskatsauksen aineiston lisäksi selvityksessä on hyödynnetty valinnanvapauskokeilualueiden sääntökirjoja ja niitä tarkentavia ohjeistuksia soveltuvien osien. Analyysiä varten on käyty läpi eri tahojen lausuntoja koskien hallituksen esitystä eduskunnalle laiksi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveystalvetuollossa sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Erityisesti STM104:00/2017: <http://stm.fi/hanke?tunnus=STM104:00/2017>

## 2 Selvityksen konteksti: yhdenvertaisuus, kielellinen saavutettavuus ja valinnanvapaus

Luvussa taustoitetaan ensin yleisemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjiä ja tuottajia koskevia yhdenvertaisuuslain velvoitteita ja syrjinnän kieltoa, YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen sekä asteittain voimaantulevan saavutettavuusdirektiivin velvoitteita. Tämän jälkeen luvussa 2.2 käsitellään tarkemmin kielellistä saavutettavuutta ja lainsäädännön takaamia kielellisiä oikeuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lopussa (luku 2.3) luodaan läpileikkaus selvityksen kohteena oleviin valinnanvapauskokeiluihin. Luvussa taustoitetaan valinnanvapauskokeilua, sen tavoitteita ja toteutusta seuranta-aikana.

### 2.1 Palveluiden saavutettavuus ja syrjinnän kieltö

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Perustuslain 6 §:n2 momentin mukaan ketään ei saa asettaa eri asemaan esimerkiksi kielen, vammaisuuden, alkuperän tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella ilman hyväksyttävää perustetta. Yhdenvertaisuus on jokaisen perus- ja ihmisoikeus.

Yhdenvertaisuuslain (1325/2014) tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta ja ehkäistä syrjintää sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. Syrjintä on ihmisten eriarvoista kohtelua sillä perusteella, että he kuuluvat (tai heidän oletetaan kuuluvan) tiettyyn ryhmään<sup>2</sup>. Yhdenvertaisuuslain mukaisesti (8 §) ketään ei saa syrjiä iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, terveydentilan, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Syrjintä on kielletty riippumatta siitä, perustuuko se henkilöä itseään vai jotakuta toista koskevaan tosiseikkaan tai oletukseen. Välittömän ja välillisen syrjinnän lisäksi laissa tarkoitettua syrjintää on häirintä, kohtuullisten mukautusten epääminen sekä ohje tai

---

<sup>2</sup> ks. tarkemmin [www.yhdenvertaisuus.fi](http://www.yhdenvertaisuus.fi) ja esim. esitteestä <http://yhdenvertaisuus.fi/documents/5232670/5376058/Yhdenvertaisuuslakiesite-suomi/4ad18af0-d293-4ea8-bf36-9ddfcbfe6d2b/Yhdenvertaisuuslakiesite-suomi.pdf>

käskey syrjiä. Lakia sovelletaan niin julkisessa kuin yksityisessä toiminnassa. Ainoastaan yksityis- ja perhe-elämä sekä uskonnonharjoitus jäävät lain soveltamisalan ulkopuolelle.

Vammaisten ihmisten yhdenvertaisen kohtelun varmistamiseen liittyvät kohtuulliset mukautukset voivat tarkoittaa eri asioita eri tilanteissa ja palveluissa. Hallituksen esityksen (19/2014 vp) mukaan mukautuksissa olisi tyypillisesti kyse esteettömän kulkureitien järjestämisestä, mutta usein myös seikoista, joita voidaan pitää jo hyvään asiakaspalveluun kuuluvina menettelytapoina, kuten ruokalistan ääneen lukeminen ravintolassa, viittomakielen tulkkaus videokännykän välityksellä tehtynä tai jonotusnumeroitten kuuluttaminen pelkän näyttötaulun lisäksi. On hyvä huomata, että vaikka mukautuksissa on tyypillisesti kysymys konkreettisissa tilanteissa tehtävistä toiminnoista, niin etenkin laajaa toimintaa harjoittavalta tavaroiden tai palvelujen tarjoajalta voidaan edellyttää lain esitöiden mukaan jonkinasteista, yleisen elämäkokemuksen perusteella ennakoitavissa olevaa, varautumista mahdollisiin yleisimpinä pidettäviin mukautustilanteisiin (HE 19/2014 vp. s 81). Mikäli vammaiselta henkilöltä evätään kohtuulliset mukautukset, syyllistyy mukautuksiin velvoitettu toimija syrjintään.

Yhdenvertaisuuslaki velvoittaa viranomaisia sekä julkista hallintotehtävää hoitavia yksityisiä toimijoita edistämään syrjinnän vaarassa olevien henkilöiden tosiasiallista yhdenvertaisuutta. Yhdenvertaisuus ei aina tarkoita samanlaisia palveluja kaikille: yhdenvertaisuus on sitä, että huomioidaan asiakkaiden ja olosuhteiden erilaisuus oikeasuhtaisesti palveluissa.

Yhdenvertaisuuslain edistämisen- ja suunnitteluvuorollisuudet koskevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita sekä viranomaisia että työnantajina. Yhdenvertaisuuslaki velvoittaa yhdenvertaisuussuunnitteluun yksityiset palveluntuottajat työnantajina, jos niiden palveluksessa on säännöllisesti vähintään 30 henkilöä. Lisäksi julkista hallintotehtävää hoitavan yksityisen toimijan, jonka palveluksessa on säännöllisesti vähintään 30 henkilöä, on tehtävä yhdenvertaisuuslain 5 §:n mukainen toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma. Kyse on tällöin eri asiasta kuin työnantajan suunnitelmassa, joka koskee henkilöstön yhdenvertaisuutta. Toiminnallisessa suunnitelmassa pitää pyrkiä tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti poistamaan yhdenvertaisuuden toteutumisen esteet asiakaspalvelussa ja muussa toiminnassa. On hyvä huomata, että yhdenvertaisuuden edistämismuutetta ei ole sidottu suunnittelumuutteen tavoin henkilöstömäärään, vaan arviointi- ja edistämismuutetta koskee myös niitä toimijoita, joiden palveluksessa on vähemmän kuin 30 henkilöä. Yhdenvertaisuusmuutetta on pitänyt tarpeellisenä SOTE-uudistuksen valmistelussa sen varmistamista, että yksityisillä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilla olisi suunnittelumuutetta aina sen hoitaessa julkista hallintotehtävää riippumatta sen koosta.

**YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen (27/2016)** mukaan koko väestölle tarkoitettujen yhteisön palvelujen ja järjestelyiden on oltava vammaisten henkilöiden saatavissa yhdenvertaisesti muiden kanssa ja niiden on vastattava heidän tarpeisiinsa. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että saavutettavuuden esteitä on tunnistettava ja poistettava. Saavutettavuutta lisäämällä edistetään vammaisten henkilöiden mahdollisuuksia saada palveluja ja osallistua täysimääräisesti yhteiskunnan toimintaan. Viestinnän ymmärrettävyys on tärkeä osa saavutettavuutta. Lähtökohtana palveluiden järjestämisessä ovat siis kaikille tarkoitetut yleiset palvelut, joita tarvittaessa täydennetään erityispalveluilla.

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen 9 artiklassa määrätään, että jotta vammaiset henkilöt voisivat elää itsenäisesti ja osallistua täysimääräisesti kaikilta elämänalueilla, tulee toteuttaa asianmukaiset toimet, joilla varmistetaan vammaisille henkilöille muiden kanssa pääsy fyysiseen ympäristöön, kuljetukseen, tiedottamiseen ja viestintään, muun muassa tieto- ja viestintäteknologiaan ja -järjestelmiin sekä muihin yleisölle avoimiin tai tarjottaviin järjestelyihin ja palveluihin sekä kaupunki- että maaseutualueilla. Saavutettavuutta tarkastellaan niin fyysisen ympäristön, tiedotuksen ja viestinnän kuin palvelujenkin osalta. Jos tavarat, tuotteet ja palvelut ovat yleisölle avoimia tai tarjolla, niiden on oltava kaikkien saavutettavissa riippumatta siitä, onko niiden omistaja tai tarjoaja viranomainen vai yksityinen yritys. Osallistumisen tulee myös olla mahdollista tehokkaasti ja vammaisten henkilöiden ihmisarvoa kunnioittavaa. Pääsyn epääminen tulisi katsoa syrjinnäksi riippumatta siitä, onko siihen syyllistynyt toimija julkinen vai yksityinen. (Yleissopimus... 27/2016.)

**Saavutettavuusdirektiivi velvoittaa:** Sosiaali- ja terveysalan digitaalisesti tarjottaviin palveluihin vaikuttava saavutettavuusdirektiivi tuli voimaan vuonna 2016. Sen tavoitteena on edistää saavutettavuuden sisämarkkinoita yhdenmukaistamalla julkishallinnon verkkosivustojen ja mobiilisovellusten saavutettavuusvaatimuksia EU:n jäsenvaltioissa sekä parantaa julkisen sektorin toimijoiden palveluiden ja mobiilisovellusten saavutettavuutta erityisesti vammaisten henkilöiden parissa. Saavutettavuusdirektiivissä säädetään myös saavutettavuusvaatimusten toteutumisen valvonnasta ja raportoinnista sekä oikeussuojasta.

Hallituksen esityksen mukaan (annettu 3.5.2018) direktiivi koskee Suomessa myös julkisia hallintotehtäviä hoitavia organisaatioita. Julkisia hallintotehtäviä, joissa digitaalisia palveluja tarjotaan, ovat muun muassa yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön julkisen hallinnon lukuun tuottamien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteydessä tarjoamat digitaaliset palvelut, kuten ajanvarauspalvelu ja omien tietojen katselupalvelu.

Kansallinen lainsäädäntö ja asetukset on saatettava direktiivin mukaisiksi viimeistään 23.9.2018. Syyskuusta 2018 jälkeen julkaistujen sivustojen tulee olla direktiivin mukaisia vuoden sisällä, syyskuussa 2019. Ennen syyskuuta 2018 julkaistujen sivustojen puolestaan tulee olla direktiivin mukaisia kahden vuoden kuluessa, 23.9.2020 mennessä. Mobiilisovelluksiin direktiiviä sovelletaan vasta kesäkuusta 2021 alkaen. Viimeisimpänä direktiiviä sovelletaan ekstra- ja intranettien sisältöihin, jotka on julkaistu ennen syyskuuta 2019, kun sisällöt on uudistettu perinpohjaisesti. Saavutettavuus tulisi siten huomioida myös sote-uudistuksen digitaalisia palveluita kehitettäessä (esim. vaihtoportaali, ajanvaraus, omien tietojen tarkistaminen) läpi valmistelutyön.

## 2.2 Potilaan ja asiakkaan oikeudet – erityistarkastelussa kielellinen saavutettavuus

Kapeasti katsottuna kielelliset oikeudet tarkoittaa laissa säädettyä oikeutta käyttää tiettyä kieltä tietyssä tilanteessa. Milloin siitä ei ole erikseen säädetty, kyse voi olla henkilön muiden oikeuksien toteutumisesta riippumatta siitä, mitä kieltä hän käyttää. Vaikka laajasti ymmärrettynä kyse on kielellisistä oikeuksista, käytännössä kyse voi olla muiden laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisessa: jos henkilön kielelliset oikeudet eivät toteudu, hänen laissa säädetty oikeutensa jäävät todennäköisesti toteutumatta.

**Kielellisiä oikeuksia laajempi käsite on kielellinen saavutettavuus, joka tarkoittaa tässä selvityksessä sitä, että potilas tai asiakas on tietoinen palveluista ja sitä, että henkilö saa palvelua, tulee ymmärretyksi, ymmärtää hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan itse vastuuta hoidostaan.** Kielellinen saavutettavuus edellyttää tiedon ja palvelun saavutettavuutta; tiedotuksen, ohjauksen ja neuvonnan monikanavaisuutta, tulkkipalveluiden saatavuutta ja sähköisten palveluiden saavutettavuutta. Saavutettavuuteen liittyy myös kulttuurinen ulottuvuus, sillä kieli on kulttuurisidonnaista, kuten myös tapa kommunikoida ja tuottaa merkityksiä. Näitä ulottuvuuksia avataan vielä luvussa 3. Käytännössä saavutettavuus tarkoittaa sitä, että palveluita suunniteltaessa tulee huomioida eri kohderyhmät niin viestinnässä kuin palvelun toteutuksessa: Esimerkiksi sokea ei näe opastekylttejä, ja puhelinneuvonta ei sovi kuuroille asiakkaille. Kielellistä saavutettavuutta arvioitaessa tarkastellaan mm., onko tiedotusta varten tuotettu keskeisistä sisällöistä kieliversioita tai tuetaanko sen saamista palveluohjauksella. Onko selkokieltä tarvitsevalle asiakkaalle tietoa ymmärrettävässä muodossa. Varmistetaanko palvelussa, että potilas ymmärtää mm. jatkohoidon ohjeistukset.

Vaikka kielellisistä oikeuksista puhuttaessa viitataan selkeämmin oikeutta käyttää tiettyä kieltä tietyissä tilanteissa, samat perusteet niiden noudattamiseen voidaan yleistää koskemaan myös kielellistä saavutettavuutta: Kielellisten oikeuksien näkökulmaa on avattu hallituksen kertomuksessa kielilainsäädännön soveltamisesta (Kielikertomus, 2017): Jos tieto ei ole saavutettavaa ja oikeuksia ei tiedetä, niistä herkästi luovutaan. Jos kielelliset oikeudet eivät toteudu, voivat muut oikeudet vaarantua. Kielellisten oikeuksien toteutuminen vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja on edellytys potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Kielellisten oikeuksien toteutumiseen vaikuttaa myös kokemus siitä, ettei viranomaisen halua palvella heidän kielellään – eli oikeutta ilmaista itseään omalla kielellään ilman syrjinnän tai häirinnän pelkoa.

Kielellisen saavutettavuuden toteutuminen pitää sisällään myös vaatimuksen siitä, että henkilökunta osaa kohdata erilaisia asiakkaita ja tuntee heidän oikeutensa. Tällöin henkilökunnan tulee osata erottaa, milloin vamma tai kieli on merkitsevä seikka, milloin taas moniperusteisuuden näkökulmasta tulee huomioida muu tekijä, kuten ikä tai esimerkiksi seksuaalinen suuntautuminen. Toisaalta hyvin keskeisessä roolissa on se, minkälaista ohjausta ja neuvontaa on tarjolla erityiskohderyhmille, joiden ”palveluviidakko” voi tarvita erikoistumista. Kaikkiin kysymyksiin liittyy se, onko palvelujärjestelmä hallittava, onko tarvittavaa palvelu-/ sosiaaliohjauksen tarjontaa ja osaamista, ja paikkoja, joihin asiakkaita ohjata.

Potilaan tai asiakkaan oikeuksien turvaamiseksi palvelun tuottajan tulisi mm. määrittellä, missä kohdissa palveluketjua on erityisen tärkeää, että asiakas voidaan ohjata suoraan sellaiselle työntekijälle, joka hallitsee hyvin asiakkaan kielen tai tuottaa tulkitsen palvelut. Terveystieteiden ja sairaanhoidossa on kriittisiä vaiheita. Kielen merkitys on keskeinen tilanteissa, joissa arvioidaan asiakkaan tarve saada terveydenhuollon palveluita. Samoin merkitys korostuu, kun lääkäri tekee anamneesin, eli esimerkiksi selvittää potilaan oireita, jotta pystyisi asettamaan diagnoosin, hoitosuunnitelman ja ohjeet. Kielellisten oikeuksien tukemiseksi on kehitettävä henkilöstön osaamista ja henkilöstösuunnittelua, joita on tuettu mm. kuntayhtymän kieliohjelmilla, joista on hyviä esimerkkejä. (Kielikertomus, 2017.)

Seuraavaksi tehdään yhteenveto kielellisten oikeuksien näkökulmasta kohderyhmittäin lainsäädännön näkökulmasta, joka on tiivistetty myös taulukkoon 1, ja avataan lisäksi luvuissa 2.2.1. ja 2.2.2.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaiden, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsen- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus käyttää viranomaisessa asiaansa omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia. Muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan.

Kielilain, saamen kielilain ja viittomakielilain lisäksi kielellisistä oikeuksista säädetään erityislainsäädännössä. Erityislakeja ovat muun muassa terveydenhuoltolaki, sosiaali- huoltolaki, laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosi- aali- ja terveyspalveluista eli vanhuspalvelulaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista eli potilaslaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista eli asiakaslaki, lastensuojelulaki sekä laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tu- kitoimista.

Hallintolakiin (434/2003) sisältyy vaatimus, jonka mukaan viranomaisten on käytettävä asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä (9 §). Hallintolaissa myös säädetään viran- omaisen vastuusta järjestää tulkitseminen ja kääntäminen asiassa, joka voi tulla vi- reille viranomaisen aloitteesta (26 §). Lisäksi viitataan erillisiin säädöksiin ja Suomea sitoviin kansainvälisiin sopimuksiin, joissa taataan asiakkaan oikeus käyttää omaa kieltään viranomaisessa asioidessaan.

**Koska selvityksen kohteena on suomenkieliset kunnat, kokeilualueilla eri kieli- ryhmien oikeudet määrittyvät pitkälti potilaan oikeuksia koskevan lainsäädän- nön mukaan.** Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (8785/1992) pitävät sisällään veloitteen ottaa palvelussa huomioon potilaan tai asiakkaan äidinkielen, kulttuurin ja yksilölliset tar- peet mahdollisuuksien mukaan. Selvitys terveydentilasta ja hoidosta – tai sosiaali- huollon osalta oikeuksista, velvollisuuksista ja vaihtoehtoista – tulee antaa siten, että henkilö ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Mahdollisuuksien mukaan on huoleh- dittava tulkitsemisestä ja tulkin hankkimisesta. Potilaan tiedonsaantioikeuden ja itse- määräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä on, että potilas ymmärtää ja tulee ymmärretyksi. Kuten edellä (ja taulukossa 1) kuvattu, muussa lainsäädännössä on tarkempia rajauksia eri kieliryhmien ja vammaisten henkilöiden tulkkaukspalveluista, palveluiden järjestämistavasta ja korvausperusteista.

Taulukko 1. Yhteenvedo kielellisistä ja kulttuurillisista oikeuksista sosiaali- ja terveystalvueluissa

Laki							
<p><b>Perustuslaki 17 §</b> Oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin.  <i>Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla.</i>  <i>Saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisen oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla.</i>  <i>Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.</i></p>							
<p><b>Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 8 §:</b> ketään ei saa syrjiä iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, terveydentilan, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.</p>							
Laki	Kaksikieliset kunnat	Saame	Viittomakieli	Romani	Muut kielet	Pohjoismaat	Kommunikaatiota selventävä
<p><b>Terveydenhuoltolaki 1326/2010 6 § JA Sosiaalihuoltolaki 710/1987 40 § JA Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 8 §</b></p> <p>Kaksikielisen kunnan ja kuntayhtymän on järjestettävä palvelunsa suomen ja ruotsin kielellä siten, että asiakas ja/tai potilas saa palvelut valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Mahdollisuuksien mukaan on huolehdittava, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkauksen- ja käännösavun.</p>	X	viittaus				X	
<p><b>Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 4 § JA Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3 ja 5 §</b></p> <p>Takaa oikeudet saada laadukasta palvelua ja ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua, jolloin vakaumusta ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa.</p> <p><b>Terveydenhuollon ammattihenkilön</b> on annettava selvitys potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa ja hoitopäätöksiin liittyvistä seikoista siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.</p> <p><b>Sosiaalihuollon henkilöstön</b> on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava siten, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.</p> <p>Jos henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.</p> <p>Jos sosiaalihuollon osalta on kysymys asiasta, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, on tulkitsemisesta ja kääntämisestä huolehdittava siten kuin hallintolain (434/2003) 26 §:ssä säädetään. (30.12.2003/1361)</p>	X viittaus 423/2003 ja 428/2003 viittaus 423/2003 ja 1335/2010	X	X	X	X	X	X



<p><b>Kielilaki 423/2003; 10, 18 ja 20 §</b>  <i>Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä.</i>  <i>8§ Saamen kielen käyttämisestä viranomaisissa ja julkiselle vallalle kuuluvaa tehtävää muutoinkin hoidettaessa säädetään erikseen.</i></p>	x	viit- taus			viit- taus		
<p><b>Viittomakielilaki 359/2015, 3 §</b>  Viranomaisen on toiminnassaan edistettävä viittomakieltä käyttävän mahdollisuuksia käyttää omaa kieltään ja saada tietoa omalla kielellään.  Oikeudesta käyttää viittomakieltä tai viranomaisen järjestämästä tulkittamisesta ja kääntämisestä säädetään hallintolaissa (434/2003), hallintolainkäyttölaissa (586/1996), sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa, potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa.  Jos viittomakieltä käytävä ei saa riittävää ja hänelle sopivaa tulkkausta muun lain nojalla, tulkkauksen järjestämisessä noudatetaan vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annettua lakia (133/2010).</p>			x				
<p><b>Saamen kielilaki 1086/2003</b>  Lain soveltamisala kuvattu 2 §. Viranomaisen tulee toiminnassaan oma-aloitteisesti huolehtia siitä, että lain turvaamat kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Sen tulee osoittaa yleisölle palvelevansa myös saameksi.  Viranomaisen voi antaa parempaakin kielellistä palvelua kuin laissa edellytetään.</p>		x					
<p><b>Laki vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta 133/2010</b>  Viittomakieli tai kommunikaatiota selventävä menetelmä; kahden kielen välisenä taikka kielen sisäisenä. Ml. etätulkkaus.  Lain mukaista tulkkauspalvelua järjestetään, jos vammaisen henkilö ei saa riittävää ja hänelle sopivaa tulkkausta muun lain nojalla, tai jos muun lain nojalla annettavan palvelun saaminen viivästyy tai palvelun antamiseen on muu perusteltu syy.  Lain toimeenpanosta vastaa Kansaneläkelaitos, joka päättää tulkkauspalvelun järjestämisestä ja kustannusten korvaamisesta.</p>			x				x
<p><b>Hallintolaki 434/2003, 26 §</b>  Tulkitseminen ja kääntäminen  Viranomaisen on järjestettävä tulkitseminen ja kääntäminen asiassa, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, jos:  1) romani- tai viittomakieltä taikka muuta kieltä käyttävä asianosainen ei osaa viranomaisessa käytettävää suomen tai ruotsin kieltä; tai  2) asianosainen ei vammaisuuden tai sairauden perusteella voi tulla ymmärretyksi.  Asia voidaan tulkita tai kääntää sellaiselle kielelle, jota asianosaisen voidaan todeta asian laatuun nähden riittävästi ymmärtävän.  Asian selvittämiseksi tai asianosaisen oikeuksien turvaamiseksi viranomaisen voi huolehtia tulkittamisesta ja kääntämisestä muussakin kuin 1 momentissa tarkoitetussa asiassa.  Suomen ja ruotsin kieltä käyttävän oikeudesta viranomaisen järjestämään tulkkaukseen sekä käännökseen säädetään kielilaissa (423/2003). Tulkittamisesta ja kääntämisestä saamen kielelle on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään. Viranomaisen on myös huolehdittava siitä, että muiden pohjoismaiden kansalaiset saavat sen käsiteltävissä asioissa tarvittavan tulkittamis- ja käännösavun.</p>							
<p><b>Hallintolainkäyttölaki 586/1996, 77 §</b>  Tulkitseminen ja kääntäminen  Viranomaisen on huolehdittava tulkittamisesta ja kääntämisestä, jos henkilö ei osaa viranomaisessa kielilain (423/2003) mukaan käytettävää kieltä taikka aisti- tai puhevian vuoksi ei voi tulla ymmärretyksi ja:  1) asian aikaisemmassa käsittelyvaiheessa sitä käsitelleen viranomaisen on tullut huolehtia tulkittamisesta tai kääntämisestä hallintolain 26 §:n 1 momentin tai muun säännöksen nojalla;  2) lainkäyttöasiaa käsittelevä viranomaisen toimii ensi asteena asiassa, joka on tullut vireille viranomaisen aloitteesta; tai  3) henkilöä kuullaan suullisesti.  (6.6.2003/435)  Erityisestä syystä viranomaisen voi huolehtia tulkittamisesta ja kääntämisestä muussakin kuin 1 momentissa tarkoitetussa tapauksessa.  Tulkittajina tai kääntäjinä ei saa käyttää henkilöä, joka on sellaisessa suhteessa asianosaiseen tai asiaan, että hänen luotettavuutensa voi tästä syystä vaarantua.  Viranomaisen on huolehdittava siitä, että muiden pohjoismaiden kansalaiset saavat sen käsiteltävissä asioissa tarvittavan tulkittamis- ja käännösavun.</p>							

## 2.2.1 Oikeudet kieliryhmittäin sosiaali- ja terveyspalveluissa

**Suomen- ja ruotsinkieliset:** Kaksikielisessä kunnassa tai kuntayhtymässä terveydenhuolto ja sairaanhoito, sosiaalihuolto sekä iäkkään väestön palvelut on järjestettävä suomeksi ja ruotsiksi (1326/2010, 710/1987, 980/2012). Palvelut on järjestettävä siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä ja asiakasta palveleva henkilö osaa riittävästi ja käyttää asiakkaan kieltä. Tämä tarkoittaa, että asiakkaan oikeus käyttää suomea tai ruotsia ei riipu hänen muusta kielitaidostaan. Kielelliset oikeudet voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että ruotsinkieliset asiakkaat ohjataan ruotsin kieltä hyvin puhuville työntekijöille. Työvuorossa tulisikin aina olla henkilö, joka puhuu alueen vähemmän käytettyä kieltä.

Yksikielinen kunta järjestää palvelut kunnan kielellä, mutta muun lainsäädännön velvoittamana potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Niin ruotsinkielisen kuin suomenkielisen potilaan tiedonsaantioikeuden ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä yksikielisessä kunnassa on, että potilas ymmärtää ja tulee ymmärretyksi. Lisäksi yhdenvertaisuuslaki kieltää kieleen perustuvan syrjinnän, mikä voi yksittäistapauksessa tarkoittaa, että palvelua omalla kielellä on tarjottava, jos se on kohtuudella järjestettävissä.

Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

**Saamenkieliset:** Saamelaisten kotiseutualueella järjestetyissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa saamelaisella on oikeus käyttää suomen tai saamen kieltä valintansa mukaan. Lapin sairaanhoitopiirissä saamelaisella on oikeus omassa asiassaan käyttää saamen kieltä. Terveystieteiden lakia sisältyy lisäksi viittaussäännös oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain (1086/2003) mukaisesti saamelaisten kotiseutualueella (Enontekiö, Inari, Sodankylä ja Utsjoki).

Saamen kielilain soveltamisalaan kuuluvilla viranomaisilla on ensisijainen velvollisuus palvella saamenkielistä asiakasta saameksi ja vasta toissijaisesti velvollisuus järjestää asiassa tulkkaus, jos kunta tai kuntayhtymä ei pysty järjestämään omakielistä sosiaali- ja terveyspalvelua esimerkiksi sen vuoksi, ettei koulutettua ja saamenkieltä osaavaa ammattihenkilöstöä ole käytettävissä. Tulkkausta on oikeus saada kaikille kolmelle saamen kielelle (inarinsaame, kolttasaame ja pohjoissaame). Kielilain 2 §:n ja saamen kielilain 1 §:n mukaan palvelut on järjestettävä siten, että omakielisen palvelun

saaminen ei tuota asiakkaalle lisävaivaa tai tilannetta, jossa asiakas joutuu niitä erikseen pyytämään tai vaatimaan. Asiakkaalla ja potilaalla on saamen kielilain mukaan oikeus saada hallintopäätökset omalla kielellään. Saamenkielisellä väestöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, jotta kielen lisäksi heidän perinteiset tapansa ja elinkeinonsa tulevat asianmukaisesti huomioon otetuksi. SámiSoster on ehdottanut kielilakia muutettavan siten, että se huomioisi kielen lisäksi selkeämmin saamelaiset alkuperäiskansana. Asiakokonaisuudessa on viime kädessä kyse saamelaisten kielellisten ja kulttuuristen perusoikeuksien toteutumisen turvaamisesta muihin väestöryhmiin nähden yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Muistio oikeusministeriölle 29.8.2016.)

**Viittomakieli:** Viittomakielilaissa (359/2015) tarkoitetaan viittomakielellä suomalaista ja suomenruotsalaista viittomakieltä. Viranomaisen järjestämästä tulkitsemisesta ja kääntämisestä mahdollisuuksien mukaan säädetään muun ohella sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992).

Tulkkauksen järjestämisessä viittomakieltä käyttävälle sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien osalta noudatetaan vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annettua lakia (133/2010), jos asianomainen henkilö ei saa riittävä ja hänelle sopivaa tulkkausta muun lain nojalla. (ks. luku 2.2.2)

Viittomakieltä käyttävien kohdalla kielellisten oikeuksien toteutumisessa tulee ottaa huomioon viittomakielilaki (359/2015), jonka 3 § velvoittaa viranomaisia toiminnassaan edistämään viittomakieltä käyttävän mahdollisuuksia käyttää omaa kieltään ja saada tietoa omalla kielellään.

**Romanit:** Romaneilla on perustuslain 17 §:n 3 momenttiin mukaan oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltä ja kulttuuriaan. Tutkimustulosten mukaan romanikieltä käyttää noin 30–40 prosenttia romaneista, mutta viranomaisten kanssa asioidessaan romaniväestö käyttää suomen kieltä. Romaneilla kielellisiin haasteisiin liittyy se, että suomen kieli ja sen ilmaisut ovat kehittyneet osittain omanlaisiksi ja kantaväestöstä poikkeaviksi. Romaniväestön tapakulttuuri voi poiketa valtaväestön käytännöistä, joten kulttuurisen ymmärryksen tarve korostuu erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa.

**Muut kielet:** Oikeudesta käyttää muuta kieltä kuin suomea, ruotsia tai saamea hoitotilanteissa ei ole erikseen säädetty. Kunnan ja kuntayhtymän on kuitenkin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Potilaalla on silti potilaslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin perustuvia kielellisiä oikeuksia. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan.

Potilaan tiedonsaantioikeuden mukaisesti (785/1992 5 §) terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Oikeusasiamies on todennut, että potilaan itsemääräämisoikeutta ei voi sivuuttaa sillä perusteella, että hän ei osaa viranomaisessa käytettäviä kieliä. Potilaalle ei esim. saa ilmoittaa, että terveysaseman vastaanotolla ei puhuta englantia, jos henkilökunta ei sitä osaa. (Eoak 70/2014. OA 903/4/13.).

Pohjoismaiden kansalaisilla on oikeus käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Alueen on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun. Pohjoismaiden kansalaisten oikeus käyttää omaa äidinkieltään perustuu Pohjoismaiden sosiaalipalvelusopimukseen.

Ylipäänsä oikeudet sosiaali- ja terveyspalveluihin vaihtelevat myös maassaolotatukseen mukaan. Kuntapaikan saaneella maahanmuuttajalla on oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin kansalaisuudesta riippumatta.

## 2.2.2 Kielelliset oikeudet ja niiden huomioiminen vammaisuuden perusteella

Vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan perustuslain 17 §:n mukaan lailla. Asiakaslain ja potilaslain mukaan on tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta huolehdittava mahdollisuuksien mukaan, jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi.

Se, minkä toimijan vastuulle tulkin hankinta kuuluu, vaihtelee. Kelan tulkkauspalvelu on tarkoitettu henkilölle, joka tarvitsee vammansa vuoksi tulkkausta vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetun lain (133/2010) eli tulkkauspalvelulain nojalla. Siihen ei ole oikeutta, jos henkilö saa jo hänelle riittävää tulkkausta jonkin muun lain nojalla.

Kelan ohjeiden mukaan<sup>3</sup> terveydenhuollon (esim. sairaalan) pitää mahdollisuuksien mukaan järjestää asiakkaalle tulkki. Tällöin terveydenhuolto myös vastaa kustannuksista. Ohjeiden mukaan terveydenhuollolla on vastuu tulkin järjestämisestä silloin, kun se lähettää asiakkaalle kutsun esimerkiksi toimenpiteeseen, tutkimuksiin, laboratorioon tai röntgeniin. Näissä tilanteissa terveydenhuollon yksiköllä on etukäteen tiedossa, että asiakas tarvitsee tulkkiä, joten sillä on mahdollisuus järjestää tulkki ajoissa. Asiakas voi tilata Kelan tulkin omatoimisesti, jos hän itse varaa ajan lääkärille tai joutuu sairaalahoitoon hätätilanteessa, kuten sairauskohtauksen vuoksi sairaalaan kuljetettaessa. Jos henkilö joutuu viipymään sairaalassa pidempään, vastuu tulkin järjestämisestä siirtyy terveydenhuollolle siitä hetkestä, josta lähtien sillä on mahdollisuus järjestää tulkki.

Kelan ohjeiden mukaan Suomessa asuvalla maahanmuuttajalla on oikeus vammaisten henkilöiden tulkkauspalveluun, jos hän ymmärtää ja osaa käyttää suomalaista viittomakieltä, suomenruotsalaista viittomakieltä, puhuttua tai kirjoitettua suomea tai puhuttua tai kirjoitettua ruotsia. Siten maahanmuuttajataustainen vammainen henkilö, joka ei hallitse suomea tai ruotsia, ja tarvitsisi useamman eri kielen välillä tapahtuvaa tulkkausta, jää palveluiden ulkopuolelle.

## 2.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauskokeilu

Luvussa taustoitetaan valinnanvapauskokeilua, sen tavoitteita ja toteutusta. Valinnanvapauskokeilun (tai palvelusetelikokeilun) tarkoituksena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen valinnanvapautta koskevan valmistelun tueksi. Kokeilu on osa sosiaali- ja terveysministeriön alaista Palvelut asiakaslähtöiseksi -kärkihanketta. Palvelusetelikokeilua toteutetaan tällä hetkellä voimassa olevan palvelusetelilain (569/2009) pohjalta. Siten **kokeilusta saaduista kokemuksista ei voi vetää suoria johtopäätöksiä siitä, kuinka toiminta näyttäytyisi vireillä olevan lain valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa tullessa voimaan.**

Valinnanvapauden myötä asiakas voi itse valita palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Palvelusetelikokeilun avulla selvitetään asiakkaan valinnanvapauden vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen ja laatuun. Lisäksi selvitetään, miten palveluiden hinnoittelu- ja korvausmallit vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannuksiin. Kokeilun avulla haetaan myös vastauksia siihen, miten valinnanvapaus vaikuttaa asiakkaisiin ja potilaisiin sekä palveluntuottajiin

---

<sup>3</sup> <http://www.kela.fi/vammaisten-tulkkauspalvelu>

ja palvelujen integrointiin. Tavoitteena on löytää taloudellisesti tarkoituksenmukainen, yhdenvertaisen hoidon ja palveluun pääsyn mahdollistava malli, joka varmistaa myös asiakkaiden osallistumisen ja kannustaa palvelutuotannon kehittämiseen.

Ensimmäiset viisi kokeilualueita on valittu vuonna 2016, ja kokeilut toteutetaan vuosien 2017 ja 2018 aikana. Palvelusetelikokeilu on laajentunut vuoden 2018 alusta, mutta tämä selvitys tarkastelee kokeilussa alusta asti mukana olleita alueita, eli Keski-Uusimaata, Hämeenlinnaa, Tamperetta, Jyväskylää ja Ylä-Savoja. Myös näiden alueiden kohdalla on tapahtunut laajentumisia vuonna 2018, mutta selvityksen tiedonkeruu on painottunut aikaan ennen laajentumisia. Valinnanvapauskokeilu kattaa vastaanottopalveluiden, henkilökohtaisen budjetin kokeilun sekä suun terveydenhuollon kokeilut, joista tässä selvityksessä painottuu kokemukset suoran valinnan vastaanottopalveluista.

**Valinnanvapauskokeilun toteutus:** Viiden kokeilualueen toteutukset eroavat jonkin verran toisistaan. Kokeilun tavoitteena onkin selvittää erilaisten mallien toimivuutta ja tuottaa tietoa sote-palveluiden uudistuksen valmisteluun. Erilaisten käytännön toteutusten lisäksi jokaisella kokeilualueella on oma painopisteensä. Kokeilujen keskeiset piirteet on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Tiivistelmä kokeilualueiden erityispiirteistä.

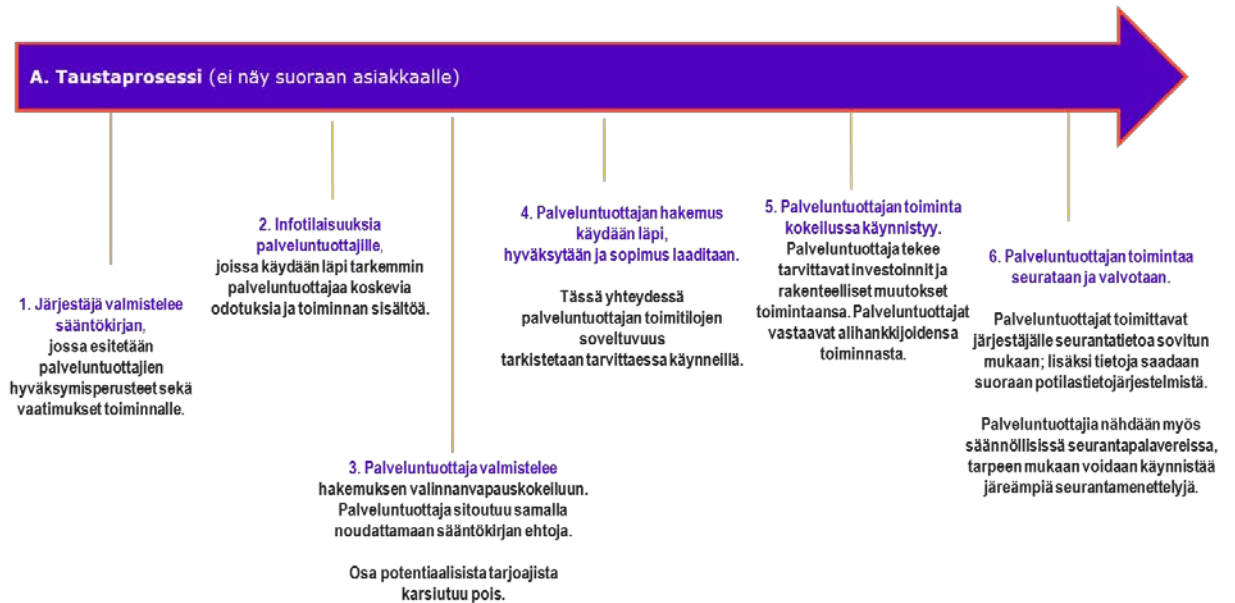
	Hämeenlinna	Jyväskylä	Keski-Uusimaa	Tampere	Ylä-Savo
Mitkä palvelut sisältyvät kokeiluun?	– Yhteydenotto- ja alkuvaiheen ohjaukseen liittyvät palvelut – Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot – Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto – Sosiaaliohjaajan vastaanotto (neuvonta, ohjaus, kartoitus) – Laboratorio- ja röntgenpalvelut (yleislääkäritasoiset)	– Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot – Sosiaaliohjaajan vastaanotto (neuvonta, ohjaus, kartoitus) – Laboratorio- ja röntgenpalvelut (yleislääkäritasoiset)	– Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot palvelut rajauksin – Laboratorio- ja röntgenpalvelut (yleislääkäritasoiset) – Henkilökohtainen budjetti määritellyille asiakasryhmille – Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut	– Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot – Perustason päihde- ja mielenterveysystyö – Sosiaaliohjaus – Fysioterapeuttin palvelut	– Yleislääkärin vastaanotto – Laboratorio- ja röntgenpalvelut – Fysioterapeuttin ohjauspalvelut (1–3 käyntiä) – Jalka- ja ravitsemusterapia
Kuinka usein voi vaihtaa palveluntuottajaa?	Kerran kuussa.	6 kuukauden välein.	6 kuukauden välein.	3 kuukauden välein.	Kerran kuussa.
Kokeilu alkanut	2/2017	2/2017	5/2017	3/2017	1/2017
Potilastietojärjestelmä	Tuottajien mahdoll. valita järjestäjän järjestelmä tai käyttää omaa	Tuottajat velvoitetaan järjestäjän järjestelmän käyttöön	Tuottajat käyttävät omia järjestelmiään	Tuottajat velvoitetaan järjestäjän järjestelmän käyttöön	Tuottajat käyttävät järjestäjän järjestelmää
Alueen erityispainopisteitä	Sähköiset palvelut	Järjestöyhteistyö	Bonus- / sanktiomalli	Suoriteperusteinen korvausmalli	Mallin toimivuus haja-asutusalueella

Valinnanvapauskokeilun prosessin eri vaiheita on havainnollistettu kuvissa 1 ja 2 ns. taustaprosessin näkökulmasta sekä asiakkaan näkökulmasta.

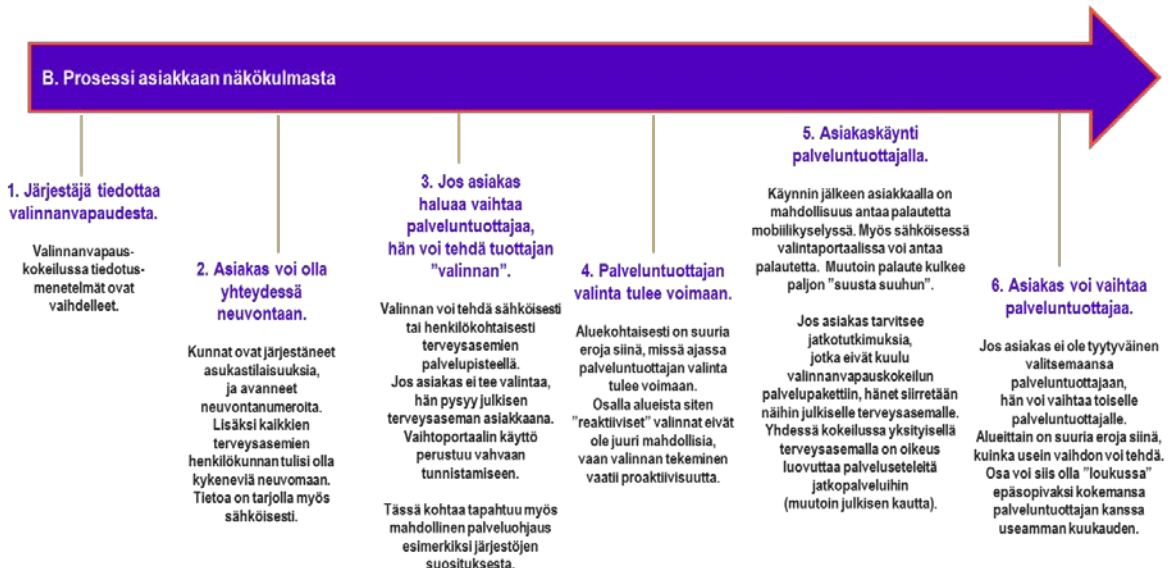
**Sähköiset palvelut** ovat keskeisessä roolissa valinnanvapauskokeilussa asiakkaan näkökulmasta, sillä tyypillisesti palveluntuottajan valinta tehdään vaihtoportaalin kautta (prosessi vaatii vahvan tunnistautumisen). Vaihtoehtoisia tapojakin on: valinnan voi tehdä myös puhelimitse tai paikan päällä. Kokeilualueiden portaaleilla on eri toimittajia ja niiden käytännön toteutus eroaa hieman. Portaaleja on kehitetty kokeilun aikana muun muassa laajennusten myötä, mutta perustoiminnot ovat pysyneet pitkälti samoina. Portaalin kautta on palveluntuottajan valinnan lisäksi mahdollista antaa palautetta sekä vastata vaihdon syitä kartoittavaan kyselyyn sekä nähdä tietoa tuottajista.

**Kokeilun palautekanavat** kehittyvät jatkuvasti ja keväällä 2018 on tulossa uusia kanavia käyttöön. Tällä hetkellä kokeilualueet tarjoavat asukkaille palautekanavia sähköpostitse, puhelimitse sekä tekstiviestitse. Kullakin alueella on omat tässäkin omat käytäntönsä. Myös yksityiset palveluntuottajat tarjoavat asukkaille omia palautekanaviaan sekä ohjaavat asiakkaita järjestäjäpuolen palautekanaviin. Palautekanavien saavutettavuutta erityisryhmien näkökulmista ei ole arvioitu erikseen alueilla.

Palautetta kerätään myös asukkaille suunnatuilla asiakaskyselyillä, jotka on tyypillisesti kohdennettu käynnin tehneille, ei koko kokeilualueen väestölle. Palautetta kerätäänkin yleensä käynnin jälkeen. Ennakoivampia vaikuttamismahdollisuuksia on kuitenkin esimerkiksi Jyväskylässä, missä on otettu käyttöön asiakasraati, joka toimii kuntalaisten väylänä tuoda esiin näkemyksiä sosiaali- ja terveystalouden uudistamisen valmisteluun liittyen. Raati kuitenkin käsittelee sote-teemaa laajemminkin kuin vain valinnanvapauskokeilun näkökulmasta.



Kuva 1. Valinnanvapauskokeilun taustaprosessi



Kuva 2. Valinnanvapauskokeilun prosessi asiakkaan näkökulmasta



## 3 Kielellisen saavutettavuuden toteutuminen sosiaali- ja terveystalveluissa aikaisemman tiedon perusteella

Luvussa käsitellään eri kohderyhmien kielellisen yhdenvertaisuuden tai saavutettavuuden toteutumista aikaisempien selvitysten, tutkimusten ja asiantuntijahaastatteluiden valossa. Tässä yhteydessä huomioidaan ns. moniperusteinen syrjintä, minkä takia luvussa luodaan katsaus myös kielellisiä oikeuksia laajemmin syrjintäperusteisiin. Lähtökohtaisesti vähemmistöillä voi olla vaikea saavuttaa tasavertaista asemaa ja oikeuksia valtaväestön, mutta erityisen vaikea tilanne voi olla vähemmistön sisäisille vähemmistöryhmille (esim. Olsén ym. 2017). Useat yhdenvertaisuuden toteutumisen ja syrjinnän perusteiden tekijät ovat yhteisiä eri kohderyhmille sosiaali- ja terveystalveluiden kontekstissa. Siksi jokaisessa kuvauksessa ei tuoda systemaattisesti esiin kaikkia risteäviä tekijöitä, vaan ilmiöitä kuvataan esimerkinomaisesti aikaisemman kirjallisuuden ja selvitystä varten tehtyjen asiantuntijahaastatteluiden perusteella.

### 3.1 Eri vähemmistöryhmät sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaina

#### Ruotsinkieliset

Tilastokeskuksen mukaan ruotsinkielisiä asukkaita vuonna 2017 oli Suomessa 289 052. Usein ruotsinkielisten oletetaan puhuvan ja ymmärtävän suomea. Myös nuoret, mutta erityisesti ikäihmiset ja muistisairaat voivat osata suomea vain vähän tai ei lainkaan. Kielellisten oikeuksien toteutumista ja kokemuksia kieli-ilmapiiiristä on seurattu kaksikielisten kuntien kielivähemmistön (suomen- tai ruotsinkieliset) osalta systemaattisesti Kielibarometri-selvityksissä. Kielibarometri 2016 -selvityksen mukaan ruotsinkielisistä 41 prosenttia kokee yleisen suhtautumisen eri kieliä puhuviin muuttuneen kielteisemmäksi, kun taas suomenkielisten osalta vastaava luku on 18 prosenttia. Suomenkielisistä 53 prosenttia kokee yleisen suhtautumisen eri kieltä puhuviin parantuneen, ruotsinkielisistä 20 prosenttia. Viranomaisissa esiintyy sekä tietämättömyyttä että asenteellisuutta eri kieliryhmiä kohtaan. Kaksikielisissä kunnissa ruotsinkielisistä 44 prosenttia kokee, että he ovat tulleet usein tai joskus häirityksi ja/tai syrjityksi kielen

perusteella, kun vastaava luku suomenkielisillä on 20 prosenttia. (Språkbarometern 2004–2016, 2016; Kielikertomus, 2017.)

Vuoden 2016 barometri sisälsi kysymyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kielellisestä saatavuudesta. Parhaimmat kielipalvelua koskevat arvosanat ruotsinkielisiltä saivat lasten päivähoidon sekä äitiys- ja lastenneuvola. Huonoimmat arvosanat saivat päivystys, vammaispalvelut ja sairaalahoidon. Parhaat arvosanat suomenkielisiltä saivat hammashoidon, äitiys- ja lastenneuvola, mielenterveyspalvelut ja sairaalahoidon. Huonoimmat arviot saivat vammaispalvelut, vanhustenhuolto, kotisairaanhoidon ja sosiaalityö. Kieliryhmien väliset erot ovat kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta tilastollisesti merkitseviä. Kielibarometrikyselyn avoimista kommentteista ilmenee, että monet ruotsinkieliset ovat huolissaan ruotsinkielisen sairaalahoidon sekä muun sosiaali- ja terveydenhuollon puutteesta. He ilmaisevat huolensa myös vanhenemisesta ja ruotsinkielisen vanhustenhuollon mahdollisesta puuttumisesta. Vastauksissa nostettiin myös esiin, ettei ruotsinkielistä palvelua koeta voivan vaatia. Sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon tarkemmassa tarkastelussa ilmenee, että sosiaali- ja terveydenhuollon ruotsinkielinen palvelu on 2012–2016 heikentynyt kaksikielisissä kunnissa, joissa suomi on enemmistökieli. Terveyspalveluiden kieliarvosanat ovat suomenkielisten osalta nousseet mutta ruotsinkielisten osalta laskeneet vuodesta 2012. Kuntien välillä on paikallista vaihtelua, mutta kuntien sisällä sosiaali- ja terveydenhuollon kielellisessä palvelussa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. (Språkbarometern 2004–2016, 2016.)

Alueilla, joilla toista kansalliskieltä puhuvien osuus on pieni, kielellisten oikeuksien toteutuminen käytännössä vaatii erityistä suunnittelua. Varsinkin ruotsinkielisten palveluiden kohdalla ruotsinkielisen väestön suhteellinen osuus korreloi ruotsinkielisten palveluiden saatavuuden kanssa. Kyse on myös asenteellisesta ongelmasta, jos ruotsinkieltä ei oteta osaksi koulutuksia eikä kiinnitetä riittävästi huomiota mm. kaksikieliseen viestintään. Terveystieteiden alalla on myös tehty kieliohjelmia ja laadittu organisaatiokohtaisia ratkaisuja ja otettu kaksikielisyys myös osaksi laatutyötä. Hyvinä esimerkkeinä kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta on nostettu Vaasan sairaanhoitopiiri sekä Turunmaan sairaala. Hyväksi koettua HUS:n kieliohjelmaa on kuvattu tarkemmin teoksessa Törmä ym. (2014.).

## Saamenkieliset

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2017 Suomessa asui 1 992 saamenkielistä henkilöä. Saamelaisten omakielisten ja -kulttuuristen palveluiden tarve korostuvat erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa käsiteltävät asiat ovat hyvin henkilökohtaisia ja vaikeasti kommunikaitavia. Mitä sairaampi ja iäkkäämpi vanhus on, sitä enemmän korostuu vanhuksen oman kielen merkitys, ymmärretyksi tuleminen ja ymmärtäminen kohtaamis- ja hoitotilanteissa. (Moninaisuuden perehdytysopas, 2017.)

Vuonna 2016 oikeusministeriö toteutti ensimmäistä kertaa saamen kielibarometrin, jonka tavoitteena oli selvittää, miten saamelaisten kielelliset oikeudet toteutuvat saamelaisten kotiseutualueella. Yleisesti ottaen terveyspalveluiden saaminen saamen kielillä on selvityksen perusteella hyvin vähäistä, ja kunta- ja kielikohtaiset erot ovat suuria. Sosiaalipalveluiden tilanne oli hieman parempi. Viranomaisilla on palveluiden saatavuudesta – tai niiden puutteesta – varsin tarkkaa tietoa, mutta osa saamelaisista ei tunne oikeuksiaan, ja tietoa tarjolla olevista saamenkielisistä palveluista koetaan olevan huonosti saatavilla. (Saamebarometri 2016, ks. myös Kielikertomus 2017.) Valtion taholta toimenpiteitä tilanteen parantamiseksi on tehty pitkään, ja valtion talousarviossa on vuodesta 2002 lähtien myönnetty vuodeksi kerrallaan erillinen määräraha saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi saamelaisten kotiseutualueella (Kielikertomus 2017).

Erityisenä palveluiden saatavuuden haasteena on kielitaitoisen henkilökunnan puute. Lain mukaan tulkkaus riittää täyttämään saamen kielilain vaatimukset, jos ammattitaitoista saamea puhuvaa henkilökuntaa ei ole saatavilla. On kuitenkin huomioitava, että tulkkaus on minimivaatimus. Asiakkaan kannalta on täysin eri asia, hoituuko kommunikaatio tulkin välityksellä vai voiko hän kommunikoida häntä hoitavan henkilön kanssa suoraan saameksi. (Kielikertomus 2017.) Omankielisten palveluiden saatavuuden lisäksi haasteena on myös tulkkipalveluiden saatavuus ja järjestämisen hajanaisuus (esim. Olsén ym. 2017). Saamelaisten kotiseutualueella haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle yleisellä tasolla asettavat poikkeuksellisen harva asutus ja kuntien laaja pinta-ala. Palvelut ovat keskittyneet kuntakeskuksiin, eikä alueella juuri ole yksityisiä palveluntuottajia. Pohjoissaamenkielisiä palveluja voidaan järjestää myös rajayhteistyönä. (Niskala ja Räisänen, toim. 2016.)

Saamenkieliset muistisairaat vanhukset sekä lapset on tunnistettu asiakasryhmiksi, jotka eivät tule toimeen suomen kielellä (Niskala ja Räisänen, toim. 2016). Tuoreessa tutkimuksessa on tarkasteltu Suomessa elävien saamelaisten seksuaali- ja sukupuoli-vähemmistöjen sekä saamelaisten vammaisten henkilöiden tilannetta. Näihin vähemmistöryhmiin lukeutuvat henkilöt ovat erityisen haavoittuvassa asemassa yhteiskunnassa ja ovat myös vaarassa joutua moniperustaisen syrjinnän kohteiksi. Tätä estämään tulisi lisätä erityisiä kieleen ja kulttuuriin liittyvää osaamista: Vammaisten palveluiden kohdalla tulee pohdittavaksi kielen ja kulttuurin huomioiminen palveluprosessissa. Kulttuuriin liittyy myös se, että saamelaisten vammaisten henkilöiden kohdalla tulisi huomioida, että tarvittavat apuvälineet saattavat olla erilaiset kuin mitä järjestelmä normaalisti tarjoaa silloin kun kyse on perinteisiin elinkeinoihin tarvittavista välineistä. (Olsén ym., 2017.) Esimerkkinä omankielisten palveluiden puutteesta on nostettu esiin myös puheterapia: Käytännössä saamenkielinen lapsi joutuu kasvamaan suomalaiseksi, koska kuntoutuspalvelu on suomen kielen ja kulttuurin mukaista. Yhtä

lailla aivovammautuneet joutuvat opettelevat puheen uudelleen suomeksi. Myös asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnittelussa on huomioitava kulttuurinen erityisyys. (Niskala ja Räisänen, toim. 2016.)

Saamenkielisten, kulttuurisensitiivisten ja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tilanteen huomioivien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittäminen on niin ikään tärkeää. Esimerkiksi mielenterveyspalveluiden piiristä ei ole löytynyt henkilöstöä, joka on perehtynyt saamelaiskulttuuriin ja sen erityispiirteisiin sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen asioihin. (Olsén ym., 2017.)

## Vieraskieliset

Suomessa oli vuoden 2017 lopussa Tilastokeskuksen mukaan 373 500 henkilöä, jotka puhuivat äidinkielenään muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea. Vieras- tai muunkielisten osuus sosiaali- ja terveydenhoidon asiakkaina on kasvanut maahanmuuton myötä. Eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat henkilöt tulee luonnollisesti kohdata yksilönä, ja eroavaisuudet myös yhteisöjen tai kieliryhmien sisällä ovat suuria. Silti voidaan tunnistaa erilaisia haasteita, jotka ovat usein yhteisiä myös muille kielivähemmistöille; läpäiseviä teemoja syrjintäkokemuksissa on kieliongelmat ja tiedonpuute palveluista. Ikäihmisten näkökulmasta on kuvattu kattavasti maahanmuuttajataustaisten kokemia haasteita sosiaali- ja terveyspalveluissa ”Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi” -selvityksessä (Törmä ym., 2014.): Haasteet ovat liittyneet niin tulkkien saamiseen, ymmärretyksi tulemiseen, kulttuurisiin väärinymmärryksiin sekä mm. tietoaukkoihin palvelujärjestelmässä. Selvityksessä on kuvattu erilaisista vieraskielisten ikäihmisten kokemuksista sosiaali- ja terveyspalveluissa seikkaperäisesti.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (Touray, 2016) tulosten mukaan maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarjontaa ja hoidon laatu nähdään epätasa-arvoisena. Tehtyjen tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstö kokee usein omat voimavarat ja palveluiden tarjoamisen resurssit riittämättöminä. Ongelmia on myös henkilöstön asenteissa maahanmuuttajia kohtaan. Haasteellisiksi on koettu myös näkemys- ja kulttuurierot hoitotyössä. Lisäkoulutusta toivottiin eri kulttuureista. Hoitotyön haasteina on tunnistettu mm. traumaperäiset oireet ja depressio, erilaiset sairaus- ja terveyskäsitteet sekä odotukset terveydenhoidolle.

Vieraskielisten kohdalla ilmenee eroja terveyspalveluiden käytössä (ali- ja ylikäyttöä), joiden taustalla arvioitu myös kielelliset syyt: joko esimerkiksi syöpäseulontojen kutsukirje ei tavoita, tai seulontaan osallistumisen merkitystä ei ymmärretä. Kieleen liittyy myös se, että useat käytössä olevat menetelmät terveydenhoidossa ovat natiiviväestölle normitettuja. Ne sisältävät länsimaisia käsityksiä sairauden synnystä, sairauden kokemisesta ja oireiden arvioinnista. Vieraskielistä ikäihmistä ei aina kohdata yksilönä

ja ikäihmisenä, vaan ensisijaisesti oman etnisen ryhmänsä edustajana. Toisaalta eroja on olemassa mm. koulutustaustan ja heikon suomen kielen taidon vuoksi, jolloin kirjalliset hoito-ohjeet ja muu kirjallinen kommunikaatio voivat tuottaa paljon vaikeuksia. Toisaalta taustalla voi olla mm. se, että esimerkiksi iäkkäimmät somalit ovat tottuneet suulliseen viestintään. Kielellisiä haasteita tuo jo ajanvaraus eri viranomaisille, varsinkin, jos ajan joutui varaamaan puhelimitse. Ajanvarauksen osalta on tukeuduttu maahanmuuttajien neuvontapisteisiin. (Törmä ym., 2014.)

Maahanmuuttajien kokemaa syrjintää tai epäoikeudenmukaisesta kohtelua sosiaalitoimistossa tai terveydenhuollossa selvittäneessä tutkimuksessa kurditaustaisista vastaajista 19 % oli kokenut syrjintää sosiaalitoimistossa, 9 % venäläistaustaisista ja noin 7 % somalitaustaisista. Noin kymmenesosa maahanmuuttajista oli kokenut syrjintää terveydenhuollossa. Venäläistaustaiset iäkkäät naiset ovat koneet miehiä useammin häirintää, mikä on osaltaan selitettävissä korkealla koulutustasolla ja siten suuremmalla valmiudella tulkita syrjintää. (Mannila ym. 2012.) Ikäihmisten erillisselvitykseen haastateltujen maahanmuuttajien kokemukset syrjinnästä tai huonosta palvelusta koskivat usein erilaisten lomakkeiden täyttöä ja niissä käytettyä terminologiaa, jota oli vaikea ymmärtää. Positiivisena koettiin tilanteet, joissa alueella oli useita omankielisiä lääkäreitä ja joissa heidät ohjattiin automaattisesti kielitaitoisille lääkäreille. Tällöin termien ja diagnoosien ymmärtäminen helpottui. Ongelmana nostettiin, etteivät henkilöt tunne erilaisia etuuksia, ja että tukihoidon tarve ja toimintaohjeet voivat jäädä epäselväksi. Heikkoon tiedonsaantiin liittyy stressi, jota on joskus luultu muistisairaudeksi. (Törmä ym. 2014.)

Suurimman Suomessa asuvan kieliryhmän, venäjänkielisten, sosiaali- ja terveystalvelujen määrän on arvioitu jonkin verran lisääntyneen omalääkärijärjestelmän myötä. Yleisinä haasteina on tunnistettu tiedon puute, kulttuurierot ja heikko suomen kielen taito, jotka saattavat estää venäjänkielisiä asiakkaita hakeutumasta julkisten palvelujen piiriin, ja kolmannella sektorilla on korostunut rooli erilaisen tuen tarjoajana sosiaali- ja terveysalalla. (Kielikertomus 2013.)

Valtiontalouden tarkastusviraston raportin (2014) mukaan maahanmuuttajien erityistarpeet huomioidaan kunnissa ja niiden sisällä eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä vaihtelevasti, ollen suurissa kunnissa systemaattisempaa kuin pienimmissä kunnissa. Resurssien puutteen on nähty estävän maahanmuuttajien erityistarpeiden huomioimisen muilla kuin pakolaisilla. Mahdollinen tulkin ja pidemmän vastaanottoajan tarve on huomioitu osassa kuntia ainoastaan pakolaisilla, vaikka samat tarpeet ovat myös muilla maahanmuuttajilla. Raportissa todetaan, että tulkkien käyttöä koskevalle ohjeistukselle on sosiaali- ja terveydenhuollossa suuri tarve. Esteenä palveluiden saannille tunnistettiin pirstaleinen järjestelmä sekä viranomaisten liian pienet resurssit maahanmuuttajien neuvomiseen. Tarkastuksen perusteella viranomaisilta ja järjestöiltä puuttui tietoisuus erilaisista palvelu- tai hoitopoluista.

Samanaikaisesti useaan eri vähemmistöryhmään kuuluvilla maahanmuuttajilla on moniperustaisen syrjinnän riski. Vammaisilla maahanmuuttajilla on suuri vaara syrjäytyä palveluista, vaikka heillä olisi niille huomattava tarve. Esimerkiksi maahanmuuttaja-taustaiset näkövammaiset henkilöt eivät monesti hae palveluja jo kulttuurisista syistä, eivätkä juuri tukeudu näkövammaisjärjestön palveluihin. Tiedon saanti on erityisen vaikeaa, samoin kielen opiskelu. (Ks. Törmä ym., 2014.) Vammaisten maahanmuuttajien tukikeskus Hilma antaa konsultaatiota valtakunnallisesti ja tekee vaikuttamistyötä eri vammaisjärjestöissä. Hilma tekee myös asiakastyötä ja auttaa asiakkaita mm. hakemusten täyttämässä. Haastavia tilanteita tulee mm. apuvälineselvitysten tekemisessä, jos itse diagnoosin saaminen on kesken. Hilmassa toteutetaan ohjausta, jota tehdään myös sosiaaliohjauksen ja aikuissosiaalityön kautta. Käytännössä resurssit eivät mahdollista kuin hyvin rajallisesti ohjaustyötä, ja keskeistä olisi paikallistoimijoiden tietoisuuden ja osaamisen lisääminen.

Asiantuntijahaastattelussa painotettiin myös, että tulkin laaja-alainen ammattitaito korostuu, mitä moninaisempi kohderyhmänä on. Vammaisten maahanmuuttajien näkökulmasta korostuu se, ettei oman terveydenhoidon yksityiskohtia välttämättä sisäistetä, vaikka olisi tulkki mukana. Diagnoosi ei itsessään kerro mitään, vaan keskeistä on saada tietoa siitä, miten toimitaan diagnoosin kanssa. Tähän tulisi varata riittävästi aikaa, ja eri toimijoiden budjettiin tarvittaisiin puskuri tulkkia varten. Lisäksi on budjetoitava tekniikkaan, jotta voidaan ottaa näköyhteys tarvittaessa etätulkkaukseen. Mielensterveystyöhön ja erityisesti traumaperäisiin taustoihin perehtyneistä on asiantuntijahaastateltavan mukaan huutava pula. Eteenpäin ohjaus psykiatriisiin palveluihin on vielä haastavaa. Tietoa tarvitaan eri toimijoille, ml. oppilaitoksille siitä, miten vammaiskäsitys voi erota eri kulttuureissa.

## Viittomakieliset

Suomessa käytetään suomalaista ja suomenruotsalaista viittomakieltä. Suomalaista viittomakieltä käyttää äidinkielenään noin 4 000–5 000 kuuroa tai huonokuuloista. Lisäksi sitä käyttää äidinkielenään, toisena kielenään tai vieraana kielenä noin 6 000–9 000 kuulevaa henkilöä. Suomenruotsalaisen viittomakielen käyttäjiä on arvioitu olevan noin 300, joista kuuroja kielenkäyttäjiä on noin 90 ja heistä suurin osa on jo varsin iäkkäitä.<sup>4</sup> Äidinkielekseen väestötietoihin viittomakieltä käyttäviä on huomattavasti vähemmän. Viittomakieltä käyttävien tulee tarkastella kielivähemmistönä sekä aisti- ja

---

<sup>4</sup> Kotimaisten kielten keskus Kotus [http://www.kotus.fi/kielitieto/kieliet/suomen\\_viittomakielet](http://www.kotus.fi/kielitieto/kieliet/suomen_viittomakielet) (16.11.2016, luettu 23.3.2018). Suomenruotsalaisen viittomakielen Käytännössä keskeinen ongelma on myös tulkkaus, sillä suomenruotsalaisen viittomakielen tulkkeja ei ole tarpeeksi, eikä heitä myöskään ole koulutettu lisää. Suomenruotsalaista viittomakieltä käyttävät joutuvat usein turvautumaan suomalaisen viittomakielen tulkkaukseen. (Viittomakieliloikka, 2017.)

puhevamman vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevina. Osa viittomakieltä käyttävistä kuuluu näihin molempiin ryhmiin.

Vuonna 2010 voimaan tullut laki vammaisten henkilöiden tulkkaukspalvelusta (133/2010) on parantanut tulkkaukspalveluiden saantia. Kuitenkin eri puolilla maata asuvat, kuuroina tai vaikeasti kuulovammaisina syntyneet lapset ja heidän vanhempansa ovat eriarvoisessa asemassa riippuen heidän asuinkuntansa käytännöistä ja määrärahalinjauksista. (Kielikertomus, 2017.) Kuurojen Liiton keväällä 2018 tekemän kyselyn perusteella tietoisuus sote-uudistuksesta ja viittomakielisten palveluiden saannista on todella vähäistä. Osa ei ymmärtänyt mikä on omalla kielellä annettu palvelu ja mikä on se, jossa on tulkki. Vapaamuotoisissa palveluissa kaivattiin viittomakielellä neuvontaa. Viittomakielellä tiedottamista ei käytännössä tapahdu.<sup>5</sup>

Kuurojen Liitto on nostanut esiin laajemman sosiaali- ja terveystalvveluita koskevan epäkohdan, ettei useimmissa kunnissa ja kaupungeissa ole saatavilla mitään viittomakielistä palvelua. Kelan tulkkaukspalvelu on käytännössä usein ensisijaisen palvelun asemassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon pitäisi järjestää vähintäänkin tulkkaukspalvelu, mitä ei kuitenkaan aina tapahdu. Tarve korostuu terveydenhuollon ja senioripalvelujen piirissä, jossa viittomakieltä käyttävät asiakkaat kaipaavat kielellisesti laadukkaita oma-kielisiä palveluja, jolla tarkoitetaan sitä, että työntekijä itse osaa viittoa. Suoraan viittomakielellä tuotetut palvelut nähdään palveluketjujen turvaamiseksi ensisijaisena ratkaisuna, tulkkauksen järjestäminen vasta toissijainen. Erityisesti haavoittuvien ryhmien (mm. lapset, iäkkäät, mielenterveyskuntoutujat) kohdalla viittomakielen tulkkauksen järjestämistä ei nähdä riittävänä toimenpiteenä, sillä esimerkiksi muistisairaus muuttaa joissakin tapauksissa viittomakielistä ilmaisua niin paljon, että henkilö ei voi ilmaista itseään, eikä häntä voi kuulla tulkkauksen välityksellä. Haasteena on, että sote-toimijat eivät pääosin tiedä tai tunnista vastuutaan järjestää tulkkaukspalvelua sitä tarvitsevalle. Lisäksi asiakas- ja potilaslain velvoittavuus on osoittautunut heikoksi, sillä viittomakielen tulkkauksen saaminen on vielä vaikeaa. Tulkin tilaamatta jättäminen on myös yhdenvertaisuuslain näkökulmasta kohtuullisen mukautuksen epäämistä ja siksi syrjintää. (Viittomakieliloikka, 2017.)

Vammaisten henkilöiden tulkkaukspalvelusta annettuun lakiin (133/2010) eli tulkkaukspalvelulakiin liittyviä kehittämistarpeita on tunnistettu, sillä tulkkaukspalvelulaki on toissijainen laki, eikä sote-palveluissa ole riittävää selvyyttä järjestämisvastuusta. Henkilön tulisi ensisijaisesti saada riittävää ja hänelle sopivaa tulkkaukspalvelua muun lain nojalla. Kela on käytännössä usein ensisijaisen järjestäjän asemassa. (Viittomakieliloikka,

---

<sup>5</sup> Lähde. Kuurojen liitto, suullinen tieto.

2017.) Vastuita on avattu myös Kuurojen Liiton (2016) tuottamassa tiiviissä tietopakettissa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tilanteisiin, joissa asiakkaana on viittomakielinen kuuro.

Niin järjestö- kuin asiakasedustajien haastatteluissa nousi esiin, että vuodeosastolla pidemmän aikaa olleet potilaat eivät aina ole saaneet viittomakielen tulkkia paikalle. Taustalla nähdään asiakas- ja potilaslakien heikko velvoittavuus; ”tulkitseminen järjestämiseen mahdollisuuksien mukaan”. Joissain tapauksissa hyödynnetään paikalla olevia kuulevia sukulaisia ja tuttavvia, myös alaikäisiä lapsia. Osa selvitystä varten haastatelluista henkilöistä tukeutuivat usein myös läheisten tulkkausapuun. Kaikkien kieliryhmien osalta pätee sama sääntö: milloin omakielistä henkilöstöä ei ole saatavilla, tulee hyödyntää ammattitaitoista tulkkia. Kuten Törmä ym. (2014) nostavat esiin, tulkin käyttämättä jättämistä voidaan pitää asiakkaan vähättelynä. Tulkin puute ja hoitohenkilökunnan ajattelemattomuus voivat aiheuttaa monenlaisia ongelmia. Muistisairaus moninkertaistaa viittomakielisen henkilön riskin joutua syrjityksi tai tilanteeseen, jossa tieto potilaan, henkilökunnan ja omaisten välillä ei kulje. Hoito voi jäädä toimenpidekeskeiseksi, kun keskustelua lääkkeitä, mielialasta, nukkumisesta ja muusta inhimillisestä puolesta ei voida käydä. Raportissa korostetaan, että hoitotilanteessa myös kuurolla on tarvetta tietää asioista enemmän ja saada jännitystä vähentävää justustelua, ja kokonaisvaltainen hoito tulisi mahdollistaa.

Kielellisiin haasteisiin liittyy sekin, että osalle etenkin vanhemmille kuuroille viranomaiskirjeet voivat olla vaikeaselkoisia, jos ensimmäinen äidinkieli on viittomakieli, ja suomi vieraan kielen asemassa. Kaikki eivät myöskään käytä tietokoneita. Ikäihmisten tilannetta tarkastelevassa selvityksessä on nostettu esiin, että etenkin iäkkäillä kuuroilla aikaisemmat syrjintäkokemukset voivat olla vahvasti muistoissa vaikuttaen nykyiseen tilanteeseen ja uskallukseen vaatia tulkkia tai valittaa syrjinnästä. Kielitaidottomuus on vaikuttanut siihen, että ikääntyneiden kuurojen taidot vuorovaikutukseen ja tiedonsaantiin voivat olla vähäiset. Ikääntyneillä kuuroilla voi olla vaikeuksia ilmaista tarpeitaan, odotuksiaan ja kokemuksiaan palveluista. Vaarana on, että aistivammat katsotaan vanhuuden aiheuttamiksi vaivoiksi ja asiakkaat ohjataan väärin palveluihin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakkaita on sijoitettu virheellisesti esimerkiksi muistisairaiden ryhmään tapauksissa, joissa muistiongelmien taustalla ovat kuulo- ja näkövammammat tai näiden yhdistelmät. Ikäihmisten palveluohjauksessa kuulo- ja näkövammojen merkitystä viestinnän ymmärtämisessä ei osata huomioida. Kuulonäkövammaiset joutuvat kysymään uudelleen ja uudelleen asioita, jolloin heidän kuvitellessaan olevan muistisairaita. Erityisiä haasteita viittomakielisten palveluiden saamisessa on syrjäseuduilla asuvilla viittomakielisillä vanhuksilla, joille ei useinkaan voida järjestää viittomakielistä kotihoitoa. Rakenteellisena esteenä tunnistetaan mm. se, että kunnissa ei ole esimerkiksi tiettyjä asumispalveluyksiköitä, joihin viittomakielisiä ohjattaisiin. Vaikka järjestöillä on ostopalveluina tuotettavia kotihoidon ja asumispalveluiden ratkaisuja, niitä ei ole jokaisella paikkakunnalla, eikä viittomakieliselle ole aina anneta



ostopalvelusitoumusta toisella paikkakunnalla järjestettävään asumispalveluun. (Törmä ym., 2014.)

Oikeudet ja palvelut tarjoutuvat usein pelkästään kuurouteen liitetyn vammaisuuden määrittelyn kautta, eivätkä kieli- ja kulttuuriryhmän oikeuksien perusteella (Viittomakielisten kielelliset oikeudet 24/2011). Kuurojen Liiton näkökulmasta kielilakia ja vammaispalveluita tulisi tulkita täydentävästi sen sijaan, että katsotaan jompaakumpaa lakia. Sosiaalipalveluiden näkökulmasta erityisosaamista tarvitaan moniperusteisuuden huomioimiseksi. Kuurojen Liitto on nostanut esiin esimerkkinä sen, saako kuuron lapsen vanhemmat todistuksen ja lausunnon, jonka mukaan viittomakielistä kotiopetusta voidaan toteuttaa, jotta lapsen kanssa voi kommunikoida. Palveluiden ja oikeuksien näkökulmasta ristiriitatilanteita on syntynyt myös esimerkiksi silloin, kun kuuroilla on kuuleva lapsi, joka kokee identifioituvansa kielivähemmistöön.

Haastavassa asemassa ovat oleskeluluvan saaneet vieraskieliset viittomakieliset, jotka eivät ole oikeutettuja Kelan järjestämään tulkkauspalveluun, jos tarve on ns. reletulkkaukselle eli useamman eri kielen välillä tapahtuvaan tulkkaukseen. Kelan mukaan sen järjestämisvastuuseen ei kuulu tilanteet, joissa on kyse kahden viittomakielien välisestä tulkkauksesta, tai kun toinen tulkkaustilanteesta on kansainvälinen viittominen.

## Romanit

Suomessa asuu arviolta noin 10 000 romanian. Vaikka romanit kommunikoivat keskenään pääsääntöisesti suomen kielellä, kielelliset vaikeudet ja väärinkäsitykset ovat osalla romanivähemmistössä tavallisia asioidessa valtaväestön kanssa. Kielellisiin haasteisiin liittyy myös se, että viranomaiskielen lukutaito voi olla usein heikko, mikä vaikeuttaa esimerkiksi lomakkeiden täyttöä (esim. Boelius, 2017). Romanien omanlainen kulttuuri ja romanikieli ovat pysyneet valtaväestölle aika lailla tuntemattomina huolimatta pitkästä historiasta. (Viljanen ym., 2007.) Romanikulttuuriin kuuluvista ilmiöistä saatetaan tehdä kielteisiä johtopäätöksiä johtuen valtaväestöön kuuluvien ennakkoarvioista, mutta myös romanikulttuurin erityispiirteiden tietämättömyydestä (esim. Boelius, 2017). Pitkään suomalaisen yhteiskunnan rinnalla eläneillä romaneilla suomen kieli ja sen ilmaisut ovat kehittyneet osittain omanlaisiksi ja valtaväestöstä poikkeaviksi. Ilmiötä selittää myös se, että mm. monet intiimiasioihin tai seksuaalisuuteen liittyvät ilmaisut jäävät tabuasemansa vuoksi käyttämättä tai niihin on kehitetty kiertoilmaisuja. Romaniväestön hoitoon hakeutumisen ja sitoutumisen ongelmat liittyvätkin sekä kielellisiin että kulttuurisiin eroavaisuuksiin valtaväestöön nähden. Romanien käyttämässä suomen kielessä monilla sanoilla on eri merkityksiä kuin ”valtakielessä”. Romani-identiteetin kannalta keskeisimpien käsitteiden (puhdas–likainen, kunia–häpeä) ymmärtäminen helpottaa hyvän hoitosuhteen luomista. (Viljanen ym., 2007.)

Myös romanien terveystieteet voivat poiketa valtaväestön näkemyksistä. Esimerkiksi romaninaiset voivat mennä äitiysneuvolaan vasta kun raskaus on edennyt pidemmälle. Työntekijöiden on siis hyvä tuntea romanien tapoja ja kysyä avoimesti romaneilta heidän kulttuuriaan koskevista asioista. (esim. Boelius, 2017.) Valtaväestö arastelee keskustelua tai arvostelua romanikulttuurin piirissä ja romaniyhteisössä esiintyvistä tavoista, koska pelkää loukkaavan romaneja tai kyseenalaistavan heidän perustuslaillisen oikeutensa omaan kulttuuriin. Romaniyhteisössä taas on haluttomuutta avata keskustelua kunnolla, koska pelätään, että yhteisön ongelmien esiin nostaminen ja ruotiminen saattaa lisätä valtaväestön yhteisön jäseniin kohdistamaa syrjintää. (Vähemmistövaltuutettu, 2014.)

THL on koonnut verkkosivuilleen tietoa ja oppaita siitä, kuinka romanit olisi hyvä huomioida palveluissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina. Romanikulttuuriin kuuluu sääntöjä, jotka liittyvät esimerkiksi puhtauskäsitteisiin ja soveliaisiin puheenaiheisiin. Esimerkiksi romanit eivät mielellään puhu muiden romanien läsnä ollessa asioista, jotka ovat heille tabuja. Yhdenvertaisuuden edistämiseksi asiakas- ja potilastyössä ammattilainen tarvitsee oikeaa tietoa romanikulttuurista. Tieto auttaa kohtaamaan asiakkaan. Romaniasiakkaan tarpeita voi huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa monella tapaa. Tärkeintä kuitenkin on huomioida asiakkaan yksilölliset tarpeet. Ammattilaisen on annettava asiakkaan itse kertoa, miten hän haluaa omaa kulttuuritaustansa huomioitavan. (THL, 2018.) Asiantuntijahaastateltava kuvasi tarvittavaa henkilöstön osaamista siten, että keskeistä olisi tutustua romanien historiaan: Perhekulttuurin ja syrjintähistorian ymmärryksen kautta lisätään ymmärrystä siitä, miksi romaneilla on usein myös epäluottamus viranomaisia kohtaan. Kulttuurinvälisiä kompetenssia tulee kehittää kahdensuuntaisesti. Ammattilaisten tulisi kysyä, ja olla yleistämättä vähemmistöihin liittyviä oletuksia. Jokaisella on oikeus tulla kohdattu riippumatta kulttuuritaustastaan.

Jokainen henkilö on oman asiansa asiantuntija ja kohdattava yksilönä. Mikäli romanihenkilö noudattaa perinteitä, ammattilaiset voivat myös helpottaa romaneille hankalia tilanteita muistamalla eri-ikäisten ja eri sukupuolta olevien potilaiden ja heidän omaistensa suhteita säätelevät säännöt. Myös turvattomuus ja pelko sairaaloita ja terveyskeskuksia kohtaan voi olla hyvän hoitotyön ja hoitosuhteen esteenä. Osa romaneista voi kokea sairaalat ja terveyskeskukset pelottaviksi, koska romani on niissä ainoana oman etnisen ryhmänsä edustajana. Lisäksi tunteeseen voi vaikuttaa puhtauskäsitteet. (ks. esim. Viljanen ym. 2007.)

Tarkempaa tietoa romanien hyvinvoinnista ja terveydestä ja kokemuksista sosiaali- ja terveyspalveluissa ollaan vasta kokoamassa: Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksella on parhaillaan käynnissä Romanien valtakunnallinen hyvinvointitutkimus (Roosa). Tutkimustiedon avulla voidaan myös kehittää romanikulttuurin huomioivia terveys- ja sosiaalipalveluja.

## Muut vähemmistöryhmät ja moniperusteisuus

Edellä kieliryhmiä koskevissa kuvauksissa on sivuttu moniperusteista syrjintää. Ihminen voi kiinnittyä ja kuulua useampaan vähemmistöryhmään, tai taustalla voi olla muita tekijöitä, joiden vuoksi henkilö voi olla erityisen haavoittuvassa asemassa. Seuraavaksi on nostettu esiin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen ja vammaisten näkökulmaa sosiaali- ja terveyspalveluissa eri selvitysten valossa.

Suomalaisessa yhteiskunnassa monet käytännöt ja toimintamallit pohjautuvat sukupuoli- ja heteronormin sekä hetero-olettamuksen ympärille, eikä sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta aina osata huomioida. Niin maahanmuuttajien kuin suomen vanhojen kielivähemmistöjen ja vammaisryhmien joukossa on transihmisiä, lesboja, homoja ja biseksuaaleja, jotka voivat olla erityisen alttiina syrjinnälle ja näkymättömyydelle oman yhteisön sisällä ja yhteiskunnassa. Torjuva ilmapiiri tai yhteisön ulkopuolelle jättäminen, rikolliseksi ja sairaaksi määrittely ovat vaikuttaneet Suomessa etenkin vanhemman ikäpolven kokemuksiin, ja käsitykset voivat elää vahvasti Suomessa elävien vähemmistöryhmien yhteisöissä (esim. Sahakari ym. 2017). Vaarana on, että yksilöt luokitellaan ensisijaisesti vamman tai etnisen taustan perusteella, vaikka tosiasiallinen identiteetti tai palvelutarve vaihtelee ja määrittyy tilanteen mukaan.

Pirkanmaan Setan Sinuiksi-hanke on toteuttanut kyselyn sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kohtaamisesta. Kyselyvastauksista selvisi, että asiakas ei yleensä saa tietää ennen palveluun tuloa, osataanko hänet kohdata sensitiivisesti ja yhdenvertaisuutta arvostaen. Noin 80 % ammattilaisista koki, että seksuaalisen suuntautumisen tai sukupuoli-identiteetin puheeksi ottaminen tarvittaessa on kuitenkin luontevaa. Asiakkaille suunnatun kyselyn perusteella lähes 60 prosentilla on ollut huonoja kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa liittyen seksuaaliseen suuntautumiseen ja/tai sukupuoli-identiteettiin. Asiakkaiden näkökulmasta voidaan nostaa suositukseksi, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotaisiin selkeämmin esille, että palvelussa on turvallista asioida omana itsenään myös seksuaali- ja/tai sukupuolivähemmistöön kuuluvana. Keskeistä on olla tekemättä oletuksia asiakkaan suuntautumisesta ja sukupuolesta. Mm. lomakkeissa tulisi huomioida, että niissä huomioidaan erilaiset pari-/monisuhteet, useampi sukupuolivaihtoehto ja kutsumanimi. Lisäksi kaikessa tiedotuksessa tulisi tuoda vahvemmin esiin, että palvelu kunnioittaa jokaisen yhdenvertaisuutta. Saatua tietoa on sovellettu mm. Tampereen kaupungin yhdenvertaisuussuunnitelmassa.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Lähde: Sinuiksi-hanke; Minun kaappini: kysely ulostulosta seksuaali- ja sukupuolivähemmistöille -yhteenveto. Etnisten suhteiden foorumi 2017: Yhteiskuntarauhaa nyt! – Hyvät väestösuhteet Suomessa: Mikko Väisäsen esitys ja yhteenvetoraportti.

Vuonna 2016 Ihmisoikeuskeskus julkaisi selvityksen koskien vammaisten henkilöiden neuvontapalveluita ja arkipäivän haasteita. Selvityksessä käy ilmi, että tällä hetkellä vammaisjärjestöjen keskuudessa annettava neuvonta on kattavaa ja asiantuntevaa. Selvityksessä nousseet yleiset ongelmat liittyvät kommunikaatioon, esimerkiksi puutteisiin tulkkauspalveluissa tai ymmärrettävyyteen liittyviin haasteisiin, yhteiskunnan ja palveluiden digitalisoitumiseen ja sähköistymiseen, liikkumiseen ja kuljetuspalveluihin sekä palveluiden yksityistämisestä ja kilpailuttamisesta seuranneisiin haasteisiin. Lisäksi esille nousi päätöksentekoa ja neuvontavollisuuden toteutumista koskevat haasteet sekä osallisuus yhteiskunnassa, vammaisten henkilöiden yksilöllisyys ja valintoihin vaikuttaminen. Myös vammaisten henkilöiden syrjäytymiskokemuksia käsittelevän selvityksen (Yhdenvertaisuusvaltuutettu 2016) johtopäätöksissä tuodaan esille, että vaikka vammaisten henkilöiden oikeudet Suomessa muodollisesti ovatkin hyvät, vallitsevasta asenneilmapiiristä johtuen oikeuksien toteutuminen arjessa on yhä ongelmallista. Verkkokyselyyn vastanneista 64 % kertoo kokeneensa syrjintää viimeisen vuoden aikana, ja useimmin mainittuina syrjintäperusteina tuotiin esille vammaisuus, terveydentila sekä ikä.

Vammaisten ihmisten kokemuksia on kartoitettu myös oikeusministeriön toimeksiantosta toteutetussa selvityksessä vihapuheesta ja häirinnästä. Syksyllä 2015 toteutettuun kyselyyn vastanneista vammaisista kolmasosa oli kokenut vihapuhetta tai häirintää terveyden- tai sosiaalihuollon työntekijän taholta viimeisen vuoden aikana. (Oikeusministeriö, 2016). Sama tulos näkyy loppuvuonna 2017 toteutetun uusintakyselyn tuloksissa (Owal Group, 2018). Selvitysten tuloksista ei voi tehdä pitkälle mentäviä johtopäätöksiä yleisyydestä, mutta ne kuvaavat kokemuksia ja antavat suuntaa antavan kuvan ilmiöstä.

Eri kielivähemmistöjen moniperusteisen syrjinnän perusteet ovat monella tapaa yhteisöisiä. Kuten edellä kuvattu, eroja voi olla mm. siinä, kuinka eri vähemmistöihin suhtaudutaan yhteisön sisällä. Palveluiden osalta tietotekniikan lisääntyvä hyödyntäminen palveluissa jättää heikossa asemassa olevia palvelujen ulkopuolelle. Kielellisten oikeuksienkin toteutumiseksi palveluissa tarvitaan aikaa, asioiden kertausta, omakielistä neuvontaa ja muuta kulttuurisidonnaista tarjontaa. Yleisesti voidaan todeta, että hoitoihin kiinnittyminen toisi yhteiskunnalle säästöjä, kun elämäntapoihin ja jo todeksi sairauksiin puututtaisiin ennen kuin ne ehtisivät kehittyä pitkälle.

## 3.2 Maakohtaisia benchmarkkauksia sosiaali- ja terveystalvaeluiden valinnanvapauden toteutumisesta

Luvussa esitellään Norjan, Ruotsin ja Iso-Britannian sosiaali- ja terveystalvaeluiden valinnanvapauden toteutumista, painopisteenä kielellisten oikeuksien näkökulma. Kuvauksissa tuodaan esiin kielivähemmistöjen lakisääteinen asema julkisissa palveluissa, kuvataan valinnanvapauden toteutusta ja tuodaan esiin, mitä tietoa ja kokemuksia valinnanvapaudesta asiakasnäkökulmasta löytyy erityisesti kielivähemmistöt huomioiden.

### 3.2.1 Norja

#### Kielivähemmistöjen lakisääteinen asema julkisissa palveluissa

Norja on ratifoinut Kansallisten vähemmistöjen suojelua koskevan puiteyleissopimuksen vuonna 1999. Maan kansallisiksi vähemmistöiksi on tunnustettu Kveenit ("norjansuomalaiset"), juutalaiset, metsäsuomalaiset (skogfinner) sekä romanit ja tataarit. Kansallisia vähemmistöjä koskien maassa on rahoitusraami avustuksista kansallisille vähemmistöille, jota tarjotaan tukemaan toimia, jotka edistävät vähemmistöjen aktiivista yhteiskunnallista osallistumista ja torjuvat syrjintää. Lisäksi vuodesta 2003 lähtien Norjassa on ollut yhteistyöfoorumi, jonka tavoitteena on lisätä kansallisten vähemmistöjen näkyvyyttä, sekä käydä vuoropuhelua viranomaisten ja vähemmistöjen kanssa. Tiettyihin ryhmiin liittyy ns. Action planeja yhdenvertaisuuden takaamiseksi; näissä on käsitelty myös terveydenhuoltoon liittyviä kohtia. Norjassa on tullut vuonna 2006 voimaan syrjinnän vastainen laki, jonka tarkoituksena on erityisesti estää syrjintä perustuen esimerkiksi etnisyyteen, kieleen tai uskuntoon.

Saamelaiset on tunnustettu maan alkuperäiskansana, mistä johtuen sitä ei ole edellä määritetty kansalliseksi vähemmistöksi. Saamelaisia koskien maassa on saamelaislaki "Sameloven", jonka tarkoituksena on varmistaa saamelaisten asema ja että saamelaiset saavat kehittää omaa kieltään, kulttuuriaan ja elämäntapaansa. Lainsäädännön mukaan norja ja saamenkieli ovat tasavertaiset. Lainsäädännössä määrätään kuitenkin erityisistä saamenkielisistä hallintoalueista, joilla on erityisiä säännöksiä saamen kielen käyttämiseen liittyen. Tällaisia ovat esimerkiksi säädökset saamenkielisten oikeudesta saada hallintoalueilla kirjalliseen saamenkieliseen asiaansa vastaus saameksi tai oikeudesta käyttää kieltä tuomioistuimissa.

Norjan kansallisiin kielivähemmistöihin kuuluvat saamenkieliset, kveeninkieliset sekä romani ja tataari. Kieliä suojellaan alueellisia kieliä tai vähemmistökieliä koskevan eurooppalaisen peruskirjan nojalla. Norjassa toimii kulttuuriministeriön alaisena erityinen kielten neuvosto (Språkrådet), jolla on tehtävänä vahvistaa norjan kielen lisäksi norjalaisista viittomakieltä ja ylipäättään kielellistä monimuotoisuutta. Kielten neuvosto auttaa lisäämään kansallisten vähemmistökielten käyttämistä ja vahvistamaan niiden asemaa. Lisäksi neuvosto tuottaa tutkimusta ja auttaa vähemmistökielellä viestimisessä.

Terveystieteiden asiakkailta, joiden norja ei ole sujuvaa, on oikeus tulkkipalveluihin. Terveyspalveluilla on vastuu tarjota ammattimaista tulkkipalvelua ja vastata siitä aiheutuvista kustannuksista (kunnat ja alueelliset terveysviranomaiset erityistason terveydenhuollossa). Asiakkaan tulisi pyytää tulkkipalvelua varatessaan vastaanottoaikaa.

## Norjan valinnanvapausjärjestelmä

Norjan sosiaali- ja terveystieteiden järjestelmä on kaksitasoinen, jossa vastuu jakautuu kuntien ja valtion välillä. Kunnat (sekä valtion vakuutuskassa) vastaavat perusterveydenhuollosta ja valtio vastaa puolestaan erikoissairaanhoidosta. Asiakkailta on vapaus valita perusterveydenhuollon osalta lääkäriasemansa ja läheteet erikoissairaanhoidon toimitetaan näiden kautta. Lääkäriasemaa voi vaihtaa kaksi kertaa vuodessa. Erikoistason palveluiden järjestäminen tapahtuu käytännössä valtion paikallisten terveysviranomaisten ”regionale helseforetakene” (RHF) kautta, jotka puolestaan omistavat sairaalat. Ministeriön ja RHF:ien lisäksi maassa toimii Helsedirektoratet, jonka vastuualueisiin kuuluu yleisesti mm. terveydenhuollon laatuun ja sähköisiin palveluihin liittyvissä asioissa paikallisviranomaisten ohjaaminen. (Ringard et al., 2016.)

Norjassa valinnanvapausjärjestelmän kehittämisen motivaationa on ollut erityisesti pitkät jonotusajat julkisiin palveluihin, joiden on toivottu valinnanvapausjärjestelmän myötä helpottuvan, kun käyttöön saadaan myös yksityisten kapasiteettiä. Ongelma on tunnistettu 1980-luvulta lähtien, ja maassa onkin toteutettu vuosien mittaan lukuisia tähän liittyviä toimenpiteitä. Viimeisin reformi on toteutettu syksyllä 2015<sup>7</sup>. Reformin myötä yksilö voi valita erityistason terveydenhoitoonsa julkisen palveluntuottajan, yksi-

---

<sup>7</sup> Norjassa valinnanvapausreformeista voidaan mainita ainakin kolme keskeistä vaihetta: 2000-luvun alkupuolella perusterveydenhuollon lääkärin valintaan liittyneet uudistukset (ns. fastlege-reform) sekä erityistason sairaaloiden valintaan liittynyt uudistus (ns. fritt sykehusvalg) sekä vuonna 2015 voimaan tullut uusiin erityistason palveluihin liittyvä reformi (ns. fritt behandlingsvalg). Näistä viimeisin oli käytännössä eräänlainen fritt sykehusvalg -reformin laajennus ja reformissa mukana tulleet sähköiset palvelut esimerkiksi korvasivat aiemmin fritt sykehusvalg -reformissa tehdyt järjestelmät.

tyisen sopimuspalveluntuottajan tai yksityisen palveluntuottajan, jonka Helfo on hyväksynyt. Helfo on Helsedirektoratetin alaisuudessa toimiva ulkopuolinen virasto, joka vastaa yksityisten palveluntuottajien hyväksymismenettelyjen ohella muun muassa asiakkaiden neuvonnasta valinnanvapausjärjestelmään liittyen.

Vuoden 2015 reformi sisälsi muutoksia maksuperusteisiin, tietojärjestelmiin sekä useampiin lainsäädäntöihin. Yksityisten palveluntuottajien sisältämän järjestelmän ohella lainsäädäntötyö sisälsi muun muassa laadunvarmistukseen liittyviä toimia. Vastuu yksityisten palveluntuottajien laadunvalvonnasta annettiin paikallisille terveystoimistoille (RHF:t). Hallituksen esityksen käsittelykierroksen aikana useat maan suurimmat potilasjärjestöt nostivat esiin huolensa valinnanvapausjärjestelmän monimutkaisuudesta, hallinnollisista kustannuksista sekä yksityisille palveluntuottajille siunaantuvasta mahdollisuudesta kermankuorintaan asiakkaiden kohdalla. Myös julkisista sairaaloista nostettiin esiin huoli siitä, että yksityiset palveluntuottajat priorisoivat helppo-ohitoisia potilaita. Lisäksi ikäihmisiä edustanut liitto nosti esiin, että valinnanvapaus ei kohtelee tasa-arvoisesti vanhempaa väestöä, jolle pitkien välimatkojen matkustaminen ei ole mahdollista. Samanaikaisesti ehdotus sai kuitenkin myös positiivista vastaanottoa; julkisten sairaaloiden hallitusedustajat näkivät positiivisena tasa-arvokehityksenä sen, että uudistus poistaa epäreilun asetelman, jossa paremmin ansaitsevilla on mahdollisuus käyttää eri palveluja kuin vähemmän tienaavilla. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepotilaita edustavat yhdistykset suhtautuivat lähtökohtaisesti positiivisemmin ehdotukseen ja uudistus koski myös kaikkein selvimmin juuri näitä ryhmiä. (Ringard et al., 2016.)

Asiakkaiden näkökulmasta keskeisin valinnanvapausreformin merkitys oli erityistason terveydenhuollossa valinnanvapauden laajentuminen yksityisiin palveluntuottajiin myös silloin, kun palveluntuottaja ei ole RHF:n hankkimaa. Helsedirektoratet valtuuttaa yksityiset palveluntuottajat, joilla ei ole sopimusta RHF:n kanssa sekä päättää tarjottavista palveluista ja korvausmenettelyistä näiden suhteen. Palveluntuottajat, joilla ei ole sopimusta RHF:n kanssa, voivat siten tarjota valinnanvapaudessa ainoastaan palveluita, jotka on erikseen Helsedirektoratet listannut. Näihin on tähän mennessä lukeutunut erityisesti mielenterveys- ja päihdepalvelut. Listan laatimisessa perusteena on erityisesti valita sellaisia palveluita, joiden osalta jonotusajat julkisella puolella ovat pitkiä. (Ringard et al., 2016.) Jonotusaikojen kehitys on keskeisin Norjassa seurattava valinnanvapauteen liittyvä tekijä. Palvelujen hyvä saatavuus nähdään osaltaan keskeisenä asiana myös yhdenvertaisen hoitoon pääsyn näkökulmasta.

Valinnanvapauden prosessia erityissairaanhoidossa asiakkaan näkökulmasta on yksinkertaistettu kuvaan 3.



Kuva 3. Yksinkertaistus erityistason palveluiden valinnanvapausprosessista asiakkaan näkökulmasta.

## Norjan kokemuksia valinnanvapaudesta asiakasnäkökulmasta

Vuoden 2001 perusterveydenhuollon uudistuksen myötä valtion (vakuutuskassa) menot lisääntyivät merkittävästi. Tätä pidettiin seurauksena palveluiden saatavuuden parantamisesta, mikä toisaalta oli keskeinen uudistuksen tavoite. Lääkäripalveluja koskien (fastlegereform) toteutettiin seurantatutkimus, jonka loppuraportti on valmistunut vuonna 2006. Raportissa valinnanvapauden vaikutuksia tarkastellaan neljästä näkökulmasta, joita ovat ”kattavuus, saatavuus, jatkuvuus ja tehokkuus”. Raportissa todetaan, että kaikilla alueilla valinnanvapaus ei ollut toteutunut, sillä kunnat eivät olleet tehneet sopimuksia, jotka antaisivat asiakkaille todellista valinnanvaraa. (Norges forskningsråd, 2006.)

Palveluntuottajien näkökulmasta uudistus lisäsi kilpailua, mistä johtuen moni palveluntuottaja päätti erityisesti parantaa palvelujen saatavuutta. Jonotusajat laskivat reformin myötä. Avun saantiin ylipäättään oltiin tyytyväisiä sekä ennen että uudistuksen jälkeen, eikä tässä ollut havaittavissa merkittävää muutosta. Puhelinneuvonnan osalta saatavuudessa oli kuitenkin selkeitä ongelmia vielä tutkimuksen toteutusaikana. Myös tyytyväisyys lääkäriaseman palveluihin kasvoi uudistuksen jälkeen. Iäkkäämmät asiakkaat olivat yleisesti nuoria tyytyväisempiä. Asiakkaiden vaihtaminen toiselle lääkäriasemalle nähdään yleensä tarpeena tarkastella ja kehittää omaa toimintaa eteenpäin. Samalla lääkärit kokivat, että asiakkaiden vaateet palvelulle ovat kasvaneet valinnanvapauden laajetessa. (Norges forskningsråd, 2006.)

Erityisesti ikäihmiset ja henkilöt, joiden terveydentila on huonompi, pitivät tärkeänä hoidon jatkuvuutta. Käytännössä tämä tarkoitti, että oli tärkeää pitää sama lääkäri kuin jo ennen valintamahdollisuuksien voimaantuloa. Noin 87 prosenttia sai ensimmäisen valitsemansa lääkäriaseman, ja hieman alle 92 prosenttia jonkun kolmesta ensimmäisestä valintaprioriteetistaan. Tutkimusten mukaan asiakkaiden valinnat näyttäisivät hieman todennäköisemmin kohdistuvan lääkäreihin, joiden ikä ja sukupuoli vastaavat asiakasta. Potilaiden ja lääkäreiden välisten hoitosuhteiden keskimääräinen pituus laski arviointiaikana 9,7 vuodesta 7,7 vuoteen. (Norges forskningsråd, 2006.)

Ennen nykyistä valinnanvapauden portaalia eli ”Fritt behandlingsvalg” -sivustoa edeltäjänä toimi ”Fritt sykehusvalg Norge” 2000-alun reformin myötä. Sivuston kautta teh-



tiin valinnat erityistason sairaaloihin, joissa valinnanvapaus siis tässä vaiheessa kosketti julkisia sairaaloita sekä niitä yksityisiä, jotka toimivat alueellisten viranomaisten sopimuksella. Fritt sykehusvalg -palvelua on tarkasteltu useamman kerran. Vuoden 2014 vuosiraportissa (vuosi ennen uutta reformia) todettiin verkkopalvelun käyttäjämäärien olleen kasvussa. Sen sijaan puhelinyhteydenottojen määrä oli edelliseen vuoteen verrattuna laskussa. Palvelun asiakaslähtöinen kehittäminen nähtiin keskeisenä tekijänä uutta reformia ennakoitaessa. (Helsedirektoratet, 2014.)

Forskningsrådetin arvioinnissa (2007) Fritt sykehusvalg -reformista tarkasteltiin ylipäättään reformia saatavuuden, asiakkaiden priorisoinnin (jonotusajat huomioiden) ja tehokkuuden näkökulmista useiden ala-arviointien kautta. Lisäksi kerättiin näkemyksiä yrityksiltä ja henkilöstöltä laajalti. Arvioinnissa havaittiin, että jonotusajat olivat laskeutuneet suhteellisesti enemmän ns. alhaisempien prioriteettiryhmien kohdalla. Reformin vaikutuksena havaittiin myös merkittäviä tehokkuusparannuksia.

Fritt Sykehusvalg -reformin yhteydessä toteutettiin hallinnollisten uudistusten ohella uudistuksia, joiden tarkoituksena oli lisätä asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lainsäädännön mukaan sairaanhoitoyksiköiden (sairaalat) toiminnan suunnitteluun osallistetaan paikallisesti potilaiden edustajia. Tämä toimi eräänlaisena käyttäjäkokemuksen osallistamisen formalisoivana toimenpiteenä. Käytännössä tämä on tarkoittanut ns. ”käyttäjäkomiteoiden” perustamista. Enemmistö hallintotehtävissä toimivista johtajista näki vuoden 2007 arvioinnin loppuraportissa näiden roolin tärkeänä, muutamat eivät nähneet sen lisäarvoa. Yksityisistä instituutioista verrattain harvat olivat perustaneet näitä komiteoita, mutta he hyödynsivät asiakasnäkökulmia muilla tavoin. Komiteoiden rooli on ollut lähinnä neuvoa esimerkiksi vaikeahoitoisiin potilaisiin ja pitkäaikaissairaisiin liittyvissä asioissa. Komiteoissa onkin ollut neuvonantajana erityisesti esimerkiksi vammaisuuteen liittyviä yhdistyksiä. Tämän lisäksi mukana on lähes aina ikäihmisten edustajista. Näiden ohella komiteoihin osallistuu usein narkomaanien ja syöpäsairaiden edustajia. Etnisten vähemmistöjen edustajia on selvästi harvemmin komiteoissa. Arvioinnissa ei tarkasteltu erikseen vaikutuksia yhdenvertaisuuden näkökulmasta. (Norges forskningsråd, 2007.)

Asiakkaiden yhdenvertaisesta pääsystä laadukkaisiin hoitopalveluihin säädetään ns. potilas- ja asiakaslaissa (Pasient- og brukerrettighetsloven). Laki nostaa esiin sekä yksilön oikeuden valinnanvapauteen, että oikeuden saada valintaa tukevaa informaatiota.

Riksrevisjonenin raportissa (2011) todetaan, että asiakkailla on ollut vaikeuksia saada tietoa mahdollisuudestaan valita sairaala sekä lääkäriasemilta että sairaaloista. Tämä mainitaan keskeisenä riskinä siinä, että erityisesti vähemmän resursseja omaavat potilaat eivät pysty käyttämään valinnanvapauttaan. Raportissa todetaan samalla myös, että lääkärit käyttävät oman kokemuksensa mukaan jossain määrin enemmän aikaa

valinnanvapaudesta kertomiseen silloin, kun he uskovat, että tämä takaa potilaalle lyhemmän jonotusajan (84 prosenttia lääkäreistä) tai kun hoidontarve on kiireellinen (79 prosenttia). Lisäksi yleislääkärit käyttävät informoimiseen ja ohjaamiseen enemmän aikaa, jos se edesauttaa asiakkaan paluuta työelämään (79 prosenttia lääkäreistä). Selvästi pienempi osa lääkäreistä (20 prosenttia) käyttää enemmän aikaa silloin, kun asiakkaalla on pitkäaikaissairaus tai kun asiakas on ikäihminen tai hänellä on etninen tai kielivähemmistöön kuuluva tausta. Riksrevisjonin raportti pohjautuu asiakkaiden kuulemiseen, lääkäreiden kyselyyn, sekä erilaisten potilastietojen ja rekistereiden analyysiin.

Riksrevisjonin (2011) raportin mukaan valinnanvapautta näyttäisivät hyödyntävän erityisesti hyvätuloiset, korkeakoulutetut ja työelämässä mukana olevat henkilöt. Samassa raportissa tunnistettiin tarpeita kehittää Fritt sykehusvalg -verkkosivustoa, jotta asiakkaat saavat luotettavaa, päivitettyä, relevanttia ja todellista tietoa valinnan tueksi.

Valinnanvapauden viimeisin reformi on toteutettu Norjassa vasta aivan viime vuosina (voimaan tullut marraskuussa 2015), mistä johtuen teemaa koskevien arviointien ja selvitysten määrä on rajallinen. Aiemmistä, kuten vuosina 2001 ja 2002 tehdyistä valintaa laajentaneista toimenpiteistä on toteutettu useampia arviointeja, mutta niiden näkökulmat eivät ole aiemmin kuvatun mukaisesti yleensä erityisryhmissä, vaan erityisesti palvelujen saatavuudessa ja esimerkiksi tehokkuuteen liittyvissä asioissa. Norjassa on kuitenkin ministeriön toimeksiannosta käynnissä seurantaselvitys, jonka avulla tuotetaan tietoa vuoden 2015 reformin vaikutuksista. Seurannasta vastaa Helsedirektoratet. (Helsedirektoratet, 2017.) Forskningsrådet hankki vuonna 2016 kolmi-vuotisen seurantatutkimuksen, jossa tarkastellaan valinnanvapauden kehittymistä. Arviointi toteutetaan vuosina 2017–2020, mistä johtuen tuloksia ei vielä ole saatavilla. Seuranta valinnanvapauden ympärillä keskittyy pitkälti kvantifioitavan datan seurantaan, kuten jonotusaikoihin, tehokkuuteen ja kustannuksiin. Haastatteluilla kerätään kuitenkin myös tietoa mm. valinnanvapauden vastaanotosta henkilöstön ja asiakkaiden taholta (Norges farskningsråd, 2018).

Loppuvuoteen 2017 mennessä noin 6 500 asiakasta oli hyödyntänyt mahdollisuuttaan tehdä valinta, mitä voi norjalaisessa kontekstissa pitää kohtuullisen suurena määränä (Regjeringen, 2017). Syksyllä 2017 tehdyn kyselytutkimuksen perusteella 84 prosenttia norjalaisista oli tietoisia valinnanvapaudesta ja 54 prosenttia vastaajia puolestaan tunsi ”Velg behandlingssted” -sivuston, jossa valinnat tehdään. Sivusto sisältää verkkosivun lisäksi asiakkaiden puhelinneuvontaa (brändi 800HELSE) ja terveystietokannan katalogin hallintoratkaisuna. Sivuston tarkoituksena on tukea asiakkaiden valinnan tekemistä ja se sisältääkin muun muassa tiedot palveluntuottajien jonotusajoista sekä linkkejä muihin laatuindikaattoreihin. Sairaaloista on saatavissa myös erittäin kattavia visuaalisia yhteenvetoja erilaiset laatuksiteerit huomioiden. Vastuu esimerkiksi jonotusaikojen päivittämisestä on kuitenkin palveluntuottajilla ja tähän liittyen on ollut

joitain haasteita. Sivustoa on viestitty mm. yhteistyössä yritysten kanssa vuonna 2017 animaatiofilmin avulla, jota levitettiin sosiaalisessa mediassa. Sivustoon kytkeytyvä neuvontapuhelin (800HELSE) tunnetaan selvitysten perusteella huomattavasti huommin kuin itse verkkopalvelu. (Helsedirektoratet, 2017.)

Norjassa ei ole kuitenkaan saatavilla suoraan luotettavia lukuja siitä, kuinka paljon valinnanvapautta käytetään, sillä aktiivisen valinnan tehneistä ja tähän liittyvistä käynneistä ei ole tilastoja. Tämä tarkoittaa sitä, että myös tiedot siitä, ketkä valinnanvapautta erityisesti hyödyntävät, pohjautuvat yleensä asiakkaille tehtyihin kyselytutkimuksiin (esim. aiemmin mainittu tulos hyvätuloisten ja korkeakoulutettujen palvelujen käytöstä). Verkkosivujen käyntimääristä, sähköposti- ja puhelinyhteydenotoista valinnanvapauteen liittyen on kuitenkin olemassa hyvinkin tarkkoja seurantalastoja. (Helsedirektoratet, 2017.)

Arviot mielenterveyspotilaiden osalta osoittavat, että esimerkiksi vuonna 2017 laskuteissa käynneissä korostuivat vakavat psykoosit, vakavia mielenterveysongelmia kärsivät päihdeongelmaiset ja monimutkaiset traumat. Näiden ryhmien käyntien määrä on kuitenkin lähtökohtaisestikin suuri. Päihdeongelmiin hoitoa saavien osalta kasvussa on ollut erityisesti valinnanvapautta hyödyntävien potilaiden osuus, jotka käyttävät ”tavallista päivähoitopalvelua”. Tämä edustaa puolestaan enemmistöä päihdeongelmaisten hoitopäivistä. Somaattisella puolella käynneistä suurin osa on vuosina 2016 ja 2017 tullut sydäntutkimuksiin liittyen. (Helsedirektoratet, 2017.) Koska valinnanvapaus on ensivaiheessa koskettanut erityisesti mielenterveys- ja päihdepotilaita, on valinnanvapausreformin itsessään eräällä tavalla nähty toteuttavan tärkeää toimenpidettä nostamalla nämä ”alimpana terveystalouden tärkeysjärjestyksessä” olleet ryhmät politiikan kärkeen. Uudistukseen kytkeytyi pienempiä kokonaisuuksia, joiden myötä asiakkaiden oikeuksien toteutumisen ylipäättään toivotaan kehittyvän. Nämä liittyvät esimerkiksi hoitotakuun kaltaisiin asioihin.

## Kokemuksia valinnanvapaudesta kielivähemmistöjen näkökulmasta

Kielellistä näkökulmaa ei ole juuri tarkasteltu Norjassa valinnanvapausreformien yhteydessä, ja tämä on nostettu erikseen esiin myös suurissa valtakunnallisissa raporteissa; ettei näkökulmaa ole tarkasteltu tai että näkökulma otettiin arviointiin mukaan vasta aivan loppuvaiheessa. Tämä on jossain määrin myös yllättävää ottaen huomioon, että Fritt sykehusvalg -kontekstiin liittyen asiakkaiden yhdenvertaista pääsyä terveydenhuoltoon pidettiin erityisenä potilas- ja asiakaslain valmistumisen tavoitteena riippumatta ”iästä, sukupuolesta, asuinalueesta, sekä taloudellisesta, kulttuurisesta, kielellisestä ja sosiaalisesta taustasta”.

Vuoden 2001 reformeja koskien on tarkasteltu kevyesti tiettyihin erityisryhmiin liittyviä aspekteja. Näitä ryhmiä ovat ikäihmiset, pitkäaikaissairaat, mielenterveys sairauksista kärsivät potilaat, päihdekuntoutujat ja huumeiden käyttäjät, vammaiset, kuntoutuspotilaat, turvapaikanhakijat sekä vieraskieliset. Kielinäkökulmaa on tosin selvitetty ulkomaalaistaustaisten lääkärin kyvykkyytenä kommunikoida norjalaisten asiakkaiden kanssa. Eräässä vuoden 2000 alueellisessa kyselyssä kieliongelmissa ulkomaalais-taustaisen lääkärin kanssa raportoi 18 prosenttia vastaajista. Vuoteen 2003 mennessä tämä oli laskenut 13 prosenttiin. Lääkärin kielitaidon merkitystä lääkärin vaihtamisessa on tarkasteltu jonkin verran juuri kyselytutkimuksissa. (Norges forskningsråd, 2006.)

Eräässä toisessa selvityksessä nostettiin puolestaan esiin, että sekä työnantaja että asiakkaat korostivat kieltä ja kulttuurin ymmärrystä molemmissa niissä saamelaisissa kunnista, joita selvitys käsitti. Kielen osaamista pidettiin tärkeänä, mutta ei riittävänä ilman kulttuurillisten tapojen ymmärrystä. Esimerkkeinä nostettiin hiljaisuuden tulkitseminen sekä rituaalisten muuhun kuin terveydentilaan liittyvien keskustelujen merkitys saamelaisille. Lisäksi nostettiin esiin, että saamelainen lähestymistapa käytännössä tarkoittaisi, että asiakkaan käynnille tulisi myös varata enemmän aikaa. Finnmarkin aluetta tutkittaessa havaittiin myös, että sillä, onko saamenkielistä palvelua tarjolla, on vaikutusta asiakkaiden tyytyväisyyteen. Saamenkieliset olivat alueella tyytymättömämpiä palveluunsa. (Norges forskningsråd, 2006.)

Loppuraportissa vuoden 2001 fastlegereformista todetaan, että turvapaikanhakijoiden osalta koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on haastava. Yleisen järjestelmän ”outouden” ohella syyksi mainitaan mm. kyvyttömyys hyödyntää puhelinneuvontaa kieliongelmiensa vuoksi. (Norges forskningsråd, 2006).

Riksrevisjonen (2011) raportissa nostetaan esiin Helsedirektoratetin näkemys siitä, että viestintää tulisi muokata yhä enemmän asiakkaan mukaan. Erityisesti tulos, jonka mukaan ainoastaan 20 prosenttia yleislääkäreistä panostaa viestintään ja neuvontaan enemmän silloin kun kyseessä vieraskielinen henkilö, on pieni suhteessa panostukseen, jota muut ryhmät saavat (esim. noin 80 prosenttia panostaa enemmän, jos henkilö pääsee nopeasti työelämäänsä takaisin viestintään myötä). Selvityksen perusteella näyttäisi, että yleislääkärin ajankäytöllä neuvontaan ja viestintään voi olla vaikutuksia eri ryhmien palveluiden saatavuuteen.

Vuonna 2013 tehtiin yleinen selvitys tulkkipalveluiden käytöstä kunnallisissa terveyspalveluissa. Selvityksen mukaan kunnista löytyi hyvin ohjeistuksia tulkkien käyttämisestä ja palveluiden tilaamisesta, mutta esimerkiksi selviä normeja ja tavoitteenasetteluja tulkkien käytölle oli vähän. Tulkkipalveluiden laadunvarmistusta ja toimivaa organisoimista pidettiin keskeisenä yhdenvertaisen hoidon takaamiseksi. Erityisesti tulkkien laadun varmistamiseen liittyviä käytäntöjä ja rutiineja oli hyvin pienessä määrässä

kuntia. Ainoastaan 15 prosenttia kunnista pystyi kyselyssä vahvistamaan, että he tarkistavat tulkin löytymisen kansallisesta tulkkien rekisteristä. Tapauksissa, joissa tulkkia ei oltu kutsuttu, todettiin syiksi mm. tulkin kutsumisen viemä aika ja epäkäytännöllisyys, asiakkaan kieltäytyminen tulkista tai tulkkien huono saatavuus. Osa kunnista myös totesi, ettei tulkkipalveluiden käyttöä ole laskettu mukaan kunnan vuosibudjettiin. (Helsedirektoratet, 2013.)

Norjassa toimii lisäksi NAKMI niminen organisaatio, jonka vastuisiin kuuluu tiedon tuottaminen ja välittäminen maahanmuuttajataustaisten henkilöiden terveydentilan kehittymisestä ja tasavertaisesta hoitoon pääsystä. Vuoden 2018 alusta NAKMI tuli osaksi Norjan kansanterveysinstituuttia (Folkehelseinstituttet). Myöskään NAKMI ei ole suoraan julkaissut selvityksiä valinnanvapausteemaan liittyen. He ovat kuitenkin toteuttaneet artikkeleita liittyen mm. erilaisiin hoidon pääsyn esteisiin eri etnisten ja kielivähemmistöihin kuuluvien ryhmien näkökulmasta. Czapkan ja Sagbakkenin (2016) artikkeli puolalaisten vähemmistöryhmien hoidonpääsyn esteistä Norjassa nostaa esiin, että yleisimpiä esteitä olivat kielen liian vähäinen ymmärtäminen ja siihen liittyvät kommunikaatio-ongelmat, sekä ylipäätään liian vähäinen tietous norjalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimimisesta. Lisäksi ongelmina nousivat esiin lääkärin koettu osaaminen, henkilöstön asenteet ja ylipäätään terveyspalveluiden organisointi. Kun palvelujen käyttäjällä oli laajempi puolalainen sosiaalinen verkosto, ystävällistä terveydenhuollon palvelua saatavilla sekä kokemus kaikkien potilaiden tasavertaisesta kohtelusta, lisääntyi yleensä näiden asiakkaiden terveyspalveluiden saatavuus. Artikkelissa todetaan, että tilanteen kehittämiseksi tarvitaan jatkuvaa ja ajantasaista tietoa vähemmistöryhmien terveyspalveluiden hyödyntämisestä.

### 3.2.2 Ruotsi

#### Kielivähemmistöjen lakisääteinen asema julkisissa palveluissa

Ruotsissa kielistä on säädetty Språklag (2009:600) -laissa. Lainsäädännön kehittämistarve 2000-luvun alkupuolella nousi erityisesti Ruotsin ratifioitua vuonna 1999 Alueellisia kieliä tai vähemmistökieliä koskevan eurooppalaisen peruskirjan (1992) sekä Kansallisten vähemmistöjen suojelua koskevan puiteyleissopimuksen (1995). Tässä yhteydessä Ruotsissa määriteltiin myös maan viisi vähemmistökieltä. Peruskirjan täytäntöönpanosta raportoidaan Euroopan neuvostolle kolmen vuoden välein. Tämä on sisältänyt myös kritiikkiä Ruotsin toimien riittävyttä kohtaan. Ensimmäisinä vuosina huomio kiinnitettiin muun muassa siihen, ettei kunnissa oltu toimeenpantu vaadittavia toimenpiteitä, eikä seuranta ollut riittävää. Kritiikin pohjalta hallitus toteutti toimenpiteitä vähemmistöryhmien aseman parantamiseksi. Viime vuosina vähemmistökieliin liittynyt kritiikki on koskettanut erityisesti koululaitosta.

Ruotsin viisi kansallista vähemmistökieltä ovat suomi, meänkieli (tornionlaakson suomi), saame, romanikieli (romani chib) sekä jiddish. Laissa (2009:600) on säädetty kielioikeuksista muun muassa seuraavaa:

- Ruotsin pääasiallinen kieli on ruotsi (4 §)
- yhteiskunnalla on erityinen vastuu suojella ja turvata kansallisia vähemmistökieliä (8 §)
- kielivähemmistöön kuuluvalle tulee antaa mahdollisuus oppia, kehittää ja käyttää vähemmistökieltä (14 §)
- kuurojen ja kuulovammaisten sekä muista syistä viittomakieltä tarvitsella tulee olla mahdollisuus oppia, kehittää ja käyttää ruotsalaista viittomakieltä (14 §).

Kansallisista vähemmistöistä ja vähemmistökielistä säädetään lisäksi tarkemmin laissa 2009:724, joka tuli voimaan vuoden 2010 alusta. Laissa säädetään erityisesti vähemmistöjen oikeuksista käyttää vähemmistökieltä julkisissa palveluissa. Laki koskettaa kaikkia Ruotsin kuntia. Laissa määrätään kuitenkin erityisistä hallintoalueista, joilla vähemmistökielillä on erityisasema. Hallintoalueet koskettavat suomen, saamen ja meänkielen käyttöä – jiddisiä ja romanikieltä koskien vastaavia hallintoalueita ole. Vuoden 2018 alussa yhteensä 81 (yht. 290) kuntaa ja 15 (yht. 20) maakäräjää kuului suomen, saamen tai meänkielen hallintoalueisiin. Yksin suomen hallintoalueeseen kuuluu 64 kuntaa, saamen hallintoalueeseen 22 kuntaa ja meänkielen hallintoalueeseen 7 kuntaa. (Länsstyrelsen Stockholm, 2018.) Osa kunnista kuuluu useampaan hallintoalueeseen. Kunnat voivat itse hakea kuulumistaan hallintoalueeseen. Hallintoalueisiin kuuluvat kunnat saavat valtiolta tukea.

Hallintoalueilla suomea, meänkieltä ja saamea puhuvilla henkilöillä on oikeus käyttää omaa kieltään kirjallisessa ja suullisessa yhteydenpidossa viranomaisten kanssa. Vastaavasti heidän tulee saada viranomaiselta suullinen vastaus samalla kielellä sekä pyynnöstä myös kirjallisesti käännettynä. Viranomaisen tulee pyrkiä vastaamaan henkilöille näillä kielillä. Viranomaisen saa poiketa lain kohdista hallituksen erityisluvalla.

Hallintoalueiden ulkopuolella yksilöillä on oikeus käyttää suomea, meänkieltä ja saamea kirjallisessa ja suullisessa yhteydenpidossa hallintoviranomaisen asiassa, jossa yksilö on asianomainen tai edustaja ja viranomaisella on vähemmistökielen osaavaa henkilökuntaa. Yksilöillä on erityinen oikeus käyttää suomea ja saamea kaikessa kirjallisessa kontaktissaan oikeusasiamiehen kanssa. Sama koskettaa yhteydenpitoa oikeuskanslerin, verohallinnon, yhdenvertaisuusasiamiehen sekä sosiaaliturvaviranomaisten (Försäkringskassan) kanssa silloin, kun yksilö on asianomainen tai edustaja.

Lisäksi laissa säädetään erikseen hallintoviranomaisten vastuusta toimia siten, että sillä on saatavilla suomea, meänkieltä ja saamea osaavaa henkilöstöä tarpeen mukaan. Hallintoviranomaisilla on kuitenkin oikeus päättää erityisistä ajoista ja paikoista, jolloin suomea, meänkieltä ja saamea puhuvia palvellaan; esimerkiksi asettaa tietyt puhelinajat.

Näiden yleisten viranomaistoimintaa koskevien vaatimusten ohella laissa 2009:724 säädetään erikseen oikeudesta käyttää suomea, meänkieltä ja saamea oikeusistuisissa, esikoulussa, muussa koulutuksessa sekä vanhustenhuollon palveluissa. Lain pykälässä 18 todetaan, että hallintoalueen kunnan tulee tarjota sitä vaativalle koko palvelu tai osia vanhustenhuollon palveluista suomea, meänkieltä tai saamea osavaltalta henkilökunnalta. Sama koskettaa hallintoalueiden ulkopuolisia kuntia, jos kunnalla on näitä kieliä osaavaa henkilökuntaa.

Yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on huomioitava hoidettavan kieli- ja kulttuuritausta, sekä tarvittaessa käyttää apuna tulkkia. Kuuroille, kuurosokeille ja kuo-  
lovammaisille tarjotaan maakäräjien toimesta tulkkipalveluja päivittäistulkkauksena koskettaen myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. (Socialstyrelsen, 2016.)

Vähemmistökielten asemaa koskevan lain toteutumista seurataan. Tukholman lääninhallituksella (Länsstyrelsen Stockholm) ja Saamelaiskäräjillä (Sametinget) on erityinen seurantavastuu Ruotsin vähemmistöpolitiikan toimeenpanosta. Kunnissa seuranta toteutetaan osana kunnan tavallisia seurantavastuita. Erityisiä indikaattoreita vähemmistöpolitiikan seurantaan liittyen ei kunnissa kuitenkaan useimmiten ole. (Länsstyrelsen Stockholm, 2017.)

Vuoden 2014 selvityksessä noin 80 prosenttia meänkielen hallintoalueen kunnista oli vastannut kysyntään vanhustenhuollon palveluista vähemmistökielellä. Vastaavat luvut olivat 46 prosenttia suomen kielen hallintoalueen kunnista ja 28 prosenttia saamenkielen osalta. (Socialstyrelsen, 2015a.)

## Vähemmistökielten asema vanhustenhoidossa

Lakia seuraavat viranomaiset toteuttivat vuonna 2016 laajan seurantaraportin kielivähemmistöjen palvelusta vanhustenhoidossa. Selvitys perustuu mm. kyselyihin, haastatteluihin, vähemmistöryhmään kuuluvien ikäihmisten fokusryhmän kokemuksiin sekä keskusteluihin asiantuntijoiden kanssa. Seuranta on osoittanut, että oikeuksien täysimääräinen toteutuminen vaatisi Ruotsissa vielä toimenpiteitä. Hallintoalueisiin kuuluvissa kunnissa vähemmistökielellä tarjottavien kotipalveluiden ja asumisen kehitys on luonnollisesti muuta maata pidemmällä, mutta myös näillä alueilla havaitaan yhä kehitystarpeita. Osa hallintoalueiden kunnista ei tarjoa vanhustenhuollon palveluita vähemmistökielillä lainsäädännöstä huolimatta. (Länsstyrelsen Stockholm, 2017.)

Kunnat tunnistivat Tukholman lääninhallituksen ja Saamelaiskäräjien tutkimuksen haastatteluissa keskeisimpänä ongelmana pulan vähemmistökieliä osaavasta henkilökunnasta. Useimmat kunnat kertoivat heillä olevan ongelmia löytää vanhustenhuollon henkilökuntaa, joka pystyisi tarjoamaan palvelut vähemmistökielellä, ja lopuissakin kunnissa tilanteen odotetaan vaikeutuvan tulevaisuudessa. Lisäksi vanhustenhuollon rajallinen kysyntä vähemmistökielellä tekee osalla vaikeaksi ylläpitää vähemmistökielellä palveluja tarjoavia osastoja ja asumista. Tähän vaikuttaa mm. se, ettei palveluasumisessa kieli ole välttämättä asiakkaan ensisijainen asumiskohteen valintatekijä. Lisäksi omakielisten vaihtoehtojen tiedottamisessa ja esiin tuomisessa arvellaan olevan puutteita. (Länsstyrelsen Stockholm, 2017.)

Kunnissa ei myöskään pääsääntöisesti toteuteta erityisiä toimenpiteitä henkilöstön vähemmistöoikeuksien ja kielioikeuksien kehittämiseen liittyen, mutta alueelliset erot ovat suuria. Kehittämistä tapahtuu lähinnä vähemmistökielten hallintoalueiden sisällä. Selvityksen kyselyjen perustella kieliin liittyvä osaamisen kehittäminen on yleisempää kuin kulttuuriin liittyvä. Pitkälle viedyimpiä esimerkkejä on kunnan yhteistyö esimerkiksi suomalaisen ammattikorkeakoulun kanssa osaamisen kasvattamiseksi. (Länsstyrelsen Stockholm, 2017.)

Socialstyrelsen vuonna 2015 toteuttamassa selvityksessä on avattu syitä siihen, miksi hallintoalueisiin kuuluvissa kunnissa on puutteita vähemmistökielisten palveluiden tarjonnassa. Syiksi todettiin erityisesti vähäinen kysyntä palveluille, kielitaitoisen henkilökunnan puute, pitkät etäisyydet ja vähäinen väestöpohja suhteessa niihin, puuttuva osaaminen vähemmistöjä koskevasta lainsäädännöstä, hallintoalueiden kuntien välisen yhteistyön ja osaamisen vaihdon puute sekä informaatiopuutteet. Yleisesti voidaan todeta, että monissa tapauksissa kielivähemmistöille ei ole järjestetty erityistä palvelua juuri kysynnän puuttumisen vuoksi. Tämä aiheuttaa noidankehän, jos vähemmistökieliä puhuvilla ei puolestaan ole tietoisuutta oikeudestaan pyytää palveluita vähemmistökielellä. Vuonna 2015 Socialstyrelsenin tehtäväksi annettiin arvioida, tar-



vitsevatko hallintoalueiden kunnat tehokkaampaa osaamistukea, jotta useamman iäkään asiakkaan oikeus meänkielisiin, saamenkielisiin ja suomenkielisiin vanhushuollon palveluihin toteutuisi. (Socialstyrelsen, 2015a.)

Tukholman lääninhallitus ja Saamelaiskäräjät ehdotti selvityksessään (2017) toimenpiteiksi vähemmistökielisen vanhustenhuollon parantamiseksi mm. kielten huomiointia syrjintäperusteena sekä mahdollisuuksien lisäämisen vähemmistökielten ja kulttuurien osaamisen kehittämiseksi. Hallintoalueiden kunnat saavat valtiolta tukea, joka tulee käyttää yhteistoimintaan vähemmistöjen kanssa.

## Valinnanvapausjärjestelmä Ruotsissa

Ruotsissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaa ensisijaisesti maakäräjät (landsting) omalla alueellaan. Tämä sisältää sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluja. Kunnilla on vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä sekä esimerkiksi kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta. (THL, 2016.)

Vapaudesta valita perusterveydenhuollon palveluntuottaja säädettiin laissa 2008:962. Laki on tullut voimaan vuoden 2009 alussa ja järjestelmä tunnetaan Ruotsissa lyhenteellä LOV (lagen om valfrietssystem). Laki sisältää aluekohtaisesti suuria vapauksia toteutustavoissa, mutta sen peruseriaatteita ovat muun muassa ”raha seuraa asiakasta” ja uusien palveluntarjoajien perustamisvapaus. Laki tarkoitti samalla myös sijoittautumisvapauden toteutumista kaikkien maakäräjien alueella. Alueet voivat itse päättää mm. korvausjärjestelmästä, palveluntuottajien listautumisprosessista sekä palveluntuottajille asetettavista laatuvaatimuksista. (Winblad et al., 2012.)

Ruotsissa valinnanvapauden julkilausuttuna poliittisena tavoitteena on ollut vahvistaa asiakkaiden asemaa ja osallisuutta omassa sosiaali- ja terveydenhuollossaan. Valinnanvapaus on tullut kaikkiin maakäräjien järjestämään perusterveydenhuoltoon (primärvård) pakolliseksi vuoden 2010 alusta. Erikoisterveydenhuollon osalta maakäräjät voivat itse päättää, soveltavatko he valinnanvapautta myös näissä palveluissa. Laajentamista erikoissairaanhoidon on kuitenkin tuettu valtion tukitoimin (THL, 2016).

Valinnanvapausjärjestelmä ei ole puolestaan pakollinen kunnille. Loppuvuodesta 2017 kunnista 161 oli ottanut käyttöön lain koskien valinnanvapautta, 11 oli päättänyt lain käyttöönotosta, 32 oli selvitysvaiheessa lain käyttöönotosta ja 76 ei ollut ottanut lakia käyttöön. 10 kuntaa oli päättänyt peruuttaa lain käyttöönoton. Tyypillisin ala, jolla valinnanvapautta kunnissa sovelletaan, on kotihoidon palvelut. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018.)

Jo ennen nykyistä valinnanvapausjärjestelmää annettiin vuonna 1989 suositus, jonka mukaan asiakkailta on mahdollisuus vapaasti valita terveysasemansa ja sairaalansa omalla maakäräjäalueellaan sekä sen ulkopuolella myös laitoshoidossa. Tämä kuitenkin edellytti oman kuntayhtymän lääkärin lähetteen. Suosituksessa todettiin, että valinnanvapaus koskettaa sekä yksityisiä että julkisia vaihtoehtoja. Vuoden 1999 arvioinnissa valinnanvapauden todettiin kuitenkin vaihtelevan alueittain suuresti ja sääntöihin liittyi epäselvyyksiä. Myös asiakkaiden tietoisuus valinnanvapaudestaan oli vähäistä. Tämä nostatti järjestelmän jatkokehittämistarpeet vuosituhaten vaihteessa. Ainoa toteutettu muutos tässä vaiheessa oli ylettää myös avohoito muiden maakäräjien alueella valinnanvapauden piiriin. 2000-luvun puolivälissä valinnanvapauden kehittäminen nousi jälleen ajankohtaiseksi paikallisten valinnanvapausmallien herättyä. Nämä paikalliset aloitteet olivat kannuste koko valtion tasoiselle kehittämistyölle. (Winblad et al., 2012.)

Vuoden 2015 potilaslain uudistuksessa valinnanvapaus laajennettiin koskemaan koko maata perusterveydenhuollon ja avosairaanhoidon lääkäripalveluiden osalta. Järjestämisvastuussa oleva kunta tai maakäräjä vastaa toiminnasta. (THL, 2016.)

### Kokemuksia valinnanvapaudesta

Vuosien 2010–2017 aikana Ruotsiin on syntynyt yli 270 uutta yksityistä terveysasemaa pääasiassa suuriin kaupunkeihin ja kaupunkiympäristöihin (Burström et al., 2017). Vuoden 2012 kirjallisuuskatsaukseen pohjautuvassa selvityksessä (Winblad et al., 2012) todetaan, että aktiivisen palveluntuottajan valinnan tehneiden asiakastytyväisyys oli korkeammalla tasolla ja asiakastytyväisyys terveydenhoidossa kasvoi 2010-luvun vaihteessa. Valinnanvapautta kannatettiin laajalti, vaikka sen yhteyttä asiakastytyväisyyden kasvuun ei pidetä ilmeisenä. Palveluntuottajien valintaperusteita ovat olleet erityisesti palveluntuottajien sijainnin läheisyys sekä palveluntuottajan maine. Jonotusaikoihin ja kustannuksiin valinnanvapaudella näyttäisi olevan vähän vaikutuksia. Tietojen koskien valinnanvapauden vaikutusta tehokkuuteen, laatuun sekä tasa-arvoon todettiin olevan puutteellisia.

Eräiden myöhempien tutkimusten mukaan valinnanvapaudella ei näyttäisi olevan vaikutusta asiakastytyvyyteen. Burström et al. (2017) mukaan valinnanvapaus on lisännyt palveluiden käyttöä erityisesti vähemmän terveydenhuollon tarpeita omaavien keskuudessa. Niiden asiakkaiden osalta, joiden tarpeet ovat kompleksisia, reformilla on nähty olevan negatiivisia vaikutuksia, kun vähemmän terveydenhuollon tarpeita omaavia asiakkaita on priorisoitu. Tutkimus toteaaakin, että Ruotsin reformi on vahingoittanut perusterveydenhuollon tasa-arvoisuutta. Tutkimus perustuu kirjallisuuskatsaukseen Ruotsin valinnanvapautta käsittelevistä alueellisista ja kansallisista havainnoista. Tutkimuksessa yhdenvertaisuutta tarkasteltiin lähinnä sosioekonomisen ase-

man kautta. Vuonna 2015 toteutettiin laajempi selvitys kolmella alueella, joissa tarkasteltiin valinnanvapautta erityisesti yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Kielinäkökulma ei kuitenkaan ollut yksi tarkastelun aspekti, vaan painopiste oli jälleen sosioekonomisessa taustassa. (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2015).

Valinnanvapausjärjestelmän riskistä vähentää yhdenvertaista pääsyä hoitoon keskusteltiin jo valinnanvapausjärjestelmän alkuvuosina. Keskustelun näkökulmina ovat olleet erityisesti huono-osaisempien mahdollisuudet ja osaaminen tehdä hyviä valintoja. Lisäksi on keskusteltu järjestelmään liittyvästä palveluntuottajien taloudellisesta kannusteesta kilpailla ns. vähemmän raskaista asiakkaista, sillä järjestelmässä ei suoraan huomioida eri asiakasryhmien vaatimien erilaisten hoitotoimenpiteiden välisiä kustannuseriä. (Winblad et al., 2012.)

Valinnanvapauden ympärille on syntynyt erilaisia verkkopalveluja, jotka sisältävät esimerkiksi vertailutietoa eri palveluntuottajista. Nämä pohjautuvat asiakaskyselyjen tuloksiin. Vertailutietoa tuotetaan myös vuosittain Ruotsin sosiaalihuollon (Socialstyrelsen) ja Kunta- ja maakäräjäliiton avoimissa vertailussa (Öppna jämförelser av vårdens kvalitet). (THL, 2016.) Tässä mielessä palveluntuottajien laatuun liittyvät tekijät ovat hyvin avoimesti esillä. Joidenkin lähteiden mukaan vertailuaineistojen käyttö on kuitenkin ollut harvinaista (Häger Glenngård, 2013.)

Fredriksson nosti vuonna 2013 julkaistussa artikkelissaan esiin sen, että ruotsalaisessa valinnanvapausmallissa asiakaslähtöinen palveluiden laadun kehittäminen tapahtuu käytännössä ”jaloilla äänestämisen” kautta, eikä valinnanvapausmalli itsessään sisällä ns. ”collective voice” -näkökulmaa. Jälkimmäisellä viitataan palveluiden kehittämiseen sitoutunutta toimintaa kuten asiakasfoorumit ja kansalaispaneelit. Vastuu tällaisesta kehittämisestä jää käytännössä maakäräjien päätösvaltaan. Tällaisenaan uudistuksen nähtiin vähentävän jo voimassa olleita vastaavia mekanismeja ja siirtäneen vastuuta yksittäisille asiakaspäätöksille.

## Kokemuksia valinnanvapaudesta kielivähemmistöjen näkökulmasta

Hankintojen osalta valinnanvapaus nähdään monen kunnan taholta positiivisena kehityksenä vanhustenhuollon tarjoamiseksi kielivähemmistöille, kun vaatimuksia tuottajalle voidaan joustavasti päivittää. Haasteena valinnanvapautta hyödyntävissä ja suunnittelevissa kunnissa on kuitenkin tunnistettu osaaminen tarjousasiakirjojen laatimisesta siten, että niissä on huomioitu kielivähemmistöt ja vähemmistöt ylipäätään. (Länsstyrelsen Stockholm, 2017.)

Osalla kunnista valinnanvapausjärjestelmä on lisännyt mahdollisuuksia tarjota vanhustenhuollon palveluita suomeksi tarjoajien määrän kasvettua. Alueilla, joissa valinnanvapauteen liittyvää kotipalvelua ei ole ollut, suomenkielistä henkilökuntaa yleensä siirretään alueilta toisille, jotta suomenkieliseen kysyntään voidaan vastata riittävästi. (Socialstyrelsen, 2015a.)

Socialstyrelsenin (Socialstyrelsen, 2015b) loppuraportissa valinnanvapausjärjestelmän kannustinpalkkioista vuosina 2011–2014 on huomioita kunnille toteutetusta kyselystä. Valinnanvapaudesta toteutettu viestintä – jotta asiakkaat tietävät oikeudestaan valita – oli yksi selvitettävistä teemoista. Tyypillisimpiä viestintäkanavia olivat kyselyn mukaan henkilökunta sekä kunnan verkkosivut. Myös muuta esittelymateriaalia (esitteet yms.) on hyödyttänyt suuri osa kunnista. Vastanneista kunnista alle neljäsosa jakoi tietoa selkokielellä. Yhtä suuri osa on jakanut tietoa jollain muulla tavalla, viittomakielellä ja muilla kielillä, lukulaitteella (Read speaker), kuvakirjoituksella (pictogram) tai videoilla. Ruotsissa on tehty joitain selvityksiä ylipäätään kuntalaisten tietoisuudesta valinnanvapaudesta, ja puutteita on havaittu.

Vuonna 2011 tehdyissä dialogitapaamisissa valintoja tehneiden kanssa (Socialstyrelsen, 2012) nostettiin kuulovammaisten edustajien taholta esiin, että kuulovamman vuoksi asiakkailta on käytännössä huonot mahdollisuudet tehdä hyvin perusteltuja päätöksiä. Tämä johtuu myös siitä, että kuulovammaisen on vaikea osallistua tiedonsaantiin ja saada informaatiota henkilöstöltä, joka ei osaa viittomakieltä. Samoin SIOS (Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige) totesi, että heidän asiakkailtaan puuttuu informaatiota omalla kielellään; kirjallista tietoa on tarjolla liian vähän ja suullisen tiedon tulisi täydentää kirjallista. Informaatiota ehdotettiin tarjottavan eri kielillä mm. television kautta (tietyt ajat tietyille uutisoinnille tai jopa yhteistyötä eri maiden kanavien kanssa). Dialogeissa nostettiin esiin potentiaalisina valinnanvapauden kärsijöinä mm. kielivähemmistöt ja ulkomaalaistaustaiset henkilöt, joilla ruotsi ei ole ensimmäinen kieli, seksuaalivähemmistöjen edustajat, tietyt ikäihmiset sekä vammaiset henkilöt.

### 3.2.3 Iso-Britannia

#### Kielivähemmistöjen lakisääteinen asema julkisissa palveluissa

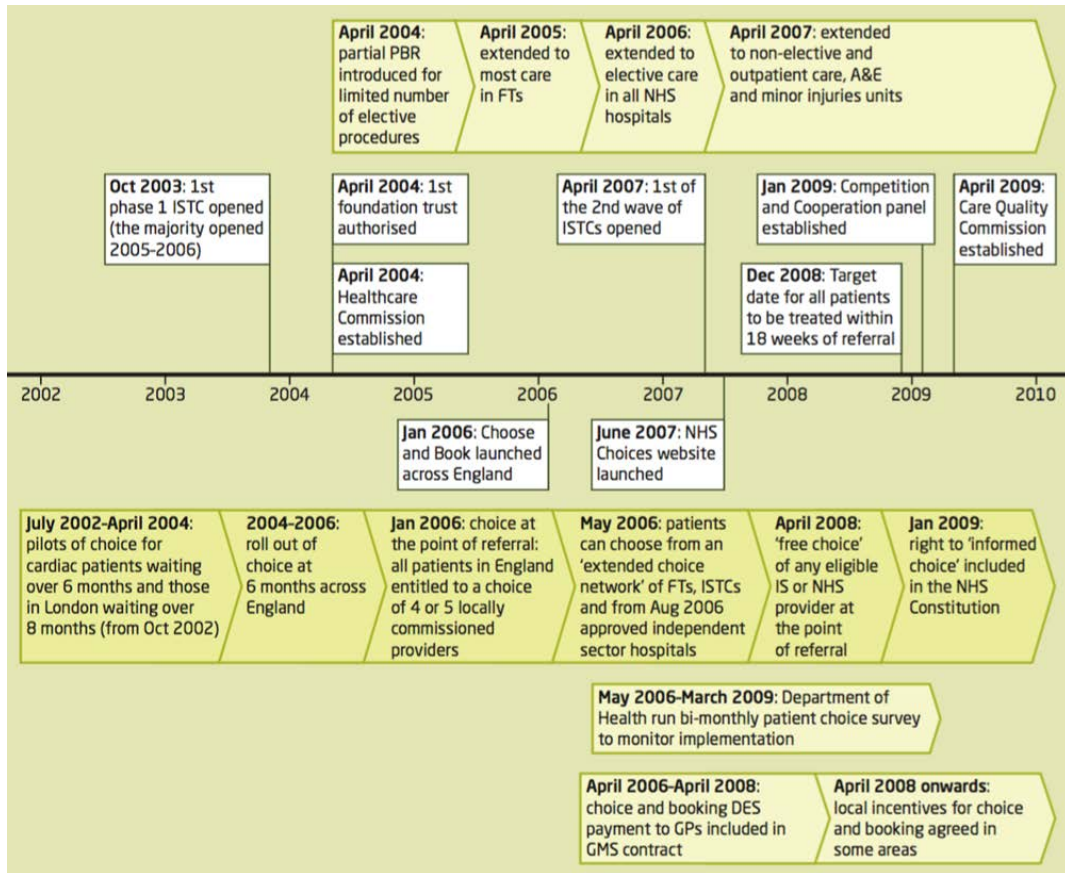
Iso-Britannia ratifioi Kansallisten vähemmistöjen suojelua koskevan puiteyleissopimuksen (1995) vuonna 1998. Yhtenä yleissopimuksen tavoitteena on turvata se, että vähemmistökieliä puhuvien oikeuksia kunnioitetaan. Iso-Britanniassa kansallisen vähemmistön statuksen ovat saaneet maan kelttiläiset kansat; kornit, skotit, walesilaiset sekä irlantilaiset. Alueellisia kieliä tai vähemmistökieliä koskevan eurooppalaisen peruskirjan (1992) nojalla ainoa Englannissa tunnustettu vähemmistökieli on kornin kieli

(Cornish). Kielen tukemiseksi valtio on muun muassa antanut rahoitusta kielen asemaan liittyviin kehittämistoimiin (UK Government, 2014). Euroopan neuvosto on kuitenkin viimeksi vuonna 2017 varoittanut Englantia kornilaisen vähemmistön laiminlyönnistä.

Iso-Britanniassa yleisesti huomio näyttäisi olleen kielivähemmistöjä enemmän etnissä vähemmistöissä. Näissä käsitellään yleensä ”mustia ja etnisiä vähemmistöjä” suhteessa valkoiseen kantaväestöön. Terveystieteissä tätä näkökulmaa ovat puoltaneet havainnot tiettyjen etnisten ryhmien huonommasta terveydentilasta, heikosta pääsystä palveluihin sekä heidän saamistaan huonolaatuisemmista palveluista. Tavoitteena on ollut näiden erojen kitkeminen. Keskeinen laki tässä kontekstissa on erityisesti Equality Act 2010. Lainsäädäntö kokoaa yhteen aiemmin useissa laeissa määriteltyjä syrjintään liittyviä säädäntöjä. Equality Act 2010 mainitsee syrjintäperusteina iän, transseksuaalisuuden, avioliiton tai rekisteröityyn parisuhteeseen kuulumisen, raskauden tai äitiysloman, vammaisuuden, rodun sisältäen värin, kansalaisuuden, etnistä tai kansallista alkuperää, uskonnon, uskomukset tai niiden puutteet, sukupuolen, ja seksuaalisen suuntautumisen. (Equality Act 2010.) Iso-Britanniassa on myös ns. Accessible Information Standard, jonka mukaisesti tietoa sosiaali- ja terveystieteistä tulee antaa. Standardin tarkoituksena on huolehtia, että erityisesti vammaiset ml. aistivammaiset henkilöt saavat tietoa terveystieteistä ymmärrettävästi ja saavutettavasti.

## Valinnanvapausjärjestelmä Iso-Britanniassa

Iso-Britanniassa on verovaroin rahoitettu perusterveydenhuollon järjestelmä (National Health Service NHS), jossa palvelut ovat väestölle maksuttomia. Valinnanvapausjärjestelmä on kehittynyt hiljalleen 1990-luvulta kohti nykyjärjestelmää, jossa valinnanvapaudesta on tullut koko NHS:n standardi koskettua myös erikoissairaanhoidon palveluita. Iso-Britanniassa on tehty lukuisia uudistuksia erityisesti 2000-luvulla, joiden tavoitteena on ollut lisätä terveydenhuollon tehokkuutta, tasa-arvoisuutta hoitoon pääsemisessä sekä palveluiden laatua ja tarpeisiin vastaavuutta. Tämä on käytännössä tarkoittanut esimerkiksi tulosperusteisen mallin omaksumista, ohjauksen hajauttamista, yksityisen ja julkisen palvelutuotannon yhdistämistä sekä asiakkaiden valinnanvapauden edistämistä. Valinnanvapautta on laajennettu myös akuuttihoitoon puolelle. Vuodesta 2008 lähtien asiakkaat, jotka tarvitsevat yleislääkäriltään lähetteen ei-kiireiseen hoitoon sairaaloissa, ovat voineet valita minkä tahansa kansallisten palvelujen luettelossa listatun julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin sairaalan. Vuonna 2009 tästä tehtiin asiakkaiden oikeus. Valinnanvapauden kehittymistä 2000-luvulla on kuvattu Dixon et al. (2010) artikkelin mukaisesti kuvassa 4. (Dixon et al., 2010.)



Kuva 4. Valinnanvapausjärjestelmän kehittyminen Iso-Britanniassa 2000-luvulla.

Vuonna 2012 Health and Social Care Act 2012 -lainsäädännön myötä terveydenhoito- palveluiden järjestäjän (Clinical Commissioning Groups, CCGs) tuli pakolliseksi tehdä sopimus useiden palveluntuottajien kanssa kilpailullisista lähtökohdista lähes kaikissa tapauksissa. Samalla tarkoitus oli yhä vahvistaa asiakkaiden mahdollisuuksia valita tuottajansa NHS:n julkisen, yksityisen sektorin tai kolmannen sektorin tuottajalta. Valinnanvapaudessa kaikkia palveluntuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatu- kriteerit. Kansallisena tilaajaorganisaationa toimii NHS England ja sen alaisuudessa toimii alueellisia tilaajaorganisaatioita (CCGs). (THL, 2016.)

Perusterveydenhuollossa keskeisessä ”portinvartijan” roolissa ovat yleislääkärit (General Practitioners, GP), joiden kautta ohjaaminen näiden lääkäriasemien ulkopuolisiin palveluihin kuten erityistason palveluihin tapahtuu. Asiakkaat voivat valita oman yleis- lääkäriasemansa, joskin tässä on rajoituksia liittyen esimerkiksi oman alueen ulkopuo- lisiin asemiin. Samoin lääkäriasema voi puolestaan kieltäytyä asiakkaan vastaanotta- misesta, jos sillä on esimerkiksi ongelmia kapasiteetin täyttymisen kanssa tai potilas asuu kaukana lääkäriasemasta (kotikäynnit tyypillisiä). (Department of Health & Social

Care, 2016.) Lääkäriaseman valinnan lisäksi potilaalla on oikeus pyytää tiettyä hoitajaa tai lääkäriä hänen vastaanottoonsa, ja aseman on tehtävä kaikkensa tämän toiveen täyttämiseksi. Suuri osa näitä lääkäriasemista (yleislääkäreistä) on yhden henkilön praktikoita. (Department of Health & Social Care, 2016.)

Lääkäriaseman valinnan jälkeen asiakkaalla on mahdollisuus valita myös jatkopalveluidensa tuottaja, jos näille on tarvetta. Lääkäriasema suosittelee näitä. Näissä kohtaa suurin osa palveluntuottajista ei ole sallinut varauksen tekemistä tietyille henkilölle sairaaloissa, mitä osa yleislääkäreistä kritisoi. Samanaikaisesti moni pitää tätä hyvänä asiana, sillä tämän koetaan estävän ”hyvä veli -kerhojen” vahvistumisen, jolloin yleislääkärit tekisivät läheteitä ystävilleen, eikä potilaan etujen mukaisesti. (Dixon et al., 2010.) Kielivähemmistöjen näkökulmasta haaste voi olla se, että valinta sairaalaan, jossa on omankielistä henkilökuntaa, ei aina takaa siis sitä, että omankielistä henkilökuntaa saadaan palvelemaan kyseistä henkilöä.

Terveydenhuollon laadunvarmistukseksi on perustettu useampia organisaatioita ja standardeja. Ylätasolla ns. NHS Constitution määrittää NHS:n perusperiaatteet ja arvot, ja nämä koskettavat myös valinnanvapauden alla toimivia. National Service Frameworkit (NSFs) asettavat puolestaan standardeja toiminnan laadulle ja ehdoille liittyen tiettyjen asiakasryhmien tai sairaiden hoitoon. Ne ovat ns. pitkän ajan strategioita tiettyjen terveydenhuollon alueiden parantamiseksi (esim. ikäihmisten hoito, diabetespotilaat, mielenterveyshoito). National Institute for Clinical Excellence (NICE) puolestaan arvioi ja antaa suosituksia uusista terveysteknologioista. Suositukset ovat yleensä luonteeltaan sitovia. Vuodesta 2009 lähtien lisäksi Care Quality Commission on toiminut itsenäisenä kaikkia Englannin terveys- ja sosiaalipalveluja sääntelevänä toimijana, joka valvoo, tarkastaa ja sääntelee palveluntuottajia (mm. sairaalat, hoitokodit ja yleislääkärit) laadun ja turvallisuuden näkökulmasta. Organisaatio myös ylläpitää rekisteriä toimijoista.

Valinnanvapauden mukana on tullut myös laajalti pyrkimyksiä lisätä sairaaloiden suoritusasteesta kertovan datan julkaisemista (Dixon et al., 2010). Tänä päivänä tietoa valintoja tekeville tarjotaan erityisesti NHS Choices ja My Choices -sivustojen kautta, joissa valintaa tekevä voi myös vertailla palveluntuottajia mm. heidän laatutekijöidensä (mm. potilaskyselyjen tulokset) ja sijainnin mukaan. Valinnanvapauden alkuvuosina maassa käytettiin ns. Choose and Book -portaalia, jonka kautta asiakkaat tekivät valinnan valitsemalla suoraan tapaamisensa verkon kautta haluamalleen palveluntuottajalle (lähinnä yleislääkärin jälkeiset palvelut sairaaloissa). Järjestelmän kustannusta pidettiin yleisesti korkeana, ja osa palveluntuottajista mainitsi sen markkinoille tuleminen esteenä. Myös käyttäminen nähtiin vaikeana. (Dixon et al., 2010). Järjestelmän on korvannut vuodesta 2015 lähtien NHS e-Referral Service. Sen toimintalogiikka vastaa Choose and Book -järjestelmää. Jos valintaportaalin käyttäminen ei



ole mahdollista, valinnan voi yleensä tehdä puhelimitse. Joissain tapauksissa tarjotaan myös tukea henkilöille, joille kumpikaan vaihtoehto ei ole sopiva.

Valinnanvapauteen liittyen on olemassa vertailutietoa NHS Choices -verkkosivustolla ja se on yleislääkärinä valittaessa tärkein ”valinnan tuki”. Tämän jälkeen sivuston ohessa keskeiseen rooliin asetuu yleislääkärin suositukset, kun valintaa avohoidosta tai erityistason hoidosta sairaaloissa tehdään. Yleislääkäri esimerkiksi antaa tunnukset valinnan tekemiseen ja antaa myös suosituksen toimijoista, joiden joukosta valinta tehdään. NHS Choices-sivusto sisältää tietoa mm. siitä, mitä kieliä on hyödynnettävissä praktikoilla. Dixon et al. (2010) asiakaskyselyn perusteella tiedon hyödyntäminen on ollut vähäistä ja myös haastatellut yleislääkärit ovat arvioineet, ettei kyseinen tieto kiinnosta heidän asiakkaitaan. Yleislääkärit myös itse arvioivat omien sairaalasuositustensa tulevan näiden verkkosivujen ulkopuolelta heidän omiin ”pehmeisiin” tietolähteisiin nojaten. Tarjoajat ovat nähneet yleislääkärit jossain määrin valinnanvapauden kehittämisen esteenä, sillä esimerkiksi heidän suosituskäytäntönsä eivät heistä anna riittävästi huomiota sairaaloiden laatutekijöille. Yleislääkärin suosituksilla on havaittu olevan vaikutusta myös aiemmissa selvityksissä, joiden mukaan suosituksilla on epäsymmetrinen vaikutus siten, että negatiivisille suosituksille annetaan enemmän painoarvoa. (Dixon et al., 2010).

Vaikka valinnanvapaus on hyvin laaja, on sitä rajoitettu tietyissä tapauksissa. Oma avohoidon ja erityistason hoitajaa ei voi valita esimerkiksi silloin, kun asiakas tarvitsee hyvin kiireellistä hoitoa (esim. ensiapu) tai kun henkilö saa jo kyseiseen hoitotarpeeseen hoitoa toiselta palveluntuottajalta. Siten tietyn hoitotarpeen kohdalla valinnanvapaus koskee lähinnä ”ensimmäisen palveluntuottajan valintaa” ja sairaalan vaihtoa voi pyytää niissä tapauksissa, joissa palveluntarjoaja (sairaala) ei pysty toimittamaan palvelua maksimiodotusaikojen puitteissa. Tällöin sairaala antaa ehdotuksen muista palveluntuottajista, joilta palvelun voi saada nopeammin. Myös muissa palveluissa kuten äitiys- ja neuvolapalveluissa on eroja riippuen siitä, mitä oman alueen tilaaja CCG pystyy alueella tarjoamaan, ja tiettyjä palveluita, kuten kuulovammaisten palveluita ei voi hankkia oman CCG:n alueen ulkopuolelta. Sosiaalihuollon puolella henkilökohtainen budjetti on tyypillinen väline. (Department of Health & Social Care, 2016.)

### Kokemuksia valinnanvapaudesta asiakasnäkökulmasta erityisesti vähemmistöt huomioiden

Dixon et al. (2010) tekemässä kyselyssä asiakkaille 75 prosenttia vastaajista kertoi, että valinnanvapaus oli heille tärkeää. Kyselyn mukaan etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvat arvostivat valinnanvapautta todennäköisimmin. Sama havainto kosketti myös iäkkäämpiä asiakkaita. Kyselyssä ei kuitenkaan havaittu eri väestöryhmien välillä mer-



kittäviä eroja siinä, tarjottiinko heille mahdollisuutta tehdä valinta yleislääkärin toimesta. Riskinä on havaittu yleislääkäreille mahdollisesti syntyvät käsitykset tietyistä asiakasryhmistä, jotka valintoja tekevät. Tällöin he todennäköisemmin myös tarjoavat valinnanmahdollisuuksia selektiivisesti.

Tärkeänä valintaperiaatteena näyttäisi olevan sijainti, ja paikallisia toimijoita suositaan laajalti. Heikompaan tulo- ja koulutustasoltaan kuuluvissa ryhmissä vaihtoja on tehty vähemmän milloin ei-paikallisen tuottajan käyttäminen olisi aiheuttanut matkakustannuksia. (Dixon et al., 2010; Fontaki, 2014.)

Yksi merkittävistä syistä ylipäätään valita sairaala paikallisen ulkopuolelta näyttäisi olevan huonot kokemukset paikallisen sairaalan kanssa. Lisäksi tiettyjen tuottajien valinnan takana näyttäisi olevan kahtena tärkeimpänä asiana henkilökohtaiset arviot sairaalan siisteydestä (kytköksissä infektiotartuntoihin) ja hoidon laadusta. Nämä tekijät arvioitiin tärkeämmäksi kuin mm. palveluntuottajan fasiliteetit, asiakaspalvelu, kulku-yhteydet ja jonotusajat, joskin myös nämä olivat tärkeitä tekijöitä useille valitsijoille. (Dixon et al., 2010.)

Dixon et al. (2010) tutkimuksen mukaan ei-paikalliselle palveluntarjoajalle ovat siirtyneet todennäköisemmin iäkkäämmät ja paremmin koulutetut, mutta ikä ja koulutustaso eivät näyttäisi vaikuttavan siihen, tarjoavatko yleislääkärit heille todennäköisemmin valintoja. Yleislääkärit ehdottavat valinnanvapautta vaihtelevasti eri asiakkaille. Tutkimuksen mukaan erityisesti asiakkaille, jotka tarvitsevat kiireellistä hoitoa tai joiden terveydentila on heikompi, tarjotaan vaihtoehtoja harvemmin. Tämä ei kuitenkaan pitänyt enää paikkaansa niiden potilaiden kohdalla, joilla oli odotettavissa operaatioita tai yliyön hoitoa. Mielenkiintoista oli, että myös potilaille, joilla oli huonoja kokemuksia paikallisesta sairaalastaan, tarjottiin vaihtoehtoja tilastollisesti merkitsevällä tasolla harvemmin. Asiakaskyselyssä nousi esiin, että vain alle viidesosa vastaajista tiesi, että valinnanvapaus koskettaa myös yksityisiä palveluntuottajia. Yhtenä selityksenä on nostettu esiin se, että useat yksityisistä palveluntuottajista hyödyntävät ns. NHS-brändiä. Yleislääkärien merkitys tiedonvälittäjinä korostuu asiakkaiden tietoisuudesta puhuttaessa. Vuoden 2010 kyselyssä vain 45 prosenttia tiesi mahdollisuudestaan valita sairaala jo ennen tapaamistaan yleislääkärin kanssa. (Dixon et al., 2010.)

Kuten muissakin valinnanvapausmaissa, myös Iso-Britanniassa on keskusteltu järjestelmän tasa-arvoisuudesta jo ennen useita muutoksia. Dixon et al. (2010) selvityksessä nostettiin esiin, että etnisesti monikulttuurisemmilla alueilla työskentelevien yleislääkärien näkemyksen mukaan henkilöillä, jotka eivät puhu englantia, on epätasa-arvoiset mahdollisuudet tehdä valinta. Saman koettiin koskettavan myös asiakkaita, joiden lukutaidossa on ongelmia tai jotka kärsivät esimerkiksi mielenterveyson-

gelmistä. Muun muassa etnisyyden ei kuitenkaan havaittu vaikuttavan siihen, tarjotaanko asiakkaalle vaihtoehtoja. Selvityksessä ei kuitenkaan pystytty tutkimaan kielellistä näkökulmaa tätä tarkemmin.

Kielivähemmistöjen asemaan liittyviä tutkimuksia ei Iso-Britanniasta ylipäättään juuri löydetty. Sen sijaan maassa on käsitelty jonkin verran etnisiin ryhmiin liittyviä tutkimuksia, joissa näiden näkemyksiä esimerkiksi terveydenhuollon laadusta verrataan valkoihoisten asiakkaiden näkemyksiin. Yksi tällainen tutkimus on Department of Healthin julkaisema (2009). Tutkimuksen päähavaintoja olivat, että etniset ryhmät arvioivat todennäköisemmin kokemuksiaan kriittisemmin, mutta monessa kohdassa eroja ei ollut tai etniset ryhmät saattoivat antaa positiivisempiakin arvioita. Tutkimuksessa eroteltiin myös ryhmäkohtaisesti, mihin etniseen ryhmään kuuluvat henkilöt antoivat kriittisimpiä tai positiivisimpia kannanottoja. Yleisesti kysymykset, joihin etniset ryhmät suhtautuivat useimmin kriittisemmin, liittyivät saatavuuteen ja odotukseen sekä informaatioon ja valintamahdollisuuksiin. Tutkimus oli uusinta vuodesta 2008, jolloin samat trendit ilmenivät.

Ahmed et al. (2015) selvittivät artikkelissaan vuosien 2010–2011 kansallisten potilastutkimusten datan perusteella sitä, miten etelä-aasialaisia kieliä puhuvien ryhmien kokemus lääkärin ja potilaan välisestä kommunikaatiosta vaihteli, kun tarjolla oli oman kielistä palvelua. Tutkimuksen perusteella eri etnisten ryhmien välillä oli merkittäviä eroja raportoiduissa potilaskokemuksissa. Bangladeshilaisten ja pakistanilaisten asiakkaiden kohdalla asiakaskokemus parani silloin, kun palveluntarjoaja tarjosi heidän äidinkielellään olevaa palvelua. Tutkimus keskittyi yksin työskentelevien yleislääkärien vastaanottoon. Bangladeshin ja Pakistanin etnisten ryhmien lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin intialaisia. Intialaisten kohdalla vastaavaa asiakaskokemuksen paranemista ei havaittu, mutta taustalla voi olla myös tutkimuksen kyvykyys yhdistää Intian useita eri kieliä asiakkaaseen.

NHS Choices -verkkosivustolla on tarjolla on viisi viittomakielistä terveydenhuoltoon liittyvää videota<sup>8</sup>, joiden aiheiden valinnanperusteista ei ole tarkempaa tietoa saatavilla.

---

<sup>8</sup> Esim. <https://www.nhs.uk/video/Pages/lets-be-clear-on-breathlessness-bsl-version.aspx?searchtype=Tag&searchterm=Sign%20language&>

## 4 Selvityksen tulokset

Luvussa tuotetaan empiiristä aineistoa ja aikaisempaa kirjallisuutta vasten yhteenvedo siitä, kuinka asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus ja kielellinen saavutettavuus on huomioitu sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiseen liittyvissä valinnanvapauskokeiluissa ja sähköisissä palveluissa viidellä kokeilualueella. Tuloksia avataan valinnanvapaudesta tiedottamisen, palveluiden tuottamisen ja henkilöstön osaamisen näkökulmista. Lisäksi tarkastellaan sitä, kuinka sähköisten palveluiden saavutettavuus on huomioitu eri kohderyhmien näkökulmasta.

### 4.1 Valinnanvapauskokeilusta tiedottaminen – onko tieto valinnan tueksi saavutettavaa ja tavoittanut eri väestöryhmät?

Valinnanvapauskokeiluista tiedottaminen vaihtelee kullakin viidellä kokeilualueella. Osa on postittanut tietoa suoraan koteihin, mutta pääosin tietoa on jaettu eri palvelupisteissä, verkkosivuilla ja mm. eri kuulemis- ja infotilaisuuksissa. Yleisesti tiedottamisen kanavia ovat sosiaalinen media, paikallismedia, kaupungin tiedote, kaupungin verkkosivut, asukastilaisuudet, esitteet, palveluntuottajien verkkosivut ja muu mainonta sekä pyörivät mainokset terveysasemien infotauluissa. Kokeilujen näkyvyys paikallislehdissä on ollut odotettua vähäisempää (Owal Group, 2018).

Tietoa valinnanvapaudesta on tuotettu kokeilualueilla pääosin suomeksi. Poikkeuksena on Jyväskylän kokeilualue, joka on tuottanut painettuja esitteitä 13 eri kielellä (ml. selkokieli), ja esitteitä on jaossa eri toimipisteissä. Selkokieliesite on tuotettu myös Keski-Uudellamaalla. Lisäksi tietoa valinnanvapaudesta on tarjolla englanniksi Tampereen kaupungin verkkosivuilla. Painopiste toiminnan käynnistyessä on ollut ns. suuren yleisön tavoittamisessa. Valinnanvapauskokeilun laajemman arvioinnin tulosten perusteella yleinen tietoisuus valinnanvapauskokeilusta vaihtelee hyvin paljon, ja on suurin alueilla, joissa on lähetetty kirjeet asukkaille postitse<sup>9</sup> (Owal Group, 2018). Toisaalta on myös todettava, että valinnanvapauskokeilun aikana ei ole ollut tavoitteenmukaista saada koko väestöä kokeilun piiriin. Palveluntuottajat markkinoivat

---

<sup>9</sup> Valinnanvapauskokeilun arvioinnin mukaan helmikuun alussa 2018 listautuneiden asiakkaiden osuudet alueilla vaihtelevat 3 % ja 17 % välillä (väliraportti 10.4.2018).

myös suoraan asiakkaille. Tämä on nostettu sidosryhmän kuulemisessa esiin haasteena kokonaisuuden viestinnälle, jos asukkaat saavat yksipuolista tietoa mahdollisuuksista palveluntuottajien kautta.

Jos asiakas haluaa lisätietoa valinnanvapauskokeilusta, vaihtoehtoina ovat erityisesti palvelunumerot ja terveysasemien henkilökunnan puoleen kääntyminen (julkiset ja yksityiset). Lisäksi kuntien verkkosivuilla ja vaihtoportaalisivuilla on tietoa. Osa alueista seuraa palvelunumeroihin tulleiden yhteydenottojen määriä, ja volyymit ovat olleet pieniä. (Owal Group, 2018.) Yhteydenottoja ei seurata kielen perusteella.

Kokeilualueiden kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien henkilöstölle tehdyn kyselyn vastaajista (N=90) vain 13 prosenttia näki, että organisaatiossa huomioidaan eri kieliryhmien erityiskysymykset viestittäessä valinnanvapaudesta ja siihen liittyvistä oikeuksista. Noin 40 prosenttia koki, ettei eri kielisiä ihmisiä huomioida viestinnässä, ja loput eivät ottaneet kantaa. Asiaa on avattu vain yksittäisissä henkilöstökyselyn avovastauksissa, joissa on nostettu esiin, ettei vieraskielisiä ole huomioitu erikseen tiedotuksessa; mm. esitteet ja kaavakkeet ovat vain suomeksi. Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että kokeilualueet ovat yksikielisiä, pääkielenä suomi, jolloin viranomaisen ensisijainen vastuu on tuottaa tietoa suomeksi.

Käytännössä kokeilualueilla muun kuin suomen kielisen tiedotuksen kanavat ovat eri vaikuttamistoimielinten, kolmannen sektorin ja muihin palveluiden integroitujen ohjauspalveluiden varassa, jotka ovat riippuvaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjiltä saamastaan tiedosta. Kohdennettua tietoa sidosryhmille on tuotettu kokeilualueilla vielä niukasti. Jyväskylän kokeilualueen erityispiirteenä on järjestöyhteistyö, ja valinnanvapaudesta on tiedotettu tietoisemmin eri sidosryhmille. Osalla paikkakunnista tiedotusta tukee yhdistysten ja järjestötoimijoiden kenttää sote- ja maakuntauudistuksessa edistävät yhtäaikaiset hankkeet (mm. STEA:n avustusohjelma).

Selvitystä varten kuultujen tahojen perusteella eri kieliryhmien ja vammaisryhmien edustuksellisia tahoja on kokonaisuudessaan tiedotettu kuitenkin vain vähän, tai ei lainkaan. Osa asiakkaita edustaneista sidosryhmistä tiedostaa saaneensa tiedotteen sähköpostiin, mutta käytännössä tietoa kaivataan enemmän. Esimerkiksi maahanmuuttajien neuvontapisteet sekä ohjausta ja vertaistukea tarjoavat järjestöt voisivat ottaa vastaan tiedotusmateriaalia, jota jakaa eteenpäin. Kiinnostavaa on, että yksi selvitystä varten kuultu venäjänkielinen yhdistys oli saanut yhteydenoton yksityiseltä lääkärilasemalta, ja mainostanut monikanavaisesti kyseisen palveluntuottajan palveluita. Samalla järjestö on tuottanut yleisemmin tietoa jäsenistölleen valinnanvapauskokeilusta käyttäen tietolähteenä järjestäjän verkkotiedotteita. Yhden kaupungin maahanmuuttajien alkuvaiheen neuvontapisteessä haastateltavat kertoivat, että heille on tullut vain vähän tiedusteluja valinnanvapaudesta. Asiasta ei osata edes kysyä, jos tieto ko-

keilusta ei ole saavuttanut kohderyhmää, mutta toisaalta maahanmuuttajien neuvontapisteessä myös arvioitiin, että suurella osalla alkuvaiheen neuvonnan asiakkaista valinnanvapaus ei ole akuutti, kun elämässä on muita ratkaistavia asioita. Silti suoraa tiedotusta ja yhteistyötä kaivattiin enemmän.

Eri kohderyhmien huomiointi tiedotuksessa on nähty kokeiluvaiheessa vielä haastavana – varsinkin kun huomioidaan maantieteellinen laajuus ja rajallinen budjetti. Selvitystä varten kuullut tahot ovat toivoneet tietoa tärkeästä aiheesta asukkaille suoraan postitse kotiin, myös eri kielillä. Käytännössä eri kieliversioiden kohdennettu markkinointi voidaan nähdä mahdollisuuksien mukaan jo postitusosoitteiden näkökulmasta. Yhdistykset ja maahanmuuttajien alkuvaiheen neuvonnan ohjaajat ovat tehneet tahoillaan yleisneuvontaa, mutta se on ollut vielä ilmeisen vähäistä, ja potentiaali on jätetty käytännössä hyödyntämättä. Kuurojen yhdistys on tehnyt tahollaan vaikuttamistyötä kokoamalla alueellisia foorumeita, ja välittämällä tietoa sote-johtajille.

Kokeilualueilla ei seurata asiakkaita eikä yhteydenottoja kielen mukaan, joten tavoitettavuutta ei voida arvioida. Osana valinnanvapauskokeilun arviointia on tehty asukaskysely, joka toteutettiin vain suomeksi: 1 648 vastaajasta vain 44 oli muun kuin suomenkielistä, joten tietoa saadaan kyselyllä vain satunnaisesti. Kyselyn avovastauksissa nousi yksittäisiä toiveita englanninkieliselle tiedotukselle. Asiakkaita edustaneiden asiantuntijahaastatteluiden perusteella voidaan arvioida, että muiden kuin suomea puhuvien henkilöiden tietoisuus valinnanvapauskokeilusta on vielä vähäinen.

Erään kaupungin sosiaaliohjauksen palveluita edustanut haastateltava toi esiin, että asiakkaiksi on ohjattu henkilöitä, jotka ovat olleet sosiaaliohjauksen tarpeessa, mutta joilla on ollut jo kyky valita toisin ja esimerkiksi olla tyytymättömiä omiin palveluihin; osa on käyttänyt jo aikaisemmin yksityisen palveluita, jolloin nyt valinnanvapauden myötä palvelut ovat tulleet maksuttomiksi. Haastateltava nosti esiin saman huolen, joka on noussut useissa edustuksellisissa haastatteluisissa: kuinka tieto sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauden mahdollisesti laajentuessa tavoittaa haavoittuvimmassa asemassa olevat kohderyhmät. Eri kieliversioiden tuottaminen valinnanvapauden laajentuessa voidaan nähdä edesauttavan tietoisuutta merkittävästi.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että tietoisuus viestinnän tarpeista on vielä alhainen kokeilun ensimmäisessä vaiheessa. Tätä kuvaa myös yksi järjestäjäpuolen haastateltavan pohdinta siitä, antaisiko eri kielillä viestiminen väärän kuvan, sillä palvelukin on suomeksi. Lähes jokaisella alueella on noussut kuitenkin joku yksittäinen taho, joka on nostanut kysymyksen monikanavaisesta ja eri kohderyhmille suunnatusta viestinnästä esiin yleisellä tasolla, mutta käytännössä asioiden huomiointi nähdään relevanttina vasta tulevaisuudessa volyymien kasvaessa.

Kuten edellä kuvattiin, kokeilualueen asukkailla on hyvin vaihdellen tietoa valinnanvapaudesta ja siten tietopohja vaihtelee myös valinnan tekemiseksi. Käytännön tietoa valinnan tueksi tarjotaan paikallisesti vaihtoportaaleissa sekä palveluntuottajien omilla sivuilla ja muiden omien tiedotuskanavien kautta. Portaaleissa tarjottu tieto vaihtelee myös sisällöltään. Systemaattista sisältöanalyysiä tai käyttäjäkyselyä kaikista kaupunkien palveluntuottajien palvelukuvauksista ei ole tehty, mutta niitä on käsitelty alueiden kohderyhmien edustuksellisissa haastatteluisissa: palveluntuottajien kuvauksia on pidetty pääosin vielä vaikeaselkoisina. Selkokielen materiaalin ja viestinnän tarve on ilmeinen.

Selkeimmät asiasisällöt valinnan tueksi kokeilualueilta löytyy Jyväskylästä, jossa on palveluseteliportaalin osana saatavissa yhdenmukaiset tiedot palveluntuottajista: Kaikkien kokeiluun hyväksytyjen tuottajien tiedot ovat julkisesti nähtävillä ja vertailtavissasi palveluntuottajaluettelossa. Kuvaus pitää sisällään tiedon henkilöstön kielitaidosta (valittavissa suomi, ruotsi, venäjä ja englanti), erityisosaamisen, jonotilanteen, yhteystiedot ja NPS-luvun, joka kuvaa tuotetun palvelun suosittelemuutta. Portaalista pääsee linkin kautta myös palveluntuottajien omille sivuille, joissa tarjotaan lisätietoa. Alueen kunnallisen terveysasemien omilla sivuilla on yhdenmukaisesti tietoa mm. siitä, kuinka viittomakieliset voivat varata ajan. Yksityisten palveluntuottajien osalta vastaavat ohjeet puuttuvat pääosin. Yleisesti ottaen portaaleissa tai verkkosivuilla ei myöskään tuoteta yhdenmukaisesti ja helposti saatavissa olevaa tietoa esteettömyydestä valinnan tueksi. Sähköisten palveluiden kokonaisuutta kuvataan vielä erikseen myöhemmin tässä luvussa.

## 4.2 Palvelun saatavuus ja saavutettavuus

Tässä luvussa kuvataan kootun aineiston perusteella, kuinka asiakkaiden yhdenvertaisuus ja kielelliset oikeudet huomioidaan palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Palvelun saatavuuteen liittyy se, onko asiakkaalla tai potilaalla mahdollisuus saada tietoa ja palvelua omalla tai ymmärtämällään kielellä. Luvussa kuvataan, miten eri palveluntarjoajat ovat varautuneet yhdenvertaisuusnäkökulman huomioimiseen, ja minkälainen osaaminen eri palveluntuottajien henkilöstöllä on palvella yhdenvertaisesti monimuotoista asiakaskuntaa.

Kielellinen saavutettavuus palveluissa tarkoittaa mm. sitä, osataanko asiakas kohdata, ja osataanko prosessi hoitaa siten, että asiakas tulee ymmärretyksi ja ymmärtää hoitoa koskevat ohjeet. Laajemmin yhdenvertaisuus palveluissa tarkoittaa esimerkiksi vammaisten henkilöiden kohdalla sitä, että henkilöstöllä on erityistason palveluohjausosaamista spesifin lääketieteellisen osaamisen lisäksi. Yhdenvertaisuus palveluiden järjestämisessä tarkoittaa myös sitä, että on huomioitu luiskat, rampit ja parkkipaikka,

mutta myös sitä, että tiloissa ja palveluissa on huomioitu eri aistivammat, kuten se, oletetaanko, että sokea asiakas hakee odotuslapun ja seuraa näkyvää valoa, vai huudetaanko potilas tarvittaessa nimeltä.

Kuten aikaisemmasta kirjallisuuskatsauksesta luvussa 3 ilmeni, palveluneuvonnan ja hoitohenkilöstön kohtaamisen taidot ja riittävän ajan varaaminen palvelutilanteisiin korostuvat kohderyhmillä, joilla on kielen ymmärtämisen haasteita, mutta myös niillä, jotka ovat alttiimpia joutua monitahoisen syrjinnän kohteeksi: erilaiset terveystieteiset, aikaisemmat huonot kokemukset, syrjinnän pelko tai pelko sairaaloita kohtaan voivat jo itsessään pitkittää hoitoon hakeutumista. Kulttuuriin liittyviä väärinkäsityksiä ja yhteentörmäyksiä voidaan välttää kulttuurientuntemuksen lisäämisellä ja varmistamalla, että asiat on ymmärretty tarkoitetulla tavalla. Osaamiseen liittyy myös taito toimia tulkkien kanssa.

Tämän selvityksen puitteissa ei ole voitu selvittää seikkaperäisemmin sitä, minkälaiset valmiudet valinnanvapausalueilla toimivalla henkilöstöllä on toimia eri asiakasryhmien kanssa, mutta aineistosta voi tuottaa yleiskuvan siitä, kuinka asiaa on käsitelty kokeilujen aikana ja miten mm. haastateltavat ovat asiaa sivunneet. Tiivistetysti voidaan todeta, että asiakkaiden yhdenvertaisuutta ei ole tässä kokeilun vaiheessa nostettu esiin erityisteemana, kuten alla olevassa palveluntuottajan sitaatissa ilmenee.

*Eri väestöryhmien yhdenvertaisuuden toteutumista ei ole ollut käsitelty kenenkään järjestäjän kanssa. Koen että tämän aika olisi paremmin silloin, kun volyymit ovat suurempia – eli esim. maakuntapilottien alkaessa. Järjestäjien viestintää voisi lyhyellä aikavälillä tarjota myös englanniksi ja ei-suomenkielisiä asiakkaita kannustaa osallistumaan kokeiluun, jotta kokemuksia näistä tarpeista alkaisi kertyä.*

Yhdenvertaisuutta ei ole haastatteluiden perusteella käsitelty järjestäjäpuolen taholta eri väestöryhmien näkökulmasta, vaan laajemmin liittyen siihen, että palveluiden tulee olla kaikkien saatavilla. Järjestäjäpuolen haastatteluissa korostui myös se, että yhdenvertaisuus hahmotetaan usein alueellisen palveluiden saatavuuden näkökulmasta ja siten, että palveluiden tulee olla myös pienituloisten saatavilla.

*Kaupungin kanssa ollaan käsitelty yhdenvertaisuutta, mutta enemmän ehkä laajemmassa mielessä: tasa-arvo kuuluu kaikille. (Tuottajan edustajan haastattelu)*

Kukin alue on perehdyttänyt palveluntuottajia toimintatapoihin, ja tietoa on lisätty järjestäjien ja palveluntuottajien kanssa puolin ja toisin. Palvelun saamista eri kielillä, kielellistä saavutettavuutta tai kielellisiä oikeuksia on käsitelty käytännön ohjeistuksen

kautta palveluntuottajien kanssa osalla alueista. Silti valinnanvapauskokeilussa on pääosin edetty sillä osaamisella ja niillä valmiuksilla, joita palveluntuottajilla on ollut valmiiksi.

*Emme ole kehittäneet henkilöstöä vielä yhdenvertaisuuden näkökulmasta, toistaiseksi fokus on vahvasti operatiivisen mallin kehittämisessä. (yksityinen palveluntuottaja)*

*Periaate: määritellään palvelut, tuotantotapaa ei ole määritelty. (Järjestäjän edustajan haastattelu)*

Kysyttäessä siitä, kuinka palveluntuottajat huomioivat erityisryhmät, kuten kielivähemmistöt ja vammaiset asiakkaat, useimmiten viitattiin esteettömiin tiloihin. Lisäksi nostettiin esiin, että henkilöstöllä on usein jotain erityisosaamista, kuten kehitysvammaerityispätevyyttä. Kokemus julkisen sektorin ja kuntien kanssa toimimisesta on myös nostettu esiin seikkana, joka vahvistaa osaamista erityisryhmien kanssa toimimiseen. Yksi toimija nosti esiin viittomakieliset asiakkaat. Alla esimerkkejä vastaajista, jotka ovat tunnistaneeet joitain osaamisalueita.

*Erityisryhmien huomioiminen toteutuu siten, että tämä vava-tiimi on muodostettu sellaisista osaajista, joilla on vahva julkisenkin kokemus asiakkaista, joilla on monia ongelmia. Kokemusta vammaisista, ikäihmisistä tai esimerkiksi ulkomaalaisista. Työntekijät ovat joutuneet kohtaamaan aikaisemminkin näitä ihmisiä.*

*Erikoislääkäreillä on kehitysvammaerityispätevyyttä.*

*Huomioidaan tapauskohtaisesti. Pyritään esim. siihen, että maahanmuuttajat tulevat tulkin kanssa. Omassa henkilökunnassa ei ole kieltä osaavia.*

*Maahanmuuttajia on jonkin verran listautunut, ja heidän kanssaan on sovittu, että ei tarvitse asioida puhelimitse. Tulkkipalvelu hoidetaan kaupungin yhteistyöllä. Jonkin verran ikäihmisiä, ja myös heille mahdollisuus hoitaa asiat suoraan hoitajan kautta.*

*Ei sen kummemmin kuin muussakaan toiminnassa. Säännökset liikuntaesteisten osalta, ja tulkkipalvelut tarvittaessa. Tehdään muutenkin paljon yhteistyötä kunnan kanssa.*



*Valinnanvapausohjauksella on aiempaa kokemusta kuurojen kanssa toimimisesta, perustaidot löytyvät, mutta tarvitsee kuitenkin tulkin. Nämä asiat on huomioitu, helposti saadaan tarjottua palveluita.*

Valinnanvapauskokeilun henkilöstölle suunnatun kyselyn vastaajista noin 40 prosenttia koki, että heillä on riittävästi osaamista ja valmiuksia huomioida eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat asiakkaat. Yhtä suuri osuus kokee, ettei osaamista ja valmiuksia ole tarpeeksi. Yleishuomiona voidaan todeta, että suhtautuminen eri kieliryhmien huomiointiin ja tähän liittyvään osaamiseen kulkee linjassa vastaajan yleisen suhtautumisen kanssa esim. työhön ja jaksamiseen liittyen. Vastausten jakautumista kuvaavat taulukot löytyvät liitteestä 1.

Kysyttäessä, onko kokeilun aikana tullut paineita yhdenvertaisuuskysymysten käsittelyyn ja huomioimiseen, vain muutama eri haastateltu taho kertoi, että asia on noussut esiin asiakaspalautteessa tai sidosryhmävuoropuhelussa: Näitä ovat olleet esim. esteetön pääsy palveluntuottajan luokse ja tiedotus eri kielillä. Yhdessä yleisötilaisuudessa on yleisötilaisuudessa nostettu esiin viittomakieli ja tulkin tarve.

Eniten toimintatavan muutoksia ja uuteen opettelua tuottajilla on liittynyt sosiaaliohjauksen yhteistyöhön ja käytäntöjen kehittämiseen. Valinnanvapauden laajentuessa sosiaaliohjauksen voidaan nähdä olevan keskeisessä roolissa moniperusteisen syrjinnän vaarassa oleville kohderyhmille. Muistisairaiden, ikääntyneiden tai esimerkiksi vammaisten maahanmuuttajien kohdalla tarvitaan jo ylemmän tason erityisosaamista niin apuvälineiden kuin tukien hakemiseen. Esimerkiksi heikosti täytetty hakemus vaikeuttaa ja pidentää prosesseja, tai voi jättää asiakkaan yhteiskunnan ulkopuolelle. Ainoa valinnanvapauskokeilun palvelukentän toimijoista riittävää osaamista kommentoinut taho oli sosiaaliohjauksen toimija, joka koki, että osaaminen on kokeilun myötä laajentunut; toimija oli aikaisemmin selkeämmin erikoistuminen tiettyihin asiakasryhmiin. Haastateltava nosti huolena esille sen, onko tulevilla sosiaaliohjauksen palveluntuottajilla osaamista moninaisen asiakasryhmien tarpeisiin. Sama huoli on nostettu esiin sidosryhmähaastatteluissa.

Valinnanvapauskokeilun aikana on jouduttu tekemään pohja- ja määrittelytyötä eri palveluiden osalta esimerkiksi sen suhteen, mikä on yksityisen palveluntuottajan rooli sosiaaliohjauksen tarjoajana. Tähän on liittynyt myös haasteita. Valinnanvapauden toteutumiseksi sosiaalipalvelujen haasteena on tunnistettu julkisen vallan käyttö ja sen rajat. Nyt toteutetuissa alueellisissa kokeiluissa on törmätty sosiaaliohjauksen kokonaisuuden ja tehtävänkuvien määrittelyissä haasteisiin sen kanssa, mikä on viranomaistyötä: Tulkinnat ovat voineet vaihdella jo henkilötasolla, ja tiukat tulkinnat ovat paikallisesti vaikeuttaneet asiakaslähtöisen työn toteutusta. Toisaalta on törmätty myös siihen, ettei palvelukokonaisuudessa ole löytynyt paikkaa, johon asiakkaita voi

ohjata. Nämä ovat laajempia alueellisesti ratkaistavia kysymyksiä, jotka ovat erityisosaamista ja moniperusteisen syrjinnän vaarassa olevien palvelutarpeen näkökulmasta keskeisiä: löytyykö mm. vammaiselle maahanmuuttajalle taho, joka osaa neuvoa apuvälineitä haettaessa tai antaa säännöllistä tukea muistisairaana liikuntavammaisen saamelaisen lomakkeiden kanssa – vieläpä muualla kuin saamelaisalueella. Yksi yksityisen palveluntuottajan edustaja kuvasi virkavallan rajanvedon haastetta tilanteessa, jossa asiakkaana on henkilö, jota palvelisi tahdosta riippumattoman hoidon lähetteen kirjoittaminen. Tällä hetkellä, kun asiakas on yksityisen palveluntuottajan asiakkaana, hoitoon pääsy voisi viivästyä.

Kielellisten oikeuksien toteutuminen kulminoituu myös omankielisen palvelun ja tulkkipalveluiden saatavuuteen: Jos yhteistä kieltä ei ole, saako potilas palvelua ja tuleeko ymmärretyksi kielellä, jota hoitava taho ja potilas ymmärtävät? Eri alueilla ja kieliryhmillä on hieman eri käytännöt lainsäädännön tasolla sen suhteen, milloin ja miten palvelua tulee tarjota tai hyödyntää tulkkia.

Kuten aikaisemmasta taustaluvusta 3 ilmeni, aina etusijalla on se, että hoitohenkilöstö itse hallitsee asiointikielen. Kaikilla alueilla on huomioitu sääntökirjojen tasolla se, että palveluntuottajat sitoutuvat huolehtimaan siitä, että sen henkilökuntaan kuuluu riittävä määrä suomen ja ruotsin kieltä osaavia henkilöitä. Lisäksi sääntökirjoissa lukee, että palveluntuottajat sitoutuvat tulkkipalveluiden järjestämisestä niille asiakkaille, joilla on ”laissa säädetty tai sopimukseen perustuva oikeus saada valtion korvaamia tulkkipalveluja”. Yleisenä sosiaali- ja terveyspalveluiden ongelmana on, että tulkkipalveluiden hankintaan eri kohderyhmille liittyy epäselvyyksiä ja erilaisia tulkintoja. Siksi ei voi suoraan olettaa, että palveluntuottajat, jotka eivät ole hoitaneet julkisen sektorin sosiaali- ja terveyspalveluita, voivat tuntea laissa säädettyjä veloitteita. Kolmella viidestä alueesta on myös tarkentavia sisäisiä ohjeita, joita on toimitettu uusille palveluntuottajille tai käsitelty niitä yhdessä palveluntuottajien kanssa. Yhteistä ohjeille on se, että tulkkien hankinta on ohjeistettu koskien turvapaikanhakijoiden tai yleisemmin maahanmuuttajien tulkkitarvetta, mutta viittomakielisten tai muuten tuetun kommunikation tarvetta ei ole mainittu ohjeissa. Yhdellä alueella tulkkipalveluiden tilaamiseen ja tulkin kanssa työskentelyyn löytyy laadukas ohjeistus linkkeinä tulkkipalveluiden omiin ohjeistuksiin.

Valinnanvapauskokeilun aikana, asiakkaan itse varatessa kiireetöntä hoitoa, viittomakielisten tulkkipalvelun voidaan myös tulkita kuuluvan Kelan vastuulle silloin, kun asiakas hoitaa itse varauksen. Haastatteluiden perusteella asiaa ei ole käsitelty viittomakielisten osalta uusien palveluntuottajien kanssa, eikä tarvetta tarkennuksille ole noussut asiakaskontakteissa. Yleinen järjestäjäpuolen oletus onkin, että palvelut kuuluvat Kelan piiriin. Järjestöpuolella on epävarmuutta ja pelko siitä, ettei viittomakieliset tai muuta kommunikaatiota selventävää tulkitsemista tarvitsevat henkilöt saa toissijaiseksi luokiteltua palvelua Kelalta, ja jäävät kokonaan ilman tulkkia. Haastateltujen

järjestötahojen edustajien mukaan heille tulee tiedoksi tapauksia, joissa tulkkia ei ole sairaanhoidossa saatu potilaalle kuin korkeintaan nimellisesti. Kokonaisaineiston valossa vahvistuu kuva siitä, että viittomakielisten osalta käytännöt ovat kentällä epäselviä. Sama koskee luonnollisesti myös muuta Kelan kautta haettavaa tulkausta, milloin henkilö tarvitsee vaihtoehtoisia kommunikaatiomenetelmiä.

Neljässä viidestä valinnanvapauskokeilualueesta tulkkien kustannuksista vastaa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjä, eli laskut tulkkipalveluista on ohjeistettu toimittamaan järjestäjälle, joka voi tietyissä tapauksissa laskuttaa eteenpäin. Toteutumaa ei ole kuitenkaan seurattu, tai saatu ylipäänsä tietoa siitä, onko tulkkia hyödynnetty. Yhdellä alueella tulkkipalvelut on laskettu sisältyvän jo palveluntuottajan kustannuksiin, eikä toteumatietoa kustannuksista ole käytössä. Kokeilualueelta haastateltujen näkemykset tulkkipalveluiden tuomasta taloudellisista riskeistä vaihtelevat, mutta nostettiin palveluntuottajan näkökulmasta esiin myös seikkana, joka tulisi huomioida selkeämmin.

Kaikkiaan selvitystä varten haastateltujen palveluntuottajien edustajien mukaan valinnanvapautta on käyttänyt hyvin vähän muun kuin suomenkieliset henkilöt. Kokemuksia ei siten ole syntynyt kuin nimeksi. Yksi pienempi palveluntuottaja kertoi, ettei muun kielisiä asiakkaita ole ollut valinnanvapauden kautta, ja niissä harvoissa tapauksissa, joissa vieraskielisiä yksityisasiakkaita on asioinut yksityisasiakkaina, on mukana ollut perheenjäsen tulkkina. Käytäntöjä tulkin tarpeen varalta ei myöskään oltu käyty läpi järjestäjän taholta. Yksityisten palveluntuottajien edustajien näkemykset ja tietoisuus vaihtelivat, mikä voi osin johtua myös haastateltavan roolista. Osa kertoi, että käytännöt ovat selvillä, ja osa ei tunnistanut saaneensa ohjeita niilläkään alueilla, joilla tarkentavia ohjeita oli teoriassa tarjolla. Asia on siten voinut jäädä huomioimatta. Yksi palveluntuottajan edustaja kertoi, että heillä on hyviä kokemuksia siitä, että tulkit hankitaan alueella keskitetysti yhdestä paikasta ja prosessi on selvä. Kokemusta turvapaikanhakijataustaisen perheen hoitoprosessista avattiin yhdessä haastattelussa siten, että valinnan tekemisessä oli avustanut suomalainen tukihenkilö, minkä jälkeen hoitoon hakeutuva on ei-kiireellisissä tapauksissa käynyt varaamassa ajan toimipisteessä, jolloin on voitu myös varata tulkki.

Valinnanvapauskokeilun henkilöstölle suunnatun kyselyn yksittäisissä avovastauksissa kuvataan tulkkien saatavuutta: kunnallisen terveysaseman vastaajaa kertoo, että puhelintulkkia käytetään tarvittaessa ja kunnallisten sosiaalipalveluiden henkilöstöön kuuluva kertoo, että tulkkia on aina tilattavissa. Yksityisen terveysaseman henkilö taas toteaa, ettei tulkkipalveluja ole käytössä saatavilla. Edellä olevat vastaukset tukevat laajemman aineiston kautta välittyvää kuvaa: Toimintatavat eri kohderyhmien kanssa toimimisesta voivat olla tutumpia kunnallisen terveyspalvelun tuottajille, jotka ovat viranomaisasemassa tottuneet niitä hoitamaan. Tämä ei sulje pois sitä, etteikö

yksityisilläkin olisi kokemusta tulkkien kanssa toimimisesta ja monipuolista kohderyhmäspesifiä osaamista.

Palveluntuottajilla on omat ohjeistuksensa ja toimintatapansa liittyen myös siihen, kuinka kerätään tietoa henkilöstön kielitaidosta tai kuinka kielitaito huomioidaan rekrytoinneissa. Osalla on myös systemaattista ja päivitettyä tietoa viittomakielentaitoisista. Eri järjestäjien ja palveluntuottajien edustajat kokivat tietopohjan laajentamisen erityisesti niin viittomakielisten asukkaiden kuin viittomakieltä osaavan henkilöstön määrää tarpeelliseksi.

*Totta, että olisi hyvä koota tietoa viittomakielisten määrästä – tekee ongelman näkyväksi, ja joudutaan avoimesti miettiä ja antaa mahdollisuus puhumiseen. (Järjestäjän edustajan haastattelu)*

Asiakasnäkökulmaa palveluiden saavutettavuuteen saatiin valinnanvapauskyselyn asiakaskyselyn kautta vain yksittäisiltä vastaajilta: Ruotsinkielinen vastaaja nosti esiin "kielimuurin lääkärin kanssa", mutta muista vastauksista on pääteltävissä, ettei lääkäri puhu sujuvasti suomea eikä siitä, ettei asiakas puhuisi suomea tai vaatisi palvelua ruotsiksi. Eräs vastaaja kertoo, että palveluntuottajan valintaan vaikuttaa lääkärin vengän osaaminen. Ei-suomenkieliset ovat jättäneet vähän avovastauksia, johtuen todennäköisesti kyselyn toteutuskielestä.

Myös asiakaskyselyssä nostettiin huoli maahanmuuttajien sosiaalipalveluiden saavutettavuudesta: *"nykyisin sosiaalipalvelut on kaukana terveystakesuksesta, mikä on häiriö useimmille maahanmuuttajille, jotka tarvitsevat sosiaalista tukea."* Vastaaja koki myös tiedonsaannin haasteeksi heikon suomen kielen osaamisensa vuoksi ja toivoi, että tietoa olisi saatavilla myös muilla tavoin esim. keskusteluryhmien kautta.

Eri vähemmistöryhmiä ei ole käytännössä osallistettu palveluiden kehittämiseen valinnanvapauskokeilujen aikana. Kuten edellä jo tiedotusta koskien on nostettu esiin, kolmas sektori on vielä hyödyntämätön voimavara. Järjestöt ovat huolissaan siitä, missä heidän roolinsa voisi olla, ja epätietoisia myös siitä, miten yksityisten palveluntuottajien kanssa voisi kumppanoitua, kuten tulee ilmi laajemmassa valinnanvapautta koskevassa arvioinnissa (Owal Group, 2018).

## 4.3 Sähköiset palvelut valinnanvapauskokeiluissa

Sähköiset palvelut valinnanvapauskokeilussa pitää sisällään erityisesti palveluntarjoajan vaihtoportaalien, palveluita kuvaavat verkkosivut, ajanvarausjärjestelmät ja mahdolliset täydentävät palvelut, kuten chat-asiointimahdollisuuden. Lisäksi sähköiset palvelut pitää sisällään asiakaspalautteen kanavia. Kaikilla alueilla on omanlaiset ratkaisunsa, ja palvelut voivat vaihdella myös alueiden sisällä paljon.

Valinnanvapauskokeilussa hyödynnettävät sähköiset palvelut rinnastuvat vain osin laajempiin sosiaali- ja terveystieteiden sähköisten palveluiden järjestämisen käytäntöihin. Koska kyseessä on väliaikainen kokeilu, jossa eri toimijat etsivät yhteisiä toimintakäytäntöjä ja rajapintoja, on kokeilussa jouduttu tekemään myös kompromisseja, jotka ovat voineet heikentää sähköisiä palveluita joiltain osin: esimerkiksi joillain toimijoilla ei ole kokeilussa käytössä sähköistä ajanvarausta, vaikka se on käytössä muille asiakkaille. Se että osa toimijoista käyttää omia potilastietojärjestelmiä, osa on veloitettu käyttämään alueen yhteistä järjestelmää, vaikuttaa myös palveluprosessiin, jos tiedot eivät kulje automaattisesti potilaan mukana. Kehittämistyön vaiheen huomioiden on selvää, ettei sähköiset palvelut ole kaikille saavutettavia.

Sähköisten palveluiden ja ratkaisujen kirjo heijastaa valinnanvapauskokeilussa hyvin nykyistä tilannetta: osa palveluntarjoajista on huomionnut saavutettavuuden ja monikanavaisuuden paremmin kuin toiset. Selvitystä varten toteutetussa viittomakielisten ryhmähaastattelussa konkretisoitui yhden valinnanvapausalueen eri palveluntuottajien valmiudet huomioida viittomakieliset asiakkaat ajanvarauksessa: Esimerkiksi mahdollisuus varata aikaa ja asioida tekstiviestipalveluna toimi vetovoimatekijänä ja suosituksena muille vaihtaa palveluntuottajaa. Suuri osa käy vielä paikan päällä henkilökohtaisesti varaamassa ajan, tai hoitaa asioita läheisten avustamana, milloin mahdollista. Haastattelussa heräsi myös keskustelua siitä, eikö yhdenvertaisen kommunikoinnin mahdollistamia toimintatapoja voisi laajentaa koskemaan kaikkia toimijoita valinnanvapauden edetessä.

Nyt kokeilualueilla on paljon vaihtelua sen suhteen, mitä tietoja hoitavalle taholle välittyy sähköisten järjestelmien kautta. Milloin käytössä on alueen yhteinen järjestelmä, myös potilaan kieli ja tarve tulkille välittyy jo järjestelmätasolla, jos tietokenttä on aktiivisessa käytössä. Käytännössä haastatteluiden perusteella alueilla tieto tulkin tarpeesta tulee listautumisen jälkeen ajanvarausta tehtäessä, ja tukena voi olla suomenkielentaitoinen tukihenkilö. Tilanteita on tuottajien puolelta haastateltujen näkemänä ollut vain vähän, ja yksi haastateltava kuvaa käytännön toimivaksi tässä vaiheessa heidän puoleltaan. Asioimistulkkauksen tarve tulee arvioida asiakas- ja tilannekohtai-

sesti, ja vieraskielisillä tulkkauksen tarpeen on myös pääosin tarkoitus olla ohimenevää kielitaidon kehittyessä. Siten siirtyessään uutena asiakkaana, prosessi edellyttää vuorovaikutusta asiakkaan kanssa. Valinnanvapauden laajentuessa ja volyymien kasvessa, järjestelmien tulisi tukea sitä, että tieto asiakkaan kielestä, mahdollisesta tulkkaustarpeesta ja kielestä siirtyy järjestelmän kautta valmiiksi, jotta asiaa voidaan edes selvittää asiakaslähtöisesti.

Valinnanvapaudessa keskeistä on palveluntuottajan valinnan tekeminen. Valinta voidaan tehdä sähköisessä portaalissa tai henkilökohtaisesti asioimalla. Sähköisessä portaalissa eteneminen edellyttää vahvaa tunnistautumista, mikä on haaste osalle vammaisryhmien edustajille, jotka eivät saa pankkitunnuksia. Henkilökohtaisen asioinnin mahdollisuus on siten keskeistä. Puolesta asiointi on toistaiseksi paikoin mahdollista alaikäisen puolesta, mutta ei vielä aikuisen.

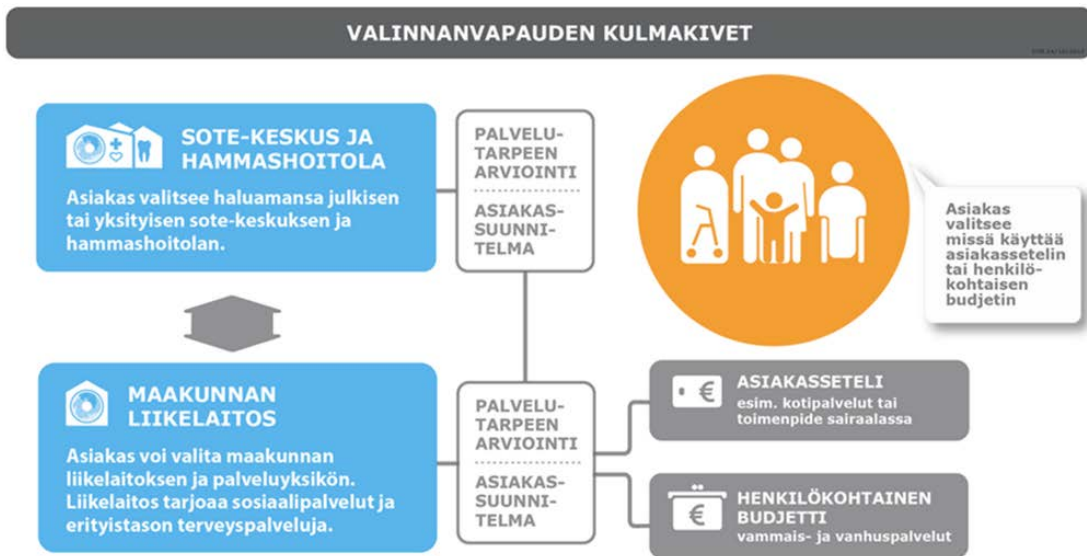
Sähköisten palveluiden saavutettavuuden kehittämistä tukee myös saavutettavuusdirektiivin velvoitteet, jotka ulottuvat julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä ottavien yksityisten palveluntuottajien puolelle. Alue toimijoiden haastatteluiden perusteella yleisesti tietoisuus siitä, ovatko verkkosivut tai sähköiset palvelut saavutettavia, vaihtelee paljon. Julkisia toimijoita on sitonut jo vahvemmin yhdenvertaisuuden edistämisen velvoitteet, joita tullaan sähköisten palveluiden osalta vahvistamaan saavutettavuusdirektiivin toimeenpanon myötä. Tietoisuus saavutettavuusdirektiivin edellytyksistä tai vaatimuksista on haastattelujen perusteella vielä vähäinen. Siten toimijoilta puuttuu myös tietoisuus siitä, onko toimenpiteisiin saavutettavuusdirektiivin vaatimusten täyttämiseksi ryhdytty.

## 4.4 Kielelliset oikeudet ja yhdenvertaisuusnäkökulmia lakiehdotuksessa valinnanvapauksiksi

Seuraavaksi on avattu lakiehdotuksen eri yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyviä teemoja, jotka ovat nousseet aineistosta. Laki valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa on vielä valmisteilla selvityksen tekohetkellä. Tuorein selvityksen tiedonkeruun aikaan hyödynnettävä hallituksen esitys on maaliskuulta (HE 8.3.2018), jonka tavoitteita ja vaikutusarviointia vasten suunnitelmia voidaan peilata. Selvityksessä ei pyritä arvioimaan lakiehdotuksen todellisia vaikutuksia valinnanvapauden toteutuessa, vaan kiinnittää huomiota eri yhdenvertaisuutta edistäviin ja estäviin tekijöihin.

Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen mukaisesti palvelujen järjestämisvastuu siirtyisi 18 maakunnalle. Valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan

oikeutta valita itse, mistä hän saa sosiaali- ja terveystalvveluja. Esityksen mukaan julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveystalvveluja voisivat jatkossa tarjota asiakkaalle julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, kuten järjestöt ja säätiöt. Asiaksmaksut olisivat samat kaikilla palveluntarjoajilla. Maakunnat vastaisivat siitä, että niiden asukkaat saavat tarvitsemansa palvelut ja että eri tuottajien palvelut ovat sujuvasti yhteen toimiva kokonaisuus. Maakunnat maksaisivat palveluntuottajille korvausta niiden hoitamista asiakkaista. Maakunnat saisivat rahoituksen valtiolta.<sup>10</sup>



Kuva 5. Tiivistelmä valinnanvapauden kulmakivistä  
(Lähde: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>)

Sosiaali- ja terveystalvveluiden valinnanvapauden tavoitteena on parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja ja parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua. Lakiehdotusta on perusteltu sillä, että se laajentaisi asukkaiden valinnanvapautta sekä lisäisi eri väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja maakunnan asukkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa itselle tärkeisiin sosiaali- ja terveystalvveluihin.

Hallituksen esittelyluonnoksen yhteydessä on tehty lain vaikutusarviointi (22.1.2018). Yhdenvertaisuutta on tarkasteltu sekä alueellisen että väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Erityisiä yhdenvertaisuusvaikutuksia odotetaan olevan eri taloudellisessa asemassa olevien henkilöiden tilanteeseen ja palveluvalikoimaan – edellyttäen, että asiaksmaksut olisivat kohtuulliset. Vaikutuksia heikoimmassa asemassa olevien ihmisten ja ryhmien tilanteeseen on arvioitu paljon palveluja käyttävien

<sup>10</sup> <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>

näkökulmasta, joita on arvioitu olevan ainakin 10 prosenttia väestöstä. Tässä yhteydessä kohderyhmään on kuvattu kuuluvan ainakin kehitysvammaiset ja muistisairauksia sairastavat henkilöt, jotka tarvitsevat myös erityistä tukea valintojen avuksi. Vaikutusten arvioinnissa huomiota on kiinnitetty niiden iäkkäiden henkilöiden valinnanvapauteen, joiden toimintakyky heikkenee, palveluntarve lisääntyy ja palveluohjauksen tarve korostuu. Lakiesityksen mukaan maakunnan olisi otettava henkilökohtainen budjetti käyttöön iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden palveluissa. Vaikutusarvioinnissa on otettu erikseen kantaa kielellisten oikeuksien näkökulmasta, joiden osalta tilanteen nähdään myös parantuvan uudistuksen myötä. Seuraavaksi käsitellään nyt tehdyn selvityksen aineiston perusteella vaikutusarvioinnissa nostettuja seikkoja.

Uudistukseen sisältyy ajatus siitä, että palveluntuottajat voivat erikoistua tiettyjen asiakasryhmien palveluihin, mikä voisi edesauttaa osaamisen kehittymistä eri asiakasryhmien palveluissa. Esimerkkinä on mainittu eri vähemmistöryhmien erilaisten kielellisten ja kulttuuristen tarpeiden nykyistä parempi huomiointi. Kiireettömässä hoidossa potilas voisi käyttää mahdollisuutta valita hoitopaikkansa myös kielellisin perustein. Esitys parantaisi palveluntuottajien mahdollisuuksia halutessaan painottaa palveluissaan kielellisiä ja kulttuurisia asioita. Alueilla, joilla vähemmistökieliä puhuvien lukumäärä ja osuus on pieni, kielellisten oikeuksien toteutuminen vaatisi erityistä suunnittelua, mutta valinnanvapaudesta huolimatta erot eri alueiden välillä todennäköisesti pysyisivät suurina, todetaan arvioinnissa. (Vaikutusarviointi 22.1.2018.)

Näkemyksiä siitä, voisiko erityisryhmien ja mm. kielellisten ja kulttuurillisten tarpeiden huomiointi osaamisessa toimia kilpailuvalttina, testattiin selvityksen eri haastatteluissa. Palveluntuottajien näkökulmasta tämä on realistinen näkymä. Jo se, että palveluntuottajilla on eri kielistä henkilöstöä palveluksessaan, voi toimia kilpailuvalttina, kuten on jo tapahtunut ainakin yhdellä kokeilualueella, jossa venäjänkielisiä palveluita on markkinoitu kohdennetusti ja edesautettu myös vaihtoja. Myös viittomakielisten asiakasnäkökulman haastatteluissa nostettiin esiin positiivisena seikkana se, että palveluntarjoajiksi voisi listautua myös viittomakieltä hallitsevia palveluntuottajia. Lisäksi kaivataan kuntarajat ylittäviä palveluita, jotta potentiaalisten osajien tarjonta laajenee. Vaikka omakielisten palvelujen tarjoaminen ja markkinoiminen nähdään pääosin positiivisena mahdollisuutena, haasteena haastatteluissa nostettiin esiin se, että palveluntarjoajien erikoistuminen voi myös johtaa segregoitumiseen, jos laatua ei seurata tarkoituksenmukaisesti. Palveluketjun hallinnan ja kokonaisvaltaisen terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden toteutuminen on suuri kokonaisuus, joka tulisi varmistaa.

Uudistuksen on arvioitu vaikutusarvioinnissa vaikuttavan neutraalisti tai positiivisesti ruotsinkielisiin: Alueilla, joilla kieliryhmät ovat samansuuruisia tai joilla pienemmän kieliryhmän suhteellinen osuus on kohtalaisen suuri, kielelliset oikeudet toteutuvat nykyisin pääosin hyvin. Tämä johtuu siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on



usein kaksikielistä. Alueilla, jolla toista kansalliskieltä puhuvien osuus on pieni, kielellisten oikeuksien toteutumien käytännössä vaatii tälläkin hetkellä erityistä suunnittelua ja esityksen myötä vastaava tilanne todennäköisesti säilyisi ennallaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus laajentaisi kielellisten oikeuksien maantieteellistä aluetta niissä maakunnissa, joista tulisi kaksikielisiä. Nykyisin kaksikielisyyden alue määräytyy kunnan rajojen mukaan, mutta uudistuksessa kaksikielisyyttä tulisi koskemaan maakuntia, joiden alueella on yksikin kaksikielinen kunta. Lisäksi nykyisin yksikielisen Etelä-Pohjanmaan olisi järjestettävä päivystyspalvelut kaksikielisesti. Myös yksityisen suoran valinnan palveluntuottajan olisi tuotettava palvelut sekä suomeksi että ruotsiksi kaksikielisisä kunnissa. (Vaikutusarviointi 22.1.2018.) Folktinget on omassa lausunnossaan valinnanvapauslaista<sup>11</sup> nostanut esiin huolen siitä, että suuri osa ruotsinkielisestä väestöstä asuu aluilla, joilla kiinnostus tuottaa palveluita on todennäköisesti matala alueellisten volyymien takia. Lausunnossa korostetaan henkilöstöresurssin varaimisen ja henkilöstökoulutukseen resursoinnin tärkeyttä.

Myös vaikutusarvioinnissa on nostettu esiin samoja seikkoja, joita on kuvattu edellä liittyen havaintoihin valinnanvapauskokeiluista ja aikaisempiin selvityksiin: Käytännön mahdollisuuksiin saada omakielisiä palveluja vaikuttaisi myös toimijoiden tosiasiallinen kyky järjestää palvelunsa sekä suomeksi että ruotsiksi tai siten että saamelaisella olisi mahdollisuus käyttää saamen kieltä tai viittomakielisellä viittomakieltä. Asiaan vaikuttaa muun muassa henkilökunnan käytännön kielivaranto, asiakkaan kielen tunnistaminen sekä kielellisten oikeuksien tuntemus. Jo nykykäytännöissä on kehitettävää, ja suuri haaste on osaavaan ja kielitaitoiseen henkilökunnan saatavuus. Arvioinnissa todetaan, että tilanteen paraneminen edellyttäisi toimenpiteitä myös maakunnilta järjestäjänä. Palvelu asiakkaan omalla kielellä tulisi nähdä osana laatua ja asiakastyytyväisyyttä ja edellä mainittuja tulisi seurata myös kielellisestä näkökulmasta. Maakunta voisi myös ottaa palvelukyvyyn muilla kuin suomenkielellä osaksi tuottajan korvausta. (Vaikutusarviointi 22.1. 2018.) Erityisen huomion kiinnittäminen kykyyn palvella eri kielillä on kannatettava, kunhan kielellisten oikeuksien laadukkaasta toteutuksesta huolehditaan velvoittavasti.

Asiakkaan valinnanvapauden toteuttaminen ei vaikutusarvioinnin mukaan muuttaisi veloitteita huolehtia tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta, ja maakunnan olisi huomioitava asia tehdessään sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien palveluntuottajien kanssa sekä muissa palvelujen hankinnoissaan. Vaikutusarvioinnissa todetaan, että maakunnalla olisi kuntia isompana palvelujen järjestäjänä paremmat mahdollisuudet myös kielellisten erityisryhmien huomioon ottamiseen. Se voisi koota ja keskittää asiantuntemusta, tarjota etäpalveluja ja tukea palveluntuottajia. Saamenkie-

---

<sup>11</sup> Folktinget: Utlåtande om valfrihetslagen 18.04.2018

lisen palvelun tosiasialliseen saantiin valinnanvapaudella olisi vaikutusarvioinnin mukaan vain vähän vaikutusta, sillä laajempaa ongelmana on puute saamenkielentaitoisesta ammattihenkilöstöstä. Jos saamenkielisiä palveluja ei pystytä järjestämään koulutetun ja saamenkieltä osaavan henkilöstön puutteen vuoksi, saamenkielinen tulkkaus täyttää lain vaatimukset. (Vaikutusarviointi 22.1.2018.) SámiSoster on esittänyt kritiikkiä siitä, ettei valinnanvapauden suunnittelussa saamelaisille tarkoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen lähtökohdaksi ole otettu saamen kansan kokonaistarpeiden näkökulman arviointia, vaan asiaa on tarkasteltu pelkästään kielellisenä kysymyksenä. Esille on nostettu saamenkielisten ja saamelaiseen kulttuuriin pohjautuvien palvelujen rahoitus ja sitä koskevan sääntelyn toteuttaminen. Myös perustuslakivaliokunnan lausunnossa<sup>12</sup> on tuotu esiin, ettei se pidä tyydyttävänä tilannetta, jossa valtion saamenkielisiin palveluihin osoittama erillisrahoitus on vastaisuudessakin riippuvainen eduskunnan vuosittaisesta päätöksenteosta.

Myös saamenkielisen tulkkauspalvelun saatavuus on valinnanvapautta laajempi haaste, johon tulisi vastata kokoamalla saamenkielisten tulkkipalveluiden saatavuustiedot yhteen (esim. Olsén ym. 2017). Osaamisen keskittäminen ja hallinnointi nähdään itsessään positiivisena, jos samalla huomioidaan palveluiden alueellinen saavutettavuus.

Vaikutusarvioinnissa todetaan, että mikäli asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto mahdollistaa tulevaisuudessa maakuntaa laajempaan hankintapohjan, voi se lisätä kielellisten oikeuksien näkökulmasta yhdenvertaisuutta (Vaikutusarviointi 22.1.2018). Palveluiden hankkiminen asiakassetelipalvelun avulla laajemmalta alueelta voi asiantuntijakuulemisten perusteella edesauttaa palveluiden saamista, mutta myös osaamiskeskittymien kehittymisen eri tavalla. Toisaalta saatavuuteen liittyy maantieteelliset etäisyydet, ja eri palveluntuottajien kiinnostus toimia harvaanasutuilla alueilla, eikä lain vaikutusarvioinnissa ylipäin kiinnitetä huomiota siihen, että henkilöt, jotka ovat riippuvaisia Kelan kuljetuspalveluista, eivät saa maksusitoumuksia kuin lähimpään palveluun, jolloin valinnanvapaus alueella voi olla näennäistä.

Kielellisten oikeuksien turvaamiseksi on esitetty jo joitain rakenteita: Sote-yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien yhteistyösopimukseen sisältyy velvoite suunnitella toimenpiteet kielellisten oikeuksien varmistamiseksi. Valtioneuvoston joka neljäs vuosi vahvistamiin lainsäädäntöä täydentäviin strategisiin tavoitteisiin on määriteltävä tavoitteet kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Valmisteilla olevan maakuntalain mukaan kaksikielisessä maakunnassa maakuntahallituksen on asetettava vähemmistökielen vaikuttamistoimielin, johon valitaan maakunnan vähemmistökielisiä asukkaita edustavia henkilöitä. Vaikuttamistoimielimen tehtävänä on selvittää, arvioida ja määrittellä

---

<sup>12</sup> Valiokunnan lausunto PeVL 26/2017 vp – HE 15/2017 vp, HE 47/2017 vp, HE 52/2017 vp, HE 57/2017 vp, HE 71/2017 vp

maakunnan kielellisen vähemmistön palvelujen tarvetta sekä seurata ja kehittää näiden palvelujen saatavuutta ja laatua. Myös maakunnassa, johon kuuluu saamelaisten kotiseutualueeseen kuuluva kunta, on maakuntahallituksen asetettava saamenkielen vaikuttamistoimielin, jonka jäseneksi valitaan saamenkielisiä asukkaita edustavia henkilöitä<sup>13</sup>. Asukkaiden ja asiakkaiden osallistuminen ja osallistaminen sisältyy varsin vahvasti maakunta- ja sote-uudistuksen lakiehdotukseen<sup>14</sup>. Laissa turvataan jo olemassa olevat vaikuttamistoimielimet eli vammais- ja vanhusneuvostot sekä nuorisovaltuusto, ja asukkaiden eri osallistumisen ja kuulemisen tapoja on tuotu esiin myös lakiesityksessä. Kuten suosituksissa nostetaan esiin, osallisuuden edistämiseksi tulee varmistaa laajasti eri väestöryhmien kuuleminen ja seurantatiedon tuottaminen.

Sote-järjestämislain ehdotuksen 8 §:n mukaan maakunnan on asetettava suunnittelussaan tavoitteet, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen edistävät hyvinvointia ja terveyttä. Maakunnan on määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet ja vastuutoimijat, ja toimittava yhteistyössä alueen kuntien kanssa niitä tukien. Järjestöjen asemaa sote- ja maakuntamallissa kuvaavassa asiakirjassa (8.3.2018) todetaan myös, että maakunnan lakisääteisissä strategioissa ja julkisessa palvelulupauksessa on tärkeä ottaa huomioon järjestöjen yleishyödyllinen vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki. Järjestöjen tarjoama tuki voi olla osa palvelu- ja hoitoketjua. Esitykseen on kirjattu, että maakunta huolehtii lisäksi järjestöjen edustajien osallistumisesta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitteluun ja koordinaatioon<sup>15</sup>, mitä voidaan pitää erityisen tärkeänä yhdenvertaisten palveluiden kehittämiseksi.

Sosiaalipalveluiden kohdalla valinnanvapauden laajenemisen on arvioitu parantavan asiakkaan asemaa nykyiseen verrattuna, sillä nykyjärjestelmässämme valinnanvapaus on toteutunut sosiaalihuollon palveluissa vain rajallisesti. (Vaikutusarviointi 22.1.2018.) Kerätyn aineiston perusteella voidaan esittää huoli vaativan ja moniperusteisen syrjintäperusteet kattavan osaamisen saatavuudesta ja riittävydestä. Käytännössä henkilöstövaikutusten arviointia on tehty vasta laajemmin henkilöstön aseman ja henkilöstöjohtamisen näkökulmista (ks. Nybondas-Kangas, 2017). Toimijakentän laajentuessa pelkona on palveluiden pirstaloituminen ja kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuun katoaminen. Merkittävää onnistumiselle on se, kuinka maakunta onnistuu ottamaan vastuun eri toimijoiden verkottamisesta, yhdyspintojen luomisesta sekä niiden valvonnasta ja seurannasta.

<sup>13</sup> <http://alueuudistus.fi/sote-uudistus/kielelliset-oikeudet>

<sup>14</sup> Maakunta- ja sote-uudistuksen lainsäädäntö. Tiivistelmä lakiesitysten keskeisistä asioista.

<sup>15</sup> <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/7168024/08+J%C3%A4rjest%C3%B6jen+asema+sote-+ja+maakuntamallissa.pdf/b095987b-4efa-4a49-a6a5-7dbf69c3b108/08+J%C3%A4rjest%C3%B6jen+asema+sote-+ja+maakuntamallissa.pdf.pdf>

Osaamistarpeisiin vastaamisesta on huomioitu lakiehdotuksessa siten, että palvelujen kehittämisestä sekä koulutukseen osallistumisesta säädettäisiin järjestämisalakiehdotuksessa. (Vaikutusarviointi 22.1.2018.) Osaamisen kehittämisen näkökulmaa tuleekin tarkastella tarpeeksi laajasti, jotta siinä huomioidaan myös monimuotoisen asiakaskunnan tarpeet alueellisesti kattavalla tavalla.

Vaikutusarvioinnissa on nostettu positiivisena seikkana uudistukseen liittyvä pyrkimys digitaalisten palvelujen lisäämiseen, joka loisi myös mahdollisuuksia edellyttäen, että kehittämistyössä otettaisiin myös kielelliset ja kommunikaatiotapoihin liittyvät asiat huomioon (Vaikutusarviointi 22.1.2018). Palveluntuottajien keskinäisen benchmarkauksen myötä, kilpailuasetelman vahvistuessa, voi olla itsessään positiivisia vaikutuksia palveluihin ja niiden saavutettavuuteen. Lähtökohtana tulisi olla saavutettavat palvelut, jolloin ns. minimitalvoitteet tulee asettaa jo tarpeeksi korkealle suhteessa alueiden palvelukokonaisuuteen.

## 4.5 Johtopäätökset ja suositukset kootusti

Seuraavaksi on tiivistetty johtopäätökset arviointikysymyksittäin. Luvun lopussa on esitetty tiedonkeruun ja asiantuntijakuulemisten perusteella suosituksia huomioitavaksi sosiaali- ja terveystalvueluiden järjestämiseen tulevaisuudessa. Johtopäätökset ja suositukset on tiivistetty kuvaan 6. Johtopäätöksiä luettaessa on hyvä tiedostaa, ettei kokeilusta saaduista kokemuksista voi vetää suorita johtopäätöksiä siitä, kuinka toiminta näyttäytyisi vireillä olevan lain valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa tullessa voimaan.

### Kuinka tieto valinnanvapauskokeilusta on tavoittanut eri väestöryhmät?

Valinnanvapauskokeilut on toteutettu suomenkielisissä kunnissa, jolloin viranomaisten vastuu tuottaa tietoa rajoittuu suomen kieleen. Viranomaiset voivat kuitenkin aina antaa parempaa palvelua kuin mitä kielilaki edellyttää. Arvioitaessa sitä, onko kokeilujen tiedotus ja kokeiluissa toteutettavat ohjaus- ja neuvontapalvelut olleet riittävät tavoitukseen eri kohderyhmät, voidaan todeta, ettei minimivaatimus ole riittävä.

Tiedotus valinnanvapauskokeilusta ja siihen liittyvistä palveluista vaihtelee paljon alueittain ja toimijoittain. Tietoa on tuotettu pääosin suomeksi, ja kahdella kokeilualueella myös selkokielellä. Yhdellä alueella on panostettu eri kieliversioihin. Palveluista saa pääosin monikanavaisesti tietoa, eli sitä on tarjolla verkossa, puhelimitse, painettuna esitteinä ja henkilökohtaisesti asioimalla. Tarkkaa tietoa siitä, kuinka hyvin tieto valinnanvapaudesta ja palveluista on saavuttanut eri vähemmistöryhmät, ei ole saatavilla,

mutta aineiston perusteella voidaan päteellä, että tietoisuus on todella alhainen vielä kokeiluvaiheessa, eikä valinnanvapaus toteudu.

Se, että palveluista on tiedotettu pääosin suomeksi, rajaa muun kuin suomenkieliset herkästi kokeilun ulkopuolelle. Lisäksi aihealue on itsessään monimutkainen. Vaikka tieto olisi saavuttanut kohderyhmään kuuluvia, valinnanvapaus on asia, joka konkreettisesti useille vasta silloin kun tulee sosiaali- tai terveyspalveluiden tarve on ajankohdainen. Tämä tietoisuuden ja tarpeen kohtaaminen rajaa jälleen pois suuren joukon ihmisiä taustasta riippumatta. Vaikka alueilla on tehty sidosryhmäviestintää ja järjestöyhteistyötä, kokeilun aikana eri vähemmistöryhmiin kuuluvat henkilöt ja heitä edustavat tahot ovat jääneet tiedotuskanavana pitkälti hyödyntämättä.

### Miten eri palveluntarjoajat ovat varautuneet yhdenvertaisuusnäkökulman huomioimiseen, ja millaisia eroja toiminnassa on?

Valinnanvapauskokeilualueilla tarkastelun kohteena olevien kieliryhmien oikeudet määrittyvät pitkälti potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön mukaan. Tällöin voidaan puhua laajemmin kielellisestä saavutettavuudesta. Potilaan tiedonsaantioikeuden ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä on, että potilas ymmärtää ja tulee ymmärretyksi. Muussa lainsäädännössä on tarkempia rajoituksia eri kieliryhmien ja vammaisten henkilöiden tulkkauspalveluista, palveluiden järjestämistavasta ja korvauserusteista. Kun julkinen hallintotehtävä annetaan yksityiselle, koskee viranomaiselle säädetyt velvoitteet myös niitä.

Milloin kielellinen saavutettavuus toteutuu, potilas saa palvelua ja tulee ymmärretyksi sekä ymmärtää hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan myös itse vastuuta hoidostaan. Tämä edellyttää henkilöstöltä kohtaamistaitoja, ja osaamista ottaa kielelliset oikeudet huomioon. Kokeilualueiden palveluntuottajien sääntökirjoissa on huomioitu, että järjestäjän tulee varata riittävä määrä suomen ja ruotsin kielistä henkilöstöä, vaikka mukana olevat alueet ovat suomenkielisiä. Muiden kielten osalta kärjistäen voidaan sanoa, että kielelliset oikeudet ovat olleet mukana kokeilussa kirjauksena tulkkipalveluista sääntökirjoissa ja mahdollisesti niitä täydentävissä ohjeissa, eikä niiden toteutumista ole erityisesti käsitelty tai seurattu. Perusteina on nähty, että volyymit ovat vielä niin pieniä ja eri kieliryhmien osuus kokeiluissa hyvin pieni: tarvitaan lisää kokemusta ja volyyymiä. Osalla alueista ja palveluntuottajista on jo kokemusta eri taustaisten henkilöiden listauduttua palveluntuottajalle, mutta osalle tilanne ei ole tullut edes vastaan. Viittomakielisten asiakkaiden osalta vastuita tulkkipalveluiden järjestämisestä ei ole juuri sivuttu alueilla. Keskitettyä tietoa niin viittomakielisen kuin muun kielisen palvelun saatavuudesta ei ole saatavilla.

Se, kuinka kielellinen saavutettavuus osataan huomioida, vaihtelee toimijoittain. Valinnanvapauskokeilussa on pääosin edetty sillä osaamisella ja niillä valmiuksilla, joita tuottajilla on ollut valmiiksi. Henkilöstölle suunnatun kyselyn mukaan varsin moni kokee osaamisen vielä riittämättömäksi.

Yhdenvertaisuusnäkökulmaa ei ole tässä kokeilun vaiheessa nostettu esiin erityisteenä. Palveluntuottajilla on eri erityisryhmien hoidollisissa kysymyksissä valveutunutta henkilöstöä, mutta asiakkaiden moninaisuuden näkökulmasta ei voida tehdä päätelmiä siitä, osaako henkilöstö palvella yhdenvertaisesti monimuotoista asiakaskuntaa eri palveluntuottajilla. Lähtökohtana kokeilussa on ollut, että toiminta on käynnistynyt sillä osaamisella, jota eri tahoilla on ollut, osaaminen vaihtelee toimijoittain ja kuvaa ns. yleistilannetta, joka vallitsisi ilman kokeilua. Myöskään asiakaskunnan kautta ei ole noussut erityisiä paineita tarkentaa käytäntöjä, mikä kuvaa myös nyt mukana ollutta asiakuntaa.

Sosiaaliohjauksen rooli ja mahdollisuudet ovat olleet kokeilun ajan varsin epäselviä ja toimintamuodot vasta muotoutumassa. Lähtökohta on, että sosiaaliohjauksen asiakaskuntaan kuuluu erityisen haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä. Osaamiseen liittyy myös kielellisen yhdenvertaisuuden kysymyksiä, ja risteäviin syrjinnän perusteisiin liittyvän erityisosaamisen hallinta, jonka toteutumista ei vielä kokeiluissa ole päästy todentamaan. Myös palveluketjun kokonaisuuden hallinnan kysymykset sekä mm. järjestötoimijoiden tuleva rooli suhteessa yksityisiin palveluntuottajiin ja hyvinvoinnin- ja terveydenedistämisen kokonaisuuteen, on vielä kokeilussa auki.

## Miten kokeiluun liittyvien sähköisten palvelujen saavutettavuus on toteutunut eri kohderyhmillä?

Tietojärjestelmien käyttöönotossa on kokeilun aikana pitänyt paikoin tyytyä puoli-manuaalisiin ratkaisuihin, mikä ei pysyvässä valinnanvapausmallissa ole mahdollista. Kyseessä on väliaikainen kokeilu, jossa eri toimijat etsivät yhteisiä toimintakäytäntöjä ja rajapintoja, joten kokeilussa on jouduttu tekemään myös kompromisseja, jotka ovat voineet myös heikentää sähköisiä palveluja. Muuten sähköisten palveluiden ja ratkaisujen kirjo heijastaa valinnanvapauskokeilussa hyvin nykyistä tilannetta: osa palveluntarjoajista on huomionut saavutettavuuden ja monikanavaisuuden paremmin kuin toiset.

Kokeilussa on huomioitu monikanavainen asioiminen valintaa tehdessä, mutta muuten saavutettavuuteen ei ole kiinnitetty erityistä huomiota tai yhdenmukaistettu käytäntöjä. Esimerkiksi vain pieni osa on huomionut viittomakieliset ajanvarauksessa ja asioimisessa. Myöskään tieto asiakkaiden kielestä ja mahdollisesta tulkin tarpeesta ei

siirry kaikilla automaattisesti listautuessa potilastietojärjestelmien kautta. Valinnan tukena käytettävien palveluportaalien ja verkkosivujen sisällöt vaihtelevat. Vaikka osa on kiinnittänyt saavutettavuuteen teknisesti huomiota, ja testannut sähköisten palveluiden saavutettavuuden aistivammaille henkilöille, silti tietosisällöt eivät anna yhdenmukaisesti informaatiota palvelun saavutettavuudesta, esteettömyydestä, laadusta tai erityisosaamisesta.

## Voidaanko palveluiden ajatella paranevan vähemmistöryhmien kohdalla valinnanvapauden laajentuessa?

Valinnanvapauden voidaan nähdä luovan aitoja positiivisia vaikutuksia vähemmistöryhmien palveluihin. Omakielisten palveluiden saatavuuden vahvistuminen voi lisätä niin potilasturvallisuutta kuin laajempaa hyvinvointia. Kielellisten ja kulttuurillisten tarpeiden huomiointi osaamisessa voi toimia kilpailuvalttina, milloin alue on ylipäänsä houkuttava palveluntuottajien näkökulmasta, ja osaavaa henkilöstöä on saatavilla. Mikäli tuottamistapa kannustaa ja mahdollistaa myös pienten toimijoiden mukaan tulon, voi se myös monipuolistaa palvelutarjontaa. Suuret muutokset ovat myös loistava mahdollisuus yhdenmukaistaa ja edesauttaa palveluiden saavutettavuutta, jos näkökulma pidetään mukana alusta alkaen. Palveluiden pirstaloitumisen pelko taas on haaste, johon tulee löytää ratkaisuja. Keskeisessä asemassa on myös se, kuinka saavutettavaa tietoa valinnan tueksi on, jotta asukkaat osaavat tehdä itseä koskevia päätöksiä oikeilla perusteilla.

Edellä kuvattujen positiivisten vaikutusten toteutuminen edellyttää merkittäviä toimia, joita käsitellään seuraavaksi suosituksissa.

## Suosituks

Kokeiluvaiheessa on lähdetty ensin hahmottamaan kokonaisuutta ja toimintatapoja tekemällä isoja linjauksia, mutta huomiota pitäisi seuraavaksi kiinnittää marginaaliin. Ns. heikompiosaisten ja paljon palveluita käyttävien ihmisten palvelutarpeet ja mahdollisuudet valintoihin pitäisi huomioida huomattavasti nykyistä vahvemmin tulevaisuuden palveluissa, ja rakentaa järjestelmää heidän tarpeistaan nousevan. Valinnanvapauden laajentuessa ja valtakunnallistuessa, yhdenvertaisuuden kysymykset tulee huomioida läpileikkaavasti. Seuraavaksi esitetään selvityksen tulosten pohjalta suosituksia kielellisten oikeuksien, kielellisen saavutettavuuden ja laajemman yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi.

Suosituks on suunnattu niin ministeriölle, sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajille, järjestäjille kuin myös maakuntahallinnolle. Yhteistyön kautta suosituks kohdentuvat

myös kolmannelle sektorille ja yhteistyötahoihin, jotka tulee ottaa huomioon palveluiden järjestämisessä, suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa.

**Tiedotuksessa huomioitava erityisesti syrjinnän vaarassa olevat ryhmät:** Etenkin paljon palveluja tarvitsevien ja syrjinnän vaarassa olevien kohderyhmien kohdalla on varmistettava, että asiakas saa valintansa tueksi ymmärrettävää tietoa palveluista ja eri toimijoiden rooleista ja vastuista. Tämä edellyttää myös sitä, että asiakkaalle on saatavissa riittävästi henkilökohtaista palveluohjausta.

Valinnanvapauden laajentuessa tiedotuksessa tulisi huomioida erityisesti ne ryhmät, joilla on vähiten edellytyksiä saada tietoa. Tiedotuksen tarpeita tulisi tarkastella valtakunnallisesti ja tuottaa ydinviesteistä kieliversioita (ml. viittomakielinen videomateriaali) ja ohjeistuksia, joita voi soveltaa kohdennetun tiedon tuottamiseksi alueellisesti. Kaikessa viestinnässä tulisi pyrkiä selkokieliisyyteen, asiakasryhmän taustasta riippumatta.

Kolmannen sektorin toimijoita, maahanmuuttajien omia järjestöjä ja yhdistyksiä, matkailun kynnyksen neuvontapisteitä, ohjaushenkilöstöä ja vaikuttamistoimielimiä tulisi hyödyntää tiedotuksessa vahvemmin. Tietoa tulee olla riittävästi myös eri palveluita edustavilla ja ohjaustyötä tekevillä viranomaisilla.

Jotta tiedotusta voidaan kohdentaa oikein, alueen tulisi tehdä kohderyhmittäin sidosryhmäkartoitus, eli hahmottaa tahot, jotka toimivat eri ohjaus- ja neuvontaroleissa tai vertaistoiminnan toteuttajina. Tietoa tulee välittää sidosryhmäkartoituksen perusteella tunnistetuille tahoille, jotka toimivat myös tiedon tuottamisvaiheessa yhteistyössä.

Monikanavaisessa viestinnässä tulisi huomioida eri kohderyhmät: esimerkiksi paikallislehtien merkitys korostuu näkövammaisilla, jotka käyttävät laajasti näkövammaisten lehtikuuntelupalvelua. Merkittävistä uudistuksista tulisi viestiä myös mm. viittomakielisten ja saamenkielisten uutisten kautta. Valtakunnallisessa tiedotuksessa huomioitava myös mm. vakiintuneet ohjauksen portaalit, kuten Infopankki.

**Eri vähemmistöryhmät aidosti osallistavia rakenteita tulee luoda palvelun suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan:** Palveluiden saavutettavuus riippuu siitä, kuinka palveluista tiedotetaan, kuinka esteettömiä ja palvelutarpeeseen osuvia ne ovat. Toimijakentän laajentuessa pelkona on palveluiden pirstaloituminen, ja kokonaisvaltaisen terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen vastuun katoaminen. Merkittävää onnistumiselle on se, kuinka maakunta onnistuu ottamaan vastuun eri toimijoiden verkottamisesta, yhdyspintojen luomisesta sekä niiden valvonnasta ja seurannasta.



Osallistamisella voidaan varmistaa, että palvelut ja niistä viestintä huomioi myös mahdollisia kulttuuriin liittyviä piirteitä, jotka voivat vaikuttaa avun hakemiseen ja saamiseen. Samalla voidaan vastavuoroisesti lisätä tietoa palveluista ja yhteiskunnan säädöksistä. Tämä edellyttää sidosryhmien sitouttamista ja osallistamista myös palveluiden suunnitteluun.

Valinnanvapauskokeiluissa on pyritty edistämään asiakkaiden ja asukkaiden osallisuutta laajalla rintamalla, mutta vain vähän erityisryhmien ja syrjintäperusteiden näkökulmasta. Tätä puolta tulisi vahvistaa entisestään. Erityisesti tulee tarkastella palvelupolkujen tai palveluiden kehittämistä eri taustamuuttujat huomioiden. Osallistamisen rakenteet tulee pohtia siten, että mahdollistetaan myös erityisen heikossa asemassa olevien vaikuttaminen, jolloin kuulemistapoja tulee rakentaa yhteistyössä vaikuttamistoimielinten, eri kohderyhmiä edustavien vastuuvirkamiesten ja kolmannen sektorin kanssa. Tällaisia sidosryhmiä ovat mm. alueelliset vammaisjärjestöt, alueelliset etnisten suhteiden neuvottelukunnat, romaniasianneuvottelukunnat ja paikalliset romani-neuvostot, monikulttuurisuus- tai maahanmuuttajaneuvostot ja/tai yhdistykset, vammais-, ja vanhusneuvosto, saamelaisjärjestöt ja paikalliset SETA:t, eri kohderyhmiä edustavat liitot ja alueelliset olosuhteet huomioiden myös kerhot tai muut toimijat, joiden kautta voidaan tavoittaa ja osallistaa eri kohderyhmiä. Moninaisuuden varmistaminen on tärkeää siksikin, ettei kaikille eri väestöryhmille ole suunniteltu erillisiä vaikuttamisväyliä, kuten vaikuttamistoimielimiä, maakuntien hallintorakenteisiin. Maakuntarakenteiden kehittämisen osana tulee varmistaa resurssit järjestötoimijoiden osamisen vahvistamiseksi, jotta niillä on myös valmiuksia vaikuttamistyöhön.

Osallistamisen menetelmissä tulee huomioida moniperusteisen syrjinnän perusteet myös siten, että yhteisön sisällä heikossa asemassa olevien kuuleminen mahdollistuu. Tämä tarkoittaa usein kohderyhmän luo menemistä sen lisäksi, että toteutetaan laajempia kuntakuulemisia.

Osallistamisen rakenteita ja toimintatapoja muodostettaessa olisi hyvä huomioida alueellisesti sosiaali- ja terveyspalveluita laajemmin ihmisten hyvinvointiin liittyvät osaluueet, joiden kehittämisessä tulisi kuulla eri väestöryhmiä. Tämä tarkoittaa maakunta- ja sote-uudistuksen hengessä sektorirajat ylittävää toimintaa ja kuulemista, jonka perusteella voidaan suunnata toimenpiteitä. Ylisektoraalisuutta tarvitaan, sillä asukkaiden osallisuuden vahvistamisessa tulee huomioida mahdollisimman laajasti siihen vaikuttavia tekijöitä, ja suunnata resursseja tunnistettuihin tarpeisiin.

Kaksikielisten maakuntien vähemmän puhutun kielen (suomi/ruotsi) vaikuttamistoimielimen ja Lapin maakunnan saamen kielen toimielinten vaikuttavuutta tulee tukea. Keskeistä on toimielimen ehdotusten ja asiantuntemuksen hyödyntäminen siten, että niillä on vaikutusta vähemmistökielellä tuotettaviin palveluihin.

**Tuotettava tietoa laadun seurantaan ja rahoituksen pohjaksi:** Koska kokeilualueilla ei ole kertynyt kuin nimeksi kokemusta eri kieliryhmien kanssa toimimisesta, osaamisen kehittämisen näkökulmia tai käytäntöjä ei ole syntynyt. Tarvitaan lisää kokemuksia ja tietopohjaa, mutta myös vahvempaa osallistamista. Kieli on osa palvelujen laatua, ja usein myös edellytys sille, että henkilö pääsee käyttämään muita oikeuksiaan. Valinnanvapautta on mahdollista käyttää vain, jos vertailutietoa esimerkiksi omakielisen palvelun saatavuudesta ja tasosta on saatavilla. Tätä edesauttamaan tulisi tuottaa seurantatietoa myös eri kieliryhmien osallistumisesta palveluun, ja palveluiden koetusta laadusta.

Yhdenvertaisuuden toteutumisen näkökulmasta on esitetty huoli siitä, kuinka rahoituksessa huomioidaan asiakkaiden moninaisuus. Tähän liittyy myös se, osataanko mm. tulkkipalveluiden tarve arvioida, ja miten rahoitusvastuu kannetaan tulevaisuudessa. Moninaisen asiakaskunnan yksilöllisessä hoidossa tulisi huomioida yksilölliset tarpeet, mm. jousto vastaanottoajoissa tulkin kanssa toimittaessa. Jotta tarvittavaa tietoa saadaan koottua seurannan tueksi, tulee asiakkaiden kieli ja tulkkipalveluiden käyttö ottaa erillisen seurannan kohteeksi niin kustannusten kuin palautteiden seurannassa. Myös vähemmistökielen vaikuttamistoimielinten suunnittelu- ja seurantatyölle on olennaista, että palveluiden tuottajat keräävät ja julkaisevat tietoa kielellisten palveluiden toteutumisesta toiminnassaan.

Valtakunnallisia ja alueellisia strategioita tuotettaessa tulisi huomioida myös väestötutkimukset, kuten vuoden 2018 valmistuva romanien hyvinvointitutkimus Roosin tulokset ja maahanmuuttajien hyvinvointitutkimuksen tulokset.

**Sähköisten palveluiden ja rajapintojen yhtenäistäminen ja saavutettavuuden vaade:** Julkisen palveluntuottajan veloituksia ja vastuita valutetaan nyt myös yksityis sektorille, jolloin sähköisten palveluiden ja infrastruktuurin kehittämisessä tulisi huomioida saavutettavuus laajasti eri kohderyhmien näkökulmasta. Kela on parhaillaan kehittämässä kansallista ratkaisua valinnanvapauden tietojärjestelmille, ja sitä tullaan hyödyntämään tulevissa piloteissa. Ratkaisun lähtökohtina on saavutettavuus ja esteettömyys. Vähimmäistason määrittäminen myös muille sähköisille järjestelmille on tärkeää heti palveluiden suunnitteluvaiheessa, ja myös tähän tulisi aidosti osallistaa eri kohderyhmien edustajia, ja varmistaa saavutettavuus.

Kielilakien ja erityislainsäädännön kieliä koskevien säännösten tarkoituksena on, että kielelliset oikeudet toteutuvat ilman, että niihin tarvitsee vedota. Edellytyksenä tälle on, että palveluntuottaja pystyy selvittämään asiakkaan kielen. Tämä on otettava huomioon myös sähköisissä järjestelmissä ja arkipäivän toimintakäytännöissä. Potilastietojärjestelmiä kehitettäessä tulisi huomioida asiakkaan kieli ja tulkin tarve siten, että tietoa voidaan hyödyntää asiakaskohtaiseen tulkkipalvelujen tarpeen arviointiin sekä seurannan tarpeisiin.

Sähköisiä järjestelmiä tulisi hyödyntää suunnitelmallisemmin myös palvelun saavutettavuuden lisäämiseksi, esimerkiksi etätulkkauksen hyödyntämisessä palveluohjauksessa ja palveluissa.

Sähköisten palveluiden tulee olla saavutettavia aistivammaisille henkilöille. Tämä tarkoittaa muun ohella esimerkiksi sitä, että sivustot ovat yhteensopivia ruudunlukijoiden kanssa ja sivustoilta löytyvät videot ovat tekstitettyjä kuulovammaisten henkilöiden tiedonsaannin mahdollistamiseksi.

**Palveluntuottajien ohjaukseen sisällytettävä yhdenvertaisuuslain mukaiset velvoitteet ja vastuut sekä moniperusteisen syrjinnän huomiointi:** Valinnanvapauden laajentuessa sääntökirjaan/ palveluntuottajien velvoitteita ja vastuita kuvaavaan asiakirjaan tulee tehdä näkyväksi, mitä yhdenvertaisuudella (ml. kielelliset oikeudet ja kielellinen saavutettavuus) tarkoitetaan ja kirjataan myös yhdenvertaisuuslain velvoitteet näkyväksi. Näiden tulee näkyä johdonmukaisesti myös palveluiden järjestäjien toiminnassa, jota tulee seurata.

Palveluiden järjestämisessä tulee lähtökohtaisesti varmistaa, että ne ovat esteettömät ja saavutettavat eri kohderyhmille: esimerkiksi eri vamma ryhmille ja ikäihmisille tulee olla tarjolla pääsy esteettömään ja saavutettavaan asiointiin (esim. ajanvaraus, tilat, tulkki käytäntöjen yhdenmukaistaminen, ohjeistus sekä esteettömät tutkimusvälineet ja -laitteet). Tilojen ja sähköisten palveluiden esteettömyys tulisi varmistaa kartoituksilla, ja puutteet korjattava ennen palveluntuottajien hyväksymistä (ks. myös yhdenvertaisuusvaltuutetun lausunto valinnanvapauslain esityksestä 15.12.2017).

Kun yli 30 henkilöä työllistävä yksityinen palveluntuottaja toteuttaa julkista hallintotehtävää, on tuottajalla myös yhdenvertaisuussuunnittelun velvoite edistämismuutoksen lisäksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjän tulee ottaa tämä huomioon myös palveluntuottajien ohjauksessa ja palveluiden seurannassa.

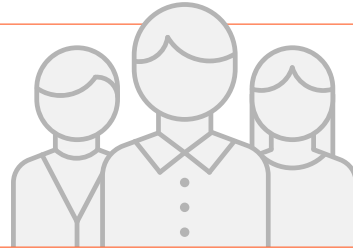
**Kielellisen saavutettavuuden ja yhdenvertaisuusosaamisen edistämiseksi henkilöstön osaaminen tulee varmistaa niin organisaatio- kuin aluetasolla:** Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä tulisi varmistaa, että kokonaisuudessa on huomioitu eri kohderyhmien ja vähemmistöryhmän risteäviin tarpeisiin vastaamisen osaaminen alueellisesti. Tämä edellyttää riittävää resursoimista osaamisverkoston kokoamiseen, verkottamiseen ja osaamisen kehittämiseen alueellisesti.

Jokaisessa kaksikielisen alueen sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisi varmistaa riittävä vähemmän puhutun kielen osaaminen. Tilanteen turvaamiseksi ruotsinkielisten ja saamenkielisten näkökulmasta kielitaito tulisi huomioida nykyistä paremmin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan rekrytoinnissa, koulutuksen tarjonnassa, mutta myös täydennyskoulutusten suunnittelussa työpaikoilla. Omakielisten palveluiden tarjonnan kehittämiseen tulisi kannustaa.

Henkilöstön kielitaidosta (ml. viittomakieli) tulisi koota systemaattisesti tietoa organisaatiossa ja tuoda se näkyväksi valintaportaaliin asiakkaalle.

Tulkkien käytön ja hankkimisen käytännöt tulisi yhtenäistää ja ohjeistaa valtakunnallisesti. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa tulisi viittomakielen tulkkauksen järjestämistä tarkastella kokonaisuutena uudelleen, jotta ei luoda rinnakkaisia välitysjärjestelmiä (Viittomakieliloikka 2017). Samoin saamenkielisiä tulkkauspalveluita tulee kehittää ja ne olisi hyvä keskittää siten, että myös viranomaiset voisivat tilata tulkkauspalveluita yhdestä paikasta (Olsén ym. 2017).

## Kielellinen saavutettavuus sosiaali- ja terveystalvissa



### VOIVATKO PALVELUT PARANTUA VALINNANVAPAUDEN MYÖTÄ?



Mikäli henkilöstön kieli-taito nähdään palveluntuottajan kilpailuvaltina



Omakielisten palveluiden saatavuuden vahvistuminen voi lisätä potilasturvallisuutta



Kun vertailutietoa on saatavilla ja tieto valinnan tueksi on saavutettavaa

#### TILANNE NYT

#### SUOSITUKSET



#### TIEDOTUS, NEUVONTA JA OHJAUS VALINNANVAPAUS-KOKEILUSSA

Toteutettu pääosin minimin mukaan, eikä tieto ole tavoittanut muun kuin suomenkielisiä.

- Tiedotuksessa huomioitava erityisesti syrjinnän vaarassa olevat ryhmät.
- Kaikessa viestinnässä tulisi pyrkiä selkokielisyyteen ja tiedotusmateriaalia tulisi tuottaa eri kielillä
- Tiedotuksen tulee olla monikanavaista ja siinä tulee hyödyntää mm. kolmannen sektorin toimijoita.



#### YHDENVERTAISUUDEN HUOMIOIMINEN PALVELUISSA JA HENKILÖSTÖN OSAAMINEN

Vaihtelee toimijoittain. Toimintatavat ja vastuut eivät ole selviä.

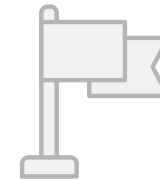
- Eri vähemmistöryhmät osallistavia rakenteita tulee rakentaa palvelun suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan.
- Varmistettava henkilöstön osaaminen (kielellinen saavutettavuus, risteävät syrjinnäperusteet).
- Tulkkien hyödyntämisen ja hankkimisen käytäntöjä tulee yhtenäistää ja ohjeistaa.
- Varmistettava palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus eri kohderyhmille.



#### SÄHKÖISET PALVELUT

Osa on huomioinut saavutettavuuden ja monikanavaisuuden paremmin kuin toiset.

- Tulee olla saavutettavia aistivammaisille henkilöille.
- Sähköisiä järjestelmiä tulisi hyödyntää suunnitelmallisemmin palvelun saavutettavuuden lisäämiseksi
- Sähköisten järjestelmien, ml. potilastietojärjestelmien, on tuettava kielellisten palveluiden tuottamista, seuranta ja arviointia.



#### TAVOITTEENA KIELELLINEN SAAVUTETTAVUUS SOTE-PALVELUISSA

Asiakas tai potilas on tietoinen palveluista, saa palvelua, tulee ymmärrettyksi, ymmärtää myös hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan itse vastuuta hoidostaan.

Kuva 6. Yhteenveto selvityksen tuloksista ja suosituksista



Kuva 7. Seikkoja, joita tulisi huomioida palveluista viestittäessä ja sähköisessä portaalissa

## LÄHTEET

- Ahlstén, M., Leinonen, E., Palokari, S., Puhakka, A. ja Rajalahti, A. (2014). Tiedän mitä tahdon. Kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilusta vammaispalveluissa.
- Ahmed, F., Abel, G. A., Lloyd, C. E., Burt, J. ja Roland, M. (2015). Does the availability of a South Asian language in practices improve reports of doctor-patient communication from South Asian patients? Cross sectional analysis of a national patient survey in English general practices. *BMC Family Practice* (2015), 16:55.
- Boelius, T. (2017). Romanilapset, -nuoret ja -perheet osana LAPE-muutosohjelmaa. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M. ja Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 2017, 16:29.
- Czapka, E. A. ja Sagbakken, M. (2016). "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Services Research* (2016) 16:460.
- Department of Health and Social Care (2009). Report on the self reported experience of patients from black and minority ethnic groups. June 2009. Saatavilla: [www.gov.uk](http://www.gov.uk).
- Department of Health and Social Care (2016). Guidance. The NHS Choice Framework: what choices are available to me in the NHS? Saatavilla: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-choice-framework/the-nhs-choice-framework-what-choices-are-available-to-me-in-the-nhs>.
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. ja Magee, H. (2010). Patient choice. How patients choose and how providers respond. *The King's Fund*. Saatavilla: [www.kingsfund.org.uk/publications](http://www.kingsfund.org.uk/publications).
- Equality Act (2010). Saatavilla alasivuineen: <https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance>.
- Fontaki, M. (2014). What market-based patient choice can't do for the NHS: The theory and evidence of how choice works in health care. *Centre for Health and the Public Interest*.
- Forder, J., Jones, K., Glendinning, C., Caiels, J., Welch, E. (2012). Evaluation of the Personal Health Budget Pilot Programme. Department of Health, 2012.
- Fredriksson, Mio, 2013. Is patient choice democratizing Swedish primary care? *Health Policy* 111 (2013), s. 95–98.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Helsedirektoratet, 2013. Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten. *Rapport IS-0405*.

Helsedirektoratet, 2014. Årsrapport 2014. Fritt sykehusvalg Norge. *Rapport IS-2272*.

Helsedirektoratet, 2017. Status for Fritt behandlingsvalg. Desember 2017. *Rapport IS-2681*.

Häger Glengård, A. (2013). Productivity and patient satisfaction in primary health care – Conflicting or compatible goals? *Health Policy*, 111 (2013), s. 157–165.

Jonsson, P., Nykänen, E. Pohjola, P., Junnila, M, Hietapakka, L., Liukko, E., Parhiala, K. Nuorteva, L. Leena & Whellams, A. (2016). Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystalveluissa – Kuvauksia eräistä Euroopan maista. THL Työpaperi 6/2016.

Ihmisoikeuskeskus, Vammaisten henkilöiden pääsy oikeuksiin: vammaisjärjestöjen neuvontapalvelut (2016).

Kela (2015). ULKOMAILTA TULEVIEN SAIRAANHOITO SUOMESSA. Päivitetty 30.06.2015.

Kielikertomus (2017). Hallituksen kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2017. Hallituksen julkaisusarja. 8/2017. Valtioneuvoston kanslia.

Kielikertomus (2013). Valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2013.

Kulttuurisensitiivinen muistityö; kokemuksia Suomesta (2017). ETNIMU-projekti. Et-nistaustaisten ikääntyvien ihmisten aivoterveiden edistäminen. Suomen muistiasiantuntijat ry.

Kuurojen liitto (2016). OIKEUS OMAKIELISIIN SOSIAALI- JA TERVEYSTALVELUIHIN. Asiakkaana viittomakielinen kuuro. Tietopaketti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle.

Länsstyrelsen Stockholm (2017). Nationella minoriteter. Minoritetspolitikens utveckling år 2016. Service och omvårdnad inom äldreomsorgen på nationella minoritetsspråk. *Rapport 2017:05*. Saatavilla: [www.minoritet.se](http://www.minoritet.se).

Länsstyrelsen Stockholm (2018). Förvaltningsområden. Saatavilla: [www.lansstyrelsen.se](http://www.lansstyrelsen.se).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. *Vårdanalys, rapport 2015:6*. Saatavilla: [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).



Mannila, S., Castenada, A., ja Jasinskaja-Lahti, I. (2012) Syrjintäkokeemukset. Teoksessa Castenada Anu E & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Koskinen, Seppo (toim.) Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 229-239.

Niskala, A. ja Räisänen, R. (toim.) (2016): Lapin sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden nykytilan kuvaus, Lapin sairaanhoitopiiri ja Pohjois-Suomen osaamiskeskus

Norges forskningsråd (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter.

Norges Forskningsrådet (2007). Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse.

Norges Forskningsråd (2018). Evaluering av fritt behandlingsvalg. Saatavilla: <https://www.forskningsradet.no/prosjektbanken/#/project/NFR/272666>.

Nybondas-Kangas, H., Pakarinen, T. Heiskanen, M., Hotti, A., Juutinen, M., Paakkonen, N., Ruskoaho, J. ja Hakonen, A. (2017). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017.

Oikeusministeriö (2016). ”Usein joutuu miettimään, miten pitäisi olla ja minne olla menemättä”. Selvitys vihapuheesta ja häirinnästä ja niiden vaikutuksista eri vähemmistöryhmiin. Selvityksiä ja ohjeita 7/2016.

Olsén, L. ja Heinämäki, L. ja Harmoma, A. (2017). Vähemmistöjen sisäisten vähemmistöjen ihmisoikeudet ja moniperustainen syrjintä: Saamelaiset vammaiset henkilöt ja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt. *Juridica Lapponica* 43

”Opas terveydenhuollon ammattilaisille”. Romani ja terveystalvet. 3. uudistettu painos. Opetushallitus, Romaniväestön koulutusyksikkö. Helsinki.

Owal Group Oy (2018). Valinnanvapauskokeilun arviointi. Väliraportti Q1/2018.

Regjeringen (2017). Fritt behandlingsvalg gir stadig flere valgfrihet. Saatavilla: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fritt-behandlingsvalg-gir-stadig-flere-valgfrihet/id2583149/>.

Riksrevisjonen (2011). Reksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg. *Dokument 3:3 (2011–2012)*.

Ringard, Å., Sperre Saunes, I. ja Sagan, A., (2016). The 2015 hospital treatment choice reform in Norway: Continuity or change? *Health Policy* 120 (2016), s. 350–355.

Saamebarometri 2016. Selvitys saamenkielisistä palveluista saamelaisalueella. Sámi giellabaromehter 2016. Čielggadus sámegielat bálvalusain sámeguovllus. Oikeusministeriö. Selvityksiä ja ohjeita 39/2016. Čielggadusat ja rávvagat 39/2016

Sahakari, S., Valkeamäki, V. Mágga, M. (2017). Moninaisuus ikääntyvien palveluissa. Perehdytysopas.

SámiSoster (2017). Lausunto valinnanvapaudesta.

Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M. & Sainio, S. (2018). ASIAKKAIDEN OSALLISTUMISEN TOIMINTAMALLI Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 16/2018

Socialstyrelsen, 2012. Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning. Saatavilla: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen, 2015a. Äldreomsorg på minoritetsspråk. Saatavilla: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen, 2015b. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport 2011–2014. Saatavilla: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen, 2016. Oikeutesi hoitoon ja hoivaan. Ohjeita vanhuksille. Din rätt till vård och omsorg. En vägvisare för äldre. Översättning till finska.

Språkbarometern 2004–2016 (2016). Forskningsrapport. Kielibarometri 2004–2016. Tutkimusraportti. Justitieministeriets publikation 52/2016

Sveriges Kommuner och Landsting, 2018. Valfrihetssystem i kommuner 2017 – Beslutsläget I införandet av LOV. Saatavilla: [www.skl.se](http://www.skl.se).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. Esimerkkejä valinnanvapaudesta Euroopassa. Ruotsi. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus/esimerkkeja-valinnanvapaudesta-euroopassa/ruotsi>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2016. Esimerkkejä valinnanvapaudesta Euroopassa. Englanti. Saatavilla: [www.thl.fi](http://www.thl.fi).

The University of Birmingham & Anglo-German Foundation, 2005. Health Care Delivery in Britain and Germany: Towards Convergence? *Health Seminar Briefing Paper*.

THL (2018): Romanit palveluissa. Päivitetty 7.2.2018. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/kieli-ja-kulttuurivahemmistot-suomessa/romanit/romanit-palveluissa>

Touray, M. (2016). TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN KOHTAAMISEN HAASTEET MAAHANMUUTTAJIEN HOITOTYÖSSÄ. Kirjallisuuskatsaus. Opinnäyte-työ. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi AMK. Oulun ammattikorkeakoulu.

Törmä, S., Huotari, K., Tuokkola, K. ja Pitkänen, S. (2014). Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi. Selvitys vähemmistöihin kuuluvien ikääntyneiden henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sisäministeriön julkaisu 14/2014

UK Government, 2014. Cornish granted minority status within the UK. Saatavilla: [www.gov.uk](http://www.gov.uk).

Valtioneuvoston kanslia (2017). Hallituksen kertomus kielilainsäädännön soveltami-  
sesta 2017. Hallituksen julkaisusarja 8/2017.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014. Kotouttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 3/2014.

VAST VASTENSA (2007). Opas romanien kanssa työskenteleville sosiaalialan am-  
matilaisille.

Viittomakieliloiikka (2017). Suomen viittomakielten kielipoliittinen ohjelma 2010–15. Ar-  
viointi ja jatkotavoitteet.

Viljanen, A. M., Hagert, T. ja Blomerus, S. (2007). Romanit suomalaisessa terveyden-  
huollossa: tasa-arvon ansat. Duodecim 2007. Kulttuurien kohtaaminen;123:458–66

Vähemmistövaltuutettu (2014). Erilaisena arjessa. Selvitys romanien syrjintäkokemuk-  
sista. Vähemmistövaltuutetun julkaisusarja 15.

Weiste-Paakkanen, A., Martelin, T., Koponen, P., Koskinen, S., Linnanmäki, E.  
(2014). Romanien hyvinvointi -esitutkimus. Loppuraportti. THL: 16/2014.

Winblad, Ulrika; Isaksson, David & Bergman, Patrik, 2012. Effekter av valfrihet inom  
hälso- och sjukvård - en kartläggning av kunskapsläget. *Vårdanalys, rapport 2012:2*.  
Saatavilla: [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Yhdenvertaisuusvaltuutettu (2016). ”vammaisena olen toisen luokan kansalainen” sel-  
vitys vammaisten syrjintäkokemuksista arjessa. Oikeusministeriö ja syrjinnän seuran-  
tajärjestelmä.

## LIITTEET

## Henkilöstökyselyn vastaajat ja jakautumat

Väittämä: ”Organisaatiossani huomioidaan kielivähemmistöjen (mm. kotimaiset kielivähemmistöt, maahanmuuttajat ja viittomakieliset) erityiskysymykset viestittäessä valinnanvapaudesta ja siihen liittyvistä oikeuksista.

Vastaaja on väittämän kanssa täysin tai jokseenkin eri mieltä (yht. 68 vastausta; 40 % kaikista vastaajista)*	Vastaaja on väittämän kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä (yht. 22 vastausta; 13 % kaikista vastaajista)*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 91 % naisia, 9 % miehiä.</li> <li>• 70 % työskentelee kunnallisella terveysasemalla, 30 % yksityisellä.</li> <li>• 47 % työskentelee sairaanhoitajana, terveydenhoitajana, työterveyshoitajana tai kätilönä; 19 % työskentelee lähihoitajana, perushoitajana tai terveyskeskusavustajana (yht. 66 % vastauksista).</li> <li>• Ovat todennäköisesti myös muutoin kriittisempiä henkilöitä, kuin ne, jotka arvioivat kielivähemmistöt tulevan huomioiduiksi.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 % arvioi kokonaisuudessaan voitavansa työssään huonosti, 62 % hyvin.</li> <li>• 12 % arvioi valinnanvapaudella olevan negatiivisia vaikutuksia työhyvinvointiinsa, 29 % positiivisia.</li> <li>• 43 % kokee, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa saada työnsä tehdyksi, 44 % kokee aikaa olevan riittävästi.</li> </ul> </li> <li>• Aluejakauma:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hämeenlinna: 6 %</li> <li>• Jyväskylä: 13 %</li> <li>• Keski-Uusimaa: 35 %</li> <li>• Tampere: 28 %</li> <li>• Ylä-Savo: 18 %</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 68 % naisia, 27 % miehiä.</li> <li>• 68 % työskentelee kunnallisella terveysasemalla, 32 % yksityisellä.</li> <li>• 27 % työskentelee sairaanhoitajana, terveydenhoitajana, työterveyshoitajana tai kätilönä; 18 % työskentelee hoitajana johtavassa asemassa ja 18 % työskentelee lääkärinä johtavassa asemassa (yht. 64 % vastauksista).</li> <li>• Ovat todennäköisesti myös muutoin positiivisemmin suhtautuvia henkilöitä, kuin ne, jotka arvioivat kielivähemmistöjen tulevan huonosti huomioiduksi.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 % arvioi kokonaisuudessaan voitavansa työssään huonosti, 73 % hyvin.</li> <li>• 0 % arvioi valinnanvapaudella olevan negatiivisia vaikutuksia työhyvinvointiinsa, 45 % positiivisia.</li> <li>• 27 % kokee, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa saada työnsä tehdyksi, 55 % kokee aikaa olevan riittävästi.</li> </ul> </li> <li>• Aluejakauma:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hämeenlinna: 18 %</li> <li>• Jyväskylä: 18 %</li> <li>• Keski-Uusimaa: 14 %</li> <li>• Tampere: 27 %</li> <li>• Ylä-Savo: 23 %</li> </ul> </li> </ul>

Väittäjä: ”Minulla on riittävästi osaamista ja valmiuksia huomioida eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat asiakkaat.”

<p>Vastaaja on väittämän kanssa täysin tai jokseenkin eri mieltä (yht. 66 vastausta; 39 % kaikista vastaajista)*</p>	<p>Vastaaja on väittämän kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä (yht. 67 vastausta; 40 % kaikista vastaajista)*</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 91 % naisia, 9 % miehiä.</li> <li>• 69 % työskentelee kunnallisella terveysasemalla, 31 % työskentelee yksityisellä.</li> <li>• 53 % työskentelee sairaanhoitajana, terveydenhoitajana, työterveyshoitajana tai kätilönä; 14 % työskentelee lähihoitajana, perushoitajana tai terveyskeskusavustajana (yht. 67 % vastauksista).</li> <li>• Ovat todennäköisesti myös muutoin kriittisempiä henkilöitä, kuin ne, jotka arvioivat osaamisensa paremmaksi.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 % arvioi voivansa kokonaisuudessaan työssään huonosti, 58 % hyvin.</li> <li>• 11 % arvioi valinnanvapauden vaikuttavan työhyvinvointiinsa negatiivisesti, 28 % positiivisesti.</li> <li>• 44 % arvioi heillä olevan liian vähän aikaa saada työnsä tehdyksi, 36 % arvioi aikaa olevan riittävästi.</li> </ul> </li> <li>• Aluejakauma:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hämeenlinna: 6 %</li> <li>• Jyväskylä: 9 %</li> <li>• Keski-Uusimaa: 38 %</li> <li>• Tampere: 20 %</li> <li>• Ylä-Savo: 27 %</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 % naisia, 24 % miehiä.</li> <li>• 73 % työskentelee kunnallisella terveysasemalla, 27 % työskentelee yksityisellä.</li> <li>• 31 % työskentelee lääkärinä; 30 % työskentelee sairaanhoitajana, terveydenhoitajana, työterveyshoitajana tai kätilönä (yht. 61 % vastauksista).</li> <li>• Ovat todennäköisesti myös muutoin positiivisemmin suhtautuvia, kuin ne, jotka arvioivat osaamisensa huonommaksi.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 % arvioi voivansa kokonaisuudessaan työssään huonosti, 81 % hyvin.</li> <li>• 9 % arvioi valinnanvapauden vaikuttavan työhyvinvointiinsa negatiivisesti, 29 % positiivisesti.</li> <li>• 40 % arvioi heillä olevan liian vähän aikaa saada työnsä tehdyksi, 46 % arvioi aikaa olevan riittävästi.</li> </ul> </li> <li>• Aluejakauma:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hämeenlinna: 10 %</li> <li>• Jyväskylä: 13 %</li> <li>• Keski-Uusimaa: 24 %</li> <li>• Tampere: 36 %</li> <li>• Ylä-Savo: 16 %</li> </ul> </li> </ul>







OIKEUSMINISTERIÖ  JUSTITIEMINISTERIET

ISSN 1798-7067 (PDF)  
ISBN 978-952-259-710-6 (PDF)

Oikeusministeriö  
PL 25  
00023 Valtioneuvosto  
[www.oikeusministerio.fi](http://www.oikeusministerio.fi)

Justitieministeriet  
PB 25  
00023 Statsrådet  
[www.justitieministeriet.fi](http://www.justitieministeriet.fi)