

SOSIAALIHUOLLON LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTAMINEN

Sosiaalihuollon lainsäädännön
uudistamistyöryhmän väliraportti.

Julkaisija	Julkaisun päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	3.6. 2010
Tekijät Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä.	Julkaisun laji
Puheenjohtaja: Päivi Sillanaukee, osastopäällikkö, STM, varapuheenjohtaja: Reijo Väärälä, apulaisosastopäällikkö, STM.	Selvitys
Sihteerit: Riitta Kuusisto, hallitusneuvos, Virpi Vuorinen, hallitussihteeri, Sari Kauppinen, neuvotteleva virkamies, STM, Elina Palola, erikoistutkija, THL.	Toimeksiantaja
	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
	STM037:00/2009, 20.4.2009

Julkaisun nimi

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti.

Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti huhtikuussa 2009 työryhmän valmistelemaan sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista. Työryhmän tehtävänä oli selvittää sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisrakenteen, soveltamisalan ja sisällön uudistamistarve ja valmistella sen pohjalta väliraportin muodossa esitykset keskeisiksi linjauksiksi sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa.

Työryhmä katsoo, että sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen lähtökohtana tulee olla ihminen hänen omine tarpeineen. Uudistettavan lainsäädännön tulee tukea ja edistää ihmisten osallisuutta, omatoimisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnassa. Tavoitteena tulee olla sosiaalisen näkökulman huomioon ottaminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa sekä sosiaalihuollon roolin vahvistaminen yhteiskunnan positiivisena muutosvoimana. 2000-luvun sosiaalihuollon tulee keskittyä vahvasti yksilöiden ja heidän elinympäristöjensä väliseen suhteeseen. Tavoitteena tulee olla yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen myötävaikuttamalla elinolojen positiiviseen kehittymiseen ja tukemalla yksilöiden arjessa selviytymistä. Sosiaalihuollon tulee tarjota oikea-aikaisesti laadukkaita palveluja ja tukitoimia, tasata hyvinvointieroja, ehkäistä syrjäytymistä ja köyhyyttä sekä turvata jokaiselle mahdollisuus ihmisarvoiseen elämään sen kaikissa vaiheissa.

Työryhmä on laatinut esityksensä sosiaalihuollon toimintaa ohjaaviksi kymmeneksi yleiseksi periaatteeksi. Periaatteet määrittävät niitä valintoja ja sitä arvopohjaa, joilta sosiaalihuollon lainsäädäntöä tulisi kehittää. Yleisten periaatteiden pohjalta työryhmä on laatinut ehdotuksensa keskeisiksi linjauksiksi sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa.

Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisvaltainen uudistaminen edellyttää kaikkien sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuuteen kuuluvien lakien arviointia ja sen perusteella toteutettavia muutoksia. Lakien suuren määrän ja niiden keskinäisten riippuvuussuhteiden vuoksi työryhmä esittää, että lainsäädännön uudistaminen toteutetaan kolmena toisiaan täydentävänä kokonaisuutena: ensimmäisenä kokonaisuutena valmistellaan uusi sosiaalihuoltolaki, toisena kokonaisuutena tarkistetaan sosiaalihuoltoa ohjaavien erityislakien sisältö myöhemmin esitettävän lainsäädäntöohjelman mukaisesti ja kolmantena kokonaisuutena tarkistetaan sosiaalihuollon rajapintojen sääntely.

Asiasanat: sosiaalihuolto, lainsäädäntö, muutos, sosiaalihuolto, sosiaalipolitiikka

Bibliografiset tiedot	Muut tiedot
Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19	www.stm.fi/julkaisut
ISBN 978-952-00-3032-2 (PDF)	Kokonaissivumäärä
ISSN 1797-9897 (verkkojulkaisu)	59
URN:ISBN:978-952-00-3032-2	Kieli
http://urn.fi/URN:978-952-00-3032-2	suomi
	Luottamuksellisuus
	Julkinen
	Kustantaja



PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Utgivningsdatum
Social- och hälsovårdsministeriet	3.6.2010
Författare	Typ av publikation
Arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningen	Rapport
Ordförande: Päivi Sillanaukee, avdelningschef, SHM; vice ordförande: Reijo Väärälä, biträdande avdelningschef, SHM	Uppdragsgivare
Sekreterare: Riitta Kuusisto, regeringsråd, SHM; Virpi Vuorinen, regeringssekreterare, SHM; Sari Kauppinen, konsultativ tjänsteman, SHM; Elina Palola, specialforskare, Institutet för hälsa och välfärd	Social- och hälsovårdsministeriet
Publikationens titel Reform av socialvårdslagstiftningen	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
Lägesrapport av arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningen	STM037:00/2009, 20.4.2009

Referat

■ Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i april 2009 en arbetsgrupp att bereda en reform av socialvårdslagstiftningen. Arbetsgruppen hade till uppgift att utreda behovet att revidera socialvårdslagarnas helhetsstruktur, tillämpningsområde och innehåll samt att på basis av detta bereda förslag till riktlinjerna för att revidera socialvårdslagstiftningen. Förslagen skulle presenteras i form av en lägesrapport.

Arbetsgruppen anser att utgångspunkten för en reform av socialvårdslagstiftningen ska vara människan och hans eller hennes behov. Den reviderade lagstiftningen ska stödja och främja människornas delaktighet, eget initiativ och möjlighet att påverka i samhället. Målet ska vara att beakta den sociala synpunkten i samhälleligt beslutsfattande och samhällelig verksamhet samt att stärka socialvårdens roll som en aktiv förändringskraft i samhället. Socialvården på 2000-talet ska starkt fokusera på relationen mellan individerna och deras livsmiljöer. Målet ska vara att främja individernas och samfundens välfärd och sociala trygghet genom att bidra till en positiv utveckling av levnadsförhållandena och stödja individerna att klara sig i vardagen. Socialvården ska erbjuda i rätt tid tjänster och stödåtgärder av hög kvalitet, utjämna skillnaderna i välfärden, förebygga social utslagning och fattigdom samt säkerställa alla människor en möjlighet att föra ett människovärdigt liv i alla dess skeden.

Arbetsgruppen har utarbetat sitt förslag i form av tio allmänna principer som styr verksamheten inom socialvården. Principerna definierar de val och den värdegrund utgående från vilka socialvårdslagstiftningen bör utvecklas. Arbetsgruppen har utarbetat sitt förslag till de centrala riktlinjerna för att revidera socialvårdslagstiftningen på basis av de allmänna principerna.

En övergripande reform av lagstiftningen förutsätter en utvärdering av alla lagar som hör till socialvårdslagstiftningen och ändringar på basis av denna. På grund av det stora antalet lagar och beroendeförhållandena mellan dem föreslår arbetsgruppen att reformen ska genomföras i tre helheter som kompletterar varandra: den första av dessa är att bereda en ny socialvårdslag, den andra att revidera innehållet i de speciallagar som styr socialvården i enlighet med ett lagstiftningsprogram som kommer att presenteras i ett senare skede och den tredje att revidera regleringen av kontaktytorna inom socialvården.

Nyckelord: socialvård, lagstiftning, ändring, socialvård, socialpolitik

Bibliografiska data	Ovriga uppgifter	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2010:19	www.stm.fi/svenka	
ISBN 978-952-00-3032-2 (PDF)	Sidoantal	Språk
ISSN 1797-9897 (online)	59	Finska
URN:ISBN:978-952-00-3032-2		Sekretessgrad
http://urn.fi/URN:978-952-00-3032-2		Offentlig

Förlag



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	3 June 2010
Authors	Type of publication
Working Group preparing a reform of social welfare legislation.	Report
Chair: Päivi Sillanaukee, Director-General, Ministry of Social Affairs and Health (MSAH); Vice chair: Reijo Väärälä, Deputy Director-General, MSAH	Commissioned by
Secretaries: Riitta Kuusisto, Ministerial Counsellor, Legal Affairs, MSAH; Virpi Vuorinen, Senior Officer, Legal Affairs, MSAH; Sari Kauppinen, Ministerial Adviser, MSAH; Elina Palola, Senior Researcher, Institute for Health and Welfare	Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ
	STM037:00/2009, 20.4.2009
Title of publication Reform of social welfare legislation	
Progress report by the Working Group preparing a reform of social welfare legislation	
Summary	
<p>■ The Ministry of Social Affairs and Health set up in April 2009 a working group to prepare a reform of social welfare legislation. It was assigned to investigate the need to revise the overall structure, scope of application and content of social welfare acts and to draft based on that, in the form of a progress report, proposals for guidelines on reforming social welfare legislation.</p> <p>The working group considers that the starting point in reforming social welfare legislation should be the individual with his or her own needs. The revised legislation must support and promote people's inclusion, own initiative and opportunities to influence matters in society. The goal should be taking into account the social point of view in societal decision-making and actions as well as reinforcing the role of social welfare as a positive force for change in society. The social welfare in the 21st century should strongly focus on the relation between individuals and their living environments. The objective should be to promote the welfare and social security of individuals and communities by contributing to the favourable development of living conditions and by supporting individuals to cope with everyday life. Social welfare must provide well-timed quality services and supportive measures, reduce inequalities in welfare, prevent social exclusion and poverty, and ensure everyone an opportunity for a life in dignity at all ages.</p> <p>The working group has drawn up its proposal in the form of ten general principles for guiding social welfare. The principles define the choices and the value basis based on which social welfare legislation should be developed. The working group has drawn up its proposal for the guidelines for reforming social welfare legislation on the basis of those general principles.</p> <p>A comprehensive reform of social welfare legislation presupposes an assessment of all the laws comprising social welfare legislation and amendments to be implemented based on that. Because of the great number of the laws and their interdependence the working group proposes implementing the reform of legislation in three entities complementing each other: the first phase should be drafting a new Social Welfare Act, the second phase revising the content of the special acts steering social welfare in accordance with a legislation programme to be presented later, and the third phase should be revising the regulation of interfaces in social welfare.</p>	
Key words: social welfare, legislation, amendment, social welfare, social policy	
Bibliographic data	Other information
Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2010:19	www.stm.fi
ISBN 978-952-00-3032-2 (PDF)	Number of pages
ISSN 1797-9897 (online)	59
URN:ISBN:978-952-00-3032-2	Language
http://urn.fi/URN:978-952-00-3032-2	Finnish
	Publicity
	Public
	Financier



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 20.4.2009 työryhmän valmistelemaan sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista.

Työryhmän tavoitteeksi asetettiin selvittää, miten sosiaalihuollon lainsäädäntöä on tarvetta ja tarkoituksenmukaista kehittää ja uudistaa niin, että se tukee ja vahvistaa ihmisten hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista sekä ehkäisee sosiaalisten ongelmien syntymistä ja lisääntymistä. Lisäksi haluttiin vahvistaa sosiaalihuoltoa, perus- ja erityispalvelujen saamattomuutta yhteistyötä, asiakaslähtöisyyttä ja vaikuttavuutta sekä edistää sosiaalipalvelujen saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä. Samoin uuden lainsäädännön tulee vahvistaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita sekä luoda edellytyksiä entistä paremmalle yhteistyölle mm. työ-, asunto- ja opetusviranomaisten, järjestöjen ja yksityisten toimijoiden kanssa.

Työryhmän tehtäväksi asetettiin:

- 1) Selvittää sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisuuden, soveltamisalan ja sisällön uudistamistarve. Selvityksessä tulee ottaa huomioon toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset. Selvitystä tehdessään työryhmän tulee olla yhteistyössä terveydenhuollon ja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämisestä ja valvonnasta annettavan lain valmistelun kanssa. Samoin tulee ottaa huomioon muutokset kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmässä sekä kunta- ja palvelurakennemuutosten mukaisesti toteutettavat muutokset kunta- ja palvelurakenteeseen.
- 2) Tehdä edellä mainitun selvityksen pohjalta esitykset keskeisiksi linjauksiksi sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa. Linjaukset tulee antaa väliraportin muodossa maaliskuun loppuun 2010 mennessä.
- 3) Laatia vahvistettujen linjausten pohjalta esitys sosiaalihuollon lainsäädännön sisällön uudistamiseksi.

Työryhmän tehtävää täsmennettiin syksyllä 2009, kun hallitus antoi vastauksensa välikysymykseen vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaamisesta (VK 3/2009 vp). Työryhmän tehtäväksi tuli myös arvioida ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi tarvittavat lainsäädännön peruslinjaukset ja tehdä esitykset lain sisällöstä ja muodosta.

Työryhmän puheenjohtajaksi nimettiin osastopäällikkö Päivi Sillanaukee ja varapuheenjohtajaksi apulaisosastopäällikkö Reijo Väärälä sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jäseniksi nimettiin johtaja Eija Koivuranta ja johtaja Kari Ilmonen sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Arto Sulonen valtiovarainministeriöstä, neuvotteleva lakimies Sami Uotinen Suomen Kuntaliitosta, johtava asiantuntija Riitta Haverinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, erityisasiantuntija Hanna-Leena Ahonen Valvirasta, lääninsosiaalitarastaja Leena Kirmanen Etelä-Suomen lääninhallituksesta (1.1.2010 alkaen Etelä-Suomen aluehallintovirastosta), hallituksen puheenjohtaja Alpo Komminaho Huoltaja-säätiön kunnallisen sosiaalipolitiikan asiantuntijaryhmästä, sosiaalijohtaja Paavo Voutilainen Helsingin kaupungilta, perusturvajohtaja Hannu Kallunki Kuusamon kaupungilta (1.6.2009 alkaen Raahan seudun hyvinvointikuntayhtymästä), sosiaalijohtaja Stefan Näse Pedersören kunnasta (1.1.2010 alkaen Pietarsaaren kaupungilta), toiminnanjohtaja Riitta Särkelä Sosiaali- ja terveysturvan

keskusliitosta, toimitusjohtaja Marja Heikkilä Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta, toimitusjohtaja Markku Niemelä Eteva-kuntayhtymä, johtajaylilääkäri Eva Salomaa Lapin sairaanhoitopiiristä ja lääkintöneuvos Maria Vuorilehto sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä 25.9.2009 alkaen professori Mikko Mäntysaari Jyväskylän yliopistosta. Pysyviksi asiantuntijoiksi nimettiin johtava lakimies Tapio Rätty Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta, sosiaali- ja terveysjohtaja Juha Metso Espoon kaupungilta, yhtymäjohtaja Markku Puro Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä sekä hallitusneuvos Maini Kosonen, sosiaalineuvos Martti Lähteinen ja neuvotteleva virkamies Pirjo Sarvimäki sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän sihteereinä toimivat hallitusneuvos Riitta Kuusisto ja hallitussihteeri Virpi Vuorinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, erikoistutkija Elina Palola Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta sekä ajalla 24.8.–15.2.2009 erikoistutkija Eero Siljander sosiaali- ja terveysministeriöstä ja Eero Siljanderin tilalla 11.2.2010 alkaen neuvotteleva virkamies Sari Kauppinen sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän toimikausi on 1.5.2009 – 31.12.2011. Työryhmä on ennen väliraporttinsa jättämistä kokoontunut 13 kertaa.

Saatuun työnsä valmiiksi työryhmä jättää väliraporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle. Jättäessään väliraportin työryhmä jatkaa työtään tehtäväksiantonsa mukaisesti.

Helsingissä 3. kesäkuuta 2010

Päivi Sillanaukee

Reijo Väärälä	Eija Koivuranta
Kari Ilmonen	Arto Sulonen
Sami Uotinen	Riitta Haverinen
Hanna-Leena Ahonen	Leena Kirmanen
Alpo Komminaho	Paavo Voutilainen
Hannu Kallunki	Stefan Näse
Riitta Särkelä	Marja Heikkilä
Markku Niemelä	Eeva Salomaa
Maria Vuorilehto	Mikko Mäntysaari
Riitta Kuusisto	Virpi Vuorinen
Elina Palola	Sari Kauppinen

SISÄLLYS

1	Johdanto	11
2	Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuus.....	13
	2.1 Sosiaalihuoltolaki.....	13
3	Sosiaalihuollon uudistamisen kehys	20
	3.1 Sosiaalihuollon henkilöstövoimavarat.....	20
	3.2 Sosiaalihuollon taloudelliset lähtökohdat.....	25
	3.3 Eurooppalaisia näkökulmia sosiaalihuollon uudistamiseen	28
4	Sosiaalihuollon uudistamisen tarkoitus ja lähtökohdat	39
	4.1 Sosiaalihuollon yhteiskunnallinen tehtävä	39
	4.2 Sosiaalihuollon ajankohtaisia suuria haasteita	40
5	Sosiaalihuollon toimintaa ohjaavat yleiset periaatteet	43
6	Sosiaalihuollon uudistamista ohjaavat linjaukset	49
7	Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista koskevat ehdotukset..	52
	7.1 Sosiaalihuoltolain uudistaminen.....	52
	7.2. Erityislait ja niiden tarkistus	54
	7.3 Sosiaalihuollon rajapinnat	57
	Täydentävä lausuma sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraporttiin.....	59

■ Hyvin toimiva sosiaalihuolto ja siihen liittyvä palvelujärjestelmä ovat keskeinen osa ihmisten hyvinvoinnin ja perusoikeuksien toteuttamista. Sosiaalihuollon järjestämisen ja yksilön sosiaalisten oikeuksien toteutumisen perusta on perustuslain 19 §:ssä. Se turvaa jokaiselle oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ja asettaa julkiselle vallalle velvoitteen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen. Lisäksi säännös velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä ja jokaisen oikeutta asumiseen sekä tukemaan perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Vuoden 1984 alusta voimaan tulleella sosiaalihuoltolalla (710/1982) ja sitä täydentävällä erityislainsäädännöllä säädetään niistä edellytyksistä, toimenpiteistä ja menettelyistä, joilla järjestetään sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaaliavustuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja. Niiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Sosiaalihuoltolaki on kuitenkin jo yli 25 vuotta vanha, ja sitä on matkan varrella uudistettu ja muutettu useaan otteeseen. Samalla on säädetty uutta asiakkaan asemaa ja oikeuksia sekä sosiaalihuollon järjestämisessä noudatettavia menettelyjä koskevaa lainsäädäntöä. Sosiaalihuoltolain peruslähtökohdat, soveltamisalan pääkohdat ja lain tarkoitus ovat sinänsä säilyneet melko hyvin, mutta sosiaalihuollon toimintaympäristössä on tapahtunut paljon muutoksia.

Viime vuosikymmenten suuri muutos on ollut kansallisen hyvinvointipolitiikan kytkeytyminen yhä enemmän eurooppalaiseen ja globaaliin kehukseen. Sosiaalipalveluiden kentälle on tullut runsaasti uudenlaisia toimijoita, joiden toiminnan ehtoja säätelevät yhä enemmän EU:n sisämarkkinasäädökset. Julkisen, yksityisen ja järjestöpohjaisen toiminnan työnjaolla ja yhteistyöllä on pohjoismaisessa järjestelmässä vahva perinne, mutta EU:n säädösten ja niiden kansallisen tulkinnan myötä kansallinen liikkumatila on tässä suhteessa kaventunut.

Globaali ja eurooppalainen kehys ovat merkinneet myös talous- ja kilpailukykytavoitteiden aseman korostumista yhteiskuntapolitiikassa. Samalla sosiaali- ja terveyserot ovat lisääntyneet, ja ne uhkaavat jo osaltaan sosiaalista koheesiota ja yhteisöjen hyvinvointia. Myös demografiset tekijät ovat muuttuneet. Ikääntymisen haasteet heijastuvat kaikille sektoreille ja yhteiskunnan eri toimintoihin, mikä aiheuttaa uusia haasteita yli sektoreiden ulottuvalle yhteistyölle. Lisäksi kansalaisten ja asiakkaiden asemassa on tapahtunut muutoksia ja asiakkaiden vaatimukset ovat muuttuneet.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen käytännön toteutus kuntatasolla on nostanut uudella tavalla esille kysymyksiä työnjaosta ja yhteistyöstä. Palvelujen tarvitsijan näkökulmasta palvelurakenteen tulisi olla selkeä ja turvata asiakkaalle hänen avun, tuen ja hoivan tarpeeseensa perustuvat saumattomat palveluketjut. Sosiaalihuollon perus- ja erityispalveluiden olisi tarjottava asiakkaalleen mahdollisuus joustaviin palveluyhdistelmiin, ja palvelujen tulisi olla saatavissa ensisijaisesti asiakkaiden omissa elinympäristöissä. Kunta- ja palvelurakennemuutos on nostanut esiin haasteita myös sosiaalihuollon muiden yhteistyösuhteiden osalta. Asiakkaiden usein monimutkaisten elämäntilanteiden selvittäminen vaatii tiivistä vuorovaikutusta esimerkiksi asunto- ja työvoimaviranomaisten kanssa. Nuorten sosiaaliset ongelmat kietoutuvat usein vyyhdeksi, jonka avaamisessa tarvitaan paitsi sosiaaliviranomaisia, myös koulun, nuorisotyön sekä järjestys- ja terveysviranomaisten yhteistyötä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen rinnalla on kunnissa toteutettu koko kuntaorganisaatiota ravistelevia muutoksia, joilla tulee olemaan seurauksia myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Tilaaja-tuottajamalli tuo entistä enemmän markkinapohjaisia elementtejä myös kunnan sisäiseen toimintaan, ja useissa kunnissa toteutettu elämänkaaren mukainen palvelurakenne muuttaa radikaalilla tavalla työnjako- ja yhteistyösuhteita.

Nämä ja muut ajankohtaiset sosiaalipoliittiset haasteet edellyttävät sosiaalihuoltoa ohjaavan lainsäädännön, sosiaalihuoltolain ja 1980- ja 90-luvuilla säädettyjen sosiaalihuoltoa täydentävien erityislakien kokonaisvaltaista uudelleenarviointia.

Työryhmä on työnsä tässä vaiheessa keskittynyt selvittämään keskeisiä periaatteellisia linjauksia. Sen sijaan vielä ei ole selvitetty yksityiskohtaisesti eri lakien uudistamistarpeita. Työryhmä pitää tärkeänä, että ehdotuksista käydään ennen lainsäädännön jatkovalmistelua keskustelua, jonka pohjalta lainsäädäntöä voidaan ryhtyä uudistamaan. Periaatteelliset pohdinnat on aina syytä kytkeä niihin todellisiin ja konkreettisiin sosiaalisiin ongelmiin sekä huolenpidon, hoivan ja tuen tarpeisiin, joita ihmisillä on. Köyhyys, eriarvoistuminen, toimeentulon ja terveyden ongelmat, yksinäisyys, lähiyhteisön tuen puute, lasten kasvuun liittyvät ongelmat, mielenterveys- ja päihdeongelmat, ikääntyneiden ihmisten palvelujen saantiin liittyvät kysymykset ja muut elämänkaaren eri vaiheissa kohdatut sosiaaliset ongelmat ovat sosiaalihuollon ydinalueita, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan hyvin toimivaa järjestelmää. Samanaikaisesti on kuitenkin tärkeää rakentaa sellaista yhteiskuntaa, jossa näitä ongelmia ei synny ja jossa pystytään tunnistamaan ja ehkäisemään hyvin myös tulevaisuuden vielä tuntemattomia sosiaalisen hyvinvoinnin riskejä. Pohdinnoissa on huomioitava myös käytettävissä olevien resurssien rajallisuus ja niiden tarkoituksenmukainen kohdentaminen. Näistä syistä työryhmä katsoo, että hyvinvoinnin edistäminen ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy tulee nostaa keskeiseen asemaan.

2 SOSIAALIHUOLLON LAINSÄÄDÄNNÖN KOKONAISUUS

■ Sosiaalihuollon lainsäädäntö on suurelta osin peräisin 1980-luvulta. Kuitenkin jo 1970-luvulla tuli voimaan joitakin edelleen voimassa olevia lakeja, kuten lasten päivähoitosta annettu laki (36/1973, jäljempänä päivähoitolaki) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki). Myös monien 1980-luvun uudistusten valmistelu aloitettiin 1970-luvulla, joten voi perustellusti sanoa useimpien sosiaalihuollon edelleen voimassa olevien keskeisten lakien pohjautuvan 70-lukulaiseen ajatteluun. Ajattelulle oli tyypillistä muun muassa kehitysoptimismi ja suunnittelu-usko sekä sosiaalihuollossa pyrkimys irrottautua ”pakkoauttamisesta”.

2.1 SOSIAALIHUOLTOLAKI

Selkeimmin aikakauden ajattelua edustaa edelleen voimassa oleva sosiaalihuoltolaki, joka tuli voimaan rinnan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (677/1982) eli ns. Valtava-uudistuksen kanssa. Sosiaalihuoltolaki on ollut sosiaalihuollon ”varsinainen yleislaki”. Se sisältää säännökset sosiaalihuollon järjestämisvelvollisuudesta, hallinnosta ja menettelystä sosiaalihuoltoa toteutettaessa. Lakiin on kuitenkin sen voimassaolon vuosikymmeninä tehty niin monia poistoja ja lisäyksiä, että lain alkujaan kohtuullisen selkeä rakenne on rikkoutunut ja keskeinen sisältö alkaa olla hyvin vaikeasti hahmotettavissa. Siten lain käytännön toimintaa ohjaava vaikutus on vuosien mittaan oleellisesti kaventunut.

Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan sosiaalihuoltoon kuuluvia velvollisuuksia ovat sosiaalipalvelujen järjestäminen, sosiaaliavustusten suorittaminen ja sosiaalisen luoton myöntäminen asukkailleen, toimeentulotuen antaminen kunnassa oleskelevalle henkilölle sekä ohjauksen, neuvonnan ja tiedotustoiminnan järjestäminen sosiaalihuoltoon ja muuhun sosiaaliturvaan sekä sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestäminen. Kunnan tulee lisäksi toimia alueellaan sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi.

Lain säätämisen aikaan sosiaalipalvelut eivät olleet sosiaalihuoltoa koskevassa ajattelussa samalla tavalla hallitsevassa asemassa kuin tänä päivänä, vaan laissa ja sen esitöissä annettiin merkittävää painoa myös neuvonnalle, ohjaukselle, tiedotukselle, koulutukselle, tutkimukselle ja kehittämiselle. Sosiaalihuoltolaki on kuitenkin määrittänyt sosiaalihuollon kokonaisuutena, josta palvelut muodostavat melko keskeisen osan. Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvat sosiaalihuoltolaissa säänneltävät palvelut on koottu sosiaalihuoltolain 17 §:ään. Näitä verrattain niukasti säänneltyjä palveluja ovat *sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut, asumispalvelut, laitoshuolto, perhehoito* sekä *vammaisten henkilöiden työllisyyttä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta*.

Osasta sosiaalipalveluita taas on omat erityislakinsa. Nämä palvelut on sisällytetty sosiaalihuoltolain 17 §:n 2 momenttiin. Säännöksen nojalla kunnan tulee huolehtia lasten ja nuorten huollon, lasten päivähoiton, lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja muiden isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen, ottolapsineuvontaan, perheasioiden sovitteluun ja lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden järjestämisestä. Säännöksen nojalla kunnan on myös huolehdittava kehitysvammaisten erityishuollon ja vammaisuuden perusteella järjestettävien palvelujen ja tukitoimien sekä päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden ja muiden sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Lisäksi kunnan on huolehdittava omaishoidon tuen ja kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä. Nämä asiakas- ja väestöryhmäkohtaiset lait määrittävät sosiaalihuollon sisältöä oman erityisalueensa osalta huomattavasti yleislakina toimivaa sosiaalihuoltolakia laajemmin ja yksityiskohtaisemmin.

Sosiaalihuoltolakiin on sen voimaantulon jälkeen tehty lukuisia yksittäisiä eri asia- tai asiakasryhmiä koskevia lisäyksiä. Esimerkiksi vuonna 1995 täsmennettiin avo- ja laitoshoidon määrittelyä tavoitteena muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne aiempaa avohoitopainotteisemmaksi. Vuosina 1992, 1997 ja 2001 omaishoitoa, omaishoidon tukea ja omaishoitajan lakisääteistä vapaata koskevaa sääntelyä lisättiin asteittain ja omaishoidon tuesta annettiin lopulta oma lakinsa (937/2005) vuonna 2005. Sosiaalihuoltolakiin lisättiin säännökset vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä tukevasta toiminnasta ja vammaisten henkilöiden työtoiminnasta vuonna 2002. Tavoitteena oli parantaa vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymisedellytyksiä ja nostaa heidän työhön osallistumisensa nostamiseksi lähemmäs muun väestön työllisyysastetta.

Uutena sosiaali- ja terveystalv palvelujen järjestämistapana sosiaalihuoltolakiin otettiin vuonna 2004 palveluseteliä koskevat säännökset. Niissä säännellään yksityiskohtaisesti kotona annettavissa palveluissa käytettävästä palvelusetelistä. Yleisemmät järjestämistapaa koskevat säännökset sisältyvät vuonna 2009 voimaan tulleeseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annettuun lakiin (569/2009). Vuonna 2006 sosiaalihuoltolakiin otettiin myös rajoitettuja tilanteita koskeva subjektiivinen oikeus palvelutarpeen arviointiin. Kiireellisessä tapauksessa tarve on arvioitava viipymättä, ei-kiireellisessä tapauksessa 80 vuotta täyttäneelle tai kansaneläkelain mukaista eläkkeensaajan hoitotukea saavalle seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. Vuonna 2009 palvelutarpeen arvioinnin ikäraja alennettiin 75 vuoteen (570/2007).

Muu sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuus

Sosiaalihuoltolaki säädettiin yleislaiksi. Siihen sulautettiin ja sillä kumottiin joitakin sosiaalihuoltoa säänteleviä lakeja, kuten sosiaalihuollon hallintolaki (34/1950), kasvatustalv volalaki (568/1971) sekä laki kunnallisesta kodinhoitoavusta (270/1966). Erityislakeina voimaan jäivät kuitenkin tuolloin verrattain tuoreet edelleen voimassa olevat päivähoitolaki ja kehitysvammalaki. Näitä lakeja on vuosien kuluessa muutettu useasti. Välittömästi sosiaalihuoltolain jälkeen 1980-luvulla uudistettiin myös lastensuojelulaki (683/1983), vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annettu laki (380/1987, jäljempänä vammaispalvelulaki) ja päihdehuoltolaki (41/1986).

Päivähoitolain säätäminen merkitsi aikoinaan sosiaalihuollossa pitkää harppausta kohti universaalia palvelujärjestelmää. Merkittävä muutos kokonaisuuden kannalta oli myös 1990-luvulla toteutettu ns. pienten lasten hoitojärjestelyjä koskeva uudistus, pienten lasten vanhemmille taattu subjektiivinen oikeus saada alle 3-vuotiaalle lapselleen päivähoitopaikka tai valintansa mukaan vaihtoehtoisesti kotihoidontuki. Uudistus toteutettiin päivähoitolakiin tehdyillä lisäyksillä ja säätämällä lasten kotihoidon tuesta annettu laki (797/1992). Myöhemmin valinta-oikeutta laajennettiin lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetulla lailla (1128/1996). Uudistus on luonut pienten lasten vanhemmille yhdessä vanheppainrahajärjestelmän kanssa mahdollisuuden työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen.

Vammaisille henkilöille annettavista palveluista säädetään vuodelta 1988 olevassa vammaispalvelulaissa. Palveluiden ja tukitoimien tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia yhteiskunnan tasavertaisena jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Vuonna 2009 keskeisenä uudistuksena tuli voimaan vammaisen henkilön oikeus henkilökohtaiseen apuun sekä palvelujen ja tukitoimien tarpeen selvittämiseen seitsemän arkipäivän määräajassa. Vammaispalvelulakiin nähden toissijaisen, vuodelta 1978 olevan kehitysvammalain tarkoituksena puolestaan on edistää kehitysvammaisen henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, hänen ominatakeista toimeentuloaan ja sopeutumistaan yhteiskuntaan sekä turvata henkilön tarvitsema opetus, hoito ja muu huolenpito.

Uudistettu lastensuojelulaki (417/2007) tuli voimaan vuonna 2008. Lain tarkoituksena on turvata lapsen oikeuksien ja edun huomioon ottaminen lastensuojelua toteutettaessa sekä lapsen ja hänen perheensä tarvitsemat tukitoimet ja palvelut. Lisäksi lailla edistetään

viranomaisten välistä yhteistyötä lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun toteuttamisessa.

Toimeentulotukea koskevat säännökset erotettiin sosiaalihuoltolaista omaksi toimeentulotuesta annetuksi laiksi (1412/1997) vuonna 1998. Lakiin koottiin uudistettuna sosiaalihuoltolakiin ja sen perusteella annettuun valtioneuvoston päätökseen sisältyneet viimesijaista toimeentuloa koskevat säännökset. Vuoden 2008 alusta toimeentulotuesta annettuun lakiin sisällytettiin sosiaalihuoltolain palvelutarpeen arvioinnin kaltainen takuusäännös, jonka mukaan kiireellisessä tapauksessa päätös on tehtävä samana tai viimeistään seuraavana arkipäivänä hakemuksen saapumisesta. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa päätös on tehtävä viivytyksettä, kuitenkin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä hakemuksen saapumisesta. Vuonna 2003 säädettiin sosiaalisesta luototuksesta annettu laki (1133/2002). Sosiaalisella luototuksella tarkoitetaan sosiaalihuoltoon kuluva luotonantoa, jonka tavoitteena on ehkäistä taloudellista syrjäytymistä ja ylivelkaantumista sekä edistää henkilön itsenäistä suoriutumista. Sosiaalisessa luototuksessa vahvistetaan sosiaalityön keinoin asiakkaan taloudellista toimintakykyä.

Kunnan ja työ- ja elinkeinotoimiston yhteistyötä pitkäaikaistyöttömän palveluiden järjestämisessä sääntelevä kuntouttavasta työtoiminnasta annettu laki (189/2001) tuli voimaan vuonna 2001. Lain tarkoituksena on auttaa henkilö työllistymään avoimilla työmarkkinoilla sekä edistää hänen mahdollisuuksiaan osallistua koulutukseen ja muuhun työhallinnon tarjoamaan työllistymistä edistävään toimenpiteeseen.

Kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettu laki (1704/2009) ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (733/1992) sisältävät puolestaan sosiaalihuollon rahoitusta ja järjestämistapoja koskevia säännöksiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki tuli voimaan vuonna 1993 korvaten ns. Valtava-lain. Lain myötä valtionosuusjärjestelmässä siirryttiin laskennalliseen valtionosuuteen ja kuntien toimintavapautta sosiaalihuollon järjestämisessä laajennettiin. Samaan aikaisesti valtionosuusuudistuksen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut kerättiin kattavasti yhteen, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (734/1992) ja sosiaalihuoltolakiin sisältyneet asiakasmaksusäännökset kumottiin. Vuoden 2010 alusta alkaen voimassa ollut, sosiaali- ja terveys- sekä opetushallinnon yhteinen kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettu laki on keskeisiltä osin korvannut sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuslain.

Myös sosiaalihuoltolakiin alkujaan sisältyneet yksityisten sosiaalipalvelujen valvontaa ja asiakkaan asemaa koskevat säännökset eriytettiin vähitellen omiksi laeikseen. Vuonna 1997 tuli voimaan yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annettu laki (603/1996). Lain säätäminen johtui yksityisen toiminnan lisääntymisestä sosiaalipalveluissa, mikä edellytti viranomaisvalvonnan tehostamista. Sosiaalihuoltolakiin ja eräisiin erityislakeihin sisältyviin säännöksiin perustuva valvonta oli vaikeasti hahmotettavissa.

Asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) säätämisen taustalla vaikutti sosiaalihuoltolakiin sisältyvien asiakkaan asemaa sääntelevien säännösten lähtökohta, jonka koettiin olevan keskeisesti viranomaisen eikä asiakkaan näkökulman. Lisäksi asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevat säännökset eri laeissa muodostivat vaikeasti hahmotettavan kokonaisuuden. Uuden lain tarkoituksiksi asetettiin asiakaslähtöisyyden ja asiakassuhteen luottamuksellisuuden edistäminen, kuten myös asiakkaan oikeus hyvään kohteluun. Siihen sisällytettiin sosiaalihuollon asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan liittyvät keskeiset oikeudelliset periaatteet.

Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeisiin perustuen vuonna 2005 säädettiin myös laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005). Lakia säädettäessä tavoitteena katsottiin olevan, että sosiaalihuollon henkilöstön ammatillinen osaaminen perustuu ensisijaisesti asiakkaiden palvelutarpeisiin. Henkilöstön riittävä koulutus ja ammatillinen osaaminen edistävät sosiaalihuollon asiakkaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista sekä varmistavat palvelujen laadukkuutta muutoinkin.

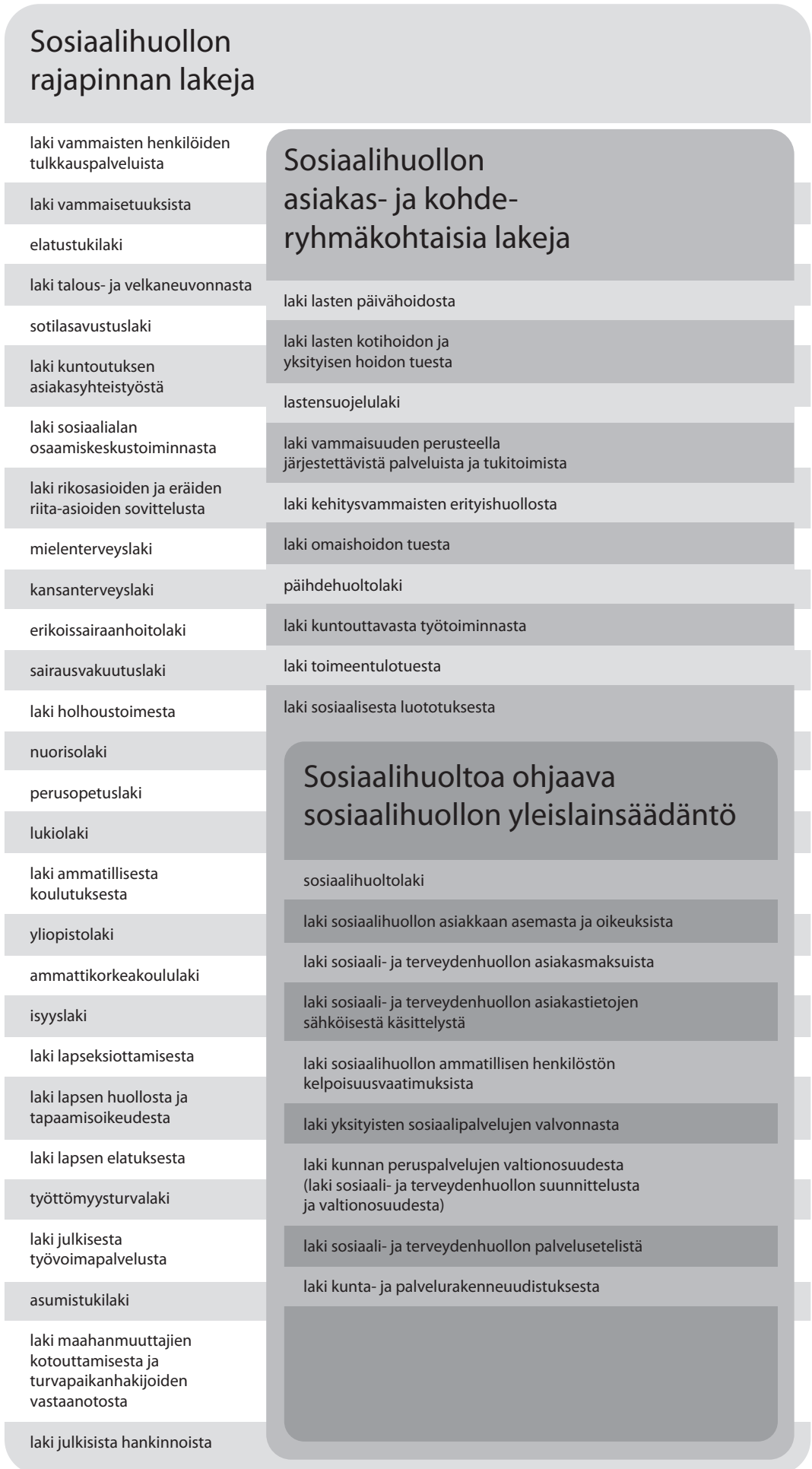
Lokakuussa 2000 tuli voimaan sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta annettu laki (811/2000). Kokeilua ollaan jatkamassa

vuoden 2011 loppuun. Lain tavoitteena on saada kokemuksia saumattoman palveluketjun järjestämisestä sekä siitä, miten tietoteknologian hyödyntämistä voidaan parantaa vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakkaiden tarpeita. Lisäksi kokemuksia kerätään siitä, miten tietoteknologiaan käytettäviä varoja voidaan toiminnassa kohdentaa tarkoituksenmukaisella tavalla.

Voikin sanoa, että sosiaalihuollon toimintakentästä ja asiakasryhmien tarpeisiin vastaamisesta on säännelty jokseenkin epätasaisesti. Hyvin kevyen sääntelyn alueesta esimerkki on ikääntyneiden henkilöiden palvelut ja tukitoimet. Voimassa oleva, erityisesti vanhempi palveluja koskeva lainsäädäntö kohdistuu myös suurelta osin kuntiin: palveluista on säädetty lähinnä asettamalla kunnille tehtäviä ja velvoitteita. Uudemmassa lainsäädännössä taas asiakkaiden asema ja oikeudet painottuvat enemmän. Lainsäädäntö on ollut melko tiukasti sektorikohtaista, mikä ainakin jossain määrin on osaltaan ohjannut käytäntöä asiakasryhmäkohtaiseen sektoroituneeseen työtapaan.

Toisaalta sosiaalihuollon lainsäädännön kehittämistä voidaan tarkastella myös laajempina kokonaisuuksina, mitä yksittäisten säädösten tarkastelu osoittaa. Esimerkiksi 1970-luvun ja 80-luvun alun valmistelu on aikansa komiteatyöskentelyn tulosta. Jo 1980-luvun alussa sosiaalihuoltolakeja valmisteltaessa oli tavoitteena päästä pitkällä aikavälillä sosiaalihuollon lainsäädännössä ehyempään kokonaisuuteen. 1990-luvulla kiinnitettiin laajamittaisemmin huomiota asiakkaan ja potilaan asemaan säätämällä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun käyttäjän oikeuksia ja kohtelua koskevaa lainsäädäntöä. 2000-luvun alkupuolella valmistelua on toteutettu osana palvelulainsäädäntöhanketta, jonka tarkoituksena oli myös arvioida sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan lainsäädännön kehittämistarpeita kokonaisuutena ja pidemmällä aikavälillä. Viimeisin laajamittainen uudistamishanke on kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä käynnistetty sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöä ja järjestämistä koskeva valmistelukokonaisuus, jonka osa nyt toteutettava sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminenkin on.

Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa (1) on hahmoteltu edellä kuvattua sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuutta erottamalla koko sosiaalihuoltoon koskevia yleislakeja, joiden säännökset ovat pitkälti yhteisiä koko sosiaali- ja terveydenhuollolle ja tiettyjä asiakas- tai kohderyhmiä koskevia lakeja omiksi kokonaisuuksikseen. Lisäksi kuvioon on koottu sosiaalihuollon rajapintojen keskeisiä säädöksiä ja muutamia muita sosiaalihuoltoon kiinteästi liittyviä lakeja, jotka sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa tulisi huomioida. Kuvio ei ole tarkoitettu tyhjentäväksi luetteloksi niistä laeista, joilla saattaa olla vaikutusta sosiaalihuollon järjestämiseen. Lisäksi toiminnassa on huomioitava esimerkiksi perustuslaista, kuntalaista (365/1995), hallintolaista (434/2003), henkilötietolaista (523/1999) ja viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetusta laista (521/1999) aiheutuvat vaatimukset.



Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistus osana sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kokonaisuudistusta

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon keskeinen lainsäädäntö on tullut viime vuosina uudistamisen kohteeksi ehkä yllättävänkin laajasti ja nopealla aikataululla. Kokonaisuudistusta ei ole kuitenkaan lähdetty toteuttamaan pitkäjänteisen suunnitelman pohjalta. Tästä johtuen uudistus koostuu useammasta eri aikatauluilla toteutettavasta osakokonaisuudesta, mikä asettaa huomattavia paineita osauudistusten yhteensovittamiselle poliittis-hallinnollisesti muuttuvassa toimintakentässä.

Eräs keskeinen liikkeelle paneva voima uudistuksissa on ollut kunta- ja palvelurakennemuutos (jäljempänä *Paras-uudistus*) ja sitä ohjaava laki (169/2007, jäljempänä *puitelaki*). Sosiaalihuollon kannalta Paras-uudistuksen voi sanoa olleen pienille kunnille mahdollisuus vastata ongelmaan, joka on aiheutunut velvollisuudesta hoitaa hyvinkin vaativia sosiaalihuollon tehtäviä.

Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on ollut laajentaa palvelujen järjestämisen väestöpohjaa kuntaliitoksille vaihtoehtoisena tapana yhteistoiminta-alueita muodostamalla. Toisaalta puitelain mukaan muodostettavaksi edellytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset laajan väestöpohjan kuntayhtymät ovat tarjonneet myös mahdollisuuden muodostaa sosiaalihuoltoon siltä puuttuvan kattavan erityispalvelujen tason. Tavoitteet ovat kuitenkin toteutuneet yhteistoiminta-alueiden osalta puutteellisesti eivätkä laajan väestöpohjan kuntayhtymien osalta lainkaan. Kuntaliitosten osalta uudistus on sen sijaan edennyt ehkä odotettuaikin nopeammin. Kuntien lukumäärä on uudistuksen myötä selvästi pienentynyt. Vuoden 2009 alussa kuntien lukumäärä aleni 415:sta 348:aan ja edelleen vuoden 2010 alussa 342:een. Vireillä olevien selvitysten pohjalta kuntamäärä saattaa vähentyä vuoteen 2013 mennessä runsaaseen 300:aan. Tätä kehitystä voi pitää sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen kannalta myönteisenä. Kuntaliitoksissa on yleensä turvattu hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys, ja peruskuntien asema sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisessa säilyy vahvana. Tämä antaa hyvät lähtökohdat mm. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä välttämättömälle ylisektoriselle hallintokuntien yhteistyölle.

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämisen rakenteen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä väljä puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä sekavammaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Sosiaalihuollossa keskeisten palvelujen järjestäminen on ollut perinteisesti yksittäisten kuntien vastuulla. Kuntien välinen yhteistyö palvelujen järjestämisessä on ollut vähäistä ja yhteistyörakenteet esimerkiksi erityispalvelujen järjestämisessä kapea-alaisia. Terveydenhuollossa puolestaan ongelmaksi on pikemminkin nähty erityistason liiallinen vahvuus ja kestoteemana on ollut perustason vahvistaminen. Sekava tilanne on mahdollistanut hyvin erilaiset alueelliset ratkaisut ja yhteistyöasetelmat erityisesti terveydenhuollossa. Vahvat alueelliset toimijat ovat kehitelleet uusia yhteistyömalleja lähinnä omista intresseistään lähtien. Puitelaki on osaltaan tukenut uusien varsin keinotekoisten ja hajanaisten, usein sairaanhoitopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa monissa on myös sosiaalihuolto usein varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana.

Uudistusta ohjaava puitelaki on luonteeltaan määräaikainen suunnittelulaki, jonka voimassaolo päättyy vuoden 2012 lopussa. Verrattain laaja yksimielisyys on vallinnut siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamista on jatkettava, mutta etenemisjärjestyksestä ja uudistuksen suunnasta on ollut erilaisia näkemyksiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta tilanne edellyttää alan kehittämistä koskevia linjauksia ja pysyvän lainsäädännön uudistamista. Kohtuullisen nopeasti on ratkaistava muun muassa se, missä muodossa puitelain vuoden 2012 loppuun voimassa olevat säännökset viedään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. On otettava kantaa mm. siihen, mitä tehdään yhteistoiminta-alueita ja ns. laajan väestöpohjan kuntayhtymiä koskeville säännöksille; viedäänkö ne sellaisinaan sosiaali- ja terveydenhuollon pysyvään lainsäädäntöön vai jatketaanko uudistusta sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellun nk. sote-aluemallin suuntaan vai mahdollisesti nykyistä selkeämmin edistämällä kuntarakenteen uudistamista suoraan kohti vahvoin peruskuntiin perustuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä. Parhailaan eduskunnassa käsiteltävänä olevassa hallituksen Paras-uudistusta koskevassa selonteossa ei

ole otettu näihin kysymyksiin yksiselitteisesti kantaa, vaan monet perustavaa laatua olevat linjaukset näyttävät siirtyvän seuraavalle hallitukselle.

Lainsäädäntöuudistukset ovat aiheuttaneet jännitteitä myös sosiaali- ja terveysalan sisällä. Rinnan puitelain toimeenpanon kanssa käynnistettiin Matti Vanhasen II-hallituksen ohjelman kirjauksen mukaisesti terveydenhoitolain valmistelu. Uudistuksen keskeisenä sisältönä oli kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) yhdistäminen, jolla tavoiteltiin perus- ja erityistason raja-aitojen madaltamista ja peruspalvelujen vahvistamista. Terveydenhuoltolain uudistusta valmistellut työryhmä jätti esityksensä kesällä 2008. Lakien yhdistämisen lisäksi työryhmä esitti toimeksiantonsa mukaisesti terveydenhuoltolakiin sisällytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen rakenteen uudistamista merkitseviä säännöksiä. Jo vastaanottaessaan työryhmän mietinnön peruspalveluministeri Paula Risikko linjasi, että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden valmistelua tulee jatkaa uudelta pohjalta. Linjauksen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, valvontaa ja kehittämistä koskevat säännökset kootaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseen nk. järjestämislakiin. Tavoitteeksi yhteisen lain valmistelulle asetettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiselle säädetään yhteiset rakenteet. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliset edellytykset tulee saattaa käytännön tasolla mahdollisimman yhdenmukaisiksi niin, että monet nykyiset hallinnolliset esteet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöltä saadaan poistettua esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä toimintayksiköissä.

Hallituksen esitys järjestämislaista oli alkuaan tarkoitus antaa eduskunnalle keväällä 2010. Uudistusten etenemisjärjestystä ja sisältöä koskevat erilaiset näkemykset johtivat kuitenkin siihen, että lakiesityksen antaminen siirtyi seuraavalle hallitukselle. Terveydenhuollon sisällölliseen toteuttamiseen liittyvät säännökset sisältyvät eduskunnalle keväällä 2010 annettavaksi tarkoitettuun terveydenhuoltolakiesitykseen. Esityksellä ei kumota kokonaan kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoidon lakia, vaan niiden terveydenhuollon alueellista järjestämistä koskevat säännökset jäävät edelleen voimaan. Vastaavasti järjestämislain antamisen siirtyminen merkitsee sitä, että sosiaalihuollossa toimitaan nykyisen sosiaalihuoltolain hallintosäännösten pohjalta. Kun vielä puitelaki säätelee sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa vuoden 2012 loppuun saakka, ollaan tilanteessa, jossa odotellaan yhteisiä poliittisia linjauksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tulevista rakenteista.

Valtakunnallisten linjausten puutteesta huolimatta palvelujen alueellisia järjestämisen rakenteita koskeva kehittämistyö jatkuu kunnissa. Tätä työtä on tarkoitus tukea ja koota valtakunnallisesti käynnistämällä sosiaali- ja terveysalueajatteluun perustuva kokeilu. Kokeilun on tarkoitus edistää niitä toiminnallisia tavoitteita, joita sote-aluemallissa on asetettu sekä mahdollistaa erillisellä kokeilulla uudistamiseen liittyvät menettelyt, jotka mahdollisesti edellyttävät määräaikaista muutoksia lainsäädäntöön. Kokeiluun mukaan valikoituvia kuntia koskevat keskeiset kriteerit on tarkoitus johtaa sosiaali- ja terveysaluemallin toiminnallisista tavoitteista. Tällaisia tavoitteita ovat muun muassa peruspalvelujen/perustason vahvistaminen, sote-yhtenäisyys, perus- ja erityistason laajempi integrointi, maantieteellisesti ehyet ratkaisut, mielekkäät järjestämisen ja tuottamisen työnjaot, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisoimisen kehittäminen, pyrkimys toiminnalliseen prosessien uudistamiseen ja asiakkaan palvelukokonaisuuksien kehittämiseen sekä mahdollisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen erityisvastuualueen roolin selkeyttäminen ja nk. monikanavarahoitusongelmaan liittyen nykyisten erillisten rahoituskanavien määräaikaisten yhteen kokoaminen.

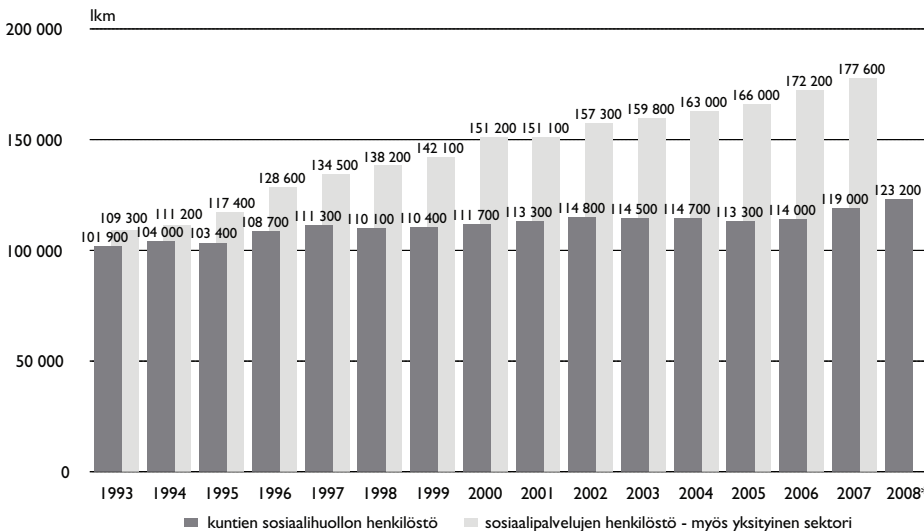
3 SOSIAALIHUOLLON UUDISTAMISEN KEHYS

■ Sosiaalihuollon kehittämiseen ja uudistamiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät. Seuraavassa esiin nostetaan kolme tärkeää asiakokonaisuutta eli sosiaalihuollon henkilöstövoimavarat, taloudelliset lähtökohdat sekä se laaja eurooppalainen viitekehys, joka vaikuttaa suomalaisenkin sosiaalihuollon toimintapuitteisiin ja linjauksiin.

3.1 SOSIAALIHUOLLON HENKILÖSTÖVOIMAVARAT

Sosiaalihuollon henkilöstön määrällinen kehittyminen ja työvoimatarpeet
Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalihuollossa työskenteli yhteensä 123 200 työntekijää vuonna 2008. Sosiaalialalla työskenteli vuoden 2007 lopussa yhteensä 177 600 henkilöä, kun otetaan huomioon myös yksityisellä sektorilla työskentelevät.

Kuvio 2. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalihuollon henkilöstö 1993-2008 ja koko maan sosiaalipalvelujen henkilöstö 1993-2007



Thi 2010

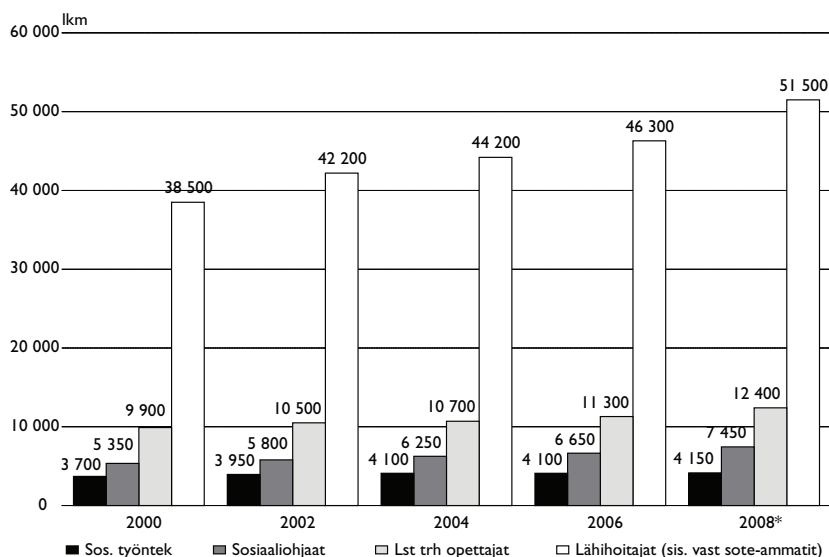
Lähde: Työssäkäyntitilasto ja Kuntapalkat, Tilastokeskus

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalihuollon henkilöstön määrällinen kasvu on ollut maltillista vuoteen 2006. Vuodesta 2007 alkaen henkilöstön määrän kasvu on ollut ripeämpää, ja syynä näyttäisi olevan asiakasmäärän kasvu vanhusten palveluissa ja lastensuojelussa.

Yksityisissä sosiaalipalveluissa yleisin toimiala oli palvelutalot ja ryhmäkodit. Muina toimialoina olivat lasten päivähoido, kotipalvelut, sekä lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito. Lisäksi yksityiset palveluntuottajat tuottivat muun muassa päihdehuollon sekä ikääntyneiden ja vammaisten laitos-hoitoa. Suurin osa yksityisistä toimipaikoista myi palveluja kunnille joko ostopalvelusopimusten perusteella tai maksusitoumuksilla. Lähes puolet yksityisistä toimipaikoista oli Etelä- ja Länsi-Suomessa.

Kuviosta (3) voi havaita, että kaikkien ammattiryhmien määrä on kasvanut, mutta kasvu painottuu selkeästi lähihoitajiin. Kuviossa esitettyjen ammattiryhmien lisäksi kuntien ja kuntayhtymien sosiaalihuollossa työskenteli 4 130 sairaanhoitajaa vuonna 2008. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrällisen osuuden lisäystä selittää suurelta osin väestön ikääntyminen. Mahdollinen päivähoidon siirtyminen vuoden 2011 loppuun mennessä opetusministeriön ohjaukseen vaikuttaa myös sosiaalihuollon henkilöstön määrään.

Kuvio 3. Sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö ammattiryhmittäin 2000–2008



Lähde: Tilastokeskus, Kuntapalkat

Sosiaalihuollon henkilöstövajeet

Sosiaalialan työvoima- ja osaamistarpeita on selvitetty 2000-luvulla monin eri tavoin. Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, Euroopan sosiaalirahasto ja Suomen Kuntaliitto rahoittivat vuosina 2003–2006 sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanketta. Hankkeen loppuraportissa (Sosiaalialan osaajat 2015, Jyväskylän yliopiston sosiaalityön julkaisusarja 4, 2006) tarkasteltiin sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeita koulutuksen määrällisen mitoituksen kysymyksinä sekä osaamisen laadullisina sisältökysymyksinä.

Työvoimavaje on kasvanut kunta-alan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä hitaasti vuodesta 2004. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen huhtikuussa 2008 tekemän sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatilanneselvityksen mukaan työvoimavaje sosiaalityötoimessa oli keskimäärin 5,7 prosenttia ja terveydenhuollossa keskimäärin 4,3 prosenttia. Tiedusteluun vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä oli 4 457 kokonaan hoitamatta olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon vakanssia. Näistä 133 oli vakansseja, joihin ei ollut tarvetta palkata ketään, jolloin työvoimavajeeksi jäi 4 324 vakanssia eli 5 prosenttia. Kaupunkien ja muiden kuntien täyttämättömistä vakansseista 78 prosenttia sijoittui yli 40 000 asukkaan kuntiin.

Suhteellisesti eniten työvoimavajetta oli erityislastentarhanopettajien (17,9 %), sosiaalityöntekijöiden ja erityissosiaalityöntekijöiden (11,8 %), sosiaaliohjaajien (9,3 %), psykologien (7,9 %) sekä puheterapeuttien (7,5 %) ammattiryhmissä. Noin puolet vajeesta johtui siitä, että vakansseihin ei ollut saatu pätevää henkilöstöä. Vuokratyövoimalla hoidettuja vakansseja ilmoitettiin olevan vain 81. Työvoimavaje jakautui eri puolille maata, mutta kohdistui erityisesti Etelä-Suomen suuriin kaupunkeihin.

Sosiaali- ja terveysministeriö tiedusteli maaliskuussa 2008 kunnilta sosiaalityöntekijöiden tehtävissä toimivien kokonaismäärää ja määräaikaisten työntekijöiden lukumäärää sekä määräaikaisten työntekijöiden koulutusta. Kyselyyn vastasivat kaikki Itä-Suomen, Oulun ja Lapin läänin kunnat, Etelä-Suomen läänin kunnista 78 prosenttia ja Länsi-Suomen läänin kunnista 69 prosenttia, yhteensä 321 kuntaa. Kuntien sosiaalityöntekijöistä määräaikaaisia oli 32,9 prosenttia (1 009 henkilöä). Kelpoisuusvaatimusta ei täyttänyt 26,6 prosenttia kuntien sosiaalityöntekijöistä (818 henkilöä).

Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutumista koskevan kuntakyselyn vastausten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavajeita oli 267 kunnassa keväällä 2009. Vain 46 kunnalla ei ollut vajetta henkilöstöstä. Suurin vaje oli lääkäreistä, hammaslääkäreistä, sosiaalityöntekijöistä sekä hoitohenkilökunnasta. Erityisosaamisesta kuten erityislastentarhanopettajista, psykologeista ja erilaisista terapeuteista oli myös puutetta. Samanaikaisesti kaikista keskeisistä ammattiryhmistä (lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät) oli

vajetta 71 kunnassa. Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen keskeinen tavoite on palvelujen tasavertaisen saatavuuden turvaaminen koko maassa, ja tämä edellyttää, että kunnat huolehtivat henkilöstövoimavarojen riittävydestä ja kehittämisestä.

Kuntien työvoimatarpeeseen vaikuttaa nykyisten henkilöstövajeiden ohella henkilöstön merkittävä siirtyminen pois työelämästä vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeelle. Seuraavissa taulukoissa on esitetty kuntien koko sosiaalialan henkilöstön ja keskeisten ammattiryhmien eläkepoistuma vuoteen 2030 mennessä Kuntien eläkevakuutukselta saatujen tietojen perusteella.

Taulukko 1. Kuntien sosiaalialan henkilöstön poistuma vanhuuseläkkeelle vuodesta 2008 vuoteen 2030

Ammattiryhmä	Vakuutetut	Toteuma	Ennusteet				
	31.12.2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
Sosiaalityöntekijät	6031	91	105	779	1520	2196	2828
Sosiaaliohjaajat ja vastaavat	8506	73	99	732	1509	2364	3261
Lähihoitajat ja vastaavat	53 931	683	760	6282	12380	18023	23344
Lastentarhanopettajat	13 037	48	60	585	1664	3054	4761
Lastenhoitajat ja päiväkotiapulaiset	20 279	198	231	1819	3709	5648	7668
Perhepäivähoitajat	15 903	290	318	3109	5533	7141	8309
Koko ala yhteensä	146 540	1925	1955	15 980	31 755	46 561	61 081
(mukana sosiaali- ja terveydenhuollon johto)				11 %	22 %	32 %	42 %

Taulukko 2. Kuntien sosiaalialan henkilöstön poistuma työkyvyttömyyseläkkeelle vuodesta 2008 vuoteen 2030

Ammattiryhmä	Vakuutetut	Toteuma	Ennusteet				
	31.12.2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
Sosiaalityöntekijät	6031	36	52	255	479	663	816
Sosiaaliohjaajat ja vastaavat	8506	65	77	470	857	1205	1505
Lähihoitajat ja vastaavat	53 931	678	722	4002	6871	9070	10701
Lastentarhanopettajat	13 037	60	92	632	1238	1823	2313
Lastenhoitajat ja päiväkotiapulaiset	20 279	181	223	1374	2515	3527	4366
Perhepäivähoitajat	15 903	211	245	1290	2019	2544	2962
Koko ala yhteensä	146 540	1661	1703	9933	17 298	23 443	28 396
(mukana sosiaali- ja terveydenhuollon johto)				7 %	12 %	16 %	19 %

Mikäli kuntien sosiaalialan henkilöstön poistuma vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeelle tapahtuu edellä esitettyjen ennusteiden mukaisesti, niin sosiaalialan henkilöstö vähenee vuodesta 2008 vuoteen 2030 yhteensä 61 prosentilla, lähes 90 000 henkilöllä. Varhaiskasvatuksen osuus eläkepoistumasta on 33 prosenttia.

Henkilöstövajeiden vähentäminen

Sosiaalialan henkilöstövajeiden vähentämiseen voidaan vaikuttaa pääasiallisesti koulutuksellisilla keinoilla sekä tehtävärakenteiden ja työnjaon uudistamisella. Riittävä koulutustarjonta edellyttää hyvää työvoima- ja osaamistarpeiden ennakointia sekä työelämän ja koulutuksen yhteistyön tiivistämistä. Henkilöstön riittävyyteen voidaan merkittävästi vaikuttaa uudistamalla tehtävärakenteita ja henkilöstön työnjakoa ja mitoitusta sekä huolehtimalla henkilöstön osaamisen kehittymisestä kuntien palvelustrategioiden linjausten mukaisesti.

Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) on määritelty kelpoisuusvaatimukset tehtävänimikkeittäin keskeisiin sosiaalihuollon ammatteihin sekä vähimmäiskoulutusvaatimus muihin sosiaalihuollon ammatillisiin tehtäviin. Sosiaalihuollon kelpoisuuslain tarkoituksena on edistää sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun edellyttämällä, että sosiaalihuollon ammatillisella henkilöstöllä on tarvittava koulutus ja perehtyneisyys. Laki ei sisällä säännöksiä sosiaalihuollon tehtävärakenteesta tai mitoituksesta.

Kelpoisuuslain perusteella sosiaali- ja terveysministeriö on antanut Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuosituksen (sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007:14). Suosituksella on selkiytetty sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien

työnjakoa asiakasprosesseissa tarkoituksena muuttaa sosiaalialan tehtävärakennetta vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Suosituksen tarkoituksena on myös edistää sosiaalialan uudistuneen koulutuksen tuottaman osaamisen täysimääräistä käyttöön ottoa tehtävärakenteissa.

Henkilöstövoimavaroista huolehtimiseen ja niiden kehittämiseen on kiinnitettävä vakavaa huomiota erityisesti nyt, kun kasvaviin palvelutarpeisiin vastataan vähenevällä työvoimalla. Sosiaalipalveluiden saatavuuteen ja tuloksellisuuteen vaikuttaa oleellisesti osaava henkilöstö, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen voimavara ja toiminnan keskeinen menestystekijä.

Laskelmia sosiaalipalveluiden työvoimatarpeen kehityksestä

Seuraavassa esitellään arvio työvoimatarpeen kehityksestä sosiaalipalveluissa vuosina 2010–2040. Laskelma perustuu ennen kaikkea odotettavissa olevan väestörakenteen muutoksen vaikutuksiin.

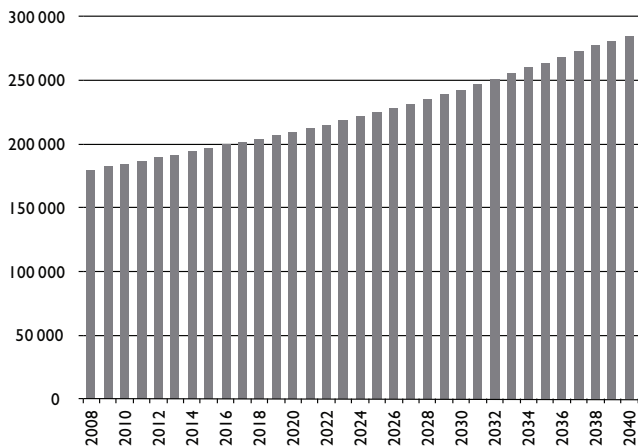
Vanhusikäisten määrä ja väestöosuus kasvavat tulevina vuosikymmeninä. Tilastokeskuksen 2009 julkaisemassa väestöennusteessa yli 85-vuotiaiden määrä yli kolminkertaistuu seuraavan 30 vuoden aikana. Tämä johtuu suurten ikäluokkien ikääntymisestä sekä keskimääräisen eliniän pitenemisestä. Koska vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen tarve kohdistuu kaikista vanhimpiin ikäluokkiin, voidaan tulevaa palvelujen kokonaistarvetta arvioida yhdistämällä nykyhetken tiedot palvelujen ikäkohtaisesta käytöstä ikäryhmittäiseen väestöennusteeseen. Lisäksi lasten päivähoidon palvelutarve riippuu väestökehityksestä. Väestöennusteessa syntyvien lasten määrän odotetaan pysyvän likimain nykytasolla vuoteen 2040 saakka. Palvelumäärien pohjalta voidaan arvioida tarvittavan henkilökunnan määrää.

Tarkasteltavina ovat kaikki sosiaalipalvelut. On hyvä huomata, että laskelmissa arvioidaan työvoiman määrää vain palvelutarpeen (tai palvelujen käytön) kautta. Laskelma on siis kysyntälähtöinen ja tässä mielessä yksipuolinen. Esimerkiksi työvoiman tarjontaa ja kunnallisten palvelujen rahoituksen rajoitteita ei huomioida laskelmissa. Työvoimaa tarkastellaan varsin yleisellä tasolla: mukana ei ole esimerkiksi jakoa eri ammattiryhmien tai yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä.

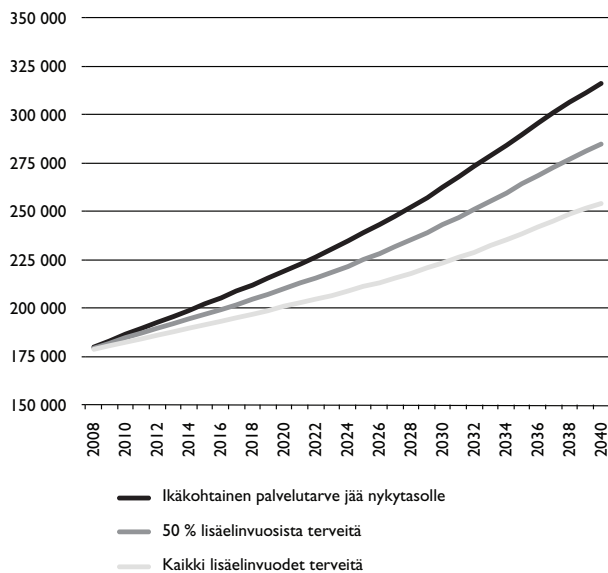
Väestöennusteen osalta on huomioitava, että tuloksiin vaikuttaa paitsi väestön ikärakenne myös väestön määrän muutos. Tilastokeskuksen 2009 väestöennusteessa koko väestön määrä kasvaa nykyisestä 5,3 miljoonasta 6,2 miljoonaan. Tämä johtaisi sosiaalipalvelujen tarpeen kasvuun väestön ikärakenteesta riippumatta. Laskelmissa huomioidaan muitakin työvoimatarpeeseen vaikuttavia oletuksia: Sosiaalipalvelujen tuottavuuden oletetaan pysyvän nykytasolla. Vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen tarpeen oletetaan puolestaan siirtyvän myöhäisempään ikään eliniän pidentyessä. Oletuksena on, että puolet lisäelinvuosista eletään terveinä.

Laskelman mukaan sosiaalipalveluiden työvoiman tarve kasvaa noin 60 000 hengellä seuraavan 20 vuoden kuluessa. Työvoiman lisätarve kohdistuu lähes täysin vanhusten hoito- ja asumispalveluihin.

Kuvio 4. Arvio työvoimatarpeesta sosiaalipalveluista vuosille 2008–2040



Kuvio 5. Vanhusten palvelujen ikäkohtaisen tarpeen myöheneminen suhteessa eliniän pitenemiseen. Vaihtoehtososiaalipalvelujen työvoimatarpeen kehityksestä.



Kuviossa (5) on tarkasteltu eri vaihtoehtoja siitä, miten muutokset vanhusten ikäkohtaisessa palvelutarpeessa heijastuvat työvoiman tarpeeseen. Yksi vaihtoehto on, että hoito- ja hoivapalvelujen ikäkohtainen tarve jää nykytasolle. Toinen oletus on, että eliniän pidentyessä kaikki lisäelinvuodet eletään terveinä. Toisin sanoen, jos 80-vuotiaan eliniän odote kasvaa kolmella vuodella suhteessa nykyhetkeen, 83-vuotiaan keskimääräinen palvelutarve on yhtä suuri kuin 80-vuotiaalla nykyään. Tuloksista huomataan, että sosiaalipalvelujen volyymin kasvu tulee riippumaan merkittävästi siitä, millaisessa terveydessä pitenevä elinikä vietetään.

Tässä esitettävään laskelmaan valitut oletukset ovat luonnollisesti vain yksi vaihtoehto, eikä sitä tule käsitellä varsinaisena ennusteena. Vastaava laskelma voidaan tarvittaessa tehdä toisenlaisilla oletuksilla. Moni työvoiman kysyntään vaikuttava tekijä jää huomioimatta. Pyrkimyksenä on ottaa huomioon väestörakenteen muutos ja muutama muu keskeinen muuttuja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarvetta on arvioitu myös muun muassa Valtion taloudellisessa tutkimuskeskuksessa (VATT). Siellä on tehty kaikki talouden toimialat kattava ennuste työvoimatarpeen kehityksestä neljän ministeriön muodostamalle tilaajaryhmälle, jossa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on mukana. Keväällä 2010 julkaistussa raportissa (Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010–2025; VATT Tutkimukset 154 helmikuu 2010) sosiaalipalvelujen henkilöstötarpeen odotettu lisäys on suurempi kuin yllä kuvatuissa laskelmissa. VATT:n raportin tuloksia voitaneen pitää ylärajana työvoimatarpeen

kasvulle sosiaalialalla. Erot tuloksissa aiheutuvat erilaisista oletuksista hoito- ja hoivapalvelujen kysynnän kasvussa. VATT:n hanke jatkuu edelleen, tulossa on esimerkiksi alueittain jaetut laskelmat työvoimatarpeen kehityksestä.

Henkilöstön tarpeen kasvu kohdentuu erityisesti ikääntyneiden hoitoon, ja tästä henkilöstötarpeesta noin 90 % täytetään vähintään sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneilla. Näin suuren määrän rekrytointia pidetään kuitenkin erittäin haasteellisena. Kun työttömyys maassa on korkea, erityisesti ulkomaalaistaustaisen väestön työttömyys on suuri, on pidetty perusteltuna luoda lähihoitajatutkintoa matalampi koulutus avustaviin tehtäviin vanhus- ja vammaispalveluihin. Tämä koulutus voisi olla väylä työelämään ja myöhemmin mahdollisuus jatkaa opiskelua esimerkiksi lähihoitajatutkintoon.

3.2 SOSIAALIHUOLLON TALOUDELLISET LÄHTÖKOHDAT

Sosiaalihuolto ja talous

Sosiaaliturva ja sosiaalihuolto sen osana ovat sosiaalisia investointeja, jotka tukevat kansantalouden kehitystä vakauttamalla yhteiskuntaa, auttamalla ihmisiä sopeutumaan toimintaympäristön muutoksiin, vahvistamalla sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja tukemalla sen kautta yhteiskunnan tuottavuutta. Lisäksi sosiaaliturva tukee kansantalouden kehitystä mahdollistamalla kansalaisten riskinottoa.

EU:n sosiaalisen vision ja toimintaohjelman keskeiset tavoitteet ovat mahdollisuuksien luominen, väylien järjestäminen ja yhteisvastuun osoittaminen. Kyse on oikeudenmukaisuudesta ja yhteenkuuluvuudesta, mutta viimesijainen perustelu uudelle sosiaaliselle visiolle ja toimintaohjelmalle tulee taloudellisesta välttämättömyydestä. Vision toteuttaminen merkitsee investointeja nuoriin, mielekkäisiin työuriin, pitempään ja terveempään elämään, sukupuolten tasa-arvoon, aktiiviseen osallistumiseen, syrjimättömyyteen, liikkuvuuteen ja onnistuneeseen kotoutumiseen sekä investointia kansalaisaktiivisuuteen ja kulttuuriin.

Teknologisen kehityksen ja globalisaation myötä sosiaalisten turvaverkkojen tarve korostuu. Sosiaaliturva voi olla merkittävä kilpailuetu globalisoituvassa maailmassa, koska se vaihtelee pääomaliikkeiden ja tuotannon siirtymisen synnyttämiä sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia.

Kuntien sosiaalihuollon kustannukset

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat yhteensä 17,8 miljardia euroa vuonna 2008. Kun siitä vähennetään asiakasmaksut, olivat sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset 15,6 miljardia euroa. Kustannukset vaihtelevat paljon kunnittain, sillä nettokustannukset olivat korkeimmillaan noin 4 000 euroa ja pienimmillään noin 2 000 euroa asukasta kohti.

Sosiaalitoimen nettokustannukset olivat noin 7,1 miljardia euroa, mikä on vajaa puolet sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista ja 29 prosenttia kuntien kaikista nettokustannuksista. Lähes kolmasosa sosiaalitoimen nettokustannuksista kului lasten päivähoitoon ja vajaa puolet vanhusten ja vammaisten palveluihin. Lastensuojelun sijaishuoltoon ja muihin lasten ja perheiden palveluihin käytettiin 13 prosenttia ja toimeentulotukeen seitsemän prosenttia.

Kuntien sosiaalitoimen kustannuksiin on laskettu mukaan sekä sosiaalihuoltolain että erityislakien perusteella järjestetty sosiaalihuolto. Palvelujen osalta mukana ovat kuntien järjestämien palvelujen kustannukset eli kuntien itse tuottamien palvelujen lisäksi mukana ovat ostot muilta kunnilta, kuntayhtymiltä, valtiolta ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi sosiaalitoimen kustannuksissa ovat mukana rahamääräiset kunnalliset etuudet, kuten esimerkiksi toimeentulotuki.

Taulukko 3. Kuntien sosiaalitoimen nettokustannukset tehtäväluokittain vuosina 2000 ja 2005–2008, milj. euroa (käyvin hinnoin)

	2000	2005	2006	2007	2008	%
Lasten päivähoito	1 626,4	1 838,7	1 884,6	1 979,8	2 125,8	30,0
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	156,0 ¹⁾	317,8	409,0	459,9	519,6	7,3
Muut lasten ja perheiden palvelut	270,7 ¹⁾	361,0	325,4	354,9	386,4	5,5
Vanhusten laitospalvelut	496,9	634,9	672,4	715,4	748,0	10,6
Vammaishuollon laitospalvelut	136,1	168,1	171,9	181,3	187,5	2,6
Vammaisten työllistämistoiminta	104,7	130,0	129,8	138,4	148,0	2,1
Kotipalvelut	357,7	453,5	478,8	496,8	542,2	7,7
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut	618,1	1 111,5	1 232,7	1 382,5	1 582,6	22,3
Siitä:						
Omaishoidon tuen hoitopalkkiot	64,3	94,8	106,5	117,7	127,6	1,8
VPL:n mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot	142,1	222,6	245,5	267,1	298,4	4,2
Päihdehuolto	78,2	118,6	129,0	139,5	152,5	2,2
Muu sosiaali- ja terveystoimi	468,5	541,2	621,3	646,3	695,0	9,8
Siitä:						
Toimeentulotuki	427,8	429,8	445,9	476,1	526,0	7,4
Yhteensä	4 313,3	5 675,3	6 054,9	6 494,8	7 087,7	100
% kuntien nettokustannuksista	27,7	27,8	28,5	29,1	29,3	

¹⁾ Vuoteen 2005 asti perhehoito sisältyi luokkaan Muut lasten ja perheiden palvelut, sen jälkeen luokkaan Lastensuojelun laitos- ja perhehoito.

Lähde: SOTKANet-tietokanta (www.sotkanet.fi)

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin osoitetut valtionosuudet kattoivat vuonna 2008 noin 34 prosenttia kuntien lakisääteisistä menoista. Asiakasmaksuilla katettiin näistä menoista noin kahdeksan prosenttia. Kunnat rahoittivat jäljelle jääneen lähes 60 prosentin osuuden.

Asiakasmaksujen osuus rahoituksesta vaihtelee eri palveluissa. Vammaispalveluissa ja lastensuojelussa se on hyvin pieni. Vanhuspalveluissa asiakasmaksujen osuus on lähes viidesosa ja lasten päivähoitossa kuudesosa. Terveys- ja terveydenhuollon eri palveluissa asiakasmaksujen osuus vaihtelee kahdesta viiteen prosenttiin lukuun ottamatta hammashoitoa, jossa asiakasmaksujen osuus on yli 20 prosenttia.

Kunnat järjestävät yhä suuremman osan sosiaalipalveluista ostamalla ne järjestöiltä tai yrityksiltä. Vuonna 2008 ostoihin käytettiin 1 508,8 miljoonaa euroa, mikä oli 21,3 prosenttia kuntien sosiaalipalvelujen nettokustannuksista. Vuonna 1995 osuus oli 8,7 prosenttia ja vuonna 2000 se oli 13,6 prosenttia.

Kunnat ostavat yli puolet järjestämistään ensi- ja turvakotipalveluista, mielenterveys-ongelmaisten ja ikääntyneiden asumispalveluista, lasten ja nuorten laitos- ja perhehoitosta sekä päihdehuollon laitoshoidosta ja asumispalveluista yksityisiltä palveluntuottajilta. Sen sijaan järjestämistään lasten päiväkotihoidosta, ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidosta ja kotipalveluista kunnat ostavat yksityisiltä palveluntuottajilta alle viidesosan.

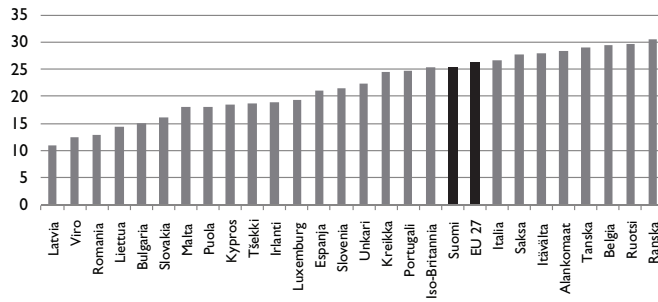
Sosiaaliturvan menot Suomessa ja muissa EU-maissa

Suomen sosiaaliturvan menot olivat vuonna 2008 yhteensä 48,6 miljardia euroa. Se oli 26,3 % BKT:sta, mikä on EU:n keskitasoa. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on koko 2000-luvun vaihdellut 25–26,7 prosentin välillä.

EU15-maiden (EU:n vanhat 15 jäsenmaata) sosiaalimenojen keskimääräinen bruttokansantuotesuhde on vuodesta 1995 pysynyt suunnilleen samalla tasolla (vaihtelu on ollut välillä 26,8–27,8 prosenttia). Vuonna 2007 se oli 26,9 prosenttia, kun Suomen vastaava luku oli 25,4 prosenttia.

Bruttokansantuoteosuuden kehitykseen vaikuttaa sosiaalimenojen lisäksi huomattavasti bruttokansantuotteen kehitys. Lamavuosina bruttokansantuoteosuus nousi, kun talouskasvu hiipui ja sosiaalimenot kasvoivat. Hyvän talouskasvun aikana tilanne on päinvastainen.

Kuvio 6. Sosiaalimenot suhteessa BKT:hen EU-maissa 2007, %



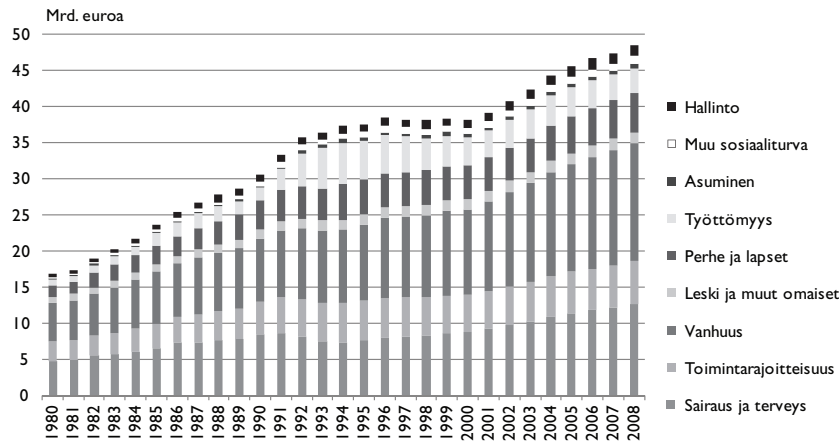
Sosiaalimenotilasto noudattaa EU:n mukaista sosiaaliturvan tilastointijärjestelmää (ESSPROS). Siinä sosiaaliturvaan kuuluvat kaikki julkisten tai yksityisten elinten toimenpiteet, joiden tarkoituksena on turvata yksilön ja perheen toimeentulo tiettyjen riskien ja tarpeiden varalta. Sosiaaliturvaetuudet voivat olla luonteeltaan joko toimeentuloa turvaavia rahallisia etuuksia tai palveluja. Vaikka sosiaalimenotilaston keruu tehdään eri maissa yhtenevällä tavalla, kansainvälisessä vertailussa on otettava huomioon, että yhteiskunnan ja perheen vastuut jakautuvat eri tavalla ja palvelujen sisältö vaihtelee.

Sosiaalimenojen rakenne

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

Kohderyhmittäin tarkasteltuna kolmasosa Suomen sosiaalimenoista kohdistuu vanhuuteen liittyviin palveluihin ja eläkkeisiin. Vuonna 2008 ryhmän menot olivat 16,3 miljardia euroa. Toiseksi suurin pääryhmä oli sairaus ja terveys, johon käytettiin hieman yli neljäsosa kokonaismenoista eli 12,7 miljardia euroa.

Kuvio 7. Sosiaalimenot vuosina 1980–2008 vuoden 2008 hinnoin, mrd. €

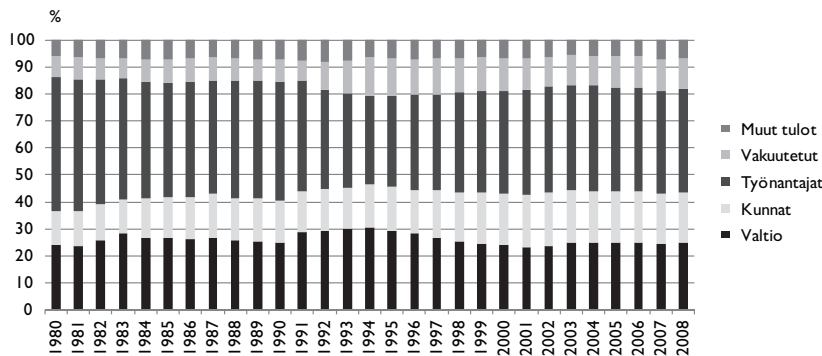


Sosiaalimenojen rahoitus

Työnantajat rahoittavat vakuutusmaksuina lähinnä tötuloihin perustuvia päivärahoja ja eläkkeitä. Työntekijät ja muut vakuutetut rahoittavat näiden lisäksi myös muita vakuutuskorvauksia. Valtio rahoittaa minimietuudet ja lapsilisät sekä maksaa kunnille sosiaali- ja terveystoimen valtionosuutta. Kuntien rahoitettavaksi jää lähinnä se osa sosiaali- ja terveystoimen menoista, jota valtionosuudet ja asiakasmaksut eivät kata. Muut tulot koostuvat sosiaaliturvarahastojen korko- ja osinkotuotoista.

Vuonna 2008 sosiaalimenojen suurin rahoittaja oli työnantajat, joiden osuus rahoituksesta oli 38,4 prosenttia. Valtio rahoitti 25,1 ja kunnat 18,6 prosenttia sosiaalimenoista. Vakuutettujen osuus sosiaalimenojen rahoituksesta oli 11,2 prosenttia. Muiden tulojen osuus oli 6,7 prosenttia.

Kuvio 8. Sosiaalimenojen rahoitus vuosina 1980–2008, %



Lähteet: Sosiaalimenot ja rahoitus 2008. Tilastoraportti 2/2010. THL. www.thl.fi/fi/tilastot/sosiaalimenot.; Sosiaali- ja terveyskertomus 2010.

Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä

Sosiaali- ja terveysministeriö on arvioinut sosiaalimenojen kehitystä vuoteen 2060 asti. Menojen kehitykseen vaikuttaa väestökehitys, etuuksien kehitys (mm. indeksointi), palvelujen tuotantokustannusten kehitys ja työllisyyskehitys. Suurin kasvu tapahtuu eläkemenoissa, mutta myös terveys- ja sosiaalipalvelujen menot kasvavat huomattavasti. Työllisyysasteen oletetaan nousevan, mikä pienentää työttömyysturvan ja joiden perusturvaetuuksien menoja.

Sosiaalipalveluista menot nousevat eniten pitkäaikaishoidossa. Vanhainkotihoito ja palveluasumisen menot nousevat kaikista sosiaalimenoista suhteellisesti eniten. Myös kotipalvelun ja omaishoidon tuen menot sekä terveyspalvelujen ja lääkehuollon menot kasvavat vanhusten määrän myötä. Menojen kehitykseen vaikuttaa palvelurakenteen muuttuminen eli esimerkiksi laitoshoidon vähentäminen vanhusten ja vammaisten palveluissa.

Uusimman väestöennusteen mukaan lasten määrä pysyy lähes ennallaan, joten lasten päivähoitopalvelujen määrässä ei ole suurta muutosta. Menot kuitenkin nousevat hiukan, jos hoidon kustannukset nousevat samaan tahtiin kuin palkat.

Toimeentulotukeen vaikuttaa pitkällä aikavälillä työllisyys ja muiden sosiaaliturvaetuuksien reaalikehitys.

Taulukko 4. Sosiaalimenojen bkt-osuus 2005 sekä sen muutos suhteessa vuoden 2005 tilanteeseen (prosenttiyksikköä)

	2005	2020	2040	2060
Työeläkkeet	9,0	+ 3,0	+ 4,6	+ 5,2
Kansaneläkkeet	1,8	- 0,3	- 0,5	- 0,8
Sairausvakuutus	1,9	+ 0,4	+ 0,5	+ 0,6
Työttömyysturva	1,8	- 0,3	- 0,3	- 0,3
Kuntien sosiaalipalvelut	3,3	+ 0,4	+ 1,0	+ 1,2
Kuntien terveyspalvelut	4,2	+ 0,5	+ 1,3	+ 1,4
Muu sosiaaliturva	4,7	- 0,3	- 0,5	- 0,6
Sosiaaliturva yhteensä	26,7	+ 3,6	+ 6,1	+ 6,7

Lähde: Skenaarioita sosiaalimenoista. Terveystieteen edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Selvityksiä 2009:7. Sosiaali- ja terveysministeriö.

3.3 EUROOPPALAISIA NÄKÖKULMIA SOSIAALIHUOLLON UUDISTAMISEEN

Euroopan unioni sosiaalipolitiikan suuntaajana

Euroopan yhteisön perustamisen taustalla oli kaksi suurta tavoitetta: rauhan turvaaminen Euroopassa ja taloudellinen yhteistyö. Kaupan esteiden purkamisen avulla on luotu yhteinen sisämarkkina-alue edistämään taloudellista kasvua. Tavaroiden, työvoiman, palvelujen ja pääomien vapaa liikkuvuus on ollut koko EU:n kehittämisen keskeinen kulmakivi, ja tämän mukaisesti unionin vaikutukset myös sosiaali- ja terveyspoliittisiin kysymyksiin välittyvät

usein talouden ja markkinoiden logiikan mukaisesti. Euroopan integraation syvenemisen myötä sisämarkkinaratkaisut ovat koko 2000-luvun ajan muokanneet hyvinvointipolitiikkaa ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluja yhä enemmän.

Vielä Suomen liittyessä Euroopan unioniin sosiaalipolitiikan ajateltiin olevan jäsenmaiden yksinomaiseen toimivaltaan kuuluva asia, mutta varsin pian huomattiin, ettei tämä ole mahdollista. EU vaikuttaa Suomen sosiaalipolitiikkaan monin tavoin; kyse on ongelmien ja niiden ratkaisujen jakamisesta. Unionin jäsenmaiden sosiaalipolitiikkojen tavoitteet ja myös ratkaisumallit ovatkin olleet viime vuosina samantapaisia. Keskeisiä painotuksia ovat muun muassa aktivoiminen, kannustavuuden ja yksilöiden oman vastuun ja valinnanvapauden korostaminen, monitoimijaisuus, markkinoistaminen sekä toiminnan kustannustehokkuuden tavoittelu.

Samaan aikaan erityisesti hoivan kysymykset ovat ikärakenteiden muuttuessa nousseet yhä tärkeämmiksi kautta unionin. Esimerkiksi pitkäaikaishoidon osalta on sovittu EU-jäsenvaltioiden kesken kolmesta yleisestä palveluntarjonnan tavoitteesta: saatavuudesta, korkeatasoisuudesta ja pitkän aikavälin taloudellisesta kestävydestä. Hoidon tarve ei unionin linjausten mukaan saisi johtaa köyhyyteen eikä taloudelliseen riippuvuuteen, mutta käytännössä pitkäaikaishoidon saatavuudessa on EU-maissa vielä paljon epätasa-arvoa ja monia esteitä. Komission raportin mukaan tilanne vaihtelee paljon myös saman maan eri alueiden kesken, ei ainoastaan jäsenvaltioiden välillä.

Yleisiä pitkäaikaishoidon saatavuuden esteitä ovat esimerkiksi vakuutusturvan aukollisuus, pitkät jonotusajat, puutteellinen tiedotus ja monimutkaiset hallinnolliset menettelyt. Myös hoidon jatkuvuutta voi olla hankala varmistaa, ja sen kustannukset ovat este erityisesti pienituloisille. Komission kokoamassa raportissa (Pitkäaikaishoito Euroopan unionissa 2008) jäsenvaltioita kannustetaan puuttumaan esimerkiksi pätevän pitkäaikaishoitohenkilöstön ennakoituun pulaan, kehittämään taloudellisesti kestäviä julkisten ja yksityisten rahoituslähteiden yhdistelmiä, varmistamaan tehokas yhteistyö erilaisten pitkäaikaishoitajärjestelmien kesken sekä panemaan täytäntöön pitkäaikaishoidon yleisen saatavuuden periaate.

Vuosituhatvuoden vaihteessa unionin jäsenmaiden sosiaalipolitiikkojen laajaa uudistamista lähdettiin edistämään Lissabonin strategialla, jonka erityinen merkitys on ollut siinä, että se rakennettiin nimenomaisesti taloudellisen ja sosiaalisen synteetiksi. Tämä tarkoittaa ”sosiaalisen” näkemistä erottamattomana osana erityisesti talous- ja työllisyyspolitiikkaa sekä tiiviissä yhteydessä esimerkiksi terveys-, koulutus-, ympäristö- sekä kauppa- ja sisämarkkinapolitiikan kanssa. Samaa lähestymistapaa jatketaan nyt alkaneella vuosikymmenellä Eurooppa 2020 -strategialla, jolla tavoitellaan ”älykästä, kestävä ja osallistavaa” kasvua.

Osallistava talous tarkoittaa komission määrittelemänä sitä, että ”ihmisille annetaan uusia mahdollisuuksia edistämällä korkeaa työllisyyttä, panostamalla osaamiseen, torjumalla köyhyyttä ja uudistamalla työmarkkinoita, koulutusta ja sosiaaliturvajärjestelmiä niin, että ihmisiä voidaan auttaa ennakoimaan ja hallitsemaan muutosta ja voidaan rakentaa osallistava yhteiskunta”. Komissio esittelee osallistavan kasvun ”lippulaivahankkeina” uuden osaamisen ja työllisyyden ohjelman sekä Euroopan köyhydentorjuntafoorumia, jonka avulla halutaan edistää julkisten ja yksityisten toimijoiden sitoutumista sosiaalisen syrjäytymisen torjuntaan. Osana Eurooppa 2020 -strategiaa komissio on ehdottanut EU:lle yleistavoitteita, joista yksi on köyhyysuhan alla elävien määrän vähentäminen 20 miljoonalla henkilöllä. Jäsenmaiden odotetaan asettavan itselleen vastaavia kansallisia tavoitteita. (KOM(2010)2020.)

EU:n sosiaali- ja työllisyyspolitiikan keskeisiä tavoitteita ovat perustamissopimusten mukaan työllisyyden edistäminen, elin- ja työolosuhteiden parantaminen, riittävä sosiaaliturva, vuoropuhelu työmarkkinaosapuolten kanssa, inhimillisten voimavarojen kehittäminen korkean työllisyystason saavuttamiseksi sekä syrjäytymisen torjuminen. Lissabonin sopimuksen myötä oikeudellisesti sitovaksi tulleeeseen unionin perusoikeuskirjaan on koottu unionin kansalaisten ja kaikkien EU-alueella asuvien henkilöiden kansalais-, poliittiset, taloudelliset ja sosiaaliset oikeudet. Unionin toimielinten on noudatettava näitä periaatteita, ja jäsenvaltioita koskevat samat velvoitteet niiden pannaessa täytäntöön unionin

oikeutta. Perusoikeuskirjan johdannossa unionin perusarvoina nostetaan esiin ihmisarvo, vapaus, yhdenvertaisuus ja yhteisvastuu, ja sen 34 artiklassa unioni tunnustaa oikeuden sosiaaliturvaetuuksiin ja sosiaalipalveluihin. Niiden avulla on varmistettava ihmisarvoinen elämä myös kaikille niille, joilla ei ole riittäviä varoja.

Sekä EY-sääntely että EY-tuomioistuimen lainsäädännön tulkinnat tulee ottaa kansallisella tasolla huomioon ja lainsäädäntöä tulee tarvittaessa muuttaa niiden mukaiseksi; ristiriitatilanteissa unionin normeilla on etusija kansalliseen lainsäädäntöön nähden. Lainsäädännön tekemisen rinnalla yhä tärkeämmiksi ovat tulleet myös erilaiset poliittisen yhteistyön, koordinaation ja toimeenpanon muodot, ja talous- ja työllisyyspolitiikkaan jo aiemmin omaksuttu ”avoim koordinaatio” tuli vuosituhannen vaihteessa – Lissabonin strategian myötä – myös eurooppalaisen sosiaalipolitiikan tärkeäksi etenemistieksi.

Vuosituhannen vaihteessa Euroopan unionin piirissä käyty sosiaalipoliittinen keskustelu alkoi yhä enemmän painottaa hyvinvointivaltion tehtäviä globaalissa kontekstissa. Globalisaation myötä erityisesti taloudellisen kilpailukyvyn vaatimukset ovat ohjanneet voimakkaasti niin kansallista kuin eurooppalaistakin poliittista agenda. Hyvätkään vastaukset kilpailukyvyn kysymyksiin eivät kuitenkaan riitä vastauksiksi kysymykseen sosiaalisesta tasa-arvosta. Komissio onkin peräänkuuluttanut tarvetta uusiin poliittisiin ratkaisuihin sekä toimijoiden roolien ja vastuusuhteiden muutoksiin. Sen mielestä viimeaikainen kehitys edellyttää – ei niinkään sosiaalipolitiikan tavoitteiden – vaan erityisesti keinojen nopeaa uudelleenarviointia. Sosiaalipolitiikan painopiste halutaan asettaa tulevaisuuteen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn, ja universaalien ratkaisujen sijaan painotetaan yhä enemmän tarveharkintaista räätälöintiä, ”yksilöllisiä mahdollisuuksia”. Samaan aikaan markkinat ovat saamassa yhä suuremman roolin hyvinvointivaltion toimijoina.

Markkinoiden integroituminen luo paineita kansallisille hyvinvointijärjestelmille paitsi taloudellisen kilpailun, myös Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen kautta. Yksi suuri kysymys on sosiaalipalvelujen asema sisämarkkinoilla. Komission tulkinnan mukaan lähes kaikkia sosiaalialalla tarjottuja palveluja voidaan pitää taloudellisena toimintana, ja palveludirektiivin myötä sosiaalipalvelut luokiteltiin tietyin rajauksin liikkumisvapauksien piiriin kuuluviksi. Jos viranomaisen itse tuottaa lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, eivät sisämarkkina- ja kilpailusäännöt tule sovellettaviksi. Mutta kun näitä toimintoja tuotetaan yhä enemmän markkinapohjaisten palvelujen avulla, hyvinvointivaltio liukuu kohti taloudellisten toimintojen aluetta ja sisämarkkinasääntelyn alaiseksi.

Palvelujen kilpailuttamisen taustalla on hankintalainsäädäntö, joka perustuu EU:n hankintadirektiiveihin. Suomessa voimassa oleva hankintalainsäädäntö (laki julkisista hankinnoista) on soveltamisalaltaan merkittävästi laajempi kuin EU:n hankintadirektiivi edellyttää; esimerkiksi sovellettaviksi tulevat kynnysarvot ovat alhaisempia. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että kun kunta Suomessa ostaa palvelun oman organisaationsa ulkopuolelta, hankinta on lähes poikkeuksetta kilpailutettava. Voidaankin todeta, että sosiaali- ja terveyspalvelujen avaaminen kilpailutukselle on meillä tehty kansallisin päätöksin, eikä sen ongelmista voi syyttää EU:ta. Hankintalain antamia mahdollisuuksia suorahankintaan ja joustavampaan neuvottelumenettelyyn ei ole kunnissa myöskään osattu ottaa riittävästi käyttöön. Hallituksen esitys hankintalain muutoksesta on tulossa eduskunnan käsittelyyn keväällä 2010.

Sisämarkkinasääntely antaa jäsenvaltiolle mahdollisuuden määritellä kansallisesti tiettyjä palveluja myös yleistä taloudellista etua oleviksi eli ns. SGEI-palveluiksi, ja jäsenvaltio voi antaa julkisen palvelun velvoitteen erikseen määriteltäville palveluntuottajille. Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ole vielä käytetty tätä mahdollisuutta hyväksi. Valtioneuvosto päätti kuitenkin helmikuussa 2010 käynnistää SGEI-palveluja koskevan selvitystyön. Se totesi, että ”kansalaisjärjestöt tuottavat yleishyödyllisiä palveluja, jotka muodostavat merkittävän osan yhteiskunnan palvelurakennetta. Eri väestöryhmille tärkeitä palveluja tuotetaan monesti yksinomaan järjestöjen kautta. Valtioneuvosto haluaa turvata järjestöjen roolin erityisesti sellaisilla palvelualueilla, joiden kaupallinen merkitys on vähäinen. EU-sääntelyyn liittyen on mahdollista kansallisesti turvata tällaisten palvelujen saatavuus määrittelemällä niille julkisen palvelun velvoite. Tällöin kilpailusääntöjen soveltamisesta voidaan poiketa ja

myöntää valtion tukea palvelun tuottamiseen. Valtioneuvosto päätti selvittää, mitkä palvelut on perusteltua määritellä tällä tavoin.”

Markkinoiden mukanaan tuomien ongelmien lisäksi eurooppalaisen sosiaalipolitiikan keskiössä on huoli köyhyydestä ja syrjäytymisestä. Ehdotuksessaan sosiaalista suojelua ja sosiaalista osallisuutta koskevaksi vuoden 2010 yhteiseksi raportiksi (SEK(2010)98, 99) komissio toteaa talouskriisin tuoneen ilmi EU:n sisäiset huomattavat erot; joidenkin jäsenmaiden turvaverkoissa on suuria aukkoja, joita olisi nyt kyettävä pienentämään. Kaikkien ihmisten kunnollisista elinoloista huolehtiminen todetaan olennaisen tärkeäksi, jotta voidaan varmistaa ihmisarvoinen elämä ja edistää ihmisten työllistettävyyttä. Lisäksi todetaan, että kun uudistamisessa on viime vuosina keskitytty työnteon taloudellisiin kannustimiin, on etuuksien riittävyys usein heikentynyt. Raportti muistuttaa myös riittävien ja yksilöllisten sosiaali- ja työvoimapalvelujen tärkeydestä. Komission mielestä EU:n olisikin Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen teemavuoden 2010 myötä ”asetettava koko painollaan kymmenen vuotta sitten esittämänsä sitoumuksen taakse ja pyrittävä ratkaisevasti vaikuttamaan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen poistamiseen”.

Jäsenmaiden välinen keskinäinen oppiminen ja vertaisarviointi ovat olleet 2000-luvulla keskeinen osa eurooppalaista sosiaalipolitiikkaa, ja yhteisraportin mukaan talouskriisin sosiaalisten vaikutusten yhteinen seuranta on vain korostanut niiden arvoa. Millaisena eurooppalaisen sosiaalipolitiikan viitekehys sitten näyttäytyy unionin yksittäisten jäsenmaiden näkökulmasta? Seuraavassa luodaan lyhyt katsaus joihinkin sosiaalihuollon viimeaikaisiin kehityskulukuihin Isossa-Britanniassa, Ruotsissa, Tanskassa ja Alankomaissa, joista Suomi on ottanut ja saanut paljon vaikutteita omaan sosiaalipolitiikkaansa.

Iso-Britannia

Sosiaalipolitiikan alueen julkisten palveluiden siirtämisessä yksityiselle sektorille on eurooppalaisena edelläkävijänä ollut Britannia¹, jossa terveydenhuolto on ollut valtion organisoimaa, kun taas sosiaalipalveluissa kunnallisilla organisaatioilla on ollut perinteisesti enemmän sananvaltaa. Sekä keskus- että paikallishallintoa on Britanniassa jo vuosikymmenten ajan organisoitu kohti sitä tavoitetta, että julkinen sektori toimisi lähinnä koordinaattorina varsinaisten toimijoiden ollessa yksityisiä. Tavoitellun hyvinvointivaltion peruseräkkeitä ovat yksilön vastuu itsestään ja yhteiskunnasta sekä yhteisöllisyys ja aktiivisuus. Aktiivinen kansalaisuus tarkoittaa sitä, että ihminen ottaa vastuuta omasta ja läheistensä elämästä sekä osaa tehdä valintoja kuluttajana ja palvelujen käyttäjänä. Julkisesta sektorista on tullut tavoitteiden mukaisesti palvelukoordinaattori, valvoja ja osarahoittaja.

Yksiviivainen tilaaja-tuottajamalli ohitettiin Britanniassa nopeasti. Sen sijaan alettiin rakentaa moninaista kumppanuustoimintaa, jossa hinnat määrättiin etukäteen ja tuottajat kilpailivat laadulla. Kilpailutuksessa huomio haluttiin suunnata tarjoajien markkinavoimaan, palvelujen laadun säilymiseen ja käyttäjien valinnan mahdollisuuteen. 2000-luvun alun Britannian suuri ”kumppanuushanke” on ollut sosiaali- ja terveyshallinnon integroiminen, joka on kuitenkin osoittautunut hyvin vaikeaksi niiden erilaisten toimintakulttuurien takia. Alueelliset johtokunnat toimivat molempien johtolinjojen, mutta terveyspalveluilla on edelleen oma organisointimallinsa, trustit. Kumppanuusajattelu on hallinnollisten kumppanuuksien lisäksi sovellettu laaja-alaisen monitoimisuuden edistämiseksi julkisen hallinnon, kolmannen sektorin samoin kuin palvelujen käyttäjien lähiverkoston ja yksityisen sektorin kesken. EU on (mm. rahoitusohjelmiansa myötä) osaltaan edistänyt kumppanuusajattelun käyttöönottoa.

Hoitokotien ja kotihoidon yksityistäminen ja siirtyminen suuryritysten haltuun on Britannian sosiaalihuollossa edennyt jopa nopeammin kuin terveyspalveluissa. Yhdeksän kymmenestä hoitokodista Englannissa ja Walesissa on nykyään yksityisiä, ja myös yli 70 prosenttia kotipalveluyksiköistä on yksityisen sektorin toimintaa. Perinteiset pienet yritykset ovat joutuneet väistymään suurten monialakonsernien tieltä, sillä ne eivät ole useinkaan pärjänneet kilpailussa suurilla toimijoilla vastaan. Myös vapaaehtoissektorin merkitys on vähentynyt liike-elämän tultua sosiaali- ja terveyspalvelujen ytimeen 1990-luvulla. Tällä

¹ Britanniaa koskevan jakson keskeiset lähteet ovat Briitta Koskiahon teos Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa (Vastapaino 2008) sekä Green paper ”Shaping the Future of Care Together” (2009).

vuosituhannella Britannian palvelutuotannossa on siirrytty pitkäaikaisiin palvelusopimuksiin, joista valtaosa esim. ikääntyneiden palveluissa tehdään jo suuryritysten kanssa; monet näistä ovat jatkuvasti muuntuvia kansainvälisiä konserneja.

Suurten yritysten tultua markkinoille hoitokotien määrä onkin roimasti vähentynyt niiden yksikkökoon kasvun myötä; samalla myös palvelutarjonnan variaatiot ovat vähentyneet. Suuret yritykset haluavat standardisoituja palveluja ja homogenisoitavissa olevia palvelun käyttäjiä. Tämä kehityssuunta on ongelmallinen, kun samalla korostetaan yksilöllisten palvelujen tärkeyttä. Nopea muutos ja kova kilpailutus johtivat aluksi alihinnoiteltuihin palveluihin ja niiden myötä vakaviin laatuongelmiin ikääntyneiden ja vammaisten hoidossa.

Yksityistämistä on seurannut myös ikääntyneiden taloudellinen turvattomuus: itse maksaville (eli niille joiden varat ylittävät noin 30 000 euroa vastaavan summan) hoitotaksat ovat korkeampia. Vuosina 2000–2006 hoitomaksut nousivat keskimäärin 51 prosenttia eläkkeiden vastaavan nousun oltua noin 20 prosenttia. Tämän seurauksena monet vanhukset ovat jääneet kokoaan ilman palveluja tai niitä annetaan vain minimitason mukaisesti. Vanhusten ja vammaisten hoivan ohella myös lasten palvelujen liiketoiminta on Britanniassa laajaa, erityisesti päivähoito sekä huostaan otettujen lasten sijoitustoiminta. Sijaislapsitoiminta on hyvin tuottavaa liiketoimintaa, ja kun menestyvillä yrityksillä on varaa maksaa perhehoitajille kuntaa enemmän, on kuntien yhä vaikeampi rekrytoida perheitä mukaan.

Englannissa sosiaali- ja terveyspalvelujen yksityistäminen on johtanut hajautuneeseen palvelujärjestelmään, jolle on pitänyt kehittää laaja ja kallis valvontajärjestelmä. Valvonnan kohteina ovat sekä paikallistason hallinto että kaikki palvelut, joiden tarkastuksista laaditaan vuosittaiset raportit kriteerien täyttymisestä. Kriteerit pisteytetään, ja tiedot kerätään kansalliseen tietopankkiin. Englanti on jaettu tarkastusalueisiin, joilla toimivat tarkastajat voivat tehdä valmisteltujen tarkastusten lisäksi myös yllätyskäyntejä. Myös paikallisviranomaiset ovat jatkuvan auditoinnin kohteena. Auditointia edeltää organisaation itsearviointi, josta raportoidaan tarkastusviranomaisille vuosittain. Kaikki raportit ovat julkisia, ja kuluttajia kehoitetaankin vertaamaan palvelujen tuottajia toisiinsa.

Syksyllä 2008 hyväksyttiin uusi laki *Health and Social Care Bill*, jonka ytimessä ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistäminen sekä asumispalveluja käyttävien heikkojen ja avuttomien henkilöiden ihmisoikeuksiin tukeutuvan erityissuojan rakentaminen. Avainasemassa on valvontakoneistojen yhdistäminen yhdeksi supervalvontaelimeksi *Care Quality Commissioniksi*, jolla on mahdollisuus valvoa entistä paremmin, että standardeja ja ihmisoikeuksia noudatetaan. Valvonnassa korostetaan erityisesti ihmisoikeuksien toteutumista.

Brittipalvelujen laajassa muutosprojektissa on nyt edetty monitoimijuuden, hajauttamisen ja osallistamisen välityksellä vaiheeseen, jossa painotetaan kansalaisten *omatoimisuuden* lisäämistä. Ensimmäinen palvelujen käyttäjien itsenäisen valinnan taannut hanke oli vuoden 1997 *”Direct Payment”* -palveluseteliuudistus. Uudistusta ei kuitenkaan otettu laajasti käyttöön; eniten järjestelmää ovat käyttäneet vammaiset, joita varten on perustettu erityisiä vammaiskeskustoja auttamaan palveluiden valinnassa.

Viimeisin suuri uudistus on ollut yksilöllinen budjetointi (*Individual Budgets*), joka koskee ihmisten arkielämän toteutusta kokonaisuudessaan. Välittäjän, *”care managerin”*, tehtävänä on sovittaa yhteen autettavansa eläkkeet, tuet ja yksilölliset tarpeet ja miettiä, mistä tarvittava apu hankitaan. Kysymys on tietoisesta kulttuurisesta muutoksesta kohti yksilöllistä kuluttajakeskeistä ajattelua, pois kollektiivisista palveluista ja palvelujen myöntämisperusteista. Päätöksenteko ja vastuu halutaan siirtää tuen ja palvelujen saajalle erityisen välittäjän tukemana.

Sosiaalihuollon henkilökohtaistamisen nyt menneillään olevassa kolmannessa vaiheessa erityinen huomio suunnataan käytännön monitoimijaisuuteen ja erityisesti palvelun saajien kotona tapahtuvaan hoitoon ja hoitajiin. Hoiva halutaan siirtää entistä suuremmassa määrin kotiin, ja sosiaali- ja terveyspalveluita halutaan tarkastella kunkin palvelujen saajan kohdalla yhtenä kokonaisuutena. Henkilökohtaistamisen onnistumisen ajatellaan vaativan vahvat ja joustavat sosiaalimarkkinat, lisää informaatiota, keskushallinnon puuttumista käytäntöihin sekä paikallishallinnon toiminnan tehostamista mm. vertailuarvoja asettamalla. Sitä, miten

yksilöllinen vastuuttaminen onnistuu niille kansalaisille, joilla ei ole voimavaroja hoitaa omia asioitaan, ei ole juuri pohdittu.

Kesällä 2009 brittihallitus esitti uuden ”*National Care Servicen*” perustamista. Uudistuksen taustalla mainitaan joukko nykyjärjestelmän ongelmia, jotka ovat kovin tuttuja suomalaisestakin keskustelusta: järjestelmä on rakennettu pala palalta eivätkä sen osat toimi hyvin yhdessä, monet ihmiset jäävät ilman tarvitsemaansa apua ja ihmisten on vaikea arvioida mahdollisesti tarvitsemansa hoivan kustannuksia. Lisäksi ihmiset, joilla on samanlaisia tarpeita, saavat eritasoista hoitoa, sillä se on riippuvaista heidän asuinpaikastaan. Systeemiä ei ylipäänsä ole räätälöity vastaamaan ihmisten tarpeita ja se on sekava; ihmiset eivät tunne ja tiedä oikeuksiaan palveluihin. Lisäksi nykyjärjestelmä suorastaan hukkaa rajallisia voimavaroja, koska se ei satsaa riittävästi ennaltaehkäisyyn, kuntoutukseen ja ihmisten pitämiseen niin terveinä ja riippumattomina kuin mahdollista. Näin totesi brittihallitus esityksensä perusteluissa.

Uuden järjestelmän halutaan kunnioittavan ihmisten kykyä toimia omien palveluidensa asiantuntijoina. Hoivaa ja tukea tarvitsevia olisi kohdeltava oikeuksia omaavina kansalaisina, joiden ei tarvitsisi enää taistella saadakseen apua. Lähtökohtana on, että kaikki hoivaa ja tukea tarvitsevat saavat asuinpaikastaan riippumatta samanlaisen arvion tarpeistaan (*national assessment*), jonka he voivat muuttaessaan paikkakunnalta toiselle ottaa mukaansa. Ihmiset saavat myös kaikkialla maassa saman osuuden hoiva- ja palvelukustannuksistaan julkisen rahoituksen kautta. Palvelut voivat kuitenkin vaihdella paikallisten tarpeiden ja olojen mukaan. Ajatuksena on se, että palvelut muokataan aina yksilöllisiin tarpeisiin sopiviksi; ihmisille halutaan antaa enemmän valintaa siitä, kuinka ja mistä he palveluja saavat. Näin heidän ajatellaan kykenevän kontrolloimaan paremmin myös omia budjettejaan.

National Care Service’llä halutaan saada aikaan enemmän yhteistyötä yli sektoreiden; erityisesti terveys-, asumis-, vammais- ja sosiaalipalvelujen olisi toimittava hyvin yhdessä sen varmistamiseksi, että ihmiset saavat aina sopivinta hoitoa sopivimmassa paikassa. Järjestelmän rahoittamiseksi ehdotetaan kolmea eri mallia, joista hallitus itse kannattaa ”kumppanuusmallia”. Siinä ihmiset saavat valtiolta korvauksena noin neljänneksen tai kolmanneksen hoivakustannuksistaan, ja vastaavat loppuosuudesta itse. Huonompioiset voisivat saada enemmän taloudellista kompensatiota, ja kaikkein heikoimmassa asemassa olevat saisivat palvelut edelleen ilmaiseksi. Pitkäaikaishoidon kustannusten kattamiseksi ehdotetaan universaalia ”maksujen lykkäysjärjestelmää”, jossa kulut realisoituisivat henkilön asunnon myynnistä saatavista varoista vasta hänen kuoltuaan.

Ruotsi

Sosiaalipalvelulaki (SoL, Socialtjänstlagen 2001:453) uudistettiin vuonna 2001. Suuntauksena maassa on ollut, että yleisen sosiaalipalvelulain aiemmin säätelemiä toimintoja on pikku hiljaa viety erityislainsäädännön alle. Esimerkiksi lasten päivähoito siirrettiin jo vuonna 1996 opetusministeriön alaisuuteen. Sosiaalipalvelulaki on luonteeltaan puitelaki, jota käytännön asiakastyön kannalta pidetään liian yleisenä ja erityisryhmien tarpeet huonosti huomioon ottavana. Viime vuosina Ruotsissa onkin mm. vahvistettu asiakkaan oikeuksia, tarkennettu pakkohoitoa ja uudistettu sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa.

Vuoden 2009 alussa astui voimaan vanhus- ja vammaishuollon palvelujen vapaata valintaa koskeva laki (LOV – lagen om valfrihetsystem), jonka tarkoituksena on yhtäältä lisätä asiakkaiden itsenäistä päätösvaltaa ja valintamahdollisuuksia ja toisaalta tuoda palvelumarkkinoille uusia yrityksiä ja järjestöpohjaisia palveluntuottajia. Lisääntyvän kilpailun avulla pyritään parantamaan palvelutoiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta. Laki koskee koti- ja asumispalvelua, vanhainkotihoitoa ja vammaispalvelun eri muotoja. Kunnilla on oikeus valita, alkavatko ne soveltaa sitä alueellaan. Lisäksi maakäräjillä on oikeus soveltaa lakia alueellaan, joten sitä voidaan käyttää myös terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämiseen.

Uusi laki tarjoaa vaihtoehdon kilpailutusmenettelylle. Jo voimassaolevan kunnallis- ja sosiaalipalvelulain mukaan kunnan ei ole pakko itse tuottaa palveluja, vaan se voi tilata ne ulkopuolisilta. Vain psykiatrinen pakkohoito ja oikeuspsykiatrinen hoito on Ruotsissa määrätty yksinomaan julkisen vallan tehtäväksi. Tärkeimpänä käytännön vaikutuksena uusi laki

tarjoaa vaihtoehdon kilpailutuslainsäädännölle (LOU – lagen om offentlig upphandling), joka on koettu hankalaksi. Se on käytännössä johtanut pienten yritysten ja palvelujen tuottamisesta kiinnostuneiden aatteellisten järjestöjen syrjimiseen.

Kunnilla on Ruotsissa kolme mahdollisuutta järjestää palveluja: tuottaa itse, solmia sopimus kilpailutuksessa valittujen tuottajien kesken tai solmia sopimus vapaavalintainen edellyttämällä tavalla palvelutuottajien kanssa, jotka on etukäteishyväksymismenettelyn avulla listattu kansalliseen rekisteriin. Palvelutuottajat voivat jatkuvasti hakea listautumista tuohon rekisteriin, jota ylläpitää Ekonomistyrningsverket. Kansallinen rekisteri auttaa myös toimijoita löytämään sellaisia kuntia ja maakäräjiä, jotka soveltavat vapaavalintajärjestelmää. Listautumisen jälkeen yrityksellä on oikeus solmia tuottajasopimus tilaajien, kunnan tai maakäräjien kanssa.

Kunnan maksu- ja korvauspolitiikan on oltava läpinäkyvää. Samasta palvelusta tulee maksaa yhtäläinen korvaus, olipa kyseessä kunnan oma tuotanto tai yksityinen yritys. Kunnan korvaus palvelusta edellyttää sosiaalitoimen viranhaltijan (biståndshandleggare, vanhustyöhön erikoistunut sosiaaliohjelma- ja palveluohjelmien johtaja) palvelutarpeen selvitystä ja päätöstä, jonka jälkeen asiakas voi vapaasti valita palvelutuottajan. Yli kunnan palvelutarvepäättöksen menevät toimenpiteet asiakas joutuu kustantamaan itse. Asiakkaan ollessa tyytymätön palveluntuottajaan on hänellä oikeus lyhyellä varoitusaikalla vaihtaa tilalle toinen sopivampi. Kunnalla on oltava valmiina vaihtoehto niille asiakkaille, jotka eivät halua valita tai eivät kykene tekemään valintapäätöstä itse. Tämä perusvaihtoehto voi olla kunnan oma palvelu tai joku kunnan kilpailuttama palvelutuottaja.

Vapaavalintalaki (LOV) ei vähennä kunnan ensisijaista velvollisuutta järjestää palvelua sitä tarvitseville kansalaisille. Jos asiakas saatuaan päätöksen, jolla hänen palvelutarpeensa on vahvistettu ja jonka kunta sitoutuu maksamaan, ei saa palvelua haluamaltaan tuottajalta, on hänellä oikeus jäädä jonoon vuodeksi. Tämän jälkeen palvelutarve täytyy tutkia uudestaan ja tehdä uusi päätös. Vapaavalintajärjestelmän oletetaan helpottavan palvelujen hankintaa toisen kunnan alueelta tai jopa siirtymään vanhainkotihoitoon kotikunnan ulkopuolelle.

Laissa ei ole laatuvaatimuksia; tätä perustellaan sillä, että yleiset kansalliset säädökset on jo kirjattu sosiaalipalvelulakiin sekä terveydenhoito- ja sairaanhoitolakiin. Lisäksi markkinaehtoisen toiminnan yleiset säädökset tulevat EU:n palveludirektiivistä. Sen sijaan kunnat ja maakäräjät voivat alueellaan päättää lisävaatimuksista. Lisäksi lain selvityshenkilö viittasi sosiaalivaltion ja kunta- ja maakäräjäliiton yhteiseen laatuindikaattoriin. Maaliskuussa 2009 avattiin Internetissä palvelutuottajien vertailumenetelmään perustuva Äldreguiden-laatuvaatimukset (www.socialstyrelsen.se), jonka sisältöä on sittemmin laajennettu sosiaalivaltion ja Ruotsin kunta- ja maakäräjäliiton kehitystyön pohjalta. Tämän työn odotetaan tuottavan jatkossa kansallisia laatusuosituksia, joita tullaan soveltamaan kunnissa riippumatta siitä, millä menetelmällä kunnat palvelut hankkivat.

Palvelujen vapaata valintaa koskevan lain oletetaan säästävän oikeuslaitoksen kustannuksia, kun valitusasioiden määrän otaksutaan laskevan huomattavasti kilpailutuslain (LOU) mukaisen ostotoiminnan vähentyessä. Lisäksi lain selvityshenkilö arvioi, että pienimuotoinen kotipalvelutoiminta ja hoivayrittäjyys lisääntyisivät nopeasti, kun raskaasta tarjouspyyntömenettelystä päästään eroon. Näin markkinat avautuvat helpommin myös aatteellisille järjestöille ja osuuskuntamuotoiselle palveluyrittäjyydelle.

Ruotsin hallitus on toivonut myös, että julkisesta palvelutuotannosta erkaantuisi henkilökunnan perustamia työyhteisöjä yritystoimintaan ("avknoppning"). Näiden henkilökunnan hoitoon luovutettujen tai omistukseen siirrettyjen palveluyksikköjen osalta on kuitenkin ajautettu juridisiin kiistoihin, sillä olemassa oleva lainsäädäntö ei tue riittävän selkeästi julkisen toiminnan siirtämistä yksityiselle toimijalle. Lukuisia valitusprosesseja on käynnistetty yhtäältä siksi, ettei kilpailutuslainsäädäntöä (LOU) ole noudatettu ja toisaalta siksi, että julkista omaisuutta on siirretty aliarvostettuna yksityisten osakeyhtiöiden tai osuuskuntien omistukseen. "Avknoppning"-tyyppinen kuntien toiminnan ulkoistaminen onkin nyt pysähtynyt näihin juridisiin epäselvyyksiin.

Jo ennen LOV-lain hyväksymistä eräät kunnat olivat luoneet omia palvelujen vapaavalintakäytäntöjään, joissa on viime vuosina kuitenkin paljastunut runsaasti vakavia

laatuongelmia. Samoin kilpailutettujen nuorisohuoltolaitosten toiminnasta on löytynyt runsaasti laatuongelmia ja kyseenalaisia terapiakäytäntöjä. Vastauksena ilmenneisiin ongelmiin uusi valvontalaki astui voimaan 1.1.2010 (samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänstlagen 2008/09:160). Sosiaalihuollon ja kuuden alueyksikön toimivaltaa valvontatyössä laajennetaan ja samalla vahvistetaan lapsinäkökulmaa kohdentamalla lisäresursseja erityisesti lasten ja nuorisohuollon sijaisperheiden ja laitosten valvontaan. Säädösten tiukennusten ja sanktioiden terävöittäminen ohella yhdenmukaistetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon valvontakäytäntöjä.

Tanska

Tanskassa kunnilla on koko sosiaalihuollon järjestämisen, rahoituksen ja valvontavastuu, kun taas sosiaaliasiainministeriön vastuulla ovat monet etuudet. Myös vapaaehtoistyöllä on maassa huomattava merkitys, ja sitä halutaan edelleen vahvistaa esimerkiksi paikallisten vapaaehtoiskeskusten avulla, joiden perustamiseen on annettu valtiollista tukea. Tanskalaisen sosiaaliturvajärjestelmän keskeisiä periaatteita ovat universalismi, verorahoitus, valinnanvapaus, aktiiviset toimintatavat, työmarkkinoille osallistumisen mahdollistaminen mahdollisimman monelle sekä kunnille ja alueille hajautettu sosiaalihuolto. Näitä periaatteita edustaa Tanskan vanhustenhuollon toimintamalli, joka korostaa ikääntyvien kansalaisten itsemääräämisoikeutta, omia valintoja ja osallistumista. Se on kehittynyt pitkäjänteisen työn tuloksena. Tärkeitä kehityksen päänavaajia olivat laki kuntien vanhusneuvostoista vuonna 1986 sekä seuraavana vuonna annettu lainsäädäntö ikäihmisten asumisesta (normit palveluasuntojen, hoivakotien ja ryhmäkotien väljyydestä).

Vuonna 1995 tuli voimaan laki ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä yli 75-vuotiaille, ja 2000-luvulla on korostettu erityisesti kansalaisten vapautta valita haluamansa palvelu niin sosiaali- kuin terveydenhuollossakin. Palvelutarpeen arvioi kunta, joka maksaa palvelusta myös siinä tapauksessa, että kansalainen on valinnut yksityisen palveluntuottajan. Yritysten osuutta hoivapalvelujen tuottamisessa halutaan kasvattaa, ja pitkäjänteisyyttä kuntien ja yritysten yhteistyöhön tavoitellaan jopa 10 vuoden hankintasopimuksilla. Viime vuonna Tanskassa tuli voimaan hoivakotitakuu eli kansalaisen oikeus saada kunnalta hoivakotipaikka kahden kuukauden kuluessa siitä, kun hänet on hyväksytty jonoon.

Vanhustenhuollon ohella Tanskassa on kehitetty pitkäjänteisesti myös aktiivista työllisyyspolitiikkaa. Vuoden 2003 alusta lähtien maassa on ollut voimassa lakisääteinen käytäntö vaikeasti työllistyvän työkyvyn arvioinnista, joka kuuluu kunnalliselle sosiaalihuollossa. Sosiaalityöntekijöiden on käytävä pitkään työttöminä olleiden kuntalaisten kanssa ns. voimavarakeskustelu, jossa käydään läpi 12 kohdan elämäntilannekartoitus. Käsiteltävät asiat liittyvät (a) kansalaisen toiveisiin, odotuksiin ja työidentiteettiin, (b) osaamiseen ja ammatillisiin taitoihin, (c) sosiaalisen integroitumisen kykyihin, (d) taloudelliseen tilanteeseen ja (e) terveydentilaan. Sosiaalityöntekijä tekee tässä kehikossa työttömän henkilön kanssa arvion hänen tilanteestaan. Sen pohjalta hakeudutaan jatkopoluille. Olennaista tälle toimintamallille on se, että pitkäaikaistyöttömän tilanteen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen käytetään vahvaa sosiaalityön asiantuntemusta ja osaamista.

Jatkona suurelle kuntauudistukselle, jossa Tanskan entiset 275 kuntaa yhdistettiin 98 kunnaksi, kunnat saivat vuoden 2009 elokuun alusta alkaen täyden vastuun työttömien aktivoinnista. Ennen uudistusta kunnat vastasivat toimeentulotuen saajien ja valtio puolestaan työttömyyskassaan kuuluvien työttömien aktivoinnista. Nyt vastuu näistä molemmista ryhmistä on kunnallisilla työvoimatoimistoilla, joita valtio ohjaa tiukoilla säännöillä. Keskustasolta on päätetty, milloin työttömälle täytyy viimeistään tarjota aktivointitoimenpiteitä, mutta niiden sisällön saa kukin kunta päättää itse. Kunnallisilla työvoimatoimistoilla oli kuitenkin ongelmia jo ennen tämän uuden tehtävän saamista; aktivointia odottavien jonot olivat valmiiksi pitkät. Valtiontilintarkastajat ovatkin arvostelleet kuntia toimenpiteiden riittämättömyydestä. Valtio korvaa valtaosan kuntien aktivointikuluista, mutta korvaus pienenee asteittain, ja sen saaminen riippuu siitä, miten tehokkaasti työvoimatoimistot aktivoivat työttömiä. Korvauksen määrään vaikuttavat esimerkiksi keskustelujen ja aktivointitarjousten määrä.

Tanskan hallitus on myös ryhtynyt erityistoimenpiteisiin saadakseen kaikki nuoret joko töihin tai kouluun. Toimeentulotukea saavia nuoria on ryhdyttävä auttamaan määrätietoisesti heti, kun he ovat jääneet työttömiksi. Nuorille uusi mahdollisuus -hankkeessa työvoimatoimistot pyrkivät tavoittamaan kaikki alle 30-vuotiaat nuoret, joilla ei ole koulutusta eikä työpaikkaa. Vuonna 2010 varataan ylimääräiset miljardi Tanskan kruunua kaikkiaan 5 000 uuden työharjoittelupaikan luomiseen.

Lisäksi kaikkien 15–17-vuotiaiden nuorten on Tanskassa noudatettava henkilökohtaista koulutussuunnitelmaa, ja kuntien on autettava heitä siinä. Kaikilla nuorilla on koulutus-suunnitelma, joka laaditaan yhteistyössä ohjaajan, nuoren ja hänen vanhempiansa kanssa. Suunnitelmasta lipsuminen voi tulla perheelle kalliiksi: vanhemmat ovat vaarassa menettää lapsilisän, jota kutsutaan nyt (15–17-vuotiailla) *nuorisolisäksi*. Kunta voi keskeyttää etuuden maksun, jos nuori ei noudata koulutussuunnitelmaa tai jos hän ja hänen vanhempansa kieltäytyvät tekemästä yhteistyötä kunnan kanssa. Kaikkien nuorten valmius koulutukseen on arvioitava, ennen kuin heille myönnetään opiskelupaikka, ja työvoimatoimistojen on pystyttävä tarjoamaan työ- ja työharjoittelupaikkoja niille nuorille, jotka eivät ole vielä valmiita aloittamaan koulutusta. Kuntien on lisäksi tarjottava mentoritukea nuorille, jotka ovat vaarassa keskeyttää opintonsa.

Alankomaat

Hollannin uudistetun sosiaaliturvajärjestelmän peruseriaate on, että jokaisella tulee olla mahdollisuus toimia aktiivisesti yhteiskunnassa. Oikeudet ja velvollisuudet ovat tässä ajattelussa saman kolikon kaksi puolta: työhön kykenevillä on velvollisuus tehdä työtä, koska se on paras keino ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä. Lähtökohtana on siis ”työ aina ennen etuuksia” -ajattelumalli. Esimerkiksi työkyvyttömyys- ja työttömyysvakuutusta sekä varhaiseläköitymistä koskevia säännöksiä on muokattu aktivoivaan suuntaan. Työn ja perheen yhteensovittamislaki (*wet arbeid en zorg*) ja ”elämänkaarisuunnitelma” (*levensloopregeling*), jossa ihmiset voivat säästää – mm. verohelpotusten avulla – rahaa pidennetyille työvapailleen, ovat puolestaan esimerkkejä uudistuksista, joilla pyritään helpottamaan työn ja perheen yhteensovittamista.

Päävastuu sosiaalihuollon toteuttamisesta on paikallisviranomaisilla, jotka painottavat strategioissaan yhteisöllisyyttä ja toimimista lähiyhteisöissä. Sosiaaliin ja taloudellisiin ongelmiin haetaan integroituja ratkaisuja ruohonjuuritasolla. Osana tätä ulottuvuutta on kansalaisyhteiskunnan ja yhteisöllisen työn (erityisesti kaupunkien ongelmalähiöissä) roolin vahvistaminen. Hollantilaisen systeemin peruseriaana on tosin aina ollut se, että julkisten palvelujen sijasta perhe ja (uskonnolliset) yhteisöt vastaavat käytännön hoivapalveluista. Myös vapaaehtoistyön merkitys on Hollannissa edelleen suuri.

Sosiaalitalouden rinnalle on hollantilaisessa sosiaalihuollossa noussut sosiaaliskulttuurinen ulottuvuus, joka heijastelee aktivointia, markkinoiden ja kansalaisyhteiskunnan voimakasta roolia, kontekstuaalisuutta ja paikallisuutta. WMO-laki (*wet maatschappelijke ondersteuning*) lähtee siitä, että kansalainen on vastuussa omasta osallistumisestaan yhteiskuntaan ja että kansalaiset ovat vastuussa myös toinen toisestaan (kansalaisyhteiskunnassa). Kuntien on yleisten osallistumismahdollisuuksien lisäksi helpotettava myös heikoimmassa asemassa olevien ryhmien osallistumista. Tämän lain on nähty olevan yksi esimerkki sosiaalipolitiikan uusliberaalista käänteestä, jossa valtio vetäytyy taka-alalle: yksilön ja hänen lähiverkostonsa vastuuta lisätään ja sosiaalihuollon ajatellaan parhaiten toteutuvan kunnan ja kansalaisyhteiskunnan keskinäisen koordinoitumisen avulla. Palvelujen tarjoamisessa suunta on kohti vapaita markkinoita ja sopimuksellistamista (myös yli rajojen). Tämän ilmiön toisella puolella on kasvanut tarve sosiaalihuollon laadunvarmistukseen ja tilivelvollisuuteen.

Valinnanvapautta toteutetaan Hollannissa mm. pitkäaikaishoidon tueksi kehitettyjen henkilökohtaisten budjettien avulla, jotka myönnetään vuodeksi kerrallaan. Keskimääräinen henkilökohtainen budjetti on 1 800 euroa vuodessa enimmäismäärän ollessa 100 000 euroa. Rahoitus tulee vakuutusyhtiöiltä. Asiakas voi ostaa budjetillaan esimerkiksi koti-apua tai hakeutua tilapäishoittoon kodin ulkopuolelle. Hollannin kokemukset osoittavat,

ettei henkilökohtainen budjetti kuitenkaan sovi kaikille, sillä se vaatii itsenäistä päätös- ja toimintakykyä sekä kaiken kaikkiaan paljon hallinnointia.

Hollantilaisen sosiaalipolitiikan muutos on korostanut hoiva- ja tukijärjestelmien tekemistä läpinäkyvimiksi kansalaisille (yhden luukun periaate), hoivasta riippuvaisten (vanhusten ja vammaisten) kotihoidon suosimista sekä ylipäänsä tarvetta vähentää olemassa olevien hyvinvointijärjestelmien käyttöä ja kysyntää. Erityisesti laki sosiaaliavusta (WWB, wet werk en bijstand) muutti melkoisesti koko sosiaalihuoltoa. Sen myötä vastuuta siirrettiin kunnille rahoituksen kautta ja sosiaalietuuksien aktivointia kiristettiin. Laki antaa kunnille suoria taloudellisia kannustimia auttaa ihmisiä työn löytämisessä.

Vuosituuhannen vaihteessa Hollannissa siirryttiin työttömien aktivointipalveluissa vapaisiin markkinoihin. Julkisella rahalla toimivien palvelujen tilaajien on käytettävä vähintään 70 prosenttia budjeteistaan voittoa tuottavien yksityisten yritysten tuottamiin palveluihin. Työttömät eivät kuitenkaan itse tee sopimuksia näiden yritysten kanssa, vaan ne allekirjoittaa heidän sosiaalietuuksistaan vastaava julkinen taho (usein käytännössä kunta). Vuoteen 2004 saakka kunnat saivat valtiolta suoran korvauksen kansalaisille maksamastaan toimeentuloturvasta, mutta nyt ne saavat vain arvionvaraisen könttösunnan tähän tarkoitukseen. Jos kuntien sosiaalimenojen kustannukset ylittävät tämän summan, ne vastaavat ylityksestä itse. Jos taas rahaa sosiaaliturvaan kuluu vähemmän, kunnat saavat pitää ylijäämän ja kuluttaa sen haluamallaan tavalla. Tämä kannustaa kuntia satsaamaan työttömien aktivointiin, josta vastaavat firmat puolestaan saavat nekin taloudellista hyötyä onnistumisestaan.

Sosiaalihuollon muutos on johtanut Hollannissa myös sosiaalityön aseman muutokseen; sen täytyy nyt konkreettisesti pystyä osoittamaan myötävaikutuksensa yhteiskunnan uudelleenrakentamiseen ja sosiaaliseen koheesioon; painopiste on työn tuloksissa ja näyttöön perustuvissa käytännöissä. Sosiaalityön perustana ovat asiakas-linkitetyt budjetit, asiakkaan kykyjen tunnistaminen, aktiivinen palveluntarjonta ja jopa pakkointerventiot; tavoitteena on asiakkaan vahvuuksien aktivointi heikkouksien kompensoimisen sijaan. Samalla on käynnistynyt keskustelu sosiaalityön identiteetistä uudessa kontekstissa; yksi keskeinen kysymys koskee dilemmaa sosiaalityön tarvitseman vapaan tilan ja ”protokollaistumisen” välillä.

Kaiken kaikkiaan ”yhteiskuntapoliittisen ilmaston muutos” on Alankomaissa ollut kahdenkertainen. Toisaalta on haluttu edistää suvaitsevaisuutta laillistamisen ja tuen avulla kriminalisoinnin ja alistamisen sijaan. Esimerkkejä tästä ”tolerantista” suuntauksesta löytyy aborttia, eutanasiaa, avioliittoa, prostituutiota ja huumeita koskevasta lainsäädännöstä. (Tosiasiallisesti kyse ei kuitenkaan ole ollut niinkään suvaitsevaisuudesta, vaan pikemminkin puhtaasta pragmatismista. Pulmallisia ongelmia on laillistettu siksi, että niitä pystyttäisiin valvomaan paremmin, ja lisäksi valtio saa toiminnasta jopa verorahoja.) Toisaalta Hollannissa on avoimesti lisätty kontrollia, sääntelyä ja sanktioita toleranssin sijaan. Esimerkiksi alle 27-vuotiailta on lähtökohtaisesti evätty oikeus vastikkeettomiin sosiaalietuuksiin, työttömät veloitetaan osallistumaan koulutukseen ja perhettä voidaan rangaista lasten huonosta kohtelusta.

Sama asenteellinen ja usein hyvinkin ongelmallinen kaksijakoisuus on sisäänrakennettuna modernin sosiaalipolitiikan moniin käytäntöihin. Uuden julkishallinnon ja markkinoistamisen diskursseissa apua tarvitsevat ihmiset hahmotetaan lähtökohtaisesti kompetentteina ja autonomisina palvelujen käyttäjinä, jotka tekevät parhaiten itselleen sopivia itsenäisiä valintoja. Avainsanoja ovat palvelujen yksilöllinen räätälöinti ja käyttäjien valinnanvapaus. Käytännössä esimerkiksi työttömät kokevat ”voimavaraistamisen” sijaan pakottamista, vapauden sijaan valvontaa ja oikeuksien sijaan velvollisuuksia. Aktivointipalvelujen käyttäjien ääntä ei ole juuri haluttu päätöksenteossa kuulla. Alankomaiset tutkijat ovat korostaneet, ettei ratkaisu sosiaalipalvelujen parantamiseksi löydy markkinoista itsestään, vaan siitä tavasta, jolla yksityisen ja julkisen välinen keskinäinen vuorovaikutus on rakennettu.

Uudistamisen yhteiseurooppalaisesta problematiikasta

Kuten edellä kuvatut esimerkit eurooppalaisen sosiaalipolitiikan uudistamisesta kertovat, ei uudistaminen ole ollut missään maassa ongelmatonta, eikä yksinkertaisia ratkaisuja

monimutkaisiin sosiaalisiin kysymyksiin ole tarjolla. Esimerkkejä tarkasteltaessa näkyy myös se, että hyvin erilaisiinkin hyvinvointimalleihin pohjautuvissa maissa on haettu ratkaisuja samansuuntaisilla tavoilla EU:n sisämarkkinoiden kehittämisen tavoitteista sekä kansallisista painotuksista johtuen. Kaikilla esillä olleille eri maiden esimerkeille on yhteistä julkisen vastuun alan kaventaminen, vastuun yksilöllistäminen, palvelun/tuen saajiin kohdistuneen kontrollin ja vaatimusten kasvaminen. Esimerkit kertovat myös siitä, että samaa EU:n sisämarkkinasäännöstöä tulkitaan eri tavoin käyttäen sen antamaa kansallista liikkumatilaa hyväksi.

Markkinaistaminen ja ihmisten vastuun lisääminen sosiaalihuollossa tuovat mukanaan monenlaisia ongelmia. Yksi kipeimmistä on yhteiskuntien eriarvoistuminen ja köyhyyden ja syrjäytymisen syveneminen. Yhteiskunnat jakaantuvat aivan liian helposti menestyjiin ja häviäjiin, ja näin on käynyt myös meillä Suomessa. Palvelujen ulkoistaminen vaatii yhä mittavampia valvontaorganisaatioita, palvelujen tuottamisen lyhyen ja pitkän aikavälin kustannukset sekä palveluiden väliset laatueroit uhkaavat kasvaa, eikä ihmisten valinnanvapauden ja osallisuuden lisäämiselle aina löydy aitoja kanavia.

Vaikka sosiaalihuollossa, sen toimivuudessa ja toimintatavoissa on paljon ongelmia ja kehitettävää, ne eivät ratkea ottamalla käyttöön toisesta hyvinvointitraditiosta toimintamalleja, joiden peruslogiikka istuu huonosti suomalaiseen verorahoitteeseen ja univeraaliin järjestelmään. Sosiaalihuoltolakia uudistettaessa on tarpeen hakea nykyistä parempi tasapaino sisämarkkinoiden kehittämistä tukevien tavoitteiden ja hyvinvointitavoitteiden välille. Kyse on kansallisista eri hallinnonalojen välisistä painotuksista ja niiden suhteesta, mutta myös EU-tasolla mahdollisuudesta sosiaalisen ulottuvuuden vahvistumiseen niin haluttaessa. Lissabonin sopimuksen myötä oikeudellisesti sitovaksi tullut unionin perusoikeuskirja avaa tähän uusia näköaloja.

Parhaillaan vietettävä Euroopan köyhyyden ja syrjäytymisen torjunnan teemavuosi on tuonut eriarvoisuuden problematiikkaa esiin kaikissa EU-maissa, ja parhaillaan pohditaan sekä yhteisiä että kansallisia tavoitteita tilanteen parantamiseksi. Näiden tavoitteiden saavuttaminen on suuri haaste sosiaalihuollossa ja tullee jälleen korostamaan myös eurooppalaisen vertaisarvioinnin ja hyvien käytäntöjen löytämisen merkitystä, jota vallitseva talouskriisi osaltaan myös lisää.

4 SOSIAALIHUOLLON UUDISTAMISEN TARKOITUS JA LÄHTÖKOHDAT

4.1 SOSIAALIHUOLLON YHTEISKUNNALLINEN TEHTÄVÄ

Suomen ja muiden Pohjoismaiden sosiaalipoliittisia järjestelmiä on totuttu luonnehtimaan yhteisillä perustunnusmerkeillä, joilla ne erottuvat muista eurooppalaisista ja globaaleista malleista. Lähtökohtana on järjestelmien verorahoitteisuus ja universaali luonne; sosiaaliturva perustuu pääosin yksilölliselle pohjalle ja sen lähtökohtana on ihmisen asuminen toisin kuin useimmissa EU-maissa, joissa sosiaaliturva perustuu työsuhteeseen.

Pohjoismaiset järjestelmät sisältävät implisiittisesti eräänlaiset yhteiskunnalliset sopimukset, joiden avulla on luotu sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja integraatiota, yksilötason ennustettavuutta ja turvallisuutta sekä yhteiskunnan tasolla vakaata sosiaalista pohjaa talouden toiminnalle. Sukupolvisopimus määrittää ne sosiaaliset sitoumukset, joiden pohjalta sukupolvet vastaavat mm. tulevien sukupolvien tarpeista. Tämän käsityksen mukaan on katsottu, etteivät lapset vastaa vanhemmistaan eivätkä vanhemmat aikuisista lapsistaan. Sukupuolisopimus puolestaan luo puitteet sille, että molemmat sukupuolet voivat tasaveroisesti osallistua yhteiskunnan toimintoihin. Solidaarisuussopimus määrittää sitä missä määrin olemme sitoutuneet pitämään heikoimmista huolta. Kaiken perustana on pidetty, että sosiaalinen järjestelmä perustuu työssäkäyntiin ja niin sanottu normaali työsuhde on elämänaikaisten sitoumusten perusta. Ja vaikka pohjoismaista mallia on luonnehdittu universaaliksi, on universaalien järjestelmien rinnalla aina ollut myös enemmän tai vähemmän sosiaalisen tuen ja palvelujen selektiivisiä piirteitä.

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion toimenpiteet eivät rajoitu vain sosiaalipoliittikan perinteisille sektoreille, sosiaaliturvaan ja palveluihin, vaan sosiaalisen vastuun ajattelu on nähty tärkeäksi muillakin yhteiskunnan sektoreilla. Sen vuoksi koulutuspolitiikassa on korostettu tasa-arvon merkitystä, asuntopoliittiset toimet ovat olleet lähtötasoeroja tasoittavia, alueellisia eroja on pyritty tasoittamaan yhteiskunnan erityistoimin jne. Monet sosiaaliset perustelut törmäivät tällä hetkellä kuitenkin mm. EU:n ja kansallisiin kilpailupoliittikan säädöksiin, jotka rajoittavat julkisen vallan mahdollisuuksia tukea sosiaalisesti perusteltua toimintaa. Samaan aikaan pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa keskeisenä tavoitteena ollut kaikenlaisen yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentäminen on jäänyt yhä enemmän kilpailukykytavoitteiden varjoon.

Kaikki sosiaalipoliittiset mallit törmäsivät viimeistään 1990-luvulla uudenlaisiin globaalin talouden haasteisiin. Kysymys ei ole niinkään siitä, mikä malli on paras, vaan siitä millä tavalla erilaiset sosiaaliset mallit globaalit haasteet kohtaavat. Uuden tilanteen nostamissa keskusteluissa on pohdittu, miten kykenemme sovittamaan yhteen talouden ja sosiaalisen uudet kysymykset. Taloustieteellisessä keskustelussa korostetaan talouden kestävyysvajetta ja vaaditaan suorastaan sosiaalisen turvan supistamista. Sosiaalipoliittisessa keskustelussa nousee enemmänkin esille sosiaalisen kestävyysvajetta, joka uhkaa myös taloutta. Sosiaalisen alueen repeäminen ja hyvinvointierojen kasvu lisäävät yhteiskunnan kustannuksia ja luovat epävakautta.

Keskusteluissa on kuitenkin nostettu taas esille tarve supistaa julkisen sektorin osuutta ihmisten elämänaikaisen turvan takaajana. Vastaavasti vaaditaan yksilön oman vastuun korostamista sekä perheen ja lähiyhteisön vastuun nostamista keskiöön. Jo 1800-luvulta lähtien sosiaalihuollon keskeisiä kysymyksiä ovat olleet yksilön oman vastuun suhde julkiseen vastuuseen sekä perheen ja lähiyhteisön vastuu. Kyse on siitä, miten nämä yksilö- ja yhteiskuntamoraalin kannalta keskeiset vastuut tasapainotetaan. Perheen ja lähiyhteisön vastuuta koskevat kysymykset sijoittuvat kuitenkin nyt aiemmasta poikkeavaan viitekehykseen: perheet ovat pienempiä, ne poikkeavat yhä useammin ydinperhemallista ja yksin

eläviä henkilöitä on runsaasti. Globalisaation myötä aiemmin perheeseen ja lähiyhteisöön luetut henkilöt saattavat olla myös sijoittuneet maantieteellisesti hyvinkin kauas toisistaan.

Sosiaalipalvelut ovat kasvaneet keskeiseksi osaksi sosiaalihuoltoa, vaikka sosiaalihuoltolakea säädettäessä tavoitteena oli muidenkin toimintojen keskeisyys: tiedotus, neuvonta ja sosiaaliin oloihin vaikuttaminen nähtiin jo tuolloin tärkeiksi alueiksi. Itse asiassa nykytermein voisi sanoa, että tavoitteena oli nostaa varhainen tuki ja puuttuminen, hyvinvoinnin edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ korjaavia palveluja keskeisempään asemaan. Tässä ei kuitenkaan ole onnistuttu.

Sosiaalipalveluissa työskentelee tällä hetkellä noin 178 000 työntekijää, ja palvelut kattavat koko elämänkaaren kirjon. Palvelujen merkittävydestä huolimatta sosiaalihuollon uudistamisessa tulisi nähdä niitä laajemmasta näkökulmasta ihmisten arjesta nousevat moninaiset tarpeet tukeen ja hoivaan. Nämä eivät välttämättä jäsenny viranomaisten työnjaon ja yhteistyön mukaan. Viime vuosina sosiaalihuollon laajemmat, perhettä, lähiyhteisöä ja koko yhteiskuntaa sitovat merkitykset ovat vain kasvaneet. Hyvin toimiessaan sosiaalihuolto lisää yksilön ja perheiden elämän ennustettavuutta ja turvallisuutta sekä avartaa toimintamahdollisuuksia. Väestötasolla sosiaalihuolto tasaa hyvinvointieroja ja luo osaltaan vakaata sosiaalista pohjaa yhteiskunnan muillekin toiminnoille.

4.2 SOSIAALIHUOLLON AJANKOHTAISIA SUURIA HAASTEITA

Sosiaalihuollon lakien uudistamisen tärkein pyrkimys on löytää keinoja vastata kaikkein keskeisimpiin ja polttavimpiin sosiaaliin ongelmiin. Tiivistetysti nämä ongelmat liittyvät työttömyyteen, erityisesti tällä hetkellä nuorisotyöttömyyteen, toimeentulo-ongelmiin ja syrjäytymisen uhkiin, lapsiperheiden sosiaaliin ongelmiin sekä mielenterveys- ja päihdeongelmiin. On selvää, että nämä kysymykset eivät ratkea pelkästään sosiaalihuollon keinoin, mutta sosiaalihuollolla on oma tärkeä rooli yhteistyössä muiden sektoreiden ja toimijoiden kanssa.

Järjestelmien kehittämisen kannalta keskeiset pulmat liittyvät siihen, miten perinteiset järjestelmäkeskeiset lähestymistavat ja toimet käännetään ihmisistä ja asiakkaista lähteviksi. Samoin keskeinen ongelma on se miten maamme laitosvaltainen hoivan ja palvelujen rakenne muutetaan enemmän kotiin annettaviksi palveluiksi ja tueksi ja avopalveluiksi.

Suomen sosiaalihuollon tason ja järjestelmien luonteen vertailukohtana on yleensä käytetty muita Pohjoismaita ja joissakin tapauksissa Alankomaita. Työryhmällä ei ole ollut mahdollisuutta tehdä kansainvälistä vertailua järjestelmistä. Yhteispohjoismaisissa virkamiestason arvioinneissa on kuitenkin vahvistunut se kuva, että mm. laitosvaltaisuu-den purkamisessa (vammaisten, ikääntyneiden ja huostaanotettujen lasten) ollaan muissa Pohjoismaissa huomattavasti pidemmällä kuin Suomessa. Ikääntyneiden ja vammaisten aseman osalta Tanska ja Ruotsi ovat olleet meille esimerkkejä. Näyttää siltä, että kansallisista eroista huolimatta Euroopan unionin yhteismarkkinat ohjaavat myös julkishallinnon ratkaisuja enemmän toistensa kaltaisiksi.

Sosiaaliset ongelmat eivät ole poistuneet Suomesta. Ne ovat osittain jopa kärjistyneet ja muuttaneet muotoaan. Tuloerot ovat parin viime vuosikymmenen aikana kasvaneet merkittävästi. Pienituloisiin kotitalouksiin kuului Suomessa vuonna 2008 lähes 700 000 henkilöä eli 13,2 prosenttia väestöstä. Yhä useamman pienituloisen tulotaso jää entistä kauemmaksi keskivertotulonsaajasta; tuloerot ovatkin kasvaneet myös pienituloisten ryhmän sisällä. Myös lapsiperheiden suhteellinen asema tulonjaossa on heikentynyt, ja ne ovat jääneet jälkeen keskimääräisestä tulokehityksestä. Toimeentulo-ongelmat ovat sosiaalihuollossa edelleen keskeisiä. Ensisijaisten etuuksien riittämättömyys pakottaa ihmiset hakemaan viimesijaista etuutta eli toimeentulotukea. Tämä ei ole tarkoituksenmukaista ihmisten itsensä kannalta ja toisaalta se kuormittaa merkittävästi sosiaalityötä.

Lapsiköyhyys alkoi Suomessa kasvaa vuonna 1994 ja on kasvanut siitä lähtien lähes kolminkertaiseksi. Samaan aikaan yhä suurempi osa lapsista tarvitsee erityisopetusta; heidän määränsä on kasvanut kymmenessä vuodessa (1998–2008) 3,7 prosentista 8,4 prosenttiin, ja odotettavissa on, että monet näistä lapsista ja nuorista tarvitsevat myöhemmin erityistä tukea myös jatko-opinnoissa ja työllistymisessä. Samaan aikaan myös lastensuojelun tarve

on jatkuvasti kasvanut, ja väkivaltaan liittyvät kysymykset ovat tulleet yhä enemmän näkyville yhteiskunnallisina ongelmina. Nämä kaikki ovat esimerkkejä siitä aidosta hädästä ja sosiaalisen avun ja huolenpidon tarpeesta, jota meillä yhä on. Sosiaalihuolto ei kykene yksin ratkaisemaan näitä kysymyksiä, mutta ne on nostettava keskeiseen asemaan sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa. Toisaalta haasteena on päästä eroon palvelujärjestelmän asiakasta passivoivista ja ongelmia pirstovista piirteistä ja antaa entistä enemmän tilaa ihmisten omille näkemyksille ja omatoimisuudelle.

Sosiaalihuollon tehtävän haasteellisuutta lisää vielä se, että sen vastuulle on siirtymässä yhä uusia tehtäviä yhteiskunnan muiden toimintojen keskittyessä määrittelemiinsä ydintehäviin ja virtaviivaistaessaan toimintojaan. Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien, vammaisten ja osatyökykyisten henkilöiden toimeentulon turvaaminen ja työllistymisen edistäminen on muuttumassa yhä laajemmaksi ja vaativammaksi kysymykseksi, joka vaatii uudenlaisia vastauksia. Osa muutoksista on perusteltuja ja työnjaon näkökulmasta järkeviä. On kuitenkin olemassa riski, että sosiaalihuollon kasvavat vastuut ylittävät sen mahdollisuudet. Käynnissä oleva kehitys voi myös merkitä sitä, että tehostamisen ja säästöjen hakeminen muilla hallinnonaloilla siirtää kustannukset toisaalle, usein sosiaalihuollon vastuulle.

Samaan aikaan ihmisten vaatimukset hoivan ja tuen saatavuudesta ja laadusta ovat kasvaneet, ja arjen ongelmat ovat usein entistä monimutkaisempia; ne kietoutuvat monin eri tavoin toisiinsa ja voivat pahimmillaan siirtyä sukupolvelta toiselle. Paine ja tarve ihmisten osallisuuden vahvistamiseen ja aktiiviseen kansalaisuuteen kasvavat. Monimutkaistuviin ongelmiin vastaaminen edellyttää myös sosiaalihuollon henkilöstöltä hyvää, tehtävien vaativuustasoa vastaavaa koulutusta ja perehtyneisyyttä. Myös väestölliset muutokset ovat asettaneet sosiaalihuollon uudenlaisten kysymysten eteen. Väestön ikääntyminen tuo mukanaan mittavan haasteen vanhusten osallisuuden ja aseman turvaamiseksi ja tarvittavien palvelujen järjestämiseksi. Myös ikääntymisen myötä henkilöstökysymykset ovat nousemassa yhtä keskeisemmäksi sosiaalihuollon pulmaksi.

Myös talouden ongelmat kyseenalaistavat jatkuvasti sosiaalisen huolenpidon ja hoivan universaalia luonnetta. Epäilyt julkisen tuen ja hoivan laajuudesta ja ihmisten sosiaalisista oikeuksista ovat kasvaneet. Kuntatalouden näkökulmasta on yhä avoimemmin esitetty ihmisten oikeuksien supistamista, mutta samaan aikaan toisaalla esitetään tiukempaa sääntelyä perusoikeuksien toteutumisen varmistamiseksi ja erityisesti haavoittuvissa oloissa elävien oikeuksien vahvistamista.

Sosiaalihuollon järjestelmät ja lainsäädäntö ovat meillä muotoutuneet vähitellen kuntajärjestelmän pohjalle. Tämä järjestelmä on kuitenkin nyt monin tavoin järjestyksen kourissa. Aina 1980-luvulta lähtien on puhuttu erilaisten welfare mix -mallien tarpeesta, jolloin kunnat, yritykset ja järjestöt sekä ihmisten oma vapaaehtoistyö lomittuisivat joustavilla tavoilla toisiinsa. Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on Suomessa pitkät perinteet merkittävänä palvelujen kehittäjänä ja monien erityispalvelujen tuottajana. Viime vuosina kunnat ovat omilla ratkaisuillaan lisänneet markkinoiden ohjaavaa vaikutusta hoivapalveluissa. Samaan aikaan järjestöjen asema ja toimintaedellytykset ovat erityisesti sisämarkkinasääntelyn ja sen pohjalta tehtyjen kansallisten linjausten myötä muuttuneet. Kyse on ennen muuta yleishyödyllisen ja elinkeinotoiminnan rajankäynnistä, johon olisi löydettävä selkeitä ja kestäviä kansallisia linjauksia.

Kaiken kaikkiaan sosiaalipalveluiden kilpailutuksen toteuttaminen tiukasti kilpailusäännösten mukaisesti on sekä asiakkaiden että myös kokonaiskustannusten näkökulmasta usein ongelmallista. Kilpailutuksessa ei aina oteta riittävästi huomioon asuminen ja palveluiden kokonaiskustannuksia eikä palvelujen laatua. Asiakkaiden näkökulmasta lyhyin väliajoin tapahtuva kilpailuttaminen on erityisen hankalaa, koska heitä siirretään kilpailutusten tulosten perusteella paikasta toiseen vastoin asiakaslähtöisyyden periaatteita. Onkin tärkeää löytää kestävä kansalliset sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen linjaukset EU-lainsäädännön antaman liikkumavaran hyödyntämiseksi.

Palveluiden yksityistämiskehitys ja sosiaalipalveluiden tuottamismallien monimuotoistuminen asettavat myös valvontaviranomaiset uusien haasteiden eteen. Yksityinen liiketoiminta sosiaalipalvelujen tuottamisessa kasvaa, samoin kilpailutuksen seurauksena yksiköiden

koko, ja pienten paikallisten yritysten rinnalle/sijaan tulee suuria kansallisia tai kansainvälisiä yrityksiä. Kotiin annettavien palvelujen tuottajana on entistä useammin kunnan sijasta yksityinen yrittäjä, jolta asiakas ostaa palvelun palvelusetelillä. Valvonnan vaikuttavuus jää nykyisellään tavoiteltua vähäisemmäksi, ja esimerkiksi kuntien toteuttamassa yksityisten sosiaalipalveluyksiköiden valvonnassa on suuria kuntakohtaisia eroavaisuuksia.

Yhä monimutkaistuvassa toimintaympäristössä sosiaalihuollon järjestelmän kansallinen suunnittelu, kehittäminen, ohjaus ja valvonta ovat tulleet entistä vaikeammaksi. Monien voimakkaiden toimijoiden yhtäaikainen ja usein ristikkäinen ohjaus sekä eri suuntaan menevät intressit luovat järjestelmään sekavuutta. Samaan aikaan itse toimijoiden yhteistyön ja joustavan työnjaon tarve kasvaa. Ihmisten arjen ongelmien ratkaisut edellyttävät sektorirajojen jatkuvaa ylittämistä. Näiden haasteiden ratkaiseminen edellyttää sosiaalihuollon uudistamista. Eri aikoina ja erilaisista tarpeista syntyneet palvelut ja toimintamallit eivät välttämättä toimi enää tyydyttävästi. Sosiaalihuollon lainsäädännön kehittämisessä onkin arvioitava tämän ja tulevan ajan tarpeista lähtien sekä rakenteellisia että toiminnallisia uudistuksia, joiden lähtökohtana on oltava näkemys joustavasta ja ihmiskeskeisestä sosiaalihuollosta.

5 SOSIAALIHUOLLON TOIMINTAA OHJAAVAT YLEISET PERIAATTEET

■ Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisryhmä on keskustellut melko laajasti kehittämistyötä ohjaavista yleisistä periaatteista. Näitä periaatteita ei ole tarkoitettu tulevaa lainsäädäntötyötä yksityiskohtaisesti sitoviksi lainsäädäntöperiaateiksi, vaan työryhmä on halunnut tuoda esille enemmänkin yleisiä yhteiskunnallisia lähtökohtia ja linjauksia. Tietäen sen, että yleisellä tasolla esitetyt linjausehdotukset voivat jäädä liian abstrakteiksi, työryhmä haluaa painottaa, että seuraavassa esitettävät periaatteet kuvaavat niitä valintoja ja sitä arvopohjaa, miltä pohjalta myöhemmin esiteltävää lainsäädäntöohjelmaa tulisi lähteä viemään eteenpäin. Tätä jatkotyötä varten kutakin periaatetta on pyritty myös konkretisoimaan. Periaatteita ei ole esitetty minkäänlaisessa arvojärjestyksessä.

Sosiaalihuollon tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksilön, perheen sekä yhteisön hyvinvointia, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Tehtävänä on tarjota oikea-aikaisesti laadukkaita palveluja ja tukitoimia, vahvistaa osallisuutta, tasata hyvinvointieroja sekä ehkäistä syrjäytymistä ja köyhyyttä. Tavoitteena on turvata jokaiselle mahdollisuus ihmisarvoiseen elämään sen kaikissa vaiheissa. Tämän laajan tehtävän toteuttamisessa sosiaalihuoltoa ohjaavat seuraavat yleiset periaatteet:

Yhdenvertaisuuden periaate

Perustuslain 6 §:ään sisältyvä yhdenvertaisuusperiaate ja syrjinnänkielto edellyttävät, ettei ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa toista edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan eikä syrjiä. Tämä tarkoittaa sitä, että eri väestönsien ja ikäryhmien oikeudet palveluihin on turvattava samantasoisesti. Keskeisiä ovat myös alueellinen ja taloudellinen yhdenvertaisuus eli sosiaalihuollon tosiasiallinen saatavuus ja siihen sisältyvistä sosiaalipalveluista perittävä hinta. Kaikki tämä nojautuu perustuslain säädöksiin ja sen vuoksi sitä ei tarvitse erikseen toistaa myöskään tulevassa sosiaalihuollon lainsäädännössä.

Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää ns. positiivista erityiskohtelua eli tietyn ryhmän asemaa ja olosuhteita parantavia toimia. Jokaisen tulee voida omien mahdolluuksiensa mukaan osallistua yhteiskuntaan sen itsenäisenä ja täysivaltaisena jäsenenä. Positiivisessa erityiskohtelussa on kyse näiden mahdolluuksien vahvistamisesta. Nämä kysymykset nousevat esille silloin, kun pohdimme esim. vammaisten asemaa, ikääntyneiden kohtelua sekä lasten ja lastensuojelun asemaa yhteiskunnassa.

Hyvinvointivaltion rajat -hankkeessa kehitetty eettinen prinssiippi toimii tässä suhteessa hyvänä linjauksena: *Mitä perustavammanlaatuiset inhimilliset tarpeet ovat uhattuina ja mitä heikommat ovat yksilön omat voimavarat selvitä, sitä vahvemmat ovat yksilön oikeudet ja sitä selkeämpi on julkisen vallan velvollisuus järjestää toimeentulo ja sosiaali- ja terveystalvet. Tämä periaate voidaan sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa konkretisoida sekä sosiaalihuoltolakiin että keskeisimpiin erityislakeihin.*

Julkisen vastuun periaate

Julkisen vastuun periaate tarkoittaa julkisen, valtion ja kuntien, vastuun määrittelyä suhteessa yksilön omaan vastuuseen. Ensijainen vastuu toimeentulosta ja huolenpidosta on henkilöllä itsellään. Perustuslaki asettaa kuitenkin julkiselle vallalle veloitteen turvata yksilön edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä: sosiaalihuollon hoivan, huolenpidon ja palveluiden tulee olla saatavissa julkisen vallan järjestämänä. Julkisella vallalla on vastuu seurata, arvioida ja kehittää toimenpiteidensä riittävyyttä ja vaikuttavuutta, jotta kaikille taataan edellytykset mahdollisimman hyvään ja turvalliseen elämään. Julkisen vastuun merkitys korostuu erityisesti tilanteissa, joissa yksilö ei kohtuudella selviä omin

voimin; hänellä ei ole varaa, kykyä tai kuntoa huolehtia asioistaan eikä ole ketään, jolle huolehtiminen kuuluisi tai joka muuten ottaisi vastuuta asiassa.

Julkista hyvinvointivastuuta määrittelee käytännössä valtion ja kuntien välinen sosiaaliturvan toimeenpanon vastuunjako. Lainsäätäjän asiana on päättää palvelujen järjestämistä vastuussa olevasta julkisen hallinnon elimestä tai yksityisestä toimijasta, varmistaa riittävä rahoitus ja hoitaa asianmukainen valvonta. Viimesijainen vastuu perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisesta on valtiolla. Kuntien asemaa taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien suhteen määrittelevät sekä kunnallinen itsehallinto että julkiselle vallalle asetetut velvoitteet.

Julkisen vastuun, yksilön oman vastuun ja yhteisön vastuun tasapaino on aina ollut sosiaalipoliittisen keskustelun keskiössä. Painotuksien vaihteluihin vaikuttavat erilaiset arvolähtökohdat. Perustuslain perusoikeussäädöksissä on määritelty Suomessa asuville kuuluvat perusoikeudet ja siten myös ne oikeuskäytäntöä ja hallintoa sitovat säädökset, jotka ohjaavat myös lainsäädäntötyötä ja lainsäädännön soveltamista. Sosiaalihuoltolaissa ja siihen liittyvissä erityislaeissa on arvioitava perustuslain lähtökohdista se, toteuttavatko lait tätä kansallisesti hyväksyttyä yhteistä tahtoa.

Universaalisuuden periaate

Hyvinvointivaltion eräs vahvuus on sisältynyt sen politiikan universaalisuuteen, joka ei koske vain palveluja, vaan kaikkea yhteiskunnallista toimintaa. Universaalisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikki ovat jäseniä yhteisissä järjestelmissä, kaikki saavat tarvitessaan huolenpitoa, hoivaa ja palveluita ja samassa tilanteessa kaikkia kohdellaan samalla tavalla. Kaikki myös osallistuvat yhteisten järjestelmien rahoitukseen ja kaikilla on mahdollisuus niihin vaikuttaa. Lähtökohdana on ihmisten tunne kuulumisesta samaan yhteisöön ja luottamus sekä toisiinsa että luomiinsa järjestelmiin. Tärkeä universaalisuuden piirre on järjestelmän perustuminen verotukseen; sekä terveyden- että sosiaalihuollossa palvelujen päärahoituslähde on verotus. Universaalien järjestelmien tärkeimmät edut sisältyvät siihen, että se lisää yhteiskunnallista koheesiota ja integraatiota, jotka ovat tällä hetkellä myös eurooppalaisittain keskeisiä haasteita.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa universaalisuuden periaate tarkoittaa mm. sitä, että järjestelmän verorahoitus säilyy myös tulevassa lainsäädännössä. Samoin on tärkeää, että palvelujärjestelmää rakennetaan edelleen siten, että se on yhtäläisesti avoin kaikille palveluja tarvitseville. Erityisen tärkeää tämä on tällä hetkellä uudistettaessa ikäntyvien palveluja ja varhaiskasvatuspalveluja.

Sosiaalisen vastuun periaate

Ihmisten sosiaaliset ongelmat ja tarpeet kumpuavat monimutkaisella tavalla arjen elämänpiiristä, ihmisten toiminnassa, eivätkä ne useinkaan jäseny viranomaisten työnjaon mukaan. Palvelujärjestelmän kohdatessa ihmisiä tarpeineen syntyy usein moniasiakkuuksia ja ongelmien määrittelyä moniongelmaisuudeksi. Sosiaalipoliittinen kirjallisuus on aina tunnistanut sosiaalisten ongelmien kasaantumisen, mutkikkuuden ja vastaavasti eri toimijoiden yhteistyön tarpeen. Sen vuoksi on korostettu sosiaalisten näkökohtien huomioonottamista kaikessa suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Sosiaalinen vastuu tarkoittaa sosiaalisten näkökohtien huomioimista kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa. Se ei voi koskaan rajoittua pelkästään sosiaalihuollon sektorille, vaan sosiaalisen vastuun tulee ilmetä kaikilla elämänalueilla ja toimintakentillä ja näkyä yksilön, perheiden ja yhteisöjen arjessa. Sosiaalihuolto rakentaa ja toteuttaa osaltaan sosiaalista vastuuta pyrkimällä edistämään ihmisten hyvinvointia kokonaisvaltaisesti sekä antaen tukea erityisesti heikommassa asemassa oleville. Siksi sen tulee kohdentua laaja-alaisesti ihmisten ja heidän elinympäristönsä väliseen suhteeseen. Sosiaalinen vastuu tarkoittaa myös vastuuta tulevaisuudesta. Tämä edellyttää kestävää kehitystä, joka

tydyttää nykyhetken väestön tarpeet vaarantamatta tulevien sukupolvien mahdollisuutta tyydyttää omat tarpeensa.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyössä on terävöitettävä sekä sosiaalihuollon oman toimialueen säätelyä että myös niiden rajapintojen säätelyä, joissa sosiaalihuolto kohtaa muut hallinnonalat ja toimijat. Kunkin yhteiskunnallisen sektorin toimintaa säätelee oma lainsäädäntönsä, mutta on tärkeää tarkistaa sosiaalisen vastuun rajapinnat mm. suhteessa asumiseen, työpolitiikkaan, koulutukseen, kaavoitukseen, rakentamiseen ja kulttuuriin.

Ennaltaehkäisyn periaate

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen ovat etsineet muotojaan ja sisältöjään viimeisten vuosikymmenten aikana. Vaikka sosiaalipolitiikan perimmäinen tehtävä on aina ollut yhteiskunnan sosiaalisten riskien minimointi ja ehkäiseminen, ovat ehkäisevän toiminnan rakenteet ja toiminta nykyisellään heikosti kehittyneitä sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Voimme tietysti selittää tätä osittain sosiaalisten ongelmien vaikeilla synty- ja kehittymekanismilla, joissa yksilöiden ja perheiden oma toiminta ja omat valinnat ovat usein ratkaisevassa asemassa, ja valintojen hyvät tai huonot kehät vahvistavat itseään.

Edistävä ja ehkäisevä toiminta liittyy monilta osin edellä kuvattuun laajaan sosiaaliseen vastuuseen (jolla voidaan luoda rakenteellisia edellytyksiä ehkäisylle) sekä jäljempänä kuvattavaan kokonaisvaltaisuuden periaatteeseen (jolla voidaan estää ongelmien syvenemistä ja kroonistumista). Sosiaalipolitiikassa tunnetaan jo melko hyvin niitä prosesseja, joihin vaikuttamalla voidaan ehkäistä uusien ongelmien syntymistä ja jo syntyneiden pitkittymistä ja kroonistumista. Matalan kynnyksen palveluilla, varhaisilla asioihin puuttumisen menetelmillä sekä näitä tukevilla suunnitelmilla ja ohjelmilla voidaan lisätä toimijoiden osaamista ja kykyä auttaa riittävän varhain. Sosiaalityö toimii osaltaan arkielämän jatkuvuutta ja normaalisuutta turvaavana yhteiskunnan osajärjestelmänä.

Sosiaalihuollon ennaltaehkäisyn periaate tarkoittaa sitä, että hyvinvointia uhkaavien ongelmien ja riskien syntymisen ehkäisyyn sekä ongelmien laajenemisen varhaiseen torjumiseen on pyrittävä kaikessa toiminnassa ja yhteiskuntapolitiikan kaikilla osa-alueilla. Sosiaalityön ammattilaiset osallistuvat hyvinvoinnin edistämiseen yhteistyössä muiden toimijoiden, erityisesti terveydenhuollon sekä opetus- ja sivistystoimen, henkilöstön kanssa.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyössä ehkäisevää ja edistävää toimintaa tulee tehdä näkyväksi sekä rakenteissa että toiminnassa. Tämä tarkoittaa sitä, että uudessa sosiaalihuoltolaissa ja kaikissa erityislaeissa on entistä täsmällisemmin määriteltävä yhteiskunnalliset perustavoitteet ennaltaehkäisevälle toiminnalle. Erittäin tärkeää on myös sosiaalihuollon läheisten rajapintojen tarkempi säätely.

Normaalisuuden periaate

Tämä periaate, jota voisi kutsua myös ”erilaisuuden ja yhteisyyden periaatteeksi” tarkoittaa sitä, että erilaisista lähtökohdistaan riippumatta kaikilla ihmisillä on oikeus olla ja toimia osana yhteisöä ja että yhteisö huomioi ja hyväksyy erilaisuudesta aiheutuvat tarpeet lähtökohtaisesti osana normaaleja toimintojansa. Tämä merkitsee edellytysten luomista sille, että ihmiset kykenevät mahdollisista henkilökohtaisista rajoitteistaan huolimatta toimimaan eri elämänalueilla yhtäläisinä toimijoina toisten kanssa.

Periaatteen mukaisesti kaikki yhteiskunnan palvelut pyritään järjestämään ensisijaisesti niin sanottuina yleisinä, kaikille tarkoitettuina palveluina niihin hakeutumisen helpottamiseksi ja yksilöiden ja ryhmien kielteisen leimaamisen välttämiseksi. Yleisten sosiaalipalvelujen ensisijaisuudella pyritään varmistamaan mahdollisimman suuri yhdenvertaisuus ja sosiaalinen perusturvallisuus kaikille.

Erityislainsäädäntö on viime vuosikymmenten aikana tyhjentänyt sosiaalihuoltolakia ja sen vuoksi myös eriyttänyt asiakasryhmiä toisistaan. Toisaalta hallinnonalojen välinen kilpailu ja resurssien niukkuus ovat lisänneet asiakkaiden siirtelyä ja ehkä myös heidän

määrittelemistään erityistapauksiksi. Onkin syytä arvioida, eivätkö esimerkiksi vammaisten ja vanhusten kuljetuspalvelut voi olla osa normaalia liikennesuunnittelua ja -palveluja ja eivätkö pitkäaikaistyöttömät ole enää oikeutettuja samanlaisiin työvoimapalveluihin kuin muut.

Tulevassa lainsäädäntötyössä normalisuuden periaatetta tulee arvioida edellä kuvatuista lähtökohdista. Sosiaalihuoltolain tulee määrittää yleiset peruslähtökohdat normalisuudelle ja kussakin erityislaissa on tarkistettava tässä suhteessa yleisen ja erityisen määrittelyt. Erityisen merkittävä tämä haaste on tulevassa ikäihmisiä koskevassa lainsäädännössä.

Kokonaisvaltaisuuden periaate

Julkisessa asiakaspalvelussa on ongelmana järjestelmän hajanaisuus. Sosiaaliturva ja palvelut ovat syntyneet pala palalta, toimintoja säätelevät eri aikoina säädetyt normit ja vastuut on jaettu eri sektoreille. Palvelujen rajapinnoille kasaantuu yhä enemmän sellaisia ongelmia, jotka eräällä tavalla ”kuuluvat kaikille ja eivät kuulu kenellekään”. Selkeää vastuunkantajaa ei aina löydy.

Sosiaalihuollon kokonaisvaltaisuuden periaate korostaa ihmisten elämäntilanteiden ja palvelutarpeiden tarkastelua yhtenä kokonaisuutena. Sen toteutuminen edellyttää, että eri tahojen toimivaltuudet ja vastuut on selkeästi määritelty ja että nämä määrittelyt mahdollistavat toimijoiden aidon yhteistyön. Kokonaisvaltaisuuden periaate tarkoittaa myös kaikkien toimien suuntaamista siten, että niin yksilön kuin yhteisönkin voimavarat saadaan mahdollisimman hyvin käyttöön.

Yksilön ja perheen saama tuki ja apu voivat koostua monesta eri palvelusta ja etuudesta, joita saattavat järjestää useat eri toimijat ja palvelujen tuottajat. Sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky eivät kuitenkaan synny vain erilaisten palvelujen ja etuuksien summana, vaan edellyttävät ihmisen kohtaamista kokonaisvaltaisena arjessa toimijana. Tämän vuoksi tulee varmistaa, että aina on olemassa taho, joka kantaa kokonaisvastuun yksilölle ja perheelle annettavasta sosiaalihuollosta. Kokonaisvastuu tarkoittaa suppeimmillaan vastuuta asiakkaan tarvitsemien palveluiden koordinoinnista tarkoituksenmukaisen ja sujuvan palveluketjun turvaamiseksi. Lähtökohtana on asiakkaan oikeus hyvään palveluun ja kohteluun.

Tulevaa lainsäädäntötyötä ohjaavana periaatteena kokonaisvaltaisuuden periaate tarkoittaa sitä, että sekä sosiaalihuoltolaissa että siihen liittyvissä erityislaeissa täsmennetään koko asiakaspalvelujärjestelmän vastuuta asiakkaasta sekä asetetaan täsmällisempiä vaatimuksia asiakaspalveluprosessien laadulle. Kokonaisvaltaisuuden vaatimus kohdistuu myös sosiaalihuollon läheisille rajapinnoille; esimerkiksi työhallinnon ja sosiaalihuollon välinen yhteistointa ja työnjako vaatii parempaa säätelyä.

Ihmislähtöisyyden ja osallisuuden turvaamisen periaate

Sosiaalihuollon järjestämisen ja toteuttamisen lähtökohtana tulee aina ensisijaisesti olla asiakkaan (ja perheen/muun lähipiirin) palvelutarve sekä hänen (ja hänen perheensä/ muun lähipiirin) omien voimavarojen vahvistaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Olipa sitten kyse pidempiaikaisesta, jatkuvaluonteisesta tai satunnaisesta sosiaalihuollon tarpeesta, apua, tukea ja palveluja on aina tarjottava mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan sosiaalihuollosta päättämistä ja sen toteuttamista asiakkaan tarpeista käsin ja hänen mielipiteitään ja toiveitaan kuunnellen. Tämä kuitenkin edellyttää järjestelmäkeskisyydestä irtautumista ja eri hallinnonalojen moniammatillista ja -alaista yhteistyötä ja tarvittaessa yhteisiä rakenteita. Asiakasta ei pidetä toiminnan objektina, vaan hänellä tulee lähtökohtaisesti aina olla mahdollisuus osallistua oman sosiaalihuollonsa suunnitteluun ja sen toteuttamisesta päättämiseen. Ihmislähtöisyydellä tavoitellaan sitä, että ihminen todella kokee tulleensa autetuksi palvelua saatuaan.

Ihmislähtöisyys tarkoittaa myös henkilön toimintamahdollisuuksien avartamista hänen omassa toimintaympäristössään. Sosiaalihuollon on tarjottava asiakkaalleen mahdollisuus aktiivisuuteen ja osallisuuteen. Osallisuuden turvaaminen merkitsee ihmisen osallisuutta

yhteiskunnan voimavaroista ja toisaalta terveellistä, turvallista ja sosiaalisesti eheää elinympäristöä, joka mahdollistaa kiinnittymisen yhteiskunnan erilaisiin yhteisöihin, kuten esimerkiksi perhe-, työ- tai asuinalueyhteisöt. Osallisuuden turvaamisen tavoitteena on yleisesti vahvistaa ihmisten toimintakykyä arjen elämäntilanteissa ja sosiaalihuollon toimenpiteissä erityisesti saada syrjäytymässä tai syrjäytymisen vaarassa olevat yksilöt kiinnittymään yhteiskuntaan ja näin torjua sosiaalisia ongelmia sekä syrjäytymiskehityksen kielteisiä vaikutuksia henkilön ja hänen lähiyhteisönsä toimintakykyyn ja hyvinvointiin.

Ihmislähtöisyydessä on kuitenkin huomattava, että yhteiskunnan palvelujärjestelmään sisältyy väistämättä sekä palvelua että kontrollia. Koska järjestelmä edustaa väestön ja yhteisön yhteisiä arvoja ja päämääriä, se ei voi aina toteuttaa vain yksilön omaa tahtoa. Tästä perusasetelmasta johtuen julkisessa kontrollissa olevan palvelujärjestelmän on oltava läpinäkyvä ja sekä yleisesti hyväksyttävissä että myös yksittäisen asiakkaan ymmärrettävissä ja hyväksyttävissä.

Sosiaalihuollon lainsäädännössä ihmislähtöisyys ja osallisuus ovat monitahoisia asioita. Yhtäältä on syytä arvioida sitä, miten asiakkaiden ja asiakasryhmien osallisuutta palveluprosessien suunnitteluun ja arviointiin lisätään. Esimerkkinä tästä voisi olla mm. vanhusneuvostojen aseman arviointi. Toisaalta lainsäädännössä on määriteltävä entistä tarkemmin se, miten henkilön osallisuus oman palvelunsa suunnittelussa ja toteutuksessa toteutuu. Tällöin joudutaan arvioimaan erityisesti asiakas- ja potilaslakien uudistamista. Sosiaalihuollossa asiakkaan osallisuuden lisääminen korostuu myös ylisektorialisessa toiminnassa, jossa tavoitteena on sosiaalisen näkökulman mukaan saaminen kaikissa poliittikalohkoissa. Tämä edellyttää sosiaalisesti kestävä kehityksen periaatteen sisällyttämistä osaksi yhdyskuntasuunnittelua hallinnon eri tasoilla.

Valinnanvapauden periaate

Palvelujärjestelmän kehittämisen erääksi keskeiseksi periaatteeksi on viime aikoina nousut asiakasohjautuvuus. Julkisen järjestelmän rakenne- ja järjestelmäkeskeisyyden rinnalle ja sijaan on haluttu tuoda palvelusetelit sekä asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen. Asiakkaiden valintojen toivotaan muodostuvan järjestelmää kilpailuttavaksi ja kehittäväksi tekijäksi. Julkisen palvelun käyttäjä muuttuu tässä mielessä kuluttajakansalaiseksi, joka tekee omia valintojaan omista tarpeistaan käsin. Kokemukset muista maista, mm. Isosta-Britanniasta, osoittavat, että pelkkä valinnanvapauden lisääminen ei toteuta riittävästi yleisiä tasa-arvotavoitteita. Pikemminkin päinvastoin, ilman heikkojen valinnanmahdollisuuksia tukevia toimia palvelujärjestelmä lisää omilla toimillaan sosiaalisia eroja ja terveyseroja.

Sosiaalipoliittisesti hyvä valinnanvapaus tarkoittaa voimavaralähtöisyyttä, joka ottaa huomioon niin yksilön, perheen kuin yhteisönkin voimavarat ja mahdollisuudet. Asiakkaille ei ole aina kykyä tai voimia vaatia tai valita tarvitsemiaan palveluita. Tällöin asiakasta ja hänen lähiyhteisöään on tuettava osallistumaan päätöksentekoon. Valinnanvapauden periaate merkitsee sen tunnistamista, että asiakkaan omat valinnat ja aktiivinen osallisuus ja toiminta omassa lähiyhteisössään turvaavat parhaiten hänen hyvinvointinsa edistämisen.

Sosiaalipoliittisesti kestävä valinnanvapauden lisääminen sosiaalihuollon palveluissa edellyttää, että niin sosiaalihuoltolaissa kuin erityislainsäädännössäkin vahvistetaan sellaisia rakenteita ja toimia, joilla tuetaan heikoimmassa asemassa olevien todellisia valinnanmahdollisuuksia. Tässä suhteessa edellä yhdenvertaisuusperiaatteen yhteydessä mainittu eettinen periaate toimii tärkeänä ohjaavana periaatteena.

Avoimuuden ja luottamuksellisuuden periaate

Yhteiskunnallisen palvelujärjestelmän läpinäkyvyys ja avoimuus ovat avaimia asiakkaiden luottamuksen vahvistumiselle. Sosiaalihuollon päätöksenteon tulee olla oikeudenmukaista, johdonmukaista ja ristiriidatonta. Tämän varmistamiseksi palvelujen ja etuuksien myöntämisen kriteereiden on oltava avoimia, läpinäkyviä ja ymmärrettäviä. Avoimuuden periaate

mahdollistaa osaltaan kuntalaisten osallistumisen sosiaalihuollon toiminnan suunnitteluun, päätöksentekoon ja valvontaan.

Sosiaalihuollon avoimuus tarkoittaa mahdollisimman suurta avoimuutta myös kaikessa asiakastyössä, jossa on kuitenkin aina otettava huomioon asiakkaan suojan tarve sekä asiakkuuden edellyttämä luottamuksellisuus. Jokaisella sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus luottaa siihen, että hänen yksityisyyden suojaansa kunnioitetaan.

Edellä mainittuja periaatteita on konkretisoitava ja täsmennettävä sekä sosiaalihuoltolaissa että erityislaeissa ja asiakaslaissa. Aivan uudennlaisia haasteita näille periaatteille asettavat kansalaisten sähköiset palvelut. Tulevassa sosiaalihuollon lainsäädännössä on keskeinen sija myös sähköisillä palveluilla, joissa perinteinen viranomaistoiminta joutuu omaksumaan uudennlaisen julkisuuden ja avoimuuden. Samalla tämä tuo uusia haasteita yksittäisen asiakkaan luottamuksellisuuden säilyttämiseen.

6 SOSIAALIHUOLLON UUDISTAMISTA OHJAAVAT LINJAUKSET

■ Työryhmä katsoo, että sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen lähtökohtana tulee olla ihminen hänen omine tarpeineen. Uudistettavan lainsäädännön tulee tukea ja edistää ihmisten osallisuutta, omatoimisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnassa. Vahva paikallinen demokratia on jatkossakin tae toimivalle ja vaikuttavalle sosiaalihuollolle.

Sosiaalihuolto on uudistuksessa nähtävä yhteiskunnallisena investointina. Siksi on varmistettava, että uudistamistyöhön on käytettävissä riittävät resurssit. Lisäksi ensisijaiseksi tarkoitettujen tukien, toimenpiteiden ja palveluiden toimivuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta on vahvistettava. Tämä edellyttää myös muiden sektoreiden ja etuusjärjestelmien riittävää resursointia, jotta niiden puutteet eivät kuormita sosiaalihuoltoa. Uudistamisen yhteydessä on lisäksi arvioitava, miten suunnitellut uudistukset vaikuttavat eri rahoituskanaviin ja valtiolle, kunnille ja asiakkaille aiheutuviin kustannuksiin sekä keskinäiseen vastuun- ja työnjakoon.

Työryhmä on yleisten periaatteiden pohjalta laatinut keskeiset linjaukset, joiden tarkoitus on edellä esitettyjen keskeisten lähtökohtien pohjalta ohjata myöhempää lainsäädäntötyötä.

1. *Sosiaalinen kestävyys.* Uudistetun sosiaalihuollon tulee olla sosiaalisesti kestävä, tehokasta ja vaikuttavaa. Sosiaalihuollon kehittämisessä tulee nostaa keskiöön sen merkitys yhteiskunnallisena investointina sekä sosiaalisen koheesion ja integraation lisääjänä. Tämä edellyttää vahvojen sosiaalisten oikeuksien yhdistämistä aktiiviseen ja oma-toimiseen kansalaisuuteen.
2. *Hyvinvoinnin edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen.* Sosiaalihuollossa on siirrettävä painopistettä hyvinvoinnin edistämiseen, ennaltaehkäisevään työhön sekä varhaiseen tukeen ja puuttumiseen. Tulevan lainsäädännön on edistettävä sellaisten toimintatapojen syntymistä ja käyttöön ottamista, joiden avulla voidaan ehkäistä ongelmia ja torjua niiden kroonistumista. Esimerkiksi päihteiden liikkakäyttöön ja väkivaltaan liittyviin ongelmiin on löydettävä uusia ratkaisuja.
3. *Palvelujen saatavuus.* Sekä sosiaalihuollon perus- että erityispalvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia. Ei voida pitää hyväksyttävänä sitä, että ihmisten ongelmat kroonistuvat ja mutkistuvat, koska palveluja ei ole saatavilla avun tarpeen ollessa suurin. Sosiaalihuollon palvelujen tulee olla joustavia, avoimia kaikille niitä tarvitseville ja luonteeltaan ns. matalan kynnyksen palveluja. Keskeinen tavoite on antaa vaikuttavaa apua ja huolenpitoa silloin, kun ihminen sitä tarvitsee.
4. *Heikoimpien asema.* Sosiaalihuollossa on löydettävä nykyistä tehokkaampia ja vaikuttavampia keinoja ehkäistä syrjäytymistä ja eriarvoistumista sekä tukea ja auttaa kaikkein vaikeimmissa asemassa eläviä ihmisiä ja katkaista eriarvoistumiskierteitä yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Universaalit palvelujen ja hoivan muodot eivät aina tunnista riittävästi kaikkein vaikeimmissa asemassa olevien ihmisten avun tarvetta. Siksi erityisesti sellaisten hoivan ja tukitoimien alueilla, joilla avun tarve on suurin, on toteutettava ns. palvelu- tai hoivatakuu, jolla varmistetaan, että palvelua on saatavilla sitä tarvittaessa. Takuun avulla varmistetaan, että myös yhteiskunnan heikoimpiosaisilla on mahdollisuus elää normaalia arkielämää.
5. *Auttaminen ihmisten omassa arkiympäristössä.* Sosiaalihuollossa on luotava nykyistä parempia mahdollisuuksia tukea ihmisiä elämänkaaren eri vaiheissa heidän omassa arkiympäristöissään. Tämä tarkoittaa laitoksissa asumisen ja huostaanottojen minimoimista

ja avohuollon tehokasta kehittämistä. Sosiaalipalvelujen on tuettava ihmisten arjen sujumista, mikä merkitsee erityisesti kotiin annettavien palvelujen arvon ymmärtämistä. Auttaminen arkiympäristössä sisältää myös mahdollisuuden lähiyhteisön kytkeytymisestä paremmin osaksi tukijärjestelmiä.

6. *Palveluiden laatu ja asiakkaan asema ja oikeudet.* Sosiaalihuollon järjestämisen tulee perustua viranomaisen tekemään päätökseen. Yksilön oikeusturvan kehittäminen edellyttää esimerkiksi tehokasta muutoksenhakujärjestelmää, sosiaaliasiamiesten aseman vahvistamista sekä päätöksenteolle ja niiden toimeenpanolle asetettavien määräaikojen tarpeen arvioimista. Valvontaviranomaisten vaikuttamismahdollisuuksia sosiaalipalvelujen järjestämisessä ja laadussa ilmenevien puutteiden poistamiseen on parannettava ja palvelun järjestäjän valvontavastuuta suhteessa palvelujen tuottajiin on selkeytettävä. Lisäksi on pohdittava, miten sosiaalipalvelujen laatua, sisältöjä ja toimintatapoja määrittävien sosiaali- ja terveysministeriön antamien laatusuosituksen ja Valvirassa laadittavien valvontasuunnitelmien ja vastaavien asiakirjojen asemaa voitaisiin vahvistaa ja ohjeistusta yhdenmukaistaa. Valvonnan tulee olla läpinäkyvää ja sen tuottaman tiedon tulee olla myös asiakkaan käytettävissä hänen valitessaan palveluita.
7. *Kilpailukulttuurista aitoon yhteistyöhön.* Sosiaalihuollon uudistamisella on luotava edellytyksiä kunnan, yksityisen yritystoiminnan ja kolmannen sektorin kumppanuuden kehittämiseksi. Pelkästä kilpailukulttuurista on päästävä aitoon yhteistyöhön, joka edellyttää uudenlaisia yhteistoimintamahdollisuuksia ja ihmisten tarpeista lähteviä palvelurakenteita. Riippumatta palveluntuottajien erilaisista taustoista hoivan ja tuen sosiaalisen perustavoitteen on säilyttävä sosiaalihuollon toiminnassa ensisijaisena. Tämä edellyttää toimijoiden tarkempaa ohjausta, valvontaa ja valikointia sekä näitä tukevien välineiden kehittämistä.
8. *Joustava monialainen yhteistyö.* Sosiaalihuollolla on oma rajattu roolinsa yhteiskunnassa, mikä edellyttää siltä vahvaa yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa ja sosiaalihuollon osaamisen vahvistamista muilla sektoreilla, kuten opetus- ja sivistystoimessa, varhaiskasvatuksessa, terveydenhuollossa, työhallinnossa ja asuntotoimessa. Yhteisiä toimintalueita tulee vahvistaa, turhia raja-aitoja poistaa ja luoda asiakkaan kannalta joustavasti toimivia palvelukokonaisuuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeitä yhteisiä alueista ovat erityisesti päihde- ja mielenterveysasiat, vanhusten pitkäaikaishoiva, kotiin annettavat palvelut sekä lasten ja perheiden tuki ja palvelut.
9. *Monimuotoistuva sosiaalihuolto.* Sosiaalihuollon järjestämisen lähtökohtana on normaalisuusperiaate. Yhteiskunnan monimuotoistuminen ja asiakkaiden yhdenvertaisuus edellyttävät kuitenkin uusien toimintatapojen omaksumista erityisryhmien tarpeiden huomioimisessa. Esimerkiksi maahanmuutto ja yhteiskunnan monikulttuurisuuden lisääntyminen luovat uudenlaisia haasteita myös sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuollon roolin vahvistaminen kotouttamisen edistämiseksi edellyttää asian huomioimista myös henkilöstön kouluttamisessa sekä monialaisen yhteistyön rakenteiden kehittämisessä.
10. *Vankka tietoperusta.* Sosiaalihuollon järjestäminen, toiminnan kehittäminen ja valvonta edellyttävät yhä parempaa tietoperustaa. Tutkimus- ja kehittämisorganisaatioiden painopisteiden valinnassa sosiaalihuollon kysymykset jäävät kuitenkin nykyisin liian vähälle huomiolle. Tämä on ongelmallista, sillä sosiaalihuollossa ratkottavat kysymykset ovat usein yhteiskunnallisesti niin merkittäviä ja kauaskantoisia, että vakaa tutkimuksellinen tietoperusta olisi ensiarvoisen tärkeä. Sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa onkin luotava entistä parempi pohja sosiaalihuollon tiedontuotannolle, tutkimukselle ja kehittämistoiminnalle. Sosiaalihuollon järjestämisessä ja kehittämisessä on tutkimustiedon lisäksi hyödynnettävä myös asiakkailta saatavaa palautetta sekä kokemusasiantuntijuutta. Paikallisten asiakaspalautejärjestelmien rinnalla arvioinnin tueksi tarvitaan valtakunnallista vertailutietoa.

11. *Henkilöstön osaaminen ja riittävyys.* Sosiaalihuollon henkilöstön riittävydestä sekä osaamisen ja työhyvinvoinnin kehittamisestä huolehditaan parantamalla työvoima- ja osaamistarpeiden ennakointia, tiivistämällä työelämän ja koulutuksen yhteistyötä sekä vahvistamalla johtamista. Sosiaalihuollon johtaminen edellyttää alan syvällistä tunte-
musta, strategista työtettä sekä vankkaa yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen liittyvää osaamista. Työhyvinvointia parannetaan huolehtimalla henkilöstön osaamisen kehitty-
misestä ja työkyvyn ylläpitämisestä sekä tarkoituksenmukaisesta tehtävärakenteesta, työnjaosta ja henkilöstömitoituksesta. Henkilöstön osaaminen hyödynnetään täysimää-
räisesti monipuolistamalla tehtävärakenteita vastaamaan entistä paremmin väestön ja asiakkaiden tarpeisiin. Osaamisen kehittämisen tulee olla pitkäjänteistä ja sen vaiku-
tuksia palvelujen laatuun ja toimivuuteen tulee arvioida säännöllisesti.

7 SOSIAALIHUOLLON LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTAMISTA KOSKEVAT EHDOTUKSET

■ Sosiaalihuollon lainsäädäntö muodostuu sosiaalihuoltoa ohjaavista yleislaeista, lukuisista erityislaeista ja muutamista muista sosiaalihuoltoon kiinteästi liittyvistä laeista. Lainsäädäntö on pirstaleinen, osin puutteellinen sekä epäyhtenäinen muun muassa siinä mielessä, että asiakkaiden oikeudet ja viranomaisten velvollisuudet on kirjavasti säännelty.

Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisvaltainen uudistaminen edellyttää kaikkien sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuuteen kuuluvien lakien arviointia ja sen perusteella toteutettavia muutoksia. Lakien suuren määrän ja niiden keskinäisten riippuvuussuhteiden vuoksi lainsäädännön uudistaminen toteutetaan kolmena toisiaan täydentävänä kokonaisuutena. Ensimmäisenä kokonaisuutena valmistellaan uusi sosiaalihuoltolaki, toisena kokonaisuutena tarkistetaan sosiaalihuoltoa ohjaavien erityislakien sisältö ja kolmantena kokonaisuutena sosiaalihuollon rajapintojen sääntely. Seuraavassa on kuvattu kokonaisuuksien sisältöä ja etenemistä pääpiirteissään. Työryhmä valmistelee myöhemmin tarkemman esityksen lainsäädäntöohjelmaksi, jonka mukaan uudistuksen toinen ja kolmas vaihe toteutetaan.

7.1 SOSIAALIHUOLTOLAIN UUDISTAMINEN

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän on tarkoitus valmistella luonnos uudeksi sosiaalihuoltolaksi vuoden 2011 loppuun mennessä. Luonnos valmistellaan työryhmän väliraportissa esitettyjen periaatteiden ja linjausten sekä väliraportista saadun palautteen pohjalta.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen tavoitteena on vahvistaa sosiaalihuollon roolia positiivisena muutosvoimana yhteiskunnassa ja varmistaa sosiaalisen näkökulman huomioon ottaminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa. 2000-luvun sosiaalihuolto keskittyy vahvasti yksilöiden ja heidän elinympäristöjensä väliseen suhteeseen. Tavoitteena on edistää yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta myötävaikuttamalla elinolojen positiiviseen kehittymiseen ja tukemalla yksilöiden arjessa selviytymistä. Samalla on myös turvattava jokaisen yksilön ihmisarvoisen elämän toteutuminen ja heikompien suoja. Tarvittaessa heikoimpien asemaa on vahvistettava positiivisella erityiskohtelulla.

Uusi sosiaalihuoltolaki säädetään sosiaalihuollon sisältöä ohjaavaksi yleislaiksi, jonka mukaisesti sosiaalihuolto ensisijaisesti jatkossa toteutetaan. Tavoitteena on yksinkertainen ja selkeä laki, jossa määritellään sosiaalihuollon toiminnalle, palveluille ja tukitoimille yhteiset periaatteet.

Nykyisestä sosiaalihuoltolaista poiketen uudessa laissa ei säädetä sosiaalihuollon organisaatioista, järjestämisvastuusta eikä valvonnasta. Niitä koskevat perussäännökset koottaisiin niin sosiaalihuollon osalta kuin terveydenhuoltolaistakin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan lakiin, joka on tarkoitus valmistella sosiaali- ja terveysministeriössä yhtä aikaa uuden sosiaalihuoltolain kanssa. Järjestämislaki sisältäisi myös säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnasta sekä niiden edellyttämistä rakenteista. Tavoite on, että molemmat lait tulisivat voimaan samanaikaisesti vuoden 2013 alusta, jolloin määräaikainen puitelaki lakkaa olemasta voimassa. Silloin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kehittämisessä saavutettaisiin vaihe, jossa lainsäädännön keskeisimmät elementit olisivat sosiaalihuollon sisältöä ohjaava sosiaalihuoltolaki ja vastaavalla tavalla terveydenhuollon sisältöä ohjaava terveydenhuoltolaki sekä näitä yhdistävä yhteinen järjestämislaki.

Uusi sosiaalihuoltolaki kattaa niin edistävän, ennaltaehkäisevän kuin korjaavankin toiminnan. Laissa säädetään muun muassa sosiaalisten olojen ja osallisuuden edistämisestä, sosiaalihuollon saatavuudesta, ennaltaehkäisevistä toimista, sosiaalipalveluista ja niiden

määrittelystä sekä sosiaalihuollon toteuttamiseen liittyvästä menettelystä ja asiakkaan oikeusturvasta. Sääntely etenee väestötasoa ohjaavasta sääntelystä kohti yksilö- ja perheta-son sääntelyä.

Erityislakeihin sisältyviä ja eri asiakasryhmille yhteisiä, mutta nykyisellään epäyhtenäisiä ja sosiaalihuoltolain kokonaisuuteen paremmin sopivia säännöksiä kootaan tarkoituksenmukaisilta osin sosiaalihuoltolakiin. Siten erityislainsäädännön ala supistuu ja osasta erityislainsäädäntöä voidaan ehkä kokonaan luopua, jos se osoittautuu tarkoituksenmukaiseksi koontia suoritettaessa. Sosiaalihuollon palvelut on tarkoitus toteuttaa jatkossa enenevässä määrin sosiaalihuoltolain nojalla. Erityislakeihin perustuvat palvelut tulisivat käyttöön vain silloin, kun sosiaalihuoltolaissa säädettävällä keinovalikoimalla ei pystytä vastaamaan asiakkaan palvelutarpeeseen. Lain soveltamisalan ja kohderyhmän kannalta tarkoituksenmukaiset erityislait, kuten lastensuojelua ja vammaisia henkilöitä koskevat lait, säilytetään jatkosakin erillisinä ja tarkistetaan uudistuksen toisen kokonaisuuden yhteydessä.

Työryhmä ehdottaa, että sosiaalihuoltolakiin otetaan säännökset, joilla turvataan henkilön ja perheen kokonaisvaltainen sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi ja siihen vastaaminen asiakkaan tarpeiden mukaisena kokonaisuutena. Työryhmä katsoo, että sen enempiä säännösten koonti lainsäädännössä, sosiaalihuollon paikallinen toteuttaminen kuin viranomaisten työnjakokaan eivät saa estää asiakkaan ongelmien kartoittamista ja käsittelyä yhtenä kokonaisuutena. Sosiaalihuollon tulee olla mukana yksittäisten ihmisten elämässä ja rakentaa palvelujaan ja tukitoimenpiteitään heidän omista voimavaroistaan lähtien. Samalla jo väestötasoa koskevassa sääntelyssä tulee kyetä vastaamaan tarpeiden monimuotoisuuteen. Tämä on tarpeen siksi, että sosiaalihuollon tarpeessa olevan henkilön tai perheen palvelutarve rajoittuu harvoin yhteen tiettyyn säännöksessä määriteltyyn palveluun tai tukitoimeen. Esimerkiksi työikäinen henkilö voi olla samanaikaisesti sekä työllistymistä edistävien toimenpiteiden ja päihdepalvelujen että myös mielenterveyspalveluiden tarpeessa. Lisäksi hänellä saattaa olla ongelmia toimeentulonsa järjestämisessä. Vanhemmat tarvitsevat työikäisten palvelujen lisäksi myös perheille suunnattuja palveluita esimerkiksi lasten hoitoon ja kasvatukseen liittyvissä kysymyksissä. Edellä kuvattuun yksittäisen henkilön tai perheen sosiaalihuollon toimintakenttää koskevaan kokonaisuuteen voi lisäksi liittyä esimerkiksi toimiminen ikääntyneen vanhemman tai vammaisen perheenjäsenen omaishoitajana. Henkilöillä ja perheillä on usein samanaikaisesti myös muiden hallinnonalojen palvelujen tarvetta. Tällaisessa tilanteessa yksittäisillä säännöksillä onnistutaan harvoin turvaamaan toimivaa ja onnistunutta palvelukokonaisuutta.

Palvelunkäyttäjän kannalta sosiaalihuollon kokonaisvastuu ja asiakaslähtöisyys tarkoittavat siten ensisijassa monelle taholle jakautuneiden palveluiden ja tukitoimien yhteen kokoamista, vastuiden selkeää määrittelyä sekä riittävää ohjausta ja neuvontaa palveluihin. Käytännössä kokonaisvaltaisuus on toteutettavissa esimerkiksi laatimalla asiakkaan kanssa yksi hänen kokonaistilanteensa huomioiva palvelusuunnitelma ja määrittelemällä siinä toimijoiden vastuut siten, että palvelut muodostavat asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisen ja toimivan kokonaisuuden.

Sosiaalihuoltolain yleisissä säännöksissä määritellään sosiaalihuoltolain soveltamisala ja se, mitä sosiaalihuollolla tarkoitetaan. Samassa kokonaisuudessa säädetään työryhmän laatimien periaatteiden pohjalta sosiaalihuollon toteuttamista ja asiakkaan kohtelua ohjaavista yleisistä periaatteista. Nykyään asiakkaan kohtelua koskevat säännökset sisältyvät asiakaslakiin. Sosiaalihuoltolakia valmisteltaessa tulee arvioida säännösten tarkoituksenmukainen paikka lainsäädännössä ja sen myötä ratkaista myös asiakaslain rooli ja kokonaisuus tulevaisuudessa.

Edistävien ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tarkoituksena on väestötason, yhteisötason, perheen ja yksilön sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen ja vahvistaminen sekä elinoloihin vaikuttaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa väestötasolla sosiaaliseen hyvinvointiin ja sen edistämiseen liittyvien tekijöiden huomioimista kunnallisessa päätöksenteossa, esimerkiksi erilaisia kuntastrategioita laadittaessa. Tältä osin korostuu myös hallinnonrajat ylittävän yhteistyön lisääminen ja selkeyttäminen. Yksilötasolla korostuu varhaisen puuttu-

misen sekä henkilön tarvitseman ohjauksen ja neuvonnan merkitys. Tavoitteena on henkilön ja perheen omien voimavarojen vahvistaminen ja osallisuuden edistäminen.

Sosiaalihuoltolain sosiaalipalveluja koskevat säännökset kattavat yleiset sosiaalipalvelut. Yleisten palveluiden sisällöistä säädettyä tarkistetaan nykyisten palveluiden määrittelyä, kattavuutta ja keskinäisiä suhteita. Kaikkien asiakasryhmien oikeudet palveluihin arvioidaan ja niistä säädetään yhtenäisen ajattelun mukaisesti uudistuksen ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa. Lailla osoitetaan nykyistä selkeämmin, mihin kenelläkin on oikeus ja millä edellytyksin. Sääntelyä edellyttäviä menettelyyn liittyviä kysymyksiä ovat esimerkiksi palveluneuvonta, palvelutarpeen arviointi, palvelujen saannin määräajat, palveluohjaus ja muutoksenhaku.

Lain uudistamisessa noudatetaan eräänä lähtökohtana elämänkaareen perustuvaa ajattelua, jossa yleisiä palveluja ja tukitoimia koskevat säännökset muodostavat väestöryhmäkohtaisesti loogisesti etenevät kokonaisuudet. Tavoitteena on, että sosiaalihuoltolailla pystytään tulevaisuudessa vastaamaan henkilön yleisten sosiaalipalvelujen tarpeeseen vauvaiästä vanhuuteen.

Työryhmä katsoo, että sosiaalihuollon kokonaisvaltaisuuden ja asiakaslähtöisyyden kehittämistä tulisi toteuttaa vaiheittain pidemmällä aikavälillä. Uudessa sosiaalihuoltolaissa kokonaisvaltaisuus toteutetaan ensisijassa palvelusuunnitelmien laadintaa kehittämällä ja vastuunjako selkiyttämällä.

7.2. ERITYISLAIT JA NIIDEN TARKISTUS

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen toisena vaiheena tarkistetaan ja tarvittavilta osin muutetaan sosiaalihuoltoa ohjaavaa erityislainsäädäntöä. Uudistaminen toteutetaan työryhmän esittämien sosiaalihuollon yleisten periaatteiden ja linjausten mukaisesti. Tätä ennen lainsäädäntöuudistuksen ensimmäisessä vaiheessa erityislakeihin tehdään sosiaalihuoltolain valmistelusta erityislakeihin kohdistuvien muutostarpeiden mukaiset tarkistukset. Tarve tällaisille muutoksille aiheutuu esimerkiksi silloin, kun erityislakeihin sisältyviä eri asiakasryhmille yhteisiä säännöksiä kootaan tarkoituksenmukaisilta osin sosiaalihuoltolakiin.

Erityislakien uudistaminen toteutetaan ensimmäisen vaiheen toteutuksen yhteydessä esitettävän lainsäädäntöohjelman mukaisesti.

Lapset ja perheet

Työryhmä katsoo, että lasten ja perheiden palveluita koskevan sosiaalihuoltolain uudistamisen ja erityislakien tarkistamisen painopisteen tulee olla perheiden arjen tukemisessa, riskien ennaltaehkäisyssä ja syrjäytymisprosessien pysäyttämässä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Palvelujen ja tuen saanti tulee järjestää siten, että ne ovat saavutettavissa lasten ja perheiden omassa elinympäristössä. Palveluiden ja tukitoimien tulee myös vastata mielekkäällä tavalla lapsen ja perheen tarpeisiin, toimia koordinoitusti sekä turvata lapsen kokonaisedun toteutuminen.

Lapsi- ja perhepalveluiden lainsäädännössä tulee huomioida perhemuodoissa tapahtuneen monimuotoistumisen vaikutus palvelujen ja tukitoimien tarpeeseen ja niiden saantiedellytyksiin sekä lisääntynyt erityisen tuen tarve. Lasten hyvinvointiin vaikuttaa osaltaan myös perheen aikuisille suunnattujen palveluiden riittävyys. Tämän vuoksi niin lasten kuin perheidenkin palvelujen ja tukitoimien sääntelyä on arvioitava erikseen sekä vanhempien että lasten oikeuksien näkökulmasta.

Lasten ja perheiden palveluiden osalta sosiaalihuollon sääntely on nykyään kattavinta varhaiskasvatuksessa ja lastensuojelussa. Varhaiskasvatuksen hallinnonalakysymystä ratkaistaan parhaillaan erillään sosiaalihuoltolainsäädännön uudistamistyöryhmän työstä. Varhaiskasvatusta ohjaavan lainsäädännön kehittämistä koskevat ratkaisut on sen vuoksi perusteltua tehdä vasta tämän kysymyksen ratkettua. Uusi lastensuojelulaki puolestaan on tullut voimaan vuoden 2008 alusta ja siihen tehdyt ensimmäiset kattavat tarkistukset maaliskuussa 2010. Lasten ja perheiden näkökulma on huomioitava ja tarkistukset tehtävä edellä mainittujen säädösten ohella myös osaan työikäisiä ja vammaisia henkilöitä koskevaan sääntelyyn, kuten päihdehuoltolakiin, omaishoidon tuesta annettuun lakiin, toimeentulotuesta

annettuun lakiin ja vammaispalveluja koskeviin säännöksiin. Lisäksi tarkistukset tulee tehdä uudistuksen kolmannessa vaiheessa soveltuvilta osin myös sosiaalihuollon rajapinnoille sijoittuviin lapsia ja perheitä koskeviin säädöksiin.

Työikäiset

Työryhmä katsoo, että työikäisten sosiaalihuoltoa koskevan sääntelyn uudistaminen lähtee työikäisten arjen, toimintakyvyn ja elämänhallinnan tukemisesta ja sitä kautta hyvinvoinnin ylläpitämisestä ja edistämisestä. Tämän tehtävän toteuttaminen edellyttää riittävästi perusturvan tasoa, ongelmia ennaltaehkäisevän toimintakulttuurin vahvistamista ja varhaista tuen ja palvelujen saantia. Sosiaalihuollon on osaltaan kyettävä joustavasti vastaamaan monenlaisiin haasteisiin, joita ovat mm. pätkätöiden yleistyminen, jatkuvasti lisääntyvä yksin asuminen, nuoriso- ja pitkäaikaistyöttömyys, päihteiden liikakäyttö sekä lähisuhde- ja perheväkivallan ongelmat. Palveluiden ja tukitoimien järjestäminen ja niiden vaikuttavuus edellyttävät asiakkaan kannalta kokonaisvaltaista otetta. Henkilöillä voi olla useiden eri tukitoimien ja palvelujen tarve eri hallinnonaloilta, jolloin on varmistettava, että he eivät jää palveluiden väliin eikä heikoimmassa asemassa olevia työnnetä pois heidän tarvitsemistaan palveluista.

Aikuissosiaalityötä on kehitettävä ja sen roolia elämänhallinnan edistäjänä ja työllistymisen ja kouluttautumisen tukena on vahvistettava. Sosiaalityön mahdollisuuksia on ylipäänsä hyödynnettävä laajemmin niin yksilö- ja perhetyössä kuin yhteisöjen ja koko yhteiskunnankin tasolla. Erityisesti nuoriso- ja pitkäaikaistyöttömyys edellyttävät joustavaa ja monialaista yhteistyötä, jossa sosiaalihuollon rooli on keskeinen. Väliyoimarkkinoiden ja työllistymistä tukevien toimenpiteiden osalta huomiota on kiinnitettävä asiakkaiden erilaisuuteen ja työllistymisongelmien taustalla vaikuttaviin erilaisiin syihin. Lisäksi päihdehuoltoa ja mielenterveyspalveluja ohjaavan sääntelyn vaikutusta työikäisten ongelmiin vastaamiseen on arvioitava. Työikäisten osalta tarkistukset koskevat siten ainakin päihdehuoltolakia ja kuntouttavasta työtoiminnasta, toimeentulotuesta ja sosiaalisesta luototuksesta annettuja lakeja sekä soveltuvin osin myös vammaisia henkilöitä koskevaa sääntelyä. Lisäksi tarkistukset tulee tehdä uudistuksen kolmannessa vaiheessa soveltuvilta osin myös sosiaalihuollon rajapinnoille sijoittuviin työikäisiä henkilöitä koskeviin säädöksiin.

Ikääntyneet

Työryhmän tehtäväksi on annettu arvioida ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi tarvittavat lainsäädännön peruslinjaukset ja tehdä esitykset lain sisällöstä ja muodosta. Työryhmän työn lähtökohtaa rajaa se, että hallitus on 29.9.2009 antamassaan välikysymysvastauksessa luvannut eduskunnalle, että laki vanhuspalveluista valmistellaan.

Työryhmä pitää vanhusten aseman parantamista välttämättömänä, mutta katsoo, että pelkästään ikääntyneitä koskeva erillislaki voi muodostua ongelmalliseksi. Ikään perustuvan lain vaarana on se, että laki asettaa toimintakyvyltään rajoittuneet henkilöt epätasa-arvoiseen asemaan heidän iästään riippuen.

Erillislain laadinnasta riippumatta voimassa olevaan lainsäädäntöön sisältyvät iäkkäiden ihmisten asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia koskevat säännökset tulisi tarkistaa ja tarvittaessa niitä tulisi vahvistaa. Lisäksi olemassa olevaan ja valmisteltavaan lainsäädäntöön tulisi tarvittaessa lisätä heidän asemaansa, oikeuksiansa ja velvollisuuksiensa koskevaa sääntelyä.

Iäkkäiden henkilöiden kohdalla sääntelyn uudistamisen lähtökohdat liittyvät edellä esitettyihin yleisiin periaatteisiin ja linjauksiin korostaen erityisesti seuraavia iäkkään ihmisen hyvän arjen turvaajia:

- hyvinvoinnin edistäminen ja voimavaraistaminen sekä hyvinvointierojen kaventaminen
- osallisuuden mahdollistaminen ja tukeminen
- itsenäisen suoriutumisen tukeminen ja edistäminen puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin estämällä näin ongelmien kasautuminen, sekä
- pääsy palvelutarpeen arviointiin ja määrältään ja laadultaan riittävien palvelujen turvaaminen.

Tavoitteena tulisi olla turvata hauraille, toimintakykyään merkittävästi menettäneille henkilöille kattava tuki ja palvelutarpeen arviointiin perustuva laadukas palvelukokonaisuus. Lainsäädännössä voitaisiin tämän vuoksi määritellä kronologinen ikä, joka turvaa iäkkäälle henkilölle sekä oikeuden saada palvelutarpeensa arvioiduksi että ne palvelut, jotka hänen toimintakykynsä ja voimavarojensa kattava arviointi osoittaa tarpeellisiksi. Apu ja tuki tulee toteuttaa niin, että iäkkäillä ihmisillä on mahdollisuus elää ja asua itsenäisesti, turvallisesti ja mielekkäässä yhteydessä toisten kanssa.

Sääntelyllä on tarkoitus vaikuttaa nykytilannetta korjaten sekä iäkkään henkilön asemaan ja oikeuksiin että laajemmin koko nopeasti ikääntyvään yhteiskuntaan. Yhtäältä kyse on hauraiden ja toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden henkilöiden positiivisesta erityiskohtelusta ja toisaalta ikäyrjinnän estämisestä, ikäystävällisen yhteiskunnan kehittämistä niin, että jokaiselle turvataan oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta.

Ikääntyneitä henkilöitä koskevaa sääntelyä tarkistettaessa ja uusia säännöksiä valmisteltaessa tarkistukset tulisi sosiaalihuoltoa ohjaavien lakien osalta tehdä ainakin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin, sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin sekä yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annettuun lakiin. Lisäksi ikääntyneiden asema on huomioitava valmisteilla olevassa potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevassa lakihankkeessa. Sosiaalihuoltoa ohjaavien lakien lisäksi ikääntyneiden asemaa tulisi vahvistaa myös muiden hallinnonalojen lainsäädännössä.

Ikääntyneitä henkilöitä koskevan sääntelyn tarkistaminen ja uudistaminen muodostaa poikkeuksen sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen toisen kokonaisuuden toteutuksen osalta. Hallitus on luvannut, että luonnos vanhuspalveluista annettavaksi laiksi valmistuu kevääksi 2011. Työryhmä esittää myös, että ikäihmisiä koskevan sääntelyn vahvistamisen lisäksi sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen jatkotyössä arvioitaisiin kattavasti toimintakyvyltään rajoittuneiden henkilöiden oikeuksien toteutumista eri tilanteissa. Huomiota tulisi kiinnittää ainakin toimintakyvyn rajoittuneisuuden syihin, laatuun ja laajuuteen.

Vammaiset henkilöt

Keväällä 2010 julkaistavassa vammaispoliittisessa ohjelmassa (VAMPO) linjataan lähivuosien (2010–2015+) keskeiset vammaispoliittiset toimenpiteet. Vammaispoliittisen ohjelman sisältöalueista keskeisiä sosiaalihuollon lainsäädännön kehittämisen kannalta ovat itsenäiseen elämään sekä yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja osallistumiseen liittyvät toimenpide-ehdotukset. Vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja yhdenvertaisen kohtelun turvaaminen edellyttää kaikille käyttökelpoisten, esteettömien, saavutettavien ja turvallisten palveluiden turvaamista ja kehittämistä. Sen vuoksi yleisten palvelujen esteettömyys, saatavuus ja toimivuus samoin kuin erityispalvelujen saatavuus, tehokas toimeenpano ja laatu maan eri puolilla tulee varmistaa.

Nykyisellään sosiaalihuoltolain palvelut eivät ole kehittyneet sellaisiksi, että ne useinkaan soveltuisivat vammaisille henkilöille. Esimerkiksi kehitysvammaisten henkilöiden palveluita järjestetään etupäässä kehitysvammalain nojalla. Työryhmä katsoo, että lähtökohdana sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa vammaisten henkilöiden näkökulmasta on se, että heidän tarvitsemansa sosiaalipalvelut järjestetään sosiaalihuoltolain mukaisesti ensisijaisesti osana yleistä palvelujärjestelmää.

Vammaispalvelulakia ja kehitysvammalakia ollaan Matti Vanhasen II hallituksen ohjelman mukaisesti yhtenäistämässä yhdeksi vammaisten henkilöiden erityispalveluja koskevaksi laiksi. Vammaispalvelulain 1.9.2009 voimaan tulleen muutoksen jälkeen seuraava vaihe lakien yhdistämisessä on kehitysvammalain palvelujen ja tukitoimien siirtäminen osin yleiseen lainsäädäntöön, esimerkiksi terveydenhuoltolakiin tai muuhun yleiseen lainsäädäntöön ja osin erityislainsäädäntöön eli vammaispalvelulakiin. Toimenpiteen toteuttaminen on

kuitenkin osin riippuvainen kolmannen vaiheen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvistä rajapintakysymyksistä.

Ensisijainen vammaispalvelujen kehittämistarve kohdistuu tilanteisiin, joissa nykyiset vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja tukitoimet eivät ole vammaiselle sopivia ja riittäviä. Palvelujen kehittämistarve liittyy myös lähivuosina etenevään kehitysvammaisten henkilöiden palvelujen rakennemuutokseen, jossa avohuollon piiriin siirtyy laitoksista enenevästi myös vaikeimmin vammaisia henkilöitä.

Työryhmä katsoo, että tämän lisäksi lainsäädännön uudistamisen toisessa vaiheessa on vammaisten henkilöiden asemaan kiinnitettävä erityistä huomiota myös muiden sektori-kohtaisten tarkistusten yhteydessä.

7.3 SOSIAALIHUOLLON RAJAPINNAT

Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuuden uudistamista valmisteleva työryhmä joutuu sovittamaan työtään yhteen eri aikatauluilla etenevien tai vasta vireillä olevien lainsäädäntöuudistuksien kanssa. Lainsäädännön uudistamisen ensimmäisestä ja toisesta vaiheesta kohdistuu vaikutuksia edellä mainittuun rajapintojen sääntelyyn ja toisaalta taas muista säädöksistä ja säädöshankkeista johtuva sääntely ja niiden yhteydessä tehtävät ratkaisut asettavat vaatimuksia ensimmäisen ja toisen vaiheen säädösvalmistelulle.

Sosiaalihuoltolain kannalta keskeisimpiä yhteen sovitettavia vasta vireillä olevia kokonaisuuksia ovat terveydenhuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ohjaavan lainsäädännön valmistelu. Terveydenhuoltolain osalta yhteensovittamista tarvitaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakasryhmiä koskevassa sääntelyssä. Järjestämislain osalta on puolestaan otettava kantaa muun muassa siihen, mitkä säännökset sisällytetään tähän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseen lakiin ja mitkä toisaalta terveydenhuoltolakiin ja sosiaalihuoltolakiin. Uudistamisessa on huomioitava myös vuoden 2012 loppuun voimassa olevat puitelain säännökset ja esimerkiksi niiden pohjalta muodostetut yhteistoiminta-alueet. Lisäksi valmistelutyön rinnalla on käynnissä sote-alue-mallin kokeilu, jonka tuloksia on tarkoitus hyödyntää uudistamistyössä.

Voimassa oleva sosiaalihuollon lainsäädäntö on muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta puitelainsäädäntöä, joka antaa järjestämisvastuussa olevalle kunnalle laajat oikeudet arvioida asukkaidensa palvelutarpeet ja osoittaa palvelujen järjestämiseen tarvittavat resurssit. Valvontaviranomaisille osoitettujen sosiaalihuollon palveluja koskevien kantelujen määrän jatkuvasta kasvusta voidaan päätellä, että kuntalaiset kokevat yhä useammin, etteivät heidän perusoikeutensa toteudu. Valvontaviranomaisten kanteluratkaisuissa toteuttama jälkikäteisvalvonta toimii viiveellä ja asiakkaan kannalta yleensä jo auttamatta liian myöhään. Siksi sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa tulee myös luoda rakenteet, joilla mahdollistetaan järjestelmällinen, yhdenmukainen ja tehokas etukäteisvalvonta.

Sosiaalihuoltolain ja järjestämislain valmistelun yhteydessä niiden rajapintoja on arvioitava myös suhteessa kuntien peruspalvelujen valtiosuudesta – sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta – ja yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annettuihin lakeihin. Järjestämislain valmisteluun liittyvä palvelujen järjestämistä ja rahoitusta koskeva sääntely vaikuttaa myös mahdollisuuteen toteuttaa toisessa vaiheessa suunniteltu vammaispalvelulain ja kehitysvammalain yhdistäminen. Kun nämä asiat on ratkaistu, voidaan vammaispalveluja koskeva uudistus toteuttaa.

Sosiaalihuoltolakia valmisteltaessa on arvioitava asiakkaan oikeuksia koskevien säännösten tarkoituksenmukainen paikka. Nykyään sosiaalihuoltolaki tarpeellisine erityislakeineen ja asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettu laki turvaavat yksilön oikeuksien ja kohtelun toteutumista. Sosiaalihuoltolakia uudistettaessa ja potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevaa lainsäädäntöhanketta valmisteltaessa on arvioitava, vahvistetaanko asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevaa sääntelyä entisestään erillisessä asiakkaan asemasta ja oikeuksia turvaavassa laissa vai tulisiko sääntely sisällyttää vahvaan sosiaalihuoltolakiin.

Sekä palvelujen toteuttamisen että asiakkaiden oikeuksien kannalta on tärkeää varmistaa asiakastietojen riittävä käytettävyys ja siirtyminen eri toimijoiden välillä sekä

asiakastietojärjestelmien yhtenäisyys niin sisällön kuin tekniikan osalta. Tämä edellyttää uudistuksen arviointia suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiakastietojen käsittelystä annettuun lakiin (159/2007) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten tietojärjestelmien sääntelyn uudistamiseen. Samalla on selvitetävä tietosuojaan liittyvät uudistamistarpeet henkilötieto-, asiakas- ja potilaslakien osalta.

Sosiaalihuollon palvelujen ja tukitoimien sisältöä määriteltäessä on kiinnitettävä huomiota tarkoituksenmukaisen palvelujärjestelmän toteutumiseen. Osana tätä kokonaisuutta on tarkistettava sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua lakia siten, etteivät palveluiden määrittelyt ja voimassa oleva asiakasmaksulainsäädäntö johda epätarkoituksenmukaisten palvelumuotojen tarjoamiseen ja valintaan. Samalla on arvioitava myös julkisista hankinnoista annettua lakia (348/2007), jolla on ollut kasvava merkitys sosiaalihuollon toteuttamisessa.

Edellä kuvatun, sosiaali- ja terveydenhuoltoon painottuvan sääntelyn lisäksi uudistuksen tarkoituksenmukaisuutta, toimivuutta ja vaikutuksia on arvioitava suhteessa muiden hallinnonalojen sääntelyyn, kuten esimerkiksi työ- ja elinkeinohallinnon, opetushallinnon, ympäristöhallinnon ja muiden rajapintoihin. Yksilön hyvinvointiin liittyy mm. asumiseen, rakentamiseen, liikkumiseen ja liikenteeseen, koulutukseen, työhön, terveyteen, turvallisuuteen ja kulttuuriin liittyvät ratkaisut.

Sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa on kiinnitettävä siten erityistä huomiota esimerkiksi työ- ja elinkeinohallinnon vastuulla oleviin, sosiaalista tukea tarvitseviin asiakkaisiin sekä opetushallinnon syrjäytymisvaarassa oleviin koulupudokkaisiin. Tällaisilla rajapinnoilla on huomiota kiinnitettävä vastuiden selkiyttämiseen, yhteistyön kehittämiseen ja osaamisen yhdistämiseen. Työryhmä katsoo, että rajapintojen madaltaminen olisi mahdollista esimerkiksi säätämällä kuntalaissa (365/1995) kuntien velvollisuudesta hyvinvointistrategioiden laatimiseen ja niiden toteuttamiseen.

TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA SOSIAALIHUOLLON LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTAMISTYÖRYHMÄN VÄLIRAPORTTIIN

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän työryhmän tehtäväksi on laaja ja perusteellinen. Erityisen positiivista siinä on se, että työryhmä tarkastelee sosiaalihuollon lainsäädäntöä kokonaisuudessaan eikä vain pientä osa-aluetta kerrallaan.

Nyt kuitenkin alkuperäisen toimeksiannon lisäksi on tuotu osaltaan myös työryhmän tehtäväksi vanhuspalveluista annettavan lain valmisteleminen. Tämä valmistelu tapahtuu työryhmän toimeksiantoa kiireellisemmässä aikataulussa. Tämä vaikuttaa työryhmän mahdollisuuksiin tarkastella työssään sosiaalihuollon lainsäädäntöä kokonaisvaltaisesti. Ikääntyneet kun ovat sosiaalihuoltolain perusteella järjestettävien yleisten sosiaalipalvelujen suurin käyttäjäryhmä. Määrittämällä ikääntyneet oman erityislain kautta erityisryhmäksi voidaan kysyä mikä rooli jää jatkossa ns. yleisille sosiaalipalveluille.

Ikääntyneet eivät ole myöskään demokraattisilta vaikutusmahdollisuuksiltaan – niin valtakunnan kuin paikallistasollakaan – heikossa asemassa oleva ryhmä. Tämä on otettava huomioon kun pohditaan sitä, millä ratkaisulla ikääntyneiden asemaa parannetaan.

Mikäli ikääntyneiden palvelut kuitenkin priorisoidaan lainvalmistelussa, on palvelujen toteuttamiseen varattava riittävät resurssit. Palvelujen rahoituksesta on huolehdittava, mikä on erityisen haastavaa nykyisessä taloudellisessa tilanteessa. Toinen kriittinen tekijä ovat työvoimavaltaisissa sosiaalipalveluissa tarvittavat henkilöstöresurssit, jotka ovat lähtökohtaisesti niukkoja eläköitymisen ja työmarkkinoille tulevien aiempaa pienempien ikäluokkien vuoksi.

Jatkossa on otettava huomioon myös palvelujärjestelmän monimuotoistuminen. Kuntien tuottamien palveluiden ohella palvelujen tuotannosta vastaavat myös kolmannen sektorin toimijat ja yksityiset palveluntuottajat. Kunnat eivät myöskään järjestä kaikkia palveluja vaan palveluja ostetaan itse esimerkiksi kotitalousvähennyksen avulla. Erityisesti tämä koskee ns. kevyempiä palveluja kuten esimerkiksi erilaisia tukipalveluja.

Sami Uotinen