

Eduskunnan sosiaali- ja terveystoimikunta 11.2.2021  
Kuultavana johtaja Marja Heikkilä (marja.heikkila@koske.fi)  
Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

**Asia:**

**Hallituksen esitys HE 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä koskevaksi lainsäädännöksi**

Kiitän tilaisuudesta esittää näkemykseni hallituksen esityksestä. Kuulemisen erityisteenä on integraatio, peruspalvelujen vahvistaminen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Lisäksi kommentoin TKKI-toimintaa ja siihen liittyvää romaniasioiden TKI-toimintaa

## **1. Peruspalvelujen vahvistamisen näkökulma uudistukseen**

Tarkastelen asiaa erityisesti sosiaalihuollon ja sen asiakkaan näkökulmasta. Vaikka lainsäädännön taustatyössä sosiaalihuollon näkökulmia on tuotu edellisiä esityksiä vahvemmin esiin, itse lakiesitys on kirjoitettu useassa kohdin vanhoihin pykäläehdotuksiin nojaten. Ehdotuksesta ja sen valtakunnallisesta esittelystä saa vaikutelman, että pohjana on nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne. Tämän vuoksi sosiaalihuollon toiminta ja sen asiakkaiden tarpeet eivät näy varsinkaan järjestämislakiehdotuksessa. Sosiaalihuollon suuret asiakasvolyymit ja -kustannukset antavat aihetta pohtia, tuottaako nykyinen terveyskeskus- keskussairaala – yliopistosairaala -porrastukselle rakennettu malli paremman tuloksen kuin sosiaalihuollon verkostopohjainen monituottajamalli.

Vuonna 2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden toimia peruspalveluja vahvistavalla tavalla ja siirtää resursseja erityispalveluista perustasolle. Näin on jo monissa kunnissa toimittu ja perustettu mm. perhekeskuksia tai muita matalan kynnyksen walk in pisteitä eri asiakasryhmille tai palautettu perheiden kotipalvelu sille kuuluvaan arvoon. Monet näistä toiminnoista ovat yhdessä asiakkaiden ja järjestöjen kanssa kehitettyjä ja juuri siksi oikeaan osuneita ja vaikuttavia.

### **Läheisyysperiaate**

Sote-järjestämislakiesityksen § 4:n mukaan palvelujen lähtökohtana on läheisyysperiaate. Palvelut on tarkoitettu tuottaa yhteensovitettuina palvelukokonaisuuksina, maakunnan väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita, lähipalveluina. *Sosiaalihuollossa läheisyysperiaate on tärkeä: organisoitavasta riippumatta sosiaalihuollon tehtävänä on tukea ihmisiä heidän omissa arkiympäristöissään ja varmistaa tarvittava tuki elämänkaaren eri vaiheisiin.* Sosiaalibarometrissa väestön hyvinvoinnin tilaa kartoittavat kysymykset ovat vuodesta toiseen osoittaneet, että sosiaalityöntekijöiden näkemyksen mukaan asukkaat voivat parhaiten alle 20 000 asukkaan alueilla. Heikoimmat arviot ovat tulleet yli 200 000 asukkaan kaupungeista ja kuntayhtymistä. Alueelliset erot nousivat esiin myös syksyllä 2020 julkaistussa Sosiaalibarometrissa, jossa selvitettiin mm. palvelutarpeisiin vastaamista koronakeväänä. Sosiaalityöntekijöiden mielestä pienemmillä alueilla asiakkaiden palvelutarpeisiin pystyttiin vastaamaan paremmin kuin suuremmilla. *Sosiaalihuollon näkökulmasta riskinä on palveluiden liiallinen keskittäminen.* Lähipalvelut on lainsäädännössä turvattu ainoastaan sote-maakuntien tehtäväksi siirtyvässä opiskelu- ja psykologipalveluissa, jotka olisi lain mukaan tuotettava lähipalveluina kouluissa ja oppilaitoksissa.

Palveluiden keskittämistä suurempiin yksiköihin perustellaan usein työntekijöiden erityisosaamisen kehittymisellä ja kollegiaalisen tuen merkityksellä, mikä on sinänsä tärkeää. Toisaalta sosiaalihuollossa monet erityispalvelutkin on tärkeää niiden vaikuttavuuden kannalta viedä asiakkaiden arkiympäristöihin. *Palveluiden digitalisaation rinnalla tulee kehittää työyhteisöjen sisäisiä etäratkaisuja, jotka mahdollistavat henkilöstön hajauttamisen alueille. Sosiaalihuollon digitalisaation käsittely on esityksessä ylipäänsä vähäistä eikä sosiaalihuollon mobiilipalveluita edes mainita.* Sosiaalihuollon digitalisaatio edistäminen ja asiakkaiden tukeminen digipalvelujen käytössä ovat asioita, joiden tulee näkyä sote-uudistuksen kokonaisuudessa vahvoina panostuksina. Ne on nähtävä investointeina tulevaisuuteen, koska uudistuksella tavoitellaan palveluiden uudistamista ja kustannussäästöjä.

## 2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

### Sosiaalinen hyvinvointi

Sote-järjestämislakiesityksen 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Jo tarkoituspöytäkirjassa olisi tärkeää huomioida, että tässä lainsäädännössä tulisi puhua nimenomaan sosiaalisesta hyvinvoinnista. Sosiaalisten suhteiden merkitys, yhteisöön kuuluminen, vaikutusmahdollisuudet ja yksinäisyyden vähentäminen ovat tunnistettuja niin terveyden sosiaalisia determinantteja kuin yhteiskunnan sosiaalisen laadun tekijöitä. Siksi

*esitän, että kautta sote-järjestämislain käytetään termiä **sosiaalinen** hyvinvointi sopivissa kohdissa.*

Tämä myös helpottaa ja rajaa kuntien ja sote-maakuntien hyvinvointityötä, koska mukaan ei tarvitse ottaa kaikkea mahdollista ja mahdotonta, jota nykyään tarjotaan hyvinvoinnin nimissä. Perusteluna tälle viitataan Jyväskylän yliopiston tutkijoiden vielä julkaisemattomaan artikkeliin<sup>1</sup>, joka on syntynyt Keski-Suomen hyvinvoinnin osaamiskeskittymän KEHO:n piirissä. Sen tulokset kiteytyvät seuraaviin tiivistyksiin:

- ✓ Sosiaaliset tarpeet ovat ihmisen perustarpeita, joita ei voi ohittaa vaarantamatta terveyttä ja hyvinvointia
- ✓ Sosiaalinen hyvinvointi rakentuu ja muovautuu koko elämän ajan yksilön vuorovaikutuksessa ryhmänsä, yhteisöjensä ja yhteiskunnan kanssa
- ✓ Sosiaalisen hyvinvoinnin keskiössä on ihmiselämän merkityksellisyys sekä ihminen yhteisössään
- ✓ Sosiaalista hyvinvointia tulee tarkastella monitasoisesti eikä vain yksilön ominaisuutena
- ✓ Pandemia-aika tuo näkyväksi, että sosiaalisen hyvinvoinnin kysymykset on nostettava keskiöön myös sote-palveluita järjestettäessä.

---

<sup>1</sup> Sosiaalinen hyvinvointi turvaa terveyttä. Julkaisematon käsikirjoitus. Päivi Fadjukoff, Sakari Kainulainen, Jari Pirhonen, Terhi Saaranen, Heli Valokivi ja Anneli Vauhkonen

### **Rakenteellinen sosiaalityö sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisenä**

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on sote-järjestämislakiesityksen § 6 mukaan jäämässä kuntien tehtäväksi, mutta samalla se kuuluisi myös hyvinvointialueiden toimintaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä hyvinvointialueilla säädetään sote-järjestämislakiehdotuksen § 7:ssä.

Yhteisöllistä sosiaalityötä ja ehkäisevän työn muotoja ei voi siirtää pois peruskunnissa tehtävän työn yhteydestä. Olennaista on ymmärtää, että hyvinvointi ei synny palveluissa vaan ihmisten arjessa. Mitä paremmat sosiaalisen hyvinvoinnin edellytykset yhteisö tarjoaa, sitä vähemmän tarvitaan varsinaisia palveluja. Tutkimuksin on osoitettu, että sosiaaliset tekijät vaikuttavat merkittävästi myös terveyteen ja sairastavuuteen. Sosiaalisessa hyvinvoinnissa keskeisiä ovat osallisuuden, toimintamahdollisuuksien ja ihmisarvoisen elämän kysymykset. Sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on muun muassa yhteisö- ja rakenteellista sosiaalityötä. Tässä työssä sosiaalityöntekijöillä ja muilla sosiaalialan ammattilaisilla on keskeinen rooli.

Esityksessä on kuvattu rakenteellisen sosiaalityön roolia osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, mutta epäselväksi jää, mikä olisi rakenteellisen sosiaalityön paikka ja asema maakunnan sote-organisaatiossa. Hyvinvointialueen velvoite rakenteellisen sosiaalityön hyödyntämisestä tulisi viedä perusteluista pykälätasolle, jotta siitä tulisi aito keino ehkäisevän ja edistävän strategisen toiminnan ja palveluiden kehittämiseen.

*Esitän, että hyvinvointialue tulisi velvoittaa sisällyttämään **rakenteellisen sosiaalityön** toteuttamisen malli hyvinvointialuestrategiaan (Lakiehdotus hyvinvointialueesta § 41 Hyvinvointialuestrategia). Rakenteellisen sosiaalityön avulla suoraan asiakasrajapinnasta tuotettavaa tietoa voidaan hyödyntää myös alueellisen hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadinnassa.*

### **3. Integraatio**

Kuten edellä olen todennut sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja perustason vahvistaminen edellyttävät ihmisten sosiaalisten tarpeiden syvällistä ymmärtämistä ja yhteisöjen toiminnan ja vuorovaikutuksen tuntemusta. Sosiaalialan ammattilaiset eivät tietenkään voi tehdä työtään yksin, vaan tarvitsevat tukeen muiden ammattilaisten tukea ja osaamista ja päinvastoin. Integraatiota on haettu ja kehitetty vuosikymmenet mutta sote-integraatiota tukevaa kokonaislainsäädäntöä ei ole onnistuttu kirjoittamaan. Kyseessä olevan lakiehdotuksen ns. integraatiopykälä on (luultavasti) § 10 *Asiakkaan palvelujen yhteensovittaminen*, joka on perintönä valinnanvapauslainsäädännöstä. Se on epäselvä ja tulkinnanvarainen ja jättää paljon mahdollisuuksia asiakkaiden arkisille väliinpuotoamiselle, pallottelulle ja palvelupolkujen katkeamiselle. Onko riittävää, että integraatiotarpeesta säädetään vain hyvinvointialueetasolla

*Esitän, että integraatiosta tulisi säätää myös konkreettisemmin: Mitä sote-integraatio on esimerkiksi sote-keskuksessa? Miten integraatio turvataan hyvinvointialueen toiminnassa?*

Kuvaan tätä tarvetta esimerkein: Nyt (jälleen) kehitteillä olevat tiimimallit sote-keskuksissa saattavat tuoda käytännön ratkaisuja, koska julkisen järjestäjän sote-keskus antaa mahdollisuuden tuoda myös sosiaaliohjaus ja -työ sote-keskukseen. Näin turvattaisiin mahdollisuus sujuvaan palvelupolkuun myös niille asiakkaille, jotka tarvitsevat muutakin apua sote-keskuksesta kuin lääkärin tai hoitajan vastaanottoa. Tätä kehitystyötä tehdään hajanaisesti ja eri tavoin eri puolilla maata. Turvaako se yhdenvertaiset ja yhteentoimivat sote-palvelut kansalaisille?

Lisäksi edellytetään tietohallinnon integraatiota. Yhteisten asiakasrekisterien muodostaminen turvaisi niiden asiakkaiden ja perheiden tilanteen, jotka tarvitsevat sekä sosiaali- että terveydenhuollon tukea. Tähän työhön tarvitaan vielä paljon resursseja ja ahkeraa työskentelyä.

Eräänä esimerkkinä integraatiotarpeesta on noussut Korona-ajan työskentely. Varsinkin alkuvaiheessa keväällä 2020 vaikutti siltä, että vastuussa oleva erikoissairaanhoito oli unohtamassa erityisen haavoittuvassa asemassa olevat väestöryhmät, kuten hoivakotien vanhukset, vammaiset ja mielenterveyskuntoutajat. Lisäksi sosiaalihuollon kotiin annettavien palvelujen asiakkaat, joita on kaikissa väestöryhmissä, uhkasivat jäädä paitsioon. Tämä kertoo siitä, kuinka kaukana tosiasiallisesti erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon toimijat arjessa toisistaan ovat, vaikka hoitoketjuja rakennetaan kotoa kotiin!

#### **4. Tutkimus-, koulutus- ja kehittämis- ja innovaatiotoiminta**

Sote-järjestämislakiesityksen §§ 32,33 ja 35 antavat vain viitteitä TKKI-toiminnan järjestämisestä sekä hyvinvointialueen että YTA-alueen tasolla. TKKI-rakenteista luvataan säätää myöhemmin erikseen, mutta näiden tulisi olla kiinteä osa valmisteltavaa sote-kokonaisuutta, sillä tutkimustiedon ja osaamisen vahvalla perustalla on keskeinen merkitys sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuudessa ja kehittämisessä. Lainsäädäntöön tulisi saada selkeä tutkimus- ja kehittämisvelvoite hyvinvointialueille ja hyvinvointialueiden yhteistyöalueille. Hyvinvointialueiden toiminnassa ja niiden välisessä yhteistyössä olisi tärkeää tunnistaa niissä jo kehittyneet rakenteet, kuten sosiaalialan osaamiskeskukset, perusterveydenhuollon yksiköt sekä toimivat ekosysteemi- tai kumppanuusmallit.

##### **Sosiaalialan osaamiskeskukset ja TKKI-toiminnan järjestäminen**

Sosiaalialan osaamiskeskukset (Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001) ovat palvelleet lähes 20 vuotta kuntien sosiaalihuollon kehittämistyötä palvelujen, asiakastyön ja sen osaamisen ja tietoperustan kehittämisessä. Ne ovat toimineet sote-uudistuksen ja hallituksen kärkihankkeiden valmistelun ja toimeenpanon tukena sekä välittäneet vastavuoroisesti tietoa paikallisen, alueellisen ja kansallisen kehittämistoiminnan vuorovaikutuksessa. Osaamiskeskukset ovat toimineet yhteistyössä sairaanhoitopiiriin ja niiden perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa. Jatkossa tulee päästä yhdessä tekemisen toimintakulttuuriin, jolla varmistetaan hyvinvointialueiden tavoitteiden saavuttaminen. Kehittämisen rakenteiden osalta tulee selkiyttää sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan ja perusterveydenhuollon kehittämis-toiminnan sääntely ja siihen liittyvä resursointi hyvinvointialueella.

Yliopistotasoinen sosiaalityön tutkimus on päässyt valtion tutkimusrahoitusjärjestelmän piiriin, kun 1.9.2020 tuli voimaan tätä koskeva sosiaalihuoltolain muutos. On välttämätöntä, että sosiaalihuollon tutkimustoimintaa vahvistetaan edelleen, kun sote-uudistus toteutetaan ja palvelurakenteita sekä työmenetelmiä kehitetään. Nykyisten käytäntöjen jatkaminen ei mahdollista sosiaali- ja terveydenhuollon tasaveroista kehittämistä. Tämä on ymmärretty myös lainsäädännön taustatöissä. Sosiaaliala tarvitsee toimintansa laadun varmistamiseksi mm. tutkimukseen perustuvia vaikuttavia menetelmiä. Tässä asiassa sosiaalihuolto on monin tavoin erilaisessa asemassa verrattuna terveydenhuoltoon, jolla on vakiintunut rahoitusjärjestelmä sekä tutkimukseen että koulutukseen. Lisäksi yliopistolliset sairaalat mahdollistavat tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen saumattoman yhteyden.

Sosiaalihuollossa on jo osaamiskeskusrakenne, joka yhdistää tutkimusta, koulutusta, kehittämistä ja innovaatioita mutta se ei ole valtakunnallisesti yhtenäinen ja sen rahoitus on vaatimaton. Osaamiskeskuk-

set ovat luoneet hyvät verkostot, osoittautuneet joustaviksi, ketteriksi ja kustannustehokkaiksi. Mutta osaksi niiden tulevaa toimintaa tulisi organisoida mm. sellaisia käytännön palveluyksiköitä, joille oman palvelutoiminnan ohella annetaan pysyväksi tehtäväksi uusien käytäntöjen kokeilu, testaus ja kehittäminen todellisissa palveluolosuhteissa. Näin sosiaalialan kokeilu- ja testaustoiminnalle voitaisiin luoda osaksi kehittämisrakennetta pysyvät ympäristöt arviointi- ja kehittämisosaamisen lisäämiseksi. Näissä uusissa hyvinvointialue/YTA-alueen tasoissa yksiköissä voisi olla myös kaksoisvirkoja.

### **Painopisteen siirto ennaltaehkäisevään ja perustason TKKI-toimintaan YTA-alueella**

Uudistuksen tavoite on siirtää painopistettä erikoissairaanhoidosta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, perusterveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon sekä hyvään sote-integraatioon. Se edellyttää aiempaa laajempaa ja monialaista otetta. Hyvinvointialueet ovat liian pieniä kantamaan laajempaa vastuuta esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien, rakenteellisen työn ja vaativien erikoispalveluiden kehittämisestä. Siksi moniin kehittämistarpeisiin tarvitaan ns. laajemmat hartiat alueellisena yhteistyönä.

Tavoitteen mukaisen painopisteen siirron kanssa on ristiriitaista, että viisi yhteistyöaluetta on nyt vahvasti suunniteltu erikoissairaanhoidon tarpeisiin rakennetun yliopistollisen keskussairaalarakenteen mukaan. *Olisi tarpeen tunnistaa ja hyödyntää koko se monialainen asiantuntemus ja osaajien kenttä, joka tässä yhteisessä työssä tarvitaan.*

Tästä syystä esitän, että: ”Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue” tulisi korvata *sote-uudistuksen sisältöä ja tarkoitusta paremmin kuvaavalla termillä kuten ”hyvinvointialue, jossa sijaitsee sote-alan tutkimusta ja koulutusta tuottava yliopisto”.*

Yliopistollisen erikoissairaanhoidon varaan ja näkökulmasta rakentuvassa järjestelmässä on vaarana, että hyvinvoinnin ylläpitämisen, sosiaalihuollon kehittämisen, koulutuksen, tutkimuksen sekä erityispalveluiden tarpeet jäävät huomioimatta tai vaille riittävää painoarvoa. Myös sosiaalihuollon alueelle tarvitaan rakennetta, jonka avulla voidaan kehittää yhteistä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisosaamiseen perustuvaa yhteistoimintaa, -kehittämistä ja -tutkimusta esimerkiksi OT-keskusten (osaamis- ja tukikeskus) suunnittelutyön avulla. Samoin psykoterapiatyö ja monialaisen kuntoutuksen kehittäminen vaativat nykyistä vahvempia rakenteita.

Sote-alan tutkimusyhteistyötä YTA-alueella ei tulisi rajata yliopistosairaalamaakuntien tehtäväksi eikä kytkeä sitä näin vahvasti pelkästään lääketieteeseen ja erikoissairaanhoidon. Sen sijaan tulisi tunnistaa eri yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja maakuntien vahvuuksia niiden laajaan tiede- ja osaamisvalikoimaan. Erityisen tärkeää on suunnata tulevaan ja siirtyä pois lyhytjänteisestä pahoinvoinnin poistamisesta ja siihen sitoutuvasta kehittämisestä ja siirtyä vaikuttavampaan ennaltaehkäisevään ja kestävään kehittämis- & tutkimustyöhön.

## **5. Romaniasioiden TKI-toiminta**

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Koske on toiminnassa monin tavoin yhteistyössä mm. Jyväskylän kaupungin, Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja romanijärjestöjen kanssa pitänyt esillä romaniasioita ja toteuttanut mm. STM:n toimeksiannosta selvityksen Romaniasioiden tutkimus- ja kehitystoiminta sote-uudistuksessa <http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2018/08/ROMKE->

[selvitys Raportteja 44.pdf](#) Raportin laatija, VTT Päivi Gynther teki 10 toimenpide-ehdotusta, joista 1. kuului:

”Luodaan sote- ja maakuntauudistuksen siltausjakson ylittävä, määräaikainen kansallinen koordinaatioyksikkö romaniväestön sosiaali- ja terveystalouden kehittämistarpeiden tunnistamiseksi ja romanien sosiaalisen osallisuuden edistämiseksi hyvinvointitaloudessa. Koordinaatioyksiköstä käytetään lyhennettä ROMKE.

Perusteluna esitetään, että romanit perustuslaissa tunnustettuna, ei-alueellisena vähemmistönä tulee huomioida sosiaalialan osaamiskeskus-toimintaan liittyviä, valtakunnallista väestöpohjaa edellyttäviä erityistehtäviä määriteltäessä (L 1230/2001 3 § 2 mom.). ”

Esitän että, romanierityistehtävä voitaisiin ehdottaa liitettäväksi järjestämislakiehdotuksen § 33:een *Ruotsinkielisten ja saamenkielisten palveluiden kehittämisen tukeminen*

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen tehtävänä on tukea ruotsinkielisten palvelujen kehittämistä koko maassa. Lapin sote-maakunnan tehtävänä on tukea saamenkielisten palvelujen kehittämistä koko maassa. *Lisäys: Keski-Suomen hyvinvointialueen tehtävänä on romaniväestön sote-palvelujen kehittäminen.*

Marja Heikkilä  
Johtaja  
Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus