



Huoltaja-säätiö

SOTE-uudistus

– kipupisteitä ja uusia avauksia
sosiaalihuollolle

toim. Ulla Salonen-Soulié

Huoltaja-säätiön X Bruno Sarlin -seminaari 20.11.2014

Huoltaja-säätiön X Bruno Sarlin -seminaari 20.11.2014

SOTE-uudistus

– kipupisteitä ja uusia avauksia
sosiaalihuollolle

toim. Ulla Salonen-Soulié

SISÄLLYS

<i>Ulla Salonen-Soulié</i> Alkusanat	3
<i>Reijo Väärälä</i> Sote-ratkaisun päätöksenteko – mikä rooli kaupunkikeskuksille ja sosiaalihuollolle?	4
<i>Sakari Möttönen</i> Kuntien, kuntalaisten ja järjestöjen roolit uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä	8
<i>Juhani Lehto</i> Valtiojohtoisin terveydenhuollon maksikuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihoito?	15
<i>Mirja Satka</i> Sosiaalihuollon tutkimuksen, sosiaalityön koulutuksen ja sosiaalipalvelujen kehittämisen yhteiset suuret kysymykset	23
<i>Harri Jokiranta</i> Loppusanat: Millainen on kunnallisen sosiaalipolitiikan tulevaisuus?	29

Alkusanat

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus on tarpeellinen, mutta se sisältää paljon epävarmuutta, uhkakuvia – ja mahdollisuuksia. Jos laajemmalla sote-alueiden järjestämisvastaulla taataan tulevaisuuden taloudellinen pohja, antaa rakenneuudistus mahdollisuuksia myös toiminnan uudistamiseen. Uudistuksen valmistelu on kuitenkin edennyt vahvasti erikoissairaanhoidon orientaatiosta ja sen liittymisestä perusterveydenhuoltoon, jolloin sosiaalihuollon ominaislaatu on jäänyt vähemmälle huomiolle.

Sosiaalihuollon väki on jo pitkään nähnyt kehityksen kulkevan terveydenhuoltopainotteisesti ja nyt myös monien kaupunkien johto tuntee olonsa tukalaksi. Valta on siirtymässä suuremmille sote-alueille ja tuotantoalueille, jolloin kuntien tuleva rooli mietityttää: kuka saa tuottaa, mitä ja kenen kanssa?

Puhutaan vuosisadan uudistuksesta ja korostetaan sen ainutlaatuisuutta. Kuitenkin laajasta sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioajattelusta ollaan siirtymässä lähinnä hallinnon integraatioon, vaikka uudistuksen keskiössä sanotaan olevan kuntalaisen, asiakkaan.

Olemmeko valmiita muuttamaan toimintatapojamme siten, että kuntalainen, asukas, asiakas tulee kuulluksi – ja pääsee todella vaikuttamaan? Ja millaisiksi muodostuvat edellytykset kunnan kokonaisrakenteeseen kiinnittyvään edistävään ja ehkäisevään toimintaan?

Millaiselle tietopohjalle, tutkimukselle ja kehittämistyölle nyt onkaan tilaus! Sosiaalihuollon on pystyttävä yhdessä terveydenhuollon kanssa lunastamaan lupaus yhdenvertaisista, kokonaisvaltaisista ja vaikuttavista palveluista – ja vähentämään palveluntarvetta.

Huoltaja-säätiö toimii pitkäjänteisesti sosiaalihuollon aseman ja sen tieto- ja osaamis pohjan vahvistamiseksi. X Bruno Sarlin- seminaarissa 2014 haluttiin jatkaa edellisten vuosien keskustelua kunnallisesta sosiaalipolitiikasta – tällä kertaa SOTE-uudistuksen ja esitetyn sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain näkökulmasta.

2. helmikuuta 2015

Ulla Salonen-Soulié

Huoltaja-säätiön toiminnanjohtaja

DOSENTTI REIJO VÄÄRÄLÄ

Sote-ratkaisun päätöksenteko – mikä rooli kaupunkikeskuksille ja sosiaalihuollolle?

Tätä tekstiä kirjoitettaessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva lakiesitys on eduskunnan käsittelyssä. Siten lain lopullinen muoto on vielä varmistumatta. Arvioin tässä koko sote-suunnittelun ja päätöksenteon joitakin näkökohtia erityisesti poliittisen päätöksenteon kannalta.

Sote-uudistus on koko yhteiskunnan kannalta hyvin merkittävä ja laaja. Se koskettaa kaikkien ihmisten arkipäivää joissakin elämän vaiheissa. Se kattaa paikallisesta kuntien päätöksenteosta jopa yli puolet. Sen taloudellinen merkitys koko yhteiskunnan kannalta on mittava. Sosiaali- ja terveydenhuolto työllistää yli 200 000 työntekijää. Kysymys on myös merkittävästä vallankäytön foorumista. Tähän liittyvät myös ideologiset kamppailut siitä, missä määrin sote rakentuu julkisen tai yksityisen palvelun varaan.

Julkisessa keskustelussa hämärtyy usein ilmiön historiallinen kehitys. Sote liitetään helposti vain pääministeri *Jyrki Kataisen* hallituksen kauteen vaikka koko prosessi on alkanut jo viime vuosisadan lopussa. Kyse on tietysti myös siitä, mitkä asiat mielletään liittyväksi osaksi soten kehitystä. On syytä kuitenkin muistuttaa joistakin tärkeistä hankkeista, jotka loivat pohjaa nykyiselle keskustelulle ja päätöksenteolle. 90-luvun lamavuosien jälkeen sosiaalihuollon sektorilla käynnistettiin monia hankkeita, joilla rakennettiin uutta pohjaa koko sosiaalihuollon kehittämiseksi. Verkostoituvat erityispalvelut -hanke vuosina 1997–2003 ja Sosiaalialan kehittämishanke vuosina 2003–2007 loivat pohjaa koko sosiaalialan kehittämiseksi. Sosiaalialan osaamiskeskukset olivat olennainen osa alan kehitystyön käynnistämistä ja juurruttamisesta omalla alueellaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma, Tato ja myöhemmin Kaste-ohjelma jatkoivat aloitettua kehittämistyötä.

Terveydenhuollon rakenteen kehittämistyön juuret poikkeavat hiukan sosiaalihuollon kehityksestä. Pääministeri *Paavo Lipposen* hallituksen aikana käynnistetyt, 2001–2007 toteutetun kansallisen terveyshankkeen piti olla se mittava kehittämisspionnistus, jolla terveydenhuolto pannaan kuntoon. Hankkeen ympärillä käytiin laajaa keskustelua terveydenhuollon kriisistä. Vertailukohdina pidettiin mm. Britannian NHS:n pulmia. Kehittämisen haasteet osoittautuivat kuitenkin ennakoitua mittavammaksi. Sosiaali- ja terveydenhuolto näytti kiinnittyvän yhä enemmän myös alkavaan keskusteluun kuntarakenteesta. Ulkopuolella hallitusohjelman pääministeri *Matti Vanhasen* hallitus käynnisti vuonna 2005 kunta- ja palvelurakennehankkeen eli ns. Paras-hankkeen, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto liitettiin osaksi kuntarakennemuutosta.

Sote-hankkeen juuria arvioitaessa on syytä nostaa esiin myös terveydenhuoltolain uudistus, jonka alustavat päätökset tehtiin jo 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puolivälissä. Myöhemmin tehtiin päätökset myös sosiaalihuoltolain uudistuksesta. Monia muita merkittäviä lain uudistamisen prosesseja on jäänyt sote-uudistuksen varjoon, vaikka niillä on suuri merkitys koko alan kehitykselle. Mainittakoon mm. vammaislakien uudistukset, päivähoidon hallinnollinen siirto ja varhaiskasvatuslain valmistelu, vanhuspalvelulain kehittäminen, lastensuojelulain uudistukset jne. Ei sovi unohtaa myöskään sitä, että ns. Kainuun hallintokokeilussa ja Kymenlaakson Eksote-kehittämistyössä saadut kokemukset vaikuttivat sote-keskusteluun.

Sote-uudistus poliittisena prosessina

Sote-uudistus on saanut poikkeuksellisen paljon julkisuutta. Voisi jopa väittää, että tapa jolla poliitikot ovat prosessia johtaneet on jossakin määrin tärvänyt koko poliittisen johtajuuden mainetta. Sote-prosessi kuvastaa poliittisen kentän muutoksia ja ennen kaikkea politiikan toimintatavan muutoksia. Tähän on varmaan monia syitä. Poliittisissa liikkeissä on meneillään sukupolvenvaihdos, minkä seurauksena juuri millään poliittisella liikkeellä ei ole johtajia, joilla olisi ”valtiomiesmäistä” kokemusta ja näkemystä. Poliitiikan tekotapa nostaa pintaan julkisuuden päiväperhosia, joiden taidot osoittautuvat tiukan paikan tullen köykäiseksi. Uudessa poliittisessa kulttuurissa medialla on entistä merkittävämpi rooli. Hallitusohjelman ohella media määrittää omalla toiminnallaan myös sen, mitkä asiat nousevat poliittiselle agendalle.

Tämä valtiomiestaitojen puute näyttää sekoittavan myös poliittisen päätöksenteon ja virkamiesvalmistelun suhteet. Normaali asiantuntijavalmistelu on alistettu päivänpoliittisille kamppailuille, mikä näkyi mm. juuri sote-valmistelun yhteydessä. Huipputason asiantuntijoiden pyrkimykset vakavaan valmisteluun törmäsivät useamman kerran tempoilevaan päivänpolitiikkaan. Vaikka perinteiseen komiteavalmisteluun on tuskin enää paluuta, on syytä kuitenkin muistuttaa siitä, että parhaimmillaan komiteavalmistelu jäseniä oikealla tavalla asiantuntijavalmistelun ja poliittisen päätöksenteon suhteet.

Sote-hankkeen poliittisten prosessien huolellinen arviointi olisi tärkeää. Kiinnostavaa olisi myös arvioida, miksi kuntauudistus lopulta irrotettiin prosessista ja miksi lähdettiin tielle, jolla todellisuudessa monet kunnat pannaan polvilleen kun olennainen osa niiden päätöksenteosta siirretään sote-alueelle ja tuotantoalueelle. Eräs selitys voisi löytyä arvioitaessa sitä, miten poliittinen valta jakautuu erityyppisissä kunnissa. Vuoden 2012 kuntavaalien tulosten perusteella keskusta ja perussuomalaiset saivat valtuustopaikoista yhteensä 4 274 kun kaikkiaan paikkoja oli jaossa 9674. SDP:llä ja kokoomuksella paikkoja oli molemmilla hiukan yli 1 700. Voidaan olettaa, että keskustan ja perussuomalaisten valta paikallistasolla perustuu nimenomaan pieniin kuntiin. Poliittinen järki varmaankin kertoo, että on parempi luopua tavoittelemasta vahvoja peruskuntia, kun opposition voima näyttää perustuvan politiikkaan, joka puolustaa kunnallista itsehallintoa ja sitä kautta pienten kuntien olemassaoloa.

Soten toteutus

Sote-uudistuksen perusvalinnat on tehty ja eduskunta ratkaisee lähiaikoina järjestämislain sisällön. Vastassa voi kuitenkin olla monenlaisia uusia pulmia, jotka edellyttävät muokkausta ja uudelleenarviointeja. Eräs tärkeä seikka, jota hankkeen aikana ei ole kovin paljon arvioitu, liittyy kaupunkikeskusten rooliin tulevissa rakenteissa.

Poliitikoilta on ilmeisesti jäänyt huomaamatta, että yli 78 % väestöstä asuu jo kaupungeissa. Kuten *Sami Moisio* on väitöskirjassaan vuodelta 2012 todennut, kilpailuvaltion kehitys näyttää synnyttävän 5–7 suurta kaupunkikeskittymää, joiden merkitys oman suuralueen veturina korostuu entisestään. Sen lisäksi meillä on laskentatavasta riippuen noin 20 maakunnallista kaupunkikeskittymää. Tosiasiassa kaupungit toimivat joka tapauksessa monilta osin alueensa

taloudellisena veturina ja lisäksi monilta osin myös keskeisten palvelujen organisoinnina. Toisaalta monet sosiaali- ja terveydenhuollon tulevat haasteet ovat niin mittavia, että on kohtuutonta olettaa, että pienet maaseutukunnat selviäisivät niistä. Sama tilanne koskee myös maankäyttöä, asumista, liikennettä, koulutusta ja opetusta sekä kulttuuripalveluja.

Kaupungeja ympäröivät maaseutukunnat ovat joka tapauksessa yhä riippuvaisempia kaupunkikeskuksista. Riippuvuus ei ole yksipuolista, vaan monessa suhteessa keskinäistä. *Timo Aron* selvitysten mukaan kaupunkien ja ympäröivien maaseutukuntien välillä kulkevat myös merkittävät rahavirrat ja usein on niin, että kaupunki tosiasiasa vastaa jo monista alueen keskeisistä hankkeista, palveluista jne. Voisi myös arvioida, että tämän muodostuneen kaupunkirakenteen ohi rakennettavat alueelliset rakenteet vaikuttavat keinotekoisilta ja saavat vaikeuttaa kaupungin kehitystä.

Olisi ollut luontevaa todeta, että sote-uudistus toteutetaan ottaen huomioon muodostuneiden kaupunkikeskusten alueellinen rooli. Tämä olisi merkinnyt sitä, että kullakin alueella palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuu perustuisi vahvoihin peruskuntiin, joita ovat alueen kaupungit.

Poliittinen keskustelu luonnollisesti tyrmää mahdollisuudet nojautua kaupunkien kasvavaan rooliin. Jonkinlainen takaportti tähän kuitenkin sisältyy ehdotetussa laissa siltä osin, että laki mahdollistaa myös ns. isäntäkuntamallin. Tämä riippuu tietysti alueen päättäjien ratkaisuista. Pienten kuntien puolesta puhuu kysymys paikallisdemokratiasta. Perustuslain 121 §:n 1 momentin mukaan paikallishallinto perustuu kunnan asukkaiden itsehallintoon (ei siis kunnan itsehallintoon). Tämä on tärkeä lähtökohta. Pienen kunnan voimavarat saattavat kuitenkin olla niin heikot, että se ei kykene toteuttamaan perustuslain takaamien kuntalaisten perusoikeuksien toteuttamista. Kumpi näkökohta on silloin tärkeämpi. Tätä joutuvat pohtimaan myös kansanedustajat.

Demokratiavaje on joka tapauksessa akuutti kysymys paikallis- ja aluetasolla. Kysymys ei voi jäädä vain keskusteluksi pienten kuntien asemasta. Kansalaisten osallisuuden ja osallistumisen muotoja on tarkasteltava laajemmista lähtökohdista. Tällöin esille nousevat suorat vaikutuskanavat, kylä- ja kaupunginosavaltuustot, sähköiset kanavat jne. Kyse on myös siitä, millä tavalla palveluprosessien sisään rakennetaan kansalaisten ja asiakkaiden vaikutuskanavia.

Sosiaalihuollon asema sote-uudistuksessa

Koko prosessin ajan on toistuvasti noussut esille sosiaalihuollon heikko asema keskustelussa. Julkinen keskustelu on tosiasiasa perustunut lähes kokonaan terveystalouden ympärille. Eri tahojen paneelikeskusteluissa ovat useimmiten esiintyneet lääkärit. Näyttää siltä, että poliitikot ja julkisuudessa esiintyvät asiantuntijat sekä median edustajat eivät tiedä mitä sosiaalihuollon kokonaisuus pitää sisällään. Tämä keskustelun yksipuolisuus on vaarallista myös siinä mielessä, että se luo mielikuvaa myös tulevien rakenteiden sisällöstä. On selvää, että koko prosessin ajan käydään kamppailua myös professioiden vallasta. Tässä suhteessa lääkärikunnalla on vahva asema. Lääkäriprofessionilla on vahvat verkostot ja valmiiksi vahvat asemat kaikilla hallinnon tasoilla. Sosiaalihuollon ammattilaiset eivät muodosta yhtä selkeää kokonaisuutta ja vallankäytön muotoa. Ala on rakenteeltaan diffuusimpi ja pitää sisällään korkeintaan semiprofessioita, joilla ei ole valmiiksi asemia hallinnossa.

Sosiaalihuollon asema on ongelmallinen ei vain professioiden vallan kannalta, vaan myös toiminnan ydinsisällön kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiovaatimusta on pidetty itsestään selvänä. Hyvin harvoin nostetaan esiin kysymys siitä, millaisille argumenteille vaatimus perustuu? Väitteeni on, että integraatiopuhe perustuu nimenomaan hallinnolliselle perinteelle ja tarpeille. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintojen tarkastelu ja yhteisten toiminta-alueiden tarkastelu on ollut melko vähäistä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyöalueita konkreettisesti asiakastyössä on olemassa mm. vanhusten pitkäaikaishoivassa, päihdehuollossa, lasten

ja perheiden palveluissa ja vammaispalveluissa. Aivan samalla tavalla sosiaalihuollolla on tärkeitä yhteistoimintasuhteita mm. asumisessa, työvoimapalveluissa, nuorisotyössä, liikunnassa, opetuksessa ja koulutuksessa, kulttuuripalveluissa, liikenteessä jne.

Suomalainen ratkaisu kytkeä sosiaalihuolto tiiviimmin terveydenhuollon kylkeen on omaperäinen. Yhtälailla muiden maiden ratkaisut kytkeä sosiaalihuolto lähemmäksi opetusta, työvoimakysymyksiä tms. on perusteltavissa. Sote-prosessin yhteydessä on varoiteltu siitä, että vahva kytkös terveyspalveluihin liittyy sosiaalihuollon kehittyvät alueet terveyspalveluiden apuriksi ja muu osa näivettyy paikalliseksi köyhäinhoidoksi.

Pelko sosiaalihuollon tulevasta asemasta ei ole vain professiotaistelua. Kysymys on sosiaalihuollon kehittämisen suunnasta. Ne pyrkimykset, mitkä ohjasivat sekä verkostoituvat erityispalveluhanketta että sosiaalihuollon kehittämishanketta ja jotka myöhemmin pyrittiin saamaan mukaan sosiaalihuoltolakiin, ovat edelleen kestäviä. Ne asettivat tavoitteeksi sen, että sosiaalihuollon tulee rakentaa omalta osaltaan paremmat yhteydet sellaisiin paikallisiin ja alueellisiin toimintoihin, mitkä synnyttävät palvelutarpeita ja joilla alueilla muodostuu yhteistä asiakkuutta. Tällöin on tärkeitä, että sosiaalihuolto on mukana paitsi terveydenhuollon myös maankäytön, asumisen ja liikenteen sekä elinkeinopolitiikan kysymyksissä, opetuksen ja kulttuurin kysymyksissä, työvoimapalveluissa sekä nuorisopolitiikan kysymyksissä.

Ehdotettu sote-rakenne on poliittinen kompromissi. Se synnyttää palvelurakenteeseen uusia tasoja, jotka toivon mukaan mahdollistavat laajemmat hartiat vastata palveluista. Sosiaalihuollon kannalta tärkeä kysymys on se, missä määrin terveydenhuoltointegraatio tulee hallitsevaksi ja missä määrin sosiaalihuollon eri toiminnot kykenevät rakentamaan tiiviit yhteydet myös muihin, kunnan perustoiminnoiksi jääviin toimintoihin. Sosiaalihuollon erityispalveluille uusi rakenne voi tarjota paremmat toimintaedellytykset, mutta sosiaalihuollon peruspalveluissa on uhkana irrallisuus kunnan muista perustoiminnoista. Näyttää siltä, että näiden verkostoituvien yhteyksien huolehtimisessa erityinen vastuu kasautuu tulevaisuuden rakenteissa palvelujen tuottamisvastuussa olevien harteille. ●

DOSENTTI SAKARI MÖTTÖNEN

Kuntien, kuntalaisten ja järjestöjen roolit uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on tehty usealla hallituskaudella. Keväällä 2014 suurten puolueiden puheenjohtajat sopivat uudistuksen pääsisällöstä. Tähän sopimukseen perusten hallitus antoi joulukuun alussa 2014 lakiesityksen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 4.12.2014). Lailla uudistetaan koko Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Tässä artikkelissa kuvaan uudistuksen pääpiirteitä sekä sitä, minkälaisia muutoksia laki aiheuttaa kuntien, kuntalaisten ja järjestöjen asemaan.

Uudistuksen tavoitteita

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä luotiin hyvinvointivaltion rakentamisvaiheessa. Järjestelmä on perustunut siihen, että valtio määrää sen, minkälaisia palveluja kansalaiset ovat oikeutettuja saamaan. Kunnat vastaavat palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Valtion- osuuslainsäädännöllä 1990-luvun alkupuolella valtion ohjausta vähennettiin ja päätösvaltaa ja vastuuta siirrettiin kunnille, mutta järjestelmän perusrakenteeseen ei tehty muutoksia.

Valtion ja kuntien suhteet ja työnjako on ollut pitkään suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää koskeneessa keskustelussa kiistoja herättävä aihe. Ennen valtiosuuslainsäädännön uudistusta kunnat kritisoivat valtion tiukkaa ohjausta. Uudistuksen jälkeen valtionhallinnossa on valitettu, että valtiolla ei ole mahdollisuutta ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Sote-uudistusta ovat sävyttäneet valtion ja kuntien erilaiset näkemykset ja tavoitteet. Valtio on katsonut, että kuntien vastuuseen perustuva järjestelmä ei pysty takaamaan kansalaisille tasavertaisia ja samanlaisia palveluja koko maassa. Palvelujen laadun ja saatavuuden on katsottu riippuvan liikaa siitä, minkä kunnan alueella ihminen asuu. Hajanainen järjestelmä on valtion näkökulmasta myös tehoton. Resursseja hukkuu pirstaleiseen tuotantorakenteeseen. Tämän vuoksi uudistuksen tavoitteiksi on otettu siirtyminen suurempiin toimintakokonaisuuksiin ja valtion ohjauksen tiukentaminen.

Kunnat ovat korostaneet, että kansalaisten palvelutarpeet voidaan tunnistaa paikallisella tasolla lähellä ihmisiä. Paikallistasolla pystytään palvelut myös sovittamaan ihmisten tarpeisiin. Kuntaperusteisen järjestelmän vahvuutena pidetään sitä, että kansalaiset pääsevät vaikuttamaan siihen, miten heitä koskevat palvelut järjestetään ja minkälaisia päätöksiä tehdään heitä itseään ja lähiympäristöä koskevissa asioissa. Paikallisuuden huomioiminen tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä ohjautuu kansalaisten tarpeista alhaalta ylöspäin. Toinen edellytys on,

että kunnilla paikallistason toimijoina on valtaa päättää kuntalaisten palveluista. Kunnallinen järjestelmä ottaa huomioon sen, että sosiaali- ja terveydenhuolto ei ole pelkkää palvelujen tuottamista. Tärkeänä tehtävänä on kansalaisten omien voimavarojen vahvistaminen luomalla tuki- ja turvaverkkoja. Tämän tehtävän hoitaminen edellyttää sosiaalihuollon kiinteää yhteistyötä kunnan muiden toimijoiden ja paikallisten järjestöjen kanssa. (Möttönen 2011).

Kunnallista toimintaa korostavat perusteet olivat taustalla, kun 1990-luvun alussa hajautettiin valtaa ja vastuuta paikalliselle tasolle. Nykyisessä uudistusajattelussa puhaltavat toiset tuulet. Annetussa lakiesityksessä painottuu valtiokeskeinen näkemys. Sitä voi pitää valtion tahdonilmaisuna siitä, minkälaisella järjestelmällä voidaan taata tehokas ja kansalaisia samanarvoisesti kohteleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Paikallisia tarpeita ja kansalaisten suoraa vaikuttamista koskevat tavoitteet, vaikka niitä ei kielletä, ovat olleet järjestelmän suunnittelussa alisteisia valtion keskitettyä ohjausta korostaville tavoitteille.

Järjestelmän toimivuuden kannalta on syytä tarkastella sitä, minkälaiseen asemaan kunnat, jotka tähän mennessä ovat vastanneet palvelujen järjestämisestä, uudessa keskitettyä ohjausta painottavassa järjestelmässä jäävät ja onko mahdollista toteuttaa ohjausjärjestelmää siten, että siinä valtion ja kuntien tavoitteita sovitaan yhteen? Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän uudistamisella muutetaan yhtä suomalaisen julkisen hallinnon perustaa eli valtion ja kuntien suhdetta. Sitä voi hämmästellä, että suhde muutetaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan uudistuksen eikä esimerkiksi Kuntalain uudistamisen yhteydessä.

Hallituksen lakiesityksen periaatteita

Hallituksen lakiesityksessä on nähtävissä uutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää koskevia seuraavia kehityssuuntia ja vaikutuksia:

- järjestelmä perustuu palvelujen järjestämisen ja tuottamisen erottamiseen
- yksikkökoot kasvavat (suuruuden ekonomia)
- järjestelmä muuttuu moniportaiseksi
- valtion ohjausta tehostetaan
- yksittäisen kunnan tehtävät ja vastuu vähenee
- kuntalain mukainen vastuu kuntalaisten hyvinvoinnista säilyy
- kuntien toiminta jakaantuu kahteen osaan: kunnanvaltuuston alaiseen toimintaan ja kuntayhtymien kautta hoidettavaan toimintaan ja
- päätöksenteko etäänny kuntalaisista.

Lakiesityksessä järjestämistehtävä määrätään sosiaali- ja terveysalueille (sote-alueille), jotka antavat palvelujen tuottamistehtävän tuotantovastuualueille (tuotantoalue). Lakiesityksessä nimetään viisi sote-aluetta: eteläinen, itäinen, läntinen, keskeinen ja pohjoinen. Tuotantoalueita lakiesityksessä ei nimetä, mutta todetaan, että koko maassa niitä voi olla enintään 19. Sekä sosiaali- ja terveysalue että tuotantoalue ovat kuntayhtymiä. Ns. vastuukuntamalli eli se, että yksi kunta vastaa tuotantoalueella palvelujen tuottamisesta, on mahdollinen vain, jos kaikki alueen kunnat sen hyväksyvät. Sote-alueet rakentuvat nykyisten erikoissairaanhoidon erityisvastuualueiden (Erva) rajojen mukaisesti. Tuotantoalueet vastaavat rajoiltaan suunnilleen nykyisiä sairaanhoitopiirejä.

Kun tarkastellaan uutta sosiaali- ja terveysjärjestelmää ohjausjärjestelmänä, järjestelmästä tulee moniportainen ja monia eri ohjaussuhteita sisältävä. Keskeiset ohjaussuhteet ovat seuraavat:

- 1) Valtion (STM) ja sosiaali- ja terveysalueen välinen suhde
- 2) Sosiaali- ja terveysalueen ja tuotantoalueen välinen suhde ja
- 3) Tuotantoalueen sisäiset ohjaussuhteet

Valtio antaa sosiaali- ja terveysalueille vastuun palvelujen järjestämisestä. Lakiesityksessä (§ 11) on määritelty, että järjestämisvastuu sisältää vastuun seuraavista tehtävistä:

- 1) asianmukaisesta saavutettavuudesta
- 2) tarpeen ja määrän määrittelemisestä
- 3) tuotantorakenteesta ja tuotantotavoista päättämisestä sekä
- 4) laadun, määrän ja vaikuttavuuden seurannasta ja kehittämisestä sekä tuottamisen valvonnasta.

Lisäksi sosiaali- ja terveysalueille määrätään muita tehtäviä.

Tuotantoalueet voivat hoitaa palvelujen tuottamisen (§ 14)

- 1) itse
- 2) yhdessä toisten kuntayhtymien kanssa
- 3) hankkimalta palvelut muulta palvelujen tuottajalta ja
- 4) antamalla palvelusetelin tai
- 5) muulla lainsäädännössä mainitulla tavalla.

Järjestöt mainitaan erikseen vaihtoehtoisina tuottajina.

Kuntien tehtävien ja aseman muutos

Nykyisessä järjestelmässä palvelujen järjestäminen kuuluu kunnalle. Uudessa järjestelmässä vastuu siirtyy kahta porrasta ylemmälle tasolle eli sote-alueelle. Järjestämistehtävä, joka käsittää paikallistason palvelutarpeiden ja määrien sekä palvelujen saatavuuden, laadun ja saavutettavuuden määrittämisen, siirtyy etäälle kunnista ja kuntalaisista. On syytä kysyä, miten hyvin sote-alueella, joka on maantieteellisenä alueena laaja ja monenlaisista paikallisyhteisöistä koostuva, pystytään tunnistamaan erilaiset paikalliset tarpeet ja määräämään palvelut niiden mukaisesti?

Kuntaperusteiden järjestelmän vahvuutena on pidetty sitä, että kansalaisten hyvinvoinnista huolehtiminen nähdään monien toimialojen yhteisenä tehtävänä. Tähän näkemykseen perustuen kunnat ovat alkaneet tekemään oman toimintansa pohjaksi hyvinvointikertomuksia, joihin on koottu tietoja palvelutarpeista ja siitä, miten tarpeisiin kuntatoimijoiden yhteistyöllä vastataan. On selvää, että kuntien kokonaisvaltainen hyvinvointityö tulee vaikeutumaan, kun hyvinvointivastuuta kantava keskeinen sektori eli sosiaali- ja terveystoimi irtaantuu kunnan omasta päätösvallassa.

Hallituksen lakiesityksessä kuntien hyvinvointivastuuta ei poisteta. Kunta veloitetaan tekemään edelleen hyvinvointikertomuksia (§ 9). Lisäksi todetaan, että sosiaali- ja terveysalueen on annettava apua kunnille hyvinvointikertomuksen laadinnassa. Hyvinvointikertomuksista näyttäisi tulevan ylempien tasojen kuntiin kohdistuva ohjausväline. Kuntakohtaisen ja paikallisen tiedon merkitys vähenee, kun tarkastelukulmaksi tulevat koko sosiaali- ja terveysalueen palvelutarpeet ja järjestämistehtävät.

Lakiesityksessä tuotantotehtävät siirtyvät kunnilta tuotantovastuualueille eli yhtä porrasta ylemmälle tasolle. Tuotantovastuualue päättää, miltä osin se itse tuottaa jonkin kunnan alueella palveluja ja miltä osin ne hoidetaan muiden tuottajien toimesta. Säädökset mahdollistavat myös sosiaali- ja terveysalueen puuttumisen palvelujen tuottamiseen, koska sote-alueen tehtäväksi on määrätty palvelujen tuotantotavasta päättäminen (§ 11, kohta 3). Joka tapauksessa kunnan vaikutusvalta palvelujen tuottamisessa ainakin vähenee, ellei katoa kokonaan. Kunta ei enää päättä, millä tavoin sen alueella palveluja tuotetaan ja ketkä palveluja tuottavat.

Lakiesitys tarkoittaa sitä, että kunnalta siirtyy pois vastuu kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalveluista. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, joita on arvioitu olevan n. 200 000 koko

maassa, siirtyvät kunnista tuotantoalueille. Kunnalliselle sosiaalihuollolle muutos on erityisen merkittävä. Sosiaalihuollolla on palvelujen tuottamisen ohella tärkeänä tehtävänä koota ihmisten avuksi sellaisia tuki- ja turvaverkkoja, joihin osallistuu muita kunnan toimijoita, järjestöjä ja paikallisia yhteisöjä. Tällainen toiminta auttaa ihmisiä käyttämään omia voimavarojaan ja selviytymään arkielämässä. Verkostomainen voimia kokoava sosiaalinen toiminta onnistuu vain ihmisten lähellä ja paikallistasolla. Sitä ei voi ylhäältä määrätä. Uudessa järjestelmässä kunnallisen sosiaalihuollon asema heikkenee. Toiminta etäännyy ihmisistä ja paikallisista yhteisöistä.

(ks. Möttönen 2014)

Uusi ohjausjärjestelmä muuttaa hyvinvointiyhteiskunnan perustaa. Kuntien toiminnalla on pysytty saamaan aikaan alueellisesti kattava hyvinvointipalvelujärjestelmä, jonka luontiin paikalliset ihmiset ovat osallistuneet. Se, että päätöksiä tehdään paikallisdemokraattisissa instituutioissa, on osaltaan vahvistanut hyvinvointivaltion legitimitettä. Kyselyissä kansalaiset antavat tukensa julkiselle palvelutuotantojärjestelmälle eivätkä he aseta kyseenalaiseksi kuntien kykyä tuottaa palveluja. Voi siis sanoa, että ohjausjärjestelmämuutosten taustalla eivät ole kansalaisten vaatimukset vaan valtion keskitettyyn ohjaukseen liittyvät tarpeet.

Uudessa järjestelmässä säilyy kuntaperusteisuus, koska sekä sote-alueet että tuotantoalueet ovat kuntayhtymiä. Ero nykyiseen järjestelmään on se, että vastuu palvelujen järjestämisestä on ollut peruskunnilla, jotka voivat perustaa tehtävien hoitoa varten kuntayhtymiä tai ostaa palvelut muilta kunnilta. Uudessa järjestelmässä kuntayhtymien muodostaminen, tehtävät ja myös rahoitusjärjestelmä määrätään ylhäältä käsin lailla ja valtion muilla määräyksillä. Yksittäisen kunnan mahdollisuus tuottaa palveluja sekä omalle väestölleen että lähialueen kunnille poistuu.

Lakiesityksen mukaan kunnalla säilyy palvelujen rahoitusvastuu. Uudessa järjestelmässä kunnat siirtävät valtionosuuksista ja verovaroista koostuvan summan ns. kapitaatioperiaatteella sosiaali- ja terveysalueelle. Kunnan maksuosuus määräytyy asukasluvun ja palvelutarvetta kuvaavien indikaattoreiden mukaan. Kunta itse ei voi siihen vaikuttaa. Järjestelmä tarkoittaa sitä, että kuntien rahoitusosuuden ja kuntalaisten saamien palvelujen välillä ei ole enää yhteyttä. Kunnan päätehtäväksi jää päätöksen tekeminen siitä, että valtionosuuksista ja verotuloista koostuva summa, johon kunta itse ei voi vaikuttaa, siirretään sosiaali- ja terveysalueelle. Valtion osuudet kattavat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista keskimäärin 25 %, joten kuntien osuudeksi jää 75 %. Kunnilla ei ole enää suoraa vaikutusvaltaa siihen, minkälaisia palveluja kunta saa asukkailleen niillä varoilla, joita se kerää veroina kuntalaisilta. Uuden lainsäädännön myötä muodostuvia kuntia voi kutsua ”ontoiksi” kunniksi.

Kuntalaisen aseman muutos

Kunnallinen demokratia tarkoittaa, että kuntalaisilla on mahdollisuus vaikuttaa omiin ja lähiympäristöönsä koskeviin asioihin olemalla yhteydessä kuntaan suoraan tai kunnan luottamushenkilöiden kautta. Uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä tämä kuntalaisten vaikutusmahdollisuus heikkenee oleellisella tavalla. Ihmisille tärkeistä hyvinvointiasioista ei päätetä omassa kunnassa. Kuntalaisen ja kunnan suhde muuttuu kuntalaisen ja sote-alueen ja/tai tuotantoalueen väliseksi suhteeksi.

Lakiesityksessä kuntalaiset huomioidaan siten, että sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on kerättävä ja otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon asukkaiden näkemyksiä (§ 30). Lisäksi palveluja on kehitettävä yhdessä käyttäjien kanssa. Kuntalainen nähdään lähinnä palvelujen käyttäjän ja asiakkaan roolissa.

Aito kuntademokratia korostaa kuntalaisten välitöntä vaikuttamista. Se tarkoittaa sitä, että kuntalaiset nähdään osallisina ja osallistujina, kun päätetään heidän omista asioistaan. Kuntademokratiassa kuntalainen nähdään aktiivisena toimijana ja asioihin vaikuttavina kuntayhteisön jäsenenä. Sosiaali- ja terveysasioissa, jotka ovat ihmisille hyvin tärkeitä, uusi järjestelmä vie kun-

talaisilta tällaisen roolin. Kun perustetaan laaja-alaisia palvelujen järjestämis- ja tuottamisalueita, kuntalaisia koskevista asioista tulee palvelujen järjestämiskysymyksiä. Jos kuntalainen ei omasta mielestään saa palvelua, hänen on vaikea ymmärtää, että perusteina ovat sosiaali- ja terveysalueella vahvistetut palvelujen määrää, laatua ja saatavuutta koskevat linjaukset. Hän ei myöskään välttämättä tiedä, kenen kautta ja minkälaisia vaikuttamiskanavia käyttämällä hän saa asioita esille siinä päätöksentekojärjestelmässä, jossa häntä koskevia päätöksiä tehdään.

Palvelujen järjestämistä ja tuottamista pidetään uudessa järjestelmässä erillisinä asioina jopa siinä määrin, että molempia tehtäviä varten perustetaan omat hallinnolliset tasot. Sosiaali- ja terveysalueen ja tuotantoalueen välinen suhde muistuttaa useissa kunnissa käyttöönotettua tilaaja-tuottajamallia. Käytännössä järjestämisen ja tuottamisen erottaminen on aiheuttanut ongelmia. On syntynyt kiistoja siitä, mitkä asiat kuuluvat tilaajalle ja mitkä tuottajalle. Seurauksena on ollut se, että palvelujen käyttäjät ovat usein epätietoisia siitä, mille toimijalle ja kenelle henkilölle hän antaa palautetta ja tekee parannusehdotuksia, jos hän ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun. Uudessa järjestelmässä epätietoisuutta lisää se, että sekä tilaajan (sosiaali- ja terveysalue) että tuottajan (tuotantoalue) etäisyydet palvelujen tarvitsijaan kasvavat.

Uudessa järjestelmässä voidaan tunnistaa hyviäkin puolia. Se mahdollistaa sen, että kansalaisille voidaan tuottaa monipuolisempia ja parempia palveluja, kun koko tuotantoalueen resursseja pystytään hyödyntämään. Palveluja on mahdollista koota myös isompiin kokonaisuuksiin niin, että kansalaiset saavat palveluja monenlaisiin tarpeisiin samasta paikasta ja yhdellä kerralla. Standardipalvelujen tuottamisessa on mahdollista saada mittakaavaetuja. Ratkaisevaksi kysymykseksi nousee se, miten standardoitujen palvelujen ohella tuotetaan erilaisiin yksilöllisiin tarpeisiin vastaavia palveluja ja huolehditaan sellaisista hyvinvointia rakentavista tehtävistä, joita ei voida hoitaa palvelujen tuotantologiikalla?

Järjestöjen roolin muutos

Järjestöillä on merkittävä rooli paikallisessa hyvinvointipolitiikassa. Järjestöt ovat pystyneet auttamaan sellaisia avun tarpeessa olevia marginaaliryhmiä, joista julkinen sektori ei ole pystynyt kantamaan riittävästi huolta (Kivelä 2014). Kyse ei ole useinkaan palvelujen tuottamisesta vaan vapaaehtoistyöstä, vertaistuen antamisesta ja ihmisten tarpeiden esille tuomisesta sekä vaatimusten esittämisestä. Näitä tehtäviä voi kutsua perinteisiksi järjestöjen tehtäviksi. Vaikka järjestöt rooli palvelujen tuottajina on kasvanut, ne eivät ole kadottaneet perinteistä joidenkin ihmisryhmien etujen ajamiseen liittyvää tehtäväänsä. Järjestöjen, joilla on tietoa ja kokemusta jäseniensä tai toiminnan kohteena olevien ongelmista, tuottamat palvelut ovat usein luonteeltaan asiakaslähtöisempiä kuin julkisten toimijoiden ja yritysten palvelut.

Järjestöjen toiminta on muuttunut siten, että on alettu puhua ”uudesta” kolmannesta sektorista (Huotari ym. 2008). Tällä käsitteellä tarkoitetaan sitä, että palvelujen tuottamisesta on tullut järjestöjen päätehtävä. Ne kilpailevat yritysten kanssa samoista tuotantotehtävistä. Järjestöjen toiminta muuttuu yritysmäisempään suuntaan. Niistä tulee osa julkista palvelujärjestelmää. Silloin takalalle voi jäädä perinteinen järjestötoiminta, joka perustuu vapaaseen kansalaistoimintaan, jossa edistetään jonkin ryhmän etua ja jossa eettinen arvopohja koetaan tärkeäksi. Kehitys perinteisestä järjestötoiminnasta kohti ”uutta” kolmatta sektoria ei ole tapahtunut järjestöjen omasta tahdosta vaan julkishallinnon markkinaohjausta korostava toimintapolitiikka on pakottanut järjestöjä muuttamaan toimintaansa. Koko sote-uudistusta on hallinnut tuotantokeskeinen näkökulma. Uusi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä korostaa myös järjestöjen tuotantotehtävää ja vauhdittaa kehitystä kohti ”uutta” kolmatta sektoria.

Uusi sosiaali- ja terveysjärjestelmä muuttaa kuntien ja järjestöjen yhteistyön perustaa. Viime aikoina kuntien ja järjestöjen keskinäinen vuorovaikutus on lisääntynyt. Suhde on monilla paikoilla muuttunut tasavertaisemmaksi. Järjestöjä kutsutaan toiminnan suunnitteluun. Kunta on luonut järjestötoimijoille edellytyksiä. Aidoimmillaan yhteistyö on tarkoittanut sitä, että järjestöt

ovat kuntien kanssa tasavertaisina toimijoina voineet osallistua paikallisen sosiaalipolitiikan toteuttamiseen, jossa päätehtävä ei ole ollut palvelujen tuottaminen vaan ihmisen arjessa auttaminen monilla eri toimintatavoilla. (Häkkinen & Tourula 2013)

On syytä kysyä, mitä kuntatoimijoiden ja järjestöjen yhteistyölle tapahtuu, kun kunnalta poistuu sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvat tehtävät? Missä on se toimija- ja vastuutaho, jonka kanssa järjestöt alkavat tehdä yhteistyötä? Kun järjestöjen voimavaroja on tarkoitus hyödyntää paikallistasolla, on sekä sosiaali- ja terveysalueilla että tuotantoalueilla oltava taho, jonka tehtävänä on huolehtia järjestöyhteistyöstä. Ongelmana on se, että arjen auttamistyötä ei pystytä organisoimaan ja johtamaan ylhäältä käsin tasolta, jossa ei tunneta paikallisia oloja. Yleensä hierarkkiset rakenteet vievät toiminnan perustasolta kykyä ja halua koota verkostoja ja hyödyntää paikallisia voimavaroja.

Lakiehdotuksessa korostetaan ennalta ehkäisevän ja kuntouttavan työn merkitystä. Näillä tehtäväalueilla on järjestöillä paljon osaamista. Lakiehdotuksessa ei järjestöjä käsitellä omina toimijoina, joten ei ole tietoa, minkälaiseksi järjestöjen roolia ennalta ehkäisevässä ja kuntouttavassa työssä on kaavailtu. Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen viittaa siihen, että järjestöt nähdään myös näissä tehtävissä palvelujen tuottajan roolissa. Tämä rooli voi peittää alleen järjestöjen tehtävän ongelmien tunnistajana ja äänen antajana erilaisista ongelmista kärsiville.

Järjestöjen asema myös palvelutuotantotehtävässä on muuttumassa. Suuruuden ekonomian mukaisesti tehokkuutta voidaan hakea sillä, että palvelut kilpailutetaan isoina kokonaisuuksina. Uusi järjestelmä antaa mahdollisuuden siihen, että joidenkin palvelujen tuottamisesta pyydetään koko tuotantoaluetta kattavat tarjoukset. Järjestöillä, ainakaan pienillä paikallisilla järjestöillä, ei ole mahdollisuutta osallistua tällaisiin tarjouskilpailuihin.

Suhteessa yritystoimintaan järjestöjen asema on heikentymässä. Yritysorganisaatiot ovat kasvaneet toimintaa laajentamalla, yrityksiä fuusioimalla ja ostamalla kilpailevia toimijoita. Samalla ne ovat parantaneet mahdollisuuksiaan hoitaa suurenevia tuotantotehtäviä. Vastaavaan kehitykseen ei ole mahdollisuutta järjestösektorilla eikä se olisi toivottavaakaan. Jos järjestökenttä ryhtyisi kehittymään yrityssektorin suuntaan, siitä katoasi järjestötoimintaan oleellisesti kuuluva vapaaehtoisuus ja kansalaistoiminnan piirteet. Koko hyvinvointisektorin luonne muuttuu, jos hyvinvointityötä ryhdytään tekemään yritysmäisellä tuotantologiikalla ja jos pienille paikallisille järjestöille ei löydy tehtävää, kun rakennetaan isoja palvelujen tuotantojärjestelmiä.

Lopuksi

Olen esittänyt arvioita, miten kunnan, kuntalaisten ja järjestöjen roolit ja asemat muuttuvat, jos sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä muodostuu sellaiseksi kuin olemassa olevassa lakiesityksessä se on esitetty. Olen tuonut esiin järjestelmän muutokseen liittyviä vaaroja ja uhkakuvia. Oma käsitykseni on, että uhkakuvat toteutuvat sitä varmemmin, mitä vahvemmin uutta järjestelmää ryhdytään toteuttamaan valtiokeskeisellä näkemyksellä ja keskitetyllä ohjauksella.

Toisaalta on otettava huomioon, että on olemassa keskitetylle ohjaukselle vaihtoehtoinen uudistuksen toteuttamistapa. Tässä tavassa pidetään lähtökohtana sitä, että lakiesitys luo puitteet uudelle järjestelmälle, jolle lähdetään etsimään muotoa ja sisältöä uudistuksen käyttöönottovaiheessa. Uudistus toteutetaan vuorovaikutteisella prosessilla, johon osallistuvat valtio, kunnat, kansalaiset, järjestöt ja muut toimijat. Tavoitteena on aktivoida eri toimijoita luomaan innovatiivisia toimintatapoja. Tämä edellyttää, että järjestelmä kannustaa hyödyntämään paikallisia sovelluksia ja eri toimijoiden vahvuuksia. Keskitetyn ohjauksen sijasta korostetaan paikallista verkostomaista yhteistyötä. Organisaatiotasojen välissä ohjauksessa keinona on yhteisistä strategioista ja tavoitteista sopiminen.

Tällaisessa prosessissa voidaan sovittaa yhteen valtion tavoitteet kansalaisia tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti kohtelevasta ja tehokkaasti toimivasta järjestelmästä sekä kuntien tavoitteet

paikalliset tarpeet huomioivasta, paikallisia resursseja hyödyntävästä sekä ihmisten vaikutusmahdollisuuksia vahvistavasta toimintatavasta. Lähtökohtana on syytä pitää myös sitä, että järjestelmää kehitetään ja muutetaan, jos siinä havaitaan käyttöönottoaiheessa korjaamisen tarvetta. Hallinnon järjestämisestä pitäisi mitä pikemmin siirtyä toimintatapojen uudistamiseen. ●

LÄHTEET

Häkkiä, Kaija & Tourula, Marjo (toim.), (2013). Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä. Näkökulmia järjestökuntayhteistyöhön. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. Helsinki.

Huotari, Tiina & Pyykkönen, Miika & Pättiniemi, Pekka (2008). Sosiaalisen ja taloudellisen välimaastossa. Tutkimusnäkökulmia suomalaiseen sosiaaliseen yritykseen. STKL. Helsinki.

Kivelä, Päivi (2014): Syrjässä syrjäytyneet. Pelon sosiaalipolitiikka ja verkostoyhteistyön mahdollisuudet maaseudulla. Sininauha-julkaisut. Sininauhaliitto. Helsinki.


Lakiesitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi. Hallituksen esitys 4.12.2014. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Möttönen, Sakari (2011). Kunnallisen itsehallinnon merkitys ja uudistuminen muuttuvassa toimintaympäristössä. Kirjassa Haveri, Arto & Stenvall, Jari & Majoinen, Kaija (toim.) Kunnallisen itsehallinnon peruslivet. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. s. 62–83.

Möttönen, Sakari (2014). Onko kunnallisella sosiaalipolitiikalla tilaa rakenteiden muutoksessa. Verkkojulkaisussa Ulla Salonen-Soulié (toim.). Kunnallisen sosiaalipolitiikan tila ja tulevaisuus. Haasteet opetukselle ja tutkimukselle. Huoltaja-säätiö.

PROFESSORI EMERITUS JUHANI LEHTO
TAMPEREEN YLIOPISTO

Valtiojohtoisein terveydenhuollon maksikuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihuolto?

 *Integrated care* – hoidon ja huolenpidon integraatio – on sosiaali- ja terveyspolitiikan agendalla useimmissa kypsissä hyvinvointivaltioissa. Palvelujärjestelmien laajenemisen ja kehityshistorian koetaan tuoneen mukanaan palvelujärjestelmän siiloutumista, pirstoutumista ja monimutkaistumista. Palvelujen tarvitsijan kannalta tämän koetaan aiheuttavan sekä väliinpuotoamista että päällekkäisyyksiä, palveluprosessien katkeilua ja satunnaisuutta sekä eriarvoisuutta riittävän palvelun saamisen suhteen. Palvelujärjestelmän talouden kannalta tähän taas liittyy voimavarojen tehotonta ja väärin kohdistettua käyttöä ja osaoptimointia. Järjestelmä koetaan myös vaikeaksi johtaa ja läpinäkymättömäksi kansalaisten ja poliittisten päätöksentekijöiden kannalta (*Goodwin ym. 2012; STM 2014*).

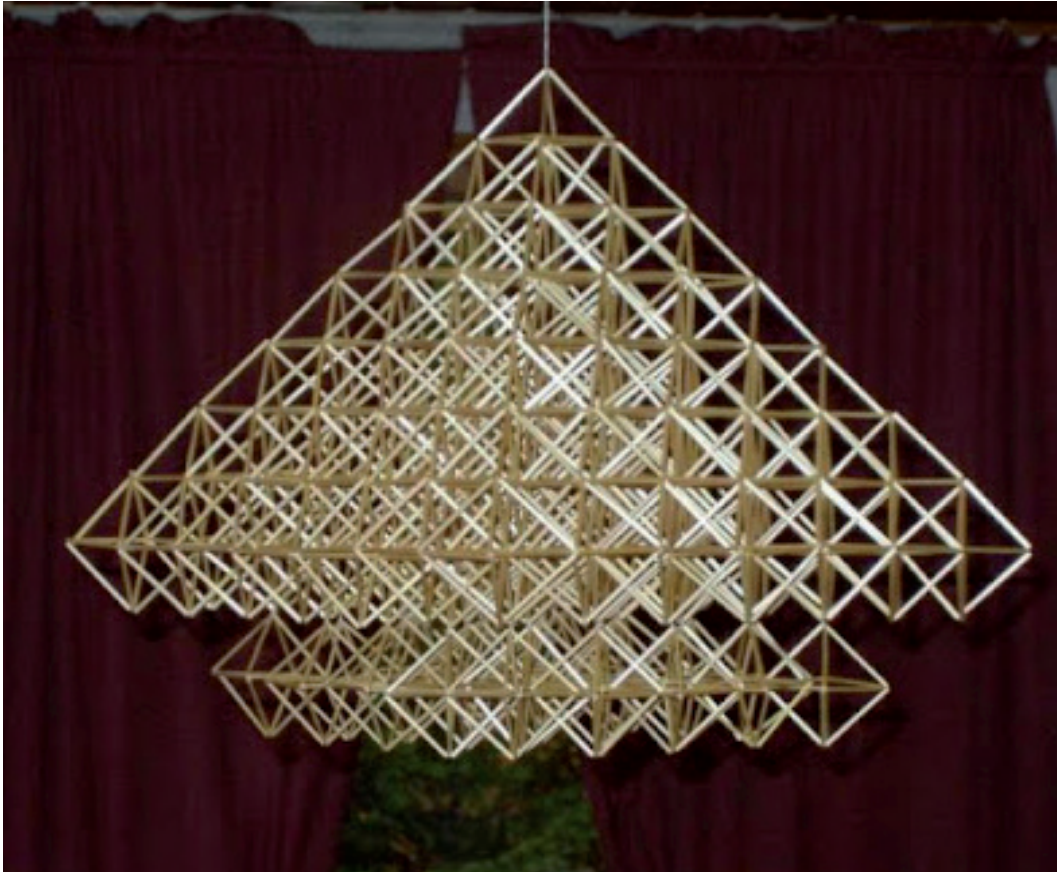
Kansainvälinen keskustelu palveluintegraatiosta painottuu ensisijaisesti asiakkaiden palveluprosessien ruohonjuuritason katkosten ja muiden integraation puutteiden tunnistamiseen ja ruohonjuuritason prosessien paremman hallinnan kehittämiseen. Suomen sote-uudistuksessa integraatiosta on taas tullut järjestelmän valtakunnallisen ja alueellisen hallinnon yhdistämistä tarkoittava käsite. Keväällä 2014 Valtioneuvoston sote-linjausta koskevassa tiedotuksessa (*STM 2014 a*) otettiin jopa käyttöön ilmaisu ”täydellinen integraatio”, jolla tarkoitettiin vain kunnallisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon alueellisen päätöksenteon ja budjettivallan keskittämistä samalle hallintoelimelle.

Tässä kirjoituksessa pohdin soteuudistuksen vuoden 2014 ”täydellisen integraation” hallintoehdotusta neljästä näkökulmasta. Ensin kysyn, minkälaiseen ajatukseen asiakastason integraatiota edistävästä hallinnosta täydellisen integraation ajatus perustuu. Sitten kysyn sosiaalihuollon yhteyttä hyvinvointivaltion muihin sektoreihin tai toimialoihin ja mihin johtaa tiukkeneva erityinen hallinnollinen integraatio terveydenhuoltoon. Seuraavaksi pohdin Suomen kehitystä vertailemalla sitä eräiden vertailukelpoisten muiden maiden vastaavaan kehitykseen. Lopuksi pohdin integraatiota sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten organisoitumistraditioiden ja organisaatiokulttuurien näkökulmasta.

Keskitetty hierarkkinen yhteishallinto ruohonjuuritason integraation edellytyksenä?

Sote-uudistyskeskustelun hallintoteoreettista tasoa kuvaa se, että keskeiseksi käsitteeksi on noussut ”himmeli” – ja sitäkin käytetään ymmärtämättä aidon olkihimmelin ominaisuuksia.

Hallintohimmelin käsitteellä on yritetty luoda kuvaa monimutkaisista, sekavista ja hajanaisista organisaatioista, joissa ryhmäkuntalaisuus, osaoptimointi ja tehottomuus viihtyvät. Tosiasiasahan hyvä himmeli rakennetaan samanpituuisista tai pituudeltaan yhteensopivista olkipätkistä, symmetrisistä osista, selkeään hierarkiseen järjestykseen ja ripustettavaksi yhdestä keskuksesta. Osien erimittaisuus ja epäsymmetrisyys, hierarkisen järjestyksen rikkominen ja monen keskukseen varaan rakentaminen ovat tuhoisia himmelille. Rakentajan on myös syytä havaita, että himmelin rakentaminen on huomattavasti helpompaa, jos se tehdään ylhäältä alaspäin kuin yrittämällä rakentamista alhaalta ylöspäin.¹



Kuva 1. Himmeli

Itse asiassa syksyn 2014 sote-hallintolakiesitys ei ole vaihtoehto himmeleille, vaan mitä puhdaspiirteisinkin himmeli, ylhäältä rakentuva keskusjohtoinen hierarkia valtioneuvostosta STM:n ohjausyksikön kautta sote-alueisiin, niistä sote-tuotantovastuualueisiin ja lopuksi kuntiin. Alimpana ovat palvelun käyttäjät, asiakkaat, kansalaiset, veronmaksajat – joiden vaikutusmahdollisuudet ylöspäin ovat varsin heiveröiset. Hierarkian tasojen välisissä suhteissa lakiesitys puhuu (ylhäältä tapahtuvasta) tulosohjauksesta ja päätösten alistamisesta ylemmän tason ennakkovalvontaan.

Tällaisen ”valtiojohtoisten maksikuntayhtymien” hallinnon yhteys ruohonjuuritason integraatioon perustuu olettamukselle, että integraatiota voidaan parhaiten mahdollistaa ja edistää saamalla integroitavat toiminnot ”saman johdon alle”. Käsittelemän myöhemmin sitä, ovatko kaikki keskeiset integroitavat toiminnot koottu sote-alueiden ja tuottamisvastuualueiden johdon alaisuuteen. Ensiksi pohdin, mitä edellytyksiä tuolla johdolla on edistää integraatiota.

1 Ehkäpä himmelianalogian käyttäjät ovat aina epäonnistuneet himmelinsä rakentamisessa ja siksi luulevat, että himmelit ovat sekavia olkikasoja?

Julkisen hallinnon ja politiikan tutkimuksen yksi keskeisiä viimeisten vuosikymmenten teemoja on ollut siirtymä ”*from government to governance*”. Ilmaisua voidaan kääntää suomeksi siirtymäksi hallinnosta hallintaan, mutta se edellyttää varsin kapeaa merkitystä hallinnon käsitteelle. Yksinkertaistaen kysymys on siirtymästä yhdestä keskuksesta johdetun hierarkisen byrokratian mallista kohti monimutkaisempia organisaatioita, joissa hierarkia korvautuu osittain markkinoilla ja osittain verkostoilla, joissa yhden johtokeskuksen sijasta voi olla useita osittain kilpailevia ja osittain kumppanuussuhteessa olevia ohjauskeskuksia ja joissa vaikutus- ja valtasuhteet eivät rakennu vain ylhäältä alaspäin vaan myös alhaalta tai keskeltä ylös, alas ja sivulle. *Governance* yrittää tavoittaa sitä, miten vaikutussuhteet ja vaikutusvalta rakentuvat tässä kompleksisessä maailmassa (Bourckhart ym. 2010).

Suurien hierarkioiden toimimattomuus liittyy moneen kehitykseen. Julkinen sektori on kasvanut ja moninaistunut. Koulutustason nousu lisää sekä asiakkaiden että työntekijöiden kykyä ja vaatimuksia vaikutusvaltaan ja autonomiaan. Tietojärjestelmien kehitys lisää vallankäytön mahdollisuuksia myös muuten kuin suoralla hierarkisella käskyvallalla. Sekä tuotanto että vallankäyttö tulevat tehokkaammiksi, kun työntekijöiden ja työyhteisöjen oma osallisuus, yrittäjäys ja innovatiivisuus saadaan paremmin käyttöön. Eri toiminnoissa organisaation optimikoko vaihtelee suuresti. Vaikka miten purettaisiin organisaatioiden ”siiloutumista”, yhä suurempi osa relevanteista yhteistyösuhteista ulottuu kulloistenkin organisaatorajojen ulkopuolelle (Kickert ym. 1997).

Kompleksisen kokonaisuuden hallinnan perspektiivistä ruohonjuuritason integraatiota rakennetaan monesta eri suunnasta. Asiakkaan vaikutusvallan lisääminen on keskeistä. Perustason työntekijän ja tiimin riittävä itsenäisyys ja autonomia on edellytys integraation edellyttämälle joustavuudelle, jota taas hierarkian säännöt ja käskyvaltaisuus helposti uhkaavat. Yksisuuntaiseen information kulkuun perustuvat tietojärjestelmät estävät ja vuorovaikutukseen perustuvat tietojärjestelmät edistävät integraatiota. Ja toki tarvitaan myös ylätasen yhteistyön esteiden poistamista ja yhteistyöhön kannustamista.

Pari vuotta sitten Englannissa tehty kansainvälinen tutkimustiedon yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integration edistämisyrittämisistä (Goodwin ym. 2012) totesi: ”*Organisaatiotason yhdistäminen ei näytä olevan sen paremmin välttämätöntä kuin riittävääkään tuottamaan palvelujen saajille hyvin integroitua palvelua.*” Yhteenvedon mukaan keskeisempää ovat peruspalvelujen riittävät voimavarat ja eri toimijoihin kohdistuvat kannusteet integraation edistämiseen myös yli organisaatorajojen. Samaan viittaavat myös Suomessa tehdyt harvat tutkimukset sosiaali- ja terveydenhuollon ja perus- ja erikoissairaanhoidon kokoamisesta samaan isoon organisaatioon (esim. Rintala ym 1997; Junnila 2008).

Väliyhteenvetona voin todeta, että sote-uudistusesityksen tapainen sosiaali- ja terveydenhuollon ylätasen hallinnollinen yhdistäminen ei ole kovin merkityksellinen ruohonjuuritason integraation kannalta. Siitä voi tulla integraation kannalta varsin haitallinen, jos yhdistettyjen isojen organisaatioiden sisäisissä rakenteissa ja käytännöissä jatkuu organisaatiouudistuksen perusteluissa ilmenevä luottamus yhdestä keskuksesta ohjautuvan hierarkisen byrokratian mahdollisuuteen ja paremmuuteen.

Sosiaalihuolto hyvinvointivaltiossa ja terveydenhuollon erityisasema

Sosiaalihuollon historiallisena juurena ja edeltäjänä pidetty köyhäinhoito on ollut monien hyvinvointivaltion sektorien lähtökohta ja synnyttäjä. Köyhäinlaitoksista lähtivät eriytymään sekä yleissairaalat että mielisairaalat vanhusten ja vammaisten hoivalaitosten lisäksi. Köyhäinhuollon aineellisista avustuksista eriytyivät monet nykyisiin universaaleihin toimeentuloturvajärjestelmiin johtavat polut. Myös nykyisten työvoimapalvelujen, asuntopolitiikan, lasten päivähoiton ja monen muun sektorin juurilta löytyy ainakin yhtenä keskeisenä alkuna 1800-luvun köyhäinhoito. Jotkut sektorit, kuten lasten päivähoito, ovat eriytyneet varsin myöhään.

Viime aikoina eriytyminen on usein merkinnyt liittämistä johonkin olemassa olevaan toiseen sektoriin. Lasten päivähoito kytkeytyy peruskouluun, toimeentulotuesta aiotaan siirtää huomattava osa yleisen sosiaaliturvan yhteyteen Kelaan, osia vanhusten, lasten, päihdeongelmaisten ja kehitysvammaisten palveluista sidotaan tiukemmin terveydenhuoltoon. Ja rajaviivan siirtoa myös muilta sektoreilta sosiaalihuoltoon on esillä, esimerkiksi niin kutsutun kuntouttavan työtoiminnan vastuuta työvoimahallinnosta ja aika ajoin erityisryhmien asuntopolitiikan vastuuta asuntotoimesta.

Toki myös muiden hyvinvointivaltion sektorien rajat ovat jonkinmoisessa liikkeessä. Esimerkiksi poikkeavuuden medikalisaatio ja demedikalisaatio on siirtänyt terveydenhuollon rajoja (Lehto 1992). Kuitenkin sosiaalihuollon rajojen siirrot ja yhteistyösuhteet ovat olleet monessa suhteessa erityiset. Sosiaalihuolto on kutsuttu ensimmäisenä apuun mitä moninaisimpiin sosiaalisiin ongelmiin. Uuden toiminnan laajentuessa, institutionalisoituessa ja ulottuessa yhä laajempaan osaan väestöstä, se on eriytetty sosiaalihuollosta. Sosiaalihuollolle on kuitenkin jätetty eriytettyyn alueeseen, samoin kuin esimerkiksi kouluun tai jopa armeijaan, liittyviä viimesijaisen turvaverkon, paikkailun tai erityistapausten vastuuta. Sosiaalihuollosta on tullut eräänlainen hyvinvointivaltion huoltopalvelu (vrt. Lehto 1988). Erityisesti 1980-luvulla ja ainakin 1990-luvun lamavuosiin tai jopa lasten päivähoiton eriyttämiseen asti sosiaalihuollon johdon oma ambitio ja myös laajempi yhteiskunnallinen näkemys tuki sosiaalihuollon nostamista ”hyvinvointivaltion normaalisektorien joukkoon”. Esimerkiksi *Olavi Kaukonen (2000)* kuvaa tätä nousua – ja sen pysyvääistämisen epäonnistumista – päihdehuollon kehitystä analysoivassa väitöskirjassaan.

Erityisen instituutiohistorian ja nykyisen laajan turvaverkko-/paikkailuroolin näkökulmasta tulee ehkä helpommin ymmärrettäväksi nykyisen sosiaalihuollon asema hyvinvointivaltion eri sektorien integraatiossa. Varsin monet sektorit tarvitsevat sosiaalihuollon apua, erityisesti kunkin sektorin kannalta syrjäytyvien tai muuten hankalien asiakasryhmien suhteen. Kyllä koulu, työvoimahallinto, asuntotoimi, työvoimapalvelut, sosiaaliturvajärjestelmät, poliisi, nuorisotoimi ja sairaanhoitoon painottuva terveydenhuolto kykenevät hoitamaan valtaosan asiakkaistaan ilman sosiaalihuollon apua, ilman sosiaalihuollon integroimista palveluprosesseihin. Mutta sitten on se vähemmistö – eri sektoreilla ehkä 1–15 % kaikista asiakassuhteista – joissa sosiaalihuollosta toivotaan ja usein saadaankin apua.

Nähdäkseni sosiaalihuollon suhde muihin sektoreihin ei ole oikeastaan koskaan symmetrinen yhteistyösuhde. Muille sektoreille yhteisasiakkuudet kohdistuvat asiakaskunnan vähemmistöön. Sosiaalihuollolle juuri nämä eri vähemmistöt, joilla on paljon yhteisiä piirteitä, ovat asiakaskunnan ydin. Ja usein tämän ytimen henkilöt ja ruokakunnat ovat vähemmistöä useammalla kuin yhdellä hyvinvointivaltion ”normaalisektorilla”.

Terveydenhuollolla on paljon ja erilaisia tarpeita yhteistyöstä sosiaalihuollon kanssa. Lasten terveydenhuolto tukeutuu sosiaalihuollon perhepalveluihin ja hätätilassa lastensuojeluun. Päihde-, mielenterveys- ja vammaispalveluissa on monia yhtymäkohtia. Vanhan potilaan tarvitessa muutakin kuin lääketieteellistä hoitoa apua haetaan sosiaalihuollon puolelta. Näissä on kysymys usein myös terveydenhuollon kannalta erityisen paljon terveydenhuollon voimavaroja käyttävistä potilaista. Terveydenhuollon kustannusanalyysissä tyypillinen tulos on, että noin 10 % vuosittaisista potilaista käyttää laskennallisesti jopa 80 % terveydenhuollon resursseista (esim. Leskelä ym 2013). Sen lisäksi, että tässä joukossa on vain erityisen kalliita lääketieteellisiä hoitoja tarvitsevia, esim. pienikokoisimmat keskoset, erityisen kalliita hoitoja tarvitsevat syöpäpotilaat tai traumapotilaat, merkittävän osan muodostavat myös sosiaalisen asemansa vuoksi toistuvasti hoitoon tulevat ja heikosti pelkästään lääketieteellisestä hoidosta hyötyvät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaat.

Terveydenhuolto siis tarvitsee sosiaalihuoltoa. Myös sosiaalihuolto tarvitsee asiakkailleen hyvää sairaanhoitoa ja terveyden edistämistä. Koska sosiaalihuollon asiakkaat ovat vaarassa syrjäytyä monien terveyspalvelujen käytöstä, sosiaalihuolto tarvitsee myös sellaista sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, joka vähentäisi asiakkaiden syrjäytymistä terveydenhuollossa. Mutta yhtä

hyvin sosiaalihuolto tarvitsee integraatiota työvoima-, asunto-, nuoriso-, koulu-, toimeentulo- turva- ja muihin sektoreihin. Itse asiassa terveydenhuoltokin tarvitsee sellaista sosiaalihuoltoa, joka ei anna vain omia palveluitaan, vaan integroi potilaan tarvittaessa myös muihin hyvinvointival- tion sektorien tuen piiriin. Siksi aikaa myöten terveydenhuoltokin menettää, jos sosiaalihuollon integraatio terveydenhuoltoon johtaa sosiaalihuollon heikentyvään yhteyteen muiden hyvinvoin- tialtion sektorien ruohonjuuritason toimijoihin.

Sosiaalihuollolla on yhteisiä rajapintoja varsin keskitetyksi hallinnoituihin sektoreihin, kuten Kela ja muu sosiaalivakuutus sekä työvoimahallinto. Samaan aikaan sillä on ollut yhteyksiä hajaute- tummin hallinnoituihin kunnallisiin palveluihin, kuten koulu, kirjasto, nuorisotoimi, asuntotoimi. Myös yhteys kansalaistoihin rakentuu pääasiassa paikallisyhdistysten kautta. Terveydenhuoltoon yhteydet ovat pääasiassa rakentuneet perusterveydenhuollon kautta. Erikoissairaanhoidossa on ollut enemmän omia terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä yhteyksien ylläpitämiseksi.

Väliyhteenvetona voin korostaa, että sosiaalihuolto on varsin erityinen hyvinvointivaltion ”sektori”, jolla on aivan erityinen suhde kaikkiin muihin hyvinvointivaltion sektoreihin. Sen integrointi terveydenhuoltoon niin, että integraatio muihin sektoreihin heikkenee on merkittävä riski. Sote-uudistusesityksen sote-alueen ja maakuntatason hallinnollista yhteyttä korostava integraatiomalli saattaa tuottaa vähemmän ongelmia sosiaalihuollon suhteessa erikoissairaanhoi- toon, sosiaalivakuutukseen ja työvoimahallintoon, joilla on myös maakuntatason organisaatiot. Niidenkään osalta se ei luultavasti tuo merkittävää integraatiohyötyä ruohonjuuritasolle. Integraatiomalli on sen sijaan ilmeinen riski sosiaalihuollon suhteelle kunnallisen tason hyvin- vointisektoreihin ja paikallisella tasolla elinkeino- ja hyvinvointipolitiikkaa yhteensovittavaan kunnalliseen sosiaalipolitiikkaan. Ellei sitten ajan myötä sosiaali- ja terveydenhuollon irrotta- minen kunnista johda nykyisenkaltaisten kuntien häviämiseen ja korvautumiseen uudella lailla maakuntatason kunnilla. Ja silloinkin integraatiota tarvitaan ennen muuta lähipalveluiden eikä niinkään maakunnallisten toimijoiden tasolla.

Sote-integraatio kansainvälisesti

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen parempi integraatio on muodossa tai toisessa agendalla kaikissa OECD-maissa (*Goodwin ym. 2012*). Suomi taitaa kuitenkin olla ainoa maa, jossa integraatio edistämiseksi akuutisairaalat, perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut yritetään koota samoihin yhdistettyihin palvelutuotanto-organisaatioihin. Vain harvassa maassa myöskään tällaisen hallintorakennemuutoksen lähtökohdat mahdollistaisivat ”Suomen tien” valitsemisen.

Useimmissa OECD-maissa on identifiotavissa likimain Suomen terveydenhuoltoa vastaava hallinnollinen kokonaisuus. Sen sijaan Suomea vastaava sosiaalihuolto on jäsentynyt niin erilaisin tavoin, että suoraan vertailukelpoista kokonaisuutta on vaikea edes keinotekoisesti hahmottaa monissa maissa.

Varsin monissa maissa – esimerkiksi Saksassa, Ranskassa, Itävallassa, Belgiassa, Hollannissa – ter- veydenhuoltoa yhdistää hallinnollisesti yhteinen sairausvakuutusmuotoinen rahoitus. Sen sijaan palvelujen tuottaminen jakautuu kaupunkien, maakuntien, säätiöiden ja yritysten ylläpitämiin sairaaloihin ja muihin laitoksiin, yksinäis- tai ryhmävastaanottoa pitävien ammatinharjoittaja- lääkärien vastaanottoihin ja niihin tukeutuviin muihin avopalveluihin. Suomen sosiaalihuoltoa vastaavista palveluista osaa hoidetaan sairausvakuutusta lähellä olevalla hoivavakuutuksella, osaa valtion ja maakuntien rahoittamien järjestöjen, säätiöiden tai yritysten toimintana ja osa on kunnallista toimintaa. Palveluintegraatiota on pyritty edistämään muun muassa edellyttämällä vakuutuskorvauksen saamisen ehtona toimivaa palveluintegraatiota. Myös kunnallinen ja järjes- töjen sosiaalihuolto on kehittänyt integroivia toimintamuotoja.

Bismarckilaisten vakuutusmaiden joukossa Hollanti on mielenkiintoinen esimerkki pyrki- myksestä hallinnolliseen integraatioon. Hollannissa suuri osa Suomessa sosiaalihuollon hoi-

vapalveluiksi ymmärretystä toiminnasta rahoitetaan niin kutsutusta erityisten hoitotarpeiden vakuutuksesta. Sairausvakuutuksesta rahoitetaan vain terveydenhuollon akuutti- ja avohoitoa. Aiemmin erityisten hoitotarpeiden vakuutuskorvaus maksettiin paljolti maakunnallisesti hallinnoitujen yksityisten vakuutusyhtiöiden ja yksityisten palvelutuottajien välisten sopimusten perusteella tuottajille. Vuonna 2014 Hollannin parlamentissa on kuitenkin ollut käsittelyssä lakiesitys, jonka toteutuessa merkittävä osa rahoituksesta kanavoidaan Hollannin kuntiin², joilla on velvollisuus tehdä asukkaitensa palveluista sopimukset yksityisten palvelutuottajien kanssa. Uudistusta perustellaan sillä, että kunnat tuntevat asukkaiden tapeet ja olosuhteet paremmin ja kykenevät siksi parempaan integraatioon ja kustannussäästöihin.³ Hollannissa siis integraatiolla perustellaan keskittämisen sijasta hallinnon hajauttamista. Hollannin malli on kuitenkin kaukana Suomesta, koska hallinnollinen integraatio ei koske terveydenhuollon vastaanottoa eikä akuuttisairaaloita.

Pohjoismaat ja Englanti ryhmitetään kansainvälisissä vertailuissa Beveridgeläisiin julkista sektoria terveydenhuollon tuottamisessa painottaviin OECD-maihin. Niissä kaikissa on myös vahva perinne julkisen sektorin tuottamista vanhus-, vammais- ja päihdepalveluista ja sosiaalityöstä. Useilla niistä on lisäksi kehitetty lasten päivähoitoa sosiaalihuollon yhteydessä – ja palvelun laajetessa päivähoiton eriyttämisestä omaksi tai peruskoulun yhteydessä olevaksi sektoriksi. Periaatteessa niillä olisi lähtökohdat, joista voisi edetä ”Suomen tielle”.

Englannissa (ja suurien linjojen osalta myös Yhdistyneiden Kuningaskuntien muissa osissa Skotlannissa, Walesissa ja Pohjois-Irlannissa) terveydenhuolto on rakennettu yhdeksi valtiolliseksi akuuttisairaalat ja avopalvelut kattavaksi *National Health System* (NHS) -organisaatioksi. Perusterveydenhuollosta merkittävä osa tosin on lisensoitu ammatinharjoittajina toimiville lääkäreille ja heihin liittyville hoitajille, fysioterapeuteille ja muille ammattilaisille. Sosiaalipalveluista Englannista vastaavat pääsääntöisesti Suomen kuntia suuremmat kunnat, jotka saavat tehtävään valtakunnallista vakuutus- ja budjettirahoitusta. Sairaaloitten ja perusterveydenhuollon integraatiota on pyritty toistuvasti parantamaan hallinnollisilla reformeilla, jotka tekisivät sairaalat riippuvaisemmiksi lähettävien lääkärin ja potilaiden valinnoista. Kyseessä tuntuu kuitenkin olevan ikuisuusongelma. Sosiaalipalvelujen ja NHS yhteistyö on myös ollut vuosikymmeniä esillä ja erilaisia koordinaatio- ja yhteistyömalleja on kokeiltu. Aika ajoin on tehty aloitteita NHS:n ja sosiaalihuollon hallintojen yhdistämisestä, joko kunnallistamalla osa NHS:ta tai valtiollistamalla osa sosiaalipalveluja, mutta aloitteet eivät ole saaneet laajempaa tukea. (*Ham 2008; Baggott 2004; Gingrich 2011*)

Pohjoismaista Tanska ja Ruotsi ovat perinteisesti rakentaneet terveydenhuollon hallinnon vaaleilla valittujen ja oman verotusoikeuden perustalla toimiville maakunnille ja sosiaalihuollon pääsääntöisesti nykyään Suomen kuntia suuremmille kunnille. Ruotsissa viimeinen suuri hallinnollinen muutos tässä suhteessa tehtiin 1990-luvun Ädelreformissa, jossa vanhusten pitkäaikaishoito irrotettiin maakuntien terveydenhuollosta ja siirrettiin kuntien tehtäväksi. Tanskassa yhdistettiin 2000-luvulla 14 maakuntaa viideksi suurmaakunnaksi ja samassa yhteydessä osa perusterveydenhuollosta siirrettiin kuntien vastuulle. Norjan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa on ollut eniten yhtymäkohtia Suomeen. Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat olleet kuntien hallinnoimia, sairaalat kuntayhtymätyyppisillä maakuntahallinnoilla. Norjassa kuitenkin akuuttisairaalat siirrettiin valtionhallinnolle 2000-luvun alussa ja valtio teki niistä 4–5 alueellista yhtiötä (*Lehto ym. 2014*). Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon reformit ovat muuten olleet pohjoismaissa varsin samansuuntaisia (emt.), niin sosiaali- ja terveydenhuollon ”täydellinen” hallinnollinen yhdistäminen on vain Suomessa kattanut niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut kuin erikoissairaanhoidonkin. Ja kuitenkin kaikissa pohjoismaissa on ruohonjuuritason palveluintegraatio ollut vahvasti agendalla. (*Lehto ym. 2014; Magnussen ym. 2009; Kautto ym. 2002*).

2 Hollannin kuntakoko vaihtelee koko lailla Suomen tapaan Amsterdamin yli 600 000 asukkaasta harvaan asuttujen alueiden pienimmillään noin 2000 asukkaan kuntiin.

3 Hollantia koskevat tiedot perustuvat syksyllä 2013 ja keväällä 2014 tekemiini opintomatkojen julkaisemattomiin muistiinpanoihin.

Väliyhteenvetona yllä olevasta suppeasta ja pinnallisesta katsauksesta voin päätellä, että ”Suomen sote-uudistustie” ei ole poikkeuksellinen agendalla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vuoksi, mutta se on poikkeuksellinen hallinnollisen johtopäätöksen osalta. Missään muussa maassa ei ole päädytty akuuttisairaaloitten samanaikaiseen hallinnolliseen integraatioon sekä perusterveydenhuollon että sosiaalihuollon kanssa. Akuuttisairaaloita on kyllä pyritty saamaan paremmin hallintaan sekä keskittämällä hallintoa (Norja, Tanska) ja vahvistamalla perusterveydenhuollon otetta sairaaloista (Englanti). Sosiaalihuollon hallinnon uudistamisessa on enemmän esimerkkejä hallinnon hajauttamisesta (Hollanti, Ruotsi) kuin hallinnon keskittämisestä. Integraatiosta puhutaan muualla enemmän kannusteiden kuin hallinnon yhdistämisen näkökulmasta.

Organisaatiotraditioiden ja -kulttuurien näkökulma

Erillään kehittyneillä terveydenhuollolla ja sosiaalihuollolla on varsin erilaiset organisaatiokehityksen traditiot ja organisaatiokulttuurit.

Terveydenhuolto on monessa suhteessa rakentunut yhden vahvan profession – lääkärin – ympärille. Vapaan ammattiharjoittajan perinne ja ideaali elää lääkäriprofession ammattikulttuurissa vielä vahvasti. Terveydenhuollon keskeiset instituutiot, sairaalat, ovat pitkään olleet liian suuria pienten kuntien yksinään kannettavaksi ja rakentuneet viimeisten 30 vuoden ajan ”integroitujen” maakunnallisten kuntayhtymien varaan. Terveyskeskuksistakin suurin osa rakentui kunnista erottuvan pienen kuntayhtymän varaan, vaikka 1990-luvulla terveystakeskuksia ”integroititiin” peruskuntiin. Terveydenhuoltoon on rakentunut varsin hienojakoinen erikoistuminen lääketieteen erikoisalojen ja hoidon porrastuksen varaan.

Sosiaalihuolto on rakentunut paljon heikompien professioiden varaan eikä yhdelläkään profession ole auktoriteettia moninaisen sosiaalihuollon kaikille aloille, vaikka sosiaalityöprofession on pyrkinyt ”sosiaalihuollon lääkärin” asemaan. Profioiden nuoruus ja suhteellinen heikkous on mahdollistanut kunnallishallinnon vahvemman otteen sosiaalihuollon toimintaan, varsinkin kun erikoistumisen ja hoidon porrastus on ollut vähäisempää ja suurin osa sosiaalihuollosta on ollut mahdollista rakentaa pieniinkin kuntiin osaksi kunnan hallintoa ja toimintaa.

Sosiaalihuoltoa ja perusterveydenhuoltoa on viime vuosikymmenet yhdistetty hallinnollisesti yksittäisten kuntien sisällä, kuten 1990-luvulla vauhdittanut yhdistämislinja (*Rintala ym 1997*) suositteli. Silloin terveydenhuollon erikoistumiseen, porrastamiseen ja kuntaa isompiin organisaatioihin rakentuminen jäi suurelta osin yhdistämisen ulkopuolelle. Terveystakeskuslääkäriprofession auktoriteettia vastaan asettui tietystä mielessä sosiaalihuollon läheisempi yhteys kunnan yleishallintoon. Ja hallinnollinen yhdistyminen tapahtui ainakin pienemmissä kuntaorganisaatioissa suhteellisen lähellä ruohonjuuritason integraatiotarpeita. Tutkimuksissa onkin viitteitä siitä, että sekä kustannustehokkuus että integraatio on hyötynyt yhdistämisestä keskikokoisissa kunnissa (*Aaltonen ym 2005; Rintala ym 1997; THL:n arviointiryhmä 2013*).

Sote-uudistusesityksen hallinnollisen yhdistymisen malli on varsin erilainen kuin 1990-luvun malli. Nyt katkaistaan yhteydet yksittäisten kuntien hallintoon eli yhteydet sosiaalihuollon kannalta keskeiseen hallinnolliseen tradition. Tuotanto-organisaatorakenteet kehitetään paljolti erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirikuntayhtymien pohjalle tai ainakin niiden kokemuksia hyödyntäen. Täten terveydenhuollon perinteessä vahva erikoistumisen, porrastamisen ja professionaltaisuuden painotus nousee voimakkaammin esiin. Hallinnon etäisyys ruohonjuuritason integraatiotarpeisiin ja -mahdollisuuksiin kasvaa.

Väliyhteenvetona totean, että syntyy ilmeinen riski siihen, että terveydenhuollon organisaatiotraditiot ja -kulttuurit saavat lisää merkitystä ja sosiaalihuollon traditiot ja -kulttuurit vaikuttavat vähemmän. Tämä lisää riskiä muutosvastarintaan, professioiden keskinäisen valtakamppailun kärjistyminen ja integraatiota tukevan kulttuurisen muutoksen vaikeutumiseen.

Johtopäätöksiä

Eduskunnalle annettu sote-hallintolakiesitys voi vielä muuttua esimerkiksi perustuslaillisten ja rahoitukseen liittyvien ongelmien ja esityksestä muodollisesti yksimielisten poliittisten ryhmien tavoitteiden erojen vuoksi. Jos lain voimaan saattaminen onnistuu, nousevat edellä kuvatut suurten hierarkioiden, kansainvälisten esimerkkien puuttumisen, erilaisten organisaatiotraditioiden ja sosiaalihuollon erityiseen asemaan hyvinvointivaltiossa liittyvät haasteet uuden organisaation rakentamisessa ja lain toimeenpanossa. Edessä on varsin jännitteinen muutosten kausi. Vaikka esitetty valtion ja maakuntatason hallinto ei ole läheskään optimaalinen, voi sen puitteissa päätyä enemmän tai vähemmän hierarkkiseen tai verkostomaiseen, enemmän tai vähemmän demokraattiseen, enemmän tai vähemmän sosiaalihoitoa rajoittavaan tai sairaanhoidon rationaliteettia toteuttavaan käytäntöön. Toivottavasti muutoksen toimeenpanossa ei edellä kuvatut vanhanaikaiset rationaliteetit saa yhtä määrävää asemaa kuin lakiesityksen viime vuosien valmistelussa. ●

LÄHTEET

- Aaltonen, Juho & Rätty, Tarmo & Järviö, Maija-Liisa & Luoma, Kalevi (2005). Perusterveydenhuollon kustannukset ja tuotetut palvelut – tuottavuuden kehitys 1997–2003. VATT, Helsinki
- Baggott, Rob (2004). Health and health care in Britain. Palgrave Macmillan, Houndmills.
- Bouckaert, Geert & Peters, Guy & Verhoest, Koen (2010). The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management. Palgrave Macmillan, Houndmills.
- Ham, Christopher (2008). Health policy in Britain. Palgrave Macmillan, Houndmills.
- Gingrich, Jane (2011). Making markets in the welfare state. Cambridge University Press, Cambridge.
- Goodwin, Nick & Smith, Judith & Davies, Alisha & Perry, Claire & Rosen, Rebecca & Dixon, Anna & Dixon, Jennifer & Ham, Chris (2012). Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together. The King's Fund & The Nuffield Trust, London.
- Junnila, Marjaliisa (2008). Toimiiko terveydenhuoltoalue? Stakes, Helsinki.
- Kaukonen, Olavi (2000). Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes, Helsinki.
- Kautto, Mikko & Fritzell, Johan & Hvinden, Björn & Kvist, Jon & Uusitalo, Hannu (eds) (2001). Nordic welfare states in the European context. Routledge, London.
- Kickert, Walter & Klijn, Erik-Hans & Koppenjan, Joop (1997). Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector. Sage, London.
- Lehto, Juhani & Vrangbaek, Karsten & Winblad Ulrika (2014). The reactions to macro-economic crises in Nordic health system policies. Denmark, Finland and Sweden 1980–2013. Health Economics, Policy, and Law.
- Lehto, Juhani (1992). Paternalistinen hyvinvointivaltio. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim). Sosiaalipolitiikka 2017. WSOY, Helsinki.
- Lehto, Juhani (1988). Päihdehuollon sosiaalityöntekijä – sosiaalivaltion huoltomies. Teoksessa: Karvinen, Synnöve (toim.). Sosiaalipolitiikka ja tulevaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio.
- Leskelä, Riikka-Leena & Komsu, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68:48: 3163–3169.
- Magnussen, Jon & Vrangbaek, Karsten & Saltman, Richard (eds.) (2009). Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Open University Press, Maidenhead.
- Rintala, Taina & Elovainio, Marko & Heikkilä, Matti (1997). Osiensa summa. Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja kokemuksista. Stakes, Helsinki.
- STM (2014). Lausuntokierrokselle 14.8.2014 lähetetty luonnos Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennelaiksi perusteluineen.
- STM (2014a). Sosiaali- ja terveysministeriön lehdistötiedote 23.3.2014
- THL:n arviointiryhmä (2013). Sote-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi. THL, Helsinki.

MIRJA SATKA, YTT, SOSIAALITYÖNTEKIJÄ,
SOSIAALITYÖN KÄYTÄNTÖTUTKIMUKSEN PROFESSORI
HELSINGIN YLIOPISTO

Sosiaalihuollon tutkimuksen, sosiaalityön koulutuksen ja sosiaalipalvelujen kehittämisen yhteiset suuret kysymykset

Sosiaalihuollon toimintaympäristön epookkinen murros

Sosiaalihuolto ja sen toimintaympäristö on murroksessa, jossa ollaan jättämässä taakse yksi aikakausi ja samaan aikaan ollaan astumassa uuteen kehitysvaiheeseen. Suomalaisessa yhteiskunnassa etenee muun muassa työelämän muutosten ja valittujen sosiaalipoliittisten linjausten saattamana vakava kansalaisten eriarvoistumiskehitys niin terveyden kuin tulojenkin suhteen. Sosiaalityöntekijät raportoivat havaintoja sukupolvelta toiselle siirtyvän huono-osaisuuden vahvistumisesta. Toisaalta Suomessa elää iso joukko kansalaisryhmiä, joiden terveys ja hyvinvointi on parempi kuin milloinkaan aikaisemmin niitä mitattaessa (*Vaarama ym. 2014*).

Tällä hetkellä työelämän, riittävän toimeentulon ja perinteisten sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle pudonneiden kansalaisten ei ole helppoa rakentaa itselleen mielekästä osallisuutta yhteiskunnan ja lähiyhteisöjen toiminnassa. Heidän ihmisarvoaan kannatteleva paikka on ikään kuin kadoksissa nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä ja uusissa rakenteissa. Asiaa mutkistaa, että toimeentulotuen ehtoja on monin paikoin kiristetty ja ennalta ehkäiseviä perheiden sosiaalipalveluja vähennetty. Kiinnipitävien ympäristöjen ja turvaverkon harveneminen on jättänyt liian paljon vastuuta yksittäisille ihmisille ja perheille. Jos voimavaroja selviämiseen ei ole, harva tukiverkko mahdollistaa nopean putoamisen. Siitä nouseminen vaatii aikaa ja kohtalaisen paljon sosiaalisen nousun mahdollistavia resursseja ja tukea.

Tulevan hyvinvointimallin reunaehdot ovat yhä hahmotteluvaiheessa. Epävarmuutta lisää se, että globaalin riippuvuuskien maailmassa hyvinvointipolitiikan kehityssuuntiin voidaan vaikuttaa vain osittain kansallisella ohjauksella. Uuden hyvinvointiyhteiskunnan avainkysymys on: *Miten kohdata edellä kuvattu, kansalaisryhmien välille syntynyt eriarvoisuuden jännite rakentavasti? Millä keinoilla erojen tasoittaminen ja yhteiskuntarauhan varmistaminen on mahdollista?* Nämä kysymykset ovat yhteinen haaste sekä tutkimukselle että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikoulutukselle ja palvelujen toimeenpanolle paikallistasolla. Nämä kysymykset ovat myös se liima, jonka tulisi liittää kaikki tahot yhteistyöhön. Se voi olla ihmettelemistä, havaitsemista, kokeilemistä tai tutkimista, mutta ennen muuta yhteistä oppimista ja tiedon avointa jakamista. Tarkastelen tästä tulokulmasta teemaani, sosiaalialan opetuksen, kehittämisen ja tutkimuksen yhteisiä kysymyksiä. Aihe on ajankohtainen, sillä tällä kentällä on paljon toistaiseksi heikosti hyödynnettyä uudistus- ja innovaatiopotentiaalia, johon niin valtion, yliopistojen kuin palveluista vastaavien tahojen kannattaisi tarttua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen läpiviennissä.

SAKARI MÖTTÖNEN: ONKO KUNNALLISELLE SOSIAALIPOLITIIKALLE TILAA RAKENTEIDEN MUUTOKSESSA?

Puheenvuoroani raamittaa sosiaalityön käytäntötutkimuksen avaama näköalapaikka Suomen ainoan metropolialueen sosiaalihuoltoon. Keskeisiä toimintaympäristöjä Helsingin yliopiston lisäksi siinä ovat sosiaalialan osaamiskeskus Soccan Heikki Waris -instituutti ja pääkaupunkiseudun (Espoo, Helsinki, Kauniainen, Vantaa) sosiaalityön tutkimuksen ja opetuksen yhteistointaverkosto, joka on nimetty *Praksiksesi* (ks. blogs.helsinki.fi/heikkiwaris/). Kuvio 1. havainnollistaa pääkaupunkiseudun *Praksiksen* toiminta-alaa ja toimintaverkostoja. Avaintoimijat on esitetty laatikoissa ja säännöllisesti yhteistyössä olevat kumppanit niiden ulkopuolella.



Kuvio 1. Heikki Waris -instituutin avaintoimijat ja *Praksiksen* toimintakenttä

Esityksessäni jäljitän niitä suuria kysymyksiä, jotka ovat jo nyt, ja vielä enemmän uskoakseni lähitulevaisuudessa yhteisiä haasteita sekä sosiaalityön akateemiselle koulutukselle ja tutkimukselle että alueellisesti organisoituvan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen palvelutoiminnan kehittämiseksi.

Hyvinvointiajattelun muutos

Nykyisin vallalla oleva hyvinvointiajattelu ja uusimmat hyvinvointiteoriat painottavat ihmisen subjektiivisen kokemuksen merkitystä. Tämä pätee myös ihmisen kokemukseen oman elämänsä hallinnasta. Kehittyneissä länsimaissa elämänhallinnan subjektiivista kokemusta sekä mahdollisuutta tehdä itseä ja omaa elämää koskevia valintoja pidetään nykyään yhtä tärkeänä hyvinvoinnin osatekijänä kuin perustarpeiden tyydytystä (suoja, ravinto, sosiaaliset suhteet, jne.), jolle aiempi hyvinvointikäsitelmä nojasi. Hyvinvoinnin nykyteoreetikot painottavat, että ihmisen elämänhallinta on kaikkea muuta kuin yksilön ominaisuus, jollaisena sitä on usein pidetty. Sen sijaan elämänhallinta on paljastunut prosessin tulokseksi; se on yksilön toimintaresurssi, joka ei kehity yksilölle eristyksissä vaan nimenomaan yhteisöllisen ja kulttuurisen vuorovaikutuksen yhteydessä ja tuloksena. (esim. Aaltio 2013, 51–71).

Kansalaiskeskeisen hyvinvointikäsitelmän yleistymisen näkyy sekä sosiaali- ja terveysministeriön tuoreissa strategioissa että kuntien uusissa palvelukäytännöissä esimerkiksi siten, että palvelun käyttäjien ja kansalaisten osallistumista ja osallisuutta palvelutoiminnassa – sen suunnittelussa, toteuttamisessa ja tutkimuksessa – pidetään keskeisenä arvona. Myös sosiaalityön akateemiset

SAKARI MÖTTÖNEN: ONKO KUNNALLISELLE SOSIAALIPOLITIIKALLE TILAA RAKENTEIDEN MUUTOKSESSA?

kirjoittajat ja tutkijat ovat viime aikoina tarttuneet analyyseillaan asiakkaiden muuttuvaan toimijuuteen (esim. Laitinen & Niskala 2013). Lisäksi asiakkaiden osallisuutta pidetään välttämättömänä edellytyksenä vaikuttavalle sosiaalipalvelutyölle (esim. Pohjola & Kemppainen & Väyrynen 2012).

Lähtökohtana jatkuvan oppimisen visio

Sosiaalityön akateemisen koulutuksen ja tutkimuksen eläviä kytköksiä työelämään on painotettu siitä alkaen kun alan opetusta on ollut. Sosiaalihuoltajakoulutus alkoi pitkällä esiharjoittelulla ja opiskelijat palasivat oppimaan käytäntöjaksolle useita kertoja opintojen aikana. Myös ensimmäinen sosiaalihuollon yliopistonopettaja, lehtori *Mervi Ahla*, käytti sosiaalihuollon käytännöstä lainattuja asiakastapauksia jo 1960-luvulla sosiaalityön menetelmäopetuksen välineenä Helsingin yliopistossa.

Uusi kehitysvaihe alkoi 1983 kun Huoltaja-säätiö teki sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen sosiaalihuollon käytännön, tutkimuksen, kokeilutoiminnan ja akateemisen opetuksen välisten yhteyksien tiivistämisestä (Suoninen-Erhiö 2003). Esityksen tiimoilta käytiin ministeriön sekä eri osapuolten välisiä valmistelevia keskusteluja ja tuotettiin raportteja (esim. Opetussosiaalikeskustoimikunta 1990). Yhteistyön toimeenpano jäi yliopistojen ja kaupunkien tehtäväksi. Useiden yliopistojen ympärille kehittyi 1990-luvulla erilaisia yhteistyömalleja, joille on toivottu vastaavaa valtion tukea kuin terveydenhuollossa ja lääkärinkoulutuksessa. Tämä ei ole toistaiseksi toteutunut, mutta erityisesti pääkaupunkiseudulla tällainen yhteistyö on saatu vakiinnutetuksi kaupunkien ja yliopiston yhteisten ponnistusten ja investointien seurauksena.

Sosiaalityön asiantuntijaksi kehittymisen ja asiantuntijuuden ylläpitäminen on jäsentynyt pääkaupunkiseudulla prosessiksi, joka syntyy ja kehittyy sosiaali- ja terveydenhuollon paikallisiin toimintakulttuureihin osallistumisen yhteydessä. Sen onnistumisen välttämätön edellytys kokemuksemme mukaan on, että toimijat asettuvat tasavertaiseen dialogiin ja kykenevät hahmottamaan yhteisesti jaetun päämäärän. Toimintaan osallistuneet sosiaalityön käytäntötutkijat kuvaavat pääkaupunkiseudulla kehittyneitä ajattelun- ja toimintatapaa innovatiivisen tietoyhteisön periaattein toimivaksi vuorovaikutusverkostoksi seuraavin sanoin:

”Tietoa luovassa innovatiivisessa tietoyhteisössä asiantuntijuuskäsitys on käytäntöyhteisöä tasavertaisempi. Innovatiiviset tietoyhteisöt kohtaavat jatkuvasti ongelmia, joita kukaan yhteisön jäsen ei ole joutunut ratkaisemaan. Tämän takia niiden sisällä ei ole niin jyrkkiä hierarkkisia suhteita kuin perinteisissä asiantuntijayhteisöissä... Oppimisen näkökulmasta opiskelija otetaan mukaan tiedonrakenteluun ennakkoluulottomasti oppimaan työyhteisön kanssa.” (Muukkonen & Yliruka & Saurama 2012, 204).

Tällainen ajattelutapa ja toimintamalli mahdollistaa samalla vahvan asiakasosallisuuden. Se vahvistaa kaupunkien pyrkimyksiä tehdä vaikuttavaa palvelutyötä sekä sosiaalihuollon kehitystä oppivaksi organisaatioksi, jossa asiantuntijaosaaminen on yksi kehittämisen ja johtamisen kohde. Lisäksi se antaa hyvät lähtökohdat sosiaalihuollon tietoperustan käytäntölähtöiselle ja jatkuvalle uudistumiselle. Se ei sulje pois eri tieteenalojen tutkijoiden ja tutkimustulosten hyödyntämistä ja monialaista yhteistyötä, vaan toimii päinvastoin sen vahvana kannustimena. Näin tapahtuu, koska toimintatapa perustuu eteen tulevien ongelmien luovaan ratkaisemiseen. Kun sosiaalityön keinot ja vastaukset loppuvat, niitä etsitään lähialoja edustavien kollegojen sekä palvelun käyttäjien kanssa. Palvelun käyttäjien kokemustiedon vakavasti ottamisella on suora yhteys palvelutyön vaikuttavuuden lisääntymiseen.

Praksis-rakenteessa jaetaan yhteinen vastuu sosiaalihuollon tietoperustan ylläpitämisestä. Tavoittelemme suunnitelmallista, paikallisiin olosuhteisiin sovitettua oppimisen prosessia, jossa toimijoita ovat niin asiakastyön kuin hallinnonkin asiantuntijat yhdessä opiskelijoiden, asiakkaiden ja yliopistotutkijoiden kanssa. Vuonna 2013 pääkaupunkiseudun kunnat ja yliopisto päättivät kokeilla teemallisesti rajattua lähestymistapaa. Teemaksi valittiin seuraavalle kolmivuotiskaudelle ylisuku-

SAKARI MÖTTÖNEN: ONKO KUNNALLISELLE SOSIAALIPOLITIIKALLE TILAA RAKENTEIDEN MUUTOKSESSA?

polvisen huono-osaisuuden katkaiseminen. Käytännössä yhteisten kohtaamisten ja vuorovaikutuksen areenat ovat monenlaisia: työpaikan tai kaupungin temaattinen oppimisverkosto, kehittämiskoikeilu, teemalliset pääkaupunkiseudun iltapäiväseminaarit, käytännönopettajakoulutus, opiskelijan käytäntötutkimuksen tai pro gradu -tutkielman toteutus käytäntöyhteydessä tai ulkopuolelta rahoitettu tutkimushanke, jonka tutkimuskysymys on saatu käytännön asiantuntijoilta.

Olennaista toiminnassa on, että niin opinnäytteillä kuin muillakin tutkimushankkeilla saatu tieto palautetaan käytäntöön. Tällä hetkellä tutkijat ovat yhdessä käytännön asiantuntijoiden kanssa pohtimassa ja kokeilemassa, miten se olisi paras tehdä. Kokemus on osoittanut, että käytännön toimijoiden vahva osallisuus tutkimuksessa siirtää tulokset toiminnaksi. Joskus siirtäminen tapahtuu jopa ennen kuin tuloksia on ehditty raportoida.

Tutkitun ja käytännössä kokeillun tiedon merkitys sosiaalihuollossa on erityisen tärkeää juuri nyt, sillä alan tutkimusperinne on nuorta, ja siksi vielä ohutta. Epookkisen murroksen oloissa tarvitaan jatkuvaa työntekijöiden ajattelutapoja ja työmenetelmiä uudistavaa tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistyötä. Erityisen räikeästi tämä tarve tulee esille, kun sosiaalihuolto rinnastetaan terveydenhuoltoon, jonka käytäntöjen ja menetelmien tutkimuksella on ollut valtion tuki 1950-luvulta lähtien (*Kananoja 2013*) ja lisäksi sen tiedontuotannon rahoittamiseen osallistuu muun muassa lääketieteellisyys huomattavilla summilla.

Suuret yhteiset kysymykset

Seuraavassa tarkastelen pääkaupunkiseudun kokemusten valossa tutkimuksen, koulutuksen ja palvelujen kehittämisen yhteisiä lähitulevaisuuden kysymyksiä kolmesta toisiinsa lomittuvasta näkökulmasta käsin. Ensiksi esittelen ”suuria kysymyksiä” toiminta- ja toimenpidelähtöisesti sosiaalialaa palvelevan tutkimustoiminnan näkökulmasta. Sen jälkeen käsittelen niitä yliopistolaisen koulutuksen ja käytäntötutkimuksen sekä sosiaalihuollon palvelukäytäntöjen kehittämisen kannalta. Kysymysten esittelemisen lisäksi jaan tarvittavat uudistukset strategisesti ensisijaisiin ja muihin. Uudistukset voidaan toteuttaa joko kiireellisinä tai pitkän aikavälin uudistuksina.

1. Sosiaalihuoltoa palveleva tutkimustoiminta

Sosiaalihuollon ja sosiaalityön kansallisen tutkimusohjelman tarpeellisuutta on viime vuosina pohdittu paljon ja esityksiä sellaisen aikaansaamisesta on tehty muun muassa Suomen Akatemialle. Akatemian uusi strategisen tutkimusrahoituksen instrumentti tarjoaa toki jotain myös sosiaalialan kysymyksiin, onhan yhtenä sen vuoden 2015 painoalana eriarvoisuuden mekanismit. On kuitenkin tärkeä huomata, että strateginen rahoitus ja sen teemat ohjautuvat valtion keskuksellisen näkökulmista. Tämän uudistuksen jälkeenkin ruohonjuuritason palvelutoiminta on vailla juuri sen tiedontarpeita palvelevaa tutkimusohjelmaa, jossa ainakin palvelujen vaikuttavuuden käsite ja menetelmät tulisivat olla keskeisellä sijalla.

Kansallisen sosiaalihuollon tutkimusohjelman tulisi ensinnäkin priorisoida alan tutkimustarpeet tieteidenvälistä yhteistyötä hyödyntäen. Toisin sanoin, ensin tulee määritellä kansalaisten hyvinvointia tukevan tutkimusohjelman päämäärät. Sellaiseksi sopisi mielestäni eriarvoistumisen ja marginalisoitumisen analyysi ja kohtaaminen. Toiseksi tarvittaisiin jonkin verran voimavaroja riittävän isojen kansallisten tutkimusryhmien rakentamisen tueksi, vaikka niiden toimijat voitaisiinkin pääasiassa löytää nykyisten tutkijoiden piiristä eri yliopistoissa ja tutkimuslaitoksista. Koska tutkimusohjelman tulisi olla nimenomaan sijoitus tulevaisuuteen, tarve panostaa alan tohtorikoulutukseen ja tutkimusmetodiseen kehittämiseen on polttava. Uudet asiakastietojärjestelmät, esimerkiksi valmisteilla oleva Apotti, mahdollistaa tehokkaan tiedontuotannon vain, mikäli käytettävissä on isoon datakertymään sopivia tutkimusmetodeja. Niiden kehittäminen ja tiedeasiantuntijoiden koulutus tähän työhön olisi tarpeen aloittaa jo tietojärjestelmien kehittämisen rinnalla.

SAKARI MÖTTÖNEN: ONKO KUNNALLISELLE SOSIAALIPOLITIIKALLE TILAA RAKENTEIDEN MUUTOKSESSA?

Pitkällä aikavälillä tutkimustoiminta tulee keskittymään kansainvälisen vertailututkimuksen ja tutkijavaihdon edistämiseen. Vuonna 2014 perustettiin eurooppalainen sosiaalityön tutkimuksen seura ESWRA. Samana vuonna Sosnet solmi Kiinan tiedeakatemia kanssa sopimuksen sosiaalityön tohtorikoulutuksesta. Nämä ovat niitä uusia rakenteita, jotka tähtäävät aktiiviseen sosiaalialan asiantuntijatiedon vaihtoon. Tukea kansainväliselle sosiaalialan tiedon ja osaamisen lisäämiselle löytyy esimerkiksi yliopistojen vaihto-ohjelmista sekä niistä EU:n tutkimusrahoitusjärjestelmistä, jotka painottavat käyttökelpoista tutkimustietoa käytännön ongelmien ratkaisemisessa.

Sosiaalialaa palveleva tutkimustoiminta

Eriarvoistumisen ja muuttuvan organisoinnin oloissa tarvitaan mm.

- Tiedontuotannon tarpeiden priorisointeja
- Resursseja
- Filosofian, metodieksperttien, IT-osaajien tieto-taitoja
- Isoja, tieteellisiä tutkimusryhmiä

Pääöksentekijöiden tiedontarpeiden rahoitus EI RIITÄ, myös palvelujen toimeenpanijat tarvitsevat tietoperustansa mittavaa vahvistamista.

	Toteutus kiireellinen	Toteutus pidemmällä aikavälillä
Strategisesti ensisijaiset tehtävät	Tutkimusohjelma: tarpeiden ja nykytilan analyysi, tarvittavat toimenpiteet Veikuttavuuden menetelmät ja käsitteet	Tieteiden- ja professioidenvälisen sote-tutkimustoiminnan institutionalisointi
Muut strategiset tehtävät	Eriarvoistumisen ja marginalisoitumisen kohtaaminen temateettiseksi tutkimusegendeksi Tutkijavaihto	Kansainvälinen tiedontuotanto; vertailututkimuksen edistäminen Tutkijavaihto

Kuvio 2. Yhteenveto sosiaalihuoltoa palvelevasta tutkimustoiminnasta

2. Sosiaalityön yliopistollinen koulutus ja tutkimus

Sosiaalityön käytännönopetusverkostoista niin pääkaupunkiseudulla kuin muuallakin Suomessa saadun kokemuksen varassa on helppo todeta: sosiaalityöntekijöiden peruskoulutuksen ainoa oikea paikka on siellä, missä yliopiston opettajien ja opiskelijoiden on mahdollista toimia elävässä yhteydessä muuttuvien palvelukäytäntöjen asiakkaiden ja asiantuntijoiden kanssa. Perustelen tätä ennen muuta sillä, että vuorovaikutus haastaa kaikki osapuolet oppimaan toisiltaan. Juuri siksi työelämään sitovat *Praksis*-rakenteet tarvitaan kaikkiin yliopistoihin. Se edellyttää pientä resurssilisäystä valtiolta sosiaalityön peruskoulutusta tarjoavien yliopistojen budjettiin sellaisen henkilöstön palkkaamiseksi, joka keskittyy käytäntösuhteiden rakentamiseen ja ylläpitämiseen (ks. *Kananoja 2013*). Käytäntötutkimuksen kehittäminen Helsingin yliopistossa ja muualla maailmalla on osoittanut, että onnistunut yhteistyö vaatii uudenlaista ajattelua kaikilta osapuolilta ja yliopiston henkilökunnalta jatkuvaa menetelmällistä kokeilua ja sitä tukevaa teoreettista kehittäminen. Samalla käytäntötutkimuksellisesti orientoitunut henkilökunta voi toimia tieteidenvälisen yhteistyön organisoinnina ja rakentaa siltaa perinteisemmän akateemisen tutkimuksen ja sosiaalihuollon käytäntöjen välille.

Yhdeksi hyvin toimivaksi pääkaupunkiseudun innovaatioksi tässä suhteessa on osoittautunut Helsingin yliopiston sosiaalityön syventäviin opintoihin sisällytetty käytäntötutkimuksen 15 opintopisteen laajuinen jakso. Se on kuvaava esimerkki sosiaalityön käytäntötutkimuksessa muotoutuneesta uudenlaisesta tekemisen tavasta. Siinä sosiaalihuoltoa ja sosiaalityötä koskeva tutkimus, sosiaalityöntekijöiden peruskoulutus sekä sosiaalihuollon käytäntöjen kehittäminen kietoutuvat erottamattomasti yhteen.

Opintojaksolla opiskelija valitsee yhden tutkimustehtävän, jonka sosiaalihuollon toimipiste on ehdottanut itseään kiinnostavaksi tutkimusaiheeksi. Yliopiston opettajan ohjauksella aihe rajataan tutkittavan kokoiseksi ja sitä ohjataan. Tutkimusprosessissa opiskelija joutuu soveltamaan uusinta teoreettista tietoaan sekä metodikurssilla oppimiaan tutkimusmenetelmiä käytännön ongelman ratkaisemiseen. Lisäksi häneltä edellytetään yhteistyötä aiheen ehdottaneen toimipisteen työntekijöiden ja aiheesta riippuen myös asiakkaiden kanssa. Kun tutkielma on valmis, sen tulokset tarkastellaan yliopiston ja kentän edustajien yhteisessä seminaarissa. Tavoitteena on, että käytäntötutkimus tarjoaa välittömien tulosten lisäksi uuden näkökulman työpaikan tarjoaman aiheen tarkasteluun.

Syksyllä 2014 sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikat esittivät jaksoa varten 200 tutkimusaihetta, joista vain pieni osa toteutui, koska opiskelijamäärä kursseilla oli 60. Kentän innostus puhuu sen puolesta, että tutkitulla tiedolla on ollut käyttöä. Nokkelimmat kunnat tekevät kokonaissuunnitelman aiheista, jolloin saatu uusi tieto on helpompi koota yhteen. Aiheena voi esimerkiksi olla kaupungin jälkihuollossa olevien nuorten hyvinvointi, joka valottuu prosessissa eri puoliltaan. Sosiaalityöntekijöiden yliopiston opettajille kurssin erityinen arvo on siinä, että opiskelijat orientoituvat kurssin myötä tutkivaan työotteeseen. Kokemuksemme on, että se siirtyy valmistuvien opiskelijoiden kautta heidän tulevien työpaikkojensa kehittämisresurssiksi.

Sosiaalityön yliopistollinen koulutus ja tutkimus	Toteutus kiireellinen	Toteutus pidemmällä aikavälillä
<p>Akateeminen sosiaalihuollon koulutus toteutuu elävässä käytäntöyhteydessä eli käytäntöjen kehittämisen ja tutkimisen parissa.</p> <p>Haastaa opiskelijat, opettajat ja kenttätoimijat.</p> <p>Käytäntötutkimus on lupaava tapa jatkuvan oppimisen metataitojen vahvistamiseen, tarjoaa vaihtoehdon EBP:lle</p>	<p>Strategisesti ensisijaiset tehtävät</p> <p>Yliopistojen praxis-rakenteet</p> <p>Erikoistumiskoulutuksen sisällöt ja rakenne osana jatkuvaa sote-tiedon ja osaamisen tuottamista</p>	<p>Teorian ja käytännön vuoropuhelun metodinen, pedagoginen ja käsitteellinen kehittäminen.</p> <p>Temaattiset opetusta, kehittämistä ja tutkimusta yhdist. agendat</p>
<p>Muut strategiset tehtävät</p>	<p>Tieteidenvälinen tutkimusyhteistyö</p>	<p>Tieto- ja osaamisperustan systematisointi, aukkojen paikkaus</p>

Kuvio 3. Yhteenveto sosiaalityön koulutuksesta ja yliopistollisesta tutkimuksesta

3. Sosiaalialan palvelukäytäntöjen kehittäminen

Epoockinen murros palvelujärjestelmässä sekä vallitsevissa käsityksissä ihmisen hyvinvoinnista haastaa nykyiset sosiaalipalvelut ja toiminnan tavat. Etenkin viimeaikaisessa lastensuojelukustelussa on painotettu sitä, että perheiden avuntarpeisiin tulee kyetä vastaamaan nopeasti ja tilanteeseen nähden oikein mitoitetuin keinoin (esim. Sipilä & Österbacka 2013).

Uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) pyrkii vastaamaan tähän sekä viime aikoina muuttuneisiin yksilöiden, perheiden ja julkisen vallan suhteisiin laajemminkin (Sosiaalihuoltolain yleisperustelut 2014, 9). Sosiaalihuoltolaki ohjaa sosiaalihuollon asiantuntijoita monialaiseen paikalliseen rakenteelliseen vaikuttamiseen, kaikkien alueen toimijoiden mukaan ottamiseen, sekä sosiaalisten ongelmien

ehkäisemiseen tutkittua tietoa ja asiakaspalautetta hyödyntäen. Laki kannustaa sosiaalihuollon toimijoita hallintorajat ylittävään paikalliseen yhteistyöhön sekä kunnallisen sosiaalipolitiikan harjoittamiseen (Kananoja & Niiranen & Jokiranta 2008). Se haastaa toimivien palveluketjujen monitoimijaiseen kehittämiseen sekä kansalaisista kiinnipitävien ympäristöjen aikaansaamiseen. Julkisten menojen säästämistalkoissa laaja-alainen yhteistyö yhdistysten, yritysten, kirkon, alueellisten yhteisöjen, kokemusasiantuntijoiden sekä kunnan eri hallinnonalojen kanssa tulee olemaan keskeistä. Asiantuntijoiden rooleissa painottunee prosessien mahdollistajan ja käynnistäjän työ. Kuntalaisten vastuu ja rooli lähiverkoston toimijoina korostuu.

Sosiaalityöntekijöiden erikoistumiskoulutus on muutosvaiheessa. Erikoistumiskoulutus on tähän asti saanut elää omaa elämäänsä ilman, että sitä olisi järjestelmällisesti hyödynnetty ruohonjuuritason sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen johtamisen ja palvelukäytäntöjen kehittämisen välineenä. Juuri nyt on oikea aika kirjoittaa se sisään sote-palveluja tuottavan tahon strategioihin. Se on yksi tärkeä palanen siinä isossa kokonaisuudessa, joka kuntien ja muiden palvelun tuottajien tulisi ottaa mukaan henkilöstönsä osaamista, palvelujensa kehittämistä sekä opetusta ja tutkimusta yhdistävässä agendassa. Olisiko mahdollista rakentaa suorastaan alueellisia sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisohjelmia, joissa korkeakoulut olisivat yksi osapuoli? Niiden tehtävänä voisi olla uuden tiedon tuottamisen lisäksi menetelmällinen kehittämistyö ja jatkuvan oppimisen rakenteiden ruokkiminen erityisesti sosiaalialalla sekä sosiaali- ja terveysalojen yhteisillä kentillä.

Käytännöllisesti tämä voisi toteutua esimerkiksi siten kuin *Aulikki Kananoja* (2013, 29–32) ehdotti: erityisissä sosiaalityön perus- ja erikoistumiskoulutusta antavien yliopistojen kanssa yhteistyöhön sitoutuneissa tutkimus- ja opetuskunnissa ja -kuntayhtymissä. Tieto uusista tuloksista ja menetelmistä on nykyään helposti jaettavissa kaikille asiasta kiinnostuneille, joten minkään tuottajatahon ei tarvitse kokea itseään ulkopuoliseksi. Tiedon jakamista ja soveltamista toisiin käytäntöihin helpottavia keinoja on korkeakouluissa ja osaamiskeskuksissa syytä jalostaa jatkuvasti. Tässä sosiaalialan osaamiskeskuksessa omaavat erityisosaamista.

Sosiaalialan ja sote:n palvelukäytäntöjen kehittäminen

Tietoperustaisten käytäntöjen rakentaminen jatkuvan oppimisen idealle

- Osaamisen johtaminen organisaatioissa, mm. asiantuntijuuden portaat

Rajat ylittävä yhteistyö kiinnipitävien ympäristöjen ja toimivien palveluketjujen aikaan saamiseksi

- Yhdistysten, yritysten
- Kirkon, alueyhteisöjen
- Kokemusasiantuntijoiden
- Eri hallinnonalojen, ym. kanssa

Palvelutoiminta, joka kohtaa ihmisen avuntarpeen tässä ja nyt

- Saatavuus
- Ymmärrettävyys
- Osallistumisen mahdollisuus

	Toteutus kiireellinen	Toteutus pidemmällä aikavälillä
Strategisesti ensisijaiset tehtävät	Osaamisen johtaminen Tutkivat sos.työntekijät; tutkiva ammattikäytäntö Asiakaslähtöinen palvelutoiminta; dialogisen toiminnan kokeilut & tutkimus	Alueellinen kehittämisohjelma yhdessä koulutusyksiköiden kanssa Tutkimuskuntayhtymät yliopistojen yhteydessä
Muut strategiset tehtävät	Kiinnipitävien ympäristöjen rakentaminen Hallinnonalojen monipalvelu- "tuukku" Verkkopalvelun kehittäminen	Kehittämis-, kokeilu- ja oppimisyönteinen työkuultuuri & oppiva organisaatio Toiminnan läpinäkyvyys: Mitä? Miten? Miksi?

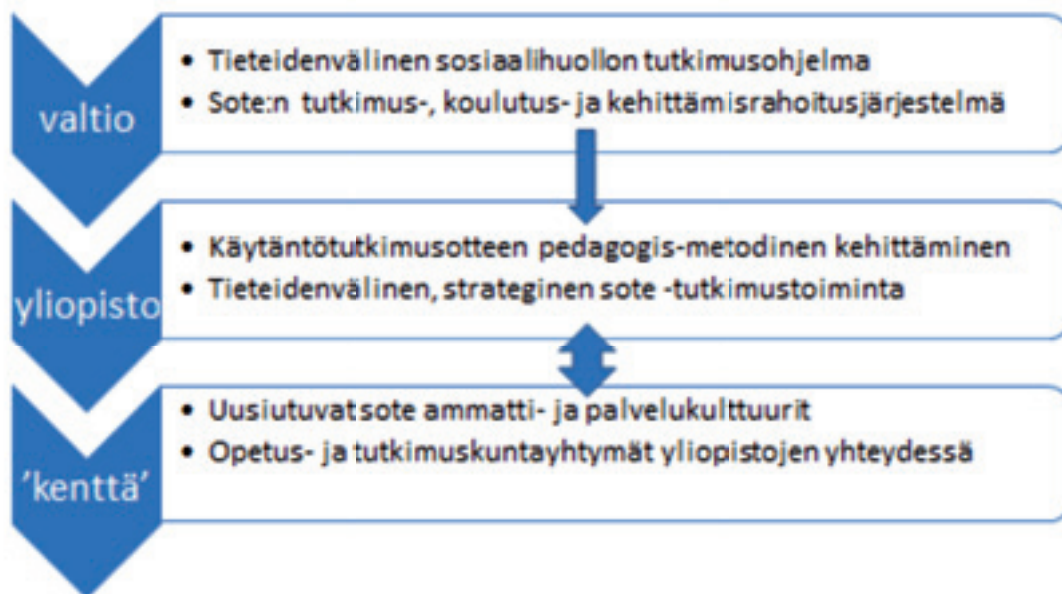
Kuvio 4. Yhteenveto palvelukäytäntöjen monitoimijaisesta kehittämisestä

Lopuksi

Tiivistetysti sosiaalihuollon tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämistyön suuret yhteiset kysymykset voi esittää valtion, yliopistojen ja palveluja toimeenpanevan kentän yhteisenä haasteena, jossa jokaisella taholla on omat vastuunsa (Kuvio 5). Mikäli tulevaisuudessa tahdotaan edistää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuureiden yhteiselo, on väistämätöntä sijoittaa sosiaalihuollon tiedontuotantoon. Myös sosiaalihuollossa tarvitaan sekä sosiaalihuollon perustutkimusta vahvistava tutkimusohjelma että alan koulutusta ja kehittämistä tukeva rahoitusrakenne. Kyse ei liene ensisijaisesti rahasta, vaan poliittisen ajattelutavan muutoksesta. Sosiaalihuoltoa kun ei vielä nähdä kansallisena tulevaisuusinvestointina.

Nykyinen sosiaalihuollon akateeminen koulutus ja erityisesti sen käytäntöjen kehittämiseen ja käytännönopetukseen kytkeytyvät osat toimivat huomattavassa määrin (erityisesti pääkaupunkiseudulla) kuntien ja yliopistojen kustannuksella – toisin kuin terveydenhuollon vastaava koulutus ja tutkimus. Myös tuore sosiaalihuoltolaki ja lakiehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (4.12.2014) jättää tämän sektoreiden välisen eriarvoisuuden ennalleen, vaikka sosiaalihuollon EVO-rahoituksen valmistelutyötä rahoitusjärjestelmän ulottamiseen myös sosiaalihuoltoon on tehty useaan otteeseen (esim. Kananoja 2013). Samaan aikaan myös sosiaalityöntekijöiden erikoistumiskoulutus on siirtymässä joko työnantajien tai opiskelijoiden itsensä kustannettavaksi (Hallituksen esitys eduskunnalle 18.11.2014).

Julkisuudessa on toistaiseksi lähes kokonaan keskustelematta palvelukäytäntöjen ja –kulttuurien uudistaminen, mikä on mittava tehtävä. Sen toimeenpanossa ei kannata unohtaa kansalaisissa ja uusissa ammattilaisten sukupolvissa olevia potentiaaleja. Niiden saamisessa uuden hyvinvointimallin kokeilemiseen ja käyttöön yliopistot ja ammattikorkeakoulut voivat tarjota osaamistaan – jos nämä tahot kykenevät neuvottelemaan yhteisen toiminnan päämäärät. Yhteisellä kentällä voisi nykyisten asiantuntijoiden lisäksi olla myös muunlaisia asiantuntijoita, vaikkapa sosiaalihuollon käytännöt läpikotaisin tuntevia käytäntöprofessoreita Aalto yliopiston tapaan (*professor of practice*). •



Kuvio 5. Yhteenveto sosiaalihuollon koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämisen kysymyksistä

LÄHTEET

- Aaltio, Elina (2013) Hyvinvoinnin uusi järjestys. Helsinki: Gaudeamus.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi yliopistolain ja ammattikorkeakoululain muuttamisesta 18.11.2014.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 4.12.2014.
- Heikki Waris instituutin blogisivut
- Kananoja, Aulikki (2013) Sosiaalihuollon erityisvaltionosuuden (EVO) esiselvitys sosiaali- ja terveysministeriölle. Julkaisematon raportti 30.9.2013.
- Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008) Kunnallinen sosiaalipolitiikka osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.) (2013) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino.
- Muukkonen, Tiina & Yliruka, Laura & Saurama, Erja: *Praksis* toiminnalla oppivaa käytäntöä ja kumuloituvaa tietoa? Teoksessa Tuohino, Noora & Pohjola, Anneli & Suonio, Mari (toim.) (2012) Sosiaalityön käytännönopetus liikkeessä. Rovaniemi: Sosnet.
- Pohjola, Anneli & Kempainen, Tarja & Väyrynen, Sanna (toim.) (2012) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Sipilä, Jorma & Österbacka, Eva (2013) Enemmän ongelmien ehkäisyä, vähemmän korjailua? Perheitä ja lapsia tukevien palvelujen tuloksellisuus ja kustannusvaikuttavuus. Valtiovarainministeriön julkaisuja 11/2013. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Suoninen-Erhiö, Lea (2003) Huoltaja-säätiö sosiaalihuollon edistäjänä ja tutkijana 50 vuotta. Helsinki: Huoltaja-säätiö.
- Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.) (2014) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Loppusanat

Millainen on kunnallisen sosiaalipolitiikan tulevaisuus?

Vuoden 2014 Bruno Sarlin –seminaarin puheenvuorot kertovat hyvin sen, miten ajankohtaista ja välttämättöntä edelleen on tarkastella sosiaalihuollon roolia yhteiskunnan muutoksessa. Usein tässäkin seminaarissa viitattiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain etenemiseen ja sen eri vaiheisiin. Seminaarijulkaisun ajankohtana helmikuun alussa 2015 elämme tältä osin edelleen odotuksen aikaa lakiesityksen valiokuntakäsittelyjen myötä. Historiankirjoitus tulee tarkemmin analysoimaan tämän projektin ja prosessin eri muodot ja ulottuvuudet.

Seminaarin esitykset jatkoivat jäntevästi keskustelua vuoden 2013 Bruno Sarlin seminaarin virittämistä kysymyksistä. Vuoden 2013 seminaari julkaisun loppusanoissa *Aulikki Kananoja* nosti yhtenä teemana esiin ajatuksen kehityssuuntien paradokseista ja jännitteissä toteamalla: ”Kehitys kohti uudenlaista paikallista ja alueellista sosiaalipolitiikkaa ei todennäköisesti kulje hyppäyksinä yhdestä logiikasta toisen, vaan vähitellen ja limittäin. Olennaista on, minkälainen sosiaalipoliittinen visio on yhtäältä kansallisilla ja toisaalta paikallisilla strategisilla toimijoilla.”

Tämä nosto on hyvin ajankohtainen edelleen ja näyttäytyy eri muodoissa vuoden 2014 Bruno Sarlin –seminaarin esityksissä ja niistä käydyissä keskusteluissa. Seminaarin puheenvuoroja voidaan tarkastella siten, että ne avaavat oivallisesti asiantuntijuuteen perustuvia aikalaisnäkyymiä menossa olevan SOTE-uudistuksen viime vaiheisiin ja tematisoivat kehityksen solmukohtia:

- sosiaalihuollon rooli ja tulevaisuus sote-prosessin historian ja poliittisen päätöksenteon perspektiivissä
- kunnan, kuntalaisten ja järjestöjen roolit keskitetyn ohjauksen perspektiivissä
- täydellisesti integroituneen sosiaali- ja terveydenhuollon näkyvä maakunta- ja aluehallinnon perspektiivissä
- sosiaalihuollon koulutus, tutkimus ja kehittäminen sosiaalihuollon toimintaympäristön muutoksen perspektiivissä.

Näiden perspektiivien verkossa kunnallisen sosiaalipolitiikan tulevaisuuden kannalta mielenkiintoinen ulottuvuus on, miten sosiaali- ja terveydenhuollon irtaantuminen kunnan perustoiminnoista rakentaa toisella tavalla kunnan roolia hyvinvointitoimijana ja samalla vaatii kunnan sosiaalipoliittisen ajattelun kirkastamista. Paradoksi saattaa olla sekin, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus antaa tilaa kunnallisen sosiaalipolitiikan kuntaperustaiselle tulevaisuudelle. Toinen selkeä viesti seminaariesitelmistä ja käydyistä innovatiivisesta keskustelusta lienee se, että kunnallisessa sosiaalipolitiikassa on välttämättömästi tarkistettava ja arvioida uudestaan sosiaalipoliittisen toiminnan ja ajattelun kytkeytyminen poliittisen päätöksenteon ja ohjausrakenteiden uusiin muotoihin.

2. helmikuuta 2015

Harri Jokiranta

Huoltaja-säätiön hallituksen puheenjohtaja



Huoltaja-säätiö

Verkojulkaisu 2015
ISBN 978-952-99048-3-9

Huoltaja-säätiö • osoite: Kuntatalo, Toinen linja 14, 00530 Helsinki • puhelin: 09 771 25 10 • www.huoltaja-saatio.fi