

Vihreät De Gröna

Vihreiden sosiaali- ja terveystaloudellinen ohjelma

hyväksytty valtuuskunnan kokouksessa 9.5.2010

Tasa-arvoiset ja vaikuttavat hyvinvointipalvelut

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen vihreät linjaukset

Sisällysluettelo

I Johdanto	2
Vihreä hyvinvointipolitiikka.....	2
Ohjelmasta.....	3
II Tulevaisuuden haasteet	4
Julkisen talouden kestävyys.....	4
Pidemmän elämän tuoma haaste.....	4
Sosiaali- ja terveystalouden kasvu.....	4
Medikalisaatio.....	4
Henkilöstön saatavuus.....	5
Hyvinvointierot.....	5
Elintapojen terveysvaikutukset.....	5
Mielenterveyden ongelmat.....	6
Lasten ja nuorten pahoinvointi.....	6
III Hyvinvointia tukevat ratkaisut	7
Suunnitellaan hyvinvointia tukeva lähiympäristö.....	7
Varhainen tuki – puututaan ongelmiin heti niiden ilmetyä.....	8
Palvelut on annettava ymmärrettävästi.....	9
Mielenterveyden ja päihdeongelmien hoito.....	10
Kaikille mahdollisuus osallistua työelämään.....	10
Ikäihmiset voimavarana	11
Valistusta ja verotusta	11
IV Palvelujen järjestäminen.....	14
Asiakaslähtöisyys syntyy toimijoiden yhteistyöstä.....	14
Henkilöstöpolitiikka ja johtaminen.....	14
Eettisesti kestävä priorisointi perustuu vaikuttavuustietoon	15
Kilpailuttamalla laatua?.....	15
Medikalisaatio kuriin tiukemmalla säätelyllä	16
Tietoteknologian mahdollisuudet ja haasteet.....	16
V Rakenne ja rahoitus	18
Vihreä keskustelunavaus: malli hyvinvointipalveluiden järjestämisestä.....	19
Hyvinvointipalveluiden rahoitus yhteen pottiin.....	20
Ostetaan elämänlaatua ja vaikuttavuutta.....	20
Miten suuri ostopooli?.....	21

I Johdanto

Vihreän sosiaali- ja terveystalouden lähtökohtia ovat oikeudenmukaisuus, vastuu tulevaisuudesta, kestävyys sekä pyrkimys hyvinvoinnin ja onnellisuuden lisäämiseen.

Oikeudenmukainen hyvinvointipolitiikka on sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kaikkien saatavilla ja eri väestöryhmien väliset hyvinvointierot ovat pienet. Ihmisen sosiaalisen aseman sekä koulutus- ja tulotason yhteys terveyteen on edelleen huomattava: heikompiosainen suomalainen sairastaa enemmän ja kuolee nuorempana kuin hyvin koulutettu ja hyvätuloisin.

Lähivuosina suomalaisten hyvinvointipalvelut kohtaavat suuria ja vaikeita haasteita: väestön ikääntyminen, voimakkaasti kasvavat terveydenhuoltomenot, työvoiman saatavuuden vaikeutuminen, elintapojen tuomat terveyshaasteet, väestön hyvinvointierojen kasvu ja julkisen talouden vaikeat kestävyysongelmat.

Vihreä hyvinvointipolitiikka

Vihreät nostavat hyvinvointipolitiikan keskiöön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ongelmien ennaltaehkäisyä. Emme pyri ainoastaan korjaamaan ongelmia vaan myös – ja ennen kaikkea – ehkäisemään niiden syntymistä. Siksi palveluissa on vahvistettava ennakkoivaa, varhaisen auttamisen otetta. Erityisesti on otettava huomioon lapset, nuoret ja heidän perheensä. Ihmisten valinnanvapautta palvelujensa suhteen on hyvä lisätä.

Vihreän sosiaali- ja terveystalouden pääpaino on julkisten palveluiden elinvoimaisuudessa ja laadussa. Keskeinen palveluiden järjestämisvastuu on säilytettävä julkisella sektorilla; ostopalveluita voidaan käyttää julkista tuotantoa täydentämään ja tukemaan.

Hyvinvoinnin edistäminen on myös kovaa talouspolitiikkaa. Jos pystymme myöhentämään 65 vuotta täyttäneiden hoivan tarvetta viidellä vuodella, työvoiman tarve vuonna 2040 vähentyy 130 000 hengellä. Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun kuriin saaminen helpottaa julkisen talouden kestävyysvajetta.

Onnistunut hyvinvointipolitiikka voi olla myös hyvää ympäristöpolitiikkaa. On sekä terveyden että ilmaston kannalta edullista, jos asuinalueet suunnitellaan niin, että voi kävellä ja pyöräillä kouluun, töihin ja kauppaan.

Vihreille mielenterveyden hoito on tärkeä osa terveystaloutta. Nykyiset ongelmat hoidon saatavuudessa kertovat paljolti siitä, ettei mielenterveyden ongelmiin ole osattu suhtautua riittävän vakavasti.

Tekniikan nopeaa kehitystä tulee hyödyntää nykyistä paremmin. Tietojärjestelmien yhteensovittamisella voidaan tehostaa toimintoja ja vähentää byrokratiaa. Tietoverkkoja ja yhteisöllistä mediaa on hyödynnettävä nykyistä aktiivisemmin.

Vahvaan kumppanuuteen perustuva kansalaisyhteiskunta tukee yhteisöllisyyttä, ja kolmannen sektorin kanssa tehtävä yhteistyö onkin vihreistä erityisen tärkeää. Yhteisöjen voimaannuttamisella on suurempi vaikutus kuin pelkällä yksilön parissa tehtävällä työllä.

Kumppanuutta myös yksityisen sektorin kanssa voidaan kehittää edelleen. On tutkittava yhteiskunnallisten yritysten kehittämistä yritysmailman ja järjestöjen välimaastoon.

Kotimaisten haasteiden edessä emme kuitenkaan saa unohtaa, että maailmanlaajuisesti hyvinvointi- ja terveyserot ovat vielä paljon suuremmat. Meidän on kannettava myös globaalia vastuuta ja pyrittävä maailmanlaajuisen hyvinvoinnin lisäämiseen: kehitysavun laadusta ja määrästä on pidettävä huolta ja YK:n vuosittuhattavoitteiden toteutumista pitää edistää.

Ohjelmasta

Tämä ohjelma ei kata koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttää. Työryhmän toimeksiannossa työn ulkopuolelle rajattiin perusturvaan liittyvät kysymykset. Rajaus oli ajoittain vaikea, sillä hyvinvoinnin kysymykset ovat hyvin kokonaisvaltaisia. Esimerkiksi terveys koostuu monista tekijöistä: terveyden tasa-arvoa parannetaan myös puuttamalla terveyden ulkopuolisiksi miellettyihin asioihin kuten työttömyyteen, huono-osaisuuteen ja köyhyyteen. Terveyserot ovat oire hyvinvointipolitiikan epäonnistumisesta.

Vihreissä on tuotettu runsaasti ohjelmia ja linjauksia hyvinvointipolitiikan eri osa-alueilta. Näitä ovat mm. asuntopoliittiset linjaukset kasvukeskuksille ja kaupungeille (2008), Ikääntymispoliittinen ohjelma (2008), Vihreä perustulomalli (2007, päivitys tulossa 2010), palveluntuotannon teesit (2007), Lasten luokkayhteiskunta - vaatimukset lapsiperheiden köyhyyden purkamiseksi (2006), Iloa ja terveyttä yhdessä tekemisestä - terveyspoliittiset linjaukset (2006), Lapsiperheohjelma (2005, päivitys tulossa).

Siksi päädyimme tässä tarkastelussa rajaamaan työmme näkökulman koskemaan tulevaisuuden merkittävien haasteiden tunnistamista ja ratkaisujen hakemista sekä palveluiden järjestämisen tapaa ja rakenteiden uudistamista.

Vihreät ovat valmiita panostamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Olemme myös valmiita rohkeaan rakenteelliseen uudistamiseen, sillä hyvinvointipalvelujen ja niiden rahoituksen pirstaleinen rakenne kannustaa kokonaisuuden kannalta huonoihin ratkaisuihin.

Vihreät esittävät keskustelunavauksena, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen pirstaleisuus puretaan ns. ostopooli-mallilla. Mallissa eri julkisten toimijoiden rahat kootaan yhteen pottiin ja ostopooli vastaa hyvinvointipalveluiden hankinnasta. Tämä on suuri mutta pohtimisen arvoinen muutos, jolla pyritään kustannusten kasvun hidastamiseen ja parempaan, kansalaisten yhdenvertaisuuden takaavaan vaikuttavuuteen hyvinvointipalveluissa.

II Tulevaisuuden haasteet

Julkisen talouden kestävyys

Suomen väestön ikärakenne on poikkeuksellinen sotien jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien takia. Se aiheuttaa huoltosuhteen voimakkaan heikkenemisen lähivuosien aikana. Eläkkeelle siirtyy huomattavasti enemmän ihmisiä kuin työmarkkinoille tulee nuorista ikäluokista. Julkisen talouden kestävyysvajeen arvioidaan olevan noin kymmenen miljardin euron suuruinen.

Pidemmän elämän tuoma haaste

Suomalaisten elinajan odote on kasvanut voimakkaasti ja eliniän pidentyminen jatkuu. Vaikka ikääntyneet ovatkin toimintakykyisiä pidempään kuin ennen, muistisairauksien ja elintamosairauksien lisääntyminen kasvattavat hoivan tarvetta ja kustannuksia. Kuilu tarpeiden ja käytössä olevien voimavarojen välillä kasvaa entisestään.

Sosiaali- ja terveystenonon kasvu

Suomessa terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta on kahdeksan prosenttia, mikä vastaa suunnilleen EU-maiden keskiarvoa. Kustannusten kohtuullisuus Suomessa selittyy osin hoitohenkilöstön (pl. lääkärit) alhaisilla palkoilla.

Hyvinvointipalveluihin kohdistuviin odotuksiin ja vaatimuksiin on pyritty vastamaan lisäämällä rahoitusta. Odotusten ja toteuttamismahdollisuuksien välillä on kuitenkin ristiriita, joka pahenee jatkuvasti. Siksi toimenpiteiden vaikuttavuuteen onkin kiinnitettävä erityistä huomiota. Kansalaisten silmissä hyvinvointipalvelut ovat olleet lähinnä karsinnan ja säästöjen kohteena viime vuosina. Monilla sektoreilla näkyvät vielä edellisen laman jäljet. Resurssit ovat edelleen heikot, eikä toiminta ole kohentunut eri kunnissa tasavertaisesti.

Hyvinvointipalveluihin on kuitenkin laitettu jatkuvasti enemmän rahaa. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon menot ovat kasvaneet 5–10 % vuosittain. Menonon kasvusta noin kolmannes selittyy väestön ikääntymisellä ja kaksi kolmannesta uusien hoitoteknologioiden käyttöönnotolla.

Eniten sairastava 20 % aiheuttaa 80 % kustannuksista, sillä uudet lääketieteelliset teknologiat otetaan käyttöön erikoissairaanhoidossa. Lisäraha käytetään lähes kokonaan vaativaan erikoissairaanhoitoon ja säästötoimenpiteet ovat kohdentuneet verrattain halvaksi tulevaan perusterveydenhuoltoon.

Medikalisaatio

Länsimainen elämäntapa on voimakkaasti medikalisoitunut. Elämään kuuluviin asioihin, kuten suruun, ujouteen, vanhenemiseen tai kaljuuntumiseen etsitään – ja löydetään – lääketieteellisiä diagnooseja ja hoitoja. Lisäksi etsitään uusia ongelmia lääketieteen keinoin ratkottavaksi.

Vaikka väestö ei koskaan ole ollut näin tervettä, ihmiset ovat tyytymättömämpiä ja huolestuneempia terveydentilastaan kuin aiemmin. Terveystään huolestuneet kansalaiset ovat lääke- ja terveysteollisuudelle ehtymätön tulonlähde. Medikalisaatio kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia.

Henkilöstön saatavuus

Julkisella sektorilla on kasvavia vaikeuksia pätevän sosiaali- ja terveydenhoitohenkilöstön rekrytoinnissa ja alalla pitämisessä. Lisäksi suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle lisää alan työvoimatarvetta. Tarvittavaa lisäystä on vaikea saavuttaa, mikäli ala säilyy ennallaan vahvasti naisvaltaisena.

Työ- ja elinkeino- sekä opetusministeriö arvioivat, että sosiaali- ja terveysaloille tarvitaan 120 000 työntekijän lisäys vuoteen 2025 mennessä.

Merkittäviä työelämän ongelmia ovat henkilöstön kasvavat sairauspoissaolot, fyysiset ja henkiset jaksamisongelmat, sosiaalinen pahoinvointi ja työssä uupuminen. Laadullisia haasteita ovat työn mielekkyys ja työajan hallinta. Erityistä huolta on pidettävä pienten kuntien ammattihenkilöstön saannista.

Hyvinvointierot

Suomessa hyvinvointi ei ole jakautunut tasaisesti, vaikka niin on tapana ajatella. Esimerkiksi OECD:n maaraporteissa on toistuvasti huomautettu ihmisten eriarvoisuudesta terveydenhuollossa.

Eri väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa suuria ja kasvavat koko ajan. Esimerkiksi sosiaalisen taustan, sukupuolen ja tulo- ja koulutustason yhteys terveydentilaan on tilastollisesti merkitsevä. Hyvinvoinnissa on myös alueellista epätasa-arvoa.

Sosiaalisia ongelmia syntyy ennen terveysongelmia tai yhdessä niiden kanssa. Epäonnistuminen terveyserojen kasvun pysäyttämässä on oire heikosta yhteiskuntapolitiikasta. Se osoittaa, etteivät terveydenhuoltopalvelut tai terveysvalistus tavoita samalla tavalla kaikkia kansalaisia.

Terveysongelmat ja haitalliset tottumukset kasautuvat jo peruskouluiässä niille, jotka kuuluvat vanhempina vähäosaisimpiin väestöryhmiin. Huono-osaisuudella on taipumusta periytyä huolimatta siitä, että yhteiskuntapolitiikan keinoin on pyritty takaamaan kaikille tasa-arvoinen mahdollisuus hyvinvointiin.

Elintapojen terveysvaikutukset

Kansanterveyteen voimakkaimmin vaikuttavia tekijöitä ovat väestön lihominen, mielenterveysongelmien lisääntyminen ja päihteiden, lähinnä alkoholin, lisääntyvä käyttö. Nämä tekijät lisäävät hyvinvointipalveluiden kuormitusta.

Suomalaisista työikäisistä jo yli puolet on ylipainoisia. Huomattava osa kansantalouden terveyskuluista liittyy suorasti tai epäsuorasti lihavuuteen ja sen liitännäissairauksiin. Merkittävin näistä sairauksista on tyyppin 2 diabetes, jota sairastaa Suomessa yli puoli miljoonaa ihmistä. Mikäli sairaus lisääntyy nykyisellä vauhdilla, vuonna 2030 diabeetikkoja on noin kaksi miljoonaa.

Ongelmilla on taipumusta kasautua, jolloin kehittyvät moniongelmaisia asiakasryhmiä. Syrjäytymisen tehokkaalla ehkäisemisellä voidaan päästä pitkällä aikavälillä merkittäviin kustannussäästöihin – puhumattakaan inhimillisistä vaikutuksista.

Mielenterveyden ongelmat

Mielenterveyden ongelmat ovat yleisiä, mutta niistä vaietaan edelleen. Masennus on yhä merkittävämpi sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden syy. Mielialalääkkeitä käyttää säännöllisesti 700 000 suomalaista. Mielenterveyden ongelmat ja päihdeongelmat liittyvät usein yhteen.

Jonkinasteisia mielenterveyden häiriöitä, kuten ahdistusta tai käytöshäiriöitä, kokee nuorista viidennes. Myös 16–34-vuotiaiden alkaneet Kela-sairauspäiväraha-kaudet lisääntyvät voimakkaasti, samoin mielialalääkkeiden käyttö. Alle 35-vuotiaiden mielenterveyssyistä johtuva eläköityminen tulee kalliiksi hoitokustannuksina ja menetettyinä verotuloina.

Lasten ja nuorten pahoinvointi

Sosiaali- ja terveystalveluiden ongelmat sekä tuloerojen kasvu vaikuttavat lasten ja nuorten hyvinvointiin ja mahdollisuuksiin. Yhteiskunta eriarvoistuu. Vanhempien sosioekonominen asema vaikuttaa yhä enemmän lasten välisiin hyvinvointieroihin. Vaarana on ylisukupolvinen syrjäytyminen.

Kaikilla lapsilla ei ole mahdollisuutta arjen rutiineihin ja kannustaviin ihmissuhteisiin. Suomalaisissa perheissä on huolestuttavan paljon perheväkivaltaa ja päihteiden käyttöä. Perheen ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten lukumäärä on viime vuosina kasvanut. Huostaanotot ja kiireelliset sijoitukset lisääntyvät 2–6 % vuodessa. Avohuollon tukitoimien piirissä on 67 000 lasta ja nuorta. Vuoden 2009 aikana tehtiin yli 76 000 lastensuojeluilmoitusta, jotka koskivat yli 50 000 lasta.

16–24-vuotiaita on lähes kokonaisen ikäluokan verran vailla työ- tai opiskelupaikkaa. Pitkittynyt työmarkkinoiden ja koulutuksen ulkopuolella olemisen on osatekijä syrjäytymiskehityksessä. Syrjäytyneiden nuorten määrän kasvu heikentää nuorten hyvinvointia ja lisää myös julkisen vallan kustannuksia.

III Hyvinvointia tukevat ratkaisut

Hyvinvointi on toimintakykyä, terveyttä, kokemusta turvallisuudesta, vaikutusmahdollisuuksista ja onnellisuudesta.

Hyvinvointipolitiikka ei ole pelkästään sosiaali- ja terveydenhuoltoa, vaan hyvinvointia koskeva päätöksenteko jakautuu monille hallinnon aloille ja tasoille. Vihreät ehdottavat hyvinvointipolitiikkaa, jolla voidaan ohjata ennalta ehkäisevää ja varhaista tukea ja puuttumista suosivaa toimintamallia tunnustaen samalla sekä yksilöiden että perheiden vastuun omasta hyvinvoinnistaan.

Parasta ennaltaehkäisyä on sellaisen moniarvoisen ja -muotoisen yhteiskunnan rakentaminen, jossa kaikilla on mahdollisuus mielekkääseen työhön, osallisuuteen, harrastuksiin ja ihmissuhteisiin ja jossa yhteisöllisyys on vahvaa.

Jokaisen kuuluu ottaa vastuuta omasta terveydestään. Omavastuu tarkoittaa terveyshaittojen ennaltaehkäisyä elämäntapavalinnoilla ja terveysongelmiin puuttumista mahdollisimman varhain. Emme kuitenkaan synny samanlaisina: terveyteen vaikuttavat muun muassa perimä ja elinolosuhteet. Myös julkisen sektorin on kannettava vastuuta terveyden edistämisestä. Vastuun jättäminen pelkästään yksilöiden itse kannettavaksi kasvattaisi terveyseroja entisestään.

Terveiden elintapojen tulisi olla kansalaisvelvollisuuden sijaan kansalaismahdollisuus. Yhteiskunnan on annettava ihmisille voimavaroja luomalla mahdollisuuksia ja kannustimia terveisiin elintapoihin.

Ihmisten erilaisuus ja elämäntilanteiden erot on otettava huomioon terveysvalistusta suunniteltaessa. Syyllistävä terveysvalistus ei vähennä ongelmia, vaan voi jopa aiheuttaa niitä.

Sosiaali- ja terveystalvueluita tulee ohjata ”ennen kuin”, eli ennalta ehkäisevien toimenpiteiden ja ”heti kun”, eli varhaisen tuen toimenpiteiden vaiheisiin. Nämä ovat kustannustehokkaampia kuin ”sitten kun”, eli korjaavien toimenpiteiden vaiheet.

Resursseja tulee ohjata konkreettisiin toimenpiteisiin ja erilaisten toimivien mallien vakiinnuttamiseen. Uusien toimintamallien käyttöönotto edellyttää seurantatiedon keräämistä ja jatkuvaa arviointia. Monesti on kyse ennen kaikkea ajattelutavan ja toimintakulttuurin muutoksesta, ei niinkään lisärahoituksesta.

Suunnitellaan hyvinvointia tukeva lähiympäristö

Suunnittelussa on luotava mahdollisuuksia hyvinvoinnin edistämiseen niin maalla kuin kaupungeissakin. Kaavoituksessa on muistettava palveluiden helppo saavutettavuus, lähivirkistysalueet, esteettömyys, kevyen liikenteen yhteydet sekä leikki- ja pelipaikat. Hyvin suunniteltu ympäristö houkuttelee lähi- ja hyötyliikuntaan.

Kävelyreitit ja pyörätiet tulee kaavoittaa suunnitelmallisesti jo varhaisvaiheessa. Lähiliikuntapaikat tarjoavat liikunnan harrastamisen mahdollisuuksia. Tiiviissäkään rakentamisessa ei tule kadottaa puistoja ja metsiä, sillä ne lisäävät liikkumista sekä luovat esteettisiä kokemuksia ja hyvinvointia. Suunnittelussa tulee lisäksi ottaa huomioon esteettömyys sekä fyysinen ja sosiaalinen houkuttelevuus.

Kuntien kulttuuritoiminnan kehittämisen on suuri merkitys ihmisten yleisen viihtyvyyden ja asukkaiden mielenterveyden kannalta. Kulttuuritoiminta lisää hyvinvointia ja sosiaalista yhdessäoloa, vahvistaa itsetuntoa uusien kokemusten myötä sekä aktivoi kanssakäymiseen. Kulttuurintekijät kuten kuva- ja sanataiteilijat ja esittävän taiteen ammattilaiset voivat kehittää vanhainkoteihin ja muihin laitoksiin asiakkaiden ja henkilökunnan yhteisiä taideprosesseja, joilla lisätään jaksamista, työhyvinvointia ja elämänlaatua.

Kuntien tulee edellyttää liikuntaseuroilta monitasoisen harrastustoiminnan järjestämistä rahallisen tuen vastineeksi. Tuloksiin ja menestykseen tähtäävän kilpaurheilun rinnalla tulee tarjota lapsille ja nuorille mahdollisuuksia osallistua harrasteryhmiin, jotka eivät edellytä sitoutumista useisiin harjoituskertoihin viikossa tai mittavaa taloudellista panostusta. Monipuolisia liikunnan mahdollisuuksia pitää olla myös erityisryhmille, muun muassa vammaisille ja vanhuksille.

Koululiikunnalla voisi olla tärkeä rooli liikunnalliseen elämäntapaan ohjaamisessa. Myös ammatti- ja tiedekorkeakoulujen on tarjottava opiskelijoille innostavat ja edulliset liikuntapalvelut. Nyt jopa 40 % opiskelijoista ei harrasta liikuntaa lainkaan. Vähäinen liikunta nuorella iällä ennustaa myöhempiä terveysongelmia.

Varhainen tuki – puututaan ongelmiin heti niiden ilmetyä

Syrjäytymiskehitys alkaa varhain. Tunnusmerkkejä on nähtävissä jo päiväkotiiässä tai viimeistään peruskoulussa. Sama pätee myös terveyserojen syntymiseen. Ongelmiin puuttuminen jo lapsuudessa on tehokas keino edesauttaa myöhempiä hyvinvointia.

Lapsiperheet tavoitetaan kattavasti neuvoloissa. Lasten ensimmäisten elinvuosien aikana perheen saama tuki on vaikuttavinta. Alkuvaiheen tuki edellyttää, että perustasolla on riittävästi osaavaa ja koulutettua henkilökuntaa ja mahdollisuus myös kodeissa tehtävään työhön. Tuekseen työntekijät tarvitsevat mahdollisuuden konsultaatioihin ja työnohjaukseen.

Peruskoulun piirissä on koko ikäluokka. Siksi sen merkitys syrjäytymisen ja terveyserojen ennaltaehkäisyssä on erityisen suuri. Koulussa voidaan tarjota harrastusmahdollisuuksia, terveystietoutta ja terveellistä ruokaa niillekin lapsille ja nuorille, joiden vanhemmat eivät pysty näitä tarjoamaan. Lapsille tulee taata terveellinen oppimisympäristö. Homekoulut ja -päiväkodit on korjattava.

Jotta koulu pystyy tukemaan hyvinvointia, luokkakoot on pidettävä riittävän pieninä. Kiusaamisen ehkäisemiseksi tehtyjä hyviä käytäntöjä on kehitettävä ja otettava entistä laajemmin käyttöön. Kiusaamisen torjuntaan kouluissa ja päiväkodeissa tulee ottaa mukaan myös vanhemmat ja sidosryhmät.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kynnyksen on pysyttävä matalana. Kouluissa tulee olla riittävästi osaavia kouluterveydenhoitajia, -psykologeja ja -kuraattoreja. Heidän on työskenneltävä yhdessä opettajien ja koulun muun henkilökunnan kanssa, jotta muutoksiin koululaisten hyvinvoinnissa voidaan puuttua ajoissa ja kokonaisvaltaisesti. Kaikkien opintoasteiden oppilas- ja opiskelijahuollossa on tuettava myös oppilaiden henkistä hyvinvointia.

Koulujen on huolehdittava varhaisessa vaiheessa lasten ja nuorten seksuaaliterveyteen liittyvästä tietämyksestä. Sukupuolitautilien laaja levinneisyys on otettava vakavasti. Esimerkiksi kondomeja tulisi olla aina saatavilla kouluissa. Seksivalistukseen tarvitaan myös kulttuurinmuutos: seksin kuvaaminen ei saa rajoittua heterokeskeiseen yhdyntään, vaan opetuksessa on otettava huomioon muutkin seksuaaliset suuntaukset ja kaikkien sukupuolien mahdollisuus terveelliseen ja nautinnolliseen seksielämään.

Oppilaan tarpeen mukaisen erityisopetuksen järjestäminen on keskeinen tukitoimi, mutta syrjäytymiskehityksen katkaisemiseksi tarvitaan myös laaja-alaisempaa otetta. Erityisopetuksen, lastensuojelun ja kunnan nuorisotyön saumaton yhteistyö on avainasemassa. Samalla on kuitenkin turvattava nuorisotoimen itsenäisyys opetus- ja sosiaalitoimesta.

Kaikille erityisopetus ja siihen yhdistetyt tukitoimet eivät kuitenkaan tuo riittävää apua, vaan syrjäytyminen jatkuu peruskoulun jälkeen. Tähän on kehitetty muun muassa niin kutsuttu etsivä nuorisotyö, jonka avulla jo pudonneita nuoria pyritään hakemaan erilaisten kuntouttavien ja integroivien toimintojen piiriin. Järjestelmää pitää jatkossa kuitenkin kehittää siten, että yksikään nuori ei katoa niin, että erityistä ”etsimistä” tarvitaan. Erityisopetuksen, opinto-ohjauksen, lastensuojelun ja erityisnuorisotyön yhteistoiminnan kehittämällä voidaan päästä tilanteeseen, jossa jokaiseen nuoreen säilyy kontakti. Tarvitaan eri viranhaltijoiden parempaa yhteistoimintaa ja pitkäjänteistä otetta.

Sama perustoimintamalli pätee myös maahanmuuttajien kohdalla. Maahanmuuttajanuorilla on usein erittäin hankala tilanne kulttuurien ristivedossa: kodin arvoilla saattaa olla vain vähän yhtymäkohtia siihen, mitä nuoret kokevat ja näkevät koulumaailmassa. Puutteellinen kielitaito vahvistaa syrjäytymistä, ja esimerkiksi ammatillisen koulutuksen läpikäynti voi osoittautua ylivoimaiseksi. Maahanmuuttajat tarvitsevat usein opinnoissaan erityistä kulttuurisensitiivistä tukea.

Nuoria tulee auttaa samanaikaisesti koulutuksen ja työn puutteessa, asunnottomuudessa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Nuoret tarvitsevat erityisesti ns. matalan kynnyksen palveluita, joissa voi hoitaa omia arkaluontoisiakin asioita ilman lähetettä. Pahoinvointi kasautuu miehille sosiaalisina ongelmina ja naiset kärsivät syömishäiriöistä ja masennuksesta. Siksi nuoret tarvitsevat sukupuolisensitiivistä tukea.

Yhdistyksissä ja järjestöissä tehtävä vapaaehtoistyö on arvokasta. Julkisen sektorin ja järjestökentän kumppanuutta on hyvä vahvistaa sekä vapaaehtoistyön kokemusasiantuntijuuden että järjestöjen ammatillisen palvelun hyödyntämiseksi. Heikoimmassa asemassa olevat saavutetaan matalan kynnyksen kohtaamispaikoilla ja jalkautuvalla työotteella. Kuntien tulee tukea järjestöjen tekemää työtä avustusten lisäksi esimerkiksi tarjoamalla koulutusta ja toimintaan sopivia tiloja sekä kehittämällä avustusjärjestelmää joustavammaksi.

Palvelut on annettava ymmärrettävästi

On tärkeää, että sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaat saavat riittävästi tietoa eri vaihtoehdoista ja toimenpiteistä. Henkilökunnan on selitettävä asiat ymmärrettävästi silloinkin, kun asiakas on esimerkiksi kehitysvammainen. Palveluista on tiedotettava esteettömästi.

Varsinkin kaksikielisillä alueilla on varmistettava henkilökunnan riittävä kyky palvella molemmilla kansalliskielillä kaikissa olosuhteissa. Kielilain mukaan palvelua tulee aktiivisesti tarjota asiakkaan omalla äidinkielellä.

Myöskin yksikielisillä alueilla tulee varmistaa riittävä molempien kotimaisten kielten palveluntarjonta turvallisen ja laadukkaan hoidon takaamiseksi.

Hyvinvointipalveluissa on asiakkaina maahanmuuttajia, joita varten tulkkipalveluja on kehitettävä erityisesti niihin palveluketjun kohtiin, joissa tehdään diagnooseja tai odotetaan asiakkaan tekevän itsenäisiä valintoja saamansa informaation perusteella. Etätulkkauksen käyttöä kannattaa lisätä sekä maahanmuuttajille että viittomakielisille.

Mielenterveyden ja päihdeongelmien hoito

Ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen merkitystä tulee korostaa myös mielenterveystyössä. Nykyisin resurssit ohjataan jo ilmenneiden ongelmien hoitoon. On kannattavaa niin yksilön kuin yhteisönkin kannalta purkaa ongelmaketju sen alkuvaiheessa. Kaikilla pitää olla oikeus saada hoitoa riippumatta siitä, paljonko määrärahoja on juuri kyseiselle vuodelle osoitettu. Jonoja purkamalla estetään sairauksien aiheuttamat lisäoireet tai kroonisoituminen.

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta, yhdenvertaisesti muiden asiakkaiden kanssa. Palvelujärjestelmää on kehitettävä lisäämällä peruspalveluissa tehtävää mielenterveys- ja päihdetyötä sekä perustamalla yhdistettyjä mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avoyksiköitä.

Mielenterveys- ja päihdetyötä on pitkäjänteisesti kehitettävä nykyistä avohoito- ja peruspalvelupainotteisemmaksi. Tämän varmistamiseksi on sille taattava tarvittavat resurssit. Päihteiden ongelmakäyttöön tulee suhtautua ensisijaisesti yksilön sosiaalisena ja terveydellisenä ongelmana eikä rikoksena. Päihteiden käyttäjää on ensisijaisesti autettava eikä rangaistava. Tämä vaatii päihdepolitiikan lainsäädännön uudistamista ja käytäntöjen muokkaamista. Mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyönlain sisällöt tulee päivittää ja arvioida niiden yhdistämisen mahdollisuus. Kuntien tai yhteistoiminta-alueiden terveyden ja hyvinvoinnin strategioihin on sisällytettävä mielenterveys- ja päihdetyön osio.

Palveluiden käyttäjiä on kohdeltava kunnioittavasti ja heille on välitettävä tietoa saatavilla olevista palveluista ja mahdollisista rajoituksista avoimesti ja ymmärrettävästi. Kunnissa on tuotettava perustietopaketti opastamaan, miten edetä mielenterveyden ongelman kanssa. Hoitoa ja apua on tarjottava heti.

Erityisesti nuorten mielenterveyden hoidossa tarvitaan selvä ja yksinkertainen hoito-opastus. Potilaille on tarjottava apua heti ensimmäisellä käyntikerralla. Ketään apua tarvitsevaa ei saa käännättää ohjaamatta heitä ensin oikean palvelun piiriin. Potilaille on selvitettävä mahdollisuus vertaistukeen ja muihin auttaviin kontakteihin.

Vanhempien mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien hoito sekä perheväkivallan ehkäisy ovat ennalta ehkäisevää mielenterveystyötä, joka hyödyttää myös perheen lapsia. Parisuhdetta tukevat palvelut ja toimenpiteet voivat säästää resursseja muulta sosiaalityöltä.

Laitospaikkoja on vähennettävä, mutta sitä ennen täytyy avohoitoa kehittää ja monipuolistaa. Avopalveluiden tulee tarjota suunnitelmallista apua ja kuntoutusta. Joskus laitoshoidon on kuitenkin välttämätöntä ja tarvittava määrä laitospaikkoja on turvattava. Pitkäaikaista laitoshoidon tai muuta apua tarvitsevilla ihmisillä on oltava oikeus kotipaikkansa valintaan, kuten muillakin.

Kaikille mahdollisuus osallistua työelämään

Rakenteellinen työttömyys pysyy nykykäsityksen mukaan reilussa viidessä prosentissa työmarkkinatilanteesta riippumatta. Se voidaan painaa huomattavasti alemmas kehittämällä määrätietoisesti välityömarkkinoita. Näin tarjotaan työtä sellaisille työnhakijoille, joiden työllistyminen avoimille työmarkkinoille on epätodennäköistä ilman erityisiä tukia. Välityömarkkinoista ei kuitenkaan saa muodostua halvan työvoiman kierrättämiseen perustuvaa järjestelmää.

Välityömarkkinoilla on kahdenlaisia tavoitteita: niiden kautta ponnistetaan kohti avoimia työmarkkinoita ja toisaalta tarjotaan mielekästä tekemistä niille, joiden työkyky on pysyvästi

alentunut.

Ns. osatyökykyisten työllistäminen parantaa heidän elämänhallintaansa ja tuo heidän osaamisensa ja työpanoksensa yhteiseksi hyväksi. Tähän tarvitaan julkisen vallan panosta. Samalla on tärkeää kehittää sosiaalisten ja yhteiskunnallisten yritysten lainsäädäntöä siten, että järjestökentän ja julkisen sekä yksityisen sektorin välimaastoon syntyy toimintaa, joka koituu sekä yhteiskunnan että vajaatyökykyisten ihmisten hyväksi.

Työmarkkinoiden kannalta on tärkeää edistää maahanmuuttajien työllistymistä ja kotoutumista. Maahanmuuttajanaisten kielen opetus edellyttää samanaikaisen lastenhoidon järjestämistä. Pääkaupunkiseudun ja valtion välisessä vuoden 2010 alussa voimaan astuneessa aiesopimuksessa on kehitetty hyviä malleja ensivaiheen ohjauksen ja neuvonnan sekä suomen kielen opetuksen tehostamiseen.

Ikäihmiset voimavarana

Ikäihmisten pitkän elämän mukanaan tuoma viisaus ja elämäkokemus pitää hyödyntää. Ikäpolvien välisiä vuorovaikutusmahdollisuuksia on tuettava ja seniorikansalaisten keskinäistä vertaistukea vahvistettava.

Yhteiskuntapolitiikalla tulee tavoitella sitä, että vanhukset pystyvät yhä pidempään elämään kotioloissa. Tämä on myös useimpien oma toive niin kauan kuin toimintakyky antaa myöten. Myös ikäihmisten uudenlaisia yhteisöasumisen ja välimuotoisen asumisen malleja on syytä kehittää.

Panostaminen kodinhoitajiin voisi tuoda kunnille säästöjä laitos- ja palveluasumisen kuluissa. Kotona asumisen tukemisessa tarvitaan myös monia toimenpiteitä esimerkiksi liikennepolitiikassa ja kaavoituksessa. Lähipalveluiden tarve kasvaa vanhetessa, ja siksi kuntoutuksen näkökulmasta ja omatoimisen liikkumisen mahdollistamiseksi uusimuotoiset asunnot tulee sijoittaa lähelle palveluita. Vireällä yhdistystoiminnalla tuetaan kotona asumista.

Omaishoitajalla on oltava mahdollisuus säännölliseen vapaaseen sekä fyysiseen ja henkiseen palautumiseen. Sijaisjärjestelyt on saatava kuntoon, jotta omaishoitajat voivat käyttää lakisääteiset vapaapäivänsä. Omaishoidon tuen maksatus tulee siirtää kunnilta Kelalle. Nykyisellään tuen myöntämisessä on eroja kuntien välillä, mikä asettaa kansalaiset keskenään eriarvoiseen asemaan.

Ikäihmisille pitää nykyisin tehdä palvelutarpeen arviointi 75 vuoden iässä. Ennaltaehkäisyyn näkökulmasta tätä arviointia olisi hyvä varhentaa, jotta toimintakyvyn ylläpitoa pystyttäisiin paremmin tukemaan. Senioriväestön neuvontaa ja ohjausta kehitettäessä on muistettava, että ikäihmisillä ei aina ole taitoa tai mahdollisuutta käyttää verkkopalveluita.

Laitoksissa asuville tulee taata ihmisarvoinen elämä ilman ylilääkitsemistä ja sänkyyn sitomista. Heillä on oltava oikeus omaan päivärytmiin ja toisilleen läheisten ihmisten on saatava asua samassa paikassa. Ikäihmisillä tulisi halutessaan olla lemmikkiseuraa hoitokodeissa ottaen huomioon allergiarajoitukset. Jokaiselle laitos- tai vanhainkotiasukkaalle on pyynnöstä taattava oma huone.

Valistusta ja verotusta

Terveysvalistuksessa ei ole kaikille sopivia ratkaisuja. Elämäntilanteiden moninaisuus haastaa järjestelmän toimijoita: toimintatapojenkin on oltava monipuolisia. Valistuksessa pitää kuitenkin aina muistaa, että kohtuus on kaikessa hyvä. Kukaan ei ole täydellinen ja nautinnot, joskus jopa pienet paheet, tekevät hyvää. Asiakas- ja perhekeskeisellä neuvonnalla on saatavissa laajoja

mediakampanjoita parempia tuloksia.

Koska terveysongelmat ja epäterveelliset elämäntavat liittyvät usein syrjäytymiseen, tulee terveysopastusta yhdistää muuhun sosiaalityöhön ja sosiaalityö tulisi rantauttaa osaksi terveydenhuoltoa. Samalla terveyspalveluiden resurssit kohdentuisivat heikoimmassa asemassa oleville ja niitä eniten tarvitseville.

Verkkoyhteisöt ovat hyvinvointipalveluille sekä haaste että mahdollisuus. Niistä voi hankkia terveystietoa entistä tehokkaammin, mutta toisaalta tarjolla on myös paikkansapitämätöntä tietoa. Verkosta on kuitenkin tullut pysyvästi itse- ja vertaisavun paikka, jossa ihmiset jakavat kokemuksiaan ja tukea. Ammattilaisten on osallistuttava keskusteluun sekä löydettävä uusia tapoja hyödyntää verkkopalveluita terveysvalistuksessa. Poliisi päivystää verkossa – niin voisivat tehdä terveydenhoitajatkin.

Aina pelkkä valistus ja opastus eivät kuitenkaan riitä. Verotuksella voidaan vaikuttaa elämäntapoihin ja kulutustottumuksiin. Esimerkiksi alkoholin ja tupakan verotuksen muutoksilla on ollut selkeä vaikutus niiden kulutukseen. Väkevien juomien verotusta on kiristettävä entisestään.

Uudelleen käyttöön otettua makeisveroa voidaan korottaa. Samalla tulisi tarkastella muiden epäterveellisten elintarvikkeiden kuten sokeroitujen virvoitusjuomien sekä runsaasti transrasvoja sisältävien ruokien (snacksit, leivonnaiset) verotusta.

Terveydelle haitallisten tuotteiden markkinointia tulee rajoittaa edelleen. Alkoholimainonnan rajoittaminen sekä alkoholin mielikuvamainonnan ja televisio- ja ulkomainonnan täyskielto vähentäisivät alkoholihaittoja sekä yleisesti että erityisesti lasten ja nuorten osalta.

Päätösten vaikutukset hyvinvointiin tulee ottaa huomioon lainsäädännössä ja julkisessa päätöksenteossa. Ympäristövaikutusten arvioinnin kaltainen terveysvaikutusten arviointi tulee ottaa käyttöön tuomaan päätösten terveysvaikutuksia näkyväksi.

Toimenpiteitä:

- Kaavoituksessa on muistettava palveluiden helppo saavutettavuus, lähivirkistysalueet, esteettömyys, kevyen liikenteen yhteydet sekä leikki- ja pelipaikat.
- Neuvolassa ja päivähoidossa on pyrittävä tunnistamaan mahdollisimman aikaisin syrjäytymisvaarassa olevat lapset. Näille perheille on tarjottava erityistukea.
- Kouluissa on tarjottava harrastusmahdollisuuksia, terveystietoutta ja terveellistä ruokaa.
- Homekoulut ja -päiväkodit on korjattava.
- Kiusaamista on torjuttava määrätietoisesti koulun, päiväkotien ja perheiden yhteistyöllä. Jokaisessa peruskoulussa tulee ottaa käyttöön jokin vuorovaikutustaitojen ja sosiaalisten taitojen opetusohjelma ja toimintamalli koulukiusaamisen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi.
- Kouluterveydenhoidon kynnyksen on pysyttävä matalana. Oppilas- ja opiskelijahuollossa on tuettava myös oppilaiden henkistä hyvinvointia. Kouluissa on oltava enemmän psykologipalveluita.
- Myös lapsia tulee kuulla heihin kohdistuvissa toimissa.
- Vammaispalvelulain mukaisessa hoitotuessa Kelan harkinta alle 16-vuotiaiden kuntoutuksessa on poistettava.
- Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta.
- Kunnissa on tuotettava tietopaketteja avun saantiin mielenterveys- ja päihdeongelmissa.
- Syrjäytymisen ehkäisyssä on vahvistettava monialaista yhteistyötä.
- Rakenteellista työttömyyttä voidaan alentaa kehittämällä määrätietoisesti välityömarkkinoita.

- Vanhusten asumista kotona on tuettava esimerkiksi liikennepolitiikan ja kaavoituksen avulla sekä kansalaistoimintaa tukemalla. Lähipalveluita ja ikäihmisten yhteisöasumisen malleja on kehitettävä.
- Omaishoitajien oikeus vapaapäiviin on mahdollistettava toimivalla sijaisjärjestelyillä.
- Omaishoidon tuen maksatus tulee siirtää kunnilta Kelalle.
- Terveysvalistuksessa on painotettava asiakas- ja perhekeskeisesti kohdennettua neuvontaa. Syyllistävä valistus kääntyy helposti tavoitteitaan vastaan.
- Terveysopastusta tulee yhdistää muuhun sosiaalityöhön ja sosiaalityö ottaa osaksi terveydenhuollon toimintaympäristöjä
- Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten on osallistuttava verkkokeskusteluihin sekä löydettävä uusia tapoja hyödyntää verkkoa työssään.
- Väkevien juomien veroa tulee korottaa.
- Makeisveroa voidaan korottaa. Tarkastellaan myös muiden epäterveellisten elintarvikkeiden verotuksen muuttamista.
- Terveydelle haitallisten tuotteiden, kuten alkoholin, markkinointia tulee rajoittaa edelleen.
- Terveysvaikutusten arviointi tulee ottaa käyttöön tuomaan päätösten terveysvaikutuksia näkyväksi.
- Hoitotahdon merkitystä on lisättävä ja niiden voimaa on vahvistettava. On varmistettava, että mahdollisimman monella on harkittu hoitotahto.
- Kivunhoitoa tulee parantaa hyvän elämänlaadun takaamiseksi potilaille.
- Työterveyshuollon kykyä tehdä toimivia toimenpide-esityksiä koko työyhteisön parantamiseksi on lisättävä.

IV Palvelujen järjestäminen

Asiakaslähtöisyys syntyy toimijoiden yhteistyöstä

Hyvinvointipalvelut ovat jakautuneet Suomessa usean eri organisaation järjestämäksi. Kunnat vastaavat sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta. Sairaanhoidopiirien vastuulla on erikoissairaanhoito. Näitä täydentävät vielä Kelan, työvoimahallinnon, työterveyshuollon, kolmannen sektorin ja yksityisten tuottajien palvelut.

Ihmisten elämäntilanne ja heidän tuen tarpeensa eivät kuitenkaan seuraa hallinnollisia rajoja. Siksi palvelut tulee järjestää asiakaslähtöisesti käyttäjien todellisten tarpeiden mukaan. Vaikeassa tilanteessa olevia on avustettava hoitoon hakeutumisessa ja hoitomuodon valinnassa.

Palveluiden helppo saatavuus on turvattava myös harvaan asutuilla alueilla. Palveluiden järjestämisessä on annettava lähitoimijoille alueen tarpeiden ja resurssien tuntijoina mahdollisuus uudentilaisiin, luoviin järjestelyihin. Esimerkkejä uudentilaisista ratkaisuista ovat terveystieteiden, liikkuvat palvelut, naapuriavun taloudellinen tukeminen ja tietotekniikan hyödyntäminen.

Sosiaali- ja terveystoimen on lähennyttävä toisiaan. Esimerkiksi lapsiperheet, vanhuksien, vammaisten sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tarvitsevat sekä sosiaalista tukea että terveydenhoidon palveluita. Palvelut tulee organisoida asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi ja hoitopoluiksi, jolloin hallinnolliset rakenteet eivät näy asiakkaille. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajoja pitää poistaa – esimerkiksi erikoislääkärin palveluita voidaan tuoda terveyskeskuksiin.

Henkilöstöpolitiikka ja johtaminen

Osaava ja motivoitunut henkilöstö on sosiaali- ja terveydenhuollon tärkein voimavara. Henkilöstöstä huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää. Työhön on tuotava luovuutta ja merkitystä. Merkitys luo motivaatiota, joka parantaa työviihtyvyyttä ja työn laatua. Työntekijöiden osaaminen on saatava valjastettua työn kehittämiseen siten, että aloitteita kuunnellaan ja niistä palkitaan.

Terveyskeskuksissa on saatu hyviä tuloksia hoitaja-lääkäri-työparimallien kehittämisestä. Ammattien välisten raja-aitojen madaltaminen on laajemminkin tutkittava asia: ihmisten ongelmat ja avuntarpeet ovat harvoin jäsentyneet selkeästi erilaisten ammattikuntien työnkuvien mukaan – tarvitaan moniosaajia ja monitaitoisia tiimejä.

Lääkärit ja hoitajat hakeutuvat yksityisten terveysyritysten palvelukseen. Ammatillaiset eivät siirry pelkästään paremman palkan perässä. Yritykset pystyvät houkuttelemaan joustavammilla työajoilla, vähemmällä byrokratialla ja muilla työn järjestelyihin liittyvillä etuisuuksilla. Julkisen sektorin on syytä kehittää työoloja ja johtamista pitääkseen kiinni osaavista työntekijöistä. Lääkäripulan paikkaamiseksi lääkärin koulutusmääriä on edelleen kasvatettava.

Esimiesten valintaan ja koulutukseen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Sosiaali- ja terveydenhuollossa johtajina toimivat useimmiten asiantuntijakoulutuksen saaneet ihmiset. Työnantajien on panostettava merkittävästi johtamiskoulutukseen. Jatkossa johto- ja esimiestehtävissä toimivilta on vaadittava johtamiskoulutuksen suorittamista.

Sosiaali- ja terveysalan koulutusmäärät ovat suuria, ja opiskelijoita tulee hyvin erilaisista taustoista. Oppilaitoksille tulee säätää velvoite tarjota opiskelijoille nykyistä enemmän tukea, jotta voidaan vähentää keskeyttäneiden määrää.

Eettisesti kestävä priorisointi perustuu vaikuttavuustietoon

Yhteiskunta voi vastata hyvinvointipalveluiden kysyntään vain rajallisesti. Hoidon- ja tuentarpeen kasvavan kysynnän vuoksi aika ajoin julkisuudessa esitetään erilaisten priorisointikriteerien käyttöönottoa. On esitetty, että esimerkiksi ns. itse aiheutettujen sairauksien hoitoa rajattaisiin tai epäterveellisesti elävien asiakasmaksuja nostettaisiin.

Asiakkaan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin perustuvat priorisointikriteerit ovat eettisesti kestäättömiä. Jos rajoitettaisiin huonossa asemassa olevien palveluita, käännettäisiin selkä niille, joita ei ole aiemmin tuettu tarpeeksi.

Eettisesti kestävässä priorisoinnissa ei ole kyse siitä ketä hoidetaan ja ketä ei, vaan perustelluista valinnoista eri toimintatapojen välillä. On kyse ennen kaikkea palveluiden laadun ja vaikuttavuuden järjestelmällisestä kehittämisestä. Hyvinvointipalveluiden asiakkailta ja maksajilla on oikeus vaatia laadukkaita ja vaikuttavia toimintatapoja. Hyvinvointipalveluiden jatkuvasta arvioinnista on tehtävä normaalia rutiinia.

Palveluiden mielekäs järjestäminen edellyttää tietoa esimerkiksi siitä, ovatko palvelut laadukkaita, kuullaanko asiakkaita, onko toiminta taloudellisesti tehokasta ja miten palvelut vaikuttavat asiakkaiden elämänlaatuun.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille on tuotettava helposti omaksuttavaa tietoa toimintatavoista, jotka perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Näyttöön perustuva toiminta tulee olla osa hyvinvointipalveluiden normaalia arkea ja työskentelytapoja on jatkuvasti kehitettävä uuden tiedon pohjalta. Julkisesti rahoitetuissa palveluissa on luovuttava toimintatavoista, jotka eivät paranna ihmisten elämänlaatua.

Terveydenhuollossa käypä hoito -suositusten on ohjattava nykyistä paremmin hoitoprosesseja ja ne on integroitava päätöksenteon tueksi osana sähköistä potilaskertomusta. Sosiaalipalveluiden hyvien käytäntöjen levittämiseen ja arviointiin on varattava nykyistä enemmän voimavaroja.

Elämänlaatumittarit ovat osoittautuneet toimiviksi välineiksi hyvinvointipalveluiden vaikuttavuuden arvioinnissa mm. erikoissairaanhoidossa. Niiden avulla seurataan asiakkaan elämän eri osa-alueiden muutoksia usealla eri kriteerillä. Näin voidaan arvioida, onko toimenpiteellä elämänlaatua parantava vaikutus. Terveydenhuollossa tulee ottaa kattavasti käyttöön elämänlaatumittareita elämän eri osa-alueille. Mittareiden avulla vaikuttavuudesta aletaan kerätä systemaattista tietoa osana normaalia hoitotyötä. Vastaavien mittareiden kehittäminen sosiaalipalveluihin on saatava käyntiin.

Kilpailuttamalla laatua?

Kilpailutus tulevina vuosina vaatii sosiaali- ja terveystalouden asiantuntijoiden osaamista ja kilpailutuksen kriteereiden tunnistamista kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Julkisen palvelun tuotannosta on tapahtunut siirtymää markkinoille, joilla toimii sekä kansallisia että kansainvälisiä yrityksiä. Julkisrahoitteiset sosiaali- ja terveyspalvelut tulee kuitenkin lähtökohtaisesti tuottaa siten, ettei niillä tavoitella taloudellista voittoa.

Jos kilpailutusta tehdään, pelisääntöjen on oltava läpinäkyviä ja kilpailutuksen kriteereitä on täydennettävä. Sopimustekniikka on usein puutteellista, ja kustannuslaskenta saattaa kompastua rakenteiden ja prosessien piilokustannuksiin.

Kilpailutus vaatii sosiaali- ja terveydenhoidon markkinoilla erilaisia painotuksia kuin muussa

palveluntuotannossa. Esimerkiksi vanhusten hoidossa laadukkaan palvelun kriteerien tulee ottaa huomioon välittäminen ja huolenpito. Näitä valvomalla voidaan vaikuttaa siihen, että palveluihin sisältyy muun muassa hoitajien mahdollisuus antaa aikaa asiakkaille.

Kilpailutuksessa on keskitytty kustannusten hallintaan laadun valvomisen kustannuksella. Laadun ja tuloksellisuuden tulee määräytyä asiakkaiden elämänlaadun parantumista arvioimalla. Palveluiden laadun arviointia on toteutettava kaikissa peruspalveluissa.

Ihanteellisessa tapauksessa palvelut monipuolistuvat kilpailutuksen myötä ja kansalainen saa itse valita hoitopaikkansa. Käytännössä asiakkailla on nykyisin liian vähän valinnan mahdollisuuksia julkisella sektorilla. Kilpailutus ei kuitenkaan saa olla itseisarvoinen vaihtoehto, vaan kukin kilpailutilanne on arvioitava kokonaisvaltaisesti ja kattavasti.

Henkilöstön näkökulmasta uudet yritykset ovat vieneet johtamistapoja henkilöstökeskeisempään suuntaan. Julkisella sektorilla kilpailutus voikin tuoda uusia virikkeitä perustehtävien järjestämistapoihin, lisätä kustannustietoutta omasta palveluntuotannosta ja lisäksi kohottaa henkilöstön hyvinvointia ja motivaatiota.

Medikalisaatio kuriin tiukemmalla säätelyllä

Kuluttajiin kohdistuva lääketiedottaminen on viranomaisten eikä lääkeyhtiöiden tehtävä. Reseptilääkkeiden suoramarkkinointikiellon kiertämistä on valvottava nykyistä tarkemmin. Markkinointia koskevia ohjeita on kiristettävä tulkintaongelmien poistamiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keskuudessa on lisättävä tietoisuutta medikalisaation ongelmista. Yhteiskunnan mahdollisuudet vastata terveysteollisuuden synnyttämään kysyntään ovat rajalliset. Siksi ammattilaisten on pystyttävä tukeutumaan riippumattomaan tietoon arvioidessaan asiakkaiden hoidontarvetta.

Rationaalisen lääkehoidon edistämiseen on luotava riittävät resurssit. Lääkäreille on tuotettava tiivistettyä, helposti lähestyttävää ja puolueetonta tietoa uusista lääkkeistä.

Lääketutkimukselta on vaadittava läpinäkyvyyttä. Myös kielteiset tulokset on julkaistava. Uusien lääkkeiden tehoa on verrattava vastaaviin vanhoihin lääkkeisiin ennen laajamittaista käyttöönottoa. Lääkepatenttien myöntämisen on edellytettävä aitoja uusia keksintöjä ja koe-eläinten käytölle on etsittävä vaihtoehtoja.

Monilla on hyviä kokemuksia ns. vaihtoehtoisista hoitomuodoista. Asiakkaat kokevat usein saaneensa hyvää palvelua ja tulleet kohdatuksi kokonaisvaltaisesti. Näitä toimintatapoja voidaan hyödyntää myös julkisesti rahoitetuissa palveluissa. Potilasturvallisuuden vuoksi vaihtoehtohoitoista on syytä säätää lailla. Vaihtoehtohoitoja voidaan ottaa julkisesti rahoitetun hoitojärjestelmän piiriin, kun niiden tehosta ja vaikuttavuudesta saadaan riittävää näyttöä.

Tietoteknologian mahdollisuudet ja haasteet

Tietotekniikka luo runsaasti mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parantamiseen ja toiminnan tehostamiseen. Asiakastietojärjestelmät poistavat päällekkäistä työtä, parantavat potilasturvallisuutta ja auttavat arviointitiedon keräämisessä.

Sähköisellä reseptillä voidaan vähentää reseptilääkkeiden väärinkäyttöä. Lääkityksen seuranta on tuotava osaksi sähköistä potilaskertomusta. Mahdollisuus tarkastella kaikkea potilaalle määrättyä

lääkitystä vähentää haitallisten yhteisvaikutusten ja ylilääkinnän riskiä sekä parantaa potilasturvallisuutta.

Potilaan ollessa julkisen terveydenhuollon parissa on tiedon liikuttava oletusarvoisesti hoitotaholta toiselle niin, että vain potilaan erillinen toive voi estää tiedonkulun. Toimivat tietojärjestelmät edellyttävät standardien mukaista yhteensopivuutta ja vahvaa tietosuojaa. Järjestelmien kehittämisessä käytettävyyteen ja tiedonkulkuun on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työajasta liian suuri osa kuluu tietojenkäsittelyyn. Tietojärjestelmien on toimittava työn tukena eikä rasitteena. Valtakunnallisen Kanta-ohjelman käyttöönottoa on jouduttava koko maassa.

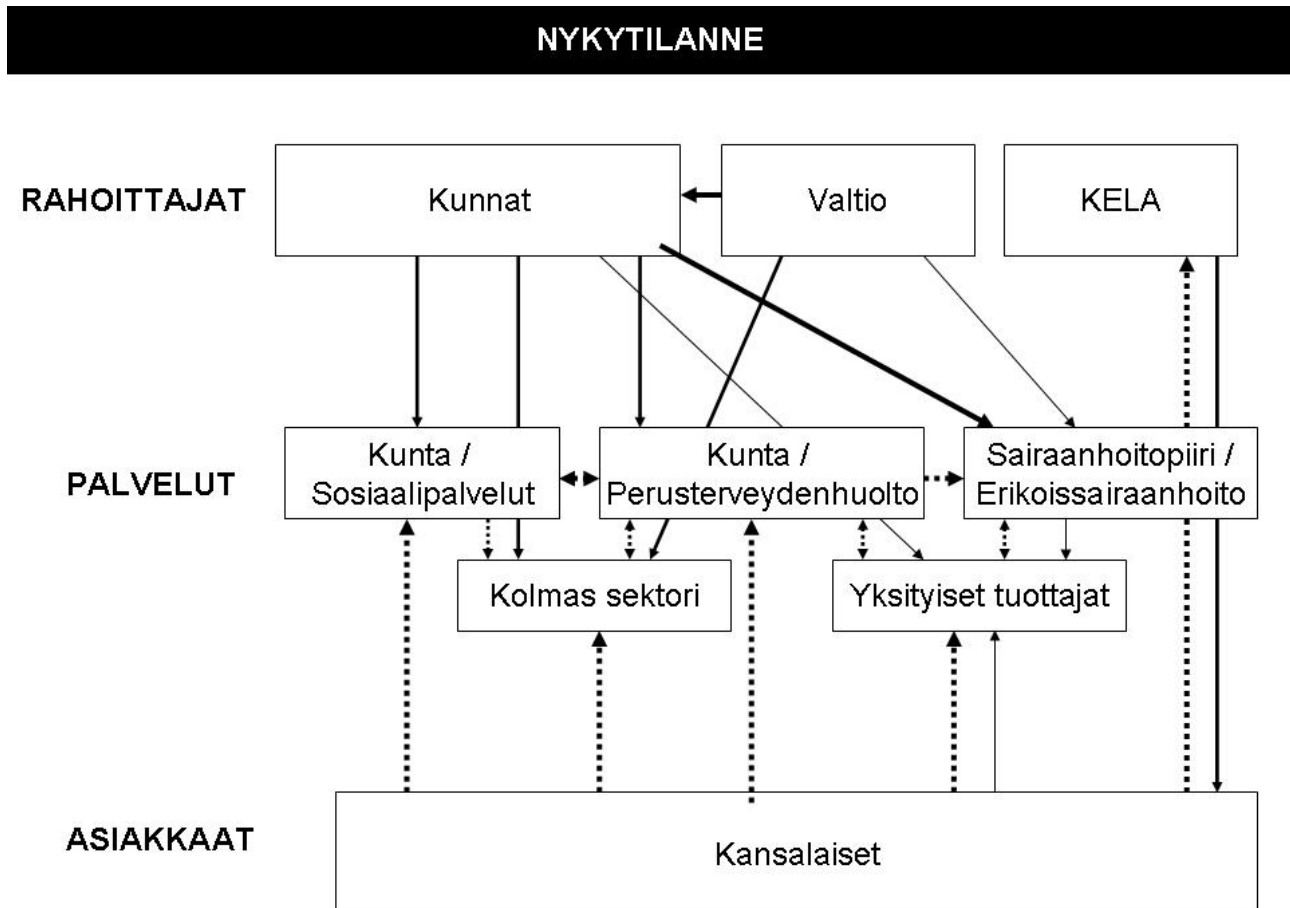
Internet mahdollistaa monien palveluiden tuomisen ajasta ja paikasta riippumatta ihmisten ulottuville. Esimerkiksi mahdollisuus luottamukselliseen verkkoyhteydenottoon ja -keskusteluun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa madaltaisi kynnystä palveluiden pariin hakeutumiseen. Verkkopohjaiset ajanvarausjärjestelmät helpottaisivat myös kiireettömään hoitoon hakeutumista sekä mahdollistaisivat mm. reaaliaikaisen jonotustiedon esim. leikkausta odottaville.

Toimenpiteitä:

- Palvelut tulee organisoida asiakaslähtöisiksi palvelukokonaisuuksiksi ja hoitopoluiksi, jossa eri toimijat tekevät yhteistyötä asiakkaan tarpeiden mukaisesti.
- Palveluiden saatavuus on turvattava myös harvaan asutuilla alueilla. Tässä voidaan hyödyntää uudenlaisia ja luovia järjestelyjä ja rakenteita.
- Julkisen sektorin on voitava kilpailla työntekijöistä yksityisen kanssa tarjoamalla joustavampia työaikoja, vähentämällä byrokratiaa ja pätkätöitä sekä kehittämällä muita työhön liittyviä etuisuuksia. Johtotehtävissä toimivilta on vaadittava johtamiskoulutuksen suorittamista.
- Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitosten on tarjottava opiskelijoille nykyistä enemmän tukea, jotta voidaan vähentää koulutuksen keskeyttäneiden määrää.
- Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YTHS on avattava ammattikorkeakouluopiskelijoille.
- Näyttöön perustuvan toiminnan tulee olla osa hyvinvointipalveluiden normaalia arkea ja työskentelytapoja on jatkuvasti kehitettävä uuden tiedon pohjalta.
- Terveydenhuollossa tulee ottaa kattavasti käyttöön yleinen elämänlaatumittari, jonka avulla vaikuttavuudesta aletaan kerätä systemaattista tietoa osana normaalia hoitotyötä. Vastaavien mittareiden kehittäminen sosiaalipalveluihin on aloitettava.
- Kilpailutuksen on oltava läpinäkyvää. Kriteereitä on täydennettävä niin, että palvelujen laatua painotetaan nykyistä enemmän.
- Reseptilääkkeiden suoramarkkinointikiellon kiertämistä on valvottava nykyistä tarkemmin.
- Sähköinen resepti tulee ottaa käyttöön mahdollisimman pian. Sen avulla voidaan vähentää reseptilääkkeiden väärinkäyttöä, vähentää haitallisten yhteisvaikutusten ja ylilääkinnän riskiä sekä parantaa potilasturvallisuutta.
- Tietojärjestelmien on toimittava työn tukena eikä rasitteena. Tietojärjestelmien kehittyessä on kehitettävä uusia toimintamuotoja.

V Rakenne ja rahoitus

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto ja sen rahoitus on organisoitu monimutkaisesti. Perustoiminnoista vastaavat kunnat. Niiden lisäksi toimijoita ovat erikoissairaanhoidon kuntayhtymät, muut kuntayhtymät (esimerkiksi kehitysvamma- ja päihdehuollossa), yliopistosairaalat ja lisäksi yksityiset lääkärit ja lääkäriasemat, työterveyshuolto, järjestöjen ylläpitämät palvelut ja joukko muita toimijoita.



Pirstaleinen rakenne luo epätasa-arvoa. Moniongelmainen asiakas voi jäädä järjestelmän rakenteiden kouriin. Pärjääminen edellyttää kykyä vaatia ja puolustaa oikeuksiaan, jolloin kaikkein heikoimmassa asemassa olevat jäävät vahvempien jalkoihin.

Kansalaisten yhdenvertaisuudesta on huolehdittava. Palvelut on organisoitava siten, että kaikkia asiakkaita palvellaan tasavertaisesti. Yhteiskunnan on kyettävä arvioimaan kokonaiskustannuksia sekä toimintojen vaikuttavuutta.

Rahoitusjärjestelmän monimutkaisuus haittaa kokonaiskustannusten arviointia ja seuranta. Hyvinvointipalveluiden rahoittamiseen osallistuvat kuntien ja valtion lisäksi myös Kela mm. sairaspäivärahojen ja erilaisten kuntoutusten kautta.

Monen rahoittajan mallissa kokonaisuuden kustannustehokkuudesta ei vastaa kukaan, eivätkä asiakkaat aina saa tarvitsemaansa palvelua. Esimerkiksi kunta tai sairaanhoitopiirit voivat säästää lykkäämällä leikkausta ja siirtämällä kuluja Kelalle, koska Kela maksaa sairaspäivärahat jonotusajalta.

Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuuden purkaminen on välttämätöntä, jotta kannusteet saadaan toimimaan kokonaisuuden kannalta edullisella tavalla. Kustannus- ja vaikuttavuuskehityksen hallinta edellyttää vastuun ja rahoituksen kokoamista yksiin käsiin.

Nykyjärjestelmän ongelmiin on pyritty vastaamaan ehdottamalla erilaisia malleja, joissa rakennetta on kehitetty: PARAS-lain mukaiset yhteistoiminta-alueet, sosiaali- ja terveystaluemalli (ns. Risikon malli), maakuntapohjainen kehitysmalli (ns. Hyssälän malli) ja kansallinen terveystaluerahasto (Vanhasen tai Huuhtasen mallit).

Esitetyssä sosiaali- ja terveystaluemallissa on paljon hyvää: sosiaali- ja terveystalut erikoissairaanhoidon myöten koottaisiin saman järjestäjän vastuulle. Sosiaalihuollon, perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon yhteiset tavoitteet hahmottuisivat helpommin.

Kuntayhtymä sosiaali- ja terveystaluiden hallintomallina on kuitenkin ongelmallinen. Sosiaali- ja terveystalut vievät suunnilleen puolet kuntien rahoista. Kunnallisen itsehallinnon kannalta on hankalaa, jos leijonanosaa budjetista kulkee kuntayhtymän kautta. Demokraattinen ohjaus ja valvonta ovat puutteellisia. Siksi sosiaali- ja terveystaluemalli toimii hyvin vain, jos tehdään suuri kuntauudistus ja koko maahan muodostetaan vain 40–60 kuntaa.

Palveluita tuottavissa organisaatioissa eletään epävarmoissa tunnelmissa, kun tulevaisuuden organisointimallista ei ole tietoutta. Siksi isot rakenteelliset ratkaisut pitää tehdä viipymättä.

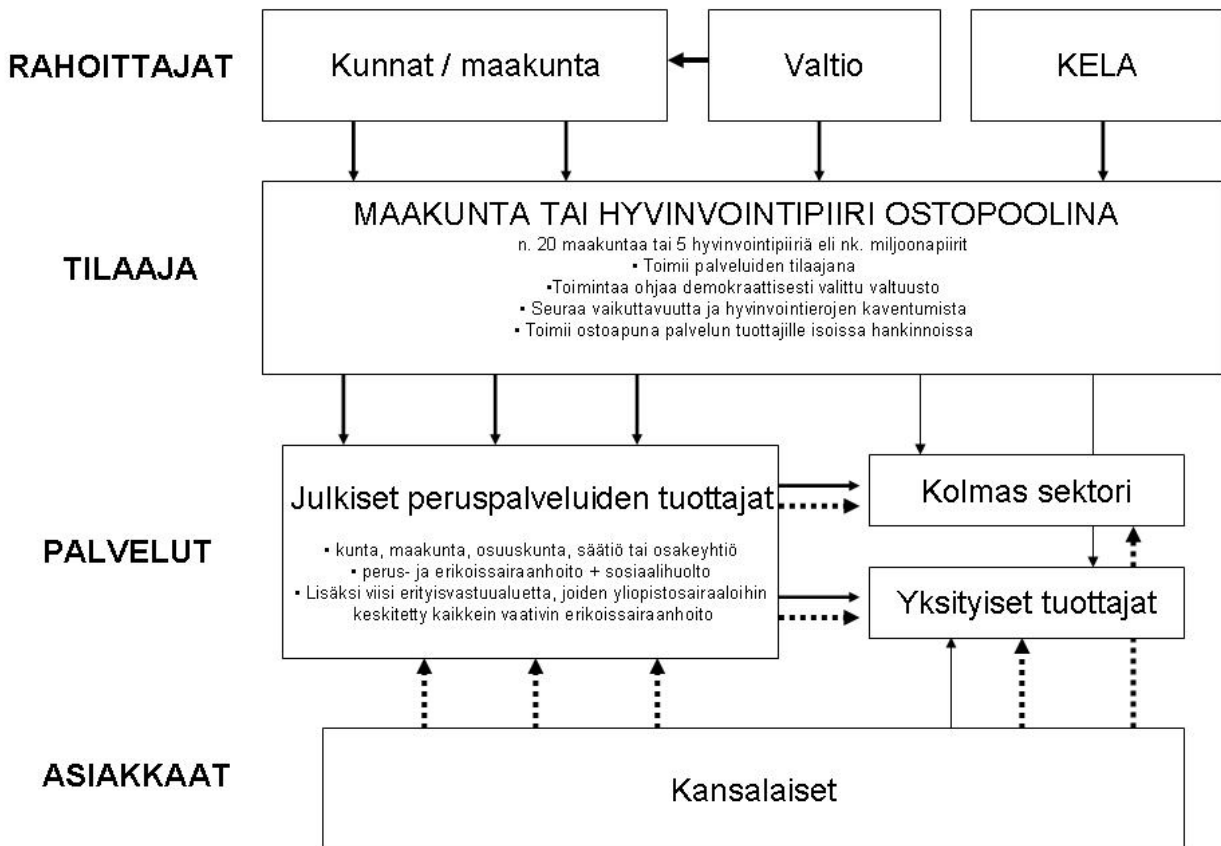
Vihreä keskustelunavaus: malli hyvinvointipalveluiden järjestämisestä

Vihreässä mallissa hyvinvointipalveluiden järjestämisestä keskeisiä periaatteita ovat:

- **rahoituksen monikanavaisuuden purkaminen** siten, että eri toimijoilla ei olisi kannustetta minimoida omia kustannuksiaan siirtämällä asiakas toisen rahoittajan vastuulle
- **terveydenhoidon ja sosiaalihuollon laadukkuus** riippumatta peruskuntien taloudellisesta tilanteesta tai kuntien koosta; **kansalaisten yhdenvertaisuuden varmistaminen**
- **sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen demokraattisuus**, joka voidaan toteuttaa riittävän suurella kuntakoolla tai esim. maakuntavaltuuston vaaleilla
- sosiaalihuollon, perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon **yhteistoiminnan vahvistaminen**; toimivat hoitoketjut
- **asiakkaan oikeus hakeutua haluamaansa**, esim. asuin- tai työpaikkansa lähellä olevaan palveluun kantarajoista riippumatta

Tässä esitettävä malli on keskustelunavaus, ei keskustelun päätepiste.

VIHREIDEN MALLI



Hyvinvointipalveluiden rahoitus yhteen pottiin

Vihreiden mallissa valtion, kuntien ja Kelan rahoitus yhdistetään samaan pottiin. Tämä poistaisi eri toimijoiden tekemän osaoptimoinnin. Sairausvakuutus siirrettäisiin Kelasta samaan kokonaisuuteen, samoin kuin valtionosuudet ja muu valtion panostus. Yksityislääkärien Kela-korvaukset poistettaisiin; yksityistä sektoria käytettäisiin ostojen tai palvelusetelien kautta.

Tällä tavoin muodostettaisiin sosiaali- ja terveystalouden ostopooleja, joiden perustehtävänä olisi toimia omistajakuntien yhteisinä asiantuntija- ja tilaajaorganisaatioina. Ostopoolit ostaisivat hyvinvointivaikutuksia tai -tuloksia, ei yksittäisiä suoritteita kuten leikkauksia, lääkärikäyntejä tai hoitovuorokausia. Tämä edellyttää hyvinvointivaikutusten arvioinnin mittaamisen ja todentamisen järjestelmällistä kehittämistä ja tilastointia.

Ostetaan elämänlaatua ja vaikuttavuutta

Palveluiden tuottamisesta vastaisivat kunnat, kuntayhtymät, yksityiset toimijat tai kolmas sektori. Ostokriteerinä olisi se, kuinka hyvin ne kykenisivät tuottamaan terveyshyötyä ja elämänlaatua. Ostettavat toimenpiteet valittaisiin sen mukaan, mikä on niiden vaikuttavuus suhteessa kustannuksiin.

Palveluiden tuottajien toimintaa ohjaisivat näyttöön perustuvat hoitosuosituksot ja hyvät käytännöt. Palvelut toteutettaisiin hoitopolkuina, joissa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon raja-aidat katoaisivat.

Ostopooli ostaisi ensisijaisesti vaikuttavuutta. Vaikuttavuuden arviointia varten maa voitaisiin jakaa maantieteellisesti esimerkiksi kaupunkialueilla 5 x 5 km:n ja maaseudulla 20 x 20 km:n ruutuihin, joilta kerättäisiin tietoa väestön elinajan odotteesta, sairastavuudesta ja sosiaalisista ongelmista. Tavoitteena olisi hyvinvointierojen kaventaminen.

Miten suuri ostopooli?

Ostopoolin koko on oleellinen kysymys. Vihreästä näkökulmasta valtakunnallinen terveysturva (ns. Kela-malli) on liian suuri: paikalliselle tai alueelliselle soveltamiselle ei jää tarpeeksi mahdollisuuksia. Lisäksi demokraattinen ohjaus jäisi kovin etäiseksi ja ohueksi.

Yksi vaihtoehto on ns. ”miljoonapiirien” muodostaminen, jolloin maahan syntyisi viisi hyvinvointipiiriä. Tämä malli loisi selkeän rakenteen sekä tehokkuutta ja yhdenvertaisuutta. Hyvinvointipiirien demokraattinen ohjaus perustuisi vaalien tulokseen ottaen huomioon puolueiden väliset voimasuhteet ja alueelliset kokoerot. Näin demokraattinen ohjaus olisi parempaa kuin terveysturvamallissa, mutta haasteeksi jäisi erityisesti pienempien kuntien äänen kuuluminen.

Toinen pohdinnan arvoinen malli olisi maakuntamalli eli ostopoolin maakuntapohjainen kokoluokka – pooli muodostuisi suurin piirtein nykyisten erikoissairaanhoidopiirien tai maakuntien mukaan. Maahan syntyisi noin 20 maakunnallista ostopoolia, joiden asukaspohja olisi keskimäärin noin 200 000.

Demokraattinen ohjaus voitaisiin toteuttaa maakuntahallinnon yhteydessä – jatkossa maakunnan päättäjät voitaisiin valita suorilla vaaleilla kuntavaalien yhteydessä. Maakuntamallissa erityisen vaativan tason erikoissairaanhoidon palvelut ostettaisiin yliopistosairaaloilta, jotka toimisivat valtakunnallisesti sovitun erikoistumisen ja työnjaon pohjalta.