



VALTIOVARAINMINISTERIÖ

# Perus- palvelujen tila - raportti 2014



Kunnallistalouden  
ja -hallinnon  
neuvottelukunta

9/2014  
osa II

Kunnat





VALTIOVARAINMINISTERIÖ

---

# Peruspalvelujen tila –raportti 2014

Kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunta

## II OSA – Liiteosa



## II OSA – Liiteosa

<b>1</b>	<b>Kasvatus- ja koulutuspalvelut</b> .....	1
1.1	Kasvatuspalvelut.....	3
1.2	Esi- ja perusopetus.....	14
1.3	Lukiokoulutus.....	27
1.4	Ammatillinen koulutus.....	32
<b>2</b>	<b>Kirjasto-, kulttuuri- ja liikuntapalvelut</b> .....	39
2.1	Kirjasto- ja tietopalvelut.....	39
2.2	Kulttuuripalvelut.....	47
2.3	Liikuntapalvelut.....	54
<b>3</b>	<b>Sosiaali- ja terveystyöpalvelut</b> .....	59
3.1	Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menoissa sekä kuntalaisten palvelutarpeissa edelleen suuria alueellisia eroja.....	59
3.2	Perusterveydenhuollon palvelut ja kiireettömän hoidon vastaanotto.....	63
	Kiireettömään hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa.....	68
3.3	Avosairaanhoito, toimintamalleista perusterveydenhuollon vastaanottotyössä.....	72
3.4	Asiakaspalaute suurten kaupunkien terveysasemilla.....	83
3.5	Perusterveydenhuollon päivystys.....	86
3.6	Suun terveydenhuolto.....	90
3.7	Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut.....	97
3.8	Asiakaspalaute suurten kaupunkien neuvoloissa.....	109
3.9	Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut.....	113
3.10	Näkemyksiä lapsiperheiden palvelujen saatavuudesta.....	128
3.11	Lastensuojelu.....	133
3.12	Ikäihmisten sosiaali- ja terveystyöpalvelut.....	162
3.13	Erikoissairaanhoidon palvelut.....	169
3.14	Mielenterveystyöpalvelut.....	177
3.15	Päihdepalvelut.....	189
3.16	Toimeentulotuki.....	208
<b>20</b>	<b>suurimman kaupungin tuottavuusvertailu</b> .....	217
	<b>Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet kunnallisten sosiaali-, terveys-, koulutus-, sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011</b> .....	221
	<b>Lähteet</b> .....	235



# 1 Kasvatus- ja koulutuspalvelut

*Tommi Karjalainen, Aki Tornberg, Kirsi Lamberg, Heli Nederström, Kirsi Alila, Jukka Lehtinen, Reetta Laaksonen, Marjatta Kekkonen, Antti Väisänen, Tuula Kuoppala ja Salla Säkkinen*

Kasvatus- ja koulutuspalvelut muodostuvat varhaiskasvatuksesta, esiopetuksesta, perusopetuksesta, lukiokoulutuksesta ja ammatillisesta koulutuksesta.

## Varhaiskasvatus

Varhaiskasvatuspalvelut ovat osa alle kouluikäisten lasten palvelukokonaisuutta, joiden järjestämisestä kunta vastaa. Varhaiskasvatussuunnitelman (2005) mukaan varhaiskasvatus on pienten lasten eri elämänpiireissä tapahtuvaa suunnitelmallista, tavoitteellista ja kasvatuksellista vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on edistää lasten tasapainoista kasvua, kehitystä ja oppimista.

Varhaiskasvatuksen ympäristöt ovat alle kouluikäiselle lapselle kodin ohella tärkeitä kasvun, kehityksen ja oppimisen toimintaympäristöjä. Varhaiskasvatuksen tarjoama tuki lapsen kehitykselle vähentää syrjäytymisen riskejä ja vahvistaa lapsen kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Varhaiskasvatuspalvelut muodostuvat kuntien ja yksityisten palveluntuottajien tuottamasta päivähoidosta, esiopetuksesta<sup>1</sup> sekä avoimista varhaiskasvatuspalveluista. Laki ja asetus lasten päivähoidosta (36/1973, 239/1973) ohjaavat päivähoidon toimintaa. Päivähoitolain mukaan kaikilla vanhemmilla on oikeus saada lapselleen kunnan järjestämä päivähoitopaikka.

## Esiopetus

Esiopetuksella tarkoitetaan oppivelvollisuuden alkamista edeltävänä vuonna annettavaa suunnitelmallista opetusta ja kasvatusta, joka liittyy kiinteästi sekä varhaiskasvatukseen että perusopetukseen. Esiopetuksesta säädetään perusopetuslaissa (628/1998) ja sen nojalla annetuissa säädöksissä.

Kunta on 1.8.2001 alkaen ollut velvollinen järjestämään sen alueella asuville oppivelvollisuuden alkamista edeltävänä vuonna esiopetusta. Esiopetukseen osallistuminen on lapsille vapaaehtoista. Esiopetukseen osallistumisesta päättää lapsen huoltaja. Esiopetus on osallistujille maksutonta ja se kestää pääsääntöisesti yhden vuoden.

<sup>1</sup> Perusopetuslain (628/1998) mukaan esiopetus on osa varhaiskasvatusta.

Esiopetuksen tavoitteena on edistää yhteistyössä kotien ja huoltajien kanssa lapsen kasvun ja oppimisen edellytyksiä sekä vahvistaa lapsen sosiaalisia taitoja ja tervettä itsetuntoa leikin ja myönteisen oppimiskokemuksen avulla.

Suomessa lapset osallistuvat esiopetukseen pääsääntöisesti 6-vuotiaana. Perusopetuslain 25 §:n 2 momentin mukaisesti pidennetyn oppivelvollisuuden piirissä olevalla lapsella on oikeus esiopetukseen sinä vuonna, kun hän täyttää viisi vuotta. Jos lapsi aloittaa perusopetuslain 27 §:n mukaisesti perusopetuksen vuotta säädettyä myöhemmin, on hänellä oikeus saada esiopetusta oppivelvollisuuden alkamisvuonna.

## Perusopetus

Perusopetus on 1.-9. vuosiluokkien yleissivistävää opetusta, jota annetaan pääsääntöisesti peruskoulussa. Perusopetuksesta säädetään perusopetuslaissa (628/1998) ja sen nojalla annetuissa säädöksissä. Perusopetuksen tehtävänä on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen sekä antaa heille elämässä tarpeellisia tietoja ja taitoja.

Kunta on velvollinen järjestämään sen alueella asuville oppivelvollisuusikäisille perusopetusta. Valtioneuvosto voi myöntää luvan perusopetuksen järjestämiseen myös rekisteröidylle yhteisölle, säätiölle tai valtiolle.

Jokainen Suomessa vakinaisesti asuva lapsi on oppivelvollinen. Oppivelvollisuus alkaa sinä vuonna, jona lapsi täyttää seitsemän vuotta, ja päättyy, kun perusopetuksen oppimäärä on suoritettu tai kun oppivelvollisuuden alkamisesta on kulunut 10 vuotta.

Perusopetuksen yleisistä valtakunnallisista tavoitteista sekä perusopetukseen käytettävän ajan jakamisesta eri oppiaineiden ja aineryhmien opetukseen sekä oppilaanohjaukseen (tuntijako) päättää valtioneuvosto.

## Lukiokoulutus

Lukiokoulutus rakentuu perusopetuksen oppimäärälle. Lukiokoulutuksesta säädetään lukiolaissa (629/1998) ja sen nojalla annetuissa säädöksissä. Lukiokoulutuksen tavoitteena on tukea opiskelijoiden kasvamista hyväksi, tasapainoisiksi ja sivistyneiksi ihmisiksi ja yhteiskunnan jäseniksi sekä antaa opiskelijoille jatko-opintojen, työelämän, harrastusten sekä persoonallisuuden monipuolisen kehittämisen kannalta tarpeellisia tietoja ja taitoja. Koulutuksen tulee tukea opiskelijoiden edellytyksiä elinikäiseen oppimiseen ja itsensä kehittämiseen. Lukiokoulutuksen päätteeksi opiskelijat suorittavat ylioppilastutkinnon.

Lukiokoulutusta järjestetään lukioissa, aikuislukioissa ja muissa oppilaitoksissa. Lukio-koulutuksen järjestäminen edellyttää opetus- ja kulttuuriministeriön myöntämää lukio-koulutuksen järjestämislupaa.

Lukiokoulutuksen yleisistä valtakunnallisista tavoitteista sekä opetusajan jakautumisesta eri oppiaineiden ja aineryhmien opetukseen ja opinto-ohjaukseen (tuntijako) päättää valtioneuvosto.



## Ammatillinen koulutus

Ammatilliseen koulutukseen kuuluvat ammatillinen peruskoulutus sekä ammatillinen lisä- ja täydennyskoulutus. Ammatillisesta koulutuksesta säädetään laissa ammatillisesta koulutuksesta (630/1998). Ammatillinen koulutus on tarkoitettu sekä työelämään siirtyville nuorille että työelämässä oleville aikuisille. Aikuiset voivat opiskella samoihin ammatillisiin perustutkintoihin kuin nuoret. Heillä on myös mahdollisuus osallistua ammatilliseen lisäkoulutukseen, joka on ammatillisen peruskoulutuksen jälkeistä jatko- ja täydennyskoulutusta.

Ammatillisen koulutuksen tarkoituksena on kohottaa ammatillista osaamista, kehittää työelämää ja vastata sen osaamistarpeista, edistää työllisyyttä sekä tukea elinikäistä oppimista. Ammatilliset perustutkinnot antavat laajat perusvalmiudet alan tehtäviin ja erikoistuneempaa osaamista jollakin osa-alueella sekä yleisen jatko-opintokelpoisuuden yliopistoihin ja ammattikorkeakouluihin.

## 1.1 Kasvatuspalvelut

### 1.1.1 Varhaiskasvatus

#### Varhaiskasvatuspalvelujen saatavuus

Alle kouluikäisillä lapsilla on lakisääteinen oikeus saada päivähoitopaikka kunnan järjestämänä<sup>2</sup>. Päivähoidossa olevien lasten määrä on kasvanut tasaisesti vuosien 2005 ja 2012 välillä<sup>3</sup>. Vuonna 2012 päivähoidossa oli 228 981 lasta. Suomalaisista 1-6-vuotiaista lapsista lähes 63 prosenttia oli joko kunnallisessa päivähoidossa tai yksityisessä päivähoidossa<sup>4</sup> Kelan yksityisen hoidon tuen turvin<sup>5</sup>. Päivähoidossa olleista lapsista 92 prosenttia oli kunnallisessa päivähoidossa ja 8 prosenttia oli yksityisessä päivähoidossa.

Kunnallisessa päiväkotihoidossa olevien lasten määrä on kasvanut viimeisten reilun kymmenen vuoden aikana, kun taas perhepäivähoidossa hoidettujen lasten määrä on vähentynyt huomattavasti. Vuonna 2012 kunnallisessa päivähoidossa olleista lapsista 82 prosenttia oli päiväkotihoidossa ja 18 prosenttia perhepäivähoidossa<sup>6</sup>. (Taulukko 1.)

2 Kunnan järjestämään päivähoitoon luetaan kunnan kustantamat palvelut, jotka kunta on joko itse tuottanut asukkaalleen tai ostanut muilta kunnilta, kuntayhtymiltä, valtiolta tai yksityisiltä palveluntuottajilta (36/1978). Kunnan järjestämästä päivähoitosta käytetään tässä käsitettä kunnallinen päivähoito.

3 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee vuosittain tiedot yksityisen hoidon tuella hoidettujen lasten määristä. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoon sekä Kelan tilastoihin.

4 Yksityisellä lasten päivähoitolla tarkoitetaan lasten päivähoitoa, jonka yksityinen henkilö, yhteisö tai säätiö taikka julkisyhteisön perustama liikeyritys tuottaa korvausta vastaan liike- tai ammatti-toimintaa harjoittamalla (36/1978).

5 Yksityisen hoidon tukea voi saada perhe, jossa on alle kouluikäinen lapsi, jota hoitaa perheen palkkaama hoitaja tai yksityinen päivähoitajan tuottaja (lapsi ei ole kunnallisessa päivähoidossa). (Kela.)

6 Ryhmäperhepäivähoito sisältyy perhepäivähoidon tietoihin.

**Taulukko 1. Lasten määrä varhaiskasvatuspalveluissa vuosina 2005 ja 2009–2012<sup>1)</sup>**

	2005	2009	2010	2011	2012
Lapsia päivähoidossa 31.12. *)	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
Kunnallisessa päivähoidossa	186 052	200 719	204 747	209 098	211 063
Kuntien päiväkodeissa	121 848	144 411	150 928	158 282	165 262
Yksityisissä ostopalvelupäiväkodeissa	9 230	9 671	9 807	9 828	8 198
Perhepäivähoidossa (sis. ryhmäperhepäivähoidon)	54 974	46 637	44 012	40 988	37 603
Yksityisessä päivähoidossa	15 368	17 278	18 341	17 860	17 918
Päivähoidossa yhteensä	201 420	217 997	223 088	226 958	228 981
Väestön 1-6 -vuotiaat 31.12	342 487	353 880	358 034	361 989	364 915
Päivähoidossa olleiden lasten osuus väestön 1-6-vuotiaista, % **)	%	%	%	%	%
Kunnallisessa päivähoidossa	54,3	56,7	57,2	57,8	57,8
Kuntien päiväkodeissa	35,6	40,8	42,2	43,7	45,3
Yksityisissä ostopalvelupäiväkodeissa	2,7	2,7	2,7	2,7	2,2
Perhepäivähoidossa (sis. ryhmäperhepäivähoidon)	16,1	13,2	12,3	11,3	10,3
Yksityisessä päivähoidossa	4,5	4,9	5,1	4,9	4,9
Päivähoidossa yhteensä	58,8	61,6	62,3	62,7	62,7
Lapsia leikkitoiminnan piirissä keskimäärin toimintapäivän aikana, kunnan kustantamat palvelut, lkm	20 552	19 374	19 683	19 589	18 362

\*) Lukumäärissä ovat mukana kaikki päivähoidossa olevat 0-7+ -vuotiaat lapset.

\*\*) Päivähoidossa olleet 0-7+-vuotiaat lapset on suhteutettu väestön 1-6-vuotiaisiin.

Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet [www.sotkanet.fi], THL; Tilastotietokanta Kelasto, Kela.

Kunnallisessa ja yksityisessä päivähoidossa olleiden lasten määrissä on ikäryhmittäin tarkasteltuna suuria eroja. Alle yksivuotiaat hoidetaan pääsääntöisesti kotihoidossa, vain alle prosentti vastaavan ikäisestä väestöstä oli päivähoidossa vuonna 2012. Tilastot osoittavat, että mitä vanhempi lapsi on, sitä suurempi on päivähoitoon osallistumisen prosentti. Taulukosta 2 nähdään, että päivähoidossa olleiden neljä- viisi- ja kuusivuotiaiden osuudet vastaavaniikäisestä väestöstä ovat edelleen kasvaneet viimeisen vuoden aikana.

**Taulukko 2. Kunnallisessa päivähoitossa ja yksityisen hoidon tuella hoidetut lapset ikävuosittain suhteutettuna vastaavan ikäiseen väestöön vuosina 2009–2012, %**

	2009	2010	2011	2012
Ikäryhmä	%	%	%	%
alle 1-vuotiaat	0,9	1	1	0,8
1-vuotiaat	29	29,7	30,5	28,8
2-vuotiaat	50,3	51,3	52,4	52,2
3-vuotiaat	67,1	67,9	68,5	68,2
4-vuotiaat	73,5	73,9	74,2	74,7
5-vuotiaat	77,1	78,1	78,2	78,7
6-vuotiaat	69,4	70,5	70,2	71,2
0-6-vuotiaat	52,2	52,9	53,5	53,6

Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet [www.sotkanet.fi], THL; Tilastotietokanta Kelasto, Kela.

Tilastoista nähdään kunnallisessa kokopäivähoitossa olleiden lasten suuri määrä verrattuna osapäivähoitossa olleisiin, 80 prosenttia lapsista oli kokopäivähoitossa<sup>7</sup> ja 20 prosenttia osapäivähoitossa vuonna 2012. Kunnallisessa päivähoitossa olleista 1-2-vuotiaista lapsista 97 prosenttia ja 3-5 -vuotiaista lapsista 94 prosenttia oli kokopäivähoitossa. Vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna, 1-2-vuotiaista lapsista 36 prosenttia oli kokopäivähoitossa ja vain reilun prosentin verran oli osapäivähoitossa. Vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna, 3-5-vuotiaista lapsista kokopäivähoitossa oli 64 prosenttia ja 4 prosenttia oli osapäivähoitossa. Esiopetusikäisistä 6-vuotiaista lapsista 55 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä, oli kunnallisessa osapäivähoitossa<sup>8</sup>. (Taulukko 3.)

7 Kokopäivähoitossa lapsen hoitoaika saa yleensä jatkaa yhtäjaksoisesti enintään kymmenen tuntia vuorokaudessa ja osapäivähoitossa viisi tuntia (239/1992).

8 Ns. esiopetusta täydentävä päivähoito.

**Taulukko 3. Kunnallisessa koko- ja osapäiväpäivähoidossa olleiden lasten määrä suhteutettuna vastaavan ikäiseen väestöön vuosina 2009–2012, %**

	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
<b>Kokopäivähoito</b>	lkm	lkm	lkm	lkm	%	%	%	%
alle 1-v	458	483	500	384	0,8	0,8	0,8	0,6
1-2-v	41 519	42 830	44 571	43 515	34,8	35,4	36,4	35,6
3-5-v	110 562	112 163	115 167	116 559	62,5	62,9	63,8	64,0
6-v	6 783	7 225	7 054	7 231	11,8	12,3	12	12,0
7-v	388	336	306	314	0,7	0,6	0,5	0,5
0-7-v	159 710	163 037	167 598	168 014	33,9	34,2	34,8	34,7
<b>Osapäivähoito</b>	lkm	lkm	lkm	lkm	%	%	%	%
alle 1-v	32	30	29	19	0,1	0,05	0,05	0,0
1-2-v	1 454	1 437	1 519	1 555	1,2	1,2	1,2	1,3
3-5-v	7 196	7 299	7 943	7 098	4,1	4,1	4,4	3,9
6-v	30 887	31 750	30 938	33 425	53,6	53,9	52,5	55,3
7-v	1 440	1 194	1 037	952	2,5	2,1	1,8	1,6
0-7-v	41 009	41 710	41 466	43 049	8,7	8,7	8,6	8,9

Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet [www.sotkanet.fi], THL.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa kolmen vuoden välein kuntiin kyselyn, jolla kerätään Kuntien ja talous ja toimintatilaston tietoja täydentäviä tietoja kuntien toiminnasta mm. lasten päivähoiton palveluissa. Seuraavassa esitettävät tiedot koskevat vuonna 2010 tehdyn Kuntakyselyn lasten päivähoiton osion tuloksia<sup>9</sup>.

*Erityisen tuen piirissä olleet lapset:* Erityistä tukea<sup>10</sup> tarvitsevien lasten osuus oli 8,3 prosenttia. Erityisen tuen tarpeessa olevista kaksi kolmasosaa oli poikia. Kunnilla on käytössä useita tukitoimia erityistä tukea saaville lapsille. Kyselyyn vastanneista kunnista 85 prosenttia ilmoitti järjestävänsä varhaiskasvatuksen pedagogisia tukitoimia. Lapsen avustajatoimintaa kertoi järjestävänsä 67 prosenttia ja lapsiryhmien avustajatoimintaa 76 prosenttia vastanneista kunnista. Erityislastentarhanopettajan palvelut olivat käytettävissä 67 prosentilla vastanneista kunnista.

9 Vuoden 2010 Kuntakyselyyn vastasi 81 prosenttia kunnista. Vastanneissa kunnissa oli 93 prosenttia maan väestöstä. Osa tiedoista on korotettu väestöön suhteutetun vastausprosentin perusteella vastaamaan koko maan tasoa. Osa tiedoista (erityistä tukea saaneet lapset, säännöllisesti viisi päivää viikossa hoidossa olleet lapset, vuorohoidossa olleet lapset, ryhmäperhepäivähoidossa olleet lapset sekä maahanmuuttajataustaiset lapset) on suhteutettu Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilaston lasten päivähoiton lukumäärätietoihin, jotta on saatu suuntaa antava käsitys ko. ilmiön esiintyvyydestä kunnallisessa päivähoitossa olevien lasten piirissä. (Lasten päivähoito 2010 -Kuntakyselyn osaraportti, Tilastoraportti 37/2011, THL).

10 Kuntakyselyssä erityistä tukea tarvitsevilla lapsilla tarkoitettiin lapsia, joilla on alan lääkärin tai muun asiantuntijan lausunto tuesta tai tuen tarve on muutoin päivähoitossa havaittu ja määritetty, esimerkiksi lapsen hoidettavuuden takia yhdessä hoidettavien lasten määrää on vähennetty tai henkilökuntaa lisätty.

*Säännöllisesti (5 päivää viikossa) päivähoidossa olleet lapset:* Noin 77 prosenttia kokopäivähoidossa olleista ja noin 71 prosenttia osapäivähoidossa olleista lapsista, oli hoidossa säännöllisesti 5 päivää viikossa<sup>11</sup> vuonna 2010.

*Maahanmuuttajataustaiset lapset:* Kunnan järjestämässä päivähoidossa oli vuonna 2010 arviolta 12 000–12 500 maahanmuuttajataustaista lasta<sup>12</sup>. Noin 6 prosenttia kunnan järjestämässä päivähoidossa olevista lapsista oli maahanmuuttajataustaisia. Vaihtelu maahanmuuttajataustaisten lasten määrissä kuntien välillä oli suurta.

*Ryhmäperhepäivähoito:* Noin 27 prosenttia kunnallisessa perhepäivähoidossa olleista lapsista hoidettiin ryhmäperhepäiväkodeissa. Vuoden 2010 Kuntakyselyn mukaan vastanneissa kunnissa oli 1 029 ryhmäperhepäiväkotiä. Näistä kahden hoitajan ryhmäperhepäiväkoteja oli 317 ja kolmen hoitajan ryhmäperhepäiväkoteja 704.

*Varhaiskasvatussuunnitelmat:* Lähes kaikissa kunnissa on laadittu vuodesta 2003 lähtien varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden (Vasu) mukaisesti kuntakohtaiset varhaiskasvatussuunnitelmat. Yli 80 prosentissa kunnista oli kuntien oman arvion mukaan laadittu varhaiskasvatussuunnitelmat 80–100 prosentille lapsista vuonna 2010. Hieman yli 3 prosentissa Kuntakyselyyn vastanneista kunnista varhaiskasvatussuunnitelmaa ei ollut laadittu lapsille lainkaan.

*Vuoropäivähoito:* Osa päivähoidossa olevista lapsista tarvitsee vuoro hoitoa eli päivähoitoa iltaisin, öisin ja/tai viikonloppuisin<sup>13</sup>. Vuonna 2010 hieman yli 7 prosenttia<sup>14</sup> kunnan järjestämässä päivähoidossa olevista lapsista oli vuorohoidossa. Suomen Akatemian rahoittamassa Perheet 24/7-tutkimuksessa selvitettiin vuonna 2012 lastenhoitojärjestelyjä perheissä, joissa vanhemmat tekevät epätyypillistä työaikaa. Näiden perheiden lapsista 40 prosenttia oli ollut hoidossa illalla, 30 prosenttia aikaisin aamulla ja 10 prosenttia yöllä edeltävän kuukauden aikana. Lasten kokonaishoitoaika vaihteli muutamasta tunnista useaan sataan tuntiin kuukaudessa, mutta lasten keskimääräiset hoitoajat kuukaudessa olivat alhaisempia kuin säännöllisessä päivätyössä olevien. Vuorohoidossa olevista lapsista suurempi osa tekee hyvin pitkiä, yli kymmenen tunnin hoitajaksoja kuin muussa päivähoidossa olevista lapsista.

11 Kuntakyselyssä säännöllisesti 5 päivää viikossa päivähoidossa olevilla lapsilla tarkoitettiin niiden lasten lukumäärää, jotka hoitosopimuksen tai varhaiskasvatussuunnitelman mukaan ovat säännöllisesti jokaisena arkipäivänä päivähoidossa (pois lukien lomat ja sairauslomat).

12 Arvio on korotettu väestöön. Maahanmuuttajataustaisella lapsella tarkoitettiin Kuntakyselyssä lapsia, jotka puhuvat äidinkielenään muuta kieltä kuin suomea, ruotsia tai saamea.

13 Vuorohoidolla tarkoitetaan päivähoitoa, jota järjestetään vanhempien työ- tai opiskeluaikojen vuoksi muulloin kuin klo 6.00 - 18.00 välisenä aikana. Iltahoito tarkoittaa sitä, että lapsi tarvitsee hoitoa kello 18–22 välisenä aikana. Yöaikaan ja/tai viikonloppuisin järjestettävä päivähoito on ympärivuorokautista hoitoa. Vuorohoidossa oleva lapsi on päivähoidossa myös päiväsaikaan. Vuorohoitopalveluja tarjotaan ensisijaisesti vain perheille, joissa joko molemmat vanhemmat tai yksinhuoltajavanhempi ovat työssä epätyypillisinä työaikoina.

14 Laskelma vuorohoidossa olleiden lasten määrästä on saatu suhteuttamalla Kuntakyselyyn vastanneiden kuntien tiedot Tilastokeskuksen Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston päivähoitotietoihin.

## Päivähoidon kustannuskehitys

### Kuntien päivähoiton palvelumenot<sup>15</sup> ja Kelan maksamat tuet

Kuntien päivähoiton palvelumenot<sup>16</sup> olivat noin 2,6 miljardia euroa vuonna 2012. Kustannukset ovat kasvaneet vuosien 2008–2012 aikana 468 miljoonaa euroa (22 %). Päivähoidon kokonaiskustannuksia ovat nostaneet asiakasmäärän nousu sekä kokopäivähoidossa olevien lasten osuuden kasvu.

Vuonna 2012 kunnallisen päiväkotihoidon kustannukset olivat noin 1,9 miljardia euroa (75 %) ja perhepäivähoidon kustannukset 442 miljoonaa euroa (17 %). Päiväkotihoidon kokonaiskustannukset ovat kasvaneet vuosien 2008–2012 aikana 31 prosenttia ja perhepäivähoidon kustannukset laskivat 10 prosenttia.

Kuntien päivähoiton palveluihin sekä Kelan maksamiin lastenhoidon tukiin yhteensä käyttämät kokonaismenot olivat vuonna 2012 noin 3,0 miljardia euroa. Tästä kunnalliset päivähoiton palvelut kattoivat 88 prosenttia ja perheille maksetut lastenhoidon tuet 12 prosenttia. Kunnat maksoivat lakisääteisten tukien lisäksi kotihoidon tuen ja yksityisen hoidon tuen kuntalisää 97 miljoonaa euroa vuonna 2012. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4. Päivähoidon palvelumenot ja maksetut tuet vuosina 2008–2012 (milj. euroa)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Päivähoidon palvelut						%	%	%	%	%
Päivähoito yhteensä	2129	2235	2313	2466	2597	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Lasten päiväkotihoido	1491	1592	1669	1811	1949	70 %	71,23 %	72,16 %	73,44 %	75,05 %
Lasten perhepäivähoito	491	475	455	448	442	23 %	21,25 %	19,67 %	18,17 %	17,02 %
Muu päivähoito*)	147	168	189	207	206	6,90 %	7,52 %	8,17 %	8,39 %	7,93 %
Kelan maksamat tuet						%	%	%	%	%
Yhteensä**)	327	343	353	349	361	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kotihoidon tuki	289	303	307	301	311	88,38 %	88,34 %	86,97 %	86,25 %	86,15 %
Yksityisen hoidon tuki	29	32	34	35	36	8,87 %	9,33 %	9,63 %	10,03 %	9,97 %
Osittainen hoitoraha	9	8	12	13	14	2,75 %	2,33 %	3,40 %	3,72 %	3,88 %
Maksetut vapaaehtoiset kuntalisät	68	83	91	97	97					

\*) Ei sisällä Kelan maksamia tukia.

\*\*) Ei sisällä kuntalisää

Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, THL; Lapsiperhe-etuustilasto, Kela.

15 Kuntaliiton Talous- ja toimintatilaston luokittelussa (2012) päivähoiton kustannukset ja tuotot on jaettu kolmeen luokkaan, Lasten päiväkotihoido, Lasten perhepäivähoito ja Muu lasten päivähoito. Muu lasten päivähoito -luokkaan sisältyvät Talous- ja toimintatilastossa myös Kelan maksamat tuet.

16 Ko. laskelma ei sisällä Kelan maksamia tukia.

### Päivähoidon hoitopäiväkohtaiset kustannukset

Taulukossa 5 esitetyt luvut kuvaavat päivähoidon keskimääräisiä (brutto)kustannuksia Suomessa, eikä niitä ole painotettu<sup>17</sup>. Sekä päiväkotihoidon, että perhepäivähoidon hoitopäiväkohtaiset kustannukset olivat vuonna 2012 noin 74 euroa<sup>18</sup> päivää kohti.

Perhepäivähoidon hoitopäiväkohtaiset kustannukset ovat nousseet viimeisten viiden vuoden (2007–2012) aikana nopeammin kuin päiväkotihoidon keskimääräiset kustannukset. Vuonna 2012 molempien hoitomuotojen keskimääräiset hoitopäiväkohtaiset kustannukset olivat samansuuruiset. (Taulukko 5.)

#### Taulukko 5. Lasten päiväkotihoidon ja perhepäivähoidon keskimääräinen hoitopäiväkohtainen kustannus vuosina 2007–2012, (euroa/päivä)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kokopäivähoito päiväkodissa	60,6	63,5	67,9	68,8	70,6	73,6
Osapäivähoito päiväkodissa	36,36	38,1	40,74	41,28	42,36	44,16
Kokopäivähoito perhepäivähoidossa	55,5	57,8	62,5	63,2	67	73,6
Osapäivähoito perhepäivähoidossa	33,3	34,68	37,5	37,92	40,2	44,16

Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)), THL.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2010 tekemän Kuntakyselyn mukaan noin neljännes (27,3 %) kunnallisessa päivähoidossa olevista lapsista sijoittui korkeimpaan päivähoidon maksuluokkaan<sup>19</sup>. Ns. nollamaksuluokassa oli noin 16 prosenttia lapsista<sup>20</sup>.

Siljander ym. (2012<sup>21</sup>) tutkivat vuonna 2008 toteutetun päivähoidon maksu-uudistuksen vaikutuksia maksuihin, niiden jakaumaan ja palveluiden käyttöön. Tutkimusraportissa esitetään, että päivähoidon lapsikohtaiset kuukausimaksut ovat keskimäärin nousseet 9,6 prosenttia vuosien 2007 ja 2009 välillä. Maksut ovat nousseet eniten suurituloisilla ja vähiten tulojakauman pienituloisten päässä. Pienituloisten lisäksi maksu-uudistuksesta ovat hyötynneet myös yli 4 lapsen perheet. Tätä pienemmillä perheillä maksut ovat keskimäärin nousseet.

Siljanderin ym. (2012) mukaan yksinhuoltajien maksut ovat myös selvästi alhaisemmat kuin kahden vanhemman lapsilla. Palkansaajapariskuntien osalta asiakasmaksujen alenukset kohdistuvat noin 10 prosentille kohdeväestöstä. Päivähoidon maksujärjestelmässä jo hieman keskimääräistä tuloa enemmän ansaitsevat perheet (40 % kaikista perheistä) päätyvät maksamaan suurimpia päivähoidon maksuja. Perimättä jätettävien laskennallisten maksujen määrä (ns. nollamaksuluokka) on kasvanut neljä prosenttiyksikköä ja toisaalta

17 Hoitopäiväkohtaiset kustannukset on laskettu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetin ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)) tiedoista.

18 Jos bruttokustannuksista vähennetään maksutulot ja muut käyttötuotot, niin hoitopäiväkohtaiseksi nettokustannukseksi saadaan noin 62€ (THL).

19 Päivähoidon maksut määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) ja asetuksen mukaisesti (912/1992). Päivähoitomaksun suuruus vuonna 2010 korkeimmassa maksuluokassa oli 254 euroa kuukaudessa.

20 Nollamaksuluokka perustuu lainsäädännön määrittelemään maksujen lapsikohtaiseen minimitasoon, jota pienempiä laskennallisia maksuja ei peritä (912/1992).

21 Siljander, E., Väisänen, A., Linnosmaa, I. & Sallila, S. 2012. Päivähoidon maksu-uudistus - Tutkimus uudistuksen vaikutuksista maksuihin, kysyntään, käyttöön, kuntatalouteen ja henkilöstöresursseihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 7/2012.

korkeinta mahdollista maksua maksavien osuus on laskenut seitsemän ja puoli prosenttiyksikköä vuosina 2007–2010. Tulosten mukaan päivähoiton asiakasmaksut ovat jakautuneet regressiivisesti, toisin sanoen pienituloiset maksavat tuloihin suhteutettuna enemmän kuin suurituloiset. Maksu-uudistuksen ja tulojakauksessa tapahtuneiden muutosten seurauksena regressiivisyys on kuitenkin vähentynyt merkittävästi vuosien 2007–2009 välillä. Maksu-uudistuksella onnistuttiin myös korjaamaan maksujen jälkeensä jääneisyttä.

Päiväkoti- ja perhepäivähoidon maksutulot ovat taulukkoon 6 koottujen tietojen mukaan olleet viime vuosina jatkuvassa kasvussa. Samaan aikaan myös kuntien päivähoiton toimintamenot ovat kasvaneet. Vuonna 2012 päiväkoti- ja perhepäivähoidon asiakasmaksutulot olivat yhteensä 326 miljoonaa euroa. Päiväkoti- ja perhepäivähoidon asiakasmaksutulot kattoivat yhteensä vajaa 14 prosenttia ko. päivähoitomuotojen toimintamenoista vuonna 2012.

**Taulukko 6. Päivähoitomaksujen osuus toimintamenoista vuosina 2007–2012**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Päivähoidon palvelut*)						
Päiväkotihoido	14,13 %	14,08 %	14,00 %	13,97 %	13,91 %	13,80 %
Perhepäivähoito	15,98 %	15,73 %	15,17 %	15,18 %	15,19 %	14,25 %
Päiväkoti- ja perhepäivähoito yhteensä	14,62 %	14,49 %	14,27 %	14,23 %	14,16 %	13,88 %
Maksutulot yhteensä (milj. euroa)	258	281	289	297	314	326
Menot yhteensä (milj. euroa)	1765	1939	2025	2087	2217	2348

\*) Ei sisällä ryhmää, "muu päivähoito", vrt. taulukko 4  
Lähde: Tilastotietokanta Altika, Tilastokeskus.

## Varhaiskasvatuksen henkilöstö

Vuonna 2010 lasten päivähoiton toimialalla työskenteli yhteensä noin 62 000 henkilöä<sup>22</sup>. Tästä hieman vajaa 90 prosenttia, eli noin 55 000 henkilöä, työskenteli julkisen sektorin päivähoiton palveluissa. Yritysten palveluksessa työskenteli vuonna 2010 noin 4000 henkilöä ja noin 3000 työskenteli järjestöjen palveluksessa.

Vuonna 2012 kuntasektorin (kunnat ja kuntayhtymät) varhaiskasvatuksessa, lasten päivähoiton toimialalla, työskenteli yhteensä 55 500 henkilöä<sup>23</sup>. Henkilöstöstä reilut 93 prosenttia työskenteli päiväkodeissa, perhepäivähoidossa ja ryhmäperhepäivähoidossa sekä päiväkotien yhteydessä järjestetyissä esiopetuksen ryhmissä. Kokonaisuudessaan lasten päivähoiton toimialalla työskentelevän henkilöstön määrä on ollut kasvussa vuosien 2010–2012 aikana. Lastentarhanopettajien keskiarvo-ikä oli 42 vuotta ja perhepäivähoitajien vastaava ikä oli 49 vuotta. Noin 43 prosenttia perhepäivähoitajista oli yli 55-vuotiaita vuonna 2012. Ammattiryhmistä perhepäivähoitajien osuus on laskenut, kun taas lastentarhanopettajien osuus on kasvanut viimeisten 10 vuoden aikana.

22 Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö 2010. Tilastoraportti 10/2013.

23 Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Tilastoraportti 23/2013, THL.



## Varhaiskasvatuksen hallinto ja ohjaus

Varhaiskasvatuksen ja päivähoitopalvelujen lainsäädännön valmistelu, hallinto ja ohjaus siirtyivät hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriöstä opetus- ja kulttuuriministeriöön 1.1.2013 alkaen. Varhaiskasvatus ei ole vuoden 2013 alusta enää sosiaalihuoltolain mukaista sosiaalipalvelua, vaan osa kasvatus- ja koulutuspalveluja ja -järjestelmää. Varhaiskasvatukseen sovelletaan siirron jälkeenkin sosiaalihuollon lainsäädäntöä eräiltä osin.

Hallinnonalan muutos ei koskenut lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetussa laissa säänneltyjä lasten päivähoiton vaihtoehtona myönnettäviä taloudellisia tukia. Tukia koskeva lainsäädännön valmistelu, hallinto ja ohjaus kuuluvat edelleen sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle. Päivähoito-oikeuteen tai päivähoiton järjestämismallisuuden ei tullut hallinnonalan siirron myötä muutoksia. Myöskään päivähoiton asiakkaiden asemaan ei tullut muutoksia. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävät säilyivät 1.1.2013 tapahtuneesta hallinnon-alasiirrosta huolimatta toistaiseksi ennallaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos hoitaa varhaiskasvatukseen liittyviä asiantuntijaviraston tehtäviä.

Kunta voi itse päättää mikä monijäseninen toimielin huolehtii lasten päivähoitosta annetussa laissa sekä lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetussa laissa kunnalle säädetyistä tehtävistä. Tiedot päivähoiton kuntatason hallinnosta päivitettiin Kuntaliiton (2012) tekemällä kyselyllä keväällä 2012. Sosiaalitoimen lautakunta huolehti päivähoiton tehtävistä 26 prosentissa ja sivistystoimi tai opetustoimi 67 prosentissa kunnista, muulla tavoin päivähoito oli organisoitu 7 prosentissa kunnista vuonna 2012. Valtakunnallinen ohjaus on kuntatason hallinnonalasta riippumatta Opetus- ja kulttuuriministeriön alaisuudessa.

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama työryhmä valmistelee esitystä varhaiskasvatusta koskeviksi säädöksiksi. Työryhmän toimikausi päättyy 28.2.2014.

## Yhteenveto kasvatuspalveluista

Päivähoito- ja varhaiskasvatuspalvelujen saatavuuden takaa lakisääteinen subjektiivinen oikeus. Päivähoidossa olevien lasten määrä on jatkanut tasaista kasvuaan, ollen 228 981 lasta vuonna 2012. Ikäryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että mitä vanhempi lapsi on, sitä suurempi on päivähoitoon osallistumisen osuus. Suurin osa lapsista on kunnallisessa päiväkotimuotoisessa ja kokopäiväisessä päivähoitossa.

Päivähoito- ja varhaiskasvatuspalvelujen kustannukset ovat kasvaneet. Kokonaiskasvua selittävät asiakasmäärän nousu sekä kokopäivähoidossa olevien lasten osuuden kasvu. Päivähoidon maksutulot ja kuntien päivähoiton toimintamenot ovat jatkaneet kasvuaan.

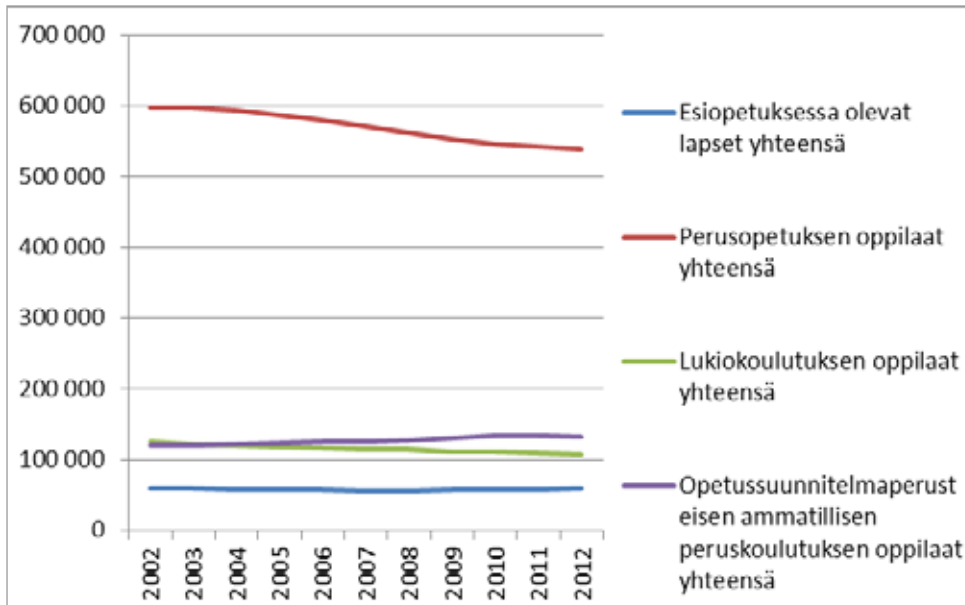
## Koulutuspalvelut

### Koulutuspalveluiden oppilas- ja opiskelijamäärät ja kustannukset

Koulutuksen kustannuksien tarkastelu sisältää esi- ja perusopetuksen oppilaat sekä lukion ja ammatillisen koulutuksen oppilaat. Päivähoidon kustannukset on raportoitu varhaiskasvatusta käsittelevässä osassa.

Esiopetuksessa olevien lasten määrä on kasvanut tasaisesti vuosien 2008 ja 2012 välillä. Perusasteen oppilaiden määrä on vähentynyt koko 2000-luvun alun. Perusopetuksen aloitettavien määrä on kuitenkin kääntynyt tasaiseen nousuun. Vuonna 2012 perusopetuksen 1. luokkalaisten määrä oli 2345 oppilasta suurempi kuin vuonna 2009. Tutkintotavoitteisten lukiokoulutuksen opiskelijamäärä aleni noin 1,5 prosenttia edelliseen vuoteen nähden. Ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijamäärä niin ikään kääntyi hienoiseen laskuun. Perusasteen päättävien ja päättötodistuksen saaneiden määrä on vähentynyt kahden vuoden aikana lähes 4 000 oppilaalla.

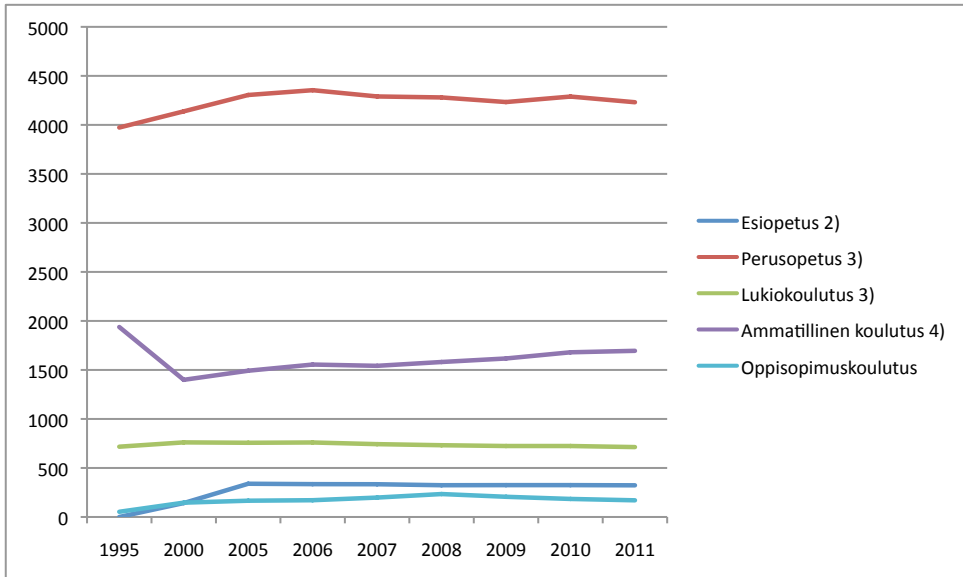
### Kuvio 1. Opiskelijamäärien kehitys perusasteella, lukioissa ja ammatillisessa koulutuksessa



Lähde: Tilastokeskus

Koulutuksen käyttömenojen reaalikehitys on 2000-luvulla ollut suhteellisen tasaista. Käyttömenojen reaalikehitys on opiskelijamääräkehityksen mukaisesti kääntynyt laskeväksi kaikkialla muualla paitsi ammatillisessa koulutuksessa. Vuosien 2010-2011 välillä perusopetuksen käyttömenojen reaalikehitys väheni 1,4 % ja lukiokoulutuksen 1,5 %. Koululaitoksen nimelliset käyttömenot kasvoivat kuitenkin Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2011 edelliseen vuoteen verrattuna 3,5 prosenttia.

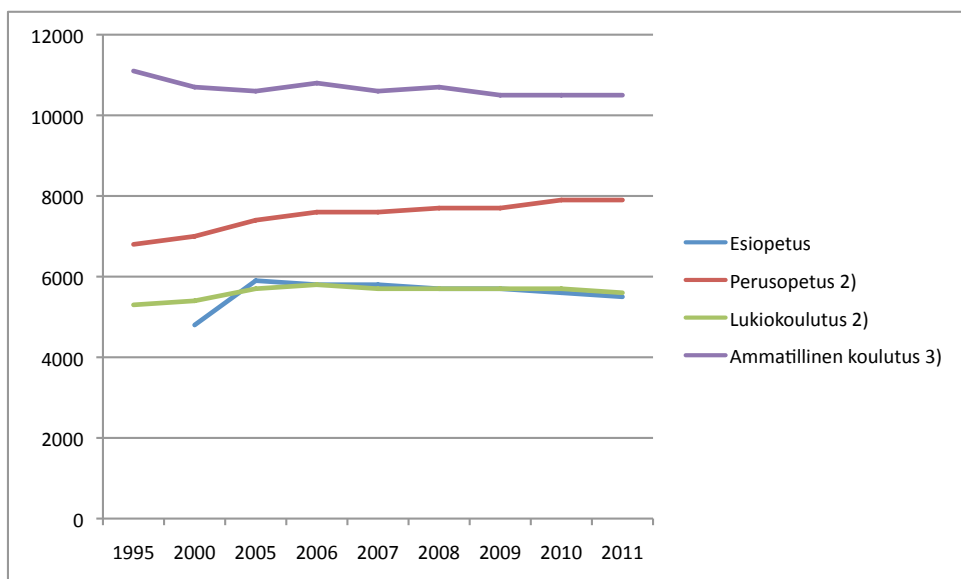
**Kuvio 2. Koulutuksen käyttömenojen reaalikehitys esiopetuksessa, perusopetuksessa, lukiokoulutuksessa, ammatillisessa koulutuksessa ja oppisopimuskoulutuksessa vuosina 1995 – 2009**



Lähde: Tilastokeskus

Sama suunta on nähtävissä myös oppilaskohtaisten käyttömenojen reaalikehityksessä.

**Kuvio 3. Oppilaitosten käyttömenojen reaalikehitys opiskelijaa kohden koulutussektorin mukaan 1995–2011**



Lähde: Tilastokeskus

## 1.2 Esi- ja perusopetus

### Esiopetuksen saavutettavuus

Kunta voi järjestää esiopetusta koulussa tai lasten päivähoidosta annetun lain tarkoittamassa päivähoitopaikassa tai muussa soveltuvassa paikassa. Esiopetusta järjestettäessä tulee ottaa huomioon, että esiopetukseen osallistuvilla lapsilla on mahdollisuus käyttää päivähoitopalveluita.

**Taulukko 7. Esiopetuksen lapsimäärät (5, 6 ja 7 -vuotiaat) tilastollisen kuntaryhmityksen mukaan vuonna 2010**

Maakunta	Esiopetuksen oppilaat peruskoulussa	%	Esiopetuksen oppilaat päivähoidon yhteydessä	%	Yhteensä
Kaupunkimaiset kunnat	4 431	11,6	33 911	88,4	38 342
Taajaan asutut kunnat	2 765	27,5	7 297	72,5	10 062
Maaseutumaiset kunnat	5 033	53,1	4 441	46,9	9 474
<b>Koko maa</b>	<b>12 229</b>	<b>21,1</b>	<b>45 649</b>	<b>78,9</b>	<b>57 878</b>

Ei sisällä Ahvenanmaan esiopetusta

Valtakunnallisesti tarkasteltuna esiopetusta järjestetään eniten päivähoidon yhteydessä. Vuonna 2010 esiopetuksessa olevista lapsista lähes 79 prosenttia osallistui päivähoidossa järjestettyyn esiopetukseen. Peruskoulun yhteydessä järjestettyyn esiopetukseen osallistui runsaat 21 prosenttia.

Vuonna 2010 kaupunkimaisissa kunnissa runsaat 88 prosenttia esiopetuksesta järjestettiin päivähoidon yhteydessä ja lähes 12 prosenttia peruskoulujen yhteydessä. Sen sijaan maaseutumaisissa kunnissa yli 53 prosenttia esiopetuksesta järjestettiin peruskoulun yhteydessä ja vajaat 47 prosenttia päivähoidon yhteydessä.

**Taulukko 8. Esiopetuksen oppilasmäärät (5, 6, ja 7 vuotiaat) maakunnittain vuonna 2010**

2010					
Maakunta	Esiopetuksen oppilaat perus koulussa	%	Esiopetuksen oppilaat päivähoi- don yhteydessä	%	Yhteensä
Uusimaa	2 142	12,9	14 588	87,1	16 740
Varsinais-Suomi	680	13,8	4 217	86,2	4 897
Satakunta	470	20,5	1 823	79,5	2 293
Kanta-Häme	369	18,9	1 580	81,1	1 949
Pirkanmaa	1 533	28,4	3 865	71,6	5 398
Päijät-Häme	333	15,6	1 804	84,4	2 137
Kymenlaakso	219	12,1	1 587	88,9	1 806
Etelä-Karjala	56	4,7	1 136	95,3	1 192
Etelä-Savo	477	33,3	957	66,7	1 434
Pohjois-Savo	550	21,6	1 992	78,4	2 542
Pohjois-Karjala	488	31,5	1 062	68,5	1 550
Keski-Suomi	616	20,8	2 344	79,2	2 960
Etelä-Pohjanmaa	885	38,8	1 398	61,2	2 283
Pohjanmaa	645	32,2	1 361	67,8	2 006
Keski-Pohjanmaa	193	29,5	655	70,5	848
Pohjois-Pohjanmaa	2 047	38,8	3 233	61,2	5 280
Kainuu	169	22,7	577	77,3	746
Lappi	357	19,5	1 470	80,5	1 827
Koko maa	12 229	21,1	45 649	78,9	57 878

Lähde:Tilastokeskus - Opetushallitus

Esiopetuksen järjestämistapa vaihtelee maakuntien välillä merkittävästi. Vuonna 2010 päivähoitossa järjestettävän esiopetuksen osuus oli korkein Etelä-Karjalassa. Eniten esiopetusta järjestetään peruskoulujen yhteydessä Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan sekä Etelä-Savon maakunnissa.

Esiopetukseen osallistuvien lasten määrä on viime vuosina jatkuvasti noussut. Noin kaksi prosenttia kuusivuotiaiden ikäluokasta ei osallistu esiopetukseen (Tilastokeskus 2012). Esiopetuksen velvoittavuutta koskeva selvitys (Kinos & Palonen 2013.) osoitti esiopetuksen osallistumattomuuden syiden olevan moninaisia. Selvityksen mukaan esiopetuksen osallistumattomuuden taustalla olevia syitä on vaikea arvioida numeroina. Selvityksen mukaan esiopetukseen osallistumattomista lapsista 1) osa halutaan pitää kotona omien vanhempien tai jonkun muun hoidossa tai opettamina, 2) osa on yksityisessä hoidossa, jossa ei ole maksutonta esiopetusta tarjoavaa ryhmää, 3) osa on vanhempiensa mukana ulkomailla, 4) kaikille ei ole tarjota esiopetusta heidän omalla kotikielellään, 5) joidenkin matkasta tulee kohtuuton, 6) kaikille ei välity riittävää informaatiota esiopetuksesta ja 6) osa kuusivuotiaista on jo koulussa tai pidennetyn oppivelvollisuuden piirissä.

### Perusopetuksen saavutettavuus

Perusopetusta antavien (1-6, 7-9 ja 1-9 vuosiluokkia sisältävien) koulujen määrä on vähentynyt vuosien 2008-2012 välillä 345 koululla. Samaan aikaan oppilaiden määrä on vähentynyt 21 516 oppilaalla. Eniten ovat vähentyneet 1-6 vuosiluokkia sisältävät koulut. Vuosiluokkia 1-9 sisältävien koulujen lukumäärä on kasvanut tasaisesti. Oppilasmäärässä suurin muutos keskittyy 7-9 vuosiluokkiin, jossa ikäluokkien koko on pienentynyt. Ensimmäisten vuosiluokkien ikäluokat ovat jo kääntyneet jälleen kasvuun, mikä näkyy myös 1-6 vuosiluokkien kokonaisoppilasmäärän nousuna.

**Taulukko 9. Peruskoulujen lukumäärä (1-6, 7-9 ja 1-9 vuosiluokat)**

Peruskoulujen ja oppilaiden lukumäärä 2008-2012						
Vuosi	luokat 1-6	luokat 7-9	luokat 1-9	Oppilaat 1-6 luokilla	Oppilaat 7-9 luokilla	Oppilaat yhteensä
2008	2 300	406	282	351 095	195 543	561 061
2009	2 197	388	304	347 060	191 684	553 329
2010	2 089	373	323	345 615	186 368	546 423
2011	2 020	352	347	347 245	180 715	541 931
2012	1 945	331	367	348 432	177 764	539 545
Muutos 2008-2012	-355	-75	85	-2 663	-17779	-21516

Alle 50 oppilaan koulujen määrä on vähentynyt selvästi. Pienien koulujen määrä on vähentynyt vuoden 2008 792 koulusta 577 kouluun. Tämä on noin 27 % kokonaismäärästä. Muissa kokoluokissa koulujen vähentyminen on ollut suhteellisesti pienempää. Kaikkein suurimpien koulujen lukumäärä on hieman kasvanut.

**Taulukko 10. Peruskoulujen (1-6, 7-9 ja 1-9 vuosiluokat) määrä ja oppilaiden määrä oppilaitoksen koon mukaan**

Vuosi	Peruskoulut yhteensä	alle 50 oppilasta	50-99 oppilasta	100-299 oppilasta	300-499 oppilasta	yli 500 oppilasta
2008	2988	792	539	991	518	148
2009	2889	739	507	968	523	152
2010	2785	646	500	972	513	154
2011	2719	610	475	963	516	155
2012	2643	577	462	948	496	160
Muutos 2008-2012	-345	-215	-77	-43	-22	12

Aluehallintoviranomaisten vuonna 2013 suorittaman peruspalvelujen arvioinnin mukaan noin 93 % 7-12-vuotiaista asuu enintään viiden kilometrin etäisyydellä vuosiluokkien 1-6 koulusta. Saavutettavuus on valtakunnallisella tasolla hieman heikentynyt vuoteen 2011 verrattuna. Alueellisesti saavutettavuus oli heikentynyt eniten Kanta-Hämeessä, Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa. 13-15-vuotiaista 80 % asui korkeintaan viiden kilometrin päässä vuosiluokkien 7-9 kouluista. Valtakunnallisesti saavutettavuudessa ei ole muutosta aiempiin vuosiin. Saavutettavuudessa on kuitenkin alueellisia eroja. Eniten tilanne on heikentynyt Etelä-Savon-, Varsinais-Suomen sekä Pohjanmaan maakunnissa.

**Taulukko 11. Saavutettavuus maakunnittain 2013, muutos vuoteen 2011, suomenkielinen perusopetus**

Alue / Maakunta	7–12 vuotiaat		13–15 vuotiaat		Muutos 2011/2013 %-yksikköä	
	2011	2013	2011	2013	7–12 v.	13–15 v.
<b>Etelä-Suomi</b>	<b>96,8</b>	<b>95,9</b>	<b>86,7</b>	<b>87,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>0,4</b>
Uusimaa	98,5	97,9	91,1	91,1	-0,6	0,0
Kanta-Häme	94,0	87,9	76,0	75,8	-6,1	-0,2
Päijät-Häme	94,0	93,3	78,9	78,3	-0,7	-0,6
Kymenlaakso	92,8	93,8	81,0	83,2	1,0	2,2
Etelä-Karjala	91,8	91,6	78,5	78,7	-0,2	0,2
<b>Lounais-Suomi</b>	<b>94,6</b>	<b>91,9</b>	<b>78,4</b>	<b>75,0</b>	<b>-2,7</b>	<b>-3,4</b>
Varsinais-Suomi	94,9	92,4	77,5	73,8	-2,5	-3,7
Satakunta	94,0	90,9	79,8	77,3	-3,1	-2,5
<b>Itä-Suomi</b>	<b>85,1</b>	<b>84,7</b>	<b>66,1</b>	<b>64,9</b>	<b>-0,4</b>	<b>-1,2</b>
Etelä-Savo	84,5	84,0	68,5	64,6	-0,5	-3,9
Pohjois-Savo	85,7	85,4	69,9	69,6	-0,3	-0,3
Pohjois-Karjala	84,7	84,4	58,3	58,1	-0,3	-0,2
<b>Länsi- ja Sisä-Suomi</b>	<b>92,1</b>	<b>91,6</b>	<b>76,8</b>	<b>76,7</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,1</b>
Pirkanmaa	94,6	94,4	83,2	82,7	-0,2	-0,5
Keski-Suomi	89,7	88,6	74,2	75,0	-1,1	0,8
Etelä-Pohjanmaa	91,1	90,6	67,1	67,1	-0,5	0,0
Pohjanmaa	89,1	88,6	76,7	73,5	-0,5	-3,2
Keski-Pohjanmaa	91,7	91,4	74,6	76,3	-0,3	1,7
<b>Pohjois-Suomi</b>	<b>90,3</b>	<b>91,0</b>	<b>77,3</b>	<b>77,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>
Pohjois-Pohjanmaa	91,9	92,3	78,8	79,4	0,4	0,6
Kainuu	80,4	82,2	69,2	67,9	1,8	-1,3
<b>Lappi</b>	<b>86,7</b>	<b>86,4</b>	<b>72,3</b>	<b>73,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,8</b>
Lappi	86,7	86,4	72,3	73,1	-0,3	0,8
<b>Manner-Suomi</b>	<b>93,2</b>	<b>92,5</b>	<b>79,5</b>	<b>79,5</b>	<b>-0,7</b>	<b>0,0</b>

Lähde: Aluehallintovirastojen laskelmat, saavutettavuusluvut 2011 ja 2013

### AVlen peruspalvelujen arviointi

Kuljetettavien esi- ja perusopetuksen oppilaiden säädösten mukainen koulumatkan aika ylittyi ainakin kerran viikossa vuonna 2010 82 oppilaalla. Enimmäisaikojen ylitykset ovat vähentyneet vuodesta 2007 lähtien.

### Sijoittuminen perusopetuksen jälkeen

Perusasteen päättäneiden välitön sijoittuminen jatko-opintoihin on pysynyt 2000-luvulla suurin piirtein samalla tasolla. Tutkintotavoitteeseen koulutuksessa jatkaminen oli korkeimmillaan vuosina 2004 ja 2005, jolloin 7,4 prosenttia perusasteen päättäneistä jäi vaille tutkintoon johtavaa opiskelupaikkaa. Heikoin tilanne oli vuonna 2000, jolloin ilman paikkaa jäi miltei 10 prosenttia perusasteen päättäneistä. Vuonna 2011 noin 91 prosenttia perusasteen päättävistä sijoittui tutkintotavoitteisiin jatko-opintoihin. Tutkintotavoitteisen koulutuksen lisäksi noin 4-5 prosenttisyksikköä sijoittuu muuhun koulutukseen, kuten valmistaviin ja valmentaviin opintoihin tai kansanopistoihin. Kokonaan jatko-opintoihin sijoittumattomien osuus on täten arviolta noin 2-4 % perusasteen päättävistä oppilaista. Lukuvuonna 2011/2012 ilman perusasteen päättötodistusta jäi 212 oppilasta. Tämä on 0,34 % verrattuna kyseisen kevätlukukauden 9. luokkalaisten määrään.

### Taulukko 12. Perusopetuksen päättäneiden välitön sijoittuminen tutkintoon johtaviin jatko-opintoihin vuosina 2000 – 2011

	Peruskoulun 9. luokan päättäneet yhteensä	Jatkoi opiskelua lukiokoulutuksessa	Jatkoi opiskelua toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa	Ei jatkanut tutkintotavoitteista koulutusta
2000	65 063	54,2	26,1	9,7
2001	63 077	54,8	35,9	9,4
2002	60 269	55,3	36,6	8,1
2003	60 484	55,3	36,9	7,7
2004	63 309	54,3	38,4	7,4
2005	63 297	53,3	39,4	7,4
2006	65 838	51,1	40,1	8,8
2007	65 235	50,8	40,7	8,5
2008	64740	50,6	41,9	7,6
2009	64137	50,2	41,2	8,6
2010	64215	50,4	40,7	8,9
2011	63194	49,6	41,2	9,1
2012	61 059	50	41,5	8,5

Sarakkeen "ei jatkanut tutkintotavoitteisessa koulutuksessa" oppilaista jatkaa OKM:n arvion mukaan noin 4-5 % oppilaista tutkintoon johtamattomissa koulutuksissa. Lähde: Tilastokeskus



Sijoittumisessa on alueellisia eroja. Päijät-Hämeessä, Uudellamaalla, Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla koulutuksen ulkopuolelle jää eniten perusasteen päättäviä. Paras tilanne on Etelä- Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla.

**Taulukko 13. Perusopetuksen päättäneiden välitön sijoittuminen tutkintoon johtaviin jatko-opintoihin maakunnittain vuonna 2010**

	Peruskoulun 9. luokan päättäneet yhteensä	Jatkoi heti opiskelua lukio-koulutuksessa %	Jatkoi heti opiskelua ammatillisessa koulutuksessa %	Ei jatkanut heti tutkintotavoitteista opiskelua %
MANNER-SUOMI	63161	49,6	41,3	9,1
Uudenmaan maakunta	17553	56,7	32,0	11,3
Varsinais-Suomen maakunta	5333	49,6	42,5	7,8
Satakunnan maakunta	2750	45,9	47,8	6,3
Kanta-Hämeen maakunta	2095	47,9	45,0	7,1
Pirkanmaan maakunta	5460	48,1	43,6	8,4
Päijät-Hämeen maakunta	2336	46,0	41,4	12,6
Kymenlaakson maakunta	2153	44,1	46,5	9,4
Etelä-Karjalan maakunta	1499	45,4	47,0	7,6
Etelä-Savon maakunta	1777	49,0	44,2	6,9
Pohjois-Savon maakunta	2902	46,9	42,8	10,3
Pohjois-Karjalan maakunta	1917	45,6	48,1	6,3
Keski-Suomen maakunta	3246	45,7	45,3	9,0
Etelä-Pohjanmaan maakunta	2339	47,4	47,5	5,1
Pohjanmaan maakunta	2205	46,3	47,7	6,0
Keski-Pohjanmaan maakunta	969	44,0	47,6	8,5
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	5447	46,0	43,4	10,6
Kainuun maakunta	1055	46,8	45,9	7,3
Lapin maakunta	2125	47,0	46,1	6,9

Lähde: Tilastokeskus

## Esi- ja perusopetuksen laatu

### Esiopetuksen laadun arviointi

Koulutuksen arviointineuvosto toteutti esiopetuksen laadun arvioinnin vuosina 2010 – 2011. (Hujala ym. 2012.) Arvioinnin mukaan esiopetuksen laatu on keskimäärin melko hyvää, joskin laatu vaihtelee alueellisesti ja kuntaryhmittäin. Esiopetuksen laatu vaihtelee erityisesti esiopetusta antavien yksiköiden välillä. Esiopetuksen järjestäjätaholla ei ole merkittävää vaikutusta esiopetuksen laatuun.

Esiopetuksen laadun arvioinnin mukaan esiopetuksen saavutettavuus on hyvää tasoa. Lähes kaikissa arviointiin osallistuneissa esiopetusryhmissä (99 %) oli mukana vähintään yksi muodollisesti kelpoinen opettaja. Lasten kasvu-, kehitys- ja oppimisedellytysten edistäminen toteutuu hyvin esiopetuksessa ja he viihtyvät esiopetuksessa. Arviointi osoitti esiopetuksen oppimisympäristön laadussa olevan selkeitä puutteita.

Esiopetuksen laadun arvioinnin mukaan varhaisen tuen toteutuminen näyttäytyi ristiriitaiselta. Arviointi osoitti oppilashuoltopalveluiden toteutuvan puutteellisesti. Oppilas- huollon palvelut puuttuivat kokonaan noin 15 prosentissa esiopetusyksiköistä.

### Perusopetuksen laatukriteerit

Opetus- ja kulttuuriministeriö on valmistellut perusopetuksen laatukriteerit, joiden tarkoituksena on tukea opetuksen korkeaa laatua ja monipuolista tarjontaa sekä turvata opetukselliset ja sivistykselliset perusoikeudet lapsille asuinpaikasta, kielestä ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Perusopetuksen laatukriteerit toimivat käytännöllisenä työkaluna paikallisen tason tiedon tuottamisessa sekä koulutoimea koskevien päätösten vaikutusten arvioinnissa. Perusopetuksen laatukriteerit on työkalu, jonka avulla voidaan tuottaa tietoa perusopetuksen rakenteellisesta ja toiminnallisesta laadusta. Perusopetuksen laatukriteerit valmistuivat 2009. Kriteereitä täydennettiin vuonna 2012, jolloin valmistuivat perusopetuksen aamu- ja iltapäivätoiminnan sekä kerhotoiminnan laatukriteerit.

### Perusopetuksen arviointitulokset

Koulutuksen ulkopuolisista arvioinneista ja oppimistulosten seuranta-arvioinneista opetus- ja kulttuuriministeriö laatii arviointisuunnitelman. Perusopetuksen osalta suunnitelma on laadittu yhteistyössä Koulutuksen arviointineuvoston sekä Opetushallituksen kanssa (Koulutuksen arviointisuunnitelma vuosille 2012–2015, OKM) Perusopetuksen ulkopuolisten arviointien keskeisimpinä osina ovat opetushallituksen toteuttamat oppiainekohtaiset seuranta-arvioinnit sekä oppiaineiden ulkopuoliset arvioinnit. Oppiainekohtaiset arvioinnit perustuvat valtakunnallisiin otoksiin. Näiden lisäksi Suomi osallistuu kansainvälisiin tutkimushankkeisiin, kuten PISA, TIMMS ja PIRLS.

Koulutuksen ulkopuoliset arvioinnit ovat osoittaneet, että perusopetuksen päättävän ikäluokan osaaminen on laskussa. Tämä havainto on tehty mm. Opetushallituksen oppiainekohdaisissa arvioinneissa (erityisesti matematiikan osalta), oppimaan oppimisen valtakunnallisessa seurantatutkimuksessa sekä kansainvälisissä PISA ja TIMMS tutkimuksissa. Suomalaisnuorten matematiikan osaamisessa on tapahtunut merkittävää heikentymistä ja samalla koulun käyntiä tukevat asenteet ja uskomukset kuten oppimismotivaatio ovat heikentyneet.

**Taulukko 14. Suomen menestys PISA –tutkimuksessa 2000-2012**

<b>Suomen tulokset: 2012</b>	<b>Pisteet</b>	<b>OECD-maat (34 kpl)</b>	<b>Kaikki osallistujat (65 kpl)</b>
2012 Matematiikka	519	6.	12.
<b>Suomen tulokset: 2009</b>	<b>Pisteet</b>	<b>OECD-maat (33 kpl)</b>	<b>Kaikki osallistujat (65 kpl)</b>
2009 Lukutaito	536	2.	3.
<b>Suomen tulokset: 2006</b>	<b>Pisteet</b>	<b>OECD-maat (30 kpl)</b>	<b>Kaikki osallistujat (56 kpl)</b>
2006 Luonnontieteet	563	1.	1.
<b>Suomen tulokset: 2003</b>	<b>Pisteet</b>	<b>OECD-maat (30 kpl)</b>	<b>Kaikki osallistujat (42 kpl)</b>
2003 Matematiikka	544	1.	2.
<b>Suomen tulokset: 2000</b>	<b>Pisteet</b>	<b>OECD-maat (28 kpl)</b>	<b>Kaikki osallistujat (32 kpl)</b>
2000 Lukutaito	546	1.	1.

### Opettajien kelpoisuus

Esi- ja perusopetuksen opettajien muodollisessa kelpoisuudessa on tapahtunut positiivista kehitystä vuosien 2005 ja 2010 välillä.

**Taulukko 15. Perusasteen opettajien muodollinen pätevyys**

Tehtävätyyppi	Opettajia 2005				Opettajia 2010			
	Yhteensä	joista naisten osuus	Muodollisesti kelpoinen hoitamaansa tehtävään		Yhteensä	joista naisten osuus	Muodollisesti kelpoinen hoitamaansa tehtävään	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Rehtorit	1 106	39,4	1 083	98	1 307	43	1 289	98,6
Lehtorit	13 558	72,3	12 714	94	12 320	71,4	11 781	95,6
Luokanopettajat	19 272	72,9	17 492	91	15 467	74,4	14 722	95,2
Esiluokanopettajat	660	95,0	620	94	587	96,1	558	95,1
Luokanopettajat	18 612	72,1	16 872	91	14 880	73,5	14 164	95,2

## Opetusryhmien koot

Opetusryhmäkoot ovat pienentyneet vuodesta 2008 lähtien kaikilla vuosiluokilla lukuun ottamatta esiopetuksessa. Keskimääräinen opetusryhmäkoko 1-6. luokilla on esiopetusluokat ja yhdysluokat huomioiden, 18,84 oppilasta/opetusryhmä.<sup>2</sup>

Perusasteen 1-6. luokilla keskimääräinen opetusryhmäkoko nousee siirryttäessä alimilta luokka-asteilta ylempiin. Vuonna 2013 pienimmät opetusryhmäkoot olivat ensimmäisellä vuosiluokalla (18,55) ja suurimmat kuudennella vuosiluokalla (20,66). Vuodesta 2008 opetusryhmät 1-6. luokilla pienentyivät 0,73 oppilaan verran. Opetusryhmät ovat pienentyneet voimakkaimmin 3-6. luokilla.

**Taulukko 16. Opetusryhmien koot vuosiluokilla 1-6 vuosina 2008 ja 2010**

Opetusryhmäkoon keskiarvo	Opetusryhmäkoon keskiarvo 2008	Opetusryhmäkoon keskiarvo 2010	Opetusryhmäkoon keskiarvo 2013	Ryhmäkoon muutos 2008-2013
Luokka-asteet yhteensä*	19,57	19,21	18,84	-0,73
Esiopetus	13,87	14,12	14,70	0,83
1. vuosiluokka	18,80	18,46	18,55	-0,25
2. vuosiluokka	19,35	19,07	18,84	-0,51
3. Vuosiluokka	20,62	20,34	19,96	-0,66
4. vuosiluokka	21,41	20,90	19,84	-1,57
5. vuosiluokka	21,88	21,31	20,39	-1,49
6. vuosiluokka	22,47	21,72	20,66	-1,81
Yhdysluokka muu	16,42	16,27	15,82	-0,6

Lähde: Tilastokeskus: Opettajatiedonkeruu

<sup>2</sup>Esiopetuksen osalta tulokset koskevat peruskoulujen yhteydessä järjestettävää esiopetusta 7-9. luokilla opetusryhmäkoot ovat pienempiä kuin pienempiä kuin 1-6 luokilla. Vuonna 2013 keskimääräinen ryhmäkoko oli 16,46, joka on pienentynyt 0,84 oppilaan verran vuodesta 2008. Usein 7-9. luokkien opetus järjestetään ainekohtaisesti.

**Taulukko 17. Opetusryhmien koot vuosiluokilla 7-9 vuosina 2008 ja 2010**

	Opetusryhmäkoon keskiarvo 2008	Opetusryhmäkoon keskiarvo 2010	Opetusryhmäkoon keskiarvo 2013	Muutos vuosina 2008-2013
7. luokka	17,41	17,29	16,72	-0,69
8. luokka	17,29	17,15	16,33	-0,96
9. luokka	17,18	16,98	16,33	-0,85
7-9 vuosiluokat yhteensä*	17,30	17,14	16,46	-0,84

Lähde: Tilastokeskus: Opettajatiedonkeruu

Myös alueellisessa tarkastelussa on tapahtunut pääsääntöisesti positiivista kehitystä, joskin keskimääräiset ryhmäkoot poikkeavat alueellisesti. 1-2 luokilla opetusryhmät ovat keskimäärin 18,69 oppilaan kokoisia koko Manner-Suomen osalta. Keskimääräisesti suurimmat opetusryhmät olivat Uudenmaan maakunnassa (19,63) ja pienimmät Keski-Pohjanmaan maakunnassa (16,2).

Opetusryhmät ovat pienentyneet vuosina 2008-2013 yhteensä 0,39 oppilaan verran. 1-2 luokkien opetusryhmät eivät ole pienentyneet yhtä paljon kuin muut vuosiluokat. Eniten keskimääräinen ryhmäkoko pieneni vuodesta 2010 Keski-Pohjanmaalla (-2,04) ja kasvoi eniten Kainuussa (0,59).

**Taulukko 18. Keskimääräiset ryhmäkoot vuosiluokilla 1-2**

Maakunta	Keskiarvo 2008	Keskiarvo 2010	Keskiarvo 2013	Muutos 2008-2010	Muutos 2010-2013
Uusimaa	19,98	19,76	19,63	-0,22	-0,13
Varsinais-Suomi	19,54	18,54	18,98	-1,00	0,44
Satakunta	18,35	17,93	17,77	-0,42	-0,16
Kanta-Häme	20,02	19,70	19,22	-0,32	-0,48
Pirkanmaa	19,76	19,85	19,74	0,09	-0,11
Päijät-Häme	19,77	19,70	18,55	-0,07	-1,15
Kymenlaakso	18,40	18,22	18,43	-0,18	0,21
Etelä-Karjala	18,29	17,45	17,45	-0,84	0,00
Etelä-Savo	18,94	18,96	18,10	0,02	-0,86
Pohjois-Savo	18,65	18,33	18,66	-0,32	0,33
Pohjois-Karjala	19,44	18,70	18,27	-0,74	-0,43
Keski-Suomi	18,50	18,43	18,91	-0,07	0,48
Etelä-Pohjanmaa	17,07	16,73	16,75	-0,34	0,02
Pohjanmaa	16,80	16,12	15,87	-0,68	-0,25
Keski-Pohjanmaa	17,86	18,24	16,20	0,38	-2,04
Pohjois-Pohjanmaa	18,79	18,66	18,94	-0,13	0,28
Kainuu	18,18	17,63	18,22	-0,55	0,59
Lappi	17,86	18,08	16,80	0,22	-1,28
Manner-Suomi	19,08	18,76	18,69	-0,32	-0,07

Lähde: Tilastokeskus: Opettajatiedonkeruu

3-6. luokilla opetusryhmät ovat keskimääräisesti 20,21 oppilaan kokoisia koko Manner-Suomessa. Keskimääräisesti suurimmat opetusryhmät olivat Pirkanmaan maakunnassa (21,51) ja pienimmät Pohjanmaan maakunnassa (17,79).

Opetusryhmät ovat pienentyneet 2008-2013 välisenä aikana yhteensä 1,38 oppilaan verran. Eniten keskimääräinen ryhmäkoko pieneni vuodesta 2010 Kymenlaaksossa (-1,41) ja vähiten Kanta- Hämeessä (-0,26).

**Taulukko 19. Keskimääräiset ryhmäkoot vuosiluokilla 3-6**

Maakunta	Keskiarvo 2008	Keskiarvo 2010	Keskiarvo 2013	Muutos 2008-2010	Muutos 2010-2013
Uusimaa	22,65	22,17	21,09	-0,48	-1,08
Varsinais-Suomi	21,20	20,97	19,83	-0,23	-1,14
Satakunta	21,16	20,36	19,43	-0,8	-0,93
Kanta-Häme	22,95	21,27	21,01	-1,68	-0,26
Pirkanmaa	22,10	22,15	21,51	0,05	-0,64
Päijät-Häme	21,69	21,39	20,36	-0,3	-1,03
Kymenlaakso	22,28	20,75	19,34	-1,53	-1,41
Etelä-Karjala	20,46	19,70	18,89	-0,76	-0,81
Etelä-Savo	21,69	20,71	19,59	-0,98	-1,12
Pohjois-Savo	21,11	20,58	20,10	-0,53	-0,48
Pohjois-Karjala	20,58	21,47	20,20	0,89	-1,27
Keski-Suomi	21,83	21,13	20,25	-0,7	-0,88
Etelä-Pohjanmaa	20,05	19,63	18,95	-0,42	-0,68
Pohjanmaa	19,01	18,10	17,79	-0,91	-0,31
Keski-Pohjanmaa	19,83	18,74	17,95	-1,09	-0,79
Pohjois-Pohjanmaa	21,52	21,00	20,19	-0,52	-0,81
Kainuu	20,68	19,63	18,89	-1,05	-0,74
Lappi	20,01	19,84	19,18	-0,17	-0,66
Manner-Suomi	21,59	21,06	20,21	-0,53	-0,85

Lähde: Tilastokeskus: Opettajatiedonkeruu

7-9 luokilla opetusryhmäkoko on pysynyt keskimääräistä alhaisempana kuin esimerkiksi alakoulun luokka-asteilla. Keskimääräinen opetusryhmäkoko 7-9 luokilla on 16,46. Keskimääräisesti suurimmat opetusryhmät olivat Pohjois-Savon maakunnassa (17,06) ja pienimmät Pohjanmaan maakunnassa (15,55)

Opetusryhmät ovat pienentyneet 2008-2013 välisenä aikana yhteensä 0,84 oppilaan verran. Eniten keskimääräinen ryhmäkoko pieneni vuodesta 2010 Kainuussa (-0,94), Satakunnassa (-0,94) Keski-Suomessa (-0,94) ja kasvoi Pohjois-Savossa (0,17).

**Taulukko 20. Keskimääräiset ryhmäkoot vuosiluokilla 7-9**

Maakunta	Keskiarvo 2008	Keskiarvo 2010	Keskiarvo 2013	Muutos 2008-2010	Muutos 2010-2013
Uusimaa	17,78	17,39	16,56	-0,39	-0,83
Varsinais-Suomi	17,50	17,39	16,52	-0,11	-0,87
Satakunta	17,46	17,63	16,71	0,17	-0,92
Kanta-Häme	17,84	17,49	16,91	-0,35	-0,58
Pirkanmaa	16,88	17,15	16,53	0,27	-0,62
Päijät-Häme	17,36	17,23	16,42	-0,13	-0,81
Kymenlaakso	17,41	16,89	15,98	-0,52	-0,91
Etelä-Karjala	17,65	17,03	16,79	-0,62	-0,24
Etelä-Savo	17,53	17,29	16,62	-0,24	-0,67
Pohjois-Savo	17,22	16,93	17,06	-0,29	0,13
Pohjois-Karjala	16,75	16,99	16,65	0,24	-0,34
Keski-Suomi	17,42	17,46	16,54	0,04	-0,92
Etelä-Pohjanmaa	16,79	16,30	15,57	-0,49	-0,73
Pohjanmaa	16,73	16,34	15,55	-0,39	-0,79
Keski-Pohjanmaa	16,28	16,72	16,11	0,44	-0,61
Pohjois-Pohjanmaa	17,04	16,90	16,51	-0,14	-0,39
Kainuu	16,98	16,71	15,79	-0,27	-0,92
Lappi	16,37	16,73	15,87	0,36	-0,86
Manner-Suomi	17,30	17,14	16,46	-0,16	-0,68

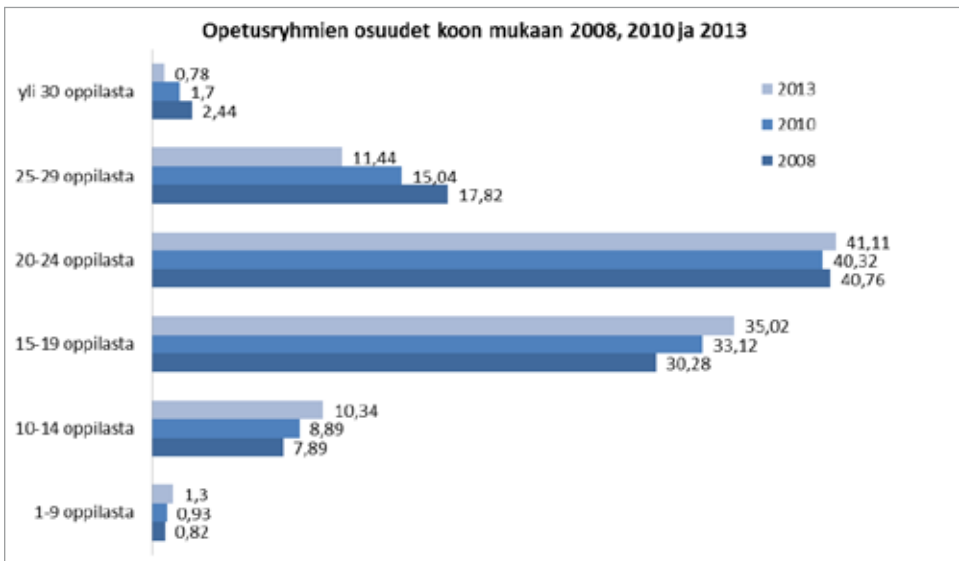
Lähde: Tilastokeskus: Opettajatiedonkeruu

### Suurten opetusryhmien osuus

Vuonna 2013 opetusryhmistä suurin osa (41,11 %) oli 20-24 oppilaan opetusryhmiä. Noin 35 prosenttia opetusryhmistä oli 15-19 oppilaan muodostamia opetusryhmiä. Vuonna 2013 suurten opetusryhmien eli 25 -29 oppilaan opetusryhmien osuus oli noin 11 prosenttia ja yli 30 oppilaan opetusryhmien osuus oli alle prosentin.

Vuodesta 2008 lähtien 25-29 oppilaan opetusryhmien osuus on laskenut 6,38 prosenttia vuoteen 2013 mennessä. Yli 30 oppilaan opetusryhmien osuus on laskenut 1,66 prosenttia vuodesta 2008 lähtien. Pääsääntöisesti yli 20 oppilaiden ryhmien osuus on vähentynyt ja vastaavasti alle 20 oppilaiden ryhmien osuus kasvanut

**Kuvio 4. Opetusryhmien osuudet koon mukaan 2008, 2010 ja 2013**



Lähde: Tilastokeskus: Opettajatiedonkeruu

### Yhteenveto esi- ja perusopetuksesta

Esiopetukseen osallistuneiden lasten määrä on kasvanut vuodesta 2008 lähtien. Esiopetuksen saavutettavuudessa ei ole tapahtunut valtakunnallisesti merkittäviä muutoksia. Noin kaksi prosenttia kuusivuotiaiden ikäluokasta ei osallistu esiopetukseen. Esiopetuksen osallistumattomuuden syyt ovat moninaisia.

Esiopetuksen laatu on keskimäärin melko hyvää. Laatu vaihtelee alueellisesti ja kuntaryhmittäin sekä erityisesti esiopetusta antavien yksiköiden välillä.

Peruskouluikäisen oppilaiden määrä on pienentynyt koko valtakunnan tasolla koko 2000- luvun alun. Oppilasmäärän lasku on heijastunut myös käyttömenojen reaalikehitykseen, joka on kääntynyt laskevaksi. Perusasteelle siirtyvien määrä on jo kääntynyt uudelleen nousuun. Peruskoulurakenteen muutos jatkuu; koulujen kokonaismäärän lasku jatkuu ja eniten vähentyvät pienet koulut.



Perusopetuksen saavutettavuudessa ei valtakunnallisesti ole tapahtunut huomattavia muutoksia. Aluehallintovirastojen toiminta-alueen ja maakunnan tasolla tarkasteltuna saavutettavuus on pysynyt myös varsin vakaana. Alueiden väliset erot olivat melko pieniä. Maakunnissakin keskimääräinen saavutettavuus on ollut hyvää tasoa ja säilynyt lähes ennallaan, tosin maakuntien välillä on jonkin verran eroja.

Koulujen määrä vähenee edelleen ja vähennykset kohdentuvat erityisesti pieniin kouluihin. Perusopetuksen saatavuudessa on alueellisia vaihteluita, jotka korostuvat siirtymäikäessä kuntatason tarkasteluun.

Välitön sijoittuminen koulutukseen perusasteen jälkeen on keskeinen tavoite esimerkiksi koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaan kirjatun koulutustakuun näkökulmasta. Viime vuosina kehitys ei ole edennyt positiiviseen suuntaan ja siirtymässä on merkittäviä alueellisia eroja.

Opettajien muodollisessa kelpoisuudessa on tapahtunut positiivista kehitystä ja keskimääräiset ryhmäkoot ovat pienentyneet. Etenkin suurien opetusryhmien määrä on vähentynyt.

## 1.3 Lukiokoulutus

### Lukiokoulutuksen saatavuus

Lukioiden määrä on laskenut vuodesta 2005 47:llä ja lukiokoulutuksen opiskelijoiden määrä runsaalla 10 000:lla opiskelijalla.

**Taulukko 21. Lukioiden määrä oppilaitoksen koon mukaan**

	Lukiot yhteensä	1–19 opiskelijaa	20–49 opiskelijaa	50–99 opiskelijaa	100–299 opiskelijaa	300–499 opiskelijaa	500–999 opiskelijaa	1000– opiskelijaa
2005	428	1	5	72	193	94	56	7
2006	418	2	10	70	184	86	54	12
2007	406	-	8	71	171	87	57	12
2008	406	1	13	73	166	84	57	12
2009	398	2	10	79	150	86	58	13
2010	395	3	15	75	148	83	59	12
2011	388	3	15	74	144	85	55	12
2012	381	4	14	76	142	72	57	16

Lähde: Tilastokeskus

### Oppilaitosten koot

Lukiokoulutusta antavien oppilaitosten verkosto painottuu 100-299 opiskelijan kokosiin oppilaitoksiin. Vuonna 2012 34 prosenttia oli näitä. Tämän kokoluokan oppilaitosten määrä on vuodesta 2005 vuoteen 2012 kuitenkin selvimmin laskenut kun kaikkein suurimpien vähintään 500 opiskelijan ja pienimpien alle 50 opiskelijan oppilaitosten määrä on kasvanut. Vuonna 2012 Suomessa oli kaikkiaan 16 lukiota, joissa oli vähintään tuhat opiskelijaa.

Muutamassa pienimmässä lukiossa oli vain hieman yli kymmenen opiskelijaa. Vuonna 2012 Suomessa oli neljä lukiota, joissa oli alle 20 opiskelijaa ja 94 lukiota, joissa oli alle 100 opiskelijaa.

### Taulukko 22. Lukiokoulutusta antavien oppilaitosten määrän sekä lukiokoulutuksen oppilasmäärän kehitys

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lukiokoulutusta antavia oppilaitoksia	471	461	449	449	441	439	433	428
Opiskelijoita	118 111	117 260	115 253	114 240	112 088	111 778	109 046	107 412

Luvut sisältävät myös aikuisopiskelijat

Oppilaitosverkosto käsittää kaikki lukiokoulutusta antavat oppilaitokset. Vuonna 2012 lukiokoulutusta antoi 422 oppilaitosta ja 6 kansanopistoa, joissa opiskeli noin 107 000 opiskelijaa.

Opiskelijoilla on vapaa hakeutumisosoikeus haluamaansa lukioon. Lukiokoulutus on luonteeltaan alueellinen palvelu, toisin kuin perusopetus, joka on säädetty kuntien vastuulla olevaksi lähialueeksi.

### Alueellinen saavutettavuus

Vuonna 2012 antoi lukiokoulutusta 422 oppilaitosta, joista 381 oli lukioita, 41 perus- ja lukioasteen koulua sekä 6 kansanopistoa. Lukiokoulutuksen alueellista saavutettavuutta on pidettävä hyvänä. Vuonna 2012 lukioita oli 381, joista 358 oli kunnallisia, yksityisiä 7 ja kuntayhtymiä 5, kuntayhtymien lukioita 15. Lisäksi Ahvenanmaan maakunta järjesti lukiokoulutusta. Opetusta järjestettiin vuoden 2012 tietojen mukaan 433 lukiossa, joista runsaat 30 oli aikuislukioita.

Kuntien yhdistymisten kautta lukiokoulutuksen järjestäjäkuntien lukumäärä on pienentynyt jonkin verran. Sen sijaan koulujen väheneminen on tähän saakka kohdentunut ensisijaisesti kaupunkeihin, joissa lukioita on yhdistelty ja luotu aikaisempaa suurempia kouluja.

Maakunnittain Uudellamaalla oli vuonna 2012 74 lukiota, Varsinais-Suomessa 30, Satakunnassa 19, Kanta-Hämeessä 12, Pirkanmaalla 31, Päijät-Hämeessä 11, Kymenlaaksossa 12, Etelä-Karjalassa 10, Etelä-Savossa 14, Pohjois-Savossa 22, Pohjois-Karjalassa 15, Keski-Suomessa 21, Etelä-Pohjanmaalla 19, Pohjanmaalla 16, Keski-Pohjanmaalla 9, Pohjois-Pohjanmaalla 35, Kainuussa 7, Lapissa 23 ja Ahvenanmaalla 1.

### Sijoittuminen ylioppilastutkinnon jälkeen

Sijoittuminen jatko-opintoihin ylioppilastutkinnon jälkeen on pysytellyt viime vuodet samalla tasolla. Ylioppilastutkinnon jälkeinen työllistyminen on pysytellyt melko tasaisena.

**Taulukko 23. Ylioppilastutkinnon suorittaneiden opiskelijoiden ja työllisten osuus tutkinnon suorittamisvuotta seuraavan vuoden lopussa %**

	2010	2009	2008	2007
Opiskelijat	62,6	62,7	63,1	62,8
Työlliset	19	17,7	19	19

Lähde: Tilastokeskus, Opiskelijoihin sisältyvät myös työlliset opiskelijat

Lukion jälkeen jatko-opintoihin siirtymisessä ja työllistymisessä on huomattavia alueellisia eroja. Jatko-opintoihin siirtymisessä heikoin tilanne on Uudellamaalla ja paras Pohjois-Karjalassa. Vastaavasti työllistymisessä heikoin tilanne on Pohjois-Karjalassa ja paras Uudellamaalla. Lukion jälkeisiin siirtymiin vaikuttavat paikallinen työllisyystilanne ja jatko-opintojen alueellinen määrällinen saatavuus.

**Taulukko 24. Ylioppilastutkinnon suorittaneiden opiskelijoiden ja työllisten osuus tutkinnon suorittamisvuotta seuraavan vuoden lopussa maakunnittain, %. Tilanne vuoden 2010 lopussa**

	Opiskelijat %	Työlliset %
Koko maa	63	19
Uusimaa	52	29
Varsinais-Suomi	60	19
Satakunta	67	12
Kanta-Häme	62	19
Pirkanmaa	62	19
Päijät-Häme	61	19
Kymenlaakso	64	17
Etelä-Karjala	70	13
Etelä-Savo	74	11
Pohjois-Savo	72	12
Pohjois-Karjala	75	9
Keski-Suomi	63	15
Etelä-Pohjanmaa	71	12
Pohjanmaa	74	11
Keski-Pohjanmaa	70	17
Pohjois-Pohjanmaa	70	12
Kainuu	72	13
Lappi	70	14
Itä-Uusimaa	69	18

Lähde: Tilastokeskus

## Lukiokoulutuksen laatu

### Lukion opettajien kelpoisuus

Lukion opettajien muodollinen kelpoisuus on jonkin verran parantunut vuodesta 2005. Lehtoreista päteviä oli 97,3 prosenttia.

**Taulukko 25. Lukion opettajien muodollinen kelpoisuus**

Tehtävätyyppi	Opettajia v. 2005				Opettajia v. 2010			
	Yhteensä	joista naisten osuus	Muodollisesti kelpoinen hoitamaansa tehtävään		Yhteensä	joista naisten osuus	Muodollisesti kelpoinen hoitamaansa tehtävään	
			lkm	%			lkm	%
Rehtorit	432	33,3	426	98,6	373	35,4	368	98,7
Lehtorit	5 857	67,5	5 664	96,7	5 935	67,0	5 776	97,3
Maahanmuuttajien opettajat	17	82,4	17	100				
Päätoimiset tuntiopettajat	1 080	70,2	868	80,4	1 178	70,8	1 008	85,6
Sivutoimiset tuntiopettajat	414	58,7	158	38,2	424	63,9	212	50,0
Tieto tehtävätyypistä puuttuu	4	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Yhteensä</b>	<b>7 804</b>	<b>65,6</b>	<b>7 133</b>	<b>91,4</b>	<b>7 910</b>	<b>65,9</b>	<b>7 364</b>	<b>93,1</b>

Aluehallintoviranomaisten tekemän peruspalvelujen arviointiselvityksen mukaan koko maassa 16-vuotiaista asui korkeintaan 10 kilometrin päässä lukiosta 85,9 % ja korkeintaan 30 kilometrin päässä 98,3 %. Tilanne on pysynyt samalla tasolla vuodesta 2008. Alueelliset erot ovat suuria. Paras tilanne on Etelä-Suomen AVI-alueella ja huonoin Itä-Suomen AVI -alueella.

**Taulukko 26. Lukiokoulutuksen saavutettavuus enintään 10 ja 30 kilometrin etäisyydellä alueittain vuosina 2009, 2010 ja 2011**

Alue	Lukio 10			Lukio 30			16-vuotiaat		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Etelä-Suomen AVI	92,6	92,4	92,4	98,6	98,5	98,5	26 820	27 036	26 189
Lounais-Suomen AVI	84,5	84,5	84,8	98,2	98,2	98,3	8 098	8 263	8 094
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	83,3	83,0	83,4	99,3	99,2	99,1	14 701	14 802	14 254
Itä-Suomen AVI	75,8	74,3	75,3	98,4	98,6	98,5	6 812	6 913	6 653
Pohjois-Suomen AVI	81,9	82,5	83,1	97,0	97,4	97,3	6 607	6 412	6 512
Lapin AVI	76,9	78,0	76,9	93,0	93,4	92,5	2 410	2 369	2 134
Manner-Suomi	86,1	85,9	86,2	98,3	98,3	98,3	65 448	65 795	63 836

Saavutettavuus vähintään kolme eri koulutusalan tarjonnalla parani hieman kaikilla alueilla. Ammatillisen peruskoulutuksen tuloksellisuus Ammatillisen peruskoulutuksen suorittamisen jälkeen runsaat 67 prosenttia on joko työllistynyt tai siirtynyt jatko-opintoihin. Työllistyminen tutkinnon suorittamisen jälkeen on kääntynyt laskuun, mikä johtunee yleisen työllisyystilanteen heikkenemisestä. Jatko-opintoihin siirtyminen on jonkin verran kasvanut.

## Yhteenvedo lukiokoulutuksesta

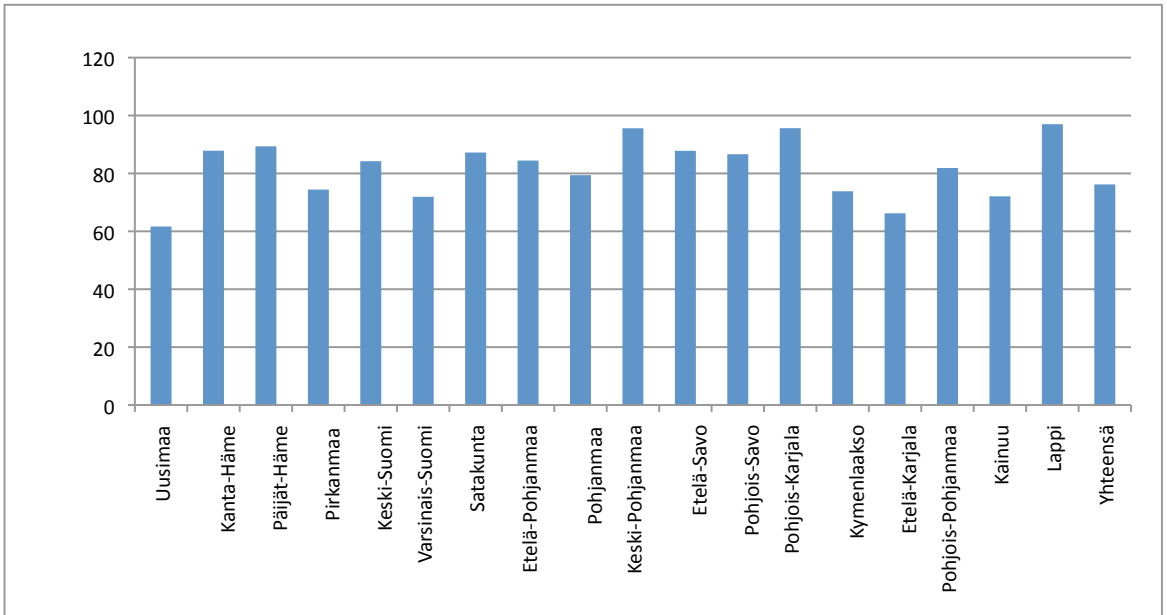
Lukion opiskelijamäärä on vähentynyt koko 2000-luvun ajan. Tähän on vaikuttanut ainakin toiselle asteelle siirtyvien ikäluokkien pieneneminen. Lukion käyttömenot ovat laskeutuneet vuodesta 2006 alkaen. Lukioiden määrä on jonkin verran viime vuosina vähentynyt ja vähennys on kohdentunut keskisuuriin kouluihin. Alueellisessa saatavuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Jatko-opintoihin siirtymisessä lukion jälkeen ei ole tapahtunut suuria muutoksia; alueelliset vaihtelut siirtymisissä ovat suuria. Opettajien muodollinen kelpoisuus on jonkin verran parantunut.

## 1.4 Ammatillinen koulutus

### Ammatillisen peruskoulutuksen saatavuus

Nuorille tarkoitetun ammatillisen peruskoulutuksen saatavuudessa on merkittäviä eroja suhteessa nuorisoiäluokkaan. Koko maassa oli laskennallisesti jokaista toisella asteelle siirtyvää nuorta kohden 0,76 aloituspaikkaa opetussuunnitelmaperusteisessa ammatillisessa peruskoulutuksessa. Maan eri osien välillä oli huomattavia maakunnallisia eroja siten, että paras saatavuus oli Lapissa, Keski-Pohjanmaalla ja Pohjois-Karjalassa heikoin Uudellamaalla ja Etelä-Karjalassa.

**Kuvio 5. 16-18-vuotiaiden keskimääräinen ikäluokka suhteessa nuorille suunnatun ammatillisen peruskoulutuksen tarjontaan vuonna 2011 maakunnittain**



Aluehallintoviranomaisten selvityksen mukaan korkeintaan 10 kilometrin päässä ammatillisen koulutuksen järjestäjästä asui 77,5 prosenttia 16-vuotiaista ja korkeintaan 30 kilometrin päässä 95,7 prosenttia. Tilanne on pysynyt samana vuodesta 2008. Alueelliset erot ovat huomattavia. Paras tilanne on Etelä-Suomen AVI-alueella ja heikoin Itä-Suomen AVI-alueella.

**Taulukko 27. Ammatillisen koulutuksen saavutettavuus enintään 10 ja 30 kilometrin etäisyydellä alueittain vuosina 2009, 2010 ja 2011**

Alue	Ammatillinen 10			Ammatillinen 30			16-vuotiaat		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Etelä-Suomen AVI	89,4	88,7	88,7	97,6	97,2	97,2	26 820	27 036	26 189
Lounais-Suomen AVI	73,3	73,4	75,0	97,2	97,0	97,6	8 089	8 263	8 094
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	70,8	70,7	71,3	96,6	95,9	96,3	14 701	14 802	14 254
Itä-Suomen AVI	63,3	61,3	62,3	90,7	90,7	91,0	6 812	6 913	6 653
Pohjois-Suomen AVI	70,0	69,6	70,5	94,5	94,7	94,5	6 607	6 412	6 512
Lapin AVI	71,0	73,9	71,0	85,6	89,7	85,8	2 410	2 369	2 134
Manner-Suomi	77,9	77,5	77,9	95,8	95,7	95,7	65 448	65 795	63 836

Lähde: Tilastokeskus

**Taulukko 28. Ammatillisen koulutuksen saavutettavuus vähintään kolmen koulutusalan tarjonnalla 10 ja 30 kilometrin etäisyydellä alueittain vuosina 2009, 2010 ja 2011**

Alue	Kolme alaa 10			Kolme alaa 30			16-vuotiaat		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Etelä-Suomen AVI	83,0	83,2	82,9	96,5	96,5	96,5	26 820	27 036	26 189
Lounais-Suomen AVI	63,9	65,7	67,3	95,7	95,7	96,7	8 098	8 263	8 094
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	56,5	56,3	58,3	92,3	90,2	92,5	14 701	14 802	14 254
Itä-Suomen AVI	52,0	52,1	52,6	81,3	79,2	81,8	6 812	6 913	6 653
Pohjois-Suomen AVI	59,0	58,6	60,1	86,7	85,2	87,2	6 607	6 412	6 512
Lapin AVI	61,3	63,8	59,6	73,2	74,4	71,9	2 410	2 369	2 134
Manner-Suomi	68,3	68,6	69,2	92,0	91,3	92,3	65 448	65 795	63 836

Lähde: Tilastokeskus

Saavutettavuus vähintään kolme eri koulutusalan tarjonnalla parani hieman kaikilla alueilla.

### Ammatillisen peruskoulutuksen tuloksellisuus

Vuonna 2011 ammatillisen peruskoulutuksen suorittamisen jälkeen runsaat 72 prosenttia on joko työllistynyt tai siirtynyt jatko-opintoihin. Työllistyminen tutkinnon suorittamisen jälkeen on parantunut yleisestä työllisyystilanteen heikkenemisestä huolimatta. Jatko-opintoihin siirtyminen ei ole kasvanut.

**Taulukko 29. Ammatillisen peruskoulutuksen suorittaneiden työllistyminen ja jatko-opintoihin siirtyminen vuosi tutkinnon suorittamisen jälkeen, %**

	2009	2010	2011
Ammatillinen perustutkinto (opetussuunnitelmaperusteinen)			
työllistyneet (ml. työlliset opiskelijat)	57,2	59,4	62,2
jatko-opintoihin siirtyneet	10,3	10,9	10,1

Työllistymisessä ja jatko-opintoihin siirtymisessä on ammatillisen peruskoulutuksen jälkeen huomattavia alueellisia eroja. Työllistymisen suhteen paras tilanne oli Uudellamaalla ja huonoin Pohjois-Karjalassa ja Kymenlaaksossa. Jatko-opintoihin siirtymisen osalta paras tilanne oli Pohjois-Karjalassa ja heikoin Uudellamaalla. Siirtymiin vaikuttavat alueellinen työllisyystilanne ja jatko-opintopaikkojen määrällinen saatavuus.

**Taulukko 30. Ammatillisen peruskoulutuksen suorittaneiden työllistyminen ja jatko-opintoihin siirtyminen vuosi tutkinnon suorittamisen jälkeen. Tilanne vuoden 2009 lopulla, %**

Ammatillisen perustutkinnon (ops-perusteisessa koulutuksessa) vuonna 2010 suorittaneiden työllistyminen ja jatko-opintoihin siirtyminen vuoden 2011 lopussa (%)	Työlliset (ml. työlliset opiskelijat)	Päätoimiset opiskelijat
Koko maa	62,2	10,1
Uusimaa	70,1	7,5
Varsinais-Suomi	64,9	8,0
Satakunta	58,2	9,8
Kanta-Häme	61,0	9,3
Pirkanmaa	64,4	8,4
Päijät-Häme	63,1	10,3
Kymenlaakso	52,7	11,7
Etelä-Karjala	62,7	9,0
Etelä-Savo	53,6	12,6
Pohjois-Savo	63,5	11,5
Pohjois-Karjala	52,2	16,6
Keski-Suomi	56,3	10,1
Etelä-Pohjanmaa	58,8	13,4
Pohjanmaa	68,0	11,1
Keski-Pohjanmaa	62,1	14,3
Pohjois-Pohjanmaa	57,2	10,7
Kainuu	57,3	14,1
Lappi	55,3	12,5

Työlliset sisältävät myös työlliset opiskelijat



Ammatillisen peruskoulutuksen läpäisy on parantunut (3 vuodessa tutkinnon suorittaneet). Vuonna 2009 läpäisyaste oli 59,7 prosenttia, vuonna 2010 60,6 prosenttia ja vuonna 2011 61 prosenttia (arvio).

### Ammatillisen peruskoulutuksen laatu

Koko maassa ammatillisen koulutuksen opettajista oli muodollisesti kelpoisia vajaat 73 prosenttia. Alueelliset vaihtelut ovat suuria. Kelpoisuuden suhteen paras tilanne on Päijät-Hämeessä ja heikoin Lapissa.

**Taulukko 31. Opettajien muodollinen kelpoisuus ammatillisessa koulutuksessa maakunnittain vuoden 2010 keväällä**

Maakunta	Opettajat yhteensä			Naisia yhteensä		
	lkm	Kelpoiset lkm	Kelpoiset %	lkm	Kelpoiset lkm	Kelpoiset %
Uusimaa	3 544	2 388	67,4	1 928	1 410	73,1
Itä-Uusimaa	168	109	64,9	89	69	77,5
Varsinais-Suomi	1 007	750	74,5	534	437	81,8
Satakunta	947	693	73,2	429	338	78,8
Kanta-Häme	552	412	74,6	307	245	79,8
Pirkanmaa	1 181	898	76,0	628	521	83,0
Päijät-Häme	396	325	82,1	216	181	83,8
Kymenlaakso	388	289	74,5	193	151	78,2
Etelä-Karjala	351	283	80,6	203	170	83,7
Etelä-Savo	632	506	80,1	335	284	84,8
Pohjois-Savo	763	619	81,1	408	342	83,8
Pohjois-Karjala	536	426	79,5	247	210	85,0
Keski-Suomi	734	571	77,8	391	338	86,4
Etelä-Pohjanmaa	608	406	66,8	253	187	73,9
Pohjanmaa	600	407	67,8	312	225	72,1
Keski-Pohjanmaa	326	194	59,5	165	108	65,5
Pohjois-Pohjanmaa	1 306	957	73,3	703	559	79,5
Kainuu	364	235	64,6	179	122	68,2
Lappi	111	69	62,2	62	40	64,5
<b>Koko maa</b>	<b>14 514</b>	<b>10 537</b>	<b>72,6</b>	<b>7 582</b>	<b>5 937</b>	<b>78,3</b>

Lähde: Tilastokeskus. Opettajakyselyt keväällä 2010.

### **Yhteenveto ammatillisesta peruskoulutuksesta**

Ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijamäärät ovat kasvaneet siitä huolimatta, että nuorisoikäluokat ovat kääntyneet laskuun. Ammatillisen koulutuksen käyttömenot ovat kasvaneet opiskelijamäärän kasvun myötä. Ammatillisen koulutuksen alueellisessa saatavuudessa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Ammatillisen koulutuksen saataavuus vaihtelee alueittain tarkastelutavan mukaan. Niillä alueilla, joilla ammatillista koulutusta on suhteessa ikäluokkaan runsaasti, saattavat välimatkat olla pitkiä kun taas alueilla, jossa koulutustarjontaa on vähemmän tarjolla, välimatkat koulutukseen ovat pienempiä. Ammatillisen koulutuksen jälkeisessä työllistymisessä on tapahtunut positiivista kehitystä yleisestä työllisyystilanteen heikentymisestä huolimatta.

### **Yhteenveto kasvatus- ja koulutuspalveluista**

Kasvatuspalvelujen saatavuuden takaa lakisääteinen subjektiivinen oikeus. Päivähoidossa olevien lasten määrä on jatkanut tasaista kasvuaan. Ikäryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että mitä vanhempi lapsi on, sitä suurempi on päivähoitoon osallistumisen osuus. Suurin osa lapsista on kunnallisessa päiväkotimuotoisessa ja kokopäiväisessä päivähoitossa.

Päivähoito- ja varhaiskasvatuspalvelujen kustannukset ovat kasvaneet. Kokonaiskasvua selittävät asiakasmäärän nousu sekä kokopäivähoitossa olevien lasten osuuden kasvu. Päivähoidon maksutulot ja kuntien päivähoiton toimintamenot ovat jatkaneet kasvuaan.

Esiopetukseen osallistuvien lasten määrä on kasvanut tasaisesti viime vuosina. Esiopetusta järjestetään eniten päivähoiton yhteydessä. Noin kaksi prosenttia kuusivuotiaiden ikäluokasta ei osallistu esiopetukseen. Esiopetuksen osallistumattomuuden syyt ovat moninaiset.

Koulutuspalveluiden käyttökustannusten kehitys on noudattanut opiskelijamäärien kehitystä. Koulutuksen saatavuudessa ei ole väestömuutoksista huolimatta tapahtunut suuria muutoksia kun sitä mitataan etäisyytenä koulutukseen. Tässä mielessä voidaan sanoa, että koulutustarjonta on haastavan väestökehityksen oloissa kyetty pitämään kohtuullisesti saavutettavana. Etäisyydet peruskouluihin ja toisen asteen oppilaitoksiin vaihtelevat maan eri osissa selvästi. Toisaalta ammatillisen peruskoulutuksen määrällisessä saatavuudessa on niin ikään huomattavia eroja. On alueita, joilla ammatilliseen koulutukseen hakeutuminen on nuoren näkökulmasta huomattavasti vaikeampaa kuin toisilla alueilla. Tämä näkyy myös perusasteen jälkeisessä välittömässä jatko-opintoihin siirtymisessä, johon heijastuvat alueelliset koulutustarjonnan määrälliset erot. Perusasteen jälkeisen koulutuksen saatavuus näyttäytyy erilaisena maan eri osissa sen mukaan, miten sitä tarkastellaan. Koulutuksen tuloksellisuudessa ei myöskään ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Tutkintotavoitteisiin koulutuksiin välitön siirtyminen on hieman heikentynyt. Myös opintojen jälkeinen työllistyminen on jonkin verran heikentynyt, mitä ainakin osittain selittää työllisyystilanteen huonontuminen. Perusopetuksessa ryhmäkoot ovat edelleen pienentyneet ja opettajien muodollinen kelpoisuus on parantunut sekä perusasteella että lukiossa. Ammatillisen koulutuksen läpäisy on parantunut. Koulutuksen tuottavuuden näkökulmasta voidaan todeta, että kustannusten muutokset noudattavat pääpiirteissään oppilas- ja opiskelijamäärien kehitystä. Tuloksellisuuden näkökulmasta kehitystä on ollut sekä myönteiseen että kielteiseen suuntaan. Ryhmäkokoja on perusasteella kyetty pienentämään ja opettajien muodollista kelpoisuutta parantamaan sekä perusasteella että lukioissa. Sen sijaan koulutuksen jälkeisiin jatko-opintoihin siirtymisessä ei ole tapahtunut positiivista kehitystä, perusasteen jälkeinen nopea siirtyminen on jopa heikentynyt. Saatavuus on kyetty pitämään kohtuullisella tasolla, sen sijaan alueelliset vaihtelut siinä ovat suuria.

## Lähteet VK-osuus

Ailasmaa, R. 2013. Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Tilastoraportti 23/2013. Suomen virallinen tilasto, Kuntasektorin palkat, Tilastokeskus. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Saatavilla osoitteessa [www.thl.fi/tilastot/sosiaalijaterveyspalvelut/kuntienhenkilosto](http://www.thl.fi/tilastot/sosiaalijaterveyspalvelut/kuntienhenkilosto) [viitattu 3.10.2013].

Ailasmaa, R. 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2010. Tilastoraportti 10/2013. Suomen virallinen tilasto, Työssäkäyntitilasto, Tilastokeskus. Helsinki: Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Saatavilla osoitteessa [www.thl.fi/tilastot/sosiaalijaterveyspalvelut/henkilosto](http://www.thl.fi/tilastot/sosiaalijaterveyspalvelut/henkilosto) [viitattu 25.5.2013].

Asetus lasten päivähoidosta (239/1992) [viitattu 3.11.2013].

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992) [viitattu 3.11.2013].

Heikkilä, M., Välimäki, A-L. & Ihalainen, S-L. 2007. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Oppaita 56. Helsinki: Stakes. Saatavilla osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210089363> [viitattu 12.11.2013].

Kelan tilastollinen tietolanta, Kelasto. Saatavilla osoitteessa [www.kela.fi/kelasto](http://www.kela.fi/kelasto) [viitattu 22.11.2013].

Kekkonen, Marjatta, Rönkä Anna, Laakso Marja-Leena, Tammelin Mia, Malinen Kaisa (2014) Lapsiperheet 24/7 –taloudessa. Teoksessa: Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (julkaistaan 2014).

Kuntaliitto 2012. Päivähoidon hallinnonala koskeva kysely 2012. Saatavilla osoitteesta [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net) Asiantuntijapalvelut>Opetus ja kulttuuri>Varhaiskasvatus>Päivähoidon hallinto [viitattu 4.11.2013].

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (743/1992) [viitattu 4.11.2013].

Laki lasten päivähoidosta (36/1973) [viitattu 4.11.2013].

Mehtonen, M. & Heinonen, A. toim. 2012. Talous- ja toimintatilaston luokitukset 2012. Saatavilla osoitteessa <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/talous-toimintatilaston-luokitukset/luokitukset-julkaisu-2012/Sivut/default.aspx> [viitattu 17.12.2013], Kuntaliitto.

Perusopetuslaki (628/1998) [viitattu 12.12.2013].

Rönkä, A., Hintikka, T., Laakso, M-L, Tammelin, M. & Sevón, E. (2013) Lausunto varhaiskasvatustutkimusryhmälle. Perheet 24/7 –tutkimusprojekti [viitattu 11.11.2013].

Rönkä, A. (2013) Perheet 24/7 -tutkimuksen tuloksia. Saatavilla osoitteessa [http://www.jamk.fi/download/41266\\_perheet\\_24-7\\_raportti.pdf](http://www.jamk.fi/download/41266_perheet_24-7_raportti.pdf). Saatavilla osoitteessa [viitattu 11.11.2013].

Siljander, E., Väisänen, A., Linnosmaa, I. & Sallila, S. 2012. Päivähoidon maksu-uudistus - Tutkimus uudistuksen vaikutuksista maksuihin, kysyntään, käyttöön, kuntatalouteen ja henkilöstöresursseihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 7/2012. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Saatavilla osoitteessa [www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d48b549-0d6a-4053-bddd-c4b6d070096c](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d48b549-0d6a-4053-bddd-c4b6d070096c) [viitattu 6.11.2013].

SOTKANet, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tilasto- ja indikaattoripankki. Saatavilla osoitteessa [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi) [viitattu 30.10.2013].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Aluetietokanta - Altika. Saatavilla osoitteessa [www.stat.fi/altika](http://www.stat.fi/altika) [viitattu 1.11.2013].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta [verkkójulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla osoitteessa [www.stat.fi/til/ktt/](http://www.stat.fi/til/ktt/) [viitattu 12.11.2013].

Säkkinen, S. 2011. Lasten päivähoito 2010 -Kuntakyselyn osaraportti. Tilastoraportti 37/2011 Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla osoitteesta [www.thl.fi/tilastot/kuntakysely/lastenpaivahoito](http://www.thl.fi/tilastot/kuntakysely/lastenpaivahoito) [viitattu 22.10.2013].

## Lähteet Esiopetus

Hujala, E., Backlund-Smulter, T., Koivisto, P., Parkkinen, H., Sarakorpi, H., Suortti, O., Niemelä, T.,

Kuronen, I., Knubb-Manninen, G., Smeds-Nylund, A-S., Hietala, R. ja Korkeakoski, E. 2012. Esiopetuksen

laatu. Koulutuksen arviointineuvoston julkaisuja 61. Jyväskylä. Saatavilla osoitteesta [http://www.edev.fi/img/portal/1354/julkaisu\\_61.pdf](http://www.edev.fi/img/portal/1354/julkaisu_61.pdf)

Kinos, J., & Palonen, T. 2013. Selvitys esiopetuksen velvoittavuudesta. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmänmuistioita ja selvityksiä 2013:5. Saatavilla osoitteesta <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2013/liitteet/tr05.pdf?lang=fi>

Kumpulainen, T. 2012. Koulutuksen tilastollinen vuosikirja 2011. Opetushallitus. Koulutuksen seurantaraportit 2012:5. Saatavilla osoitteesta [http://www.oph.fi/download/141011\\_Koulutuksen\\_tilastollinen\\_vuosikirja\\_2011.pdf](http://www.oph.fi/download/141011_Koulutuksen_tilastollinen_vuosikirja_2011.pdf)

## 2 Kirjasto- , kulttuuri- ja liikuntapalvelut

### 2.1 Kirjasto- ja tietopalvelut

#### Tavoite

Kirjastolain mukaan yleisten kirjastojen kirjasto- ja tietopalvelujen tavoitteena on edistää väestön yhtäläisiä mahdollisuuksia sivistykseen, kirjallisuuden ja taiteen harrastukseen, jatkuvaan tietojen, taitojen ja kansalaisvalmiuksien kehittämiseen, kansainvälistymiseen sekä elinikäiseen oppimiseen. Kirjastotoiminnassa tavoitteena on edistää myös virtuaalisen ja vuorovaikutteisten verkkopalvelujen ja niiden sivistyksellisten sisältöjen kehittymistä.

Kirjasto- ja tietopalvelujen järjestäminen on kirjastolain mukaan kunnan tehtävä ja kunnat myös rahoittavat palveluja merkittävällä osuudella. Valtionosuudet muodostavat laskennallisesti noin kolmanneksen kunnallisten kirjastojen käyttökustannuksista. Kunnat saavat yleisten kirjastojen käyttökustannuksiin laskennallista valtionosuutta osana muita peruspalveluja (Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 1704/2009). Kirjastojen perustamishankkeisiin myönnetään valtionavustusta opetus- ja kulttuuriministeriön vahvistaman rahoitussuunnitelman perusteella (Laki opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta 1705/2009). Lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriö myöntää saman lain perusteella kuntien hakemuksesta valtionavustuksia kirjastojen erityistehtäviin (mm. keskus- ja maakuntakirjastotehtävät, monikielinen kirjasto, saamelaiskirjasto) ja keskitettyihin, kaikille yleisille kirjastoille tarkoitettuihin verkko- ja tietokantapalveluihin sekä kirjastojen kokeilu- ja kehittämishankkeisiin, jotka pääosin on delegoitu kirjastoasioita hoitaville kuudelle elinkeino, liikenne- ja ympäristökeskukselle.

Koko maan kattava kirjastoverkko toteuttaa käytännössä kansalaisten sivistyksellisiä perusoikeuksia ja varmistaa asukkaiden tiedon ja kulttuurin saatavuuden. Kehittyneet ja asukkaiden tarpeita vastaavat kirjasto- ja tietopalvelut vähentävät digitaalista kuilua ja tiedollista syrjäytymistä asukkaiden keskuudessa.

**Taulukko 1. Yleisten kirjastojen keskeisiä tunnuslukuja<sup>1</sup>**

Vuosi	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Saatavuus:</b>					
Kirjastot, kpl	888	863	842	836	827
Kirjastoautot, kpl	160	155	154	153	151
Aukiolotunnit, milj. tuntia	1,425	1,395	1,394	1,380	1,399
<b>Taloudellisuus:</b>					
Toimintakulut, euroa / asukas	53	55	56	58	59
Henkilötyövuodet (kirjaston palkkaamat)	4 218	4 198	4 193	4 216	4 234
<b>Laatu:</b>					
Aineistohankinta, milj. kpl	2,124	2,101	2,137	2,201	1,975
josta kirjahankinta milj. kpl	1,794	1,770	1,806	1,827	1,639
<b>Väikuttavuus:</b>					
Lainaus, milj. kpl	99,8	98,8	96,2	97,4	94,9
Kävijät, milj. kpl	55,6	54,3	52,7	52,8	52,8
Verkkokäynnit, milj. kpl <sup>1</sup>	46,0	51,5	57,1	56,7	56,9

### Kirjasto- ja tietopalvelujen käyttö

Kirjastojen lainaus ja fyysiset käynnit kasvoivat aina vuoteen 2004, jonka jälkeen lainaus ja käynnit kääntyivät laskuun. Fyysisten käyntien lasku on kuitenkin viimeisten kolmen tarkasteluvuoden aikana pysähtynyt ja käyntiluvut ovat edelleen maailman huippua. Kirjastojen verkkopalveluihin tehdyt verkkokäynnit ylittivät ensimmäisen kerran fyysisten käyntien määrän vuonna 2010. Monipuoliset verkkopalvelut (aineiston selaus, varaukset, lainojen uusinnat) ovat vähentäneet kirjastoon poikkeamisen tarvetta ja ”herätelainoja”, mutta samalla parantaneet kirjastopalvelujen saatavuutta.

Vuonna 2013 kirjaston aktiiviasiakkaiden keskuudessa toteutettu Kirjastojen kansallinen käyttäjäkysely<sup>2</sup> osoitti, että yleisten kirjastojen vastaajista 92 % käy kirjastossa vähintään kerran kuukaudessa. Luvut ovat samaa luokkaa kuin vuoden 2010 vastaavassa kyselyssä. Aineistojen lainaus, palautus, varaaminen ja uusiminen ovat edelleen tavallisimmat syyt kirjastossa asiointiin. Yleisten kirjastojen vastaajien keskuudessa seuraavaksi yleisimmät kirjastojen käyttötavat ovat lehtien lukeminen (52 % vastaajista) ja aineistoihin tutustuminen (40 %). Verkkواسointia mittaavat kysymykset osoittivat, että 22 % vastanneista asioi kirjastossa verkon välityksellä kerran viikossa tai useammin ja 28 % muutaman kerran kuukaudessa.

1 Yleisten kirjastojen tilastotietokanta: <http://tilastot.kirjastot.fi/>

2 Kirjastojen kansallinen käyttäjäkysely 2013. Kansalliskirjasto. [http://www.kansalliskirjasto.fi/kirjastoala/koordinointi/kayttajakysely2013/Files/liitetiedosto2/Sektor\\_i\\_Yleiset\\_kirjastot.pdf](http://www.kansalliskirjasto.fi/kirjastoala/koordinointi/kayttajakysely2013/Files/liitetiedosto2/Sektor_i_Yleiset_kirjastot.pdf)

## Tuottavuus ja taloudellisuus

Kirjastojen kehittämät verkkopalvelut ovat parantaneet kirjastojen palvelujen laatua ja asiakaspalvelua sekä tehostaneet aineiston käyttöä. Kirjastojen henkilötyövuosien kokonaismäärä on edellisestä vuodesta hienoisesti noussut, mutta samanaikaisesti kirjasto- ja tietopalveluja on monipuolistettu mm. verkkopalveluilla ja laajalla tapahtumatuotannolla. Kirjaston rutiinipalvelujen – lainauksen ja palautuksen – automatisointi sekä itsepalvelu ovat tehostaneet kirjastojen toimintaprosesseja ja mahdollistaneet kirjastopalvelujen kehittämisen paremmin erilaisten asiakkaiden palvelutarpeita vastaaviksi. Räättälöityjen palvelujen sekä erilaisille käyttäjäryhmille suunnatun opastuksen ja koulutuksen tarve korostuvat yhä enemmän kirjastojen toiminnassa. Kirjastojen kustannuskehitys on ollut pienempää verrattuna kuntasektorin muiden peruspalvelujen keskimääräiseen kustannuskehitykseen. Kunnat käyttävät keskimäärin yhden prosentin kunnan toimintamenoista kirjastojen ylläpitämiseen. Tällä panostuksella järjestetään palvelut, jotka turvaavat kattavasti tiedon ja kulttuurin tasavertaisen saatavuuden. Palveluiden käyttöaste on korkea ja kohdistuu kaikkiin ikä- ja ammattiryhmiin.

Kirjastopalvelujen taloudellisuus ja myös tehokkuus on parantunut kuntarajat ylittävällä yhteistyöllä mm. kirjastojärjestelmissä, aineistohankinnassa ja aineistokuljetuksissa. Kaikkia yleisiä kirjastoja hyödyttävät verkkopalvelut on tuotettu pääosin keskitetysti. Opetus- ja kulttuuriministeriö rahoittaa keskitettyjen verkkopalvelujen tuottamista ja hankintaa Kansalliskirjastolta ja Helsingin kaupunginkirjastolta - yleisten kirjastojen keskuskirjastolta. Järjestelyllä on turvattu, että kaikki yleiset kirjastot ovat voineet hyödyntää näin tuotettuja palveluita. Samalla on vähennetty päällekkäistä työtä ja saatu aikaan kustannussäästöjä.

## Laatu

Kirjasto- ja tietopalveluja käyttävät kaikki ikäryhmät. Selvityksissä on arvioitu, että kirjastojen välitön ja välillinen käyttö koskee lähes 80 prosenttia maan väestöstä. Kirjasto- ja tietopalvelut ovat kuntien käytetyimpiä peruspalveluja. Erityisen korkealla kirjaston käyttö nousee lasten ja nuorten keskuudessa. Lukeminen on säilynyt merkittävänä lasten ja nuorten vapaa-ajan harrastuksena. Vuonna 2013 toteutetusta lasten ja nuorten vapaa-ajan käytöstä ja harrastuksista kartoittaneesta selvityksestä käy ilmi, että 46 % lapsista ja nuorista lukee muita kuin koulukirjoja kerran viikossa tai useammin.<sup>3</sup>

Vaikka lukeminen on edelleen merkittävässä asemassa lasten ja nuorten elämässä, on luku- ja kirjoitustaidon taso kuitenkin samanaikaisesti laskenut ja erot koulutuksellisen tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta ovat kasvaneet. Erityisesti poikien kiinnostus lukemiseen on vähentynyt. Opetus- ja kulttuuriministeriö käynnisti vuonna 2012 Lukuinto-ohjelman lasten ja nuorten luku- ja kirjoitustaidon vahvistamiseksi. Vuosina 2012-2015 toteutettavan ohjelman tavoitteena on luoda lasten ja nuorten monipuolista luku- ja kirjoitustaitoa kehittävä ja myönteistä lukemisen kulttuuria ylläpitävä toimintamalli, joka vakiinnutetaan koulujen ja yleisten kirjastojen arkityöhön.

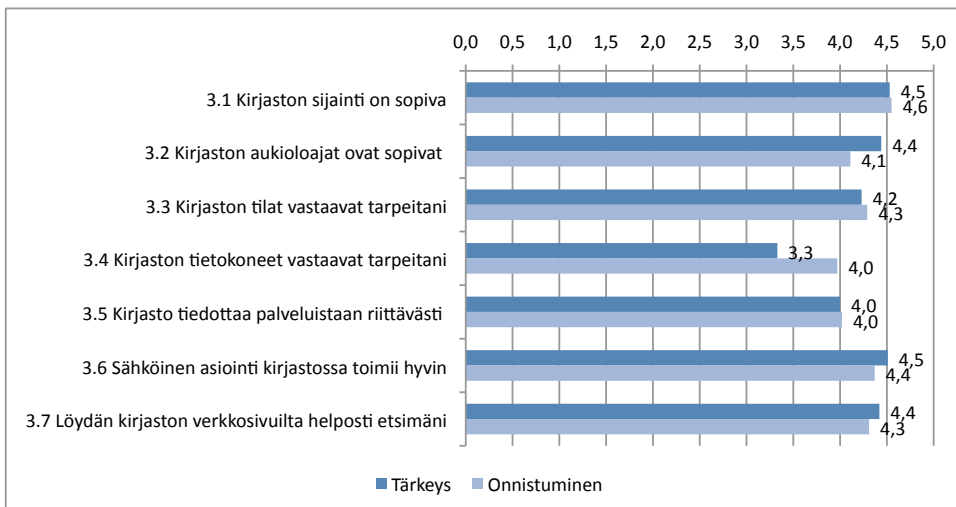
3 Myllyniemi, S., Berg, P. (2013). Nuoria liikkeellä! Nuorten vapaa-aikatutkimus 2013. Opetus- ja kulttuuriministeriö. [http://www.tietoanuorista.fi/wp-content/uploads/2013/08/Nuoria\\_liikkeell%C3%A4\\_Julkaisu\\_Nettiversio\\_korjattu.pdf](http://www.tietoanuorista.fi/wp-content/uploads/2013/08/Nuoria_liikkeell%C3%A4_Julkaisu_Nettiversio_korjattu.pdf)

Kulttuuripoliittisen tutkimuksen edistämissäätiön vuonna 2012 julkaiseman yli 50-vuotiaiden suomalaisten kulttuuriharrastamista ja kulttuuriosallistumista kartoittaneen selvityksen mukaan kirjastoa piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä 78 prosenttia vastanneista, erittäin tärkeäksi kirjaston arvio lähes puolet vastanneista.<sup>4</sup> Selvityksen mukaan 35 prosenttia tutkituista oli käynyt kirjastossa vähintään kerran tutkimusta edeltäneen vuoden aikana. Kirjastossa käyminen oli tasaisen suosittua kaikissa yli 50-vuotta täyttäneiden ikäryhmissä aina 80-vuoteen asti. Ikäihmisten määrän lisääntyessä huomioita tulee kiinnittää kirjastopalvelujen toimivuuteen lähi- ja peruspalveluina.

Kirjastojen palvelutehtävät ovat laajentuneet siten, että perinteisten kirjasto- ja tietopalvelujen rinnalle ovat tulleet kaikenikäisten ja eri kieli- ja kulttuuritaustoja edustavien yksilöiden ja ryhmien tietoyhteiskuntataitojen tukeminen. Kirjasto tilana on yhä enemmän kaikille avoin kohtaamis- ja oppimisaikana. Ensimmäistä kertaa vuonna 2012 kerätyt tiedot kirjastojen tapahtuma-, näyttely ja koulutustoiminnasta osoittivat, että toiminta on vilkasta. Vuonna 2012 kirjastoissa järjestettiin 23 363 erilaista tapahtumaa, joissa vieraili yhteensä 650 177 kävijää. Lisäksi kirjastoissa järjestettiin 7003 erilaista näyttelyä.

Kirjastojen kansallisessa käyttäjäkyselyssä 2013 yleisten kirjastojen onnistuminen ”kysymyksessä kirjaston palvelut kokonaisuutena ovat toimivia” arvioitiin keskiarvolla 4,47 (asteikolla 1–5). Kyselyn vastaajista 91 % piti kirjaston sijaintia hyvänä tai erittäin hyvänä. Suurin negatiivinen kuilu asiakkaiden odotusten ja koetun laadun välillä oli kirjaston aukioloajoissa.

### Kuvio 1. Kirjasto asiointi- ja oppimisympäristönä: tärkeyden ja onnistumisen keskiarvot yleisissä kirjastoissa.



Lähde: Kirjastojen kansallinen käyttäjäkysely 2013.

<sup>4</sup> Pynnönen, K., Mitchell, R. (2012). Ikääntyvät ja ikääntyneet taiteen ja kulttuurin kentillä. 50+ -kulttuuri-barometrin tuloksia. Cuporen julkaisu 20.

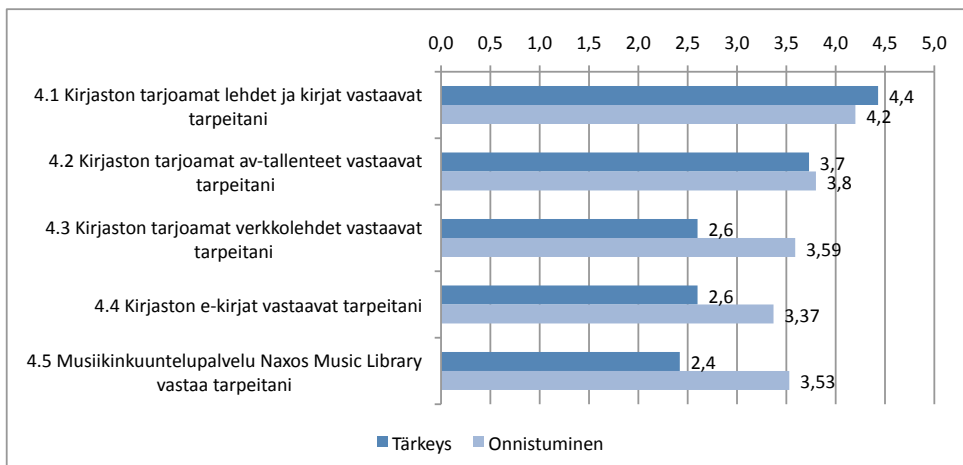


Kirjastopalvelujen laatuun vaikuttaa palveluverkon tiheyden lisäksi kirjastojen kokoelmien määrä ja sisältö sekä henkilöstö.

Yleinen kirjasto on maamme ainoa kauno- ja yleisen tietokirjallisuuden asiantuntija-organisaatio, joka tavoittaa kaikki asukkaat. Kirjastojen välillä on kuitenkin merkittäviä eroja kirjastoaineiston hankinnassa. Erityisesti kirjallisuuden hankinta on ollut alhainen kysyntään nähden. Suomen kulttuurirahaston suurhanke ”Kirjatalkoot” lisäsi onnistuneesti kirjastojen kirjahankintoja vuosina 2008 – 2010, mutta nyt suunta on kääntynyt alaspäin. Vuonna 2012 kirjastojen hankkiman aineiston määrä supistui edellisestä vuodesta 4,9 %.

Kirjojen ja lehtien tarjonta vaikuttaa kuitenkin kansallisen käyttäjäkyselyn perusteella onnistuneelta, sillä vastaajista 80 % katsoo kirjaston kirjojen ja lehtien vastaavan tarpeitaan hyvin tai erittäin hyvin. Verkkoaineistojen tarjonta vaihtelee kirjastoissa ja niiden tarjoaminen on monissa kirjastoissa vasta käynnistetty. Tämä heijastuu väistämättä vastaajien arvioinneissa.

### Kuvio 2. Kirjaston aineistot: Tärkeyden ja onnistumisen keskiarvot yleisissä kirjastoissa.



Lähde: Kirjastojen kansallinen käyttäjäkysely 2013.

Informaation ja tiedon jatkuva kasvu, toimintaympäristön muutokset ja monipuolistuvat asiakastarpeet edellyttävät kirjastoammattilaisilta jatkuvaa osaamisen kehittämistä. Kuitenkin vuonna 2012 täydennyskoulutuksen henkilötyöpäivien koko maan keskiarvo henkilötyövuotta kohden oli vain 3,46 koulutuspäivää. Kirjastoalan täydennyskoulutusta tulisi kehittää ja koordinoita valtakunnallisesti, esimerkiksi lisäämällä alan koulutusorganisaatioiden, aluehallinnon ja muiden alan täydennyskoulutusta tarjoavien tahojen yhteistyötä. Monipuolisen ja uusiutuvan ammatillisen osaamisen turvaaminen on jatkossa ratkaisevan tärkeää laadukkaiden ja riittävien kirjasto- ja tietopalvelujen tuottamiseksi.

## Saatavuus

Kirjasto- ja tietopalvelut järjestetään asukkaiden perus- ja lähipalveluina tiedon ja kulttuurin tasavertaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi. Saatavuuteen vaikuttavat kirjaston sijaintipaikan lisäksi aukioloajat ja liikenneyhteydet. Kirjastojen monipuoliset verkkopalvelut ovat parantaneet kirjastoasiointia, mutta isolla osalla asukkailla on selvitysten mukaan kuitenkin melko puutteelliset tiedot kirjastojen uusista palvelu- ja asiointimahdollisuuksista. Kirjastojen aukioloaikojen tulisi myös vastata nykyistä paremmin asukkaiden muuttunutta ajankäyttöä ja arkiasiointia.

Kirjasto- ja tietopalvelujen saavutettavuus on säilynyt kiinteiden toimipisteiden määrän perusteella edelleen melko kattavana. Vuonna 2008 pää-, sivu- ja laitoskirjastojen määrä oli 888. Vuonna 2012 kirjastoja oli 827. Lakkautetut kirjastot ovat olleet laitoksissa toimivia kirjastoja ja pieniä sivukirjastoja. Laitoksissa toimivia kirjastoja (esim. vanhainkodit, sairaalat) on enää vain harvassa kunnassa, koska kirjastopalvelujen tarve laitoksissa on olennaisesti vähentynyt sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutosten myötä. Suhteellisesti merkittävin muutos on tapahtunut kirjastoautojen määrässä. Kirjastoautojen määrä on jatkanut hienoista laskuaan. Vuonna 2012 toimi enää 151 kirjastoautoa. Kirjastoautoselvityksen 2013<sup>5</sup> mukaan monessa kunnassa autojen lainat ja kävijämäärät ovat kuitenkin kasvaneet ja uusilla monipalveluilla sekä kuntarajat ylittävällä yhteistyöllä on pystytty vastaamaan asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin. Vaikka osa kirjastoautopalvelun lakkauttamisista on ollut seurausta väestörakenteen muutoksista, on myös selvää, että kehitys vaarantaa haja-asutusalueiden kirjastopalvelujen saatavuutta.

Vaikka kirjaston kiinteiden toimipisteiden määrä on edelleen laskenut on kirjastojen aukiolotuntien kokonaismäärä kuitenkin hivenen noussut edellisestä vuodesta. Tätä voidaan tulkita siten, että sivukirjastojen ja kirjastoautojen lakkauttamisen yhteydessä on panostettu kunnan pääkirjaston aukiolotuntien lisäämiseen.

Kiinteiden kirjastotoimipisteiden vähentymisestä huolimatta 95 prosentilla matkan pituus kirjastoon on alle 10 kilometriä. <sup>6</sup> Jotta kirjaston lähipalveluluonne säilyisi, tulisi suurimmalla osalla kunnan asukkaista olla matkaa kirjastoon alle kaksi kilometriä tai jos kirjastoon on hyvät liikenneyhteydet, tulisi matka-ajan olla kohtuullinen. Tavoite toteutuu suhteellisen hyvin kaupungeissa ja isommissa taajamissa, mutta tavoitteen toteutuminen kohtuullisesti haja-asutusalueilla ja pitkien etäisyyksien alueilla edellyttää vähintäänkin nykyistä kirjastoautoverkostoa ja toimivia kuljetuspalveluja.

Kuntarakennemuutosten yhteydessä tulee varmistaa kattavan fyysisen kirjastoverkon säilyminen, jotta kirjasto- ja tietopalvelut voidaan jatkossakin järjestää kuntalaisten lähipalveluna. Kiinteiden toimipisteiden verkkoa täydentää riittävä kirjastoautojen määrä. Kirjastoautojen käytön tehokkuutta voidaan lisätä kuntien yhteistyöllä sekä palvelujen järjestämisessä että toiminnan suunnittelussa. Kuntaliitokset ovat tehostaneet voimavarojen kohdentamista ja myös tasanneet kirjasto- ja tietopalvelujen järjestämisvastuuta, koska kirjastopalveluja käytetään merkittävästi yli kuntarajojen mm. muun asioinnin ja pende-

5 Pirhonen, T. (2013). Kirjastoautojen palvelut monipuolistuvat. Pohjois-Savon ELY-keskus. [http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/92138/Nakymia\\_8\\_2013\\_Pohjois-Savo.pdf?sequence=4](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/92138/Nakymia_8_2013_Pohjois-Savo.pdf?sequence=4)

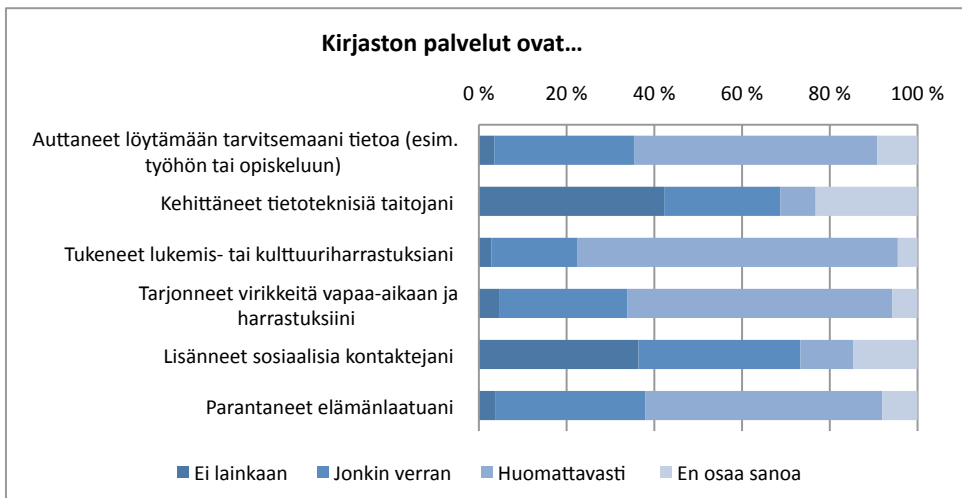
6 Julkisten palvelujen laatubarometri ja verkkopalvelut 2011. Valtiovarainministeriö. [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/03\\_muut\\_asiakirjat/20111024Julkis/Julisten\\_palvelujenlaatubarometri\\_verkkopalvelut2011.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20111024Julkis/Julisten_palvelujenlaatubarometri_verkkopalvelut2011.pdf)

löinnin yhteydessä. Tästä ja tulevista kuntaliitoksista huolimatta on edelleen tärkeää, että kunnat tiivistävät jatkossakin yhteistyötään kirjastojärjestelmäratkaisuissa, logistiikkapalveluissa sekä aineiston hankinnassa ja sen käyttöön saattamisessa. Yhteistyön avulla kirjastot voivat entistä enemmän erikoistua omaan ydinosaan eli sisältöjen hallintaan, jolle on lisääntyvää kysyntää informaatiotulvassa.

### Vaikutavuus

Kirjastojen kansallisen käyttäjäkyselyn 2013 tulosten perusteella kirjaston asiakkaiden kokemat hyödyt ovat merkittäviä. Lähes kaikkien tekijöiden kohdalla enemmistö vastaajista katsoo, että vaikutuksia on ollut jossain määrin tai erittäin paljon. Vastaajien kokemuksissa kirjastojen suurimmat vaikutukset liittyvät lukemis- ja kulttuuriharrastusten tukemisen sekä vapaa-ajan virikkeiden tarjoamiseen. Lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta (88 %) kokee kirjaston parantaneen myös elämänlaatuaan. Sen sijaan tietoteknisiin taitoihin ja sosiaalisiin kontakteihin liittyvät vaikutukset arvioidaan keskimääräistä vähäisemmiksi ja vastaukset ovat epätasaisemmin jakautuneita kuin muissa kohdissa. Kirjaston perinteisempien tehtävien voidaankin sanoa korostuvan hyötyjä ja vaikutuksia koskeissa arvioissa.

**Kuvio 3. Kirjastopalvelujen koetut hyödyt ja vaikutukset yleisissä kirjastoissa, %**



Lähde: Kirjastojen kansallinen käyttäjäkysely 2013.

Kirjastopalvelujen koettuja hyötyjä ja vaikutuksia mittaavien kysymysten valossa yleisten kirjastojen rooli on erityisen merkittävä kulttuuriharrastusten tukijana, vapaa-ajan vinkkien tarjoajana sekä elämänlaadun lisääjänä.

Bill ja Melinda Gates- säätiö julkaisi vuonna 2013 selvityksen yleisen kirjaston tarjoaman tieto- ja viestintäteknologian vaikutuksista yli 15-vuotiaiden elämään EU-alueella.<sup>7</sup> Selvitys valotti yleisen kirjaston merkitystä elinikäisessä oppimisessa, työllistymisessä sekä sähköisen hallinnon ja aktiivisen kansalaisuuden edistämisessä.

Yhteensä 84 % yleisten kirjastojen tietokoneita käyttäneistä vastasi, että niiden käytöstä oli ollut heille apua. Kirjaston tieto- ja viestintäteknologisten palveluiden arvioitiin hyödyntävän erityisesti myös niitä, joilla ei ollut varaa laitteiden tai niiden käyttöön tarvittavan osaamisen hankkimiseen. Selvitys nosti esiin kirjaston vaikutuksen tietoyhteiskuntataitojen edistämiseen tieto- ja viestintäteknologian käyttömahdollisuuksien tasa-arvoisena turvaajana.

Kirjastopalvelut ovat käytetyin kaikki kunnat kattava tiedon ja kulttuurin maksuton peruspalvelu. Lähes 50 prosenttia käyttää kirjastoa vähintään kerran kuukaudessa ja vähintään kerran viikossa käy lähes 20 prosenttia.<sup>8</sup> Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksen 2009<sup>9</sup> mukaan noin 70 prosenttia 10 vuotta täyttäneestä väestöstä oli käynyt kirjastossa vuoden aikana. Eniten kirjastossa käyvät 10–14 -vuotiaat. Huomattavin muutos on tapahtunut 15–24 -vuotiaiden nuorten ikäryhmässä, jossa kirjaston käyttö on laskenut 10 prosenttia. Tutkimuksen mukaan kirjasto on jo pitkään ollut suosituin ja tasa-arvoisin yleisöinstituutio ja tasa-arvokehitys näyttää edelleen lisääntyneen, kun tarkastellaan eri ammattiryhmien kirjastokäyttöä.

7 Quick, S. et al. (2013). Käyttäjien käsityksiä tieto- ja viestintäteknologioiden hyödyistä yleisissä kirjastoissa Suomessa. Loppuraportti. Bill and Melinda Gates Foundation. [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Kirjastot/kansainvaelinein\\_ja\\_eu-yhteistyoe/Liitteet/FINLAND\\_Cross-European\\_Libraries\\_Survey\\_suomi.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Kirjastot/kansainvaelinein_ja_eu-yhteistyoe/Liitteet/FINLAND_Cross-European_Libraries_Survey_suomi.pdf)

8 Julkisten palvelujen laatubarometri ja verkkopalvelut 2011. Valtiovarainministeriö. [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/03\\_muut\\_asiakirjat/20111024Julkis/Julisten\\_palvelujenlaatubarometri\\_verkkopalvelut2011.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20111024Julkis/Julisten_palvelujenlaatubarometri_verkkopalvelut2011.pdf)

9 Suomen virallinen tilasto (SVT): Ajankäyttötutkimus 2009. Kulttuuri- ja liikuntaharrastukset 1981-2009. Helsinki: Tilastokeskus. [http://www.stat.fi/til/akay/2009/03/akay\\_2009\\_03\\_2011-05-17\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/akay/2009/03/akay_2009_03_2011-05-17_fi.pdf)

## 2.2 Kulttuuripalvelut

### Tavoite

Kuntien kulttuuritoiminnasta annetun lain (728/1992) mukaan kunnan tehtävänä on edistää, tukea ja järjestää kulttuuritoimintaa kunnassa. Kunnan tehtävänä on myös järjestää kunnan asukkaille mahdollisuuksia taiteen perusopetukseen sekä harrastusta tukevaan opetukseen taiteen eri aloilla.

Kunnille myönnetään valtionosuutta kulttuuritoimintaa varten siten kuin kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetussa laissa (1704/2009) säädetään. Kunnalle sekä kunnan osoituksesta kulttuuritoimintaa harjoittavalle ja edistävälle, kunnassa toimivalle yhteisölle, säätiölle tai laitokselle voidaan valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa myöntää valtionavustusta kulttuuritoimintaa varten ja siinä tarvittavien tilojen perustamishankkeisiin siten kuin opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetussa laissa (1705/2009) säädetään. Museoiden (museolaki 729/1992), teattereiden ja orkestereiden (teatteri- ja orkesterilaki 730/1992) ylläpitäjille myönnetään valtionosuutta laitosten käyttökustannuksiin. Valtio osallistuu näin kulttuuripalveluiden rahoittamiseen ja pyrkii turvaamaan niiden tasapuolisen tarjonnan ja saatavuuden. Kulttuurilaitosten ylläpitäjinä toimivat kuntien ja kuntaliittojen ohella yksityiset säätiöt, yhdistykset ja osakeyhtiöt. Kunnat ovat valtionosuiden piirissä olevien laitosten pääasiallisia rahoittajia.

Taiteen perusopetuksesta annetun lain (633/1998) mukaan kunta voi järjestää taiteen perusopetusta. Taiteen perusopetus on tavoitteellista tasolta toiselle etenevää ensisijaisesti lapsille ja nuorille järjestettävää eri taiteenalojen opetusta, joka samalla antaa oppilaalle valmiuksia ilmaista itseään ja hakeutua asianomaisen taiteenalan ammatilliseen ja korkea-asteen koulutukseen. Opetushallitus on vahvistanut opetussuunnitelman perusteet yhdeksälle taiteenalalle.

Kunta, joka järjestää taiteen perusopetusta, saa siihen asukaskohtaista valtionosuutta. Asukaskohtaisesta valtionosuudesta säädetään kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetussa laissa (1704/2009). Lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriön luvan saaneelle kunnalle, kuntayhtymälle, rekisteröidylle yhteisölle tai säätiölle myönnetään opetustuntikohtaista valtionosuutta siten kuin opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetussa laissa (1705/2009) säädetään. Opetustuntikohtaiseen valtionosuuteen oikeuttavia lupia voidaan myöntää valtion talousarvion rajoissa.

Kulttuuripalvelut ovat osa kansalaisten sivistyksellisiä perusoikeuksia ja ne lisäävät väestön hyvinvointia, parantavat ihmisten elinoloja, elämänlaatua ja terveyttä. Niiden avulla voidaan vähentää kustannuksia kunnan muilla sektoreilla, kuten sosiaali- ja terveystoimessa.

Taiteen perusopetuksella ja taidekasvatuksella on merkittävä tehtävä lasten ja nuorten elämässä. Ne aikaansaavat elämyksiä, kasvattavat itsetuntoa, kehittävät sosiaalisia suhteita ja ehkäisevät syrjäytymistä.

## Saatavuus

Kunnat ylläpitävät ja avustavat mittavaa taide- ja kulttuuripalvelujen verkostoa. Kunnissa kulttuuripalveluita tarjoavat muun muassa kunnan yleinen kulttuuritoiminta, valtionosuuden piirissä olevat taide- ja kulttuurilaitokset, kulttuuritapahtumat, taiteen perusopetuksen toimipisteet ja kansalaisopistot.

Kulttuuripalveluiden alueellinen saatavuus vaihtelee maan eri osissa etenkin kunnan asukasluvusta riippuen. Maassamme on yli 200 ammatillisesti toimivaa kulttuuri- ja taidelaitosta, joista kunnallisia on puolet, sekä yli 70 kulttuuri- ja kongressitaloa. Vuonna 2013 valtionosuuden piirissä oli yhteensä 207 taidelaitosta, joista museoita 123, teattereita 56 ja orkestereita 28. Alueellisesti taide- ja kulttuurilaitosten verkosto on jakaantunut ympäri Suomea. Valtionosuuden piirissä olevat taide- ja kulttuurilaitokset ovat keskittyneet asukasluvultaan suuriin kuntiin. Valtionosuusteattereita ja -orkestereita toimii pääosin maakuntakeskuksissa. Valtionosuusmuseoita sijaitsee kattavammin myös asukasluvultaan pienemmissä kunnissa.

Yleinen kulttuuritoiminta on kulttuuripalvelu, joka ulottuu kaikkiin kuntiin ja kuntien asukkaisiin. Sillä tuetaan laaja-alaisesti paikallista kulttuuritoimintaa ja toimijoita. Kulttuuritoiminnan organisoinnin ja kulttuuripalvelujen tuottamisen tavat ovat suomalaisissa kunnissa moninaiset. Yleinen kulttuuritoiminta sisältää yleensä mm. kuntien kulttuuritoiminnan henkilöstön palkkauskulut ja erilaiset avustukset taiteen alan ammattilaisille ja kolmannen sektorin toimijoille, kuten tapahtumille ja harrastajaryhmille.

Vuoden 2013 peruspalveluiden arvioinnin mukaan ikäihmisille tarkoitettua kunnan kulttuuritoiminnasta keskimäärin 75,9 % järjestettiin kunnan keskustaajamassa tai -taajamissa. Ikäihmisille suunnatun, keskustaajamassa järjestetyn toiminnan keskimääräinen osuus oli hieman korkeampi kuin kunnan keskustaajamassa järjestetyn kulttuuritoiminnan osuus yleisesti. Vajaa viidesosa vastaajista arvioi, että kaikki ikäihmisille suunnattu kulttuuritarjonta järjestettiin keskustaajamassa. Hoiva- ja hoitolaitoksissa järjestettiin kuntien arvioiden mukaan vajaa kolmasosa (31,1 %) ikäihmisille suunnatusta kulttuuritoiminnasta. (Lähde: Peruspalvelukysely kunnille.)

Kulttuuriosallistumisen suurimmiksi esteiksi on tutkimuksissa todettu palvelujen sijainti, kiinnostamaton sisältö sekä käyttäjän kannalta haastavat aukioloajat ja hinta. Suomen Kulttuurirahaston tutkimukseen vuonna 2013 vastanneista vajaa kolmasosa katsoi liian pitkien matkojen estävän osallistumista kulttuuripalveluihin. Jo yli kolmen kilometrin etäisyydellä kaupungin keskuksesta asumisen on tutkittu vähentävän kulttuuritilaisuuksissa käymistä. Pitkät välimatkat myös lisäävät kulttuuripalvelujen kustannuksia. Kuntien kohdalla yli 50 kilometrin etäisyyden lähimmästä suuresta kaupungista on todettu pakottavan kuntia kulttuuripalvelutarjonnan omavaraisuuteen ja palvelumuotojen lisäämiseen.

Aluehallintovirastojen toteuttaman peruspalvelujen arvioinnin (Taiteen perusopetuksen alueellinen saavutettavuus 2012) mukaan taiteen perusopetusta järjestettiin vuonna 2012 yhteensä 251 kunnassa. 85 prosentissa kyselyyn vastanneista kunnista oli taiteen perusopetusta järjestävä oppilaitos tai oppilaitoksen sivutoimipiste. Manner-Suomessa oli syksyllä 2012 yhteensä 918 taiteen perusopetusta järjestävää oppilaitoksen päätoimipaikkaa tai sivutoimipaikkaa. Näistä päätoimipaikkoja oli 393. Lähes puolet oppilaitoksista on kunnallisia.

Koko maassa taiteen perusopetuksen piirissä oli keskimäärin 12 prosenttia pääasiallisesta kohderyhmästä eli 2–19-vuotiaista lapsista ja nuorista. Kaikkiaan oppilaita oli lähes

126 000, joista joka neljäs oli poika. Kaikista oppilaista yli puolet opiskeli musiikkia.

Taiteen perusopetusta antavien opetuksen järjestäjien verkko on musiikkioppilaitosten osalta vakiintunut ja alueellisesti melko kattava. Taiteen perusopetuksen opetustuntikohtaisen valtionosuuden piirissä on 88 musiikkioppilaitosta ja 31 muiden taiteenalojen oppilaitosta (kuvataide 17, tanssi 12, käsityö 5, teatteritaide 5, sirkustaide 4, arkkitehtuuri 2, sanataide 1). Osa opetuksen järjestäjistä antaa usean taiteenalan opetusta. Taiteen perusopetuksen opetustuntikohtaisen valtionosuuden piirissä olevissa oppilaitoksissa opiskeli yli 85 200 oppilasta vuonna 2013.

Taiteen perusopetuksen tarjonnassa, kysynnässä ja saavutettavuudessa on merkittäviä maakunnittaisia eroja. Opetus keskittyy paljolti eteläiseen Suomeen. Uudellamaalla kaikki taiteen perusopetuksen tasot ovat yli 90-prosenttisesti saavutettavissa 10 kilometrin etäisyydellä, muualla maassa oppilaitosverkko on harvempi. Maakuntien väliset erot ovat huomattavasti pienemmät, kun saavutettavuutta tarkastellaan 30 kilometrin etäisyydellä. Suurimmassa osassa maakuntia saavutettavuus on tällöin yli 90 prosenttia. Lappi jää ainoana maakuntana alle 90 prosentin saavutettavuusluvun kaikilla taiteen perusopetuksen tasoilla.

Kansalaisopistopalveluja on tarjolla joka kunnassa. Kansalaisopistot tarjoavat kulttuurialan opetusta muun muassa käsi- ja taideteollisuuden ja käden taitojen, teatterin ja tanssin, musiikin sekä kuvataiteen aloilla.

## Taloudellisuus

Kulttuuritoimen osuus kunnan taloudesta on pieni. Yleisen kulttuuritoiminnan käyttökustannukset kuntien käyttötalouden käyttökustannuksista olivat vuonna 2011 keskimäärin noin 0,39 %. Osuus on hieman laskenut vuodesta 2006 lähtien, jolloin se oli 0,43 %. Museoiden, teattereiden ja orkestereiden käyttökustannukset olivat vuonna 2011 keskimäärin noin 0,8 % kuntien käyttökustannuksista.

Yleinen kulttuuritoiminta ulottuu kaikkiin kuntiin ja kuntien asukkaisiin. Sillä tuetaan laaja-alaisesti paikallista kulttuuritoimintaa ja kulttuurialan toimijoita. Valtakunnallisesti kuntien kustannustietoja kootaan Tilastokeskuksen Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta -tilastoon. Kuntien kirjaustapojen vaihtelusta johtuen kustannustiedot ovat jossain määrin puutteellisia. Ongelma on myös se, että kulttuurin kustannuksia kirjataan eri kustannusluokkiin. Näin ollen tiedot eivät anna kokonaiskuvaa kuntien kulttuuritoiminnan laajuudesta, vaikuttavuudesta tai toiminnallisesta tehokkuudesta: korkeat kustannukset eivät suoraan merkitse hyvää palvelutasoa tai toisaalta huonoa taloudenpitoa. Tilastokeskuksen Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta -tilastossa Yleisen kulttuuritoiminnan luokkaan kuuluvat kustannukset muusta kunnan järjestämästä kulttuuritoiminnasta, jonka tarkoituksena on kulttuuriharrastusten ja -palvelujen tarjonta ja tukeminen. Yleisen kulttuuritoiminnan piiriin kuuluvat myös yleiseen kulttuuritoimeen luettavan henkilöstön palkkauksesta sekä kulttuurikeskusten toiminnasta aiheutuvat menot ja tulot. Myös museo- ja näyttelytoimintaa, teatteri-, tanssi- sirkustoimintaa sekä musiikkitoimintaa lukuun ottamatta kaikki kulttuuritoimen ja muiden hallintokuntien kulttuuritapahtumille sekä kulttuuritoiminnalle myönnettyt avustukset kuuluvat yleiseen kulttuuritoimintaan.

Vuonna 2011 yleisen kulttuuritoiminnan nettokustannukset asukasta kohti koko maassa olivat 23 euroa/asukas ja museo- ja näyttelytoiminnan, teatteri-, tanssi- ja sirkustoiminnan sekä musiikkitoiminnan 47 euroa/asukas. Yhteenlasketut yleisen kulttuuritoiminnan sekä museo- ja näyttelytoiminnan, teatteri-, tanssi- ja sirkustoiminnan ja musiikkitoiminnan nettokustannukset vaihtelivat kunnissa vuonna 2009 välillä -13–165 euroa ja vuonna 2012 välillä 1–181 euroa/asukas. Kaupunkimaisissa kunnissa yleisen kulttuuritoiminnan nettokustannukset asukasta kohti olivat keskimäärin 28 euroa/asukas, taajaan asutuissa kunnissa 16 euroa/asukas ja maaseutumaisissa kunnissa 10 euroa/asukas. Museot, teatterit ja orkesterit keskittyvät maakuntakeskuksiin ja muihin suurempiin kuntiin, mistä kertoo myös niiden nettokustannusten jakautuminen; kaupunkimaisissa kunnissa museo- ja näyttelytoiminnan, teatteri-, tanssi- ja sirkustoiminnan sekä musiikkitoiminnan nettokustannukset olivat keskimäärin 65 euroa/asukas, taajaan asutuissa kunnissa 8 euroa/asukas ja maaseutumaisissa kunnissa 4 euroa/asukas. Jyväskylän yliopiston Kuntien kulttuuritoiminnan KUULTO-hankkeen mukaan maakuntakeskusten lähialueilla kunnat näyttäsivät tukevan kulttuuritoimintaa keskimääräistä vähemmän. Vähiten kulttuuritoimintaa tuettiin Pohjois-Savon, Etelä-Savon ja Keski-Suomen pohjoisosissa sekä Pyhä- ja Oulujokilaaksojen kunnissa. Myös Satakunnassa ja Uudellamaalla sekä ns. Suomenselän alueella on keskimääräistä vähemmän kulttuuritoimintaa tukevia kuntia.

Yleisen kulttuuritoiminnan nettokustannusten suuruus vaihteli vuonna 2011 välillä -20–127 euroa asukasta kohden. Erot ääripäissä ovat kasvaneet viime vuosina. Vuonna 2011 maassamme oli 252 kuntaa, joissa yleisen kulttuuritoimen nettokustannukset olivat enintään 15 euroa asukasta kohti.<sup>1</sup> Näissä kunnissa asuu noin 2,4 miljoonaa suomalaista. Koko Suomessa yleisen kulttuuritoiminnan asukaskohtaisten nettokustannusten valtakunnallinen keskiarvo on kasvanut 18 eurosta 23 euroon vuodesta 2005 aina vuoteen 2011. Vuonna 2012 valtakunnallinen keskiarvo oli 22 euroa/asukas. Alueellisten erojen kulttuurin kuluksessa on todettu Suomessa olevan EU-maiden suurimpia, ja asukkaiden mahdollisuudet osallistua kulttuuritoimintaan ovat toteutuneet eriarvoisesti maan eri osissa.

Henkilöstömääriin kuntien kulttuuritoiminnassa ja -palveluissa vaikuttaa merkittävästi palvelujen järjestämisen tapa. Myös kuntaliitokset ovat vaikuttaneet kuntien kulttuurialan henkilöstöön. Hieman yli puolessa (53,6 %) kulttuuritoiminnan peruspalveluiden arvioinnin 2013 kyselyyn vastanneita kuntia yleiseen kulttuuritoimintaan kohdistui vuonna 2013 yksi henkilötyövuosi tai enemmän. Vuonna 2011 valtaosassa kuntia yleiseen kulttuuritoimintaan kohdistui alle yksi henkilötyövuosi; korkein henkilötyövuosien määrä oli asukasluvultaan suurimmissa kunnissa. Myös vuosina 2012 ja 2013 henkilötyövuodet olivat varsin suoraan verrannollisia asukasluvuun ja kuntatyyppiin: henkilötyövuosien määrä oli yleisesti korkein asukasluvultaan suurissa, kaupunkimaisissa kunnissa. Kuitenkin henkilötyövuosien määrät ovat kasvaneet vuoteen 2011 verrattuna myös osassa asukasluvultaan pienempiä, maaseutumaisia kuntia. Vuosilta 2012 ja 2013 henkilöstötietoja ei kuitenkaan ole saatavilla kaikista kunnista.

<sup>1</sup> Yleisen kulttuuritoimen asukaskohtaisia nettokustannustietoja vuodelta 2009 ei ole saatavilla kaikista Suomen kunnista, sillä tiedot puuttuvat kymmenestä kunnasta.



**Taulukko 2. Yleiseen kulttuuritoimintaan kohdistuvat henkilötyövuodet erikokoisissa kunnissa vuosina 2011–2013.**

Vuosi 2011	Asukasluku 31.12.2010				
	Alle 5 000	5 000 - 9 999	10 000 - 39 999	40 000 ja yli	Yhteensä
<b>Henkilötyövuodet</b>					
Alle 0,2	13,6 %	3,2 %	2,2 %	0,0 %	19,0 %
0,2 - 0,9	25,9 %	15,2 %	5,7 %	0,0 %	46,8 %
1 - 1,9	1,6 %	8,5 %	9,2 %	0,6 %	19,9 %
2 - 4,9	0,6 %	0,0 %	6,6 %	3,2 %	10,4 %
5 tai yli	0,0 %	0,0 %	0,3 %	3,5 %	3,8 %
<b>Yhteensä</b>	<b>41,8 %</b>	<b>26,9 %</b>	<b>24,1 %</b>	<b>7,3 %</b>	<b>100,0 %</b>
Vuosi 2012	Asukasluku 31.12.2012				
	Alle 5 000	5 000 - 9 999	10 000 - 39 999	40 000 ja yli	Yhteensä
<b>Henkilötyövuodet</b>					
Alle 0,2	13,4 %	1,9 %	0,5 %	0,0 %	15,8 %
0,2 - 0,9	18,7 %	8,1 %	4,8 %	0,0 %	31,6 %
1 - 1,9	6,7 %	11,0 %	6,2 %	0,0 %	23,9 %
2 - 4,9	0,5 %	3,3 %	10,0 %	2,9 %	16,7 %
5 tai yli	1,0 %	0,5 %	4,8 %	5,7 %	12,0 %
<b>Yhteensä</b>	<b>40,2 %</b>	<b>24,9 %</b>	<b>26,3 %</b>	<b>8,6 %</b>	<b>100,0 %</b>
Vuosi 2013	Asukasluku 31.12.2012				
	Alle 5 000	5 000 - 9 999	10 000 - 39 999	40 000 ja yli	Yhteensä
<b>Henkilötyövuodet</b>					
Alle 0,2	13,9 %	1,9 %	0,5 %	0,0 %	16,3 %
0,2 - 0,9	18,2 %	8,1 %	3,8 %	0,0 %	30,1 %
1 - 1,9	6,7 %	11,0 %	5,7 %	1,0 %	24,4 %
2 - 4,9	0,5 %	2,9 %	11,5 %	1,9 %	16,7 %
5 tai yli	1,0 %	1,0 %	4,8 %	5,7 %	12,4 %
<b>Yhteensä</b>	<b>40,2 %</b>	<b>24,9 %</b>	<b>26,3 %</b>	<b>8,6 %</b>	<b>100,0 %</b>

Lähde: Kysely kunnille. Vuoden 2011 henkilöstötiedot ovat kaikista Manner-Suomen kunnista. Vuosia 2012 ja 2013 koskevaan kyselyyn vastasi 70,4 % Manner-Suomen kunnista (211 kpl).

Kulttuuripalveluiden organisoinnin ja tuottamisen tavat ovat kunnissa moninaiset. Määrärahojen suuruus ja rahoituksen kohdentaminen eri kulttuuripalveluihin vaihtelevat myös palveludentuotantotavoista riippuen. Yli puolet (53,8 %) kunnista on vuoden 2013 peruspalveluiden arvioinnin mukaan ostanut tai ulkoistanut kulttuuripalveluja kolmannen sektorin toimijoille. Kulttuuritoimintaan tai kulttuuripalveluihin liittyviä sopimuksia

oli tehnyt vastanneista kunnista noin puolet (50,5 %) kolmannen sektorin kanssa ja vajaa kolmasosa (30,2 %) yritysten kanssa. Yritysten kanssa tehdyt sopimukset liittyivät käytännössä palvelujen ostamiseen tai ulkoistamiseen. Valtaosa kuntien sopimuksista sekä ostetuista palveluista liittyi tapahtumien ja esiintymisten tuotantoon. Kolmannen sektorin roolin arvioitiin olevan useimmissa kunnissa kunnallisia toimintoja vahvistava tai täydentävä. Yritysten rooli arvioitiin kolmatta sektoria useammin kunnallisia toimintoja korvaavaksi. (Lähde: Peruspalvelukysely kunnille.)

### Vaikuttavuus

Vaikka kulttuuripalveluiden osuus kunnan taloudesta on pieni, ovat toiminnan vaikutukset merkittäviä. Kulttuuripalveluiden saatavuus vaikuttaa muun muassa kunnan asukkaiden aktiivisuuteen, elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Tilastokeskuksen Ajankäyttötutkimuksen 2009 mukaan kulttuuritilaisuuksissa käyminen on suosittua, sillä kymmenen vuotta täyttäneestä väestöstä 83 prosenttia oli käynyt jossakin kulttuuritilaisuudessa tutkimusta edeltävän vuoden aikana. Määrä on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Suosituimmat kulttuuritilaisuudet ovat elokuvat ja konsertit, joissa oli käynyt yli puolet väestöstä. Konserteissa käyminen on viimeisen 10 vuoden aikana voimakkaasti lisääntynyt. Myös teatterissa käyminen ja kulttuurifestivaaleille osallistuminen on lisääntynyt. Luovia taideharrastuksia oli 30 prosentilla 10 vuotta täyttäneestä väestöstä tutkimusta edeltäneen 12 kuukauden aikana. Yleisimpiä luovat taideharrastukset ovat lapsilla, mikä heijastaa osin taiteen perusopetuksen vaikuttavuutta. Jokin luova taideharrastus on 75 prosentilla 10–14-vuotiaista.

Suomen Kulttuurirahaston Taloustutkimuksella vuonna 2013 teettämän tutkimuksen mukaan suomalaisten kulttuurin kuluttaminen on samansuuntaista Tilastokeskuksen tutkimusten kanssa. Suomen Kulttuurirahaston mukaan selvä enemmistö suomalaisista on käynyt kahden vuoden aikana elokuvissa, museossa ja teatterissa. Kulttuurin kuluttamiseen vaikuttavat monet seikat, kuten koulutustausta, sosioekonominen asema, asuinpaikka ja puoluekanta. Esimerkiksi koulutustason yhteys kulttuurin kuluttamiseen on selkeä etenkin korkeakulttuurissa. Myös alueellisen kulttuuritarjonnan runsaus vaikuttaa kuluttamiseen. Pääkaupunkiseudulla asuvat ovat muuta väestöä aktiivisempia lähes kaikentyyppisissä kulttuuri- ja taidekohteissa kävijöitä. Taiteen tehtäväksi nähtiin tutkimuksen mukaan viihdyttäminen ja lohdun tuominen arkeen, esteettisten kokemusten tuottaminen sekä ihmisten yhdistäminen yhteisten kokemusten avulla. Lisäksi taiteen nähdään edistävän ihmisten hyvinvointia ja terveyttä. Myös maailmaa muuttavat tehtävät, kuten mm. epäkohtien esille nostaminen, rajojen rikkominen ja yhteiskunnallisten ihanteiden esittäminen koettiin tärkeäksi.

Valtionosuuden piirissä olevissa museoissa kävijöitä vuonna 2012 oli 3 678 040. Kävijämäärä kasvoi edellisestä vuodesta 136 089 kävijällä eli n. 3,8 %:lla. Valtionosuuden piirissä olevilla orkestereilla kävijöitä oli vuonna 2012 kaikkiaan 771 829. Kävijämäärä laski 0,7 %, mutta esiintymisten lukumäärä kasvoi 2,5 %. Vuonna 2012 valtionosuuden piirissä oli 56 teatteria, joilla oli kaikkiaan 2 570 000 kävijää. Kävijämäärä kasvoi edellisestä vuodesta 3,7 %.

Yli 50 vuotta täyttäneistä 86 % on kiinnostunut Cuporen laatiman tutkimuksen mukaan kulttuurista. Tutkimuksen mukaan 68 % yli 50 vuotta täyttäneistä oli osallistunut johonkin kulttuuritilaisuuteen edeltäneen vuoden aikana. Vastanneista 5 % ei ollut koskaan osallistunut ja 13 %:lla osallistumisesta oli kulunut yli kolme vuotta.

Kulttuuripalveluiden tuotannolla on myös työllistävä ja elinkeinotoimintaa sekä veto-voimaisuutta lisäävää merkitystä. Kulttuuritilinpidoon mukaan kulttuurialoilta on vuodesta 2004 vuoteen 2008 syntynyt 9 200 uutta työpaikkaa. Kaiken kaikkiaan kulttuurialat työllistivät vuoden 2010 ennakkotietojen mukaan lähes 105 000 henkilöä. Kulttuurialan yrityksiä oli Suomessa vuonna 2011 lähes 20 000. Henkilöstön osuus 9,2 % on lähellä rakentamisen (9,8 %) osuutta ja on selvästi suurempi kuin minkään yksittäisen teollisuuden haaran.

Jyväskylän yliopiston Kuntien kulttuuritoiminnan KUULTO-kehittämishankkeen tulosten mukaan yhteistyö kuntien välillä kulttuuripalveluiden tuottamisessa on lisääntynyt verrattuna 1980- ja 1990-lukuihin. Kulttuuripalveluja järjestää nykyään yhteistyössä toisen kunnan kanssa joka toinen kunta. Yhteistyötä on erityisesti pienimmissä ja suurimmissa kunnissa. Kunnan etäisyys lähimmästä suuresta kaupungista vaikuttaa siten, että suuret kaupungit ja niiden lähikunnat tuottavat palveluja yhteistyössä. Suuret kunnat ylläpitävät esimerkiksi kansalaisopistoja, taiteen perusopetuksen yksiköitä sekä kulttuurilaitoksia, joissa muut kunnat voivat olla taloudellisesti osallisina. Yhteistuottaminen on vähäisintä kunnissa, joiden etäisyys on yli 50 mutta alle 100 km lähimmästä suuresta kaupungista; vain puolet näistä kunnista tekee yhteistyötä toisen kunnan kanssa. Yli 100 kilometrin etäisyydellä suuresta kaupungista sijaitsevista kunnista kaksi kolmesta tuottaa kulttuuripalveluja yhteistyössä toisen kunnan kanssa.

KUULTO-hankkeen toimintakokeiluissa toteutettiin erityyppisiä yhteistyörakenteita kuntien välillä ja selvitettiin kuntien muuta yhteistyötä. Toimintakokeilut toteutettiin kunnissa, joilla oli vain vähän taloudellisia resursseja kulttuuritoiminnan järjestämiseen. Oletus oli, että keskuskunnan taide- ja kulttuurilaitosten palveluita käytetään paljon. Tulos oli kuitenkin se, että taide- ja kulttuurilaitosten toiminta ei juurikaan ulottunut toimintakokeilukuntiin. Yhteistyö alueen keskuskaukungin kanssa oli vähäistä osin sen vuoksi, että keskuskauungin tarjoama kulttuuritoiminta koettiin kalliiksi tai kuntien toimintatavat olivat toisistaan poikkeavat.

KUULTO-kokeilussa oli mukana myös kuntaliitoskuntia, joissa osassa kuntaliitokseen suhtauduttiin kriittisesti esimerkiksi palvelujen kuntakeskukseen siirtymisen tai yhteisöllisyyden rikkonaisuuden vuoksi.

## 2.3 Liikuntapalvelut

### Tavoite

Kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät (Liikuntalaki 1054/1998, 2 §). Määrittely kunnan tehtävästä luoda edellytyksiä liikunnalle on väljä, eikä se säätele tarjottavien liikuntapalvelujen tasoa ja sisältöä.

Valtion liikuntamäärärahat osoitetaan veikkaus- ja raha-arpajaispelin voittovaroista sekä valtion yleiskatteisista budjettivaroista. Veikkausvoittovarot ovat valtiontalouden kehysten ulkopuolista tuloa. Liikuntatoimenrahoitus veikkausvoittovaroilla perustuu arpajaislakiin (1047/2001).

Vuonna 2012 valtion liikuntamäärärahat olivat yhteensä 153,6 miljoonaa euroa, joista pääosan muodostivat veikkausvoittovarot. Määrärahoista 2 752 000 euroa katettiin budjettivaroin. Budjettivarojen osuus vuosittaisista valtion liikuntamäärärahoista vaihtelee huomattavasti.

Kuntien liikuntatoimen käyttökustannuksiin myönnetään vuosittain valtionosuutta veikkausvoittovaroista. Liikuntalain mukaisesti valtionosuus tulee käyttää liikunnan edellytysten luomiseen. Tämän lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriö tukee harkinnanvaraisilla avustuksilla kuntien liikuntapaikkojen rakentamis-, peruskorjaus- ja varustamishankkeita. Harkinnanvaraisia avustuksia voidaan myöntää myös paikallisen liikuntatoiminnan kehittämiseen sekä muihin eri väestöryhmien liikuntaa edistäviin hankkeisiin.

Liikunnan toimialan valtionohjauspolitiikassa kuntaan suuntautuvalla informaatio-ohjauksella tähdätään liikunnan yhteiskunnallisen perustelun vahvistamiseen kunnallisessa päätöksenteossa sekä liikuntapalveluiden ja -paikkojen laadun parantamiseen.

Liikuntapolitiikan suuri tavoite ja haaste on saada väestö liikkumaan terveytensä kannalta riittävästi. Liian vähän liikkuvien ja liikkumattomien aktivointi liikkeelle vaatii erityisiä toimia ja eri hallinnonalojen välistä yhteistyötä.

### Laatu ja saatavuus

Kuntien liikuntapalvelujen saatavuutta tarkasteltiin viimeksi vuoden 2010 osalta elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusten valmisteluvastuuseen kuuluneessa peruspalvelujen arvioinnissa. Saatavuutta arvioitiin tällöin mm. kunnallisten liikuntapaikkojen käyttömaksu- ja käyttövuoropolitiikan kannalta sekä ikäihmisten liikuntapalvelujen osalta. Aiemmin toimineet lääninhallitukset ovat selvittäneet kuntien liikuntatoimen talous- ja henkilöstöresurssija vuosilta 2006–2009.

Vuoden 2010 peruspalvelujen arvioinnin tulosten perusteella kuntien käyttövuoropolitiikassa edistetään etenkin lasten ja nuorten liikuntaa. Se on keskeinen tavoite ja painopiste liikunta-paikkojen käyttövuoropolitiikassa ja käyttövuorojen jaossa. Liikuntapaikkojen käyttövuorojen jaossa ongelmallista on suuri kysyntä arki-iltojen vuoroista ja vuorojen

vähäisyys suhteessa kysyntään. Eniten ongelmia on kaupunkimaisissa kunnissa. Arvioinnin mukaan koko maassa vain noin 39 prosenttia kunnista on virallisesti hyväksytyt kirjalliset liikuntapaikkojen käyttövuorojen jakoperusteet.

Liikunnan harrastamisen olosuhteet ovat yksi tärkeimmistä kunnan tehtävistä luoda edellytyksiä liikunnalle. Koulujen liikuntasalit ovat yksi keskeisimmistä liikunnan ja urheilun olosuhtederursseista Suomessa. Niitä on määrällisesti paljon (noin 2400) ja ne muodostavat laadullisesti hyvätasoisien harjoitteluolosuhteen merkittävälle osalle suomalaista liikuntalajikirjoa. Valtakunnallisen selvityksen ”Koulujen liikuntasalien käyttö vapaa-ajan harrastetoiminnassa”<sup>1</sup> mukaan pääosa koulujen liikuntasaleista on vajaakäytössä kouluvuoden aikana. Käyttöaste on heikko erityisesti viikonloppuisin. Kooltaan pienet sekä asukasluvultaan pienissä kunnissa sijaitsevat liikuntasalit ovat heikoiten käytössä. Käyttöastetta on mahdollista selvästi nostaa. Resurssin yhteiskunnallinen merkitys tulee kirkastaa ja tilojen käyttöä kehittää yhteisesti.

Hieman yli puolessa kuntia liikuntasalien harrastekäytön vastuutahona on kunnan liikuntatoimi ja noin 40 prosentissa joku muu taho, esimerkiksi opetustoimi tai koulujen rehtorit. Liikuntatoimien hallinnoimana koulujen salit ovat tehokkaimmassa käytössä.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tekemä TEAviisari-tiedonkeruu 2012<sup>2</sup> osoittaa, että urheilu- ja pallokentät olivat liikunta- ja urheiluseurojen käytettävissä maksutta tai vain nimellistä maksua vastaan lasten ja nuorten harjoitusvuoroille 92 prosentissa kunnista ja aikuisten vuoroille 84 prosentissa. Lasten ja nuorten harjoitusvuorot olivat maksuttomia koulujen liikuntasaleissa 85 prosentissa ja muissa sisäliikuntatiloissa 65 prosentissa kunnista. Aikuisten vuorot olivat maksuttomia hieman yli puolessa kunnista.

Liikunnan erityisryhmiin kuuluvia aktivoidaan käyttömaksupolitiikan avulla harrastamaan liikuntaa, heille tarjotaan hinnaltaan alennettuja tai ilmaisia liikuntapaikkoja. Täysin ilmaisia liikuntapaikkoja tarjosi 30 prosenttia liikunnan peruspalvelujen arviointiin vuonna 2007 vastanneista kunnista. Alennuksen perusteet vaihtelevat kunnissa kuitenkin paljon, eikä järjestelmällistä vaikutusten seurantaa ole yleensä järjestetty. Yleisesti tarkasteltuna liikuntapaikkojen käyttömaksuissa on suuria eroja. Samantasoisesta palvelusta joutuu maksamaan eri hinnan riippuen asuinkunnasta.

Valtion liikuntaneuvoston toteuttaman liikuntapoliittisten toimenpiteiden vaikutusten arvioinnin<sup>3</sup> mukaan erityisliikunnan asema on paranemassa kunnissa. Arvioinnin mukaan liikunnan ohjaajat verkostoituvat aiempaa tehokkaammin mm. sosiaali- ja terveyssektorin toimijoiden ja järjestöjen kanssa. Kaksi kolmasosa erityisliikuntajärjestöistä pitää kuitenkin kuntien erityisryhmille tarjoamaa liikkumismahdollisuuksien määrää yhä liian vähäisenä. Järjestöistä hieman alle puolet arvioi, että kuntien liikuntatoiminta huomioi erityisryhmät melko tai erittäin huonosti. Kolmasosa kokee, että erityisryhmät huomioidaan keskinkertaisesti ja vain viidesosa arvioi, että erityisryhmät huomioidaan melko hyvin.

Ikäihmisten ohjattua liikuntaa järjestetään lähes kaikissa kunnissa, mutta liikuntatoimen peruspalvelujen arvioinnin 2008 mukaan yli puolet kyselyyn vastanneista viranhaltijoista arvioi, ettei tarjonta ole riittävää. Kuljetuspalvelujen ja avustajien saatavuus oli arvioinnin mukaan heikosti huomioitu ikäihmisten liikuntapalveluissa, tämä osaltaan voi rajoittaa toimintakyvyltään heikentyneiden liikunnan harrastamisen saavutettavuutta.

1 Koulujen liikuntasalin käyttö vapaa-ajan harrastetoiminnassa – valtakunnallinen selvitys 2013, Valo

2 Terveyttä edistävä liikunta kuntien toiminnassa 2012, THL

3 Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu 2011:3

Suomessa on kattava liikuntapaikkaverkosto Oulu-Kajaani-linjan eteläpuolella.<sup>4</sup> Liikuntapaikkoja on noin 30 000, joista noin 75 prosenttia on kuntien omistamia, ylläpitämiä ja hoitamia. Liikuntapaikkarakentamisen tukipolitiikalla on luotu edellytyksiä liikunnallisen elämäntavan yleistymiselle. Sen sijaan ei ole voitu osoittaa, paljonko sen avulla vaikutetaan riittävästi liikkuvien liikuntaan.

Käytetyimmät liikuntapaikat ovat Jyväskylän yliopiston tutkimuksen mukaan<sup>5</sup> kevyen liikenteen väylät ja maastoliikuntapaikat, kuten kuntoradat. Suomalaisten suosimat liikuntaympäristöt ovat yleisimmin muita kuin varsinaisia liikuntapaikkoja. Nämä liikuntamahdollisuudet ovat riippuvaisia muiden kuin liikunnasta vastaavien hallinnonalojen ratkaisuista.

Sisäliikuntatiloista käytetyimpiä ovat pääosin yksityiset kuntokeskukset sekä uimahallit. Aikuisväestöstä ainoastaan yksi kolmasosa käyttää säännöllisesti varsinaisia rakennettuja liikuntapaikkoja. Rakennettujen liikuntapaikkojen käyttäjiä ovat tutkimuksen mukaan ensisijaisesti lapset ja nuoret.

Lähiliikuntapaikkarakentaminen on kymmenessä vuodessa lähtenyt hyvin liikkeelle, mutta vaihtelee kuntakohtaisesti. Osa kunnista on toteuttanut lukuisia hankkeita ja laatinut erillisen suunnitelman lähiliikuntapaikkojen kehittämiseksi.<sup>6</sup>

Liikkumisympäristöistä on saatu tietoa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoiman kansallisen FINRISKI 2007 terveystutkimuksen yhteydessä, jossa kartoitettiin yhteensä noin 12 000 25–74-vuotiaan suomalaisen miehen ja naisen vapaa-ajan liikuntakäyttäytymistä. Tutkittavien osalta vapaa-ajan liikunta jakautui eri liikuntaympäristöihin niin, että noin neljännes (26 %) liikunnasta tapahtui kotona tai kodin pihapiirissä ja toinen neljännes (24 %) ulkona rakennetussa ympäristössä, kuten kaduilla, kävely- ja pyöräteillä ja ulkoliikuntapaikoilla. Rungas kolmannes (36 %) liikunnasta sijoittui ulos luontoon joko kodin tai vapaa-ajan asunnon lähiympäristöön tai muualle luontoympäristöön. Rakennetuissa sisäliikuntatiloissa toteutui 14 prosenttia vapaa-ajan liikunnasta.

Tutkimuksen mukaan sisäliikuntapaikat ovat nuorten, suurissa kaupungeissa asuvien, hyvin koulutettujen ja liikunnallisesti aktiivisten suosimia liikuntaympäristöjä. Liikuntaaktiivisuudessa ja liikuntaympäristöissä oli maantieteellisiä eroavaisuuksia. Sisäliikunta oli pääkaupunkiseudulla selvästi suositumpaa kuin muilla alueilla. Kaikkein aktiivisimmilla liikkujilla, jotka harrastivat säännöllisesti kuntoliikuntaa tai kilpaurheilua, yli neljäsosa (28 %) kaikesta liikunnasta tapahtui sisäliikuntatiloissa. Jonkin verran liikuntaa viikoittain harrastavat liikkuvat muita enemmän luontoympäristössä, erityisesti kodin lähiluonnossa, sekä rakennetussa ulkoympäristössä kuten kevyen liikenteen väylillä. Vähän liikkuvien vapaa-ajan fyysisestä aktiivisuudesta valtaosa, lähes 40 prosenttia, toteutui kotona tai pihapiirissä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmässä<sup>7</sup> on selvitetty osallisuuteen liittyen mm. sitä onko kunnissa seurojen edustajien asiantuntijaelimiä, liikuntatoimen ja yhdistysten yhteiskokouksia ja asukkaiden kuulemistilaisuuksia. Tietojärjestelmän mukaan noin 65 prosentissa kunnissa ei ole säännöllisesti kokoontuvaa seurojen edustajista koostuvaa asiantuntijaelintä, mutta 87 prosenttia kuitenkin järjestää liikuntaa järjestävien yhdistysten ja liikuntatoimen yhteiskokouksia. Asukkaiden kuulemistilaisuuksia vuonna 2011 järjesti 56 prosenttia kunnista.

4 Aluehallintovirastojen keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2012, alustava tieto raportista

5 Liikuntapaikkapalvelut ja väestön tasa-arvo –tutkimus, 2012

6 Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2013:8

7 Terveyttä edistävä liikunta kunnan toiminnassa THL 2012

Valtion liikuntaneuvosto arvioi valtion vuosina 2003–2009 tekemien liikuntapoliittisten toimenpiteiden vaikutuksia<sup>8</sup>. Kuntien osalta arvioinnissa tarkasteltiin hallinnonalojen välisen yhteistyön toteutumista, liikuntapaikkarakentamista, liikuntapaikkojen esteettömyyttä ja saavutettavuutta, kuntien ja järjestöjen yhteistyötä. Arvioinnin perusteella voidaan todeta, että paikallisen tason liikunnan edistämistä koskeva tietopohja on hajanainen ja että asiakkaiden tyytyväisyyteen liikuntapaikkoihin ja liikuntapalveluihin kiinnitetään hyvin vähän huomiota. Sen sijaan liikuntapaikkarakentamisen resurssi- ja informaatio-ohjauksen osalta voidaan todeta, että se on ollut aktiivista, painotuksena ovat olleet laajojen väestöryhmien liikuntapaikkojen sekä lähiliikuntapaikkojen rakentaminen. Liikuntapaikkojen tarjonta on lisännyt kysyntää niissä toimintamuodoissa, joissa kävijämääriä on voitu seurata ja että uudisrakentaminen ovat vaikuttaneet siihen, että liikkujien määrä on vähintään hetkellisesti lisääntynyt.

Liikuntapalvelujen tai liikuntapaikkapalvelujen laatua ei ole tutkittu. Liikuntapalvelujen laadullinen saatavuus tulee arviotavaksi peruspalvelujen arvioinnissa lähivuosina.

Kuntien liikuntapaikkojen fyysistä saavutettavuutta on arvioitu syksyllä 2013 elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusten valmisteluvastuuseen kuuluvissa peruspalvelujen arvioinneissa. Arvioinnin tulokset ovat käytettävissä alkuvuonna 2014. Valtion liikuntaneuvosto arvioi edellisen hallituskauden (2007–2011) valtion liikuntamäärärahojen kasvun keskeisiä tuloksia ja liikuntapolitiikan nykytilan vaikuttavuutta nykyisen tutkimus- ja arviointitiedon valossa. Arviointi valmistui joulukuussa 2013.

## Vaikuttavuus

Liikuntapolitiikka on onnistunut suhteellisen hyvin tavoittamaan aktiivisesti liikkuvat. Liikunta on säilynyt ja osin jopa vahvistanut asemaansa väestön, erityisesti lasten ja nuorten suosittuna vapaa-ajan harrastuksena. Järjestäytyneen liikunnan ulkopuolella liikunnallisen elämäntavan lisääntymistä ei juuri ole tapahtunut. Suositusten mukaiseen liikunnan määrään yltään tällä hetkellä vain noin puolet lapsista, joka kymmenes aikuisväestöön kuuluva ja muutama prosentti ikäihmisistä. Kansalaisten fyysinen kunto on polarisoitunut ja keskimäärin heikentynyt.<sup>9</sup>

Liikkuva koulu-hanke on lisännyt koulupäivän aikana tapahtuvaa liikuntaa, vähentänyt koulukiusaamista ja häiriökäyttäytymistä oppitunneilla sekä vaikuttanut myönteisesti yleisesti oppimistuloksiin. Liikkuva koulu-hanke on edennyt vuosien 2010–2012 pilottivaiheesta hallitusohjelman kirjaukseen Liikkuva koulu-ohjelmasta. Tällä hetkellä ohjelmassa on mukana noin 500 peruskoulua.

Nuorten vapaa-aikatutkimuksen<sup>10</sup> (2013) mukaan 7–29-vuotiaista vastaajista urheilu- tai liikuntaseurassa vähintään viikoittain liikkuu noin kolmannes, kunnallisissa ja kaupallisissa liikuntapalveluissa reilu neljännes. Omatoiminen liikkuminen muodostaa kuitenkin valtaosan kaikesta liikunnasta.

Vuonna 2012 miehistä 51 prosenttia miehistä ja naisista 57 prosenttia ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa<sup>11</sup>. Vähintään neljä kertaa vii-

8 Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:3

9 Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2013:8

10 Nuorten vapaa-aikatutkimus 2013

11 AVTK, THL 2012

kossa ilmoitti vapaa-ajan liikuntaa harrastavansa miehistä 30 prosenttia ja naisista 33 prosenttia. Vähintään neljä kertaa viikossa vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus on pysynyt jokseenkin samalla tasolla 1990-luvun puolivälistä lähtien.

### Tehokkuus ja tuottavuus

Liikuntapalvelujen tehokkuudesta tai tuottavuudesta ei ole olemassa yksiselitteisiä mittareita.

Kuntien liikuntatoimen käyttökustannuksiin myönnetään vuosittain valtionosuutta veikkausvoittovaroista. Liikuntalain mukaisesti valtionosuus tulee myös käyttää liikunnan edellytysten luomiseen. Kuntien asukaskohtainen valtionosuus nousi 10,9 eurosta 12,0 euroon vuoden 2009 valtion liikuntabudjetissa ja se on pysynyt sillä tasolla. Valtionosuuden osuus kuntien käyttömenoista on runsaat kolme prosenttia. Osuus vaihtelee merkittävästi erikokoisissa kunnissa. Kunnat osoittavat kunnallisveroista keräämiään varoja liikuntaan ja urheiluun vuosittain noin 600–700 miljoonaa euroa.<sup>12</sup>

Valtionosuuden lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriö tukee kuntia harkinnanvaraisilla mm. liikuntapaikkarakentamisen avustuksilla.

Vuonna 2012 kuntien liikuntatoimen käyttökustannukset olivat 630,6 miljoonaa euroa. Kuntien liikuntainvestoinnit olivat yhteensä 122,7 miljoonaa euroa ja myönnettyjen valtionavustusten osuus oli kaikista kuntien liikuntainvestoinneista 11,0 prosenttia.

Kuntien liikuntatoimen henkilöstömenot olivat 163,3 miljoonaa euroa. Henkilöstömenojen osuus kuntien liikuntatoimen toimintamenoista oli noin 28 prosenttia. Vuokrien osuus oli suurin, 201,8 miljoonaa euroa eli 34,9 prosenttia. Ostopalveluihin kului 116,1 miljoonaa euroa ja materiaalikustannuksiin 44,5 miljoonaa euroa. Avustuksiin kunnat käyttivät 48,4 miljoonaa euroa eli 8,4 prosenttia kaikista toimintamenoistaan. Vuodesta 2000 lähtien henkilöstömenojen osuus kuntien liikuntatoimen toimintamenoista on pudonnut lähes kahdeksan prosenttiyksikköä ja avustusten osuus runsaat kaksi prosenttiyksikköä. Vuokramenot ovat kasvaneet noin seitsemän ja ostopalvelut lähes viisi prosenttiyksikköä.

Maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien käyttömenot ovat selvästi pienemmät kuin kaupunkimaisten kuntien. Eroa selittää liikuntapaikkojen käyttö- ja kunnossapitokustannukset, jotka ovat pienemmissä kunnissa huomattavasti kaupunkimaisia kuntia pienemmät. Liikuntatoimen käyttömenoista suurin osa kuluu liikuntapaikkojen ylläpidosta aiheutuviin kustannuksiin.

Toiminnan suunnittelun tueksi tarvitaan tietoa väestön liikunta-aktiivisuudesta. Kuitenkin vain alle puolet (44 %) kunnista ilmoitti seuraavansa työikäisten liikunta-aktiivisuutta. Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuutta seurasi vuosittain 48 prosenttia ja 17 prosenttia harvemmin kuin vuosittain. Noin 40 prosentissa kunnista tehdään vuosittain raportoitava yhteenvedo kuntalaisten liikunta-aktiivisuudesta ikäryhmittäin. Samaten noin 40 prosentissa kunnista kuntalaisten liikunta-aktiivisuutta raportoidaan luottamushenkilöhallinnolle.<sup>13</sup>

12 Liikuntatoimi tilastojen valossa. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2013:22

13 Terveyttä edistävä liikunta kuntien toiminnassa 2012, THL



## 3 Sosiaali- ja terveyspalvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelujen arviointikohteena ovat perusterveydenhuollon palvelut ja kiireettömän hoidon vastaanotto, avosairaanhoido, perusterveydenhuollon päivystys, suun terveydenhuolto, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut, lastensuojelu, ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut, erikoissairaanhoidon palvelut, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut sekä toimeentulotuki. Lisäksi tarkastellaan kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioituja menoja, asiakaspalautteita terveysasemilla ja suurten kaupunkien neuvoloissa sekä näkemyksiä lapsiperheiden palvelujen saatavuudesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tuottanut arviointiaineiston, jonka lähteenä ovat olemassa olevat, toteutetut arvioinnit, tutkimustulokset ja tilastot.

### 3.1 Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menoissa sekä kuntalaisten palvelutarpeissa edelleen suuria alueellisia eroja

*Satu Kapiainen*

Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menot olivat keskimäärin 2 097 euroa asukasta kohti vuonna 2011. Menoissa ja palvelutarpeissa oli kuitenkin merkittäviä alueellisia eroja. Menot olivat korkeimmat Itä-Savossa, 2 768 euroa asukasta kohti, ja alhaisimmat HUS-alueella, 1 862 euroa asukasta kohti (taulukko 1). Kunnittain tarkasteltuna kustannuksia oli asukasta kohti eniten Pelkosenniellä, yli 3 670 euroa, ja vähiten Kontiolahdella, 1 500 euroa.

Erot kuntien terveyden- ja vanhustenhuoltoon käyttämissä menoissa pysyvät merkittävänä myös silloin, kun ne suhteutetaan kuntalaisten palvelutarpeisiin. Kun palvelutarpeet otetaan huomioon, eniten rahaa terveyden- ja vanhustenhuoltoon käytettiin Keski-Pohjanmaalla, Vaasassa, Itä-Savossa, HUS-alueella ja Lapissa, 5–7 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Vähiten rahaa käytettiin Päijät-Hämeessä, 11 prosenttia keskimääräistä vähemmän.

Kunnista Lumijoki ja Pertunmaa käyttivät rahaa suhteessa asukkaiden palvelutarpeisiin yli 20 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin. Sen sijaan Pelkosenniemi, Savukoski, Enontekiö ja Utsjoki käyttivät rahaa vastaaviin palvelutarpeisiin yli 30 prosenttia keskimääräistä enemmän. Yli 20 000 asukkaan kunnista Heinola, Imatra, Lahti ja Jämsä käyttivät rahaa yli 10 prosenttia keskimääräistä vähemmän, kun taas Vaasa ja Helsinki yli 10 prosenttia keskimääräistä enemmän.

Ikä- ja sukupuolirakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisesta asemasta johtuvia palvelutarpeita oli eniten Itä- ja Etelä-Savossa, 22–25 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Vähiten palvelutarpeita oli HUS-alueella, 16 prosenttia vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Kunnista Kirkkonummella, Limingassa, Espoossa, Kempeleellä ja Nurmijärvellä palvelutarpeita oli noin 30 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin. Sen sijaan Kuhmoisissa, Luhangassa, Rautavaarassa, Vesannossa ja Puumalassa palvelutarpeita oli noin 60 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menoihin vaikuttavat palvelutarpeiden lisäksi monet muut tekijät, kuten palvelutoiminnan tehokkuus sekä julkisten ja yksityisten palvelujen tarjonta. Tämä tekee tarvevakioitujen menotietojen tulkinnasta haasteellista. Pienet kustannukset voivat johtua esimerkiksi toiminnan tehokkuudesta tai julkisten palveluiden huonosta saatavuudesta. Sama pätee myös toisinpäin. Korkeat kustannukset voivat johtua esimerkiksi toiminnan tehostumisesta tai siitä, että kunnalla on varaa tuottaa kalliimpia ja laadukkaampia palveluja.

Kunnan, jonka tarvevakioidut menot ovat selvästi yli tai alle maan keskiarvon, tulisi arvioida laaja-alaisesti tähän vaikuttavia tekijöitä. Kustannusten ohella kuntien tulisi tarkkailla säännöllisesti palveluiden riittävyttä, tehokkuutta, laatua ja asiakastyytyväisyyttä.

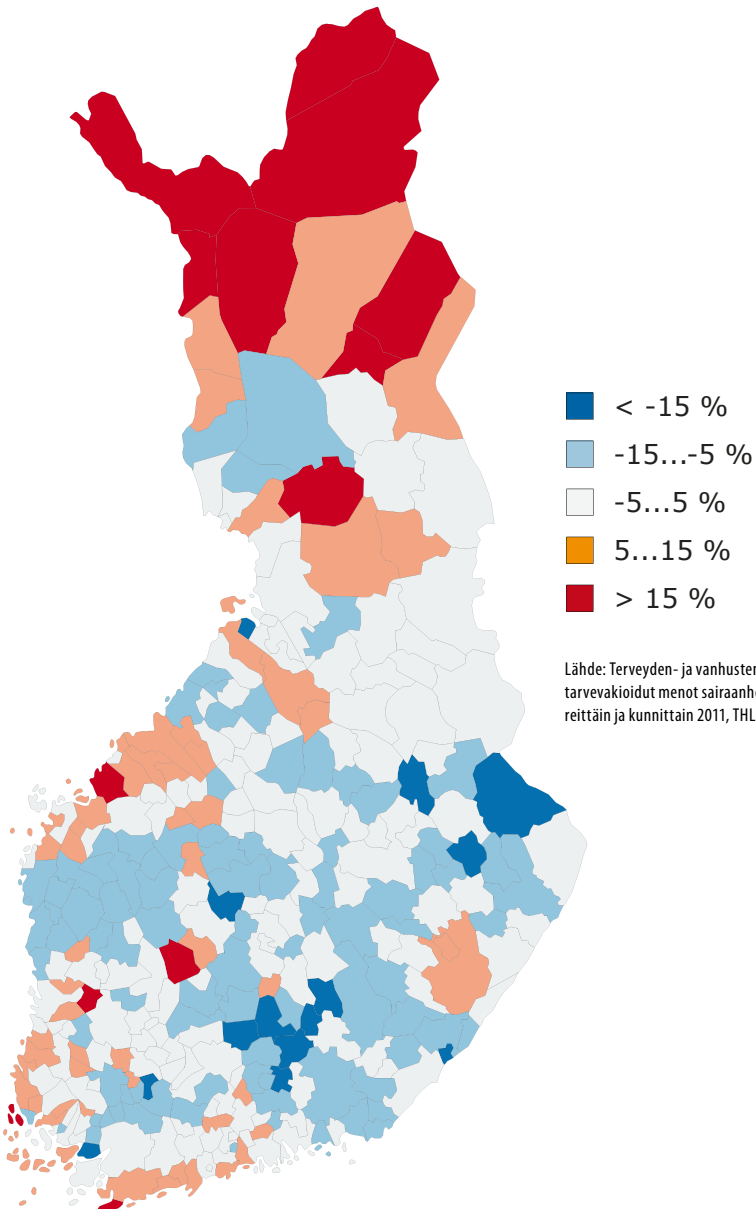
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on julkaissut terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioituja menotietoja vuosittain vuodesta 2000 lähtien. Tiedot perustuvat Häkkisen ym. (2009)<sup>1</sup> kehittämään tarvekertoimien laskentamenetelmään. Tarvevakioitujen menojen laskennassa jokaiselle kunnalle lasketaan asukaskohtainen tarvekerroin, joka kuvaa kuntalaisten palvelutarpeita suhteessa muihin kuntiin sekä maan keskiarvoon. Tarvekertoimien laskennassa otetaan huomioon kuntalaisten ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus (erityiskorvausoikeudet) sekä sosioekonominen asema. Tarvevakioidut menot saadaan, kun kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon nettomenot suhteutetaan kuntalaisten palvelutarpeisiin. Tulevaisuudessa laskelmissa on tarkoitus huomioida myös sosiaalihuollon menotietoja.

Tarvevakioituja menotietoja on hyödynnetty laajasti erilaisissa terveyden- ja vanhustenhuoltoa koskevissa arvioinneissa ja päätöksenteossa. Vuosien 2009–2011 terveyden- ja vanhustenhuollon menot, tarvekertoimet sekä tarvevakioidut menot löytyvät kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin THL:n CHES-yksikön Internet-sivuilta<sup>2</sup>.

1 Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola M. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valti-onosuuskriteereistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2009. Helsinki.

2 Kapiainen S, Hujanen T, Peltola M, Häkkinen U: Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2011 (xls 150kt) THL 29.5.2013. Saatavilla [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys\\_ja\\_sosiaalitalous/tilastoja/tarvevakioidut\\_menot](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/tilastoja/tarvevakioidut_menot).

Kuvio 1 . Tarvekioidut menot, ero (%) maan arvosta.



**Taulukko 1. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekaioidut menot sairaanhoitopiireittäin vuonna 2011**

Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekaioidut menot 2011	Nettomenot	Nettomenot, indeksi	Tarvekerroin	Tarvekaioidut menot, indeksi
Sairaanhoitopiiri	Euroa/asukas	Koko maa=100	Koko maa=1,00	Koko maa=100
Helsinki ja Uusimaa	1862	89	0,84	106
Varsinais-Suomi	2103	100	1,01	99
Satakunta	2323	111	1,09	102
Kanta-Häme	2083	99	1,05	95
Pirkanmaa	2084	99	1,00	99
Päijät-Häme	1965	94	1,05	89
Kymenlaakso	2269	108	1,14	95
Etelä-Karjala	2197	105	1,12	94
Etelä-Savo	2419	115	1,22	94
Itä-Savo	2768	132	1,25	106
Pohjois-Karjala	2270	108	1,16	93
Pohjois-Savo	2356	112	1,15	98
Keski-Suomi	2126	101	1,03	99
Etelä-Pohjanmaa	2266	108	1,15	94
Vaasa	2294	109	1,02	107
Keski-Pohjanmaa	2367	113	1,05	107
Pohjois-Pohjanmaa	2055	98	0,98	100
Kainuu	2438	116	1,19	98
Länsi-Pohja	2300	110	1,09	100
Lappi	2340	112	1,07	105
Helsingin ja Uudenmaan shp (HUS) jaettuna sairaanhoitoalueisiin				
HYKS sha	1844	88	0,82	107
Hyvinkään sha	1785	85	0,83	103
Lohjan sha	1901	91	0,89	102
Länsi-Uudenmaan sha	2371	113	1,02	110
Porvoon sha	1947	93	0,91	102

## 3.2 Perusterveydenhuollon palvelut ja kiireettömän hoidon vastaanotto

Kaisa Mölläri

### Saatavuus

Perusterveydenhuollon avohoitokäyntien määrä terveyskeskuksissa väheni vuonna 2012. Käyntejä oli noin 24,5 miljoonaa. Käyntien lukumäärä väheni noin 15 prosenttia edellisestä vuodesta. Muutoksia tarkasteltaessa on huomioitava, että perusterveydenhuollon avohoidon tilastointi muuttui vuonna 2011<sup>1</sup>. Asukasta kohden käyntejä oli 4,5, joista 1,2 lääkärikäyntiä ja muun ammattiryhmän luokse tehtyjä käyntejä 3,3. (taulukko 2) Edelleen suuri osuus terveyskeskuskäynneistä tehtiin muiden ammattihenkilöiden kuin lääkäreiden luokse. Lääkärikäyntien lukumäärä näyttäisi vähentyneen noin puolella miljoonalla käynnillä vuodesta 2011 vuoteen 2012 ja käynnit muun ammattihenkilökunnan luona noin 4 miljoonalla käynnillä. Lukuja vertailtaessa on huomioitava muuttunut tilastointitapa ja muutos päivittäiseen tiedonsiirtoon.<sup>2</sup>

### Taulukko 2. Terveyskeskuskäynnit vuosina 2000 – 2012

	Lääkärit	/asukas	Muu ammattiryhmä	/asukas	Käyntejä yhteensä	/asukas
2000	10 350 203	2	14 780 280	2,9	25 130 483	4,9
2001	10 002 715	1,9	15 082 329	2,9	25 062 713	4,8
2002	9 624 248	1,9	15 325 859	2,9	24 950 107	4,8
2003	9 444 384	1,8	15 476 167	3	24 920 551	4,8
2004	9 196 743	1,8	15 689 833	3	24 886 576	4,8
2005	9 363 636	1,8	16 086 196	3,1	25 449 832	4,9
2006	9 060 851	1,7	15 849 475	3	24 910 326	4,7
2007	8 787 783	1,7	16 284 726	3,1	25 072 509	4,7
2008	8 690 257	1,6	16 849 613	3,2	25 539 870	4,8
2009	8 215 345	1,5	17 925 817	3,4	26 141 162	4,9
2010	8 395 823	1,6	18 795 598	3,5	27 191 421	5,1
2011	7 277 347	1,3	21 580 655	4,0	28 858 002	5,3
2012	6 766 550	1,2	17 691 600	3,3	24 458 150	4,5

Tilastoinnin muutos: uusi aikasarja vuodesta 2011 lähtien (AvoHILMO)

- 1 Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL) laajensi vuonna 2011 sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmää siten, että perusterveydenhuollon avohoidosta kerätään yksilötason tietoja kansalliseen rekisteriin. Tarkemmin AvoHILMON tietosisällöt, määrittelyt ja luokitukset on kuvattu AvoHILMO-opaassa Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012. Määrittelyt ja ohjeistus 4/2011. [www.julkari.fi/handle/10024/90807](http://www.julkari.fi/handle/10024/90807)
- 2 AvoHILMO. Tiedonkeruu. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/avohilmo/tiedonkeruu](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/avohilmo/tiedonkeruu) Vuonna 2012 siirryttiin tilastoimaan kotihoitoon 38 prosenttia kotisairaanhoidon käynneistä. Kotihoitoa ei ole otettu mukaan tähän tilastoraporttiin.

Palvelumuodoittain tarkasteltuna terveyskeskuskäynneistä suurin osa lääkärikäynneistä vuonna 2012 oli avosairaanhoitokäyntejä (83,2 prosenttia) ja muilla ammattiryhmillä kotisairaanhoitokäyntejä (31,3 prosenttia). Vuonna 2012 äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveyden- ja opiskeluterveydenhuollon käyntien osuus lääkäreillä ja muilla ammattiryhmillä on noussut johtuen valtioneuvoston asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (VNA 338/2011) voimaantulosta vuonna 2011. (Taulukko 3)

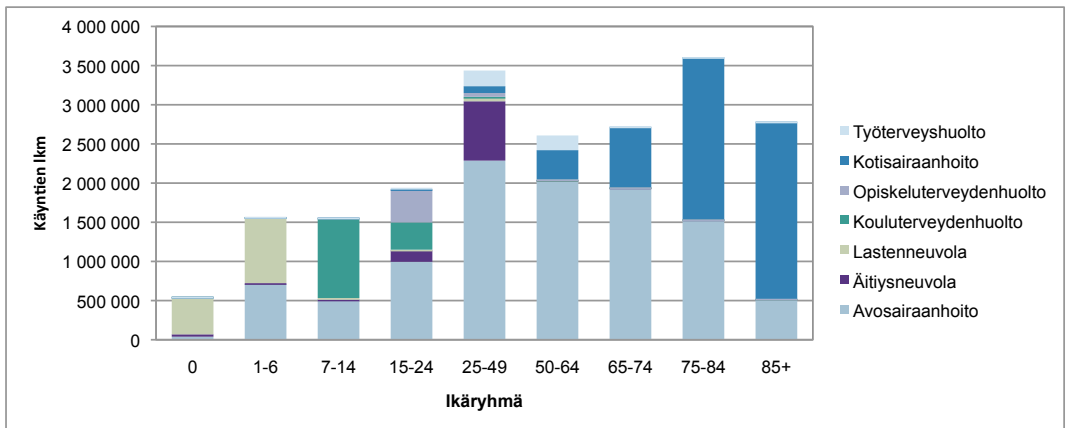
**Taulukko 3. Terveyskeskuskäynnit palvelumuodoittain 2011–2012 (% käynneistä)**

	2011		2012	
	Lääkäri	Muu ammattihenkilö	Lääkäri	Muu ammattihenkilö
Avosairaanhoito	82,6	24,6	83,2	28,0
Äitiysneuvola	2,5	3,6	2,7	4,4
Lastenneuvola	3,8	5,0	4,2	6,3
Perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola	0,8	0,6	0,9	0,8
Muut neuvolapalvelut	0,1	0,7	0,2	1,6
Kouluterveydenhuolto	2,5	5,8	2,7	6,8
Opiskeluterveydenhuolto	0,8	1,9	1,0	2,3
Seulonnat ja muut joukkotarkastukset	0,0	0,1	0,0	0,4
Työterveyshuolto	4,4	2,0	2,7	1,3
Kotisairaanhoito	0,6	41,7	0,6	31,3
Fysioterapia	0,0	3,7	0,0	6,0
Muu kuntoutus ja erityisterapia	0,0	3,2	0,0	1,7
Muut terapiapalvelut	0,0	1,1	0,0	2,3
Mielenterveystyö	0,7	2,2	0,8	3,1
Muu palvelutoiminta	1,1	3,9	0,9	3,8
Tieto puuttuu <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Yhteensä</b>				

1) Tietoa ei ole toimitettu tai on ollut virheellisesti koodattu alkuperäisessä lähteessä

Vuonna 2012 eläkeikäisillä eli yli 65-vuotiailla oli terveystieteiskeskuskäyntejä lukumääräisesti enemmän kuin nuoremmilla ikäryhmillä. Eniten terveystieteiskeskuskäyntejä oli yli 75-vuotiailla. Vanhimman väestöosan käynnit keskittyivät erityisesti terveystieteskusten kotisairaanhoidon, kun taas avosairaanhoidon käynnit vähenivät iän karttuessa. Työikäiset, eli 15–64-vuotiaat kävivät erityisesti avosairaanhoidon vastaanotoilla, myös äitiysterveystieteiskeskuskäyntien osuus oli merkittävä ikäryhmässä 25–49-vuotiaat. (Kuvio 2)

**Kuvio 2. Terveystieteiskeskuskäynnit palvelumuodoittain ja ikäryhmittäin vuonna 2012**



Eniten terveystieteiskeskuskäyntejä asukasta kohden oli vuonna 2012 Lapin (6,2) aluehallintoviraston alueen asukkailla. Lounais-Suomen ja Itä-Suomen aluehallintovirastojen alueiden asukkailla oli eniten lääkärikäyntejä asukasta kohden (1,4). Lapin aluehallintoviraston alueen asukkailla oli eniten käyntejä muun ammattihenkilökunnan luona asukasta kohden (5,0). (Taulukko 4)

Vähiten väestöön suhteutettuja terveystieteiskeskuskäyntejä oli Ahvenanmaan<sup>3</sup> (2,2) ja Itä-Suomen alueen asukkailla (3,9). Ahvenanmaan alueen asukkailla oli myös käyntejä muun ammattihenkilökunnan luona (1,6) vähemmän kuin muualla Suomessa. (Taulukko 4)

<sup>3</sup> Ahvenanmaan perusterveydenhuollon avohoidon tietoja ei ole kerätty aikaisemmin.

**Taulukko 4. Aluehallintovirastojen alueiden asukkaiden käynnit terveyskeskuksessa vuonna 2012**

Alue	Käynnit	Lääkäri	Käynnit, muu ammatti-henkilö	Käynti / asukas	Lääkärikäynti /asukas	Muun ammatti-henkilön käynti /asukas	Käynnit, muutos % 2011–2012		2011
<b>Etelä-Suomen AVI</b>	10 337 771	2 520 084	7 817 687	4,6	1,1	3,5	-11,1	Etelä-Suomen AVI	11 625 647
<b>Lounais-Suomen AVI</b>	3 279 397	1 002 749	2 276 648	4,7	1,4	3,3	-14,6	Lounais-Suomen AVI	3 838 228
<b>Itä-Suomen AVI</b>	2 216 319	793 681	1 422 638	3,9	1,4	2,5	-11,7	Itä-Suomen AVI	2 508 797
<b>Länsi- ja Sisä-Suomen AVI</b>	5 139 320	1 596 985	3 542 335	4,2	1,3	2,9	-26,6	Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	7 002 150
<b>Pohjois-Suomen AVI</b>	2 224 411	593 308	1 631 103	4,6	1,2	3,4	-12,8	Pohjois-Suomen AVI	2 552 061
<b>Lapin AVI</b>	1 141 395	220 849	920 546	6,2	1,2	5,0	-0,2	Lapin AVI	1 143 801
<b>Ahvenanmaan valtionvirasto</b>	61 755	15 146	46 609	2,2	0,5	1,6	-45,4	Ahvenanmaan valtionvirasto	113 049
<b>Ulkomaat 1</b>	36 000	16 281	19 719	–	–	–	4,6	Ulkomaat1	34 414
<b>Tieto puuttuu 2</b>	21 782	7 467	14 315	–	–	–	-45,3	Tieto puuttuu2	39 855
<b>Yhteensä</b>	24 458 150	6 766 550	17 691 600	4,5	1,2	3,3	-15,2	Yhteensä	28 858 002

1) Ei kotikuntaa Suomessa

2) Tietoa ei ole toimitettu tai on ollut virheellisesti koodattuna alkuperäisessä lähteessä

Vuonna 2012 terveyskeskuksessa käyneiden asiakkaiden osuus väestöstä oli suurin Lapin aluehallintoviraston alueen asukkailla, joista 73,8 prosenttia väestöstä oli käynyt terveyskeskuksen vastaanotolla. Lapin aluehallintoviraston alueen asukkaat kävivät erityisesti muun terveydenhuollon ammattilaisen luona eniten (65,8 % väestöstä). Itä-Suomen alueen asukkailla oli eniten käyntejä lääkärin vastaanotolla (54,1 % väestöstä), kun taas Ahvenanmaan alueella asukkaat kävivät vähiten lääkärin vastaanotolla (32,9 %). Vähiten terveyskeskusten asiakkaita oli Ahvenanmaan valtionviraston alueelta, josta heitä oli 53,7 prosenttia alueen väestöstä. (Taulukko 5)



**Taulukko 5. Aluehallintovirastojen alueiden asiakkaat terveyskeskuksissa vuonna 2012**

Alue	Asiakkaat	Lääkäri	Muu ammattihenkilö	Asiakkaiden %-osuus asukkaista	Lääkärin asiakkaiden %-osuus asukkaista	Muun ammattihenkilökunnan asiakkaiden %-osuus asukkaista	Asiakkaat, muutos % 2011–2012
<b>Etelä-Suomen AVI</b>	1 394 909	1 019 631	1 197 759	61,7	45,1	53,0	2,0
<b>Lounais-Suomen AVI</b>	483 132	371 697	399 585	69,5	53,5	57,5	-4,0
<b>Itä-Suomen AVI</b>	402 862	306 527	329 753	71,1	54,1	58,2	0,7
<b>Länsi- ja Sisä-Suomen AVI</b>	818 525	614 617	680 328	67,5	50,7	56,1	-6,2
<b>Pohjois-Suomen AVI</b>	323 640	229 757	288 126	67,2	47,7	59,9	4,9
<b>Lapin AVI</b>	134 950	77 248	120 383	73,8	42,2	65,8	0,9
<b>Ahvenanmaan valtionvirasto</b>	15 308	9 365	12 344	53,7	32,9	43,3	-21,0
<b>Ulkomaat</b>	16 336	11 365	9 472	–	–	–	19,3
<b>Tieto puuttuu</b>	7 442	4 359	5 169	–	–	–	-54,4
<b>Yhteensä</b>	3 569 427	2 631 546	3 025 142	65,8	48,5	55,7	-1,1

1) Ei kotikuntaa Suomessa

2) Tietoa ei ole toimitettu tai on ollut virheellisesti koodattuna alkuperäisessä lähteessä

Väestöstä noin 70 prosenttia käytti perusterveydenhuollon avohoidon palveluita vuonna 2012. Terveyskeskuskäynneistä yhä suurempi osa tehtiin muille ammattihenkilöille kuin lääkäreille. Lääkärikäyntejä kertyi 6,8 miljoonaa ja käyntejä muiden ammattihenkilöiden luokse yli 17,7 miljoonaa. Kaikkiaan terveyskeskuskäyntejä tehtiin noin 24,5 miljoonaa. Asukasta kohden käyntejä oli 4,5.

Käyntien lukumäärä väheni noin 15 % edellisestä vuodesta. Tätä tarkasteltaessa on huomioitava perusterveydenhuollon avohoidon tilastointitavan muutos ja muutos päivittäiseen tiedonsiirtoon. Lukumäärällisesti suurin muutos oli muun ammattihenkilökunnan luo tehdyissä käynneissä, jotka vähenivät noin 4 miljoonalla käynnillä. Muutosta selittävät muutokset kotisairaanhoidon ja kotihoidon käyntien tilastoinnissa.

Tiedonkeruun muuttumisen vuoksi ovat perusterveydenhuollon avohoidon vertailutiedot kaiken kaikkiaan vuoteen 2010 ja sitä edeltäviin vuosiin suuntaa antavia. Lääkärikäynnit näyttäsivät noudattavan 2000-luvun laskevaa trendiä, kun muun ammattihenkilökunnan käyntien suhteellinen osuus kaikista käynneistä lisääntyy. Lääkärikäyntien väheneminen kertoo myös perusterveydenhuollon avohoidon toimintatapojen muutoksista, työnjaon kehittymisestä ja tehtävien siirrosta lääkäreiltä hoitajille eri sairauksien hoidossa kansallisten suositusten mukaan siirtymällä lääkärikeskeisestä hoidosta potilaan omatoimiseen hoitoon hoitajien ohjauksella.

### Kiireetömään hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa

Avosairaanhoidon vastaanottopalveluiden saatavuus ja viime vuosien aikana myös yhteyden saaminen puhelimitse ovat olleet suomalaisten terveyskeskusten kriittisiä kysymyksiä. Palveluiden saatavuuden varmistamiseksi lainsäädäntöön sisällytettiin vuonna 2005 valtakunnalliset linjaukset osana ns. hoitotakuun säädöksiä. Nämä siirtyivät terveydenhuoltolakiin (1326/2010), jonka 51 §:n mukaan

Potilaan tulee saada terveyskeskuksen aukioloaikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen (potilaan valinnan mukaan joko puhelimitse tai käymällä terveyskeskuksessa).

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaalle hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta.

Tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

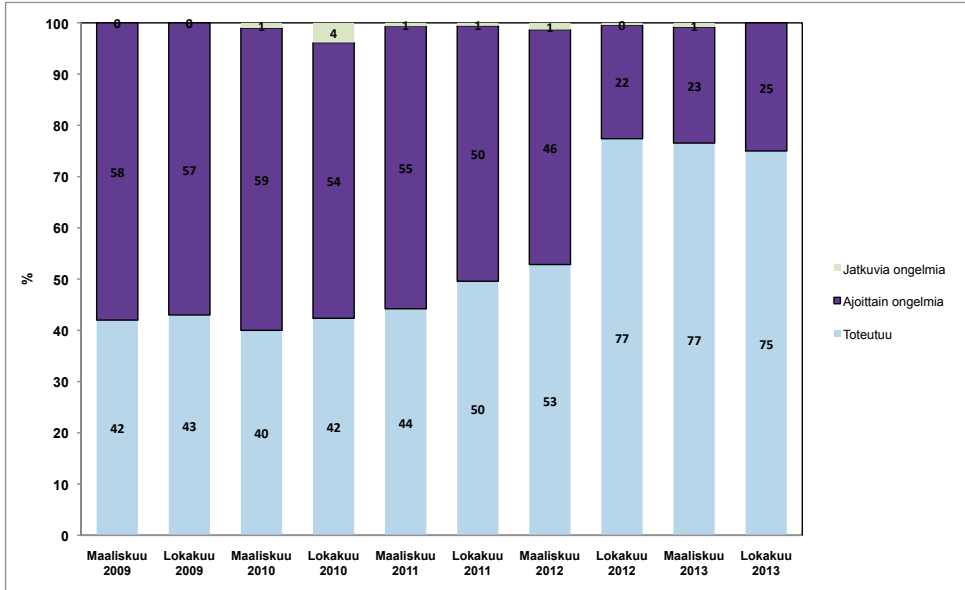
Säädöksissä oli aikanaan uusi velvoite hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä kolmen arkipäivän kuluessa. Tämä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttama arvio voi tapahtua esimerkiksi puhelimitse tai henkilökohtaisella tapaamisella. Periaatteena on selvittää, tarvitseeko yhteyden ottaja ammattilaisen tutkimusta ja/tai hoitoa sekä avun tarpeen kiireellisyys. Lain 50 §:ssä on todettu, että kiireellinen tutkimus ja hoito on järjestettävä ilman viiveitä ja että tätä varten on oltava päivystyspalvelu. Tarpeellinen, mutta kiireettömäksi katsottava hoito on järjestettävä siis lain mukaan viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee kahdesti vuodessa (maaliskuussa ja lokakuussa) kyselyn terveyskeskusten johtaville lääkäreille hoidon saatavuudesta. Lokakuussa 2013 lähes 80 prosenttia väestöstä asui sellaisella alueella, jolla välitön yhteydensaanti terveyskeskuksiin onnistui ongelmitta. Yksi terveyskeskus ilmoitti jatkuvista välittömän yhteydensaannin ongelmista. (Kuvio 3)

Noin 80 prosentilla terveyskeskuksista (kattaa 93 prosenttia väestöstä) oli käytössä soittopyyntö- ja takaisinsoittojärjestelmä. Soittopyyntöihin vastattiin keskimäärin tunnin kuluessa asiakkaan yhteydenotosta (31 min. keväällä 2013). Syksyllä 2013 terveyskeskuksista 55 prosenttia (51 % keväällä 2013) seurasi puheluihin vastaamisaikaa operaattoriseurannan avulla.

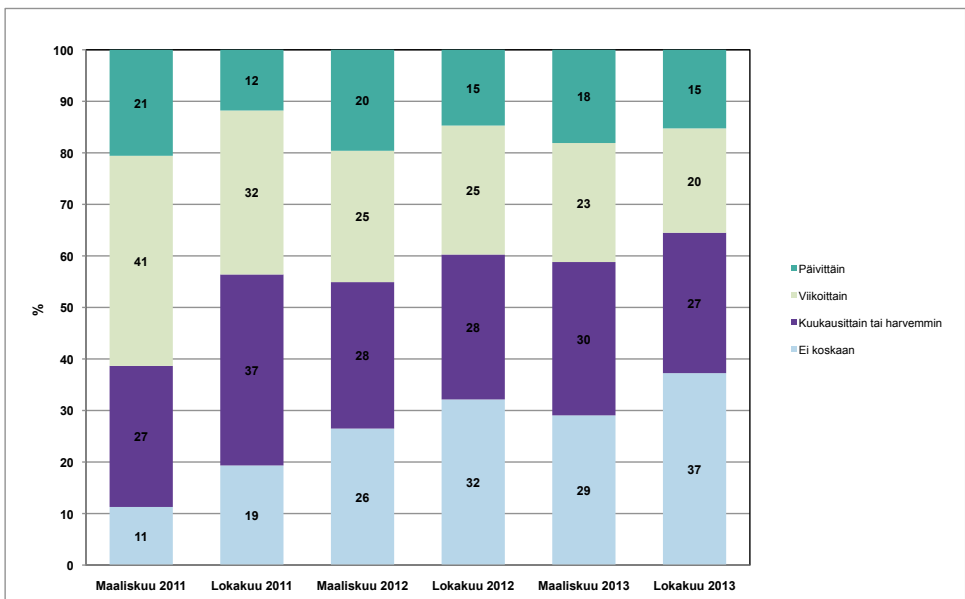
Hoidon tarpeen arviointi onnistui terveydenhuoltolain mukaisesti lähes kaikissa terveyskeskuksissa kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta.

**Kuvio 3. Välittömän yhteydensaannin toteutuminen terveyskeskuksissa vuosina 2009–2013 (%-osuus väestöstä)**



Väestöstä 15 prosenttia asui syksyllä alueella, jolla oli päivittäin vaikeuksia antaa aika lääkärille. Keväällä 2013 päivittäisiä vaikeuksia saada aika lääkärille oli 18 prosentilla väestöstä. (Kuvio 4)

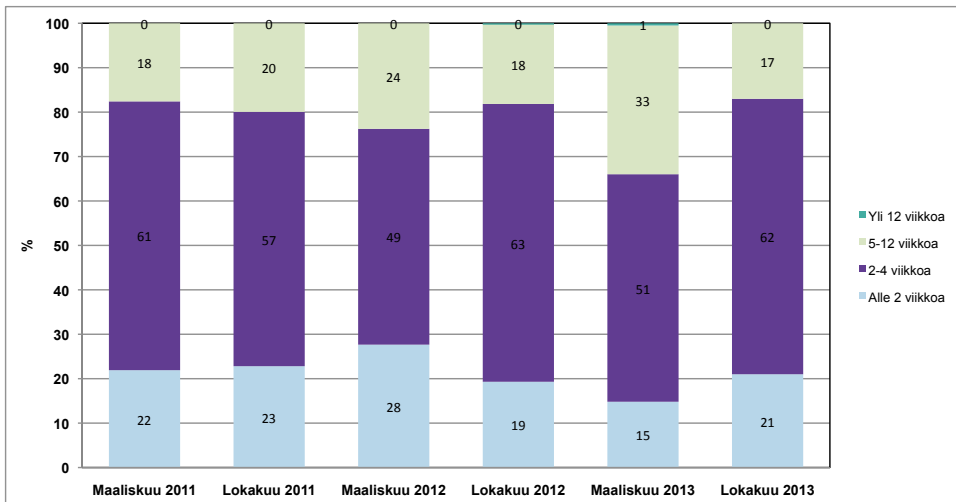
**Kuvio 4. Kuinka usein on tilanne, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa? (%-osuus väestöstä)**



Väestöstä 18 prosenttia asui syksyllä 2013 sellaisen terveystieteiden alueella, jolla kii-reetöntä vastaanottoaika terveystieteidenlääkärille joutui odottamaan yli viisi viikkoa. Tilanne oli parantunut kevästä 2013, jolloin 34 prosenttia väestöstä joutui odottamaan lääkäriin pääsyä keskimäärin viisi viikkoa tai kauemmin.

Ajan lääkäriin vastaanotolle sai keskimäärin kahden viikon kuluessa yhteydenotosta alueella, jolla asui 21 prosenttia väestöstä. Myös tämä tilanne oli parempi kuin keväällä 2013, jolloin väestöstä 15 prosenttia asui sellaisella alueella, jolla lääkäriin joutui keskimäärin kahdessa viikossa. (Kuvio 5)

**Kuvio 5. Kuinka pitkä odotusaika on keskimäärin lääkäriin vastaanotolle? (%-osuus väestöstä)**



Varsinkin Itä-Savon, Länsi-Pohjan, Keski-Pohjanmaan, Varsinais-Suomen, Kanta-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueilla asuvilla yli viiden viikon odotusaika lääkäriin oli hyvin todennäköinen. (Taulukko 6)

**Taulukko 6. Kuinka pitkä odotusaika on keskimäärin lääkärin vastaanotolle? (%-osuus väestöstä)**

Sairaanhoitopiiri	Alle 2 viikkoa (%)	2-4 viikkoa (%)	5-12 viikkoa (%)	Yli 12 viikkoa (%)
Etelä-Karjalan shp	21	79	0	0
Etelä-Pohjanmaan shp	37	10	54	0
Etelä-Savon shp	28	65	6	0
HUS	9	51	38	2
Itä-Savon shp	0	0	100	0
Kainuun shp	4	96	0	0
Kanta-Hämeen shp	20	38	42	0
Keski-Pohjanmaan shp	0	100	0	0
Keski-Suomen shp	23	16	61	0
Kymenlaakson shp	3	85	12	0
Lapin shp	7	30	63	0
Länsi-Pohjan shp	5	14	81	0
Pirkanmaan shp	26	74	0	0
Pohjois-Karjalan shp	11	89	0	0
Pohjois-Pohjanmaan shp	0	35	65	0
Pohjois-Savon shp	14	86	0	0
Päijät-Hämeen shp	23	77	0	0
Satakunnan shp	67	33	0	0
Vaasan shp	0	35	65	0
Varsinais-Suomen shp	10	32	59	0
Koko maa	15	51	33	1

Hoidon saatavuutta koskevien selvitysten yhteydessä on kerätty tietoa myös lääkärinvirkojen täyttöasteesta terveyskeskuksissa. Lokakuussa 2013 väestöstä 25 prosenttia asui alueella, jossa lääkärinviroista oli täyttämättä yli 10 prosenttia. Tilanne on ollut vuodesta 2010 lähtien 23–30 prosenttia väestöstä. Lääkäritilanteessa on huomattavia alueellisia eroja. Heikoin tilanne oli lokakuussa 2013 Kainuun ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien alueella. Paras tilanne oli Keski-Pohjanmaan ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien alueella.

### 3.3 Avosairaanhoito, toimintamalleista perusterveydenhuollon vastaanottotyössä

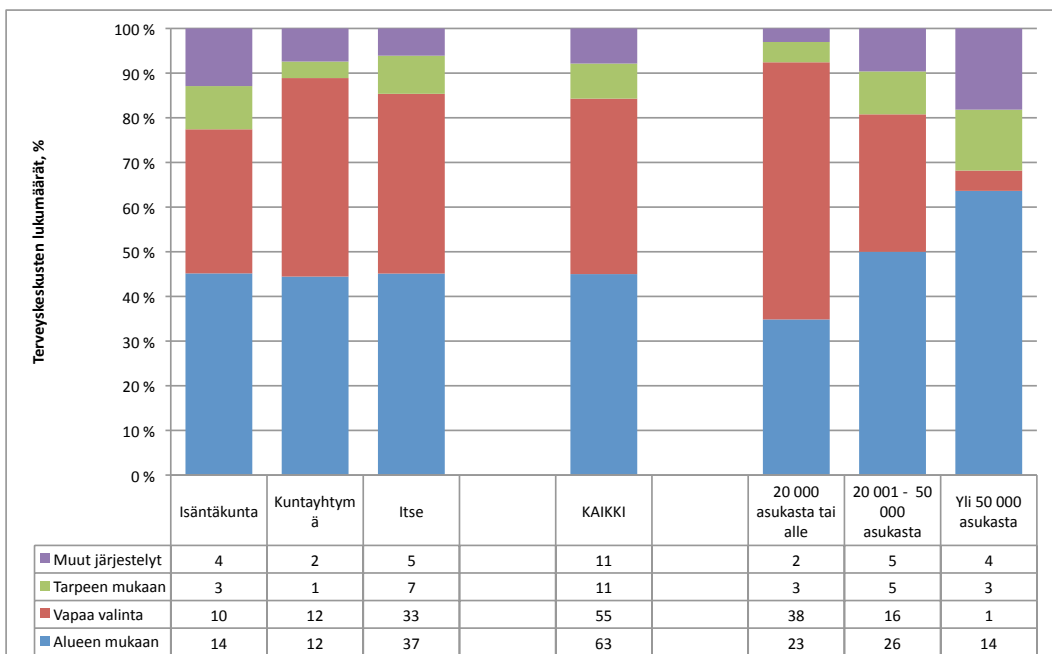
Hannu Rintanen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmärakenteiden muutokset vaikuttavat merkittävästi myös perusterveydenhuollon sairaanhoidon toimintaan. Terveyskeskusten toiminnasta, muusta kuin käyntitilastojen näkökulmasta, on vain vähän tietoa. Mm. tämän takia Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa tehtiin terveyskeskusten toimintatapatiedon keräämiseksi keväällä 2013 perusterveydenhuollon avosairaanhoitotoimintaa selvittävä kysely. Tätä muistiota kirjoitettaessa vielä analyysi- ja raportointivaiheessa olevassa julkaisussa (Hannu Rintanen ja Henna Puromäki) tuloksia analysoidaan erityisesti suhteessa terveyskeskusten kokoon sekä järjestämismalliin.

Kyselyyn saatiin vastaus 142 terveyskeskukselta 151:stä. Vastausprosentti oli 94. Vastaamatta jättäneet terveyskeskukset olivat enimmäkseen väestöpohjaltaan pieniä terveyskeskuksia. Vastanneiden terveyskeskusten alueella asuu 97 % Suomen väestöstä. Niistä 89 kunnasta/terveyskeskuksesta, jotka järjestävät peruspalvelunsa itse vastasi 84, kuntayhtymämallilla terveydenhuoltonsa järjestäneistä 27 (31 terveyskeskuksesta) sekä isäntäkuntamallilla terveydenhuoltonsa järjestävistä kaikki 31 terveyskeskusta. Kolme neljästä vastaajasta oli ammattinimikkeeltään johtava ylilääkäri, terveyspalvelujohtaja, palvelupäällikkö tms.

Terveyskeskuksilta kysyttiin, miten kunnan väestö jakautuu avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttöä varten eli miten tai millä perusteella potilaat ohjautuvat tai ohjataan tietyn lääkärin vastaanotolle. Vastaajilla oli valittavissa valmiita vaihtoehtoja, joita täydennettiin vapaan tekstin vastauksilla. Näitä vastauksia yhdistelemällä muodostettiin uusia ryhmittelyjä.

**Kuvio 6. Vajaassa puolessa Suomen terveyskeskuksista (45 %) väestö ohjautuu vastaanotolle pääosin alueellisin perustein**



Lääkärin vapaa valinta – muuttujalla tarkoitetaan mm. sitä usean terveyskeskuksen perinteistä mallia, jossa lääkäriaikoja annetaan tilanteen ja saatavuuden mukaan. Useassa vastauksessa erikseen korostettiin lääkärin vapaata valintaa. Lääkärin vapaa valinta on mahdollista 39 %:ssa terveyskeskuksista, näiden terveyskeskusten väestöosuus koko Suomen väestöstä on kuitenkin vain 19 %. Kuntayhtymämallilla toimivissa terveyskeskuksissa potilas pystyy valitsemaan lääkärin lähes puolessa terveyskeskuksista (44 %) ja isäntäkuntamallin terveyskeskuksissa kolmasosassa (32 %). Väestöosuuksina laskettuna erot ovat suuremmat; kuntayhtymämallissa oma valinta toimi 34 %:lla ja isäntäkuntamallissa vain 11 %:lla väestöstä. Alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksista lääkärinsä pystyi (ainakin teoriassa) valitsemaan lähes 60 %:ssa terveyskeskuksista, kun yli 50 000 asukkaan terveyskeskuksista vain 5 %:ssa. Vain alle kymmenesosassa terveyskeskuksia lääkäripalvelujen käyttöön valikoituminen tapahtui erityisen tarpeen, esimerkiksi pitkäaikaissairauksen perusteella.

Edellä olevasta ryhmittelystä riippumattomasti kyselyssä muodostettiin myös ns. omalääkärimuuttuja. Omalääkäri – periaatteella toimivia terveyskeskuksia on noin puolet Suomen kaikista terveyskeskuksista (140 vastaajasta 73). Myös väestöosuudeltaan nämä terveyskeskukset muodostavat noin puolet Suomen väestöstä. Kuntayhtymissä omalääkärijärjestelmä on huomattavasti harvinaisempi. Kaksi kolmasosaa omalääkärijärjestelmä – ryhmään luokitelluista terveyskeskuksista toimii aluemallin mukaisesti. Aikaisempien, lähinnä Suomen Lääkäriliiton selvitysten mukaan, omalääkärimahdollisuus on ollut suurimmillaan noin 70 %:lla Suomen väestöstä.

Hoitajan vastaanottopalveluiden käyttöä varten väestö oli keväällä 2013 jaettu omalääkärijärjestelmän mukaisesti neljäsosassa terveyskeskuksista ja myös neljäsosassa tarpeen mukaan. Useimmiten kysymyksessä ovat diabetes-, astma- ja sydänpotilaat.

Paineet parantaa terveydenhuollon laatua ja alentaa kustannuksia ovat ajaneet monet terveyskeskukset tekemään tehtävien uudelleen järjestelyjä. Työparimallia on ilmeisesti pidetty tässä suhteessa yhtenä parhaimmista keinoista .

Ensimmäisissä hoidon saatavuus – kyselyissä vuosina 2005 – 2007 kysyttiin terveyskeskusten sairaanhoitajan vastaanoton järjestelyistä; yhtenä kohtana mukana oli työparivastaanotto lääkärin kanssa. Koska kaksi kertaa vuodessa toteutettavan hoitotakuukyselyn vastausprosentit ja vastaajat jonkun verran vaihtelivat kyselyittäin, on seuraavaan taulukoon laskettu keskiarvo syyskuun 2005 ja maaliskuun 2007 vastauksista ja verrattu tätä kevään 2013 kyselyn vastauksiin sairaanhoitopiireittäin (taulukko 7).

**Taulukko 7. Työparimallin käyttö lääkärin ja hoitajien työskentelyssä terveyskeskuksissa vuosina 2005 – 2007 sekä keväällä 2013**

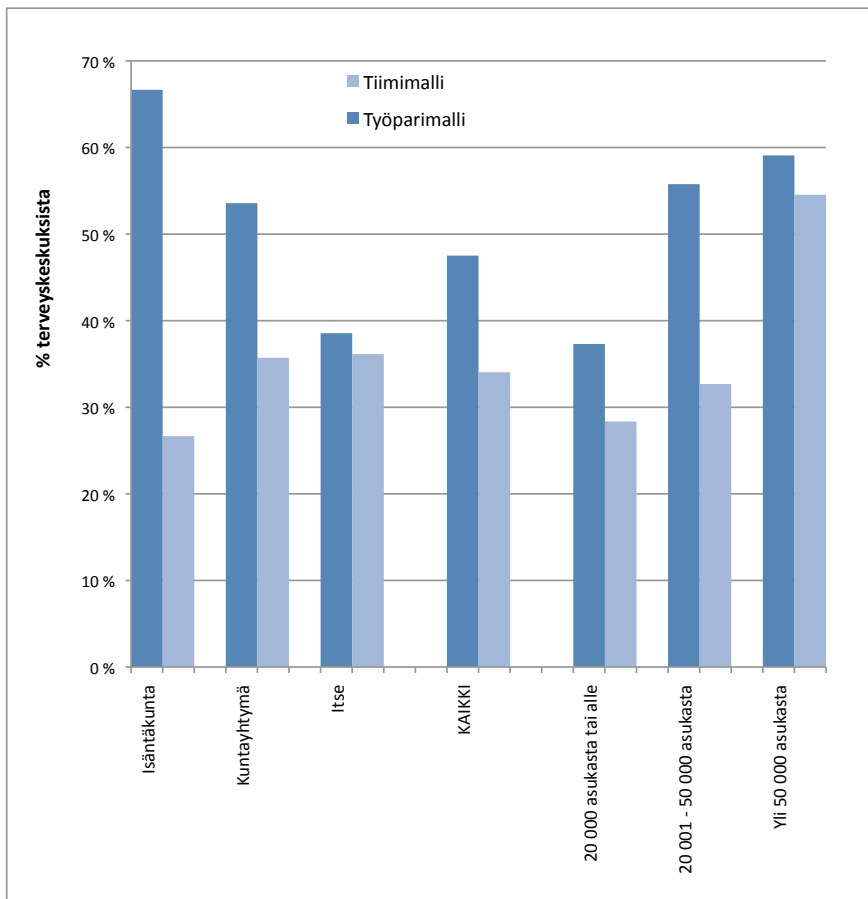
	Hoitotakuukyselyt 2005 - 2007*		Terveyskeskuskysely kevät 2013		
Sairaanhoitopiiri	Työparitk:n väestökeskiarvo	Osuus koko väestöstä	Tk:t, joissa työparitoimintaa	Tk:n väestö	Osuus koko väestöstä
Varsinais-Suomen shp	12531	3 %	5	107222	23 %
Satakunnan shp	106886	47 %	3	162200	84 %
Kanta-Hämeen shp	72875	43 %	3	140555	80 %
Pirkanmaan shp	152948	33 %	8	175753	34 %
Päijät-Hämeen shp	18465	9 %	1	40716	19 %
Kymenlaakson shp	68329	38 %	1	5664	3 %
Etelä-Karjalan shp	5150	4 %	1	104061	79 %
Etelä-Savon shp	10097	10 %	3	99512	100 %
Itä-Savon shp	0	0 %	0	0	0 %
Pohjois-Karjalan shp	61201	36 %	3	99430	64 %
Pohjois-Savon shp	189880	75 %	5	203688	95 %
Keski-Suomen shp	128941	49 %	4	204459	82 %
Etelä-Pohjanmaan shp	35646	19 %	3	101645	51 %
Vaasan shp	12536	7 %	2	99302	59 %
Keski-Pohjanmaan shp	26232	35 %	1	21837	29 %
Pohjois-Pohjanmaan shp	121827	32 %	4	228459	57 %
Kainuun shp	41003	50 %	1	74504	96 %
Länsi-Pohjan shp	8864	13 %	2	13141	23 %
Lapin shp	14171	12 %	7	85791	73 %
HUS	489669	34 %	10	912570	58 %
Koko maa	1577246	30 %	67	2880509	55 %



Työparimallin käyttö vastaanotto toiminnassa on lähes kaksinkertaistunut vajaassa kymmenessä vuodessa ja vaikka tiedot eivät ole aivan suoraan vertailtavissa, lisääntymisen voidaan katsoa olevan hyvin selvää joka puolella Suomea. Usean terveyskeskuksen vastauksen ja julkaisuudessa olleiden uutisten perusteella työpari- ja tiimityömallit ovat sairanhoidon vastaanotto toiminnassa edelleen lisääntymässä.

Kevään 2013 terveyskeskuskyselyssä työparimalli hoitajien työmuotona mainittiin yhteensä 67 terveyskeskuksen vastauksessa (47 % vastaajista) (kuvio 7). Tiimityömalli oli käytössä 48 terveyskeskuksessa. 15 terveyskeskuksen alueella mainittiin käytettävän molempia. Täten yli 70 prosentissa terveyskeskuksista (100 vastausta 140 vastaajalta) oli käytössä ainakin jossain määrin joko työpari- tai tiimimalli tai molemmat. Väestöosuudeltaan nämä terveyskeskukset muodostavat 83 % Suomen väestöstä (työparimalliterveyskeskusten väestöosuus on 56 % ja tiimimallin 39 % vastanneiden terveyskeskusten väestöpohjasta).

**Kuvio 7. Tiimi- ja työparityöskentelymallien käyttö Suomen terveyskeskuksissa (terveyskeskusten lukumäärän mukaan) terveydenhuollon järjestämistavan sekä väestöryhmien mukaan ryhmiteltynä.**



Kun lääkäripalvelut järjestetään omalääkärimallilla, niin lääkärin ja hoitajan työ oli 54 %:ssa terveyskeskuksista järjestetty työparikäytännöllä ja 30 % tiimityömallilla. Yhtä lääkärinä kohti vastaanottoiminnassa pääsääntöisesti työskentelee kahdessa kolmasosassa (65 %:ssa) terveyskeskuksia yksi hoitaja tai enemmän. Kun terveyskeskuksessa on käytössä tiimityömalli tai työparimalli on hoitaja-lääkäri – suhde keskimääräistä useammin yksi tai enemmän hieman.

### Tehtäväkäytännöt ja hoidon saatavuus

Väestöosuusina laskettuna koko maan väestöstä 34 % asui keväällä 2013 sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa lääkärin kiireettömän hoidon vastaanotolle pääsyä joutui odottamaan yli 4 viikkoa. Alle 50 000 asukkaan terveyskeskuksissa tämä väestöosuus oli 25 %. (taulukko 2). Pisimmät odotusajat ovat suurissa kaupungeissa, joissa on varmasti myös suurta vaihtelua terveysasemien välillä; tämä vaihtelu ei tule esille terveyskeskuskohtaista keskiarvoa kuvaavissa kyselyissä.

Tätä raporttia viimeisteltäessä saatiin tiedot myös lokakuun 2013 hoitoonpääsykyselyistä. Hoitoon pääsy – tiedot olivat parantuneet väestöosuusina laskettuna hyvin merkittävästi; nyt vastaanotolle pääsyä yli neljä viikkoa joutui odottamaan vain 17 % väestöstä (samoin alle 50 000 asukkaan terveyskeskusalueilla). Merkittävin syy tilanteen paranemiselle on se, että kun keväällä seitsemästä yli 150 000 asukkaan väestöpohjan terveyskeskuksesta viisi ilmoitti hoitoon pääsyn odotusajaksi yli neljä viikkoa, niin syksyllä tämän ryhmän ilmoittaneita terveyskeskuksia oli enää yksi. Näiden terveyskeskusten alueella hoitoon pääsy parani noin 800 000 asukkaan osalta. Muiden terveyskeskusten alueella vaihtelua oli molempiin suuntiin. Kun rajana pidetään neljän viikon odotusaikaa, niin yhdentoista terveyskeskuksen osalta tilanne parani ja kahdeksan terveyskeskuksen osalta huononi. Työpari- ja tiimityömallien osalta hoitoon pääsy parantui, erityisesti tiimimallia käyttävien terveyskeskusten osalta.

Ilmoitetun hoitoonpääsyryhmän vaihtumisia tapahtuu terveyskeskusten ilmoitusten perusteella helposti. Näiden kyselyiden perusteella yhteyksistä mm. näihin erilaisiin työmuotoihin ei pidä tehdä liian voimakkaita johtopäätöksiä. Seuraavassa hoidon saatavuutta tarkastellaankin vielä suhteessa terveyskeskusten toimintakäytäntövastauksiin kevään 2013 hoitoonpääsykyselyn suhteen, koska kyselyt tehtiin samoihin aikoihin.

Työparimallia käyttävät terveyskeskukset ovat keskiväestöltään hieman suurempia kuin terveyskeskukset maassa keskimäärin (mediaaniväestö noin 22 070, kaikki terveyskeskukset 21 170, mukana ei terveyskeskuksia, joissa on käytössä molempia malleja). Näissä terveyskeskuksissa lääkärin vastaanotolle pääsy on keskimäärin hieman nopeampaa. Kaikista työparimallia käyttävistä terveyskeskuksista 22 prosentissa odotusaika oli yli 4 viikkoa, alle 50 000 asukkaan terveyskeskuksissa vain 16 prosentissa. Vielä nopeampaa lääkärille pääsyä on niissä terveyskeskuksissa, joissa vastaanotolle ohjautuminen tapahtuu pääasiassa alueellisin perustein. Omalääkärimallin mukaiset terveyskeskukset pärjäävät hoidon saatavuuden osalta myös hyvin, vapaan lääkäriarvonnin terveyskeskukset sen sijaan melko huonosti (taulukko 8 ja kuvio 8).

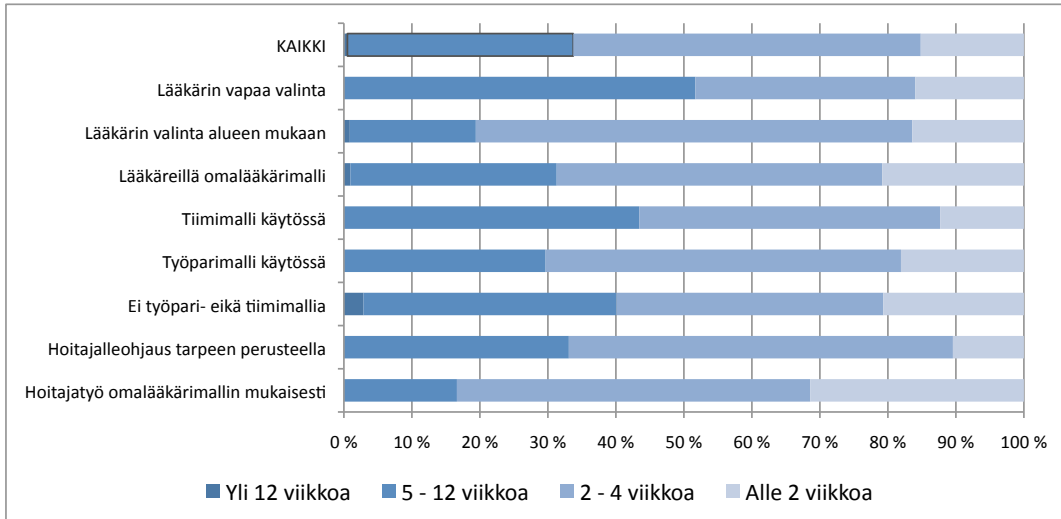
**Taulukko 8. Odotusaika perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolle toimintatapaotteittain**

	Vastanneet terveyskeskukset***			Odotusaika lääkärille yli 4 viikkoa Kaiken kokoiset tkt		Alle 50 000 as. tkt		Odotusaika hoitajalle yli 7 päivää Kaiken kokoiset tkt		Alle 50 000 as. tkt	
Lääkäriin vapaa valinta	Lukumäärä	Väestö-kesklatvo	Keski-väestö*	Lukumäärän mukaan	Väestömäärän mukaan	Lukumäärän mukaan	Väestömäärän mukaan	Lukumäärän mukaan	Väestömäärän mukaan	Lukumäärän mukaan	Väestömäärän mukaan
Lääkäriin valinta alueen mukaan	48	19099	12326	26 %	52 %	24 %	39 %	4 %	24 %	2 %	4 %
Lääkäriin valinta alueen mukaan	60	49090	24443	15 %	19 %	13 %	17 %	5 %	12 %	4 %	8 %
Lääkäreillä omalääkärimalli	69	38905	22308	17 %	31 %	14 %	18 %	7 %	18 %	5 %	10 %
Työparimalli käytössä****	47	45866	22073	22 %	30 %	16 %	22 %	6 %	18 %	3 %	6 %
Tiimimalli käytössä****	29	46888	21256	28 %	43 %	27 %	34 %	14 %	39 %	9 %	17 %
Ei työpari- eikä tiimimallia	40	21296	15985	20 %	40 %	18 %	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hoitajatyö omalääkärimallin mukaisesti	35	37816	22308	14 %	33 %	11 %	14 %	3 %	4 %	4 %	8 %
Hoitajalleohjaus tarpeen perusteella	37	26975	13624	22 %	20 %	22 %	32 %	3 %	3 %	3 %	6 %
KAIKKI**	137	37210	21172	23 %	34 %	20 %	25 %	6 %	19 %	3 %	7 %
<b>Väestö ja terveh. järjestämismalli:</b>											
20 000 as. tai alle	65	9257	8460	9 %	8 %			0 %	0 %		
20 0001 - 50 000 as.	51	31076	28829	34 %	32 %			8 %	9 %		
50 0001 - 100 000 as.	10	68570	65970	30 %	29 %			0 %	0 %		
Yli 100 000 as.	11	202321	180225	45 %	44 %			36 %	36 %		
Isäntäkuntamalli	27	41569	25615	31 %	37 %	26 %	26 %	4 %	14 %	0 %	0 %
Kuntayhtymämalli	27	29983	23271	21 %	18 %	23 %	24 %	7 %	9 %	9 %	7 %
Ihse järjestäjä	83	38143	12406	20 %	36 %	16 %	23 %	6 %	23 %	3 %	14 %

\*Terveystieteiden keskiarvo/median \*\*S-ekä terveyskeskusten avosairaanhoidokyselyyn että hoitotakuukyselyyn vastanneet heinäkuun 2013

\*\*\* Alle 50 000 asuutaan terveyskeskukset muodostavat 85 % Suomen terveyskeskuksista, väestöstä vain 43 %, \*\*\*\*\* Mukana ei terveyskeskuksia, joilla käytössä molempia malleja

**Kuvio 8. Lääkärin vastaanotolle pääsyn odotusaika väestömäärien suhteessa terveyskeskusten toimintamalleittain keväällä 2013**



Myös hoitajien vastaanotolle pääsemistä joutuu odottamaan pienemmissä terveyskeskuksissa vähemmän kuin suurimmissa terveyskeskuksissa. Pisimmät odotusajat näyttäisivät olevan niissä terveyskeskuksissa, joissa lääkäreiden ja hoitajien työt on järjestetty etupäässä tiimimallin pohjalta. Työparimallin terveyskeskuksissa tilanne vastaa maan keskitasoa.

### Työajan käyttö

Yli puolessa (58 %:ssa) Suomen terveyskeskuksista osa hoitajista työskentelee pääasiassa puhelinneuvonnan, hoidon tarpeen arvioinnin ja päivystysluonteisten potilaiden tutkimisen ja arvioinnin tehtävissä. Yli kolmasosassa terveyskeskuksista (39 %) osa hoitajista työskentelee pääasiassa pitkäaikaissairauksia sairastavien neuvonta- ja hoitotyössä. Niissä terveyskeskuksissa, joissa väestö ohjataan hoitajan vastaanotolle omalääkärijärjestelmän mukaisesti, työskentelee vain noin joka kymmenennessä osa hoitajista pääosin pitkäaikaissairaiden hoitotyössä. Niissä terveyskeskuksissa, joissa oma hoitaja osoitetaan osalle väestöstä erityisen tarpeen mukaan, lähes kahdessa kolmasosassa on pääasiassa pitkäaikaissairaiden kanssa työskenteleviä hoitajia.

Työajassa arvioituna vastaanotto toiminnan hoitajien työpanoksesta keskimäärin runsas viidennes (23 %) menee pitkäaikaissairaiden hoitoon. Eniten (28 %) hoitajien aikaa kuluu kiireellisten ja päivystystyyppisten asioiden arviointiin sekä vastaanottoon. Suurimmissa (väestöpohjaltaan yli 50 000 asukkaan terveyskeskuksissa) tähän kuluu työpanoksesta keskimäärin suurempi osa kuin pienemmissä terveyskeskuksissa. Puhelinneuvonta vie työpanoksesta yli viidennes, suurimmissa kunnissa hieman vähemmän kuin pienemmissä. Kiireettömään arviointiin kuluu työajasta yleensä hieman alle viidennes.

Suomen Lääkäriliitto lähettää vuosittain kyselyn terveyskeskusten johtaville lääkäreille virkojen määrästä ja niiden täyttötilanteesta. Kyselyssä kysytään myös lääkäriyöpanoksen jakautumisesta eri toimintoihin. Avosairaanhoidon vastaanottotoimintaan lääkärit käyttivät noin 55 % työajastaan (taulukko 9). Tarkasteltaessa näitä vastauksia kevään 2013 kyselyn kanssa, voi todeta, että keskimääräistä enemmän tähän käytettiin aikaa, jos terveyskeskuksessa toimittiin omalääkärimallin mukaan ja vielä enemmän, jos myös hoitajatyö oli organisoitu lääkäreiden omalääkärijaon mukaisesti. Kun terveyskeskuksessa oli käytössä tiimityömalli, lääkärin työaikaa avosairaanhoidon vastaanottotoimintaan kuluu hieman keskimääräistä vähemmän. Hoitajien työaikaa sen sijaa kuluu tällöin keskimääräistä enemmän kiireellisten asioiden hoitoon ja vastaanottoon. Omalääkärimallin mukaisesti toimivissa terveyskeskuksissa hoitajatyöaikaa käytetään keskimääräistä vähemmän kiireelliseen vastaanottoon ja keskimääräistä enemmän pitkäaikaissairaiden hoitoon.

Sekä THL:n hoitotakuukysely että Lääkäriliiton työvoimakysely antavat lähes saman luvun siitä, kuinka suuri osa väestöstä asuu alueilla, joissa lääkärinviroista on täyttämättä yli 10 %; tämän väestön osuus oli syksyllä 2012 ja keväällä 2013 noin kolmekymmentä prosenttia. Tosin työvoimavajetilanne muuttuu terveyskeskuksittain ilmeisesti hyvin nopeasti, koska eri kyselyissä suurimman täyttövajauksen terveyskeskukset ovat pääasiassa eri terveyskeskuksia. Lääkäriyövoimavaje ei ole kovin yksiselitteisesti yhteydessä siihen, millaista toimintamallia vastaanoton järjestelyissä terveyskeskuksissa käytetään. Tosin omalääkäri- ja tiimityömallin alueilla tilanne näyttäisi olevan keskimääräistä parempi. Pienissä terveyskeskuksissa tilanne on keskimääräistä parempi, niissä on myös enemmän lääkärinvirkoja ja lääkäriissäkäyntejä asukaslukuun suhteutettuna. (taulukko 9).

**Taulukko 9. Terveyskeskusten avosairaanhoidohenkilöstön työajan jakautuminen eräisiin toimintoihin sekä lääkäriresurssit ja terveyskeskuskäynnit toimintatavoittain**

	Työpanosten jakautuminen	Vastaanotto-toiminnan hoitajat***	Kiireettömät tilanteet	Pitkäaikais-sairaiden hoito	Tk-kyselyn vastaajat**	Terveyskeskusviroista täyttämättä yli 10 %****	Lokakuu 2013	Terveyskeskuskäynnit 2012 1000 as. kohden****	Muu henkilö-kunta	Lääkäriin virkoja 1000 as. kohden**
	Lääkäri*	Kiireelliset asiat	Kiireettömät tilanteet	Pitkäaikais-sairaiden hoito	Tk-kyselyn vastaajat**	Terveyskeskusviroista täyttämättä yli 10 %****	Lokakuu 2013	Terveyskeskuskäynnit 2012 1000 as. kohden****	Muu henkilö-kunta	Lääkäriin virkoja 1000 as. kohden**
Lääkäriin vapaa valinta	52,4	28,3	19,9	21,2	55	27 %	26 %	1620	3717	0,81
Lääkäriin valinta alueen mukaan	57,6	29,4	17,5	22,7	63	32 %	17 %	1399	3052	0,78
Lääkäritilillä omalääkärimalli	57,3	25,9	17,5	24,4	73	26 %	15 %	1454	3279	0,79
Työparimalli käytössä*****	56,6	25,5	18,6	23,8	52	34 %	21 %	1546	3360	0,84
Tiimimalli käytössä*****	54,8	31,3	18,6	23,2	33	14 %	16 %	1435	3552	0,74
Ei työpari- eikä tiimimallia	56,2	27,8	16,8	21,6	42	33 %	24 %	1593	3478	0,80
Hoitajatyö omalääkärimallin mukaisesti	58,8	26,0	19,1	23,5	37	29 %	16 %	1426	3059	0,81
Hoitajalleohjaus tarpeen perusteella	55,1	31,1	15,8	22,5	37	27 %	28 %	1490	3796	0,84
KAIKKI	55,4	27,8	18,2	22,7	142	29 %	23 %	1507	3401	0,80
<b>Väestö ja terv.h. järjestämissmalli:</b>										
20 000 as. tai alle	54,7	29,1	18,6	20,1	67	22 %	18 %	1699	3847	0,84
20 0001 - 50 000 as.	55,6	24,4	17,6	24,7	53	37 %	25 %	1436	2897	0,79
50 0001 - 100 000 as.	51,5	30,5	19,5	27,0	11	40 %	27 %	1134	3443	0,72
Yli 100 000 as.	64,2	33,5	17,1	25,0	11	27 %	36 %	1053	3063	0,64
Isäntäkuntamalli	56,1	25,1	18,0	24,3	31	44 %	32 %	1388	3357	0,76
Kuntayhtymämalli	51,9	29,7	17,5	21,0	27	38 %	38 %	1553	3056	0,85
Itse järjestäjä	56,3	28,2	18,5	22,7	84	22 %	14 %	1536	3527	0,79

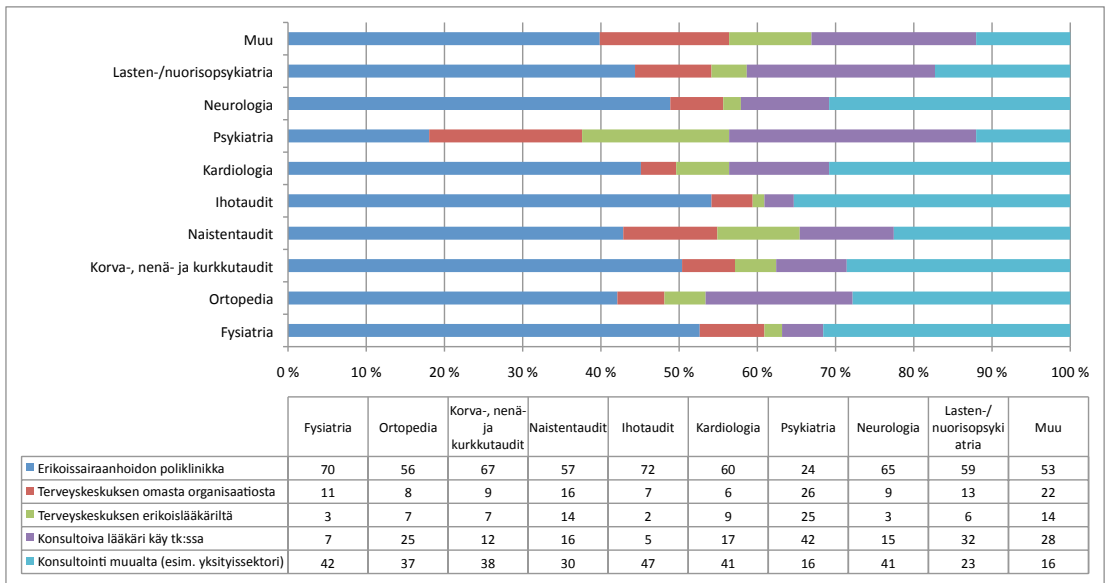
\* Lääkäriin työvoimakysely syksy 2012 ja \*\*syksy 2013 \*\*\*Terveyskeskusten avosairaanhoidokysely kevät 2013 \*\*\*\*www.sotkanet.fi (poiminta 13.12.2013, tiedot osittain puutteellisia), soitejärjestäjien keskiarvo \*\*\*\*\*Terveyskeskusten hoitopäätökset v. 2013, osuus tk:n lukumäärästä (väestösuhteissa mukana vain avosairaanhoidokyselyssä mukana olleet) \*\*\*\*\*Mukana ei terveyskeskuksia, joilla käytössä molempia malleja

### Yleislääkärin työtä tukevista erikoislääkärikonsultaatioista ja kliinisistä tutkimuksista

Lähtökohtaisesti väestö ohjataan kunnan kustannuksella erikoislääkäripalvelujen piiriin erikoissairaanhoidon poliklinikoille. Merkittävä osa terveyskeskuksia järjestää erikoislääkärikonsultaatioita myös omassa terveyskeskuksessa joko omien erikoislääkäreiden toimesta tai ostopalveluna.

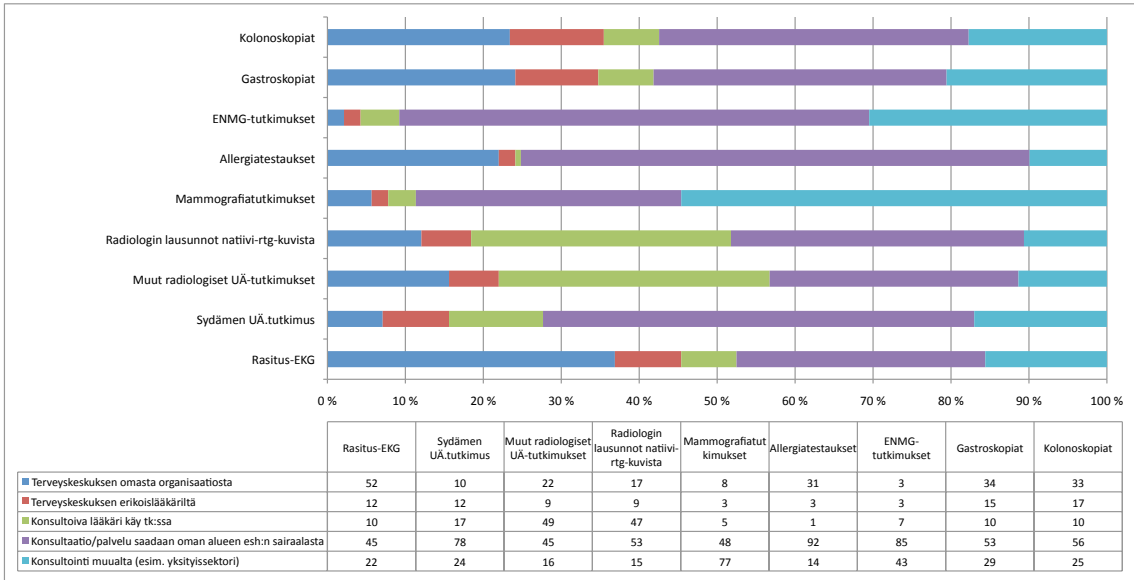
THL:n avosairaanhoitokyselyyn valituista erikoisaloista eniten terveyskeskusten omassa organisaatiossa on käytettävissä psykiatrian palveluita (kuvio 9).

**Kuvio 9. Yleislääkärin työtä tukevien erikoislääkärikonsultaatioiden järjestämistavat terveyskeskuksissa keväällä 2013.**



Kliinisistä erityistutkimuksista terveyskeskukset tuottavat eniten itse rasisus-EKG ja gastroskopia-tutkimuksia. (Kuvio 10).

Kuvio 10. Tavallisimpien yleislääkärin työtä tukevien kliinisten tutkimusten järjestämistavat



THL:n kyselyssä kysyttiin erikseen myös mm. jalkahoitaja-, puheterapia- ja ravitsemusterapiapalveluista. Puheterapiasta 67 % terveyskeskuksista järjestää sen omana toimena ja 13 % hankitaan ostopalveluna. Jalkahoito hankitaan yleensä ostopalveluna. Kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista 65 % ilmoittaa ostavansa nämä palvelut. Myös ravitsemusterapia saadaan yleensä ostopalveluna. Näin ilmoitti 48 % vastanneista. Tässä väestöllinen ero on selvä: niiden 33 terveyskeskusten, jotka saavat ravitsemusterapian palvelut terveyskeskuksen omana toimena, väestömäärä on 58 % tähän kohtaan vastanneiden terveyskeskusten väestömäärästä.



### 3.4 Asiakaspalaute suurten kaupunkien terveysasemilla

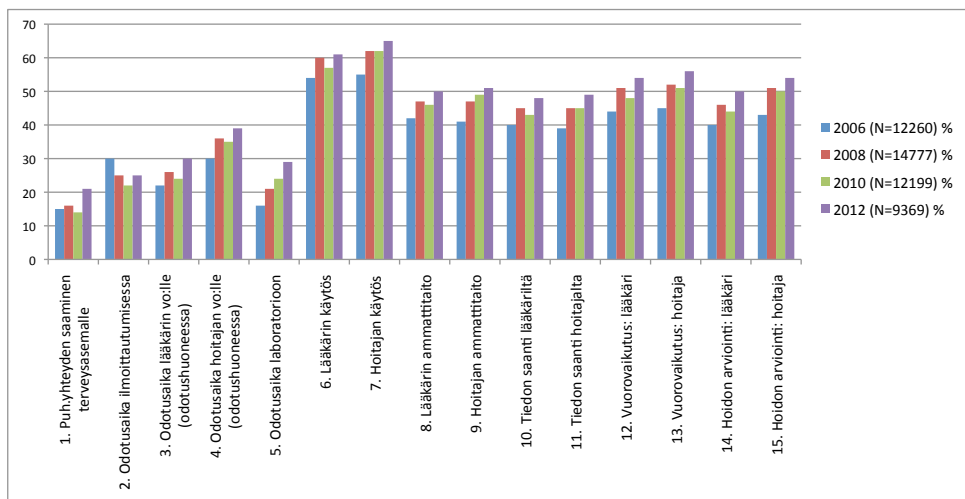
Salla Sainio, Katri Lahikainen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tarjoaa terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön erilaisia asiakaspalautemittareita. Asiakastytyväisyyselvityksiin tarjotaan myös neuvontaa sekä lomakkeiden tallennuspalvelu ja tulostuspalvelu. Ensimmäiset lomakkeet otettiin käyttöön jo yli kymmenen vuotta sitten, ja mittarit ovat levinneet erityisesti perusterveydenhuollon käyttöön. Tämä kirjoitus perustuu Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma -lomaketta viime vuosina käyttäneiden organisaatioiden asiakastytyväisysselvitysten tuloksiin.

Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma – lomaketta käyttävät sekä pienet että suuret terveyskeskukset ympäri maata. Tällä mittarilla on muun muassa toteutettu suurten kaupunkien terveyskeskusten avovastaanotoilla kyselyt vuosina 2002, 2004, 2006, 2008 2010 ja 2012. Mukana on ollut tutkimusvuodesta riippuen 8–12 Suomen suurinta kaupunkia ja kyselyt ovat kattaneet näiden kaupunkien kaikki terveysasemat. Vastauksia on kertynyt yhteensä noin 9000–15 000 kunkin tutkimusvuotena.

Taulukko 1 esittää keskeisten kysymysten tulokset vuosien 2006, 2008, 2010 ja 2012 kyselyjen yhteistuloksista. Tulokset on esitetty niiden vastaajien prosentuaalisina osuuksina, jotka kussakin kysymyksessä valitsivat arvosanan 5 eli arvosanan ”erinomainen” (asteikko 0= ei koske minua, 1= erittäin huono, 2= huono, 3= kohtalainen, 4= hyvä, 5= erinomainen).

**Taulukko 10., kuvio 11. Suurten kaupunkien yhteisaineiston tulokset vuosina 2006, 2008, 2010 ja 2012. Luku kuvaa niiden vastaajien prosentuaalista osuutta, jotka antoivat kuhunkin kysymykseen parhaimman mahdollisen arvosanan.**



	2006 (N=12260)	2008 (N=14777)	2010 (N=12199)	2012 (N=9369)
	%	%	%	%
1. Puh.yhteyden saaminen terveysasemalle	15	16	14	21
2. Odotusaika ilmoittautumisessa	30	25	22	25
3. Odotusaika lääkärin vo:lle (odotushuoneessa)	22	26	24	30
4. Odotusaika hoitajan vo:lle (odotushuoneessa)	30	36	35	39
5. Odotusaika laboratorioon	16	21	24	29
6. Lääkärin käytös	54	60	57	61
7. Hoitajan käytös	55	62	62	65
8. Lääkärin ammattitaito	42	47	46	50
9. Hoitajan ammattitaito	41	47	49	51
10. Tiedon saanti lääkäriltä	40	45	43	48
11. Tiedon saanti hoitajalta	39	45	45	49
12. Vuorovaikutus: lääkäri	44	51	48	54
13. Vuorovaikutus: hoitaja	45	52	51	56
14. Hoidon arviointi: lääkäri	40	46	44	50
15. Hoidon arviointi: hoitaja	43	51	50	54

Taulukosta nähdään, että tuloksissa on ollut pieniä eroja eri kyselyvuosina. Vuoden 2006 tulokset ovat huonompia kuin muina vuosina. Vuonna 2008 tulokset paranivat, ja vuonna 2010 taas hieman laskivat edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2012 tulokset ovat taas jonkin verran parantuneet aikaisempiin vuosiin verrattuna: Eniten kiitosta saa lääkärin ja hoitajan käyttäytyminen sekä vuorovaikutustaidot. Myös ammattitaito, tiedon saanti ja hoidon arviointi sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla on arvioitu paremmaksi kuin aikaisempina vuosina, ja noin puolet vastaajista on antanut erinomaisen arvosanan. Vähiten kiitosta saavat puhelinpalvelu ja odotusajat. Puhelinyhteyden saamisen terveysasemalle arvioi erinomaiseksi 21 % vastaajista. Puhelinyhteyden saaminen ja odotusajat paikan päällä lääkärin ja hoitajan vastaanotoille sekä laboratorioon ovat kuitenkin vastaajien mielestä parantuneet aikaisempiin kyselyihin verrattuna. Esimerkiksi vuonna 2010 puhelinyhteyden saamisen arvioi erinomaiseksi vain 14 %.

**Taulukko 12. Tulokset kaupungeittain vuodelta 2012. Luku kuvaa niiden vastaajien prosentuaalista osuutta, jotka antoivat kuhunkin kysymykseen parhaimman mahdollisen arvosanan.**

Puhelin-yhteyden saaminen	Odotusaika lääkärille (odotus-huoneessa)	Odotusaika hoitajalle (odotus-huoneessa)	Lääkärin ammattitaito	Hoitajan ammattitaito	Vuorovaikutus lääkärillä	Vuorovaikutus hoitajalla	Hoidon arviointi: lääkäri	Hoidon arviointi: hoitaja
%	%	%	%	%	%	%	%	%
33	36	39	55	53	63	59	56	57
25	35	42	58	55	61	59	58	57
21	32	42	59	57	60	60	54	57
12	19	36	37	45	42	53	39	52
23	25	42	45	55	48	56	44	61
17	28	37	46	49	50	54	52	54
13	28	29	49	41	51	46	47	41
25	31	44	45	53	48	60	44	56
11	25	33	48	43	54	51	53	47

Vuoden 2012 tuloksia on esitetty kaupungeittain taulukossa 2. Kysymyksittäin tarkasteltuna kaupunkien välillä on eroja siinä, kuinka paljon erinomaisia arvosanoja on annettu. Esimerkiksi puhelinyhteyden saamisen terveysasemalle on arvioinut Vantaalla erinomaiseksi vain 11 %, kun taas Espoossa 33 % vastaajista. Arviot lääkärin ammattitaidosta ja vuorovaikutustaidoista vaihtelivat myös. Lääkärin ammattitaidon on arvioinut Kouvolassa erinomaiseksi 37 %, ja Jyväskylässä 59 %. Kouvolassa 42 % antoi lääkärin vuorovaikutustaidoista erinomaisen arvosanan, ja Espoossa vastaava luku oli 63 %.

Kouvolassa, Kuopiossa ja Turussa hoitajan vastaanotolla saatu hoito sai selvästi enemmän erinomaisia arvosanoja kuin lääkärin vastaanotolla saatu hoito. Esimerkiksi Kuopiossa hoitajan vastaanotolla saadun hoidon arvioi erinomaiseksi 61 % vastaajista, kun lääkärillä saadun hoidon arvioi erinomaiseksi 44 %. Muissa kaupungeissa hoito lääkärin ja hoitajan vastaanotolla arvioitiin suunnilleen yhtä hyväksi. Tämä on tärkeä tulos siksi, että vastaanottotyöstä yhä merkittävämmän osuuden - varsinkin isoissa kaupungeissa - tekevät hoitajat itsenäisesti ja tämän aineiston valossa asiakkaat ovat tähän järjestelyyn tyytyväisiä.

Edellä esitetyt tulokset löytyvät [www.palveluvaaka.fi](http://www.palveluvaaka.fi) -portaalista. Palveluvaasta löytyy suurten kaupunkien terveyskeskusten lääkärin ja hoitajien vastaanottojen asiakastytyväisyystulokset myös terveysasemakohtaisesti eroteltuina. Tämä taso palvelee erityisesti kansalaista, joka voi katsoa ja vertailla oman ja muiden terveysasemien asiakastytyväisyystuloksia – ehkä jopa vaihtaa terveysasemaansa näiden tulosten perusteella. Muiden asiakkaiden antamat arviot voivat olla merkittävä tekijä asiakkaan valitessa terveysasemaa, jolla haluaa asioida.

Palveluvaasta löytyy vuoden 2012 asiakastytyväisyyspalvelusten tuloksia myös neuvoloiden vastaanotoilta ja suun terveydenhuollosta. Seuraavan kerran vastaava terveyskeskusten asiakastytyväisyyspalvelus toteutetaan vuonna 2014.

### 3.5 Perusterveydenhuollon päivystys

*Eeva Reissell*

#### Päivystystoiminta on monin tavoin murroksessa

Yhteispäivystyksillä tarkoitetaan päivystyspisteitä, joissa on yleensä erikoissairaanhoidon tiloissa myös ympärivuorokautisesti perusterveydenhuollon vastaanotto. Tällaisia päivystyspisteitä on Manner-Suomessa 27. Seitsemässä sairaanhoitopiirissä ja HUS sairaanhoitoalueilla Helsinkiä lukuun ottamatta kaikkien terveyskeskusten yö- ja viikonloppupäivystys on keskitetty yhteen päivystyspisteeseen. Kuntia näillä alueilla on yhteensä 95. Muissa sairaanhoitopiireissä on aluesairaaloihin tai terveyskeskuksiin hajautettua päivystystoimintaa edelleenkin.

Akuuttilääketiede aloitti 1.1.2013 toiminnan Suomen 50. lääketieteen erikoisalana. Akuuttilääketieteen periaatteella järjestetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys poikkeaa merkittävästi perinteisestä päivystystoiminnasta. Siinä luovutaan erikoisalakohtaisesta jaottelusta ja yleislääketieteestä tulee siten jatkossa kiinteämmin osa muuta päivystystoimintaa. Akuuttilääketieteen osajien rajallinen määrä tulee jatkossa keskittämään päivystystoimintaa entisestään. Toistaiseksi tällaisia todellisia yhteispäivystyksiä on Suomessa vain muutama. Myös ensihoidon järjestämisen muutokset tulevat jatkossa heijastumaan perusterveydenhuollon päivystystoimintaan. Ensihoito siirtyi Terveydenhuoltolain mukaisesti sairaanhoitopiireille 1.1.2013 ja se yhdistetään kiinteämmin muuhun virka-ajan ja laitosten ulkopuoliseen toimintaan. Ensihoito mahdollistaa hoidon viemisen asiakkaan luokse varsinkin harvaan asutuilla seuduilla.

THL selvitti vuonna 2012 kattavasti mm. perusterveydenhuollon päivystysjärjestelyt Suomessa<sup>1</sup>. Keväällä 2013 tiedot päivitettiin ja siirrettiin osaksi THL:n sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutosohjelman (RAMU) järjestämistietokantaa. Tavoitteena on päivittää tiedot vuosittain tietokantaan myös jatkossa, sillä päivystystoiminta on muuttumassa kunnissa nopeasti. Tietojen päivitys on toistaiseksi hoidettu hakemalla tiedot terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien internetsivuilta. Tietosisällön automatisointia suunnitellaan tällä hetkellä.

#### Perusterveydenhuollon päivystyspalvelut keskittyvät edelleen

Virka-ajan ulkopuolinen toiminta on kunnille kallista ja resurssipula, erityisesti lääkäripula, on johtanut päivystysten keskittämiseen joko toisen kunnan kanssa yhteiseksi tai erikoissairaanhoidon toimipisteeseen. Vuoden 2012 aikana suurimmat muutokset koskivat kolmea aluetta, joilla on avattu iso yhteispäivystys. Nämä päivystykset ovat Päijät-Hämeessä Lahdessa, TYKS Vakka-Suomen sairaalan yhteispäivystys (Uusikaupunki) ja Turun alueen yhteispäivystys yliopistollisessa keskussairaalassa. Päijät-Hämeessä muutos koskee Pukkilan, Nastolan ja Orimattilan terveyskeskusten iltavastaanottojen lopettamista. Vakka-Suomen sairaalaan on keskitetty Vehmaan, Uudenkaupungin, Taivassalon

<sup>1</sup> Reissell ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011.

ja Kustavin iltapäivystykset. Turkuun puolestaan on siirtynyt seuraavien terveyskeskusten ilt- ja yöpäivystykset Turun kaupungilta: Tarvasjoki, Lieto, Koski TL, Marttila, Paimio ja Sauvo. Maskussa ja Paraisilla on edelleen omaa iltavastaanottoa päivystyspotilaille, mutta yöaikainen päivystys on siirtynyt Turun kaupungilta TYKS:aan yhteispäivystykseen.

Päivystystä on kuntaliitosten myötä keskitetty Kiteen ja Kesälahden sekä Kuopion ja Nilsiä alueella. Nilsiä ilt- ja yövastaanotto on siirretty Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystykseen. Kiteellä yöpäivystys on siirtynyt Pohjois-Karjalan keskussairaalan yhteispäivystykseen. Inkoon terveyskeskuspäivystys on siirtynyt myös aluesairaalan (Tammisaari/Lohja) yhteispäivystykseen. Parikkalan terveyskeskus on lopettanut ilt- ja yöpäivystyksen, joka sijaitsee vaihdellen Honkaharjun sairaalassa ja Etelä-Karjalan keskussairaalassa Lappeenrannassa. Useat terveyskeskukset ovat vähentäneet iltavastaanottojensa aukioloaikoja 2-4 tuntia (n= 10) ja lopettanut viikonloppuisin tehdyt päivystysvastaanotot. Kaksi terveyskeskusta on lisännyt iltapäivystyksensä aukioloaikaa kahdella tunnilla.

Terveyskeskusten hallinnon alaisuudessa ja erikoissairaanhoidon sairaaloista erillään ympäri vuorokauden päivystäviä päivystyspisteitä on maassamme enää 15 ja näistä suuri osa sijaitsee pohjoisessa ja idässä. Muuten väestön virka-ajan ulkopuoliset yleislääkäritasoiset palvelut saadaan samoissa tiloissa kuin erikoissairanhoidon palvelut. Keskittymistä on tapahtunut pienimuotoisemmin myös terveyskeskusten iltapäivystysten ja viikonloppupäivystysten aukioloaikoja lyhentämällä.

### Päiväaikainen perusterveydenhuollon päivystys

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa<sup>2</sup>. Päivystyshoito ei siis käsitteenä ole sidottu virka-ajan ulkopuoliseen aikaan. Päiväaikainen päivystystoiminta järjestetään perusterveydenhuollon toimipisteissä vaihtelevin tavoin eikä näistä ole kansallisella tasolla tehty kattavia arvioita, sillä virka-aikaisista päivystysjärjestelyistä ei tietoa kerätä. THL selvitysryhmän haastattellessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystyspisteiden toimijoita syksyllä 2011 kävi ilmi, että terveyskeskusten päiväaikainen päivystystoiminnan puutteellinen organisointi johtaa potilaiden turhiin käynteihin sairaalatasoisissa päivystyspalveluissa. Tämän arveltiin haastatteluissa lisäävän yhteispäivystysten kuormittumista ja nostavan terveydenhuollon kustannuksia. THL on vuonna 2013 selvittänyt perusterveydenhuollon päivystysluonteisen palvelun järjestämistä arkisin virka-aikana<sup>3</sup>. Selvityksessä kysyttiin onko

1) Terveyskeskuksissa tai terveysasemilla on päiväaikaan kulloinkin nimetty lääkäri, joka vastaa päivystysluonteisesta palvelusta

vai 2) Päivystysluonteisia aikoja annetaan merkittävässä määrin myös potilaan omalle lääkärille tai häntä aikaisemmin hoitaneelle lääkärille.

Vastauksista selviää, että kolme neljästä Suomen 160:sta terveyskeskuksista on nimenmukaisesti erikseen lääkärin huolehtimaan arkisin päivystysaikaisista potilaista. Pienissä terveyskeskuksissa tällainen nimeäminen tapahtuu merkittävästi useammin kuin suuremman

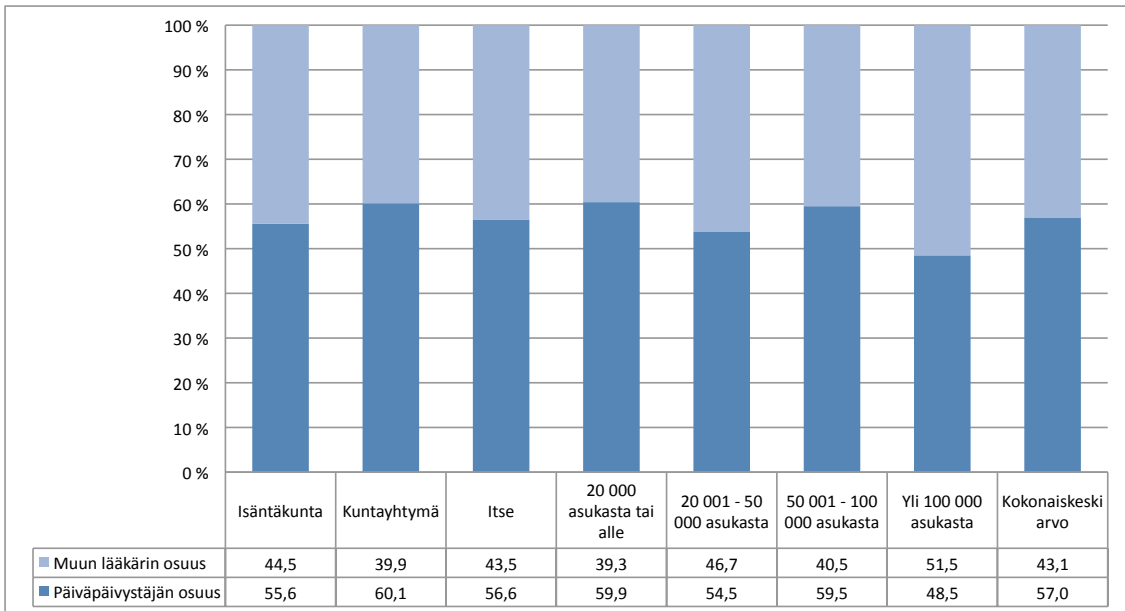
2 Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. STM selvityksiä 2010:4.

3 Rintanen ym. artikkeli kirjoitusvaiheessa, 2014

väestöpohjan terveyskeskuksissa. Terveydenhuollon järjestämismallin mukaan terveyskeskukset eivät tässä suhteessa eroa toisistaan.

Selvityksessä kysyttiin myös päivystysluonteisesti vastaanotettavien potilaiden jakautumista erillisen päiväpäivystäjän ja muiden lääkäreiden kesken. Vastaajia pyydettiin antamaan tästä karkea prosenttiarvio. Arvio saatiin 120 vastaajalta ja arvioiden keskiarvot ovat kuvassa 12. Sillä, miten potilasmäärät jakautuvat päiväpäivystäjän ja muiden lääkäreiden kesken, ei ole suoraviivaista yhteyttä terveyskeskuksen kokoon eikä myöskään palvelujen järjestämismalliin.

**Kuvio 12. Päivystysluonteisen päivävastaanottotyön jakautuminen päiväpäivystäjän ja muiden lääkäreiden kesken (%), vastausten keskiarvot väestöluokkien ja terveydenhuollon järjestämismallin mukaan.**



Niistä terveyskeskuksista, jotka ilmoittivat että heillä on nimetty päiväpäivystäjä, 13:lla päiväpäivystäjä hoiti 100 % päivystyspotilaista ja 22:lla 90 - 99%. Näiden 93 vastaajan joukossa oli kuitenkin myös 22 sellaista terveyskeskusta, jotka ilmoittivat muun lääkärin hoitavan yli puolet päiväaikaista päivystyspotilaista. Keskimäärin päiväpäivystäjän osuus potilaista oli kuitenkin selvästi suurempi kuin muiden lääkäreiden osuus, ks. taulukko 12.

**Taulukko 13. Potilaiden määrien osuus päiväpäivystäjällä ja muulla lääkäriellä erikseen niissä terveyskeskuksissa, joissa myös potilaan oma lääkäri päivystää ja niissä terveyskeskuksissa, joissa on nimetty lääkäri huolehtimaan päivystysluontoisista palveluista**

	Osuus potilaiden määrästä, %, keskimäärin arvio		Terveyskeskusten lukumäärä
	Päiväpäivystäjällä	Muulla lääkäriellä	
Oma lääkäri päivystää	26,1	73,3	93
Päiväpäivystäjä	68,3	31,8	35

Niistä terveyskeskuksista, jotka ilmoittivat että päivystysluonteisia aikoja annetaan merkittävässä määrin myös potilaan omalle tai häntä aiemmin hoitaneelle lääkärielle, yhdeksässä tämä oma lääkäri hoiti kaikki päivystysluonteiset potilaat. Neljästä terveyskeskuksesta ilmoitettiin, että näissäkin tapauksissa päiväpäivystäjä hoitaa yli puolet päivystyspotilaista.

### **Yhteenveto**

Perusterveydenhuollon päivystystoiminnan toimipisteet sijoittuvat entistä useammin samoihin tiloihin erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa. Uusimmissa näissä ns. yhteispäivystyksissä toiminta on organisoitu akuuttilääketieteen periaatteiden mukaisesti ja perusterveydenhuollon lääkärit toimivat osana muuta päivystystiimiä. Tavoitteena tässä toimintamallissa on tehostaa potilaiden hoidon sujuvuutta ja parantaa hoidon laatua. Vaarana muutoksessa on yleislääketieteen toiminnan muutos erikoissairaanhoidon kaltaiseen toimintamalliin, jonka seurauksena kustannukset voivat nousta.

Perusterveydenhuollon päivystyspisteiden keskittyminen aikaisempaa harvalukuisempiin toimipisteisiin jatkuu erityisesti lääkäri työvoiman puutteen ja korkeiden kustannusten vuoksi. Väestön kannalta myös aikaisempaan nähden rajoittuneet aukioloajat ohjaavat potilasvirtoja yhteispäivystyksiin. Tarkkoja tilastotietoja päivystyksellisten hoitojen kattavuudesta tai tarpeesta perusterveydenhuollossa ei ole käytettävissä. Erityisen vähän kansallisella tasolla on aikaisemmin ollut tietoa siitä, miten terveyskeskukset ovat järjestäneet virka-aikaan sijoittuvien päivystyksellisten tapausten hoidon.

### 3.6 Suun terveydenhuolto

*Eeva Widström*

Suun terveydenhuollon palvelujen kehittäminen on nostettu pääministeri Kataisen hallituksen ohjelmassa erityiseksi painopisteeksi terveyskeskusten toiminnan vahvistamisessa. STM:n asettaman suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän äskettäin julkaistussa loppuraportissa painotetaan että suun terveydenhuollon palvelut ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon uutta palvelurakennetta ja että ne ”tulee järjestää yhtäläisesti osana muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa”.

#### Suun hoidon tarve, hoitopalvelujen käyttö ja tarjonta

Edellisen peruspalvelujen tila raportin ilmestymisen (2012) jälkeen on saatu uutta tietoa aikuisväestön suun terveydestä. Terveys 2011 väestötutkimuksen mukaan kliinisesti todettua suun ja hampaiden hoidon tarvetta oli 73 %:lla yli 30-vuotiaista aikuisista, iäkkäämmillä enemmän kuin nuoremmilla ja vähemmän koulutetuilla enemmän kuin korkeasti koulutetuilla. Erityisen paljon hoidon tarvetta oli 41 %:lla miehistä ja 21 %:lla naisista. Hoitamattomat iensairaudet ja proteettista hoitoa vailla olevat purentaa haittaavat aukkoiset hammasrivistöt olivat tutkituilla tavallisia ja aikuisten suut olivat huonommassa kunnossa kuin muissa Pohjoismaissa. Kun hampaattomat ”tekohammasikäluokat” vanhenevat (Kuvio 1) ja suurin osa väestöstä haluaa ja pystyy säilyttämään omat hampaansa, vaativan korjaavan hammashoidon tarve ja kysyntä siirtyvät yhä vanhempiin ikäluokkiin ja hoitoa tarvitsevan aikuisväestön kokonaismäärä kasvaa.

**Taulukko 14. Irrotettavia hammasproteeseja käyttävien suhteellinen osuus (%) ikäluokittain vuosina 2000 ja 2011.**

Vuosi	Ikäluokka				
	30-44	45-54	55-64	65-74	75+
2000	3	26	46	65	77
2011	1	4	27	48	66

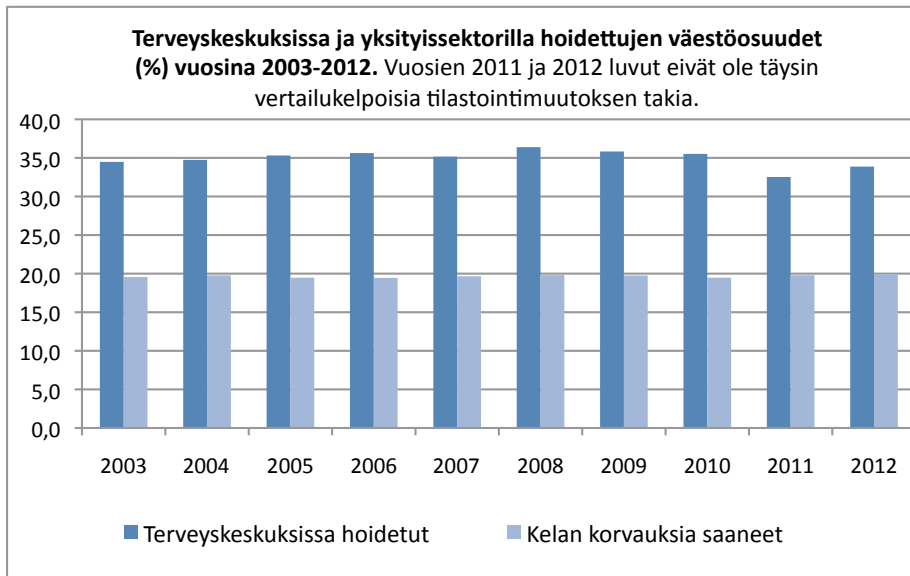
Suurinta suusairauksien hoidon tarve on 50 – 70-vuotiailla. Lasten ja nuorten ja nuorempien keski-ikäisten suut ovat aikaisempaa paremmassa kunnossa.

Vuonna 2010 terveyskeskushammashoidossa kävi noin 1,9 miljoonaa henkilöä, joista noin 773 0000 oli lapsia ja nuoria ja 1 227 000 aikuisia.. Samana vuonna 15 563 alle 20-vuotiaista ja 1 059 000 yli 19-vuotiaista aikuista hankki Kelan korvaamaa hammashoitoa yksityissektorilta. Näin ollen suurin osa alle 18-vuotiaista oli käyttänyt suun terveydenhoitopalveluita. Aikuisväestöstä 26 % oli käyttänyt terveyskeskusten ja 25 % (subventoituja) yksityishammaslääkäripalveluita. Lisäksi arviolta noin 70 000 – 80 000 henkilöä oli käyt-



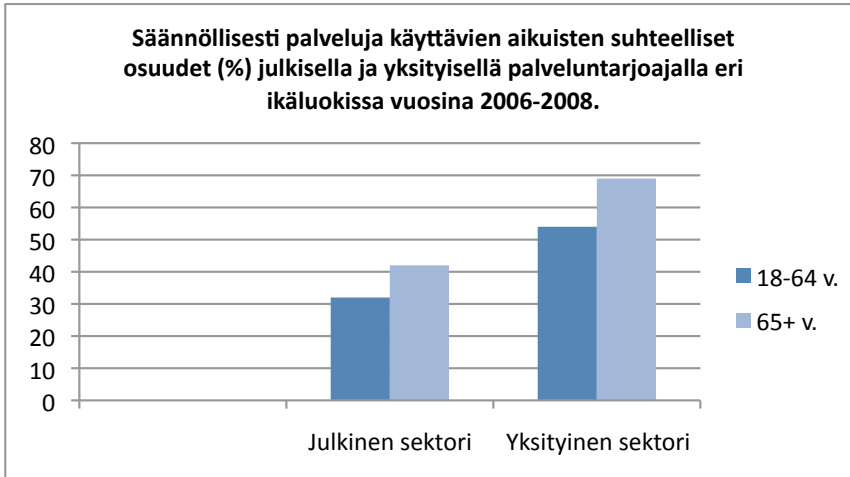
tänyt erikoishammasteknikoitten palveluja. THL:n tilastoinnin muututtua (Avohilmo) uudet tiedot palvelujen käytöstä eivät ole suoraan vertailukelpoisia aikaisempiin tietoihin. Oheisessa kuviossa on käytiluvut korjattu puuttuvien tietojen osalta (Kuvio 13) ja siitä voidaan päätellä, että palvelujen vuosittaisissa käyttäjämäärissä ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosina.

**Kuvio 13. Suun terveydenhuollon peittävyys vuosina 2003–2012**



Vuosittaisia tilastotietoja hammashoitopalvelujen käytöstä täydentää äskettäin julkaistu ensimmäinen pitkittäiselvitys, joka osoitti että pitemmällä aikavälillä lähes puolet aikuisista oli terveyskeskus- ja noin kolmannes yksityisten palvelujen käyttäjiä. Yksityissektorilla käytiin useimmiten säännöllisesti vuosittain tai joka toinen vuosi niin kuin kansainvälisesti suositellaan. Hoitoon kutsuminen on yksityissektorilla yleinen tapa ja asiakkaat kokevat sen hyväksi palveluksi. Terveyskeskuksissa kaikki lapset ja nuoret ovat säännöllisen, yksilölliseksi räätälöidyn kutsujärjestelmän piirissä, mutta aikuisten hammashoito on epäsäännöllistä ja usein päivystysluontoista (Kuvio 14).

**Kuvio 14. Säännöllisesti palveluja käyttävien aikuisten suhteelliset osuudet (%) julkisella ja yksityisellä palveluntarjoajalla eri ikäluokissa vuosina 2006–2008.**



Hammaslääkäriliiton mukaan vuonna 2012 työelämässä oli 4 325 liittoon kuuluvaa ja lisäksi noin 200-300 liittoon kuulumatonta hammaslääkärää. Terveyskeskuksissa päätoimisina työskenteli 2081 hammaslääkärää ja yksityissektorilla 1842. Kummallakin sektorilla toimi myös 1000 suuhygienistiä ja lisäksi hammashoitajia. Hammaslääkäreistä 78 % ja suuhygienisteistä ja hammashoitajista 99 % oli naisia. Hammaslääkäriliiton mukaan noin puolet hammaslääkäreistä (44 %) toimi kuntasektorilla, 38 % yksityissektorilla, 9 % yliopistoissa, sairaaloissa ja muissa tehtävissä. Lisäksi 9 % ei toiminut hammaslääkäreinä tai päätoimesta ei ollut tietoa. Lisäksi yksityissektorilla toimii noin 250 erikoishammasteknikkoa, jotka valmistavat ja korjaavat kokoproteeseja hampaattomille henkilöille. Yhtä työssä olevaa hammaslääkärää kohden oli noin 1330 asukasta, eniten pohjoismaissa. Hoitosuhdetta vertailtaessa täytyy ottaa huomioon että meillä on vielä suuri määrä kliinistä työtä tekeviä erikoishammasteknikoita, joita naapurimaissa ei enää ole, ja väestöstä on kokonaan tai suurelta osin hampaattomia (palveluita harvoin käyttäviä) naapurimaita huomattavasti suuremmat määrät.

Vähintään yksi hammaslääkärivakanssi oli täyttämättä 85 terveyskeskuksessa vuonna 2012 ja keväällä 2013 tällaisia terveyskeskuksia oli 89. Kaikki vakanssit olivat täynnä vain 40 %:ssa terveyskeskuksia. Jonoja suun terveydenhoitoon oli puolessa terveyskeskuksia (51 %) yhteensä noin 61 600 henkilöä. Yli puoli vuotta hoitoon pääsyä jonottaneita heistä oli 13 %. Lukumääräisesti eniten pitkään jonottaneita oli Helsingin- ja Uudenmaan ja väestöön suhteutettuna eniten Kainuun, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla. Jonottaneiden määrät ovat pieniä hoitoa saaneiden määriin suhteutettuina, mutta luvut kertovat paikallisista ongelmista.

Hammaslääkäriliiton mukaan vuonna 2012 oli vain 21 työtöntä hammaslääkärää, joten hammaslääkärin työllisyystilanne on hyvä. Yksityissektorilla on jonkin verran vapaata kapasiteettia, jota on pyritty hyödyntämään mm ostopalveluilla, mutta kysyntä ja tarjonta

eivät välttämättä kohtaa alueellisesti. Seuraavien viiden vuoden aikana 470 työssä olevaa hammaslääkärää täyttää 65 vuotta. Alan opiskelijoiden sisään otto on ollut noin 106 ja heistä on valmistunut runsas 90 vuodessa. Ulkomailta on tullut muutama hammaslääkäri vuodessa. Suuhygienistien koulutusmäärät on kaksinkertaistettu viimeisten kymmenen vuoden aikana (62 -128). Nuoremman aikuisväestön suun terveydentilan koko ajan kohentuessa suuhygienistien määrän nostaminen vielä jatkossakin suhteessa hammaslääkärien määrään esim. Hollannin ja Tanskan mallien mukaisesti on sekä hoidon sisällön näkökulmasta että taloudellisesti tarkoituksenmukaista. Myös erikoishammasteknikoitten osaaminen tulee voida hyödyntää niin kauan kuin meillä vielä on paljon hampaita menettäneitä ikäluokkia. Monissa EU-maissa hammaslääkäreistä on ylitarjontaa.

### Hoidon laatu ja vaikuttavuus

Kiireelliset hammashoitopalvelut ovat merkittävästi parantuneet. Kyselytutkimuksen mukaan aikuisia ei terveyskeskuksissa kuitenkaan kutsuta hoitoon niin kuin lapsia ja aikuispotilaita yksityissektorilla resurssipulan takia, vaikka siellä hoidossa käyvät yksityissektorin asiakkaita keskimäärin vähemmän koulutetut, pienempituloiset ja huonompihampaiset aikuiset olisivat tiheämpien tarkastusten ja säännöllisemmän hoidon tarpeessa. Terveysdenhuollon monikanavaista rahoitusta voidaan pitää osasyynä epätarkoituksenmukaiseen hoidon kohdentumiseen. Kunnat voivat ”säästää” jos hoitoa pitkään jonotta- neet hakeutuvat yksityissektorille.

Käytännössä mahdollisuus yksityisten palvelujen käyttöön on yhä vielä kiinni potilaan maksukyvyistä erityisesti iäkkäällä väestöllä. Syynä lienee myös aikuishoidon osaamisen puute, kun monissa terveyskeskuksissa hoidettiin pitkään vain nuorinta väestöä. Myös erikoishammaslääkäreitten osuus työvoimasta on pienempi terveyskeskuksissa (11 %) kuin yksityissektorilla (20 %). Yksityissektorilla kelakorvaukset tukevat vuosittaisia käyntejä, vaikka terveysnäkökulmasta monelle riittäisi harvempi käyntiväli.

Toinen huolestuttava piirre suun terveydenhuollossa on aikuisten hammashoidon paikkausvaltaisuus, mikä näkyy mm jatkuvana muovipaikkojen uusimisena. Terveyskeskuksissa puolet kaikista hoitotoimenpiteistä liittyy hampaiden paikkaukseen. Näin ei ole naapurimaissa. Hoitotilanteessa paikan korjaus saattaa vaikuttaa edulliselta toimenpiteeltä proteettiseen kruunuun verrattuna, mutta pitkällä tähtäimellä jatkuva paikkaaminen on kallista ja aikaa vievää. Hoitotakuu saattaa myös osaltaan vaikuttaa tällaiseen epätarkoituksenmukaiseen käytäntöön. Vaikka ilmiö on ollut tiedossa vuosia, terveyskeskusten potilasmaksuihin ja Kelan korvauskäytäntöihin ei ole tehty muutoksia eikä myöskään terveyskeskushammaslääkäreiden toimintaa voimakkaasti ohjaaviin toimenpidepalkkioihin!

Myös eri henkilöstöryhmien työnjaossa on huomattavasti parantamisen varaa aikuisten hoidossa. Epidemiologisten tutkimusten antama viesti aikuisten hoitamattomista iensairauksista yhdessä THL:n käynnissä olevan selvityksen tulosten kanssa osoittaa, että hammaslääkärit tekevät vähän näitä hoitoja. Alan erikoisosaajien – suuhygienistien - työpanosta tulisi suunnata enemmän myös aikuisväestöön.

Terveyskeskushammashoidon johtaminen kangertele. Kaikille terveyskeskusten johtaville hammaslääkäreille tehty kyselytutkimus osoitti että suurin osa johtavista hammas-

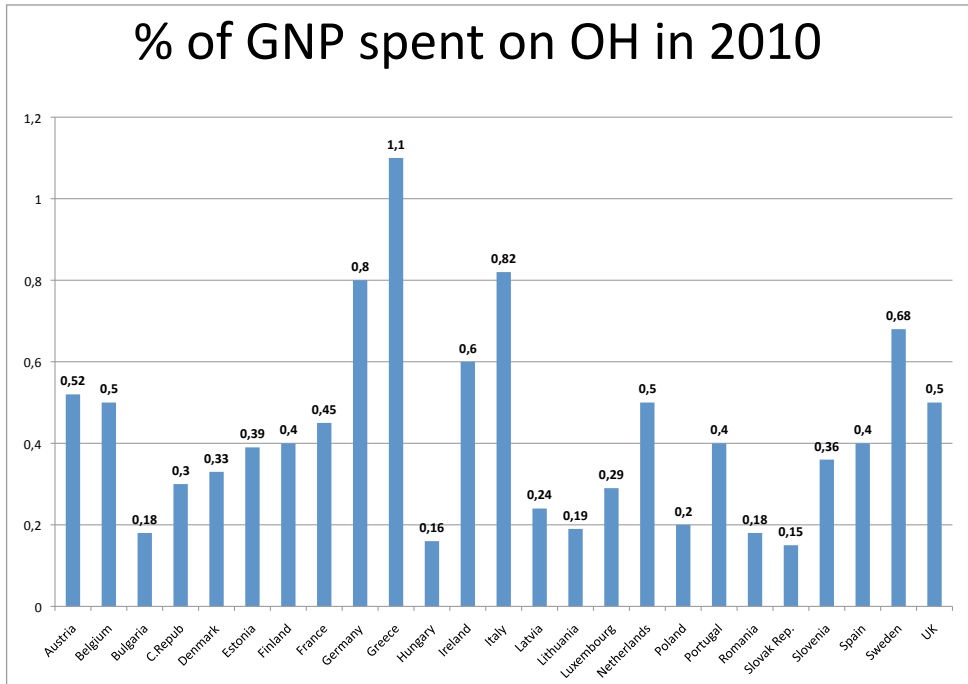
lääkäreistä ei ole hakenut tehtävää omasta halustaan ja he ovat työssään yksin. Johtaminen on suurimpia terveystalouksia lukuun ottamatta osa-aikatyö kliinisen työn rinnalla, eikä se ole johtajalle taloudellisesti kannattavaa (potilastyön toimenpidepalkkiot jäävät saamatta). Johtamisesta puuttuu ”leadership-näkökulma”, mikä näkyy jäykässä toimintakulttuurissa ja vaikeuksissa muokata hoitojärjestelmää paremmin vastaamaan potilaiden tarpeita. Yksityiskohtana mainittakoon terveystalouksien työajat, jotka ovat useimmissa terveystalouksissa vieläkin peräisin kouluhammashoidon vuosilta. Naapurimaiden mallin mukaiset aukioloajat sopisivat potilaille paremmin. Pienissä toimintayksiköissä joustaminen luonnollisesti on vaikeaa ja sote-uudistuksen yhteydessä on mahdollista tehdä korjauksia moniin epätarkoituksenmukaisiin käytäntöihin, joita STM:n äskettäin julkaisema Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämisraportti nostaa esille. Myös hammashoitohenkilökunnan palkkausjärjestelyillä, potilasmaksuilla ja kelakorvauksilla on suun terveydenhuollon toimintaa mahdollisuus jossain määrin ohjata. Valtiovallan ohjaus on ollut heikkoa ja suun terveydenhuollon valvonnassa painottuu jonoseuranta muiden tärkeiden asioiden kustannuksella.

### Kustannukset, rahoitus ja tuottavuus

Vuonna 2011 suun terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat 1023 miljoonaa euroa, 6,0 % kaikista terveydenhuollon menoista. Terveystalouksien hammashoidon menojen osuus oli 356 miljoonaa euroa (noin 35 %). Suun terveydenhuollon yksityisen palvelutuotannon menojen osuus kokonaiskustannuksista oli 568 miljoonaa euroa eli 55,0 %. Yksityisen hammashuollon menoihin ei ole sisällytetty hammasprotetiikkaa (hammasteknisten laboratorioitten tekemät työt: kruunut, sillat, irtoproteesit ja oikomislaitteet ja erikoishammasteknikoiden tekemät kokoproteesit ym.), noin 85 miljoonaa euroa. Nämä kustannukset ovat pääosin potilaiden itsensä maksettavia. Terveystalouksissa tehtävän suun terveydenhuollon menot olivat nousseet 2,6 % ja yksityisen sektorin menot 11,5 % edellisvuodesta. Asukaskohtaiset menot suun terveydenhuollossa olivat 190 €, josta 66,5 € koostui terveystalouksien hoidoista, 106 € yksityissektorin hoidoista ja 6,4 € muusta suun terveydenhuollosta (21). Pohjoismaisessa ja EU jäsenmaita koskevassa tarkastelussa maamme hammashoitokustannukset sijoittuvat Läntisen Euroopan alempaan kolmannekseen (Kuvio 15).

Valtio ja kunnat rahoittivat terveystalouksien hammashoidon menoista 71 % ja kotitaloudet 29 %. Rahoitusosuudet olivat pysyneet samalla tasolla kuin aikaisempina vuosina. Yksityisestä suun terveydenhuollosta kotitaloudet rahoittivat 70 %, Kela 21,8 %, valtio ja kunnat 6,6 % ja avustuskassat 1,6 %.

**Kuvio 15. Suun terveydenhuoltoon käytetty osuus (%) bruttokansantuotteesta EU-maissa vuonna 2010. (EU-SILC data)**



Kotitalouksien terveydenhoitomenoista viidennes (18,5 %) aiheutui suun terveydenhuollosta vuonna 2011. Näiden menojen osuus kasvoi noin 5 % -yksikköä vuodesta 2005. Julkisen rahoituksen menoissa suun terveydenhuollon osuus kasvoi vastaavalla jaksolla 0,3 % -yksikköä. Samaan aikaan yksityisen hammashuollon osuus rahoittajien menoista kasvoi 18 prosenttia, vaikka yksityisellä sektorilla työskentelevien hammaslääkäreiden ja Kelan korvaamien toimenpiteiden määrät olivat vastaavalla jaksolla pysyneet ennallaan tai jopa vähentyneet.

Suun terveydenhuollon tuottavuus on laskenut: julkisella sektorilla potilaskohtainen kustannus on kymmenessä vuodessa noussut 59 % ja yksityissektorilla 43 %. Vuonna 2011 tuhannella eurolla hoidettiin keskimäärin 3,7 potilasta, kun vuonna 2010 vastaavalla resurssilla (hintojen muutos otettuna huomioon) hoidettiin 5,9 potilasta. Osa muutoksesta johtuu vaativien palvelujen käyttäjäkunnan ikääntymisestä. Uusimpien tutkimustulosten mukaan yksityishammaslääkärit arvioivat tekemänsä hoitotoimenpiteet systemaattisesti vaativammiksi ja kalliimmiksi kuin terveystakeskushammaslääkärit, millä luonnollisesti on merkitystä esim. ostopalveluja käytettäessä.

Vuonna 2011 terveystakeskuksiin tehtiin 2,7 käyntiä potilasta kohti (lapset mukana!), joista 2,0 hammaslääkäreille, 0,5 suuhygienisteille ja 0,2 hammashoitajille. Hammaslääkärikäyntien osuus on suuri ja kertoo ongelmista työnjaon toteuttamisessa. Tämä on osaltaan yhdessä olemassa oleviin vakansseihin, jolloin olemassa oleva henkilöstörakenne voi toimia esteenä optimaaliselle työnjaolle. Käynnin hinta hammaslääkärillä huomioimatta sivuku-

luja oli noin 55 € ja suuhygienistillä 36 €, joten työnjako ei ole merkityksetön asia. Kelan korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon asiakaskohtainen nettomeno oli 373 €. Sektoreja verrattaessa täytyy muistaa että terveyskeskusten menoissa lasten ja nuorten osuutta ei pystytä erottelemaan kustannuksista.

## Yhteenveto

Vuosien 2001 – 2002 hammashoitouudistus, jossa aikuisten terveyskeskuspalvelujen ja kelakorvausten saantia yksityissektorilla rajoittaneet ikäraajat poistettiin ja melkein puolet aikuisväestöstä tuli yhteiskunnan korvaaman hammashoidon piiriin, on parantanut aikuisten hammashoitopalvelujen saatavuutta. Kuitenkaan suun terveydenhuollossa ei näytä väestötasolla vielä toteutuvan tarpeeseen perustuva hoito. Terveyskeskuksissa käy vuosittain vain neljäsosaa aikuisväestöstä ja yksityisessä hammashuollossa kolmasosa, vaikka kolmella neljästä aikuisesta on väestötutkimusten mukaan lääketieteellinen peruste hoitoon. Pitkittäistutkimuksen mukaan terveyskeskuspalvelujen piirissä on aikuisväestön enemmistö. Terveyskeskuksissa hoidetaan säännöllisesti ja järjestelmällisesti lapset ja nuoret ja yksityisessä hammashuollossa maksukykyiset aikuiset ja eläkeläiset, mutta muut aikuiset ja iäkkäät saavat hoitoa epäsäännöllisesti tai eivät saa sitä lainkaan.

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmä aiheuttaa ongelmia tuottamalla toimijoille epätarkoituksenmukaisia kannustimia kuten esim. mahdollisuuden kustannuksien siirtämiseen. Osaoptimoinnin mahdollisuus aiheuttaa tehottomuutta ja epäoikeudenmukaisuutta ja järjestelmä suosii hyvätuloisia.

Suun terveydenhuollossa kustannustaso on jatkanut reaalista nousuaan, mutta asukasmäärään suhteutetut nettomenot jatkoivat vuodesta 2009 alkanutta laskua, mikä on luonnollista, kun terveyskeskuksissa hoidettujen potilaiden määrä on vähentynyt huippuvuodesta 2008 lähtien ja maan asukasluku on kasvanut. Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa asiakaskohtaiset nettomenot ovat nousseet, mutta nousu on ollut hitaampaa kuin yksityisessä hammashuollossa. Kustannuskierteen syynä on pidetty pulaa hammaslääkäreistä, eikä keskustelussa ole otettu huomioon esim. työnjaon tehostamismahdollisuuksia. Erikoishammaslääkärikoulutuksen lisäämistarpeesta vallitsee kuitenkin laaja yhteisymmärrys.

Yksityiselle sektorille näyttä juurikaan muodostuneen hintatasoa laskevaa kilpailua, vaan päinvastoin, hammashuollon palvelujen kuluttajahinnat nousevat yleistä kuluttajahintatasoa nopeammin, esimerkiksi kahden viime vuoden aikana 11,8 % vs. 6,3 %. On monista tutkimuksista tunnettu tosiasia että potilaat eivät helposti vaihda hoitavaa hammaslääkärinä, mikä on omiaan heikentämään rationaalisen hintakilpailun syntyä.

Seuraavat 20 vuotta vanhemman väestön ja erityisryhmien hammashoidon järjestäminen tulee olemaan maassamme haastavaa ja kustannuksia aiheuttavaa. Nuoremman väestön hoidon tarve vähenee, vaikka laatutietoisuus ryhmässä kasvaakin. Itä-Euroopan suunnasta tulevien maahanmuuttajien määrällä on myös merkitystä hammashoitopalvelujen tarpeeseen, koska suun terveys on väestöllä siellä yleisesti ottaen huomattavasti huonompi kuin muualla Euroopassa.

### 3.7 Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut

*Tuovi Hakulinen-Viitanen, Kirsi Wiss, Vesa Saaristo, Marjut Frantsi-Lankia, Kaisa Mölläri*

#### Saatavuus

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut ovat osa lapsiperheiden ehkäiseviä palveluja. Kunnan on järjestettävä terveydenhuoltolain (1326/2010) ja valtioneuvoston neuvolatoiminnalle antaman asetuksen (338/2011) mukaiset raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut. Nämä palvelut on tuotettava asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti kustannusvaikuttavalla tavalla sekä nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä vastuussa olevat tahot. Kuntien on myös sovittava palvelut yhteen toimivaksi kokonaisuudeksi ja seurattava lasten ja muiden väestöryhmien terveydentilaa. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) tuli voimaan 1.7.2009 lukuun ottamatta määräaikaista terveystarkastuksia koskevaa siirtymäaikaa vuoteen 2011 asti. Edellä mainittu asetus annettiin uudelleen terveydenhuoltolain perusteella (338/2011).

Lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäistä lasta kasvattavat perheet käyttävät neuvolapalveluja. Vuonna 2012 Suomessa syntyi 59 493 lasta eli 498 vähemmän kuin edellisellä vuonna (SVT 2013), joten äitiysneuvolassa asioi vuosittain noin 60 000 raskaana olevaa sekä heidän puolisonsa. Syntymärekisterin mukaan 0,2–0,3 prosenttia raskaana olevista ei käytä äitiysneuvolapalveluja (THL 2012). Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaan jokaiselle lapselle tarjotaan vähintään 15 määräaikaista terveystarkastusta ennen lapsen kouluikää. Tämä tarkoittaa lähes 900 000 määräaikaista terveystarkastusta. AvoHILMO:n vuoden 2012 tietojen mukaan lastenneuvolakäyntejä oli yhteensä yli 1,2 miljoonaa, johon sisältynee muun muassa seurantakäynnit (Raportit/avohilmo). Lastenneuvolassa asioi vuosittain noin 420 000 lasta ja arviolta noin 600 000 vanhempaa. Rokotustilastojen mukaan arvioitu lastenneuvolapalveluja käyttämättömien osuus on 0,5 prosenttia (Leino ym. 2007).

#### Laatu

##### Yhtenäinen toimintaohjelma

Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaan kunnan on tehtävä toimintaohjelma, jossa kuvataan kattavasti kyseisen palvelusektorin toiminta. Toimintaohjelmalla tarkoitetaan kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen hyväksymää yhtenäistä asiakirjaa, jossa kuvataan neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut, hallintokuntien välinen, moniammatillinen ja monialainen yhteistyö. Siinä kuvataan myös yksilön ja perheen osallisuuden ja kehitysympäristöjen huomioon ottamisen tavat. Toimintaohjelman tavoitteena on muun muassa yhdenmukaistaa toimintakäytännöt terveyskeskuksen alueella.

Selvitettäessä vuonna 2010 kuntien valmiutta asetuksen (380/2009) toimeenpanoon vain puolet vastanneista terveyskeskuksista (n=151–155) oli laatinut neuvolatyölle yhtenäisen

toimintaohjelman yhteistyössä eri toimijoiden kanssa (Ståhl & Saaristo 2011). Vuonna 2012 yhtenäisen toimintaohjelman neuvolatyölle oli tehnyt 81 % (n=151) terveyskeskuksista (Wiss ym. 2012). Vuosien 2011 - 2012 valvonnallisena interventiona aluehallintovirastot pyysivät terveyskeskuksia toimittamaan yhtenäiset toimintaohjelmat aluehallintovirastoihin. Vuoden 2012 loppuun mennessä toimintaohjelma puuttui edelleen noin 20 terveyskeskukselta. Osa toimintaohjelmista ei myöskään täyttänyt yhtenäisen toimintaohjelman tarkoitusta ja niiden sisällöt olivat hyvin vaihtelevia.

### Määräaikaiset terveystarkastukset

Asetus varmistaa, että lasta odottavien naisten ja heidän perheidensä sekä alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä terveystarkastukset ja niihin sisältyvä terveysneuvonta ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden sekä perheiden tarpeet huomiioon ottavia. Asetuksessa on säädetty myös erityisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja tuen kohdentamisesta sitä tarvitseville kuten myös palveluja käyttämättömien tuen tarpeen selvittämisestä. Huolellisesti toteutetuissa määräaikaisissa terveystarkastuksissa neuvolan terveydenhoitajilla on hyvät mahdollisuudet yksilön ja perheen voimavarojen tunnistamiseen ja tuen kohdentamiseen sitä tarvitseville (Poutiainen ym. 2013).

Asetuksessa säädettiin äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten osalta yhdestä laajasta terveystarkastuksesta, mutta ei muista terveystarkastuksista. Asetuksen laatimisen aikoihin oli tiedossa, että äitiysneuvolan valtakunnalliset suositukset muun muassa määräaikaisista terveystarkastuksista tullaan uusimaan lähivuosina (ks. Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Edelliset äitiysneuvolan suositukset olivat vuodelta 1999 (Viisainen 1999).

Kuntien vuoden 2010 suunnitelmien mukaan 53 prosenttia terveyskeskuksista oli suunnitellut järjestävänsä terveydenhoitajien tekemät terveystarkastukset ensisynnyttäjille suosituksen mukaisesti ja 92 prosenttia uudelleensynnyttäjille (Saaristo & Ståhl 2011). Vuonna 2012 vastaavat osuudet olivat 56 ja 94 (taulukko 15). Vastaavasti 76 prosenttia (ei muutosta vuoteen 2010 verrattuna) terveyskeskuksista suunnitteli järjestävänsä lääkärintarkastukset suositusten mukaisesti ensisynnyttäjille ja 79 prosenttia (71 % vuonna 2010) uudelleensynnyttäjille. (Terveydenedistämiskäytännöt perusterveydenhuollossa 2012 –tiedonkeruu, ks. Wiss ym. 2012).



**Taulukko 15. Terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin tekemien äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten lukumäärä kuntien vuoden 2012 suunnitelmassa/toimintaohjelmassa. Valtakunnallinen suositus ja sen täyttäneiden terveyskeskusten osuus (%) sekä tarkastusten lukumäärän keskiluku, neljännespisteet (kvartiiliväli, jonka väliin jää puolet terveyskeskuksista) ja vaihteluväli.**

	Valtakunnallinen suositus (Viisainen 1999)	Suosituksen täyttäneiden osuus, %	Keskiluku	Kvartiiliväli, jonka väliin jää puolet terveyskeskuksista	Vaihteluväli	N
Terveydenhoitajan tai kättilön terveystarkastukset vuoden 2012 suunnitelman mukaan						
Ensisynnyttäjälle	13	57	13	12–15	1–18	140
Uudelleensynnyttäjälle	9	94	12	10–14	1–18	139
Lääkärin terveystarkastukset vuoden 2012 suunnitelman mukaan						
Ensisynnyttäjälle	3	76	3	3–4	1–5	140
Uudelleensynnyttäjälle	3	73	3	2–4	0–5	139

Asetuksen mukaan lastenneuvolassa tulee järjestää vuodesta 2011 alkaen vähintään 15 määräaikaista terveystarkastusta siten, että niistä yhdeksän järjestetään imeväisikäisille ja kuusi lapsen ensimmäisen ikävuoden jälkeen. Lääkärintarkastuksia, jotka sisältyvät näihin käyntimääriin, järjestetään lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana kolme ja leikki-iässä kaksi. Terveystarkastuskäyntien määriin ei ole tehty muutoksia verrattuna lastenneuvolan suosituksiin vuodelta 2004 (STM 2004).

Kuntien vuoden 2012 suunnitelmissa (taulukko 16) lastenneuvolan terveydenhoitajan tekemien määräaikaisten terveystarkastusten lukumäärät olivat 77 prosentissa terveyskeskuksia asetuksen edellyttämällä tasolla imeväisikäisille (69 % vuoden 2010 suunnitelmassa) ja 92 prosentissa leikki-ikäisille (91 % vuoden 2010 suunnitelmassa). Terveyskeskuksista 65 prosenttia suunnitteli toteuttavansa vuonna 2010 lääkärintarkastukset asetuksen mukaisesti imeväisikäisille ja 92 prosenttia leikki-ikäisille. (Ståhl & Saaristo 2011.) Vastaavat osuudet olivat 86 ja 94 prosenttia vuonna 2012 (Wiss ym. 2012).

**Taulukko 16. Terveydenhoitajan ja lääkärin tekemien lastenneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten lukumäärä kuntien vuoden 2012 suunnitelmassa/toimintaohjelmassa. Asetuksen säännös ja sen täyttäneiden terveyskeskusten osuus (%) sekä tarkastusten lukumäärän keskiluku, neljännespisteet (kvartiiliväli, jonka väliin jää puolet terveyskeskuksista) ja vaihteluväli.**

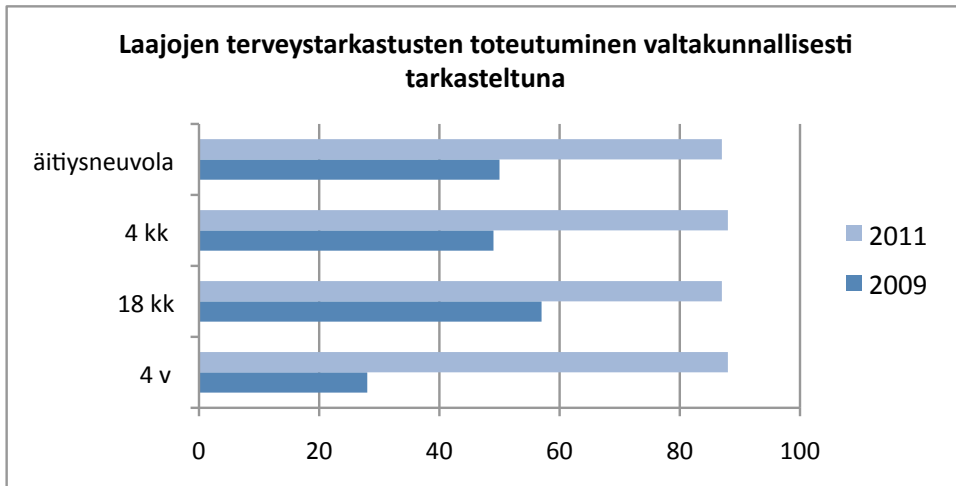
	Asetuksen säännös	Asetuksen veloitteen täyttäneiden osuus, %	Keskiluku	Kvartiiliväli, jonka väliin jää puolet terveyskeskuksista	Vaihteluväli	N
Terveydenhoitajan terveystarkastukset vuoden 2012 suunnitelman mukaan						
Ensimmäisen ikävuoden aikana	9	77	9	9–10	4–18	142
1–6 vuoden iässä	6	92	6	6–7	2–16	141
Lääkärin terveystarkastukset vuoden 2012 suunnitelman mukaan						
Ensimmäisen ikävuoden aikana	3	85	3	3–3	1–4	141
1–6 vuoden iässä	2	94	2	2–2	0–5	139

Osasta äitiys- ja lastenneuvolan määräaikaaisista terveystarkastuksista kehitettiin niin sanottu laaja terveystarkastus, jossa arvioidaan koko perheen terveyttä ja hyvinvointia (VNA 338/2011).

Äitiysneuvolassa on järjestettävä lasta odottavalle perheelle yksi laaja terveystarkastus ja lastenneuvolassa yhteensä kolme lapsen ollessa neljän kuukauden, 18 kuukauden ja neljän vuoden ikäinen. Laajaan terveystarkastukseen kutsutaan molemmat vanhemmat ja sen tekevät sekä terveydenhoitaja että lääkäri yhteistyössä joko samalla käynnillä tai erillisinä käynteinä. Kuntien on täytynyt järjestää laajat terveystarkastukset asetuksen mukaisesti vuodesta 2011 lähtien. Laajoja terveystarkastuksia ei ole aiemmin tehty äitiys- ja lastenneuvolassa asetuksen säätämässä laajuudessa.

Vuonna 2009, jolloin asetuksen velvoitteet eivät vielä olleet voimassa laajojen terveystarkastusten osalta, äitiys- ja lastenneuvolassa tehtiin keskimäärin kaksi laajaa terveystarkastusta asetuksen edellyttämän neljän (yksi äitiysneuvolassa ja kolme lastenneuvolassa) asemesta (Ståhl & Saaristo 2011). Vuonna 2011 (Wiss ym. 2012) laajoja terveystarkastuksia tarjottiin useimmissa terveyskeskuksissa asetuksen edellyttämät neljä terveystarkastusta, joten määrällisesti tarkasteltuna niiden toteutuminen oli tuolloin hyvää tasoa. (Kuvio 16.)

**Kuvio 16. Laajojen terveystarkastusten toteutuminen asetuksen mukaisina ajankohtina vuosina 2009 ja 2011. Lähteet: 2009: Ståhl & Saaristo 2011 ja 2011: Wiss ym. 2012.**



Koko perheen ja vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin arvioinnin keskeiset aihepiirit määriteltiin ensi kertaa laajojen terveystarkastusten ohjeistuksessa (Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Näistä syistä vuoden 2010 (Ståhl & Saaristo 2011) ja 2012 (Wiss ym. 2012) tiedonkeruissa ei selvitetty laajojen terveystarkastusten keskeisiä sisältöjä yksityiskohtaisesti. Vuonna 2012 toteutetussa kyselyssä (Hakulinen-Viitanen ym. 2014) selvitettiin laajojen terveystarkastusten keskeisiä sisältöjä ja muuta järjestämistä monipuolisesti. Perheen hyvinvoinnin arvion keskeiset sisällöt toteutuivat äitiys- ja lastenneuvolassa hyvin (kuvio 17).

**Kuvio 17. Laajojen terveystarkastusten keskeisten sisältöjen toteutuminen asetuksen mukaisina ajankohtina äitiys- ja lastenneuvolassa. Terveyskeskusten (N=150) osuudet (%).**

Lähde: Hakulinen-Viitanen ym. 2014.



Vuoden 2012 selvityksen (Hakulinen-Viitanen ym. 2014) mukaan terveyskeskuksista 60 % ilmoitti, että yli puolet molemmista vanhemmista osallistuu äitiys- ja lastenneuvolan laajoihin terveystarkastuksiin. Lapsen molemmat vanhemmat osallistuvat erityisesti lasta odottavan perheen laajaan terveystarkastukseen.

### Henkilöstömitoitukset

Säännösten mukaisten laadukkaiden palvelujen edellytyksenä ovat riittävät henkilöstövoimavarat. Sekä äitiys- että lastenneuvolan henkilöstömitoituksista on olemassa kansalliset suositukset. Kumottu, mutta yleisesti käytetty, suositus (LH 1988) terveydenhoitajien mitoituksesta äitiysneuvolassa on 80 synnytystä/henkilötyövuotta (htv) ja lääkäreiden 800 synnytystä/htv. Suositus lastenneuvolan terveydenhoitajien mitoituksesta on 340–400 lasta/htv ja lääkäreiden 2 400–2 800 lasta/htv (STM 2004). Vuonna 2011 (taulukko 17) äitiysneuvolassa toimivien terveydenhoitajien henkilöstömitoitus oli suositusten

mukainen 57 prosentissa ja lääkäreiden 63 prosentissa terveyskeskuksia (Wiss ym. 2012). Vuonna 2009 vastaavat osuudet olivat 52 prosenttia ja 55 prosenttia (Ståhl & Saaristo 2011). Vuonna 2011 lastenneuvolassa toimivien terveydenhoitajien mitoitustaso oli 34 prosentissa terveyskeskuksia suosituksen mukainen ja lääkäreiden 20 prosentissa (Wiss ym. 2012). Vuonna 2009 nämä osuudet olivat vastaavasti 28 % ja 15 % (Ståhl & Saaristo 2011).

**Taulukko 17. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien ja lääkäreiden henkilöstömitoitustaso vuonna 2011. Kansallinen suositus ja sen täyttäneiden terveyskeskusten osuus (%) sekä henkilöstömitoituksen keskiluku ja kvartiiliväli, jonka väliin sijoittuu puolet terveyskeskuksista.**

	Valtakunnallinen suositus	Valtakunnallisen suosituksen täyttäneiden osuus, %	Keskiluku	Kvartiiliväli, jonka väliin jää puolet terveyskeskuksista	N
<b>Terveydenhoitajan henkilöstömitoitustaso</b>					
Äitiysneuvola	80 synnytystä/htv	58	77	62–90	149
Lastenneuvola	3400–6-vuotiasta/htv	34	371	314–420	150
<b>Lääkärin henkilöstömitoitustaso</b>					
Äitiysneuvola	800 synnytystä/htv	62	695	468–937	141
Lastenneuvola	2400 0–6-vuotiasta/htv	20	3163	2599–4550	144

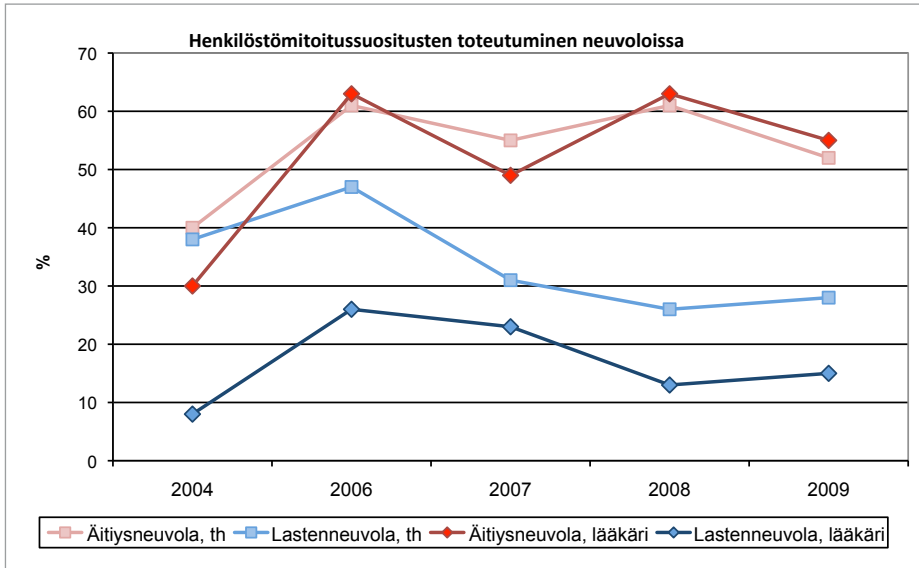
Tulosten mukaan äitiysneuvolan henkilöstömitoitustaso täytti mitoitussuosituksen useammin kuin lastenneuvolassa. Henkilöstömitoitustaso oli yhteydessä terveyskeskukseen väestöpohjaan siten, että pienissä terveyskeskuksissa mitoitustaso oli keskimäärin parempi. Alueelliset erot olivat kuitenkin pieniä. (Taulukko 18.)

**Taulukko 18. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien ja lääkäreiden henkilöstömitoituksen keskiluku vuonna 2011 terveyskeskuksen väestömäärän ja alueen mukaan.**

	Äitiysneuvola		Lastenneuvola		N	
	Th	Lääkäri	Th	Lääkäri	Th	Lääkäri
Suositus	80	800	340	2 400		
Koko aineisto	77	695	371	3163	149–150	141–144
<b>Väestömäärä</b>						
Alle 5 000	56	461	297	2921	20–21	18–20
5 000–9 999	65	507	330	2971	28–28	27–28
10 000–19 999	78	701	363	3334	29–29	29–29
20 000–49 000	79	783	394	3529	49–49	47–47
50 000 tai yli	82	764	389	3260	23–23	20–20
<b>Aluehallintovirasto</b>						
Lappi	70	571	356	2883	18–18	16–17
Pohjois-Suomi	78	695	405	3195	16–16	15–15
Länsi-/Sisä-Suomi	75	726	363	3799	34–35	33–34
Itä-Suomi	69	613	367	3253	26–26	25–26
Lounais-Suomi	81	603	340	2973	21–21	21–21
Etelä-Suomi	78	847	389	3330	33–33	31–31

Neuvolan henkilöstövoimavaroissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia (kuvio 18) verrattaessa viime vuosina tehtyihin valtakunnallisiin selvityksiin (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008, Rimpelä ym. 2008, Wiss 2009, Ståhl & Saaristo 2011, Wiss ym. 2012). Myönteinen kehitys henkilöstövoimavaroissa on kuitenkin näkyvillä. Äitiysneuvoissa henkilöstömitoitukset ovat olleet lähempänä suosituksia kuin lastenneuvoissa.

**Kuvio 18. Terveystoimittajien ja lääkäreiden valtakunnallisten henkilöstömitoitussuosituksen toteutuminen (prosenttiosuus) terveyskeskuksissa vuosina 2004–2009. Lähteet: Hakulinen-Viitanen ym. 2005, Hakulinen-Viitanen ym. 2008, Rimpelä ym. 2008, Wiss 2009, Ståhl & Saaristo 2011, Wiss ym. 2012.**



### Vaikuttavuus

Ehkäisevän työn vaikuttavuuden osoittamista on pidetty vaikeana, mutta siitä saadaan jatkuvasti lisää tutkimusnäyttöä. Määräaikaisten terveystarkastukset tarjoavat tilaisuuden terveysseurantaan ja terveysneuvonnan sekä muun tarvittavan tuen kohdentamiseen perheelle terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Äitiys- ja lastenneuvolan määräaikaisiin terveystarkastuksiin sisältyvästä terveysneuvonnasta on enenevässä määrin vaikuttavuustietoa. Kustannusvaikuttavuudeltaan tehokkaiksi on osoitettu liikuntaan, ravitsemukseen ja painonhallintaan sekä tupakointiin ja päihteiden käyttöön liittyvä neuvonta (Kiiskinen ym. 2004). Esimerkiksi raskausdiabetekseen liittyvää lapsen suurta syntymäpainoa voidaan ehkäistä tehostamalla riskiryhmään kuuluvien äitien liikunta- ja ravitsemusneuvontaa neuvolassa. Lapsen syntymäpaino vaikuttaa paitsi synnytyksen sujuvuuteen myös lapsen painon kehitykseen myöhemmin. (Luoto ym. 2011.) Motivoiva haastattelu on vaikuttava työmenetelmä terveystottumusten muuttamisessa, esimerkiksi päihteiden käytön vähentämisessä (Lundahl ym. 2010).

Terveystoimittajien avulla on myös mahdollista vaikuttaa koko perheen terveystottumuksiin (Kaitosaari ym. 2006, Junnila ym. 2012). Lapsiin kohdistuvat interventiot ovat todennäköisesti tehokkaampia kuin aikuisiin kohdistuvat, koska terveystottumukset muotoutuvat jo lapsuudessa. Lapsuus- ja nuoruusiän lihavuus johtaa usein aikuisiän lihavuuteen (Lagström ym. 2008, Singh ym. 2008). Epidemiologiseen tutkimukseen perustuva näyttö terveyden ja merkittävien sairauksien taustalla olevista tekijöistä osoittaa, että terveystottumuksiin vaikuttamalla voidaan saavuttaa huomattavia terveyshyötyjä.

AvoHILMOn mukaan vuonna 2012 äitiysneuvolan kotikäyntejä oli yhteensä 48 113 eli jonkin verran vähemmän (51 244) kuin vuotta aiemmin. Vuonna 2012 lastenneuvolan kotikäyntejä tehtiin 30 815, kun niitä vuotta aiemmin oli 25 928. (Raportit/avohilmo 2012.) Neuvolan perinteisistä toimintamuodoista myös kotikäynnit on todettu vaikuttaviksi. Niiden avulla on mahdollista vaikuttaa muun muassa vanhempien taitoihin ja pystyvyyteen, vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen, imetyksen kestoon, synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaiseen tunnistamiseen sekä tapaturmien ja lapsen kaltoinkohtelun ehkäisyyn (Elkan ym. 2000, Bull ym. 2004). Kotikäyntien vaikuttavuus on osoitettu varsinakin erityistä tukea tarvitsevien perheiden kohdalla. Odotusaikana ja synnytyksen jälkeen tehdyillä kotikäynneillä on todettu olevan vaikutuksia toimeentulo-ongelmia omaavien äitien elämänhallintaan, päihteiden käytön vähenemiseen ja parisuhteen jatkuvuuteen vielä 12 vuotta lapsen syntymän jälkeen (Olds ym. 2010). Kotikäynnit vähentävät lasten kaltoinkohtelun riskiä perheissä, joissa vanhemmilla on alhainen koulutustaso tai heillä on toimeentulo-ongelmia (Barlow ym. 2007, Donelan-McCall ym. 2009).

Neuvolan keinoista ja niiden vaikuttavuudesta terveyttä edistäviin valintoihin saadaan koko ajan lisää tutkimusnäyttöä. Tulevaisuudessa neuvolapalvelujen vaikuttavuuden arviointia edistävät muun muassa lakisääteiset yhtenäiset palvelut, tutkimusnäyttöön perustuvat toimintakäytännöt ja -mallit sekä valtakunnalliset terveysseurantajärjestelmät ja tilastorekisterit.

### Taloudellisuus

Äitiys- ja lastenneuvolat ovat palvelujen kattavuuden vuoksi tärkeä väylä raskaana olevien ja lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ehkäisevät palvelut kuten neuvolapalvelut ovat inhimillisesti ja taloudellisesti perusteltuja. Yhdysvaltalaisen taloustieteilijän (Heckman 2008, 2012) mukaan investointi epäedullisissa perhetilanteissa oleviin lapsiin ja heidän perheidensä tukemiseen on tehokkaampaa kuin myöhemmät tukitoimet. Varhaista vanhemmuutta ja lasten kognitiivisia ja sosioemotionaalisia taitoja tukemalla lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana on mahdollista vähentää epätasa-arvoa ja syrjäytymistä. Nämä investoinnit lisäävät taloudellista tuottavuutta nuoren työelämään kiinnittymisen myötä.

Tutkimusnäyttöä on kertynyt siitä, että vanhempien terveys ja hyvinvointi (esim. raskaana olevan stressi, mielenterveys) ja terveystottumukset (mm. ravintotottumukset, päihteiden käyttö) vaikuttavat jo raskausajalta alkaen lapsen terveyteen ja hyvinvointiin sekä terveystottumuksiin (Lobel ym. 2008, Martini ym. 2010, Räisänen ym. 2013). Varhaislapsuuden olosuhteet puolestaan vaikuttavat lapsen myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin (Newacheck ym. 2008, Kaikkonen ym. 2012, Paananen ym. 2012). Vanhempien terveystottumuksia tukemalla on mahdollista edistää lasten terveystottumuksia ja ehkäistä epäterveellisten terveystottumusten siirtymistä sukupolvilta toisille sekä vähentää terveyseroja ja syrjäytymistä.

Ruotsissa on osoitettu tarkkojen laskelmien avulla, mitä syrjäytyminen maksaa yhteiskunnalle ja minkälaisia säästöjä ehkäisevällä työllä on mahdollista saada. Leksandin kunnassa on tarjottu kaikille vanhemmille osallistuvan vanhemmuuden ryhmäkoulutusta lapsen seitsemänten ikävuoteen saakka. Ryhmien järjestämisen kustannukset lasta kohden olivat

alhaiset siihen verrattuna, että yksi lapsi välttyy syrjäytymiseltä. Tällöin kunta sai yli kolmenkertaisen tuoton tarjoamalla koko ikäluokan vanhemmille suunnattua ryhmätoimintaa. Lisäksi tämän yhden lapsen yhteiskunnalle myöhemmin tuoma kunnallisverohyöty kustansi kokonaisen uuden vuosiluokan vanhempainkoulutuksen. (Nilsson & Wadeskog 2008.)

Myös Suomesta löytyy esimerkkejä siitä, että ehkäiseviin palveluihin investoiminen vähentää kustannuksia vähentävästi. Varhaisen tuen myönteisistä vaikutuksista on näyttöä esimerkiksi Mannerheimin lastensuojeluliiton Lapsiperhe-projektista vuosina 1996–2000. Ehkäisevä perhetyö projektissa kohensi perhe-elämän laatua, muun muassa vanhemmuutta, parisuhdetta ja lasten kasvatusta ja hoitoa. Lisäksi projekti ehkäisi 4–6-kertaisesti sellaisten kustannusten syntymisen, joita mahdollisesti olisi tullut ilman projektia. (Häggman-Laitila 2002.) Imatralla perhetyöntekijöitä rekrytoitiin vuonna 2009 terveydenhoitajien työpareiksi tekemään kotikäyntejä, jotta pystyttäisiin tukemaan lapsiperheitä mahdollisimman varhain. Yhtenä tavoitteena oli korjaavien lastensuojelupalvelujen menojen taituminen. Tämä ratkaisu käänsi korjaavien palvelujen kustannukset Imatralla vuoden 2010 alkupuoliskolla laskuun, sillä vuosina 2006 ja 2007 menojen kasvu oli Imatralla 10 prosenttia, vuonna 2008 seitsemän prosenttia ja vuonna 2009 neljä prosenttia. Moniammatillisen työn avulla oli pystytty estämään ainakin yksi kalliiksi tuleva lastensuojelun laitossijoitus. (STM 2010.) Hyvinvointineuvola on tuonut Imatran kaupungille selvää säästöä, joka näkyy pienentyneitä lastensuojelukustannuksina (Imatran tilinpäätös 2012).

Asetuksen (338/2011) säännökset eivät lisää kustannuksia niissä kunnissa, joissa toiminta on ollut kansallisten ohjeiden ja suositusten mukainen. Asetuksen toimeenpanosta aiheutuu kustannuksia sellaisille kunnille, joissa ehkäisevät palvelut on ennen asetuksen voimaantuloa järjestetty puutteellisesti (STM 2009). Ehkäisevien palvelujen riittämättömyys näkyy korjaavien palvelujen tarpeen ja sen myötä kustannusten jatkuvana kasvuna.

Asetuksen mukaisten palvelujen järjestämiseksi kuntien valtionosuuksia korotettiin yhteensä 18,5 miljoonalla eurolla valtion vuosien 2010 ja 2011 talousarvioissa. Valtionosuuksien laskentaperusteena on käytetty kuntien ilmoittamaa lisärahoitustarvetta neuvolapalveluihin, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon sekä lasten ja nuorten ehkäisevien suun terveydenhuoltopalvelujen järjestämiseen. (STM 2009.) Nämä valtionosuuksien korotukset ovat jääneet pysyvästi kuntien valtionosuuksiin vuodesta 2011 lähtien. Vuonna 2010 tehdyn selvityksen (Ståhl & Saaristo 2011) mukaan vain reilu kolmannes kunnista oli hyödyntänyt valtionosuuksien korotusta vuoden 2010 talousarvion valmistelussa.

## Johtopäätökset

Terveystalolaki (1326/2010) ja valtioneuvoston asetus (338/2011) ovat velvoittaneet kunnat järjestämään äitiys- ja lastenneuvolapalvelut valtakunnallisesti yhdenmukaisella tavalla. Palvelujen järjestämisessä on kuitenkin otettava huomioon lapsiperheiden yksilölliset tarpeet ja osallistumisen mahdollisuus. Erityistä tukea tarvitsevat lapset ja perheet on tunnistettava mahdollisimman varhain ja kohdennettava tukea sitä tarvitseville. Myös palveluja käyttämättömien tuen tarve on selvitetävä.

Lainsäädännön ja valvonnan sekä korotettujen valtionosuuksien myötä äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa on tapahtunut myönteistä kehitystä muun muassa määräaikaisten ter-



veystarkastusten järjestämisessä ja henkilöstövoimavaroissa. Laajojen terveystarkastusten toteuttaminen on yhtenäistynyt eri puolilla maata ja perheiden tuen tarpeita pystytään tunnistamaan aikaisempaa järjestelmällisemmin sekä kohdentamaan tukea sitä tarvitseville.

Riittävät henkilöstöresurssit ovat asetuksen edellyttämien palvelujen edellytys. Äitiysneuvoloiden henkilöstömitoitus on ollut 2000-luvulla lähempänä suosituksia verrattuna lastenneuvoloihin. Sekä äitiys- että lastenneuvolan henkilöstön määrässä on tapahtunut hieman myönteistä kehitystä vuodesta 2009 alkaen. Edelleen keskeisenä haasteena on saada henkilöstömitoitukset suositusten mukaisiksi ja saada rekrytoitua lääkäreitä perusterveydenhuoltoon erityisesti ehkäiseviin palveluihin.

Asetuksen valvonta kuuluu Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastolle (Valvira) ja aluehallintovirastoille. Valvontaviranomaisten valvontaohjelmassa (Valvira 2012) laajat terveystarkastukset olivat valvonnan painopistealueena vuonna 2012 ja neuvolatoiminta vuonna 2013. Aluehallintovirastot ovat ottaneet yhteyttä terveyskeskuksiin, joissa toiminta ei ole ollut asetuksen mukaista. Valvonnassa korostetaan myös organisaation omavalvontaa.

Neuvolatyössä erityistä huomiota tulee kiinnittää terveystarkastuksissa kirjattavaan tietoon, jotta tarkastusten toteutumista voidaan seurata ja valvontaviranomaiset saavat luotettavaa tietoa palveluista. Sähköisiä potilastietojärjestelmiä on vielä kehitettävä tukemaan paremmin hoitotiedon rakenteista kirjaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmää on laajennettu vuodesta 2011 lähtien siten, että perusterveydenhuollon avohoidosta kerätään yksilötason tietoja kansalliseen Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitusjärjestelmään (AvoHILMO). Järjestelmän avulla saadaan aikaisempaa yksityiskohtaisempaa, monipuolisempaa ja vertailukelpoisempaa tietoa neuvolapalvelujen sisällöstä terveyskeskustasolla ja myös kuntakohtaisesti. (Rautiainen & Saukkonen 2012.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on asetuksen toimeenpanon seuranta. Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmässä, TEAviisarissa, kuvataan vertailukelpoisesti kuntien eri toimialojen toimintaa kunnan väestön terveyden edistämiseksi (ks. TEAviisari, Saaristo & Ståhl 2011). Terveystieteiden edistämiseksi perusterveydenhuollossa 2012-tiedonkeruussa oli kysymyksiä asetuksen toimeenpanon toteutumisen seuraamiseksi ja valvomiseksi. Lisäksi on ollut tarvetta erilliskyselyille ja syksyllä 2012 toteutettiin äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta (Hakulinen-Viitanen ym. 2014). Kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä kouluterveydenhuoltoa on kehitetty vastaamaan kuntalaisten tarpeita sekä uusia säännöksiä. Lisäksi kyselystä saadaan hallitusohjelman edellyttämää tietoa ehkäisevien terveyspalvelujen alueellisista eroista. Kyselyn tuloksia hyödynnetään myös valvonnassa.

Seurannan lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tukee monin eri tavoin asetuksen toimeenpanoa. Esimerkkinä tällaisesta on ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten toteuttamiseen (Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Ohjeistuksen tarkoituksena on turvata yhtenäiset käytännöt koko maassa. Perheille laajat terveystarkastukset merkitsevät uutta mahdollisuutta keskustella lapsen ja koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä kysymyksistä. Neuvoloille ne tarjoavat mahdollisuuden kehittää neuvolatoimintaa perheiden näkökulmasta ja yhteistyössä heidän kanssaan.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän laatimat uudistetut äitiysneuvolan suositukset (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) on tehty käytännön työn ja johtamisen tueksi.

Asiantuntijaryhmä on tehnyt ehdotukset muun muassa raskauden ja synnytyksen jälkeisen ajan määräaikaisten terveystarkastusten määrästä, ajankohdista ja sisällöistä sekä tarvittavista henkilöstövoimavaroista, osaamisesta ja työnjaosta. Uudistetuissa suosituksissa on hivenen vähennetty äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten määrää. Cohrane-katsauksen (Dowswell ym. 2010) mukaan käyntimäärien vähentäminen 8-12:een normaalisti etenevien, matalan riskin raskauksissa ei lisännyt raskaana olevan eikä vastasyntyneen terveysongelmia. Raskaana olevan ja hänen perheensä lisäseurannan ja -tuen tarve arvioidaan erikseen jokaisessa määräaikaaisessa terveystarkastuksessa. Uudistetut suositukset on julkistettu syksyllä 2013 ja ne tukevat erityisesti äitiysneuvolapalvelujen järjestämistä ja yhtenäisiä käytäntöjä. Äitiysneuvolan toimintaa vahvistamalla edistetään syntyvien lasten ja heidän vanhempiensa terveyttä sekä perheiden hyvinvointia ja siten kavennetaan sosioekonomisia terveyseroja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) on vuosina 2008–2011 toteutettavissa lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyvissä hankkeissa kehitetty perus- ja erityispalveluja sisällöllisesti ja rakenteellisesti (STM 2008). Kaste-hankkeiden kantavana ajatuksena on ollut, että lapsia ja nuoria tuetaan ensisijaisesti heidän luonnollisissa kehitysympäristöissään. Kaste 2012–2015 ohjelman tavoitteena on muun muassa vähentää eriarvoisuutta ja lasten ja nuorten syrjäytymistä vahvistamalla ehkäisevän työn ja varhaisen tuen rakenteita (STM 2012). Monialaisen yhteistyön kehittäminen on erityisen tärkeää, jotta lasten ja perheiden tuen tarpeita voidaan tunnistaa oikea-aikaisesti ja kohdentaa tukea sitä tarvitseville.

Peruspalveluihin tarvitaan uusia rakenteellisia ratkaisuja varhaisen tuen vahvistamiseksi. Tavoitteena on, että lasten, nuorten ja perheiden palvelut muodostavat suunnitelmallisen ja jatkuvan sekä perheitä osallistavan toiminnallisen kokonaisuuden. Vanhemmat kutsutaan aikaisempaa tiiviimmin mukaan yhteistyöhön ja neuvolapalvelujen kehittämiseen omien lastensa parhaina asiantuntijoina. Peruspalvelujen kokonaisuudessa toimivat äitiys- ja lastenneuvolapalvelut voivat moniammatillisessa yhteistyössä keskeisellä tavalla mahdollistaa oikea-aikaisen tuen lapsiperheille. Sosiaalisen ja kestävä kehityksen näkökulmasta taloudellinen investoiminen lapsiin on välttämätöntä.

### 3.8 Asiakaspalaute suurten kaupunkien neuvoloissa

*Salla Sainio, Katri Lahikainen*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on yli kymmenen vuoden ajan tarjonnut terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön erilaisia asiakaspalaute mittareita, neuvontaa kyselyjen toteuttamiseen ja lomakkeiden tallennus- ja tulostuspalvelua. Palvelu on osittain maksullista ja organisaatioiden tilaamaa. Maastamme on kuitenkin puuttunut kansalliset, yhtenäiset, säännöllisin väliajoin toteutettavat asiakaspalauteselvitykset.

Edellä mainitun puutteen korjaamiseksi yhdeksi valtiovarainministeriön sähköisen asiointin ja demokratian vauhdittamisohjelman (SADe-ohjelma) projektiksi valittiin asiakaspalautekyselyjen laajentaminen koko maahan ja niiden tiedonkeruun sähköistäminen. Tavoitteena on, että vuoden 2015 loppuun mennessä asiakaspalauteen keruuseen ja käsittelyyn on kehitetty kansallinen käytäntö sekä laajojen asiakaspalautekyselyiden tiedonkeruuta on sähköistetty kattaen tässä vaiheessa ainakin neuvoloiden ja suun terveydenhuollon kyselyt.

#### Terveyspalvelujen vertailu yleistyy

Palautepalveluiden kehittämisen taustalla on muun muassa terveydenhuollon valinnanvapauslaki, joka laajenee koskemaan koko maan terveyskeskuksia sekä erikoissairaanhoidtoa 1.1.2014. Asiakaspalauteilla saatava tieto terveydenhuollon palveluiden laadusta tukee kansalaisen valinnanvapautta ja antaa tietoa hoitopaikan valintatilanteessa. Yhdenmuukaisten mittareiden myötä vertailtavuus lisääntyy maan eri alueiden välillä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreiden välillä. Systemaattisesti toistetuilla kyselyillä saadaan tietoa muutoksista asiakastyytyväisyydessä pitkällä aikavälillä. Kerättävä aineisto tuottaa tietoa jatkoanalyysille ja mahdollistaa luotettavan tiedon esittämisen kansallisesti ja kansainvälisesti.

#### Sähköinen tiedonkeruu mahdollistaa isot kyselyt

Terveydenhuollon organisaatioissa saavutetaan kustannussäästöjä esimerkiksi ajan säästönä, kun sähköisessä kyselyssä prosessista jää pois paperilomakkeiden postittaminen, jakaminen ja tallentaminen sekä lomakkeiden manuaaliseen koodaamiseen liittyvät työvaiheet. Hallinnon näkökulmasta työmäärä vähenee ja prosessi nopeutuu.

Ensimmäinen sähköinen pilotti toteutettiin yhdeksän suuren kaupunkien neuvoloiden asiakastyytyväisysselvityksenä syksyllä 2012 ja kyselyt levitettiin marraskuussa 2013 keskisuurten kaupunkien neuvoloihin. Koko maan kysely on tarkoitus toteuttaa syksyllä 2014. Samana syksynä tullaan pilotoimaan sähköistä asiakaspalautekyselyä myös suurten ja keskisuurten kaupunkien suun terveydenhuollon toimipisteissä.

Seuraavassa esitellään suurten kaupunkien neuvoloiden asiakaspalautekyselyjen tuloksia vuosilta 2010 (paperilomakkeilla toteutettu kysely) ja 2012 (pääasiassa sähköisellä tiedonkeruulla toteutettu kysely). Mukana oli vuonna 2012 yhdeksän kaupunkia, joista kuusi oli mukana myös 2010. Tässä tekstissä tuloksia tarkastellaan mukana olleiden kaupun-

kien tasolla, mutta neuvolakohtaisia tuloksia voi katsoa [www.palveluvaaka.fi](http://www.palveluvaaka.fi) – portaalista. Kyselyjen toteuttajina ovat olleet osallistuneiden kaupunkien lisäksi Kuntaliitto, THL ja TNS-gallup.

### Neurolakyselyn keskeiset tulokset vuonna 2012

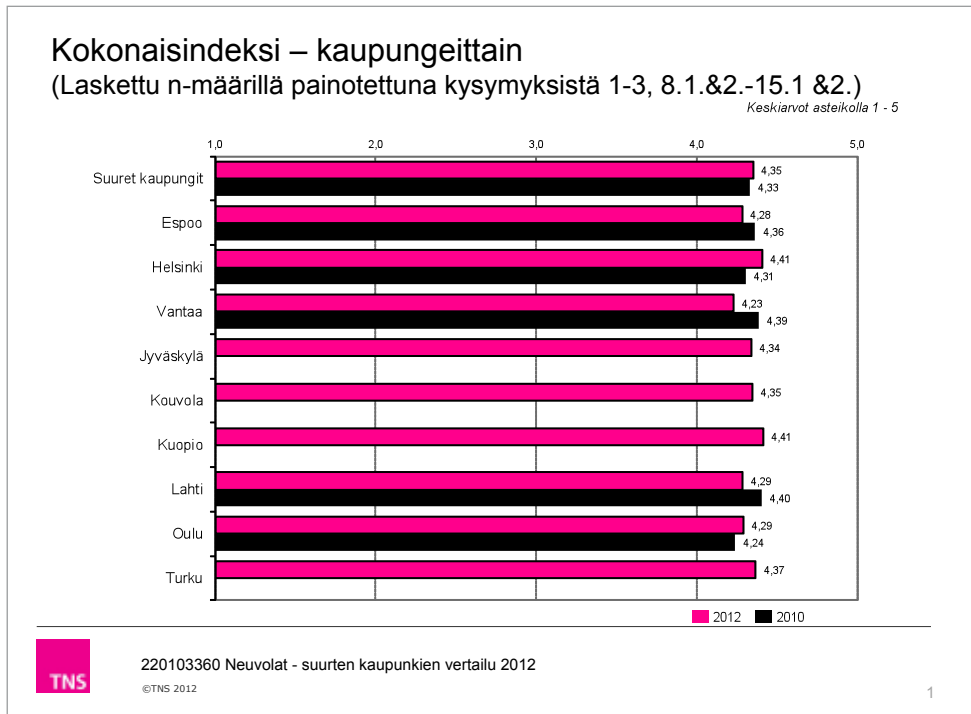
Neurolapalveluihin ollaan yleisesti hyvin tyytyväisiä verrattuna muihin palveluihin.

Vuosien 2010 ja 2012 välillä neuvoloiden asiakastyytyväisyydessä isoissa kaupungeissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Joissakin kaupungeissa oli tapahtunut pientä laskua, toisissa taas pientä nousua. Keskiarvotulokset ovat kuitenkin hyvällä tasolla kaikissa mukana olleissa kaupungeissa (vuonna 2012 vaihteluväli oli 4,23 – 4,41). Kyselyssä käytettiin viisi -portaista asteikkoa, josta keskiarvot on laskettu (asteikko: 1= erittäin huono, 2= huono, 3= kohtalainen, 4= hyvä, 5= erinomainen). Parhaimmat arviot asiakkaat antoivat henkilökunnan ammattitaidosta ja vuorovaikutuksesta sekä henkilökunnan kyvystä palvella asiakkaan äidinkielellä.

Verrattaessa kaupunkeja keskenään, kokonaisindeksillä mitattuna asiakastyytyväisyys on koko maata hieman paremmalla tasolla Helsingissä, Kuopiossa ja Turussa (kuvio 19). Yhtenä hienona tuloksena voi nostaa esiin sen, että peräti 73 % vastaajista antoi Helsingin neuvoloille parhaimman mahdollisen arvosanan (5=erinomainen) arvioitaessa vuorovaikutusta terveydenhoitajan vastaanotolla.

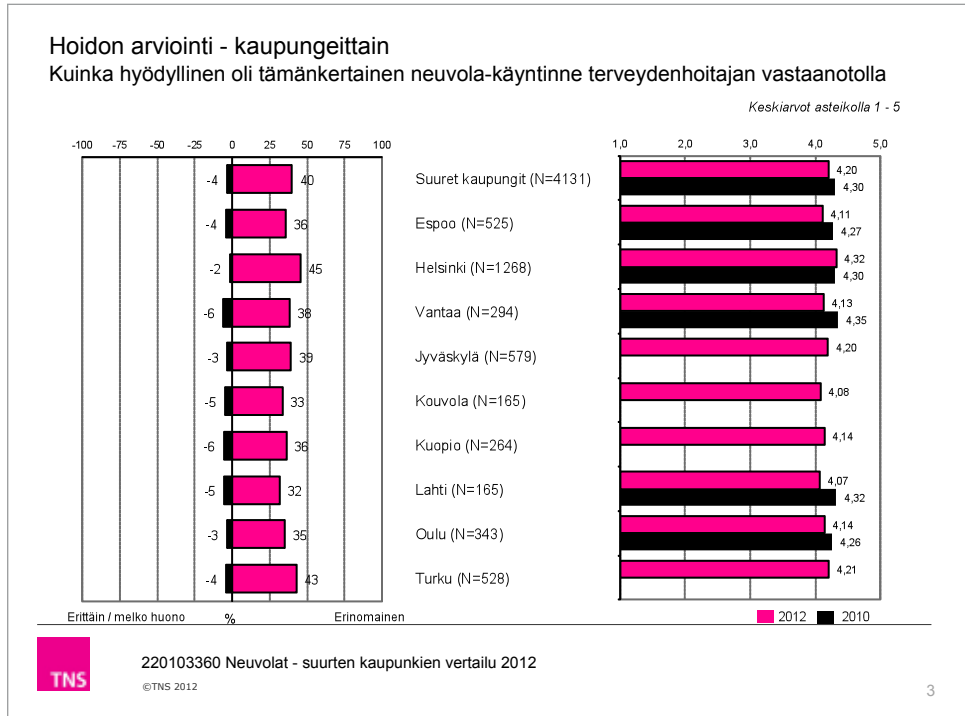
Neuvoloiden palvelu katsottiin olevan kehumisen arvoista (väittämä: ”Palvelu neuvolassa oli niin hyvää, että voin kehua sitä perheelleni ja ystäväilleni”) erityisesti Helsingissä, Jyväskylässä, Kuopiossa ja Oulussa. Henkilökunnan kyky palvella äidinkielellä koettiin parhaimmaksi Jyväskylässä, Lahdessa, Oulussa ja Turussa.

Kuvio 19. Asiakastyytyväisyys -kokonaisindeksi kaupungeittain

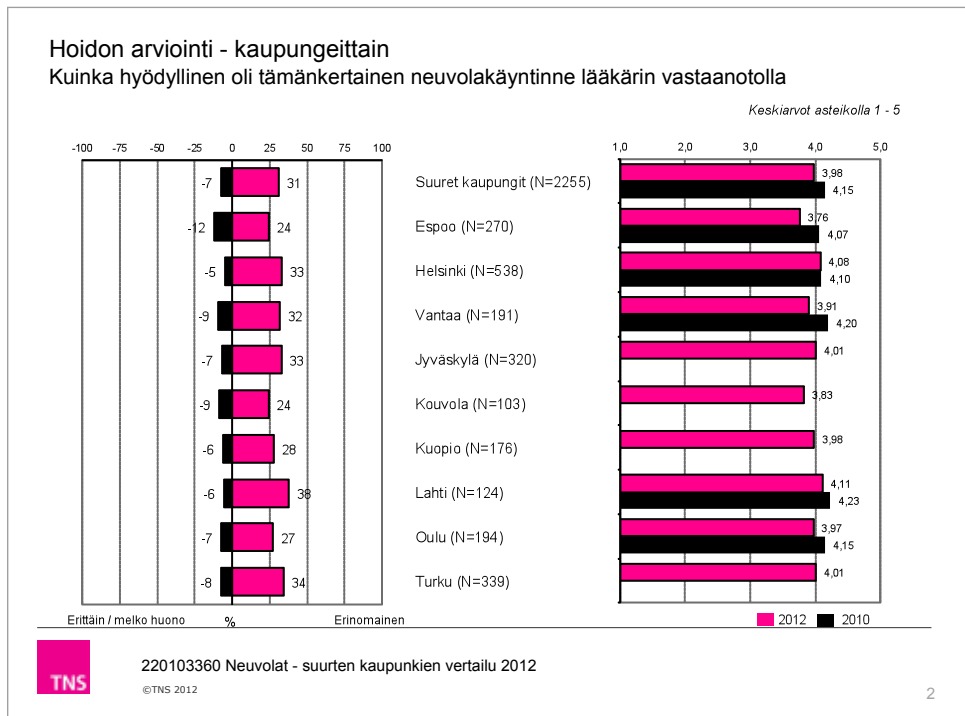


Keskeisin kehittämiskohde 2012 kyselyn mukaan monissa kaupungeissa on edelleen puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle, keskiarvo tässä kysymyksessä oli välillä 3,63 – 4,27. Kouvola (ka 4,27), Kuopiossa (ka. 4,10) ja Turussa (ka. 4,01) tilanne on muita kaupunkeja parempi. Odottaminen on myös yleinen tyytymättömyyden aihe ja etenkin lääkärin vastaanotolle odotusaika koetaan liian pitkäksi. Tyytymättömyyttä esiintyy myös neuvolakäynnin hyödyllisyyteen koskien lääkärin vastaanottoa, sillä keskiarvo tässä kysymyksessä jäi monissa kaupungeissa alle neljän (kuvio 19). Terveystoimittajan vastaanoton hyödyllisyys arvioidaan jonkin verran korkeammaksi (kuvio 21). Toimitilojen viihtyisyyden toivotaan myös parannusta.

**Kuvio 20. Neuvolakäynnin hyödyllisyys lääkärin vastaanotolla**



**Kuvio 21. Neuvolakäynnin hyödyllisyys terveydenhoitajan vastaanotolla**



### 3.9 Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut

*Frantsi-Lankia Marjut, Halme Nina, Hietanen-Peltola Marke, Luopa Pauliina, Milen Anneli, Mölläri Kaisa, Perälä Marja-Leena, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi*

Oppilashuollon palveluilla tarkoitetaan kouluterveydenhuoltoa sekä koulujen kuraattori- ja psykologipalveluja. Opiskelijahuolto sisältää vastaavat palvelut; opiskeluterveydenhuollon ja kuraattori- ja psykologitoiminnan. Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut ovat kouluissa ja oppilaitoksissa tarjottavia lasten ja nuorten peruspalveluja. Niiden tehtävänä on edistää ja ylläpitää lasten, nuorten ja vanhempien terveyttä ja hyvinvointia sekä tarvittaessa auttaa, tukea ja ohjata muihin palveluihin. Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy myös opiskelijoiden sairaanhoito. Oppilas- ja opiskelijahuoltoa toteutetaan sekä yhteisöllisenä että yksilökohtaisena työnä. Pyrkimyksenä on viedä erityispalveluja ja muuta tarvittavaa tukea lasten ja nuorten kehitysympäristöihin entistä enemmän. Tällöin koulujen ja oppilaitosten koko henkilökunta voi osallistua arjessa oppilaan tai opiskelijan tukemiseen. Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen rooli erityispalvelujen yhteistyökumppanina tulee siten entistä tärkeämmäksi.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat osa kunnan järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa, tehtävät määritellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010 16 § ja 17 §). Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011, aikaisemmin 380/2009) tarkentaa tehtäviä ja ohjaa toimintaa sisällöllisesti.

Lastensuojelulaki (417/2007 9 §) velvoittaa kuntia järjestämään koulupsykologi- ja koulukuraattoripalvelut esi- ja perusopetuksen oppilaille. Lainsäädännössä ei ole näiden palvelujen järjestämisvelvoitetta lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa. Monissa oppilaitoksissa opiskelijoille on tarjolla kuraattori- ja psykologipalveluja. Uusi oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) tulee voimaan 1.8.2014. Se sisältää muun muassa velvoitteen kuraattori- ja psykologipalvelujen järjestämisestä toisen asteen opiskelijoille.

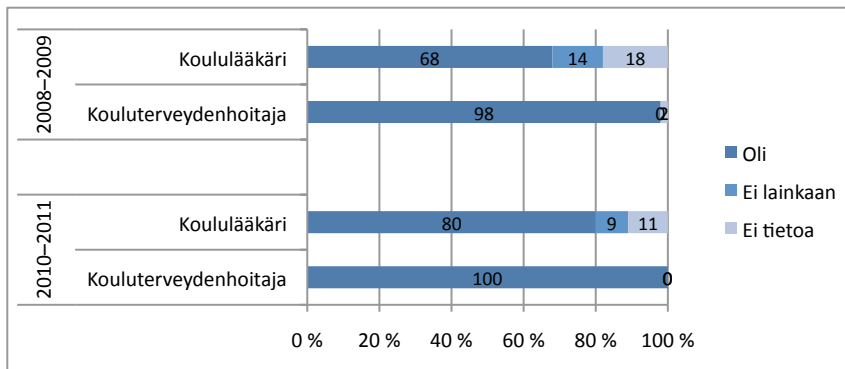
#### Saatavuus

Oppilas- ja opiskelijahuoltopalvelujen ja henkilöstön saatavuus on viime vuosina jonkin verran parantunut sekä koulujen ja oppilaitosten että oppilaiden ja opiskelijoiden näkökulmasta tarkasteltuna. Kaikki oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut eivät kuitenkaan ole helposti ja kattavasti saatavilla eri oppilaitostasoilla ja maantieteellisillä alueilla. Tähän epätasa-arvoisuuteen on oikeuskansleri kiinnittänyt päätöksissään huomiota vuosina 2007 ja 2012. Seuraavassa kuvattavat tulokset henkilöstön saatavuudesta perustuvat peruskoulujen ja toisen asteen oppilaitosten omiin ilmoituksiin siitä, että käytettävissä on kyseisen ammatihenkilön palveluja ja/tai toimintaa. Tulokset eivät kuitenkaan kerro sitä, onko toimintaa ja henkilöresursseja riittävästi tai ovatko ne helposti koululaisten ja opiskelijoiden käytettävissä. Lisäksi tarkastellaan oppilaiden ja opiskelijoiden kokemuksia palveluihin pääsystä. Oppilailta ja opiskelijoilta kysyttiin, kuinka helppoa heidän olisi päästä koulun terveydenhoitajan, lääkärin, kuraattorin ja psykologin vastaanotolle, jos he haluaisivat sinne mennä.

## Kouluterveydenhuolto

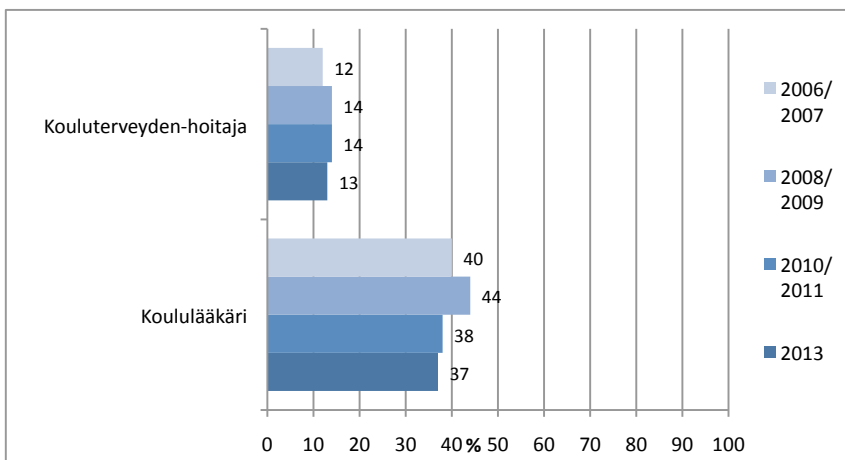
Peruskoulujen ilmoittamien tulosten mukaan terveydenhoitajan palvelut olivat lukuvuonna 2010–2011 käytännössä kaikkien Suomen koulujen saatavilla. Vastaavasti koululääkärin palvelut puuttuivat 9 %:sta kouluja ja 11 % ei tiennyt, oliko koulun käytettävissä lääkäri. Kaksi vuotta aiemmin vastaavat luvut koululääkärille olivat 14 % ja 18 % (Kuvio 22).

**Kuvio 22. Kouluterveydenhuollon henkilöstön saatavuus peruskouluissa lukuvuosina 2008–2009 ja 2010–2011.**



Noin joka kymmenes peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilas piti kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyä melko tai erittäin vaikeana (kuvio 23). Osuudessa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta vuosina 2006–2013. Koululääkärin vastaanotolle pääsyä piti vaikeana noin neljä kymmenestä oppilaasta. Tilanne on parantunut verrattuna aikaisempiin vuosiin.

**Kuvio 23. Kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin vastaanotolle pääsyn melko tai erittäin vaikeaksi arvioivien peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaiden prosenttiosuus vuosina 2006–2013.**

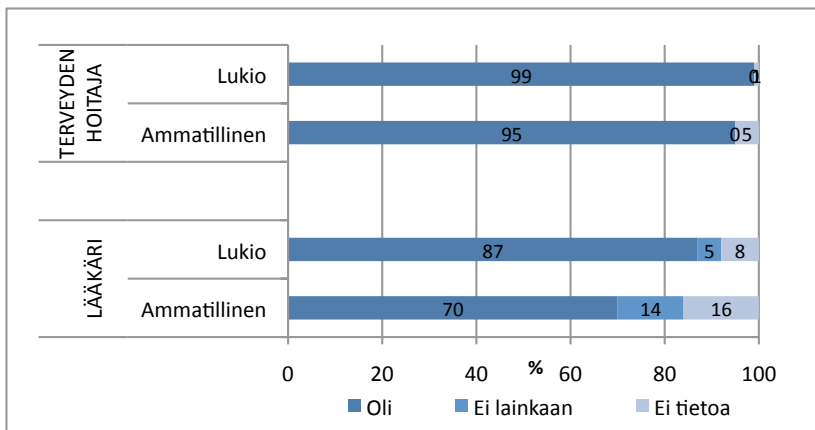




## Opiskeluterveydenhuolto

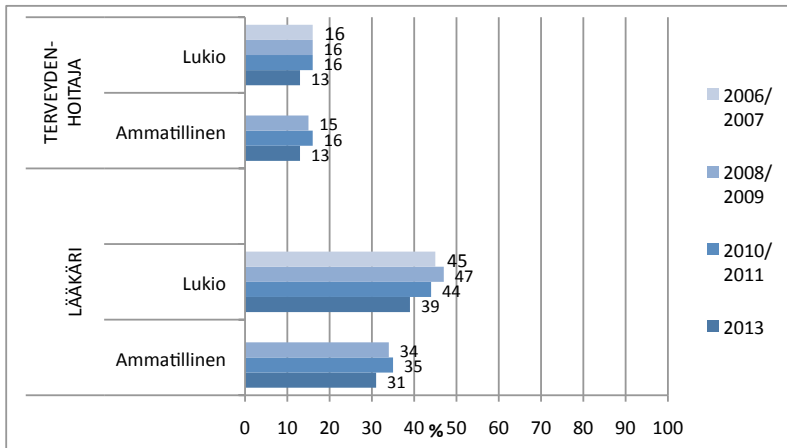
Opiskeluterveydenhuollon henkilöstön saatavuus lukioissa on parantunut viime vuosina (kuvio 24). Opiskeluterveydenhuollon lääkäri oli lukuvuonna 2011–2012 saatavilla 87 prosentissa lukioista. Vastaava luku neljä vuotta aiemmin oli 76 prosenttia. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeluterveydenhoitaja oli saatavilla 95 prosentissa ja opiskeluterveydenhuollon lääkäri 70 prosentissa oppilaitoksista. Vastaavat prosenttiosuudet neljä vuotta aiemmin olivat 99 ja 65 prosenttia.

**Kuvio 24. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen henkilöstön saatavuus lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa lukuvuonna 2011–2012.**



Toisen asteen oppilaitoksissa 13 prosenttia opiskelijoista piti terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyä melko tai erittäin vaikeana (kuvio 25). Lukiolaiset arvioivat lääkärin vastaanotolle pääsystä yleisemmin kuin ammattiin opiskelevat (39 % vs. 31 %). Opiskelijat kokivat oppilaitoksen terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolle pääsystä aikaisempaa helpommaksi.

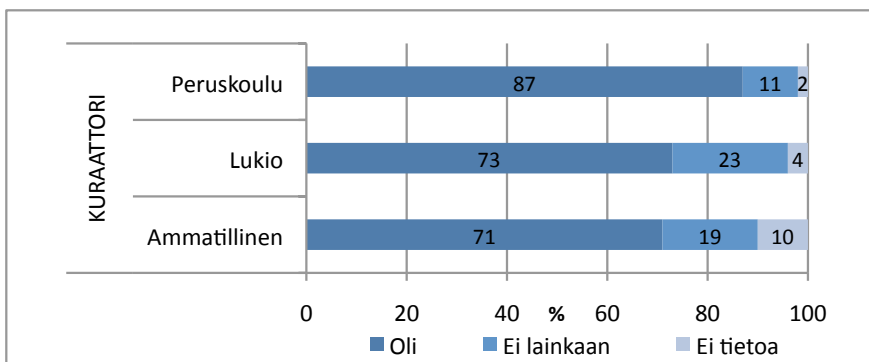
**Kuvio 25. Oppilaitoksen terveyden hoitajan ja lääkärin vastaanotolle pääsyn melko tai erittäin vaikeaksi arvioivien lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden prosenttiosuus vuosina 2006–2013 ja ammatillisten oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden prosenttiosuus vuosina 2008–2013.**



### Kuraattori ja psykologi

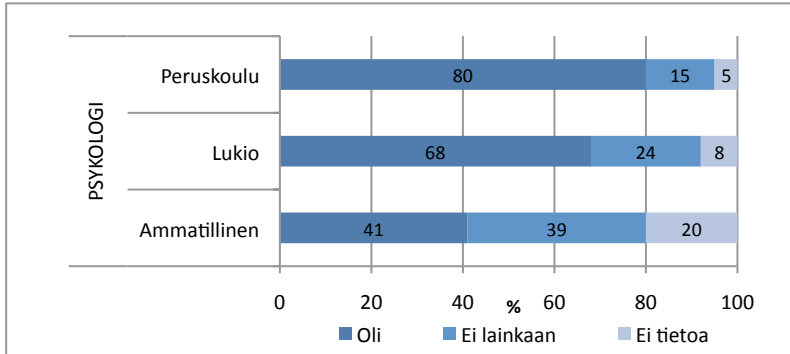
Peruskouluista 87 %:ssa oli lukuvuonna 2010–2011 kuraattorihenkilöstöä saatavilla. Opiskelijahuollon kuraattori/sosiaalityöntekijä oli saatavilla lukuvuonna 2011–2012 73 %:ssa lukioita ja 71 %:ssa ammatillisia oppilaitoksia (Kuvio 26). Ammatillisissa oppilaitoksissa kuraattoripalveluiden henkilöstön saatavuus oli osittain heikentynyt vuoteen 2007–2008 verrattuna.

**Kuvio 26. Kuraattorin saatavuus peruskouluissa lukuvuonna 2010–2011 sekä lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa lukuvuonna 2011–2012.**



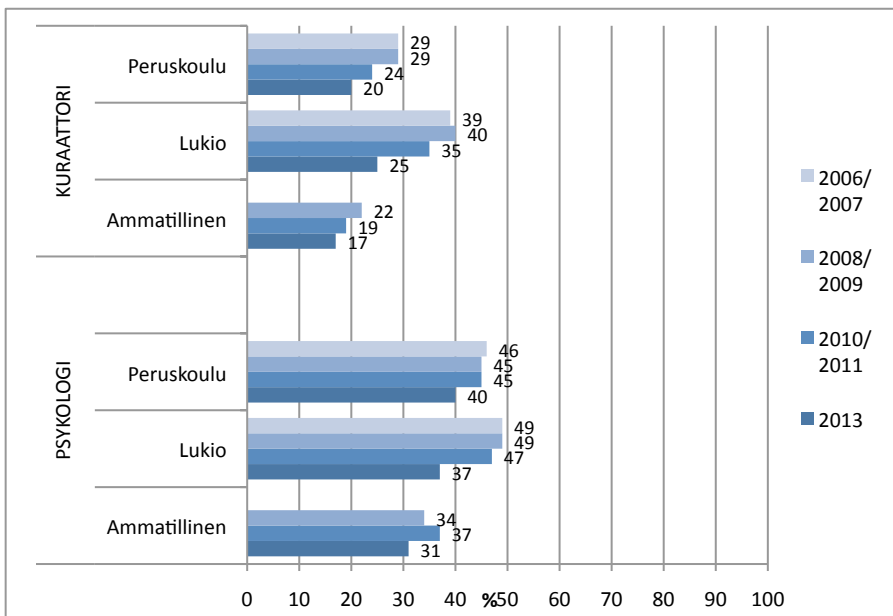
Peruskouluista 80 % ilmoitti, että koulun käytettävissä oli psykologi lukuvuoden 2010–2011 aikana. Opiskelijahuollon psykologin ilmoitti lukuvuonna 2011–2012 lukioista 68 % ja ammatillisista oppilaitoksista 41 % (Kuvio 27).

**Kuvio 27. Psykologin saatavuus peruskouluissa lukuvuonna 2010–2011 sekä lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa lukuvuonna 2011–2012.**



Koulun tai oppilaitoksen kuraattorin vastaanotolle pääsyn arvioi vaikeaksi joka viides peruskoulun 8.-9. luokan oppilas ja ammatillisessa oppilaitoksessa opiskeleva sekä joka neljäs lukiolainen (kuvio 28). Noin neljä kymmenestä peruskoulun 8.-9. luokkalaisesta ja lukiolaisesta oli sitä mieltä, että koulun psykologin vastaanotolle on vaikea päästä. Ammatillisissa oppilaitoksissa tämä osuus on pienin, noin joka kolmas opiskelija arvioi psykologin vastaanotolle pääsyn melko tai erittäin vaikeaksi. Oppilaat ja opiskelijat kokivat kuraattorin ja psykologin vastaanotolle pääsyn helpottuneen aikaisemmista vuosista.

**Kuvio 28. Koulun kuraattorin ja psykologin vastaanotolle pääsyn melko tai erittäin vaikeaksi arvioivien peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden sekä lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden prosenttiosuus vuosina 2006–2013 ja ammatillisten oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden prosenttiosuus vuosina 2008–2013.**



## Tasalaatuisuus

Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen tiedetään olevan laadultaan vaihtelevia alueellisesti ja kunnan koon mukaisesti, mutta myös koulu- ja oppilaitoskohtaisesti kunnan sisällä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön, (Terveystarkastuslaki ja asetus 338/2011), tavoitteena on ollut palvelujen tasapuolisen saatavuuden ja laadun varmistaminen. Asetus antaa hyvin yksityiskohtaisia velvoitteita toiminnan ja palvelujen järjestämisestä ja sisällöistä.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon laatua tarkastellaan tässä yhtenäisen toimintaohjelman, vastuuhenkilöiden nimeämisen, määräaikaisten terveystarkastusten, kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten, opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuden, terveellisyden ja turvallisuuden sekä yhteisön hyvinvoinnin tarkastusten ja henkilöstömitoitusten näkökulmista. Kuraattori- ja psykologipalvelujen osalta tarkastelu rajoittuu henkilöstömitoituksiin. Tulokset kuvaavat työn suunnitelmallisuutta, sisältöä ja työn toteuttamisen edellytyksiä laadun osatekijöinä.

## Yhtenäinen toimintaohjelma

Asetuksen 338/2011 mukaan kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle. Toimintaohjelma on laadittava yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Tämä velvoite on ollut voimassa asetuksen antamisesta lähtien. Neljä viidestä terveyskeskuksesta oli hyväksynyt kyseisen ohjelman elokuuhun 2012 mennessä. Terveyskeskuksista 61 % ilmoitti latineensa toimintaohjelman yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa ja 60 % opetustoimen kanssa. Ohjelmien laatiminen oli selvästi lisääntynyt verrattuna tuloksiin vuonna 2010, jolloin vastaavan ohjelmat oli hyväksynyt vain noin joka toinen terveyskeskus. Toimintaohjelmien laatimisessa on alueellisia eroja. Pohjois-Suomessa jokainen terveyskeskus oli oman ilmoituksensa mukaan hyväksynyt ko. toimintaohjelman. Etelä-Suomessa ohjelma puuttui noin joka neljännessä (24–28 %) terveyskeskuksesta.

Aluehallintoviranomaiset ovat valvonnallisena toimenpiteenä koonneet terveyskeskusten neuvola-, kouluterveydenhuolto- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevat toimintaohjelmat. Vuoden 2012 lopussa 20 terveyskeskuksesta toimintaohjelma edelleen puuttui. Lisäksi toimintaohjelmien sisällöt olivat vaihtelevia eivätkä aina vastanneet tarpeisiin yhdenmukaisista palveluista koko terveyskeskuksen alueella.

## Vastuuhenkilöiden nimeäminen

Asetuksen soveltamisohjeissa edellytetään vastuuhenkilön nimeämistä neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle. Myös terveydenhuoltolaissa veloitetaan nimeämään terveydenedistämisen vastuuhenkilöt. Terveyskeskuksista 89 % oli nimennyt neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastuussa olevan hoitajan. Vastuulääkärin

oli nimennyt 71 %. Lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollosta vastuussa olevan hoitajan ilmoitti 82 % ja lääkärin 75 % terveyskeskuksista. Neuvolatoiminnassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa vastuuhenkilö oli kokonaan nimeämättä 10 %:lla ja ehkäisevän suun terveydenhuollon osalta 9 %:lla terveyskeskuksista.

### Yhteiset käytännöt

Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä siten, että lapsen ja perheen tuen tarve tunnustetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarpeenmukainen tuki järjestetään viiveettä. Asetuksessa edellytetään, että terveydenhoitajan, kättilön, lääkärin, hammaslääkärin, suuhygienistin tai hammashoitajan on pyrittävä selvittämään määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarve sekä seurattava määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien määriä. Tähän tarkoitukseen oli kirjattu yhteinen käytäntö kouluterveydenhuollossa 59 %:ssa, opiskeluterveydenhuollossa 50 %:ssa ja suun terveydenhuollossa 46 %:ssa terveyskeskuksia. Terveyskeskuksista 25 %:ssa oli yhteinen kirjattu käytäntö toiminnasta lapsen ja perheen erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi. Vastaavasti opiskelijan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi yhteinen kirjattu käytäntö oli käytössä 17 %:ssa terveyskeskuksia

### Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset

Peruskoulussa jokaisella vuosiluokalla tulee tehdä määräaikainen terveystarkastus. Terveyskeskuksista 85 % oli vuoden 2012 suunnitelmiin linjannut tekevänsä tarkastukset tämän mukaisesti. Avoterveydenhuollon hoitoilmoitus rekisterin (AvoHILMO) mukaan kouluterveydenhuollossa oli vuonna 2012, jolloin palvelujen piiriin kuului 513 876 koululaista, ollut terveydenhoidon käyntejä 925 005 ja sairaanhoidollisia käyntejä 312 257 (yhteensä 1 389 130). Sairaanhoidon käyntien osuus oli 22,5 %. Kotikäyntejä oli vuonna 2012 tehty 531.

Asetuksen mukaisesti kouluterveydenhuollossa tehdään laaja terveystarkastus ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla. Laaja terveystarkastus sisältää sekä lääkärin että terveydenhoitajan tarkastukset ja edellyttää ainakin toisen vanhemman osallistumisen. Se on sisällöltään muita määräaikaista terveystarkastuksia laajempi kattaen myös vanhempien ja perheen hyvinvoinnin selvittelyn. Terveyskeskuksista 79 % ilmoitti tehneensä vuonna 2011 laajan terveystarkastuksen oppilaille 1. vuosiluokalla. Viidennellä vuosiluokalla tehdyn laajan terveystarkastuksen ilmoitti 90 % ja 8. vuosiluokalla 85 % terveyskeskuksista. Parhaiten laajat terveystarkastukset toteutuivat alle 5000 väestömäärän terveyskeskuksissa (Taulukko 19). Yksittäisten terveyskeskusten välillä oli suurta vaihtelua terveystarkastusten toteuttamisessa. Kymmenessä terveyskeskuksessa ei tehty yhtään laajaa terveystarkastusta oppilaille koko peruskoulun aikana. Terveystarkastuksiin varattava aika vaihtelee ja on etenkin lääkäreillä usein liian lyhyt. Lisäksi tarkastuksissa tiedetään olevan sisällöllisiä eroja.

**Taulukko 19. Laajan terveystarkastuksen vuonna 2011 vuosiluokilla 1, 5 ja 8 toteuttaneiden terveyskeskusten osuudet (%) terveyskeskuksen väestömäärän ja alueen mukaan.**

Laajojen terveystarkastusten toteutuminen				
	1. vuosiluokka (%)	5. vuosiluokka (%)	8. vuosiluokka (%)	N
Koko maa	79	90	85	153–155
<b>Väestömäärä</b>				
alle 5 000	91	95	95	22
5 000–9 999	79	85	81	27–28
10 000–19 999	71	86	82	28–29
20 000–49 999	81	93	87	53–54
50 000 tai yli	74	87	78	23
<b>Aluehallintovirasto</b>				
Lappi	83	94	94	18
Pohjois-Suomi	88	88	82	17
Länsi- ja Sisä-Suomi	77	92	87	39
Itä-Suomi	76	88	79	24–25
Lounais-Suomi	81	86	86	21
Etelä-Suomi	76	88	82	33–34

## Opiskeluterveydenhuollon terveystarkastukset

Lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa on kaikille opiskelijoille terveydenhoitajan tekemä terveystarkastus ensimmäisenä opiskeluvuonna ja lääkärintarkastus ensimmäisenä tai toisena opiskeluvuonna. Korkeakoulututkintoon opiskeleville tehdään ensimmäisenä opiskeluvuonna terveyskysely, jonka perusteella kutsutaan opiskelija tarvittaessa terveystarkastukseen.

Vuoden 2012 suunnitelmien mukaan toisen asteen opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastukset toteutuivat huonommin (84 %) ammatillisissa oppilaitoksissa kuin lukioissa (91 %). Myös terveydenhoitajien tarkastukset toteutuivat lukioissa (99 %) ammatillista oppilaitosta (95 %) paremmin.

Vuonna 2012 on AvoHILMOon tilastoitu 252 760 terveydenhoidollista ja 165 739 sairaanhoidollista käyntiä opiskeluterveydenhuoltoon. Sairaanhoidon käyntien osuus on 35 % käynneistä. Tässä ei kuitenkaan ole kaikki opiskelijoiden sairaanhoidon käynnit mukana, sillä terveyskeskuksessa opiskelija ei useinkaan kirjaudu erikseen opiskelijastatuksella, jolloin opiskelijan käynti ei erotu muista käynneistä.

## Opiskeluterveydenhuollon kokonaisuus

Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat sairaanhoitopalvelut. Ne pitää järjestää siten, että opiskelijoiden terveyttä edistävä ja sairauksia ehkäisevä toiminta sekä terveyden- ja sairaanhoitopalvelut muodostavat yhtenäisen opiskelijan terveyttä, hyvinvointia ja opiskelukykyä edistävän kokonaisuuden. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että samojen opiskeluterveydenhuoltoon ja opiskelukyvyn edistämiseen perehtyneiden ammattihenkilöiden pitäisi toteuttaa sekä opiskelijoiden terveydenhoito että sairaanhoito.

Kolme neljästä terveyskeskuksesta (73 %) raportoi, että niissä toteutui asetuksen velvoite opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuden järjestämisestä. Alueiden ja terveyskeskusten väestömäärän mukaisessa tarkastelussa voidaan havaita selkeitä eroja. Parhaiten tämä asetuksen velvoite näyttäisi toteutuvan väestömäärältään alle 5000 asukkaan terveyskeskuksissa sekä Lapissa ja Etelä- ja Lounais-Suomessa. Terveyskeskusten ilmoituksen mukaan 91 %:ssa terveyskeskuksista opiskelijalla oli mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan kanssa terveydenhoitopalvelujen lisäksi myös sairaanhoitopalveluissa. Vastaava luku lääkäripalveluille oli 57 %.

Yleisimmin, 64 %:ssa terveyskeskuksista, opiskeluterveydenhuollon sairausvastaanotto järjestettiin lääkäreiden normaalin vastaanotto toiminnan yhteydessä. Joka neljännessä (24 %) terveyskeskuksessa sairausvastaanoton ensisijainen järjestämispaikka oli opiskeluterveydenhuollon toimipiste oppilaitoksessa. Terveyskeskuksista 8 % ilmoitti järjestävänsä sairaanhoidon keskitetyssä opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Tämä oli tavallisempaa yli 50 000 asukkaan terveyskeskuksissa, joista 35 % järjesti opiskeluterveydenhuollon sairausvastaanoton keskitetyssä opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Kokonaisuudessaan tulokset ovat ristiriidassa opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuden toteutumista koskevien tulosten kanssa. Kun opiskeluterveydenhuollon sairausvastaanotto on järjestetty terveyskeskuslääkärin vastaanotto toiminnan yhteydessä, voi sairauden yhdistäminen opiskelijan opiskelukykyyneen tai hyvinvointiin jäädä puutteelliseksi.

Koulu- ja opiskeluympäristön terveellisyys ja turvallisuus sekä yhteisön hyvinvointi

Terveydenhuoltolaki velvoittaa seuraamaan koulu- ja opiskeluympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä koulu- ja opiskeluyhteisön hyvinvointia kolmen vuoden välein. Kuusi kymmenestä terveyskeskuksesta (62 %) ilmoitti, että ympäristön terveellisyys ja turvallisuus sekä yhteisön hyvinvointi tarkastetaan kouluissa tämän mukaisesti, vähintään joka kolmas vuosi. Eniten tarkastuksia ilmoittivat tekevänsä yli 50 000 väestön terveyskeskukset. Pohjois-Suomessa tarkastuksia ilmoitettiin tehtävän muita alueita vähemmän. Koulu- ympäristöön ja -yhteisöön kohdistuvien tarkastusten tekeminen on seurantojen mukaan yleistynyt, vaikka onkin vielä riittämätöntä.

Toisen asteen oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen terveellisyyden ja turvallisuuden tarkastusten toteutuminen on heikompa kuin kouluissa. Terveyskeskuksista 59 %:ssa lukioden terveellisyyden ja turvallisuuden tarkastus oli tehty joka kolmas vuosi tai useammin. Vastaava luku ammattioppilaitoksille oli 42 %.

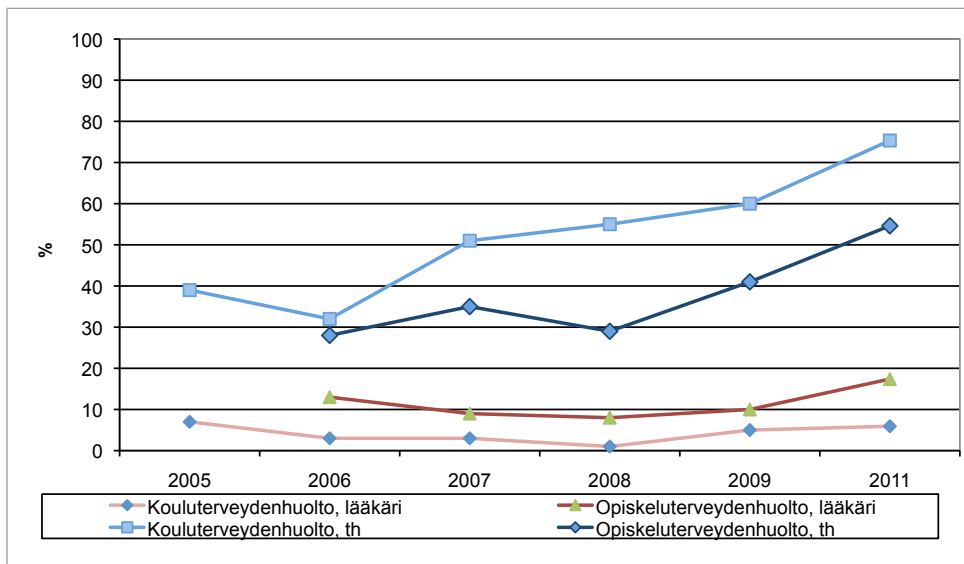
## Henkilöstömitoitus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Asetuksen toimeenpano edellyttää kansallisten mitoitussuosituksen mukaisia henkilöstövoimavaroja. Henkilöstövoimavaratietoja on kerätty terveyskeskuksista erilliskyselyillä ja tiedonkeruilla vertailukelpoisesti vuodesta 2005 lähtien. Henkilöstömitoitus vaikuttaa suoraan palvelujen laatuun, kuten tarkastusten pituuteen ja sisältöön sekä lisäkäyntien saatavuuteen.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoituksessa oli huomattavia eroja terveyskeskusten välillä. Terveydenhoitajamitoitussuositus toteutui vuonna 2011 kouluterveydenhuollossa 75 % ja opiskeluterveydenhuollossa 55 % terveyskeskuksista. Eniten vajausta oli kouluterveydenhuollon lääkäreiden työpanoksesta. Vain 6 % terveyskeskuksista täytti lääkäreiden henkilöstömitoitussuosituksen. Opiskeluterveydenhuollossa lääkärimitoituksen suositus toteutui 17 %:ssa terveyskeskuksista.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstöresursseissa on tapahtunut jonkin verran muutoksia 2000-luvun puolivälin jälkeen (kuvio 29). Eniten parannusta on tapahtunut kouluterveydenhoitajien henkilöstömitoituksessa. Vuonna 2006 vain joka kolmas terveyskeskus täytti terveydenhoitajan henkilöstömitoitussuosituksen. Vuonna 2011 vastaava luku oli 75 %. Toisaalta kouluterveydenhuollon lääkäritilanne oli heikko eikä parannusta suosituksen saavuttamisen suhteen ole kuuden vuoden seuranta-ajalla juurikaan havaittavissa.

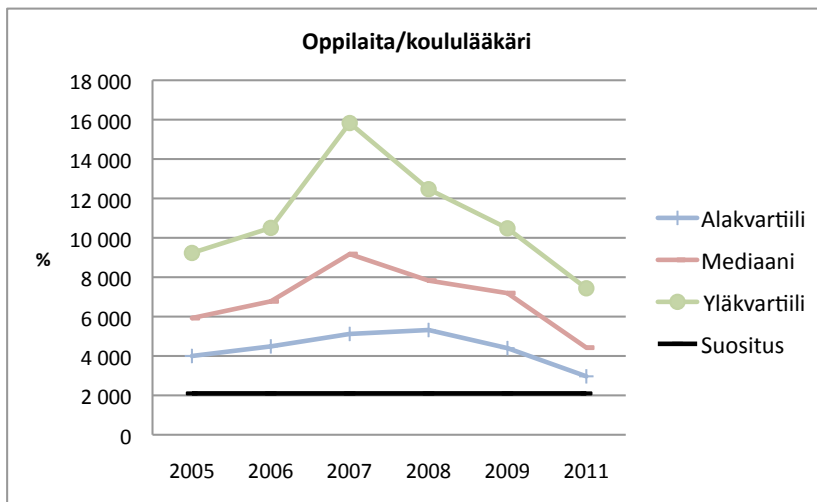
**Kuvio 29. Valtakunnallisten koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoitussuositusten toteutuminen (prosenttiosuus) terveyskeskuksissa vuosina 2005–2011**





Seurantatiedot kertovat lääkäriyöpanoksen lisäyksestä kouluterveydenhuollossa (kuvio 30), vaikka suositusmitoituksia ei ole laajasti saavutettukaan. Vuonna 2007 yhtä koululääkärihenkilötyövuotta kohti oppilasmäärän mediaani oli yli 9000 oppilasta. Tilanne on korjaantunut huomattavasti ja vuonna 2011 koululääkärikohtainen oppilasmäärän mediaani oli noin 4000 oppilasta.

**Kuvio 30. Koululääkäreiden henkilöstömitoituksen tunnusluvut (oppilaita/henkilötyövuosi) vuosina 2005–2011 terveyskeskuksissa. Keskiluku (mediaani) ja neljännesrajat (ylä- ja alakvartili), joiden väliin sijoittuu puolet vastauksista**



Henkilöstömitoitusten toteutumista on myös tarkasteltu suhteessa laajojen terveystarkastusten toteutumiseen. Vain 4 %:ssa terveyskeskuksia toteutuivat kouluterveydenhuollossa samanaikaisesti laajat terveystarkastukset ja lääkäreiden suositusten mukainen henkilöstömitoitus. Terveyskeskuksista 72 % ilmoitti kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten toteutuvan, vaikka lääkäreiden henkilöstömitoitussuositus ei täyttynyt. Tämä tarkoittanee suuria eroja ja puutteita laajojen terveystarkastusten ajankäytössä ja sisällöissä.

#### Koulukuraattori ja – psykologi henkilöstövoimavarat

Taulukossa 20 kuvataan terveyskeskusten ilmoittamat koulupsykologi- ja -kuraattoritoiminnan henkilöstövoimavarat. Keskimäärin terveyskeskuksen alueen peruskouluissa oli kokopäivätoimista koulupsykologia kohden 1262 oppilasta. Vastaava luku koulukuraattoritoiminnalle oli 993 oppilasta. Vaihtelu terveyskeskuksen koon ja alueen mukaan oli suurta. Huonoin psykologitoiminnan ja kuraattorityön henkilöstövoimavaratilanne oli yli 20000 väestön terveyskeskuksissa. Koulupsykologitoiminnan henkilöstöresurssitilanne oli heikoin Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella. Kuraattoritoiminta oli parhaiten resursoitu Lapissa ja Etelä-Suomessa.

**Taulukko 20. Terveyskeskuksen alueen peruskoulujen käytettävissä olevat koulunkäynnin tuen henkilöstövoimavarat vuonna 2011. Keskiluku (mediaani) ja kvartiilipisteet, joiden väliin jää puolet terveyskeskuksista, terveyskeskuksen väestömäärän ja alueen mukaan.**

	Oppilaita/koulupsy- kologitoiminnan henkilötyövuosi			Oppilaita/kouluku- raattoritoiminnan henkilötyövuosi		
	Keskiluku	Kvartiiliväli	N	Keskiluku	Kvartiiliväli	N
<b>Koko aineisto</b>	1262	(943–2090)	90	993	(723–1250)	90
<b>Väestömäärä</b>						
alle 5 000	870	(380–3500)	7	741	(163–1583)	4
5 000–9 999	681	(584–1050)	15	634	(503–1050)	17
10 000–19 999	1219	(840–1779)	18	928	(765–1253)	20
20 000–49 999	1749	(1175–2246)	33	1107	(870–1467)	32
50 000 tai yli	1623	(1240–2293)	17	1046	(936–1240)	17
<b>Aluehallintovirasto</b>						
Lappi	612	(380–4060)	7	723	(316–950)	6
Pohjois-Suomi	2647	(1234–3980)	8	1046	(717–1180)	11
Länsi- ja Sisä-Suomi	1276	(1154–1850)	20	1080	(868–1433)	23
Itä-Suomi	1300	(769–2109)	16	1026	(715–1716)	16
Lounais-Suomi	1193	(979–1785)	16	1160	(1050–1482)	13
Etelä-Suomi	1320	(943–2150)	23	872	(724–998)	21

## Tarpeisiin vastaavuus

### Oppilaiden kokemuksia

Viidennen luokan oppilailta on kerätty kokemuksia oppilashuollon palveluista ja tuen saannista koulussa. Suurimmaksi osaksi oppilaat saivat apua huoliinsa vanhemmilta ja kavereilta. Noin viidennes oli saanut apua opettajalta (pojat > tytöt) ja vajaa neljännes kouluterveydenhoitajalta. Tiedonkeruuseen osallistuneilla 5- luokkalaisilla tytöillä ja pojilla oli yhtä usein käyntejä oppilashuollon palveluissa. Kiusatuksi joutuneilla kuraattorikäyntejä oli vähän enemmän: muiden käyntien osalta ei eroja ollut. Väkivaltaa tai sen uhkaa kotona kokeneet kävivät useammin koululääkärillä. Myös ne oppilaat, joilla oli keskimääräistä enemmän huolia, kävivät terveydenhoitajalla ja lääkäriä muuta useammin ja käyttivät myös muita oppilashuollon palveluja enemmän. Toisin sanoen avun ja tuen tarpeessa olevat käyttävät enemmän oppilashuollon palveluja, joiden siten voidaan ajatella kohdentuvan oikein.

Yli puolta lapsista ei ollut kiusattu koulussa. Kaikki kiusaaminen ei ollut myöskään koulun aikuisten tiedossa: esimerkiksi kiusatuista yli puolet oli kertonut opettajalle ja viidennes kouluterveydenhoitajalle kiusaamisesta. Jos lapsi oli kertonut kiusaamisesta, niin 15 prosentissa tapauksista ei oltu tehty mitään ja vain reilussa kymmenesosassa oli varmistettu, että kiusaaminen oli todella loppunut.

Enemmistö eli noin neljä viidestä laajaan terveystarkastukseen osallistuneesta viidesluokkalaisesta lapsesta koki, että kouluterveydenhuollon laajassa terveystarkastuksessa oli puhuttu hänelle tärkeistä asioista ja hänen mielipidettään oli kuunneltu. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut tässä eroja. Harvemmin tarkastuksissa oli selvitetty koko perheen hyvinvointia. Tytöt kertoivat jonkin verran poikia useammin koko perheen hyvinvoinnin selvittämisestä.

### Vanhempien osallistuminen tarkastuksiin ja kokemuksia kouluterveydenhuollosta

Vanhemmat osallistuvat kouluterveydenhuollon laajaan tarkastukseen ensimmäisellä luokalla 86 %:ssa, viidennellä luokalla 71 %:ssa ja kahdeksannella luokalla 45 %:ssa luokkataso tarkastuksista. Vanhempien kokemukset 5. luokan laajasta terveystarkastuksesta ovat sangen myönteiset. Vanhemmista yli 70 prosenttia on jälkikäteen kysyttäessä pitänyt tarkastusta perheen näkökulmasta hyödyllisenä. Kuitenkin yli kolmannes vanhemmista piti saamaansa tietoa ja tukea vanhemmuuteen ainakin osin riittämättömänä.

Viiden luokan oppilaiden vanhemmista 60 % kokee, että ei ole tarvinnut kouluterveydenhuollon tukea. Tukea tarvinneista 80 % oli tyytyväisiä siihen. Vanhemmista 14 % arvioi, että saatu kouluterveydenhuollon tuki ei ollut vastannut odotuksia ja 6 % koki, ettei ollut saanut tukea, vaikka olisi sitä tarvinnut.

### Paikallisten tarpeiden vaikutus koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömääriä suunniteltaessa pitäisi valtakunnallisten suositusten mukaan huomioida psykososiaalisen työn vaativuus, erityistä tukea tarvitsevien koululaisten ja opiskelijoiden lukumäärä, työntekijän vastuualueella sijaitsevien koulujen lukumäärä sekä psykologi- ja kuraattoritoimintojen voimavarat kouluissa.

Puolet terveyskeskuksista (51 %) ilmoitti, että kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen oli vaikuttanut erityistä tukea vaativien koululaisten lukumäärä. Psykologi- ja kuraattoritoiminnan resurssit tai koulujen lukumäärä olivat vaikuttaneet mitoitukseen joka kolmannessa (30–31 %) terveyskeskuksessa. Psykososiaalisen työn vaativuus oli huomioitu henkilömitoituksissa 45 %:ssa terveyskeskuksista.

### Taloudellisuus

Varhaisilla toimenpiteillä ja yhteisöllisellä toiminnalla on mahdollista ehkäistä ongelmien syntyä. Ne ovat pitkällä aikavälillä kustannustehokkaampia kuin myöhemmin suunnatut toimenpiteet. Lieviin arjen huoliin tulisi puuttua ennen tilanteen monimutkaistumista. Heikkojen signaalien huomiotta jättäminen voi olla alku syrjäytymisen kierteelle, johon puuttuminen ongelmien vaikeutuessa ja myöhemmässä elämänvaiheessa voi olla haastavampaa. Tällöin myös käytettävät toimenpiteet ovat kalliimpia ja usein niiden vaikuttavuus on huonompi. Tutkimusten mukaan toimet ovat vaikuttavampia kohdistuessaan varhaisten elinvuosien pulmiin kuin myöhemmin havaittuihin ongelmiin.

Lapsiin tai perheisiin liittyvillä yhteistyöinterventioilla on voitu havaita vähintään kohdalaista vaikutusta lapsen kehitykseen, käyttäytymiseen, itseluottamukseen, sosiaalisiin taitoihin, sääntöjen noudattamiseen, psykososiaaliseen toimintakykyyn ja koulumenestykseen. Tämä on merkittävää myös kustannusten kannalta, sillä erilaisten kehityksen suoja- ja riskitekijöiden on aikaisemmissa pitkittäistutkimuksissa todettu heijastuvan aina aikuisiälle saakka vahvistaen alkuun lähtenyt kehityssuuntaa: suojatekijät kasvattavat positiivisten seurausten ja riskitekijät negatiivisten seurausten ja syrjäytymisen todennäköisyyttä.

Lastensuojelun keskusliitona ELLA -hankkeessa on tehty lasten, nuorten ja perheiden ongelmatilanteista hypoteettisia kustannuslaskelmia, joissa on todettu perustason varhaisen tuen ja myöhemmin asiaan tartuttaessa vaadittavan erityistason tuen ja hoidon väliset suuret kustannuserot. Tarja Paakkosen lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja koskevassa väitöskirjatutkimuksessa (2012) todettiin peruspalvelujen puutteellisen järjestämisen kunnassa lisäävän nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarvetta. Lisäksi koulu- ja oppilaitosympäristöihin vietyjen yhteisöllisten ja ryhmämuotoisten menetelmien vaikuttavuudesta ja taloudellisuudesta on kertymässä lisääntyvää tutkimusnäyttöä.

Kuntien peruspalvelujen valtionosuuksia korotettiin pysyvästi 18,5 miljoonalla eurolla asetuksen 338/2011 mukaisten palvelujen järjestämiseksi ja tarvittavan henkilöstön rekrytoimiseksi. Asetuksen valmisteluvaiheessa vuonna 2009 laskettiin henkilöstömitoitussuosituksen perusteella koko kouluterveydenhuoltotyöhön maassamme tarvittavan yhteensä 951 terveydenhoitajan ja 272 lääkärin henkilötyövuotta, josta siis suuri osa oli jo olemassa. Kouluterveydenhuoltotyöhön on vuosina 2010 - 2012 palkattu lisää henkilöstöä; koko maassa yhteensä 105 terveydenhoitajaa ja 45 lääkärinä. Seurantatietojen mukaan vain osa kunnista on hyödyntänyt saamaansa lisärahoitusta toivottuun tarkoitukseen.

## Johtopäätöksiä

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimintaedellytykset ovat parantuneet lainsäädäntömuutosten myötä. Toimintaan suunnatut henkilöstöresurssit ovat parantuneet. Muutoksessa on havaittavissa selkeä ajallinen yhteys asetuksen 338/2011 (ent. 380/2009) vuonna 2007 alkaneeseen valmisteluun ja voimaan tuloon vuonna 2009. Toiminnasta on tullut myös entistä suunnitelmallisempaa. Palvelujen tasa-arvoisuus on lisääntynyt, vaikka edelleen voidaan havaita eroja maantieteellisestä alueesta ja väestön koosta riippuen. Aluehallintovirastot ja Valvira seuraavat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lainsäädännön mukaisen toiminnan toteutumista valvontaohjelman mukaisesti. Valvonnan painopistealueena oli kouluterveydenhuolto vuonna 2012 ja opiskeluterveydenhuolto on erityisenä painopisteenä vuonna 2014. Ehkäisevän toiminnan valvonnalla on muun muassa tehostettu toimintaohjelmien valmistelua, terveystarkastusten määrällistä järjestämistä ja välillisesti henkilöstöresurssin lisäämistä.

Oppilas- ja opiskelijahuollon palveluissa ja koko toiminnassa on tärkeää moniammatillinen yhteistyö koulun ja oppilaitoksen sisällä. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013, voimaan 1.8.2014) luodaan tälle moniammatilliselle ja monialaiselle työlle johtamisen rakenteet ja yhtenäiset toimintatavat. Samalla se nostaa oppilas- ja opiskelijahuollon osaksi lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaa kunnassa.

Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelukokonaisuuden kehityksessä on havaittavissa monia myönteisiä muutoksia. Hyvinvoinnin edistäminen, yhteisöllinen työ ja aikaisempaa varhaisempi tuen saanti sekä näiden kautta palveluista saatava kustannushyöty ovat parane-massa. Edelleen on kuitenkin suuri puute henkilöstöresursseista sekä tarvetta sisällölliselle palvelujen ja yhteistyön kehittämiseksi. Palvelut eivät toteudu optimaalisesti ja havaittavissa on epätasa-arvoisuutta palvelujen saatavuudessa.

### 3.10 Näkemyksiä lapsiperheiden palvelujen saatavuudesta

*Marja-Leena Perälä, Nina Halme, Outi Kanste*

#### Johdanto

Tässä luvussa lapsiperheiden palvelujen saatavuutta tarkastellaan käyttäjien ja työntekijöiden kokemana. Tarkastelussa olivat lapsiperheiden keskeiset terveyspalvelut, sosiaalipalvelut ja varhaiskasvatus, liikunta- ja kulttuuripalvelut, aamu- ja iltapäivätoiminta sekä keho- toiminta. Palveluina pidetään julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin (järjestöt, yhteisöt) tuottamia palveluja. Myös epävirallista sosiaalista tukea ja apua voidaan pitää jossain määrin palveluna. Sukulaisten, erityisesti isovanhempien osuus voi olla yhteiskunnallisesti merkittävä (esim. Danielsbacka, Tanskanen & Hämäläinen 2013) ja kompensoida muiden palvelujen heikkoa saatavuutta ja saavutettavuutta.

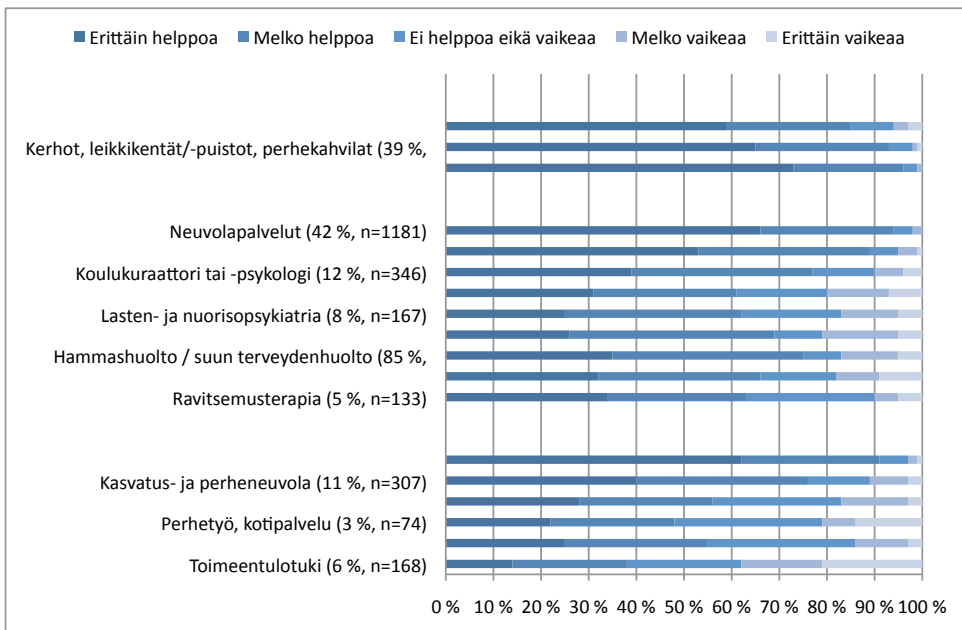
Palvelujen saavutettavuus ja saatavuus ovat palvelujen ulkoisia laatutekijöitä (vrt. Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008). *Palvelujen saatavuus* liitetään palveluvalikoimaan; palvelu on saatavilla silloin, kun sitä on tarjolla. Palvelun saatavuus ei kuitenkaan vielä kerro, onko palvelu myös erilaisten palveluja tarvitsevien ihmisten kannalta hyvin toimiva ja siten saavutettavissa. *Palvelujen saavutettavuus* on yhdenvertaisuuden edistämistä. Hyvää palvelujen saavutettavuutta on se, että palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja että palveluja on tarjolla silloin, kun asiakkaat sitä tarvitsevat ja siinä muodossa, joka parhaiten vastaa heidän tarpeitaan. Saavutettavuuden tarkastelussa fyysiseen saavutettavuuden ohella huomiota tulee kiinnittää myös kognitiiviseen saavutettavuuteen, jolla tarkoitetaan tietoisuutta muun muassa palvelujen sijainnista, laadusta ja luotettavuudesta. Yhteiskunnallisilla ja kulttuurisilla tekijöillä, kuten sosiaalisilla verkostoilla tai tiedon saamisella eri tietolähteistä on merkitystä palvelujen saavutettavuuteen. Saavutettavuuteen vaikuttavat lisäksi monet henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ihmisten ajankäyttö, fyysiset toimintamahdollisuudet, asenteet ja osallistuminen. (Rehunen, Rantanen, Lehtola & Hiltunen 2012.) Kirjallisuudessa saatavuutta ja saavutettavuutta käytetään usein synonyymeinä, niin tässäkin artikkelissa.

Tarkastelu perustuu palveluja käyttäneiden alle 18-vuotiaiden lasten vanhempien arvioon palvelujen saatavuudesta/saavutettavuudesta ja työntekijöiden arvioon siitä, miten asiakkaat saavat palveluja. Tiedot perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen aineistoihin. Pääosa tuloksista on saatu Lapsiperhekyselystä 2012, johon vastasi 2956 alle 18-vuotiaan lapsen vanhempaa (Perälä, Halme & Kanste 2013). Viimeisen vuoden aikana palvelua käyttäneet vanhemmat arvioivat myös palvelun saatavuutta viisiportaisella Likert -asteikolla (erittäin helppoa–erittäin vaikeaa). Tässä käytetään myös lasten, nuorten ja perheiden palvelut ja niiden johtaminen -kyselyaineistoja kuten lasten palveluissa työskentelevien (n=457) kyselyä (Halme, Vuorisalmi & Perälä 2014), päihdepalveluyksiköissä toimivien työntekijöiden (n=132) kyselyä (Kanste, Halme, Rintanen & Perälä 2014, Kanste, Pitkänen & Perälä 2014) sekä päihdepalveluita käyttäneiden tai niiden tarpeessa olleiden pienten lasten vanhempien kyselyjä ja haastatteluja (n=34) (Pitkänen, Kaskela, Halme & Perälä 2014).

## Terveyspalvelut

Lapsiperhekyselyyn 2012 vastanneista lähes kaikki viimeisen vuoden aikana universaaleja lastenneuvola- tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja käyttäneet lapsiperheet olivat tyytyväisiä niiden saatavuuteen, alle viiden prosentin mielestä saatavuus oli hankalaa. Vanhemmat olivat tyytymättömämpiä kohdennettujen terveyspalvelujen (mm. lisäkäyntien) saatavuuteen. Noin 20 prosenttia vanhemmista piti aikuisten psykiatrian ja mielenterveyspalvelujen, lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä terveyskeskuksen vastaanotto- palvelujen saatavuutta melko tai erittäin vaikeana. Aikuisten psykiatria- ja mielenterveys- palvelujen saatavuus oli vaikeinta Helsingin ja Uudenmaan sekä Länsi-Suomen alueilla. Koulukuraattori- ja psykologipalvelujen saatavuus oli 10 prosentin mielestä vaikeaa. Myös pienten lasten puheterapian saatavuudessa oli vaikeuksia (18 %). (Kuvio 31) Lapsiperheiden mukaan hammashuollon palvelujen saatavuudessa oli joitakin tilastollisesti merkitseviä alueellisia eroja. Länsi-Suomessa myös hammashuollon palveluiden saatavuus oli muuta maata vaikeampi.

**Kuvio 31. Palvelujen saatavuus niitä käyttäneiden kokemana (N = 2 956, joista 1125 vanhemmalla oli alle kouluikäisiä lapsia). Sulkeisiin merkitty kyseistä palvelua käyttäneiden osuus ja lukumäärä (% , n) (Mukaiu: Perälä, Halme & Kanste 2014).**



## Sosiaalipalvelut ja varhaiskasvatus

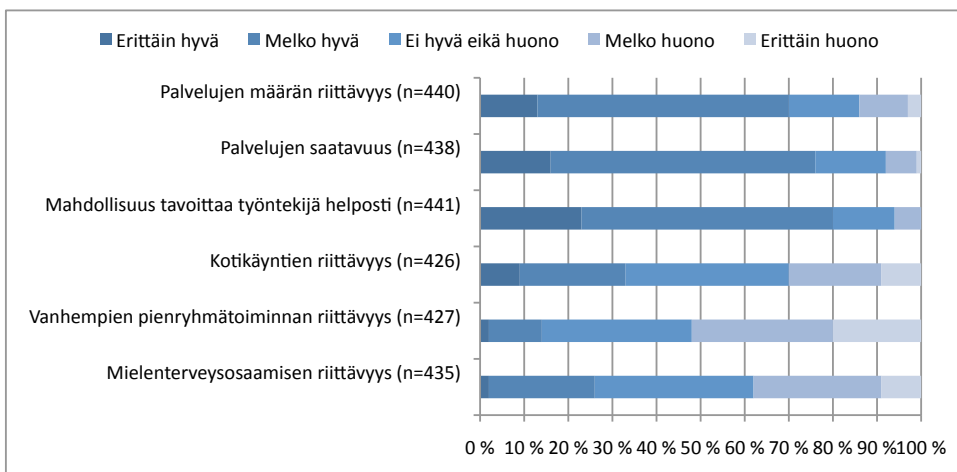
Päivähoitopalveluja viimeisen vuoden aikana (2012) käyttäneet pitivät niiden saatavuutta helppona (92 %) (kuvio 31). Kasvatus- ja perheneuvolan palvelujen käyttö oli pikkulapsiperheissä muita perheitä yleisempää. Tätä selittää se, että osa kasvatus- ja perheneuvoloiden voimavaroista kuluu muun muassa lapsen kehitystaso- ja kouluvalmiustutkimuksiin. Viidennes pikkulapsiperheistä oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt näitä palveluja.

Lastensuojelun palveluja viimeisen vuoden aikana (2012) käyttäneistä lapsiperheistä noin viidennes koki palvelujen saatavuuden vaikeaksi. Lastensuojelupalvelujen saatavuudesta on vaikea muodostaa kattavaa käsitystä, sillä esimerkiksi avo- ja sijaishuollon palvelujen saatavuudessa on aikaisempien selvitysten mukaan paljon vaihtelua (Miettinen 2013). Myös perhetyöntekijöiden tehtäväkuvat vaihtelevat paljon. (Kuvio 31.) Toimeentulotukea saaneista 30 prosenttia koki sen saamisen vaikeaksi. Perhetyön ja kotipalvelun saaminen oli Länsi-Suomen alueella jonkin verran muuta maata vaikeampana.

### Työntekijöiden näkemys palvelujen riittävydestä

Vuonna 2009 valtaosa (76 %) lapsiperhepalveluissa (äitiys- ja lastenneuvolassa, päivähoitossa, esiopetuksessa, alkuopetuksessa) toimivista työntekijöistä piti toimipaikkansa palvelujen saatavuutta hyvänä tai erittäin hyvänä. Myös palvelujen määrää ja mahdollisuuksia tavoittaa työntekijä pidettiin hyvinä. Riittämättömimpinä pidettiin pienryhmätoimintaa, kotikäyntejä ja mielenterveysosaamista toimipaikassa; yli puolet (52 %) vastaajista piti vanhempien pienryhmätoimintaa, lähes kaksi viidennestä (38 %) mielenterveysosaamista ja vajaa kolmannes kotikäyntejä (30 %) riittämättömänä. Kunnan koko tai toimipaikka (äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, päivähoito, esiopetus ja alkuopetus) ei ollut yhteydessä siihen, millaiseksi palvelujen riittävyys arvioitiin. (Kuvio 32.)

**Kuvio 32. Työntekijöiden arvio palvelujen, niiden saatavuuden ja työntekijöiden osaamisen riittävydestä. Sulkeissa on kysymykseen vastanneiden määrä (N=457). (Mukailtu: Halme, Vuorisalmi & Perälä 2014.)**





### Kulttuuri- ja liikuntapalvelut sekä kolmannen sektorin tarjoama toiminta

Kulttuuri- ja liikuntapalveluihin, järjestöjen toimintaan sekä muuhun arkea ja yhteisöllisyyttä tukevaan toimintaan oli osallistunut suuri osa perheistä (vuonna 2012) (kuvio 31). Etenkin alle kouluikäisten lasten perheistä valtaosa (74 %) oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt leikkikenttiä ja -puistoja ja osallistunut erilaiseen kerhotoimintaan, perhekahviloihin tai muihin kaikille avoimiin toimintoihin. Vanhemmat olivat myös tyytyväisiä näiden palvelujen saatavuuteen. Nämä palvelut sijaitsevat usein lähellä perheen kotia ja ovat pääosin maksuttomia.

Viidennes vastanneista oli käyttänyt vuoden aikana aamu- ja iltapäivätoimintaa, kulttuuri- ja liikuntapalveluja, mukaan lukien kirjastopalvelut. Kulttuuri- ja liikuntapalvelujen saatavuudessa havaittiin pieniä alueellisia eroja: Helsingin ja Uudenmaan alueella sekä Ahvenanmaalla näiden palvelujen saatavuus koettiin jonkin verran muuta maata paremmaksi.

### Päihdepalveluita käyttäneiden kokemus palvelujen saavutettavuudesta

Päihdepalveluita käyttäneiden vanhemmilla oli kokemuksia monien samanaikaisten palveluiden käytöstä. Vanhemmat saivat apua melko hyvin muun muassa neuvolasta, mielenterveys- ja sosiaalityöntekijöiltä sekä työvoimatoimistosta. Haastatteluissa (vuonna 2010) tuli esille, että avun hakemisen kynnys päihdeongelmaan oli korkea monilla pienten lasten vanhemmilla. Joillakin pelko lasten huostaanotosta hidasti lastensuojeluun hakeutumista. Jotkut eivät hakeneet apua, vaikka sitä olisivat sitä tarvinneet. Toisaalta monet päihdehoidossa olleet vanhemmat kokivat konkreettisen avun saamisen ja hoitoon pääsemisen vaikeaksi. Hoitoon hakeutumista vaikeuttivat myös leimautumisen tai lasten menettämisen pelko.

Lasten huomioon ottamisessa ja avun tarjoamisessa voi olla puutteita monissa päihdeyksiköissä. Päihdeyksiköiden kyselyn mukaan noin kolmessa päihdeyksikössä neljästä asiakkaalta kysyttiin lapsista ja tieto kirjattiin asiakirjoihin lähes aina. Lähes kymmenesosassa päihdeyksiköstä asiaa ei kysytty, eikä sitä kirjattu asiakirjoihin. Perhetyön palveluilla voidaan auttaa lapsiperheitä selviämään arjessa. Suuressa osassa (noin 40 %) päihdeyksiköitä perhetyötä ei kuitenkaan ollut saatavilla. Tukea oli tarjolla perheen kriisitilanteisiin, mutta harvemmin arjessa jaksamiseen.

Haastateltujen päihdepalveluita käyttäneiden vanhempien mukaan lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen yhteistyötä pitäisi tiivistää ja parantaa mahdollisuuksia päästä perhehoitoon. Erityisesti ehkäisevän perhetyön palveluja ja avun saamista myös virka-ajan ulkopuolella pitäisi lisätä sekä mahdollistaa joustava hoidon piiriin palaaminen jälkihoitovaiheessa ja kriisitilanteissa. Riski päihdeongelman uusiutumiseen voi jatkua vielä vuosia aktiivisen hoidon päättymisen jälkeen. Lapsiperheiden arjessa on tilanteita, joissa voidaan tarvita tukea hyvin nopeasti. Monet vanhemmat nimesivät tilanteita, jolloin vahvempi tuki olisi voinut estää suuremman kriisin. Näitä olivat muun muassa pikkulapsi-aika, avioero tai tukiverkoston purkamisen päihdepalveluja saaneilla. Avun saamista vaikeuttivat myös heikko tiedon saaminen palveluista sekä työntekijöiden puutteellinen osaaminen päihdeongelmien ja kriisitilanteiden hoidossa erityisesti lastensuojelussa sekä äitiys- ja lastenneuvolassa.

Vaikka päihdeyksiköiden mielestä työntekijät tuntevat melko hyvin perheille tarjolla olevat palvelut, vanhemmat kokivat, että palvelutarjonnasta ja erityispalveluista oli vaikea

saada tietoa ammattilaisilta. Päihdepalvelujen kehittämisessä kunnan taloudellisen tilanteen todettiin olevan merkittävin tekijä, kun taas lapsen ja lapsiperheiden näkemyksillä oli vain vähän merkitystä. Palautetta kysyttiin vain harvoin lapsilta itseltään.

### Saatavuuteen yhteydessä olevia tekijöitä

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus ovat keskeisiä riittävän tuen saamisen edellytyksiä. Perheet, joilla on voimavaroja kuormittavia tekijöitä ja joiden sosiaalinen asema oli alhaisempi, kokivat palvelujen saamisen vaikeampana. Hoidon saatavuutta häittivät palvelujen puute tai etäisyys palveluihin. Palveluja haluttiin saada läheltä ja myös muulloin kuin virka-aikana. Tyytymättömyys julkisiin palveluihin voi johtaa siihen, että lapsiperheet hakeutuvat yksityisiin palveluihin. Vanhemmuuteen liittyvillä huolilla ja vanhempien arvioimalla terveyskeskuspalvelujen saatavuudella sekä pienten lasten yksityislääkäripalvelujen käytöllä on havaittu yhteyksiä. Pienten lasten vanhemmat, jotka hakeutuvat yksityisiin lääkäripalveluihin, arvioivat terveyskeskuspalvelujen saatavuuden vaikeaksi, vaikutusmahdollisuudet lasta, nuorta ja perhettä koskeviin asioihin vähäiseksi sekä yhteistyön, palvelujen laadun ja riittävyuden puutteelliseksi. Toisaalta yhteistyön heikko toimivuus ja palvelujen riittämättömyys olivat yhteydessä vanhempien arvioihin äitiys- ja lastenneuvolan tai kouluterveydenhuollon palvelujen välttävästä laadusta. Yksityisiä palveluja käyttivät erityisesti korkeasti koulutetut vanhemmat, joilla on hyvä taloudellinen tilanne ja silloin, kun yksityiset palvelut sijaitsevat lähellä.

### Johtopäätökset

Valtaosa lapsiperheistä voi hyvin, ja heille riittävät jo tarjolla olevat palvelut. Universaalien palvelujen kuten päivähoiton, esi- ja perusopetuksen, äitiys- ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon saatavuus ja saavutettavuus koettiin kohtuullisen hyväksi, mutta lastensuojelun tukitoimien ja toimeentulotuen saaminen oli hieman vaikeampaa.

Vanhemmuuteen liittyviin huoliin ei kuitenkaan aina pystytty vastaamaan tarpeiden mukaisella tavalla. Eniten tukea tarvitsevat lapsiperheet kokivat palveluista saamansa tuen riittämättömänä. Kun tuki ja etuudet eivät aina vastaa yksittäisen lapsiperheen tarpeita, perheen tilanne ehtii monimutkaistua, ennen kuin saadaan apua.

Palveluja käyttäneistä vanhemmista osalla oli jonkinasteisia vaikeuksia palvelujen saatavuudessa. Vähintään viidenneksellä oli vaikeuksia saada toimeentulotukea, perhetyötä ja kotipalveluja, aikuisten psykiatrian ja mielenterveyspalveluja tai päästä terveyskeskuksen vastaanotolle.

Työntekijöiden mukaan lapsiperhepalveluiden saatavuus oli pääosin hyvää tai erittäin hyvää. Pienryhmätoimintaa, kotikäyntejä ja mielenterveysosaamista on osin riittämättömästi.

Palveluja haluttiin saada läheltä ja myös muulloin kuin virka-aikana. Erityisesti päihdepalveluja käyttäneet toivoivat joustavuutta palata hoidon piiriin, jos tarvetta ilmenee. Tarvitaan yhteistoiminnan tiivistämistä silloin, kun perhe tarvitsee monenlaista tukea, josta vastuu jakautuu useille tahoille tai sitä ei ole määritelty sekä lasten huomioon ottamisen tehostamista päihdepalveluissa.

Tyytymättömyys julkisiin palveluihin voi johtaa siihen, että lapsiperheet hakeutuvat yksityisiin palveluihin.

### 3.11 Lastensuojelu

*Heino Tarja, Kuoppala Tuula, Känkänen Päivi, Oranen Mikko, Säkkinen Salla, Väisänen Antti*

#### Johdanto

Lastensuojelu nähdään Suomen lainsäädännössä ja lapsipolitiikassa laajana käsitteenä, joka kattaa yhteiskunnalliset toimet turvallisista kasvuoloista, kaikille tarjolla olevista palveluista ja vanhemmuuden tuesta aina sijaishuoltoon, viimesijaisten lastensuojelun tukitoimien ja erityispalvelujen järjestämiseen. Lastensuojelulakiin on kirjattu säännös ehkäisevästä lastensuojelusta. Se kohdistaa lasten ja perheiden peruspalveluille vastuun tuen ja erityisen tuen antamisesta. Tähän liiteaineistoon on koottu erityisesti ehkäisevään lastensuojeluun, lastensuojelun asiakkuuteen ja sijaishuollon palveluihin liittyvää aineistoa.

Keväällä 2012 tapahtunut 8-vuotiaan lastensuojelun asiakkaana olleen tytön kuolemaan johtanut pahoinpitely johti monentasoiseen tutkinta- ja selvitystyöhön. Valtioneuvoston asettama tutkintaryhmä teki tapahtuman johdosta turvallisuuslain mukaisen poikkeuksellisen tapahtuman tutkinnan. Ryhmän raportti toteamuksineen ja toimenpidesuosituksineen annettiin kesällä 2013. STM:n asettaman selvityshenkilöryhmän tehtävät olivat laajat ja ne keskittyivät varhaiseen tukeen ja monialaiseen yhteistyöhön. Ryhmä julkaisi sekä väliraportin, jonka se perusti pitkälti asiakkaiden kokemuksiin palvelujärjestelmän toimivuudesta, ja loppuraportin jossa esitettiin 54 toimenpide-ehdotusta. Samaan aikaan sekä Kuntaliitto (Puustinen-Korhonen 2013) että Lastensuojelun keskusliitto yhdessä Talentian kanssa tekivät omat selvityksensä (Ollisiko jo... 2013). Kuntaliitto selvitti kuntakyselyllä kunnan lastensuojelun johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä lastensuojelun ja muiden viranomaisten välisen yhteistyön toimivuudesta, tietojen vaihdosta sekä kuntien lastensuojelun tilanteesta palvelujen saatavuuden, työvoimakysymysten ja palvelujärjestelmän, lainsäädännön toimivuuden ja valvonnan näkökulmasta. Lastensuojelun keskusliitto ja Talentia tekivät kyselyn asiakastyössä toimiville kentän asiantuntijoille koskien lastensuojelun tilaa.

Lastensuojelun vaikuttavuudesta kiinnostunut Valtiovarainministeriö kutsui emeritus professori Jorma Sipilän ja professori Eva Österbackan selvityshenkilöiksi arvioimaan, missä määrin on perusteita tarkastella perheitä ja lapsia tukevia palveluja sosiaalisina investointeina, joihin panostamalla voidaan välttää suurempia julkisia kustannuksia korjaavista toimenpiteistä (Sipilä & Österbacka 2013). Eduskunnan tarkastusvaliokunta tilasi vuonna 2012 selvityksen nuorten syrjäytymisestä, ja raportti valmistui vuoden 2013 lopulla (Notkola ym. 2013). Siinä korostetaan erilaisten nivelvaiheiden kriittisyyttä, henkilökohtaisen tuen ja ohjauksen merkitystä sekä palvelujärjestelmän aukollisuuden paikkaamista ylisektoraalista yhteistyötä vahvistamalla. Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja keskittyi vuonna 2013 lapsen oikeuksien toteutumiseen.

Kokemusasiantuntijuuden merkitys on tunnistettu myös lastensuojelussa aikaisempaa painavammin. Sen hyödyntäminen on lisääntynyt yleisellä tasolla seminaareissa ja asiantuntijapäivillä, mutta sen jalkauttaminen lastensuojelun käytännön työhön etsii vielä muotoaan (Vario ym. 2012; Toimiva lastensuojelu, väliraportti 2012).

Tarja Pösö (2013) puhuu humanistisen lastensuojelun puolesta. Hän korostaa arvopeustaisen ja arvokriittisen toimintakulttuurin vahvistamista, jossa ohjaavaksi periaatteeksi nostetaan näkemys ihmisen arvosta. Pösö kysyy, onko vanhanaikaista ajatella, että lapsen arvoa ei voisiakaan tyhjentävästi mitata millään määreillä? Hän korostaa, että humanistinen lähestymistapa sisältää tietoisuuden muista lastensuojeluun vaikuttavista asioista, mutta se ei alistu niille. Se on kustannustietoinen, ei kustannusvetoinen; se on byrokraatiatietoinen, ei byrokraatiavetoinen. Edelleen Pösö tunnistaa yhteiskunnassa vahvistuneen ihmisen ja työn mittaamisen intressin. Mittaaminen ei hänen mukaansa sinällään ole ongelma, vaan se on välttämätöntä. Mutta ongelmallista on, jos mittaamisesta tulee ihmiskäsityksen ydin. Sellaisetkin ihmisenä olemiseen liittyvät seikat kuten epätäydellisyys, virheet, toiminnan epärationalisuus ja ”väärrien” asioiden haluaminen tulisi mahtua lastensuojeluun. ”Täydellinen ihminen” ei voi olla lastensuojelun ihannetoimija. On tarvetta sellaisiin rakenteisiin, jotka tunnistavat ihmisten inhimillisyyden lastensuojelun erilaisissa rooleissa ja jotka samanaikaisesti ehkäisevät inhimillisyyden tuomia riskejä ja haittoja. Lastensuojeluun tarvitaan ensisijassa ihmislähtöistä suunnittelua.

### Varhainen tuki ja ehkäisevä lastensuojelu

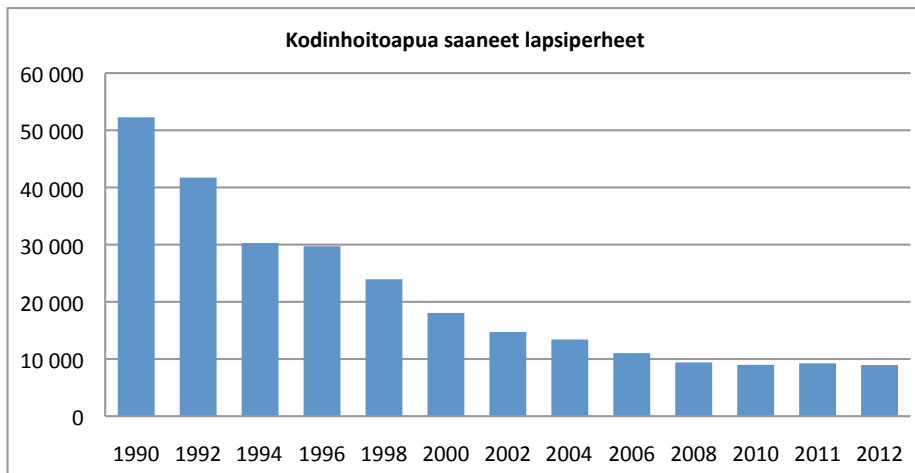
Pyrkimys auttaa lapsia, nuoria ja perheitä silloin, kun ongelmat eivät ole kasaantuneet eivätkä syventyneet, saa varsin laajan kannatuksen ja on yleisesti hyväksytty toimintaa ohjaava periaate. Lastensuojelulain mukaan kaikkien kuntien tulee laatia suunnitelmat lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi. Lakia säädettyä pyrittiin siihen, että suunnitelma toimisi merkittävänä koko kunnan lasten ja nuorten hyvinvointityön uutena ohjauksena. Hallituksen esityksen perusteluissa tavoitellaan, että suunnitelman valtuustokäsittely vahvistaisi lastensuojelun tarvetta sekä lastensuojeluun varattavia voimavaroja koskevien tietojen välittymistä talousarvion ja toimintasuunnitelman käsittelyn ja hyväksymisen yhteyteen. Lisäksi perusteltiin, että suunnitelma voitaisiin liittää myös osaksi kunnan tai seutukunnan hyvinvointi- tai lapsipoliittista ohjelmaa, joista ei ole säädetty laissa mutta joita oli monissa kunnissa jo laadittu. Suunnitelman tekemisen arvioitiin toimivan myös välineenä eri hallintokuntien välisen yhteistyön kehittämisessä. Kuntaliitto on seurannut suunnitelmien valmistumista vuosina 2010 ja 2011 tehdyillä kuntakyselyillä, ja neljä vuotta lakimuutoksesta tarkoittaa, että käytännössä jokaisen kunnan valtuusto on hyväksynyt lastensuojelun suunnitelman. Suunnitelmat on tehty kyselyn mukaan laajassa yhteistyössä kunnan eri toimialojen, seurakuntien ja järjestöjen kanssa. Uudelle suunnitelmakaudelle kehittämiskohteeksi kunnat nostivat kuntalaisten ottamisen vahvemmin mukaan suunnitelman tekemiseen.

Hallitusohjelmassa korostetaan lastensuojelutarpeen ehkäisemiseksi ja varhaisen puuttumisen edistämiseksi perhekeskustoiminnan laajentamista perheiden, kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyönä. Perhekeskusten tavoitteena on edistää varhaista puuttumista ja pulmien ennalta ehkäisyä. Lisäksi hallitusohjelma korostaa toimia lapsiperheiden kotipalvelujen ja matalan kynnyksen palvelujen kehittämiseksi ja lisäämiseksi. Tarkoitus on myös ollut kehittää ja lisätä vanhemmuuden tukea ja lasten vanhempien parisuhdeneuvontaa sekä kehittää erosovittelua lapsen edun vahvistamiseksi ja vanhemmuuden toteutumiseksi.

Lastensuojelulaki velvoittaa kunnan ensisijaisesti järjestävän perheelle sosiaalihuolto-  
laissa mainittujen sosiaalipalveluiden, kuten lasten päivähoidon ja kotipalvelun, sekä toi-  
meentulotuesta annetun lain (1412/1997) mukaisen toimeentulotuen ja ehkäisevän toi-  
meentulotuen mukaiset palvelut ja tuen. Joka neljäs (24,1 %) yksinhuoltajan perhe sai vii-  
mesijaista toimeentulotukea vuonna 2011. Yksinhuoltajaperheiden määrä toimeentulotuen  
saajana on lisääntynyt: vuonna 1990 toimeentulotukea sai 22 269 ja vuonna 2011 jo 28 441  
yksinhuoltaja perhettä. Kahden aikuisen lapsiperheiden määrä toimeentulotuen saajina on  
sen sijaan samana ajanjaksona vähentynyt 25 872:sta 21 716 perheeseen. Lasten määrä toi-  
meentulotukea saaneissa perheissä tuona aikana on myös lisääntynyt 48 141 lapsesta 50 157  
lapseen. Näistä lapsista yksinhuoltajaperheissä asuvien osuus on kasvanut (22 269 lasta; 46  
% vuonna 1990 ja 28 441 lasta; 57 % vuonna 2011). Köyhyys on kuulunut erityisesti moni-  
lapsisten yksinhuoltajaperheiden arkeen. Vuonna 2011 ehkäisevää toimeentulotukea sai  
yksinhuoltajaperheistä noin 4 865.

Ehkäisevän lastensuojelun tarjonta ei näytä lisääntyneen palveluissa, päinvastoin. Kun-  
taliiton selvityksessä (Puustinen-Korhonen 2013) korostuu peruspalvelujen ja lastensuojelun  
välisen yhteistyön tarve. Kunnallinen kodinhoitoapu on alun perin tarkoitettu monilapsi-  
sille perheille yllättäviin tilanteisiin ja sitä on annettu tarpeen mukaan. Sitä on kuitenkin  
saanut yhä harvempi lapsiperhe. Kun vielä vuonna 1990 yli 50 000 perhettä sai kunnallisen  
kodinhoitajan apua arkeensa, vuonna 2012 sitä sai vain alle 9 000 perhettä.

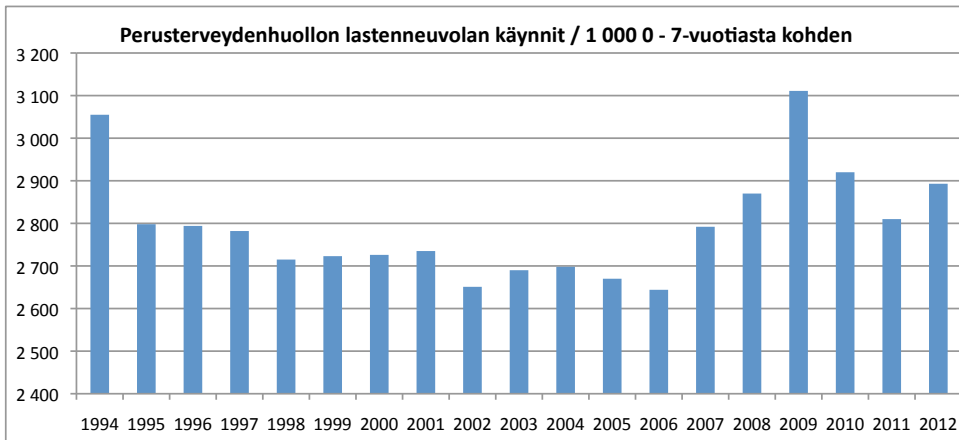
**Kuvio 33. Kodinhoitoapua saaneet lapsiperheet vuosina 1990–2012.**



Kuntaliiton tekemän selvityksen mukaan kotipalvelun käynneistä, joita oli yhteensä yli 25 miljoonaa vuonna 2011, vain alle yksi prosentti suuntautui lapsiperheisiin, 95 prosenttia kohdentuu vanhuskotitalouksiin, 5 prosenttia muihin kotitalouksiin ja 4 prosenttia vammaiskotitalouksiin. (www.kunnat.net 21.10.2013 julkaistun kuntautuisen liite)

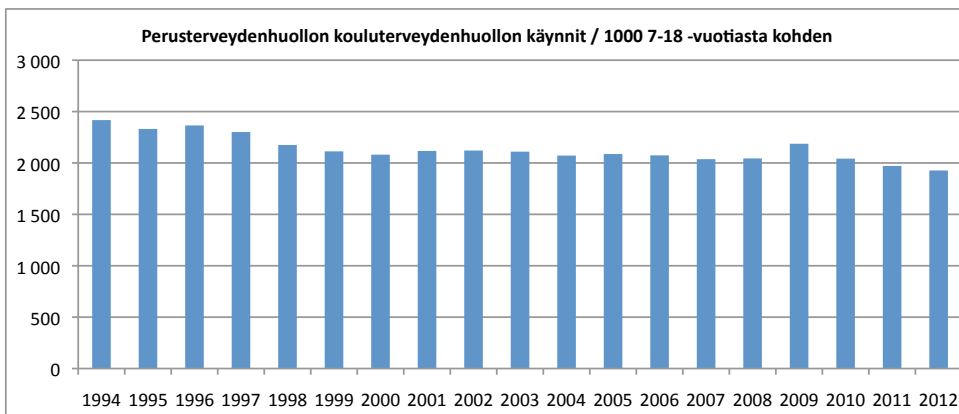
Lastenneuroläkäynnit tuhatta 0-7 v. kohden ovat olleet 2007 alkaen kasvussa niin, että vuonna 2009 oli yli 3 100 käyntiä, ja sen jälkeen kehitys näyttää vaihtelevan vuosittain. Vuonna 2012 lastenneuroläkäyntejä toteutui 2 800.

**Kuvio 34. Perusterveydenhuollon lastenneuroläkäynnit**



Lisäksi perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käyntien määrät ovat vähentyneet tuhatta 7-18 -vuotiasta kohden: Kun vuosina 1994 - 97 toteutui vielä yli 2300 käyntiä, on käyntien määrä vähentynyt alle 2000:n vuonna 2012.

**Kuvio 35. Kouluterveydenhuollon käynnit**



Annetut suositukset lastenneuvolan resursseista ovat toteutuneet heikosti: Vuonna 2009 terveyskeskuksista 27 %:ssa toteutui terveydenhoitajia koskeva mitoitus (340 lasta yhtä kokopäiväistä terveydenhoitajaa kohden) ja 14 %:ssa toteutui lääkärimitoitusta koskeva suositus (2400 lasta kokopäiväistä lääkäriä kohden). Sen sijaan kouluterveydenhoitajia koskeva mitoitusta koskeva suositus toteutui paremmin: 59 %:ssa terveyskeskuksista ylty siihen (600 oppilasta yhtä kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa kohden), mutta lääkärimitoitus sen sijaan pystyttiin täyttämään vain 5 %:ssa terveyskeskuksista (2 100 oppilasta lääkäriä kohden).

Tehostettua ja erityistä tukea saaneiden peruskoululaisten osuus kaikista peruskoululaisista ollut kasvussa vuosina 1995 - 2011, ja 2011 jo lähes 12 % (yli 11 %) peruskoululaisista oli tuki- ja erityisopetuksen piirissä.

Kasvatus- ja perheneuvolatoiminta on järjestetty kunnissa monilla eri tavoilla. Vuotta 2012 koskevien tietojen mukaan kasvatus- ja perheneuvolapalvelut on organisoitu sosiaalihuollon palveluiden yhteyteen 31 prosentissa kuntia. 15 prosentissa kunnista palvelut toteutetaan terveydenhuollon yhteydessä. Ensimmäiseen asiakastapaamiseen pääsyä joutui odottamaan keskimäärin viisi viikkoa vuonna 2012. Väestömäärään suhteutettuna 55 % joutui odottamaan yli 2 kk päästäkseen ensimmäiseen tapaamiseen. Useimmiten kasvatus- ja perheneuvolaan (61 %) hakeuduttiin lapsen ongelmien takia ja usein (41 %) kysymys on kouluikäisistä lapsista (7-15 v); joka viides lapsi oli alle kouluikäinen. (Kasvatus- ja perheneuvolatoiminta 2012)

Yleisesti oletetaan, että silloin kun lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut toimivat ja kun perheet saavat apua perhekriiseihinsä, kysyntä lastensuojelupalveluihin on pienempi. Koulukuraattori- ja psykologipalveluja on kehitetty ja opiskeluhuollon resurssi on lisääntynyt vuoden 2008 voimaan tuleen lastensuojelulain jälkeen. Siitä lähtien on kuitenkin kokoajan ollut nousua lastensuojelun asiakasmäärissä ja kodin ulkopuolisissa sijoituksissa. Voi myös tapahtua, että kun on enemmän väkeä peruspalveluissa havainnoimassa lasten riskitekijöitä, on myös enemmän työntekijöitä tekemässä lastensuojeluilmoituksia, ja työntö lastensuojeluun lisääntyy. Tätä mieltä olivat kuntien edustajat Kuntaliitos tekemässä opiskeluhuollon kuntaselvityksessä, joka tehtiin elokuussa 2013 ([www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)).

Kysymys ei liene pelkästään resurssin lisäämisestä, vaan myös toimintakulttuurista ja ammatillisesta tavasta toimia. Ehkäisevän lastensuojelun tehtävissä peruspalvelun henkilöstöllä tulisi olla huomattavasti nykyistä paremmat ammatilliset valmiudet ottaa puheeksi lapsen ja vanhempaankin liittyvät huolet. Se vaatii aikaa ja tilaa sekä palvelujen tuomista sinne, missä huoli havaitaan. Hienotunteinen avoin yhteistyö palvelukulttuurissa tiivistyy ehkäisevän lastensuojelun ytimeen. Palvelujärjestelmän voimakas lastensuojeluun työntävyys tuli esille myös lastensuojelun kuntakyselyssä (Puustinen-Korhonen 2013).

Yleinen tuki kaikille lapsille, nuorille ja lapsiperheille on yleisesti kiitetty hyvinvointivaltion tunnus. On myös tuotu esiin (Sipilä & Österbacka 2013), että kaikille tarkoitettu universaali palvelu ei välttämättä toimi huonoimmassa asemassa olevien lasten tilanteessa, vaan kohdennettuja toimia tarvitaan. Lastensuojelun vaikuttavuutta arvioitaessa onkin otettava huomioon yleisten palvelujen sekä lähettävien tahojen toiminnan vaikuttavuus. Lastensuojelun työntekijöille osoitettuun kyselyyn (2013) vastanneista 89 % piti resursseja riittämättömänä varhaiseen tukeen ja ehkäisevään työhön.

Silloin kun lastensuojelutoimien ja palvelujen tarve on ilmeinen, on useimmiten kysymys vakavasta tilanteesta. Vaikuttavuutta arvioitaessa oleellisinta on se, millaiset ovat käy-

tettävissä olevat resurssit kuten henkilöstön riittävyys, osaaminen, käytettävissä oleva aika tai mahdollisuudet järjestää lapsen tarpeisiin vastaava apu oikeaan aikaan.

### Lastensuojeluasian eteneminen; pilkottuja prosesseja

Lastensuojelulaissa (417/2007) veloitetaan tietyt viranomaiset ilmoittamaan välittömästi kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, mikäli he ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka tilanne edellyttää lastensuojelutarpeen selvittämistä. Lastensuojeluilmoituksen voi kuitenkin tehdä kuka tahansa, joka on huolestunut lapsen tai nuoren hyvinvoinnista. Vuoden 2008 alussa voimaan tulleessa lastensuojelulaissa kynnystä lastensuojeluilmoituksen tekemiseen madallettiin ja viranomaisten ilmoitusvelvollisuuden piiriä laajennettiin. Vuoden 2012 alusta laajennettiin erikseen velvollisuutta ilmoittaa poliisille epäilystä lapseen kohdistuneesta seksuaalirikoksesta.

Lastensuojeluilmoitusten lukumäärä on vuonna 2008 voimaan tulleen lain myötä kasvanut. Vuonna 2010 tehtiin yli 88 000 lastensuojeluilmoitusta, jotka koskivat lähemmäs 58 000 lasta (5 % alle 18v lapsista), mutta vuonna 2012 ilmoituksia tehtiin jo yli 100 000, ja ne koskivat lähemmäs 64 400 lasta.

Sosiaalitalo Oy:n tekemän selvityksen mukaan (2012) joka kolmas lastensuojeluilmoituksen kohteena ollut lapsi kuului perheeseen, jonka muistakin lapsista oli tehty lastensuojeluilmoitus. Sosiaalitalo Oy:n selvittämässä tapauksissa eniten ilmoituksia tehtiin teini-ikäisistä. Joka toinen ilmoitus tuli poliisista ja opetustoimesta. Varhaiskasvatuksen (neuvola ja päivähoito) osuus ilmoittajista oli vähäinen. Ilmoitukset liittyivät po. selvityksen mukaan yhtä usein lapsen käyttäytymiseen kuin vanhempien tilanteeseen. Lapsen rikollinen toiminta ja päihteidenkäyttö (ml. näiden epäily) oli ilmoituksen taustalla useimmin; koulunkäyntiin, lapsen psyykkiseen tilaan ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvät seikat olivat myös huolen aiheena. Vanhempiin liittyen ilmoituksen taustalla oli useimmin päihteiden käyttö ja lähisuhde/perheväkivaltatilanne. Myös vanhempien uupuminen, psyykinen terveys ja lapsen hoidon laiminlyönti korostuivat usein ilmoitusten sisällössä. Mitä nuorempi lapsi oli ilmoituksen kohteena, sitä useammin ilmoitus johti toimenpiteisiin: alle kouluikäisiin kohdistuneista ilmoituksista 30 % johti lastensuojelun asiakkuuteen.

Lastensuojelun lain mukaan viranomaisen on viikon kuluessa lastensuojeluilmoituksen saapumisesta ratkaistava, laaditaanko lastensuojelutarpeen selvitys, ja mikäli lastensuojelutarpeen selvitys nähdään tarpeelliseksi, on sen valmistuttava kolmen kuukauden kuluessa. Määräaikoja koskeva seuranta ja selvitys on tekeillä, ja sen tulokset ovat käytettävissä tammikuussa 2014.

Lastensuojeluviranomaisen on arvioitava jokaisen lastensuojeluilmoituksen kohdalla mahdollinen kiireellisen lastensuojelun tarve sekä ratkaistava, onko tarpeen aloittaa *lastensuojelutarpeen selvityksen tekeminen*. Lastensuojelun tarvetta selvitetään ja sitä arvioidaan monella tapaa, mutta aina se vaatii osaamista ja resursseja. Lastensuojelun asiakkuus alkaa vasta sitten, kun ryhdytään laatimaan lastensuojelutarpeen selvitystä tai ryhdytään kiireellisiin lastensuojelutoimenpiteisiin. Mikäli lastensuojelutarpeen selvitys ei anna aiheutta lastensuojelutoimenpiteisiin, asiakkuus päättyy siihen.



Kuusikko-kuntien (Ahlgren-Leinvuo 2013) lastensuojeluraportin mukaan joka toisen (52 %) lapsen ilmoitus johti selvitykseen, ja selvitetystä lastensuojelun tarpeista joka toisen lapsen tilanne (47 %) johti lastensuojelun uuteen asiakkuuteen vuonna 2012. Koko maan tilaston mukaan selvityksiin johtaneita ilmoituksia oli hieman alle puolet (47 %) vuonna 2012.

Lastensuojelulaki edellyttää, että lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle tehdään *asiakassuunnitelma*, jollei asiakkuus pääty lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen tai kysymyksessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Lain mukaan asiakassuunnitelmaan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, lapsen ja hänen perheensä tuen tarve, palvelut ja muut tukitoimet, joilla tuen tarpeeseen pyritään vastaamaan, sekä arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan. Asiakassuunnitelma laaditaan yhteistyössä viranomaisen sekä lapsen ja hänen huoltajiensa kanssa. Se on tärkeä asiakirja sekä työntekijälle että asiakkaalle, sillä se perustelee kaikille osapuolille, miksi lasta on tarpeen suojella, sekä antaa tiedon missä asiassa ja millä keinoin pyritään muutokseen. Asiakassuunnitelman tekeminen huolellisesti, siihen aikaa käyttäen ja yhteisesti suunnitellen on edellytys lapsen ja hänen perheensä tukemiselle ja auttamiselle. Tämän toteutumisessa on havaittu puutteita.

Lastensuojelutarpeen selvityksen tulisi lain mukaan johtaa yhteistyössä valmisteltavaan asiakassuunnitelmaan. Lastensuojelutilastossa pyydetään kuntia ilmoittamaan tehtyjen asiakassuunnitelmien määrä, mutta tätä tietoa ei ole luotettavasti saatavilla. Myös Kuusikko-kunnat toteavat raportissaan (Ahlgren-Leinvuo 2013, 10), ettei vertailukelpoista tietoa vuoden aikana tehtyjen asiakassuunnitelmien lukumääristä ole olemassa. Sosiaalityön tekemisen selvityksen (2013) yhteydessä ilmeni puutteita asiakassuunnitelmien kirjaamisessa. Yhä edelleen on havaittu parannettavaa asiakkaan, siis vanhempien, lapsen ja myös heidän läheistensä asemassa lastensuojeluprosessin käynnistymisestä alkaen.

### Lastensuojelun järjestämät avohuollon palvelut

Kunnan velvollisuus on järjestää avohuollon tukitoimet viipymättä, jos kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä, taikka jos lapsi käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään. Avohuollon tukitoimien tarkoituksena on edistää ja tukea lapsen myönteistä kehitystä sekä tukea ja vahvistaa vanhempien, huoltajien ja lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavien henkilöiden kasvatuskykyä ja -mahdollisuuksia. Avohuollon tukitoimet ovat ensisijaisia huostaanottoon ja sijaishuoltoon nähden.

Uusien asiakkaiden osuus avohuollon asiakkaissa on kasvanut. Kun vuonna 1996 alle kolmannes lastensuojelun avohuollon kaikista asiakkaista koostuu uusista asiakkaista, vuonna 2010 jo 40 prosenttia ja vuonna 2012 lähes joka toinen (48 %) lapsi on uusi asiakas. Lastensuojelun sosiaalityön asiakkaana ja avohuollolisten tukitoimien piirissä olleiden lasten määrä on kasvanut koko 2000-luvun. Kun vuonna 2003 oli 4,7 % alle 18-vuotiaista lastensuojelun avohuollon asiakkaana, heidän osuutensa vuonna 2012 oli jo 7,2 % ala-ikäisistä. Vuonna 2012 lastensuojelun asiakkaana avohuollossa oli yli 87 196 lasta ja nuorta, joista alle 18-vuotiaita 77 577.

Asiakkuuden lopettaminen on ollut sosiaalityön työkäytännöissä – ja etenkin tilastoinnissa – hankalasti seurattava asia. Varsinkin avohuollon asiakkuuksien päättäminen on ollut epäyhtenäistä ja kerran avatut asiakkuudet ovat jatkuneet todellista asiakkuutta kauem-

min. Uuden lastensuojelulain mukaan asiakkuus on aina aktiivista. Asiakkuus päätetään, kun tarvetta tukitoimille ei ole. Jos lastensuojelun tarvetta jälleen ilmenee, asiakkuus aloitetaan uudelleen. Vuoden 2008 alussa voimaan tullut lastensuojelulaki määrittelee entistä tarkemmin lastensuojeluasiakkuuden alkamisen, mutta tarkkaa määritelmää sille, milloin lastensuojelun avohuollon asiakkuus päättyy, ei ole. Laki määrittelee asiakkuuden päättymistä ainoastaan lastensuojelutarpeen selvitysvaiheen yhteydessä. Lisäksi laissa todetaan, että lastensuojeluasiakkuus/huostaanotto täytyy päättää silloin kun asiakkuudelle ei ole olemassa tarvetta. Tämä saattaa heijastua tilastoon ilmoitetuissa uusien asiakkaiden määrissä. Olisikin syytä täsmentää säädöksiä avohuollon asiakkuuden päättymisestä, minkä myötä kirjaus voisi kulkeutua asiakastietojärjestelmästä tilastoon nykyistä luotettavammin.

Avohuollon tukitoimilla tarkoitetaan tukea lapsen ja perheen ongelmatilanteen selvittämiseen, lapsen taloudellinen ja muu tukeminen, tukihenkilö tai perhe, lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluja, perhetyötä, koko perheen 37 §:ssä tarkoitettu sijoitus perhe- tai laitoshuoltoon, vertaisryhmätoimintaa, loma- ja virkistystoimintaa sekä muita lasta ja perhettä tukevia palveluja ja tukitoimia. Lisäksi kunnalla on erityinen velvoite (Ls laki 36§) järjestää lapsen terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalihuollon palvelut sen mukaisesti kuin lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä on arvioinut niiden tarpeen lapsen tai vanhemman asiakassuunnitelmassa. Lastensuojelun tilastot eivät sisällä tietoa siitä, millaisia avohuollon palveluja nämä lapset, nuoret ja perheet ovat saaneet. Kuntaliiton, Talentian ja Lastensuojelun keskusliiton tekemien selvitysten perusteella voidaan todeta, että suurin vajuus ja saatavuuden puute kohdistuu tukihenkilöiden ja tukiperheiden saatavuuteen, mutta myös psykiatrian sekä kasvatus- ja perheneuvonnan palveluihin sekä koulun oppilashuoltoon ja ehkäisevään työhön liittyi riittämättömyyttä.

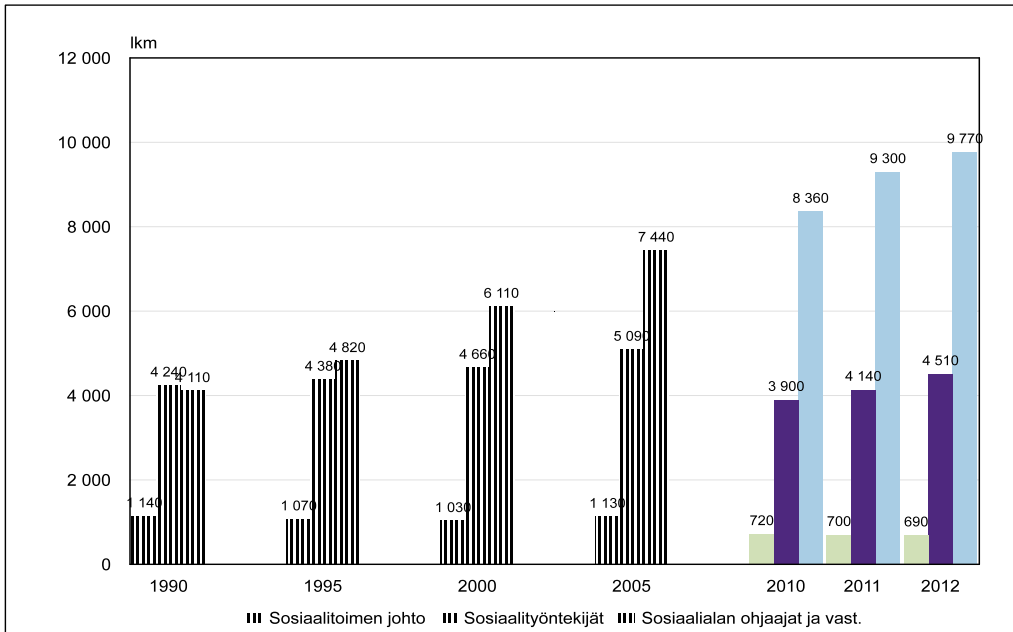
Nuorten aikuisten määrä lastensuojelun avohuollon jälkihuollossa on lisääntynyt. Kun vuonna 2010 oli alle 5 000 nuorta avohuollon piirissä, heitä oli vuonna 2012 jo yli 7 000. Tämä heijastanee sitä räätälöidyn tuen tarvetta, jota nuori tarvitsee tässä saumakohdassa siirtymässään itsenäiseen asumiseen, opiskelija- tai työelämään. Toimeentulotuen saajina juuri tämän ikäisten nuorten osuus on lisääntynyt. Sosiaalitaidon selvitys (2013) kertoo myös siitä, että joukossa on paljon lastensuojelun piirissä olevia ja olleita nuoria.

Lastensuojeluun tulee asiakkaaksi enemmän lapsia kuin asiakkuudesta poistuu. Tämä tarkoittaa työmäärän merkittävää kasvua, mikä heijastuu työpaineen lisääntymisenä lastensuojelun sosiaalityöhön. Kuusikko-kunnat ovat selvittäneet, kuinka paljon vuoden aikana on kaikkiaan ollut avohuollon asiakkaita (0 – 17-vuotiaita) yhtä avohuollon vastuusosiaalityöntekijän vakanssia kohden viime vuosina (vv. 2008 – 2012; selvitys ei sisällä sijais- eikä jälkihuoltoa). Kuudessa suurimmassa kaupungissa havaittiin eroja sekä kehityskulussa että asiakasmäärissä. Eniten, yli 90 asiakasta/stt oli Espoossa, Vantaalla ja Turussa, vähiten oli Helsingissä, 57. Kuusikko-kuntien (Ahlgren-Leinvuo 2013) edustajat arvioivat, että lastensuojelun asiakaskunta on muuttunut entistä haastavammaksi ja asiakkuudet pitkäaikaisemmiksi. Sosiaalitaidon (2013) selvitykset kuvaavat samansuuntaista kirjoa (31 – 98), ja keskimäärin asiakkaiden määrä sosiaalityöntekijää kohden olisi vähentynyt vuodessa 48:sta 40:een vuonna 2012 Länsi- ja Keski-Uudenmaan kunnissa.

STM:n Toimiva lastensuojelu –selvitysryhmä on loppuraportissaan kiinnittänyt huomiota epäsuhtaan asiakasmäärien ja lastensuojelun avohuollon työntekijäresurssien välillä.

Kuntien oman henkilöstön määrä on lisääntynyt, mutta uuden toimialaluokituksen myötä tilastojen tulkinta on hankalaa. Kun vuonna 2005 yhteensä sosiaalityöntekijöitä ja sosiaalialan ohjaajia (sosiaalialan ammattiteissa; ei vain lasten palveluissa) oli 12 530, näiden työntekijöiden määrä oli vähentynyt 12 260:een vuonna 2010. Sen sijaan lisäystä on seuraavan kahden vuoden aikana tapahtunut (14 280 työntekijää vuonna 2012).

**Kuvio 36. Sosiaalialan ammattien henkilöstön määrät kuntien terveys- ja sosiaalipalveluissa (oma tuotanto)**



Vuoden 2010 otettiin käyttöön uusi toimialaluokitus; aiemmat vuodet eivät ole vertailukelpoisia uuden luokituksen kanssa.

Tilastot eivät osoita sosiaalityöntekijöiden määrässä, muiden palvelujen käytössä eikä tukimuodoissa vastaavaa lisääntymistä mitä uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden kasvavan määrän voisi olettaa edellyttävän. Jos tätä tarkastellaan lastensuojelun avohuollon asiakasmäärän suhteena kuvion esittämään työntekijöiden kokonaismäärään vuosina 2010 – 2012, saadaan kaksi tulosta: Avohuollon asiakkaiden määrä yhtä sosiaalialan työntekijää kohden olisi vähentynyt  $6,4 > 6,1$ , mutta jos asiakasmäärä suhteutetaan sosiaalityöntekijöiden määrään, se olisi lisääntynyt  $18,2 > 19,3$ . Olisikin paitsi kiinnostavaa myös yhteiskunnallisesti välttämätöntä tietää, mitä peruspalveluja ja ennaltaehkäisevän lastensuojelun palveluja näille lapsille ei kyetty järjestämään ja millaisia lastensuojelun palveluja nämä lapset ovat saaneet. Tämän tutkiminen ei kuitenkaan toistaiseksi ole mahdollista olemassa olevan tietokannan pohjalta. (Heino 2011.)

Voidaan todeta, ettei hallitusohjelman mukainen tarkoitus tehostaa toimia huostaanottojen vähentämiseksi ja siirtää painopistettä ennalta ehkäisyyn, varhaisiin tukipalveluihin ei toistaiseksi ole toteutunut.

### Lasten sijoitukset kodin ulkopuolelle – siis mihin ja millaisten palvelujen piiriin?

Hallitusohjelman mukaan tarkoitus on ollut siirtää painopistettä laitოსvaltauuden purkamiseen, perhehoitolainsäädännön kehittämiseen edelleen, perhekeskeisyyteen sekä turvakotipalvelujen lisäämiseen. Lisäksi ohjelman mukaan kehitetään adoptioon liittyviä palveluja adoptioprosessin eri vaiheissa sosiaali- ja terveysministeriön ja oikeusministeriön yhteistyönä.

Adoptiopalveluihin liittyen on edistytty Pelastakaa lapset ry:n ja STM:n yhteistyönä mm. uuden adoptioneuvontaoppaan työstämisessä uuden adoptiolain mukaiseksi. Turvakotien perhepaikat ovat vähentyneet, kun Ensi- ja turvakotien liiton kaksi turvakotia jouduttiin sulkemaan 2013 vuoden alussa kuntien sanoessa ostopalvelusopimukset irti. Kaksi kuntaa on perustanut perhekeskuksen tai lastensuojelulaitoksen yhteyteen kolmipaikkaisen turvakodiksi nimeämänsä yksikön ja muutamalla kunnalla on samansuuntaisia suunnitelmia. Turvakotien valtakunnalliset laatusuositukset ovat ilmestyneet kesäkuussa 2013. Ensi- ja turvakotien liiton arvion mukaan (Karinsalo 9.12.2013) turvakotipalvelujen käyttö on liikaa riippuvainen yksittäisen kunnan taloudellisesta tilanteesta eivätkä kaikki apua tarvitsevat saa hoitoa. Turvakotien perhepaikkojen määrä ei vastaa Euroopan neuvoston suosituksia (yksi perhepaikka/10 000 asukasta) eivätkä ne ole alueellisesti tasaisesti sijoituneita. Tästä Suomi on saanut CEDAW:in arvioinnissa huomautuksen vuodesta toiseen.

Kodin ulkopuolella vuosittain sijoitettuna olleiden lasten ja nuorten määrä on kasvanut huolestuttavan paljon. Kun vuonna 1995 oli 0,8 % kaikista alle 18-vuotiaista lapsista sijoitettuna kodin ulkopuolelle, heidän osuutensa vuonna 2012 oli jo 1,4 %. Kasvu on merkittävää, ja myös pohjoismaihin verrattuna suurta. Vuonna 2012 sijoitettuna oli yhteensä 17 830 lasta ja nuorta (alle 21-vuotiaita), joista alle 18-vuotiaita lapsia oli 15 005. Näistä suurin osa (67 %) on huostaanotettuja lapsia. Heistä suurin osa on ollut sijoitettuna jo ennen tilastovuotta, ja yli puolet heistä on perhehoidossa vuoden lopussa. Huostassaolevista lapsista 18 %:lla päätös oli tehty vastoin asianosaisen suostumusta (tahdonvastainen päätös).

Sijoitettujen lasten ja nuorten kokonaismäärä kasvoi 1,6 % edellisestä vuodesta vuonna 2012. Vuonna 2009 sijoitettujen lasten ja nuorten kokonaismäärä laski ensimmäisen kerän vuoden 1991 jälkeen, jolloin valtakunnallinen, vuosittainen lastensuojelutietojen keruu aloitettiin. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista oli poikia enemmän kuin tyttöjä. Kodin ulkopuolisia sijoituksia ei ollut lainkaan 13 kunnassa vuonna 2012.

**Taulukko 21. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret sijoitusperusteen mukaan**

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>0–20-vuotiaat sijoitusperusteen mukaan</b>										
<b>Avohuollon tukitoimien sijoitus</b>	2 625	3 354	3 525	3 592	3 451	3 538	3 273	3 472	3 407	3 575
<b>Kiireellinen sijoitus</b>	232	362	641	611	811	1 155	1 520	1 721	1 928	2 087
<b>Huostassa</b>	6 160	6 974	8 681	9 044	9 522	9 667	9 628	9 705	10 079	10 018
<b>niistä tahdonvastaiset</b>	940	1 221	1 635	1 688	1 893	1 867	1 895	2 021	2 115	2 149
<b>Jälkihuollon sijoitus</b>	1 722	1 984	2 414	2 477	2 410	2 547	2 437	2 283	2 129	2 150
<b>Yhteensä</b>	10 739	12 674	15 261	15 724	16 194	16 907	16 858	17 181	17 543	17 830
<b>Sijoitetut 0–17-vuotiaat</b>	8 988	10 466	12 549	12 904	13 399	13 932	13 897	14 341	14 783	15 005
<b>Sijoitettujen 0–17-v. osuus vastaavan väestön ikäryhmästä (%)</b>	0,8	0,9	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4

Lastensuojelulaki tuntee useita juridisia perusteita lapsen sijoittamiselle oman kodin ulkopuolelle. Sijoitetut lapset ovat joko avohuollon tukitoimena, kiireellisenä sijoituksena, huostaanotettuna tai jälkihuoltona kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia ja nuoria. *Sijoitus avohuollon tukitoimena* perustuu sopimukseen huoltajan ja lapsen kanssa eikä sitä voida toteuttaa vastentahtoisesti. Lapsi voidaan sijoittaa perhe- tai laitoshuoltoon yksin tai yhdessä vanhempansa kanssa tuen tarpeen arvioimiseksi tai kuntoutuksen toteuttamiseksi. Avohuollon tukitoimena järjestettävän sijoituksen lähtökohtana on lapsen ja perheen kuntoutuminen, ei pitempiaikainen sijoitus kodin ulkopuolelle. Avohuollon sijoitus on mahdollinen myös tilanteissa, joissa esimerkiksi lapsen vanhemman sairastumisen vuoksi on tarkoituksenmukaista sijoittaa lapsi kodin ulkopuolelle. Avohuollon tukitoimien käyttö on ollut melko tasaisesti vuosittain vaihtelevaa (noin 3 500 lasta vuosittain).

Kun aikanaan lastensuojelulakiin tuotiin käsite perhehoito tai laitoshuolto avohuollon tukitoimena, sillä haluttiin tarkoituksellisesti viitata sijoituksen sijasta nimenomaan avohuollon tukitoimeen, perhekokonaisuuden tukeen ja koko perheen kuntoutukseen. Toimenpidettä on kuitenkin käytetty sijoituksenluontoisena yksin lapseen kohdistuvana sen sijaan että perhekuntoutusmuodot olisivat laajasti kehittyneet. Valitettavasti tästä ei ole tarkkaa seuranta. Avohuollon tukitoimien käyttö hajautuu eri-ikäisiin lapsiin. Kuntaliiton tekemän kyselyn mukaan kunnat ovat pyrkineet kehittämään juuri näitä palveluja, ja ne näkevät koko perheen kuntoutuksen tärkeänä kehittämiskohteena. Kuitenkin näiden palvelujen tarjonnassa ja yhteistyössä lasten ja aikuisten hoitoyksiköiden välillä raportoitiin ongelmia.

Kiireellinen sijoitus on tehtävä, mikäli lapsi on välittömässä vaarassa tai muutoin kiireellisen sijoituksen ja sijaishuollon tarpeessa. Pidemmän ajan tarkastelu osoittaa kiireellisen

sijoituksen käytön lisääntyneen. Kun vielä vuonna 1995 tehtiin 230 kiireellistä huostaanottoa, vuonna 2012 tehtiin jo lähes 2 100 kiireellistä sijoitusta. Kiireellisesti sijoitettujen lasten määrä on kasvanut voimakkaasti vuodesta 2005 lähtien mutta kasvu on nyt hidastunut. Vuoden 2012 aikana sijoitettiin kiireellisesti 3 944 lasta, määrä kasvoi 1,5 prosenttia vuodesta 2011. Nuorten osuus on suuri, ja se on kasvussa. Myös sukupuolten välillä tapahtuu eriytymistä. Tyttöjen osuus on suurin (55 %) ensimmäistä kertaa kiireellisesti sijoitettujen<sup>1</sup> 13 – 15 -vuotiaiden lasten ikäryhmässä. Muissa ikäryhmissä poikia on enemmän kuin tyttöjä.

Kuntien väliset käytännöt vaihtelevat. Joissain kunnissa kiireellinen sijoitus johtaa pääsääntöisesti lapsen huostaanottoon ja toisissa ei. Lisäksi on havaittavissa, että kiireellinen sijoitus ei enää johda yhtä usein ja nopeasti huostaanottoon kuin aikaisemmin. 1990-luvun alussa yli puolet kiireellisesti huostaan otetuista lapsista otettiin huostaan kuukauden sisällä, mutta vuosina 2010 - 2012 kiireellisistä sijoituksista vain alle 30 % johti huostaanottoon 30 päivän sisällä kiireellisen sijoituksen loppumisesta (THL/Tuula Kuoppala).

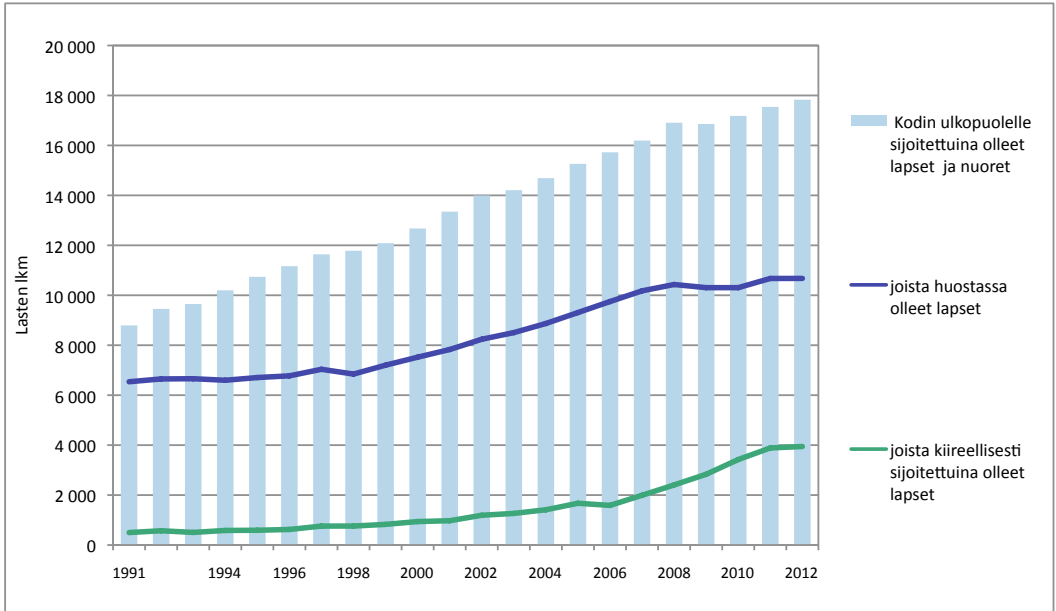
### Huostassa olleet lapset

*Huostaanottoon ja sijaishuoltoon turvaudutaan, mikäli kodin olosuhteet tai lapsen oma käyttäytyminen uhkaavat vaarantaa vakavasti lapsen terveyttä tai kehitystä, avohuollon tukitoimet eivät ole mahdollisia tai ne ovat riittämättömiä ja huostaanoton arvioidaan olevan lapsen edun mukaista. Lapsi tai nuori voidaan sijoittaa perhe- tai laitoshuoltoon tai väliaikaisesti myös omaan kotiinsa. Huostassa oli yhteensä 10 675 lasta vuoden 2012 aikana (10 018 lasta viimeisimmän perusteen mukaan).*

---

1 Ensimmäistä kertaa kiireellisesti sijoitetulla lapsella tarkoitetaan niitä lapsia joita ei ole aiemmin kiireellisesti sijoitettu eikä huostaanotettu.

**Kuvio 37. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret sekä niistä huostassa olleet ja kiireellisesti sijoitetut lapset vuosina 1993–2012\***



\*Sama lapsi voi sisältyä sekä kiireellisiin sijoituksiin että huostassa olleiden lukumääriin.

Sijoitetulla lapsella saattaa vuoden aikana olla useita erilaisia sijoitusjaksoja. Lastensuojelutilastossa tiedot esitetään pääsääntöisesti kunkin lapsen tai nuoren viimeisimmän sijoitustiedon mukaan. Viimeisimmän sijoitustiedon mukaan kaikista vuoden 2012 kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleista lapsista huostaanotettuja tai kiireellisesti sijoitettuja oli yhteensä 12 105 lasta. Näistä tahdonvastaisesti huostaan otettuja oli 2 149 lasta. Osa vuoden aikana huostassa olleista lapsista siirtyi jälkihuoltoon täytettyään 18 vuotta, he tilastoituvat vuoden viimeisimmän tiedon mukaan jälkihuollon sijoituksiin.

Kunnan on järjestettävä lapselle tai nuorelle *jälkihuolto* huostaanoton päättymisen jälkeen tai jos sijoitus on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään puoli vuotta ja kohdistunut lapseen yksin. Jälkihuolto voi periaatteessa sisältää monia palveluja ja tukitoimia avohuollossa, mutta tästä ei ole tarkempaa tilastoa. Jälkihuoltona asumistaan kodin ulkopuolella sijoituspaikassa jatkavien määrä on ollut suhteellisen muuttumaton, vuonna 2012 se koski 2150 lasta ja nuorta. Suurin osa jälkihuoltoa saavista on nuoria, 18 – 20-vuotiaita. 18 vuotta täyttäneiden sijoitettuna olevien nuorten sijoitus eli asuminen jatkuu huostaanoton päättymisen jälkeen jälkihuollollisena tukena. Näissä tilanteissa nuori jatkaa opintojaan, siirtyy työelämään, suorittaa siviili- tai asepalvelustaan tai muutoin on tarpeen tukea itsenäiseen elämään siirtymistä. Nuoret ovat silloin pääosin asuneet itsenäisesti jälkihuollon tuella (37 %) tai jatkaneet asumista sijaisperheessä (21 %), ammatillisessa perhekodissa tai lastensuojelun laitoksessa (22 %).

**Taulukko 22. Jälkihuoltona sijoitettuna olleet 0 – 20 –vuotiaat vuonna 2012**

	0-20-vuotiaat sijoitettuna jälkihuollossa viimeisimmän sijoituspaikan mukaan	%
Läheis- tai sukulaisperhe	35	1,6
Sijaisperhe	461	21,4
Ammatillinen perhekoti	180	8,4
Lastensuojelulaitos	284	13,2
Perhekuntoutusyksikkö	5	0,2
Koulukoti	17	0,8
Päihdehoitolaitos	16	0,7
Kehitysvammalaitos	21	1,0
Oma koti (vanh.kanssa)	272	12,7
Itsenäinen tuettu asuminen	795	37,0
Muu	63	2,9
Vankila (vanh.kanssa)	1	0,0
<b>Yhteensä</b>	<b>2 150</b>	<b>100</b>

*Perheen yhdistämisen periaatteen toteutumista* voi arvioida karkeasti sen mukaan, miten alle 18-vuotiaiden huostaanottoja on lakkautettu. Vaikka yhä useampi lapsi kotiutuukin sijoituksen jälkeen, huostaanotetut lapset ja nuoret palaavat biologisten vanhempiensa luokse käytännössä melko harvoin. Tehdyn tutkimuksen mukaan (Hoikkala & Heinonen 2013) lasten vanhemmat ja läheiset kokevat jäävänsä yksin ja tukea vaille lapsen sijoituksen jälkeen. He kokevat, ettei asiakassuunnitelmia tehdä ja niiden sisältö on paitsi puutteellinen myös abstrakti ja vaikeasti avautuva. Perheen jälleen yhdistämisen edellyttäisi vahvoja peruspalveluja ja mm. aikuisille päihde-, mielenterveys- ja perhekuntoutuksen osalta.

Suomessa sijaishuolto on lähtökohtaisesti väliaikaista ja lastensuojelun tavoitteena on aina perheiden jälleenyhdistäminen. Kun 1990-luvun alussa lakkautettiin noin 400 lapsen huostaanotto ennen kuin lapsi täytti 18 vuotta ja vuonna 2012 jo 1743 lapsen huostaanotto ennen kuin hän tuli täysi-ikäiseksi. Perheen jälleenyhdistämisen tavoitteen kirjaaminen lakiin lisäsi tilaston mukaan huostaanottojen lakkauttamispäätöksiä. Vuonna 2007 lakkautettiin 750 lapsen huostaanotto ja seuraavana vuonna jo 1012 lapsen huostaanotto ennen täysi-ikäiseksi tuleamista. Yllättävää on, kun huostaanoton lakkauttamista tarkasteltiin ikäryhmittäin (THL/Lastensuojelurekisteri/Jouni Meriläinen 4.12.2013), että nimenomaan alle 3-vuotiaiden pikkulasten osuus ikäryhmänsä huostassa olevista on kautta 2000-luvun ollut suurin: huostassa olleiden 0 – 2 –vuotiaiden ikäryhmän huostaanotoista lakkautettiin vuonna 2012 peräti 29 %. Tosin, osa näistä lapsista saattaa tulevaisuudessa tulla sijoitetuksi uudelleen.

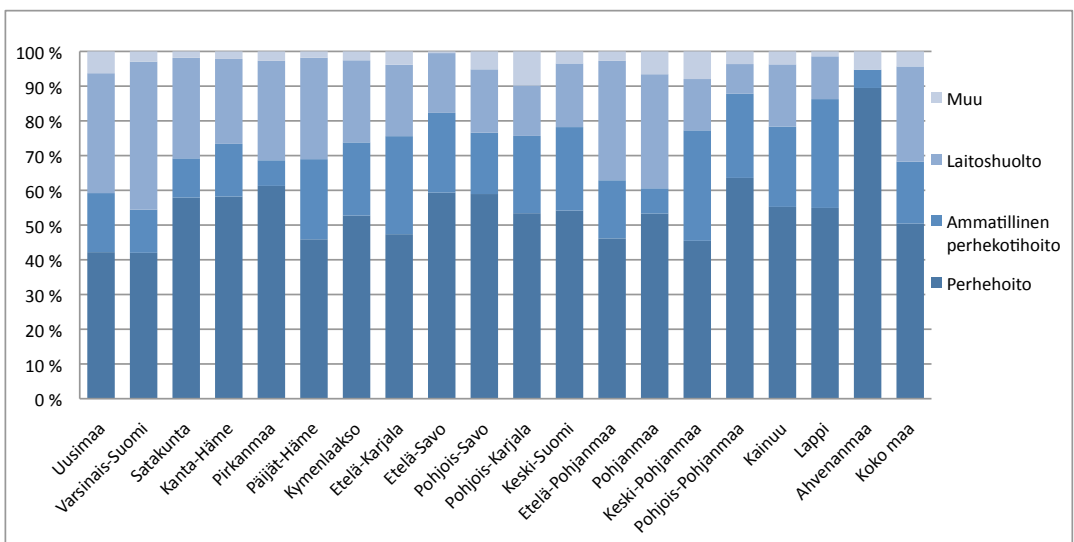


### Laitoshuolto on ollut keino vastata kasvavaan sijoitusmäärään

Se millä perusteella lapsi sijoitetaan kodin ulkopuolelle, heijastaa epäsuorasti vaarallannetta ja sen vakavuutta. Tutkimusten mukaan sijoitustilanteessa sekä lapsi että vanhemmat tarvitsisivat monenlaista apua, tukea, hoitoa ja kuntoutusta (Esim. Eronen 2013). Jokaisen lapsen asiassa, lapsen ja hänen läheistensä kanssa työskentely on ”yksilöllistä käsityötä” myös huostaanoton jälkeen. Lapsen tarvitsemat fyysiset ja psyykkiset terveyspalvelut sekä mahdollinen erityisopetus kiinnittyvät palvelupakettiin, joka liittyy kunnan järjestämisvastuuseen.

Lasten ensimmäinen sijoituspaikka on useimmiten laitos. 38 % lapsista oli vuoden viimeisimmän sijoitustiedon mukaan laitoksessa. Jos sijoitus on tarkoitettu pidempiaikaiseksi, lapselle yleensä yritetään etsiä sopivaa perhehoitopaikkaa. Huostaanotetuista lapsista joka toinen onkin sijaisperheessä 31.12. 2012. Näistä lapsista sukulais- tai läheisperheisiin oli sijoitettuna noin 11 prosenttia. Kunnat ja maakunnat eroavat toisistaan siinä, millaisia sijoituspaikkoja ne ensisijassa käyttävät. Tarjonta vaihtelee alueittain, ja myös se vaikuttaa sijoituspaikkojen käyttöön.

**Kuvio 38. Huostassa olleet lapset sijoitusmuodon mukaan maakunnittain 31.12.2012, % (N=8 992)**



Lastensuojelulaki edellyttää, että lapsen sijoitustarvetta arvioitaessa selvitetään lapsen huoltajien ja läheisverkoston mahdollisuudet ottaa lapsi luokseen asumaan ja tukea lasta. Tämän toteutumisesta ei ole tutkimustietoa, mutta hallinto-oikeudet ovat joutuneet vaatimaan kunnilta näitä selvityksiä. Sukulaisperheiden käyttö sijaisperheenä on lisääntynyt, mutta käytännön tuen järjestämisessä on havaittu puutteita. Vastaavia havaintoja on tehty muissakin pohjoismaissa. Norjassa valtio on käynnistänyt hankkeen, jossa kuntia tuetaan läheisneuvonpitojen järjestämisessä, jotta lapsille voisi järjestyä toimiva tuki ja verkosto kodin ulkopuolisen sijoituksen ehkäisemiseksi taikka sen rinnalle.

Kuntaliitto, Helsinki, Vantaa, Espoo, Nurmijärvi, Tampere, Lastensuojelun keskusliitto ja Perhehoitoliitto laativat yhteistyössä kunnille ohjeen läheisverkoston käytöstä sijaisperheenä. Ohjeessa selkiytettiin juridisia perusteita eri tilanteisiin ja nostettiin esille oheishuoltajuumääräys yhtenä vaihtoehtona. Kuntaliiton ohjaukseen liittynyt koulutus on osaltaan rohkaissut kuntia vahvistamaan läheisverkoston roolia sijoitustilanteissa sekä hoitamaan näitä tilanteita ilman huostaanottoja ja sijaisperhesijoitusta (Puustinen-Korhonen 5.12.2013). Tästä ei ole seurantatietoa käytettävissä; päätökset oheishuoltajuudesta tehdään käräjäoikeudessa. Puustinen-Korhonen (5.12.2013) asiantuntija-arvion mukaan kunnissa katsotaan läheisverkostoihin sisältyvän voimavaroja, joita ei ole osattu aiemmin riittävästi hyödyntää. Kokonaistilanne on myös tästä syystä johtanut katsomaan tarkemmin lapsen läheisverkostoihin sekä siihen, miten läheisverkoston mahdollisuuksia selvitetään ja miten läheisiä tuetaan heidän ottaessa hoitovastuun sijoitusta tarvinneesta lapsesta.

Vuoden 2012 alussa astui voimaan lastensuojelulain muutos, jonka mukaan lapsen sijaishuolto on järjestettävä ensisijaisesti perhehoidossa. Sijoituspaikkoja koskeva taulukko osoittaakin tämän ennakkointia ja hienoista perhehoidon osuuden kasvua. Laki on siis onnistunut ohjaamaan kuntia käyttämään enemmän sijaisperheitä. Kuntien välillä on suuria eroja siinä, miten rakennemuutos on toteutettu. Osa niistä kunnista, joissa on luovuttu laitospaikoista ja strategian tasolla siirrytty käyttämään perhehoitoa, on törmätty uusiin kysymyksiin. Perheitä ei ole saatavilla tarpeeseen nähden riittävästi. Perheet myös lopettavat ja luovuttavat. Toive voida auttaa lapsia oli suurempi kuin heidän mahdollisuutensa käytännössä ja sillä tuella, jota kunnasta voitiin tarjota. Yksityiset yritykset tarjoavat kokonaispakettia: he hoitavat perheiden rekrytoinnin, valmennuksen ja ympärivuorokautisen tuen perheille.

**Taulukko 23. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret viimeisimmän sijoitustiedon mukaan vuosina 1995, 2000 - 2012 \* 2**

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>0–20-vuotiaat sijoitusmuodon mukaan</b>										
<b>Perhehoito</b>	5 132	5 587	5 426	5 508	5 509	5 583	5 589	5 775	5 899	6 290
<b>Ammatillinen perhekotihoito</b>	813	1 540	2 460	2 574	2 793	3 071	2 936	2 859	2 782	2 697
<b>Laitoshuolto</b>	3 077	3 439	4 858	5 083	5 376	5 792	6 044	6 505	6 792	6 756
<b>Muu huolto</b>	1 717	2 108	2 517	2 559	2 516	2 461	2 289	2 042	2 070	2 087
<b>Yhteensä</b>	10 739	12 674	15 261	15 724	16 194	16 907	16 858	17 181	17 543	17 830

\* Aiemmin julkaistuja tietoja on tarkistettu ja päivitetty kuntien antamien korjausten mukaisesti.

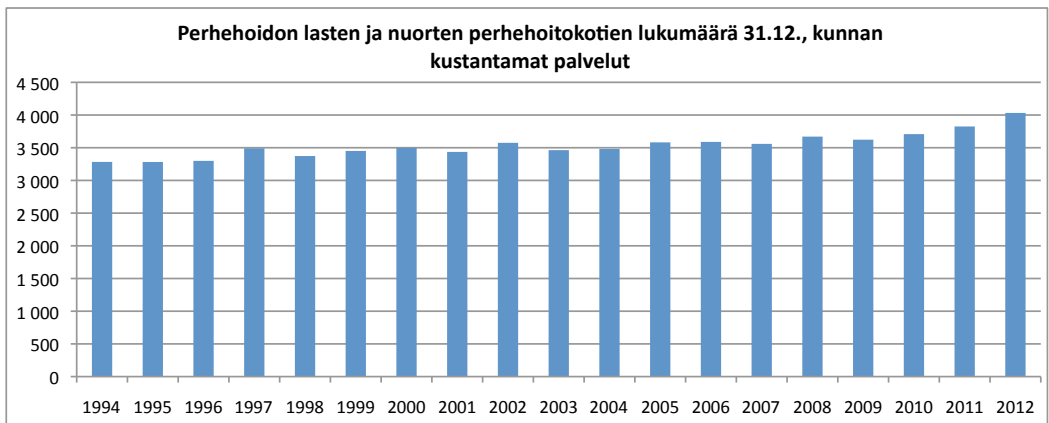
- 2 Perhehoito: Sijaisperhe, sukulaisperhe tai läheisperhe. Käsite viittaa ympärivuorokautiseen hoitoon yksityiskodissa ja toimeksiantosuhteeseen. Ammatillinen perhekotihoito: Ammatillinen perhekoti, joka toimii joko perhekotiluvalla tai laitosluvalla. Laitoshuolto: Lastensuojelulaitos, perhekuntoutusyksikkö, koulukoti, päihdehoitolaitos, kehitysvammalaitos. Muu huolto: Sijoitus omaan kotiin vanhemman/vanhempien kanssa, itsenäisesti tuettu asuminen, muu edellä mainitsematon.

Sosiaalihuoltolain mukaan perhekodissa voidaan samanaikaisesti hoitaa enintään neljää henkilöä, hoitajan kanssa samassa taloudessa asuvat alle kouluikäiset lapset ja muut erityistä hoitoa tai huolenpitoa vaativat henkilöt mukaan luettuina. Poikkeuksena tästä enimmäismäärästä on kuitenkin tilanne, jossa hoitoa annetaan sisaruksille tai saman perheen jäsenille. Tämän mitoituksen toteutumisesta ei ole seurantatietoa.

Ammatillisessa perhekodissa voidaan hoitaa enintään seitsemää henkilöä, jos perhekodissa annettavasta hoidosta, kasvatuksesta ja muusta huolenpidosta vastaa vähintään kaksi hoitopaikassa asuvaa henkilöä, joista ainakin toisella on perhehoitajalain 1§ 3 momentissa ja toisella saman pykälän 2 momentissa säädetty kelpoisuus. Kahta hoidettavaa lasta kohden tulee työskennellä vähintään yksi hoito ja huolenpitovastuussa oleva henkilö. Ammatillisen perhekodin perustaminen edellyttää tehtävään sopivaa koulutusta ja työkokemusta sekä sellaisia henkilökohtaisia ominaisuuksia, että tehtävän hoitaminen on mahdollista. Ammatillisella perhekodilla tulee olla vastuuhenkilö, joka vastaa toiminnasta ja sen laadusta. Ammatillinen perhekotitoiminta on luvanvaraista toimintaa ja lupa-asioista vastaavat aluehallintovirastot. Tämänkään mitoituksen osalta ei ole tarkempaa toteutumatieta. Ammatillisten perhekotien osuus lasten sijoituspaikkana ei ole viime vuosina enää kasvanut, pikemminkin hienoisesti vähentynyt.

Rekrytointikampanjat näyttäisivät tuottaneen lisää sijaisperheitä, ja kotien lukumäärä on kasvanut 500:lla viidessä vuodessa. Tämän mukaan sijaisperheessä oli vuonna 2012 keskimäärin 1,6 lasta (6290 lasta/4000 perhettä).

### Kuvio 39. Sijaisperheiden lukumäärä lasten ja nuorten perhehoidossa, kunnan kustantamat palvelut



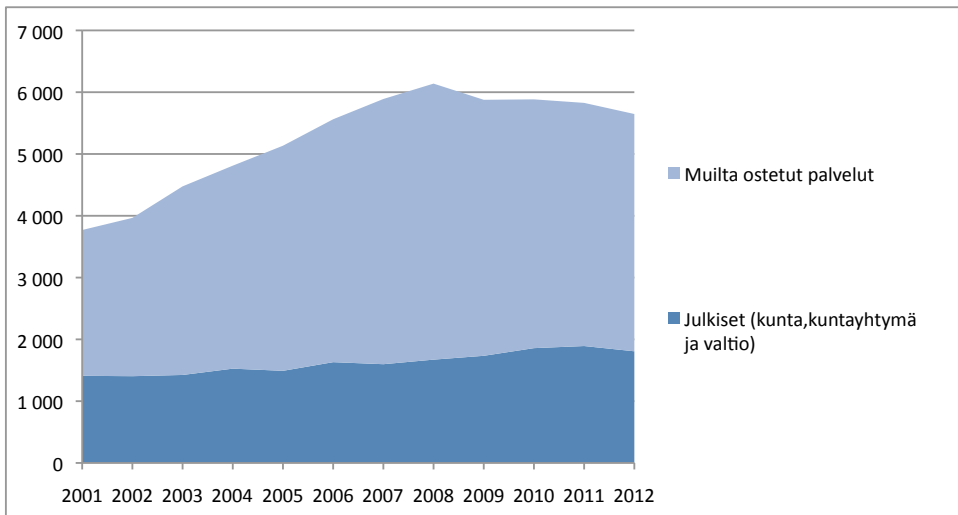
Lähde: Sotkanet

Indikaattori ilmaisee lasten ja nuorten perhehoitokotien lukumäärän vuoden lopussa. Mukaan lasketaan ne kodit, joiden kanssa sopimus on ollut voimassa vuoden lopussa (ml. tilapäiskodit). Perhehoito tarkoittaa hoidon tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä asiakkaan oman kodin ulkopuolella yksityiskodissa (toimeksiantosuhteinen perhehoito).

Vankilan perheosastolla oli sijoitettuna vanhemman mukana vuoden 2012 aikana yhteensä 18 lasta, ja edellisenä vuonna 14. Valtion koulukodeissa on ollut vuosittain ollut enenevästi nuoria, ja hoitajakset ovat lyhentyneet. Koulukotien työntekijät ovat havainneet kunnissa lisääntyviä odotuksia yhä nopeammin näkyviin tuloksiin sekä halukkuutta maksaa ja tilata yhä lyhyempiä hoitajaksoja. Toisaalta erityisen huolenpidon yksiköissä onkin tuotettu määrämittäisiä paketteja, mutta niiden edellyttämästä jälkihoitopaketista helposti säästetään.

Lastensuojelun sijaishuollon palvelut (perhehoito ja laitoshuolto) voidaan määritellä erityispalveluiksi. Kuntien ja valtion ylläpitämien lastensuojeluyksiköiden rinnalla yksityisten yritysten osuus palvelujen tuottajana on lisääntynyt. Lastensuojelun laitoshuollon toimipaikoista jo 84 prosenttia on muita kuin julkisen sektorin yksiköitä<sup>3</sup>. Hoitopäivistä 30 % toteutui vuonna 2007 julkisen vallan ylläpitämissä yksiköissä.

#### Kuvio 40. Lasten lukumäärä lastensuojelulaitoksissa ja ammatillisissa perhekodeissa ylläpitäjän mukaan vuosina 2002 – 2012



3 Yksityisten laitosten osalta tiedot perustuvat Stakesin Yksityiset sosiaalipalvelut -tilastoon. Sen lähteenä on lääninhallitusten yksityisten sosiaalipalveluntuottajien rekisteri, joka sisältää toimintaluvan saaneiden yksiköiden tiedot. Julkisten yksiköiden tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilastoon

Sijaishuoltopalvelujen tuottamisessa tapahtuneita muutoksia kuvaa yksityistyminen ja erikoistuminen. Tulevaisuudessa jää nähtäväksi, mitä lastensuojelulain (LSL 413/2007, 50§) muutos tulee merkitsemään, kun se painottaa perhehoidon ensisijaisuutta suhteessa laitossijoituksiin. Tanskassa vastaava ohjaus yhdistyneenä kustannusten vähentämisen paineisiin tarcoitti ratkaisuja, joita on arvioitu kriittisesti myöhemmin. Kaikille lapsille ei löytynyt sopivaa perhehoitopaikkaa, vaan perhesijoitusten katkeaminen yleistyi. Myöskään lasten sijoitukset läheisverkostoon eivät aina olleet riittävä ratkaisu, vaan niille olisi tullut järjestää riittävä tuki.

Vaikka palvelupaketteja voi tilata ja tuottaa yleisellä tasolla, pitää jokaisen lapsen osalta kuitenkin aina tarkistaa erikseen, että paketin sisältö vastaa lapsen tarpeisiin, ja siinä vastuuta ei voi delegoida kunnasta pois. Jos sijaisperheessä taikka lastenkodissa asuva lapsi tarvitsee terapiaa, henkilökohtaisen avustajan, erityistä toimintaterapiaa, kuntoutusta taikka vertaisryhmän tukea, sen järjestämisen varmistaminen on kunnan vastuulla. Käy helposti niin, että sosiaalityöntekijän aikaa vyörytetään yhä enemmän taloushallinnolliseen tilauspakettien arviointi-, järjestämis- ja hallintatyöhön, yhä kauemmas asiakastyöstä, ja yhä etäämmälle omasta ammatillisesta ydinosaamisen alasta

Riitta Laakso (2013) tutki, miten kunnissa on linjattu ja organisoitu huostaanotetun lapsen sijaishuoltopaikan valintaa, miten lapsikohtainen päätöksenteko tapahtuu sekä miten lapsen etu sijaishuoltopaikkaa valittaessa toteutuu. Hän havaitsi, että sijaishuoltopaikan toimintatavoista ja arjen käytännöistä on vaikea tietää. Tutkijan mukaan kunnat eroavat sen suhteen, miten merkittävästi sijaishuoltopaikan valintaa ohjaavat taloudelliset tekijät. Kunnan linjauksiin liittyvät jännitteet tulevat esiin, jos periaate on sijoittaa lapset ensisijassa omiin laitoksiin tai jos palvelut on tiukasti luokiteltu erityispalveluihin ja ns. tavallisiin palveluihin. Lisäksi on pulmallista, jos diagnosoituihin tarpeisiin ei järjesty niihin vastaavaa hoitoa. Merkitystä nähtiin myös sillä, miten sijaishuoltopaikan valinta on organisoitu: keitä on mukana tekemässä valintaa, millaiseen lasta koskevaan tietoon päätös paikan valinnasta perustuu ja mikä on lapsen osallisuus valintaprosessissa.

Lastensuojelupalvelujen kilpailutus vaatii osaamista ja resursseja, joita kentällä ei ole riittävästi. Kilpailutus vie auttamiseen varattua aikaa pois asiakkailta, pois varsinaisesta työstä, ja se koetaankin kentällä yleisesti turhaksi byrokratiaksi. Kokemukset ovat olleet vaihtelevia ja kuntien toimintakäytännöt saattavat muuttua yllättäen. Hinta ohjaa hankintaa hinta laatua vahvemmin, ja mitä kireämmäksi taloustilanne kunnissa menee, sitä enemmän voidaan arvioida hinnan määrittävän tuottajan valintaa. Yksittäisen lapsen edun sovittaminen palvelujen järjestämiseen edellyttää aina räätälöintiä. Lastensuojelun asiantuntijat niin palveluntuottajien piirissä kuin kunnan puolelta ovat useissa keskusteluissa ehdottaneet luopumista kokonaan lastensuojelun palvelujen kilpailutuksesta ja puitesopimuksista.

Kilpailutuksen toteutumisesta ei ole saatavilla riittävästi tutkittua eikä edes koottua kokemustietoa. Kaikki kunnat kilpailuttavat haluamallaan tavalla, eikä kukaan seuraa sitä. Valviran valvontaohjelma asettaa ympärivuorokautisille sijaishuollon palveluille tietyt kehykset, mutta se luo kuitenkin vain karkeat suuntaviivat. Vaikuttavuuden tutkimusta ei ole käytössä, mutta tarve siihen on todettu. Tarvetta on myös yhtenäisten laatukriteerien luomiseen kilpailutukselle, jotta lapset eivät joutuisi keskenään kovin eriarvoiseen asemaan. Toiminnan luonteeseen kuuluu, että jokaiselle lapselle haetaan hänen tarpeitaan vastaava hoito sekä paikka, jolloin palveluntuottajat joutuvat vastaamaan monenlaisiin sisällöllisesti erilaisiin tilauksiin.

## Palvelujen saatavuus

Lastensuojelun asiakasmäärät ovat jatkuvasti lisääntyneet 1990-luvun lopulta alkaen siitä huolimatta, että tuona aikana on toteutettu suuri määrä erilaisia kehittämishankkeita, joissa yhtenä tavoitteena on ollut lastensuojelukustannusten ja huostaanottojen vähentäminen. On syytä kysyä, onko juuri perustyön ja -palvelujen vahvistamisen sijasta tapahtunut projektikehittäminen yksi syy tilanteeseen – sen ohella että sekä lastensuojelutyötä että lasten, nuorten ja perheiden palveluita on organisoitu uudelleen moneen kertaan kunnissa ja seutukunnissa. Kysymys on aiheellinen sen takia, että jatkuvat muutokset ovat vieneet kokeneita, päteviä ja ammattitaitoisia sosiaalityöntekijöitä projekteihin ja pois perustyöstä – ja tuonut osan takaisin kehittämistehtäviin. Sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus on kuitenkin ollut huolestuttavaa.

Paikallisesti on suurta vaihtelua siinä, minkä ikäisistä lapsista tehdään ilmoituksia ja ketkä viranomaiset ovat aktiivisia yhteydenottajia. Vaihtelua on myös siinä, millainen palvelujärjestelmä seudulla ja kunnassa on ja miten se toimii. Kirjo on kaikilla ulottuvuudella suuri, ja lapset ovat palvelujen suhteen keskenään eriarvoisessa asemassa sen mukaan, millä alueella sattuvat asumaan. (Heino 2011.) Palvelujen käyttäjien kokemuksia selvittäneen Paras-hankkeen arviointiraportin mukaan esimerkiksi lastensuojelun perhetyö ja sosiaalityöntekijän ohjaus ja neuvonta koettiin usein asioinnin kannalta monimutkaisina ja työläinä (Virkki, Vartiainen, Kettunen ja Heinämäki 2011).

Avohuollon asiakkaana olevien lasten, nuorten ja perheiden saamasta lastensuojelun tuen sisällöstä ja palvelun käytöstä ei tiedetä. Tästä ei ole olemassa valtakunnallista rekisteriä tai tilastoa. Julkinen valta ei kerää tietoa eikä seuraa, millaisia palveluja lastensuojeluun asiakkaaksi tulleet lapset ja heidän vanhempansa tarvitsisivat tai mitä he tosiasiaa saavat eikä myöskään siitä, miten palvelujen käyttö kasaantuu. Viimeisen kymmenen vuoden ajan on toistuvasti raportoitu riittämättömästä kotiavusta lapsiperheille ja lastensuojelun perheille. Valtakunnallisia tilastotietoja esimerkiksi lastensuojelun perhetyön laajuudesta, asiakasmääristä tai perhekuntoutuksessa olleista, ei ole saatavilla. (Bardy ym. 2001; Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomukset 2005 – 2010; Heino 2008.)

Tilastoaineiston puutteessa kuntakyselyllä (Puustinen-Korhonen 2013) on voitu tarkentaa kuvaa. Sen mukaan kyselyyn vastanneet sosiaalitoimen ja lastensuojelun johtajat arvioivat, että monet palvelut ovat tarvittaessa hyvin saatavilla: tarpeenmukainen taloudellinen tuki toimeentulotuen kautta jopa 97 prosentissa - perhekuntoutus, tukihenkilö tai perhe kotipalvelu noin 60 prosentissa. Vastaajien mukaan oli myös sellaisia palveluja, joita ei useinkaan kyetty järjestämään: Yli 12-vuotiaan sijoittaminen perhehoitoon näytti kaikkein vaikeimmalta, ja joka toisen päihdehoitoa tarvitsevan alaikäisen arvioitiin jäävän ilman hoitoa. Erityinen laitoshoidon vaatimiseksi lapselle (mielenterveys, käytöshäiriöt), päihdehuollon ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen lapsen vanhemmalle oli myös hankalaa.

Terveydenhuollon tutkimuksien ja palvelujen **järjestymistä** tarpeen mukaan arvioitiin emt. kyselyyn vastanneiden sosiaalitoimen ja lastensuojelun johtajien piirissä yleensä hyväksi. Lääkärintutkimus lasta sijaishuoltoon sijoitettaessa arvioitiin järjestyvän 92 prosentissa, pahoinpitelyepäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut 81 prosentissa ja seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut 80 prosentissa. Mielenterveyspal-

velujen järjestymisen osalta oltiin varovaisempia: 63 prosentissa ne arvioitiin järjestyvän tarpeen mukaan kohtuudella.

Monista palveluista on suoranainen pula. Ammattilaisten rinnalle tarvittaisiin runsaasti tukihenkilöitä ja tukiperheitä sekä sijaisperheitä. Tutkimuksen mukaan 16,6 prosenttia lastensuojelun avohuoltoon tulleista asiakkaista olisi sosiaalityöntekijän arvion mukaan tarvinnut tukihenkilön, mutta palvelua ei ollut saatavana (Heino 2007). Jos tilanne on kirjavasti samantyyppinen koko maassa, se tarkoittaisi, että yli 11 000 lasta on tilanteessa, jossa tarvittavaa kevyttä avohuollon tukea ei kyetä järjestämään.

Alueelliset erot palvelujen saatavuudessa ja käytössä ovat siis suuret. Myös eriarvoisuus lasten ja nuorten kesken on lisääntynyt ja pahoinvointi on kasaantunut (mm. Heino 2009; Heino & Kuure 2009, Rousu 2007). Lastensuojelun palvelujen tuottaminen monimuotoistuu ja osa palveluista tuotetaan suurelta osin ostopalveluna. Esimerkiksi vuonna 2009 kunnat ostivat sosiaalipalveluista yksityisiltä palveluntuottajilta kaiken kaikkiaan 30 prosenttia, mutta lastensuojelun laitos- ja perhehoidosta yksityisiltä palveluntuottajilta ostettiin peräti 67,5 prosenttia (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveystalouksissa 2009 – Tilastoraportti 33/2011). Yksityinen palvelutuotanto on laajentumassa myös avohuollon piiriin. Tämä lisää entisestään lastensuojelun hallinnollisen työn osuutta asiakastyön kustannuksella (Heino 2009a,b, 2008). Kuntien välillä on suuriakin eroja sen suhteen, toteuttaako kunta sijaishuoltoa perhehoitopainotteisesti vai laitoshuoltopainotteisesti (Lastensuojelu 2010, THL, Tilastoraportti 29/2011). Erot herättävät vakavan kysymyksen siitä, ohjaako palvelujen järjestämistä olemassa olevan palvelurakenne vai lapsen tarpeet ja etu. Voiko olla niin, että yhdessä kunnassa huostaan otetut lapset tarvitsevat nimenomaan laitoshuoltoa ja toisessa kunnassa on puolestaan perhehoitoa tarvitsevia lapsia? (Heino 2009c)

Valvira ja aluehallintovirastot ovat aktiivisesti seuranneet määräaikojen noudattamista kunnissa. Kun tiukentunut valvonta on aikaansaanut kunnissa resurssien siirtämisen asiakkuuden alkuvaiheen selvitystyöhön, on joissain kunnissa järjestetty uusia resursseja ja joissain suunnitelmallinen sosiaalityö puolestaan luovuttanut resurssejaan tähän alkuvaiheen työskentelyyn. Etelä-Suomen Aluehallintoviraston tekemän selvityksen mukaan lähes kolmasosa lastensuojelutarpeen selvityksistä viivästyivät lain asettamasta kolmen kuukauden määräajasta viraston alueella 2011 ensimmäisellä puoliskolla. (Miettinen & Stenroos 2011.) Valviran kyselyyn saamista vastauksissa yleisimmäksi määräaikojen ylittymisen syyksi esitettiin resurssipula. Joissakin kunnissa resurssipula näyttäisi olevan jatkuva, kun taas toisissa se kärjistyy loma-aikoina ja yllättävissä ruuhka- tai poissaolotilanteissa. Myös työn organisoinnissa ilmoitettiin olevan ongelmia. Erityisesti moniammatillisen yhteistyön edellyttämien tapaamisaikojen löytäminen näyttää haasteelliselta. Vastauksista löytyi myös hyviä esimerkkejä siitä, miten töitä uudelleen järjestelemällä ja lastensuojeluasioita keskittämällä on onnistuttu tehostamaan käsittelyprosesseja. Jotkut kunnat ovat myös selkeästi lisänneet lastensuojelutyöntekijöiden määrää tarpeen mukaisesti. (Valvira 2010)

Kuntaliiton lastensuojelun kyselyssä pätevien sosiaalityöntekijöiden työpanosta arvioitiin olevan riittävästi tarpeeseen nähden joka neljännessä kunnassa. Kunnat nostivat sosiaaliohjauksen ja sosiaalityön työnjakokysymykset keskeisimmäksi resurssikysymykseksi. Lastensuojelun työvoimatilanteessa tulisikin tarkastella niin sosiaalityöntekijöiden kuin sosiaaliohjaajien tehtäviä, osaamista ja vastuita, joita tulisi selkiinnyttää. Vastausten

perusteella 84 prosenttia vastanneista tuki väittämää, jonka mukaan toimivalla työnjaolla ja riittävällä määrällä sosiaalihojasta ja perhetyötä voidaan olennaisesti vähentää sosiaalityöhön kohdistuvaa työpainetta. (Puustinen-Korhonen 2013)

Pätevien sosiaalityöntekijöiden puute on vakava ongelma. Etelä-Suomen aluehallintoviraston selvityksen mukaan alueen kunnissa vain 58 % lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijöistä täytti lain pätevyysvaatimukset. Tilanne pätevien sosiaalityöntekijöiden suhteen on heikentynyt viime vuosina. Etelä-Suomen alueella pätevien työntekijöiden osuus on laskenut parissa vuodessa lähes 10 %. (Miettinen & Stenroos 2011.) Sosiaalitaidon tekemän seurannan (2013) mukaan vuoden lopussa vuonna 2012 oli pätevien lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden osuus 69 %. Kuntien välillä oli vaihtelua 14 % – 100 %. Kolmessa kunnassa oli vain yksi pätevä, ja hänkin johtava sosiaalityöntekijä.

Resurssien riittämättömyys on keskeinen saatavuuteen vaikuttava tekijä ja esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluissa saatavuuden ongelmat heijastunevat myös lastensuojeluun. Lasten ja perheiden peruspalvelujen kehitys 1990- ja 2000 -luvulla on ollut huolestuttava. Peruspalvelujen resurssikehitys on merkinnyt myös sitä, että yhä useampi lapsi on ohjattu erityispalveluihin, erityisopetuksessa olevien lasten määrä on kasvanut, kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on tasaisesti kasvanut pitkään ja lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon on lisääntynyt merkittävästi sekä avokäyntien että sairaalahoitopäivien osalta. (THL: lasten ja nuorten asema ja palvelut 1990-lamasta tähän päivään, diasarja).

Lastensuojelun tarvitsemaa eri alojen konsultaatiota on kehitetty kunnissa lastensuojelulain uudistuksen myötä. Vuoden 2008 alusta voimaan tullut laki edellyttää moniammatillista tukea sosiaalityölle. Kunnat ovat perustaneet lain edellyttämiä moniammatillisia työryhmiä sosiaalityön tueksi ja konsultaatiokäytäntöä ja -malleja on kehitetty myös erilaisissa kehittämishankkeissa. Lakisääteisiä ryhmiä ei kuitenkaan ole kaikissa kunnissa, olemassa olevien ryhmien toimintatavat vaihtelevat ja myös asiakkaan asema menettelyssä on erilaista eri paikoissa (Heinonen 2010). Lastensuojelulaki edellyttää myös terveydenhuollon antavan asiantuntija-apua ja järjestävän tutkimusta, hoitoa ja terapiapalveluja lapselle. Lastensuojelun työmenetelmiä on kehitetty ja monipuolistettu ja mm. läheisten voimavaroja kartoitetaan useimmiten jo asiakkuuden alussa läheisten tuen saamiseksi lapselle mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tosin myös tässä on kirjavuutta ja esimerkiksi läheisten kutsuminen neuvonpitoihin on harvoin säännönmukaista (Heino ym. 2010). Työtä tehdään enenevässä määrin työparityönä ja tiimityönä, mitä on pidettävä myönteisenä asiana. Lastensuojelun työntekijöiden työhyvinvointiin ja työn johtamiseen liittyy kuitenkin edelleen kehittämistarpeita, joihin olisi pystyttävä vastaamaan (STM:n julkaisu 17/2009, Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle).

Hallituksen kolmesta painopistealueesta lastensuojelun tematiikkaan läheisimmin liittyy köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Toki julkisen talouden vakauttaminen sekä kestävä talouskasvu, työllisyyden ja kilpailukykyyn vahvistaminen edellyttävät työpaikkoja sekä osaavaa ja veronsa Suomeen maksavaa työvoimaa ja yritystoimintaa, ja tässä mielessä tulevien sukupolvien syrjäytymisen ehkäiseminen on kärkiteema. Julkinen valta on ottanut vanhemmuustehtävän huostaanottamiensa lasten osalta, ja siinä tehtävässä on vielä tehostamisen varaa.



Eduskunnan tarkastusvaliokunnan tilaamassa selvityksessä (Notkola ym. 2013) tehdään lukuisia ehdotuksia palvelujen vaikuttavuuden parantamiseksi lyhyellä ja pidemmällä aikavälillä. Tutkimus ei kohdistunut vakavassa vaarassa ja kodin ulkopuolisen hoidon tarpeessa oleviin lapsiin eikä heidän perheidensä tilanteeseen. Siten laaditus ehdotuksetkaan eivät käsittäneet sijaishuollon vaikuttavuuden ja hoidon laadun parantamiseen tähtääviä toimia. Selvitys kiinnittää aiheellisesti huomiota palvelujen välisiin huonoihin saumakohtiin, yhteistyön toimimattomuuteen sekä universaalien ja integroitujen palvelukokonaisuuksien kehittämiseen – osallisuuden ja palveluohjauksen vahvistamiseen. Sosiaalitaidon (2013) tilastolliseen selvityksessä todetaan seurantaan ja kuntien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta, että sijaishuollon palvelurakenteen kehittäminen on hidasta, mutta joissain kunnissa on nähtävissä positiivista kehitystä.

### Lastensuojelun käyttö ja kustannukset

Avohuollon järjestämisestä vastaa yleensä lapsen kotikunta. Kun lapsi on sijoitettuna avohuollon tukitoimena toisen kunnan alueelle, sijoittajakunta ja sijoituskunta vastaavat yhteistyössä lapsen tarvitsemien palvelujen järjestämisestä, mutta kustannusvastuu kuuluu. Lapsen huostaanottanut ja sijoittanut kunta vastaa sijoituksen kustannuksista (tällöin mukana ovat myös avohuollon ja jälkihuollon kustannukset, joiden kustannusvastuu on LSL 16 § mukaisesti sijoittajakunnalla).

Uusimpia lastensuojelutilastoja ja kustannusvaikutuksia tarkasteltaessa huomio kiinnittyy sekä avohuollon että sijoitettujen lasten ja nuorten määrän kasvuun, teini-ikäisten suureen osuuteen, kiireellisten sijoitusten määrän kasvuun ja laitospaikkojen osuuteen. Yksityisten yritysten tulo markkinoille on jo pitkään ollut selvänä trendinä, mutta tästä on saatavilla melko niukasti tietoa. THL:n selvityksen ”Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveystaloudessa” mukaan lastensuojelulaitosten ja perhekotien hoitopäiviä tarkasteltaessa yksityisten palvelutuottajien osuus palvelujen suoritteista oli 67,5 prosenttia vuonna 2010.

Vuonna 2011 kunnat käyttivät lasten ja perheiden palveluihin 1,03 mrd euroa, mikä on 4,8 % sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista. Vaikka euromääräinen kasvu on ollut suurta, suhteellinen osuus on pysynyt kohtalaisen ennallaan, jopa laskenut vuoden 2008 tasosta (5,4 %). Sen sijaan asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä on kasvanut sekä absoluuttisesti että suhteessa käyttökustannuksiin. Kun osuus vielä 2000-luvun alussa oli 30 %, se on jo 44,4 % vuonna 2011. (Puustinen-Korhonen 2013, 58 - 59).

Kunnat hankkivat yksityisiltä palveluntuottajilta pääasiassa sijaishuollon palveluja, niin laitossijoituksia kuin perhehoitoon liittyvää tukea, hoitajien rekrytointia sekä valmennusta. Kolmanneksi eniten ostettiin avohuollon perhetyötä. Moni kunta ostaa myös avohuollon palveluja sekä arviointia niin lastensuojelun tarpeen selvittämisen vaiheessa kuin myös muissa vaiheissa. Viranomaistyön ja –vastuun rajoja koetellaan käytännöissä, ja Kuntaliitto onkin pitänyt asiaa huolestuttavana ja ottanut kannan, että arviointityö pitäisi pitää tiukasti viranomaistyönä (Puustinen-Korhonen 5.12.2013).

Sosiaalitaidon tekemässä selvityksessä (2013) käytetään kuntien (keskenään erilaisia) tilitietoja lastensuojelun kokonaiskustannusten kehityksen seurantaan. Kokonaiskustannuksiin on laskettu mukaan sijaishuollon, lastensuojelun avohuollon ja sosiaalityön kus-

tannuksia. Selvitys osoittaa paitsi kustannusten kasvuun myös Keski- ja Länsi-Uudenmaan kuntien välillä merkittäviin eroihin lastensuojelun kustannuksissa. Suurimmat kustannukset vuonna 2012 olivat 1235 euroa kunnan alle 20-vuotiaita kohden ja pienimmät 364 euroa, keskimäärin kustannukset olivat näissä 10 kunnassa 658 euroa. Saman selvityksen mukaan lastensuojelun kustannukset asiakasta kohden sen sijaan laskivat vuodessa keskimäärin 8 382 eurosta 7 848 euroon vuonna 2012. Asiakaskohtaiset kustannukset vaihtelivat näissä kunnissa Nurmijärven 7 018 eurosta Järvenpään ja Karviaisten 12 230 – 12 449 euroon.

Avohuollon kustannukset hukkuvat ryhmään muut lasten ja perheiden palvelut. Tämän ryhmän kustannukset ovat nousseet selvästi vuodesta 2010, jota ennen ne olivat laske-  
neet. (Taulukko 52) Tämä väliaikainen lasku ei johtunut kuntien palvelujen leikkauksesta, vaan elatustuen siirrosta Kelalle vuonna 2009. Vuonna 2012 lastensuojelun laitos- ja perhehoitoon kului lähes 720 miljoonaa euroa. Tämä on yli 660 euroa jokaista alle 18-vuotiasta kohti. Nimellistä kasvua oli lähes 8 prosenttia sekä 2011 että 2012. Reaalinen kasvu oli lähes 5 prosenttia.

**Taulukko 24. Lastensuojelun käyttökustannukset vuosina 2006–2012 (miljoonaa euroa).**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset	433	485	550	598	619	666	716
Muiden lasten ja perheiden palveluiden käyttökustannukset	411	439	466	372	369	398	444

Lastensuojelun kuntakohtaisista kustannuksista saadaan tietoa kuntien talous- ja toimintatilaston luokitusten mukaisesti, jossa on eroteltu erikseen lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito sekä muut lasten ja perheiden palvelut. Avohuollon kustannukset sisältyvät jälkimmäiseen luokkaan. Tällä luokituksella ei päästä arvioimaan kustannuksia eri hoitomuodoittain. Parhaat arvot eri hoitomuotojen kustannuskehityksestä saadaan kuuden suurimman kaupungin ns. Kuusikko-kuntien raporteista.

### Tuottavuus ja yksikkökustannukset

Lastensuojelun tuottavuutta voidaan tarkastella yksikkökustannusten avulla, kuinka monta euroa maksaa yksi sijoitus kodin ulkopuolelle. Tätä voidaan pitää kääntäen tuottavuuden määritelmänä. Kuntien talous- ja toimintatilastoista ei saa eroteltua eri hoitomuotoja, joten sitä kautta on hyödytöntä arvioida hoitopäiväkohtaisia kustannuksia. Kuuden suurimman kaupungin osalta voidaan esittää tiedot. Yksikkökustannuksia vuoden 2011 osalta on raportoitu myös THL:n julkaisussa. (Kapiainen, Väisänen, Haula 2013).

Taulukossa 25 on esitetty em. kuuden suurimman kaupungin hoitopäiväkohtaiset kustannukset vuosina 2005–2012. Laitoshoito on keskimäärin yli kolme kertaa kalliimpaa kuin lapsen hoitaminen sijaisperheessä. Laitoshoidon osuuden kasvaessa kasvavat myös kokonaiskustannukset.

Vuoden 2012 alusta lastensuojelulakiin tuli muutos, joka painotti perhehoidon ensisijaisuutta laitoshoitoon nähden. Tarkoitus oli panostaa myös sijaisperheiden määrän kasvattamiseen lisäämällä rahallista ja vertaistukea sijaisperheille. Tämä näkyy selvästi sijaisperhehoidon kustannuksissa, jotka ovat nousseet vuodesta 2010 lähes 20 eurolla vuorokaudessa.

Vuonna 2012 lastensuojelun laitoshoidon maksot kuudessa suurimmassa kaupungissa keskimäärin 271 euroa vuorokaudessa. Kunnan oma tuotanto oli keskimäärin 45 euroa kalliimpaa kuin ostopalvelut. Näissä kustannuksissa oli kuitenkin suuria eroja kuntien sisällä ja kuntien välillä. Sijaisperhehoito maksoi keskimäärin 81 euroa hoitovuorokautta kohti.

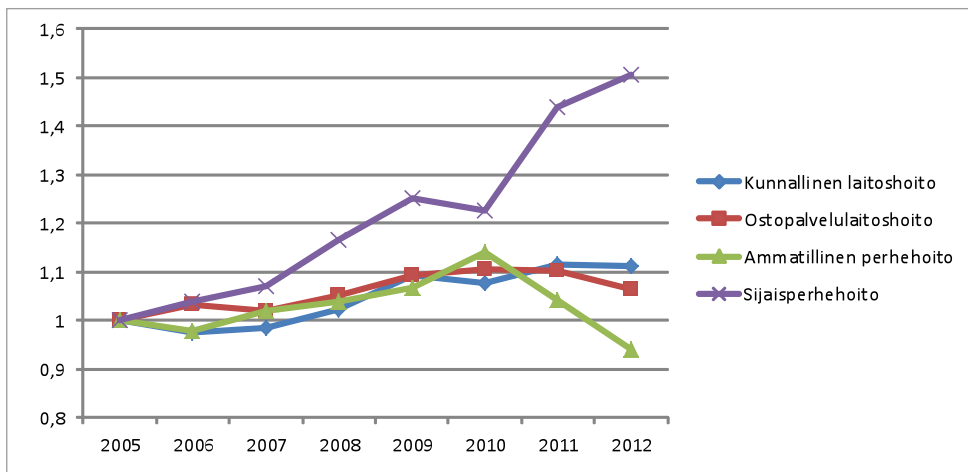
**Taulukko 25. Kuusikkokuntien keskimääräiset yksikkökustannukset vuosina 2005–2012, €/vrk**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lastensuojelun laitoshoido yht.	199	206	211	230	243	256	258	271
Kunnallinen laitoshoido	212	213	222	242	258	268	287	295
Ostopalvelulaitoshoido	188	200	204	221	229	244	251	250
Ammatillinen perhehoito	144	145	156	167	171	193	182	169
Sijaisperhehoito	43	46	49	56	60	62	75	81

Lähde: Kuusikko-työryhmä  
Nimelliset kustannukset

Kuviossa 41. on esitetty kustannusten kehitys hoitomuodittain suhteessa vuoteen 2005. Vaikka sijaisperhehoito on kustannuksiltaan selvästi edullisinta, on sen keskimääräinen yksikkökustannus noussut selvästi eniten. Kustannusten muutokset on deflatoitu kuntatalouden sosiaalitoimen hintaindeksillä. Sijaisperhehoidon yksikkökustannukset ovat siis nousseet reaalisesti yli 50 prosenttia vuosien 2005–2012 välillä. Vastaavana aikana ammatillisen perhehoidon kustannukset ovat jopa laskeneet ja laitoshoidon kustannukset nousseet noin 10 prosenttia. Laitoshoidossa oman tuotannon kustannukset ovat nousseet hieman enemmän kuin ostopalveluissa ja oma tuotanto oli edelleen keskimäärin kalliimpaa.

**Kuvio 41. Kuusikkokuntien yksikkökustannusten reaalikehitys vuosina 2005–2012**



## Lastensuojelun avohuollon asiakkaat ja kustannukset

Vuonna 2012 lastensuojelun sosiaalityön ja avohuollon asiakkaana oli 87 000 lasta ja nuorta. Määrä kasvoi edellisvuodesta seitsemällä prosentilla. Avohuollon kustannuksista ei saada valtakunnallista tilastotietoa. Avohuollon kustannukset kuuluvat kuntien taloustilastossa luokkaan ”muut lasten ja perheiden palvelut”. Avohuollon kustannusten kehitystä voidaan arvioida kuuden suurimman kaupungin tilastojen avulla. Tämä ei kuitenkaan kerro koko totuutta kehityksestä, sillä on nähtävissä, että eroja löytyy jo näiden Kuusikko-kuntien välillä.

Kuusikko-kunnissa avohuollon asiakasmäärät olivat nousseet vuonna 2012 kaikissa kunnissa ja yhteensä avohuollon piirissä oli 26 300 lasta ja nuorta. Kasvua edellisvuodesta oli keskimäärin 5,1 prosenttia. Vaikka asiakasmäärät olivat kasvaneet kaikissa Kuusikko-kunnissa, olivat kustannukset kehittyneet eri suuntiin. Keskimäärin avohuollon kustannukset olivat nousseet 6,4 prosenttia ja olivat 66 miljoonaa euroa vuonna 2012. Avohuollon tukitoimiin kului summasta 44 prosenttia, avohuollon sosiaalityöhön 39 prosenttia, jälkihuoltoon 11 prosenttia ja taloudellisiin tukitoimiin 6,5 prosenttia. Avohuollon asiakasta kohti kustannukset olivat noin 2500 euroa. Tässä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta vuoden 2010 jälkeen.

Avohuollon kustannukset ovat kehittyneet eri tahtiin kuudessa suurimmassa kaupungissa. Esimerkiksi Turussa ja Oulussa kasvua oli 22 prosenttia edellisvuodesta. Tampereella kustannukset olivat puolestaan laskeneet 0,3 prosenttia. Asiakaskohtaiset erot vaihtelevat Helsingin 3100 euron ja Vantaan 1900 euron välillä.

Kuten yllä olevasta käy ilmi, on avohuollon kustannusten arvioiminen ja trendien tekeminen haastavaa koska erot ovat jo kuuden suurimman kaupungin osalta näin suuria. Ilmeistä kuitenkin on, että avohuollon asiakasmäärät ovat kasvaneet. Jos palveluja ei ole, ei synny kustannuksiakaan. Auttaminen nojaa pitkälti sosiaalityön ja perhetyön varaan.

**Taulukko 26. Kuusikko-kuntien asiakasmäärät ja kustannukset (Ahlgren-Leinvuo 2013)**

	Espoo	Helsinki	Oulu	Tampere	Turku	Vantaa	Kuusikko
Sijaishuollon asiakkaat (0-17v.)	710	1 958	524	603	608	710	5 113
Avohuollon asiakkaat (0-17v., sis. Jälkihuolto)	4 172	8 319	2 846	3 579	2 423	5 214	26 553
Sijaishuollon kustannukset (milj. euroa)	36,3	100,9	16,5	30,8	33,8	34,2	252,5
Avohuollon kustannukset (milj. euroa)	8,9	25,5	7,3	9,1	5,3	9,8	65,9
Avohuollon kustannukset, % kokonaiskustannuksista	19,7%	20,2%	30,7%	22,8%	13,6%	22,3%	20,7%

Lastensuojelun Kuusikko-työryhmä 2012

Kuusikko-kunnissa avohuollon kustannukset vastasivat noin 21 prosenttia kaikista lastensuojelun kustannuksista (taulukko 26). Jos sovellamme samaa laskentakaavaa, voimme arvioida, että koko maassa lastensuojelun avohuollon kustannukset olisivat noin 150 miljoonaa euroa. Tätä voidaan kuitenkin pitää vain suuntaa antavana arviona. Todennäköisesti luku on selvästi suurempi, sillä tällä laskutavalla kustannukset asiakasta kohti olisivat vain noin 1700 euroa asiakasta kohti, joka on siis selvästi vähemmän mitä Kuusikkokuntien tiedot antavat olettaa. Jotta lastensuojelun kustannuksia päästäisiin arvioimaan paremmin pitäisi Kuntien talous- ja toimintatilastoja luokitusta tarkentaa.

### Lastensuojelun vaikuttavuus

Kuntaliiton vuonna 2010 keräämän aineiston mukaan kunnissa laaditut ja kunnanvaltuustoissa hyväksytyt lastensuojelun/lasten hyvinvoinnin suunnitelmat perustuivat pitkälti kuntatalouden asettamiin raameihin. Niistä päätettäessä luottamusmiesten ja ylimmän johdon näkemyksillä oli eniten painoarvoa, ja vähiten painoarvoa saivat tutkimuksen, asiakkaiden tai yhteistyökumppanien näkemykset. Sen sijaan suunnittelussa annettiin tilaa työntekijöiden näkemyksille ja valtakunnallisille ohjeille. Lapsia, nuoria ja perheitä kuultiin marginaalisesti, käytännössä lastensuojelun asiakkaita ei kuultu juuri lainkaan (Junnila ym. 2012). Kuntaliiton tekemä täydennyskysely tuo esiin suunnitelmien teon yhteistyöprosessia laajemmin, ja selvitys korostaa erilaisia tapoja osallistaa kuntalaisia ja lapsia sekä nuoria. (www.kunnat.net)

Toimiva lastensuojelu –ryhmä selvitti asiakkaiden kokemuksia lastensuojelusta ja sen toiminnasta. Asiakkaiden näkökulmasta lastensuojelun suurimmat ongelmat liittyvät juuri työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Työntekijöiden vaihtuvuus heikentää mahdollisuuksia luottamuksellisen suhteen syntymiseen ja tätä kautta vie pohjaa työskentelyltä. Työntekijöiden kiire ja resurssien niukkuus välittyy asiakkaille sekä suoraan että välillisesti. Usein syntyy kokemus, että asiakkaiden tarpeita ei tunnisteta tai niihin pyritään vastaamaan niillä välineillä, joita kunnassa sattuu olemaan eikä niillä, joista olisi asiakkaille apua. Lastensuojelun asiakkuutta saatettiin edellyttää ehtona jonkin tietyn palvelun saamiseksi, vaikka varsinaista lastensuojelun tarvetta ei olisi todettukaan.

Lastensuojelun asiakkaiden tuleminen mukaan palvelujen kehittämistyöhön on selvästi vahvistunut viime vuosien aikana. Kokemusasiantuntijoiden rooli on noussut tärkeäksi sijaishuollon arvioinnissa ja kehittämisessä (Vario ym. Suojele unelmia, vaali toivoa –raportti 2012). Huostaanotettujen lasten vanhempien tukitoiminta on organisoitunut Kasvatus- ja perheneuvontaliiton Voikukkia –hankkeen kautta, jossa on koulutettu jo useita kymmeniä huostaanoton kokeneita vanhempia vertaistukiryhmien vetäjiksi. Samoin nuorten kokemusasiantuntijoiden vaikuttajaryhmätoiminta on laajentunut Pesäpuu ry:n kehittämishankkeiden ja Soccan Nuorten vaikuttajaryhmän ansiosta. Lasten Kaste-osaohjelmassa kokemusasiantuntijat ovat mukana kehittämässä lastensuojelutarpeen selvityksen käytäntöjä oppimisverkostossa yhdessä ammattilaisten kanssa. Kyse on lastensuojelun laadun arvioinnin ja parantamisen kannalta erittäin merkittävistä uusista avauksista.

Loppuvuodesta 2011 julkaistun Lastensuojelun tieto ja tutkimus -selvityksen perusteella voi todeta, että lastensuojelua koskeva ja siinä tarvittava tutkimustieto on vaikeasti saatavaa ja fragmentoitunutta. Tieto perusasioista, kuten lastensuojelun tarpeen syistä, asiak-

kaiden taustoista ja asiakaspoluista, on riittämätöntä. Samoin perustieto käytännöistä on vähäistä ja sen puute vaikeuttaa puolestaan lastensuojelutyön tutkimista ja toteuttamista. Tämän takia lastensuojelun käytäntöjen vaikuttavuutta ei tunneta riittävästi, ja vaikuttavuuden tarkastelemiseksi tarvittaisiin riittävän pitkäaikaista, laajaan otantaan perustuvaa seuranta-aineistoa. Myös laadullista tietoa ja huostaanottoon puretuvaa tietoa tarvittaisiin nykyistä enemmän. (Pekkarinen 2011.) Raportin perusteella voi kiteytetysti todeta, että lastensuojelun kentällä vallitsee vakava tiedon vajuus ja tiedon koordinaation puute, mikä vaikeuttaa myös lastensuojelun vaikuttavuuden arviointia.

Sijaishuollon vaikuttavuutta koskeva tutkimus on kansainvälisestikin niukkaa. Joitakin tutkimuksia kuitenkin on, joissa on pystytty osoittamaan kausaalisuhteita sijaishuollon ja tulosmuuttujien välillä. Doyle (2007, 2008 ja 2013) on tutkinut sijaisperhehoidon (foster care) vaikutuksia amerikkalaisella aineistolla. Hänen mukaansa sijaishuollon vaikuttavuus on huono. Sijoitetuilla on enemmän rikollisuutta, alhaisempi koulutus- ja tulotaso ja sekä enemmän teiniraskauksia kun vertailuryhmässä. Warburton ym. (2011) tutkivat teiniikäisten poikien sijoituksia ja löysivät myös sijaishuollon negatiivisen vaikutuksen. Entiset sijaishuollon asiakkailta oli matalampi koulutustaso, he saivat useammin toimeentulotukea ja he tekivät enemmän rikoksia kuin vertailuryhmässä. Myös pohjoismaissa viime vuosina tehty vastaava vertailututkimus on tuottanut samankaltaisia tuloksia – ja niitä on saatavissa jo Suomestakin (Kestilä ym 2012). Berger ym. (2009) tutkivat sijaishuollossa olleiden kognitiivisia taitoja ja käyttäytymisongelmia yhdysvaltalaisella aineistolla. Heidän tuloksensa osoittivat, että vaikka sijaishuollossa olleilla oli huonommat tulokset, ne hävisivät kun tutkimusryhmät kaltaistettiin.

Suomessa sijaishuollon vaikuttavuudesta ei ole vielä julkaistua tietoa. THL:ssa on kuitenkin käynnissä tähän tähtäävää tutkimusta (Väisänen). Tulosten perusteella on selvää, että kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret ovat altistuneet muita useammin erilaisille epäsuotuisille tekijöille ja olosuhteille, jotka liittyvät vanhempien käyttäytymiseen ja elinympäristöön (Kestilä ym. 2012a). Lisäksi tulokset tuovat selvästi esiin, että nämä lapset ja nuoret pärjäävät muita ikäisiään heikommin varhaisaikuisuudessa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että joskus elämässään sijoitettuna olleilla menee 21-vuotiaana selvästi huonommin kuin heidän ikätovereillaan. Sijoitetut kouluttautuvat vähemmän, tekevät enemmän rikoksia, saavat useammin toimeentulotukea ja mielenterveyspalveluita ja tytöille tehdään enemmän abortteja. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritty osoittamaan sijaishuollon kausaalivaikutuksia (Kestilä ym. 2012b). Huostaanotettujen ja sijoitettujen lasten huonosaisuuden sukupolvittaista siirtymää on myös analysoitu (Kataja ym. 2013).

Tutkimus kertoo myös, että sijoitettuna olleiden lapsilla on monia sijoituksia ja monia sijoituspaikkoja elämänsä aikana, huostaan otetuilla enemmän kuin muilla sijoitetuilla. Sijoitettujen lasten psyykkistä tilaa tutkitaan ja arvioidaan keskimääräistä enemmän, mutta palvelujen kasautuvan käytön sisällöstä ja vaikuttavuudesta ei ole tutkittua tietoa.

Huostaanotettujen lasten omassa elämässä tapahtuneet muutokset nousevat tutkimuksen mukaan (Eronen 2013) tärkeämmiksi kuin huostaan otettujen lasten vertailu keskenään tai väestön muiden samanikäisten kanssa. Lastensuojelun institutionaalisen tehtävän näkökulmasta on tärkeää seurata nimenomaan yksittäisen lapsen elämän muutoksia ja toimenpiteiden seurauksia. Läheltä katsoen huostaanotto näyttääkin pääsääntöisesti vähentäneen lapsen

elämää aiemmin kuormittaneita sosiaalisia ongelmia. Lapsen elämästä oli väistynyt monia hänen kehitystään ja kasvuaan haittaavia asioita, kuten kaltoin kohtelu ja sen uhka, päivittäisen hoivan puute, koulunkäynnin laiminlyöminen tai jatkuva päihteiden käyttö. Osoittautui myös, että huostaanoton jälkeen lapsen terveydentila koheni ja hän sai vakavaan sairauteensa asianmukaisen hoidon. Jos vaikutuksia verrataan huostaanottoa edeltäneeseen aikaan, sosiaalityöntekijät arvioivat tilanteen parantuneen 86 prosentilla lapsista (Eronen 2013).

Vaikka huostaanotto usein parantaakin yksittäisten lasten hyvinvointia sen joillakin osa-alueilla, tämä ei kuitenkaan vielä tarkoita, että huostaan otettujen lasten tilanne paranisi kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla tai se olisi hyvä tai yhtä hyvä kuin ikätovereiden. Paikallinen viiden vuoden seurantatutkimus toi näkyviin erilaisia lasten elämää huostaanoton jälkeen kuormittavia tekijöitä. Esimerkiksi suhde vanhempiin saattoi säilyä jännitteisenä, uhkavana tai lasta ahdistavana huostaanoton aikanakin, vaikka lapsen kasvuympäristö oli monin verroin turvallisempi kuin ennen huostaanottoa. Huostaanoton aikana saattaa ilmetä myös uusia lapsen kehitystä ja kasvua kuormittavia seikkoja. Esimerkiksi lapselle tärkeän lähioimaisen kuolema voi murtaa hänen sosiaalisen tukiverkostonsa. Kaiken kaikkiaan tutkimus osoitti, että sijoitettu lapsi ei ole sijoituspaikassaan vain suojassa ja säilössä, vaan elämä ja arki ovat monenlaisten tapahtumien kudos, jossa tarvitaan joustavasti aikuisten yksilöllistä huomiota, aktiivista läsnäoloa ja monialaista ammatillista tukea (Heino ym. 2013).

Tulosten perusteella ei voida suoraan tehdä johtopäätöksiä siitä, mikä on ollut lastensuojelun vaikuttavuus ja rooli näiden lasten välisten lähtökohtien erojen kaventajana tai kasvattajana. Sen todentaminen vaatii toisenlaisen tutkimusasetelman. On kuitenkin selvää, että lastensuojelujärjestelmä ei kykene täysin poistamaan erilaisten lähtökohtien aiheuttamia eroja lasten myöhemässä hyvinvoinnissa (Heino ym. 2013). Tilastollisesti kuvattavan tiedon ja laadullisen tiedon välille kaivataan enemmän vuoropuhelua, jotta syntyisi monipuolisempi kuva lastensuojelun toimintakäytäntöjen vaikuttavuudesta. Samalla toimenpiteiden ”näyttö” ja vaikuttavuus tulisi monipuolisemmin valotettua. Se, millainen sijoitus laitossijoitus on ja millaisia vaikutuksia sillä on, on sekä inhimillisesti, yhteiskuntapoliittisesti että taloudellisesti merkittävä asia. (Känkänen & Pösö 2008.)

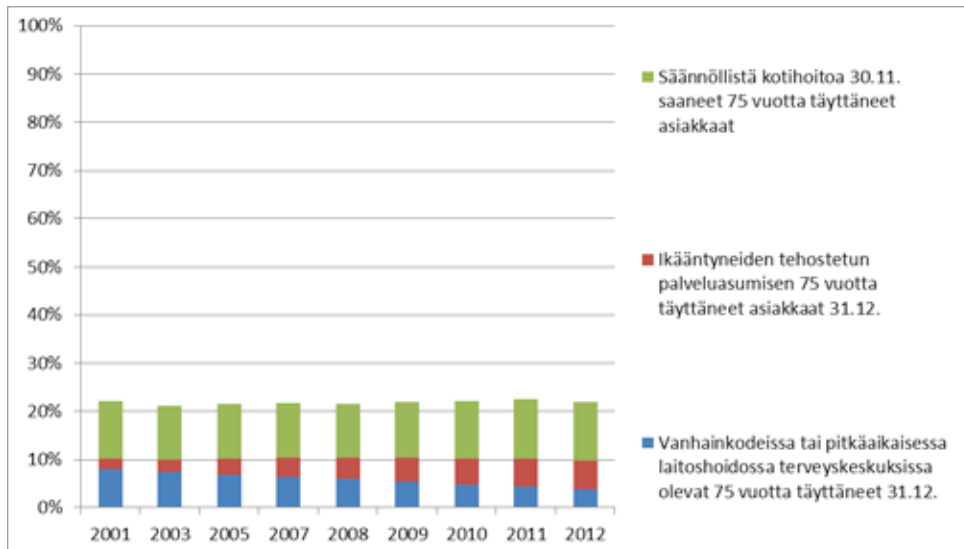
Kuntaliitto on tarttunut vaikuttavuustutkimuksen haasteeseen lastensuojelussa ja se käynnisti vaikuttavuustutkimuksen (2013–2015). Hankkeessa kokeillaan ja kehitellään lastensuojelun vaikuttavuusmittaria. Hanke on käynnistynyt, ja mittaria aletaan pilotoida keväällä 2014. Tutkimustuloksia odotetaan 2015.

### 3.12 Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut

*Finne-Soveri Harriet, Mäkelä Matti, Noro Anja, Vilkkö Anni, Väyrynen Riikka*

Ikäihmisten palveluita saaneiden kokonaisuus 75 vuotta täyttäneistä on vuoden 2000 jälkeen säilynyt ennallaan, noin 23-24 prosenttia (kuvio 42). Näiden palveluiden saavuuden muutos jatkuu ympärivuorokautisen hoivan osalta tehostetun palveluasumisen lisääntymisenä ja laitoshoidon vähentymisenä.

**Kuvio 42. Säännöllisen kotihoiton, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon seitsemänkymmentä viisi vuotta täyttäneet asiakkaat % kaikista 75-vuotiaista.**

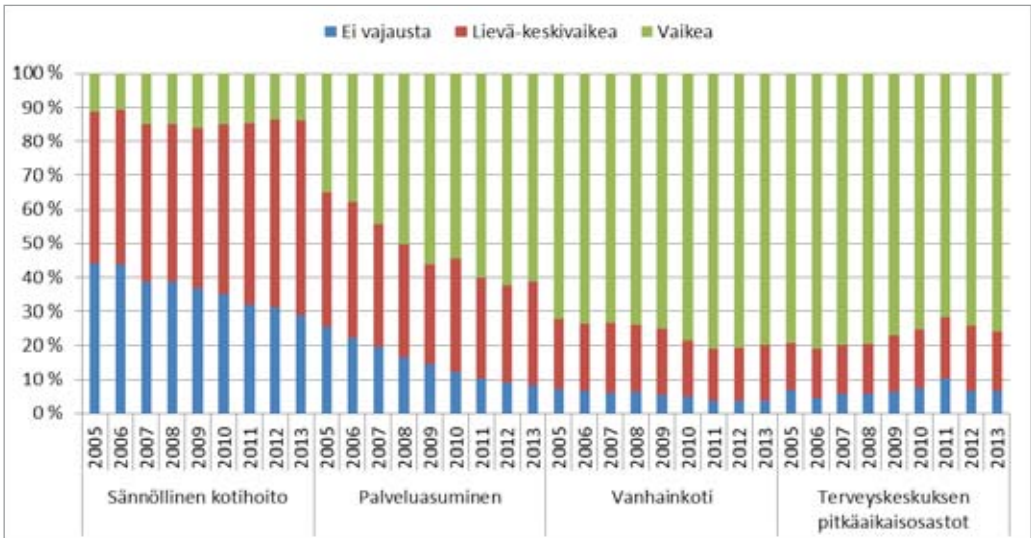


Lähde: Sotkanet, THL

Seitsemänkymmentä viisi vuotta täyttäneillä säännöllisesti kotihoitoa saavilla asiakkailla lievä tai keskivaikkea dementia lisääntyi ja normaali kognitio (muisti ja älyllinen toimintakyky) väheni vuosien 2005 -2013 välisenä aikana. Samalla vaikeasta dementiaasta kärsivien asiakkaiden osuus säilyi lähes ennallaan. Samansuuntainen normaalin kognition vähentyminen ilmeni myös tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa, mutta toisin kuin kotihoidossa vaikean dementiaan osuus lisääntyi (kuvio 43). Sen sijaan terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden kognition jakauma muuttui muiden vanhuspalvelujen suhteen vastakkaiseen suuntaan.

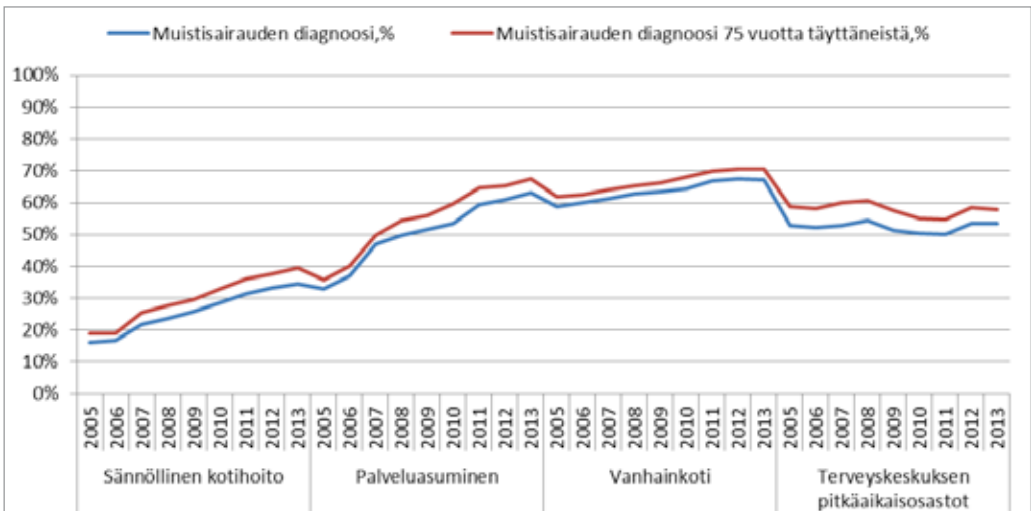


**Kuvio 43. Kognition vajauksen jakauma säännöllisen kotihoidon, tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastojen 75 vuotta täyttäneillä asiakkailta vuosina 2005–2013.**



Lähde: RAI-tietokanta, THL

**Kuvio 44. Muistisairauden diagnoosi, % 75-vuotta täyttäneistä vanhuspalvelujen vanhuspalveluiden asiakkaita**



Muistisairauden diagnoosi (mm. Alzheimerin tauti, Lewyn kappaletauti ja verisuoniperäinen dementia) oli yhdeksän vuoden seuranta-aikana yleistynyt kotihoidon asiakkailla 19, palvelutalojen asukkailla 30 ja vanhainkotien asukkailla 8 prosenttiyksikköä. Terveystieteiden tutkimuskeskusten pitkäaikaishoitoa saavilla muistisairauden diagnoosi oli pysynyt ennallaan.

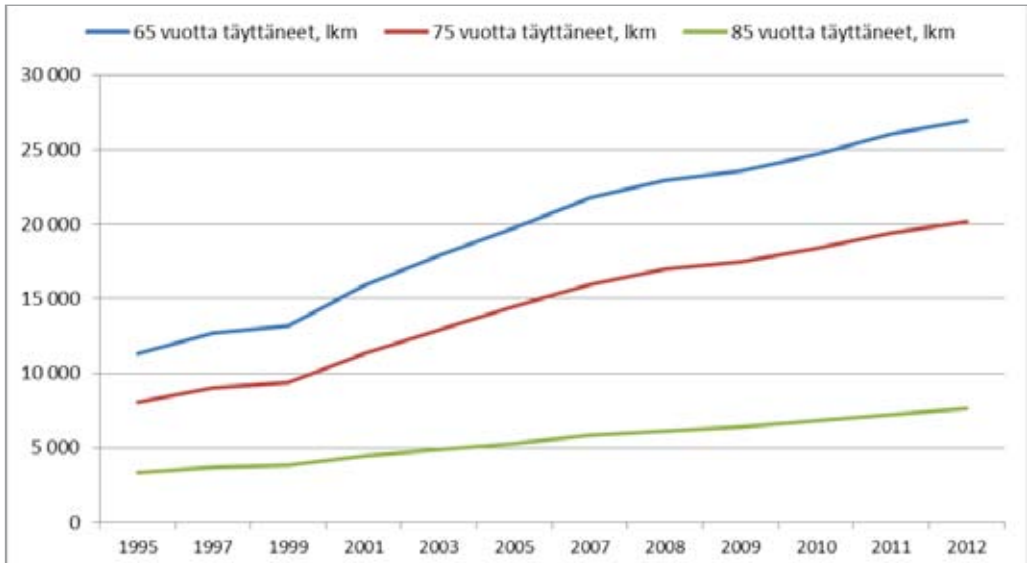
**Taulukko 27. Henkilöstömitoituksen muutokset vuosina 2009-2011 yhteensä 1138 RAI-järjestelmää käyttäneessä yksikössä**

Tehostettu palveluasuminen					
Vuosi	Yksikköjä	Keskiarvo	Keskihajonta	Minimi	Maksimi
2011	141	0,6509784	0,1281376	0,3103448	1
2010	146	0,6355669	0,1339777	0,19	1,02
2009	105	0,5714495	0,1548568	0,2068966	1,0263158
Vanhainkodit					
Vuosi	Yksikköjä	Keskiarvo	Keskihajonta	Minimi	Maksimi
2011	155	0,6509509	0,0806934	0,4195122	0,963
2010	173	0,6652544	0,0792818	0,4642105	0,9444444
2009	183	0,635989	0,1001791	0,4090909	1,0123077
TK-vuodeosastot					
Vuosi	Yksikköjä	Keskiarvo	Keskihajonta	Minimi	Maksimi
2011	89	0,695614	0,0973705	0,4444444	0,925
2010	60	0,6806013	0,0848675	0,5130435	0,925
2009	86	0,666644	0,0941992	0,32625	0,9375

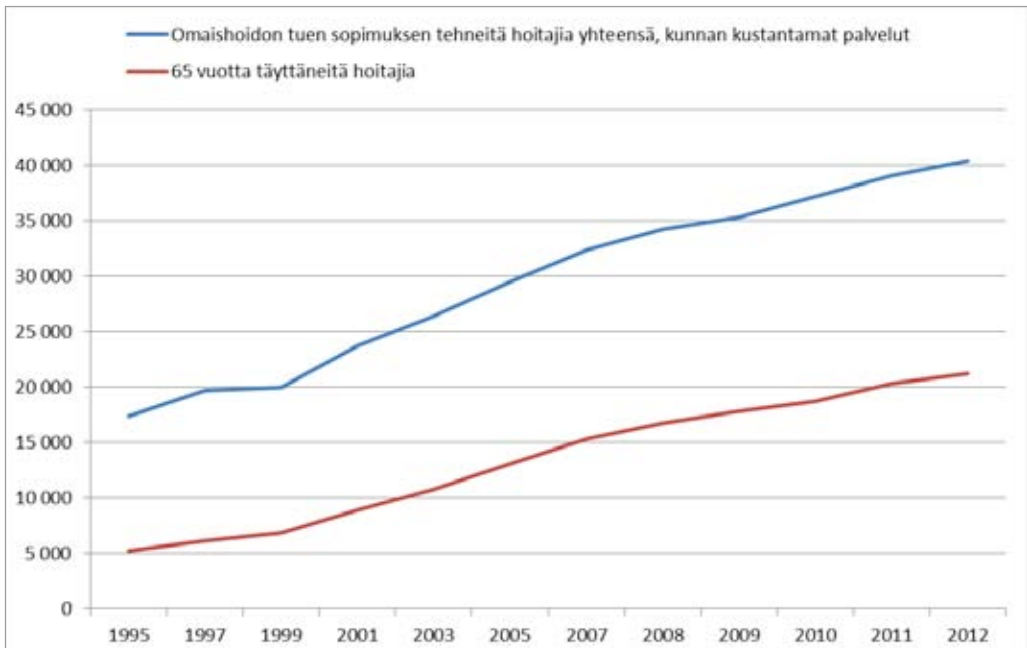
Henkilöstömitoitus on tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa kääntynyt nousuun ainakin RAI-järjestelmää käyttävissä yksiköissä jo ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa (1.7.2013).

Kuviot 4 ja 5 osoittavat omaishoidon tukea saavien 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden lukumäärän nousseen vuodesta 1995 (n=11 294) yli kaksinkertaiseksi vuoteen 2012 mennessä (n=26 993) ja omaishoidon tuesta sopimuksen tehneiden kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneiden hoitajien lukumäärän yli nelinkertaiseksi (n=5283 vs n=21 222).

**Kuvio 45. Omaishoidon tuen asiakkaat ikäryhmittäin 1995 – 2012**

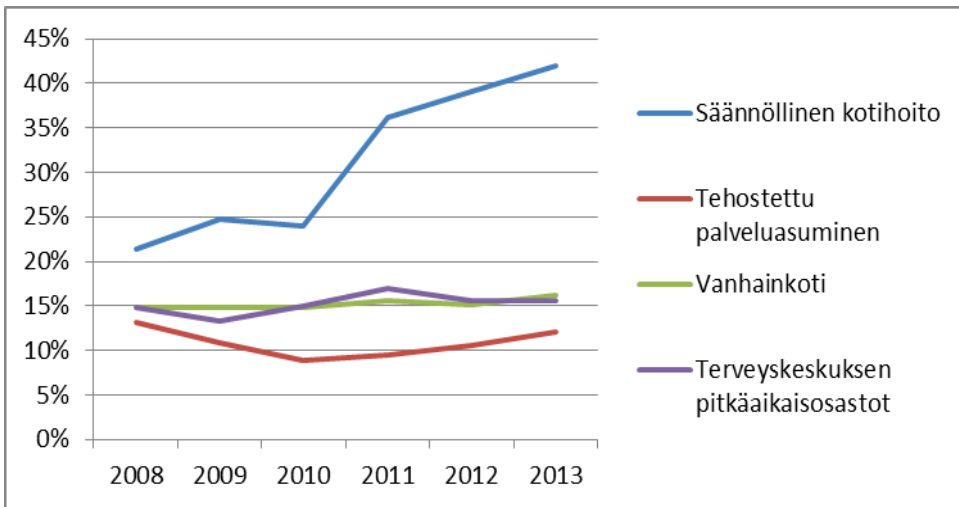


**Kuvio 46. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä (kunnan kustantamat palvelut) 1995-2012**



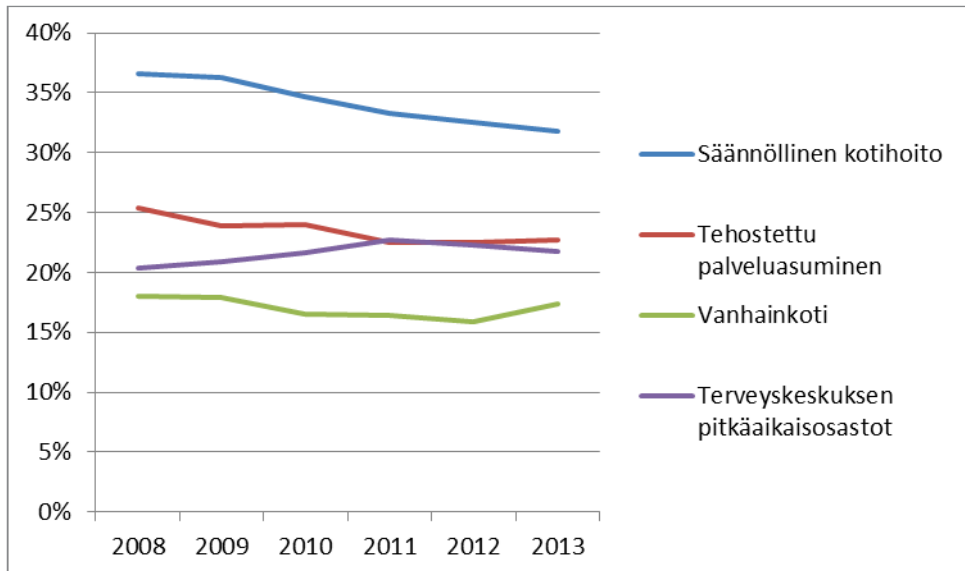
Hoidon laadusta ja tuloksellisuudesta on saatavilla vertailukelpoista tietoa RAI-järjestelmää käyttävistä yksiköistä ammatillisen hoidon laadun osalta. Kuvioista 47 ilmenee erityisesti kotihoidon asiakkaiden osallistuneen vuonna 2013 useammin omaan arviointiinsa kuin viittä vuotta aiemmin. Palvelutaloissa ja laitoshoidossa muutos on jäänyt vaatimattomaksi. Arviointiin osallistuminen liittyi palvelutaloissa ja laitoshoidossa dementiaan vaikeusasteeseen siten, että normaalin kognition omaavista joka kolmas osallistui arviointiin, mutta lievääkin dementiaa sairastavista vain joka viides. Kotihoidon asiakkaista ne, joiden kognitio oli normaali osallistui arviointiin joka toinen ja lievästi tai enemmän dementoituneista asiakkaista joka kolmas.

**Kuvio 47. Asiakkaan osallistuminen oman palvelutarpeensa arviointiin (%) vanhuspalveluissa 2008-2013**

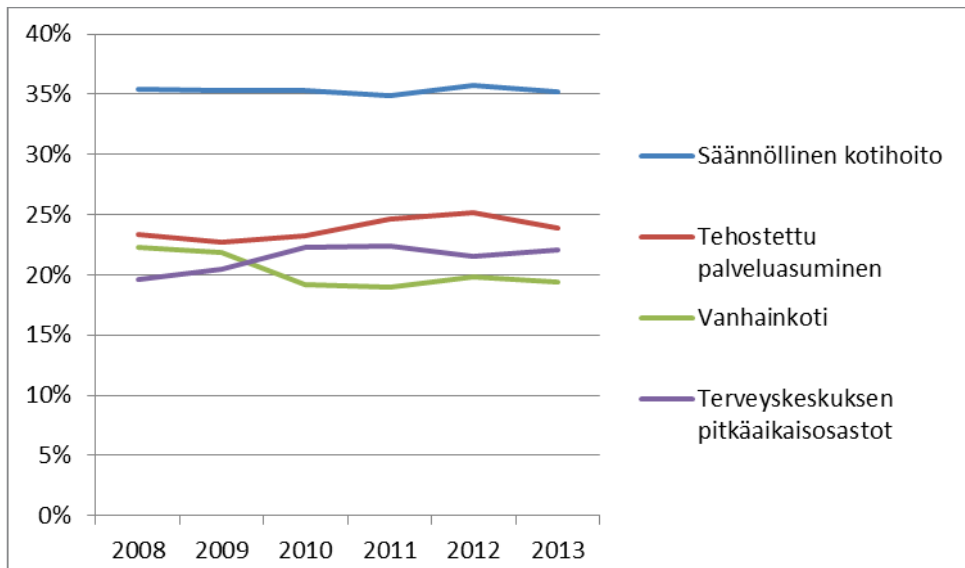


Unilääkkeiden käyttö on tasaisesti vähentynyt erityisesti vanhainkodeissa mutta myös muilla vanhuspalvelujen asiakkailla paitsi terveyskeskuksessa asuneilla (kuvio 48). Kivun hallinta on parantunut vanhainkodeissa (kuvio 49), mutta vuodepotilaiden osuus on lisääntynyt (kuvio 50).

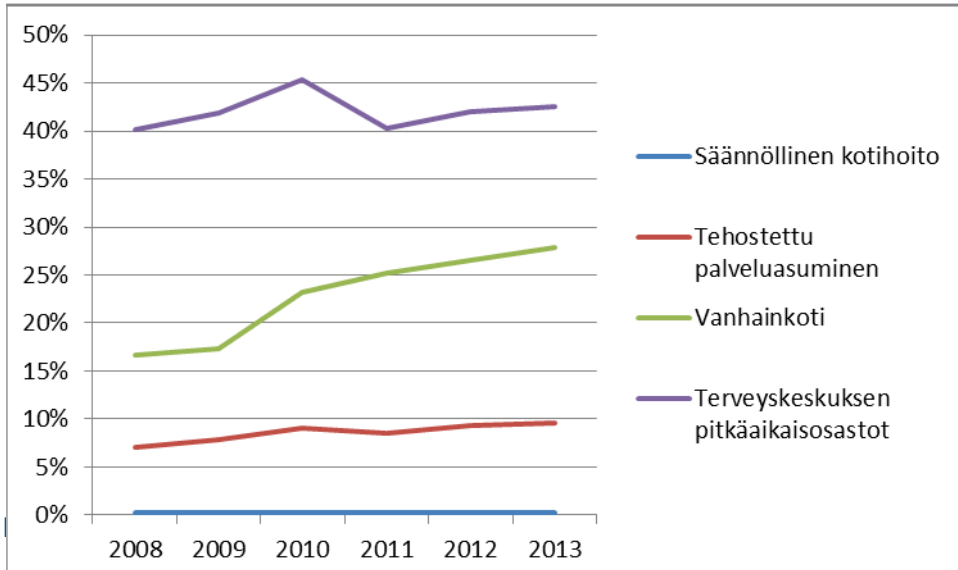
**Kuvio 48. Unilääkkeiden käyttö vanhuspalvelujen asiakkailta (%) 2008-2013**



**Kuvio 49. Keskivaikea tai sitä vaikeampi päivittäinen kipu vanhuspalvelujen asiakkailta 2008-2015**



Kuvio 50. Vuodepotilaiden osuus vanhuspalvelujen asiakkaista (%) 2008-2013



Vähäiset muutokset vanhuspalveluita saaneiden 75 vuotta täyttäneiden osuudessa kaikista 75 vuotta täyttäneistä merkitsevät talouden näkökulmasta lisääntyneitä menoja samassa suhteessa tämän ikäryhmän lukumäärän lisääntymisen kanssa. Samana ajanjaksona Terveys 2011 tutkimuksen mukaan iäkkään väestön toimintakyky on kuitenkin parantunut, minkä perusteella voidaan ajatella taloudellisen tehottomuuden lisääntyneen. Samaan suuntaan viittaa taulukko 1 henkilöstömitoituksen lisäys ympärivuorokautista laitoshoidon tarjoavissa palveluissa.

Omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän kasvu voisi johtaa ympärivuorokautisen hoidon kysynnän vähenemiseen ja siten merkittäviin kustannussäästöihin. Koska 75 - vuotta täyttäneille kohdennettujen palveluiden osuus ei ole viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana vähentynyt vaikka omaishoitajien lukumäärä on nelinkertaistunut, tämän hoitomuodon taloudellisesta vaikuttavuudesta ei voida ilman tarkempaa analyysiä sanoa olevan näyttöä. Onkin epäiltävissä, että omaishoitajia on yhä liian vähän tai omaishoitajuus on kohdentunut kevythoitoisille. Tällöin omaishoitajuus on lisännyt kustannuksia verrattuna tilanteeseen, missä omaishoidon tuki olisi kohdentunut niille, joiden laitoshoidon riski on merkittävä. Omaishoitajuuden huomattava kasvattaminen nykyisestä silloin kun se johtaa laitoshoidon ja palveluasumisen lykkääntymiseen, on kansantalouden ja tuottavuuden kannalta eräs seuraavien vuosien tärkeimmistä tavoitteista.

Ammatillinen hoidon laatu näyttää RAI-arviointien perusteella säilyneen ennallaan tai parantuneen joiltakin osin. Vuodepotilaiden lisääntyminen viittaa joko asiakkaiden kunnan huononemiseen tai passivoivaan hoitoon.

Ympärivuorokautisen hoidon kustannuksista yli puolet koostuu jo tänään muistisairauksien aiheuttamista kustannuksista. Vanhuspalveluiden kohdentuessa myös kotihoidon osalta yhä enenevästi muistisairauksia sairastaville, kansallisen muistiohjelman toimeenpanon taloudellinen merkitys tulee lähivuosina kasvamaan.

### 3.13 Erikoissairaanhoidon palvelut

*Pirjo Häkkinen, Hanna Rättö,*

Erikoissairaanhoidon hoito on muuttunut avohoitopainotteisemmaksi. Erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt 12 prosenttia vuosina 2008–2012. Samaan aikaan avohoitokäyntien määrä on noussut 12 prosenttia. Psykiatrian osuus erikoissairaanhoidosta on hieman vähentynyt viimeisen viiden vuoden aikana laitoshoidossa, mutta vastaavasti hieman kasvanut avohoidossa. (Taulukko 28)

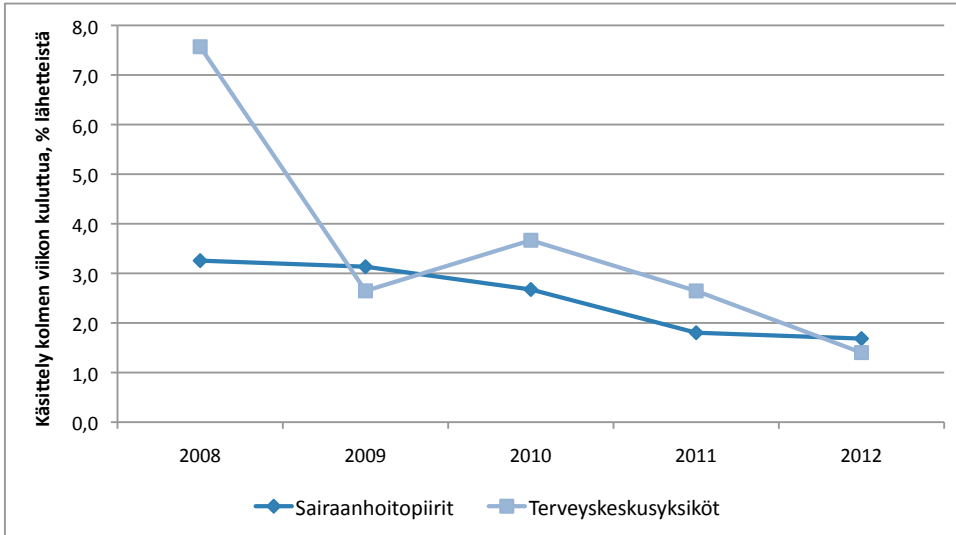
**Taulukko 28. Erikoissairaanhoidon hoito vuosina 2008–2012**

	2008	2009	2010	2011	2012	/1000 asukasta	Muutos 2012/2008 %
<b>Erikoissairaanhoidon yhteensä</b>							
<b>Avohoitokäynnit</b>	7 439 360	7 463 660	7 844 051	8 202 826	8 336 777	1 537	12,1
<b>Vuodeosastohoidon hoitopäivät</b>	5 174 066	4 948 897	4 801 243	4 657 366	4 531 683	838	-12,4
<b>Vuodeosastohoidon potilaat</b>	688 484	678 563	678 717	684 129	674 572	125	-2,0
<b>Somaattinen erikoissairaanhoidon hoito</b>							
<b>Avohoitokäynnit</b>	5 910 336	5 986 868	6 226 422	6 427 584	6 537 271	1 205	10,6
<b>Vuodeosastohoidon hoitopäivät</b>	3 527 017	3 386 384	3 331 572	3 264 346	3 175 426	587	-10,0
<b>Vuodeosastohoidon potilaat</b>	656 329	647 980	649 592	655 607	646 838	120	-1,4
<b>Psykiatrinen erikoissairaanhoidon hoito</b>							
<b>Avohoitokäynnit</b>	1 529 024	1 476 792	1 617 629	1 775 242	1 799 506	332	17,7
<b>Vuodeosastohoidon hoitopäivät</b>	1 647 049	1 562 513	1 469 671	1 393 020	1 356 257	251	-17,7
<b>Vuodeosastohoidon potilaat</b>	32 155	30 583	29 125	28 522	27 734	5,1	-13,7

#### Saatavuus

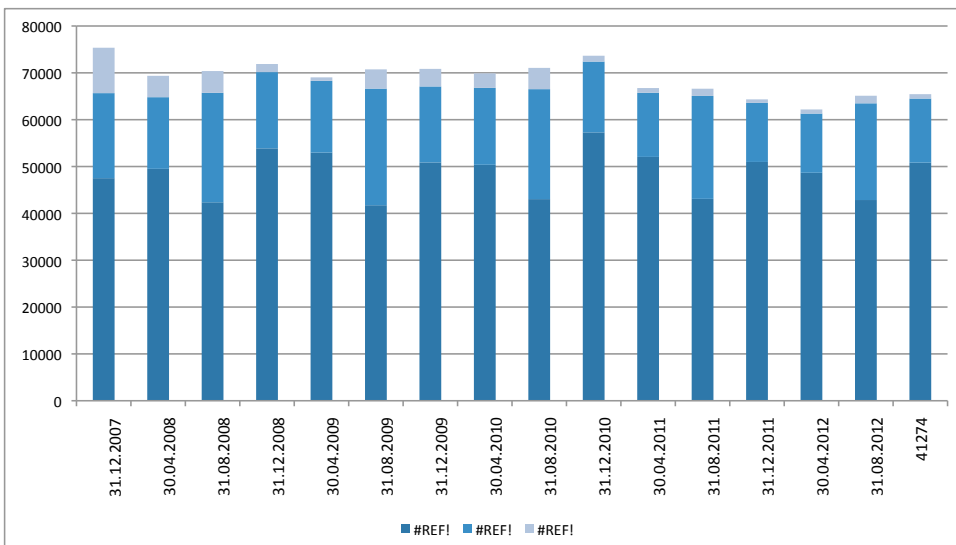
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon tuottavaan yksikköön. Tavoite on toteutunut melko hyvin. Elektiivisiä (ei päivystys) läheteitä käsitellään sairaanhoitopiireissä vuosittain noin miljoona. Ainoastaan vajaassa kahdessa prosentissa vuoden 2012 aikana sairaanhoitopiireihin saapuneista elektiivisistä läheteistä lääkäri oli ottanut kantaa yli kolmen viikon kuluttua siitä, kun lähete oli vastaanotettu sairaalassa (kuviokuva 51). Perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon toteuttavissa yksiköissä vastaava luku oli 1,4 prosenttia. Vuodesta 2008 läheteiden käsittelyajat ovat lyhentyneet. Läheteiden käsittelyajat ovat eniten lyhentyneet silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalajoilla.

**Kuvio 51. Läheteiden käsittely sairaanhoitopiireissä kolmen viikon kuluttua läheteen saapumisesta vuosina 2008–2012, % käsitellyistä läheteistä**



Vuoden 2012 joulukuun viimeisenä päivänä hoitoa odotti yhteensä 65 447 potilasta, joista 78 prosenttia oli odottanut hoitoa alle kolme kuukautta hoitoonon asettamispäivästä (kuvio 52). Vuoden 2007 lopussa hoitoa odotti 75 359 potilasta, joista 63 prosenttia oli odottanut hoitoa alle kolme kuukautta. Alle kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden osuudet nousivat vähitellen vuodesta 2008 saavuttaen nykyisen tason vuoden 2010 lopussa. Odotusajat vaihtelevat kuitenkin vuoden aikana siten, että elokuun lopussa odotusajat ovat aina pisimmillään.

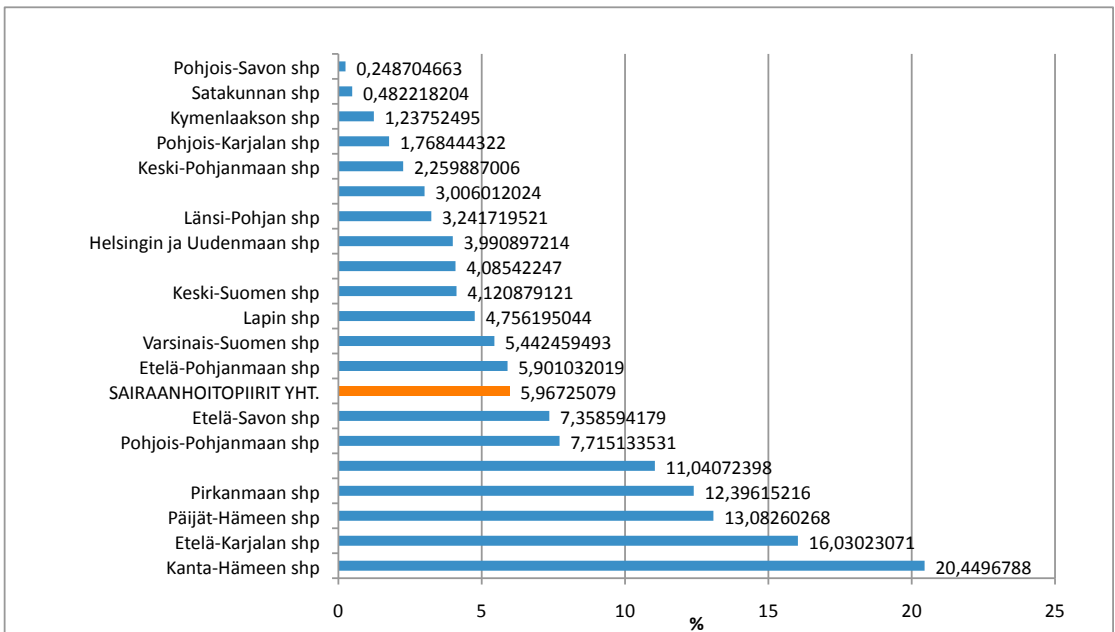
**Kuvio 52. Hoitoa odottaneiden lukumäärä odotusajan mukaan sairaanhoitopiireissä 2007–2012**





Terveydenhuoltolain mukaan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kuuden kuukauden kuluessa (lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa kolmen kuukauden kuluessa) siitä, kun hoidon tarve on todettu. Sairaanhoitopiirit ovat onnistuneet parantamaan hoidon saatavuutta asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Yli puoli vuotta hoitoa poikkileikkauspäivinä odottaneiden osuudet ovat vakiintuneet vuosien 2011–2012 aikana 1,2–2,5 prosentin välille kaikista hoitoa odottavista, kun vuoden 2007 lopussa heidän osuutensa oli 13 prosenttia (9 691 potilasta). Joulukuun lopussa 2012 yli puoli vuotta hoitoa odottaneita oli 938 (1,4 %). (Kuvio 52).

**Kuvio 53. Sairaanhoitopiirien sairaaloissa ja perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköissä yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneita vuosina 2007–2012**



Hoitojonojen kehitys ei kuitenkaan ole ollut tasaista. Elokuun lopussa pidempään hoitojonossa olleiden määrät ovat säännönmukaisesti muita ajankohtia korkeammat (kuviot 54–55). Tosin tässäkin on vuosien 2011–2012 aikana tapahtunut huomattavaa tasaantumista.

**Taulukko 29. Sairaanhoidopiirien sairaaloissa yli 180 vrk hoitoa odottaneet sairaanhoidopiireittäin vuosina 2007–2012**

Sairaanhoidopiirit	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Muutos		Muutos		
	31.12.	30.04.	31.08.	31.12.	30.04.	31.08.	31.12.	30.04.	31.08.	31.12.	30.04.	31.08.	31.12.	31.12.2012/ 31.12.2007	31.12.2012/ 31.12.2007	%	
	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	Ikkm	%	
Heisingin ja Uudenmaan shp	3 377	2 081	2 260	610	69	2 265	1 883	2 437	17	58	299	117	166	518	435	-2 942	-87,1
Pirkanmaan shp	1 684	349	384	172	196	733	280	426	201	288	161	0	35	54	42	-1 642	-97,5
Pohjois-Pohjanmaan shp	873	447	397	95	2	175	634	370	54	134	109	89	93	239	13	-860	-98,5
Varsinais-Suomen shp	857	344	61	17	18	50	182	170	201	32	34	50	104	80	11	-846	-98,7
Kanta-Hämeen shp	551	140	11	46	20	79	87	114	218	37	168	23	79	96	90	-461	-83,7
Pohjois-Savon shp	445	203	211	44	111	158	103	83	153	68	220	148	136	147	3	-442	-99,3
Keskis-Suomen shp	443	74	166	95	54	153	116	157	43	26	54	9	21	55	48	-395	-89,2
Päijät-Hämeen shp	289	132	219	59	27	43	26	8	14	10	20	12	7	12	10	-279	-96,5
Vaasan shp	236	116	222	43	6	35	78	44	41	25	35	8	3	9	4	-232	-98,3
Itä-Savon shp	141	108	12	8	47	33	9	2	6	4	3	3	1	5	11	-130	-92,2
Länsi-Pohjan shp	110	118	37	23	1	2	1	2	4	4	11	36	28	38	12	-98	-89,1
Kainuun shp	153	25	27	4	0	33	34	38	32	46	52	24	61	96	76	-77	-50,3
Keski-Pohjanmaan shp	80	85	16	28	28	30	57	10	7	16	1	5	9	12	9	-71	-88,8
Etelä-Pohjanmaan shp	68	24	44	34	26	24	24	25	69	68	85	51	32	14	3	-65	-95,6
Lapin shp	106	114	93	57	12	25	10	13	31	62	49	91	-	12	41	-65	-61,3
Satakunnan shp	66	32	29	301	50	103	87	98	133	51	100	112	30	5	2	-64	-97,0
Kymenlaakson shp	57	65	87	28	8	31	49	42	75	60	6	7	4	149	0	-57	-100,0
Etelä-Savon shp	34	35	69	30	50	45	46	63	59	4	2	25	38	15	4	-30	-88,2
Pohjois-Karjalain shp	75	16	75	2	3	67	35	49	38	44	9	8	19	35	47	-28	-37,3
Etelä-Karjalain shp	46	55	235	31	17	18	7	53	85	38	31	36	11	23	77	31	67,4
Sairaanhoidopiirit yht.	9 691	4 563	4 655	1 727	745	4 102	3 748	3 097	4 542	1 245	1 540	751	879	1 614	938	-8 753	-90,3

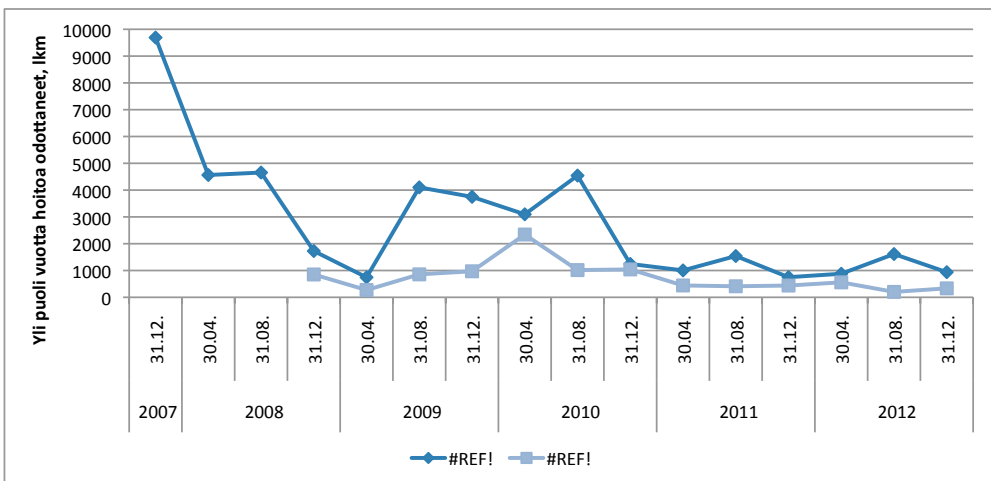
Alueelliset erot hoitoonpääsyssä ovat kaventuneet vuosien 2007–2012 aikana, joskin niitä edelleen on. Pisimmät hoitojonot väestöön suhteutettuna olivat vuoden 2012 lopussa Kainuun sairaanhoitopiirissä.

Hoitojonoissa olevista valtaosa on kirurgian, silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalojen potilaita. Näiden erikoisalojen potilaiden osuus kaikista sairaanhoitopiireihin hoitoa odottavista on vuodesta 2007 lähtien ollut keskimäärin 82 prosenttia.

Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden potilaiden määrät ovat vähentyneet eniten silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, ortopedian sekä plastiikkakirurgian erikoisaloilla. Näillä erikoisaloilla yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden potilaiden määrä oli vuoden 2012 lopussa noin 5 100 potilasta vähemmän (-89 %) kuin joulukuussa 2007 (liitetaulukko 3). Suurimmat vähennykset ovat olleet silmätautien (-83 %) ja ortopedian (-94 %) erikoisaloilla. Hoitoonpääsyä on odotettu silmätaudeilla pääosin kaihileikkauksiin ja ortopediassa tekonivelleikkauksiin.

Vuoden 2012 lopussa hoitoa odotti perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköissä yhteensä 9 018 potilasta, joista hoitoa oli odottanut 82 prosenttia alle kolme kuukautta hoitojonoon asettamisesta (kuvio 19). Vastaavasti vuoden 2008 lopussa hoitoa odotti 7 323 henkilöä, joista 73 prosenttia oli odottanut hoitoa vähemmän kuin kolme kuukautta. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus kaikista hoitoa odottaneista on vähentynyt vuosien 2008–2012 aikana. Vuoden 2012 lopussa yli puoli vuotta hoitoa odottaneita oli 3,7 % (334 potilasta), kun vuoden 2008 lopussa heidän osuutensa oli 12 prosenttia (852 potilasta).

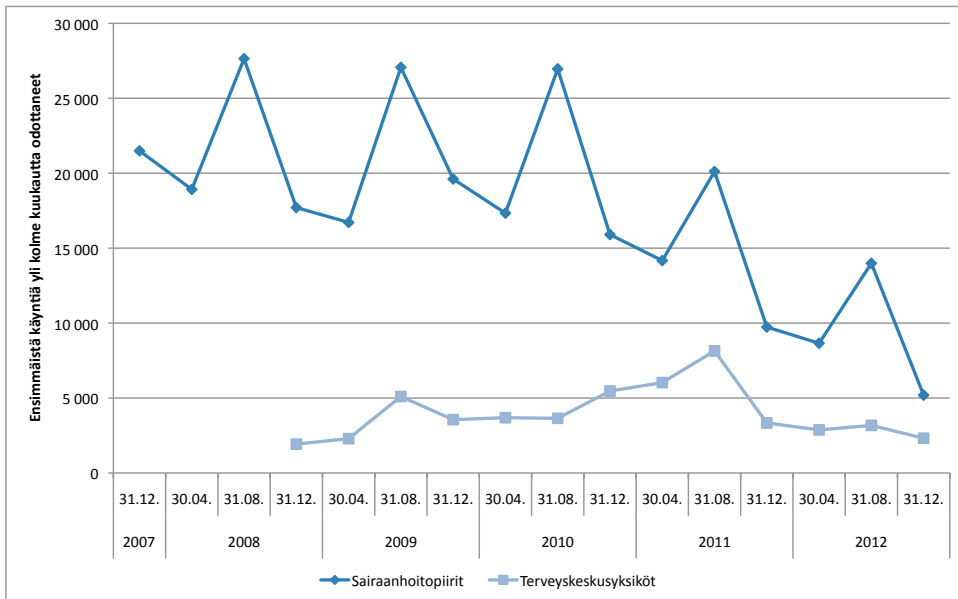
**Kuvio 54. Sairaanhoitopiirien sairaaloissa ja perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköissä yli kolme kuukautta ensimmäistä käyntiä odottaneita vuosina 2007–2012**



Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan hoitotarpeen arvioinnin edellyttämä erikoislääkärin arviointi tulee toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa läheteen saapumisesta (lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa kuudessa viikossa). Hoitotarpeen arvioinnin toteutumista on seurattu ensimmäiselle vastaanottokäynnille pääsyn odotusajasta. Vuoden 2012 lopussa

oli sairaanhoitopiirien sairaaloissa noin 5 200 henkilöä (6 % kaikista) odottanut yli kolme kuukautta ensimmäiselle erikoissairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä (kuvio 19). Näistä 19 prosenttia odotti ortopedin vastaanotolle pääsyä ja 14 prosenttia silmälääkärin vastaanotolle. Ensimmäiselle käynnille pitkään odottaneiden lukumäärät ovat vähentyneet 76 prosenttia vuoden 2007 lopusta, jolloin 21 500 odotti ensimmäistä käyntiä yli kolme kuukautta (27 %). Ensimmäisen käynnin odotusajat ovat lyhentyneet erityisesti vuoden 2011 loppupuolelta alkaen, joten lakimuutoksella ja seurannan tehostamisella näyttäisi olleen vaikutusta myönteiseen kehitykseen. Alueelliset vaihtelut ovat edelleen erittäin suuret (Kuvio 55). Lyhyin odotusaika oli Pohjois-Savossa ja pisin Kanta-Hämeessä.

**Kuvio 55. Yli kolme kuukautta ensimmäistä vastaanottokäyntiä odottaneet sairaanhoitopiireittäin 31.12.2012, % kaikista ensimmäiselle käynnille odottaneista**



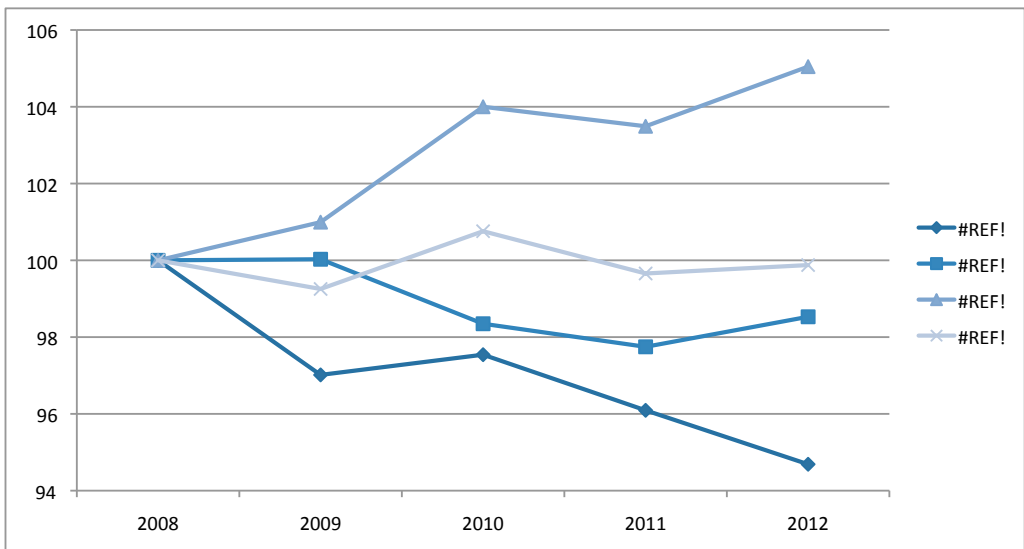
Joulukuun lopussa 2012 oli terveyskeskusten yhteydessä toimiviin erikoissairaanhoidotyk-siköihin odottanut pääsyä ensimmäiselle vastaanottokäynnille yli kolme kuukautta noin 2 300 henkilöä, joista hieman yli kolmannes odotti pääsyä sisätautien erikoisalalle.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tarpeelliseksi todettu hoito on lain mukaan järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Kiireellisessä tapauksessa hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Joulukuun 2012 lopussa oli 64 alle 23 -vuotiasta odottanut lasten- tai nuorisopsykiatrian hoitoa sairaanhoitopiirien sairaaloihin tai perusterveydenhuollon lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon yli kolme kuukautta. Ensimmäiselle käynnille yli kolmen kuukauden jonossa oli 59 lasta ja nuorta. Lasten- ja nuorisopsykiat-rian läheteistä 491:een (3,0 % käsitellyistä läheteistä) otettiin kantaa vasta kolmen viikon kuluttua. Tämä on enemmän kuin keskimäärin somaattisilla erikoisaloilla.

## Tuottavuus

Julkisten sairaaloiden tuottamien erikoissairaanhoitopalveluiden (ei sisällä psykiatria) tuottavuus on pysynyt lähes ennallaan vuosien 2008–2012 välisenä aikana (kuvio 21). Tuottavuus on noussut tuona aikana yliopistollisissa sairaaloissa viisi prosenttia, keskussairaaloissa laskenut viisi prosenttia ja muissa sairaaloissa (lähinnä entiset aluesairaalat) laskenut yhden prosentin. Sekä palvelutuotanto että reaalikustannukset nousivat tuona aikana seitsemän prosenttia. Reaalikustannukset nousivat sekä yliopisto- että keskussairaaloissa tuona aikana lähes yhtä paljon (8-9 %). Palvelutuotanto nousi yliopistosairaaloissa kuitenkin 14 prosenttia, kun vastaava lisäys keskussairaaloissa oli kaksi prosenttia. Muussa sairaalaryhmässä sekä kustannukset että palvelutuotanto laskivat samassa suhteessa (6–7 %).

**Kuvio 56. Tuottavuuden kehitys sairaalaryhmittäin vuosina 2008–2012; indeksi 2008=100**



Tuottavuus nousi yliopistosairaaloissa vuodesta 2008 vuoteen 2012 keskimäärin 1,24 prosenttia, tuottavuus laski keskussairaaloissa tuona aikana keskimäärin 1,36 prosenttia vuosittain ja muissa sairaaloissa tuottavuus laski keskimäärin 0,37 prosenttia vuosittain.

Taulukossa 30 on alueellisesti tarkasteltu erikoissairaanhoitopalvelujen (ilman psykiatria) tuotantoa ja kustannuksia ikä- ja sukupuoli huomioon ottaen. Mukana ovat myös yksityissektorin tuottamat erikoissairaanhoidon vuodeosasto- ja päiväkirurgiset palvelut. Vuonna 2012 suurimmat erikoissairaanhoidon laskennalliset kustannukset olivat Itä-Savossa, 28 prosenttia yli maan keskitason. Alueen väestö käytti 16 prosenttia yli maan keskitason erikoissairaanhoidon palveluja, mikä aiheutti lähes 1,7 milj. euron kustannusten poikkeaman/ 10 000asukasta kohti maan keskitasoon. Väestö käytti myös palveluja, joiden tuotta-

vuus oli muuta maata heikompi, mistä aiheutui 1,3 milj. euron poikkeama/10 000 asukasta kohti maan keskitasoon. Mikäli alue käyttäisi erikoissairaanhoidon palveluja, niin kuin maassa keskimäärin sekä yhtä tehokkaasti tuotettuja palveluja kuin maassa keskimäärin, niin alueen saisi lähes kolme miljoonaa euroa säästöä/ 10 000 asukasta kohti

**Taulukko 30. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut episodit ja laskennalliset kustannukset asukasta kohti sekä kustannusten ero maan keskiarvoon alueittain vuonna 2012**

Aluejako sairaanhoitopiireittäin; HUS sairaanhoitoalueittain	Vakioidut episodit/as, indeksi koko maa=100	Vakioidut laskennalliset kustannukset/ as, indeksi koko maa=100	Kustannusten poikkeama maan keskitasoon		
			Kustannusten poikkeama yhteensä €/ 10 000 as	Käytöstä johtuva kustannusten poikkeama €/ 10 000 as	Tuottavuudesta johtuva kustannusten poikkeama €/ 10 000 as
Etelä-Karjalan shp	100	101	147 392	30 053	117 338
Etelä-Pohjanmaan shp	89	97	-295 281	-1 127 003	831 721
Etelä-Savon shp	99	100	-21 396	-74 532	53 135
HYKS -sairaanhoitoalue	90	93	-652 369	-915 139	262 769
Hyvinkään sairaanhoitoalue	97	91	-803 634	-297 699	-505 935
Itä-Savon shp	116	128	2 999 205	1 684 518	1 314 686
Kainuun shp	113	106	640 492	1 270 024	-629 531
Kanta-Hämeen shp	100	100	31 485	-24 803	56 288
Keski-Pohjanmaan shp	100	106	542 185	-46 683	588 869
Keski-Suomen shp	88	91	-867 892	-1 131 402	263 510
Kymenlaakson shp	109	106	582 020	946 268	-364 248
Lapin shp	103	111	1 104 896	331 458	773 438
Lohjan sairaanhoitoalue	102	101	94 274	170 089	-75 814
Länsi-Pohjan shp	119	118	1 791 580	1 861 215	-69 635
Länsi-Uudenmaan sha	104	104	416 615	385 589	31 025
Pirkanmaan shp	104	101	120 774	332 500	-211 725
Pohjois-Karjalan shp	102	86	-1 443 073	151 688	-1 594 762
Pohjois-Pohjanmaan shp	111	109	794 014	958 158	-164 143
Pohjois-Savon shp	118	108	816 661	1 747 191	-930 529
Porvoon sairaanhoitoalue	103	96	-347 848	284 470	-632 318
Päijät-Hämeen shp	96	91	-865 426	-428 357	-437 069
Satakunnan shp	97	97	-257 365	-255 027	-2 337
Vaasan shp	103	110	943 617	330 531	613 085
Varsinais-Suomen shp	103	107	634 417	297 885	336 532
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 3.14 Mielenterveyspalvelut

*Juha Moring, Jaana Suvisaari, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Henna Haravuori*

#### Saatavuus ja laatu

##### Mielenterveyden häiriöiden yleisyys

Mielenterveyden häiriöt ovat laaja ryhmä häiriöitä. ICD-10-tautiluokitus luokittelee mielenterveyshäiriöt yhdeksään pääryhmään: elimelliset aivo-oireyhtymät; lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt; skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt; mielialahäiriöt; neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt; fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät; aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt; älyllinen kehitysvammaisuus; psyykkisen kehityksen häiriöt sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt. Tutkimustietoa kaikkien näiden häiriöiden yleisyydestä ei ole, vaan tutkimuksissa on keskitytty keskeisimpiin häiriöryhmiin. Lisäksi tutkimuksissa on kartoitettu ajankohtaista psyykkistä oireilua, joko yleisemmin tarkastelemalla psyykkistä kuormittuneisuutta tai kysymällä erityisesti masennus- ja ahdistusoireista.

Masennushäiriöt ovat keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä. Niiden esiintyvyyttä kartoitettiin Terveys 2011-tutkimuksessa. Terveys 2011-tutkimus on Terveys 2000-tutkimuksen jatkotutkimus ja samalla edustava väestötutkimus suomalaisten terveydestä. Vuosina 2000 – 2001 toteutetun Terveys 2000 – tutkimuksen otoksen muodosti 9922 ihmistä, jotka edustivat koko maan 18 vuotta täyttäneitä väestöä. Tutkimus jakautui aikuisten eli 30 vuotta täyttäneiden ja nuorten aikuisten eli 18 - 29-vuotiaiden otoksiin. Tutkimuksessa tehtiin aikuisten otokselle strukturoitu tietokoneavusteinen mielenterveyshaastattelu, jossa kartoitettiin viimeisen 12 kuukauden aikana esiintyneitä masennus-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöitä. Nuorten aikuisten otokselle ei vastaavaa haastattelua tehty, ja tämän vuoksi toteutettiin erillinen nuorten aikuisten mielenterveyttä tutkinut Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi -tutkimus. Terveys 2011 -tutkimukseen kutsuttiin elossa olevat Terveys 2000 -tutkimukseen 11 vuotta aiemmin kutsutut, väestöä edustavat henkilöt. Lisäksi tutkittiin uusi satunnaisotos nuoria aikuisia. Mielenterveyshaastattelu tehtiin molemmissa tutkimuksissa vain 30 vuotta täyttäneille.

Terveys 2011-tutkimuksessa todettiin, että 30 vuotta täyttäneistä naisista 7 prosenttia ja miehistä 4 prosenttia oli sairastanut masennushäiriöjakson viimeisen vuoden aikana. Masennushäiriöt olivat yleisimpiä 30-44-vuotiailla ja harvinaisimpia yli 75-vuotiailla. Niiden esiintyvyys ei ollut muuttunut Terveys 2000-tutkimukseen verrattuna. Tutkimuksessa selvitettiin myös ajankohtaista oireilua kyselylomakkeen avulla. Tämän tiedon perusteella naisista 7 prosentilla ja miehistä 6 prosentilla oli vakavia masennus- ja ahdistusoireita viimeisen kuukauden aikana. Korkein esiintyvyys havaittiin yli 75-vuotiailla, mutta erot eri ikäryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Vanhukset oireilevat runsaasti mutta saavat mahdollisesti monimutkaiseksi koetussa haastattelussa harvoin masennusdiagnoosin. Ikääntyneiden mielenterveyden tutkimukseen sisältyykin menetelmällisiä erityishaasteita.

Terveys 2011-tutkimuksessa tutkittiin myös alkoholihäiriöiden (väärinkäyttö tai riippuvuus) esiintyvyyttä haastattelulla. Alkoholihäiriö todettiin viimeisen 12 kuukauden aikana 3 prosentilla miehistä ja yhdellä prosentilla naisista ja jossain elämän vaiheessa 12 prosentilla miehistä ja 2 prosentilla naisista. Alkoholihäiriöt olivat yleisimpiä 30-44-vuotiailla ja harvinaisia yli 75-vuotiailla. Viimeisen vuoden aikana esiintynyt alkoholihäiriö oli vähentynyt miehillä mutta ei naisilla, kun taas elämänaikaiset alkoholihäiriöt olivat vähentyneet sekä miehillä että naisilla. On kuitenkin mahdollista, että tulokseen vaikutti osallistumisaktiivisuus, joka Terveys 2011-tutkimuksessa oli huomattavasti alhaisempi kuin Terveys 2000-tutkimuksessa.

Psykoosisairauksien esiintyvyyttä tutkittiin osana Terveys 2000-tutkimusta toteutetussa Psykoosit Suomessa –tutkimuksessa. Psykoosit Suomessa –tutkimuksessa psykoottisista oireista mahdollisesti kärsineet seulottiin Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneista tutkimusta varten kehitettyä psykoosiseulaa käyttäen. Psykoosioireista mahdollisesti kärsineet sekä satunnaisotos muista tutkimukseen osallistuneista kutsuttiin tarkempaan mielenterveyshaastatteluun. Kaikkien psykoosien elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on tutkimuksen mukaan 3,5 %. Yleisin psykoosisairaus oli skitsofrenia, jonka esiintyvyys oli 1,0%. Skitsofreniaryhmän psykoosit eli skitsofrenia ja muut ei-mielialaoireiset psykoosit olivat huomattavasti yleisempiä kuin mielialaoireiset psykoosit. Päihdepsykoosit olivat erityisen yleisiä keski-ikäisillä miehillä ja yleissairauteen liittyvät psykoosit yli 65-vuotiailla naisilla.

Tuorein nuoriin aikuisiin kohdistunut mielenterveystutkimus on Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi, joka toteutettiin vuosina 2003-2005 ja joka pohjautui Terveys 2000-tutkimuksen nuorten aikuisten otokseen. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin kaikkien mielenterveyshäiriöiden elämänaikaista esiintyvyyttä, mistä johtuvat aikuisaineistoon verrattuna selvästi korkeammat esiintyvyyksiluvut. Elämänaikaisella esiintyvyydellä tarkoitetaan, että henkilöllä on jossain elämänsä vaiheessa ollut ajanjakso, jolloin kyseisten mielenterveyshäiriöiden diagnostiset kriteerit täyttyivät. Tutkimuksessa käytettiin mielenterveysalan ammattilaisten käyttöön tarkoitettua haastattelumenetelmää, ja myös potilaskertomustietoihin perehdyttiin. Kuten aikuisaineistossa, masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt olivat naisilla selvästi yleisempiä kuin miehillä, kun taas miehillä oli selvästi enemmän päihdehäiriöitä kuin naisilla. Masennushäiriön oli jossain elämän vaiheessa sairastanut nuorista aikuisista 18 prosenttia, ahdistuneisuushäiriön 13 prosenttia ja päihdehäiriön 14 prosenttia. Jonkin elämänaikaisen mielenterveyshäiriödiagnoosin sai miehistä 35 prosenttia, naisista 46 prosenttia. Ajankohtaisesta häiriöstä kärsi 15 prosenttia nuorista aikuisista.

Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimusten aikuisaineiston ja Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi-tutkimuksen esiintyvyyksiluvut ovat samaa tasoa kuin muissa länsimaissa. Skitsofrenian esiintyvyys on korkeampi kuin länsimaissa keskimäärin, mutta samaa tasoa kuin käytännössä ainoassa vertailukelpoisessa tutkimuksessa, Ruotsissa toteutetussa Lundby-tutkimuksessa.

Nykytietämyksen mukaan suuri osa aikuisten psykiatrisista häiriöistä on alkanut jo lapsuus- tai nuoruusiässä. Lasten psykiatristen häiriöiden esiintyvyydestä kattavasti koko maassa on olemassa kuitenkin vain yksi epidemiologinen tutkimus, jossa vuonna 1989 tutkittiin edustava otos 8-vuotiaita lapsia. Tällöin 7.5 prosentilla lapsista todettiin vakava psykiatrinen häiriö, joka oli kestänyt yli 3 vuotta. Tavallisimmat häiriöt olivat ahdistuneis-



suushäiriö, masennus, uhmakkuus- ja käytöshäiriöt sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Lasten mielenterveyshankkeessa (2007-2009) on kehitetty LAPS-lomake, joka on lääkärin tai lääkäri-terveydenhoitajatyöparin työmenetelmäksi kehitetty kattava lapsen psykososiaalista kehitystä ja terveyttä kartoittava menetelmä. LAPS-lomakkeella voidaan arvioida lapsen mahdollisten psyykkisten oireiden vakavuutta sekä lapsen ja perheen tuki- ja hoitotoimenpiteiden tarvetta ja niiden kiireellisyyttä. Lasten mielenterveyshankkeessa LAPS-lomake poimi 4-9-vuotiaista lapsista 9% perusterveydenhuollon tai perustason tukea tarvitseviksi ja 12 % arvioitiin tarvitsevan erikoistason tukea, joko lastenpsykiatrasta arviota tai tukea perheeseen kertyneiden riskitekijöiden vuoksi.

Nuorten osalta vastaavaa koko maan kattavaa tietoa eri psykiatristen häiriöiden esiintyvyydestä ei ole olemassa, mutta kouluterveyskyselyssä on seurattu nuorten masennusoireita. Vuonna 2011 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen viittaavia oireita oli tytöillä 13 - 18 prosentilla, riippuen koulutusmuodosta, lukiota käyvillä tytöillä vähemmän kuin peruskoulun yläasteella tai ammatillisissa opinnoissa olevilla tytöillä. Pojilla vastaavasti masennusoireita oli 7-8 prosentilla. 2013 kouluterveyskyselyn perusteella kohtalaisia tai vaikeita masennusoireita oli pojista 5-7 prosentilla ja tytöistä 13-18 prosentilla, jälleen koulutusmuodosta riippuen, lukioita käyvillä tytöillä vähiten ja ammattikoulua käyvillä eniten. Itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa juo 11 prosenttia peruskoulun 8-9 -luokkalaisista tytöistä ja 13 prosenttia pojista, Vastaavat osuudet lukiolaisista tytöistä oli 18 prosenttia ja lukiolaisista pojista 21 prosenttia, ammattikoululaisista tytöistä 32 prosenttia ja ammattikoululaisista pojista 37 prosenttia. Länsimaisia nuoria koskevissa aineistoissa mielenterveyshäiriöiden vuosiesiintyvyys on noin 20-25 prosenttia ja mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriöt sekä käytöshäiriö ovat yleisimpiä häiriöluokkia.

### Mielenterveyden häiriöt lyhentävät elinikää ja lisäävät itsemurhia

Psykooseja sairastavat elävät selvästi, noin 20 vuotta, muuta väestöä lyhyemmän elämän, tosin aivan tuoreiden tulosten mukaan tilanne olisi hieman kohenemassa. Yleisimpinä kuolinsyynä ovat sydän ja verisuonitaudit ja syöpä. Vaikeita mielenterveyden häiriöitä sairastavien pienituloisuus on osittain syynä yksipuoliseen ja epäterveelliseen ravintoon, ja erityisesti skitsofreniaa sairastavat tupakoivat paljon. Elinajanodotteiden kehityksen valossa mielenterveyden vaikuttavuus näyttää kehittyneen päihdetyötä paremmin. Juuri julkaistun tutkimuksen mukaan odotettavissa oleva elinaika on pidentynyt useimmissa psykiatrian potilasryhmissä. Sekä psykoosipotilaiden että mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden elinajanodote on kasvanut ja ero muuhun väestöön on kaventunut, mutta päihdehäiriöpotilaiden elinajanodotteessa vastaavaa kasvua ei ole. Päihdehäiriön takia sairaalahoitoa saaneiden elinajanodote oli 2000-luvulla yli 20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön. Alkoholin kulutuksen ja alkoholisairauksiin liittyvien kuolemien kasvun myötä päihdediagnoosin saaneilla ero muun väestön elinajanodotteeseen jopa kasvoi 2000-luvulle tultaessa. Alkoholiin liittyvien kuolemien määrä on noussut Suomessa vuosikymmenien ajan, mutta muutaman viime vuoden aikana määrä on kääntynyt hienoiseen laskuun. Alkoholiin liittyvien kuolemien taustalla ovat Suomessa erityisesti alkoholiin liittyvät sairaudet, johon vaikuttaa pitkäaikainen alkoholin kulutuksen

kasvu. Esimerkiksi maksakirroosikuolleisuuden taustalla on usein 15 - 20 vuotta jatkunut runsas alkoholin käyttö. Sen sijaan tapaturmaisissa alkoholimyrkytyksissä sekä päihtyneenä tapaturmaan tai väkivaltaan kuolleiden määrässä on tapahtunut vähemmän muutoksia 2000-luvulla. Huono-osaisuus lisää alkoholikuolemien riskiä.

Itsemurhan teki 710 miestä ja 202 naista vuonna 2011. Ikävakioituna itsemurhakuolleisuus 100 000 henkeä kohden on miehillä 25,6 ja naisilla 7,1. Vaikka suomalaisten miesten itsemurhat edelleen vähenevät ja naisten itsemurhaluvut ovat miehiin nähden pienet, on itsemurhakuolleisuus maassamme suurempi kuin EU-maissa keskimäärin. Itsemurhien ehkäisytyössä on jatkuvasti paneuduttava jo tunnettujen riskitekijöiden vähentämiseen siten, että yksilöllisten tekijöiden ohella huomiota kiinnitetään muun muassa asuinalueeseen liittyviin seikkoihin. Lisäksi on syytä jatkaa tutkimusta ja kehitystyötä suojaavien tekijöiden edistämiseksi sekä uusien ehkäisykeinojen löytämiseksi. Itsemurha-ajatukset ovat merkki siitä, että psyykkisiä oireita on syytä kartoittaa tarkemmin, mikä vaatii sitä, että vastaanotolla asialle varataan riittävästi aikaa. Jokaisen itsemurhaa yrittäneen kohdalla tulisi arvioida hoidon tarve ja järjestää jatkohoito siten, että hoito jatkuu välittömästi sairaalassa tai, jos hoito jatkuu avohoitona, että seuraava vastaanottoaika on varattu ja mahdollistaa riittävän tiiviin hoidon toteuttamisen. Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) niistä 20 - 54-vuotiaista, joilla viimeisen vuoden aikana oli ollut itsemurha-ajatuksia, 39 prosenttia oli käyttänyt palveluja mielenterveysongelman vuoksi, ja itsemurhaa viimeisen vuoden aikana yrittäneistä 77 prosenttia oli käyttänyt palveluja mielenterveysongelman vuoksi.

### Vain osa on hoidossa

Psykiatrasta hoitoa ja kuntoutusta koskevassa STM:n jonotyöryhmän selvityksessä todettiin jo vuosia sitten, että sairaaloiden hoitajaksot ovat usein liian lyhyitä, avohoito ja perustason laitoshoidon on laadultaan riittämätöntä, ei-kiireellinen sairaalahoidon jää toteutumatta, jatkohoitoon on jono ja sairaalahoidon tulokset menetetään puutteellisen avohoidon vuoksi. Myös lastenpsykiatrisen ja nuorisopsykiatrisen hoidon saatavuus vaihtelee maan eri osissa. Tutkimusten perusteella tiedetään, että tuloksellisuuden ja taloudellisuuden kannalta edullisinta olisi nopea tutkimuksiin pääsy ja laadultaan riittävä avohoito. Runsaatkaan vastaanottotyypilliset avohoitopalvelut eivät sinänsä vähennä psykiatrisen osastohoidon tarvetta, varsinkin jos avohoitopalvelut toimivat toisistaan irrallaan ja keskenään kilpailen. Nopea tilanteen arvio ja hoidon aloitus erityisesti psykoosien osalta parantaa hoidon tuloksia.

Psykiatrian erikoisalain laitoshoidossa oli vuoden 2012 aikana yhteensä 27 734 potilasta ja 1,356 miljoonaa hoitopäivää. Psykiatrian avohoitokäyntejä oli lähes 1,8 miljoonaa. Vuoden 2011 tietojen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntejä oli noin 680 000. Erikoissairaanhoidon avohoidon potilaita oli yhteensä 152 715. Psykiatrisen sairaalahoidon on 2000-luvun aikana vähentynyt lähes 0,6 miljoonalla päivällä, ja sairaalassa hoidettujen potilaiden lukumäärässäkin on selvä lasku. Tilastoitujen avohoitokäyntien määrä samaan aikaan on lisääntynyt 0,67 miljoonalla (Taulukko 31. Mielenterveyspalvelut 2000–2012). Muutos on ollut osittain tavoitteen mukainen: avohoittoa ja ehkäiseviä toimia pyritään lisää-

mään ja sairaalahoitoa ja pakon käyttöä vähentämään, mutta samaan aikaan psykiatrian voimavarojen osuus terveydenhuollosta on vähentynyt. Vaikka sairaalahoidon vähentyminen on jatkunut 1970-luvun puolivälistä lähtien, on hoitojärjestelmä edelleenkin laitospainotteinen mitattuna hoitohenkilöstön sijoittumisena tai kuntien käyttäminä resursseina. Hoitohenkilökunnan ja erityisesti lääkäreiden saatavuus on monilla alueilla huono, ja varsinkin ruotsinkielisten palvelujen järjestämisessä on vaikeuksia. Laitoshoidon ja avohoidon väliin on kasvanut laaja pääasiassa yksityisten hoitokotien verkosto, joihin sijoittuneena oli yli 7 000 henkilöä vuonna 2010. Niissä asuvien henkilöiden saaman hoidon riittävyys ja kuntoutumisen edellytykset ovat herättäneet kysymyksiä. Hoitokotien toiminnan ja laadun valvonta on järjestetty eri kunnissa erilaisilla tavoilla ja yhtenäisiä laadun kriteereitä ei ole. Tilanteen kohentamiseksi Valvira yhdessä aluehallintovirastojen kanssa on käynnistänyt valtakunnallisen valvontaohjelman.

**Taulukko 31. Mielenterveyspalvelut vuosina 2000–2012**

	Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit	Psykiatrian avohoitokäynnit	Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät	Psykiatrian laitoshoidon potilaat
2000	505 689	1 129 868	1 947 311	32 485
2001	513 120	1 320 839	1 913 278	32 259
2002	580 623	1 431 265	1 919 458	32 482
2003	714 897	1 327 292	1 867 792	31 637
2004	692 887	1 359 071	1 845 669	32 206
2005	692 860	1 370 609	1 788 446	32 040
2006	647 341	1 414 347	1 774 304	32 030
2007	675 202	1 465 368	1 707 574	31 762
2008	658 655	1 529 033	1 650 631	32 155
2009	671 016	1 476 792	1 568 682	30 583
2010	688 956	1 617 629	1 474 189	29 125
2011		1 775 242	1 393 020	28 522
2012		1 799 506	1 356 257	27 734

Tutkimustiedon mukaan vain osa mielenterveyden häiriöistä tai päihdeongelmista kärsivistä aikuisista on hoidon piirissä. Hoidon saatavuus näyttää tutkimusten valossa parantuneen 2000-luvulla, mutta esimerkiksi masennusta potevista enemmistö on edelleen hoidon ulkopuolella. Vuonna 1996 masennustilasta kärsivistä vain 27 prosenttia oli ollut hoidossa kuluneen vuoden aikana. Vuonna 2005 Pohjanmaalla masennustilasta kärsineistä 35 prosenttia ilmoitti käyttäneensä vuoden aikana terveyspalveluja mielenterveysongelmien takia. Uusimman tutkimuksen mukaan tilanne ei ole merkittävästi muuttunut. Terveys 2000-tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaiden masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt jäävät usein hoitamatta ja saadussa hoidossa on puutteita. Vain 24 prosenttia vakavan masennusjakson viimeisen vuoden aikana sairastaneista oli käyttänyt masennuslääkitystä ja 17 prosenttia oli saanut psykologista hoitoa. Masennuslääkityksen käyttö oli tavallisempaa, jos masennusjakso oli oirekuvaltaan vaikeampi ja siihen liittyi samanaikaisesti pitkäkestoinen masennus. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavista 40 prosenttia käytti lääkehoitoa, mutta lääkehoidossa ilmeni puutteita – vain runsas puolet lääkehoitoa saaneista käytti hoidossa suositeltavia masennuslääkkeitä, kun muilla lääkehoito koostui usein bentsodiatsepiineista tai unilääkkeestä. Vajaa puolet ahdistuneisuushäiriöön hoitoa saaneista oli saanut psykologista hoitoa, muut pelkästään lääkehoitoa. Ikäihmisten tarvitsemien mielenterveyspalveluiden määrä ei ole lisääntynyt suhteessa palveluiden tarvitsijoiden määrään. Tämä näkyy erityisesti perustasolla ikäihmisten psykiatrisen lääkityksen mahdollisesti tarpeettomana ja päällekkäisenä käyttönä sekä ongelmien varhaisen tunnistamisen vaikeuksina.

## Lapset ja nuoret

Lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat lisääntyneet voimakkaasti, mutta sairaalajaksojen lisääntyminen pysähtyi 2000-luvun loppupuolella. Lasten sairaalahoitojen jaksojen määrät näyttävät kääntyneen jopa hienoiseen laskuun. Ajantasaista tarkkaa tutkimustietoa ei ole olemassa siitä, kuinka suuri osuus tutkimusta ja hoitoa tarvitsevista on hoidon piirissä. Arvioidaan kuitenkin, että 2000-luvulla on tapahtunut myönteistä kehitystä nuorten hoidon saannissa, noin 60 prosenttia apua tarvitsevista nuorista saa sitä ja hoito on tyydyttävää – hyvää (Pylkkänen ja Laukkanen 2013). Tytöt hakevat mielenterveyspalveluista apua poikia useammin, ja poikien ohjautuminen avun piiriin näyttää viivästyvän tyttöjä pitempään. Palvelujen saatavuuden arviointi vaikeuttaa se, että palvelujen käyttöön oikeuttavat ikäraajat vaihtelevat paljon sairaanhoitopiireittäin, suositus on tarjota nuorisopsykiatrisia palveluja 13–22-vuotiaille. Nuorisopsykiatristen avohoidon palvelujen käyttöoikeus on ollut 70 %:lla 13–22-vuotiaista ja 4,3 % heistä on käyttänyt palveluja (Pylkkänen ja Laukkanen 2011). Nuorten päihdehäiriöiden hoidon ongelmana on hoitojärjestelmän pirstaleisuus, osa hoidosta on psykiatristen palveluiden alla ja osa kuuluu lastensuojelun ja sosiaalihuollon palvelujen piiriin. Palveluiden käytössä on suurta alueellista vaihtelua. Saadun hoidon sisällöstä on vain vähän vertailukelpoista tietoa. Mieli-suunnitelma ja siihen liittyvät Kaste-hankkeet pyrkivät ohjaamaan palveluita mahdollisimman paljon perustasolle ja lasten ja nuorten kehitysympäristöihin integroiduksi. Asetuksen mukaisilla neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon laajoilla terveystarkastuksilla pyritään tunnistamaan myös psykososiaalisen kasvun ja psykiatrisen

erityisen tuen tarpeessa olevia lapsia ja nuoria. Jotta erityistä tukea ja varhaista hoitoa tarvitsevat lapset ja nuoret saisivat tarvitsemansa avun, tulisi paitsi lisätä terveydenhoitajien, koululääkäreiden, kuraattorien ja psykologien määrää myös huolehtia henkilökunnan mielenterveyden edistämisen ja hoidon osaamisesta ja ottaa käyttöön perustasolla vaikuttavia menetelmiä.

Sekä suomalaisen että kansainvälisen tutkimuksen perusteella tiedetään, että lastensuojelun kodin ulkopuolelle sijoittamalla lapsilla ja nuorilla on paljon ja vaikeita psykiatrisia häiriöitä. Kattavaa tietoa ei ole olemassa siitä, minkälaista psykiatrista hoitoa nämä lapset ja nuoret saavat. Kentällä toimivien työntekijöiden piirissä esiintyy huolta sijoitetaanko lapsia ja nuoria kodin ulkopuolelle, koska sairaalapaikkaa ei olisi ja miten psykiatrisen hoidon saamista valvotaan esimerkiksi kauas kotipaikkakunnalta sijoitettujen lasten ja nuorten kohdalla. Erityisesti lapsilla ja nuorilla, joilla on käytöshäiriö, on merkittävä riski tulla sijoitetuksi. Käytöshäiriöiden avohoitoon on maailmalla kehitetty näyttöön perustuvia hoitoja, esimerkiksi Ihmeelliset vuodet -menetelmä lapsille ja Multidimensional family therapy nuorilla. Näiden menetelmien käyttöönotto ja tutkiminen sen suhteen, ovatko ne soveltuvia ja vaikuttavia myös suomalaisissa olosuhteissa on vasta alkutaipaleella.

Arviolta kolmas tai neljäsosalla psykiatrisista aikuispotilaista on lapsia. Sekä terveydenhuolto- että lastensuojelulain mukaan lasten tuen tarve tulee selvittää, kun vanhemmalla on vakava fyysinen tai psyykinen sairaus. Masentuneiden vanhempien lapsilla on merkittävästi muita lapsia suurempi riski sairastua masennukseen. THL:n Toimiva lapsi ja perhe -hankkeessa on kehitetty, tutkittu ja otettu käyttöön menetelmiä niiden perheiden auttamiseen, joissa vanhemmilla on masennus. Sitten työtä on laajennettu koskemaan tilanteita, joissa perheellä on jokin merkittävä vaikeus. Hankkeessa kehitetään myös yli sektorirajojen ja palvelutasojen tehtävää työtä. Työllä pyritään ehkäisemään psykiatrisen sairastavuuden ja huono-osaisuuden ylisukupolvista siirtymistä. Myös kouluihin on kehitetty menetelmiä mielenterveyden edistämiseen.

### Pakon käyttö vähenee

Pakon käytön määrä psykiatrisessa hoidossa näyttäisi kääntyneen hitaasti toivottuun laskuun, vajaa kolmasosa sairaalassa hoidetuista eli runsas 8 000 ihmistä on vuosittain hoidossa tahdostaan riippumatta, ja erilaisia mielenterveyslain mukaisia pakkotoimia (eristys, lepositeet, tahdonvastainen injektio) käytetään noin 3 000 potilaan hoidossa. Kansainvälisissä virallisiin tilastoihin perustuvissa vertailuissa Suomi erottuu paljon pakkoa käyttävänä maana. Vertailu on kuitenkin erittäin ongelmallista koska eri maiden lainsäädännöt ja tilastoinnin kriteerit eivät ole yhtenäisiä. Vuonna 2010 ilmestyneen väitöskirjatyön mukaan Suomi näyttäisikin asettuvan pakon käytössä lähelle keskitasoa, kun käytetään samanlaisia kriteerejä eri maiden välillä. Suurin ongelma maamme sisällä pakon käytön suhteen on kuntien ja alueiden väliset erittäin suuret erot. Sama koskee palveluiden järjestämistapoja ja saatavuutta, joissa on ehkä jopa kasvavia eroja. Kokonaisuutena palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja mielenterveystyötä tekevän henkilökunnan kuormitus on suuri. Mielenterveyspalveluiden julkisuuskuvaa leimaavat erilaiset palvelui-

den saatavuuteen, yksipuolisuuteen ja laatuun liittyvät ongelmat ja väittämät, joita kaikkia ei kuitenkaan voi yleistää kaikkia kuntia koskeviksi.

Mielenterveyden Keskusliiton julkaiseman Mielenterveysbarometrin (2010) mukaan mielenterveyspalveluita käyttäneistä henkilöistä 71 prosenttia koki palveluita saadun sopivasti ja saatuja palveluita piti hyvinä 77 prosenttia. Palveluja antavat ammattilaiset olivat selvästi kriittisempiä. Useampi kuin yhdeksän kymmenestä totesi, että avun tarvitsijat eivät saa Suomessa riittävästi mielenterveyspalveluja (93 %) tai, että useimmat mielenterveysongelmaiset eivät pääse jonottamatta psykiatriseen hoitoon aina, kun ovat sen tarpeessa (94 %). Palvelujen laatua pidettiin kuitenkin hyvänä. Kiirettömään hoitoon pääsyä koskevassa seurannassa ei merkittäviä jonoja ole esiintynyt, osittain johtuen siitä että säädökset eivät riittävän hyvin sovellu mielenterveyspalvelujen tarpeisiin. Hoitotakuusäädösten toteutumisen seuranta ovat vaikeuttaneet myös avohoidon potilastietojärjestelmien ja sovittujen kirjaamiskäytäntöjen puutteet. On myös väitetty, että psykiatriset hoitojonot eivät kaikilta osin vastaa todellisuutta, sillä kaikkia hoidon tarpeessa olevia ei kirjattaisi hoitojonoihin, koska hoitoa ei kuitenkaan resurssien puutteessa voida toteuttaa. Mielenterveysbarometriin vastanneista ammattilaisista 60 prosenttia arvioi, että potilaita juoksutetaan 3 kk:n välein kontrollikäynneillä, mutta varsinaista hoitoa he eivät useinkaan saa.

### Mieli-suunnitelma

Vuoteen 2015 ulottuva kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli siirtää kehittämisen painopistettä perustason palveluihin, tuo palveluiden käyttäjät mukaan toiminnan kehittämiseen ja korostaa mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyön merkitystä. Se nostaa myös ehkäisevän mielenterveystyön nykyisestä marginaalisesta asemasta kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudeksi, ja kehittää mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja. Mieli-suunnitelman neljään asiakokonaisuuteen sijoittuvista 18 ehdotuksesta useimmat sisältyvät ainakin jossain muodossa hallitusohjelmaan. Kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat ottaneet Mieli-suunnitelman ehdotukset lähtökohdaksi kehittäessään ja uudistaessaan palvelujaan.

#### **MIELI – kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015**

- Asiakkaan aseman vahvistaminen palvelujärjestelmässä
- Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyn painottaminen
- Palvelujen järjestäminen toimivaksi kokonaisuudeksi
- Ohjauskeinojen kehittäminen

## Tuottavuus ja taloudellisuus

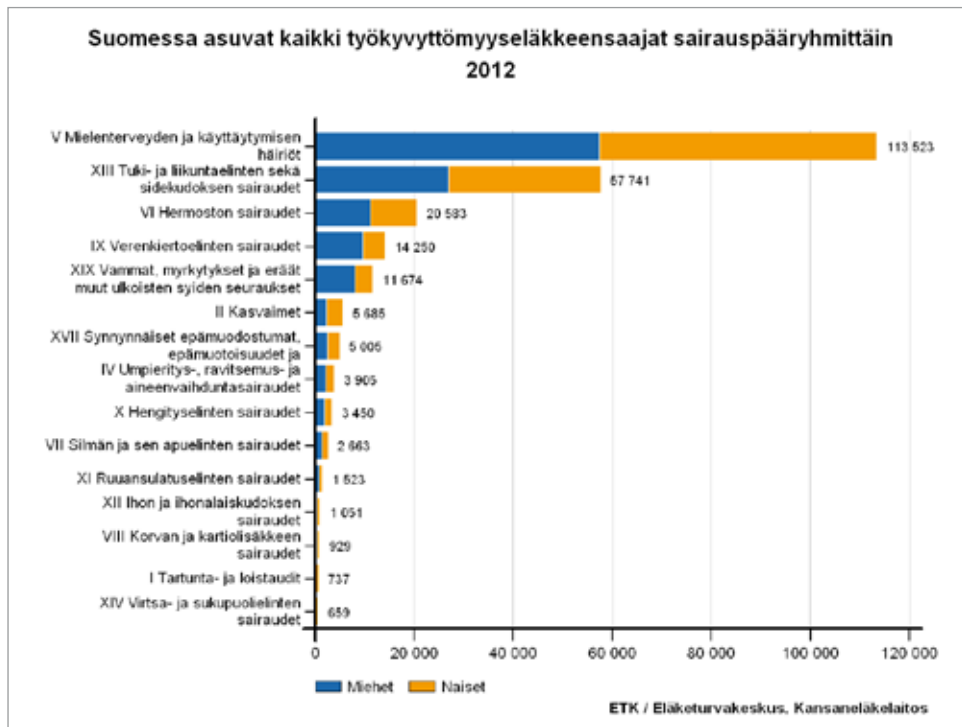
Psykiatrisen erikoissairaanhoidonhoidon<sup>1</sup> menot laskivat reaalisesti 0,8 prosenttia edellisestä vuodesta ollen yhteensä 749 miljoonaa euroa vuonna 2011. Osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on pienin sitten vuoden 1995, eli 4,4 %. Psykiatrian erikoisalan vuodeosastohoidon kustannukset olivat 424,8 miljoonaa euroa, ja laskivat reaalisesti 5,6 prosenttia vuodesta 2010. Psykiatrian avo- ja päiväosastohoidon menot (318,8 milj. €) nousivat reaalisesti 6,7 prosenttia. Psykiatrian avohoidon käynneissä kasvua oli noin 7,0 prosenttia, joka selittää menojen kasvun.

Perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoidon menot olivat 152,6 miljoonaa, jossa on selvää kasvua. Perusterveydenhuollon mielenterveyshoidon menojen osuus kaikista terveydenhuollon menoista oli 0,3 prosenttia vuonna 1995 ja 0,9 prosenttia vuonna 2011.

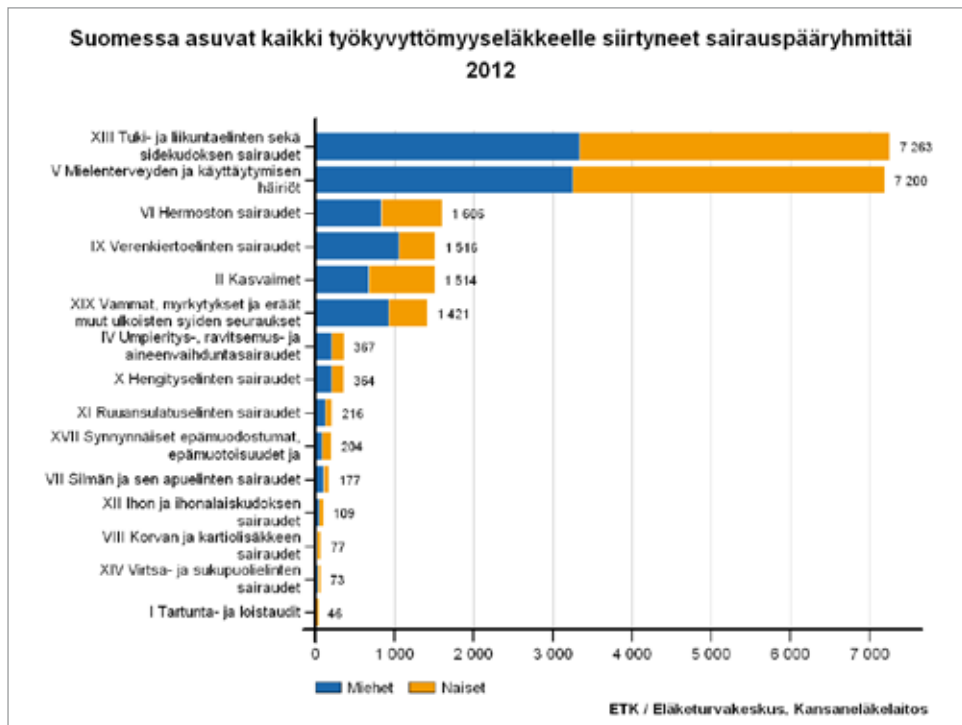
Verrattuna muiden sairauksien hoitokustannuksiin ovat mielenterveyden häiriöiden suorat kustannukset eli sairauden vuoksi käytettyjen palveluiden tuottamiseen kohdistetut voimavarat vähäisiä verrattuna siihen että kaikkien sairauksien aiheuttamista epäsuorista kustannuksista, eli sairauden aiheuttamien työpanosmenetysten laskennallisesta arvosta mielenterveyshäiriöiden osuus on suurin. Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Niiden takia päädytään eläkkeelle selvästi nuorempana kuin monien elimellisten sairauksien takia, ja menetettyjen työvuosien määrä on näissä häiriöissä suuri. Suuri joukko vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavista ei koskaan ehdi työkyvyttömyyseläkejärjestelmän piiriin, vaan jää pelkän kansaneläkkeen varaan.

Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat – tutkimuksessa selvitettiin avohoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden työllistymistä ja sitä ennustaneita tekijöitä. Seurantahetkellä vuonna 1989 7,4 prosenttia potilaista oli työllistynyt avoimille työmarkkinoille, 2,6 prosenttia vuonna 1993 ja laman jälkeen vuonna 1997 enää 1,5 prosenttia. Yleisen työllisyystilanteen paraneminen ei näyttänyt heijastuvan myönteisesti mielenterveyskuntoutujien työllisyyteen, eikä työllisyyden huononeminen selittynyt sillä, että myöhemmin kotiutuneiden potilaiden psykososiaalinen toimintakyky olisi huonompi. Valtaosa potilaista oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Eläkkeellä olevista 7-10 prosenttia osallistui seurantahetkellä suojatyöhön tai muuhun työtoimintaan. Mielenterveysbarometrin mukaan selvästi suurempi osa voisi tehdä ainakin osa-aikatyötä. Moniin länsimaihin verrattuna maassamme olisikin paljon kehitettävää mielenterveyskuntoutujille sopivien työpaikkojen suhteen.

Kuvio 57. Suomessa asuvat kaikki työkyvyttömyyseläkkeensaajat sairauspuoryhmittain vuonna 2012

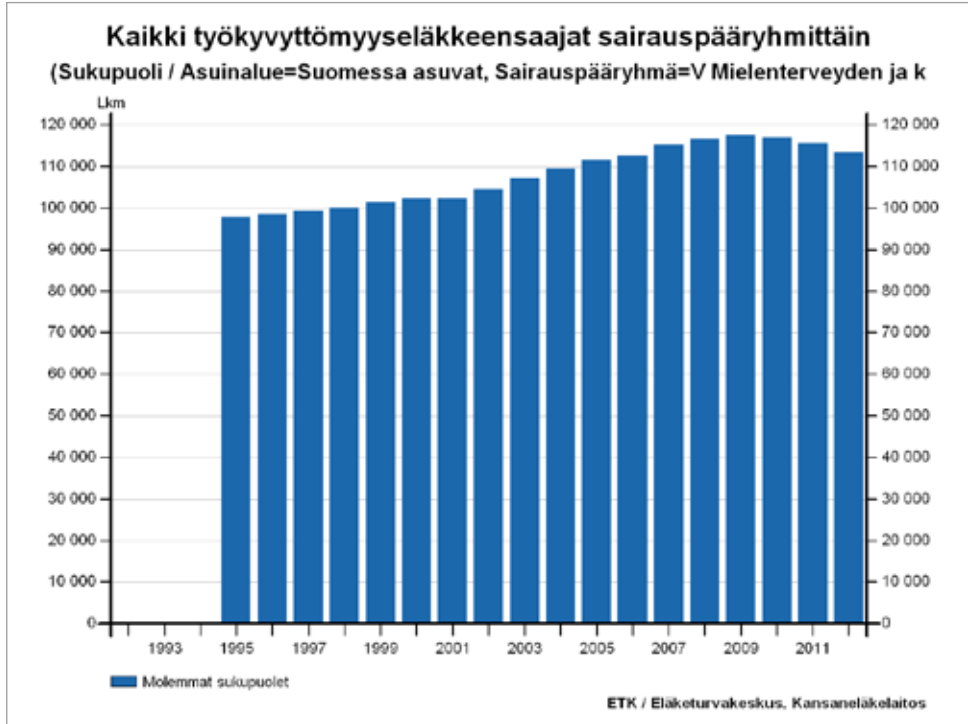


Kuvio 58. Suomessa asuvat kaikki työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet sairauspuoryhmittain vuonna 2012





**Kuvio 59. Kaikki työkyvyttömyyseläkkeensaajat sairauspuoryhmittain, mielenterveyden ja kayttaytymisen haariot.**



Mielenterveyden haariot lisäävät tarvetta myös lapsiperheiden palveluissa, kuten sosiaali-toimen lastensuojelun tukitoimissa ja huostaanotoissa, koulujen tukitoimissa ja lukuisissa vastaavissa lapsiperheen mielenterveyden kokonaisuuteen liittyvissä asioissa. Mielenterveyden haarioiden laajat seurannaisvaikutukset huomioon ottaen tulisi hoitoon pääsyn kynnyksen olla matala, hoidon tulisi alkaa nopeasti ja sen tulisi olla tehokasta myös kuntoutuksen ja sitä tukevien toimien osalta.

### KESKEISET ASIAT

- Mielenterveyden haariot ovat yleisiä, suuri osa niistä alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä.
- Vaikeat mielenterveyden haariot lyhentävät elinikää merkittävästi.
- Mielenterveyden haariot ovat merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä, ja ne aiheuttavat suuria kustannuksia yhteiskunnalle nimenomaan näiden sekundaarikustannusten kautta
- Nuorena eläkkeelle joutuneiden asema on huono
- Vain osa mielenterveyden haarioidista kärsivistä saa hoitoa, hoito ei ole laadultaan ja määrältään riittävää
- Yksityisten hoitokotipaikkojen määrän nopea kasvu on huolestuttavaa
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli tähtää tilanteen kohentamiseen, mutta kunnat ja sairaanhoitopiirit tarvitsevat rahoitusta sen toteuttamiseen

### Valoa näkyvässä kunhan kehitys saa tilaa

Mieli-suunnitelman mukaisten periaatteiden käyttöönotto on johtanut hyviin tuloksiin monilla alueilla. Avainasia on hyvin toimiva avohoito. Kun arvioon ja hoitoon on helppo päästä, voidaan monet asiat hoitaa jo alkuvaiheessa, jolloin sairaalahoidon tarvetta ei välttämättä kehity lainkaan. Tällaisessa mallissa arvioon pääsyn syyt ymmärretään väljästi, jos ihminen hakee apua, tilanne selvitetään ja hoitoa järjestetään tarvittaessa. Perus- ja erikoistason rajat eivät saa muodostaa esteitä arvioinnille ja hoidon saamiselle, eivät myöskään hallintokuntien väliset rajat. Sairalahoidon tarpeen väheneminen johtaa resurssien vapautumiseen avohoidon käyttöön. Esimerkiksi Etelä-Karjalan Eksoten alueella tämä on onnistunut niin hyvin, että avohoidon jonot ovat kadonneet ja kokonaiskustannukset jopa laskeneet.

### 3.15 Päihdepalvelut

*Airi Partanen, Kristiina Kuussaari, Martta Forsell, Tuomo Varis*

Päihteisiin liittyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytön taustalla voi olla esimerkiksi asiakkaan halu vähentää päihteiden käyttöä tai lopettaa se, päihteiden käytön aiheuttamat sairaudet ja tapaturmat, sosiaaliset ja taloudelliset ongelmat, heikentynyt työ- ja toimintakyky tai erilaiset päihteitä käyttävän henkilön läheisiin heijastuvat haitat. Päihdepalvelujen perusta on päihdehuoltolaissa (41/1986), jonka mukaan kunnan tulee järjestää päihdepalvelut kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Päihdepalveluiden käyttöön vaikuttavat päihteiden käytön muutosten lisäksi palvelujärjestelmässä meneillään olevat laajemmat uudistukset, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus. Päihdepalveluissa tapahtuviin muutoksiin on ollut vaikuttamassa myös STM:n vuonna 2009 julkaisema mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, joka linjaa päihde- ja mielenterveystyön yhteistä kehittämistä. Joillakin alueilla (esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä ja Helsingin kaupunki) on hallinnollisesti yhdistetty aiemmin erillään toimineet päihde- ja mielenterveyspalvelut.

Suurissa kunnissa on yleensä tarjolla monipuolisia avo- ja laitospalveluita päihdehuollon erityispalveluja – kuten A-klinikoita tai vastaavia suoraan hoitoon hakeutumisen tarjoavia yhdistettyjä päihde- ja mielenterveysongelmallisille tarkoitettuja yksiköitä, nuorisoasemia, katkaisu- ja kuntoutusyksiköitä, selviämishoitoa ja päihdehuollon asumispalveluita. Päihteisiin liittyviä somaattisia sairauksia ja riippuvuusongelmia hoidetaan myös perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Päihdepsykiatriset yksiköt hoitavat erityisesti samanaikaisista vaikeista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Pienemmissä kunnissa päihdepalveluiden perustan muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa annettavat palvelut, joita tarvittaessa täydennetään ostopalveluilla. Viime vuosina on ollut näkyvissä erityisesti ostopalveluina hankittavan laitospalveluisten päihdekuntoutuksen väheneminen. Kuntouttavien laitospalvelujen sijaan päihdeongelmaisia on ohjattu asumispalveluihin, joita on kehitetty asunnottomille päihdeongelmallisille osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa.

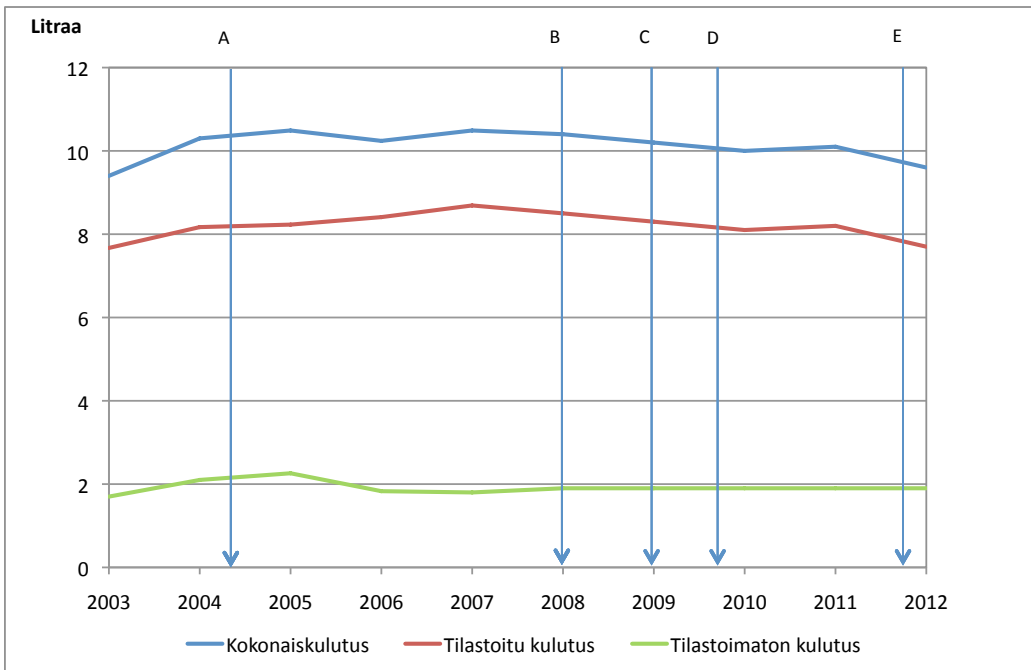
Artikkelissa tarkastellaan päihteiden käyttöä ja päihdehäiriöiden yleisyyttä väestökyselyjen pohjalta ja kuvataan päihdepalvelujen käyttöä ja saatavuutta. Laadun ja vaikuttavuuden osalta pohditaan erityisesti perusterveydenhuollossa tapahtuneiden asiointien luonnetta ja niiden suhdetta päihdeongelmallisille suunnattuihin erityispalveluihin sekä hoidon ja kuntoutuksen suhdetta asumispalveluihin. Lopussa eritellään päihteiden aiheuttamia haittakustannuksia sekä pohditaan päihteisiin liittyvien palveluiden käytön tuottavuutta ja taloudellisuutta.

#### **Päihteiden käyttö ja päihdeongelmien yleisyys 2000-luvulla**

Alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 9,6 litraa 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti vuonna 2012. Alkoholien kokonaiskulutus on laskenut kulutuksen tähänastisesta huippuvuodesta 2007 lähtien. Vuonna 2012 se oli ensimmäistä kertaa vuoden 2003 jäl-

keen alle 10 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohden. (Kuvio 60.) Vuosikymmenittäin tarkasteltuna nopein alkoholin kulutuksen kasvu oli 1970-luvulla alle kolmesta litrasta yli kuuteen litraan, 1990-luvun alussa saavutettiin yhdeksän litran taso ja kolmas jyrkempi nousu yli kymmeneen litraan nähtiin vuoden 2003 alkoholiveron ja sen myötä tapahtuneen hinnanlaskun jälkeen. Huomattavimpana pitkän ajan kulttuurisena muutoksena on ollut naisten alkoholinkulutuksen kuusinkertaistuminen, vaikka valtaosan alkoholista kuluttavat edelleen miehet. Alkoholin käyttö on myös arkipäiväistynyt.

**Kuvio 60. Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti vuosina 2003–2012.**



- A:** Alkoholijuomien veroja alennettiin 1.3.2004 keskimäärin 33 prosenttia  
**B:** Alkoholijuomien veroja korotettiin 1.1.2008  
**C:** Alkoholijuomien veroja korotettiin 1.1.2009  
**D:** Alkoholijuomien veroja korotettiin 1.10.2009  
**E:** Alkoholijuomien veroja korotettiin 1.1.2012

Lähde: THL

Vuoden 2008 juomatapatutkimuksen mukaan sekä miehillä että naisilla suurin alkoholin vuosikulutus oli 50 ikävuotta lähestyvillä vastaajilla. Toinen, joskin lievempi, alkoholin kulutuksen huippu oli 15–30-vuotiailla. Näyttäisi kuitenkin siltä, että 15–30-vuotiailla naisilla alkoholin kulutuksen määrä vähenee iän myötä kun taas vastaavan ikäisillä miehillä se lisääntyy. Viime vuosina on ollut nähtävissä myös ikääntyneiden alkoholinkäytön ja siihen liittyvien haittojen lisääntymistä.

Terveys 2011 -tutkimuksessa alkoholin riskikulutusta arvioitiin AUDIT-C mittarilla. Mittari sisältää kysymyksiä alkoholin käytön useudesta, kerralla käytetyistä määristä ja vähintään 6 alkoholiannoksen kerralla juomisen useudesta. Yli 30-vuotiaista miehistä lähes neljäsosa täyttää alkoholin riskikulutuksen kriteerit ja yli 30-vuotiaista naisista rajat täyttyvät joka kymmenennellä. Taulukosta 32 nähdään, että riskikulutus näyttäisi olevan miehillä huomattavasti yleisempää kuin naisilla ja erityisesti se kasaantuu keski-ikäisille 44–54-vuotiaille miehille. Samassa tutkimuksessa selvitettiin myös viimeisen vuoden aikaista alkoholihäiriön esiintyvyyttä. Yli 30-vuotiaista miehistä viimeisen vuoden aikainen alkoholihäiriö oli ollut kolmella prosentilla ja naisilla 0,9 prosentilla. Alkoholihäiriöt olivat yleisempiä 30–44-vuotiaalla väestöllä ja harvinaisempia 75 vuotta täyttäneillä (taulukko 1). Sekä riskikulutusarvion että alkoholihäiriön osalta voidaan todeta, että kaikkein vaikeimmin päihdeongelmaiset jäävät usein väestötutkimusten ulkopuolelle, jolloin esitetty arviot saattavat olla hieman todellista alhaisempia.

**Taulukko 32. Alkoholin riskikäyttö Audit-C mittarin mukaan ja viimeisen 12 kk:n aikainen alkoholihäiriö eri-ikäisillä miehillä ja naisilla (%)**

	30-44v		45-54v		55-64v		65-74v		75+v	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Alkoholin riskikäyttö	23,9	15,5	33,1	18,9	30,0	10,9	12,0	4,1	1,9	0,6
Alkoholihäiriö	3,7	2,1	4,7	0,8	2,6	0,9	1,4	0,2	1,1	0

Lähde: Koskinen ym. 2012, ss. 49, 99.

Alkoholin riskikuluttajien kokonaismäärästä tehdyt arviot vaihtelevat eri tutkimuksissa. Terveys 2011 -tutkimuksen Audit-C -mittarin tuottamien tulosten pohjalta arvioituna 30 vuotta täyttäneitä alkoholin riskikäyttäjiä olisi yhteensä lähes 600 000. Juomatapa-tutkimuksessa vuonna 2008 puolestaan käytettiin suurkulutuksen kriteereinä miehillä 24 ja naisilla 12 alkoholiannosta viikossa, ja suurkulutuksen riskirajat ylittäneiden määräksi arvioitiin 250 000 henkilöä, minkä todettiin kuitenkin olevan aliarvio. Terveys 2000 -tutkimuksen aineiston arvioissa alkoholin suurkuluttajien määrästä käytettiin miesten osalta samaa 24 alkoholiannoksen viikoittaiskäytön rajaa, mutta naisten osalta rajana oli 16 alkoholiannosta. Suurkuluttajiksi arvioitiin 30 vuotta täyttäneistä miehistä yhdeksän prosenttia ja naisista kolme prosenttia, mutta myös tämän arveltiin olevan aliarvio.

Alle 35-vuotiailla huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö liittyy usein päihdeongelmiin. Viimeisin arvio kovien huumeiden ongelmakäyttäjien määrästä on vuodelta 2005, jolloin Suomessa arvioitiin olevan 14 500–19 100 amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjää (osuus väestöstä 0,5–0,7 %). Lääkkeiden väärinkäyttöä tarkastelleen tuoreen tutkimuksen mukaan seitsemän prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisesta on käyttänyt joskus elämänsä aikana unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Lääkkeiden väärinkäyttö on usein yhteydessä muiden päihteiden käyttöön. Naisilla lääkkeiden väärinkäyttö on yleisempää kuin miehillä silloin, kun käyttöön ei liity huumeita.

Kannabista on joskus kokeillut kolmannes (36 %) 25–34-vuotiaista suomalaisista. Vaikka vuoden 2010 huumeekyselyn mukaan pääosassa suomalaisten kannabiksen käytöstä on kyse ajoittaisesta kokeilusta tai käytöstä, kannabiksen säännöllinen käyttö näyttää lisääntyneen nuorten aikuisten (25–34-vuotiaiden) miesten keskuudessa. Huumeekyselyn pohjalta on arvioitu, että nuorten aikuisten miesten keskuudessa lisääntynyt kannabiksen viimeisen kuukauden aikainen käyttö saattaa vakiintua. Näin ollen se lisää riskiä säännöllisestä kannabiksen käytöstä aiheutuviin ongelmiin. Myös rahapelaamisesta johtuneet ongelmat ovat olleet viime vuosina aikaisempaa enemmän esillä. Noin yhdellä prosentilla suomalaisista arvioidaan olevan rahapeli riippuvuus.

Alkoholi on edelleen suomalaisten pääpäihde, mutta huumeiden ja lääkkeiden seka-käyttö on lisääntynyt. Päihteiden käyttöön liittyvät haitat eivät rajoitu ainoastaan vaikeista päihdeongelmista tai riippuvuudesta kärsiviin. Suuri osa alkoholinkäytön ongelmista liittyy ei-riskirajat ylittävään juomiseen, toistuvaan humalajuomiseen, tai päihteiden käytön hallintaan liittyviin vaikeuksiin jo ennen kuin voidaan puhua riippuvuudesta. Päihteiden käytön haittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä ja päihdepalveluiden kokonaistarvetta arvioidessa on huomioitava myös päihteiden käyttäjien läheisille aiheutuvat ongelmat ja haitat.

### Päihteiden käytöstä aiheutuva palveluiden käyttö

Päihteiden käyttöön liittyvien palvelujen käytössä tapahtuneita muutoksia tarkastellaan kahdella tavalla: poikkileikkaustietona kerättävä päihdetapauslaskenta antaa kuvan sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuneesta päihde-ehtoisesta asioinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista, potilas- ja asiakasrekistereihin pohjautuvat tilastotiedot antavat täsmälliset palvelujen käyttöä koskevat tiedot tietyistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän osista.

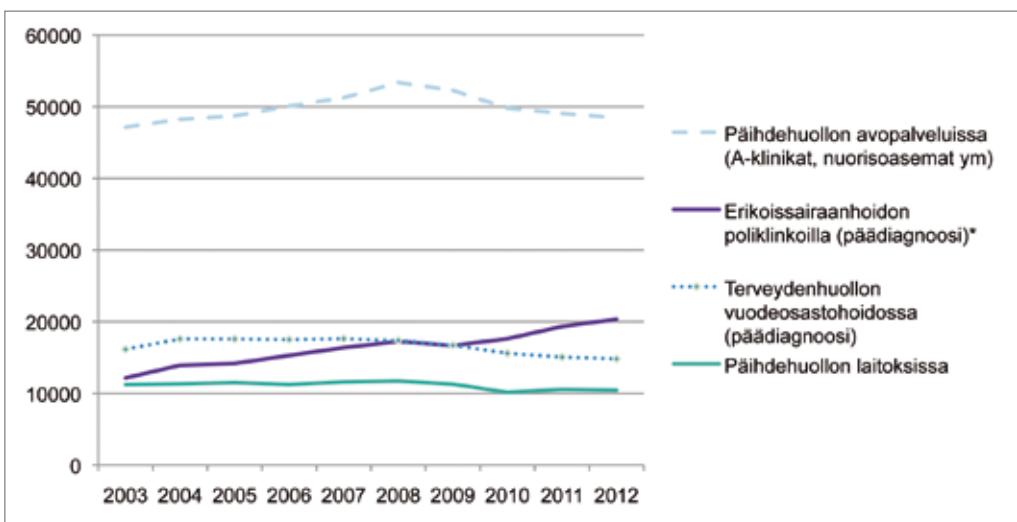
Neljän vuoden välein toteutettavissa päihdetapauslaskennoissa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja kaikesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (pl. lasten päivähoido) tapahtuvasta päihteiden käyttöön liittyvästä asioinnista. Päihde-ehtoisella asiointilla tarkoitetaan asiointeja, joissa henkilökunta arvioi asiakkaan olevan päihteiden ongelmakäyttäjä, asiakas asioi päihtyneenä tai hän asioi jonkun päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan, kuten esimerkiksi tapaturman takia. Viimeinen päihdetapauslaskenta toteutettiin lokakuussa 2011 ja tuolloin tehtiin laskentavuorokauden aikana 11 738 päihde-ehtoista asiointia. Valtaosa asiointeista määriteltiin päihteiden ongelmakäyttöön liittyviksi asiointeiksi. Asiointien kokonaisuudessa ei ole tapahtunut juurikaan muutoksia 2000-luvulla. Vuoden 2011 laskennassa päihdehuollon erityispalveluihin (32 %) ja terveydenhuollon palveluihin (32 %) tehtiin lähes yhtä paljon päihde-ehtoisia asiointeja. Päihdehuollon erityispalveluihin kohdistuneet asiointit olivat vähentyneet ja terveydenhuoltoon kohdistuneet asiointit hieman lisääntyneet, kun verrataan tietoja edelliseen laskentaan. Terveydenhuollossa erityisesti terveyskeskusten avohoitoon kohdistuvien päihde-ehtoisten asiointien määrä oli lisääntynyt. Yleisiin sosiaalipalveluihin tehtiin 19 prosenttia kaikista laskentavuorokauden aikaisista päihde-ehtoisista asiointeista ja asumispalveluihin asiointeista kohdistui 17 prosenttia. Asumispalveluissa päihde-ehtoinen asiakkuus oli lisääntynyt, kun taas yleisissä sosiaalipalveluissa muutosta edelliseen laskentakertaan ei juuri ollut.

Vuoden 2011 päihdetapauskannan mukaan päihdeongelmien vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asiointien keski-ikä oli 47 vuotta ja suurin osa asiakkaista oli miehiä (72 %). Päihdeasiakkaiden yksinäisyys oli yleistä – parisuhde oli joka viidennellä asiakkaalla ja noin joka viidennellä oli myös alaikäisiä lapsia. Ansiotyössä oli kahdeksan prosenttia päihdeasiakkaista. Eläkkeellä oli 43 prosenttia ja työttömänä reilu kolmannes (36 %) päihdeasiakkaista. Kahdeksan prosenttia asiakkaista oli asunnottomia. Alkoholi on ollut yleisin käytetty päihde kaikissa päihdetapauskannissa. Vuoden 2011 laskennassa alkoholia oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana reilut 80 prosenttia asiakkaista. Jotain laiton huumetta oli käytetty noin 30 prosentissa kaikista päihde-ehdoista asioinneista.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä kertyvä rekisteripohjainen tieto välittää kuvaa samantyyppisestä kehityksestä kuin päihdetapauskanta. Päihdehuollon avohoidon tiedot ovat kuntien toiminta- ja tilastustiedoista ja sosiaalihuollon laitoshoidon ja terveydenhuollon tiedot THL:n hoitoilmoitustiedoista.

Päihdehuollon erityispalveluiden avohoidossa (A-klinikat ja nuorisoasemat) asiointien henkilöiden määrä (48 000) on vähentynyt 10 prosenttia vuodesta 2008 vuoteen 2012 (kuvio 61). Asioinneista valtaosa tapahtui A-klinikoilla.

**Kuvio 61. Päihdehuollon palveluiden asiakkaiden lukumäärä 2003–2012.**



\*Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntien kirjaaminen on tarkentunut vuosina 2002–2012, mikä voi selittää osan asiakasmäärän kasvusta.

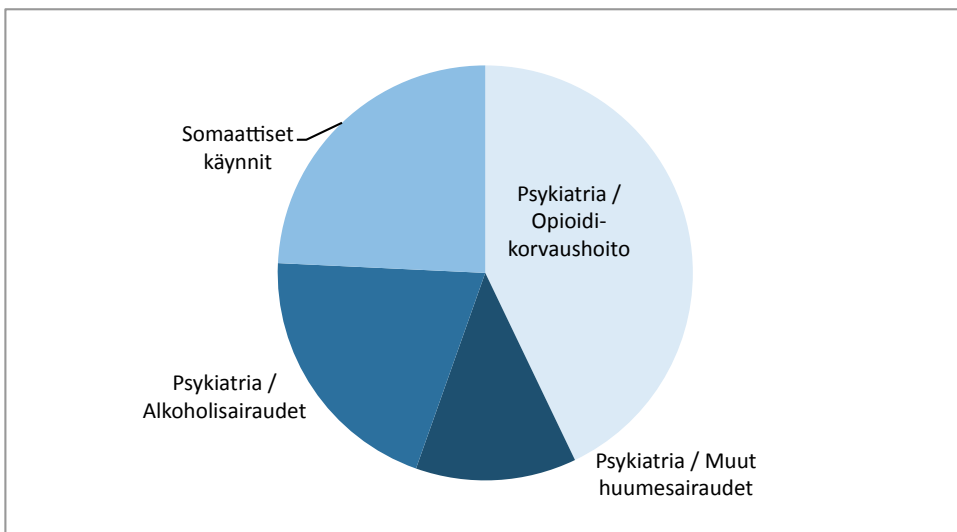
Lähteet: Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta. SVT. Tilastokeskus; Sosiaalihuolto. SVT. THL; Perusterveydenhuolto. THL; Erikoissairaanhoido. SVT. THL.

A-klinikoilla tai nuorisoasemilla tapahtuneiden käyntien määrää ei ole saatavissa, mutta kuuden suurimman kunnan (”kuusikkokunnat”) päihdehuollon raportin mukaan päihdepalveluiden avohoidossa olevalla asiakkaalla oli keskimäärin kymmenen käyntiä vuonna 2012. Kuusikkokunnissa käyntien kokonaismäärässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia, vaikka asiakkaiden määrä on myös kuusikkokunnissa vähentynyt keskimäärin 13 prosenttia vuodesta 2008.

Perusterveydenhuollon käynneistä kerätään tietoa uudella AvoHilmo -tiedonkeruulla. Tiedonkeruu ei ole vielä kattavaa ja käyttöönotto vaihtelee. Vuonna 2012 käyntisyys kirjattiin noin 57 prosenttiin käynneistä ja mukana olivat lähes kaikki (98 %) terveyskeskukset. Vuonna 2012 päihdesairauksiin tai päihdeidenkäyttöön liittyviä käyntejä kirjattiin 340 000. Näistä yli puolessa, eli 180 000 käynnissä, palvelumuotona oli terveyskeskusten päihdetyö. Opioidikorvaushoidon toteuttamiseen liittyi 54 000 käyntiä. Yhdellä opioidikorvaushoitoa saavalla potilaalla vuonna 2012 oli keskimäärin 41 käyntiä. Päihdetyössä käyntejä oli keskimäärin 6 ja muissa palvelumuodoissa 4. Päihdetyön käynneistä 63 prosenttia oli terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanottoja ja 8 prosenttia lääkärikäyntejä.

Vakiintuneinta avohoidon käyntien kirjaaminen on erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, joilla oli kirjattu 130 000 päihdeisiin liittyvää käyntiä vuonna 2012 (kuvio 62). Näistä käynneistä 76 prosenttia oli psykiatrian erikoisalalan käyntejä ja 24 prosenttia somaattisten erikoisalajien käyntejä. Kaiken kaikkiaan 58 000 erikoissairaanhoidon käyntiä liittyi opioidikorvaushoidon toteuttamiseen. Puolella korvaushoitoasiakkaista oli alle 12 käyntiä vuodessa. Keskimäärin käyntejä oli vuodessa 74.

**Kuvio 62. Erikoissairaanhoidon päihdeasiakkaiden käynnit (130 000) erikoisalalan ja keskeisten diagnosoiryhmien mukaan vuonna 2012.**



Lähde: Erikoissairaanhoido. SVT. THL.

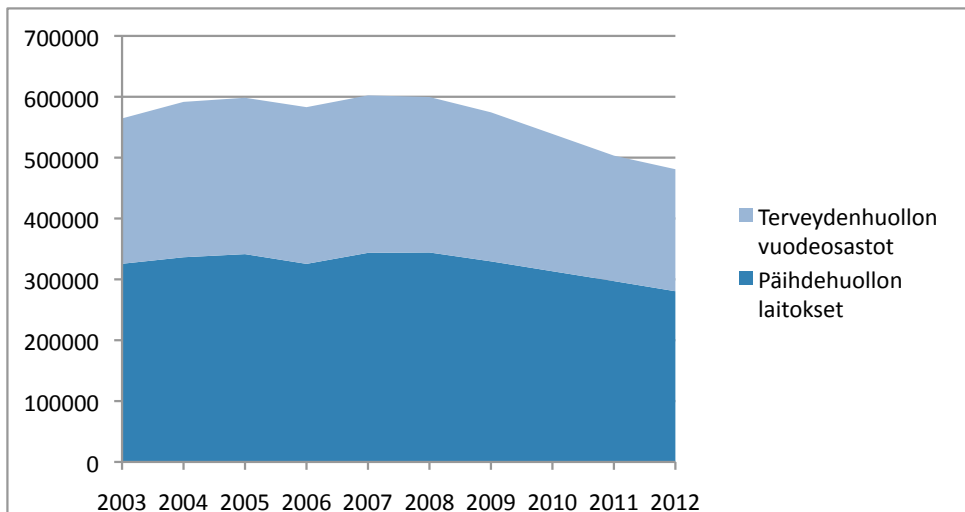
Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntien määrä on tasaisesti kasvanut viimeisen viiden vuoden (2008–2012) aikana noin 92 000 käynnistä runsaaseen 130 000 käyntiin. Tilastoinnin kattavuus on parantunut, joten on mahdotonta sanoa, onko erikoissairaanhoidon poliklinikka-asiakkaiden määrä todella kasvanut esimerkiksi toimintatapojen uudistamisen myötä, vai kirjataanko asiakkaat entistä paremmin.

1 Kattaa myös joitakin kuntien itse järjestämiä erikoissairaanhoidon palveluita ja näin lähes 20 000 Turun kaupungin opioidikorvaushoitoasiakkaan käyntiä.



Päihdehuollon tilastot ovat tarkimpia ympärivuorokautisen hoidon osalta. Laitos- tai vuodeosastoasiakkailla on vaativampaa hoitoa edellyttäviä ongelmia ja asiakasmäärä onkin vain pieni osa päihdehoitoa saavista asiakkaista (ks. aiemmin kuvio 61). Päihdehuollon laitosten hoitovuorokaudet ovat vähentyneet 19 prosenttia vuodesta 2008 ja terveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitovuorokaudet 22 prosenttia vuodesta 2008 (kuvio 63). Yhteensä hoitopäivien vähennys on ollut 120 000 vuodesta 2008. Sekä miesten että naisten hoitopäivät ovat vähentyneet.

**Kuvio 63. Hoitovuorokaudet päihdehuollon laitoksissa ja terveydenhuollon vuodeosastoilla 2003–2012**



Lähteet: Sosiaalihuolto. SVT. THL; Perusterveydenhuolto. THL; Erikoissairaanhoido. SVT. THL.

Päihdehuollon laitoshoitajaksoja oli 19 400 vuonna 2012. Valtaosa (80 %) hoitajaksoista kesti korkeintaan kaksi viikkoa. Alle kaksi viikkoa kestävien hoitajaksojen eli pääasiassa katkaisuhoidojen taso (100 000 hoitovuorokautta, myöhemmin ”hvrk”) on pysynyt vakaana vuodesta 2003. Kaksi kolmasosaa päihdehuollon laitoshoitovuorokausista (190 000–220 000 hvrk<sup>2</sup>) liittyi kuntouttaviin tai muuten yli 2 viikkoa kestäviin hoitajaksoihin. Hoitopäivien määrä on vähentynyt huomattavasti, koska pitkien hoitajaksojen määrä on vähentynyt viidenneksen vuodesta 2008. Keskimääräiset hoitoajat sen sijaan ovat lyhentyneet vain maltillisesti<sup>3</sup>. Hoitopäivien väheneminen on kohdistunut tasaisesti sekä keskipitkiin että hyvin pitkiin hoitajaksoihin. Vuonna 2012 alkoholi oli ensisijainen

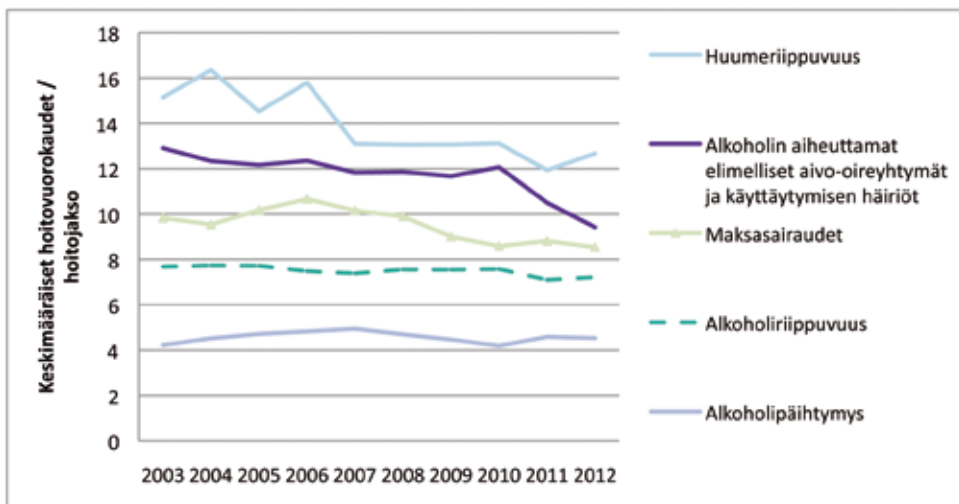
2 Tietoja saadaan Sosiaalihuollon hoitoilmoituksen (THL) kautta hoitopaikoista ja Kunnan ja kuntayhtymän talous- ja toimintatilastojen (TK) kautta kunnilta. Erottelu katkaisu- ja kuntoutushoitoon on mahdollista ainoastaan kuntien toimintatilastossa. Asiakasmäärä/hoitajakso tiedot ja hoitopäivien laskeva trendi viime vuosina vastaavat toisiaan, vaikka hoitopäivien määrä ja keskimääräinen hoidon kesto eroavatkin jossain määrin. Vertailun tekee ongelmalliseksi se, että kuntien ilmoittamat palvelut on eroteltu sisällöllisin perustein ja hoitopaikkojen ilmoittamat pelkästään hoitajakson keston perusteella. Vaikka valtaosa alle kahden viikon hoitajaksoista varmasti keskittyykin katkaisuhoitoon, on joukossa varmasti myös kuntouttavan hoidon lyhyitä intervallijaksoja.

3 Kuntien ilmoittamien tietojen pohjalta keskimääräisen kuntouttavan hoitajakson pituus on vähentynyt 45 päivästä 41 päivään 2008–2012 ja jaksojen 22 %. Vastaavasti hoitopaikkojen ilmoittamien yli kahden viikon mittaisten hoitajaksojen määrä on vähentynyt 18 %, mutta keskimääräinen kesto on pysynyt ennallaan.

hoitoon tulon syy 73 prosentissa hoitajaksoja, huumeausaineet ja sekakäyttö 25 prosentissa ja lääkeaineet 2 prosentissa päihdehuollon laitoshoitajaksoja.

Terveydenhuollon vuodeosastohoitoja on mahdollista tarkastella diagnoosiperustaisesti (kuvio 64). Kalenterivuoden 2011 aikana eniten hoitopäiviä oli diagnoosiryhmissä alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (50 000 hvrk 2012), alkoholiriippuvuus (32 000 hvrk), alkoholipäihtymys (27 000 hvrk), maksasairaudet (27 000 hvrk) ja huumeriippuvuus (20 000 hvrk). Kuviossa 5 on tarkasteltu näiden diagnoosiryhmien hoitajaksojen keskimääräisen keston (hoitovuorokausien määrä / hoitajakso) kehitystä. Alkoholin aiheuttamat elimelliset ja aivo-oireyhtymät eli erilaisten vieroitushoitojen ja alkoholipsykosien diagnoosiryhmän keskimääräinen hoitoaika on vähentynyt kahdessa vuodessa 2,5 hoitovuorokautta. Vuoteen 2010 verrattuna terveydenhuollon vuodeosastohoito on lyhentynyt 25 000 hvrk, josta alkoholin aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden hoitoon käytetyn ajan lyheneminen selittää laskennallisesti 13 000 hoitovuorokautta.

**Kuvio 64. Keskimääräisten hoitovuorokausien muutos hoitajaksoa kohden 2003–2012 terveydenhuollon vuodeosastoilla viiden päihdepäädiaagnoosin osalta, joihin liittyy eniten hoitovuorokausia.**



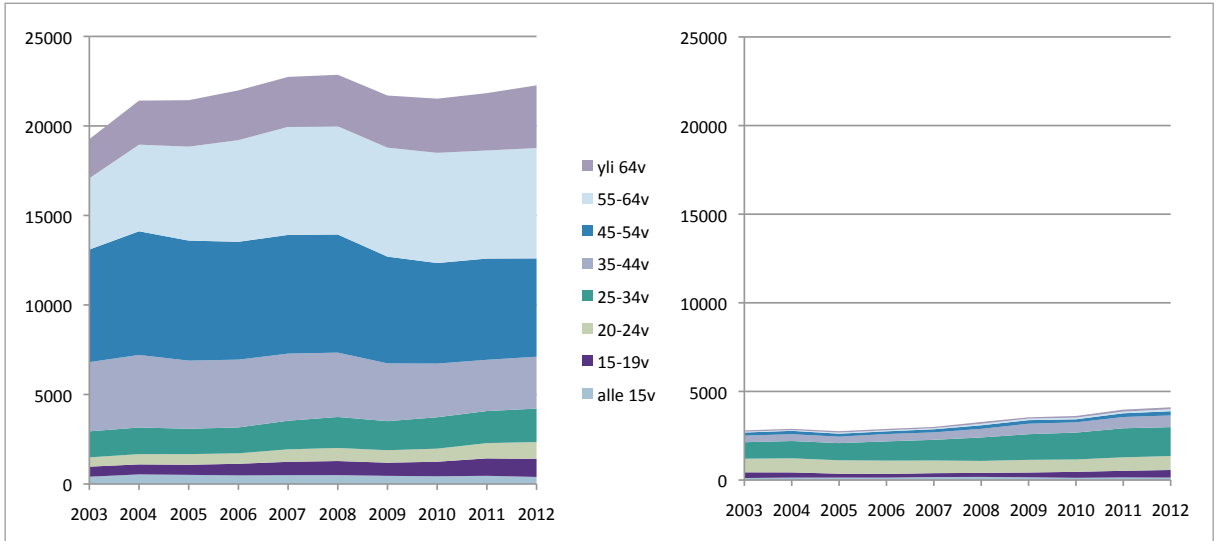
Lähde: Perusterveydenhuolto. THL; Erikoissairaanhoito. SVT. THL.

Terveydenhuollon vuodeosastohoidon ja erikoissairaanhoidon poliklinikkahoidon osalta on mahdollista tarkastella myös alkoholin- ja huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneiden ryhmissä tapahtunutta kehitystä. Kuvioista 65 nähdään, että terveydenhuollon päihdeasiakkaat (eri henkilöitä) koostuvat ennen kaikkea yli 35-vuotiaista alkoholi-asiakkaista. Vuonna 2008 suurimmaksi ikäluokaksi nousi 55–64-vuotiaat. Onkin varsin todennäköistä, että väestön vanhetessa yli 64-vuotiaiden alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus jatkaa kasvuaan. Huumeasiakkaiden määrä on kasvanut hitaasti mutta tasaisesti. Huomionarvoista on, että 20–35-vuotiailla olivat huumeet yhtä usein terveydenhuollon sairaalahoidon syynä kuin alkoholi, kun taas muilla ikäryhmillä alkoholi oli huomattavasti yleisempi (alle 20-vuotiaat 2:1, 34–44-vuotiaat 7:1, yli 45-vuotiaat 60:1) hoidon syy.

**Kuvio 65. Asiakkaat terveydenhuollon vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon avohoidossa 2003–2012.**

**Alkoholisairaus päädiagnoosina**

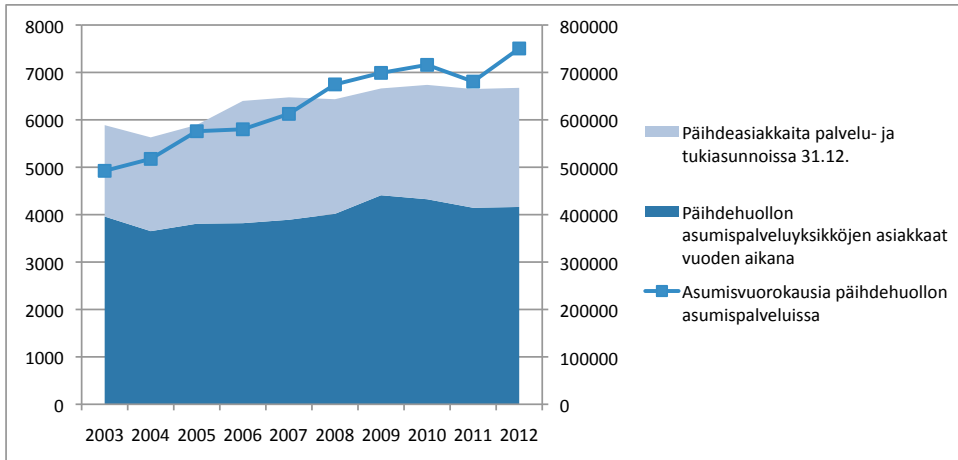
**Huumesairaus päädiagnoosina**



Lähde: Perusterveydenhuolto. THL; Erikoissairaanhoido. SVT. THL.

Päihdehuollon asumispalveluiden tilastointi on ongelmallista erilaisten määrittelyjen takia. Kunnan ja kuntayhtymän sosiaalipalvelujen toimintatilastossa on eroteltu toisistaan päihdehuollon asumispalvelut ja palvelu- ja tukiasunnot päihteiden ongelmakäyttäjille. Myös kunnissa on ollut käytössä erilaisia määritelmiä asumispalveluille. Kuntien toiminta- ja taloustilastojen asumispalveluista koskevien tietojen pohjalta näyttää siltä, että asumispalveluvuorokausien määrä on kasvussa (kuvio 66).

Kuvio 66. Päihdehuollon asumispalveluiden asiakkaat ja asumisvuorokaudet 2003–2012.



Lähteet: Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta. SVT. Tilastokeskus.

Kuntien toiminta- ja talustilastoista saatavat tiedot päihdehuollon asumispalveluista jättävät kuitenkin huomiotta osan päihdeongelmaisten asumiseen liittyvien palveluiden käytöstä. Esimerkiksi tukiasunnoissa tapahtuva toiminta kirjautuu avohoidon toimintana ja käynteinä, ei asumisvuorokausina. Päihdeongelmaisia voidaan ohjata asumaan myös muihin kuin päihdeongelmaisille tarkoitettuihin asumispalveluihin.

Päihteisiin liittyviin ongelmiin ja sairauksiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa apua hakevien asiakkaiden kokonaismäärän arviointi on myös haastavaa, koska päihteisiin liittyvät asioinnit kattavat suuren määrän erilaisia palveluja ja hoitoja vuosia kestävästä intensiivisestä opioidikorvaushoidosta lyhyeen alkoholin käytön puheeksiottamiseen<sup>4</sup>. Nykytilanteessa, jossa AvoHilmon käyttöönoton myötä on saatavissa yksilökohtaista tietoa myös perusterveydenhuollon avohoidosta, perusterveydenhuollon avohoidossa päihteiden vuoksi asioivien henkilöiden kokonaismääräksi vuoden aikana voidaan arvioida olevan vähintään 60 000 yksittäistä asiakasta. Päihdehuollon erityispalveluiden avohoidossa asioivia on noin 50 000, erikoissairaanhoidon avohoidossa asioivia noin 20 000, päihdehuollon laitoshoidossa noin 10 000 ja sairaalahoidossa päihteiden vuoksi olevia henkilöitä noin 15 000. Samat henkilöt voivat asioida useammassa yksikössä saman vuoden aikana, joten edellä olevat luvut sisältävät paljon päällekkäisyyksiä, eikä niiden pohjalta voi arvioida päihteiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien eri henkilöiden kokonaismäärää.

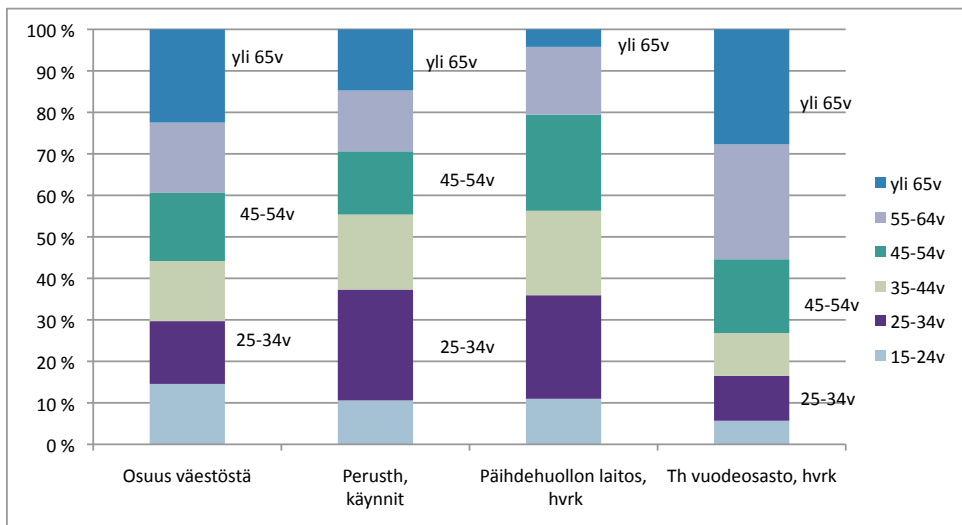
Päihdehoidon yhtenä, mutta resursseja keskimääräin enemmän sitovana hoitomuotona, on 2000-luvulla tasaisesti lisääntynyt opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Vuonna 2011 tehdyn erillistiedonkeruun pohjalta arvioitiin, että opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- tai korvaushoidossa oli vuoden 2011 marraskuun lopussa runsas 2 400 eri henkilöä. Hoitomuoto sitoo resursseja, koska suurin osa potilaista hakee lääkkeensä päivittäin tai vähintään kerran viikossa hoitoyksiköstä. Apteekkisopi-

<sup>4</sup> Tilastoinnin kehittämisen myötäkin alkoholin käytön puheeksiottaminen tai esimerkiksi työterveyshuollon käynnit eivät pääosin tule jatkossakaan tilastoitumaan päihdehoitona.

muksella lääkkeensä hakevia oli vuonna 2011 seitsemän prosenttia. Kaksi kolmesta potilaasta oli hoidossa päihdehuollon erityispalveluissa, viidennes terveyskeskuksissa, reilu kymmenesosa erikoissairaanhoidossa ja muutamia kymmeniä potilaita vankiloiden terveydenhuoltoyksiköissä.

Kuvio 67 osoittaa, että eri palveluita käyttävät eri-ikäiset asiakkaat. Perusterveydenhuollon käyntien osalta opioidikorvaushoitoa saavien käyntimäärät nostavat suurimmaksi ikäryhmäksi 25–34-vuotiaat. Päihdehuollon laitoshoidossa yli kaksi viikkoa kestävästä päihdehuollon jaksot kohdistuvat erityisesti 25–34-vuotiaille, kun taas vanhemmissa ikäluokissa korostuvat lyhyet hoitokäynnit. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastohoidon osalta tilanne taas on hyvin erilainen, kun hoito keskittyy ongelmiin, joiden takana on vuosien alkoholinkäytön aiheuttamien terveysongelmien hoito, jolloin myös asiakkaat ovat iäkkäitä.

**Kuvio 67. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusten ikäryhmien osuudet muutamassa päihdepalvelutyypissä vuonna 2012 verrattuna väestöosuuteen.**



Lähde: Sosiaalihuolto. SVT. THL; Perusterveydenhuolto. THL; Erikoissairaanhoito. SVT. THL.

## Laatu ja vaikuttavuus

Kuntalaisen saatavilla olevien päihdepalveluiden määrä ja laatu vaihtelevat eri puolilla Suomea. Kunnan järjestämien päihdepalveluiden valikoiman kirjavuus ja pitkät välimatkat päihdehuollon erityispalveluihin heikentävät päihdeongelmiinsa apua hakevien kuntalaisten yhdenvertaisuutta.

Kaikkiaan noin puolet päihdehuollon avo- ja laitosmuotoisista erityispalveluista arvioidaan olevan kuntien muilta palveluntuottajilta hankkimia palveluita. Kuntien palveluiden ostotavat vaihtelevat: osa kunnista ostaa päihdepalveluja yksittäisille asiakkaille tarpeen mukaan, osa tekee pitkäjänteistä kumppanuuspohjaista yhteistyötä päihdeongelmaisten pal-

velukokonaisuuksien luomisessa ja osa kilpailuttaa palveluntuottajia. Hankintapäätöksiä tehdessä kilpailutuksen kriteerit sekä hinnan ja laadun painoarvot voivat vaihdella. Palveluiden laadun on kritisoitu olevan hintaan nähden alisteisessa asemassa, sekä samalla todettu hoidon laadun määrittelyn haastavuus – miten määritellä esimerkiksi päihdehoidon vaikuttavuuden kannalta keskeisen vuorovaikutussuhteen laatu osaksi kilpailutuksessa arvioitavaa laatua?

Tilasto- ja tutkimustiedon mukaan päihdeasiakkuuksien kohdentumisessa on tapahtumassa muutosta. Päihdehuollon erityispalveluiden sijaan asiointia kohdentuu aiempaa enemmän erityisesti terveyskeskusten avohoitoon. Tässä vaiheessa ei ole kuitenkaan mahdollista arvioida kattavammin sitä, johtuuko muutos päihdehuollon erityispalveluiden avohoidon tarpeen tai tarjonnan tosiasiallisesta vähenemisestä, tai mahdollisesti perustason avohoidon päihdetyön kehittymisestä niin, että aiempaa useammin päihdeongelmaisten hoitoa pystytään toteuttamaan terveyskeskuksissa. Terveyskeskusten päihdetyötä on pyritty kehittämään monissa mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeissa varhaisvaiheen alkoholiongelmien puheeksioton tehostamiseksi. Puheeksiottokulttuurin muutoksen juurtumista pidetään edelleen kuitenkin haastavana, vaikka käytettävissä on vaikuttavaksi arvioituja menetelmiä, kuten mini-interventio. Myös tietoteknologia-avusteisia menetelmiä itsehoitoa tukevista menetelmistä on kehitetty ja kokemukset ovat myönteisiä: esimerkiksi Päihdelinkin ([www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)) henkilökohtaisen palautteen antavan juomatapatestin on tutkittu vähentävän merkittävästi sekä juomista että siihen liittyviä haittoja.

Näyttää myös siltä, että pitkäaikaisempaa, raittiin kauden tarjoavaa sekä elämäntavan muutokseen ja päihdeettömyyteen tähtäävän kuntoutuksen sijaan tarjotaan entistä enemmän lyhytaikaista katkaisuhoidon, avohoitoa tai asumispalveluja. Lisäksi lyhytaikaista, päivystysten, katkaisuhoidon tai poliisin putkatilojen yhteyteen liittyvää selviämishoitoa on pyritty 2000-luvulla lisäämään. Kuitenkin vain joka toisessa yli 50 000 asukkaan kunnassa on selviämishoitoyksikkö. Uusimpia selviämishoitoyksiköitä ovat Kokkolassa ja Turussa katkaisuhoidon yhteyteen avatut selviämishoitoasemat ja Seinäjoen selviämishoitoasema puolestaan on lakkautettu. Pienemmillä paikkakunnilla voidaan tarjota selviämishoidon sijaan lyhytaikaista, turvallisen selviämisen mahdollistavaa suojaa asumispalveluissa. Tämän toiminnan laajuudesta ei ole tietoa.

Matalakynnyksiset, huumeiden käytön haittojen vähentämiseen tähtäävät palvelut ovat tavoittaneet hyvin kohderyhmänsä. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapalveluja on tarjolla tällä hetkellä yli 30 paikkakunnalla, ja niiden avulla on onnistuttu tehokkaasti rajoittamaan huumeiden käyttäjien hiv-epidemia ja vähentämään huumeiden käyttöön liittyvien uusien C-hepatiittitartuntojen määrää. Toinen keskeinen huumeiden käytön haittoja vähentävä hoitomuoto, opioidiriippuvuuden korvaushoito, on edelleen lisääntymässä tasaisesti, ja käytetyistä hoitomuodoista haittoja vähentävä korvaushoito on nopeasti yleistynyt. Vaikka opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa olevien ryhmä on hyvin pieni suhteessa kaikkiin päihdeongelmaisiin<sup>5</sup>, ja hoito sitoo resursseja, hoidosta on nähtävissä selviä hyötyjä. Kotimaisissa opioidikorvaushoidon seurantatutkimuksissa on todettu hoidossa olevien päihteiden käytön vähentyneen, elämäntilanteen kohentuneen, omaisuus-

5 Vuonna 2011 sairaaloissa 915 asiakkaalla oli hoidon pää- tai sivudiagnoosina opioidikorvaushoidon toteuttaminen, joten kolmasosa korvaushoitoasiakkaista kävi vuoden aikana myös erikoissairaanhoidon poliklinikalla tai vuodeosastohoitojaksoilla. Terveyskeskusten AvoHilmo tiedonkeruussa taas esiintyi 1 320 korvaushoitoasiakasta (vuonna 2012), joten yli puolet asiakkaista on hoidossa toimipaikoissa, jotka osallistuvat AvoHilmo tiedonkeruuseen tai käyvät hoidossa terveyskeskuksessa ja tieto korvaushoidosta kirjataan myös käynnin syiksi.

ja huumerikollisuuden vähentyneen sekä huumekuolemien vähentyneen. Potilaita oli kaikkien sairaanhoitopiirien alueella, mutta lähes puolet potilaista oli hoidossa HUS:n alueella olevissa hoitoyksiköissä. Hoidon toteuttamistavoissa oli alueellista vaihtelua. Pääkaupunkiseudun hoitoyksiköissä oli muita alueita enemmän haittoja vähentävää korvaushoitoa, ja pääkaupunkiseudun yksiköissä käytettiin enemmän metadonia. Opioidikorvaushoidon osalta hoitotakuun myötä tapahtunut jonotusaikojen seuranta on lyhentänyt odotusaikaa hoitoon.

Päihdeongelmaisten asumispalveluiden kehittämiseksi on ollut ja on edelleen tarvetta. Vuonna 2011 päihdetapauslaskennassa mukana olleista asunnottomien osuus oli 8 prosenttia, ja huumehoidon tiedonkeruun mukaan vuoden 2012 päihdehuollon huumeasiakkaista asunnottomia oli 9 prosenttia. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmalla on onnistuttu luomaan vaikeastikin päihdeongelmallisille vakiintuneita, yhteisömuotoisia asumispalveluja, joilla parhaimmillaan on pystytty vähentämään muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Asunto ensin -yksiköiden kustannusvaikuttavuutta arvioineen Tampereen teknisen yliopiston raportissa todetaan, että asunto ensin -mallilla on pystytty vähentämään mielenterveyskuntoutujien käyttämien palveluiden kokonaiskustannuksia ja lisäämään koettua elämänlaatua. Sen sijaan aiemmin asunnottomien päihdekuntoutujien osalta kokonaiskustannukset kasvoivat, vaikka heidän käyttämänsä laitoshoidon määrä ja kustannukset vähenivät merkittävästi. Elämänlaatu koheni heidän päästyään sekä asumis- että hoito- ja kuntoutuspalveluiden piiriin. Kokonaiskustannuksia nosti erityisesti se, että päihdekuntoutujien asunnottomuuden aikainen väliaikaisen majoittamisen kokonaiskustannukset olivat olleet niin vähäisiä.

Sen lisäksi, että asunto ensin -periaatteella toimivissa yksiköissä mahdollistetaan vakaa asuminen silloinkin, kun asukas käyttää päihteitä, asumispalveluyksiköissä tulisi olla myös mahdollisuus asua päihteettömässä asuinympäristössä. Vaikka suurten asumispalveluyksiköiden avaamisella voidaan nopeasti vähentää asunnottomuutta niillä paikkakunnilla, joilla asunnottomuus on yleistä, ne eivät välttämättä ole yksikön asukkaiden tai asumisyksikön ympäristössä olevien kannalta parhaita ratkaisuja. Yhteisöllisyyden kehittämistä voidaan paremmin edistää pienemmissä yksiköissä. Asumisen turvaamisen lisäksi tarvitaan myös mahdollisuutta tarpeen mukaisesti päihdehoito- ja kuntoutuspalveluihin.

Päihdehoidon tarvetta, palveluiden saatavuutta ja niiden vaikuttavuutta arvioitaessa on myös huomioitava se, että osa päihdeongelmallisista toipuu myös spontaanisti ilman hoitoa tai ilman vertaistukea. Eri tutkimusten mukaan on arvioitu, että alkoholiongelmasta spontaanisti toipuneiden osuus vaihtelee 14–50 prosentin välillä riippuen siitä, käytetäänkö toipumisen kriteerinä raittiutta tai kohtuukäyttöä. Itsehoidon tueksi on saatavilla jo nykyisin monentyyppisiä verkkomuotoisia palveluja tai ryhmätoimintoja (ks. esim. [www.paihde-linkki.fi](http://www.paihde-linkki.fi), [www.nuortenlinkki.fi](http://www.nuortenlinkki.fi), [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi), [www.nuortenmielenterveystalo.fi](http://www.nuortenmielenterveystalo.fi), [www.paihdeneuvonta.fi](http://www.paihdeneuvonta.fi)). Myös päihdeongelmaisten läheisille on olemassa verkkopalveluja (ks. esim. [www.varjomaailma.fi](http://www.varjomaailma.fi), <http://www.myllyhoito.fi/riippuvuudesta-toipumiseen/laheiselle>). Vertaistukeen perustuvilla ryhmätoiminnoilla, kuten 12 askeleen ohjelmaan pohjautuvilla ryhmillä, A-kiltatoiminnalla ja vastaavilla toimintamuodoilla on myös tärkeä rooli ammatillisen avun ja itsehoidon rinnalla sekä päihdeongelmallisille että heidän läheisilleen. Suomessa toimii yli 800 vertaistukea antavaa 12 askeleen ohjelmaan perustuvaa ryhmää. Lisäksi yhdistysmuotoisesti toimivia A-kiltoja on toiminnassa yli 60 paikkakunnalla.

Päihdeongelmallisille tarkoitetuissa palveluissa on tärkeä sisällyttää ammatillisen hoidon ja kuntoutuksen lisäksi myös vertaistuki- tai kokemusasiatuntijatoimintaa. Ammatillisia hoito- ja kuntoutuspalveluja ja vertaistukea yhteen tuovilla toimintamalleilla on mahdollista lisätä apua hakemaan tulleen päihdeongelman saamaa tukea.

## Kustannukset

Seuraavassa tarkastellaan julkiselle sektorille aiheutuvia päihdehaittakustannuksia alkoholin ja huumeiden osalta erikseen. Luvun loppupuolella kuvataan päihdehuollon palveluiden kustannuksia yksityiskohtaisemmin kuuden suurimman kunnan, Kuusikkokuntien päihdehuollon raportin pohjalta.

### Julkiset päihdehaittakustannukset

Julkiselle sektorille aiheutuneet päihdehaittakustannukset lasketaan Suomessa vakiintunutta laskentakehikkoa käyttäen. Laskentakehikkoa on päivitetty vuosien 2011 ja 2012 aikana, ja seuraavassa tarkastellaan päivitetyllä laskentakehikolla laskettuja päihdehaittakustannuksia. Haittakustannukset lasketaan vuosittain ja ne julkaistaan THL:n Päihdetilastollisessa vuosikirjassa.

Vuonna 2011 alkoholi aiheutti julkiselle sektorille noin 888–1094<sup>6</sup> miljoonan euron haittakustannukset. Alkoholihaittakustannuksista valtaosa aiheutui sosiaalihuollon, eläkkeiden ja sairauspäivärahojen sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksista. Julkisista alkoholihaittakustannuksista sosiaalihuollon haittakustannukset olivat 215–257 miljoonaa euroa. Kustannuksista noin 93 miljoonaa euroa aiheutui päihdehuollon kustannuksista. Päihdehuollon osuus on siis noin 9 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista alkoholihaittakustannuksista.

Terveystenhuollon alkoholihaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia, jotka olivat yhteensä 84–148 miljoonaa euroa vuonna 2011. Erikoissairaanhoidosta aiheutui noin 65 miljoonan euron ja perusterveydenhoidosta noin 51 miljoonan euron haittakustannukset. Terveystenhuollon alkoholihaittakustannukset ovat noin 12 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista haittakustannuksista. Terveystenhuollon alkoholihaittakustannukset muodostavat arviolta noin prosentin kaikista julkisista terveystenhuollon menoista.

Vuonna 2011 huumeet aiheuttivat julkiselle sektorille noin 242–3106 miljoonan euron haittakustannukset. Huumehaittakustannusten rakenne painottuu sosiaalihuollon sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksiin. Julkisista huumehaittakustannuksista suurin erä (29 %) oli sosiaalihuollon haittakustannukset, jotka olivat 67–94 miljoonaa euroa. Suurin osa kustannuksista, noin 43 miljoonaa euroa, aiheutui päihdehuollon kustannuksista. Päihdehuollon osuus on noin 16 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista huumehaittakustannuksista.

6 Haittakustannuksista lasketaan useimmissa tapauksissa alaraja ("minimi") ja yläraja ("maksimi"), joiden väliin todellisten kustannusten oletetaan sijoittuvan.



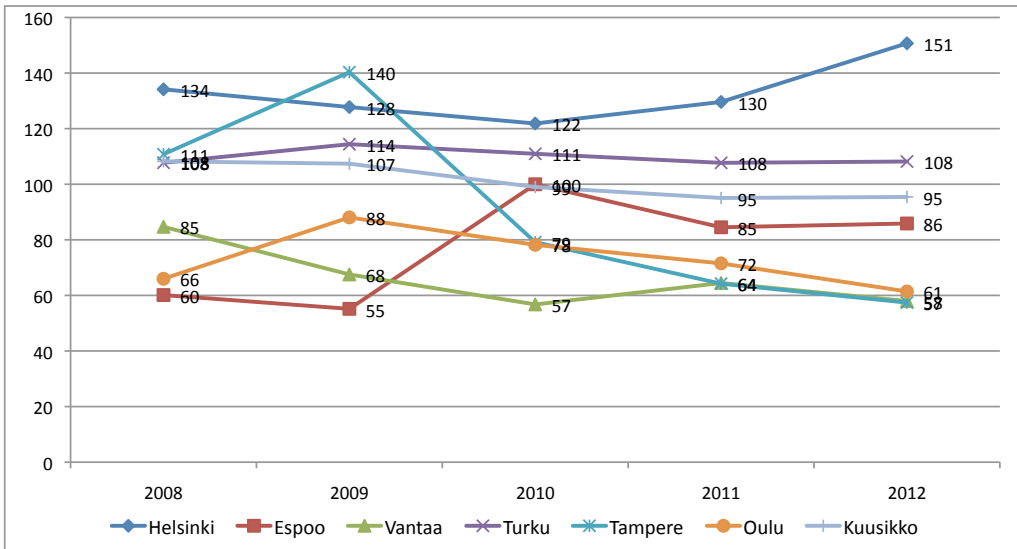
Terveydenhuollon huumehaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia, jotka olivat yhteensä 34–57 miljoonaa euroa vuonna 2011. Eniten haittakustannuksia, 13 miljoonaa euroa, aiheutui huumeiden käyttöön liittyvien sairauksien hoidosta psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa. Terveydenhuollon haittakustannukset ovat noin 16 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista huumehaittakustannuksista.

### Kuusikkokuntien päihdehuollon kustannukset

Kuuden suurimman kaupungin tekemä arvio niiden tuottamien tai käyttämien päihdehuollon palveluiden keskimääräisistä asiakaskohtaisista kustannuksista vuonna 2012 oli seuraava: polikliininen käynti keskimäärin 117 euroa/käynti, selviämisasema 188–381 euroa / käynti, laitoshoido keskimäärin 198 euroa/vuorokausi (vaihtelu 155–215 euroa), asumispalvelut keskimäärin 45 euroa/vuorokausi (vaihtelu 31–74 euroa). Opioidikorvaushoidon käyntikohtaiset kustannukset vaihtelivat 23–59 euron välillä.

Päihdehuollon avohoidon käyntikohtaisten kustannusten taso vaihtelee kaupungeittain (kuvio 68). Kustannukset ovat viime vuosina nousseet Espoossa, Turussa ja Helsingissä, ja pysyneet muissa kuusikkokuntien kaupungeissa melko tasaisina. Espoossa kustannusten nousuun on vaikuttanut Espoon Empun (yhdistetty mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö) avaaminen.

**Kuvio 68. Kuusikkokunnan päihdehuollon erityispalveluiden avohoidon kustannukset käyntiä kohden A-klinikan, H-klinikan ja nuorisoasemien palveluissa €, vuosina 2008–2012 vuoden 2012 rahan arvossa.**



Lähde: Kuusikko-työryhmän raportti Päihdepalvelut 2012.

Kuuden suurimman kunnan päihdepalvelujen kustannusten jakautuminen palvelumuodoittain vaihteli kunnittain vuonna 2012. Avohoidon kustannukset ilman opioidihoitoa muodostivat vajaan neljäsosan (23 %) kustannuksista. Avomuotoisen opioidikorvaushoidon kustannusten osuus oli noin 7 prosenttia. Laitoshoidon kustannusten osuus oli 25 prosenttia ja asumispalvelujen osuus oli 45 prosenttia. Asumispalveluiden osuus on ollut viime vuosina kasvussa.

Päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset asukasta kohden kuudessa suurimmassa kunnassa vaihtelivat vuonna 2012: Helsinki 120 euroa/asukas, Espoo 62 euroa/asukas, Vantaa 59 euroa/asukas, Tampere 76 euroa/asukas, Turku 63 euroa/asukas ja Oulu 37 euroa/asukas. Vantaalla, Turussa ja Oulussa päihdehuollon kokonaiskustannukset asukasta kohden ovat hieman vähentyneet, muissa kasvaneet. Kuusikkokuntien kustannusten kasvu edellisestä vuodesta oli runsas neljä prosenttia. Kuusikkokuntien asumispalvelujen kustannukset kasvoivat vuodesta 2011 vuoteen 2012 lähes 11 prosenttia, laitoshoidon kustannukset nousivat vajaat 2 prosenttia ja avohoidon kustannukset laskivat vajaan 3 prosenttia.

### **Päihdepalvelujen taloudellisuus ja tuottavuus**

Keskeisimpien päihdehoidon tilastojen perusteella näyttää siltä, että päihdehoidossa tai päihdekuntoutuksessa olevien henkilöiden ja käytettyjen hoitovuorokausien määrä on laskenut viime vuosina. Sosiaali- ja terveydenhuollon avohoidosta päihteiden käytön vuoksi hoitoa hakevien asiakkaiden tai käyntien kokonaismäärän kehitystä on kuitenkin nykyisten tilastojen valossa vaikea arvioida, koska terveydenhuollon avohoitoa koskeva tilastointi on vielä puutteellista. Nähtävissä on kuitenkin A-klinikoiden asiakkaiden määrän vähentynyt viime vuosina. Toisaalta on viitteitä siitä, että terveyskeskusten avohoidossa asiointi on lisääntynyt. Pitkien päihdehuollon laitoshoidojaksojen määrä on vähentynyt, mutta toisaalta asumispalvelujen osuus on lisääntynyt. Sairaalahoidossa olleiden potilaiden määrä on vähentynyt ja sairaalahoitajaksojen keskimääräinen kesto on myös lyhentynyt esimerkiksi huumeriippuvuuden sekä alkoholin aiheuttamien elimellisten ja aivo-oireyhtymien osalta.

Päihdeongelmaisten palveluihin liittyvien kustannusten kohdentumisessa on ainakin suurissa kunnissa tapahtunut painopistemuutos. Kuudessa suurimmassa kunnassa päihdehuollon avohoidon ja laitoshoidon kustannusten nousu on ollut hyvin hillittyä. Sen sijaan asumispalveluiden kustannukset ovat selvästi kasvaneet. Asumispalveluilla on kuitenkin pystytty vähentämään päihdeongelmaisten muun päihdekuntoutuksen kustannuksia. Asumispalveluilla ja päihdekuntoutuksella on kummallakin oma tärkeä roolinsa päihdeongelmaisten tilanteen parantamisessa. Vakituinen asumismuoto tuo vakautta elämäntapaan ja luo lisäksi edellytyksiä kuntoutumiselle. Päihdeongelmasta toipumiseen tähtäävä identiteettimuutos vaatii pitkäaikaista kuntoutusta, joka saattaa edellyttää laitoshoidon kuntoutuksessa tapahtuvaa työskentelyä. Tällä hetkellä erityisesti päihdeettömässä ympäristössä pitkäaikaista yhteisöhoitoa tarjoavien palveluiden käyttö on supistunut ja korvautunut avohoidolla ja asumispalveluilla. Vaikka laitoshoidon käytön vähentämisellä ja avohoidon käytöllä voidaan lyhyellä tähtämellä vähentää laitoshoidosta aiheutuvia suurempia kustannuksia, pitkällä tähtämellä tämä voi merkitä myös kustannusten kasvua pitkittyvistä päihdeongelmista aiheutuvista, vähitellen kasautuvista kustannuksista. Asumisen rinnalla kuntoutukseen sijoitetut resurssit tuottavat myöhemmin säästöä muiden palveluiden tarpeen vähentyessä.

Päihdeongelmien hoitamatta jättäminen on kaikkein kalleinta yhteiskunnalle – ongelmat tulevat joka tapauksessa esille päihteisiin liittyvänä sairastamisena, ja pahimmillaan elämänhallinnan menettämisen myötä syntyvinä monimutkaisina syrjäytymiseen johtavina yksilön ja hänen läheistensä sekä lähiympäristöön heijastuvina ongelmina. Päihdehaitta-kustannuksista valtaosan arvioidaan kohdistuvan onnettomuuksiin ja rikosvahinkoihin, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämiseen, oikeusjärjestelmään ja rikosseuraamusjärjestelmään ja sosiaaliturvaan. Päihdepalvelut tuottavat raittiutta, vähentävät päihteiden käyttöön liittyviä haittoja, lieventävät päihdeongelmiin liittyvää kärsimystä ja lisäävät ihmisarvoisen elämän edellytyksiä vakavasta päihderiippuvuudesta kärsivillä. Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneiden päihdehuollon erityispalveluiden ja terveydenhuollon päihdehoidon kustannusten osuus kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista on loppujen lopuksi varsin pieni sijoitus päihdeongelmasta aiheutuvien muiden suorien ja epäsuorien kustannusten vähentämiseksi. Kustannushyötyanalyyseilla on osoitettu päihdehoitoon sijoitettujen voimavarojen tuottavan yhteiskunnalle enemmän kuin mitä niihin on panostettu, mutta ongelmana kustannusten perustelulle on se, että päihdepalveluihin sijoitetut resurssit nähdään vain sosiaali- ja terveydenhuollon menoeränä, mutta niistä saatava hyöty kohdentuu paljon muualle kuin sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kuntien taloudellinen tilanne asettaa päihdeongelmaisten asumis- ja hoito- ja kuntoutuspalvelujen turvaamiselle haasteita, mutta kaikkien kalleimmaksi käy pidemmällä aikajänteellä se, jos lyhytnäköisesti jätetään vaikeasti päihdeongelmaiset ilman mahdollisuutta turvalliseen asumiseen ja tarpeenmukaisiin hoito- ja kuntoutuspalveluihin. Vakavasta päihderiippuvuudesta kärsiviä on varovastikin arvioiden 2–3 kertaa enemmän kuin päihdeongelmiensa vuoksi päihdehuollon erityispalveluja käyttäviä tai terveydenhuollon avohoidossa tai sairaalahoitossa päihdeongelmansa vuoksi olleita aikuisia. Päihderiippuvuuden tai alkoholin suurkulutuksen lisäksi eriasteisista muista päihdeongelmista tai päihteiden käytöstä aiheutuvista haitoista kärsivien – ja päihdepalveluista potentiaalisesti hyötyvien – määrä on moninkertainen.

### Johtopäätökset

Päihdepalvelujen käyttö kasvoi 2000-luvun alkupuolella alkoholijuomien kulutuksen kasvaessa, mutta viime vuosina on nähty päihdeongelmaisille tarkoitettujen palveluiden käytön vähenemistä. Palvelujen käytön vähenemiselle on useita selittäviä tekijöitä. Alkoholijuomien kulutuksen väheneminen vuosina 2008–2012 lienee ainakin jossain määrin vähentänyt myös päihdeongelmien syntymistä tai syvenemistä ja vähentänyt siten osaa päihdepalvelujen kysynnästä, vaikkakaan pitkäaikaisimmista päihdeongelmista kärsivien palveluiden tarve ei välttämättä ole juuri vähentynyt. Palvelurakenteessa tehdyt muutokset sekä kuntien kokonaisuusmenojen leikkaaminen ovat myös vaikuttaneet päihdepalveluiden käyttöön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla – kuten päihde- ja mielenterveyspalveluiden sekä somaattisen hoidon kiinteän kokonaisuuden rakentamisella – voidaan parhaimmillaan purkaa hallinnollisissa ja organisatorisissa tehtävissä olevia päällekkäisyyksiä, vähentää asiakkaiden siirtämistä palveluista toiseen ja parantaa hoitoketjun toimivuutta. Integraatio on myös hallituksen rakennepoliittisessa ohjelmassa mainittu keino, jolla pyritään

kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentämiseen ja sitä kautta saavutettavaan kustannusten säästöön. On kuitenkin huolehdittava siitä, ettei säästötavoitteiden nimissä lähdetä kohdentamaan palveluiden painopistemuutoksia tai mekaanisia leikkauksia vaikeista päihdeongelmista toipumista yrittävien kannalta välttämättömiin, monipuolisiin kuntouttaviin palveluihin. Esimerkiksi päihde-ehdoisen asioinnin lisääntyminen perusterveydenhuollossa, voi parhaimmillaan ilmentää perusterveydenhuollon lisääntyntä vastuunottoa päihdeongelmaisten hoidosta ja merkitä päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn helpottumista sekä päihdehaittojen ehkäisyn tehostumista. On myös varmistettava, että perusterveydenhuollossa toteutettava hoito on riittävän laaja-alaista, ja että päihdeongelmaisten hoitoon ja kuntoutukseen erikoistunutta osaamista sekä erityispalveluita on helposti saatavilla. Päihdeongelmaiset ovat usein monella tavalla syrjäytyneitä, ja heidän auttamisekseen tarvitaan päihdeongelmista kärsivän yksilön ja hänen läheistensä tuen tarpeisiin joustavasti vastaavaa työtapaa. Kriisityyppisissä tilanteissa annettavan lyhytaikaisen hoidon lisäksi tarvitaan pitkäjänteistä muutosta tukevaa avo- ja laitospalveluista hoitoa ja kuntoutusta.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukainen kehitys päihde- ja mielenterveysongelmista samanaikaisesti kärsivien hoidon yhdistämiseksi on tarkoituksenmukaista vaikeimmillaan yhteen lujasti kietoutuvien ongelmien ratkaisemiseksi nykyistä tehokkaammin. Päihde- ja/tai mielenterveysongelmallisille itselleen tuottaman hyödyn – palveluista saatavan avun parantumisen – edellytyksenä on, että yhdistetyissä palveluissa on psykiatrisen työotteen rinnalla usein pitkälle syrjäytyneiden päihdeongelmaisten hoidossa välttämätön sosiaalityön laaja-alainen työote. Terveiden sosiaalisten determinanttien ymmärtäminen ja niihin vaikuttaminen tarkoittaa perinteisen hoitoyksikössä toteutetun hoidon lisäksi palveluiden osalta esimerkiksi asumisen tukimuotojen tai syrjäytyneitä tavoittavien, kaduille ja päihteiden käyttäjien yhteisöihin jalkautuvien tai kotiin vietävien sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä, sekä arkea tukevan vertaistuen muotojen hyödyntämistä. Avopalveluiden sekä asumisolujen vakauttamisen tueksi tarvitaan myös pidempiaikaisia laitospalvelusjaksoja. Päihteettömään elämäntapaan tähtäävä kuntoutumisprosessi voi onnistuakseen vaatia päihteettömän ympäristön ja päihteettömään elämään yhdessä tähtäävän yhteisön tuen laitospalveluina, jos toipuminen avohoidossa ei onnistu. Laitospalveluista voidaan tarvita myös toimintakyvyn palauttamiseen tai sen säilyttämiseen, haittojen ehkäisyyn ja kärsimyksen lievittämiseen syrjäytyneimmillä päihdeongelmaisilla. Jatkossa on syytä seurata tarkasti avopalveluiden, asumispalveluiden ja kuntoutuksen painopistemuutosten vaikutusta päihdeongelmaisten palveluihin pääsyyn, hoidon ja kuntoutuksen sisältöön sekä päihdeongelmista selviytymiseen tai niistä aiheutuvien haittojen vähenemiseen.

Päihdeongelmaisten palvelujen tuottamisessa on ei-voittoa tavoittelevilla yleishyödyllisillä toimijoilla sekä yksityisillä palveluiden tuottajilla merkittävä rooli. Hankintalain mukaisella palveluiden kilpailuttamisella pyritään julkisten varojen käytön tehostamiseen ja laadukkaiden palveluhankintojen tekemiseen. Päihdepalveluiden laadun monipuolinen määrittely ja laadun painoarvo tehtyjen päätösten perusteena on tärkeää, jottei kilpailutuksella tarpeettomasti pirstaloida ja kapeuteta päihdeongelmaisten tarvitsemia palveluja. Kilpailutuksille vaihtoehtoisia palveluiden hankintatapoja on tärkeä käyttää silloin, jos on riskinä se, että kilpailutuksella kadotetaan paikallisten tai alueellisten yleishyödyllisten toimijoiden kansalaistoiminnasta tuleva hyöty syrjäytyneiden päihdeongelmaisten arjen tukemisessa.

Hoidon vaikuttavuuden kannalta keskeistä on asiakkaan tarpeista lähtevien yksilöllisesti räätälöitävien ja hoidon jatkuvuuden takaavien palveluiden kokonaisuus. Vaikka hoitojärjestelmää pyritään siis yksinkertaistamaan, päihdeongelman luonne ei kuitenkaan ole muuttumassa yksinkertaisemmaksi. Vaikeaa päihdeongelmaisuuutta kuvaa sekakäyttö, elämäntilanteen epävakaas ja monen erityyppisen avun, tuen, hoidon ja kuntoutuksen pitkäaikainen tarve. Uusina haasteina ovat myös naisten ja ikääntyneiden lisääntyneet päihdeongelmat sekä toiminnalliset riippuvuudet kuten rahapeliongelmat. Päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvä palvelujen tarve ei vähene, vaan monimuotoistuu.

### 3.16 Toimeentulotuki

*Pasi Moisio, Ari Virtanen*

Toimeentulotuen tavoite on turvata henkilön ja perheen vähintään välttämätön toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuki on viimesijainen taloudellinen tuki, ja hakija on velvoitettu hakemaan kaikki ensisijaiset etuudet, joihin hänellä on oikeus. Tuloina otetaan huomioon periaatteessa kaikki kotitalouden käytettävissä olevat tulot. Tuloina ei kuitenkaan huomioida vammais- ja hoitotukia, äitiysavustusta eikä työllistymistä edistävien palvelujen ajalta maksettavia kulukorvauksia. Lisäksi toimeentulotukea saavan kotitalouden ansiotuloista 20 prosenttia, mutta korkeintaan 150 euroa, on etuoikeutettua tuloa, jota ei huomioida tuloina toimeentulotukilaskelmassa. Toimeentulotuki muodostuu perustoimeentulotuesta ja täydentävästä toimeentulotuesta (ns. varsinaisesta toimeentulotuesta) sekä ehkäisevästä toimeentulotuesta.

Vuonna 2001 tuli voimaan laki kuntouttavasta työtoiminnasta. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuville toimeentulotuen saajille maksetaan toimintarahaa (9 €/päivä vuonna 2012) toimintaan osallistumisesta päiviltä. Lisäksi työtoimintaan osallistumisesta aiheutuviin matkakuluihin maksetaan matkakorvausta toimeentulotukena.

Vuonna 2012 toimeentulotuen perusosaan tehtiin ensimmäinen tasokorotus yli 20 vuoteen. Perusosaan tehtiin 6 prosentin tasokorotus, lisäksi yksinhuoltajien perusosaa alettiin maksaa 10 prosentilla korotettuna. Korotuksilla ei ennakoitu olevan suuria muutoksia toimeentulotuen asiakasmääriin tai menoihin, sillä työttömyysturvan ja asumistuen korotukset kompensoivat toimeentulotuen korotusten vaikutukset.<sup>1</sup> Perusosan korotukset vaikuttivat menojen kasvuun vuonna 2012.

Vuonna 2013 toimeentulotuesta annetun lain 11§:ää muutettiin niin, että toimeentuloon jätetään huomioimatta perustyöttömyysturvan korotusosa ja ansiosidonnaisen työttömyysturvan korotettu ansio-osa ja muutosturvalisä. Vuoden 2014 alussa (HE 90/2013) tulee voimaan laki, että työttömyysturvan korotusosaa (4,75 euroa päivässä) voidaan maksaa työllistymistä edistävien palvelujen ajalta riippumatta siitä, miten pitkään työmarkkinatuen saaja on ollut työttömänä. Lain (1202/2007) mukaan toimeentulotukiasia on käsiteltävä kunnassa siten, että asiakkaan oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ei vaarannu. Kiireellisessä tapauksessa päätös on tehtävä käytettävissä olevien tietojen perusteella samana tai viimeistään seuraavana arkipäivänä hakemuksen saapumisesta. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa päätös on tehtävä viivytyksettä, kuitenkin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä hakemuksen saapumisesta. Päätös toimeentulotuen myöntämisestä on pantava viivytyksettä täytäntöön. Asiakkaalle tulee järjestää mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan kanssa viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun hän on tätä pyytänyt.

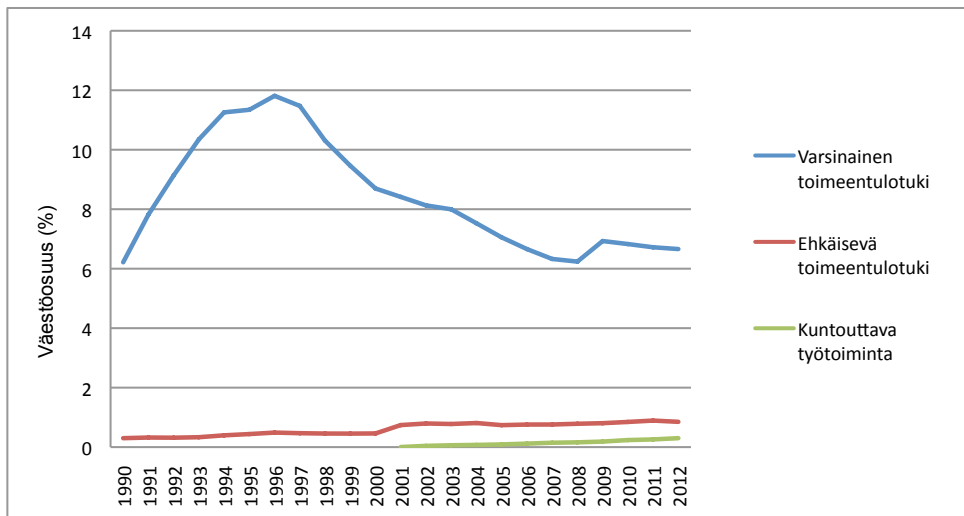
<sup>1</sup> Moisio & Sallila (2012). Talousarvioesityksen 2012 vaikutuksista perusturvaan. THL Raportteja 20/2012.

## Saatavuus

Vuonna 2012 toimeentulotukea myönnettiin 238 400 kotitaloudelle ja 370 500 henkilölle. Väestöstä tukea sai 6,8 prosenttia (kuvio 69). Vuonna 2012 varsinaista toimeentulotukea sai 232 600 kotitaloutta, joista 221 700 sai perustoimeentulotukea ja 94 700 täydentävää toimeentulotukea. Ehkäisevää toimeentulotukea sai 23 500 kotitaloutta ja kuntouttavan työtoiminnan toimintarahaa tai matkakorvausta sai 11 150 taloutta. Keskimäärin kuu-kaudessa sai toimeentulotukea 117 650 kotitaloutta. (Toimeentulotuki 2012.)

Toimeentulotuen saajien määrä seuraa yleisessä taloudellisessa tilanteessa, erityisesti työllisyydessä, tapahtuvia muutoksia. Toimeentulotuen saajamäärät kasvoivat 1990-luvun laman aikana ollen korkeimmillaan vuonna 1996, jolloin tukea sai lähes 12 % väestöstä. Vuosina 1996–2008 tuen saajien osuus laski. Vuonna 2009 tuen saajien määrä lisääntyi noin 11 prosentilla edellisestä vuodesta, mutta kasvu pysähtyi vuonna 2010. Vuonna 2011 tuensaajien määrä laski prosentilla ja tilanne on pysynyt lähes samana vuoden 2012 tietojen mukaan.

**Kuvio 69. Toimeentulotukea saavien henkilöiden väestöosuudet vuosina 1990–2012**



Lähde: Toimeentulotuki 2012, THL.

Toimeentulotukea sai vuonna 2012 noin 8 prosenttia suomalaisista kotitalouksista. Yleisintä toimeentulotukea oli yksinhuoltajakotitalouksilla, joista toimeentulotukea sai lähes joka neljäs (24 %). Myös yksinäisten miesten muodostamien toimeentulotukea saavien kotitalouksien osuus oli huomattavasti keskimääräistä suurempi (13,6 %). Kymmenvuotiskäryhmittäin suhteellisesti eniten toimeentulotukea saavia toimeentulotuen asiakkaita on ikäluokassa 20–29 -vuotiaat, joista noin joka kahdeksas (12,6 %) on saanut toimeentulotukea. Toimeentulotukea saaneiden osuus laskee nopeasti, kun tarkasteltavan ryhmän ikä ylittää 60

vuotta. Myös työttömyys on yleistä toimeentulotuen saajien joukossa. Marraskuussa 2012 noin 56,6 prosenttia 15–74 –vuotiaista toimeentulotuen asiakkaista oli työttömiä, kun osuus oli 5,1 prosenttia vastaavanikäisen väestön osalta. (Toimeentulotuki 2012.)

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) selvitti syksyllä 2010 kunta-kohtaisella kartoituksella kuntien toimeentulotuen käsittelyaikoja. Valviran kartoituksen mukaan vain 56 prosenttia kunnista kykeni käsittelemään kaikki toimeentulotukihakemukset lain säättämässä 7 arkipäivän määräajassa. Toimeentulotukihakemuksista vähintään 8-14 arkipäivässä käsiteltiin 37 prosentissa kunnista ja käsittelyaika ylittyi 15 - 21 arkipäivällä 5 prosentissa kuntia. Kunnista 2 prosenttia ilmoitti, että osin käsittelyaika ylittyi 21 arkipäivällä. Viivästyksille kunnat esittivät erilaisia syitä. Yleisin syy käsittelyajan ylittymiseen olivat kunnista puutteelliset hakemukset (56 %). Seuraavaksi yleisin syy oli vastausten mukaan henkilökunnan vaihtuvuus (16 %), liian vähäinen henkilöstömäärä (15 %) ja muu syy, kuten hakemusten ruuhkautuminen alkukuuhun, kiireelliset lastensuojelutehtävät, sairauslomat, pätevien sijaisten puute, menettelytapavirheet, (15 %). (Valvira 2012.)

THL käynnistää vuonna 2014 pysyvän kyselyseurannan toimeentulotuen käsittelyaikojen toteutumisesta kunnissa, jonka tuottaman tietojen avulla Valvira seuraa lain toimeenpanoa säännöllisesti. Toimeentulotukihakemuksista annettavien kielteisten päätösten määrää ei tilastoida valtakunnallisesti. Päätökseen tyytymätön asiakas voi hakea oikaisua kunnan sosiaali- tai perusturvalautakunnalta. Määriä ei tilastoida valtakunnallisesti. Kuusikko-kunnissa muutoksenhakuja tehtiin vuonna 2012 keskimäärin 0,4 prosenttia päätöksistä (taulukko 32). Kielteisten toimeentulotukipäätösten osuus oli 12 prosenttia kaikista toimeentulotukipäätöksistä vuonna 2012, 88 prosenttia päätöksistä oli joko täysin tai osittain myönteisiä (Kuuden suurimman kaupungin toimeentulotuki 2012). Sosiaalilautakunnan päätökseen tyytymätön voi hakea muutosta päätökseen hallinto-oikeudesta. Vuosina 2008–2010 hallinto-oikeudet ovat vuosittain käsitelleet keskimäärin noin 1 000 toimeentulotuen myöntämistä koskevaa asiaa. (Tilastokeskus, Hallinto-oikeuden päätökset 2008–2010.) Hallinto-oikeuden päätökseen voi myönnetyllä valitusluvalla hakea muutosta korkeimmasta hallinto-oikeudesta.

**Taulukko 32. Toimeentulotukipäätökset ja muutostenhaut 2012 Kuusikkokunnissa**

	Myönteiset	Osittain myönteiset	Kielteiset	Päätöksiä yhteensä	Kielteisten osuus (%)	Muutostenhaut	Muutostenhakujen osuus (%)
Helsinki	225723	35490	28604	289817	9,9	771	0,27
Espoo	59557		8902	68459	13,0	257	0,38
Vantaa	62924	1785	8068	72777	11,1	243	0,33
Turku	59218		12335	71553	17,2	519	0,73
Tampere	64790		10412	75202	13,8	650	0,86
Oulu	57365		11572	68937	16,8	174	0,25
Kuusikko	529577	37275	79893	646745	12,4	2614	0,40

Lähde: Kuuden suurimman kaupungin toimeentulotuki 2012.



Toimeentulotukilain mukaan, jos henkilö on ilman perusteltua syytä kieltäytynyt tarjotusta työstä tai sellaisesta julkisesta työvoimapalvelusta, joka turvaisi hänen toimeentulonsa tai hän on laiminlyönnillään aiheuttanut sen, ettei työtä tai julkista työvoimapalvelua ole voitu tarjota taikka hän on ilman pätevää syytä keskeyttänyt koulutuksen tai kieltäytynyt koulutuksesta, toimeentulotuen perusosaa voidaan hänen osaltaan alentaa. Perusosan alentamisen yhteydessä edellytetään suunnitelman laatimista toiminnasta asiakkaan itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi. Toimeentulotuen perusosan alentaminen enintään joko 20 tai 40 prosentilla tuli mahdolliseksi vuonna 1998. Perusosan alentamisesta ei ole valtakunnallisia tilastoja. Pääkaupunkiseutukuntien tilastoinnin perusteella perusosaan tehtävät alennukset ovat hyvin harvinaisia, noin prosentin luokkaa tukea saaneista kotitalouksista. Tietoa perusosan alentamisen yhteydessä tehtävien suunnitelmien toteutumisesta ei ole saatavilla.

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta edellyttää työ- ja elinkeinotoimistoa ja kuntaa laatimaan aktivointisuunnitelman yhteistyössä asiakkaan kanssa. Kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille työllistymismahdollisuuksien ja elämänhallinnan parantamiseksi (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001). Alle 25-vuotiaat ohjataan kuntouttavaan työtoimintaan lyhyemmän työttömyyden perusteella kuin yli 25-vuotiaat. Kuntouttava työtoiminta on siihen ohjatuille velvoittavaa. Toimeentulotukitilaston mukaan kuntouttavan työtoiminnan etuuksia maksettiin hieman yli 11 000 henkilölle vuonna 2012, keskimäärin 4,6 kuukauden ajalta.

## Laatu

THL:n tutkimuksen mukaan suurin muutos toimeentulotuen myöntämiskäytännöissä viimeisen kahden vuosikymmenen aikana on ollut etuuskäsittelyn yleistyminen (Kuivalainen toim. 2013). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksen mukaan liki 60 % suomalaisista luotti vuonna 2009 siihen, että saisi tarvittaessa toimeentulotukea (Muuri 2010). Seuraava Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimus valmistuu vuonna 2014.

Toimeentulotukeen liittyy tarveharkintaisen tuen muotona alikäytön mahdollisuus. Toimeentulotuen alikäyttöä tarkastelleissa tutkimuksissa alikäytön on arvioitu olevan laajaa Suomessa. Noin puolet tulojensa puolesta laskennallisesti toimeentulotukeen oikeutetuista ei syystä tai toisesta ole hakenut tai saanut toimeentulotukea (Kuivalainen 2007; Honkanen 2008; Kuivalainen 2010). Alikäytön syynä voi olla tuen hakemisen nöyryyttävyys ja leimautumisen pelko, tuen hakemisesta aiheutuva vaiva suhteessa saatavilla olevan tuen pienuuteen, tiedon puute, lainsäädännön monimutkaisuus, sukulaisilta saatava apu ym.

Toimeentulotuen saannissa esiintyy jonkin verran alueellista ja kunnittaista vaihtelua. Vuonna 2012 tuen saanti on korkeinta Pohjois-Karjalassa (8,7 % asukkaista), jossa se oli kolme kertaa yleisempää kuin Ahvenanmaalla (2,5 %), jossa tuen saanti oli kaikkein alhaisin. Tukea sai 6,8 prosenttia kuntalaisista, kaupunkimaissa kunnissa 7,5 prosenttia ja maaseutumaisissa kunnissa 5,2 prosenttia. Suuremmaksi osaksi alueellinen vaihtelu liittyy tuentarpeen rakennesyihin, kuten työttömyysasteeseen tai asumiskustannusten tasoon. Eniten tukea annettiin suurissa kaupungeissa, esimerkiksi Vantaalla (9,6 %), Helsingissä (9,2 %) ja Tampereella (9,0 %) sekä rakennemuutosalueilla, esimerkiksi Kotkassa (11,2 %).

Paikallista vaihtelua selittävät myös kuntien väliset erot toimeentulotuen myöntämiskäytännöissä. (Toimeentulotuki 2012, Heinonen 2010).

### Menot ja asiakkaat

Vuoden 2012 toimeentulotuen bruttomenot olivat koko maassa yhteensä 703,3 miljoonaa euroa. Vuoteen 2011 verrattuna menot kasvoivat reaalisesti 5,6 prosenttia. Vuonna 2011 menot laskivat prosenttia. Vuonna 2011 toimeentulotukimenot muodostivat sosiaalimeinoista 1,2 prosenttia (kuvio 70). Osuus on pysynyt 1–2 prosenttiyksikön välillä viimeisen 20 vuoden ajan. (Toimeentulotuen menot 2012).

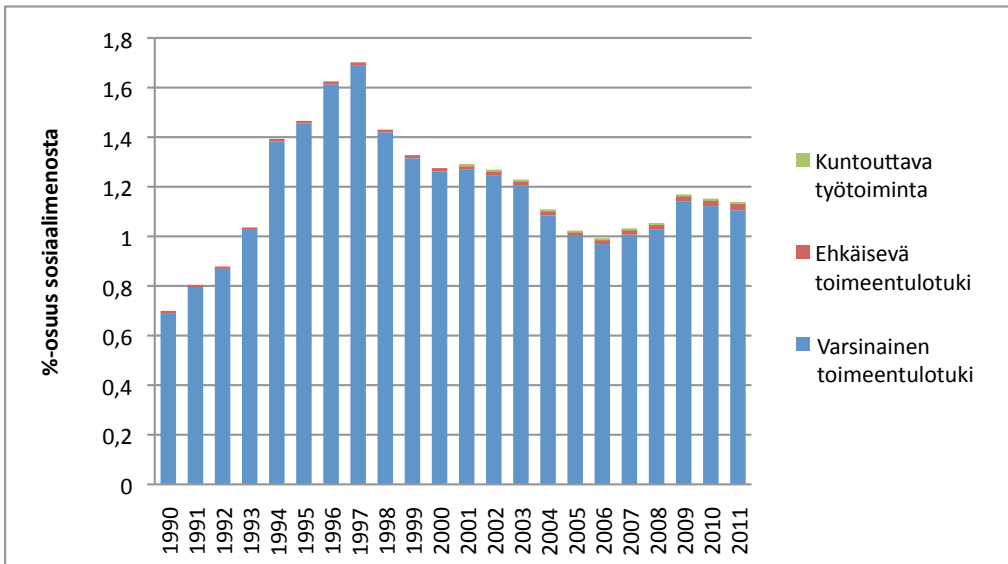
Vuonna 2012 toimeentulotuen menoista 97,2 prosenttia muodostui varsinaisen toimeentulotuen menoista. Perustoimeentulotuen osuus oli 89,2 prosenttia ja täydentävän toimeentulotuen osuus 7,7 prosenttia. bruttomenoista<sup>2</sup> Ehkäisevän tuen osuus oli 2,2 prosenttia ja kuntouttavan työtoiminnan osuus 0,7 prosenttia toimeentulotuen bruttomenoista. (Kuvio 70.)

Vuonna 2012 toimeentulotuen bruttomenot olivat keskimäärin 130 € asukasta kohden. Asukasmääriin suhteutetut toimeentulotuen menot eroavat alueittain. Kaupunkimaisissa kunnissa toimeentulotuen menot asukasta kohden olivat yli kaksinkertaiset (153 €/asukas) maaseutumaisiin kuntiin nähden (70 €/asukas). Maakunnittain suurimmat toimeentulotuen menot asukasta kohden olivat Uudellamaalla (183 €/asukas) ja pienimmät menot olivat Ahvenanmaalla (44 €/asukas). Alueelliset erot näkyivät myös kustannusten kehityksessä: menot kasvoivat edellisvuodesta yhdeksän prosenttia kaupunkimaisissa kunnissa mutta vain kuusi prosenttia maaseutumaisissa kunnissa.

Varsinaista toimeentulotukea saaneen kotitalouden keskimääräinen tuki vuonna 2012 oli 2 877 euroa. Kaupunkimaisissa kunnissa keskimääräinen tuki oli kolmanneksen suurempi kuin maaseutumaisissa kunnissa. Ehkäisevänä toimeentulotukena maksettu tuki oli keskimäärin 627 euroa ja kuntouttavan työtoiminnan tuki 424 euroa kotitaloutta kohden (Toimeentulotuki 2012).

2 Varsinaista toimeentulotukea ei jaeta perus- ja täydentävään osaan Ahvenanmaalla, minkä vuoksi edellä olevat luvut eivät täsmää.

Kuvio 70. Toimeentulotukimenojen osuus sosiaalimenoista 1990–2011



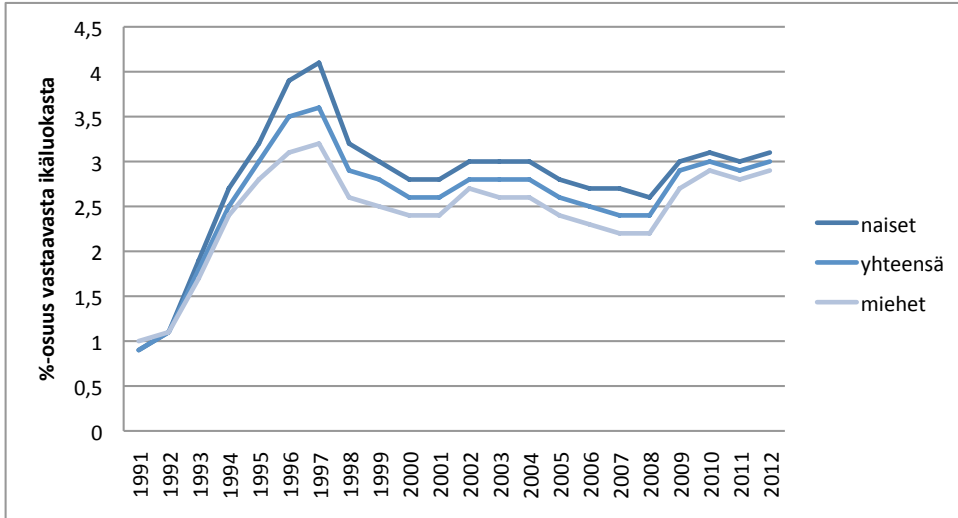
Lähde: Sosiaalimenot ja rahoitus 2011, THL.

Toimeentulotuki on etuus, johon ennen muuta perheettömät joutuvat turvautumaan. Vuonna 2012 toimeentulotukea saaneista kotitalouksista 72,1 prosenttia oli yksinäisen henkilön talouksia, joista miesten osuus oli 61 prosenttia. Lapsiperheiden osuus toimeentulotukea saaneista kotitalouksista oli 21 prosenttia, joista yksinhuoltajatalouksien osuus oli yli puolet (56,7 %). Alle 18-vuotiaiden osuus tuen saajista on neljännes (25,6 %). (Toimeentulotuki 2012.)

Vuonna 2012 kotitaloudet saivat varsinaista toimeentulotukea keskimäärin 5,9 kuukautta. Kotitalouksista 39,1 prosenttia sai tukea lyhytaikaisesti, korkeintaan kolmena kuukautena. Pitkäaikaisesti, eli 10–12 kuukautena tukea saaneiden kotitalouksien osuus kaikista toimeentulotukea saaneista talouksista oli 27,8 prosenttia. Pitkäaikaisasiakkaiden määrä kasvoi merkittävästi 1990-luvun laman aikana ja on koko 2000-luvun ajan pysynyt korkealla tasolla. Samalla kun pitkäaikaisasiakkuus on kasvanut, on tukea lyhytaikaisesti tukea saavien osuus laskenut. Vuonna 1990 lyhytaikaisten asiakkaiden osuus oli 60,2 prosenttia. Pitkäaikaisasiakkaita esiintyi suhteellisesti eniten 40–59-vuotiaiden ikäluokissa, joissa enemmän kuin joka kolmas sai tukea pitkäaikaisesti. Kahden huoltajan lapsiperheissä ja yksin asuvien miesten joukossa toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaita oli suhteellisesti eniten, lähes joka kolmas. Kaupunkimaisissa kunnissa varsinaista toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden kotitalouksien osuus oli selvästi suurempi (29,2 %) kuin maaseutumaisissa kunnissa (20,8 %). (Toimeentulotuki 2012)

Nuorten, 18–24-vuotiaiden, toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkuus kasvoi voimakkaasti 1990-luvun laman aikana (kuvio 71). Laman jälkeen osuus on hieman laskenut, mutta on jäänyt selvästi korkeammalle tasolle kuin ennen lamaa. Noin kolme prosenttia nuorista oli toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaita vuonna 2012. Pitkäaikaisasiakkuuden taustalla on usein ensisijaisen etuuden riittämättömyys asiakkaiden välttämättömiin menoihin, erityisesti asumismenoihin.

**Kuvio 71. Nuorten (18–24-vuotiaiden) toimeentulotuen pitkäaikainen saanti % ikäluokasta 1990–2012**



Lähde: SOTKANet, THL.

Samalla kun toimeentulotuesta on tullut pitkäaikaisempi tukimuoto, tuen suuruus on kasvanut tukea saavaa kotitaloutta kohden. Kun vuonna 1990 toimeentulotukea saavista kotitalouksista 65 prosenttia sai tukea alle 1 000 euroa vuodessa (vuoden 2012 hintaan), oli osuus vuoteen 2012 mennessä enää kolmannes. Samalla niiden osuus toimeentulotuen saajista, joille maksettiin toimeentulotukea vähintään 5 000 euroa vuodessa, on kasvanut voimakkaasti. Vuonna 1990 näiden asiakkaiden osuus oli toimeentulotukea saavista kotitalouksista noin 2,5 prosenttia, kun taas vuonna 2012 osuus oli noussut 19 prosenttiin.

Kehityksen taustalla on osaltaan tulottomien asiakkaiden määrän kasvu. Aikaisempaa suuremmalla osalla toimeentulotuen asiakkaista ei ole lainkaan ansiotuloja tai ns. ensisijaisia syyperusteisia sosiaalietuuksia. Tulottomien (ei lainkaan valtion veronalaisia tuloja vuoden aikana) asuinkuntien määrä on noussut 66 prosenttia vuodesta 2005 vuoteen 2009 (Hännikäinen-Ingman ym. 2012). Marraskuussa 2012 toimeentulotukea saaneista 7,7 prosenttia oli tulottomia kotitalouksia.

### Vaikuttavuus

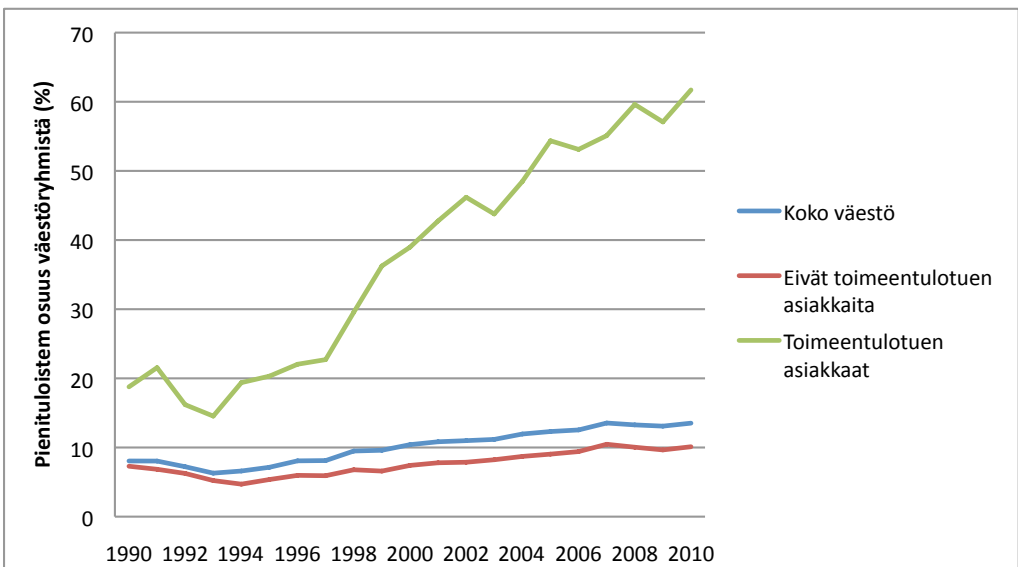
Toimeentulotuen vaikuttavuutta voidaan tarkastella tuen kahden keskeisen tavoitteen: toimeentulon turvaamisen ja itsenäisen selviytymisen edistämisen näkökulmasta. THL:n Perusturvan riittävyuden arviointiraportti (2011) osoitti toimeentulotuen tason olevan riittämätön kattamaan kohtuullista minimikulutusta kuvaavan viitebudjetin menot. Seuraava lakisäätö<sup>3</sup> perusturvan arviointiraportti julkaistaan 2014. Myös väestökyselyn

<sup>3</sup> Laki kansaneläkeindeksistä 4 a §.

mukaan suomalaisten mielestä nykyinen toimeentulotuen taso on riittämätön. (Muuri 2010, Kuivalainen 2011.)

Toimeentulotuen saajien pienituloisuutta tarkastellaan aluksi yleisimmin käytetyllä 60 prosentin suhteellisella köyhyysriskirajalla, siis niiden osalta, joiden tulot jäävät alle 60 % väestön keskituloista. Toimeentulotuen piirissä olevien pienituloisuus on korkeampi kuin väestössä keskimäärin (Kuvio 72). Pienituloisuus on yleistynyt Suomessa 20 viime vuoden aikana sekä väestön että toimeentulotuen saajien keskuudessa. Kasvu on ollut kuitenkin huomattavasti nopeampaa toimeentulotuen saajilla kuin muulla väestöllä. (Kuivalainen 2013.)

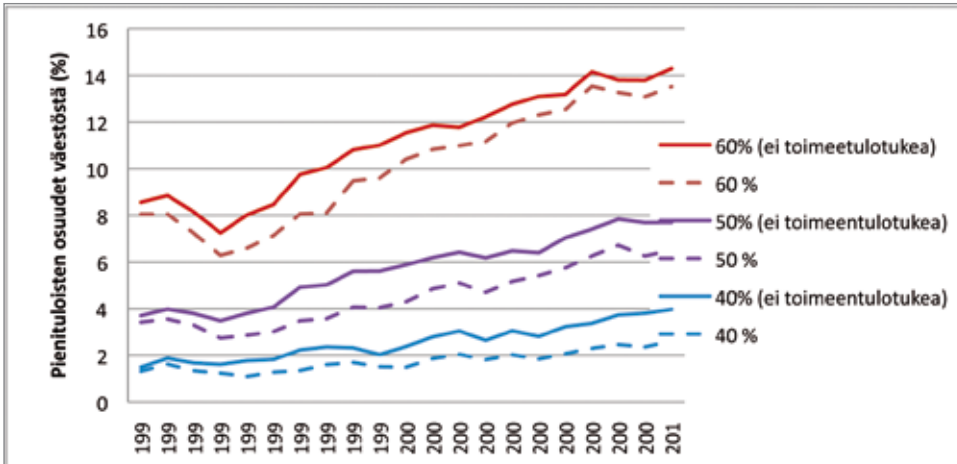
**Kuvio 72. Toimeentulotukea saaneiden, koko väestön ja muun väestön (ei tukea saaneiden) pienituloisuusasteet (60 % keskitulosta) 1990–2010.**



Lähde: Kuivalainen 2013

Kuviossa 73. tarkastellaan toimeentulotuen pienituloisuutta vähentävää vaikutusta. Väestötasolla toimeentulotuen pienituloisuutta vähentävä vaikutus on suhteellisen pieni. Ilman toimeentulotukea pienituloisuusaste olisi keskimäärin noin prosenttiyksikön korkeampi. Käytettäessä yleisintä 60 %:n pienituloisuusrajaa toimeentulotuen pienituloisuutta vähentävä vaikutus on alentunut 2000-luvulla. Vuonna 2010 toimeentulotuki laski pienituloisuusastetta 0,6 prosenttiyksikköä. Kuva toimeentulotuen pienituloisuutta vähentävästä vaikutuksesta vaihtelee kuitenkin käytetyn pienituloisuusrajan mukaan. Toimeentulotuen vaikutus on suurin silloin, kuin pienituloisuusrajana käytetään 40 prosenttia väestön mediaanituloista. Tällä, kaikkein jyrkimmällä pienituloisuusrajalla toimeentulotuen vaikutus on kasvanut eniten viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Kuivalainen 2013.)

**Kuvio 73. Toimeentulotuen pienituloisuutta vähentävä vaikutus kolmen pienituloisuusrajan mukaan 1990–2010 (yhtenäinen viiva = pienituloisuusaste ennen toimeentulotukea, katkoviiva = pienituloisuusaste kaikkien käytettävissä olevien tulojen perusteella)**



Lähde: Kuivalainen 2013

# 20 suurimman kaupungin tuottavuusvertailu

*Mikko Mehtonen*

## Nykytila

Osana 20 suurimman kaupungin tuottavuustyötä on kehitetty vertailukelpoisia tuottavuusmittareita kaupunkien tuottavuuskehityksen seurantaan varten. Kaupungit ovat asettaneet tuottavuustavoitteita yhteisesti kehitetyillä mittareilla. Tuottavuusvertailua on jatkettu vuosittain ja mittareita on tarkennettu yhteistyössä kaupunkien kanssa.

Yhteisiä mittareita on tehty lasten päivähoidolle, vanhainkotihoidolle, kotihoidolle, palveluasumiselle, terveyskeskusten pitkäaikaishoidolle, perusopetukselle ja lukiokoulutukselle. Mittareilla kuvataan tuottavuusmuutosta siten, että niissä huomioidaan palveluiden laatua, vaikuttavuutta tai asiakaskunnan hoitoisuutta.

### Tuottavuusvertailun mittareita voidaan käyttää hyväksi johtamisessa:

- a. kunnat voivat asettaa palvelukohtaisia tavoitteita tuottavuuden parantamiselle (prosentuaaliset tavoitteet voidaan asettaa talousarvion yhteydessä tai erillisellä tuottavuusohjelmalla)
- b. kunnat voivat seurata tavoitteiden saavuttamista yhteisesti kehitetyillä välineillä
- c. kunnat voivat käyttää tuottavuusmittareiden rinnalla laatua, vaikuttavuutta ja työelämän laatua kuvaavia indikaattoreita.

Mittari tuottaa kaupunkien palvelulohkoille vuotuisen tuottavuuden muutosprosentin, joten se mahdollistaa sekä kaupungin oman tuottavuuden kehityksen seurannan että kaupunkien välisen tuottavuuden muutosten vertailun. Mittarin avulla palveluille voidaan asettaa tuottavuuden parantamista koskevia tavoitteita sekä arvioida saavuttamisen onnistumista.

Mittareiden kehittäminen on tapahtunut verkostotyönä kaupunkien edustajien kanssa. Tietojen määrittelyä on parannettu vuosittain ja pyritty lisäämään siten lukujen luotettavuutta. Lisävuodet mahdollistavat aikasarjatiedon tuottamisen, tuottavuuskehityksen tulisi näkyä pitkissä aikasarjoissa. Tuottavuusvertailussa on nyt muutos vuosilta 2009–2012

## Yhteiset tuottavuusmittarit

### Kotihoidon tuottavuus:

Tuotoksena käytetään asiakkaan luona vietettyä tuntimäärää (varsinainen hoitotyö). Mikäli asiakkaan luona vietettyä työtä saadaan lisättyä ja ydintyön ulkopuolista työtä optimoituja esim. tukitoimintoja tehostamalla, nousee tuottavuus. Mitä enemmän työ-aikaa saadaan kohdennettua ydintyöhön, sitä enemmän vanhuksia saadaan hoidettua samalla henkilöstömäärällä.

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = asiakkaan luona tapahtuva työ tunteina  
 kehysmuuttuja = asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky  
 (mitattu RAVA tai RAI -mittarilla)

### Kotipalveluiden tukipalvelujen tuottavuus:

Tukipalveluiden tuotoksena on kotihoidon sijasta käytetty käyntejä asiakkaan luona.

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = käynnit asiakkaiden luona  
 kehysmuuttuja = asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky  
 (mitattu RAVA tai RAI -mittarilla)

### Palveluasumisen tuottavuus

Vanhusten palveluasuminen.

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = hoitopäivät  
 kehysmuuttuja = asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky  
 (mitattu RAVA tai RAI -mittarilla)

### Päivähoidon tuottavuus (päiväkotihoido ja perhepäivähoito):

Alle 3-vuotiaat lapset, kokopäiväiset ja erityistä tukea tarvitsevat lapset lisäävät laskennallisten lasten määrää. Laskennalliset lapset saadaan kun eri luokkiin kuuluvat lapset kerrotaan näiden luokkien painokertoimiin, jotka lasketaan mitoitetusten perusteella.

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = laskennalliset lapset (tuotteistettu alle 3v, koko- ja osapäiväiset, erityistä tukea tarvitsevat)  
 kehysmuuttuja = asiakastyytyväisyys (asteikolla 1-5)



### Vanhainkotihoidon tuottavuus

Raskaammin hoidettavat asiakkaat lisäävät laskennallisia hoitopäiviä eli kasvattavat tuotosta.

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = laskennalliset hoitopäivät (saadaan RUG-kertoimen avulla)  
 kehysmuuttuja = asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky  
 (mitattu RAVA tai RAI -mittarilla)

### Terveyskeskusten pitkäaikaisen vuodeosasto tuottavuus

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = laskennalliset hoitopäivät (saadaan RUG-kertoimen avulla)  
 kehysmuuttuja = asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky  
 (mitattu RAVA tai RAI -mittarilla)

### Perusopetuksen tuottavuus

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = oppilasmäärä  
 kehysmuuttuja = laskennallinen vaikuttavuusmuuttuja

Laskennallinen vaikuttavuusmuuttuja lasketaan ilman päättötodistusta jääneiden ja jatko-opintoihin hyväksytyjen osuuksien muutoksista. Kahta edellä mainittua vaikuttavuusmuuttujan komponenttia ei ole arvotettu keskenään, muuttuja on laskettu 50/50 painotuksella.

### Lukiokoulutuksen tuottavuus

panos = deflatoidut käyttömenot  
 tuotos = opiskelija määrä  
 kehysmuuttuja = laskennallinen vaikuttavuusmuuttuja

Laskennallinen vaikuttavuusmuuttuja lasketaan yo-tutkinnossa hyväksytyjen ja lukiokoulutuksen keskeyttäneiden osuuksien muutoksista. Kuten perusopetuksessa, vaikuttavuusmuuttujan komponentteja ei ole arvotettu keskenään, muuttuja on laskettu 50/50 painotuksella.

## Jatkokehittäminen

Nykyisellään 20 suurimman kaupungin tuottavuusvertailu on vielä keskeneräinen. Mittareiden sisältöä tulee kehittää, vertailukelpoisuutta lisätä sekä luoda mittareita palvelualueille joita ei vielä mitata. Kuntaliitto ja valtiovarainministeriö tulevat käynnistämään tuottavuusvertailun kehittämisprojektin.

Tuottavuusvertailun jatkokehittämisen ensimmäisenä tavoitteena on laajentaa tuottavuusmittarin laskentaa siten, että kerätään tarvittavat tiedot ja lasketaan tuottavuusmuutos sekä sitä täydentäen laatua ja vaikuttavuutta kuvaavat mittarit kuntien teknisen sektorin palveluista, ensin sellaisista, joista tarvittavat tiedot ovat selkeimmin saatavissa:

- vesihuolto
- toimitilojen ylläpito
- katujen kunnossapito
- puistojen ja yleisten alueiden hoito.

Jatkokehittämisen toisena tavoitteena on kehittää tuottavuusmittarin tietojen hankinnalle ja laskennalle toimiva sähköinen alusta, joka automatisoi laskennan. Mittaristosta muodostuu siten valmis, kuntien tuottavuusjohtamista tukeva palvelu, minkä jälkeen se voitaisiin laajentaa koskemaan koko kuntakenttää.

Tavoitetilana on, että kunnat saavat jatkossa käyttöönsä valmiin tuottavuusmittariston, joka tukee kuntien tietojohtamista sekä valtion asettamien tuottavuustavoitteiden seuranta. Vertaisoppimista kehittämällä voidaan seurata ja luoda tuottavuusparannuksia.

# Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet kunnallisten sosiaali-, terveys-, koulutus-, sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011

*Marianne Pekola-Sjöblom*

Kuntaliitto on selvittänyt kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteitä kunnallisten palvelujen hoidosta säännöllisesti vuodesta 1996 lähtien. Otokseltaan laajat postikyselyinä toteutetut kuntalaistutkimukset on toteutettu osana KuntaSuomi 2004 –tutkimusohjelmaa (KS2004) vuosina 1996, 2000 ja 2004 sekä osana Paras-arviointitutkimusohjelmaa (ARTTU) vuosina 2008 ja 2011. Vuosien 1996, 2000 ja 2004 kyselyt kohdistuivat kaikkiin 47 kuntaan ja yhteensä noin 25 000 kuntalaiselle, vuosien 2008 ja 2011 kyselyt puolestaan 40 tutkimuskunnan yhteensä 28 100 kuntalaiselle.

Tarkemmat tiedot KS2004 –ohjelman kuntalaiskyselyjen aineistoista selviävät raportista Kuntalainen – kansalainen (Pekola-Sjöblom & Helander & Sjöblom 2006) ja ARTTU-ohjelman kyselyistä raporteista Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa (Pekola-Sjöblom 2011), Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina (Pekola-Sjöblom 2012) sekä ARTTU-ohjelman kotisivulta.

Kuntalaisten mielipiteitä kunnallisista palveluista on kunakin kyselyvuonna kartoitettu palvelujen hoitoa koskevan kysymyspatteriston kanssa. Vuosien 1996, 2000 ja 2004 kyselyt sisälsivät lisäksi panostushalukkuutta kunnallisiin palveluihin kartoittava kysymyspatteristo. Vuosien 2008 ja 2011 ARTTU-kyselyissä ei kysytty kuntalaisten panostushalukkuutta palveluihin, vaan ko. kysymyspatteristo korvattiin kunnallisten palvelujen tärkeyttä sekä saavutettavuutta koskevissa kysymyspatteristoilla. *Tässä tarkastelussa rajaudutaan palvelujen hoidon näkökulmaan.* Palvelujen hoitoa koskevasta kysymyksestä käytetään tehdyissä tutkimuksissa myös nimitystä *palvelutytytyväisyys*.

Kunkin vuoden kyselylomakkeen sisältämä tarkka kysymysmuotoilu oli seuraava:

**Mitä kuntanne järjestämiä palveluja tai toimia olette käyttäneet, ja miten kuntanne järjestämiä palveluja on mielestänne hoidettu?**

**A. Käyttö:** Oletteko Te tai perheenjäsenenne käyttäneet alla mainittuja palveluja viimeisen 12 kuukauden aikana? Valitkaa vaihtoehto 1 (ei) tai 2 (kyllä) sekä

**B. Palvelujen hoito:** Arvioikaa palvelujen/toimien hoitamista asteikolla 1 (erittäin huonosti) – 5 (erittäin hyvin).

HUOM! Esittäkää arvionne kaikista palveluista, vaikkette olisi käyttäneet sitä viimeisen 12 kuukauden aikana.

Kunkin vuoden kyselyissä mielipiteitä palvelujen hoidosta kartoitettiin joukolla yksittäisiä sosiaali-, terveys-, koulutus-, sivistys- ja kulttuuri- sekä teknisiä palveluita. Vuosina 2008 ja 2011 kartoitettuja yksittäisiä kunnallisia palveluita oli kaikkiaan 42, vuosina 1996, 2000 ja 2004 yhteensä 30-34. (liitetaulukko 1) Tästä koosteesta on rajattu tekniset palvelut tarkastelun ulkopuolelle.

**Kunnallisia palveluja koskevien viimeisimpien kuntalaiskyselyjen päätuloksia voidaan tiivistää seuraavasti:**

- Valtaosa kuntalaisista on tyytyväisiä kunnallisiin palveluihin.
- Kunnallisia palveluita pidetään tärkeinä ja vähintään keskinkertaisesti saavutettavissa olevina.
- Kuntalaisten palveluarviot vaihtelevat voimakkaasti eri palvelujen ja kuntien välillä.
- Kuntalaiset ovat selkeästi tyytyväisimpiä sivistys- ja koulutuspalveluihin, vähiten tyytyväisiä sosiaalipalveluihin.
- Palveluja käyttäneet ovat pääsääntöisesti selvästi tyytyväisempiä palveluihin kuin ne, joilla ei ole omakohtaista kokemusta palveluista.
- Hyvin saavutettavissa olevia kunnallisia palveluja pidetään yleensä myös hyvin hoidettuina.
- Kuntalaisten palvelutyytyväisyydessä on nähtävissä viime vuosina vain vähän muutoksia: sosiaali-, terveys- ja koulutuspalveluissa tyytyväisten osuudet vähenivät hieman, sivistys- ja kulttuuritoimissa hieman kasvoivat.
- Palvelutyytyväisyyteen näyttäisi kuntalaisten kokeman hoidon ja tarjonnan tason lisäksi vaikuttavan myös kuntalaisten vaatimustaso. Vaatimustaso kasvaa tyypillisesti kuntakoon kasvaessa.
- *Kuntaliitoskuntien asukkaiden arviot kunnallisista palveluista ovat hieman heikentyneet. On kuitenkin lyhyellä aikavälillä vaikeata arvioida minkä verran kuntalaismielipiteiden muutokset johtuvat kuntaliitosten aiheuttamasta yleisestä huolesta ja minkä verran todellisesta palvelujen saavutettavuuden ja palvelutason heikentymisestä.*

## Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet sosiaalipalvelujen hoidosta

Sosiaalipalvelujen osalta kuntalaiskyselyissä kartoitettiin mielipiteitä lasten päivähoidosta, vanhusten palveluasumisesta, vanhusten laitoshoidosta, kotipalveluista, vammaisten palveluista, päihdehuollosta sekä toimeentulotuesta esimerkkinä muista sosiaalipalveluista. Usean sosiaalipalvelun kohdalla kysymysmuotoilu on vaihdellut tarkasteluajanjakson 1996-2011 aikana tehdyissä kyselyissä ja myös niin, että kahdessa viimeisimmässä kyselyssä lomakeeseen lisättiin perheneuvola sekä kotipalvelu eritellysti vanhusten ja lapsiperheiden osalta.

Sosiaalipalvelut edustavat tyypillisesti palveluja, joissa omakohtaista kokemusta palvelun käytöstä omaavien kuntalaisten osuudet kuntalaiskyselyihin vastanneista ovat pääosin olleet pieniä. Viimeisimmässä, vuoden 2011 kyselyssä sosiaalipalveluja käyttäneiden osuudet kaikista kyselyyn vastanneista vaihtelevat päihdehuollon ja lapsiperheiden kotipalvelun yhdestä prosentista lasten päivähoidon 13 prosenttiin. Kyselyyn vastanneiden sosiaalipalvelua käyttäneiden määrät vaihtelevat kyselyvuoden ja palvelun mukaan, vähimmillään palvelun käyttäjiä edustavia vastanneita on ollut päihdehuollossa (n=106-131). Ensimmäisessä kyselyssä 1996 myös vanhusten palveluasumista ja vanhusten laitoshoidon edustavien palvelun käyttäjien määrät jäivät runsaaseen sataan. Käyttäjäosuudeltaan suurinta sosiaalipalvelua edustavassa lasten päivähoidossa kyselyyn vastanneiden palvelujen käyttäjiä oli kunakin vuonna yli tuhat (n=1238-1580). (liitetaulukot 3 ja 7)

*Sosiaalipalvelujen hoitoa hyvänä pitävien kuntalaisten osuudet jäävät pääosin melko mataliksi. Tämä johtuu osittain siitä, että valtaosa arvioista perustuu muuhun kuin oma-kohtaisiin käyttökokemuksiin. Tyytyväisimpiä kuntalaiset ovat lasten päivähoidon ja perheneuvolapalveluihin, vähiten tyytyväisiä lapsiperheiden kotipalveluun, vanhusten laitoshoidon, toimeentulotukeen ja päihdehuoltoon. Yleisellä tasolla kuntalaisten arviot sosiaalipalvelujen hoidosta laskivat hieman vuodesta 2008.*

*Vuosien 1996, 2000, 2004 ja 2008 kyselyissä palvelujen käyttäjät suhtautuivat kaikkiin sosiaalipalvelujen hoitoon ennemmin positiivisesti kuin kriittisesti; kaikkien arvioitujen sosiaalipalvelujen kohdalla keskiarvo ylitti arviointiasteikolla 1-5 kriittisen arvon 3. Viimeisimmässä vuoden 2011 kyselyssä palvelujen käyttäjien arviot muuttuivat vanhusten laitoshoidosta ja toimeentulotuesta kääntyivät lievän kriittiseksi, lapsiperheiden kotipalvelut saivat täsmälleen kriittisen ja positiivisen arvion väliin jäävän keskiarvon 3. (taulukko 1)*

*Kaikkina tutkimusvuosina kaikissa tarkastelluissa sosiaalipalveluissa palvelua käyttäneet arvioivat sosiaalipalvelujen hoidon paremmaksi kuin ne vastaajat, joilla ei ollut oma-kohtaista kokemusta palvelusta. Käyttäjien ja ei-käyttäjien väliset vaihtelut palveluarvioissa olivat vuonna 2011 suurimmillaan lasten päivähoidossa ja vammaisten palveluissa, pienimmillään toimeentulotuksessa. (taulukko 1)*

**Taulukko 1. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten sosiaalipalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Keskiarvot asteikolla 1-5; 1=erittäin huonosti hoidettu,...,5=erittäin hyvin hoidettu. Mitä korkeampi keskiarvo, sitä paremmin hoidettuna ko. palvelua pidetään.**

SOSIAALIPALVELUT		1996	2000	2004	2008	2011
Sosiaalipalvelut yleensä	käyttäjät			3,31	3,50	3,44
	ei-käyttäjät			3,21	3,31	3,27
Lasten päivähoito	käyttäjät	4,09	3,91	3,85	3,98	3,95
	ei-käyttäjät	3,51	3,47	3,47	3,56	3,55
Perheneuvola	käyttäjät	..	..	..	3,95	3,96
	ei-käyttäjät		..	..	3,36	3,35
Vanhusten palveluasuminen	käyttäjät	3,69	3,61	3,47	3,42	3,31
	ei-käyttäjät	3,40	3,28	3,28	3,15	3,04
Vanhusten laitoshoido (1996-2004 vanhainkodit)	käyttäjät	3,69	3,33	3,30	3,28	2,94
	ei-käyttäjät	3,39	3,14	3,18	2,96	2,84
Vanhusten kotipalvelu, Lapsiperheiden kotipalvelu (1996-2004 pelkkä kotipalvelu)	käyttäjät	3,58	3,59	3,62	3,55 3,13	3,42 3,29
	ei-käyttäjät	3,29	3,17	3,22	3,10 2,62	3,00 2,67
Vammaisten palvelut	käyttäjät	3,18	3,16	3,31	3,39	3,52
	ei-käyttäjät	3,13	3,06	3,10	3,03	3,02
Päihdehuolto	käyttäjät	3,29	3,28	3,08	3,35	3,22
	ei-käyttäjät	2,82	2,94	2,98	2,87	2,90
Toimeentulotuki	käyttäjät	3,19	3,07	3,13	3,10	2,95
	ei-käyttäjät	3,04	3,06	3,09	2,94	2,90

## Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet terveyspalvelujen hoidosta

Terveyspalveluista kuntalaiskyselyissä kartoituksen kohteina olivat terveyskeskuksen lääkärivastaanotto ja sairaan-/terveydenhoitajan vastaanotto, hammashoito, äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, sairaalat, kotisairaanhoito, terveyskeskuksen vuodeosasto sekä mielenterveyspalvelut. Parin terveyspalvelun kohdalla kysymysmuotoilu on vaihdellut tarkasteluajanjakson 1996-2011 aikana tehdyissä kyselyissä. Vuosien 2008 ja 2011 kuntalaiskyselyissä pyydettiin arvioita erikseen terveyskeskuksen lääkärivastaanotosta ja hoitajan vastaanotosta, sitä ennen yleisemmällä tasolla terveyskeskuksen vastaanottotoiminnasta. Mielipiteitä äitiys- ja lastenneuolasta sekä kouluterveydenhuollosta on kartoitettu kahdessa viimeisimmässä kyselyssä.

Arvioitujen terveyspalvelujen kohdalla palvelua käyttäneiden osuudet vaihtelevat suuresti niin kyselyvuoden kuin myös palvelun mukaan. Terveyskeskuksen lääkärivastaanotosta omakohtaista käyttökokemusta omaavia oli 78 prosenttia vuoden 2011 kyselyyn vastanneista (2011: N=7522), toisin sanoen noin kolme neljästä kyselyyn vastanneesta arvioi kyseistä palvelua käyttäjän ominaisuudessa. Yli puolet kyselyyn vastanneista oli käyttänyt sairaan-/terveydenhoitajan vastaanottopalvelua sekä kunnallista hammashoitoa. Äitiys- ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon käyttäjiä oli noin viidennes vastanneista. Arvioitavista terveyspalveluista suhteellisesti vähiten omakohtaista käyttökokemusta löytyi kotisairaanhoidosta, terveyskeskuksen vuodeosastoista ja mielenterveyspalveluista; näissä käyttäjien osuus vastanneista oli alle 10 prosenttia. (2011: 5-9 % vastanneista, N=427-559). (liitetaulukot 4 ja 7)

*Kuntalaiset ovat olleet kaikkina tarkasteluvuosina tyytyväisiä käyttämiinsä terveyspalveluihin. Suurimman osan mielestä terveyspalvelut on hoidettu melko tai erittäin hyvin. Kuntien arvioidun terveyspalvelun kohdalla keskiarvot ylittivät arviointiasteikolla 1-5 kriittisen arvon 3. Terveyspalveluista selvästi parhaimmat arviot saivat äitiys- ja lastenneuvolat; käyttäjistä 80 prosenttia piti ko. palvelua hyvin hoidettuna vuonna 2011 (keskiarvo 4,13). Myös kotisairaanhoidon, sairaaloiden sekä sairaan-/terveydenhoitajan vastaanottopalvelut ovat saaneet huomattavan hyvät arviot; käyttäjistä ko. palveluja hyvin hoidettuina vuonna 2011 pitävien osuudet olivat 63-64%. Terveyspalvelujen keskinäisessä vertailussa heikoimmin ovat pärjänneet mielenterveyspalvelut ja terveyskeskuksen vuodeosastohoito. Molemmissa tapauksissa käyttäjät ovat antaneet selvästi keskimääräistä positiivisemmän arvion, mutta ei-käyttäjien arviot ovat sen sijaan olleet keskimääräistä kriittisempiä erityisesti mielenterveyspalvelujen kohdalla. Tästä huolimatta kyseessä olevia palveluja käyttäneistä noin puolet on pitänyt niiden hoitoa hyvänä. (taulukko 2, liitetaulukko 2)*

Kaikissa tarkastelluissa terveyspalveluissa palvelua käyttäneiden ja ei-käyttäjien arviot palvelun hoidosta ovat vaihdelleet merkittävästi kunakin tutkimusvuonna, eniten kotisairaanhoidossa, hammashoidossa ja mielenterveyspalveluissa. Erityisesti hammashoidossa merkille pantavaa on tarkastelukauden aikana tapahtunut palvelutyytyväisyyden lasku sekä käyttäjien että ei-käyttäjien kohdalla. Käyttäjien arviot hammashoidosta ovat tästä huolimatta pysyneet selvästi positiivisina, sen sijaan ei-käyttäjien arvio kääntyi positiivisesta kriittiseksi vuonna 2008. (taulukko 2)

**Taulukko 2. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten terveyspalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Keskiarvot asteikolla 1-5; 1=erittäin huonosti hoidettu,...,5=erittäin hyvin hoidettu. Mitä korkeampi keskiarvo, sitä paremmin hoidettuna ko. palvelua pidetään.**

TERVEYSPALVELUT:		1996	2000	2004	2008	2011
Terveyspalvelut yleensä	käyttäjät			3,33	3,43	3,39
	ei-käyttäjät			3,13	3,06	2,98
Terveyskeskuksen lääkäri vastaanotto, Sairaalan-/terveyshoitajan vastaanotto (1996-2004 terveyskeskuksen vastaanotto)	käyttäjät	3,68	3,38	3,37	3,46 3,79	3,40 3,73
	ei-käyttäjät	3,46	3,08	3,01	2,88 3,31	2,86 3,20
Hammashoito	käyttäjät	4,04	3,71	3,61	3,58	3,50
	ei-käyttäjät	3,36	3,12	3,05	2,73	2,81
Äitiys- ja lastenneuvola	käyttäjät	..	..	..	4,11	4,13
	ei-käyttäjät				3,66	3,62
Kouluterveydenhuolto	käyttäjät	..	..	..	3,61	3,63
	ei-käyttäjät	..	..	..	3,16	3,24
Sairaala (1996-2004 alue-/keskussairaala)	käyttäjät	3,90	3,58	3,62	3,72	3,75
	ei-käyttäjät	3,47	3,23	3,27	3,28	3,28
Kotisairaanhoido	käyttäjät	3,95	3,71	3,76	3,98	3,84
	ei-käyttäjät	3,23	3,14	3,18	3,19	3,14
Terveyskeskuksen vuodeosasto	käyttäjät	3,69	3,38	3,47	3,55	3,43
	ei-käyttäjät	3,25	3,09	3,13	2,98	2,96
Mielenterveyspalvelut	käyttäjät	3,64	3,48	3,42	3,48	3,39
	ei-käyttäjät	3,03	2,95	2,95	2,70	2,76

## Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet koulutuspalvelujen hoidosta

Koulutuspalvelujen hoitoa on arvioitu kaikkina kyselyajankohtina peruskoulujen alaluokkien (1-6) ja yläluokkien (7-9), lukioiden sekä ammatillisten oppilaitosten osalta. Esiopetus lisättiin kyselypatteristoon vuonna 2000. Erityisopetusta, oppilashuoltoa sekä aamu- ja iltapäivätoimintaa koskevia mielipiteitä on kartoitettu vuosien 2008 ja 2011 kyselyissä. Koulutuspalveluja käyttäneiden osuudet kyselyihin vastanneista ovat olleet melko pieniä, vaihdellen erityisopetuksen neljästä prosentista (N 2011=407) peruskoulujen 1-6 luokkien 18 prosenttiin vuonna 2011 (N=1737). (liitetaulukot 5 ja 7)

*Koulutuspalveluja käyttäneet kuntalaiset ovat olleet lähes poikkeuksetta hyvinkin tyytyväisiä koulutuspalvelujen hoitoon.* Koulutuspalvelujen kärkipäähän sijoittuvat esiopetus, peruskoulujen alaluokat ja lukiot. Niitä hyvin hoidettuina piti 72-73 prosenttia vastanneista (keskiarvot 3,89-3,97 asteikolla 1-5). Toiseen ääripäähän sijoittunut oppilashuolto on sekin pärjännyt hyvin vertailussa, sillä lähes puolet (48%) käyttökokemusta oppilashuoltoa omanneista vastaajista piti palvelun hoitoa hyvänä vuonna 2011 (keskiarvo 3,46). (taulukko 3, liitetaulukko 2)

Samaan tapaan kuin sosiaali- ja terveystaluuissa myös koulutuspalveluissa kunkin palvelun kohdalla *palvelun käyttäjät ovat kunakin tarkasteluvuonna arvioineet palvelun hoitoa selvästi myönteisemmin kuin ei-käyttäjät.* Myös ne kuntalaiset, joilla ei ole omakohtaista kokemusta ko. palveluista, ovat hyvin tyytyväisiä koulutuspalvelujen hoitoon. Suurin ero käyttäjien ja ei-käyttäjien välisessä arvioissa on aamu- ja iltapäivätoiminnan kohdalla. Kaikkien koulutuspalvelujen kohdalla sekä käyttäjien että ei-käyttäjien arviot ovat kunakin vuonna olleet sekä enemmän positiivisia kuin kriittisiä. Yksittäisten palvelujen kohdalla arvioissa näkyy eri tarkasteluvuosina pientä vaihtelua erityisesti tarkasteluvuonna 2000, mutta kaiken kaikkiaan arviot palvelujen hoidosta ovat säilyneet ehkä yllättävänkin tasaisina. (taulukko 3)

**Taulukko 3. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten koulutuspalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Keskiarvot asteikolla 1-5; 1=erittäin huonosti hoidettu,...,5=erittäin hyvin hoidettu. Mitä korkeampi keskiarvo, sitä paremmin hoidettuna ko. palvelua pidetään.**

KOULUTUSPALVELUT:		1996	2000	2004	2008	2011
Koulutuspalvelut yleensä	käyttäjät	..	..	..	3,79	3,79
	ei-käyttäjät	..	..	..	3,62	3,62
Esiopetus	käyttäjät	..	3,97	4,00	4,09	3,97
	ei-käyttäjät	..	3,46	3,53	3,75	3,72
Peruskoulun luokat 1-6	käyttäjät	3,92	3,75	3,82	3,92	3,91
	ei-käyttäjät	3,61	3,48	3,54	3,68	3,68
Peruskoulun luokat 7-9	käyttäjät	3,73	3,55	3,66	3,76	3,79
	ei-käyttäjät	3,54	3,41	3,47	3,62	3,60
Lukio	käyttäjät	3,82	3,59	3,75	3,89	3,89
	ei-käyttäjät	3,48	3,39	3,43	3,64	3,65
Ammatilliset oppilaitokset	käyttäjät	3,69	3,49	3,58	3,68	3,67
	ei-käyttäjät	3,23	3,19	3,26	3,44	3,48
Erityisopetus	käyttäjät	..	..	..	3,72	3,61
	ei-käyttäjät	..	..	..	3,26	3,27
Oppilashuolto	käyttäjät	..	..	..	3,38	3,46
	ei-käyttäjät	..	..	..	3,12	3,19
Aamu- ja iltapäivätoiminta	käyttäjät	..	..	..	3,77	3,75
	ei-käyttäjät	..	..	..	3,23	3,25



## Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoidosta

Sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoitoa on kunakin tutkimusvuonna kartoitettu seuraavien viiden palvelun osalta: kansalais-/työväenopistot, kirjastopalvelut, kulttuuripalvelut, liikunta-, urheilu- ja muut vapaa-aikapalvelut sekä nuorisotilat. Viimeksi mainitun palvelun kohdalla kysyttiin vuosina 1996, 2000 ja 2004 arvioita nuorisotoimesta, vuonna 2008 ja 2011 täsmällisemmin nuorisotiloista.

*Sivistys- ja kulttuuripalvelut edustavat kohtuullisen paljon käytettyjä kunnallisia palveluja, ja siten omakohtaista käyttökokemusta omaavien osuudet kyselyvastaajista ovat pääosin vähintään kolmannes vastanneista; kulttuuripalveluissa lähes puolet, liikunta-, urheilu- ym. vapaa-aikapalveluissa runsaat puolet ja kirjastopalveluissa lähes 70 prosenttia vastanneista. Nuorisotiloja käyttäneiden osuus oli selvästi muita pienempi, 10 prosenttia vastanneista. Lukumääräisesti nuorisotilojen käyttäjävastauksia oli vuonna 2011 lähes 1000, suurimman käyttäjäosuuden kirjastopalveluissa runsaat 7000. (liitetaulukot 6 ja 7)*

*Sivistys- ja kulttuuripalveluja käyttäneet kuntalaiset ovat lähes poikkeuksetta olleet erittäin tyytyväisiä ko. palvelujen hoitoon. Käyttäjien antamat arviot kirjastopalveluille ja kansalais-/työväenopistoille ylittivät arviointiasteikolla 1-5 arvon 4 vuonna 2011. Kirjastot saivat arvon 4,24. Kirjastopalveluja käyttäneitä peräti 85 prosenttia pitää sitä hyvin hoidettuna palveluna, kansalais-/työväenopistoja käyttäjistä 78 prosenttia. Muista tarkastelluista kuntapalveluista ainoastaan äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen hoito sai käyttäjiltä arvon 4 ylittävän arvion. Nuorisotilat saivat käyttäjiltään heikoimman arvion 3,46, mikä sekin ylittää selvästi kriittisen rajan. Käyttäjistä lähes puolet (48%) pitää nuorisotiloja hyvin hoidettuna kunnallisena palveluna. (taulukko 4, liitetaulukko 2)*

*Sivistys- ja kulttuuripalvelujen kohdalla on muiden palvelujen tapaan nähtävissä palvelua käyttäneiden selvästi ei-käyttäjiä positiivisemmat arviot palvelun hoidosta. Käyttäjien arviot palveluista paranivat tutkimusajankohdan aikana niin, että positiivisimmat arviot kunkin palvelun hoidosta löytyvät jakson lopusta vuoden 2011 kyselystä. Kulttuuripalvelujen kohdalla ei-käyttäjien arviot olivat tarkasteluvuosina 1996 ja 2000 kriittisen arvion negatiivisella puolella ja vielä vuonna 2004 vain lievästi positiivinen. Tarkasteluvuosina 2008 ja 2011 ei-käyttäjien arviot vahvistuivat aiempaa positiivisimmiksi. Ei-käyttäjien arvio nuorisotoimesta/nuorisotilojen hoidosta oli lievästi kriittinen niin ensimmäisenä tarkasteluvuonna 1996 kuin myös viimeisenä tarkasteluvuonna 2011. (taulukko 4)*

**Taulukko 4. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Keskiarvot asteikolla 1-5; 1=erittäin huonosti hoidettu,...,5=erittäin hyvin hoidettu. Mitä korkeampi keskiarvo, sitä paremmin hoidettuna ko. palvelua pidetään.**

SIVISTYS- JA KULTTUURIPALVELUT:		1996	2000	2004	2008	2011
Sivistys- ja kulttuuripalvelut yleensä	käyttäjät	..	..	..	3,72	3,74
	ei-käyttäjät	..	..	..	3,47	3,45
Kansalais- ja työväenopisto	käyttäjät	3,99	3,83	3,88	3,99	4,04
	ei-käyttäjät	3,50	3,42	3,47	3,68	3,64
Kirjastopalvelut	käyttäjät	4,12	3,97	4,06	4,21	4,24
	ei-käyttäjät	3,89	3,58	3,63	3,81	3,85
Kulttuuripalvelut	käyttäjät	3,67	3,59	3,67	3,84	3,86
	ei-käyttäjät	2,94	2,96	3,07	3,19	3,39
Liikunta-, urheilu- ja muut vapaa-aikapalvelut	käyttäjät	3,70	3,63	3,72	3,83	3,87
	ei-käyttäjät	3,41	3,31	3,34	3,48	3,48
Nuorisotilat *	käyttäjät	3,25	3,24	3,43	3,38	3,46
	ei-käyttäjät	2,96	3,02	3,12	3,02	2,99

## Lähteet:

KuntaSuomi 2004-tutkimusohjelman kuntalaiskyselyt 1996, 2000 ja 2004. Suomen Kuntaliitto.

Paras-arviointitutkimusohjelman (ARTTU) kuntalaiskyselyt 2008 ja 2011. Suomen Kuntaliitto.

Meklin Pentti, Marianne Pekola-Sjöblom (toim.) (2013): Kunnalliset palvelut ja Paras-uudistus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 29. Verkkojulkaisu. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

[http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2899](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2899)

Pekola-Sjöblom Marianne (2012): Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 21. Verkkojulkaisu. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2814](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2814)

Pekola-Sjöblom Marianne (2011): Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 9. Acta nro 229. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2592](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2592)

Pekola-Sjöblom Marianne (2006): Kuntalaiset ja palvelut. Teoksessa Pekola-Sjöblom Marianne & Voitto Helander & Stefan Sjöblom: Kuntalainen – kansalainen. KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia nro 56. Acta nro 182. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=313](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=313)

Pekola-Sjöblom Marianne (2002): Kuntalainen palvelujen rahoittajana ja käyttäjänä. Teoksessa Pekola-Sjöblom Marianne & Voitto Helander & Stefan Sjöblom: Kuntalaisen monet roolit. KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia nro 37. Acta nro 147. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=112](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=112)

Sandberg Siv (1998): Mitä mieltä kuntalaiset ovat kunnallisista palveluista? Teoksessa Mäki-Lohiluoma Kari-Pekka & Marianne Pekola-Sjöblom & Krister Ståhlberg: Kuntalaisten valta ja valinnat. KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia nro 13. Acta nro 97. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

## Liitetaulukot

**Liitetaulukko 1. Kunnallisten palvelujen hoitoa koskevat kysymykset eri toimialoilla vuosien 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011 kuntalaiskyselyissä. (lkm:t)**

	1996	2000	2004	2008	2011
Sosiaalipalvelut	7	7	7	9	9
Terveyspalvelut	6	6	6	9	9
Koulutuspalvelut	4	5	5	9	9
Sivistys- ja kulttuuripalvelut	5	5	5	5	5
Tekniset palvelut	8	8	11	10	10

**Liitetaulukko 2. Palvelua käyttäneiden arviot kunnallisten palvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. (% vastanneista pitää ko. palvelua melko tai erittäin hyvin hoidettuna).**

Palvelua hyvin hoidettuna pitävät, %	1996	2000	2004	2008	2011	vaihteluväli
<b>Sosiaalipalvelut</b>						
Lasten päivähoido	79	74	72	74	73	72-79%
Perheneuvola	..	..	..	72	73	72-73%
Vanhusten palveluasuminen *	63	59	51	48	45	45-63%
Vanhusten laitoshoido *	67	42	44	44	36	36-67%
Vanhusten kotipalvelu *	60	58	59	52	50	50-60%
Lapsiperheiden kotipalvelu *	..	..	..	41	46	41-46%
Vammaisten palvelut	42	40	46	49	55	40-55%
Päihdehuolto	42	45	41	50	45	41-50%
Toimeentulotuki *	46	37	40	38	37	37-46%
<b>Terveyspalvelut</b>						
Terveyskeskuksen lääkärivastaanotto *	63	50	51	53	51	50-63%
Sairaala-/terveyshoitajan vastaanotto *				66	64	64-66%
Hammashoido	79	66	61	59	57	57-79%
Äitiys- ja lastenneuvola	..	..	..	79	80	79-80%
Kouluterveydenhuolto	..	..	..	58	59	58-59%
Sairaala *	73	58	60	61	64	58-73%
Kotisairaanhoido	73	61	63	68	63	61-73%
Terveyskeskuksen vuodeosasto	64	47	54	53	49	49-64%
Mielenterveyspalvelut	60	52	51	52	51	51-60%

Palvelua hyvin hoidettuna pitävät, %	1996	2000	2004	2008	2011	vaihteluväli
<b>Koulutuspalvelut</b>						
Esiopetus	..	76	77	78	73	73-77%
Peruskoulun luokat 1-6 *	75	67	71	73	72	67-75%
Peruskoulun luokat 7-9 *	66	57	62	65	67	57-67%
Lukio	70	60	67	70	72	60-72%
Ammatilliset oppilaitokset	66	54	58	58	60	54-66%
Erityisopetus	..	..	..	59	56	56-59%
Oppilashuolto	..	..	..	42	48	42-48%
Aamu- tai iltapäivätoiminta	..	..	..	63	65	63-65%
Oppilaiden koulukuljetukset	..	..	..	59	58	58-59%
<b>Sivistys- ja kulttuuripalvelut</b>						
Kansalais- ja työväenopisto	78	71	73	76	78	71-78%
Kirjastopalvelut	82	76	80	84	85	76-85%
Kulttuuripalvelut	66	58	62	68	70	58-70%
Liikunta-, urheilu- ja muut vapaa-aikapalvelut	64	61	65	68	70	61-70%
Nuorisotilat *	44	41	49	45	48	41-49%
<b>Kyselyn otos yhteensä</b>	<b>25 400</b>	<b>25 700</b>	<b>25 050</b>	<b>28 100</b>	<b>28 100</b>	
<b>Kyselyyn vastanneet yhteensä</b>	<b>15 190</b>	<b>14 535</b>	<b>13 256</b>	<b>13 030</b>	<b>11 268</b>	

### Liitetaulukko 3. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten sosiaalipalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Palvelua käyttäneiden ja ei-käyttäjien lukumäärät eri vuosina.

SOSIAALIPALVELUT		1996	2000	2004	2008	2011	vaihteluväli
<b>Sosiaalipalvelut yleensä:</b> (2000-2004: Sosiaalitoimi yleensä)	käyttäjät	..	2715	2184	2670	1889	1889 – 2715
	ei-käyttäjät	..	8157	7356	6342	2648	
Lasten päivähoito	käyttäjät	1497	1580	1309	1687	1238	1238 – 1687
	ei-käyttäjät	8389	9378	8281	3686	2930	
Perheneuvola	käyttäjät	..	..	..	1060	819	819 – 1060
	ei-käyttäjät	..	..	..	3068	2476	
<b>Vanhusten palveluasuminen*</b> (1996-2004: palveluasuminen/-talot)	käyttäjät	104	214	195	263	299	104 – 299
	ei-käyttäjät	8989	10 571	9186	3919	3118	
<b>Vanhusten laitoshoido*</b> (1996-2004: vanhainkodit)	käyttäjät	157	151	191	317	308	151 – 317
	ei-käyttäjät	8990	10 563	9157	4187	3306	
Vanhusten kotipalvelu, Lapsiperheiden kotipalvelu* (1996-2004: kotipalvelu)	käyttäjät	431	392	424	379 135	390 115	max 431
	ei-käyttäjät	8946	10 457	9071	3839 2870	3048 2230	
Vammaisten palvelut	käyttäjät	241	350	369	358	335	241 – 369
	ei-käyttäjät	8892	10 365	9034	2832	2286	
Päihdehuolto	käyttäjät	106	116	131	131	117	106 – 131
	ei-käyttäjät	8822	10 386	9041	2730	2174	
<b>Toimeentulotuki*</b> (1996-2004: muut sosiaalipalvelut, mm. toimeentulotuki)	käyttäjät	1255	1126	779	666	546	546 – 1255
	ei-käyttäjät	8349	8668	7708	2756	2163	

**Liitetaulukko 4. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten terveyspalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Palvelua käyttäneiden ja ei-käyttäjien lukumäärät eri vuosina.**

TERVEYSPALVELUT:		1996	2000	2004	2008	2011	vaihtelu- väli
Terveyspalvelut yleensä: (2000-2004: Terveystieteidenkeskus yleensä)	käyttäjät	..	8026	7228	7455	6407	6407 - 8026
	ei-käyttäjät	..	2374	2129	732	640	
Terveystieteidenkeskuksen lääkäri- ja sairaanhoito, Sairaala-/terveyshoitajan vast.otto* (1996-2004: terveystieteidenkeskuksen vastaanotto)	käyttäjät	8541	9711		8970 7093	7522 6295	6295 - 9711
	ei-käyttäjät	4451	2579		1370 1770	1144 1310	
Hammashoito	käyttäjät	5536	6622	6078	6296	5176	5176 - 6622
	ei-käyttäjät	5930	4892	4328	2032	1710	
Äitiys- ja lastenneuvola	käyttäjät	..	..	..	2095	1468	1468 - 2095
	ei-käyttäjät	..	..	..	2617	2052	
Kouluterveydenhuolto	käyttäjät	..	..	..	2519	1984	1984 - 2519
	ei-käyttäjät	..	..	..	2485	1970	
Sairaala* (1996-2004: alue-/keskussairaala)	käyttäjät	3980	4849	4459	4234	3643	3643 - 4849
	ei-käyttäjät	6833	6486	5598	2606	2157	
Kotisairaanhoido	käyttäjät	351	536	586	462	427	351 - 586
	ei-käyttäjät	8880	10 075	8752	2889	2242	
Terveystieteidenkeskuksen vuodeosasto	käyttäjät	689	1066	1162	579	559	559 - 1162
	ei-käyttäjät	8832	9723	8387	3094	2401	
Mielenterveyspalvelut	käyttäjät	422	593	590	597	510	422 - 597
	ei-käyttäjät	8559	9912	8607	2588	2022	

**Liitetaulukko 5. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten koulutuspalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Palvelua käyttäneiden ja ei-käyttäjien lukumäärät eri vuosina.**

KOULUTUSPALVELUT:		1996	2000	2004	2008	2011	vaihtelu- väli
Koulutuspalvelut yleensä	käyttäjät	..	..	..	2439	1900	1900 - 2439
	ei-käyttäjät	..	..	..	2391	1969	
Esiopetus	käyttäjät	..	1076	978	1173	894	894 - 1173
	ei-käyttäjät	..	9449	8283	3261	2565	
Peruskoulun luokat 1-6* (1996: ala-asteen koulut, 2000-2004: ala-aste (luokat 1-6))	käyttäjät	2306	2487	2229	2190	1648	1648 - 2487
	ei-käyttäjät	7644	8291	7316	2927	2349	
Peruskoulun luokat 7-9* (1996: yläasteen koulut, 2000-2004: yläaste (luokat 7-9))	käyttäjät	1553	1749	1635	1676	1337	1337 - 1749
	ei-käyttäjät	8093	8840	7789	2921	2319	
Lukio	käyttäjät	983	1253	1033	996	862	862 - 1033
	ei-käyttäjät	8277	9125	8104	2939	2372	
Ammatilliset oppilaitokset	käyttäjät	1006	1270	1028	1166	1000	1000 - 1270
	ei-käyttäjät	8125	9072	8101	2513	2124	
Erityisopetus	käyttäjät	..	..	..	415	370	370 - 415
	ei-käyttäjät	..	..	..	2661	2052	
Oppilashuolto	käyttäjät	..	..	..	404	424	404 - 424
	ei-käyttäjät	..	..	..	2512	1935	
Aamu- ja iltapäivätoiminta	käyttäjät	..	..	..	638	506	506 - 638
	ei-käyttäjät	..	..	..	2683	2106	

**Liitetaulukko 6. Kuntalaisten mielipiteet kunnallisten sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011. Palvelua käyttäneiden ja ei-käyttäjien lukumäärät eri vuosina.**

SIVISTYS- JA KULTTUURIPALVELUT:		1996	2000	2004	2008	2011	vaihtelu- väli
Sivistys- ja kulttuuripalvelut yleensä	käyttäjät	..	..	..	5190	4208	4208 - 5190
	ei-käyttäjät	..	..	..	1182	973	
Kansalais- ja työväenopisto	käyttäjät	2655	3317	3018	3704	3094	2655 - 3704
	ei-käyttäjät	7385	7472	6650	2896	2220	
Kirjastopalvelut	käyttäjät	7615	9077	8116	8060	6689	6689 - 9077
	ei-käyttäjät	4600	2731	2547	1219	1064	
Kulttuuripalvelut	käyttäjät	3340	5164	4784	5779	4371	3340 - 5779
	ei-käyttäjät	6900	5960	5134	1767	1455	
Liikunta-, urheilu- ja muut vapaa-aikapalvelut	käyttäjät	5073	6616	5915	6524	5299	5073 - 6616
	ei-käyttäjät	6084	4654	4131	1707	1345	
Nuorisotilat * (1996-2004: nuorisotoimi)	käyttäjät	1028	1713	1395	1120	861	861 - 1713
	ei-käyttäjät	8286	8767	7850	2827	2051	

**Liitetaulukko 7. Palvelua käyttäneiden osuudet kyselyyn vastanneista vuosien 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011 KuntaSuomi 2004 – ja ARTTU-kuntalaiskyselyissä (%).**

Käyttäjien %-osuus vastanneista	1996	2000	2004	2008	2011
<b>Sosiaalipalvelut</b>					
Lasten päivähoito	10	13	12	15	13
Perheneuvola	..	..	..	10	9
Vanhusten palveluasuminen *	1	2	2	3	3
Vanhusten laitoshoido *	1	1	2	3	3
Vanhusten kotipalvelu *	3	3	4	4	4
Lapsiperheiden kotipalvelu *	..	..	..	1	1
Vammaisten palvelut	2	3	3	3	4
Päihdehuolto	1	1	1	1	1
Toimeentulotuki *	8	10	8	6	6
<b>Terveyspalvelut</b>					
Terveyskeskuksen lääkärivastaanotto *	58	77	76	78	76
Sairaalan-/terveyshoitajan vastaanotto *				64	66
Hammashoito	40	54	54	56	54
Äitiys- ja lastenneuvola	..	..	..	19	16
Kouluterveydenhuolto	..	..	..	22	21
Sairaala *	27	40	41	38	38
Kotisairaanhoido	2	5	6	9	5
Terveyskeskuksen vuodeosasto	5	10	11	6	6
Mielenterveyspalvelut	3	5	6	9	5

Käyttäjien %-osuus vastanneista	1996	2000	2004	2008	2011
<b>Koulutuspalvelut</b>					
Esiopetus	..	9	9	11	10
Peruskoulun luokat 1-6 *	15	20	20	20	18
Peruskoulun luokat 7-9 *	10	14	15	16	15
Lukio	7	10	10	10	10
Ammatilliset oppilaitokset	7	10	10	11	11
Erytisopetus	..	..	..	4	4
Oppilashuolto	..	..	..	4	5
Aamu- tai iltapäivätoiminta	..	..	..	6	6
Oppilaiden koulukuljetukset	..	..	..	10	8
<b>Sivistys- ja kulttuuripalvelut</b>					
Kansalais- ja työväenopisto	18	28	28	34	33
Kirjastopalvelut	51	73	72	71	69
Kulttuuripalvelut	22	42	44	52	47
Liikunta-, urheilu- ja muut vapaa-aikapalvelut	34	54	54	58	56
Nuorisotilat *	7	14	13	11	10
<b>Kyselyyn vastanneet yhteensä</b>	<b>15 190</b>	<b>14 535</b>	<b>13 256</b>	<b>13 030</b>	<b>11 268</b>
<b>Kyselyn otos yhteensä</b>	<b>25 400</b>	<b>25 700</b>	<b>25 050</b>	<b>28 100</b>	<b>28 100</b>



## Lähteet

AA (Nimettömät Alkoholistit). Verkkosivut <http://www.aa.fi>

Aalto Mauri, Visapää J-P, Halme Jukka, Fabritius Carola, Salaspuro Mikko. Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 2011;65(4):238–243.

Ahlgren-Leinvuo, Hanna (2013) Suomen kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Lastensuojelun Kuusikko-työryhmän raportti 29.08.2013. [http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA\\_Files/downloads/Lastensuojelu\\_raportti\\_25112013.pdf](http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Lastensuojelu_raportti_25112013.pdf)

A-kiltojen liitto. Verkkosivut [www.a-kiltojenliitto.fi](http://www.a-kiltojenliitto.fi).

Al-Anon (Vertaistukea alkoholistien läheisille). Verkkosivut <http://www.al-anon.fi/>

Alestalo P, Widström E. Lead Dentists in the Public Dental Service in Finland during a Major Reform. *Oral Health and Dental Management* 2013; 12(4): in press.

Alestalo P, Widström E. Lead Public Health Service Dentists in Finland: Leaders or Dentists? *Oral Health and Dental Management* 2011; 10 (2): 55-63.

Alestalo P, Widström E. Lead Public Health Service dentists' leadership qualities evaluated by their superiors and subordinates in Finland. *Oral Health and Dental Management* 2011; 10(1): 13-21.

Alueellinen terveys ja hyvinvointi (ATH)-tutkimus, THL

Arponen, Anne & Brummer-Korvenkontio, Henrikki & Liitsola, Kirsti & Salminen, Mika. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksinä. Poikkeusteollinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2008.

Asunto ensin -yksiköiden kustannusvaikuttavuus – vertailussa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yksiköt (ks. <http://www.ym.fi/download/noname/%7B13F1333B-9C45-438D-B9BD-59D0BEE62339%7D/77950>). Tampereen tekninen yliopisto. 2013.

AvoHilmo-raportit. Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (AvoHILMO). [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/avohilmo](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/avohilmo)

Bardy, Marjatta & Heino, Tarja (2013): Katsaus lastensuojelun toimintaympäristöihin: paniikista toivoon ja näköalat auki. S. 13-42. Teoksessa Marjatta Bardy (toim.): Lastensuojelun ytimissä. Neljäs uudistettu painos. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. 2007. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: Results of a multicentre randomized controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* 92(3), 229-233.

Berger L,M, Bruch S,K, Johnson E,I, James S, Rubin D.( 2009). Estimating the “Impact” of Out-of Home Placement on Child Well-Being: Approaching the Problem of Selection Bias. *Child Development*, Vol. 80, number 6, p.1856–1876.

Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill & Health Development Agency. 2004. Ante- and post-natal home-visiting programmes: A review of reviews. Evidence briefing. Health Development Agency, 1st Edition, February 2004, [www.hda.nhs.uk/evidence](http://www.hda.nhs.uk/evidence).

Danielsbacka Mirka, Tanskanen Antti, Hämäläinen Hans, Pelkonen Inka, Haavio-Mannila Elina, Rotkirch Anna, Karisto Antti & Roos J.P. 2013. Sukupolvien vuorovaikutus. Auttaminen ja yhteydenpito suurten ikäluokkien ja heidän lastensa elämässä. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 58/2013.

de Godzinsky, Virve-Maria (2012) Huostaanottoasiat hallinto-oikeuksissa. Tutkimus tahdonvastaisten huostaanottojen päätöksentekomenettelystä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 260. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, Hakapaino Oy.

Donelan-McCall N, Eckenrode J & Olds DL. 2009. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America* 56, 389-403.

Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.

Doyle J, J. (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *The American economic review*, vol 97, no5, pp.1583–1610.

Doyle J, J. (2008). Child protection and Adult Crime: Using Investigator Assignment to Estimate Causal Effects of Foster Care. *Journal of Political Economy* 116(4): 746–760.

Doyle J, J. (2013). Causal effects of foster care: An Instrumental-variables approach. *Children and Youth Services Review* 35, 1143-1151.

Eläketurvakeskus, tilastot

Elderton RJ, Nuttall NM. Variation among dentists in planning treatment. *British Dental Journal* 1983;154(7):201-6.

Elkan R, Kendrick D, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D & Brummell K. 2000. The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4(13).

ELLA Etelä-Pohjanmaan lapsiperhepalvelut kehittämishanke (2013) Ehkäisevä työ säästää rahaa – ehkäisevän työn kustannusvaikuttavuus lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Eronen, Tuija (2013). Viisi vuotta huostaanotosta. Seurantatutkimus huostaanotettujen lasten institutionaalisista poluista. Raportti 4. THL: Helsinki.

Falck, Hanna & Kurki, Marjo & Rissanen, Päivi & Kankaanpää, Sini & Sinkkonen, Niina. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.*, Työpapereita 39/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Forss H, Widström E: Reasons for restorative therapy and the longevity of restorations in adults. *Acta Odontologica Scandinavica* 2004; 62: 82-86

Häggman-Laitila A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämässä – analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 3(39), 192-207.

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena. Hamppusukupolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huume-kyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011): 4, 397–411.

Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola M. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2009.* Helsinki.

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A & Pelkonen M. (2014). Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta 2012. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Käsikirjoitus Raportti-julkaisusarjaan.*

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:22. Helsinki.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21/2008. Helsinki.

Hallituksen esitys oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi HE 67/2013

Halme N, Perälä ML, Laaksonen C (2010) Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Järjestelmällinen katsaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 10/2010. Helsinki.

Halme Nina & Perälä Marja-Leena. 2014. Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Teoksessa Lammi-Taskula Johanna & Karvonen Sakari. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. (Käsikirjoitus)

Halme Nina, Perälä Marja-Leena & Vuorisalmi Merja. 2014. Monialaiseen yhteistoimintaan lasten ja perheiden palveluissa? Työntekijöiden näkökulma. Raportteja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Käsikirjoitus)

Halme, Jukka & Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Pirkola, Sami & Poikolainen, Kari & Lönnqvist, Jouko & Aalto, Mauri. Hazardous drinking: Prevalence and Associations in the Finnish General Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 32 (2008): 9, 1615–1622.

Hammaslääkäriliiton tilastot

Hannikainen-Ingman, Katri - Hiilamo, Heikki – Honkanen, Pertti – Kuivalainen, Susan – Moisio, Pasi (2012). Perus- ja vähimmäisturvan yleisyys ja päällekkäisyys 2000–2009. *Nettityöpapereita* 33. Kela, Helsinki 2012.

Heckman JJ. 2008. Schools, skills, and synapses. *Economic Inquiry* 46(3), 289-324.

Heckman JJ. 2012. The case for investing in disadvantaged young children. European Expert Network on Economics of Education (EENEE). EENEE Policy Brief 1/2012. [www.eenee.org/policybriefs](http://www.eenee.org/policybriefs)

Heckman, JJ 2008. Schools, skills, and synapses. *Economic Inquiry* 46(3), 289-324.

Hein, Ritva & Salomaa, Jukka. Päihteiden käytön haittakustannukset vuosina 1994–1995–1998. Alkoholi- ja huumeet. Helsinki: Stakes, 1998.

Heino, Tarja & Eronen, Tuija & Kataja, Kati & Kestilä, Laura & Känkänen, Päivi & Paananen, Reija & Pösö, Tarja & Rainio, Anna Pauliina (2013) Suojassa, syrjässä, selvinneenä - huostaan otetut ja sijoitetut lapset Suomessa. Artikkelikirjassa Jukka Reivinen ja Leena Vähäkylä (toim.) Ketä kiinnostaa. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen. Gaudamus Oy. Tallinna. 50 - 68.

Heino, Tarja & Johnsson, Marianne: Huostassa olleet lapset nuorina aikuisina. S. 266-293. Teoksessa Ulla Hämäläinen & Olli Kangas (toim.): Perhepiirissä. Helsinki: Kela, 2010.

Heino, Tarja & Kuure, Tapio (2009) Syrjäytymisvaarassa olevat lapset ja nuoret – esiselvitys. Prosessinäkökulma ehkäisevän lapsi- ja nuorisopolitiikan sekä lastensuojelun ohjaukseen, tiedonkeruuseen ja ammattikäytäntöihin. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Osaaminen, työ ja hyvinvointi 10-2009.

Heino, Tarja & Oranen, Mikko: Lastensuojelun asiakkaiden koulunkäynti – erityistäkö? S. 217-247. Teoksessa Markku Jahnukainen (toim.) Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. Tampere/Tallinna: Vastapaino ja Lastensuojelun keskusliitto, 2012.

Heinonen H, Väisänen A, Hipp T (2012) Miten lastensuojelun kustannukset kertyvät? Lastensuojelun keskusliitto

Heinonen, Hanna (2010) Lastensuojelulain edellyttämien moniammatillisten asiantuntijaryhmien ja yhteistyörakenteiden toiminnan käynnistyminen ja juurtuminen. Teoksessa Moniammatilliset ohjaus- ja palveluverkostot lasten ja nuorten suojelussa Väliraportti Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan Osaaminen, työ ja hyvinvointi -jaokselle 30. elokuuta 2010

Heinonen, Hanna-Mari (2010). Asumismenojen huomioon ottaminen toimeentulotuessa ja yleinen toimeentulotukitilanne kunnissa ja kuntayhtymissä syksyllä 2009. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 73, Helsinki 2010.

Hoikkala, Susanna & Heinonen Hanna (2013) Samalla puolella? – Näkökulmia perheiden jälleenyhdistämiseen lastensuojelussa. LSKL julkaisu. [http://www.lskl.fi/files/1990/Samalla\\_puolella\\_Nakokulmia\\_perheiden\\_jalleenyhdistamiseen\\_lastensuojelussa.pdf](http://www.lskl.fi/files/1990/Samalla_puolella_Nakokulmia_perheiden_jalleenyhdistamiseen_lastensuojelussa.pdf)

Hoitoilmoitusrekisteri, THL

Honkanen, Pertti (2008): Perusturva ja kannustavuus. Laskelmia asumistuesta, toimeentulotuesta ja työttömyysturvasta. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 63. Kela, Helsinki 2008.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/lapset/lastensuojelu/lastensuojelupalvelujen-saatavuus-2010/Sivut/default.aspx>

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys\\_ja\\_sosiaalitalous/tilastoja/tarvevakioidut\\_menot](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/tilastoja/tarvevakioidut_menot).

Imatran tilinpäätös 2012. Tasekirja 1.1.2012 - 31.12.2012. <http://www.imatra.fi/djulkaisu/kokous/20131859-11-1.PDF>

Junnila R, Aromaa M, Heinonen OJ, Lagström H, Liuksila P-L, Vahlberg T & Salanterä S. 2012. The weighty matter intervention: A family-centered way to tackle an overweight childhood. *Journal of Community Health Nursing* 29(1), 39-52.

Junnila, Maijaliisa & Heino, Tarja & Fredriksson Sami (2012) Lastensuojelulain mukainen suunnitelma. Teoksessa Sakari Hänninen & Maijaliisa Junnilla: Vaikuttavatko politiikka-toimet? Teema 15. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. 96 – 104.

Kaikkonen R, Wikström K & Hakulinen-Viitanen T. 2012. Vanhempien terveystottumukset. Teoksessa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S & Laatikainen T. 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012. Helsinki, 138-151.

Kaitosaari T, Rönnemaa T, Viikari J, Raitakari O, Arffman M, Marnimeijer J, Kallio K, Pahkala K, Jokinen E & Simell O. 2006. Low-saturated-fat dietary counseling starting in infancy improves insulin sensitivity in 9-year-old healthy children. *The STRIP Study. Diabetes Care* 29, 781-785.

Kansaneläkelaitos. Tilastot <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/200204124032MV?OpenDocument>

Kanste Outi, Halme Nina, Pitkänen Tuuli & Perälä Marja-Leena. 2012. Päihdepalveluissa toimivien näkemykset yhteistoiminnasta lapsiperheiden palveluissa. Teoksessa Perälä Marja-Leena, Halme Nina,

Kanste Outi & Nykänen Sirpa (toim.): Tuki, osallisuus ja yhteistoiminta lapsiperhe- ja päihdepalveluissa. Vanhempien ja päihdeyksiköiden näkökulmat. Käsikirjoitus Raportti-sarjaan. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kanste Outi, Halme Nina, Rintanen Hannu & Perälä Marja-Leena. 2014. Vanhemmuuden liittyvillä huolilla ja terveyskeskuspalvelujen saatavuudella yhteys lasten yksityislääkäripalvelujen käyttöön. *Hoitotiede* 3: 209–221.

Kanste Outi, Pitkänen Tuuli & Perälä Marja-Leena. 2014. Lapsiperheet hukassa päihdepalveluissa. *Premissi* 5: 33–37.

Kapiainen S, Hujanen T, Peltola M, Häkkinen U: Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2011 (xls 150kt)

Kapiainen S, Väisänen A, Haula T, (2014): Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. THL, Raportteja X/2014 (painossa)

Karinsalo, Ritva (9.12.2013) Kirjallinen asiantuntijalausunto

Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka. Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013): 9, 498–508.

KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki.

KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Kasvatus- ja perheneuvolatoiminta 2012. Tilastoraportti 31/2013: THL

Kataja, Kati & Ristikari, Tiina & Paananen, Reija & Heino, Tarja & Gissler, Mika (2014) Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot. *Yhteiskuntapolitiikka* 1/2014. THL.

Kestilä Laura, Väisänen Antti, Paananen Reija, Heino Tarja, Gissler Mika 2012b. Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina – rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(6): 599–620, 2012.

Kestilä, Laura, Paananen, Reija, Väisänen, Antti, Muuri, Anu, Merikukka, Marko, Heino, Tarja & Gissler, Mika: Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät. Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012a) :1, 34-52.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S & Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö, *Julkaisuja* 2008:1. Helsinki.

Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, *Opas* 29/2013

Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, *Raportteja* 68/2012. Tampere: Juvenes Print –Suomen yliopistopaino Oy, 2012.

## Kouluterveyskysely

Kuivalainen, Susan (toim.) (2013). Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2013, Helsinki 2013.

Kuivalainen, Susan (2011). Suomalaisten mielipiteet vähimmäisturvan tasosta vuosina 1995–2010. *Yhteiskuntapolitiikka* 76:4 (2011), 373–387.

Kuivalainen, Susan (2010). Köyhä, köyhempi, köyhin? Toimeentulotuen alikäytön yhteys köyhyyteen. Teoksessa Heikki Ervasti – Susan Kuivalainen – Leo Nyqvist (toim.): Köyhyys, tulonjako ja eriarvoisuus. TCWR, Turku.

Kuivalainen, Susan (2007). Toimeentulotuen alikäytön laajuus ja merkitys. *Yhteiskuntapolitiikka* 72:1 (2007), 49–56.

Kuuden suurimman kaupungin toimeentulotuki 2012. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 9/2013. [http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA\\_Files/downloads/Toimeentulotuki\\_18092013.pdf](http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Toimeentulotuki_18092013.pdf)

Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormo, Helena. Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauskasenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(2012):640-655.

Kytö Hannu, Tuorila Helena & Väliniemi Jenni. 2008. Terveyspalvelujen laatu ja saavutettavuus. Kuluttajatutkimuskeskus, Julkaisuja 8.

Lääkintöhallitus 1988. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988 dno653/02/86. Helsinki.

Laakso, Riitta (2013) Mistä koti huostaanotetulle lapselle? Kunnallisan alan kehittämässätiö <http://www.kaks.fi/tutkimusjulkaisut>

Lagström H, Hakanen M, Niinikoski H, Viikari J, Rönnemaa T, Saarinen M, Pakkala K, Simell O. 2008. Growth patterns and obesity development in overweight or normal weight 13-year-old adolescents – The STRIP study. *Pediatrics* 122, 876-83.

Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2013

Lastensuojelun laatuvaatimukset (Marjo Lavikainen, Kristiina Ruuskanen). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2013: 20

Lastensuojelun tarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2012



Leino T, Koskeniemi E, Saranpää T-R, Strömberg N & Kilpi T. 2007. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. *Suomen Lääkärilehti* 62, 739-743.

Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J & Meyer BA. 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology* 27(5), 604–615.

Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D & Burke BL. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 20(2): 137–160.

Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo M, Kolu P, Raitanan J, Ojala K, Mansikkamäki K, Lamberg S, Vasankari T, Komulainen T & Tulokas S. 2011. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS Medicine*, 8(5),1-11.

Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne. Miten juominen muuttuu iän myötä? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) *Suomi juo: suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Teema-sarja, no 8. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) *Suomi juo: suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Teema-sarja, no 8. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen H-U. 2010. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development* 86, 305–310.

Mielenterveysbarometri, Mielenterveyden keskusliitto

Miettinen, Janissa (2013) Lastensuojelupalvelujen järjestäminen ja saatavuus Manner-Suomen kunnissa vuonna 2010. Kuntaliiton verkkojulkaisu. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2943](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2943)

Ministeriökohtainen toimintaohjelma kuntien tehtävien ja velvoitteiden ja vähentämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala. STM:n jatkotyö 27.10.2013. Verkkojulkaisu: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6556944&name=D\\_LFE-27734.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=D_LFE-27734.pdf)

Moisio, Pasi & Sallila, Seppo (2012). Talousarvioesityksen 2012 vaikutuksista perusturvaan. THL Raportteja 20/2012.

Mustalampi, Saini. Liikaa pelissä? Haasteena rahapelihaittojen ehkäisy. Teoksessa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 6/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2011.

Muuri, Anu (2010). Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa Marja, Vaarama & Pasi, Moisio & Sakari, Karvonen (toim.) (2010). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki

NA (Nimettömät Narkomaanit). Verkkosivut <http://www.nasuomi.org/>.

Newacheck PW, Kim SE, Blumberg SJ & Rising JP. 2008. Who is at risk for special health care needs. Findings from the national survey of children's health. *Pediatrics* 122, 347-359.

Nihtilä A, Widström E, Elonheimo O. Adult heavy and low users of dental services: treatment provided. *Swedish Dental J* 2013 submitted.

Nihtilä A, Widström E, Elonheimo O. Heavy consumption of dental services among Finnish adults. *Community Dental Health* 2010;27(4):227-232.

Nilsson I & Wadeskog A. 2008. Det är bättre att stämma i bäcken än i ån – Att värdera de ekonomiska effekter av tidiga och samordnade insatser kring barn och unga. SEE & Idéer för Livet, Scandia.

Notkola Veijo, Pitkänen Sari, Tuusa Matti, Ala-Kauhaluoma Mika, Harkko Jaakko, Korkeamäki Johanna, Lehtikoinen Tuula, Lehtoranta Pirjo, Puumalainen Jouni, Ehrling Leena, Hämäläinen Juha, Kankaanpää Eila, Rimpelä Matti, Vornanen Riitta (2013) Nuorten syrjäytyminen - tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013. [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/trip?\\${APPL}=erekj&\\${BASE}=erekj&\\${THWIDS}=0.42/1389877902\\_145797&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/trip?${APPL}=erekj&${BASE}=erekj&${THWIDS}=0.42/1389877902_145797&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Nousiainen, Annukka Paasivirta, Sari Pitkänen, Jukka Pyhäjoki, Tom Tarvainen, Jukka Vehviläinen (2010) Moniammatilliset ohjaus- ja palveluverkostot lasten ja nuorten suojelussa Väiliraportti Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan Osaaminen, työ ja hyvinvointi -jaokselle 30. elokuuta 2010

Oikeuskanslerin päätös Dnro 6/50/2006, 13.2.2007

Oikeuskanslerin päätös Dnro 6/50/2011, 30.1.2012. Perusopetuslain mukaisen oppilashuollon toteutuminen peruskouluissa.

Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA 2010. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government

spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(5), 419-424.

Olisiko jo tekojen aika? (2013) Lastensuojelun asiakastyössä toimivien näkemyksiä lastensuojelun nykytilasta. Lastensuojelun keskusliitto, Talentia

Paakkonen, T. (2012) Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 36, Kuopio 2012.

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimusaineiston valossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 52/2012.

Päihdelinkki. Verkkosivut <http://www.paihdelinkki.fi/>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. Alkoholi ja huumeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.

Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Partanen, Airi & Vormaa, Helena & Alho, Hannu & Leppo, Anna. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa 2011: ovatko hoidot monimuotoistumassa? Arvioitavaa Suomen Lääkärilehdessä.

Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Hankilanoja, Arto & Kuussaari, Kristiina & Rönkä, Sanna & Salminen, Mika & Seppälä, Timo & Virtanen, Ari. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 5, 553–561.

Pekkarinen, Elina (2011) Lastensuojelun tieto ja tutkimus - asiantuntijoiden näkökulma. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura, Lapsudentutkimuksen seura, Lastensuojelun Keskusliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/lastensuojeluntieto.pdf>

Peltonen E. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto 2009.

Penttinen K. Lääkäri-hoitaja –työparityöskentely Naantalin terveyskeskuksessa. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu 2013. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/57357>.

Perusturvan riittävyyden arviointiraportti (2011). THL/Avauksia 4/2011

Perälä Marja-Leena, Halme Nina & Kanste Outi. 2013. Lapsiperheiden kokemus palvelujen saatavuudesta. Teoksessa Lammi-Taskula Johanna & Karvonen Sakari. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. (Käsikirjoitus)

Perälä Marja-Leena, Halme Nina & Kanste Outi: Johtaminen, palvelut ja lapsiperheiden hyvinvointi. Teoksessa Reivinen Jukka & Vähäkylä Leena (toim) 2013. Ketä kiinnostaa? Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen, 121–134. Suomen Akatemia, Tutkitusti-sarja.Gaudeamus.Helsinki 2013.

Perälä Marja-Leena, Salonen Anne, Halme Nina & Sirpa Nykänen. 2011. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Raportti 36/ 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Perälä ym. 2013: Oppilas- ja opiskelijahuollon johtaminen kyselyt, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Perälä, Riikka. Sosiaali- ja terveystalouden uusi neuvoteltu järjestys. Esimerkki kuntien ja kristillisten päihdejärjestöjen välisestä yhteistyöstä suomalaisissa kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 75 (2010): 4, 389–399.

Pitkänen Tuuli, Kaskela Teemu, Halme Nina, Kanste Outi & Perälä Marja-Leena. 2013. Päihdepalveluja käyttävien pienten lasten vanhempien elämäntilanne ja kokemukset palveluista. Teoksessa Perälä Marja-Leena, Halme Nina, Kanste Outi & Nykänen Sirpa (toim.) Tuki, osallisuus ja yhteistoiminta lapsiperhe- ja päihdepalveluissa. Vanhempien ja päihdeyksiköiden näkökulmat. Käsikirjoitus Raportti-sarjaan. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pösö, Tarja (2013) Samalla puolella suuntana tulevaisuus. Esitys Sijaishuollon päivillä 1.-2.10.2013 [http://www.lskl.fi/files/2000/Poso\\_Samalla\\_puolella\\_2013.pdf](http://www.lskl.fi/files/2000/Poso_Samalla_puolella_2013.pdf)

Poutiainen H, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T. Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2013, doi:10.1111/scs.12035.

Puustinen-Korhonen, Aila (2013) Lastensuojelun kuntakyselyn tulokset. Kuntaliitto.

Puustinen-Korhonen, Aila (5.12.2013). Kirjallinen asiantuntijalausunto.

Raittio E., Kiiskinen U., Helminen S., Aromaa A., Suominen A-L. Suun terveydenhuolto-palvelujen käyttö ja siihen vaikuttavat tekijät hammashoitouudistuksen jälkeen. Suomen Hammaslääkäri 2013; 5: 20-30.

Raportit/avohilmo 2012. Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (AvoHILMO). [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/avohilmo](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/avohilmo)

Rautiainen H & Saukkonen S-M. 2012. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja ohjeet 6/2012. Helsinki.

Rehunen Antti & Rantanen Manu & Lehtola Ilkka & Hiltunen Mervi J. 2012. Palvelujen saavutettavuus muutoksessa. Helsingin yliopisto, Ruralia-instituutti, Raportti 88/2012.

Reissell E, Kokko S, Milen A, Pekurinen M, Pitkänen N, Blomgren S, Erhola M: Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. THL Raportti 30/2012.

Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Stakes Raportteja 40/2008. Helsinki.

Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E & Rimpelä A. 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Stakesin työpapereita 32/2007. Helsinki.

Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Kivimäki H, Kosunen E & Rimpelä A. 2006. Kouluterveydenhuolto, syksy 2005 – perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. Verkkojulkaisu. Stakes. Tampere. [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK\\_KTHperusraportti180106.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK_KTHperusraportti180106.pdf)

Rintanen H, Puromäki H, Kokko S, Heinämäki L. Perusterveydenhuollon vastaanotto-toiminta. (Artikkeli kirjoitusvaiheessa, 2014, henkilökohtainen tiedonanto, Hannu Rintanen, 2014).

Räisänen S, Sankilampi U, Gissler M, Kramer M, Hakulinen-Viitanen T, Saari J & Hei-nonen S. 2013. Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks – a population based cohort study of 1,164,953 singleton pregnancies in Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health*, JECH Online First, published on October 24, 2013 as 10.1136/jech-2013-202991.

Saaristo V & Ståhl T. 2011. TEAviisari 2010 – Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. THL Raportti 35/2011. Helsinki.

Saaristo V, Wiss K, Peltonen H & Kuusela J. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tiedä ja toimi 22.5.2012. Helsinki.

Saaristo V, Wiss K, Pirttiniemi J & Väyrynen P. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2013. Helsinki.

Salomaa, Jukka. Huumausaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994. Helsinki: Stakes, 1996.

Selin Jani. Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. *Tiimi* 2013;2:22–25.

Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003–2012. Piispa, Minna; Taskinen, Jukka & Ewalds, Helena (2012). Raportti 10/2012. Helsinki: THL

Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, van Mechelen W, Chinapaw MJM. 2008. Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obesity Review* 9, 474–88.

Sipilä, Jorma & Österbacka, Eva: Enemmän ongelmien ehkäisyä, vähemmän korjailua? Perheitä ja lapsia tukevien palvelujen tuloksellisuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Valtiovarainministeriön julkaisuja 11, 2013.

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira), Valvontaohjelma 1:2012. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 14. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuositus (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Julkaisuja 2012:20. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö, *Selvityksiä* 2010:26. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 20. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Opiskeluterveydenhuollon selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:18 ).

Sosiaali- ja terveysministeriö. Suun terveyttä koko väestölle 2013. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämisehdotukset. STM:n raportteja ja muistioita 39. Helsinki 2013.

Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. SVT – Suomen Virallinen Tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaalimenot ja rahoitus 2011, Tilastoraportti 5/2013, Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2013. THL. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104370/Tr05\\_13.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104370/Tr05_13.pdf?sequence=4)

Sosiaalitaito (2013) Lastensuojelun tila Länsi- ja Keski-Uudellamaalla. Lastensuojelulain hengen toteutuminen. Diaesitys 25.11.2013 THL järjestämässä miniseminaarissa.

SOTKANet, -tietokanta, <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> (THL)

Suominen A-L, Vehkalahti M, Knuuttila M. Suunterveys. Raportissa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012. Helsinki 2012, ss: 181-183.

Ståhl T & Saaristo V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. THL Raportti 21/2011. Helsinki.

Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Helsinki.

Suomen Lääkäriliiton terveystieteiden tutkimuskeskusten työvoimatilanne-kysely lokakuussa 2012.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Syntyneet. Tilastokeskus. Helsinki. <http://stat.fi/til/synt/index.html>

Suominen L, Vehkalahti M, Knuuttila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012. ss: 181-3. ISBN 978-952-245-768-4 (painettu), ISBN 978-952-245-769-1. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1)

Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino OY;2004. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>

Suun terveyttä koko väestölle 2013. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämishdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39; 73-75.

TEAvisari. <http://www.thl.fi/TEAvisari>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitopaasyä koskeva tiedonkeruu. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon\\_hoitopaasy](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon_hoitopaasy)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Syntymärekisteri.

Terveydenhuollon laitoshoido. SVT – Suomen Virallinen Tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveys 2000 –tutkimus, THL

THL tietokantaraportit. [www.thl.fi/tietokantaraportit](http://www.thl.fi/tietokantaraportit)

Tilastokeskus. Hallinto-oikeuksien ratkaisut (6101 toimeentulotuen myöntäminen). [http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/oik/haloikr/haloikr\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/oik/haloikr/haloikr_fi.asp)

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Toimiva lastensuojelu loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:19.

Toimeentulotuen menot 2012. Tilastoraportti 12/2013. THL. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104477/Tr12\\_13.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104477/Tr12_13.pdf?sequence=4)

Toimeentulotuki 2012. Tilastoraportti 1/2014. THL [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114525/Tr01\\_14.pdf?sequence=4](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114525/Tr01_14.pdf?sequence=4)

Toimiva lastensuojelu. Selvitys kuntien perhetyön, lastensuojelun toimintatapojen sekä lastensuojelulain toimivuuden kehittämistä. Väliraportti . Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:28.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf)



Tuominen R, Eriksson A-L, Vahlberg T. Private dentists assess treatment required as more extensive, demanding and costly, than public sector dentists. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 2012;40:1-7.

Valtioneuvosto. Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta. 29.11.2013 (Viitattu 4.12.2013). URL: <http://valtioneuvosto.fi/etusivu/rakenneuudistus395285/tiedostot/paatos-29112013/fi.pdf>

Valtioneuvoston asetus 380/2009 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

Valtioneuvoston asetus 338/2011 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009, nyk. 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>

Valvira 2012, Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 - 2014. Valvontaohjelmia 1:2012.

Valvira (2012). Toimeentulotuen määräaikaisten noudattaminen. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014 (liite 1). Valviran valvontaohjelmia 3:2012.

Vario, Pipsa, Barkman, Johanna, Kiili, Johanna, Nikkanen, Marko, Oranen, Mikko & Tervo, Jaana: ”Suojele unelmia, vaali toivoa”. Nuorten suositukset lastensuojelun ja sijaishuollon kehittämiseksi. Jyväskylä: Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisu 6, 2012.

Varis, Tuomo & Virtanen, Sirpa. Alkoholijuomien kulutus 2012. Suomen virallinen tilasto. *Terveys* 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 11/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Varjonen, Vili & Tanhua, Hannele & Forsell, Martta & Perälä, Riikka. Huumetilanne Suomessa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 75/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.

Vartiainen Antti. Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Kuusikko työryhmä, Päihdepalvelut, 26.6.2013 Kuusikko-töryhmän julkaisusarja. Verkkojulkaisu [http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA\\_Files/downloads/Paihdehuolto/Kuusikko\\_ph-raportti\\_2012net.pdf](http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Paihdehuolto/Kuusikko_ph-raportti_2012net.pdf).

Viisainen, K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Stakes, Oppaita 34. Jyväskylä.

Vorma H, Sokero P, Aaltonen M, Turtiainen S, Hughes LA, Savolainen J. Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addictive Behaviours* 2013;38(7):2313–2316.

Vuori E, Ojanperä I, Launiainen T, Nokua J, Ojansivu R-L. Myrkytyskuolemien määrä on kääntynyt laskuun. *Suomen Lääkärilehti* 2012;22:1735–1741a.

Warburton W,P, Warburton R,N, Sweetman A, and Hertzman C. 2011. The impact of placing adolescent males into foster care on their education, income assistant and incarceration. IZA Discussion paper no. 5429, January.

Westman, Jeanette & Gissler, Mika & Wahlbeck, Kristian. Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland. *European Journal of Public Health*, June 9, 2011.

Widström E, Ekqvist M, Tiira H, Seppälä T: Hoitotoimenpiteet terveystieteissä. Työn alla oleva raportti.

Widström E, Komu M, Mikkola H. Longitudinal register study of attendance frequencies in public and private dental services in Finland. *Community Dental Health* 2013;30:143-148.

Widström E, Mikkola H. Industry structures in private dental markets in Finland. *Community Dental Health* 2012; 29(4): 309-314.

Widström E, Seppälä T. Willingness and ability to pay for unexpected dental expenses among Finnish adults. *BMC Oral Health* 2012; 12:35. DOI: 10.1186/1472-6831-12-35.

Widström E, Suokko S. Erikoishammasteknikkojen työtilanne - kyselytutkimus keväällä 2010. *Hammasteknikko* 2011;66(1): 8-13.

Widström E, Tiira H, Alestalo P, Pietilä I. Terveystieteissä hammaslääkärit uuden edessä. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2010: 27:28-33.

Wiss K & Rimpelä M. 2009. Oppilashuollon henkilöstö ja toiminnan painotus. Teoksessa Rimpelä M, Fröjd S & Peltonen H (toim.): Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009, s. 156–170. Opetushallitus ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. Helsinki.

Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H & Saaristo V. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen

(338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 71/2012. Helsinki.

Wiss K, Hietanen-Peltola M, Pelkonen M & Saaristo V. 2013a. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkärivoimavarojen kehitys terveyskeskuksissa vuosina 2005–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2013.

Wiss K, Saaristo V, Peltonen H & Laitinen K. 2013b. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen lukioissa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2013. Helsinki.

Wiss K. 2009. Henkilöstövoimavarat. Teoksessa Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K & Ståhl T (toim.) 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008, s. 166–178. THL Raportti 19/2009. Helsinki.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. STM selvityksiä 2010:4.

8-vuotiaan lapsen kuolemaan johtaneet tapahtumat. Oikeusministeriö: 2013:32. Valtioneuvoston asettama itsenäinen ja riippumaton tutkintaryhmä.



**VM:N  
JULKAISUSARJAN  
TEEMAT:**

Budjetti  
Hallinnon kehittäminen  
Kunnat  
Ohjaus ja tilivelvollisuus  
Rahoitusmarkkinat  
Taloudelliset ja  
talouspoliittiset  
katsaukset  
Valtion työmarkkinalaitos  
Verotus

VALTIOVARAINMINISTERIÖ  
Snellmaninkatu 1 A  
PL 28, 00023 VALTIONEUVOSTO  
Puhelin 09 160 01  
Telefaksi 09 160 33123  
[www.vm.fi](http://www.vm.fi)

9/2014 osa II  
Valtiovarainministeriön julkaisu  
Maaliskuu 2014

ISSN 1459-3394 (nid.)  
ISBN 978-952-251-547-6 (nid.)  
ISSN 1797-9714 (pdf)  
ISBN 978-952-251-548-3 (pdf)