VALTIOVARAINMINISTERIÖ

Perus-palvelujen tila - raportti 2014

Kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunta

9/2014
osa I
Kunnat

VALTIOVARAINMINISTERIÖ

Peruspalvelujen tila –raportti 2014

Kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunta

I OSA – Yhteenveto

Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2014 osa I Kunnat

441 729
Painotuote

VALTIOVARAINMINISTERIÖ
PL 28 (Snellmaninkatu 1 A) 00023 VALTIONEUVOSTO
Puhelin 09 16001 (vaihde)
Internet: www.vm.fi
Taitto: Paula Karjalainen/Juvenes Print

Juvenes Print
Suomen Yliopistopaino Oy, 2014

Kuvailulehti

Julkaisija ja julkaisuaika	Valtiovarainministeriö, maaliskuu 2014
Tekijät	Kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunta, arviointijaosto
Julkaisun nimi	Peruspalvelujen tila –raportti 2014
Asiasanat	Kunnat, peruspalvelut, valtionavut, tuottavuus
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2014 osa I ja II
Julkaisun myynti/jakaja	Julkaisu on saatavissa Internetistä osoitteesta muut tuotetut versiot www.vm.fi/julkaisusarjat
Painopaikka ja -aika	Juvenes Print, Tampereen Yliopistopaino Oy 2012

ISBN 978-952-251-545-2 (nid.) I **ISBN** 978-952-251-547-6 (nid.) II **ISSN** 1459-3394 (nid.) **ISBN** 978-952-251-546-9 (PDF) I **ISBN** 978-952-251-548-3 (PDF) II **ISSN** 1797-9714 (PDF)	**Sivuja** 72 osa I 253 osa II	**Kieli** Suomi

Tiivistelmä

Peruspalvelujen tila –raportin tarkoituksena on antaa yleiskuva peruspalvelujen tilasta päätöksentekijöille hallinnon eri tasoilla. Raportissa käytetty arviointiaineisto on koottu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, opetus- ja kulttuuriministeriöstä ja aluehallintovirastoista. Siinä on hyödynnetty Tilastokeskuksen tuottamia kuntien taloutta ja toimintaa kuvaavaa tilastoaineistoa. Lisäksi raportissa on hyödynnetty hallinnonalojen raportointi- ja ohjausjärjestelmän tuottamaa aineistoa.

Tässä raportissa on arvioitu samoja palveluja jatkuvuuden ja vertailtavuuden vuoksi kuin edellisessä raportissa. Arvioitavat palvelut ovat: varhaiskasvatuksen palvelut, kasvatus- ja koulutuspalvelut, kulttuuripalvelut, kirjastopalvelut, liikuntapalvelut, nuorisopalvelut, perusterveydenhuollon palvelut, kiireettömän hoidon vastaanotto ja perusterveydenhuollon päivystys, suun terveydenhuolto, lasten- ja äitiysneuvolapal-velut, erikoissairaanhoidon palvelut, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, lasten-suojelu, ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut ja toimeentulotuki. Arviointikohteeksi lisätään oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut sekä näkemyksiä lapsiperheiden palve-luiden saatavuudesta.

Tila –raportti on osa lakisääteistä peruspalveluohjelmaa. Se on laadittu kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunnan arviointijaostossa ja käsitelty kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunnassa. Raportti koostuu kahdesta osasta: ensimmäiseen osaan eli varsinaiseen tila –raporttiin on koottu tiiviisti johtopäätökset ja toinen osa on taustamuistio.

Presentationsblad

Utgivare och datum	Finansministeriet, mars 2014	
Författare	Delegationen för kommunal ekonomi och kommunal förvaltning, utvärderingssektionen	
Publikationens titel	Läget med basservicen –rapport 2014	
Publikationsserie och nummer	Finansministeriets publikationer 9/2014 delen I och II	
Beställningar/distribution	Publikationen finns på finska i PDF-format på www.vm.fi/julkaisut. Anvisningar för beställning av en tryckt version finns på samma adress.	
Tryckeri/tryckningsort och -år	Juvenes Print, Tampereen Yliopistopaino Oy	
ISBN 978-952-251-545-2 (hft.) I **ISBN** 978-952-251-547-6 (hft.) II **ISSN** 1459-3394 (hft.) **ISBN** 978-952-251-546-9 (PDF) I **ISBN** 978-952-251-548-3 (PDF) II **ISSN** 1797-9714 (PDF)	**Sidor** 72 delen I 253 delen II	**Språk** Finska

Sammandrag

Syftet med rapporten Läget med basservicen är att förse beslutsfattarna inom olika förvaltningsnivåer med en övergripande bild av läget med basservicen. Utvärderingsmaterialet som använts för rapporten har insamlats från Institutet för hälsa och välfärd, undervisnings- och kulturministeriet samt regionförvaltningsverken. Statistikcentralens statistikmaterial som beskriver kommunernas ekonomi och verksamhet har också utnyttjats, liksom även material som producerats inom förvaltningsområdenas rapporterings- och styrningssystem.

I denna rapport har man för kontinuitetens och jämförbarhetens skull utvärderat samma tjänster som i den föregående rapporten. De utvärderade tjänsterna är: utbildningstjänsterna, kulturtjänsterna, bibliotekstjänsterna, motionstjänsterna, ungdomstjänsterna, tjänsterna inom den grundläggande hälsovården, mottagning till icke akut vård och dejouren inom den grundläggande hälsovården, munhälsovården, barn- och mödrarådgivningstjänsterna, tjänsterna inom den specialiserade sjukvården, mentalhälsovårdstjänsterna, missbrukarvården, förskolepedagogiken, barnskyddet, social- och hälsotjänsterna för seniorer samt utkomststödet. Nya utvärderingsobjekt är tjänsterna inom elev- och studenthälsovården samt åsikterna om tillgången till tjänster för barnfamiljer.

Lägesrapporten är ett led i det lagstadgade basserviceprogrammet. Det har utarbetats av utvärderingssektionen inom delegationen för kommunal ekonomi och kommunal förvaltning och behandlats av delegationen för kommunal ekonomi och kommunal förvaltning. Rapporten består av två delar: den första delen, dvs. den egentliga lägesrapporten innehåller en koncis sammanfattning av slutledningarna och den andra delen den egentliga bakgrundspromemorian.

Description page

Publisher and date	Ministry of Finance, March 2014	
Author(s)	Advisory Board on Municipal Finances and Administration, Evaluation Section	
Title of publication	Report on Basic Public Services 2014	
Publication series and number	Ministry of Finance publications 9/2014 part I and II	
Distribution and sale	The publication is available on the Internet at other versions released www.vm.fi/julkaisusarjat.	
Printed by	Juvenes Print, Tampereen Yliopistopaino Oy	
ISBN 978-952-251-545-2 (print.) I **ISBN** 978-952-251-547-6 (print.) II **ISSN** 1459-3394 (print.) **ISBN** 978-952-251-546-9 (PDF) I **ISBN** 978-952-251-548-3 (PDF) II **ISSN** 1797-9714 (PDF)	**No. of pages** 72 part I 253 part II	**Language** Finnish

Abstract

The purpose of this Report on Basic Public Services is to provide decision-makers at different levels of public administration with an overview of the current state of these services in Finland. The data evaluated in the report were obtained from the National Institute for Health and Welfare, the Ministry of Education and Culture, and the Regional State Administrative Agencies. The report also makes use of data compiled by Statistics Finland on local governments and local government finances. Furthermore it uses data from various government reporting and control systems.

For reasons of continuity and comparability the services evaluated here are the same as in the previous report, i.e. education, culture and library services, sports services, youth services, primary health care services, admission to primary health care emergency and non-emergency services, oral health, primary health care maternity and child health clinics, specialised health care services, mental health and substance abuse services, early childhood education, services for families with children, child protection, social and health services for older people, and income support. Student health and welfare services are added as a new item.

The report was compiled as part of the statutory Basic Public Services Programme. It was prepared by the Evaluation Section of the Advisory Committee on Municipal Finances and Administration and discussed by the Advisory Committee. The report is divided into two parts: the first provides a concise summary of the conclusions, and the second part is a background memorandum.

Sisältö

I OSA – Yhteenveto

1 Johdanto 9
2 Arvioitavat peruspalvelut ja saatavilla oleva tieto 11
3 Kunnallisten palvelujen kustannuskehitys 13
4 Kasvatus- ja koulutuspalvelut 17
4.1 Kasvatuspalvelut 17
4.2 Koulutuspalvelut 19
5 Kirjasto-, kulttuuri-, nuoriso- ja liikuntapalvelut 27
5.1 Kirjastopalvelut 27
5.2 Kulttuuripalvelut 29
5.3 Nuorisopalvelut 31
5.4 Liikuntapalvelut 34
6 Sosiaali- ja terveyspalvelut 37
6.1 Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot 39
6.2 Perusterveydenhuollon palvelut ja toimintamallit, kiireettömän hoidon vastaanotto ja päivystys 41
6.3 Suun terveydenhuolto 44
6.4 Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut 46
6.5 Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut 48
6.6 Lapsiperheiden palvelujen saatavuus 50
6.7 Lastensuojelu 52
6.8 Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut 55
6.9 Erikoissairaanhoidon palvelut 57
6.10 Mielenterveyspalvelut 60
6.11 Päihdepalvelut 62
6.12 Toimeentulotuki 65
7 Valtakunnallisten tuottavuustavoitteiden toteutuminen 67

II OSA – Liiteosa

1 Kasvatus- ja koulutuspalvelut ... 1

1.1 Kasvatuspalvelut ... 3

1.2 Esi- ja perusopetus ... 14

1.3 Lukiokoulutus ... 27

1.4 Ammatillinen koulutus ... 32

2 Kirjasto- , kulttuuri- ja liikuntapalvelut ... 39

2.1 Kirjasto- ja tietopalvelut ... 39

2.2 Kulttuuripalvelut ... 47

2.3 Liikuntapalvelut ... 54

3 Sosiaali- ja terveyspalvelut ... 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 terveyspalvelut ... 162

3.13 Erikoissairaanhoidon palvelut ... 169

3.14 Mielenterveyspalvelut ... 177

3.15 Päihdepalvelut ... 189

3.16 Toimeentulotuki ... 208

20 suurimman kaupungin tuottavuusvertailu ... 217

Kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteet kunnallisten sosiaali-, terveys-, koulutus-, sivistys- ja kulttuuripalvelujen hoidosta vuosina 1996, 2000, 2004, 2008 ja 2011 ... 221

Lähteet ... 235

1 Johdanto

Peruspalvelujen tila –raportti on osa valtiovarainministeriön yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa valmisteltavaa peruspalveluohjelmaa. Ohjelman ja tilaraportin valmistelussa on mukana Suomen Kuntaliitto. Raportti laaditaan joka toinen vuosi. Raportti ja peruspalveluohjelma ovat kokonaisuus, jossa tila –raportti tarkastelee kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen kehitystä viime vuosina suhteessa palveluille asetettuihin tavoitteisiin. Peruspalveluohjelma tarkastelee kuntien toimintaympäristön ja tehtävien tulevia muutoksia kuntatalouden kokonaisuuden osalta. Tila –raportin tarkoitus on antaa yleiskuva päätöksentekijöille hallinnon eri tasoilla peruspalvelujen saatavuudesta, laadusta, taloudellisuudesta,
tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta.

Raportti on laadittu kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunnan arviointijaostossa, käsitelty kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunnassa sekä peruspalveluohjelman ministerityöryhmässä. Lisäksi arviointiraportista on järjestetty keskustelutilaisuus yhteistyötahojen kanssa. Raportin ensimmäinen osa, varsinainen tila –raportti, sisältää arviointijaoston yhteiset johtopäätökset peruspalvelujen tilasta. Toiseen osaan on koottu arviointiaineisto, jonka pohjalta johtopäätökset on tehty. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), opetus- ja kulttuuriministeriö, Suomen Kuntaliitto sekä aluehallintovirastot ovat tuottaneet toisen osan aineistot. Lisäksi raportissa on hyödynnetty Tilastokeskuksen tuottamaa kuntien talous- ja toimintatilaston aineistoa.

2 Arvioitavat peruspalvelut ja saatavilla oleva tieto

Peruspalveluilla tarkoitetaan tässä raportissa sellaisia kuntien järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevia palveluja, joiden järjestämiseen kunnat saavat valtion rahoitusta. Peruspalveluja tarkastellaan asiakkaan ja palvelujen käyttäjän näkökulmasta keskittyen asiakkaiden ja palvelujen järjestäjien kannalta keskeisiin ja volyymiltaan suurimpiin palveluihin.

Tarkasteltavat palvelut ovat samat kuin edellisessä tila –raportissa. Tarkastelemalla samoja palveluja halutaan turvata tarkastelun jatkuvuus sekä vertailtavuus eri ajankohtina. Varhaiskasvatus on tässä raportissa ensimmäistä kertaa osana kasvatus- ja koulutuspalveluita.

Tarkasteltavat palvelut ovat:

- kasvatus- ja koulutuspalvelut:
  - varhaiskasvatus,
  - esi- ja perusopetus,
  - lukiokoulutus
  - ammatillinen peruskoulutus.
- kirjasto- ja kulttuuripalvelut
- nuoriso- ja liikuntatoimen palvelut
- sosiaali- ja terveyspalvelut:
  - perusterveydenhuolto,
  - suun terveydenhuolto,
  - äitiys- ja lastenneuvolapalvelut,
  - oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut,
  - lastensuojelu,
  - ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut,
  - erikoissairaanhoidon palvelut,
  - mielenterveyspalvelut,
  - päihdepalvelut
  - toimeentulotuki.

Kunkin palvelun osalta tarkastellaan sille asetettujen tavoitteiden toteutumista laadun, saatavuuden, taloudellisuuden ja tuottavuuden sekä vaikuttavuuden näkökulmista käytettävissä olevan aineiston pohjalta. Palveluita on tarkasteltu suhteessa niille lainsäädännössä asetettuihin tavoitteisiin. Käytetyt tiedot vaihtelevat palveluittain. Erityisesti tietopohja palvelujen tuottavuudesta, resurssien käytön tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta on puutteellinen. Näiden asioiden arviointi edellyttää riittävien aineistojen lisäksi mittausmenetelmien ja analyysien kehittämistä sekä niiden pohjalta tehtäviä johtopäätöksiä. Sosiaali- ja terveyspalveluissa menetelmiä on eniten kehitetty volyymeiltään isompien palvelujen eli erikoissairaanhoidon ja ikääntyneiden palveluiden osalta. Lisäksi perusterveydenhuollon ja lastensuojelun osalta työ on alkamassa. Koulutuspalveluissa tietopohjaa on kehitetty koulutuksen valtakunnallisen ohjauksen näkökulmasta ja tietotuotanto vastaa varsin hyvin tarpeita.

Kunnallisten palveluiden taloudellisuutta on kootusti käsitelty raportin luvussa 3 asukaskohtaisten nettokustannusten avulla. Tuottavuutta tarkastellaan pääasiassa suoritteiden ja kustannusten suhteen avulla. Saatavuus tarkoittaa asiakkaan pääsyä (esimerkiksi laissa määritellyllä kriteerillä) palvelun piiriin. Joidenkin palvelujen osalta tarkastellaan myös saavutettavuutta, eli asiakkaan etäisyyttä palvelupisteeseen. Laatu tarkoittaa tässä raportissa joko asiakkaan subjektiivista kokemusta palvelutapahtumasta tai palveluja koskevien suositusten laatukriteerien täyttymistä. Palvelujen vaikuttavuus tarkoittaa palvelutilanteesta johtuvaa asiakkaassa tapahtunutta muutosta, esimerkiksi terveydentilan parantuminen tai oppiminen. Ensimmäisen osan luvussa 7 arvioidaan peruspalvelujen valtakunnallisten tuottavuustavoitteiden toteutumista. Tässä arviossa otetaan panos-tuotos – suhteen, eli tuottavuusaineiston lisäksi huomioon myös palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

Kuntaliitto on selvittänyt kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mielipiteitä kunnallisten palvelujen hoidosta säännöllisesti vuodesta 1996 lähtien. Tulosten mukaan sekä kuntalaiset että erityisesti palvelujen käyttäjät ovat pääosin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Vuosien väliset muutokset asiakastyytyväisyydessä ovat vähäisiä.

Raportti on laadittu ajankohtana, jolloin kuntahallintoon suunnitellaan suuria rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. Lisäksi julkisen talouden tila ja erityisesti kuntatalouden tila on haasteellinen. Palvelutuotanto on muutoksen keskellä, joka tuo mukanaan sekä haasteita että mahdollisuuksia. Asiakkaiden ja palvelujen järjestäjien mahdollisuus vertailla palvelutuottajia tulee olemaan keskeistä. Asiakkaiden oikeus valita palvelujen tarjoaja on myös laajentumassa, mikä tulee merkitsemään muutoksia palvelujen toimivuutta kuvaavaan tietoon. Asiakkaiden valinnan pohjaksi tulee pystyä tuottamaan sisällöltään sellaista tietoa, mikä on asiakkaalle olennaista hänen etsiessään sopivinta palveluntarjoajaa. Lisäksi tiedon tulee olla toimipaikkakohtaista, jotta vertailua ja valintaa voi aidosti tehdä. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuudesta ja laadusta tuotetaan pääasiassa vain sairaanhoitopiiri- tai kuntatasoista tietoa. Palvelutuottajia koskevan tiedon pitää olla myös helposti löydettävissä ja käytettävissä.

3 Kunnallisten palvelujen kustannuskehitys

Taulukkoon 1 on koottu kuntien suurimpien toimialojen yhteenlasketut nettokustannukset käyttötaloudesta vuosina 2009–2012. Yksittäisistä palveluista on yksityiskohtaista tietoa Tilastokeskuksen talous- ja toimintatilastoissa, mutta mukaan on valittu vain ne palvelukokonaisuudet, joiden osuus koko käyttötaloudesta ylittää 0,5 prosenttia. Taulukko on antaa karkean kuvan eri palvelujen taloudellisten volyymien suhteista ja niiden menokehityksestä viime vuosina. Kokonaiskustannusten lisäksi palvelut on suhteutettu asukaslukuun, mutta käyttäjäkohtaisia kustannuksia ei ole käytetty. Niiden kustannusten tarkempi vertailu tehdään palvelukohtaisissa tarkasteluissa.

Taulukon mukaan kunnallisten palvelujen nettokustannukset olivat vuonna 2012 yli 27 miljardia euroa. Vuonna 2012 sosiaali- ja terveystoimi muodosti lähes 67 prosenttia kuntien käyttötaloudesta ja opetus- ja kulttuuritoimen osuus oli hieman alle 27 prosenttia. Vuoden 2013 alusta lasten päivähoito siirtyi sosiaali- ja terveystoimesta opetustoimeen. Nettokustannukset ovat koko maan tasolla kasvaneet vuosina 2011 ja 2012 yli 5 prosenttia. Eri palvelujen kustannuskehitystä verrataan suhteessa tähän nettokustannusten kokonaiskasvuun.

Kustannuksia ovat nostaneet ikäluokkien muutokset, uudet tehtävät ja velvoitteet sekä muuttuneet laatuvaatimukset. Joidenkin palvelujen kustannukset ovat kasvaneet yli 10 prosenttia. Tilastoinnin luokitteluihin ei ole tehty muutoksia, jolloin uusien tehtävien kustannuksia on kohdennettu luokkiin, joiden nimi ei kuvaa täysin palvelusisältöä (esimerkiksi muu sosiaali- ja terveystoimi). Tilastokeskuksen luokittelua ollaan uudistamassa osana Kuntatieto-ohjelmaa.

Sosiaali- ja terveystoimen käyttötalouden kustannusten kasvu on ollut viime vuosina noin 6 prosenttia eli muita toimialoja nopeampaa. Se on myös kustannusvolyymiltaan suurin toimiala, joten sen kasvu on euromääräisesti huomattava. Esimerkiksi toimialan nettokustannusten lisäys vuodesta 2011 vuoteen 2012 oli yli miljardi euroa. Erityisesti lasten päiväkotihoito, lastensuojelu, muut lasten ja perheiden palvelut, muut vanhusten ja vammaisten palvelut, päihdehuolto, perusterveydenhuollon avohoito sekä muu sosiaali- ja terveystoimi luokissa ovat nettokustannukset kasvaneet koko maan käyttötaloutta nopeammin. Tämä on rahavirtana huomattava menojen lisäys. Nettokustannukset ovat laskeneet esimerkiksi laitospalveluissa. Suurimman menoerän, erikoissairaanhoidon, kasvuprosentti on pysynyt koko maan kasvuprosentin alapuolella.

Kustannuksia ovat kasvattaneet erityisesti väestön ikääntyminen. Ikäihmisten palvelujen lisäksi ikääntyminen kasvattaa myös terveydenhuollon ja vammaispalvelujen kustannuksia. Sosiaali- ja terveystoimen palvelukohtaisissa kustannuksissa näkyvät myös palvelurakenteen ja lainsäädännön muutokset. Esimerkiksi ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoitoa on korvattu tehostetuilla asumispalveluilla ja erilaisilla avopalveluilla. Vammaispalvelulain muutos lisäsi henkilökohtaisen avun järjestämistä ja lastensuojelulain muutos puolestaan lastensuojelun avopalvelujen järjestämistä.

Opetus- ja kulttuuritoimessa kasvuprosentit ovat pääosin koko maan kasvuprosenttiin verrattuna matalampia. Poikkeuksena ovat koko maan tasoa korkeammat prosentit esiopetuksessa sekä liikunta- ja ulkoilupalveluissa. Esiopetuksen nettokustannusten kasvun taustalla on mm. ikäluokkien kasvu.

Muissa palveluissa koko maan tasoa korkeammat nettokustannusten kasvuprosentit ovat yhdyskuntasuunnittelussa ja joukkoliikenteessä. Myös yleishallinnon nettokustannukset nousivat huomattavasti vuonna 2012.

Taulukko 1. Kuntien palveluiden nettokustannusten kehitys tehtäväluokittain vuosina 2009-2012

	1000 euroa				€/asukas				Muutos edellisvuodesta			Käyttötalous
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2010	2011	2012	% osuus 2012
110 Yleishallinto	1 080 111	1 097 593	1 118 450	1 231 835	203	205	208	228	1,6 %	1,9 %	10,1 %	4,5
200 Sosiaali- ja terveystoimi	15 925 761	16 221 753	17 191 370	18 203 762	2 991	3 034	3 200	3 372	1,9 %	6,0 %	5,9 %	66,8
201 Sosiaali- ja terveystoimen hallinto	210 727	196 593	196 517	208 177	40	37	37	39	-6,7 %	0,0 %	5,9 %	0,8
204 Lasten päiväkotihoito	1 300 222	1 368 764	1 485 627	1 595 997	244	256	277	296	5,3 %	8,5 %	7,4 %	5,9
205 Lasten perhepäivähoito	384 591	369 141	366 247	362 531	72	69	68	67	-4,0 %	-0,8 %	-1,0 %	1,3
207 Muu lasten päivähoito	497 358	529 724	541 388	552 534	93	99	101	102	6,5 %	2,2 %	2,1 %	2,0
212 Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	543 800	560 492	603 061	646 782	102	105	112	120	3,1 %	7,6 %	7,2 %	2,4
217 Muut lasten ja perheiden palvelut	317 693	315 138	350 364	390 474	60	59	65	72	-0,8 %	11,2 %	11,4 %	1,4
220 Vanhusten laitospalvelut	739 465	720 124	690 560	681 627	139	135	129	126	-2,6 %	-4,1 %	-1,3 %	2,5
225 Vammaishuollon laitospalvelut	187 697	184 955	177 975	173 133	35	35	33	32	-1,5 %	-3,8 %	-2,7 %	0,6
230 Vammaisten työllistämistoiminta	144 365	157 068	164 709	162 940	27	29	31	30	8,8 %	4,9 %	-1,1 %	0,6
235 Kotipalvelut	558 279	578 857	604 912	631 835	105	108	113	117	3,7 %	4,5 %	4,5 %	2,3

	1000 euroa				€/asukas				Muutos edellisvuodesta			Käyttötalous
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2010	2011	2012	% osuus 2012
240 Muut vanhusten ja vammaisten palvelut	1 728 276	1 921 334	2 154 181	2 422 236	325	359	401	449	11,2 %	12,1 %	12,4 %	8,9
245 Päihdehuolto	156 500	155 113	164 746	175 135	29	29	31	32	-0,9 %	6,2 %	6,3 %	0,6
253 Perusterveydenhuollon avohoito (pl. hammashuolto)	1 699 037	1 776 572	1 879 889	2 005 191	319	332	350	371	4,6 %	5,8 %	6,7 %	7,4
254 Perusterveydenhuollon hammashuolto	346 740	351 622	375 367	395 307	65	66	70	73	1,4 %	6,8 %	5,3 %	1,5
256 Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	1 051 218	1 014 820	1 040 917	1 083 043	197	190	194	201	-3,5 %	2,6 %	4,0 %	4,0
260 Erikoissairaanhoito	5 016 928	5 140 822	5 454 155	5 682 558	942	961	1 015	1 053	2,5 %	6,1 %	4,2 %	20,9
290 Muu sosiaali- ja terveystoimi	789 938	812 296	869 134	959 916	148	152	162	178	2,8 %	7,0 %	10,4 %	3,5
300 Opetus- ja kulttuuritoimi	6 525 924	6 893 359	7 070 924	7 267 912	1 226	1 289	1 316	1 346	5,6 %	2,6 %	2,8 %	26,7
304 Esiopetus	296 170	304 545	317 207	338 759	56	57	59	63	2,8 %	4,2 %	6,8 %	1,2
305 Perusopetus	3 855 192	4 072 789	4 180 807	4 317 651	724	762	778	800	5,6 %	2,7 %	3,3 %	15,9
310 Lukiokoulutus	589 077	593 651	597 236	611 049	111	111	111	113	0,8 %	0,6 %	2,3 %	2,2
315 Ammatillinen koulutus	326 469	288 906	285 386	297 533	61	54	53	55	-11,5 %	-1,2 %	4,3 %	1,1
350 Kirjastotoimi	278 417	284 660	293 539	299 390	52	53	55	55	2,2 %	3,1 %	2,0 %	1,1
355 Liikunta ja ulkoilu	410 698	417 165	432 266	455 753	77	78	80	84	1,6 %	3,6 %	5,4 %	1,7
360 Nuorisotoimi	141 984	150 703	156 065	162 490	27	28	29	30	6,1 %	3,6 %	4,1 %	0,6
400 Muut palvelut	448 584	404 116	511 702	532 305	84	76	95	99	-9,9 %	26,6 %	4,0 %	2,0
410 Yhdyskuntasuunnittelu	248 938	264 414	271 571	290 012	47	49	51	54	6,2 %	2,7 %	6,8 %	1,1
460 Liikenneväylät	345 727	355 640	386 685	382 394	65	67	72	71	2,9 %	8,7 %	-1,1 %	1,4
480 Palo- ja pelastustoimi	360 379	365 188	379 106	391 979	68	68	71	73	1,3 %	3,8 %	3,4 %	1,4
555 Elinkeinoelämän edistäminen	182 863	192 985	209 172	213 191	34	36	39	39	5,5 %	8,4 %	1,9 %	0,8
630 Joukkoliikenne	267 769	301 098	327 211	361 824	50	56	61	67	12,4 %	8,7 %	10,6 %	1,3
700 Käyttötalous yhteensä	**23 980 378**	**24 616 825**	**25 892 447**	**27 235 816**	**4 504**	**4 604**	**4 819**	**5 045**	**2,7 %**	**5,2 %**	**5,2 %**	**100,0**

4 Kasvatus- ja koulutuspalvelut

4.1 Kasvatuspalvelut

Opetus- ja kulttuuriministeriö on ollut toimivaltainen ministeriö päivähoidon yleisessä suunnittelussa, ohjauksessa ja valvonnassa vuoden 2013 alusta alkaen, jolloin hallinnonalasiirto sosiaali- ja terveysministeriöstä opetus- ja kulttuuriministeriöön tapahtui. Samassa yhteydessä päivähoito lakkasi olemasta sosiaalihuoltolain (710/1982) mukainen sosiaalipalvelu ja siitä tuli kasvatuspalvelu. Kasvatuspalveluilla tarkoitetaan tässä raportissa päivähoitoa ja sen sisältämää hoidon, kasvatuksen ja opetuksen kokonaisuutta eli varhaiskasvatusta.

Päivähoito ja varhaiskasvatus

TAVOITE: Päivähoidon tavoitteena on tukea päivähoidossa olevien lasten koteja näiden kasvatustehtävässä ja yhdessä kotien kanssa edistää lapsen persoonallisuuden tasapainoista kehitystä. (Laki lasten päivähoidosta 36/1973)

Varhaiskasvatuksen tavoitteena on edistää lasten tasapainoista kasvua, kehitystä ja oppimista. Yhteiskunnan järjestämä varhaiskasvatus koostuu hoidon, kasvatuksen ja opetuksen kokonaisuudesta. Varhaiskasvatus on suunnitelmallista ja tavoitteellista vuorovaikutusta ja yhteistoimintaa, jossa lapsen omaehtoisella leikillä on keskeinen merkitys. Varhaiskasvatusta järjestetään varhaiskasvatuspalveluissa, joista keskeisimpiä ovat päiväkotitoiminta, perhepäivähoito sekä erilainen avoin toiminta. (Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet, Stakes 2005/56)

Saatavuus ja laatu

Päivähoidossa olevien lasten määrä on jatkanut tasaista kasvuaan, ollen 228 981 vuonna 2012. Ikäryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että mitä vanhempi lapsi on, sitä suurempi on päivähoitoon osallistumisen osuus. Suurin osa lapsista on kunnallisessa kokopäiväisessä päivähoidossa.

Varhaiskasvatuksessa ei ole toistaiseksi toteutettu kansallista arviointia varhaiskasvatustoiminnan laadusta. Suurin osa kunnista on laatinut varhaiskasvatuksen suunnitelmat.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Kuntien päivähoitoa koskevat palvelumenot olivat 2,6 miljardia euroa vuonna 2012. Kelan maksamat lastenhoidontuen kokonaismenot olivat noin 0,4 miljardia euroa. Yhteensä päivähoidon palvelut ja Kelan lastenhoidon tuet olivat 3,0 miljardia euroa vuonna 2012. Päivähoito- ja varhaiskasvatuspalvelujen kustannukset ovat kasvaneet vuosina 2008 - 2012. Kokonaiskasvua selittävät asiakasmäärän nousu sekä kokopäivähoidossa olevien lasten osuuden kasvu. Kuntien päivähoidon toimintamenot ovat jatkaneet kasvuaan.

Päivähoidon asiakasmaksutulot olivat päiväkoti- ja perhepäivähoidosta vuonna 2012 yhteensä 326 miljoonaa euroa. Asiakasmaksutuotot kattoivat yhteensä vajaa 14 prosenttia toimintamenoista vuonna 2012. Asiakasmaksujen osuus toimintamenoista on laskenut vuodesta 2007 alkaen 0,7 prosenttia, ollen 14,6 prosenttia vuonna 2007 ja 13,9 prosenttia vuonna 2012. Päivähoidon keskimääräiset bruttokustannukset on laskettu hoitopäiväkohtaisista kustannuksia koko- ja osapäivähoidossa.

Päivähoidossa työskenteli vuonna 2012 yhteensä 55 500 henkilöä. Vuodesta 2010 päivähoidon henkilöstön määrä on kasvanut asiakasmäärän nousun seurauksena.

Vaikuttavuus

OECD:n tutkimusten mukaan osallistuminen varhaiskasvatukseen vaikuttaa lapsen koulu-menestykseen positiivisesti. Korkealaatuinen varhaiskasvatus parantaa lasten hyvinvointia ja oppimista. Kansallista varhaiskasvatuksen vaikuttavuustutkimusta ei ole saatavilla. Varhaiskasvatus myös ehkäisee lapsen oppimisvaikeuksien syntymistä ja tasoittaa lasten kehityksellisiä ja sosioekonomisista taustoista johtuvia eroja.

Varhaiskasvatuslainsäädännön valmistelun yhteydessä vanhemmille (N=11 266) suunnatun kyselyn mukaan suurin osa vanhemmista pitää varhaiskasvatuksesta erittäin tärkeänä ja toimivana palveluna. Varhaiskasvatustoiminta on monipuolista, aukioloajat ovat riittävän joustavat ja henkilökunta ammattitaitoista. Kehittämistarpeina vanhemmat tuovat esiin suuret lapsiryhmät, henkilökunnan vaihtuvuuden ja vähäisen määrän sekä sisä- ja ulkotilojen turvallisuuden ja kunnon. Samaan aikaan kuultiin myös lasten mielipiteitä (N=48) päivähoidosta. Lapset viihtyvät hyvin päivähoidossa, mutta toivovat lisää leikkiä, liikkumista ja toiminnallisuutta sekä mahdollisuutta käyttää uutta teknologiaa varhaiskasvatuksessa. Tätä tukevat myös Kuntaliiton tekemät kuntalaiskyselyjen tulokset.

4.2 Koulutuspalvelut

Esi- ja perusopetus

TAVOITE: Opetuksen tavoitteena on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen sekä antaa heille elämässä tarpeellisia tietoja ja taitoja. Lisäksi esiopetuksen tavoitteena on osana varhaiskasvatusta parantaa lasten oppimisedellytyksiä. Opetuksen tulee edistää sivistystä ja tasa-arvoisuutta yhteiskunnassa sekä oppilaiden edellytyksiä osallistua koulutukseen ja muutoin kehittää itseään elämänsä aikana. Opetuksen tavoitteena on lisäksi turvata riittävä yhdenvertaisuus koulutuksessa koko maan alueella. Taataan lapsen oikeus turvalliseen ja laadukkaaseen opetukseen esiopetuksessa ja lähikoulussa. (Perusopetuslaki 628/1998)

Saavutettavuus ja laatu

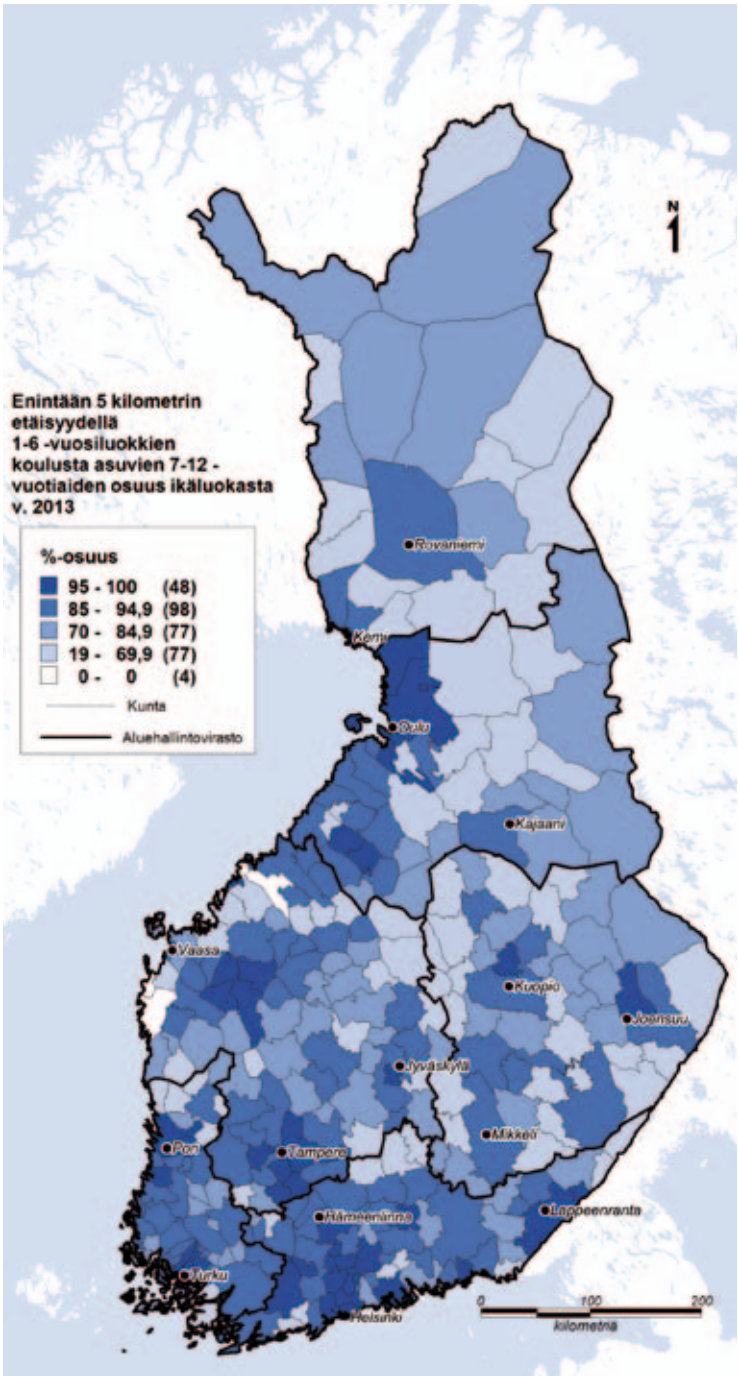
Esiopetukseen osallistuneiden lasten määrä on kasvanut vuodesta 2008 lähtien. Esiopetuksen saavutettavuudessa ei ole tapahtunut valtakunnallisesti merkittäviä muutoksia. Noin kaksi prosenttia kuusivuotiaiden ikäluokasta ei osallistu esiopetukseen. Esiopetuksen laatu on keskimäärin melko hyvää. Laatu vaihtelee alueellisesti ja kuntaryhmittäin sekä erityisesti esiopetusta antavien yksiköiden välillä.

Peruskouluikäisen oppilaiden määrä on vähentynyt lähes koko 2000- luvun ajan, mutta kääntynyt uudelleen nousuun. Oppilasmäärän lasku on heijastunut myös käyttömenojen reaalikehitykseen, joka on kääntynyt laskevaksi. Oppilasmäärän väheneminen on näkynyt koulujen märän vähenemisenä. Perusopetusta antavien (1-6, 7-9 ja 1-9 vuosiluokkia sisältävien) koulujen määrä on vähentynyt vuosien 2008 - 2010 välillä 345 koululla. Kouluverkon kehittämisellä pyritään turvaamaan koulutuksen saavutettavuus ja laadukas opetus.

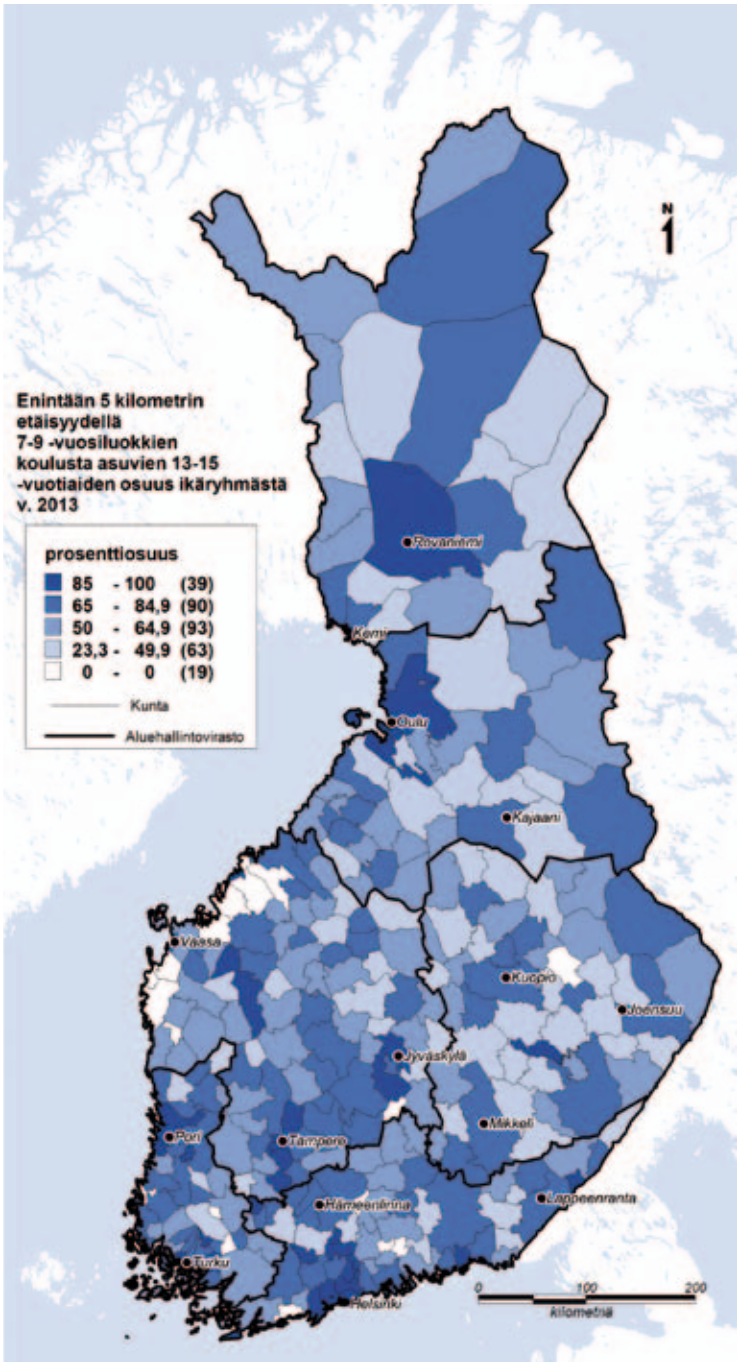
Perusopetuksen saavutettavuudessa ei valtakunnallisesti ole tapahtunut huomattavia muutoksia. Noin 93 prosenttia koululaisista (7–12 –vuotiaista) asuu enintään 5 kilometrin etäisyydellä koulusta. Myös aluehallintovirastojen toiminta-alueen ja maakunnan tasolla tarkasteltuna saavutettavuus on pysynyt varsin vakaana. Maakunnittaisessa saavutettavuudessa on havaittu jonkin verran alueellisia eroja, jotka korostuvat edelleen siirryttäessä kuntatason tarkasteluun. Saavutettavuus ala- ja yläkouluissa on kuvattu kartoissa 1 ja 2.

Opetus- ja kulttuuriministeriö on laatinut Perusopetuksen laatukriteerit, joiden avulla voidaan tuottaa tietoa perusopetuksen rakenteellisesta ja toiminnallisesta laadusta. Perusopetuksen laatukriteerit valmistuivat 2009 ja niitä täydennettiin vuonna 2012, jolloin valmistuivat perusopetuksen aamu- ja iltapäivätoiminnan sekä kerhotoiminnan laatukriteerit. Kuntaliiton tekemien kuntalaiskyselyjen mukaan kuntalaisten arviot koulutuspalveluista ovat lähes poikkeuksetta erittäin positiivisia.

Kartta 1. Alakoulujen saavutettavuus vuonna 2013



Kartta 2. Yläkoulujen saavutettavuus vuonna 2013.



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

Taloudellisuus ja tuottavuus

Perusopetuksen käyttömenojen reaalikehitys on ollut laskeva vuodesta 2006 lähtien. Samaan aikaan perusopetuksen oppilasmäärä on vähentynyt. Vuosien 2010 ja 2011 välillä perusopetuksen käyttömenojen nimelliset kustannukset vähenivät 1,4 prosenttia. Oppilaskohtaiset nimelliset käyttömenot vähenivät vuosien 2010 ja 2011 välillä 0,4 prosenttia.

Peruskoulun tavalla tai toisella kesken jättäneitä oli hieman enemmän kuin edellisvuonna. Lukuvuonna 2011/2012 keskeyttäneitä oli yhteensä 298. Keskeyttäneiden osuus on 0,34 prosenttia kevätlukukauden lopun 9. luokkalaisten määrään verrattuna kun vastaava osuus edellisenä vuonna oli 0,28 prosenttia. Oppivelvollisuutensa kevätlukukaudella kokonaan laiminlyöneitä oli 86 ja oppivelvollisuusiän ohittaneita, ilman peruskoulun päättötodistusta eronneita oli yhteensä 212.

Vaikuttavuus

Perusasteen päättäneiden välitön sijoittuminen jatko-opintoihin on pysynyt 2000-luvulla liki samalla tasolla. Noin 91,5 prosenttia perusasteen päättäneistä sijoittui jatko-opintoihin vuonna 2012. Näistä 50 prosenttia sijoittui lukiokoulutukseen ja 41,5 prosenttia ammatilliseen koulutukseen. Tutkintotavoitteisen koulutuksen lisäksi noin 5 prosenttia perusasteen päättävistä sijoittuu muuhun koulutukseen, kuten valmistaviin ja valmentaviin koulutuksiin. Tutkintotavoitteiseen koulutukseen jatkamattomien osuudessa on merkittäviä alueellisia eroja. Päijät-Hämeessä, Uudellamaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla tutkintoon johtavan koulutuksen ulkopuolelle jää eniten perusasteen päättäviä. Paras tilanne on Etelä- Pohjanmaalla, Pohjanmaalla ja Satakunnassa.

Perusopetuksen päättävän ikäluokan osaaminen on laskussa muun muassa Opetushallituksen oppiainekohtaisten arviointien sekä kansainvälisten tutkimusten mukaan. Nuorten matematiikan osaamisessa on tapahtunut merkittävää heikentymistä ja samalla asenteet kuten esimerkiksi oppimismotivaatio ovat heikentyneet.

Taulukko 2. Suomen menestys PISA –tutkimuksessa 2000-2012

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

Lukiokoulutus

TAVOITE: Lukiokoulutuksen tavoitteena on tukea opiskelijoiden kasvamista hyviksi, tasapainoisiksi ja sivistyneiksi ihmisiksi ja yhteiskunnan jäseniksi sekä antaa opiskelijoille jatko-opintojen, työelämän, harrastusten sekä persoonallisuuden monipuolisen kehittämisen kannalta tarpeellisia tietoja ja taitoja. Maahanmuuttajille ja vieraskielisille järjestettävän lukiokoulutukseen valmistavan koulutuksen tavoitteena on antaa opiskelijalle kielelliset ja muut tarvittavat valmiudet lukiokoulutukseen siirtymistä varten. Lisäksi koulutuksen tulee tukea opiskelijoiden edellytyksiä elinikäiseen oppimiseen ja itsensä kehittämiseen elämänsä aikana.(Lukiolaki 629/1998 (20.12.2013/1044))

Saatavuus ja laatu

Lukiokoulutuksen opiskelijamäärä on vähentynyt runsaalla 10 000:lla vuodesta 2005. Vuonna 2012 lukiokoulutuksessa opiskeli 107 412 opiskelijaa. Opiskelijamäärän väheneminen on johtunut pääsääntöisesti toiselle asteelle siirtyvien ikäluokkien pienenemisestä. Lukioiden määrä on vähentynyt 47:llä vuodesta 2005. Vuonna 2012 noin 34 prosenttia lukioista oli 100-299 opiskelijan kokoisia. Näiden määrä on vuodesta 2005 vuoteen 2012 kuitenkin laskenut selvimmin kun vastaavasti kaikkein suurimpien vähintään 500 opiskelijan ja pienimpien alle 50 opiskelijan oppilaitosten määrä on kasvanut. Alueellisessa saavutettavuudessa ei sen sijaan ole tapahtunut muutoksia. Lukioiden väheneminen on tähän saakka kohdentunut ensisijaisesti kaupunkeihin, joissa lukioita on yhdistelty ja luotu aikaisempaa suurempia kouluja.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Lukiokoulutuksen käyttömenojen reaalikehitys on ollut laskeva vuodesta 2006 lähtien. Samaan aikaan myös lukiokoulutuksen opiskelijoiden määrä on vähentynyt. Vuosien 2010 ja 2011 välillä lukiokoulutuksen käyttömenojen nimelliset kustannukset vähenivät 1,5 prosenttia. Opiskelijakohtaiset nimelliset käyttömenot laskivat vuosien 2010 ja 2011 välillä 1,7 prosenttia.

Vuonna 2011 ylioppilastutkinnon oli suorittanut noin 80 prosenttia vuonna 2008 opintonsa aloittaneista ja noin 88 prosenttia vuonna 2007 opintonsa aloittaneista. Lukiokoulutuksen läpäisyssä ei ole tapahtunut suuria muutoksia.

Lukiokoulutuksen vaikuttavuus

Ylioppilastutkinnon suorittaneista noin 82 prosenttia on vuoden tutkinnon suorittamisen jälkeen sijoittunut jatko-opintoihin tai työllistynyt. Jatko-opintoihin siirtyvien osuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia, mutta alueelliset vaihtelut siirtymissä ovat suuria. 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 saatavuus.

Ammatillinen peruskoulutus

TAVOITE: Ammatillisen peruskoulutuksen tavoitteena on antaa opiskelijoille ammattitaidon saavuttamiseksi tarpeellisia tietoja ja taitoja sekä valmiuksia itsenäisen ammatin harjoittamiseen. Koulutuksen tavoitteena on lisäksi tukea opiskelijoiden kehitystä hyviksi ja tasapainoisiksi ihmisiksi ja yhteiskunnan jäseniksi sekä antaa opiskelijoille jatko-opintojen, harrastusten sekä persoonallisuuden monipuolisen kehittämisen kannalta tarpeellisia tietoja ja taitoja sekä tukea elinikäistä oppimista. (Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998)

Saatavuus ja laatu

Ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijamäärät ovat kasvaneet siitä huolimatta, että nuorisoikäluokat ovat kääntyneet laskuun.

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

Ammatillisen koulutuksen saavutettavuudessa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. 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. Korkeintaan 10 kilometrin päässä ammatillisen koulutuksen järjestäjästä asui 77,5 prosenttia 16-vuotiaista ja korkeintaan 30 kilometrin

päässä 95,7 prosenttia. Alueelliset erot ovat huomattavia. Paras tilanne on Etelä-Suomessa ja heikoin Itä-Suomessa.

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.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Ammatillisen koulutuksen käyttömenot ovat kasvaneet opiskelijamäärän kasvun myötä. Ammatillisen peruskoulutuksen läpäisy on parantunut (3 vuodessa tutkinnon suorittaneet). Vuonna 2009 läpäisyaste oli 59,7 prosenttia, 60, 6 prosenttia vuonna 2010 ja 61, 0 prosenttia vuonna 2011.

Vaikuttavuus

Ammatillisen koulutuksen jälkeisessä työllistymisessä on tapahtunut positiivista kehitystä yleisestä työllisyystilanteen heikentymisestä huolimatta.

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. Vuonna 2007 tutkinnon suorittaneista 65 prosenttia työllistyi ja vastaava osuus vuonna 2009 oli 57,2 prosenttia. 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 Etelä-Savossa ja heikoin Uudellamaalla. Siirtymiin vaikuttavat alueellinen työllisyystilanne ja jatko-opintopaikkojen määrällinen saatavuus.

5 Kirjasto-, kulttuuri-, nuoriso- ja liikuntapalvelut

5.1 Kirjastopalvelut

TAVOITE: Edistää väestön yhtäläisiä mahdollisuuksia sivistykseen, kirjallisuuden ja taiteen harrastukseen, jatkuvaan tietojen, taitojen ja kansalaisvalmiuksien kehittämiseen, kansainvälistymiseen sekä elinikäiseen oppimiseen. (Kirjastolaki)

Saatavuus ja laatu

Saatavuuteen vaikuttavat kirjaston sijaintipaikan lisäksi aukioloajat ja liikenneyhteydet. Kirjastojen monipuoliset verkkopalvelut ovat parantaneet kirjastoasiointia.

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. Suhteellisesti merkittävin muutos on tapahtunut kirjastoautojen määrässä. Kirjastoautojen määrä on jatkanut hienoista laskuaan. Vuonna 2012 toimi enää 151 kirjastoautoa. Kirjastoautoselvityksen 2013 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.

Tuoreessa kirjastojen kansallisessa käyttäjäkyselyssä 91 prosenttia vastaajista piti kirjaston sijaintia hyvänä tai erittäin hyvänä. Suurin negatiivinen kuilu asiakkaiden odotusten ja koetun laadun välillä oli kirjaston aukioloajoissa. Kuntaliiton kuntalaiskyselyn mukaan kirjastopalvelukyselyjen mukaan kirjastopalvelut saavat hyvät arvot. Palveluja käyttäneistä peräti 85 prosenttia pitää niitä hyvin hoidettuina.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Taulukko 3. Yleisten kirjastojen käyttökustannukset (netto) / asukas ja henkilötyövuodet

Vuosi	2008	2010	2012
Toimintakulut, euroa/asukas	53	56	59
Henkilötyövuodet	4218	4 193	4 234

Kirjastojen kustannuskehitys on ollut alempaa verrattuna kuntasektorin muiden peruspalvelujen keskimääräiseen kustannuskehitykseen. Kunnat käyttävät keskimäärin 1,1 prosenttia kunnan toi-mintamenoista kirjastopalveluihin. Palveluiden käyttöaste on korkea ja koskee kaikkia ikä- ja am-mattiryhmiä. Kirjastopalvelujen taloudellisuus ja myös tuottavuus on parantunut kuntarajat ylittä-vällä yhteistyöllä.

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.

Taulukko 4. Yleisten kirjastojen tuottavuus- ja tuloksellisuusmittarit

Vuosi	2008	2010	2012
Lainan kustannukset, euroa/laina	2,80	3,10	3,33
Käynnin kustannukset, euroa/käynti	5,02	5,67	5,98
Lainaus, kpl/asukas	18,9	18,1	17,7
Fyysisiä käyntejä, kpl/asukas	10,5	9,9	9,8
Verkkokäyntejä, kpl/asukas	8,7	10,7	10,6

Vaikuttavuus

Kirjastojen kansallisen käyttäjäkyselyn (2013) tulosten perusteella kirjaston aktiiviasiakkaiden kokemat hyödyt ovat merkittävä. Lähes kaikkien tekijöiden kohdalla enemmistö vastaajista katsoo, että vaikutuksia on ollut jossain määrin tai erittäin paljon. Lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta (88 %) kokee kirjaston parantaneen myös elämänlaatuaan.

Vuonna 2013 julkaistun selvityksen mukaan yleisten kirjastojen tarjoamilla tieto- ja viestintäteknologiapalveluilla on merkitystä elinikäisessä oppimisessa, työllistymisessä sekä sähköisen hallinnon ja aktiivisen kansalaisuuden edistämisessä.

Yhteensä 84 prosenttia 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. Noin 70 prosenttia 10 vuotta täyttäneestä väestöstä oli käynyt kirjastossa vuoden 2009 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.

5.2 Kulttuuripalvelut

TAVOITE: Kunnan tehtävä on edistää, tukea ja järjestää kulttuuritoimintaa. Kunnan tehtävä on myös järjestää kunnan asukkaille mahdollisuuksia taiteen perusopetukseen sekä harrastusta tukevaan opetukseen taiteen eri aloilla. (Laki kuntien kulttuuritoiminnasta 1992/728)

Saatavuus ja laatu

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.

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.

Taiteen perusopetuksen tarjonnassa, kysynnässä ja saavutettavuudessa on merkittäviä maakunnittaisia eroja. Opetus keskittyy paljolti eteläiseen Suomeen. 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.

Kansalaisopistot tarjoavat kulttuurialan opetusta käsi- ja taideteollisuuden ja käden taitojen, teatterin ja tanssi, musiikin sekä kuvataiteen aloilla.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Vuonna 2011 yleisen kulttuuritoiminnan nettokäyttökustannukset asukasta kohti koko maassa olivat 23 euroa/asukas ja museoiden, teattereiden ja orkestereiden 47 euroa/asukas. Yhteenlasketut yleisen kulttuuritoiminnan sekä museoiden, teattereiden ja musiikkitoiminnan nettokustannukset vaihtelivat kunnissa vuonna 2009 välillä -13-165 euroa ja vuonna 2012 välillä 1-181 euroa/asukas. Kaupunkimaisissa kunnissa yleisen kulttuuritoiminnan nettokäyttökustannukset asukasta kohti olivat 28 euroa/asukas, taajaan asutuissa kunnissa 16 euroa/asukas ja maaseutumaisissa kunnissa10 euroa/asukas. Museot, teatterit ja orkesterit keskittyvät maakuntakeskuksiin ja muihin suurempiin kuntiin, mistä kertoo myös niiden nettokäyttökustannusten jakautuminen; kaupunkimaisissa kunnissa nettokäyttökustannukset olivat 65 euroa/asukas, taajaan asutuissa kunnissa 8 euroa/asukas ja maaseutumaisissa kunnissa 4 euroa/asukas. 252 kunnassa nettokäyttökustannukset asukasta kohti olivat enintään 15 euroa. Näissä kunnissa asuu noin 2,4 miljoonaa asukasta.

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 asukaslukuun 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.

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 lisääntynyt viimeisen 10 vuoden aikana.

Teattereissa käyminen ja kulttuurifestivaaleille osallistuminen on kasvanut. Luovia taideharrastuksia on yli 30 prosentilla 10 vuotta täyttäneestä väestöstä. Yleisimpiä luovat harrastukset ovat lapsilla. Jokin luova taideharrastus on 75 prosentilla 10 – 14-vuotiaista.

Yli 50 vuotta täyttäneistä 86 % on kiinnostunut tutkimuksen mukaan kulttuurista ja 68 prosenttia yli 50 vuotta täyttäneistä oli osallistunut johonkin kulttuuritilaisuuteen edeltäneen vuoden aikana. Vastanneista 5 prosenttia ei ollut koskaan osallistunut ja 13 prosentilla osallistumisesta oli kulunut yli kolme vuotta. Suomen Kulttuurirahaston Taloustutkimuksella vuonna 2013 teettämän tutkimuksen mukaan selvä enemmistä suomalaisista on käynyt kahden vuoden aikana elokuvissa, museossa ja teatterissa.

Valtionosuutta saavissa museoissa kävijöitä vuonna 2012 oli 3 678 040. Kävijämäärä kasvoi edellisestä vuodesta 136 089 kävijällä eli n. 3,8 prosentilla. Valtionosuutta saavilla orkestereilla kävijöitä oli vuonna 2012 kaikkiaan 771 829. Kävijämäärä laski 0,7 prosenttia, mutta esiintymisten lukumäärä kasvoi 2,5 prosenttia. %. Teatterikävijöitä vuonna 2012 oli 2 570, mikä oli noin 3,7% vähemmän kuin edellisenä vuonna.

Kulttuuripalveluiden tuotannolla on myös työllistävä ja elinkeinotoimintaa sekä vetovoimaisuutta lisäävää merkitystä. Kulttuuritilinpidon mukaan kulttuurialoille 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.

5.3 Nuorisopalvelut

TAVOITE: Nuorisotyön tavoitteena on tukea nuorten kasvua ja itsenäistymistä, edistää nuorten aktiivista kansalaisuutta ja nuorten sosiaalista vahvistamista sekä parantaa nuorten kasvu- ja elinoloja.

Saatavuus, laatu ja vaikuttavuus

Nuorten sosiaaliseen vahvistamiseen on kiinnitetty viime vuosina erityistä huomiota. Tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja kannustaa mielekkääseen toimintaan. Nuorisotoimialalla toteutetaan nuorisotakuuta tukemalla erityisesti nuorten työpajatoimintaa, etsivää nuorisotyötä sekä nuorten tieto- ja neuvontatyötä. Etsivä nuorisotyö on laajentunut vuosi vuodelta ja sen kautta tavoitettujen ja tuettujen nuorten määrä on kasvanut. Tämä on myös vaikuttanut työpajatoimintaan ohjautuneiden nuorten määrän kasvuun. Nuorten tieto- ja neuvontatyön palvelut on myös tarkoitus laajentaa koko maan kattaviksi ja vuoden 2014 alusta valmistunut kansallinen verkkopalvelu nuortenelämä.fi tarjoaa monialaista tietoa kaikille nuorille.

Nuorisotakuun vaikuttavuutta arvioinut väliraportti toteaa, että nuorisotakuulla on ollut myönteisiä vaikutuksia nuorten palveluja tuottavien tahojen välisen yhteistyön tiivistymiseen ja nuorten palveluihin ohjautumiseen. Sillä on katsottu olevan vähän tai jonkin verran vaikutusta mm. nuorten ammatillisen kouluttautumisen lisääntymiseen, työttömyyden vähenemiseen ja nuorten elämänlaadun paranemiseen.

Nuorisotoimen palveluissa lapset ja nuoret tapaavat muita ikäisiään; kaveruussuhteet ovat syrjäytymisriskiltä suojaavia tekijöitä. Nuorisobarometrin mukaan nuoret itse määrittelevät syrjäytyneeksi nuoren sellaisen, jolla ei ole yhtään kaveria.

Aikaisemmin tehtyjen selvitysten ja arviointien perusteella peruspalveluja on seuraavasti:

1. Nuorisotiloja on noin 1000 (Kuntaliitto 2013).
2. Nuorten tieto- ja neuvontapalveluja (palvelupisteitä, verkkopalveluja tai molempia) on 247 kunnassa ja Aloitekanava.fi on käytössä 115 kunnassa (Koordinaatti 2013).
3. Nuorten erilaisia vaikuttajaryhmien kattavuus kunnista on 81% (Kuntaliitto ja Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi ry 2013).
4. Nuorten työpajatoimintaa on 264 kunnassa. Vuonna 2012 nuorten työpajatoimintaan osallistui 14 225 alle 29-vuotiasta nuorta, joista 65% on miehiä ja 35 % on naisia. Miesten määrä on pysynyt suurempana loppusyksystä 2008 alkaen. Nuorten työpajatoimintaan osallistuneista nuorista 75 % sijoittui pajajakson jälkeen joko koulutukseen, työhön tai muuhun aktiivitoimintaan. Pajoilla puhuttiin 78 eri äidinkieltä. Työhallinnon kautta pajalle tulee 51% nuorista valmentautujista ja koulutuksen järjestäjien kautta 11,8%.
(OKMn valtakunnallinen kysely 2013).
5. 283 kuntaa sai vuonna 2013 valtionavustusta etsivään nuorisotyöhön. Avustuksella palkattiin yhteensä 398 henkilöä etsivän nuorisotyön tehtäviin. Vuonna 2013 etsivä nuorisotyö oli yhteydessä 20 408 nuoreen, joista pidempää apua tarvitsi 14 416 nuorta. Eniten tavoitettiin 16–20 -vuotiaita nuoria, joita oli 9298. Nuorista 17% tavoitettiin joko nuoren vanhempien, kaverien tai nuoren oman yhteydenoton kautta. (OKM:n valtakunnallinen kysely 2013)
6. Kuntien nuorisotoimi työllistää noin 3 000 työntekijää (Kuntaliitto ja Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi ry 2012).
7. Nuorten ohjaus- ja palveluverkostoja on 256 kunnassa ja verkosto on valmisteilla 34 kunnassa. Lakisääteiset verkostot kattavat yli 95 % Manner-Suomen kunnista.

Taulukko 5. Keskeisiä nuorisopalveluja kuvaavia tunnuslukuja, päivitetty loka-marraskuu 2013 käytettävissä olevin tiedoin:

Tavoite[1][1]	2011	2012	2013
Nuorten aktiivinen kansalaisuus			
Nuorten aloitekanava tms. järjestelmien kattavuus kunnista	45%	44 %	38%[2][2]
Nuorisovaltuustojen kattavuus kunnista	70 %	70 %	80 %
ELY-keskusten kautta rahoitettu paikallinen harrastustoiminta, kerhojen määrä	1600	1600	1600
Nuorisokeskusten toimintapäivät	204485	204263	205000
Nuorten sosiaalinen vahvistaminen			
Nuorten tieto- ja neuvontapalvelut, osuus kunnista	77%	77%	68 %[3][3]
Työpajojen kattavuus kunnista	80 %	82 %	85%
Nuoria (alle 29v) työpajoissa	12982	14255	14000
Nuorten määrä, joihin etsivän nuorisotyö oli yhteydessä/joista pidempää etsivän nuorisotyön tukea tarvitsi	15054 / 10041	20408 / 14614	25000 / 15000
Etsivä nuorisotyö, kattavuus kunnista	77 %	87 %	93%
Nuorten kasvu- ja elinolojen parantaminen			
Nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, kattavuus kunnista	60%	81%	84%

Taloudellisuus ja tuottavuus

Nuorten työpajatoiminta on kannattavaa jos 20 prosenttia kohderyhmästä osallistuu pajatyöskentelyyn. Suurin osa näistä nuorista on vailla peruskoulun jälkeistä tutkintoa ja tarvitsee tukea arjenhallintaansa ja tulevaisuuden suunnitteluun.

Nuorisotyön tuottavuudesta ei ole saatavissa tietoja, mutta Kuntaliiton ja Suomen Nuorisoyhteistyö –Allianssi ry:n juuri julkaisema ”Kunnallisen nuorisotyön tulevaisuusodotukset 2013” osoittaa, että nuorisotyön arvostus on noussut kunnissa. Kunnissa on toteutettu nuorisotakuuta aktiivisesti jo ennen nuorisotakuun virallista aloittamista. Toimiala kykenee vastaamaan toimintaympäristön tarpeisiin nopeasti. Nuoret tuntevat mm. etsivän nuorisotyön tai nuorten työpajatoiminnan.

Kuntien nuorisotoimen käyttökustannukset ovat 198,3 miljoonaa euroa. Kuntien nuorisotoimelle osoitetaan valtionosuutta n. 8 miljoonaa euroa vuosittain. Se kattaa 4,1 prosenttia käyttökustannuksista. Lisäksi kunnat voivat saada harkinnanvaraista valtionavustusta nuorisotoimen kehittämishankkeisiin.

5.4 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)

Saatavuus ja laatu

Suomessa on kattava liikuntapaikkaverkosto Oulu-Kajaani-linjan eteläpuolella. Liikuntapaikkoja on noin 30 000, joista noin 75 prosenttia on kuntien omistamia, ylläpitämiä ja hoitamia. Liikuntapaikkarakentamisen tukipolitiikalla on luotu edellytyksiä liikunnallisen elämäntavan yleistymiselle.

Kunnallisten rakennettujen liikuntapaikkojen käyttäjiä ovat tutkimuksen mukaan ensisijaisesti lapset ja nuoret, joiden liikuntaa edistetään erityisesti kuntien käyttövuoropolitiikalla. Käyttövuoroissa merkittävimmät ongelmat ovat suuri kysyntä viikon iltavuoroista ja vuorojen vähäisyys suhteessa kysyntään. Eniten ongelmia on kaupunkimaisissa kunnissa. Koulujen yhteydessä olevat liikuntasalit ja erilliset liikuntahallit ovat käytetyimpiä rakennettuja liikuntapaikkoja lasten ja nuorten organisoidussa liikunnassa. Sisäliikuntatiloista aikuisväestön osalta käytetyimpiä ovat pääosin yksityiset kuntokeskukset sekä uimahallit. Aikuisväestöstä ainoastaan yksi kolmasosa käyttää säännöllisesti varsinaisia rakennettuja liikuntapaikkoja. Lähiliikuntapaikkarakentaminen on kymmenessä vuodessa lähtenyt hyvin liikkeelle, mutta vaihtelee kuntakohtaisesti. Liikuntapaikkaverkosto on osittain rapautumassa heikentyvän ylläpidon vuoksi.

Kuntalaisten suosimat liikuntaympäristöt ovat yleisimmin muita kuin varsinaisia liikuntapaikkoja: kävely- ja pyöräilyteitä, maanteitä, puistoja, metsiä, järviä. Käytetyimmät liikuntapaikat ovatkin kevyen liikenteen väylät ja maastoliikuntapaikat. Nämä liikuntamahdollisuudet ovat riippuvaisia muiden kuin liikunnasta vastaavien hallinnonalojen ratkaisuista.

Lasten ja nuorten liikunnan edistämisen painotus näkyy myös käyttömaksupolitiikassa. Myös erityisryhmiin kuuluvia aktivoidaan käyttömaksupolitiikan avulla harrastamaan liikuntaa. Käyttömaksupolitiikan vaikutuksia erityisryhmien aktivoitumiseen ei ole seurattu. Erityisryhmiin kuuluvien liikuntaa edistetään myös tarjoamalle eri ryhmille räätälöityjä palveluja, jotka vaativat erityisosaamista. Liikuntapaikkojen käyttömaksuissa on suuria eroja. Samantasoisesta palvelusta joutuu maksamaan eri hinnan riippuen asuinkunnasta.

Liikuntapalvelujen tai liikuntapaikkapalvelujen laatua ei ole tutkittu.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Liikuntatoimen käyttökustannukset ovat vuodesta 2008 alkaen nousseet 573,3 miljoonasta eurosta 593,1 miljoonaan euroon. Vuodelle 2009 korotettiin liikuntatoimen valtionosuuden perusteena käytettävää asukaskohtaista yksikköhintaa 10,90 eurosta 12 euroon. Kokonaisvaikutus oli noin 1,8 miljoonaa euroa. Taso on säilynyt samana.

Valtion ja kuntien liikuntapaikkojen peruskorjauksen määrärahoja on viime vuosina lisätty. Peruskorjaustarve on siitä huolimatta kasvanut suureksi. Liikuntainvestoinnit olivat 106 miljoonaa euroa vuonna 2008. Vuonna 2012 liikunnan investointimenot olivat yhteensä 148,3 miljoonaa euroa.

Liikuntapalveluille ei ole asetettu valtakunnallista tuottavuustavoitetta. Liikuntapalvelujen tehokkuudesta tai tuottavuudesta ei ole olemassa yksiselitteisiä mittareita. Kuntien liikuntatointa koskevia indikaattoreita on vuoden 2013 aikana kehitetty ja keskeiset seurattavat indikaattorit pyritään ottamaan käyttöön vuonna 2014.

Vuonna 2012 kuntien liikuntatoimen käyttökustannukset olivat 630,7 milj. euroa. Liikuntatoimen käyttökustannukset sekä nettokustannukset asukasta kohden ovat keskimäärin suurimmat kaupunkimaisissa kunnissa ja pienimmät maaseutumaisissa kunnissa.

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. Suositusten mukaiseen liikunnan määrään yltää tällä hetkellä vain noin puolet lapsista, joka kymmenes aikuisväestöön kuuluva ja muutama prosentti ikäihmisistä. Kansalaisten fyysinen kunto on eriytynyt ja keskimäärin heikentynyt. Sen sijaan ei voida osoittaa, paljonko liikuntapaikkarakentamisen valtionavustuspolitiikalla on vaikutettu riittämättömästi liikkuvien liikuntaan. Ketju valtionavustuspäätöksistä yksittäisen ihmisen liikuntaan on moniportainen ja väliin tulevia tekijöitä on lukuisia, joka vaikeuttaa vaikuttavuuden arviointia.

Vuonna 2012 miehistä 51 prosenttia ja naisista 57 prosenttia ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Vähintään neljä kertaa viikossa 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.

Nuorten vapaa-aikatutkimuksen (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.

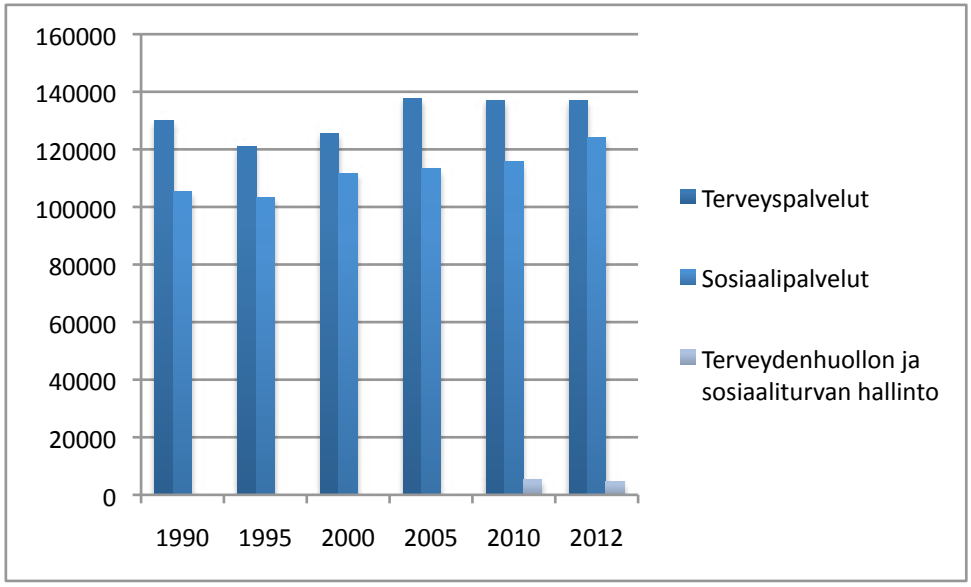
Erityisliikunnan asema on paranemassa kunnissa. Liikunnan ohjaajat verkostoituvat aiempaa tehokkaammin mm. sosiaali- ja terveyssektorin toimijoiden ja järjestöjen kanssa. Kaksi kolmasosaa erityisliikuntajärjestöistä pitää kuitenkin kuntien erityisryhmille tarjoamaa liikkumismahdollisuuksien määrää yhä liian vähäisenä. Järjestöissä 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.

6 Sosiaali- ja terveyspalvelut

Henkilöstömäärien kehitys

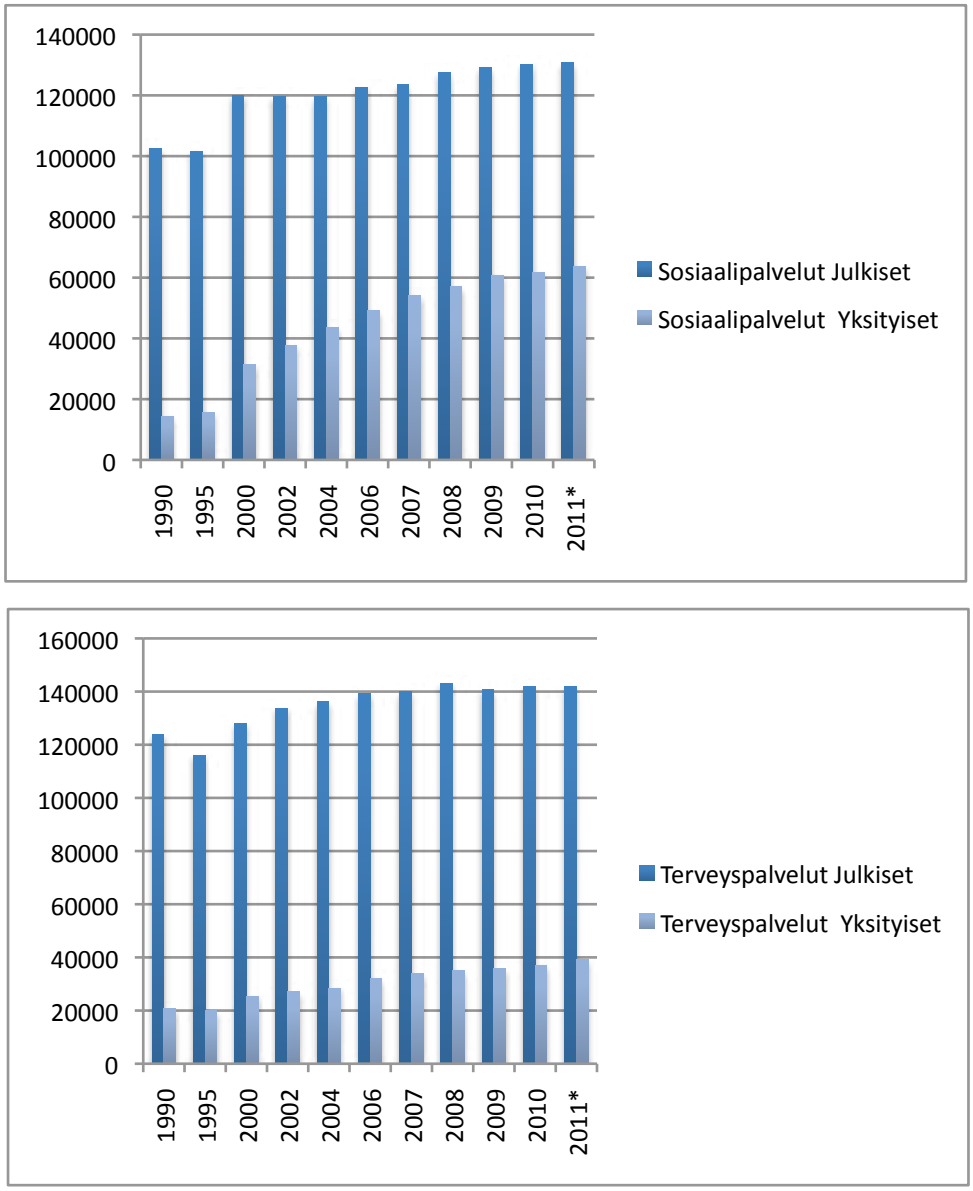
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen palveluksessa oli 265 500 henkilöä vuonna 2012. Viime vuosina yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstömäärä on noussut nopeammin kuin julkisten palvelutuottajien henkilöstömäärä, mutta edelleen kolme neljäsosaa henkilöstöstä on julkisella sektorilla. Sosiaalipalveluissa yksityisten palvelutuottajien palveluksessa oli kolmasosa ja terveyspalveluissa hieman yli viidesosa henkilöstöstä vuonna 2011.

Kuvio 1. Kuntien terveys ja sosiaalipalvelujen henkilöstön määrä vuosina 1990-2012



Lähde: Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Tilastoraportti 23/2013, 26.9.2013. THL

Kuvio 2. Julkisten ja yksityisten palvelutuottajien osuudet henkilöstöstä vuosina 1990-2011



Lähde: THL ja Tilastokeskus

Kansainvälinen vertailu

Kansainvälistä vertailutietoa on käytettävissä lähinnä terveydenhuollosta. OECD-maissa terveysmenojen kasvu on hidastunut merkittävästi talouskriisin seurauksena, ja joka kolmannessa maassa terveysmenot laskivat vuosien 2009 ja 2011 välillä. Suomessakin terveysmenojen kasvuvauhti hidastui vuosina 2010 ja 2011. Suomen terveysmenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,0 % vuonna 2011, mikä on alle OECD-maiden keskiarvon (9,3 %).

Terveydenhuollon resursseja ja henkilökuntaa on Suomessa saman verran kuin keskimäärin OECD-maissa. Suomessa on keskimääräistä pidemmät ei-kiireellisten kirurgisten toimenpiteiden jonotusajat, vaikka tilanne on selvästi parantunut vuonna 2005 voimaan astuneen hoitotakuun myötä. Toisaalta suomalainen terveydenhuolto toimii verrattain hyvin terveydenhuollon laatuosoittimien mukaan.

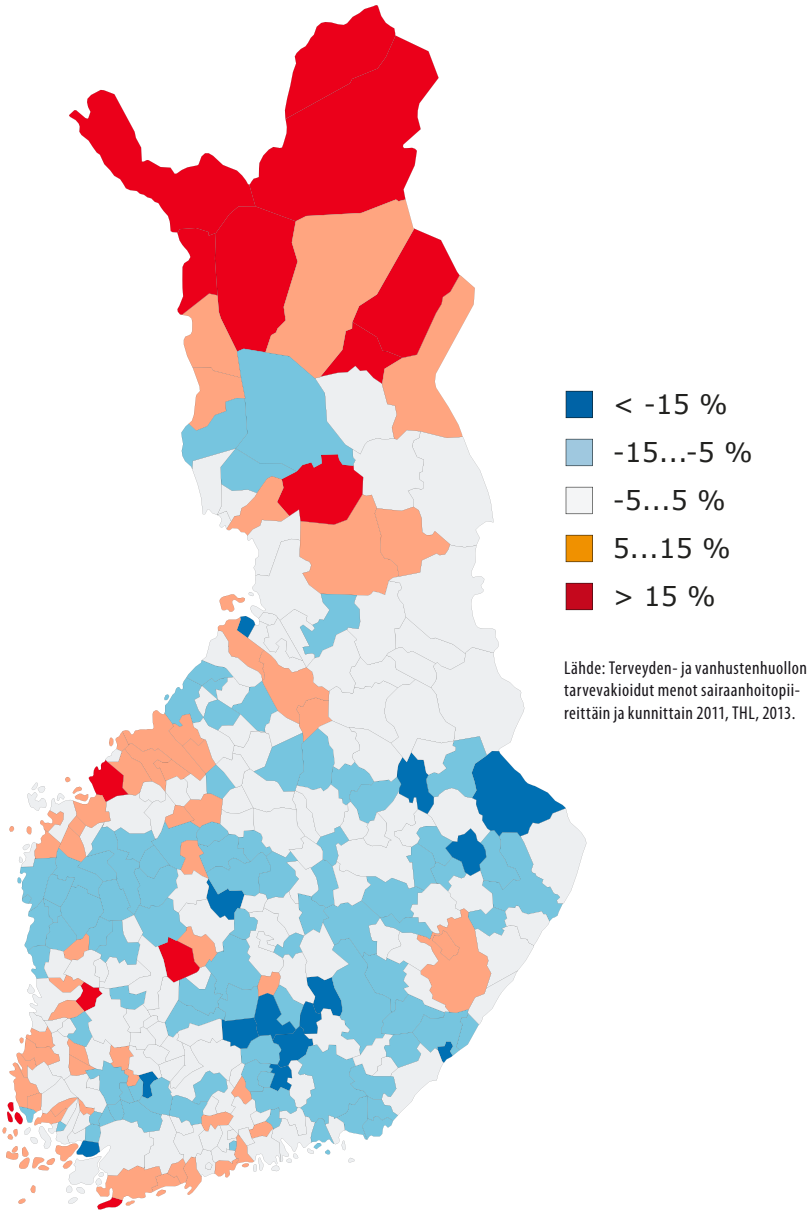
6.1 Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot

Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menoihin vaikuttavat palvelutarpeiden lisäksi monet muut tekijät, esimerkiksi palvelutoiminnan tehokkuus sekä julkisten ja yksityisten palvelujen tarjonta. Matalat kustannukset voivat johtua esimerkiksi toiminnan tehokkuudesta tai palvelujen huonosta saatavuudesta. Korkeat kustannukset voivat johtua esimerkiksi toiminnan tehottomuudesta tai siitä, että kunta tuottaa laajempia ja kalliimpia palveluja.

Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menot olivat keskimäärin 2 097 euroa asukasta kohti vuonna 2011. Menoissa ja palvelutarpeissa oli merkittäviä alueellisia eroja. Menot olivat korkeimmat Itä-Savossa, 2 768 euroa asukasta kohti, ja alimmat HUS -alueella. Ikä- ja sukupuolirakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisesta asemasta johtuvia palvelutarpeita oli suhteellisesti eniten Itä- ja Etelä-Savossa, 22–25 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Vastaavasti vähiten palvelutarpeita oli suhteellisesti HUS-alueella, 16 prosenttia vähemmän kuin koko maassa keskimäärin.

Erot kuntien terveyden- ja vanhustenhuoltoon käyttämissä menoissa pysyvät merkittävinä myös silloin, kun ne suhteutetaan kuntalaisten palvelutarpeisiin. Eniten rahaa terveyden- ja vanhustenhuoltoon käytettiin palvelutarpeet huomioituna 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.

Kartta 3. Kuntien tarvevakioidut menot vuonna 2011



Lähde: Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2011, THL, 2013.

6.2 Perusterveydenhuollon palvelut ja toimintamallit, kiireettömän hoidon vastaanotto ja päivystys

TAVOITE: Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila edellyttävät sekä huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan.

Potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.
(Terveydenhuoltolaki 1326/2010)

Saatavuus ja laatu

Perusterveydenhuollon avohoitokäyntien määrä terveyskeskuksissa väheni vuonna 2012, käyntejä oli yhteensä noin 24,5 miljoonaa. Avohoitokäyntien lukumäärä väheni noin 15 prosenttia edellisestä vuodesta. Lääkärikäyntien lukumäärä väheni noin puolella miljoonalla ja käynnit muun ammattihenkilökunnan luona noin 4 miljoonalla käynnillä vuodesta 2011 vuoteen 2012. Perusterveydenhuollon tilastointi muuttui vuonna 2011, joka on huomioitava aiempien vuosien vertailussa. Tarkasteltaessa vuosia 2000–2010, käynnit lääkäreiden luokse ovat jatkuvasti vähentyneet (2 lääkärikäyntiä/asukas vuonna 2000 ja 1,6 käyntiä/asukas vuonna 2010) ja muiden ammattiryhmien luokse lisääntyneet (2,9 käyntiä/asukas vuonna 2000, 3,5 vuonna 2010). Eniten terveyskeskuskäyntejä asukasta kohden oli vuonna 2012 Lapin (6,2) aluehallintoviraston alueen asukkailla. Lääkärikäyntejä oli vähiten Lounais-Suomen ja Itä-Suomen aluehallintovirastojen alueiden asukkailla (1,4). Lapin aluehallintoviraston alueen asukkailla oli eniten käyntejä asukasta kohden muun ammattihenkilökunnan luona (5,0).

Lokakuussa 2013 lähes 80 prosenttia väestöstä asui sellaisella alueella, jolla välitön yhteydensaanti terveyskeskuksiin onnistui ongelmitta_ Noin 80 prosentilla terveyskeskuksista (93 prosenttia väestöstä), oli käytössä soittopyyntö- ja takaisinsoittojärjestelmä. Soittopyyntöihin vastattiin keskimäärin tunnin kuluessa asiakkaan yhteydenotosta (31 min. keväällä 2013). Hoidon tarpeen arviointi onnistui terveydenhuoltolain mukaisesti lähes kaikissa terveyskeskuksissa kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta.

Pitkät odotusajat lääkärin vastaanotolle vähenivät keväästä 2013. Väestöstä 15 prosenttia asui syksyllä 2013 alueella, jolla oli päivittäin vaikeuksia antaa aika lääkärille. Keväällä 2013 päivittäisiä vaikeuksia saada aika lääkärille oli 18 prosentilla väestöstä. Jonotusajoissa on tapahtunut vuosittain jonkun verran vaihtelua, mutta syksyn 2013 tilanne on lähes samankaltainen kuin esimerkiksi maaliskuussa 2011.

Väestöstä 17 prosenttia asui syksyllä 2013 sellaisten terveyskeskusten alueilla, joilla kiireetöntä vastaanottoaikaa terveyskeskuslääkärille joutui odottamaan yli viisi viikkoa. Tilanne oli parantunut keväästä 2013, jolloin 34 prosenttia väestöstä joutui odottamaan lääkärille pääsyä keskimäärin viisi viikkoa tai kauemmin. Toisaalta tilanne keväällä oli huomattavasti huonompi kuin syksyllä 2012. Ajan lääkärin vastaanotolle sai keskimäärin kahden viikon kuluessa yhteydenotosta alueella, jolla asui noin viidesosa väestöstä. Muutosta parempaan suuntaan on tapahtunut pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna, vaikka vuosittaista vaihtelua on jonkun verran.

Taulukko 6. Jonotusaika lääkärin vastaanotolle (%), suhteessa väestöön vastanneissa terveyskeskuksissa.

	alle 2 viikkoa	2-4 viikkoa	5-12 viikkoa	yli 12 viikkoa
maaliskuu 2009	26	54	20	0
maaliskuu 2010	23	60	17	0
maaliskuu 2011	22	61	18	0
maaliskuu 2012	28	49	24	0
maaliskuu 2013	15	51	33	1
lokakuu 2013	21	62	17	0

Lähde: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon_hoitoonpaasy

Lokakuussa 2013 väestöstä 25 prosenttia asui alueilla, jossa lääkärinviroista oli täyttämättä yli 10 prosenttia. 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. Hoidon saatavuuden, esimerkiksi keskimääräisten odotusajoilla lääkärin vastaanotolle, ja lääkärinvirkojen täyttöasteen välillä ei ole suoraa yhteyttä.

Vuonna 2013 perusterveydenhuollon järjestäjätahoja oli Manner – Suomessa 151, kunnista 89 järjesti itse perusterveydenhuollon. Järjestäjinä oli lisäksi 31 kuntayhtymää ja 31 kuntaa järjesti perusterveydenhuollon vastuukuntamallilla. Terveyskeskuksissa on parannettu työn laatua, tehokkuutta ja vaikuttavuutta kehittämällä toimintatapoja mm. lääkäri-hoitaja – työparitoiminnalla. Tätä mallia käyttäneissä terveyskeskuksissa jonot ovat lyhentyneet ja lääkärille päätyvät ne potilaat, jotka lääkärin hoitoa tarvitsevat. Työparimallia käyttävät terveyskeskukset ovat keskiväestöltään hieman suurempia kuin terveyskeskukset maassa keskimäärin (mediaaniväestö noin 22 070, kaikki terveyskeskukset 21 170). Näissä terveyskeskuksissa lääkärin vastaanotolle pääsy on keskimäärin hieman nopeampaa. Myös omalääkärimallilla toimivissa terveyskeskuksissa hoitoon pääsyn on todettu olevan nopeampaa kuin terveyskeskuksissa keskimäärin. Sen sijaan niissä perinteisillä tavoilla toimivissa terveyskeskuksissa, joissa ei ole tehty työtapojen uudelleen järjestelyjä ja joissa voidaan sanoa olevan käytössä ns. lääkärin vapaa valinta – käytäntö, on hoitoon pääsy keskimääräistä hitaampaa.

Asiakastyytyväisyyskyselyjen tuloksissa on ollut melko pieniä eroja kyselyvuosina, tosin vuonna 2012 tulokset ovat jonkin verran parantuneet aikaisempiin vuosiin verrattuna, ja eniten kiitosta saavat 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 prosenttia vastaajista. Puhelinyhteyden saaminen ja odotusajat terveysasemilla lääkärin ja hoitajan vastaanotoille sekä laboratorioon ovat kuitenkin vastaajien mielestä parantuneet aikaisempiin kyselyihin verrattuna.

Terveyspalveluita käyttäneet kuntalaiset ovat antaneet terveyspalveluista positiivisia arvioita, parhaimmat arviot saivat äitiys- ja lastenneuvoloiden, kotisairaanhoidon sekä sairaan- ja terveydenhoitajan vastaanotot. Vähiten tyytyväisiä ollaan mielenterveys- ja terveyskeskuksen vuodeosastohoito. Arviot vaihtelevat käyttäjien ja ei-käyttäjien välillä.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Taloudellisuus- ja tuottavuuslaskentaa hankaloittaa tilastojen puutteellisuus, esim. pelkästään terveyskeskusten avosairaanhoidon kustannuksia ei saada erotettua muusta perusterveydenhuollon toiminnasta. Runsas puolet lääkäreiden työajasta on avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa.

Perusterveydenhuollon palveluiden kehittämistä ja tietopohjan parantumista tukee omalta osaltaan jatkossa Perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmän (pDRG) käyttöönoton mahdollisuus kunnissa.

Työparimallia käyttävissä terveyskeskuksissa oli keväällä 2013 useammin työvoimavajetta kuin terveyskeskuksissa keskimäärin, syksyllä tilanne näytti parantuneen. Lääkärityövoimaa niissä on runsaammin kuin terveyskeskuksissa keskimäärin. Hyvin toimiakseen työparimallin käytön edellytyksenä on, että toiminta on tarpeeksi hyvin resursoitua, jolloin terveyskeskusten kustannukset ovat myös hieman keskimääräistä korkeammat.

Pienemmissä terveyskeskuksissa terveydenhuollon kustannukset ovat väestöön suhteutettuna keskimääräistä korkeammat. Niissä on keskimääräistä enemmän lääkärissäkäyntejä ja vähemmän työvoimavajetta.

Vaikuttavuus

Perusterveydenhuollon vaikuttavuudesta ei toistaiseksi ole saatavilla luotettavaa tietoa. THL:ssä on käynnistynyt peruspalvelujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset -tutkimus (Peruspalveluhanke), jossa tuotetaan tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palvelu- ja hoitoketjuista ja hoitokäytännöistä, näiden toimivuudesta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista sekä näihin vaikuttavista tekijöistä.

Päivystyspalvelut

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

Perusterveydenhuollon päivystystoimipisteet sijoittuvat entistä useammin samoihin tiloihin erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa. Uudemmissa yhteispäivystyksissä toiminta on organisoitu akuuttilääketieteen periaatteiden mukaisesti ja perusterveydenhuollon lääkärit toimivat osana muuta päivystystiimiä. Tavoitteena on tehostaa potilaiden hoidon sujuvuutta ja parantaa hoidon laatua. Vaarana muutoksessa on yleislääketieteen toiminnan muutos erikoissairaanhoidon kaltaiseen toimintamalliin, jonka seurauksena kustannukset voivat nousta. Tilastotietoja päivystyksellisten hoitojen kattavuudesta tai tarpeesta perusterveydenhuollossa ei ole käytettävissä.

6.3 Suun terveydenhuolto

TAVOITE: Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on osana terveydenhuollon palveluja järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Tähän kuuluvat väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta, terveysneuvonta, terveystarkastukset, suun sairauksien tutkimus ja hoito sekä potilaan erityisen tuen ja tarpeen varhainen tunnistaminen sekä jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen.

Suun terveydenhuoltoa koskevat samat välitöntä yhteydensaantia ja hoidon tarpeen arviointia koskevat säädökset kuin muuta perusterveydenhuoltoa. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010)

Saatavuus ja laatu

Vuonna 2012 terveyskeskushammashoidossa kävi noin 1,7 miljoonaa henkilöä, joista noin 680 000 oli lapsia ja nuoria ja 1 040 000 aikuisia. Samana vuonna Kelan korvaamassa yksityishammashoidossa kävi 1 047 000 henkilöä. Aikuisväestön osuus terveyskeskusten suun terveydenhuollon potilaista on kasvanut lähes vuosittain ajanjaksolla 2002 - 2010. Terveyskeskuksissa vuonna 2011 kävi 22 prosenttia ja yksityisessä hammashoidossa 24 prosenttia 18 vuotta täyttäneistä. Tutkimuksen mukaan etelä- ja pohjoissuomalaisilla oli kliinisesti todettua suun ja hampaiden hoidon tarvetta 73 prosentilla yli 30-vuotiaista aikui-

sista, iäkkäämmillä enemmän kuin nuoremmilla ja vähemmän koulutetuilla enemmän kuin pitempään koulutetuilla.

Soittopyyntö- ja takaisinsoittojärjestelmien käyttö on parantanut yhteyden saantia terveyskeskuksiin. Tämän järjestelmän piirissä oli väestöstä noin 75 prosenttia syksyllä 2013. Terveyskeskuksista 83 prosenttiin sai yhteyden välittömästi, kun vastaava osuus keväällä 2013 oli 77 prosenttia. Väestöstä 25 prosenttia asui alueella, jossa välittömässä yhteyden-saannissa oli ajoittaisia ongelmia, jatkuvia ongelmia ei raportoitu lainkaan (keväällä ajoittaisia ongelmia 43 %, jatkuvia ongelmia 2 %). Hoidon tarpeen arviointi toteutui kolmen arkipäivän kuluessa.

Syksyllä 2013 lähes 90 prosenttia väestöstä asui sellaisten terveyskeskusten alueilla, joilla suun terveydenhuoltoon pääsi kuuden kuukauden kuluessa hoitoon hakeutumisesta. Yli puoli vuotta suun terveydenhuoltoa odottaneiden määrä on vähentynyt tasaisesti vuodesta 2011. Sekä yli 3 että yli 6 kuukautta hoitoa odottaneiden määrä väheni keväästä 2013. Väestöön suhteutettuna yli 6 kk jonottaneita oli eniten Kainuun sairaanhoitopiirin alueella. Eniten suun terveydenhuoltoon odottajia suhteessa väestöön oli Pohjois-Suomen sekä Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirastojen alueen terveyskeskuksissa.

Terveyskeskushammaslääkärivaje oli 9 prosenttia lokakuussa 2013, joka merkitsi noin 190 hammaslääkärin vajausta terveyskeskuksissa. Vuokratyövoiman osuus oli lisäksi noin 6 prosenttia. Noin puolet terveyskeskuksista oli sellaisia, joiden alueella ei hammaslääkärivajetta ollut. Vähintään 20 prosentin terveyskeskushammaslääkärin vajeesta ilmoitti 18 terveyskeskusta, joiden alueella asui yli puoli miljoonaa suomalaista.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Vuonna 2011 suun terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat terveydenhuoltomenotilaston mukaan 1023 miljoo-naa euroa, 6 prosenttia kaikista terveydenhuollon menoista. Kun siihen lisätään kuntien järjestämien palveluiden asia-kasmaksut, kustannukset ovat yhteensä 1125 miljoonaa euroa. Terveyskeskusten tuottaman perusterveydenhuollon hammashoidon julkisesti rahoitetut kustannukset olivat 356 miljoonaa euroa. Kun siihen lisätään asiakasmaksujen osuus, 102 miljoonaa euroa, terveyskeskusten suun terveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä 458 miljoonaa euroa. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon kustannukset laskivat hieman edellisestä vuodesta. Valtio ja kunnat rahoittavat terveyskeskushammashoidon menoista 78 prosenttia ja asiakkaat 22 prosenttia. Asiakkaiden kattama osuus oli suurempi kuin muissa kunnallisissa palveluissa. Asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksesta on kasvanut 2000-luvulla.

Suun terveydenhuollon yksityisen palvelutuotannon menojen osuus kokonaiskustannuksista oli 568 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen suun terveydenhuolto vuonna 2011 oli 396 miljoonaa euroa, josta Kela korvasi 124 miljoonaa euroa. Yksityisestä suun terveydenhuollosta kotitaloudet rahoittivat 70 prosenttia, Kela 21,8 prosenttia, valtio ja kunnat 6,6 prosenttia (pääasiassa kuntien ostopalveluja) ja avustuskassat 1,6 prosenttia. Asiakkaiden ja potilaiden maksut olivat julkisen ja yksityisen hammashoidon kokonaisuudesta 587 miljoonaa euroa.

Vaikuttavuus

Hammashoitouudistuksen arviointitutkimuksen mukaan hoitotakuu näyttää parantaneen vastaajien pääsyä suun terveydenhuoltoon vaikka usean vastaajan mielestä hoitoaika oli annettu liian pitkän ajan päähän. Kelan korvaamia yksityishammaslääkäri-käyntejä tehtiin lukumääräisesti yhtä paljon vuosikymmenen lopussa kuin vuonna 2003. Toteutunut osuus on hieman suurempi kuin mitä hammashoitouudistusta koskevassa hallituksen esityksessä. Potilaiden siirtymät sektoreiden välillä ovat jääneet vähäisiksi, jota myös ennakoitiin uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä. Suomalainen aikuisväestö käy kuitenkin edelleen hammashoidossa harvemmin kuin muiden Pohjoismaiden aikuisväestö. Sosioekonomiset erot palvelujen käytössä ovat edelleen suuria vaikka kehitystä on tapahtunut palvelujen lisääntyneen käytön myötä.

Ongelmana terveyskeskuksissa on ollut pitkään jatkunut hammaslääkäripula. Hoitoon pääsyn toteutumista on pyritty parantamaan työnjaon kehittämisellä, joka näkyy terveyskeskuksissa käyntien määrän kasvuna suuhygienisteille ja hammashoitajille.

6.4 Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut

TAVOITE: Neuvolapalveluihin sisältyvät: sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden seuranta ja edistäminen; lapsen terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta; lapsen suun terveydentilan seuranta; vanhemmuuden ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen; lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyyden edistäminen; lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Kunnan on laadittava yhtenäinen toimintaohjelma neuvolatoiminnalle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Terveystarkastusten ja niiden perusteella suunnitellun terveysneuvonnan on muodostettava suunnitelmallinen yksilön ja perheen niihin osallistumisen mahdollistava kokonaisuus. Palveluja järjestettäessä on kiinnitettävä huomiota lapsen ja nuoren kehitysympäristöihin. Terveystarkastukset ja terveysneuvonta on järjestettävä tarpeen mukaan moniammatillisesti. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011).

Saatavuus ja laatu

Lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäistä lasta kasvattavat perheet käyttävät neuvolapalveluja riippumatta vanhempien sosiaalisesta asemasta. Äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa on tapahtunut vuodesta 2009 alkaen myönteistä kehitystä muun muassa määräaikaisten terveystarkastusten järjestämisessä ja henkilöstövoimavaroissa.

Määräaikaisissa terveystarkastuksissa oli vaihtelua kuntien välillä. Kuntien vuoden 2012 suunnitelmissa äitiysneuvolan terveydenhoitajan terveystarkastukset olivat aiempien valtakunnallisten suositusten (1999) tasolla 56 - 94 prosentissa ja vastaavasti lääkärintarkastukset

76 - 79 prosentissa terveyskeskuksia. Vuoden 2012 suunnitelmissa lastenneuvolan terveydenhoitajan terveystarkastukset olivat asetuksen edellyttämällä tasolla lastenneuvolassa 77 - 92 prosentissa ja lääkärintarkastukset 86 - 94 prosentissa terveyskeskuksia. Koko perheen laajat terveystarkastukset ovat vakiintuneet eri puolilla maata. Laajat terveystarkastukset ovat monipuolistaneet palvelujen sisältöä. Lasten ja perheiden erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen on lisääntynyt. Näiden johdosta neuvolatyön laatu on parantunut.

Sekä äitiys- että lastenneuvolan henkilöstövoimavarat ovat parantuneet vuodesta 2009 alkaen. Vuonna 2011 äitiysneuvolassa toimivien terveydenhoitajien henkilöstömitoitus oli suositusten mukainen 57 prosentissa ja lääkäreiden 63 prosentissa terveyskeskuksia. Tuolloin lastenneuvolassa toimivien terveydenhoitajien mitoitus oli 34 prosentissa terveyskeskuksia suosituksen mukainen ja lääkäreiden 20 prosentissa.

Puolet terveyskeskuksista oli vuonna 2010 laatinut neuvolatyölle yhtenäisen toimintaohjelman yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Vuonna 2012 toimintaohjelman oli tehnyt 81 prosenttia terveyskeskuksia.

Suurten kaupunkien neuvolapalveluihin ollaan yleisesti hyvin tyytyväisiä. Vuosien 2010 ja 2012 välillä neuvoloiden asiakastyytyväisyydessä isoissa kaupungeissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Parhaimmat arviot asiakkaat antoivat henkilökunnan ammattitaidosta ja vuorovaikutuksesta, sekä henkilökunnan kyvystä palvella asiakkaan äidinkielellä. Keskeisin kehittämiskohde 2012 kyselyn mukaan monissa kaupungeissa on edelleen puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle. Tyytymättömyyttä oli neuvolapalvelujen lääkärin vastaanottokäynnin hyödyllisyydestä. Kuntalaiskyselyissä neuvolapalvelut ovat saaneet parhaimmat arviot. Käyttäjistä 80 prosenttia piti viimeisimmässä kyselyssä palvelua hyvin hoidettuna.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen taloudellisuudesta ja tuottavuudesta ei ole käytettävissä tietoja.

Vanhempien terveys ja hyvinvointi sekä terveystottumukset vaikuttavat keskeisesti lasten terveyteen ja hyvinvointiin. Ehkäiseviin palveluihin investoimalla on aikaansaatu säästöjä. Yksittäisen kunnan tilastojen tulkintaa vaikeuttaa kuitenkin se, että ehkäisevien palvelujen tulokset näkyvät monesti vasta vuosien päästä ja havaittuihin kustannusvaihteluihin vaikuttaa tehtyjen toimenpiteiden lisäksi myös satunnaisvaihtelu.

Kuntaesimerkki – Imatra

Imatralla rekrytoitiin perhetyöntekijät terveydenhoitajien työpareiksi tekemään mahdollisimman varhain lapsiperheitä tukevia kotikäyntejä. Tavoitteena oli muun muassa korjaavien lastensuojelupalvelujen ja niiden menojen taittuminen. Ratkaisu käänsi korjaavien palvelujen kustannukset laskuun. Moniammatillisen työn avulla oli pystytty estämään ainakin yksi kalliiksi tuleva lastensuojelun laitossijoitus. Hyvinvointineuvola on tuonut Imatran kaupungille selvää säästöä, joka näkyy pienentyneitä lastensuojelukustannuksina.

Vaikuttavuus

Kustannusvaikuttavuudeltaan tehokkaaksi on osoitettu liikuntaan, ravitsemukseen ja painonhallintaan sekä tupakointiin ja päihteiden käyttöön liittyvä neuvonta. Säännölliset tapaamiset ja huolellisesti toteutetut terveystarkastukset mahdollistavat lasten ja heidän perheidensä tuen tarpeen tunnistamisen ja tuen kohdentamisen sitä tarvitseville. Laajan terveystarkastuksen aihepiirit kohdistuvat tekijöihin, joiden tutkimusten mukaan tiedetään vaikuttavan lasten hyvinvointiin.

Toimivat äitiys- ja lastenneuvolapalvelut voivat moniammatillisessa yhteistyössä mahdollistaa oikea-aikaisen tuen lapsiperheille. Tukena tarjottavat lisäkäynnit neuvolaan riittävät useille perheille varhaiseksi tukimuodoksi. Seurannan parantamiseksi tarvitaan parempaa tietoa. Sähköisiä potilastietojärjestelmiä on kehitettävä tukemaan paremmin hoitotiedon kirjaamista.

6.5 Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut

TAVOITE: Oppilashuollon tavoitteena on oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen sekä niiden edellytyksien lisääminen kouluyhteisössä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluille on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma ja tarjottava palvelut yhdenmukaisesti kaikille lapsille, nuorille ja perheille, sekä yksilöllisten tarpeiden mukaan toimintaa ja työmuotoja kohdentaen ja syventäen syventäen (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013, Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011).

Kouluterveydenhuolto on osa perusopetuslain mukaisia oppilashuollon palveluja. Kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Saatavuus ja laatu

Oppilas- ja opiskelijahuoltopalvelujen sekä henkilöstön saatavuus on viime vuosina jonkin verran parantunut. Kaikki oppilas- ja opiskelijahuollon palvelut eivät kuitenkaan edelleenkään ole helposti ja kattavasti saatavilla. Palveluissa on eroja alueellisesti, väestöpohjaltaan erikokoisten terveyskeskusten välillä ja koulu/oppilaitoskohtaisesti. Lukion palvelut näyttävät monessa suhteessa olevan paremmat kuin ammattioppilaitosten opiskelijahuollon palvelut, vaikka terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin tukemisen tarpeiden tiedetään olevan suuremmat ammattiin opiskelevilla.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon laadullinen kehittäminen on aktiivista. Kouluterveydenhuollon toimintaohjelman, suunnitelman palvelujen toteuttamisesta, oli laatinut

neljä viidestä terveyskeskuksesta elokuuhun 2012 mennessä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toiminnasta ja sen kehittämisestä vastaavia henkilöitä on terveyskeskuksissa nimetty entistä enemmän. Yhtenäisiä työtapoja on vahvistettu. Terveystarkastukset toteutuvat entistä kattavammin. Neljä viidestä terveyskeskuksesta toteuttaa ensimmäisen ja kahdeksannen luokan laajan terveystarkastuksen ja yhdeksän kymmenestä terveyskeskuksesta viidennen luokan laajan terveystarkastuksen säädösten mukaisesti.

Opiskeluterveydenhuollossa terveystarkastukset toteutuvat hyvin. Ammattiin opiskelevien tarkastukset toteutuvat huonommin kuin lukiolaisten. Myös kuraattori- ja psykologihenkilöstön saatavuus oli huonompi ammattioppilaitoksilla. Yleinen positiivinen kehitys näkyy myös koulu- ja oppilaitosympäristöjen terveellisyyden ja turvallisuuden sekä yhteisön hyvinvoinnin tarkastuksissa, joita tehdään entistä enemmän.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstöresurssit ovat lisääntyneet. Kouluterveydenhuollossa kolme neljästä ja opiskeluterveydenhuollossa noin puolet terveyskeskuksista on terveydenhoitajien osalta saavuttanut mitoitussuositukset. Lääkärimitoitus on vain pieneltä osin saavuttanut suositukset, mutta lääkärikohtaiset oppilas- ja opiskelijamäärät ovat vähintään puolittuneet vuoden 2007 jälkeen. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen saatavuutta heikentää palvelujen hajauttaminen terveyskeskuksen eri toimipisteisiin, jolloin niitä on mahdotonta toteuttaa asetuksen edellyttämän yhtenäisen kokonaisuuden periaatteella. Koulukuraattorilla on henkilötyövuotta kohti keskimäärin noin tuhat oppilasta ja psykologilla selvästi enemmän.

Viidennen luokan oppilailta kerätyistä kokemuksista oppilashuollon palveluista ja tuen saannista koulussa ilmenee, että oppilaat, joita oli kiusattu tai joilla oli kotona väkivaltaa tai sen uhkaa tai keskimääräistä enemmän huolia, kävivät terveydenhoitajalla, lääkärillä ja kuraattorilla muita useammin. Palvelujen voidaan arvioida kohdentuvan oikein. Enemmistö laajaan terveystarkastukseen osallistuneista viidesluokkalaisista koki, että tarkastuksessa oli puhuttu hänelle tärkeistä asioista ja hänen mielipidettään oli kuunneltu. Myös vanhempien kokemukset 5. luokan laajasta terveystarkastuksesta olivat sangen myönteiset. Vanhemmista yli 70 prosenttia oli jälkikäteen kysyttäessä pitänyt tarkastusta perheen näkökulmasta hyödyllisenä. Kuitenkin yli kolmannes vanhemmista piti saamansa tietoa ja tukea vanhemmuuteen ainakin osin riittämättömänä. Kaksi viidestä vanhemmasta koki tarvinneensa tukea kouluterveydenhuollosta ja heistä suurin osa oli tyytyväisiä saamaansa tukeen.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen taloudellisuudesta ja tuottavuudesta ei ole käytettävissä tietoja. Ehkäisevien palvelujen järjestäminen on yleensä huomattavasti edullisempaa kuin korjaavien palvelujen. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen tarjoaminen monelta eri luukulta terveyskeskuksissa aiheuttaa päällekkäisyyttä ja tehottomuutta.

Vaikuttavuus

Oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen vaikuttavuudesta ei ole saatavissa tutkimustietoa. Ennalta ehkäisevien palvelujen ja käytössä olevien käytäntöjen (mm. laajat terveystarkastukset) tiedetään kuitenkin vaikuttavan myönteisesti lasten elämään ja ehkäisevän korjaavien palvelujen tarvetta.

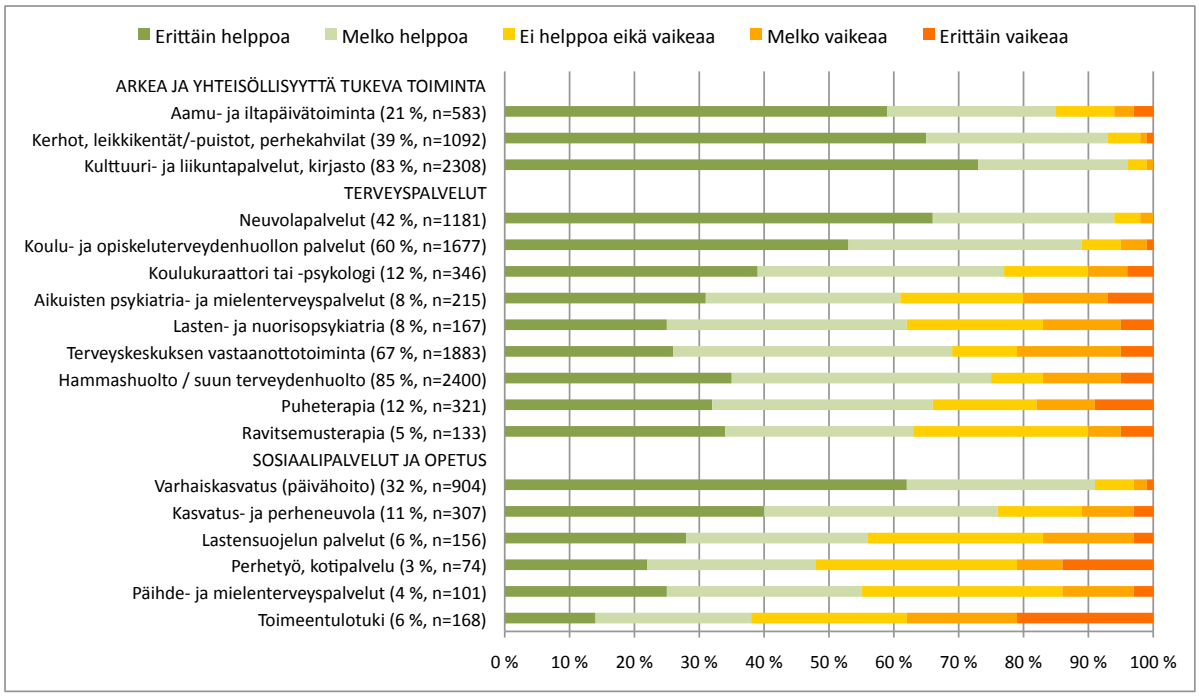
Toimivalla opiskeluterveydenhuollolla on hyvät mahdollisuudet edistää opiskelijan terveyttä, hyvinvointia ja opiskelukykyä sekä ehkäistä opintojen keskeytyminen. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksissa edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä lapsen ja nuoren normaalia kehitystä sekä tunnistetaan ja tartutaan arjen huoliin ennen tilanteen monimutkaistumista. Samoin kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset mahdollistavat myös perheen ja vanhempien tukemisen varhaisesti.

6.6 Lapsiperheiden palvelujen saatavuus

Lapsiperheiden palvelujen saatavuutta tarkastellaan vanhempien ja lapsiperhepalveluiden työntekijöiden kokemana. Tarkastelussa olivat lapsiperheiden keskeiset terveyspalvelut, sosiaalipalvelut ja varhaiskasvatus, liikunta- ja kulttuuripalvelut, aamu- ja iltapäivätoiminta sekä kerhotoiminta. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksiin. Alle 18-vuotiaiden lasten vanhempien arvioon palvelujen saatavuudesta ja työntekijöiden arvioon siitä, miten asiakkaat saavat palveluja.

Vuonna 2012 lähes kaikki viimeisen vuoden aikana lastenneuvola- tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja käyttäneistä pitivät niiden saatavuutta helppona. Noin viidennes vanhemmista piti aikuisten psykiatrian ja mielenterveyspalvelujen, lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä terveyskeskuksen vastaanottopalvelujen saatavuutta melko tai erittäin vaikeana. Kymmenennes arvioi koulukuraattori- ja psykologipalvelujen ja lähes viidennes pienten lasten puheterapian (18 %) saatavuuden vaikeaksi. (Kuvio 1.) Hammashuollon palvelujen saatavuus koettiin Länsi-Suomessa muuta maata vaikeammaksi.

Kuvio 4. Palvelujen saatavuus niitä käyttäneiden kokemana (N = 2 956, joista 1125 vanhemmalla alle kouluikäisiä lapsia). Sulkeisiin merkitty kyseistä palvelua käyttäneiden osuus ja lukumäärä (%,n). (Mukailtu: Perälä, Halme & Kanste 2014).



Lähes kaikki (92 %) viimeisen vuoden aikana päivähoitopalveluja käyttäneistä alle kouluikäisten lasten perheistä piti päivähoitopalvelujen saatavuutta helppona. Lastensuojelun palveluja sekä perhetyötä tai kotipalvelua käyttäneistä noin viidennes ja toimeentulotukea saaneista lähes kolmannes koki palvelujen saatavuuden vaikeaksi. Kasvatus- ja perheneuvolan palvelujen käyttö alle kouluikäisten lasten perheistä (20 %) oli muita perheitä yleisempää. Tämä selittynee sillä, että osa kasvatus- ja perheneuvoloiden voimavaroista kuluu lapsen kehitystaso- ja kouluvalmiustutkimuksiin.

Kyselyn (vuonna 2010) mukaan perhetyötä ei ollut saatavilla noin 40 prosentissa päihdeyksiköistä. Tukea oli tarjolla perheen kriisitilanteisiin. Päihdeyksiköistä kolme neljännestä kysyi, oliko asiakkaalla lapsia ja kirjasi sen asiakirjaan aina tai lähes aina, kun kymmenennes ei kysynyt lapsista lainkaan. Päihdepalveluja käyttäneet vanhemmat (haastattelu 2010) toivoivat lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen yhteistyön tiivistämistä ja enemmän mahdollisuuksia päästä perhehoitoon. Vanhemmat tarvitsisivat enemmän erityisesti ehkäisevää perhetyötä, avun saamista myös virka-ajan ulkopuolella ja joustavaa mahdollisuutta palata hoidon piiriin kriisitilanteissa. Avun saantia vaikeuttivat myös heikko tiedon saaminen palveluista sekä työntekijöiden puutteellinen osaaminen päihdeongelmien ja kriisitilanteiden hoidossa.

Alle kouluikäisten lasten perheistä vuonna 2012 leikkikenttiä ja -puistoja käyttäneet sekä erilaiseen kerhotoimintaan tai perhekahviloihin osallistuneet olivat tyytyväisiä näiden palvelujen saatavuuteen. Ensimmäisen ja toisen vuosiluokan oppilaille sekä erityisopetuksessa oleville tarkoitettua aamu- ja iltapäivätoimintaa vuonna 2012 käyttäneet pitivät palvelun saatavuutta vaikeana. Lähes kaikki vuoden aikana kulttuuri- ja liikuntapalveluja sekä kirjastopalveluja käyttäneistä lapsiperheistä piti saatavuutta vähintään melko helppona. Kulttuuri- ja liikuntapalvelujen saatavuus oli Helsingin ja Uudenmaan alueella sekä Ahvenanmaalla jonkin verran muuta maata parempaa.

Valtaosa lapsiperheistä voi hyvin, ja heille riittävät jo tarjolla olevat palvelut. Perheet, joilla on voimavaroja kuormittavia tekijöitä ja joiden sosiaalinen asema oli alhaisempi, kokivat palvelujen saamisen vaikeampana. Yksityislääkäripalveluihin hakeutuneet pienten lasten vanhemmat arvioivat terveyskeskuspalvelujen saatavuuden vaikeaksi, vaikutusmahdollisuudet lasta, nuorta ja perhettä koskeviin asioihin vähäiseksi sekä yhteistyön, palvelujen laadun ja riittävyyden puutteelliseksi. Yksityisiä palveluja käyttivät erityisesti korkeasti koulutetut vanhemmat, joilla on hyvä taloudellinen tilanne ja silloin, kun yksityiset palvelut sijaitsevat lähellä.

6.7 Lastensuojelu

TAVOITE: Lastensuojelun on edistettävä lapsen suotuisaa kehitystä ja hyvinvointia. Lastensuojelun on tuettava vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lapsen kasvatuksessa ja huolenpidossa. Lastensuojelun on pyrittävä ehkäisemään lapsen ja perheen ongelmia sekä puuttumaan riittävän varhain havaittuihin ongelmiin. Lastensuojelun tarvetta arvioitaessa ja lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lastensuojelun tavoitteena on oikea-aikainen, määrällisesti ja laadullisesti lasten ja perheiden tarpeisiin vastaavan toiminnan ja palvelujen järjestäminen: Kunnan on huolehdittava siitä, että ehkäisevä lastensuojelu sekä lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina sitä tarvitaan. (Lastensuojelulaki 417/2007)

Saatavuus ja laatu

Lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä on vuosi vuodelta kasvanut, vuonna 2012 oli jo 87 200 lasta ja nuorta asiakkaana. Myös uusien avohuollon asiakkaiden määrä on kasvanut, 37 288 lasta ja nuorta tuli vuoden 2012 aikana lastensuojelun avohuoltoon. Kaikista avohuollon asiakkaana olevista alaikäisistä lapsista melkein joka toinen (48 %) oli uusi. Lastensuojeluun tehtiin aikaisempiin vuosiin verrattuna yhä enemmän lastensuojeluilmoituksia: vuonna 2012 tehtiin yli 100 000 lastensuojeluilmoitusta, ja ne koskivat lähes 64 400 lasta. Lastensuojelun työntekijöille osoitettuun kyselyyn vastanneista 89 prosenttia piti varhaiseen tuen ja ehkäisevään työn resursseja riittämättöminä.

Kodin ulkopuolella oli vuoden 2012 aikana sijoitettuna yhä enemmän lapsia ja nuoria. Sijoitettujen lasten ja nuorten kokonaismäärä (yli 17 830) kasvoi 1,6 prosenttia edelli-

sestä vuodesta. Kaikista sijoitetuista lapsista ja nuorista oli vuoden 2012 aikana huostaan otettuina 10 675 lasta, eikä negatiivinen kehitys ole kääntynyt parempaan suuntaan. Puolet huostassa olleista lapsista oli vuoden lopussa sijoitettuna perheisiin, joista sukulais- tai läheisperheiden osuus oli noin 11 prosenttia. Kiireellisesti sijoitettiin yhä enemmän eli lähes 4000 lasta. Kaikista vuonna 2012 kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleista lapsista oli huostaan otettuja tai kiireellisesti sijoitettuja yhteensä 12 105 lasta, tahdonvastaisesti huostaan otettujen lasten osuus oli 18 prosenttia.

Uudistetut säädökset sekä ilmoituskynnyksen madaltuminen vaikuttavat kasvaviin lukuihin. Toisaalta lastensuojelun tarvetta lisäävät myös riittämättömät voimavarat tukea oireilevia lapsia, jolloin varhainen tuki viivästyy.

Sosiaalityöntekijöiden määrä ei ole kasvanut samassa suhteessa asiakasmäärien kanssa, työn kuormittavuus on lisääntynyt. Lastensuojelulaissa asetettujen määräaikojen noudattamista valvotaan yhä tarkemmin.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Lastensuojelun tuottavuudesta ei ole käytettävissä luotettavaa tutkimusta eikä seurannan edellyttämää tietopohjaa. Lastensuojelun tuottavuuden ja vaikuttavuuden arviointiin vaikuttavat monet ulkoiset tekijät. Kunta- ja organisaatiorakenteen muutokset heijastuvat sekä palveluja että niiden seurantatietoja koskevien järjestelmämuutosten kautta taloudellisuuden ja tuottavuuden arviointiin.

Lastensuojelun keskusliiton ja Talentian tekemään kyselyyn vastanneista työntekijöistä 73 prosenttia työskenteli kunnassa, jossa oli tehty organisaatiomuutos viimeisen kolmen vuoden aikana. Työprosesseja oli pilkottu ja palvelujärjestelmää kehitetty, mikä osaltaan vaikeuttaa taloudellisuuden ja tuottavuuden arviointia. Edellä mainittuun kyselyyn vastanneista 20 prosenttia arvioi, että lastensuojelun palveluja on myös vahvistettu sekä työmuotoja on kehitetty eri tavoin.

Vaikka tuottavuudesta ei ole saatavissa tilastotietoja, tuottavuustekijöinä on nostettu esiin esimerkiksi riittävän ajan irrottamiseen lapsi- ja perhekohtaisesti, kunnioittava kohtaaminen, lapsen arjen ja läheisverkoston toimintakyvyn vahvistaminen sekä yhdessä toimimisen ilmapiiri.

Lastensuojelun kustannuksiin vaikuttaa oleellisesti muun palvelujärjestelmän toiminta. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen käyttökustannukset ovat nousseet selvästi viime vuosina. Vuonna 2011 kunnat käyttivät lasten ja perheiden palveluihin 1,03 mrd. euroa, mikä on 4,8 prosenttia 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 ovat kasvaneet sekä absoluuttisesti että suhteessa käyttökustannuksiin. Kun osuus vielä 2000-luvun alussa oli 30 prosenttia, se oli 44,4 prosenttia vuonna 2011. Laitos- ja perhehoidon kustannukset olivat kasvaneet edellisvuodesta noin 3,4 prosenttia. Laitoshoito on keskimäärin noin neljä kertaa kalliimpaa kuin lapsen hoitaminen sijaisperheessä. Vuonna 2012 lastensuojelun laitoshoidon kustannukset olivat kuudessa suurimmassa kaupungissa keskimäärin 269 euroa vuorokaudessa. Kunnan oma tuotanto oli keskimäärin 45 euroa kalliimpaa kuin ostopalvelut. Näissä kustannuksissa oli kuitenkin suuria eroja kuntien välillä.

Avohuollon kustannukset ovat nousseet selvästi vuodesta 2010 (Taulukko 7). Väliaikainen kustannusten lasku johtui 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 vuosina 2011 ja 2012. Reaalinen kasvu oli lähes 5 prosenttia.

Taulukko 7. 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

Myös perhehoidon kustannukset ovat kasvaneet viime vuosina. Kuuden suurimman kaupungin kustannusvertailussa perhehoidon kustannukset olivat keskimäärin 81 euroa hoitovuorokautta kohti ja luvanvaraisen perhehoidon (ent. ammatillinen perhekoti) kustannukset olivat 169 euroa vuorokautta kohti vuonna 2012.

Kuntien ja valtion ylläpitämien lastensuojeluyksiköiden rinnalla yksityisten yritysten osuus palvelujen tuottajana on kasvanut. Yksityisten palvelutuottajien osuus lastensuojelulaitosten ja perhekotien hoitopäivistä oli 67,5 prosenttia vuonna 2010. Lastensuojelun laitoshuollon toimipaikoista jo 84 prosenttia on muita kuin julkisen sektorin yksiköitä.

Vaikuttavuus

Lastensuojelun käytäntöjen vaikuttavuutta ei tunneta riittävästi, ja vaikuttavuuden tarkastelemiseksi tarvittaisiin pitkäaikaista monipuolista seuranta-aineistoa. Koska yleistä tietoa vaikuttavuudesta ja tehdyistä toimenpiteistä ei ole, on tulkittava erillisten tutkimusten tuloksia ja nojattava asiantuntijoilta sekä muilta osapuolilta koottuihin arvioihin.

THL:ssä on käynnistynyt Lastensuojelun kehittämis- ja tutkimushanke, jonka tavoitteena on mm. lastensuojelun vaikutusten, vaikuttavuuden ja seurannan tietopohjan vahvistaminen sekä lastensuojelun yhteistyön ja tietojen vaihdon kehittäminen. Tietopohjaa kehitetään niin, että voidaan seurata lastensuojelun palvelupolkuja, ja saadaan tietoa niiden kustannuksista ja vaikuttavuudesta sekä palvelujen tarpeen syistä. Lisäksi Kuntaliitto on käynnistänyt lastensuojelun vaikuttavuusmittariston kehittämisprojektin.

6.8 Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut

TAVOITE: Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaat, ja hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaiset sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka lisäksi sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan ovat kunnan väestön hyvinvoinnin turvallisuuden ja toimintakyvyn edellyttämät. Palvelut on toteutettava iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta tukevalla tavalla. Kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin sekä palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kunnan on järjestettävä myös ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja.

Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaansa. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoitona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua. Kuntien on huolehdittava siitä, että henkilön omat näkemykset on häntä itseään koskevissa asioissa kuultu ja että iäkäs väestö osallistuu kunnan suunnittelu- ja seurantaprosesseihin vähintään vanhusneuvostojen kautta. Iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. Laadukkaiden ja hyvän hoidon turvaavien palvelujen keskeiset elementit ovat riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö osaava johtaminen sekä asianmukaiset toimitilat (Vanhuspalvelulaki 980/2012, voimaan 1.7.2013)

Saatavuus ja laatu

Ikäihmisten palveluita saaneiden 75 vuotta täyttäneiden kokonaisosuus kaikista 75 vuotta täyttäneistä on vuoden 2000 jälkeen säilynyt jokseenkin ennallaan, noin 25–26 prosenttia. Kotihoitoa säännöllisesti saavien 75 vuotta täyttäneiden osuus samanikäisestä väestöstä on pysytellyt 11 - 12 prosenttia, mutta heidän lukumääränsä on noussut yhdessätoista vuodessa noin kymmenellä tuhannella henkilöllä (59 697 -70 529). Ympärivuorokautista hoivaa laitoksissa tai palvelutaloissa saaneiden osuus on pysytellyt noin 10 prosentin paikkeilla, mutta heidän lukumääränsä on noussut noin viidellä tuhannella henkilöllä (40 910 - 45 927).

Palvelujen saatavuuden kriteerit ovat kuntien itsensä määritettävissä ja vaihtelevat kunnittain, Esimerkiksi vuonna 2013 vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan mukaan sosiaalipalvelujen odotusaikojen seuraaminen toteutui vain noin kolmasosassa kuntia tai kuntayhtymiä (37,1 %) ja vastaavasti pysyvään ympärivuorokautiseen hoitoon pääsyä joutui odottamaan lähes aina yli 3 kk (93,1 %).

Asiakkaan kuulemisessa palvelujen räätälöinnin yhteydessä on työtä, sillä tarpeiden arvioinnin yhteydessä vain alle puolet kotihoidon ja joka kuudes laitoshoidon asukkaista osallistui aktiivisesti tarpeidensa arviointiprosessiin. Osuus oli sitä pienempi mitä vaikeampi henkilön dementia oli.

Tilojen ja henkilöstön saatavuudesta ja laadusta ei ole vielä tietoa, sillä tarkempi analyysi valmistuu vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimuksessa vuonna 2014. Prosesseista tiedetään esimerkiksi se, että tarpeettomien rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö on laskenut viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana. Samalla hoidon lopputulokset ovat parantuneet esimerkiksi siten, että keskivaikeasta kivusta kärsivien osuus on laskenut vanhainkodeissa 5 prosenttiyksikköä.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Yhteensä hoivaa saaneiden lukumäärän kasvu noin 15 000 henkilöllä näkyy kokonaiskustannusten vastaavana kasvuna ja työvoimatarpeen lisääntymisenä. Muutos on merkittävin kustannusten jakautumisessa ja se keskittyy avo- ja laitospalvelujen rajapintaan. Laitoshoidon asiakaskunnan vähentyminen 32 tuhannesta 18 tuhanteen siten, että terveyskeskusten pitkäaikaisasiakkaiden lukumäärä on puolittunut ja vanhainkotien vähentynyt kolmanneksella, on vähentänyt kunnille kohdistuneita kustannuksia. Ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien palvelutalojen asiakaskunnan kasvu yhdessätoista vuodessa yli kolminkertaiseksi puolestaan on kohdistanut kustannuspainetta KELAan esimerkiksi lääkekorvausten ja joidenkin kuljetuspalvelujen muodossa.

Ympärivuorokautisen hoidon kustannuksista yli puolet koostuu nykyisin muistisairauksien aiheuttamista kustannuksista. Vanhuspalvelut kohdentuvat myös kotihoidon osalta yhä enenevästi muistisairauksia sairastaville.

Omaishoidon tukea saavien 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden lukumäärä on noussut 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). Omaishoidon aiempaa runsaampi käyttö on vielä osittain hyödyntämätön voimavara, jonka onnistuminen heijastunee tulevina vuosina myönteisesti vanhuspalveluiden kokonaiskustannuksiin ja tuottavuuteen.

Vaikuttavuus

Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä on mahdollista viivästyttää suotuisilla elämäntavoilla, ravitsemuksella ja kuntoutuksella sekä hyvällä sairaanhoidolla ja kuntoutuksella. Kustannusvaikuttavista ja laadukkaista hoitokäytännöistä on esimerkkinä niiden lääkkeiden välttäminen, jotka aiheuttavat esimerkiksi sekavuutta tai kaatuilua sekä vuodelevon välttäminen. Paras osoitus palvelujen vaikuttavuudesta olisi kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuuden kasvu. Valtakunnallisesti toistetut kyselyt kuten terveys 2000 ja Terveys 2011 osoittavat kuitenkin, että iäkkään väestön toimintakyky alkaa heikentyä vasta korkeammissa ikäluokissa. Ehkäisevien palvelujen vaikuttavuus saattaa lähitulevaisuudessa näkyä myös palvelurakenteessa.

6.9 Erikoissairaanhoidon palvelut

TAVOITE: Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun toimintayksikköön. Hoitotarpeen arvioinnin edellyttämä erikoislääkärin arviointi tulee toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta (lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa kuudessa viikossa). Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu (lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa kolmessa kuukaudessa). (Terveydenhuoltolaki 1326/2010)

Saatavuus ja laatu

Hoidon tarpeen arviointia koskeva tavoite on toteutunut melko hyvin. Ainoastaan vajaassa kahdessa prosentissa vuoden 2012 aikana sairaanhoitopiireihin saapuneista noin miljoonasta lähetteestä lääkäri oli ottanut kantaa vasta yli kolmen viikon kuluttua siitä, kun lähete oli vastaanotettu sairaalassa. Erikoisaloista ortopediassa oli eniten yli kolmen viikon kuluttua käsiteltyjä lähetteitä, 4 701 kpl (4,6 %). Vuodesta 2008 vuoden 2012 loppuun lähetteiden käsittelyajat ovat lyhentyneet lähes kaikilla erikoisaloilla. Vuoden 2013 elokuun loppuun mennessä oli sairaanhoitopiireissä käsitelty noin 2 500 lähetettä vähemmän kuin edellisen vuoden vastaavana ajanjaksona. Alueelliset vaihtelut olivat suuria. Eniten lähetteiden määrä oli kasvanut vuodesta 2012 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (23 %) ja laskenut eniten Varsinais-Suomessa (-35 %).

Koko maassa noin 115 000 potilasta odotti hoitoonpääsyä sairaanhoitopiirien sairaaloihin elokuun 2013 lopussa. Heistä lähes 2 000 (2 %) oli odottanut hoitoonpääsyä yli kuusi kuukautta. Pitkään hoitoa odottaneiden määrä on noussut tuhannella huhtikuun 2013 lopun tilanteeseen verrattuna. Heistä 61 prosenttia odotti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloihin.

Vuoden 2012 joulukuun viimeisenä päivänä hoitoa odotti yhteensä 65 447 potilasta, joista 78 prosenttia oli odottanut hoitoa alle kolme kuukautta. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneita oli 1,4 prosenttia kaikista odottajista, kun vuoden 2007 lopussa heidän osuutensa oli 13 prosenttia. Pitkään hoitoa odottaneiden lukumäärät olivat vähentyneet vuodesta 2007 vuoden 2012 loppuun lähes 9 000 henkilöllä (-90 %). Hoitojonot ovat lyhentyneet erityisesti silmätautien (-83 %), korva-, nenä- ja kurkkutautien (-91 %) sekä ortopedian (-94 %) erikoisaloilla. Näiden erikoisalojen potilaiden osuus on ollut kaikista sairaanhoitopiireihin hoitoa odottaneista vuodesta 2007 lähtien keskimäärin 82 prosenttia.

Pisimmät hoitojonot olivat kaihileikkaukseen ja polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen. Elokuun lopussa 2013 kaihileikkaukseen pääsyä odotti lähes 8 900 potilasta. Heistä viisi prosenttia oli odottanut leikkausta yli puoli vuotta. Pisimmät keskimääräiset odotusajat kaihileikkaukseen olivat Etelä-Karjalassa (mediaani 149 vrk) ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (mediaani 110 vrk) ja lyhyimmät odotusajat Kainuussa (mediaani 59 vrk). Tekonivelleikkaukseen pääsyä odotti elokuussa noin 3 900 potilasta. Heistä kaksi prosenttia oli odottanut leikkausta yli puoli vuotta. Keskimäärin pisimpään tekonivelleikkaukseen jouduttiin odottamaan Etelä-Savossa (mediaani 110 vrk) ja vähiten Pirkanmaalla (mediaani 37 vrk).

Alueelliset erot hoitoon pääsyssä ovat kaventuneet huomattavasti vuosien 2008–2012 aikana, eroissa on vuosittaista vaihtelua. Elokuussa 2013 keskimäärin pisimpään odotettiin hoitoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (mediaani 81 vrk), jolloin nopeimmin hoitoon pääsi Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoitopiireissä (mediaani 30 vrk).

Terveyskeskusten yhteydessä toimiviin erikoissairaanhoidon yksiköihin oli yli 300 potilasta odottanut hoitoon pääsyä yli puoli vuotta joulukuun 2012 lopussa. Heistä 56 prosenttia oli sisätautien erikoisalalle odottavia ja 31 prosenttia Porin (SOTE) terveyskeskuksessa toimivaan erikoissairaanhoidon yksikköön odottavia. Vuoden 2012 lopussa oli terveyskeskusten yhteydessä toimiviin erikoissairaanhoitoyksiköihin odottanut pääsyä ensimmäiselle vastaanottokäynnille yli kolme kuukautta noin 2 300 henkilöä (13 %), joista noin kolmannes odotti pääsyä sisätautien erikoisalalle. Alueelliset vaihtelut olivat suuret.

Joulukuun 2012 lopussa oli sairaanhoitopiirien sairaaloissa hieman yli 5 000 henkilöä eli 6 prosenttia odottanut yli kolme kuukautta ensimmäiselle erikoissairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä. Näistä 19 prosenttia odotti ortopedin vastaanotolle ja 14 prosenttia silmälääkärin vastaanotolle pääsyä. Ensimmäiselle käynnille yli kolme kuukautta odottaneiden lukumäärät ovat vähentyneet 76 prosenttia vuoden 2007 lopusta. Alueelliset vaihtelut ovat edelleen erittäin suuret. Lyhyin keskimääräinen odotusaika ensimmäiselle käynnille oli Pohjois-Savossa ja pisin Kanta-Hämeessä. Ensimmäisen käynnin odotusajat ovat lyhentyneet erityisesti vuoden 2011 loppupuolella, joten uuden terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä koskeva muutos näyttäisi vaikuttaneen odotusaikojen lyhentymiseen.

Erikoissairaanhoito on muuttunut avohoitopainotteisemmaksi. Erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt 12 prosenttia vuosina 2008–2012. Samaan aikaan avohoitokäyntien määrä on vastaavasti noussut 12 prosenttia. Psykiatrian osuus erikoissairaanhoidosta on hieman kasvanut avohoidossa ja vastaavasti hieman vähentynyt vuodeosastohoidossa. Psykiatrian osuus erikoissairaanhoidon kokonaismenoista on myös hieman laskenut vuosien 2007–2011 välisenä aikana.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Taulukko 8. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset/asukas vuosina 2008–2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Erikoissairaanhoidon nettokustannukset, €/asukas	920	954	974	1028	1067

Lähde: Tilastokeskus, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset

Erikoissairaanhoidon nettokustannukset asukasta kohti olivat vuonna 2012 keskimäärin 1 067 euroa. Ne vaihtelivat vuonna 2012 kunnittain seuraavasti: maksimiarvo oli 1 742 euroa ja minimiarvo 697 euroa (Manner-Suomen kunnat ilman Kainuun maakunnan kuntayhtymän kuntia). Kuntakohtaiseen suureen vaihteluväliin vaikuttavat mm. palveluiden erilaiset järjestämistavat, palveluiden saatavuus, ikärakenne, sairastavuus sekä vuo-

sittainen satunnaisvaihtelu. Asukaskohtaiset nettomenot kasvoivat vajaa neljä prosenttia vuosina 2011–2012, kun kasvua vuosina 2009–2010 oli hieman yli kaksi prosenttia.

Erikoissairaanhoidon kansainvälistä vertailua on tehty Pohjoismaiden kesken noin kymmenen vuoden ajan. Suomalaisissa sairaaloissa on pystytty tuottamaan erikoissairaanhoidon palvelut jo pitkään n. 20 prosenttia edullisemmin kuin muissa Pohjoismaissa. Sairaaloiden tuottavuus vaihtelee kuitenkin paljon maiden sisällä. Tuottavimmat sairaalat muissa Pohjoismaissa ovat yhtä tuottavia kuin suomalaiset sairaalat. Kun yliopistosairaaloiden tutkimus- ja kehittämistehtävät otetaan huomioon, ei tuottavuuseroa Suomen eduksi näissä sairaaloissa enää löydy. Eroja pohjoismaisten sairaaloiden tuottavuudessa on siis ennen kaikkea muissa kuin yliopistosairaaloissa.

Julkisten sairaaloiden erikoissairaanhoitopalvelujen (ilman psykiatriaa) tuottavuus on pysynyt lähes ennallaan vuosien 2008–2012 välillä. Yliopistosairaaloiden tuottavuus on noussut tuona aikana viisi prosenttia, keskussairaaloiden tuottavuus on vastaavasti laskenut viisi prosenttia ja muiden sairaaloiden (lähinnä entiset aluesairaalat) tuottavuus on pysynyt lähes entisellään. Sairaaloiden somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutuotanto ja niistä aiheutuneet reaaliset tuotantokustannukset ovat nousseet samassa suhteessa eli seitsemän prosenttia vuosien 2008–2012 aikana. Yliopistollisissa sairaaloissa palvelutuotanto on tuona aikana noussut 14 prosenttia ja reaalikustannukset 9 prosenttia. Muussa sairaalaryhmässä sekä palvelutuotanto että kustannukset ovat laskeneet samassa suhteessa eli 6–7 prosenttia. Keskussairaaloissa sitä vastoin palvelutuotanto on noussut vain kaksi prosenttia ja kustannukset kahdeksan prosenttia.

Vaikuttavuus

THL seuraa erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sisältyviä palveluja sekä niiden vaikuttavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa. Tarkastelu kohdistuu potilasmäärältään suuriin tai kustannuksiltaan merkittäviin sairausryhmiin ja toimenpiteisiin, joiden hoitamisessa erikoissairaanhoidolla on keskeinen merkitys. Tähän raporttiin ei ole saatu ajantasaisia raportteja puuttuvien Kela-tietojen takia.

6.10 Mielenterveyspalvelut

TAVOITE: Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Mielenterveystyöhön kuuluu: terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki; yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa; mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010)

Saatavuus ja laatu

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, suuri osa niistä alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä ja vaikeat mielenterveyden häiriöt lyhentävät elinikää merkittävästi. Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä, ja ne aiheuttavat suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Erityisesti nuorena eläkkeelle joutuneiden asema on huono.

Masennushäiriöt ovat keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä. 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. Hoidon saatavuus näyttää tutkimusten valossa parantuneen 2000-luvulla, mutta tutkimustiedon mukaan vain osa mielenterveyden häiriöistä tai päihdeongelmista kärsivistä aikuisista on hoidon piirissä.

Kaikkien psykoosien elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 3,5 prosenttia. Psykooseja sairastavat elävät selvästi, noin 20 vuotta muuta väestöä lyhyemmän elämän. Yleisimpinä kuolinsyinä ovat sydän- ja verisuonitaudit ja syöpä.

Vuonna 2012 itsemurhan teki 655 miestä ja 218 naista. Vaikka suomalaisten miesten itsemurhat edelleen vähenevät ja naisten itsemurhaluvut ovat miehiin nähden pienet, on itsemurhakuolleisuus maassamme (100 000 asukasta kohden laskettuna 15,4) suurempi kuin EU-maissa keskimäärin.

Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa 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.

Sairaalahoidon ja avohoidon väliin on kasvanut laaja pääasiassa yksityisten hoitokotien verkosto, joihin sijoittuneena oli 8009 henkilöä vuonna 2012. Sairauden kroonistumista ja sairaalahoidon tarvetta vähentävän kuntoutuksen toteutuminen näissä palveluissa on vaihtelevaa.

Lastenpsykiatrisen ja nuorisopsykiatrisen hoidon saatavuus vaihtelee maan eri osissa. 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.

Kouluterveyskyselyssä on seurattu nuorten masennusoireita, vuonna 2011 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen viittaavia oireita oli tytöillä 13 - 18 prosentilla ja pojilla 7-8 prosentilla. Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon laajoilla terveystarkastuksilla pyritään tunnistamaan myös psykososiaalisen kasvun ja psykiatrisen erityisen tuen tarpeessa olevia lapsia ja nuoria. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tulee muodostaa suunnitelmallinen, monialainen palvelukokonaisuus.

Tuottavuus ja taloudellisuus

Psykiatrinen sairaalahoito 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. Muutos on ollut osittain tavoitteen mukainen: avohoitoa ja ehkäiseviä toimia pyritään lisäämään ja sairaalahoitoa ja pakon käyttöä vähentämään.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidonhoidon 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 prosenttia. 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 0,9 prosenttia vuonna 2011.

Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Niiden takia päädytään eläkkeelle selvästi nuorempana kuin monien muiden sairauksien takia, ja menetettyjen työvuosien määrä on näissä häiriöissä suuri. Suuri joukko vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavista ei koskaan ehdi työeläkejärjestelmän piiriin, vaan jää pelkän kansaneläkkeen varaan.

Vaikuttavuus

Mielenterveyspalvelujen vaikuttavuudesta ei ole luotettavaa tutkimustietoa.

Kuntaesimerkki – Etelä-Karjala Eksote

Mieli-suunnitelman mukaisten periaatteiden käyttöönotto ja hyvin toimiva avohoito on johtanut hyviin tuloksiin esimerkiksi Etelä-Karjalassa Eksoten alueella. Siellä arvioon pääsyn syyt ymmärretään väljästi, jos ihminen hakee apua, tilanne selvitellään ja hoitoa järjestetään tarvittaessa. Perus- ja erikoistason- sekä kuntarajat eivät muodosta esteitä arvioinnille ja hoidon saamiselle. Tämä on johtanut sairaalahoidon tarpeen vähenemiseen ja sitä kautta resurssien vapautumiseen avohoidon käyttöön. Eksoten alueella avohoidon jonot ovat kadonneet ja kokonaiskustannukset jopa laskeneet.

Lapset ja nuoret

Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisevät palvelut on järjestetty pääasiassa hyvin, mutta alueellista epätasavertaisuutta on edelleen. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto tavoittavat lähes kaikki lapsiperheet. Kuitenkin lasten ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelukysyntä on kasvanut, Kelan vammaistuki lasten mielenterveyshäiriöiden korvauksina on lisääntynyt ja lastensuojelun palvelutarve on kasvanut. Ennaltaehkäisevän toiminnan kehittämisen rinnalla huomiota tuleekin nyt kiinnittää lasten mielenterveyden häiriöiden varhaiseen hoitoon. Sen menetelmät ovat kustannustehokkaita. Kustannus-hyötysuhde on kaikkein paras varhaisella iällä toteutettavissa. Perustasolla, häiriökehityksen alkuvaiheessa toteutetut hoidot ovat kevyempiä ja edullisempia kuin erikoissairaanhoidon hoitomuodot ja terveystaloustieteellisen tutkimuksen mukaan huomattavan kustannustehokkaita.

6.11 Päihdepalvelut

TAVOITE: Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010))

Saatavuus ja laatu

Yli 30-vuotiaista miehistä lähes neljäsosa täyttää alkoholin riskikulutuksen kriteerit ja naisista joka kymmenes. Palvelurakenteessa tehdyt muutokset ovat vaikuttaneet päihdepalveluiden saatavuuteen ja käyttöön. Päihdehuollon erityispalvelujen asioinnit ovat

vähentyneet, erityisesti laitosmuotoinen kuntoutus ja päihdehuollon erityispalvelujen avohoidossa olleiden määrä on vähentynyt.

Neljän vuoden välein toteutettavissa päihdetapauslaskennoissa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja kaikesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (pl. lasten päivähoito) tapahtuvasta riskikulutusta vakavammasta päihteiden käyttöön liittyvästä asioinnista. Lokakuussa 2011 tehtiin laskentavuorokauden aikana 11 738 päihde-ehtoista asiointia. Asiointien kokonaismäärässä ei ole tapahtunut juurikaan muutoksia 2000-luvulla. Vuoden 2011 laskennassa päihdehuollon erityispalveluihin (32 %) ja terveydenhuollon palveluihin (32 %) tehtiin lähes yhtä paljon päihde-ehtoisia asiointeja. Asioinnit terveydenhuollossa ovat hieman lisääntyneet, kun verrataan tietoja edelliseen laskentaan. Terveydenhuollossa erityisesti terveyskeskusten avohoitoon kohdistuvien päihde-ehtoisten asiointien määrä oli lisääntynyt.

Perusterveydenhuollon käynneistä vuonna 2012 päihdesairauksiin tai päihteidenkäyttöön liittyviä käyntejä kirjattiin 340 000. Käyntisyiden kirjaaminen ei ole perusterveydenhuollossa kattavaa, joten päihteisiin liittyviä käyntejä oli todellisuudessa enemmän. Opioidikorvaushoitoon perusterveydenhuollossa liittyi 54 000 käyntiä. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito on 2000-luvulla tasaisesti lisääntynyt. Vuonna 2011 tehdyn erillistiedonkeruun pohjalta arvioitiin, että opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- tai korvaushoidossa oli vuoden 2011 marraskuun lopussa runsas 2 400 eri henkilöä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja päihdehuollon erityispalveluissa. Hoitomuoto sitoo resursseja, koska suurin osa potilaista hakee lääkkeensä päivittäin tai vähintään kerran viikossa hoitoyksiköstä.

Erikoissairaanhoidon poliklinikoilla kirjattiin 130 000 päihteisiin liittyvää käyntiä vuonna 2012. Sairaalahoidossa alkoholi- ja huumesairauksien vuoksi hoidettujen potilaiden määrä on kasvanut ja sairaalahoitojaksojen keskimääräinen kesto on lyhentynyt.

Päihdehuollon erityispalveluiden ensisijaisena hoitomuotona on avohoito, jossa vuoden 2012 aikana asioi 48 000 henkilöä. Avohoidossa asioineiden määrä on vuodesta 2008 laskenut 10 prosenttia. Päihdehuollon avopalveluiden käyntien määrää ei ole saatavissa, mutta arvion mukaan yksi asiakas asioi avohoidossa vuoden 2012 aikana keskimäärin kymmenen kertaa.

Ympärivuorokautisissa päihdehuollon palveluissa pitkien päihdehuollon laitoshoitojaksojen hoitopäivien määrä on vähentynyt huomattavasti, mutta toisaalta asumispalveluvuorokausien osuus on lisääntynyt. Päihdehuollon laitosten hoitovuorokaudet ovat vähentyneet 19 prosenttia vuodesta 2008. Päihdehuollon laitoshoitojaksoja oli 19 400 vuonna 2012. Valtaosa, noin 80 prosenttia hoitojaksoista kesti korkeintaan kaksi viikkoa.

Kuntalaisen saatavilla olevien päihdepalveluiden määrä ja laatu vaihtelevat eri puolilla Suomea. Kunnan järjestämien palveluiden valikoiman kirjavuus ja pitkät välimatkat päihdehuollon erityispalveluihin heikentävät ongelmiinsa apua hakevien kuntalaisten yhdenvertaisuutta. Tilasto- ja tutkimustiedon pohjalta näyttää siltä, että päihdeasiakkaat ovat suuntautumassa aiempaa enemmän terveyskeskusten avohoitoon. Muutos voi liittyä terveydenhuollon hoitomenetelmien kehittymiseen ja päihdeongelmaisuuden luonteen muutokseen. Alkoholiriippuvuuden ja siihen liittyvien sosiaalisten haittojen rinnalla on yleistynyt sekakäyttö ja samanaikaiset mielenterveydenhäiriöt. Päihdehuollossa pitkäaikaisemman laitoskuntoutuksen sijaan tarjotaan entistä enemmän lyhytaikaista katkaisuhoitoa, avohoitoa ja avokuntoutusta tai asumispalveluja. Matalakynnyksiset, huumeiden käytön

haittojen vähentämiseen tähtäävät palvelut ovat tavoittaneet hyvin kohderyhmänsä. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapalveluja on tarjolla tällä hetkellä yli 30 paikkakunnalla.

Taloudellisuus ja tuottavuus

Vuonna 2011 alkoholi aiheutti julkiselle sektorille noin 888–1094 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 noin 9 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista alkoholihaittakustannuksista.

Terveydenhuollon 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. Terveydenhuollon alkoholihaittakustannukset ovat noin 12 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista haittakustannuksista. Terveydenhuollon alkoholihaittakustannukset muodostavat arviolta noin prosentin kaikista julkisista terveydenhuollon menoista.

Vuonna 2011 huumeet aiheuttivat julkiselle sektorille noin 242–310 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 ja näistä noin 43 miljoonaa euroa aiheutui päihdehuollon kustannuksista. Päihdehuollon osuus on noin 16 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista huumehaittakustannuksista.

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, laitoshoito 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.

Vähemmistö alkoholin riskikäyttäjistä ja alkoholiongelmaisista on hoidon piirissä. Päihdehaittakustannuksista valtaosan arvioidaan kohdistuvan onnettomuuksiin ja rikosvahinkoihin, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämiseen, oikeusjärjestelmään, vankeinhoitoon ja sosiaaliturvaan. On arvioitu, että alkoholiriippuvuuden hoitoa lisäämällä voidaan saada merkittäviä säästöjä alkoholin työelämälle, työntekijöille ja yhteiskunnalle aiheuttamissa kustannuksissa mm. sitä kautta, että päihdehaittakustannukset, tuottavuuden menetykset (alkoholista johtuvat sairauspoissaolot), työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiset ja ennenaikaiset kuolemat vähenevät. Alkoholinkäyttöä ehkäisevien toimenpiteiden ohella olisi syytä myös lisätä alkoholin riskikäytön ja alkoholiriippuvuuden hoitoa.

Vaikuttavuus

Päihdepalvelujen vaikuttavuudesta ei ole tutkimustietoa, mutta yksittäisistä palvelumenetelmistä sekä –muodoista löytyy tutkimustietoa.

Päihdepalvelujärjestelmä on monipuolinen, mutta pirstaleinen. Palveluja tarjotaan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yleisinä palveluina ja terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa järjestettävinä päihdehuollon erityispalveluina. Merkittävä osa, noin puolet, päihdepalveluista on järjestöjen ja yritysten tuottamaa, ja kuntien tehtävänä on näiden palvelujen yhteensovittaminen kuntien, kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien palvelujen kanssa. Yhdenvertaisuus palveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa toteutuu vaihtelevasti, ja palveluihin pääsyn yhdenvertaisuudessa on puutteita hoitotakuun toteutumisen osalta. Alkoholi- ja huumeongelmaisten käypä hoitosuosituksissa on kuvattu päihdeongelmien tutkimusnäyttöön perustuva hoito, myös psykososiaalisen hoito ja tuki. Näyttöön perustuvien menetelmien käyttöön ottoa on edelleen tehostettava.

Päihdeongelmien hoitamatta jättäminen on kallista. Ongelmat tulevat esille päihteisiin liittyvänä sairastamisena, ja pahimmillaan elämänhallinnan menettämisen myötä syntyvinä monimutkaisina syrjäytymiseen johtavina yksilön ja hänen läheistensä sekä lähiympäristöön heijastuvina ongelmina. Hoidon vaikuttavuuden kannalta keskeistä on asiakkaan tarpeista lähtevien yksilöllisesti räätälöitävien ja hoidon jatkuvuuden takaavien palveluiden kokonaisuus. Vaikeaa päihdeongelmaisuutta kuvaa sekakäyttö, elämäntilanteen epävakaus ja monen erityyppisen avun, tuen, hoidon ja kuntoutuksen pitkäaikainen tarve. Uusina haasteina ovat myös naisten ja ikääntyneiden lisääntyneet päihdeongelmat sekä toiminnalliset riippuvuudet kuten rahapeliongelmat.

6.12 Toimeentulotuki

TAVOITE: Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on turvata henkilön ja perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuen avulla turvataan henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo. Toimeentulotukiasia on käsiteltävä kunnassa siten, että asiakkaan oikeus välittömään 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 hakemuksesta. (Laki toimeentulotuesta 1412/1997)

Toimeentulotuen määräaikojen toteutumista on tähän asti seurattu vain erillistutkimuksilla, mutta vuodesta 2014 lähtien THL kerää kunnilta kaksi kertaa vuodessa tiedot määräaikojen toteutumisesta. Kelan vuonna 2009 toteuttaman tutkimuksen mukaan 97 prosentissa kunnista asiakas sai toimeentulotukipäätöksen 7 vuorokauden kuluessa.

Toimeentulotukimenot riippuvat voimakkaasti työttömyyden, työllisyyden sekä elinkustannusten muutoksista. Oleellista on myös, riittävätkö ensisijaiset etuudet kattamaan elinkustannuksia. Vuonna 2012 toimeentulotukimenot olivat yhteensä 703,3 miljoonaa euroa kun vuotta aiemmin menot olivat noin kuusi prosenttia pienemmät. Tämä merkitsee keskimäärin 130 € asukasta kohden. Keskimääräinen tuki toimeentulotukea saanutta kotitaloutta kohti oli 2 687 euroa vuonna 2012. Kaupunkimaisissa kunnissa toimeentulotuen menot tukea saanutta kotitaloutta olivat 40 prosenttia korkeammat kuin maaseutumaisissa kunnissa. Yksi keskeinen syy menojen eroavuudelle ovat asumiskustannusten tasoerot. Vuonna 2012 toimeentulotukea myönnettiin ennakkotietojen mukaan noin 240 200 kotitaloudelle, joissa oli yhteensä noin 372 310 henkilöä. Kotitalouksien ja asiakkaiden määrä pysyi samalla tasolla kuin edellisvuotena.

Toimeentulotukeen joutuvat tukeutumat ennen muita perheettömät. Vuonna 2012 toimeentulotukea saaneista kotitalouksista 72 prosenttia oli yhden henkilön talouksia. Yksinhuoltajakotitalouksista toimeentulotukea sai lähes joka neljäs. Toimeentulotukea saaneita asiakkaita oli suhteellisesti eniten 20–29 -vuotiaiden ikäluokassa, joista noin joka kahdeksas oli saanut toimeentulotukea.

Kotitaloudet saivat varsinaista toimeentulotukea keskimäärin 5,9 kuukauden ajan. 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. Noin kolme prosenttia 18–24-vuotiaista nuorista oli toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaita vuonna 2012.

Suurella osalla toimeentulotuen asiakkaista ei ole lainkaan ansiotuloja tai ns. ensisijaisia syyperusteisia sosiaalietuuksia. Marraskuussa 2011 toimeentulotukea saaneista 7,7 prosenttia oli tulottomia kotitalouksia.

Taulukko 9. Toimeentulotukimenot euroa asukasta kohden vuosina 2005, 2008, 2010, 2011 ja 2012

	2005	2008	2010	2011	2012
Toimeentulotuki, €/asukas	83	99	118	121	130

7 Valtakunnallisten tuottavuustavoitteiden toteutuminen

Tässä osassa tarkastellaan kunnille ja kuntayhtymille vuonna 2011 asetettujen **valtakunnallisten ns. laajan tuottavuuskäsitteen mukaisten tavoitteiden toteutumista.** Valtakunnalliset tavoitteet asetettiin kuntasektorin toimintamenoille, koulutuspalveluille, sosiaalipalveluille sekä terveyspalveluille. Tavoitteiden asettamisessa yhtenä mittarina oli tilastokeskuksen tuottavuustilaston koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottavuusluvut. Tilastokeskus ei enää julkaise kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilastoa, joten koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelujen kokonaistuottavuuden tavoitteiden toteutumista ei voi arvioida.

Kuntien toimintamenoja koskeva tavoitteen toteutuminen

TAVOITE: Toimintamenot kasvavat reaalisesti vuositasolla enintään 0,4 prosenttia eli kumulatiivisesti yhteensä 4 prosenttia vuoteen 2020 mennessä. Tavoite asetettiin sillä oletuksella, että kuntien ja kuntayhtymien tehtävät ja velvoitteet ovat samat kuin vuonna 2010.

Kuntien ja kuntayhtymien toimintamenojen kasvua suhteessa asetettuun tavoitteeseen vuosina 2010-2013 on kuvattu alla olevassa asetelmassa.

Vuosi	**2010**	**2011**	**2012**
Toimintamenot, mrd. euroa	33,8	35,7	37,4
Nimellinen muutos, %	4,2	5,4	5,0
Hinnan muutos, %	2,1	3,4	3,1
Tehtävien muutos, %	0,09	0,18	0,21
Tehtävien muutos, milj. euroa	32	65	78
Reaalinen muutos, %	2,01	1,77	1,68
Reaalinen muutos – tavoite (0,4)	1,61	1,37	1,28

Vuosina 2010 ja 2011 kuntien ja kuntayhtymien toimintamenojen reaalinen kasvu oli suurempi kuin tavoitteeksi asetettu 0,4 prosenttia. Vuonna 2012 kuntien tehtävät kasvoivat laskennallisesti 78 milj. eurolla (Peruspalvelubudjetti 2012). Kun toimintamenojen nimellistä kasvua korjataan hintaindeksillä ja tehtävien muutoksesta aiheutuneella menojen muutoksella, päädytään asetelmassa siihen, että toimintamenot kasvoivat 1,28 prosenttia enemmän kuin asetettu 0,4 prosentin tavoite.

Koulutuspalveluja koskevat tuottavuustavoitteet

TAVOITE: Koulutuspalvelujen tuottavuus paranee laatua ja muuta tuloksellisuutta vaarantamatta

Koulutuspalvelujen **kokonaistuottavuudesta** ei ole saatavissa tietoja.

Koulutuspalvelujen **käyttömenot** oppilasta kohti ovat kääntyneet laskuun kaikilla koulutusaloilla lukuun ottamatta ammatillista koulutusta. Koulutuksen tuottavuuden näkökulmasta voidaan todeta, että kustannusten muutokset noudattavat pääpiirteissään oppilas- ja opiskelijamäärien kehitystä. Koulutuspalvelujen **kehysindikaattorit** (ryhmäkoot, opettajien muodollinen kelpoisuus, siirtyminen jatko-opintoihin) ovat kehittyneet suotuisasti. Perusopetuksen ryhmäkoot ovat pienentyneet kaikilla vuosiluokilla, eniten ryhmäkoko pieneni 3-6 vuosiluokilla. Opettajien muodollinen kelpoisuus on parantunut vuoteen 2010 asti. Vuotta 2012 koskevia tietoja ei ole käytettävissä. Perusasteen päättäneiden välitön sijoittuminen jatko-opintoihin on jonkin verran heikentynyt ja tutkintotavoitteista koulutusta jatkamattomien osuus on kasvanut hieman. Lukioiden opettajien muodollinen kelpoisuus on jonkin verran parantunut. Lukiokoulutuksen läpäisy on parantunut. Koulutuksen jälkeisiin jatko-opintoihin siirtyminen on pysytellyt samalla tasolla. Ammatillisen koulutuksen opettajien muodollisesta kelpoisuudesta ei ole käytettävissä vuotta 2012 koskevia tietoja. Ammatillisen koulutuksen läpäisy on parantunut. Opintojen jälkeinen työllistyminen on parantunut.

Terveyspalveluja koskevat tuottavuustavoitteet

TAVOITE: Terveyspalvelujen kokonaistuottavuuskehitys paranee vuosittain. Sairaaloiden tuottavuus paranee vuosittain. Terveyspalvelujen käyttökustannukset asukasta kohti eivät kasva reaalisesti. Terveyspalvelujen kehysindikaattorit kehittyvät positiivisesti.

Terveyspalvelujen kokonaistuottavuudesta ei ole saatavissa tietoja.

Julkisten **sairaaloiden erikoissairaanhoitopalvelujen tuottavuus** (ilman psykiatriaa) on pysynyt keskimäärin ennallaan vuosina 2008–2012. Sairaalaryhmien välillä on kuitenkin tuottavuuden kehityksessä eroja. Yliopistollisten sairaaloiden tuottavuus nousi tänä aika 5 prosenttia, keskimäärin 0,98 prosenttia vuodessa. Keskussairaaloiden tuottavuus puolestaan laski 5 prosenttia, keskimäärin 1,02 prosenttia vuodessa. Muiden sairaaloiden (aluesairaalat tai vastaavat) tuottavuus laski prosentin, keskimäärin 0,20 prosenttia vuodessa.

*Alla oleva asetelma kuvaa terveyspalvelujen **käyttökustannusten reaalikehitystä asukasta kohti** vuosina 2010 -2012, indeksinä on käytetty kuntasektorin terveydenhuollon indeksiä:*

	2010	**2011**	**2012**
Perusterveydenhuolto	-1,25	0,34	1,54
Suun terveydenhuolto	-1,34	2,44	1,12
Erikoissairaanhoito	-0,28	1,79	0,00

Vuonna 2011 ja 2012 perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon asukaskohtaiset käyttökustannukset kasvoivat reaalisesti. Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset käyttökustannukset eivät kasvaneet vuonna 2012.

Terveyspalvelujen **kehysindikaattoreiden toteutuminen** (välitön yhteydensaanti perusterveydenhuollon palveluihin, hoidon tarpeen arviointi, asiakas- ja asukastyytyväisyysindikaattorit sekä erikoissairaanhoidon vaikuttavuus): Väestöstä lähes 80 prosenttia asui lokakuussa 2013 alueilla, joilla välitön yhteydensaanti terveyskeskuksiin onnistui ongelmitta. Yhdellä terveyskeskuksella oli ongelmia jatkuvasti välittömässä yhteydensaannissa. Keskimääräinen odotusaika terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pysyi vuonna 2013 samalla tasolla kuin vuonna 2012. Lokakuussa 2013 neljä viidesosaa väestöstä asui alueella, jossa pääsy terveyskeskuslääkärin vastaanotolle kesti yli kaksi viikkoa.

Terveyspalvelujen asiakas- ja asukastyytyväisyydestä on käytettävissä kansalaiskyselyyn pohjautuvaa tietoa. Tehtyjen kyselyjen mukaan kuntalaiset ovat olleet tyytyväisiä käyttämiinsä terveyspalveluihin. Palveluja käyttämättömien arviot palveluista ovat kriittisempiä kuin käyttäjien. Erikoissairaanhoidon vaikuttavuus on selvästi parantunut viime vuosina.

Sosiaalipalveluja koskevat tuottavuustavoitteet

TAVOITE: Sosiaalipalvelujen kokonaistuottavuuskehitys paranee vuosittain. Käyttökustannukset suhteessa palveluja käyttävän ikäluokan kokoon eivät kasva reaalisesti. Sosiaalipalvelujen kehysindikaattorit kehittyvät positiivisesti.

Sosiaalipalvelujen kokonaistuottavuudesta ei ole saatavissa tietoja.

*Alla oleva asetelma kuvaa **sosiaalipalvelujen nettokustannusten reaalikehitystä** suhteessa ikäluokan kokoon vuosina 2010 – 2012. Indeksinä on käytetty kuntasektorin sosiaalitoimen indeksiä.*

	2010	**2011**	**2012**
Vammaisten laitospalvelut euroa/asukas	-4,80	-7,43	-6,28
Kotipalvelut euroa/yli 75 -vuotias väestö	-1,23	-0,63	-0,76
Vanhusten laitospalvelut euroa/yli 75-vuotias väestö	-7,41	-9,08	-6,39
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito euroa/0-17 –vuotias	0,56	4,65	4,46
Päivähoito euroa/1-5-vuotias	1,09	1,58	1,42

Vammaisten asukaskohtaiset laitospalvelujen nettokustannukset, kotipalvelujen nettokustannukset sekä vanhusten laitospalvelujen nettokustannukset ovat laskeneet reaalisesti tarkastelujaksolla. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset sekä päivähoidon kustannukset ovat kasvaneet reaalisesti tarkastelujaksolla.

Sosiaalipalvelujen **kehysindikaattorit** (asiakas- ja asukastyytyväisyysindikaattorit, palvelun tai hoidon suunnitelmallisuus ja hoidon tarpeen arviointi, palvelurakenne eli avo- ja laitoshoidon osuus palveluittain). Lasten päivähoidossa lähes kaikissa kunnissa on laadittu kuntakohtaiset varhaiskasvatussuunnitelmat sekä lapsikohtaiset varhaiskasvatussuunnitelmat.

Ikääntyneiden palvelujen rakenne on viime vuosina muuttunut tavoitteiden suuntaisesti. Vuonna 2012 laitoshoito väheni selvästi edellisestä vuodesta. Tehostettu palveluasuminen ja omaishoidon tuki lisääntyivät edelleen tavoitteiden suuntaisesti, mutta kotihoidon kattavuus kääntyi laskuun. Uusi ikäihmisten palvelujen laatusuositus annettiin kesällä 2013, ja siinä asetettiin uudet tavoitteet vuodelle 2017.

Taulukko 10. Ikääntyneiden palvelujen rakenne 2000–2012 sekä laatusuosituksessa asetetut tavoitteet vuodelle 2017

75 v. täyttäneet asiakkaat 31.12., % 75 v. täyttäneistä	2008	2009	2010	2011	2012	Tavoite v. 2017
Kotona asuvat yhteensä	89,3	89,4	89,5	89,5	90,0	91–92
Säännöllinen kotihoito	11,0	11,3	11,8	12,2	11,9	13–14
Omaishoidon tuki	4,1	4,1	4,2	4,4	4,5	6- 7
Tehostettu palveluasuminen	4,6	5,1	5,6	5,9	6,1	6–7
Vanhainkodit ja pitkäaikainen laitoshoito terveyskeskuksissa	5,9	5,4	4,7	4,4	3,8	2–3

Lähde: THL/Sotkanet

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan mukaan sosiaalipalvelujen odotusaikojen seuraaminen toteutui vuonna 2013 vain noin kolmasosassa kuntia tai kuntayhtymiä (37,1 %) ja vastaavasti pysyvään ympärivuorokautiseen hoitoon pääsyä joutui odottamaan lähes aina yli 3 kk (93,1 %). Asiakkaan oman äänen kuuleminen palvelujen räätälöinnin yhteydessä ei vielä toteudu kovin hyvin, sillä tarpeiden arvioinnin yhteydessä vain alle puolet kotihoidon ja joka kuudes laitoshoidon asukkaista osallistui aktiivisesti tarpeidensa arviointiprosessiin.

Sosiaalipalvelujen asiakas- ja asukastyytyväisyydestä on käytettävissä kansalaiskyselyyn pohjautuvaa tietoa. Tehtyjen kyselyjen mukaan vuonna 2011 palvelujen käyttäjien arviot vanhusten laitoshoidosta ja toimeentulotuesta kääntyivät kriittisiksi ja lapsiperheiden arviot kotipalveluista jäivät kriittisen ja positiivisen arvion väliin. Myös sosiaalipalveluissa palvelua käyttäneet arvioivat palvelun paremmaksi kuin palvelua käyttämättömät.

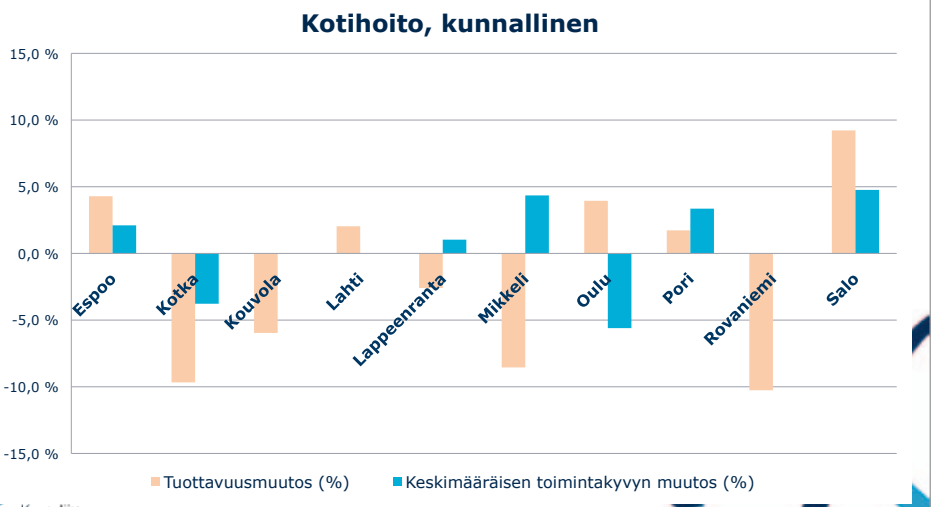
Kuntaesimerkkejä tuottavuusvertailusta

Osana 20 suurimman kaupungin tuottavuustyötä on kehitetty vertailukelpoisia tuottavuusmittareita kaupunkien tuottavuuskehityksen seurantaa 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.

Kotihoidon tuottavuus ja ka. toimintakyky 2011-2012

Tuotos: asiakkaan luona tapahtuva työ tunteita (vanhuskotitaloudet)
Panos: käyttökustannukset
Deflatoitu julkisten menojen hintaindeksillä
Lähde: 20 suurimman kaupungin tuottavuusvertailu

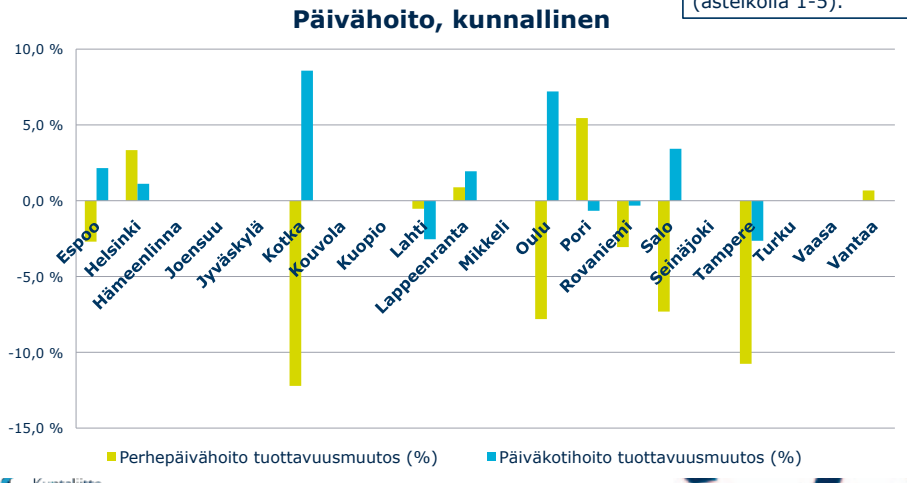


Kuntaliitto Kommunförbundet 2 5.2.2014 Mikko Mehtonen

Päivähoidon tuottavuus 2011-2012

Tuotos: laskennallisten lasten lkm
Panos: käyttökustannukset
Deflatoitu julkisten menojen hintaindeksillä
Lähde: 20 suurimman kaupungin tuottavuusvertailu

Päivähoidon asiakastyytyväisyys vuosina 2010-2012 keskimäärin 4,18 (asteikolla 1-5).



Kuntaliitto Kommunförbundet 4 5.2.2014 Mikko Mehtonen

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

9/2014 osa I
Valtiovarainministeriön julkaisuja
Maaliskuu 2014

ISSN 1459-3394 (nid.)
ISBN 978-952-251-545-2 (nid.)
ISSN 1797-9714 (pdf)
ISBN 978-952-251-546-9 (pdf)