



Kuuden suurimman kaupungin sosiaali- ja terveystalvelut sekä varhaiskasvatuksen talvelut

Kaupunkivertailua vuosina 2002–2022

Esipuhe

Kuusikko-työssä on vertailtu kuutoskaupunkien (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu) aikuissosiaalityötä ja toimeentulotukea, lastensuojelua, päihde- ja mielenterveyspalveluja, vammaisten palveluja, vanhusten palveluja sekä varhaiskasvatusta. Kaupunkien edustajista koostuvat eri palvelukokonaisuuksien asiantuntijaryhmät ovat tuottaneet vuosittain tilastollisia raportteja asiakasmääristä, suoritteista, henkilöstöstä ja kustannuksista. Vertailutyön pitkän historian avulla on saavutettu hyvä taso vertailtavuudessa.

Kaupunkien vertailutyö alkoi vuonna 1994, jolloin Helsinki, Espoo ja Vantaa alkoivat toteuttaa vertailuja sosiaali- ja terveystalouksista sekä niiden kustannuksista. Turku ja Tampere tulivat mukaan vertailuihin vuonna 1996, minkä jälkeen ryhmä nimettiin Viisikoksi. Kuusikko-raportteja alettiin julkaista omassa julkaisusarjassaan vuonna 1999. Kuusikko-yhteistyö alkoi vuonna 2002, kun Oulu liittyi kuudenneksi jäseneksi ryhmään. Yhteistyö alkoi varhaiskasvatuksen, toimeentulotuen sekä vanhusten palvelujen vertailulla, mutta ajan myötä mukaan on tullut uusia palvelukokonaisuuksia.

Raporttien tarkoituksena on ollut palvella ensisijaisesti kuntien päättäjiä, ja ne ovat olleet yksi väline toiminnan ohjaamiseen. Kuusikko-raportit ovat nostaneet esiin eroavaisuuksia, jotka vaativat tarkempaa analyysia. Tavoitteena ei ole ollut vertailla esimerkiksi omien ja ostopalvelujen kustannuksia. Omien ja ostopalvelujen tiedonkeruu on poikennut merkittävästi esimerkiksi asiakasmaksujen, vuokrien, tilaamiseen liittyvien kustannusten ja hallinnon vyörytysten osalta. Kunnan omaa tuotantoa on voinut verrata toisen kunnan omaan tuotantoon, mutta omien ja ostopalvelujen tiedot eivät ole vertailukelpoisia, koska ne sisältävät eri kustannuseriä.

Kuusikko-raporttien tiedot asiakasmääristä, suoritteista, henkilöstöstä ja kustannuksista on pääasiassa koottu kuntien omista tietojärjestelmistä ja tilinpäätöksistä. Kuusikko-työn keskiössä on ollut työryhmissä tehtävä määrittelytyö, jonka ansiosta kerättävät tiedot on saatettu mahdollisimman vertailukelpoiksi. Määrittelytyö on ollut välttämätöntä, sillä palvelut ovat poikenneet kuntien välillä nimikkeiltään ja sisällöiltään, ja ne on organisoitu hallinnollisesti eri tavoin. Lisäksi kunnilla on ollut käytössä toisistaan poikkeavia tietojärjestelmiä. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että tieto, joka yhdessä kunnassa on saatu automaattisesti, voi toisessa kunnassa vaatia paljon manuaalista työtä tai sitä ei ole edes mahdollista saada. Määrittelytyössä on täytynyt huomioida myös kuntien erilaiset kirjaimiskäytännöt.

Kuusikko-yhteistyön lisäksi tilastotietoja kuntien sosiaali- ja terveystalouksista tuotetaan monilla tahoilla, kuten Tilastokeskuksessa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa. Kuusikko-tiedonkeruun ja raportoinnin erityispiirteet ovat liittyneet yhdessä sovittuihin määritelmiin ja sopimukseen tietosisällöstä, suorite- ja taloustietojen yhdistämiseen yhteen raporttiin, palvelua koskevien tietojen kattavuuteen ja pyrkimykseen tietojen vertailukelpoisuuden yksityiskohtaiseen arviointiin. Lisäksi edellisen vuoden tietoja käsittelevät raportit ovat ilmestyneet yleensä nopeammalla aikataululla kuin valtakunnalliset yhteenvedot.

Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveystalouksien järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille. Uudistuksen jälkeen kaupunkien palveluja järjestävänä yksikkönä ja niitä koskevia yhteisiä tietojärjestelmiä enää ole. Tämän vuoksi nykyinen Kuusikko-sopimus sosiaali- ja terveystalouksien sekä varhaiskasvatuksen palveluiden vertailusta päättyy kesäkuussa 2023.

Kuuden suurimman kaupungin
**sosiaali- ja terveystalvelut sekä
varhaiskasvatuksen palvelut**
Kaupunkivertailua vuosina 2002–
2022

Kuusikko-työryhmän julkaisusarja

2342-1983 (painettu)

2342-1991 (verkojulkaisu)

Edita Prima Oy 2023, Helsinki

Tekijät		
Kuusikko-työryhmä, koonnut Varpu Mäkelä ja Nora Tanner		
Nimike		
Kuuden suurimman kaupungin sosiaali- ja terveystalvet sekä varhaiskasvatuksen palvelut – Kaupunkivertailua vuosina 2002–2022		
Julkaisija (toimiala tai laitos)	Julkaisuaika	Sivumäärä, liitteet
Helsingin kaupunki Espoon kaupunki Vantaan kaupunki Turun kaupunki Tampereen kaupunki Oulun kaupunki	6/2023	109 s. + 15 s. liitteitä
Sarjanimike	Osanumero	
Kuusikko-työryhmän julkaisusarja	1/2023	
ISSN-numero	Kieli	
2342-1983 (painettu) 2342-1991 (verkkajulkaisu)	Suomi	
Tiivistelmä		
<p>Tässä raportissa tehdään yhteenvedoa Kuusikko-yhteistyöstä vuosilta 2002–2022 ja muodostetaan tilannekuva vertailtavista palveluista hyvinvointialueille siirryttäessä. Raportissa tarkastellaan kaupunkivertailussa toteutetun yhteistyön, toimintamallien ja työskentelytapojen kehittymistä sekä palvelukokonaisuuksien muutoksia Kuusikko-yhteistyön aikana. Vuonna 2022 toimineiden aikuissosiaalityön, lastensuojelun, päihde- ja mielenterveyspalvelujen, vammaisten palvelujen, vanhuspalvelujen ja varhaiskasvatuksen työryhmien osalta kuvataan keskeisimpien asiakas-, suorite- ja kustannustietojen kehitystä.</p> <p>Kuusikon ohjausryhmän ja työryhmien jäsenille vuoden 2022 lopulla suunnatun Kuusikko-työskentelyä koskeneen palautekyselyn mukaan Kuusikko-raportteja on käytetty kaupungeissa erityisesti palvelujen kustannusten arviointiin sekä päätöksenteon ja palvelujen johtamisen tukena. Raportteja on lisäksi käytetty myös palvelujen arviointiin sekä muihin tarpeisiin. Palautekyselyn mukaan Kuusikko-työssä kerättyä tietoa on pidetty hyödyllisenä päätöksenteossa.</p> <p>Palvelukokonaisuuksien keskeisimpiä asiakastietoja on koosteraporttiin kerätty vuodelta 2022. Kustannustiedoista ei tiedonkeruuta vuodelta 2022 tehty ja niiden osalta esitetään aikasarjoja vuoteen 2021 saakka. Lisäksi raportissa kuvataan palvelukokonaisuuksien hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautumista, ajankohtaisia teemoja ja kehitystyötä.</p> <p>Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksella pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle. Vuonna 2022 kuutoskaupungeissa on valmistauduttu hyvinvointialueille siirtymiseen. Haasteena on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön merkittävä työvoimapula ja koronapandemian aiheuttama palvelu- ja hoitovelka. Hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautumisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon haasteista huolimatta kuutoskaupungeissa on vuonna 2022 tehty monipuolista kehitystyötä ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa on vahvistettu.</p> <p>Varhaiskasvatukseen osallistuvien lasten osuus on kasvanut viime vuosien aikana. Osallistumistasen nousun lisäksi on tunnistettu myös se, että lapset tulevat varhaiskasvatukseen entistä nuorempina eli alle 3 -vuotiaiden osuus palveluissa on kasvanut. Varhaiskasvatuksessa varaudutaan vuonna 2030 voimaan tulevaan henkilöstörakenteen muutokseen. Henkilöstörakenteen muutos on merkittävä ja sen tavoitteena on kasvattaa pedagogista ja palveluohjauksellista osaamista.</p>		
Asiasanat		
Kuusikko, kuutoskaupungit, kaupunkivertailu		
Tiedustelut	Jakelu	
Ohjausryhmän ja työryhmien jäsenet, liite 2	www.kuusikkokunnat.fi	

SISÄLLYS

JOHDANTO	9
1. KUUSIKKO-YHTEISTYÖN JA KAUPUNKIVERTAILUN KEHITTYMINEN	10
1.1 Kuusikko-yhteistyön vaiheet.....	10
1.2 Palvelukokonaisuuksien tilastollisen kaupunkivertailun kehittyminen	11
1.3 Työskentely tavat ja raporttien toteuttaminen	15
1.4 Palautekysely Kuusikko-työskentelystä.....	17
1.5 Kuuden suurimman kaupungin tilastollisia erityispiirteitä	20
2. PALVELUKOKONAISUUDET – KUVAUKSIA JA AIKASARJOJA	25
2.1 Aikuissosiaalityö.....	25
2.1.1 Aikuissosiaalityön sisältö ja tehtävät	25
2.1.2 Aikasarjoja aikuissosiaalityöstä	29
2.1.3 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä.....	35
2.2 Lastensuojelu	40
2.2.1 Lastensuojelun sisältö ja tehtävät	40
2.2.2 Aikasarjoja lastensuojelusta.....	43
2.2.3 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä.....	48
2.3 Päihde- ja mielenterveyspalvelut.....	51
2.3.1 Päihde- ja mielenterveyspalvelujen sisältö ja tehtävät	51
2.3.2 Aikasarjoja päihde- ja mielenterveyspalveluista	54
2.3.1 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä.....	60
2.4 Vammaisten palvelut	66
2.4.1 Vammaisten palvelujen sisältö ja tehtävät	66
2.4.3 Aikasarjoja vammaisten palveluista	69
2.4.4 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä.....	73
2.5 Vanhuspalvelut	79
2.5.1 Vanhuspalvelujen sisältö ja tehtävät	79
2.5.1 Aikasarjoja vanhuspalveluista	81
2.5.1 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä.....	89
2.6 Varhaiskasvatus	97
2.6.1 Varhaiskasvatuksen sisältö ja tehtävät	97
2.6.2 Aikasarjoja varhaiskasvatuksesta	99
2.6.3 Ajankohtaiset teemat varhaiskasvatuksessa.....	101
YHTEENVETO	102

LÄHTEET	106
LIITTEET	110
Liite 1. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä varhaiskasvatuksen tiedonkeruun määritelmät vuodelle 2022	110
Liite 2 Kuusikko-työryhmä	119

KUVAT

Kuva 1. Kuusikko-työryhmän organisointi	15
Kuva 2. Sosiaalipalvelujen yhteinen asiakasprosessi	27
Kuva 3. Lastensuojelun asiakasprosessi	41
Kuva 4. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen palvelurakenne kuutoskaupungeissa vuonna 2022.....	51
Kuva 5. Vammaisten palvelujen palvelurakenne kuutoskaupungeissa vuonna 2022	66

TAULUKOT

Taulukko 1. Väestönkehitys ikäryhmittäin kuutoskaupungeissa ja koko maassa vuosina 2002-2022	22
Taulukko 2. Kuutoskaupunkien väestö ikäryhmittäin 31.12.2022, ikääntyneiden osuus väestöstä sekä väestönmuutos 31.12.2017–31.12.2022	79

KUVIOT

Kuvio 1. Kuusikko-raporttien hyödyntäminen kuutoskaupungeissa vuoden 2022 palautekyselyn mukaan	17
Kuvio 2. Kuusikko-tietojen hyödyllisyys kuutoskaupunkien päätöksenteossa ja Kuusikko-yhteistyön rakenteen toimivuus vuoden 2022 palautekyselyn mukaan.....	18
Kuvio 3. Väestönkehitys kuutoskaupungeissa vuosina 2002-2022 ¹	20
Kuvio 4. Väestön ikärakenne (%) vuosina 2002-2022, ikäjaolla: 0-17v., 18-29v., 30-64v, 65v.+.....	21
Kuvio 5. Työllisyysaste kuutoskaupungeissa ja koko maassa 2002–2021 (18-64-vuotiaat).....	23
Kuvio 6. 25–64 vuotta täyttäneen väestön koulutustaso kuutoskaupungeissa ja koko maassa vuonna 2002.....	24
Kuvio 7. 25–64 vuotta täyttäneen väestön koulutustaso kuutoskaupungeissa ja koko maassa vuonna 2021.....	24
Kuvio 8. Aikuissosiaalityön asiakkaat iän mukaan (%), 2019-2022 ¹	29
Kuvio 9. Aikuissosiaalityön palvelutarpeen arviot (Kaikki yhteensä), 2019-2022	30
Kuvio 10. Asunnottomia yhteensä vuosina 2018-2022 ^{1,2,3} Lähde: ARA.....	31
Kuvio 11. Perustoimeentulotukea saaneet kotitaloudet (lkm), 2017-2022, Lähde: Kela	32
Kuvio 12. Täydentävää toimeentulotukea saaneet kotitaloudet vuosina 2017-2022 ^{1,2,3,4}	33
Kuvio 13. Ehkäisevää toimeentulotukea saaneet kotitaloudet vuosina 2017-2022 ^{1,2,3,4}	34
Kuvio 14. Lastensuojeluilmoitukset (lkm) vuosina 2008-2022 ^{1,2}	43
Kuvio 15. Palvelutarpeenarviot yhteensä (lkm) vuosina 2015-2022	44
Kuvio 16. Lastensuojelun asiakkaiden osuus saman ikäisestä väestöstä (0-17v.) vuosina 2008-2022.....	45
Kuvio 17. Kodin ulkopuolelle vuoden aikana sijoitettuna olleiden 0 - 17-vuotiaiden osuus saman ikäisestä väestöstä vuosina 2008-2022.....	46
Kuvio 18. Lastensuojelun kokonaiskustannukset 0-20-vuotiaasta asiakasta kohden vuosina 2008-2019 ..	46
Kuvio 19. Korvaushoidon asiakkaat (lkm) kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2021	55
Kuvio 20. Päihdepalvelujen laitoshoidon asiakkaat (lkm) kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2022.....	56

Kuvio 21. Psykiatrisen laitoshoidon asiakkaat (lkm) kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2022.....	57
Kuvio 22. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2021	58
Kuvio 23. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kokonaiskustannukset 18 vuotta täyttäneitä asukasta kohden vuosina 2017–2021.....	59
Kuvio 24. Vammaispalvelulain mukaisia palveluita saaneiden osuus väestöstä kuutoskaupungeissa vuosina 2012–2022	69
Kuvio 25. Kehitysvammalain mukaisia palveluita saaneiden osuus väestöstä kuutoskaupungeissa vuosina 2012–2022	70
Kuvio 26. Vammaisten palvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2016–2021.....	71
Kuvio 27. Vammaisten palvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset 18 vuotta täyttäneitä asukasta kohden vuosina 2016–2021.....	72
Kuvio 28a. Vanhusten palvelujen (laitoshoido, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneiden ikävakioitu osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022.....	82
Kuvio 28b. Vanhusten palvelujen (laitoshoido, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneiden ikävakioitu osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022	83
Kuvio 29a. Vanhusten palvelujen (laitoshoido, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 85 vuotta täyttäneiden osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022.....	83
Kuvio 29b. Vanhusten palvelujen (laitoshoido, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 85 vuotta täyttäneiden osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022.....	84
Kuvio 30. 75 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021	85
Kuvio 31. 75 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut ikävakioidut kustannukset asukasta kohti kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021.....	86
Kuvio 32. 85 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021	87
Kuvio 33. 85 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut kustannukset asukasta kohti kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021.	88
Kuvio 34. Kuutoskaupunkien varhaiskasvatusikäiset (10kk–6v) vuosina 2002–2022.....	99
Kuvio 35. Varhaiskasvatusikäisten (10kk–6v) jakautuminen varhaiskasvatuksen palveluihin ja kotihoidon tuelle kuutoskaupungeissa, vuosina 2002–2022 joulukuussa ¹	99
Kuvio 36. Kunnallisen varhaiskasvatuksen vuosikustannukset (€) laskennallista lasta (kahden vuoden keskiarvo) kohden vuosina 2012–2022	100

JOHDANTO

Kuusikko-yhteistyön tuloksena on valmistunut vuosittain Kuusikko-raportteja, joissa vertaillaan sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä varhaiskasvatuksen kustannuksia, asiakasmääriä ja suoritteita. Tässä raportissa tehdään yhteenvetoa Kuusikko-yhteistyöstä vuosilta 2002–2022. Vuonna 2022 toimi aikuissosiaalityön, lastensuojelun, päihde- ja mielenterveyspalvelujen, vammaisten palvelujen, vanhuspalvelujen ja varhaiskasvatuksen työryhmät.

Työryhmien yhteistyön tuloksena on viime vuosina valmistunut vuosittain kuusi Kuusikko-raporttia. Vuonna 2022 palvelukokonaisuuksien tietoja raportoidaan tässä raportissa sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä varhaiskasvatuksen palveluiden osalta aikasarjoina Kuusikko-yhteistyön ajalta. Raportissa esitetään tilannekuva vertailtavista palveluista ennen hyvinvointialueille siirtymistä.

Kuusikko-yhteistyön ja kaupunkivertailun osalta tarkastellaan Kuusikon toimintamallien ja työskentelyn kehittymistä sekä palvelukokonaisuuksien muutoksia Kuusikko-yhteistyön aikana. Lisäksi esitellään Kuusikon ohjausryhmän ja työryhmien jäsenille vuoden 2022 lopulla suunnatun Kuusikko-työskentelyä koskeneen palautekyselyn tuloksia. Raportissa esitetään myös kuutoskaupunkien tilastollisia erityispiirteitä väestön, työllisyyden ja koulutuksen osalta.

Nykyisten vertailtavien palvelukokonaisuuksien osalta kuvataan keskeisimpien asiakas-, suorite- ja kustannustietojen kehitystä Kuusikko-yhteistyön aikana. Raportissa esitettävien asiakas- ja suoritettietojen osalta on toteutettu tiedonkeruu myös vuodelta 2022, mutta kustannustietojen osalta esitetään tiedot vuoteen 2021 saakka. Lisäksi kuvataan palvelukokonaisuuksien ajankohtaisia teemoja, kuten hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautumista ja kaupungeissa tehtyä palvelujen kehitystyötä, uusia toimintoja sekä hankkeita.

Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille eikä kaupungeja palveluja järjestävänä yksikkönä, ja niitä koskevia yhteisiä tietojärjestelmiä ei enää ole. Tämän vuoksi nykyinen Kuusikko-sopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä varhaiskasvatuksen palveluiden vertailusta päättyy kesäkuussa 2023. Kuusikon ohjausryhmässä päätettiin vuoden 2022 raportoinnin osalta toteuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä varhaiskasvatuksen palveluiden vertailusta yhteinen koosteraportti vuosilta 2002–2022 ja varhaiskasvatuksen raportti vuodelta 2022.

Raportin taulukot ja kuvat voi tarvittaessa pyytää saavutettavassa muodossa sähköpostilla: kuusikko@hel.fi

1. KUUSIKKO-YHTEISTYÖN JA KAUPUNKIVERTAILUN KEHITTYMINEN

1.1 Kuusikko-yhteistyön vaiheet

Kuuden suurimman kaupungin yhteinen kaupunkivertailu palveluista ja niiden kustannuksista on jatkunut kahdenkymmenen vuoden ajan vuodesta 2002 alkaen. Pohjaa yhteistyölle rakennettiin jo aikaisempina vuosina. Kuusikko-työn historia ulottuu vuoteen 1994, jolloin Helsingin, Espoon ja Vantaan sosiaali- ja terveystoimen johtajat päättivät alkaa toteuttaa vertailuja keskeisimmistä sosiaali- ja terveystoimen palveluista sekä niiden kustannuksista. Aluksi tarkasteltiin lasten päivähoitoa, toimeentulotukea sekä vanhusten palveluja. Työn tuloksena syntyi yhdeksän sivuinen (+ liitteet) raportti.

Turku ja Tampere tulivat mukaan päivähoiton, toimeentulotuen sekä vanhusten palvelujen vertailuihin vuonna 1996, jonka jälkeen ryhmä nimettiin Viisikoksi. Työskentely oli alkuun Helsinki-vetoista ohjausryhmän puheenjohtajan ollessa Helsingistä ja sihteerityövoiman Helsingin sosiaalivirastosta. Yhteistyön tuloksena syntyneet raportit julkaistiin Helsingin sosiaaliviraston julkaisusarjassa. Vuonna 1997 sihteerityöhön palkattiin tutkija. Vertailtavia palveluja olivat tuolloin päivähoito, vanhuspalvelut, lastensuojelun sijaishuolto ja toimeentulotuki. Vuodesta 1999 alkaen vertailuraportteja on julkaistu omissa julkaisusarjassa. Vuonna 2001 työskentelyyn palkattiin toinen osapäiväinen tutkija.

Varsinainen Kuusikko-yhteistyö alkoi vuonna 2002, kun Oulu liittyi kuudenneksi jäseneksi ryhmään. Vuonna 2005 avattiin Kuusikko-työryhmälle omat internet-sivut. Ajan myötä Kuusikko-vertailuihin on tullut mukaan uusia palvelukokonaisuuksia, ja raporttien sisältö on laajentunut vertailuun otettujen asioiden lisääntyessä.

Asiantuntijatyöryhmiin on osallistunut kunnista useampia asiantuntijajäseniä ja vuonna 2009 vertailuihin tarvittavan tiedon kokoaviin työryhmiin kuului yhteensä noin 140 henkilöä. Ohjausryhmä koostui noin kymmenestä jäsenestä sekä työryhmien puheenjohtajista. Ohjausryhmä vastasi työryhmien työskentelyn koordinoinnista ja kehittämisestä työryhmien ehdotusten pohjalta. Tutkija-sihteerit Kuusikko-työskentelyssä oli kolme. Osa tutkijoista työskenteli Kuusikko-työn parissa osa-aikaisesti muun työnsä ohessa. Vertailtavia palvelukokonaisuuksia oli vuonna 2009 yhteensä seitsemän: päivähoito, lastensuojelu, toimeentulotuki ja aikuissosiaalityö, kehitysvammahuolto, vammaispalvelut, vanhuspalvelut ja päihdehuolto. Kaikista palvelukokonaisuuksista julkaistiin vuosittain raportti.

Vuonna 2013 Kuusikko-sihteerit siirtyivät Helsingin kaupungin sosiaalivirastosta Helsingin kaupungin tietokeskukseen. Samana vuonna toteutettiin Kuusikko-työn asiakaskysely. Kyselyn ensisijaisena kohderyhmänä olivat vuonna 2012 päättyneen valtuustokauden sosiaalilautakuntien jäsenet, Kuusikon ohjaus- ja asiantuntijaryhmien jäsenet, sosiaali- ja terveystoimien sekä varhaiskasvatuksen johtajat, päälliköt ja asiantuntijat, jotka olivat potentiaalisia Kuusikon asiakkaita.

Kuusikko-työtä on kehitetty vuosittain julkaistavien vertailuraporttien rinnalla. Vuoden 2014 aikana kuutosvertailujen tietoja vanhuspalvelujen, vammaispalvelujen, kehitysvammahuollon, toimeentulotuen ja lasten päivähoiton osalta aineistot julkaistiin Helsinki Region Infoshare (HRI) -palvelussa. HRI on Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten kaupunkien yhteinen avoimen datan palvelu. Kuutosvertailujen tietoja on siitä lähtien päivitetty

HRI- palveluun vuosittain. Työryhmien sihteerit valmistelivat vuosien 2020–2021 aikana Power BI:ssä toteutetun kokonaisuuden. Lokakuussa 2021 Kuusikon nettisivuilla julkaistiin Power BI -raportti, johon koostettiin palvelukokonaisuuksien keskeisiä tietoja asiakkaista, suoritteista ja kustannuksista. Raportin avulla on pyritty tuomaan esiin pidempiä aikasarjoja.

1.2 Palvelukokonaisuuksien tilastollisen kaupunkivertailun kehittyminen

Tässä luvussa kuvataan Kuusikko-yhteistyötä työryhmien eri vaiheiden kautta. Yhteistyön aikana työryhmiä on yhdistetty ja joidenkin palvelukokonaisuuksien kohdalla perustettu uusia työryhmiä. Työryhmien organisoitumiseen ovat vaikuttaneet vuosien aikana muun muassa lakimuutokset.

Vuosien 2020–2021 koronapandemia on ollut välttämätöntä huomioida Kuusikko-raporteissa raportoitavien asioiden ja tiedonkeruun osalta. Koronarajoitukset ja -ohjeistukset vaikuttivat mittavasti palvelujen järjestämistapaan, käyttöasteeseen, henkilöstöasioihin, tiedottamiseen ja viestintään sekä talouteen. Vuosittaisen tiedonkeruun ohella päädyttiin tuottamaan kunnista koronavaikutustietoa em. asioiden osalta.

Aikuissosiaalityö

Nykyinen aikuissosiaalityön työryhmä on vastannut Kuusikko-työn aikana aikuissosiaalityön, toimeentulotuen ja työllisyyspalvelujen Kuusikko-raporteista. Toimeentulotuki on ollut alusta lähtien mukana Kuusikko-työssä. Työ alkoi kolmen pääkaupunkiseudun kaupungin kesken jo vuonna 1994, jolloin tehtiin ensimmäinen toimeentulotuen asiakasmäärien ja kustannusten vertailu vuoden 1993 tietojen pohjalta. Ensimmäinen viiden kaupungin toimeentulotukiraportti tehtiin vuoden 1995 tiedoista, kun Turku ja Tampere tulivat työskentelyyn mukaan. Varsinaiseen kuutoskaupunkien yhteiseen vertailuun päästiin vuonna 2005, kun Oulukin osallistui toimeentulotukivertailuihin. Vuoteen 2017 saakka julkaistiin vuosittain toimeentulotuen raportin.

Ensimmäinen kuuden suurimman kaupungin aikuissosiaalityötä käsittelevä raportti julkaistiin vuonna 2011. Tätä ennen Kuusikko-sarjassa julkaistiin vuosilta 2003 ja 2006 sosiaalityön raportit, joissa tarkasteltiin sekä lapsiperheiden että aikuisten palveluja. Vuoteen 2018 saakka aikuissosiaalityön raporteja julkaistiin muutaman vuoden välein. Aikuissosiaalityön raportin sisältö on pääosin ollut kuvailevaa tietoa aikuissosiaalityön sisällöstä, organisoinnista ja työtavoista.

Toimeentulotuen raporteissa vertailun kohteena ovat olleet ensisijaisesti toimeentulotuen asiakasmäärän ja -rakenteen sekä myönnetyn toimeentulotuen määrän muutokset. Toimeentulotuki jakautuu perustoimeentulotukeen, jota on vuoden 2017 alusta alkaen myöntänyt Kela, sekä täydentävään ja ehkäisevään toimeentulotukeen, joita myöntää kunta. Vuoden 2017 muutos perustoimeentulotuen myöntäjässä vaikutti myös Kuusikko-työryhmän työskentelyyn.

Perustoimeentulotuen Kelaan siirtymisen jälkeen vuosista 2018 ja 2019 julkaistiin aikuisosiaalityön ja toimeentulotuen -raportit, joihin koottiin sekä aikuissosiaalityön että toimeentulotuen tietoja. Vuonna 2020 julkaistiin aikuissosiaalityön raportti, jonka liitteissä oli toimeentulotuen tietoja. Tuolloin toteutettiin myös ensimmäistä kertaa kuutoskaupunkien yhteinen kysely aikuissosiaalityön asiakaskuntaa koskien. Vastaava kysely toteutettiin myös vuoden 2021 raporttia varten. Aikuissosiaalityön työntekijät vastasivat kyselyyn, joka

kartoitti aikuissosiaalityön asiakkaiden tilannetta ja tarpeita. Kyselyn tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuvaa kunkin kuutoskaupungin aikuissosiaalityön asiakaskunnasta sekä kerätä tietoa kuutoskaupunkien tasolla aikuissosiaalityön asiakkuuksista valtakunnalliseen käyttöön. Tavoitteena oli myös lisätä ja parantaa vertailukelpoisen tiedon tuottamista aikuissosiaalityöstä kuutoskaupunkien välillä. Kyselyn lisäksi aikuissosiaalityöstä koostettiin raportille perustiedot kuten asiakkaiden määrä ja asiakkaiden ikäjakauma.

Vuoden 2021 perustoimeentoimeentulotuen sekä ehkäisevän ja täydentävän toimeentulotuen tiedoista työryhmässä koostettiin erillinen toimeentulotuen raportti.

Työllisyyspalvelut

Kuusikko-työssä koostettiin vuosien 2007–2019 välisenä aikana työllisyyspalvelujen raporteja. Alkuun aikuissosiaalityön työryhmä vastasi raporttien koostamisesta ja viimeisinä vuosina työllisyyspalvelujen oma työryhmä vastasi raporteista. Työryhmän toiminta ja työllisyyspalvelujen raporttien koostaminen päätettiin lopettaa vuonna 2020, koska kuutoskaupungit olivat siirtymässä työllisyyden kuntakokeiluihin. Lisäksi valtakunnallisen tiedonkeruun nähtiin korvaavan Kuusikossa tehdyn tiedonkeruun.

Työllisyyspalvelujen raporteissa luotiin katsaus Suomen kuuden suurimman kaupungin työttömyystilastoihin, työllisyyden edistämisen tavoitteisiin ja haasteisiin sekä kaupunkien työllistämispalveluiden organisointiin. Raportteihin koottiin vertailutietoa kuntien lakisääteisistä toiminnoista (mm. kuntouttava työtoiminta, velvoitetyöllistäminen, työllistymistä edistävä monilainen yhteispalvelu TYP), kuntien yleisen toimialan nojalla järjestetyistä työllisyyspalveluista (mm. työpajat, nuorten ohjauspalvelut, Ohjaamo-toiminta) sekä kuntien työnantajan ominaisuudessa järjestetyistä palveluista (mm. oppisopimus-, palkkatuki- ja työkokeilujaksot).

Lastensuojelu

Lastensuojelun palveluihin ja kustannuksiin liittyviä tietoja on kerätty Kuusikko-työssä vuodesta 2003 alkaen. Aluksi tietoja käsiteltiin osana sosiaalityön kokonaisuutta ja ne pitivät sisällään pääosin lastensuojelun sijaishuollon tietoja. Lastensuojelu sai oman työryhmänsä vuoden 2008 alussa, jolloin lasten sijaishuollon ja lastensuojelun avohuollon asiantuntijat yhdistettiin sosiaalityön ryhmästä omaksi työryhmäkseen. Taustalla oli uuden lastensuojelulain (417/2007) astuminen voimaan ja halu tarkastella lastensuojelua yhtenä kokonaisuutena. Lastensuojelun raporttia uudistettiin vuonna 2009 lisäämällä raportille sijaishuollon lisäksi myös avo- ja jälkihuollon palvelut.

Lastensuojelun tietoja käsittelevissä raporteissa on tarkasteltu lastensuojelun asiakasmääriä ja kustannuksia kokonaisuudessaan sekä erikseen avohuollon, sijaishuollon ja jälkihuollon palveluita ja kustannuksia. Raportteihin on koottu myös lastensuojelun henkilöstömääriä.

1.4.2015 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain (1302/2014) myötä sosiaalipalvelujen painopiste siirtyi korjaavista erityispalveluista ennaltaehkäiseviin yleisiin palveluihin. Lastensuojelun osalta tämä tarkoittaa sitä, että osa aiemmin lastensuojelun piiriin kuuluneista palveluista on nyt mahdollista saada yleisen sosiaalihuollon kautta. Tämän vuoksi lastensuojelun Kuusikko-raportointia laajennettiin vuonna 2017 osittain myös sosiaalihuoltolain mukaisten perhepalvelujen puolelle ja raportissa käsitellään lyhyesti sosiaalihuollon asiakkaana olevia erityistä tukea tarvitsevia lapsia.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Kuusikko-työssä on kerätty tietoja päihdehuollon palveluista jo vuodesta 2005 lähtien. Mielenterveyspalvelut liitettiin päihdehuollon raporttiin vuonna 2017. Tätä ennen kustannustietoihin sisällytettiin ainoastaan palvelujen tuottamisen välittömät kustannukset. Vuodesta 2017 alkaen omien palvelujen kustannuksiin sisältyvät myös vyörytykset, eli palvelujen tuottamisesta aiheutuneet välilliset kustannukset. Ostopalveluihin vyörytyksiä ovat tehneet Espoo, Turku ja Oulu.

Kuusikko-raporteissa on tarkasteltu kunnan järjestämiä täysi-ikäisen väestön päihdepalvelujen ja mielenterveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia. Vuosina 2017–2021 tarkastellut päihde- ja mielenterveyspalvelut on jaoteltu raporteissa integroituihin palveluihin, avopalveluihin, kotiin vietäviin palveluihin, työ- ja päivätoimintaan, asumispalveluihin sekä laitoshoitoon.

Vammaisten palvelut

Kuutoskaupungit ovat pitkään toimineet yhteistyössä tuottaakseen vertailutietoja vammaisten henkilöiden käyttämistä palveluista. Vammaispalvelulain mukaisia palveluja on vertailtu vuodesta 1998 lähtien ja kehitysvammahuollon palveluja vuodesta 2001 lähtien, jolloin vertailut toteutettiin Viisikkona. Kuusikko-vertailuja on julkaistu vuodesta 2005 alkaen Oulu liittyttyä kuudentena kaupunkina mukaan yhteistyöhön. Erillisinä julkaisuina ilmestyneet kehitysvammahuollon ja vammaispalvelujen raportit yhdistettiin samoihin kansiin ensimmäistä kertaa vuonna 2016. Vuodesta 2017 alkaen vammaisten palveluja on tarkasteltu Kuusikko-työryhmän raportissa yhtenä kokonaisuutena. Tämä on ollut linjassa sote-tietopakettien (STM) mukaisen raportoinnin luokitusten kanssa.

Vammaisten palvelujen Kuusikko-raportti on koonnut tietoja kunnan järjestämien palvelujen asiakasmääristä, suoritteista ja kustannuksista. Raporteissa tarkasteltavat keskeiset palvelut ovat henkilökohtainen apu, kuljetuspalvelut, työ- ja päivätoiminta, asumista tukevat palvelut, ympärivuorokautiset asumispalvelut, kehitysvammaisten perhehoito, kehitysvammaisten laitoshoidon ja lisäksi tarkastellaan erillisluvussa omaishoidon tukea. Tilastollisen tarkastelun lisäksi raporteissa kuvataan myös sitä, miten palvelut on kunnissa järjestetty.

Vanhuspalvelut

Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa ja Turku ovat vertailleet 65 – ja 75 vuotta täyttäneen väestön käyttämiä kunnan järjestämiä (kuntien tuottamia tai ostamia) sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja niiden kustannuksia vuosittain vuodesta 1995 alkaen. Oulu tuli mukaan työhön vuonna 2005. Vuoden 2007 aineistoa tarkasteltaessa päätettiin keskittyä käsittelemään 75 vuotta täyttäneiden palvelujen käyttöä ja kustannuksia.

Raporteissa tarkastellaan 65 vuotta täyttäneiden kotihoidon, osavuorokautisen hoidon, omaishoidon tuen, keskiraskaan ja tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoidon, perusterveydenhuollon avohoidon, terveyskeskussairaalan, kotisairaalan sekä erikoissairaanhoidon käyttöä ja kustannuksia. Tietoja tarkastellaan ikäryhmissä 65–74-vuotiaat, 75–84 – vuotiaat sekä 65 vuotta, 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneiden osalta. Pääpaino on 75 vuotta täyttäneiden palvelurakenteen ja asukaskohtaisten kustannusten tarkastelussa, mutta myös 65 vuotta ja 85 vuotta täyttäneiden käyttämistä palveluista esitetään yhteenvedot.

Kunnissa tapahtuneita muutoksia on kuvattu yksityiskohtaisesti raportin loppuosan kunta-kohtaisissa teksteissä. Palvelujen käyttöä ja kustannuksia on esitelty raportin liitteissä. Lisäksi vanhuspalvelujen Kuusikko-työryhmä on toteuttanut erillistiedonkeruita työryhmässä sovituihin aiheisiin kuten esimerkiksi jonottajista, siirtoviivemaksuista ja arviointiyksiköistä (2021), RAI- arviointitiedoista (2021 ja 2016), 65 vuotta täyttäneiden suun terveydenhuollosta (2016) ja ennaltaehkäisevistä palveluista (2016).

Varhaiskasvatus

Lasten päivähoiton Kuusikko-vertailua on tehty vuodesta 1993 alkaen. Aluksi vertailussa olivat mukana ainoastaan pääkaupunkiseudun kaupungit, ja vuonna 1995 mukaan tulivat Turku ja Tampere sekä vuonna 2002 Oulu. Laki lasten päivähoitosta muuttui varhaiskasvatuslaiksi 1.8.2015. Kuusikko-raportoinnissa on käytetty vuodesta 2016 alkaen käsitteen päivähoito sijaan käsitettä varhaiskasvatus. Työryhmän nimi on ollut syksystä 2016 alkaen varhaiskasvatuksen työryhmä.

Työryhmä tarkastelee varhaiskasvatuksen palveluiden käyttöä ja kustannuksia. Työryhmän tuottamissa raporteissa on ollut tietoja kunnallisesta ja kunnan ostopalveluna hankkimasta varhaiskasvatuksesta, yksityisen hoidon tuesta, palvelusetelillä järjestetystä varhaiskasvatuksesta sekä lasten kotihoidon tuesta. Lisäksi raporteissa on ollut esiopetukseen ja kunnalliseen kerhotoimintaan liittyviä tietoja. Varhaiskasvatuksen Kuusikko-työryhmä on koonnut myös tietoja erityisestä tuesta varhaiskasvatuksessa.

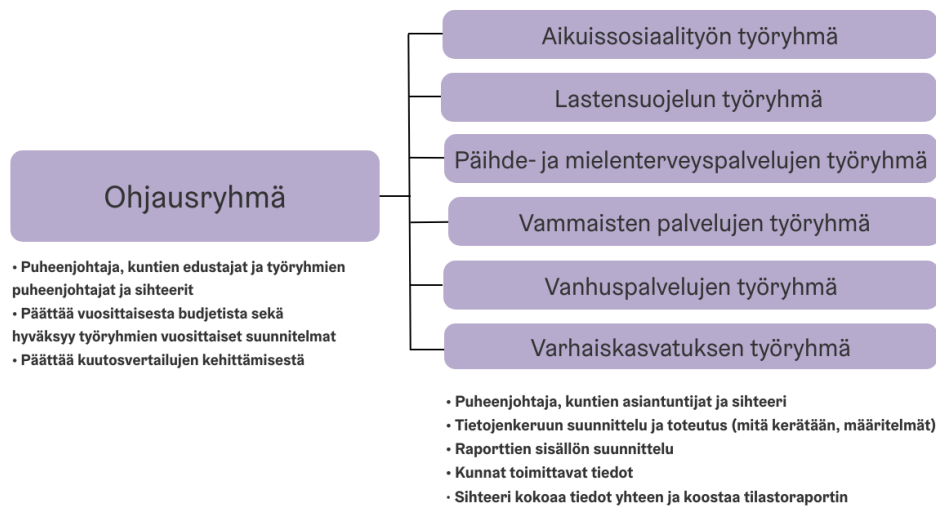
Raportit ovat syntyneet varhaiskasvatuksen asiantuntijaryhmän tiiviin yhteistyön tuloksena. Työryhmä on kokoontunut lähes vuosittain varhaiskasvatuksen Kuusikko-seminareihin, joissa on raportin työstämisen lisäksi käsitelty varhaiskasvatuksen ajankohtaisia teemoja kuten voimaan tulleita laki muutoksia. Yhteiset seminaarit ovat olleet tärkeä osa työryhmän yhteistyötä.

1.3 Työskentely tavat ja raporttien toteuttaminen

Kuusikko-työryhmä on koostunut ohjausryhmästä ja vertailtavien palvelukokonaisuuksien asiantuntijoiden muodostamista työryhmistä. Lisäksi Kuusikko-työssä on ollut kaksi tutkijaa, jotka ovat toimineet ohjausryhmän ja työryhmien sihteereinä. Kuvassa 1. on kuvattu Kuusikko-työskentelyn organisoituminen vuonna 2023 toiminnassa olevassa muodossa.

Kuva 1. Kuusikko-työryhmän organisointi

Kuusikko-työryhmän organisointi



Kuusikko-työn tavoitteena on ollut mahdollisimman vertailukelpoisen tiedon tuottaminen. Työryhmissä keskustellen ja linjaten on varmistettu se, että eri kunnissa raportin tiedot on kerätty ja toimitettu yhteneväisellä asiasisällöllä. Työryhmien sihteerit ovat koonneet tiedot yhteen ja kirjoittaneet ryhmäkohtaiset raportit. Raporteissa on kuvattu kustannuslukuja laajemmin, mitä palveluja on tuotettu ja millä kustannuksilla.

Kuusikko-raporttien tiedot asiakasmääristä, suoritteista, henkilöstöstä ja kustannuksista on pääasiassa koottu kuntien omista tietojärjestelmistä ja tilinpäätöksistä. Raportteihin sisältyy tilastotietojen lisäksi erillisiä selvityksiä eri palvelujen organisoinnista tai kuntien suunnitelmista tietyn palvelurakenteen muutoksen toteuttamiseksi. Kaupunkien asiantuntijat ovat sopineet tiedonkeruulle mahdollisimman yhdenmukaiset määritelmät, toteuttaneet tiedonkeruun käytännössä ja analysoineet tuloksia.

Ohjausryhmä

Kustannus- ja palvelutasojen vertailutyötä on ohjannut muutaman kerran vuodessa koontunut ohjausryhmä, jossa on ollut kaikkien kuntien sosiaali- ja terveystoimen tai vastaavan toimen sekä sivistystoimen tai vastaavan toimen nimeämät edustajat. Ohjausryhmä on valinnut keskuudestaan puheenjohtajan. Lisäksi ohjausryhmään ovat kuuluneet työryhmien puheenjohtajat asiantuntijajäsenenä ja vertailutyöstä vastuussa olevat sihteerit.

Ohjausryhmän tehtävänä on ollut suunnitella, valvoa ja seurata työn toteutumista sekä sopia tarvittaessa tarkemmin työryhmien työnjaosta. Ohjausryhmässä on syksyisin pidetyissä

kokouksissa päätetty vuosittain kunkin työryhmän ehdottaman toimintasuunnitelman, aikataulun sekä kuhunkin selvitykseen käytettävän työmäärän hyväksymisestä. Lisäksi ohjausryhmä on päättänyt vertailutyön budjetista sekä mahdollisista kehittämishankkeista, hankkeiden budjetoinnista ja resurssien allokaatiosta.

Työryhmät

Jokaisesta Kuusikko-työn kustannus- ja palvelutasovertailusta on vastannut oma työryhmänsä, joka on laatinut vuosittaisen toimintasuunnitelman yhdessä työryhmän sihteerin kanssa. Työryhmät ovat koostuneet jokaisen kunnan itse nimeämistä asiantuntijajäsenistä ja työryhmälle nimetystä sihteeristä. Työryhmät ovat valinneet itse puheenjohtajan työskentelylleen, ja puheenjohtajakausi on ollut kaksivuotinen.

Kuusikon kaikki asiantuntijatyöryhmät ovat kokoontuneet vähintään kaksi kertaa vuodessa. Keväisin kokouksissa on käyty läpi julkaistavaa raporttia ja syksyllä on sovittu seuraavan raportin määritelmistä ja tiedonkeruusta. Tarvittaessa on ollut lisäkokouksia etäyhteydellä. Työryhmien asiantuntijajäsenet ovat huolehtineet oman kuntansa osalta vuosittaisen toimintasuunnitelman laatimisesta, tiedonkeruun määritelmien tarkentamisesta ja raportin sisällön suunnittelemisesta. Asiantuntijajäsenet ovat vastanneet sovittujen tietojen toimittamisesta sihteerille työryhmän yhdessä sopiman aikataulun mukaisesti. Lisäksi asiantuntijajäsenet ovat huolehtineet omassa kunnassa pidettävien kokousten järjestelyistä sekä osallistuneet yhteisiin kokouksiin.

Sihteerityö

Viimeisen kymmenen vuoden ajan Helsingin kaupunki on varannut vuosittain kustannus- ja palvelutasojen vertailutyöhön kahden tutkijan vuotuisen työpanoksen. Tutkijat ovat hoitaneet yhteisesti sovitun työnjaon mukaisesti työryhmien ja ohjausryhmän työskentelyyn liittyvät valmistelu- ja sihteeritehtävät kunkin työryhmän osalta ohjausryhmän päättämässä laajuudessa. Sihteerien tehtävänä on ollut kuntien toimittamien tietojen yhdistäminen ja vertailu. Tietojen pohjalta sihteerit ovat laatineet raporttiluonnokset ja työryhmän hyväksymän raportin sekä tilanneet raportit. Lisäksi tehtävänä on ollut kustannus- ja palvelutasojen vertailutyön kehittäminen yhdessä kuutoskaupunkien edustajien kanssa ja tietokannan ylläpito.

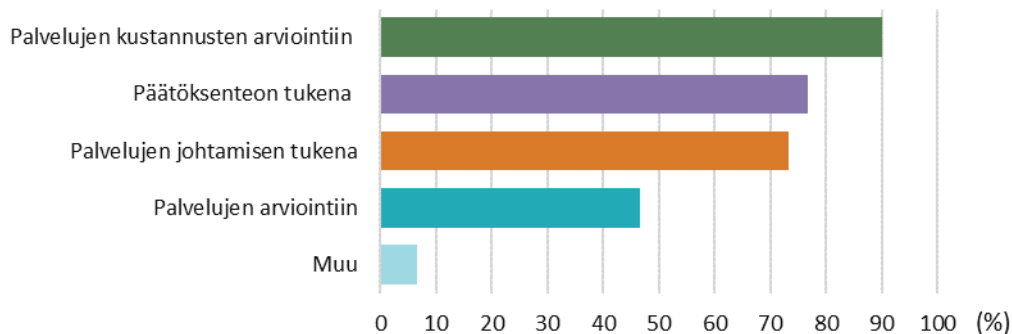
1.4 Palautekysely Kuusikko-työskentelystä

Kuusikon ohjausryhmän ja työryhmien jäsenille suunnattiin vuoden 2022 lopulla palautekysely Kuusikko-työskentelystä. Kyselyn tavoitteena oli kerätä arvioita ja kokemuksia Kuusikko-työskentelystä ja raporteista sekä tietoa siitä, miten Kuusikko-raportteja on hyödynnetty kunnissa. Kysely lähetettiin vuonna 2022 Kuusikko-työssä mukana olleelle noin 150:lle ohjausryhmän ja työryhmien jäsenelle. Lisäksi kyselyä oli mahdollisuus välittää eteenpäin esim. pitkään Kuusikko-työssä aiemmin mukana olleille henkilöille. Vastauksia saatiin 33 ja vastausprosentti oli näin ollen 22 prosenttia.

Palautekysely koostui kolmesta monivalintakysymyksestä ja kolmesta avokysymyksestä. Monivalintakysymyksillä selvitettiin Kuusikko-raporttien tietojen hyödyntämistä kunnissa päätöksenteon ja palvelujen johtamisen tukena sekä palvelujen ja palvelujen kustannusten arvioinnissa. Lisäksi kysyttiin mielipidettä Kuusikko-tietojen hyödyllisyydestä päätöksenteossa ja Kuusikko-yhteistyön rakenteen toimivuudesta. Avovastauksissa oli mahdollisuus kertoa tarkemmin kokemuksista koskien Kuusikon työskentelytapoja ja organisoitumista. Avokysymyksillä kerättiin palautetta myös Kuusikko-raporteista sekä Power BI-raportista. Lisäksi kerättiin muuta palautetta Kuusikko-yhteistyöstä.

Saatujen vastausten perusteella Kuusikko-raportteja on hyödynnetty kunnissa moneen eri tarkoitukseen. Erityisesti raportteja on käytetty palvelujen kustannusten arviointiin (90 %), sekä päätöksenteon (77 %) ja palvelujen johtamisen tukena (73 %). Raportteja on käytetty myös palvelujen arviointiin (47 %) sekä muihin tarpeisiin (7 %). (Kuvio 1.).

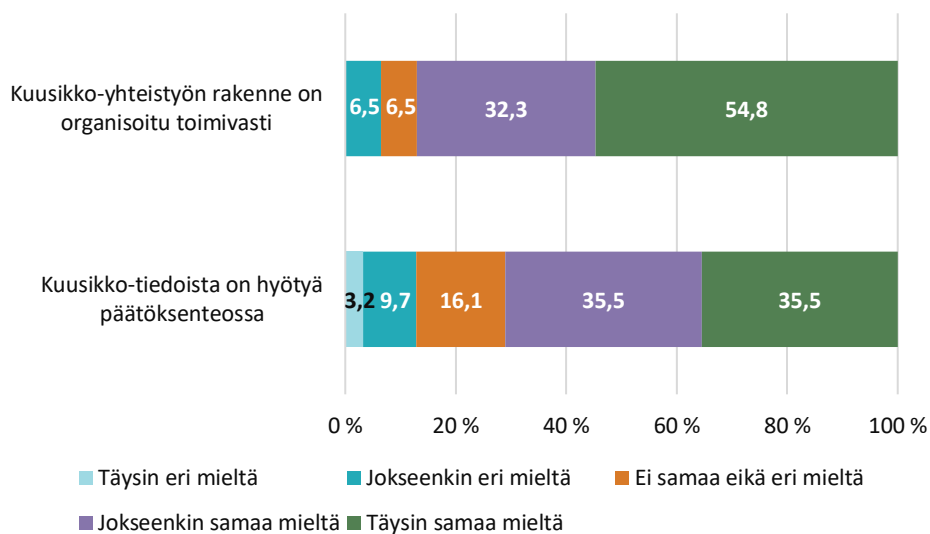
Kuvio 1. Kuusikko-raporttien hyödyntäminen kuutoskaupungeissa vuoden 2022 palautekyselyn mukaan



Suurin osa vastaajista (72 %) piti Kuusikko-työssä kerättyä tietoa hyödyllisenä. Vastaajista 36 prosenttia koki, että Kuusikko-tiedoista on ollut hyötyä päätöksenteossa ja saman verran oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 10 prosenttia oli jokseenkin eri mieltä ja 4 prosenttia täysin eri mieltä tietojen hyödynnettävyydestä. (Kuvio 2.).

Palautekyselyyn vastaajista 55 prosenttia koki, että Kuusikko-yhteistyön rakenne on organisoitu toimivasti ja jokseenkin samaa mieltä oli 33 prosenttia vastaajista. Kuusikko-yhteistyön rakenteen organisointiin ei ottanut kantaa 7 prosenttia ja vastaajista saman verran oli jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä Kuusikko-yhteistyön organisoinnin toimivuudesta ei ollut yksikään vastanneista. (Kuvio 2.).

Kuvio 2. Kuusikko-tietojen hyödyllisyys kuutoskaupunkien päätöksenteossa ja Kuusikko-yhteistyön rakenteen toimivuus vuoden 2022 palautekyselyn mukaan.



Palautekyselyn mukaan Kuusikko-vertailuissa syntynyt tieto on koettu ainutlaatuisena, sillä työskentelyn tuloksena numeroiden taakse on saatu substanssietoa. Yhteinen keskustelu on ollut tärkeää ja benchmarking on ollut olennainen osa Kuusikko-vertailua. Kuusikko-raporttien vertailtavuus on kuitenkin haastavaa kuntien erilaisten järjestelmien ja organisaatorakenteiden vuoksi ja raportoinnissa toivottaisiin syvempää analysointia.

Palautekyselyssä tuotiin esiin myös Kuusikko-yhteistyön kehittyminen. Vertailutyö on palautteiden perusteella kehittynyt historiansa aikana ja siirtyminen Helsingin kaupungin vetämään työskentelyyn on lisännyt työn arvostusta myös kuntasektorin ulkopuolelle. Myös Kuusikko-raporttien koettiin kehittyneen vertailutyön aikana ja niissä koettiin olevan ansiokasta erityisesti palvelujen vertailusarjat ja määritelmät.

Kuusikon työskentelytavat on koettu toimivana ja kehittyvänä. Työskentelyä on luonnehtinut tavoitteellisuus ja sitoutuneisuus ja Kuusikko-työn vuosikellomainen prosessi on koettu selkeäksi ja ketteräksi. Tiedonkeruun lisäksi palveluiden substanssiasiantuntijoilla on ollut kokouksissa mahdollisuus keskustella palveluiden järjestämisestä.

Kuusikon organisoituminen on koettu palautekyselyn mukaan toimivana. Työryhmien muodostaminen talouden, tiedontuotannon ja palveluiden substanssin asiantuntijoista on ollut hyvä ratkaisu. Sihteerien ja vaihtuvien puheenjohtajien työ on koettu tärkeänä työryhmätyöskentelyn onnistumisen kannalta. Myös ohjausryhmän systemaattista rakennetta on pidetty toimivana. Asiantuntijatyöryhmän tueksi olisi kunnissa kuitenkin pitänyt paremmin sitouttaa työskentelyyn kuntien avainhenkilöt. Lisäksi yhteistyötä Kuusikon ohjausryhmän ja työryhmien välillä olisi pitänyt kehittää.

Kuusikko-yhteistyössä erittäin tärkeänä on koettu asiantuntijoista muodostunut verkosto. Kuusikon asiantuntijoiden verkostoitumista on pidetty suurena lisäarvona myös muihin toimialaan liittyviin asioihin ja tämän vuoksi Kuusikko-työhön on aidosti haluttu panostaa ja kunnan sisällä on haluttu päästä mukaan vertailutyöhön. Ilmapiiri yhteistyössä on ollut luottamuksellinen ja innostunut ja työryhmän jäsenet ovat antaneet oman osaamisensa kaikkein hyödyksi.

Palautekyselyn vastauksissa nousi esiin korona-ajan vaikutukset työskentelyyn, sillä Kuusikko-yhteistyön toimivuuden kannalta on ollut tärkeää riittävä yhteydenpito ja kokouksien järjestäminen riittävän usein. Korona-aika vähensi tapaamisia, minkä on koettu haitanneen verkostoitumista ja muuta hyödyllistä ajankohtaista keskustelua. Teams-työskentelyn on nähty toisaalta tehostaneen yhteistyötä ja vähentäneen Kuusikko-työhön menevää aikaa.

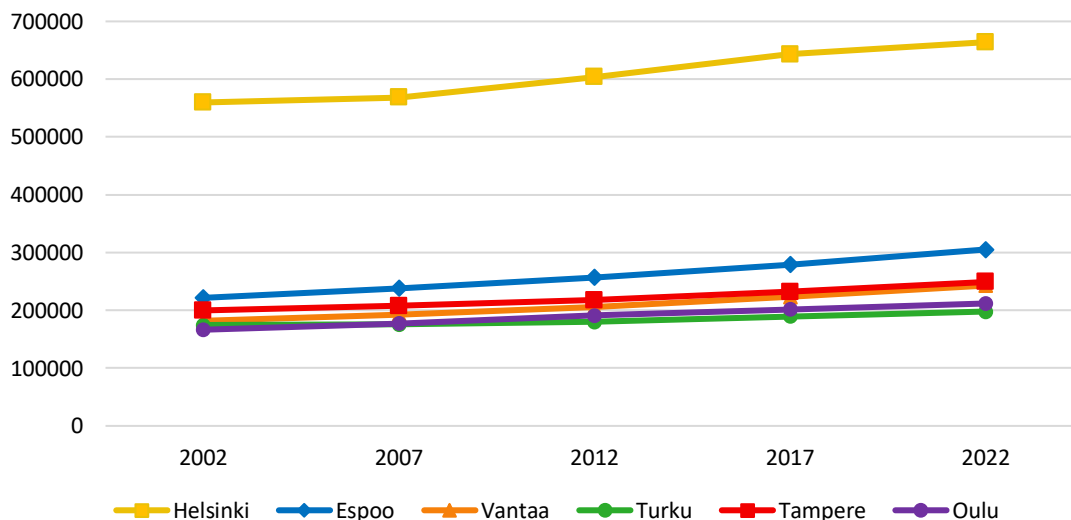
1.5 Kuuden suurimman kaupungin tilastollisia erityispiirteitä

Tässä luvussa kuvataan kuutoskaupunkien kehitystä Kuusikko-yhteistyön aikana tilastollisten aikasarjojen avulla. Kuutoskaupunkien ominaispiirteitä tarkastellaan väestön, työmarkkinoiden ja koulutuksen näkökulmasta. Kuutoskaupungeilla on omia yhteneviä piirteitä, mitkä erottavat ne muusta maasta. Kuutoskaupunkeja yhdistää esimerkiksi väestönkasvu, korkea koulutusrakenne ja suuri opiskelijoiden määrä. Väestö keskittyy kuutoskaupunkeihin muun muassa koulutuksen ja töiden perässä. Yhtenevistä piirteistä huolimatta pääkaupunkiseutua on syytä tarkastella joillain tietoaalueilla omana erityisenä yksikkönään esimerkiksi työikäisten määrän, työllisyysasteen osalta.

Väestö

Kuutoskaupungeissa asui yhteensä 1,9 miljoonaa asukasta vuoden 2022 lopussa. Kuviossa 3. esitetään kuutoskaupunkien väestönkehitys vuosina 2002–2022. Väestö on kaikissa kuutoskaupungeissa kasvanut vuodesta 2002.

Kuvio 3. Väestönkehitys kuutoskaupungeissa vuosina 2002-2022¹

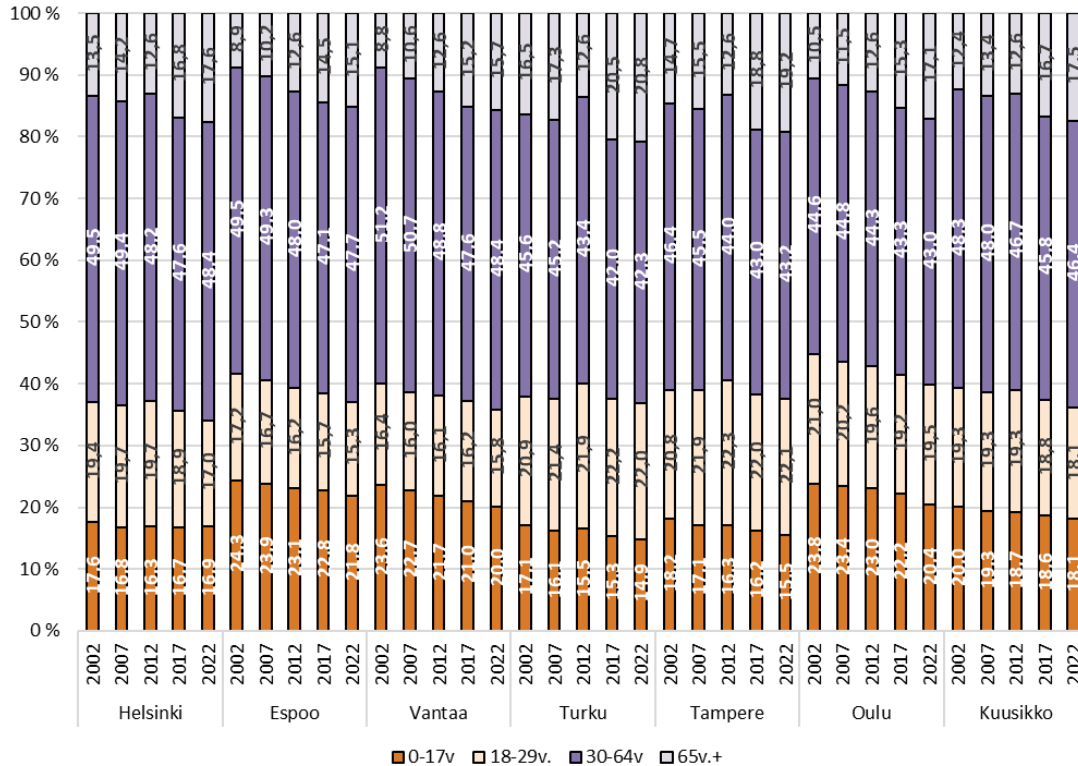


¹ Oulu: Vuonna 2013 kuntaliitos (1.1.2013)

Kuutoskaupunkien väestö muodosti 33,6 prosenttia koko maan asukkaista vuonna 2022, kun vastaava luku vuonna 2002 oli 28,9 prosenttia. Väestömäärän kasvu on ollut selvästi nopeinta Espoossa, jonka asukkaat muodostivat 16,3 prosenttia kuutoskaupunkien väestöstä vuonna 2022 (14,7 %, vuonna 2002). Väestönkasvu on ollut kuutoskaupungeista hitainta Turussa, missä väkiluku on kasvanut 13,3 prosenttia vuosien 2002–2022 välisenä aikana. Helsingin väkiluku on noussut vastaavalla aikavälillä määrällisesti eniten (104 312 hlöä), mutta prosenttiosuus kuutoskaupunkien kokonaisväestömäärästä on pudonnut 37,2 prosentista 35,5 prosenttiin. (Taulukko 1.)

Väestön ikärakenne

Kuvio 4. Väestön ikärakenne (%) vuosina 2002–2022, ikäjaolla: 0–17v., 18–29v., 30–64v, 65v.+



Kuviossa 4. kuvataan kuutoskaupunkien väestön ikärakenteen kehitys vuosina 2002–2022. Kuutoskaupunkien väestökehitystä luonnehtii 0–17-vuotiaiden, 18–29-vuotiaiden ja 30–64-vuotiaiden väestöosuuden lasku ja yli 65-vuotiaiden väestöosuuden kasvu. Kuutoskaupunkien väestö on näin ollen vuosina 2002–2022 ikääntynyt.

Vuonna 2022 kuutoskaupunkien tasolla 0–17-vuotiaiden osuus väestöstä oli 18,1 prosenttia. Osuus vaihteli Turun 14,1 prosentin ja Oulun 20,4 prosentin välillä. 0–17-vuotiaiden osuus väestöstä on laskenut kaikissa kuutoskaupungeissa vuodesta 2002.

Kuutoskaupunkien tasolla 18–29-vuotiaiden väestöosuus oli 18,1 prosenttia vuonna 2022. Osuus vaihteli Tampereen 22,1 prosentin ja Espoon 15,3 prosentin välillä. 18–29-vuotiaiden osuus väestöstä on vuodesta 2002 laskenut kuutoskaupungeissa Turku ja Tamperetta lukuun ottamatta.

Vuonna 2022 kuutoskaupunkien tasolla 30–64-vuotiaiden osuus väestöstä oli 46,4 prosenttia. Osuus vaihteli Helsingin ja Vantaan 48,4 prosentin ja Turun 42,3 prosentin välillä. 30–64-vuotiaiden osuus väestöstä on laskenut kaikissa kuutoskaupungeissa vuodesta 2002.

Kuutoskaupunkien tasolla yli 65-vuotiaiden väestöosuus oli 17,5 prosenttia vuonna 2022. Osuus vaihteli Turun 20,8 prosentin ja Espoon 15,1 prosentin välillä. Vuodesta 2002 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut kaikissa kuutoskaupungeissa.

Taulukko 1. Väestönkehitys ikäryhmittäin kuutoskaupungeissa ja koko maassa vuosina 2002–2022

Asukkaat 31.12.2022	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Oulu	Kuusikko	Koko maa
Yhteensä	664028	305274	242819	197900	249009	211848	1870878	5563970
0–17-vuotiaat	112280	66665	48631	29399	38610	43250	338835	1026192
18–29-vuotiaat	113123	46618	38423	43592	54984	41282	338022	771431
30–64-vuotiaat	321466	145761	117630	83699	107674	91076	867306	2471836
65 vuotta täyttäneet	117159	46230	38135	41210	47741	36240	326715	1294511
75 vuotta täyttäneet	55591	21370	17243	20411	23064	15833	153512	600850
85 vuotta täyttäneet	14335	4916	3805	5638	6241	4158	39093	159114
Ikäryhmien osuus kaikista asukkaista 31.12.2022, %								
0–17-vuotiaat	16,9	21,8	20,0	14,9	15,5	20,4	18,1	18,4
18–29-vuotiaat	17,0	15,3	15,8	22,0	22,1	19,5	18,1	13,9
30–64-vuotiaat	48,4	47,7	48,4	42,3	43,2	43,0	46,4	44,4
65 vuotta täyttäneet	17,6	15,1	15,7	20,8	19,2	17,1	17,5	23,3
75 vuotta täyttäneet	8,4	7,0	7,1	10,3	9,3	7,5	8,2	10,8
85 vuotta täyttäneet	2,2	1,6	1,6	2,8	2,5	2,0	2,1	2,9
Ikäryhmien osuus kaikista asukkaista 31.12.2002, %								
0–17-vuotiaat	17,6	24,3	23,6	17,1	18,2	23,8	20,0	21,4
18–29-vuotiaat	19,4	17,2	16,4	20,9	20,8	21,0	19,3	15,0
30–64-vuotiaat	49,5	49,5	51,2	45,6	46,4	44,6	48,3	48,2
65 vuotta täyttäneet	13,5	8,9	8,8	16,5	14,7	10,5	12,4	15,3
75 vuotta täyttäneet	6,4	3,5	3,0	7,9	6,6	4,4	5,5	6,9
85 vuotta täyttäneet	1,7	0,8	0,6	2,0	1,5	0,9	1,3	1,6
Ikäryhmien asukkaiden määrän muutos 31.12.2002–31.12.2022, %								
Yhteensä	18,6	37,8	33,5	13,3	24,6	27,3	24,4	6,9
0–17-vuotiaat	14,2	23,6	13,3	-1,4	6,2	9,2	12,6	-8,0
18–29-vuotiaat	4,0	22,1	28,8	19,4	32,4	18,0	16,6	-1,3
30–64-vuotiaat	15,9	32,8	26,4	5,2	16,3	22,6	19,4	-1,6
65 vuotta täyttäneet	55,5	135,0	138,1	43,4	62,8	106,9	75,1	58,0
75 vuotta täyttäneet	26,5	69,0	73,1	22,9	33,5	48,7	37,6	53,3
85 vuotta täyttäneet	6,4	16,3	16,7	7,7	11,0	15,5	10,1	17,2

Kuutoskaupunkien ikärakenne on muuhun maahan verrattuna nuorempi. Erityisesti työikäiset ovat keskittyneet pääkaupunkiseudulle, missä 30–64-vuotiaiden osuus oli noin 46 prosenttia vuoden 2022 lopulla. Tampereella, Turussa ja Oulussa 30–64-vuotiaiden osuus jäi muun Suomen alapuolelle noin 43 prosentin osuudella. Näissä kaupungeissa on kuitenkin selvästi muuta Suomea enemmän 18–29-vuotiaita. 65 vuotta täyttäneitä kuutoskaupungeissa on selvästi vähemmän kuin muussa maassa. Myös alle 18-vuotiaita lapsia ja nuoria on Turun, Tampereen ja Helsingin seudulla vähemmän kuin muussa maassa. (Taulukko 1.)

0–17-vuotiaiden osuus väestöstä on supistunut koko maan tasolla vuosina 2002–2022. Kuutoskaupungit eivät muodosta poikkeusta koko maan trendiin nähden, mutta lasten ja nuorten osuus väestöstä on vähentynyt hitaampaan tahtiin kuin muualla Suomessa. Tilastojen mukaan lapsiperheitä on kuutoskaupungeista erityisesti Espoossa, Vantaalla ja Oulussa, jotka ylittivät 20,0–21,8 prosenttiosuuksillaan selvästi koko maan tason 18,4 prosenttia. (Taulukko 1.)

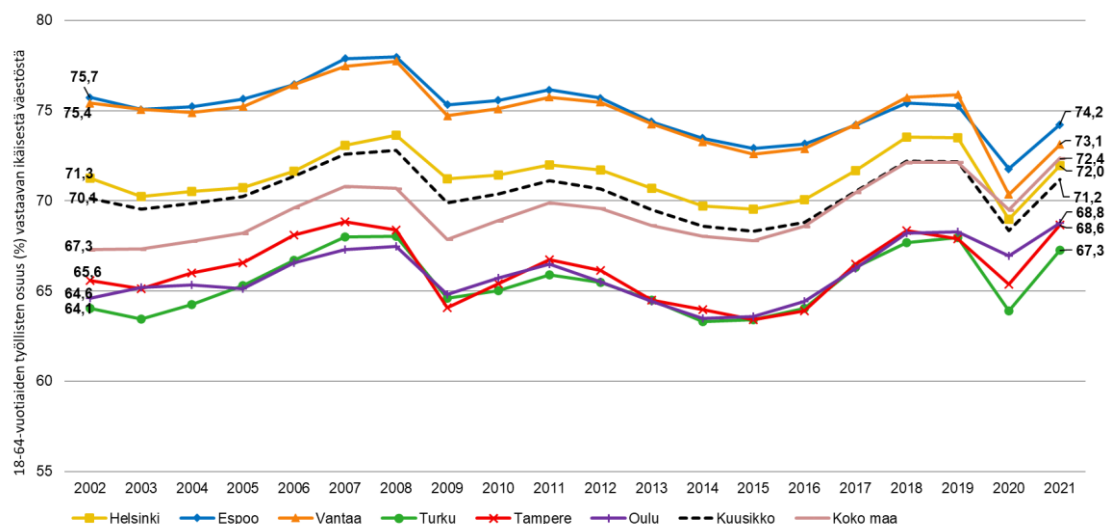
18–29-vuotiaiden osuus väestöstä on pysynyt suurin piirtein ennallaan vuosina 2002–2022 koko maan tasolla ja kuutoskaupungeissa. Taulukosta 1. voidaan päätellä, että osa kyseisen ikäluokan edustajista hakeutuu kuuteen suurimpaan kaupunkiin muualta Suomesta täysi-ikäisyyden saavutettuaan. Kehitystä selittää kyseisissä kaupungeissa suoritettavat opinnot ja niiden myötä vaihtunut kotikunta. 18–29-vuotiaita löytyy erityisesti Tampereelta, Turusta ja Oulusta, mutta myös Helsinki, Vantaa ja Espoo ylittävät selvästi muun Suomen prosenttiosuuden.

65 vuotta täyttäneiden väestönosuus on kasvanut vuosina 2002–2022 niin koko maan kuin kuuden suurimman kaupunginkin osalta (Taulukko 1.). Muualla Suomessa 65 vuotta täyttäneiden väestönosuus etenkin 75 ja 85 vuotta täyttäneiden osalta on kuitenkin kasvanut nopeammin kuin kuutoskaupungeissa. Turussa, Tampereella ja Helsingissä 65 vuotta täyttäneiden väestönosuus on korkeampi kuin kuutoskaupungeissa keskimäärin, mutta pienempi kuin muussa maassa.

Työmarkkinat ja koulutus

Kuutoskaupunkien työllisyysaste, eli 18–64-vuotiaiden työllisten osuus saman ikäisestä väestöstä, on vuosina 2002–2021 vaihdellut 68,3 prosentin (vuosi 2014) ja 72,8 prosentin (vuosi 2008) välillä. Koko maan tasolla työllisyysaste oli vuosina 2002–2021 67,3–72,4 prosentin välillä. Pääkaupunkiseudulla työllisyysaste on ollut kyseisenä aikana kuutoskaupunkien keskiarvoa hieman korkeampi. Kuutoskaupunkien korkeimmat työllisyysasteet ovat vuosien 2002–2021 aikana olleet Espoossa ja Vantaalla. Näissä kaupungeissa työllisyysaste on pysynyt keskimäärin 4,7 prosenttiyksikköä kuutoskaupunkien keskiarvojen yläpuolella vuosina 2002–2021. Vuonna 2021 työllisyysaste vaihteli kuutoskaupungeissa Espoon 74,2 prosentista ja Turun 67,3 prosenttiin. (Kuvio 5.)

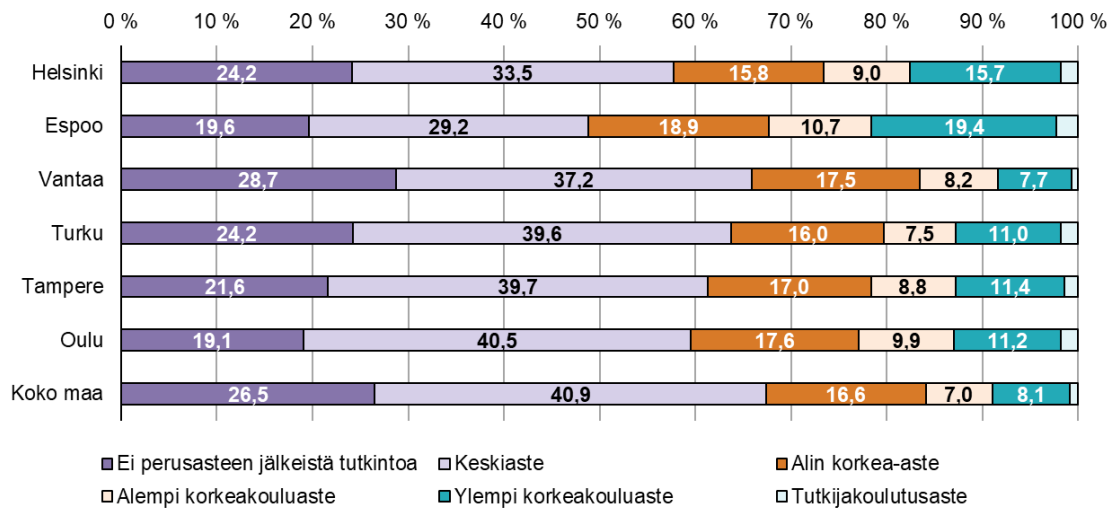
Kuvio 5. Työllisyysaste kuutoskaupungeissa ja koko maassa 2002–2021 (18-64-vuotiaat)



Lähde: Tilastokeskus, työssäkäynti

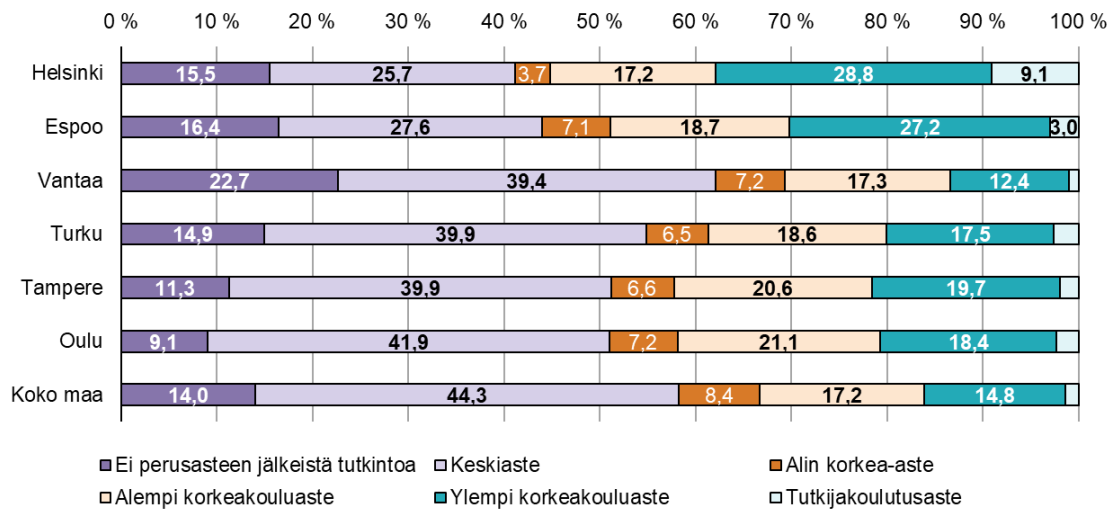
Kuutoskaupunkien väestöstä korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus on suurempi kuin koko maan keskitasolla (Kuvio 6. ja Kuvio 7.). Ylemmän korkea-asteen tutkinnon suorittaneista 60,9 prosenttia asui kuutoskaupungeissa vuonna 2021. Erityisesti Espoo ja Helsinki erottuvat korkeasti koulutetun väestön osalta koko maasta, mutta myös muista kuutoskaupungeista. Kuutoskaupunkien korkein koulutustaso oli vuonna 2021 korkein Helsingissä, jossa 28,8 prosentilla 25–64 vuotta täyttäneistä korkein suoritettu tutkinto oli ylempi korkeakouluasteen tutkinto. Muissa kuutoskaupungeissa vastaava luku vaihteli Espoon 27,2 prosentista Vantaan 12,4 prosenttiin.

Kuvio 6. 25–64 vuotta täyttäneen väestön koulutustaso kuutoskaupungeissa ja koko maassa vuonna 2002



Lähde: Tilastokeskus, työssäkäynti

Kuvio 7. 25–64 vuotta täyttäneen väestön koulutustaso kuutoskaupungeissa ja koko maassa vuonna 2021



Lähde: Tilastokeskus, työssäkäynti

2. PALVELUKOKONAISUUDET – KUVAUKSIA JA AIKASARJOJA

2.1 Aikuissosiaalityö

2.1.1 Aikuissosiaalityön sisältö ja tehtävät

Aikuissosiaalityö on aikuisille suunnattua sosiaalityötä. Asiakkaat ovat usein yhteiskunnan heikoimmassa asemassa olevia pitkäaikaistyöttömiä tai ammattikouluttamattomia nuoria tai asiakkailla voi olla taloudellisia vaikeuksia, päihde- ja mielenterveysongelmia, muita sairauksia, asunnottomuutta tai muita elämää suuresti hankaloittavia asioita. Asiakkaat ovat myös saattaneet kohdata avioeron, perheväkivaltaa tai joutuneet läheisen kuoleman seurauksena tilanteeseen, jossa he ovat turvautuneet aikuissosiaalityön apuun.

Aikuissosiaalityölle ei ole yhtä kaiken kattavaa määritelmää. Aikuissosiaalityötä voidaan tehdä aikuisten kanssa erilaisissa yhteyksissä kuten kunnan sosiaalitoimistossa, päihdepalveluissa ja järjestötyössä. Kuusikko-raporteissa aikuissosiaalityöllä on tarkoitettu kuntien sosiaalitoimistoissa tehtävää työtä. Aikuisten kanssa tehtävän sosiaalityön tulevaisuusselvityksessä aikuissosiaalityötä määritellään aikuisten kanssa tehtäväksi työksi, joka keskittyy pääosin aikuisväestön kysymyksiin. Aikuisten palveluista käytetään myös nimitystä työikäisten palvelut. (STM 2019)

Aikuissosiaalityöllä ei ole omaa erityistä lainsäädäntöään, mutta sitä ohjeistaa laaja kirjo erityislainsäädäntöä kuten päihdehuollosta, kuntouttavasta työtoiminnasta tai toimeentulotuesta säädetyt erillislait. Merkittävin yleislaki, joka ohjaa ja sääntelee aikuissosiaalityötä, on sosiaalihuoltolaki.

Aikuissosiaalityö on usein luonteeltaan viimesijaista. Tällöin yhteiskunnalla ei ole enää tarjota muita palveluita, jolloin sosiaalityön palvelussa ylläpidetään asiakkaan nykytilannetta ja pyritään ehkäisemään tilanteen heikentymistä entisestään.

Aikuissosiaalityön ydin rakentuu ihmisten perustarpeista huolehtimisesta (toimintakyky ja hyvinvointi, ihmissuhteet sekä osallistuminen ja kuntoutuminen, asuminen, toimeentulo ja talous). Samalla huolehditaan asiakkaiden arjen sujumisen tukemisesta. Erityisesti kriisiaikoina, kuten koronapandemia-aikana aikuissosiaalityön rooli on korostunut. Aikuissosiaalityön tehtävä on huolehtia poikkeusoloissa muun muassa väestön ruokahuollosta, kriisimajoituksesta, virka-ajan päivystyksestä ja yleisestä sosiaalialan neuvonnasta. Sosiaalihuoltolaissa määritelty vastuu osallistua normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusoloissa tapahtuviin erityistehtäviin on osoittautunut tärkeäksi tekijäksi pandemian tai muun häiriötilanteen hoidossa.

Aikuissosiaalityö on kokonaisvaltaista auttamista. Sen avulla voidaan vaikuttaa ihmisen itsensä ja hänen läheisverkostonsa lisäksi myös muun muassa kunnan elinvoimaisuuteen, asuinympäristön viihtyvyyteen ja kuntalaisten hyvinvointiin. Lähtökohtana ja tavoitteena onkin asiakkaiden yhteiskuntaan liittäminen. Aikuissosiaalityö on ratkaisevassa asemassa silloin, kun pyritään välttämään yhteiskunnan eriarvoistumiskehitystä ja siitä johtuvia konflikteja tai radikalisoitumista. Sosiaalitoimelle on tärkeä tehtävä arvioida henkilön erityisen tuen tarve, kuten työhön, koulutukseen ja toimeentuloon liittyvä tuki.

Tavoitteet aikuissosiaalityössä kiinnittyvät yksilölliseen, yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen tasoon. Yksilöön liittyvien tavoitteiden asettamisen lähtökohtana on, että tavoitteiden kautta asiakkaille annetaan ääni, jonka avulla asiakkaat itse voivat sanoittaa sellaisia tulevaisuudennäkymiä, joita kohti he haluavat pyrkiä. Aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijä antaa tukea tavoitteiden pohtimiseen ja niiden asettamiseen. Yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tavoitteet eivät ole toisistaan erillisiä, vaan ne ovat pikemminkin saman kokonaisuuden eri puolia. Kaikilla näillä tasoilla voi olla jaettuja tavoitteita sekä käytettyjä menetelmiä ja keinoja, minkä vuoksi tavoitteiden tasoja ei ole tarkoituksenmukaista eritellä omina kokonaisuuksinaan.

Aikuissosiaalityön tavoitteet voivat limittyä toisiinsa nähden. Tavoitteita asetetaan ja uudelleen asetetaan asiakasprosessin edetessä. Keskeisenä työkaluna aikuissosiaalityössä käytetään asiakassuunnitelmaa. Asiakassuunnitelmaa tarkistetaan ja päivitetään säännöllisesti ja tarpeen vaatiessa. Merkityksellistä on, että tavoitteet määritellään kunkin asiakkaan ainutkertaisen tilanteen kontekstissa. Tavoitteet voivat liittyä esimerkiksi elämänhallintaan, taloudelliseen tilanteeseen, päihteettömyyteen, aktivointiin, osallisuuteen yhteiskunnassa, mutta toisaalta myös tilanteen vaikeutumisen ehkäisemiseen ja huolenpitoon. Nämä tavoitteet ovat tietynlaisia osatavoitteita aikuissosiaalityön ydintavoitteen - osattomuuden ehkäisemisen - saavuttamiseksi. Siten kaikkia näitä osatavoitteita yhdistää pyrkimys ehkäistä yhteiskunnallista osattomuutta, joka liittyy kiinteästi niin yksilöön, yhteisöön kuin yhteiskuntaankin. Aikuissosiaalityö on muutokseen tähtäävää työtä. Muutostyö ei kuitenkaan kohdistu vain yksilöön, vaan keskiössä ovat myös yhteisöt ja yhteiskunnan rakenteet ja asenteet.

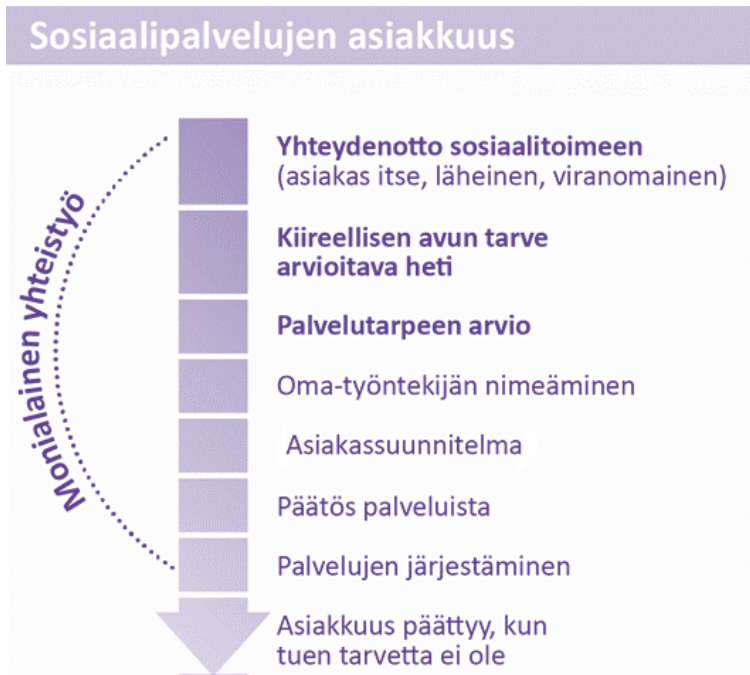
Sosiaalityössä käytetään useita erilaisia työmenetelmiä ja keinoja, mikä johtuu osaltaan asiakkaiden moninaisista tarpeista ja eriytymättömistä elämäntilanteista. Pelkästään yhden asiakkaan kanssa työskentely tai jopa yksittäinen tapaamiskerta voi sisältää useiden tavoitteiden lisäksi useita erilaisia menetelmiä.

Asiakasprosessi

Nykyisen sosiaalihuoltolain (1301/2014) voimaantulo 1.4.2015 siirsi sosiaalipalveluiden painopistettä korjaavista erityispalveluista ennaltaehkäisevien yleisten palvelujen suuntaan. Tavoitteena on, että ihmiset saavat palveluita ajoissa ja helposti, eikä palveluja tarvitseva jäisi niitä ilman siitä syystä, että ei täytyä asiakkuudelle erityislainsäädännössä asetettuja kriteereitä (HE 164/2014).

Laki määrittelee kaikille sosiaalipalveluille yhteisen asiakasprosessin (Kuva 1). Asiakasprosessi alkaa yhteydenotolla sosiaalitoimeen, jonka jälkeen tehdään palvelutarpeen arvio, jossa selvitetään henkilön tuen ja sosiaalipalvelujen tarve (1301/2014 § 36–37). Yhteydenotto tapahtuu asiakkaan itsensä toimesta, mutta myös esimerkiksi asiakkaan läheinen tai toinen viranomainen voi ottaa yhteyttä sosiaalitoimeen palvelutarpeen arvioimiseksi – tiettyissä tilanteissa myös ilman asiakkaan suostumusta. Yhteydenottoja tulee lisäksi myös Kelta. Palvelutarpeen arviointi on prosessissa avainasemassa ja asiakassuunnitelma tehdään vain tarvittaessa.

Kuva 2. Sosiaalipalvelujen yhteinen asiakasprosessi¹



Lähde: STM (<http://stm.fi/sosiaalihuoltolaki>)

Yksi sosiaalihuoltolain kulmakivistä on monialainen yhteistyö. Se velvoittaa eri sektorit hakemaan toisiltaan apua palvelujen kartoittamiseen ja niiden järjestämiseen. Lain 41 §:ssä säädetään, että ”Sosiaalihuoltoa toteutetaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa siten, että sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden. Työntekijän on oltava tarpeen mukaan yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin sekä tarvittaessa henkilön omaisiin ja muihin hänelle läheisiin henkilöihin siten kuin tässä laissa tarkemmin säädetään”.

Yhteistyön tekemisen velvoite on viety myös terveydenhuollon lainsäädännön sisään. Monialaisen yhteistyön toteuttaminen käytännössä vaatii uudenlaisia toimintatapoja niin aikuissosiaalityöhön kuin koko sosiaalihuoltoon (Krank 2015).

Sosiaalihuoltolaissa nostetaan esiin erityistä tukea tarvitsevat henkilöt (1301/2014 § 3), joiden osalta palvelutarpeen arvioinnin tekee aina sosiaalityöntekijä. Erityistä tukea tarvitseville nimetään myös oma työntekijä (sosiaalityöntekijä), jota hänellä on oikeus tavata. Kaikille erityistä tukea tarvitseville tulee lisäksi tehdä asiakassuunnitelma. Laissa ei kovin selkeästi määritellä, keitä ovat erityistä tukea tarvitsevat henkilöt, vaan asia ratkaistaan sosiaalitoimessa tilannekohtaisesti.

Sosiaalipalveluiden painopisteen siirtyminen erityispalveluista yleisiin ja ennalta ehkäiseviin palveluihin on saanut aikaan myös sen, että esimerkiksi osa perheistä, jotka aiemmin olisivat olleet lastensuojelun asiakkaita, saavat nykyään palvelut yleisen sosiaalihuollon

¹ Asiakasprosessikaavio on muokattu Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivujen (<http://stm.fi/sosiaalihuoltolaki>) uutta sosiaalihuoltolakia esittelevässä diasarjassa olevan kaavion pohjalta. Oikeassa asiakastilanteessa prosessi ei aina etene kaavion järjestyksessä.

kautta. Sosiaalihuoltolain mukaisia palveluita, joihin perheet ovat oikeutettuja ehtojen täytyessä myös ilman lastensuojelun asiakkuutta, ovat muun muassa kotipalvelu ja perhetyö.

Ohjaus ja neuvonta ovat laissa vahvasti mukana. Samoin korostetaan rakenteellisen sosiaalityön merkitystä hyvinvoinnin edistämässä. Tavoitteena on panostaa asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottamiseen, tavoitteellisiin toimiin ja toimenpiteisiin sekä saada sosiaalityön asiantuntemus käyttöön entistä laajemmin. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen ovat olleet esillä jo aiemmin, nyt tätä korostetaan myös aikuisten osalta.

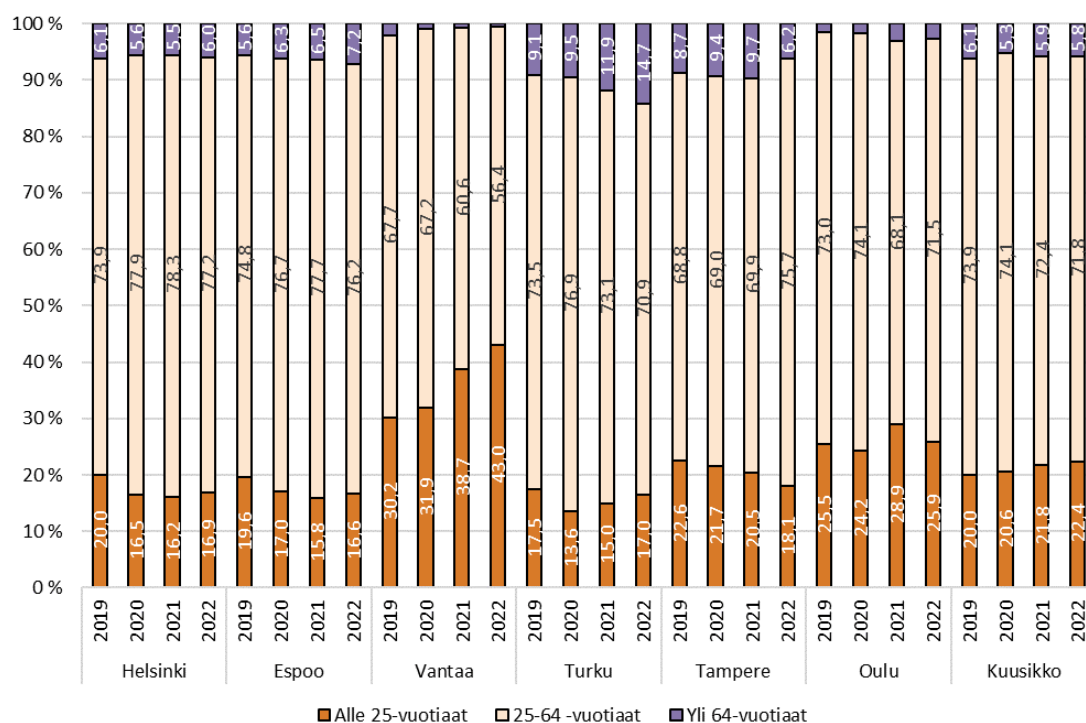
Aikuissosiaalityön valtakunnallisen määritelmän puuttuessa ja aikuissosiaalityön rakenteiden ja prosessien välisten kuntakohtaisten eroavaisuuksien vuoksi aikuissosiaalityön Kuu-sikko-työn haasteena on ollut vertailukelpoisen tiedon tuottaminen. Lisäksi käytössä olleet tietojärjestelmät ovat vaihdelleet kunnittain.

2.1.2 Aikasarjoja aikuissosiaalityöstä

Kuviossa 8. on tarkasteltu kuutoskaupunkien aikuissosiaalityön asiakkaita ikärakenteen mukaan vuosina 2019–2022. Valtaosa kaikkien kuutoskaupunkien aikuissosiaalityön asiakkaista ovat olleet 25–64-vuotiaita. Vuonna 2022 asiakkaista noin 72 prosenttia oli 25–64-vuotiaita.

Vuosien 2019–2022 aikana alle 25 -vuotiaiden asiakkaiden osuus on ollut suurin Vantaalla, ollen vuonna 2022 43 prosenttia. Vantaalla alle 25-vuotiaiden asiakkaiden osuus on kasvanut vuodesta 2019 vuoteen 2022 mennessä 12,8 prosenttia. Muissa kuutoskaupungeissa nuorten aikuisten osuus on vaihdellut Turun vuoden 2020 13,6 prosentista Oulun vuoden 2021 28,9 prosenttiin. Yli 64-vuotiaiden asiakkaiden osuus on viimeisen neljän vuoden aikana ollut kuutoskaupungeissa keskimäärin noin kuusi prosenttia. Yli 64 -vuotiaiden osuus on ollut suurin Turussa vuonna 2022 (14,7 %).

Kuvio 8. Aikuissosiaalityön asiakkaat iän mukaan (%), 2019-2022¹



¹Vuoden 2021 Helsingin tiedot Apotin käyttöönotosta johtuen vain ajalta 1.1-5.11.2021.

Palvelutarpeen arviointi

Sosiaalihuoltolain 36. § 1. momentin mukaan jokaisesta sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä tulee tehdä palvelutarpeen arviointi, mikäli sen tekemistä ei nähdä ilmeisen tarpeettomana. Palvelutarpeen arviointien tarkoituksena on selvittää, onko henkilöllä tuen tarvetta ja onko mahdollinen tarvittava tuki tilapäistä, toistuvaa vai pitkäaikaista. Niiden tulee sisältää yhteenveto asiakkaan tilanteesta ja tuen tarpeesta, sosiaalihuollon ammattihenkilöstön tekemät johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä, asiakkaan näkemys omasta tuen tarpeestaan sekä arvio mahdollisesta omatyöntekijän tarpeesta. (SHL 37 §)

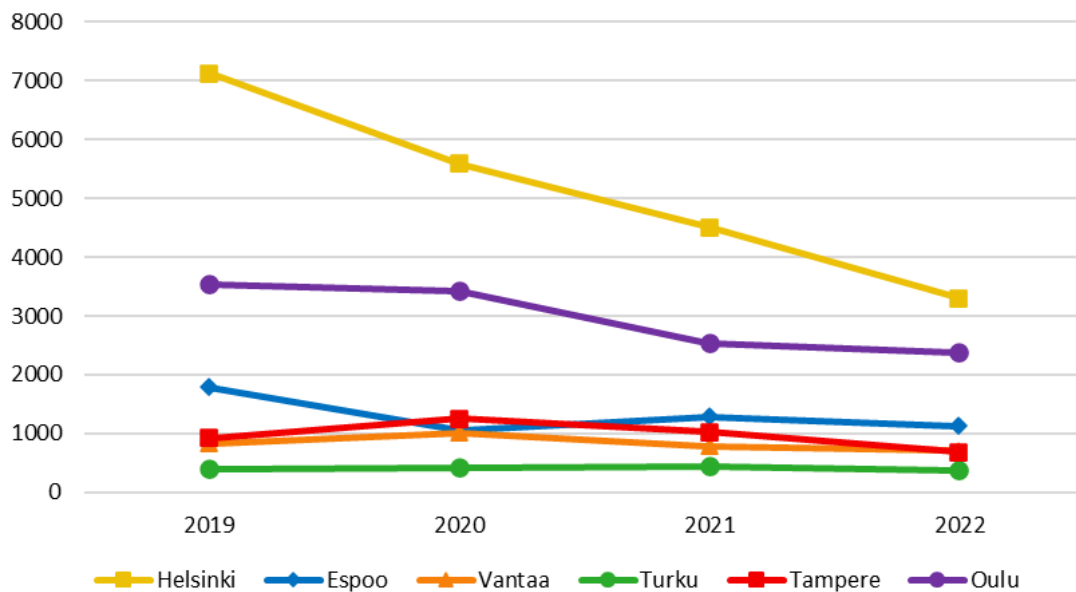
Palvelutarpeen arviointi tehdään uusille asiakkaille tai sellaisille vanhoille asiakkaille, joille sitä ei ole aikaisemmin tehty tai sen teosta on kulunut esimerkiksi yli vuosi. Palvelutarpeen

arviointeja käytetään paitsi varsinaisen palvelutarpeen arviointiin, myös kuvaamaan tapahtunutta vuorovaikutustilannetta sekä välittämään tietoa asiakkaasta ja hänen elämäntilanteestaan myöhempää työskentelyä varten. Tavoitteena on löytää asiakkaiden voimavaroja ja muita tekijöitä, joita voidaan pitää asiakkaiden hyvinvointia edistävinä tai tukevinä tekijöinä.

Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuuteen kuuluu palvelutarpeiden arviointi, asiakassuunnitelman valmistelu sekä palveluja koskevien päätösten tekeminen. Asiakassuunnitelma on osa asiakkaan palveluihin ohjaamista ja väline asiakkaan palvelukokonaisuuden hallinnalle ja koordinoinnille. Yhteisen asiakassuunnitelman tavoitteena on, että asiakas saa monipuolisen, itselleen parhaiten sopivan palvelukokonaisuuden useiden rinnakkaisten ja erillisten palvelujen sijaan. Palvelutarpeiden selvittämisen jälkeen suunnitellaan, millaisilla palveluilla tarpeisiin aiotaan vastata. Yhteinen asiakassuunnitelma kokoaa asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut kokonaisuudeksi ja tarvittavat ammattilaiset tiiviiksi verkostoksi asiakkaan ympärille.

Kuvioon 9. on koottu kuutoskaupungeissa vuosina 2019–2022 tehtyjen palvelutarpeen arvioiden lukumäärät.

Kuvio 9. Aikuissosiaalityön palvelutarpeen arviot (Kaikki yhteensä), 2019-2022



¹ Helsingin vuoden 2021 tiedot ovat Apotin käyttöönotosta johtuen ajalta 1.1-5.11.2021.

² Espoossa asiakastietojärjestelmän vaihdos kesken vuotta 2020. Tilastointitavassa muutoksia uuden järjestelmän osalta.

³ Oulussa asiakastietojärjestelmä uudistettu 1.1.2021 alkaen, uuteen järjestelmään siirretty keskeneräiset palvelutarpeen arvioinnit.

Asunnottomuus

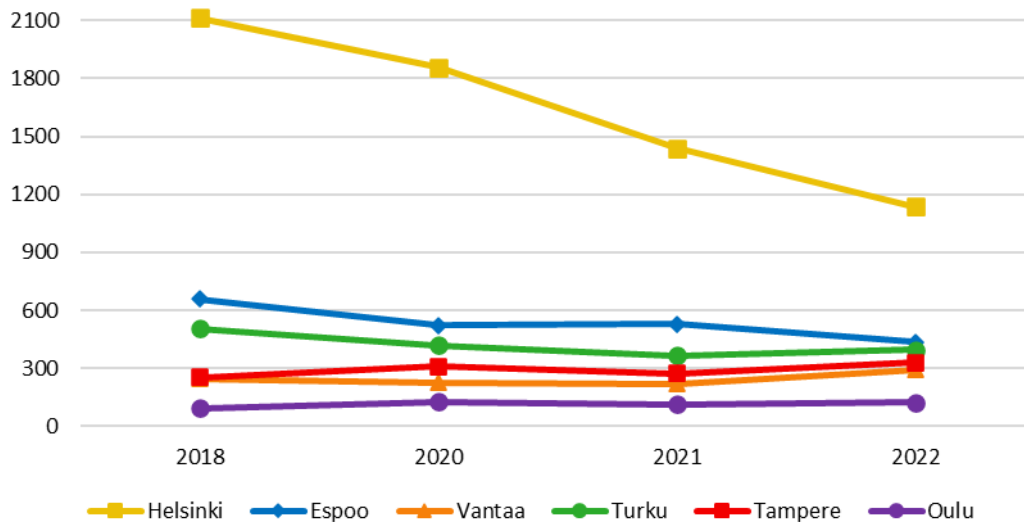
Asunnottomuus on erityisesti suurten kaupunkien ongelma. Asunnottomiksi määritellään ihmiset, joilla ei ole omaa asuntoa (vuokra- tai omistusasuntoa) ja jotka elävät ulkona, porrashuoneissa, ns. ensisuojoissa; asuntoloissa tai majoitusliikkeissä; huoltokotityyppisissä asumispalveluyksiköissä, kuntouttavissa yksiköissä, sairaaloissa tai muissa laitoksissa; tai tilapäisesti tuttavien ja sukulaisten luona asunnon puutteen vuoksi. (ARA 2021)

Asunnottomien määrä Suomessa on viime vuosina ollut laskussa. Tätä selittää muun muassa kohtuuhintaisen asuntotuotannon tukeminen ja Asunto ensin -periaatteen soveltaminen. Asunto ensin -mallin mukaan ensimmäinen tukitoimi asunnottomalle on asunnon etsiminen ja vasta tämän jälkeen ryhdytään ratkomaan muita sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. (Ympäristöministeriö, 2019)

Kuviossa 10. on tarkasteltu kuutoskaupunkien asunnottomien määrää vuosina 2018–2022. Vuonna 2022 kuutoskaupungeissa oli yhteensä 2 707 asunnottomia, mikä on 65,8 prosenttia koko maan asunnottomista. Vuonna 2022 kuutoskaupungeissa oli yhteensä 1 163 asunnottomia vähemmän kuin vuonna 2018. (ARA 2023)

Vuonna 2022 hieman yli neljännes (27,6 %) Suomen asunnottomista oli Helsingissä ja alle puolet (45,2 %) oli pääkaupunkiseudulla. Turussa oli 2,0 asunnottomia tuhatta asukasta kohden. Seuraavaksi suurin asunnottomien määrä suhteutettuna väkilukuun oli Helsingissä (1,7), Espoossa (1,4) ja Tampereella (1,3). (ARA 2023)

Kuvio 10. Asunnottomia yhteensä vuosina 2018-2022¹²³ Lähde: ARA



¹ Tiedonkeruu- ja tilastointitavat vaihtelevat kunnittain eivätkä luvut ole täysin vertailukelpoisia edellisiin vuosiin

² Vuoden 2019 tietoja ei saatavilla.

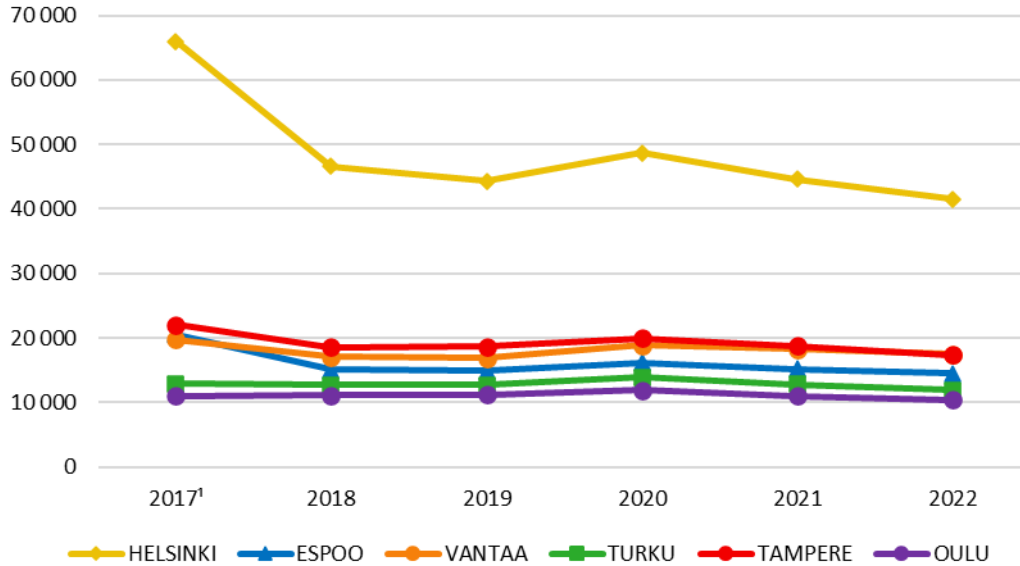
³ Vuonna 2018 Helsingin kaupunki tarkensi asunnottomuuden tilastointitapaansa, mikä vähensi Helsingin asunnottomuutta. Muutoksen takia vertailu aikaisempiin vuosiin ei ole tarkoituksenmukainen.

Toimeentulotuki

Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on turvata henkilön tai perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuki jakautuu perustoimeentulotukeen, jota on vuoden 2017 alusta alkaen myöntänyt Kela, sekä täydentävään ja ehkäisevään toimeentulotukeen, joita myöntää kunta. Toimeentulotukea haetaan pääsääntöisesti Kelalta. Kela siirtää hakemuksen täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen osalta kuntaan hakijan pyynnöstä, mikäli hakemuksessa on esitetty kuluja, joita ei kateta perustoimeentulotuella. Jos toimeentulotuen tarve koskee ainoastaan täydentävää tai ehkäisevää tukea, sitä haetaan suoraan kunnasta siinä tapauksessa,

että perustoimeentulotuki on jo käsitelty Kelassa (1412/1997 § 14, 14d). Valtio korvaa perustoimeentulotuesta aiheutuneista kustannuksista puolet. Täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen kunnat rahoittavat itse.

Kuvio 11. Perustoimeentulotukea saaneet kotitaloudet (lkm), 2017–2022, Lähde: Kela



¹Siirtymävaiheessa tammi-maaliskuussa 2017 perustoimeentulotuen päätöksiä tehtiin vielä myös kunnissa, nämä kotitaloudet ovat myös mukana luvuissa.

²Luvut ovat ilman pakolaisia, paluumuuttajia ja turvapaikanhakijoita.

Kuviossa 11. on perustoimeentulotukea saaneiden kotitalouksien lukumäärät vuosilta 2017–2022. Perustoimeentulotuen siirtymävaiheessa tammi-maaliskuussa 2017 perustoimeentulotuen päätöksiä tehtiin myös kunnissa, joten sama kotitalous on voinut saada vuoden 2017 aikana perustoimeentulotukea sekä kunnalta että Kelalta. Tämän vuoksi ei ole mahdollista vertailla perustoimeentulotukea saaneiden kotitalouksien lukumäärän muutosta vuodesta 2017 vuosiin 2018–2022. Vuosi 2018 oli ensimmäinen vuosi, jolloin perustoimeentulotukea myönnettiin ainoastaan Kelassa.

Vuosina 2018–2022 kuutoskaupungeissa ainoastaan vuonna 2020 perustoimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä lisääntyi verrattuna edelliseen vuoteen. Kelan myöntämää perustoimeentulotukea sai kuutoskaupungeissa vuonna 2022 yhteensä 113 358 kotitaloutta, mikä on noin kuusi prosenttia vähemmän kuin edellisvuonna.

Täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki

Täydentävän toimeentulotuen avulla voidaan ottaa huomioon hakijan erityiset tarpeet ja olosuhteet. Varsinkin eri syistä pitkään toimeentulotuen varassa elävillä on yleensä tarpeellisia elinkustannuksia, joihin toimeentulotuen perusosa on riittämätön. Myös asunottomien kriisimajoituksesta aiheutuvat kulut sisältyvät täydentävään toimeentulotukeeseen. Tästä aiheutuvat kustannukset koskevat erityisesti suuria kaupungeja.

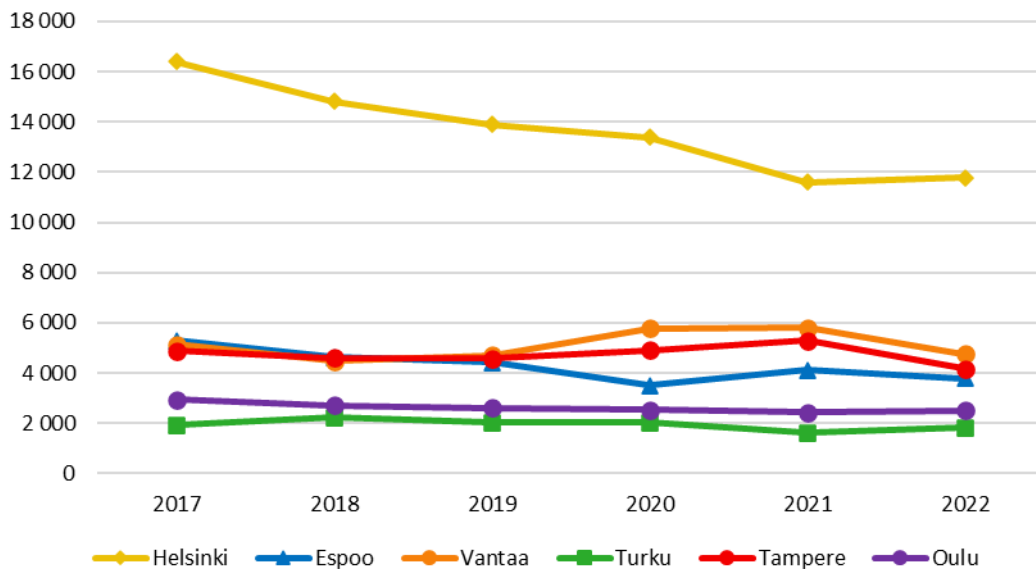
Ehkäisevän toimeentulotuen tavoitteena on edistää henkilön ja perheen sosiaalista turvallisuutta ja omatoimista suoriutumista sekä ehkäistä syrjäytymistä ja pitkäaikaista riippuvuutta toimeentulotuesta. Ehkäisevä toimeentulotuki on riippumaton siitä, onko henkilö

tai perhe oikeutettu toimeentulotukilain 1 §:n 1 momentin tarkoittamaan toimeentulotukeen eli ehkäisevää tukea voidaan myöntää myös tilanteissa, joissa henkilöllä tai perheellä ei toimeentulotukilaskelman perusteella ole oikeutta varsinaiseen perus- ja täydentävään toimeentulotukeen. Kaupungeilla on jonkin verran erilaisia käytäntöjä siinä, mihin tarkoituksiin myönnetään täydentävää tai ehkäisevää toimeentulotukea.

Kunta määrittelee ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisperusteet. Sitä voidaan myöntää muun muassa tuensaajan aktivointia tukeviin toimenpiteisiin, akuuteista kriisitilanteista selviytymiseen tai taloudellisen tilanteen heikentymisestä aiheutuvien vaikeuksien lieventämiseen. Kunta myöntää kiireellisen ehkäisevän toimeentulotuen virka-ajan ulkopuolella.

Jako täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen välillä ei ole ollut kovin selkeä perustoimeentulotuen Kela-siirtoa koskevan lakimuutoksen jälkeen. Koska täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämistä ei ole tarkasti määritelty laissa, antaa se mahdollisuuden erilaisiin tulkintoihin kuntien välillä. Osa ennen täydentävänä toimeentulotukena myönnetystä tuesta on lakimuutoksen jälkeen myönnetty ehkäisevänä toimeentulotukena.

Kuvio 12. Täydentävää toimeentulotukea saaneet kotitaloudet vuosina 2017-2022¹²³⁴



¹ Helsinki: vuoden 2021 tiedot Apotin käyttöönotosta johtuen ajalta 1.1-5.11.2021.

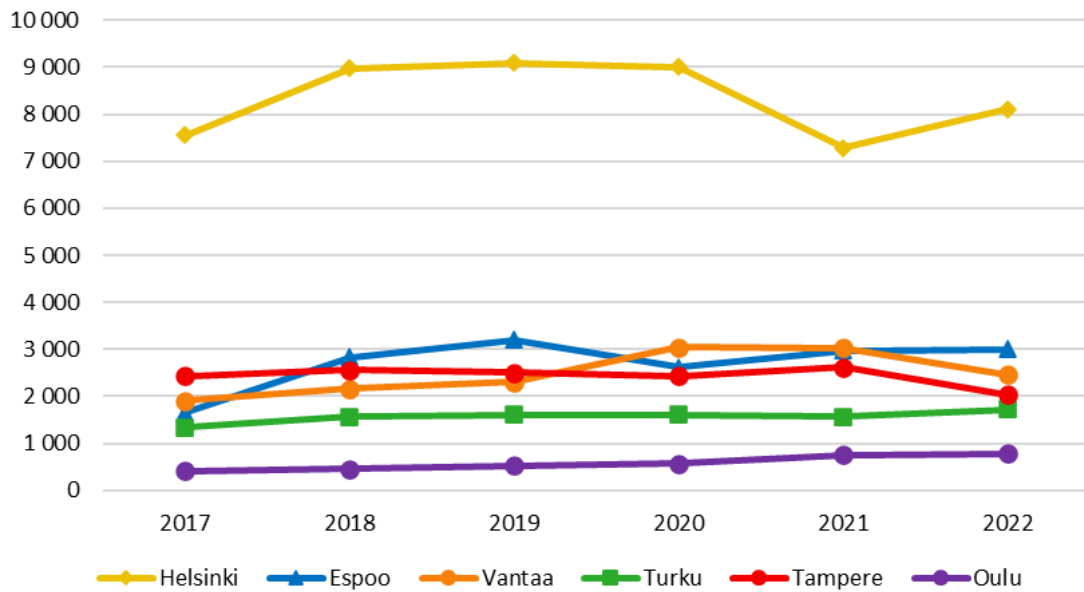
² Espoo: vuoden 2020 tiedot ovat kunnan myöntämän toimeentulotuen osalta ajalta 1.3.-31.12.2020 tietojärjestelmän vaihtumisen johdosta.

³ Vantaan luvuissa ovat mukana pakolaiset, turvapaikanhakijat ja paluumuuttajat.

⁴ Turku: kesken vuotta 2021 tehty järjestelmävaihdoksia. Tämän takia toimeentulotuen asiakasmäärissä ja kustannuslukuissa saattaa olla puutteita vuonna 2021.

Täydentävää toimeentulotukea sai kuutoskaupungeissa vuonna 2022 yhteensä 28 775 kotitaloutta. Täydentävää toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien lukumäärä laski 6,7 prosenttia edellisvuodesta. Vuodesta 2018 täydentävää toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä on laskenut 4 671 kotitaloudella.

Kuvio 13. Ehkäisevää toimeentulotukea saaneet kotitaloudet vuosina 2017-2022¹²³⁴



¹ Helsinki: vuoden 2021 tiedot Apotin käyttöönotosta johtuen ajalta 1.1-5.11.2021.

² Espoo: vuoden 2020 tiedot ovat kunnan myöntämän toimeentulotuen osalta ajalta 1.3. - 31.12.2020 tietojärjestelmän vaihtumisen johdosta.

³ Vantaan luvuissa ovat mukana pakolaiset, turvapaikanhakijat ja paluumuuttajat.

⁴ Turku: vuosi 2021 kesken vuotta 2021 tehty järjestelmävaihdoksia. Tämän takia toimeentulotuen asiakasmäärissä ja kustannusluvuissa saattaa olla puutteita.

Ehkäisevää toimeentulotukea sai kuutoskaupungeissa vuonna 2022 yhteensä 18 105 kotitaloutta, mikä on 120 kotitaloutta vähemmän kuin edellisvuonna. Vuodesta 2018 ehkäisevää toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä on laskenut 447 kotitaloudella.

2.1.3 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä

Vuoden 2022 aikana kuutoskaupungeissa on valmistauduttu hyvinvointialueille siirtymiseen. Aikuissosiaalityö on organisoitu eri tavoin eri hyvinvointialueilla. Kuutoskaupunkien aikuissosiaalityö sijoittuu hyvinvointialueiden organisatorisissa rakenteissa seuraavasti:

Espoon aikuissosiaalityö on jatkossa osa yhteisiä sosiaali- ja terveyspalveluita (entisen perhe- ja sosiaalipalvelujen sijaan). Se on merkittävä toimintaympäristön muutos, jonka toivotaan edistävän ja syventävän asiakkaiden kanssa toteutettavaa monialaista yhteistyötä. Sote-uudistuksen tavoitteena on vahvempi sosiaali- ja terveystoimen integraatio, ja sen toteuttamiseen on Länsi-Uudellamaalla hyvät mahdollisuudet.

Vantaan aikuissosiaalityö sijoittuu vammaispalvelujen kanssa samalle toimialalle. Johtamiseen tulee yksi taso lisää, mikä muuttaa johtamisjärjestelmää. Yhteistyö eri toimialojen ja tehtäväalueiden rajapinnoilla vaatii yhteistyötaitoja- ja kykyä (vammaispalvelut, lastensuojelu, työllisyyttä ja osallisuutta tukevat palvelut). Huomioiden vireillä olevat lakiuudistukset vammaispalveluissa ja kotouttamista tukevissa sosiaalipalveluissa osaamisen tarpeet kasvavat niin perustyydyssä kuin sen laadukkaassa johtamisessa.

Turku on jaettu kahteen palvelualueeseen ja aikuissosiaalityön yksikkö sijoittuu Palvelualue 7:lle, johon kuuluvat myös sosiaalihuoltolain mukaiset mielenterveys- ja päihdepalvelut, työllistämistä edistävät palvelut, vammaispalvelut ja kaksi lapsiperhesosiaalityön yksikköä. Palvelualueella johtaa palvelualuepäällikkö ja lisäksi alueelle on perustettu työikäisten palveluiden, lapsiperheiden palveluiden ja vammaispalveluiden päälliköiden virat. Yksikköiden esihenkilöinä toimivat johtavat sosiaalityöntekijät. Samalla palvelualueella toimiminen edesauttaa yhteistyön kehittämistä.

Uudet asiakkaat tulevat aikuissosiaalityön yksikköön edelleen sosiaalityön alkupalveluiden alkuarvioinnin perusteella, mutta tähän on tulossa muutos vielä kuluvan vuoden aikana. Rakenteilla on palvelutarpeen arviointiyksikkö, johon keskitetään työikäisten ja lapsiperheiden palvelutarpeen arviot. Jollakin aikavälillä ikääntyneet asiakkaat siirtyvät työikäisten palveluista ikääntyneiden palvelutehtävään. Terveystoimen, erityisesti psykiatrian, palveluiden heikko saatavuus, näkyy ja tuntuu aikuissosiaalityössä. Asiakkaiden odotellessa pääsyä psykiatralle aikuissosiaalityön tehtäväksi jää asiakkaiden kannattelu – kannattelu ei kuitenkaan ole hoitoa.

Varsinais-Suomen hyvinvointialue koostuu asukasluvultaan pienistä maalaiskunnista ja kaupungeista, joista Turku eroaa niin asiakasvolyymien kuin sosiaalityön järjestämisen suhteen. Työkäytäntöjen ja palveluiden harmonisoiminen tulee viemään aikaa ja on osin haastavaakin. Harkinnanvaraisen toimeentulotuen osalta hyvinvointialueen valmisteluvaiheessa alueelle laadittiin yhtenäinen toimeentulotuen ohjeistus. Turussa kolmas sektori on sosiaalityölle tärkeä yhteistyökumppani; pienillä paikkakunnilla tätä vaihtoehtoa ei välttämättä ole saatavilla.

Tampereen aikuissosiaalityö sijoittuu Pirkanmaan hyvinvointialueella osaksi avopalveluja yhdessä terveydenhuollon kanssa. Sosiaalipalvelujen kokonaisuus sisältää sosiaalipäivystyksen ja kriisityön lisäksi työikäisten sosiaalipalvelut, ja kokonaisuutta johtavilla henkilöillä on sosiaalityöntekijän ammattipätevyys. Päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat osa avopalveluja, mutta sijoittuvat terveyspalvelujen kokonaisuuteen. Työikäisten sosiaalipalveluihin kuuluu sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen lisäksi asumispalvelut, kuntouttava työ-

toiminta (sekä ostopalvelut että oman tuotannon työpajat), yhteisökeskukset ja päihtyneiden päivätoimintakeskukset. Kokonaisuuksia johtavat sosiaalityöntekijätaustaiset palvelupäälliköt.

Oulun aikuissosiaalityö sijoittuu hyvinvointialueella organisatorisesti perhe- ja sosiaalipalvelut ja OYS psykiatria palvelualueen alaisuudessa olevaan aikuisten ja päihdepalveluiden vastuualueelle. Oulun alueella johtamisjärjestelmä muuttuu siten, että hallintoa kevennetään. Lähiesihenkilöitä on hyvinvointialueelle siirtymisen jälkeen kolme aiemman seitsemän sijaan, joiden työnkuva on ollut laajempi sisältäen muutakin kuin aikuissosiaalipalvelua. Hyvinvointialueelle siirryttäessä kolmelle lähiesihenkilölle kuuluu vain aikuissosiaalipalvelut.

Hyvinvointialueille siirtyminen ja sen tuomat muutokset organisoitumisessa luovat tarpeen kehittää yhteistyötä niin hyvinvointialueen sisällä, kuntien suuntaan kuin muidenkin toimijoiden kanssa. Aikuissosiaalityöllä on erityinen rooli siltojen rakentajana eri organisaatioiden välillä. Sosiaalityö voidaan nähdä eri organisaatioiden välisenä liitosaineena, liimana, joka sitoo yhteen monimutkaisten asiakastilanteiden kanssa työskentelevät eri alojen ammattilaiset.

Aikuissosiaalityön sijoittuminen hyvinvointialueella luo osassa kaupungeista muutostarpeita asiakkaan palveluprosessiin. Vantaalla palveluprosessia tulisi kyetä yhteensovittamaan sekä oman toimialan sisällä vammaispalvelujen kanssa että toimialojen välillä (lapset, nuoret ja perheet sekä ikääntyvät ja terveyspalvelut). Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ei toteudu tällä hetkellä vielä riittävällä tavalla esimerkiksi yhteisten palvelutarpeen ja hoidontarpeen arvioiden suhteen, vaikka tähän suuntaan on ollut pilottia ja tavoitetta. Myös konsultaatiokanavia on kehitetty Vantaalla. Asiakkaan palvelujen sujuvan saatavuuden suhteen integraatiota tulee kehittää edelleen. Organisaation sisällä asiakasprosessien sujuvoittaminen on tärkeää, sillä asiakasmäärät koetaan kohtuuttomiksi.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella soten tavoitteena on taata kaikille hyvinvointialueen asukkaille yhtenäiset palvelut. Palvelutason määrittely, palvelujen yhtenäistäminen ja harmonisointi vaativat pitkäjänteistä työtä, joka jatkuu pitkälle tulevaisuuteen. Isona haasteena on Länsi-Uudenmaan kuntien erilaisuus; hyvinvointialueella on niin haja-asutusta kuin kaupunkikeskuksia, ja pienemmissä hyvinvointialueen kunnissa on tehty paljon yhdennettyä sosiaalityötä. Espoo ei lakkaa olemasta osa pääkaupunkiseutua, metropolialuetta. Miten pystytään huomioimaan erilaisuus ja kuntien osaamisen erityispiirteet? Miten onnistutaan säilyttämään pienten kuntien yhdenmisen sosiaalityön hyvät puolet (asiakkaiden tuntemus, kaikki sosiaalihuollon palvelut samalta luukulta) näin suuressa kokonaisuudessa, ja jakamaan suurempien kuntien erikoistunutta osaamista koko alueelle?

Pirkanmaan hyvinvointialueella on tarkoituksena aikuissosiaalityön osalta (työikäisten sosiaalityö ja sosiaaliohjaus) yhtenäistää koko hyvinvointialueen työmuotoja ja -käytäntöjä tulevien vuosien aikana. Suunnitelmallisen sosiaalityön osalta myös sosiaalihuoltolain mukaisten palvelutarpeen arvioiden ja asiakassuunnitelmien käytännöissä on paljon yhtenäistettävää. Myös Pohjois-Pohjanmaalla on tarkoituksena hyvinvointialueelle siirryttäessä yhdenmukaistaa asiakkaiden palvelut.

Hyvinvointialueiden keskinäinen yhteistyö sekä hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välinen toimiva yhteistyö on tärkeää. Näin varmistetaan sujuvasti yhteen

toimivat palvelut. Erityisesti siirtymän alussa, hallinnon ja rakenteiden muuttuessa tarvitaan uudenlaisia toimintamalleja, johtamista ja yhteistyötä hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välillä. (STM 2022)

Vantaan Keravan hyvinvointialueella yhdyspinnat kunnassa tehtävään työhön tulee jäsentää selkeämmin ja konkreettisemmin. Kunnassa tehtävää työtä ovat nuorisopalvelut, kuntalaispalvelut, työllisyyspalvelut ja kotoutumispalvelut. Esimerkiksi työllisyyspalveluiden kanssa tehtävässä yhteistyössä on tunnistettava, milloin ohjaaminen kuntouttavaan työtoimintaan on järkevämpää kuin ohjaaminen sosiaaliseen kuntoutukseen.

Helsingin kaupunki jatkaa ainoana kuntana sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä myös jatkossa. Sote-palvelujen irtautuminen talouden osalta kunnan muista palveluista, vaikuttaa kuitenkin aikuissosiaalityössä tehtävään yhteistyöhön. Muutos vaatii sopimusten valmistelua. Miten sovitaan yhteisestä työstä? Mikä on sote-palvelua ja mikä on hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä?

Henkilöstön saatavuushaasteet ovat kuutoskaupungeissa edelleen ajankohtaisia. Vantaalla saatavuushaasteet jatkuvat edelleen ja rekrytointi on ollut vaikeaa. Aikuissosiaalityössä on kuitenkin myös paljon sitoutunutta ja pitkäaikaista henkilöstöä. Jatkuva perehdyttäminen, rekrytointi, haasteet tilapäisen työvoiman saatavuudessa vaikuttavat henkilöstöön ja psykososiaalisen kuormituksen kokeminen yhä yleisempää. Opiskelijoille tulisi pystyä tarjoamaan enemmän harjoittelupaikkoja aikuisten sosiaalityöstä, jotta työstä voitaisiin antaa realistinen kuva tuleville työntekijöille.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ovat kriittisiä kohtia hyvinvointialueuutoksessa. Hyvinvointialueella tulee pohtia, miten voidaan hyödyntää esimerkiksi Espoossa kehitettyjä malleja kuten mentorointi ja erilaiset palkitsemisen tavat. Kokonaisuutena perehdytykseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Oulussa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelle siirryttäessä henkilöstön riittävydessä ja saatavuudessa on edelleen haasteita. Hyvinvointialueella palkkaus on erilainen eri alueilla, vaikka tehtävät ovat samat.

Yleinen kustannustason nousu näkyy aikuissosiaalityössä ja muun muassa Helsingissä kustannusten nousu lisää aikuissosiaalityön asiakkaiden taloudellisia ongelmia tai jopa tuo uusia asiakasryhmiä asiakkaiksi (mm. suuret asuntolainat, ylivelkaantuminen). Myös Vantaalla on tunnistettu asiakkailla olevan yhä enemmän taloudellisia haasteita. Lisäksi asiakkailla on yhä enenevässä määrin terveydellisten palveluiden tarvetta kotona pärjäämisen tueksi kuten ruokajakelua ja turvapainiketta. Vantaalla aikuisten sosiaalityön alkaa painottumaan enemmän sosiaalihuoltolain mukaisten palveluiden järjestämiseen ja taloudellinen tuki jää vähäisemmäksi.

Moneen suuntaan kurottava työikäisten sosiaalityö, eli aikuissosiaalityö, on valjastettu Pirkanmaalla vastaamaan muuttuvan yhteiskunnan sosiaalisiin ongelmiin. Tämä on kiinnostava ja tärkeä yhteiskunnallinen tehtävä, johon aikuissosiaalityö tarttuu aktiivisesti, mutta toisaalta se myös haastaa hyvinvointialueen johtoa mahdollistamaan sosiaalihuollon ammattihenkilöille tarvittavat resurssit ja puitteet tämän vaativan asiantuntijatyön laadukkaaseen tekemiseen.

Aikuissosiaalityö säilyy edelleen viimeisenä luokkana, kun muut palvelut ohjaavat asiakkaan pois. Länsi-Uudellamaalla hyvinvointialuemuutos tarjoaa aikuissosiaalityölle mahdollisuuden nostaa asiakkaiden tilanteita laajempaan tietoisuuteen (esim. terveyspalvelujen suuntaan). Yhteisten sosiaalipalvelujen alle on perustettu Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella Työllistämistä edistävät palvelut -palveluyksikkö, joka on merkittävä uudistus asiakkaan monialaisen palvelun kannalta.

Aikuisten sosiaalipalveluilla ja aikuissosiaalityöllä on myös yhteiskunnallinen ja rakenteellinen tehtävä nostaa yhdenvertaisuuden kysymyksiä laajempaan keskusteluun. Aikuisten sosiaalipalveluilla ja aikuissosiaalityöllä on ymmärrystä ja asiantuntemusta ilmiöistä (mm. syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäisy). Rakenteellista sosiaalityötä tarvitaan, ja aikuissosiaalityö on tässä avainasemassa.

Kuutoskaupungeissa kehitetään jatkuvasti aikuissosiaalityötä erilaisten kehittämistoimenpiteiden ja hankkeiden kautta:

Helsinki: Asiakkaaksi tulon prosessia kehitetään ottamalla vuonna 2023 käyttöön koko kaupungissa yhdenmukainen vastaanottopalvelu, joka parantaa muun muassa aikuissosiaalityön saatavuutta. Työnkulkuja ja kirjaamiskäytäntöjä yhdenmukaistetaan Apotin tuomien muutosten ja Kanta-uudistuksen valmistautumisen takia. Lisäksi kaikille aikuissosiaalityön asiakkaille laaditaan palvelutarpeenarviointi ja asiakassuunnitelma vuonna 2023.

Toimeentulotuen myöntämiskäytäntöjä ja työnjakoa kehitetään päivittämällä ohjeistusta ja käynnistämällä selvitys toimeentulotuen työnjaosta etuuskäsittelyn ja aikuissosiaalityön välillä. Työ aloitettiin vuoden 2022 aikana. Sosiaalisen kuntoutuksen toimintamallien koekäyttöä tehtiin vuonna 2022 ja tuloksia hyödynnetään vuonna 2023. Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen jatkuu vuonna 2023 yhteistyössä terveysasemien kanssa. Aikuissosiaalityön ja lapsiperheiden yhteisten asiakkaiden palvelujen parantaminen jatkuu vuonna 2023 selkeyttämällä yhteydenottokäytäntöjä, arviointia, konsultointia ja työparityötä, kehittäminen. Digitaalispalvelujen kehittäminen ja tarjoaminen aikuissosiaalityön asiakkaille. Tästä esimerkkeinä vuoden 2022 osalta ovat sosiaalisen median sosiaaliohjaaja ja aikuissosiaalityön chatbot.

Turku: Sosiaalityön ja perusterveydenhuollon yhteistyötä kehitetään SOTE-pilotissa, jossa nimetyillä terveysasemilla on muodostettu sosiaalityöntekijän ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työpareja. Kohderyhmänä ovat erityisesti paljon terveyspalveluita käyttävät henkilöt. Jo tässä vaiheessa pilotin toiminta on Turussa osoittautunut aikuissosiaalityön kannalta hyödylliseksi. Pilotin myötä on avautunut uudenlainen yhteistyön väylä terveydenhuoltoon. Käynnissä on myös kehittämishankkeet rakenteellisen sosiaalityön ja aikuissosiaalityön systeemisen työtöiden kehittämisen tiimoilta.

Tampere: Kehittämisesurssia aikuissosiaalityön osalta Pirkanmaan hyvinvointialueella on ollut aiemmin lähinnä Tampereella, ja jatkossa resurssia hyödynnetään kehittämistyössä koko hyvinvointialueen laajuisesti. Kehittämisesurssi on mahdollistanut Tampereella esimerkiksi rakenteellisen sosiaalityön kehittämisen. Jatkossa rakenteellista sosiaalityötä, samoin kuin yhteisösosiaalityötä ja etsivää sosiaalityötä, on tarkoitus kehittää koko hyvinvointialueella erityisesti työikäisten, eli aikuissosiaalityön, kontekstissa. Kehittämistyötä vahvistavat sekä osaamiskeskus Pikassos Oy, että vahva oppilaitosyhteistyö Tampereen yliopistoyhteisön kanssa. Tutkimus- ja koulutusyhteistyötä vahvistetaan erityisesti Kylse-kokonaisuudessa, eli Kaupin yliopistollisessa sote-keskuksessa, jota fyysisenä rakennuksena

suunnitellaan Taysin sairaalakampuksen yhteyteen. Rakennuksen on määrä valmistua lähivuosina, ja se tulee olemaan valtakunnallisesti ainutlaatuinen, monialainen opetus-, tutkimus- ja kehittämistyön kokonaisuus.

Tulevien vuosien kehittämistyön painopisteenä on työikäisten sosiaalipalveluissa matalan kynnyksen monialaisen sote-keskustyön vahvistaminen Tulevaisuuden sote-keskusohjelman mukaisesti. Lisäksi vahvistetaan monialaista työkyvyn tuen kokonaisuutta erityisesti sote-keskuksissa tunnistamalla osatyökykyisyyttä ja tarjoamalla asiakkaille monipuolisesti tukea työkyvyn haasteisiin, mukaan lukien yhdessä kuntien työllisyydenhoidon kanssa toteutettava TYP-työ, ja tarvittaessa hyödynnetään hyvinvointialuetasosta työkyvyn tuen erityisasiantuntijatiimiä. Asunnottomuuteen ja muuhun työikäisten erityisen vaativaan sosiaalihuoltoon liittyen monialainen liikkuva tiimi työskentelee jatkossakin lähellä asiakkaan omaa elinympäristöä. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tarve näyttäytyy työkykyasioiden lisäksi erityisesti vakavasti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kohdalla. Sujuva, monialainen palvelukokonaisuus monipalvelukäyttäjien kohdalla onkin yksi tärkeimmistä tavoitteista hyvinvointialueelle siirryttäessä.

Tulevina vuosina sosiaalista kuntoutusta kehitetään erityisesti osana työikäisten suunnitelmallista yksilötyötä. Kuntouttava työtoiminta on jatkossa vahvasti osa sosiaalihuollon asiakkaan yksilöllistä suunnitelmaa. Näiden toteuttaminen toisaalta vahvistaa yksilöasiakkaan saamaa sosiaalihuollon palvelua mutta toisaalta myös haastaa resurssivajeesta kärsivää työikäisten sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta, sillä näille asiakkaille tulisi nimetä omatyöntekijä jatkossakin. Yksilökohtainen sosiaalityö ei myöskään vastaa polarisoituneen yhteiskunnan kaikkiin sosiaalisiin ongelmiin, mikä vaatii sosiaalityötä tarttumaan yhteisösosiaalityöhön ja etsivään sosiaalityöhön entistäkin vahvemmin.

2.2 Lastensuojelu

2.2.1 Lastensuojelun sisältö ja tehtävät

Kuusikko-työryhmän lastensuojelun raporteissa on kuvattu lastensuojelulain mukaisia palveluita ja tukitoimia. Raporteissa on tarkasteltu lastensuojelun asiakasprosessia, asiakasmääriä ja kustannuksia kokonaisuutena sekä eriteltyinä avohuollon, sijaishuollon ja jälkihuollon osilta. Lisäksi raporteissa on käsitelty lyhyesti sosiaalihuollon asiakkaana olevien erityistä tukea tarvitsevien lasten asemaa.

Nykyinen sosiaalihuoltolaki (1301/2014) tuli voimaan 1.4.2015. Sen myötä sosiaalipalvelujen painopiste siirtyi korjaavista erityispalveluista ennaltaehkäisevien yleisten palvelujen suuntaan. Lastensuojelun osalta lakimuutos on tarkoittanut sitä, että osa perheistä, jotka aiemmin olivat lastensuojelun asiakkaita, ovat saaneet palvelut kunnan muissa perustason ja sosiaalihuollon palveluissa. Sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja, joita nykyään on mahdollista saada myös ilman lastensuojelun asiakkuutta, ovat mm. perhetyö, tukiperheet ja -henkilöt sekä vertaisryhmätoiminta. Lastensuojelun asiakkuus ei enää ala siitä, kun lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen ryhdytään selvittämään lastensuojelun tarvetta, vaan vasta siinä tapauksessa, että selvityksen perusteella todetaan tarve lastensuojelun palveluille ja tukitoimille (HE 164/2014, 84; STM 2015). Lakimuutosten seurauksena lastensuojelun asiakasmäärä on vähentynyt.

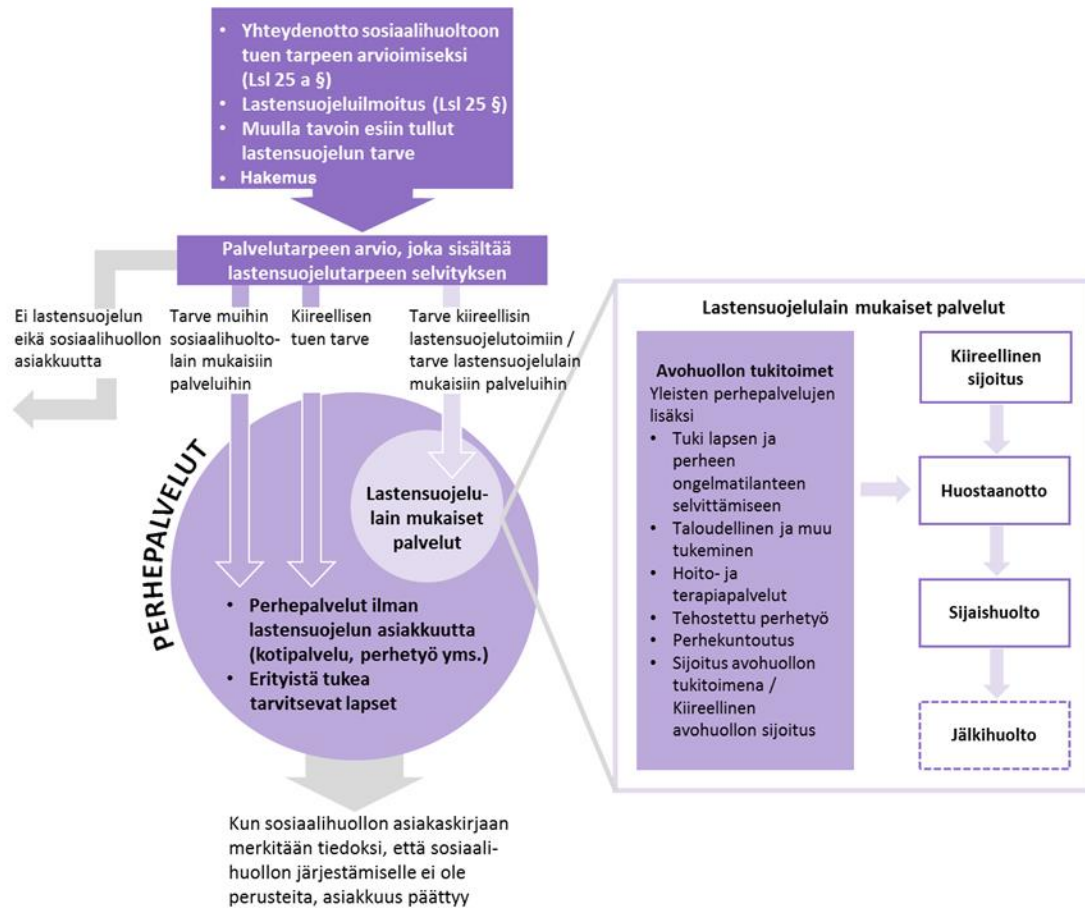
Sosiaalihuollon asiakasprosessissa keskeisessä asemassa on palvelutarpeen arviointi, jossa selvitetään henkilön tuen ja sosiaalipalvelujen tarve (1302/2014 § 36–37). Palvelutarpeen arviointi koskee koko sosiaalihuoltoa ja se on tehtävä, kun sosiaalihuollon työntekijä saa tietää mahdollisesta sosiaalihuollon tarpeesta olevasta henkilöstä. Palvelutarpeen arviointi on tehtävä myös, kun lastensuojelun työntekijä saa tietää mahdollisesta lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta, ellei se ole tarpeetonta esimerkiksi siitä syystä, että lapsen tai perheen tilanne olisi jo lähiaikoina arvioitu. Arvioinnin yhteydessä selvitetään lastensuojelun tarve, ellei asia ole selvästi luonteeltaan sellainen, ettei lastensuojelun tukitoimia tarvita (417/2007 § 26).

Lastensuojelun asiakkuus alkaa palvelutarpeen arvioinnin perusteella, mikäli sosiaalityöntekijä toteaa, että lapsen kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä ja kehitystä tai lapsi itse vaarantaa omalla käyttäytymisellään terveyttään ja kehitystään ja että lapsi lisäksi tarvitsee lastensuojelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia (417/2007 § 27). Mikäli palvelutarpeen arvioinnissa sen sijaan todetaan, että lapsi voi saada riittävät palvelut sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen kautta, ei aloiteta lastensuojelun asiakkuutta vaan tarjotaan sosiaalihuollon tukea perheelle. Myös järjestöjen ja yksityisten tarjoamat palvelut otetaan huomioon perheen tuen tarvetta arvioitaessa.

Sosiaalihuoltolaissa nostetaan esiin erityistä tukea tarvitsevat henkilöt (1302/2014 § 3). Sosiaalipalveluissa erityistä tukea tarvitsevasta lapsesta on kyse silloin, kun lapsen kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa hänen terveyttään ja kehitystään, tai lapsi omalla käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään ja kehitystään tai lapsi on erityisen tuen tarpeessa, koska hänellä on vaikeuksia saada ja hakea tarvitsemiaan sosiaali- ja terveysterveystarpeita kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön tai usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai syyn vuoksi. Erityistä tukea tarvitseva lapsi määritellään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä Sosiaalihuoltolain 36§ mukaisesti.

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä todetaan lapsen olevan erityisen tuen tarpeessa, hänen omatyöntekijäkseen tulee nimetä sosiaalityöntekijä (1302/2014 § 42). Kunnissa perustettiin tätä varten muun muassa perhesosiaalityöntekijän virkoja sosiaalihuoltolain mukaisiin palveluihin.

Kuva 3. Lastensuojelun asiakasprosessi



Lastensuojeluasia tulee vireille, kun sosiaalityöntekijä tai muu sosiaalihuollon työntekijä on vastaanottanut lastensuojeluilmoituksen. Lastensuojeluasia voi tulla vireille myös hakemuksesta tai kun sosiaalityöntekijä tai muu lastensuojelun työntekijä on saanut muutoin tietää mahdollisesta lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta. Lisäksi 1.3.2010 alkaen on ollut voimassa ennakkollista lastensuojeluilmoitusta koskeva säännös. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä ennen lapsen syntymää, jos on perusteltua syytä olettaa, että lapsi tarvitsee lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen.

Kun lastensuojeluasia on tullut vireille, sosiaalityöntekijän tai muun lastensuojelun työntekijän on arvioitava välittömästi lapsen mahdollinen kiireellinen lastensuojelun tarve. Lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen on tehtävä sosiaalihuoltolain 36 §:n mukainen palvelutarpeen arviointi, ellei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään lastensuojelun tarve, ellei asia ole selvästi luonteeltaan sellainen, ettei lastensuojelun tukitoimia tarvita. Arvio on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja sen on valmistuttava viimeistään kolmen kuukau-

den kuluessa vireille tulosta. Lastensuojelun asiakkuus alkaa, mikäli sosiaalityöntekijä toteaa palvelutarpeen arvioinnin perusteella, että lapsi tarvitsee lastensuojelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia (417/2007 § 26-27).

Lastensuojelulaki edellyttää, että lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle tehdään asiakassuunnitelma (417/2007 § 30). Asiakassuunnitelmaan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, lapsen ja hänen perheensä tuen tarve, palvelut ja muut tukitoimet, joilla tuen tarpeeseen pyritään vastaamaan, sekä arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan.

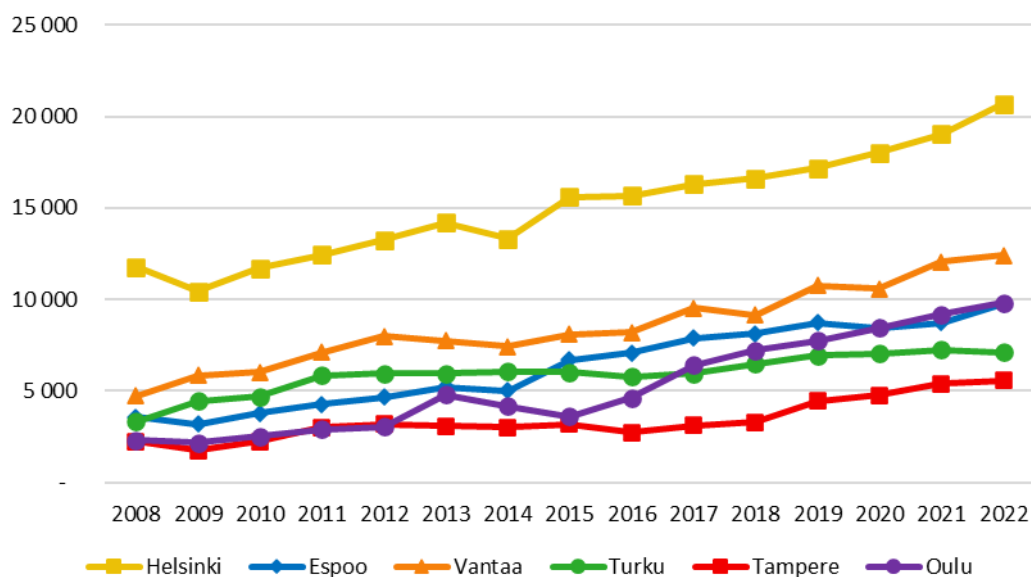
Asiakassuunnitelma laaditaan yhteistyössä viranomaisen sekä lapsen ja hänen huoltajiensa kanssa. Se on tärkeä asiakirja sekä työntekijälle että asiakkaalle, sillä se perustelee kaikille osapuolille, miksi lasta on tarpeen suojella, sekä antaa tiedon missä asiassa ja millä keinoin pyritään muutokseen. Asiakassuunnitelman tekeminen huolellisesti, siihen aikaa käyttäen ja yhteisesti suunnitellen on edellytys lapsen ja hänen perheensä tukemiselle ja auttamiselle. Asiakassuunnitelma laaditaan myös huostaanotetun lapsen vanhemmille. Suunnitelma laaditaan tarvittaessa yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kuten päihde- ja mielenterveyshuollon kanssa.

2.2.2 Aikasarjoja lastensuojelusta

Vuodesta 2008 lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut kaikissa kuutoskaupungeissa. Vuoden 2022 aikana kuutoskaupungeissa tehtiin yhteensä 65 353 lastensuojeluilmoitusta. Edellisvuoteen verrattuna kuutoskaupunkien lastensuojeluilmoitusten lukumäärä lisääntyi Turku lukuun ottamatta kaikissa kaupungeissa. Eniten lastensuojeluilmoitusten lukumäärä lisääntyi Espoossa (+11,8 %) ja Helsingissä (+8,8 %). Muissa kaupungeissa muutos edelliseen vuoteen verrattuna vaihteli Oulun +6,7 prosentista Turun -1,6 prosenttiin. (Kuvio 14.)

Kuutoskaupungeissa on koulutettu mm. varhaiskasvatuksen, peruskoulun ja terveydenhuollon henkilökuntaa lastensuojeluilmoitusten tekemisen ja siihen kohdistuvan velvollisuuden osalta. Tämä selittää osaltaan sitä, että lastensuojeluilmoituksia tehdään vuosittain enenevissä määrin. Kaikissa kuutoskaupungeissa lastensuojeluilmoituksen voi tehdä sähköisenä tai puhelimitse.

Kuvio 14. Lastensuojeluilmoitukset (lkm) vuosina 2008-2022^{1,2}

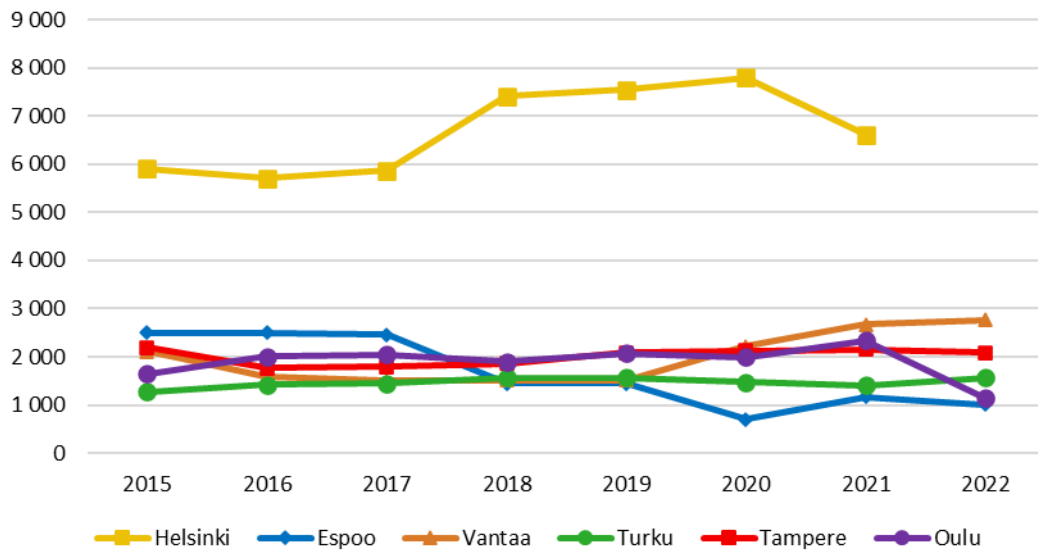


¹ Oulu: Vuonna 2013 kuntaliitos (1.1.2013)

² Helsinki: Uuden asiakastietojärjestelmän 6.11.2021 tapahtuneen käyttöönoton vuoksi vuoden lukumäärä ei ole täysin luotettava.

Kun lastensuojeluasia on tullut vireille, sosiaalityöntekijän tai muun lastensuojelun työntekijän on arvioitava välittömästi lapsen mahdollinen kiireellinen lastensuojelun tarve. Lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen on tehtävä sosiaalihuoltolain 36 §:n mukainen palvelutarpeen arviointi, ellei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään lastensuojelun tarve, ellei asia ole selvästi luonteeltaan sellainen, ettei lastensuojelun tukitoimia tarvita. Arvio on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja sen on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Lastensuojelun asiakkuus alkaa, mikäli sosiaalityöntekijä toteaa palvelutarpeen arvioinnin perusteella, että lapsi tarvitsee lastensuojelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia (417/2007 § 26-27).

Kuvio 15. Palvelutarpeenarviot yhteensä (lkm) vuosina 2015-2022



¹ Vuoden aikana valmiiksi tehtyjen palvelutarpeen arvioiden määrä. Mukana vain ne arviot, joissa selvitetty lastensuojelun tarve.

² Samaa lasta koskien on voitu tehdä useampi kuin yksi arvio.

³ Helsinki: Tilastointitavan muutos v. 2021: vuoden 2020 luvussa on mukana myös palvelutarpeen arvioiteja, joissa ei ole arvioitu lastensuojelun tarvetta. Vuoden 2022 tietoja ei saatavilla järjestelmän vaihdoksen takia.

2021: Uuden asiakastietojärjestelmän 6.11.2021 tapahtuneen käyttöönoton vuoksi lukumäärä ei ole täysin luotettava.

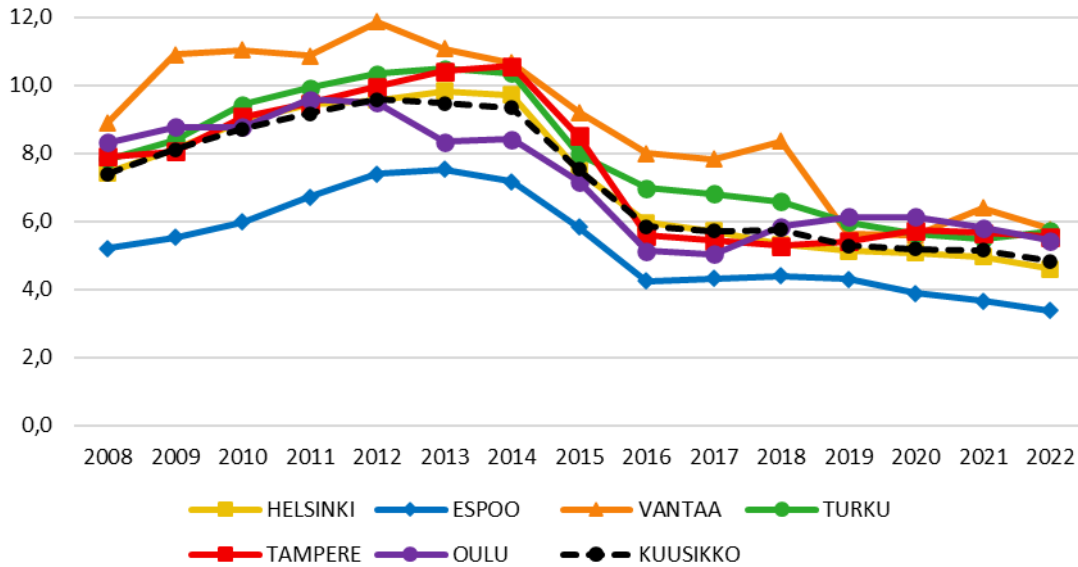
⁴ Espoo: järjestelmämuutoksen vuoksi tammi- ja helmikuun 2020 luvut puuttuvat, joten Espoon 2020 luku ei ole vertailukelpoinen.

⁵ Vantaa: arvioiden kokonaismäärää ei ole saatavilla, vaan luvut ovat arvion kohteena olleiden lasten määriä.

Palvelutarpeenarvioiden määrä on vaihdellut kaikissa kuutoskaupungeissa vuosien 2015–2022 aikana. Kuutoskaupungeissa (pl. Helsinki) tehtiin vuonna 2022 yhteensä 8 574 palvelutarpeen arviota. Vuodesta 2015 palvelutarpeenarvioiden määrä on kasvanut Vantaalla (+653) ja Turussa (+296) ja vähentynyt Espoossa (-1 484), Tampereella (-110) ja Oulussa (151).

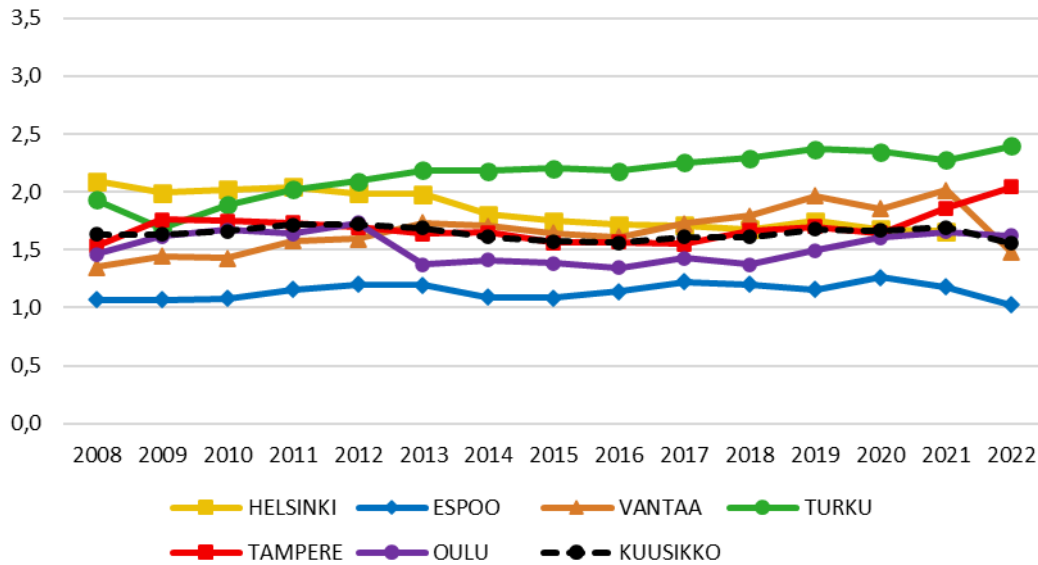
Nykyään lastensuojelun asiakkuus alkaa, mikäli palvelutarpeen arvioinnin perusteella todetaan tarve lastensuojelun palveluille, kun aiemmin asiakkuus alkoi jo silloin, kun ryhdyttiin selvittämään lastensuojelun tarvetta. Lisäksi osa aiemmin lastensuojelun alle kuuluneista palveluista on nykyisin mahdollista saada yleisen sosiaalihuollon kautta ilman lastensuojelun asiakkuutta.

Kuvio 16. Lastensuojelun asiakkaiden osuus saman ikäisestä väestöstä (0-17v.) vuosina 2008-2022



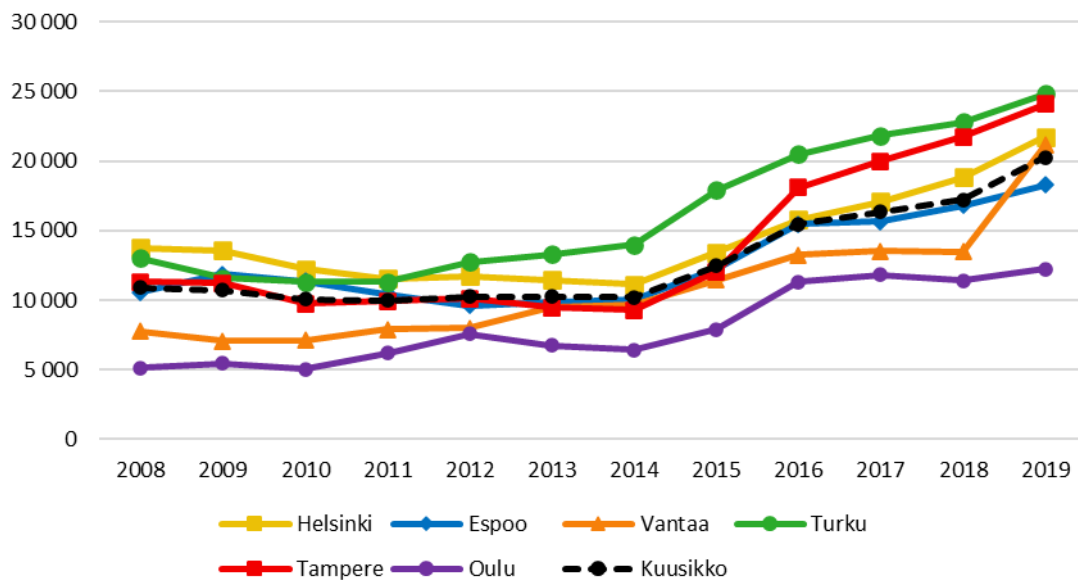
Kuviossa 16. on kuvattu lastensuojelun asiakasmäärän kehitystä suhteessa saman ikäiseen väestöön vuosina 2008–2022. Vuonna 2022 kuutoskaupunkien 0–17-vuotiaista 4,8 prosenttia oli lastensuojelun asiakkaana.

Kuvio 17. Kodin ulkopuolelle vuoden aikana sijoitettuna olleiden 0 - 17-vuotiaiden osuus saman ikäisestä väestöstä vuosina 2008-2022



Kuutoskaupungeissa oli vuoden 2022 aikana kodin ulkopuolelle sijoitettuna yhteensä 5 273 lasta. Sijoitettujen lukumäärä nousi edellisvuodesta Turussa ja Tampereella ja laski muissa kuutoskaupungeissa. Vuonna 2022 kuutoskaupungeissa 1,6 prosenttia 0–17-vuotiaasta väestöstä oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna. Kuutoskaupunkien sijoitettujen osuus väestöstä on viimeisen kahdentoista vuoden aikana säilynyt melko vakaana.

Kuvio 18. Lastensuojelun kokonaiskustannukset 0-20-vuotiasta asiakasta kohden vuosina 2008-2019



Kuviossa 18. on esitetty lastensuojelun kokonaiskustannukset suhteessa 0–20-vuotiaisiin lastensuojelun asiakkaisiin vuosina 2008–2019. Asiakaskohtaisten kustannukset ovat pääasiassa kasvaneet vuosina 2008–2019. Keskimäärin kustannukset ovat kuutoskaupungeissa kasvaneet yhdentoista vuoden aikana 9 368 euroa 0–20-vuotiasta asiakasta kohden.

Vuodesta 2020 lähtien lastensuojelun kokonaiskustannuksia ei ole tarkoituksenmukaista tarkastella 0–20-vuotiasta asiakasta kohden, koska jälkihuollon päättymisen ikäraja nousi 1.1.2020 21 ikävuodesta 25 ikävuoteen. Ikärajan korotusta sovelletaan niihin lapsiin ja nuoriin, jotka ovat oikeutettuja jälkihuoltoon 1.1.2020. Velvollisuus jälkihuollon järjestämiseen päättyy nuoren täyttäessä 25 vuotta tai viiden vuoden kuluttua siitä, kun lapsi on sijoittamisen päättymisen jälkeen ollut viimeksi lastensuojelun asiakkaana (Lastensuojelun käsikirja 2021). Kuusikko-raporttien tiedonkeruussa ei ole kerätty vuodelta 2020 kuntien 0–24-vuotiaiden asiakkaiden määrä ja siksi kokonaiskustannuksia 0–24-vuotiasta asiakasta kohden ei voida tarkastella vuosilta 2020 ja 2021.

2.2.3 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä

Vuoden 2022 aikana kuutoskaupungeissa on valmistauduttu hyvinvointialueille siirtymiseen.

Espoossa on vuoden 2022 aikana tehty laajasti hyvinvointialuevalmistelua. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue sisältää kymmenen kunnan sosiaali- ja terveystalvet sekä pelastuslaitoksen palvelut. Lastensuojelu tulee sijoittumaan lapset, nuoret ja perheet palvelualueelle ja siellä lasten ja nuorten erityisen tuen palveluihin. Sijaishuolto ja avohuolto sijoittuvat omien palveluyksikköpäälliköiden alaisuuteen. Tämän lisäksi lastensuojelun ympäri- vuorokautiset palvelut ja liikkuvat palvelut sijoittuvat oman palveluyksikköpäällikön alaisuuteen. Tähän kyseiseen kokonaisuuteen siirrytään aluksi Espoon, Kauniaisten ja Kirkkonummen osalta. Muiden kuntien osalta tehdään asteittaista muutosta, jonka tavoite on olla valmis kahdessa vuodessa. Vuonna 2022 on tehty valmistelua teematyöpajoissa ja valmistelukokouksissa. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella viedään eteenpäin perhekeskumallia, jossa asiakas saa tarvitsemansa palvelut yhteensovitetusti. Perhekeskushenkilöstöä on koulutettu systeemiseen työtteeseen ja lastensuojelu on osa perhekeskusta. Palvelujen järjestämisessä on alueella vaihtelua hiukan palvelusta riippuen. Muutosvaiheessa turvataan lastensuojeluasiakkaiden nykyiset palvelut. Palveluja lähdetään asteittain yhdenmukaistamaan.

Turussa hyvinvointialueelle siirtyminen ja sen myötä lastensuojelun palveluiden alueellinen kehittämistyö aloitettiin vuonna 2021 TulSote-hankkeen avustuksella. Alueen erilaisesta palvelurakenteesta johtuen palveluiden ja yhdenmukaisten toimintatapojen kehittäminen tulee olemaan keskiössä. Varsinais-Suomen hyvinvointialue on jaettu kahdeksaan alueeseen, joissa sijaitsevat palvelukeskus 8 lukuun ottamatta aikuisten, lapsiperheiden ja vammaisten palvelut. Palvelukeskus 8 on Turku ja se kattaa lapsiperhesosiaalityön, lastensuojelun avohuollon ja jälkihuollon sekä sijaishuollon yksiköt. Tarkoituksena on perustaa hyvinvointialueen sijaishuollon sosiaalityön yksikkö, joka sijaitsee Sijaishuoltopaikat ja perhehoito yksikössä. Lisäksi tavoitteena on perustaa alueellinen palvelutarpeen arviointiyksikkö. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella sijaitsevat lastensuojeluyksiköt on koottu hallinnollisesti samaan yksikköön. Lastensuojelun sijoitusprosessit yhtenäistetään, jotta oma palvelutuotanto olisi aktiivisessa käytössä. Hyvinvointialueen valvontayksikkö vastaa luvanvaraisten ja ilmoitustenvaraisten palveluiden valvonnasta.

Oulussa hyvinvointialueelle siirtyminen lastensuojelupalveluiden sekä monialaisen yhteistyön kehittäminen aloitettiin vuonna 2021/2022 TulSote-hankkeen tukemana. Hyvinvointialueen strategisena tavoitteena on asiakkaiden tarpeenmukaisten palveluiden oikea-aikaisuus ja niiden saavutettavuus monin eri tavoin lähellä asiakasta. Lisäksi tavoitteena on palvelujärjestelmän yhteensovittaminen eri toimijoiden välillä.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue (Pohde) vastaa 30 kunnan julkisista sosiaali-, terveys- ja pelastuspalveluista. Pohteeseen yhdistyi 19 sote-organisaatiota ja kaksi pelastuslaitosta. Pohteeseen kuuluu kuusi aluetta: Koillismaa, Oulunkaari, Lakeus, Oulu, Oulun eteläinen ja Rannikko. Hyvinvointialueelle siirryttäessä lastensuojelu sijoittuu Perhe- ja sosiaalipalvelut ja OYS-psykiatria - toimialueelle Yhteiset palvelut-palvelualueeseen. Lastensuojelu on jaettu kahteen maantieteelliseen alueeseen, pohjoiseen ja eteläiseen, joista kummastakin vastaa oma vastuualuepäällikkö. Lisäksi Yhteiset palvelut – palvelualueelle sijoittuu lasten ja nuorten erityis- palvelut, joista vastaa oma vastuualuepäällikkö. Lasten ja nuorten erityis- palvelut-palvelualueelle sijoittuu sosiaali- ja kriisipäivystys ja lastensuojelun palvelutarpeen

arviointityö. Lastensuojeluyksiköiden esimiehinä toimivat vastuuyksikköpäälliköt. Hyvinvointikeskuksia / Perhekeskusmallia, jossa asiakas saa tarvitsemansa palvelut yhteensovitusti, kehitetään koko Pohteen hyvinvointialueella. Lastensuojelussa yhtenäisten toimintamallien käyttöönottoa ja henkilöstön osaamisen vahvistamista tukevat hyvinvointialueella mm. kerran kuussa pidettävät koko palvelualueen johtoryhmä ja koko lastensuojelualueen yhteiset johtoryhmät sekä lastensuojelun henkilöstölle suunnatut koulutukset. Lastensuojeluyksiköissä tehdään yhdennettyä avo- ja sijaishuollon työtä sekä vastataan alaikäisten jälkihuollosta. Erillinen jälkihuollon yksikkö vastaa 18–24-vuotiaiden jälkihuollon järjestämisestä. Hyvinvointialueen 18-24-vuotiaiden jälkihuollossa olevien asiakkuuksien keskittäminen jälkihuollon yksikköön vaatii lisäresurssia kasvavan asiakasmäärän myötä.

Helsingin kaupunki jatkaa ainoana kuntana sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä jatkossakin. Vuonna 2023 johtamisessa ja organisoinnissa ei tapahdu merkittäviä muutoksia. Lastensuojelun sosiaalityössä valmistellaan siirtymistä yhdennettyyn lastensuojelun avo- ja sijaishuollon sosiaalityöhön vuonna 2024. Yhdennettyyn sosiaalityöhön siirtyminen vaikuttaa koko lastensuojelun ja perhesosiaalityön organisointi- ja toimintamalliin ja muutosten valmistelu jatkuu vuonna 2023.

Lastensuojelun asiakasmitoitus tuli voimaan 1.1.2022. Lastensuojelulain muutoksella säädetään henkilöstömitoitus lastensuojelun sosiaalityöhön. Yhdellä lapsen asioista vastaavalla sosiaalityöntekijällä voi olla vastuullaan enintään 35 lasta vuosina 2022 ja 2023 ja enintään 30 lasta vuodesta 2024. (1276/2021)

Edellisen vuoden tapaan, myös vuonna 2022 kuutoskaupungeissa on ollut henkilöstön saatavuushaasteita. Tampereella rekrytointihaasteet ovat koskeneet useita palveluita ja erityisesti sijaisten saatavuudessa on ollut haasteita. Vaikka vakansseja on saatu täytettyä hieman paremmin kuin edellisellä vuonna, sosiaalityöntekijöiden ja perhetukikeskusten ohjaajien osalta vakansseja on edelleen täyttämättä. Rekrytointivaikeudet ovat näkyneet myös lastensuojelun lakisääteisen henkilöstömitoituksen toteutuksessa. Vaikka vakanssimäärä on riittävä, avoimista vakansseista johtuen osassa tiimeistä mitoitus ei ole ollut riittävä. Käytössä on ollut erilaisia kannusteita rekrytointien tueksi. Helsingissä rekrytointihaasteet ovat näkyneet erityisesti lastensuojelun laitoshoidossa ja palvelutarpeen arvioinnissa. Myös Oulussa on ollut haasteita vuonna 2022 sosiaalityöntekijöiden rekrytoinnissa, eikä kaikkia vakansseja ole saatu alueella täytettyä. Oulussa on ollut käytössä kaikille lastensuojelun sosiaalityöntekijöille kohdennettu rekrytointilisä. Lähiesimiestyön ja työntekijöiden saaman tuen vahvistamiseksi sekä yksiköiden kokojen pienentämiseksi vuonna 2022 perustettiin Ouluun kaksi uutta lähiesimiehen virkaa. Nämä uudet esimiehet ovat aloittaneet työssään hyvinvointialueelle siirtymisen myötä.

Asiakasmitoitus yhdistettynä sosiaalityöntekijöiden saatavuuteen on aiheuttanut haasteita Vantaalla, Oulussa ja Tampereella. Turussa mitoituksessa on kyetty pääosin pitäytymään, mutta haasteita on ollut ammattipätevien sosiaalityöntekijöiden rekrytoinnissa. Turun lastensuojelun avohuollossa lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä vastaa myös perheen aikuisen palveluista. Sosiaaliohjaajien tehtäväkuvaa on pyritty laajentamaan siten, että sosiaaliohjaaja voisi toimia ei erityistä tukea tarvitsevan aikuisen vastuutyöntekijänä. Esipoissa asiakasmitoitukseen on pystytty vastaamaan hyvin.

Lastensuojelussa näkyy lasten ja nuorten hyvinvoinnin polarisaatio. Esimerkiksi Turussa lastensuojelun asiakasmäärät ovat vähentyneet, mutta lasten ja perheiden ongelmat ovat monimutkaistuneet ja syventyneet. Oulussa perhesosiaalityön resurssivaje sekä lapsille

suunnattujen päihde- ja mielenterveyspalveluiden saatavuuden ongelmat heijastuvat lastensuojeluun. Palveluiden viivästyminen syventää lapsen ja perheen ongelmia ja lisää lastensuojelun raskaiden tukitoimien tarvetta. Vantaalla lastensuojeluun heijastuvat asiakasperheiden vanhempien monenlaiset haasteet kuten vaikeudet saada aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluita. Myös teini-ikäisten osalta väkivaltaisuus näyttäisi olevan kasvussa. Nuorille tarvittaisiin jalkautuvaa tukea.

Peruspalveluiden osittainen toimimattomuus on haasteena Turussa, jossa lastensuojelun asiakkaaksi ohjautuu lapsia, joiden tilanteeseen olisi tullut puuttua aiemmin. Myös erikoissairaanhoidon piiriin pääseminen haastavaa – samanaikaisesti kun erikoissairaanhoidon rajaa asiakkaita palveluidensa ulkopuolelle, perustason palveluita ei ole kyetty samanaikaisesti vahvistamaan. Vantaalla erityisesti nuorisopsykiatrian pitkät jonot heijastuvat lastensuojeluun ja lapsia joudutaan sijoittamaan osittain siitä syystä, ettei tarvittavaa psykiatrista hoitoa ole saatavilla. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuudessa on haasteita sekä erikoissairaanhoidossa että perustasolla (STM 2022).

Vuoden 2022 aikana kuutoskaupungeissa on kehitetty lastensuojelun toimintaa myös uusien toimintojen ja erilaisten hankkeiden kautta:

Helsinki: Vuonna 2022 käynnistyneiden uusien toimintojen mm. lasten etsivä työ, seniorisosaalityöntekijä-malli, vaativan tason nuorten vastaanotto-osastot ja päihdekuntoutusosastot ja EHO-osastot, kehittäminen jatkuu edelleen.

Espoo: Sisällön kehittämistä tehdään usean eri hankkeen kautta. Lastensuojelun systeemisen toimintamallin edelleen kehittämiseen on sitouduttu hyvinvointialueella.

Turku: Hanketyöskentelynä on aloitettu Rokki-projekti, joka työskentelee rikoksilla oireilevien nuorten kanssa. Hankkeelle ollaan hakemassa jatkoa 30.6.2023 asti ja sen vakiinnuttamista osaksi Varsinais-Suomen hyvinvointialueen palveluita suunnitellaan.

Oulu: Systeemisen toimintamallin sekä yhteisövaikuttamisen mallin kehittämiseen on sitouduttu hyvinvointialueella ja henkilöstöä koulutetaan laajasti mallien käyttöönottoon. Lisäksi Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelukokonaisuuden kehittämishanke (PÄKÄ-hanke) jatkuu hyvinvointialueella. Osana Barnahus-hanketta jatkuu hyvinvointialueella LASTA-seulamallin käyttöönotto.

Pohjois-pohjanmaan Hyvinvointialueen järjestämissuunnitelmassa on linjattu toimenpiteenä oman palvelutuotannon lastensuojelun sijaishuollon yksikön toiminnan käynnistäminen sekä lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden toteuttaminen.

2.3 Päihde- ja mielenterveyspalvelut

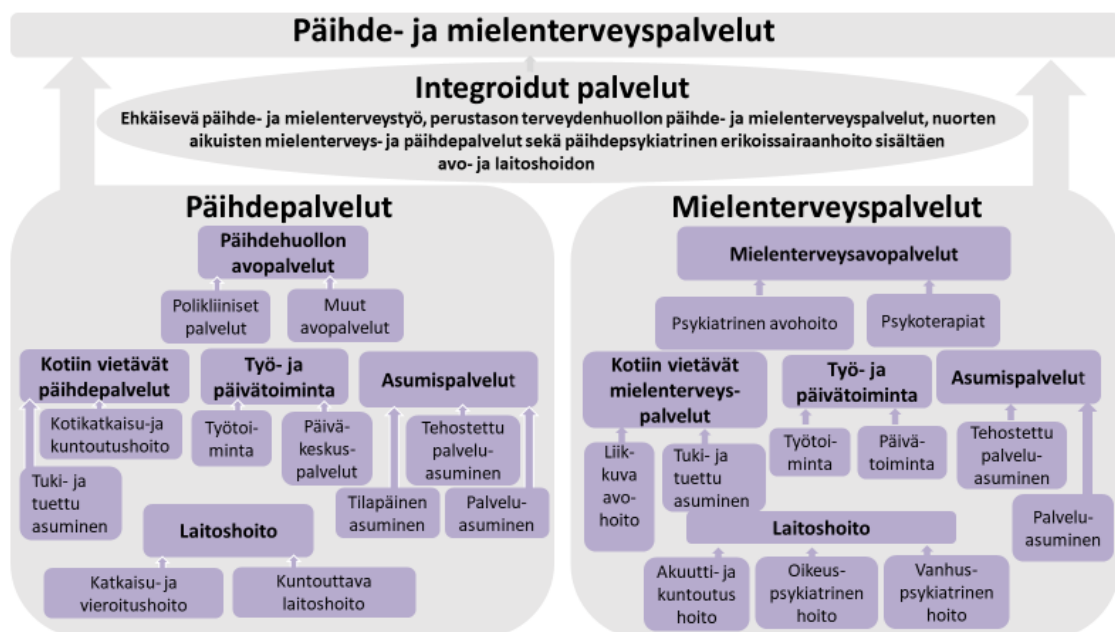
2.3.1 Päihde- ja mielenterveyspalvelujen sisältö ja tehtävät

Suomessa kunnat ovat vastanneet asukkaidensa mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien ennaltaehkäisystä sekä asianmukaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Mielenterveystyöstä ja päihdetyöstä on säädetty terveydenhuoltolaissa (10.12.2010/1326), sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301), mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116) ja päihdehuoltolaissa (17.1.1986/41). Palvelujen toteuttamistavat ovat vaihdelleet kunnissa. Palveluja on tuotettu kuntien omina palveluina, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien toimintana, säätiöiden, järjestöjen ja yksityisten yritysten kanssa, kumppanuussopimuksilla tai yhdistettyinä mielenterveys- ja päihdetyön palveluina (HE 164/2014 vp, s. 30).

Päihteidenkäytön ja mielenterveyden ongelmiin liittyy yksilötason hyvinvointivajeen lisäksi yhteiskunnalle taloudellisia kustannuksia, jotka johtuvat muun muassa erilaisten korjaavien palveluiden käytöstä, toimeentulon tuista ja menetetyistä verotuloista. Puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia ja osuus on ollut jo jonkin aikaa nousussa (Eläketurvakeskus 2019). Myös mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen määrä on ollut nopeassa kasvussa viime vuosina (Blomgren 2020). Ennaltaehkäisevä työ sekä tehokkaan hoidon varmistaminen ovat tärkeitä tavoitteita päihde- ja mielenterveyspalvelujen vaikuttavuuden vahvistamiseksi. Mielenterveyden edistämiseen ja palveluihin investoimalla voidaan saada pienennettyä myös niistä yhteiskunnalle koituvia epäsuoria kustannuksia merkittävästi (Wahlbeck ym. 2019).

Kuusikko-raporteissa on tarkasteltu kunnan järjestämiä täysi-ikäisen väestön päihdepalvelujen ja mielenterveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia. Vuosina 2017–2021 tarkastellut päihde- ja mielenterveyspalvelut on jaoteltu raporteissa integroituihin palveluihin, avopalveluihin, kotiin vietäviin palveluihin, työ- ja päivätoimintaan, asumispalveluihin sekä laitoshoitoon. Kuvassa 4. on esitetty päihde- ja mielenterveyspalvelujen palvelurakenne kuutoskaupungeissa vuonna 2022.

Kuva 4. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen palvelurakenne kuutoskaupungeissa vuonna 2022



Integroituihin palveluihin lukeutuvat ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö, perustason terveydenhuollon päihde- ja mielenterveyspalvelut, nuorten aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä päihdepsykiatrinen erikoissairaanhoido sisältäen avo- ja laitoshoidon. Päihdehuollon avopalvelut jakautuvat polikliinisiin palveluihin (päihdepoliiklinikat, korvaushoito ja päivä kuntoutus) ja muihin avopalveluihin (huumeiden käyttäjien terveysneuvonta, päiväkeskustoiminta ja selviämishoitoasemat). Mielenterveysavopalvelut sisältävät psykiatrisen avohoidon ja psykoterapiat. Psykiatriseen avohoitoon lukeutuvat poliklinikakäynnit, päivystykset, yksilö- ja ryhmäkäynnit, päivä kuntoutus ja sairaalakäynnit.

Kotiin vietävien päihde- ja mielenterveyspalvelujen kokonaisuuteen lukeutuvat kotikatkaistu- ja kuntoutushoito, liikkuva avohoito sekä tukiasuminen ja tuettu asuminen. Työ- ja päivätoiminnan yhteydessä raportoidaan muun muassa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden työtoiminta, mielenterveysasiakkaiden päivätoiminta sekä päihdeasiakkaiden päiväkeskuspalvelut, mikäli palvelusta on tehty päätös. Asumis palveluja järjestetään sosiaalihuoltolain (SHL 1301/2014, §21) ja Helsingissä sekä Turussa osittain päihdehuoltolain (PHL 41/1986) mukaan tehostettuna palveluasumisena, palveluasumisena tai tuettuna asumisena.

Päihdehuollon laitoshoido kostuu ympärivuorokautisesta katkaistu- ja vieroitushoidosta ja kuntouttavasta laitoshoidosta. Mielenterveyspalvelujen laitoshoido on psykiatrista osastohoitoa, joka kattaa akuutti- ja kuntoutushoidon, oikeuspsykiatrisen hoidon sekä vanhuspsykiatrisen hoidon.

Asiakasmäärien osalta on huomioitava, että raporteissa esitettyihin lukuihin on suhtauduttava suuntaa antavina. Asiakasmäärät eivät ole vertailukelpoisia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä tai sisällä: sama asiakas voi sisältyä sekä mielenterveys- että päihdepalvelujen asiakasmääriin, sillä asiakas kertaalleen -tietoa ei näiden palvelujen välillä ole kuo- toskaupungeissa saatavilla. Sama asiakas voi myös asioida useassa eri palvelussa päihde- palvelujen tai mielenterveyspalvelujen sisällä, eikä asiakas kertaalleen -tietoa ole tältä osin kerätty.

Vaikka suurilla kaupungeilla on monia yhdistäviä piirteitä, eroavat ne myös osin toisistaan esimerkiksi väestön ikärakenteen ja sosioekonomisen aseman suhteen. Tiettyjä väestön taustatekijöitä onkin syytä huomioida verrattaessa kuntien järjestämiä päihde- ja mielenterveyspalveluja ja niiden kustannuksia keskenään, sillä asukkaiden palvelutarpeet voivat olla erilaisia eri kaupungeissa. Korkeampaa palvelutarvetta selittäviä tekijöitä on tunnistettu tutkimuksissa.

Päihdeasiakkaiden osalta on havaittu, että etenkin raskaampien palvelujen tarve on korkeampaa kunnissa, joissa oli matalampi tulotaso, enemmän huono-osaisuutta ja mielenterveysongelmia sekä iäkkäämpiä asukkaita (Hirschovits-Gertz 2016, s. 202–203). Perusterveydenhuollossa muun muassa työvoiman ulkopuolisuus sekä pienituloisuus selittävät korkeampaa palvelutarvetta. Mielenterveyspalveluiden käyttöä taas on todettu selittävän edellä mainittujen ohella etenkin psykoosilääkkeiden käyttö ja mielenterveysperusteinen työkyvyttömyyseläke. (Vaalavuo, Häkkinen, Fredriksson 2013.) Lisäksi toimeentulotuen asiakkuus on usein yhteydessä muuta väestöä heikompaan hyvinvointiin, ja toimeentulotuen asiakkaiden onkin todettu käyttävän psykiatrisen palveluita muuta väestöä useammin (Vaalavuo 2016). Näitä tuloksia vahvistaa myös THL:n tutkimus (Vaalavuo, Haula & Bakum 2020), jonka mukaan nuorilla toimeentulotukiasiakkaila on muihin saman ikäisiin verrattuna erityisen paljon mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tutkimukset osoittavatkin,

että hyvinvointiongelmat kasautuvat helposti ja päihdehaittoja esiintyy enemmän alemmissa sosioekonomisissa luokissa. Päihdeongelmat ja mielenterveyden häiriöt esiintyvät usein myös yhdessä.

Tällä tarkastelulla ei voida osoittaa yhteyksiä jonkin palvelun kustannusten ja korkeamman palvelutarpeen välillä. On myös huomioitava, että korkeammat kustannukset tai asiakasmäärät päihde- ja mielenterveyspalveluissa eivät kerro suoraan siitä, että jonkin kunnan väestöllä esiintyy yleisemmin mielenterveys- ja päihdeongelmia. Aktiivisempi käyttö voi myös ilmentää hyvää palvelutarjontaa ja että avun tarpeessa olevat hakeutuvat palvelujen piiriin.

2.3.2 Aikasarjoja päihde- ja mielenterveyspalveluista

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakkaat

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakasmäärät painottuvat integroituihin palveluihin ja avopalveluihin. Suurin osa kuutoskaupunkien päihde- ja mielenterveyspalveluja käyttävistä asiakkaista asioi avopalveluissa. Suurimman yksittäisen osuuden muodostavat mielenterveyspalvelujen avopalvelujen asiakkaat. Kuusikko-raporteissa vuosilta 2017–2021 raportoiduissa asiakasosuuksissa kuutoskaupunkien tasolla integroituja palveluja käyttäneiden asiakkaiden osuus päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakkaista on kasvanut ja raskaammissa palveluissa olleiden osuus vähentynyt. Avohuollon osalta esimerkiksi korvaushoidon asiakkaiden määrä kuutoskaupungeissa on kasvanut verrattuna vuoteen 2017. (Lyly-Falk, 2018; Ahtiainen, 2019 ja Mäkelä, 2020, 2021 ja 2022).

Korvaushoidon asiakkaat

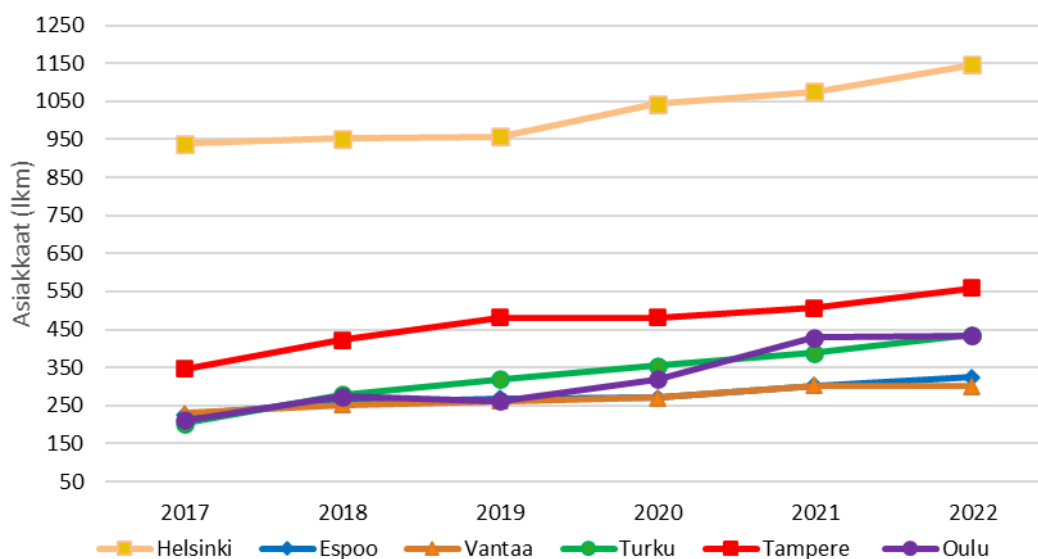
Korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvuuden hoitoa, jossa käytetään lääkkeenä buprenorfiinia tai metadonia. Hoidosta on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (STM 33/2008). Hoito perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa lääkkeen lisäksi määritellään hoidon tavoite, muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito sekä seuranta. Korvaushoito kuuluu hoitotakuun piiriin ja sitä toteutetaan päihdehuollossa, erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa tai vankilan terveydenhuollossa. Korvaushoidossa tavoitteena on asiakkaan kuntouttaminen ja päihhteettömyys tai haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Hoidolla pyritään vähentämään opioidien laitonta käyttöä, pistämisen myötä veriteitse tarttuvien infektioiden leviämistä, oheiskäyttöä sekä rikollisuutta. Opioidit ovat päihdehuollon huumeasiakkaiden yleisin ongelmapäihde (Nurmi & Rönkä, 2018).

Korvaushoidon asiakkaita oli vuonna 2022 kuutoskaupungeissa 3 198 ja vuonna 2017 asiakkaita oli 2 179. Asiakkaiden määrä on kasvanut kuutoskaupunkien tasolla 46,8 prosenttia verrattuna vuoteen 2017 ja asiakasmäärä on kasvanut kaikissa kaupungeissa. Korvaushoidon asiakasmäärä on kasvanut vuoteen 2017 verrattuna Turussa (+114,4 %), Oulussa (+110,7 %), Tampereella (+61,1 %), Vantaalla (+31,0 %), Espoossa (+27,1 %) ja Helsingissä (+22,0 %). (Kuvio19.).

Kuvio 19. Korvaushoidon asiakkaat (lkm) kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2021

Huom! Helsingin tiedot eivät sisällä HUS päihdepsykiatria tai HIV-positiivisten palvelukeskusta. Helsingin tietoja ei voi verrata vuosien 2020–2021 välillä uuteen asiakas- ja potilastietojärjestelmään siirtymisen vuoksi.

Huom! Espoon ja Vantaan lukuihin ei sisälly erikoissairaanhoidon ja terveysasemien asiakkaat.



Päihdehuollon polikliiniset palvelut – etenkin päihdepoliklinikat ja korvaushoito – muodostavat suurimman kustannusosuuden päihdehuollon avopalveluiden kokonaisuudessa. Polikliinisiin palveluihin lukeutuu lisäksi nuorisosasemat ja päivä kuntoutus. Päihdepoliklinikat ovat riippuvuusongelmiin erikoistuneita avohoitopaikkoja.

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen laitoshoidon asiakkaat

Ympäri vuorokautinen hoito päihde- ja mielenterveyspalveluissa tulee kyseeseen silloin, kun avohoidon keinot ovat riittämättömiä. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen laitoshoidon koostuu päihdepsykiatrisesta hoidosta, päihdehuollon laitoshoidosta sekä mielenterveyspalvelujen laitoshoidosta. Päihdepsykiatrisen laitoshoidon on integroitua hoitoa ja se on raportoitu pääosin integroitujen palvelujen yhteydessä. Palvelujen järjestämisen yleisenä suuntauksena on se, että laitoshoidon pyritään vähentämään ja siirtämään vieroitus- ja kuntoutushoidot avopalveluihin.

Päihdepalvelujen laitoshoidon

Päihdehuollon laitoshoidon koostuu katkaisu- ja vieroitushoidosta ja kuntouttavasta laitoshoidosta. Katkaisu- ja vieroitushoito on lyhytkestoista ympärivuorokautista laitoshoidon, jonka pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Suljetussa laitoshoidossa tapahtuvassa katkaisu- ja vieroitushoidossa toteutetaan vieroitusta alkoholista, keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä, huume- tai sekakäytöstä sekä korvaushoidon aikaisesta oheiskäytöstä silloin, kun vieroitusta ei ole mahdollista toteuttaa avohoidossa. Kohderyhmänä ovat myös ne korvaushoidossa olevat asiakkaat, joille toteutetaan korvaushoitolääkkeen vaihto, tehdään korvaushoitoasetuksen mukaisia hoidon arviointeja ja aloituksia tai vieroitetaan korvaushoitolääkkeestä. Katkaisuhoidon toteutetaan myös terveyskeskusten vuodeosastoilla ja psykiatrisissa sairaaloissa.

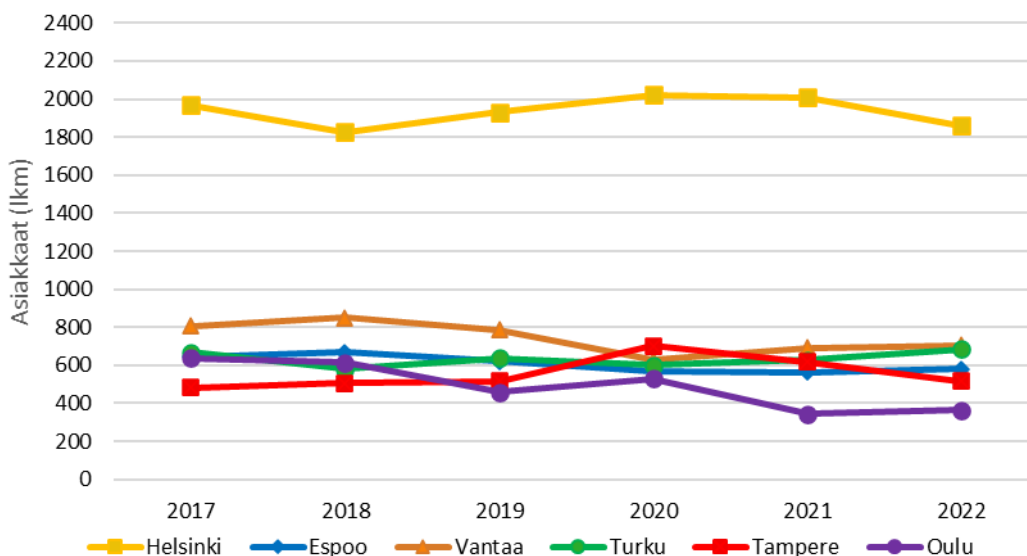
Päihdehuollon kuntouttava laitoshoido taas on ympärivuorokautista pitempiäikäistä laitoshoidoa ja se perustuu asiakkaalle tehtävään palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan. Kuntouttava laitoshoido on tarkoitettu avohoidoa tukevaksi hoitajaksoksi vaikeasti päihdeongelmisille, joille avohoidon palvelut tai katkaisu- sekä vieroitushoido laitoshoidossa eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia, tai joiden kuntoutuminen edellyttää väliaikaista irrottautumista normaalista elinympäristöstä. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen arvioinnin perusteella.

Päihdehuollon laitospalvelujen järjestämistavat kunnissa saattavat poiketa toisistaan hyvinkin paljon. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai ostaa niitä toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muilta julkisen, kolmannen tai yksityisen sektorin palveluntuottajilta. Palveluita tuotetaan myös kumppanuussopimuksella tietyn päihdepalvelun tarjoajan kanssa. Osassa kuntia päihdepalveluiden erityispalvelut tuotetaan osana kunnan sosiaalihuoltoa ja toisissa taas osana terveydenhuollon palvelutarjontaa. Myös avohoidon ja laitoshoidon painotukset vaihtelevat kunnissa.

Kuviossa 20. on esitetty päihdehuollon laitoshoidon asiakasmäärän kehitys vuosina 2017–2022. Päihdehuollon laitoshoidon asiakkaita oli vuonna 2022 kuutoskaupungeissa 4 714 ja vuonna 2017 asiakkaita oli 5 209. Asiakkaiden määrä on laskenut kuutoskaupunkien tasolla 9,5 prosenttia verrattuna vuoteen 2017 ja asiakasmäärä on laskenut kuutoskaupungeissa Tampereä ja Turkuä lukuun ottamatta. Päihdehuollon laitoshoidon asiakasmäärä on laskenut vuoteen 2017 verrattuna Oulussa (-42,7 %), Vantaalla (-12,4 %), Espoossa (-10,4 %) ja Helsingissä (-5,5 %) ja kasvanut Tampereellä (+7,5 %) ja Turussa (+2,5 %),

Päihdehuollon laitoshoidon asiakasosuudet kuutoskaupungeissa painottuvat katkaisu- ja vieroitushoidoon. Kuusikko-raporteissa vuosina 2018–2021 raportoiduissa asiakasosuuksissa kuutoskaupunkien tasolla asiakkaista 68,6–73,3 prosenttia oli katkaisu- ja vieroitushoidon ja 31,4–26,7 prosenttia kuntoutushoidon asiakkaita. Vuosina 2018–2021 katkaisu- ja vieroitushoidon asiakkaiden osuudet vaihtelivat Oulun 91,9 prosentin ja Helsingin 62,1 prosentin välillä. (Ahtiainen, 2019, s. 47.; Mäkelä, 2020, s. 58.; Mäkelä, 2021, s. 64. ja Mäkelä, 2022, s. 60).

Kuvio 20. Päihdepalvelujen laitoshoidon asiakkaat (lkm) kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2022



Psykiatrinen laitoshoido

Psykiatrinen sairaalahoito tarjoaa tehostettua tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta psykiatrien avohoidon tueksi tai silloin, kun muut hoitomuodot ovat riittämättömiä. Mielenterveyspalvelujen laitoshoido on psykiatrissa osastohoitoa, joka kattaa akuutti- ja kuntoutushoidon, oikeuspsykiatrisen hoidon sekä vanhuspsykiatrisen hoidon. Vanhuspsykiatrisen raportoinnissa on kuutoskaupunkien välillä eroja.

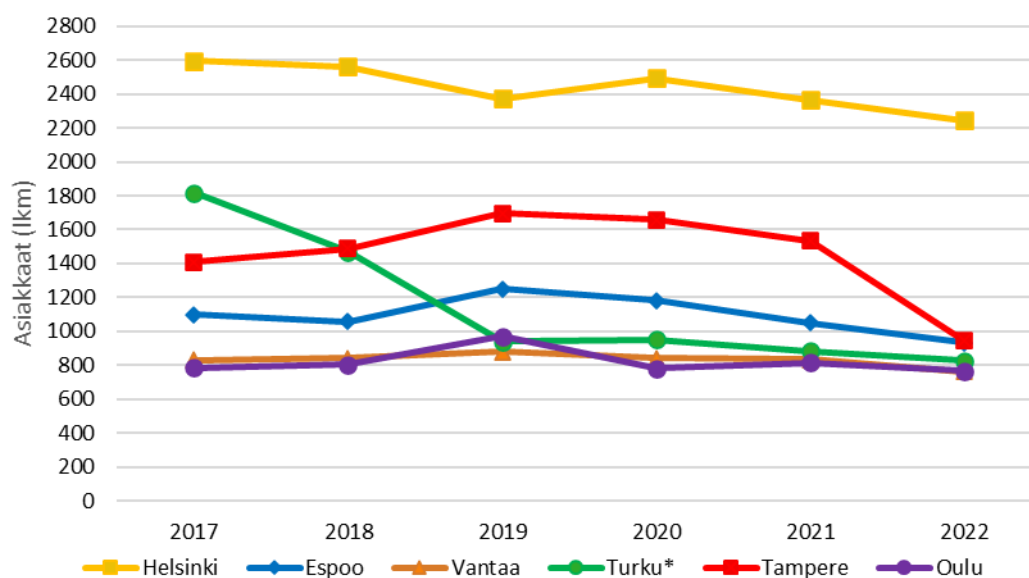
Kuviossa 21. on esitetty psykiatrisen laitoshoidon asiakasmäärän kehitys vuosina 2017–2022. Psykiatrisen laitoshoidon asiakkaita oli vuonna 2022 kuutoskaupungeissa 6 474 ja vuonna 2017 asiakkaita oli 8 461. Asiakkaiden määrä on laskenut kuutoskaupunkien tasolla 24,1 prosenttia verrattuna vuoteen 2017 ja asiakasmäärä on laskenut kaikissa kaupungeissa. Psykiatrisen laitoshoidon asiakasmäärä on laskenut vuoteen 2017 verrattuna Turussa (-54,4 %), Tampereella (-33,0 %), Espoossa (-15,2 %), Helsingissä (-13,5 %), Vantaalla (-8,2 %) ja Oulussa (-2,2 %).

Psykiatrisen laitoshoidon asiakasosuudet painottuvat akuutti- ja kuntoutushoitoon. Kuu-sikko-raporteissa vuosina 2018–2021 raportoiduissa asiakasosuuksissa kuutoskaupunkien tasolla asiakkaista 83,9–81,2 prosenttia oli akuutti- ja kuntoutushoidon, 2,9–2,3 prosenttia oikeuspsykiatrisen ja 16,7–13,7 prosenttia vanhuspsykiatrisen asiakkaita. Vuosina 2018–2021 akuutti- ja kuntoutushoidon asiakkaiden osuudet vaihtelivat Helsingin 90,7 prosentin ja Tampereen 59,6 prosentin välillä. (Ahtiainen, 2019, s. 48.; Mäkelä, 2020, s. 59.; Mäkelä, 2021, s. 65. ja Mäkelä, 2022, s. 61).

Kuvio 21. Psykiatrisen laitoshoidon asiakkaat (lkm) kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2022

Huom! Ei sisällä integroitua hoitoa.

***Turku:** 1.5.2017 Turun psykiatrisen erikoissairaanhoido siirtyi VS sairaanhoitopiirille, jolloin tilastoinnissa on tapahtunut muutos. 30.4.2018 Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vuodeosastotoiminta loppui.



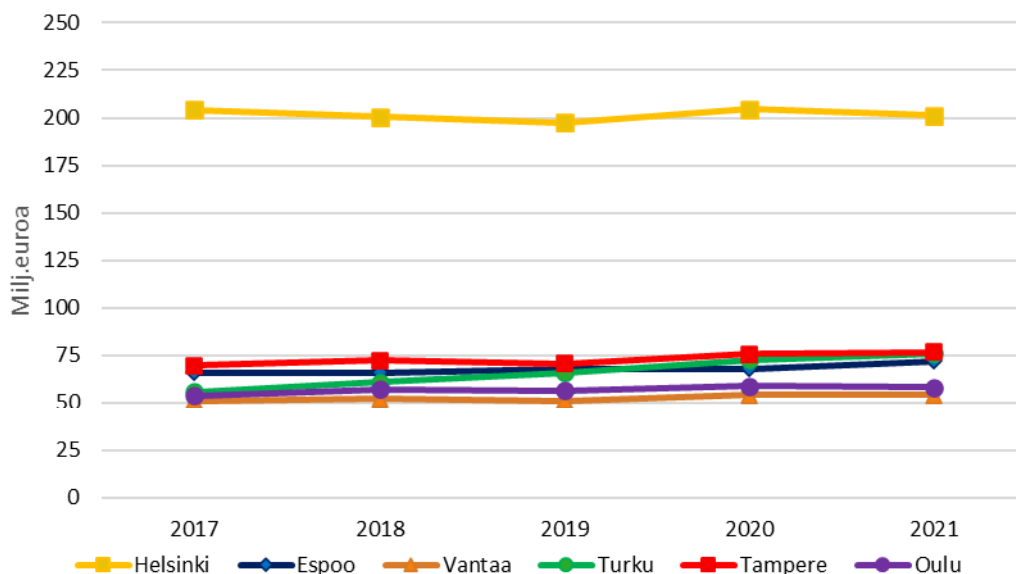
Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kustannukset

Mielenterveyspalvelut liitettiin päihdehuollon Kuusikko-raporttiin vuonna 2017, mitä ennen kustannustietoihin sisällytettiin ainoastaan palvelujen tuottamisen välittömät kustannukset. Vuodesta 2017 alkaen omien palvelujen kustannuksiin sisältyvät myös vyörytykset, eli palvelujen tuottamisesta aiheutuneet välilliset kustannukset. Ostopalvelujen osalta vyörytyksiä ovat tehneet Espoo, Turku ja Oulu.

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kokonaiskustannukset koostuvat integroitujen palvelujen, päihdepalvelujen ja mielenterveyspalvelujen kustannuksista. Vuosina 2017–2021 päihde- ja mielenterveyspalvelujen kustannuksista noin puolet on muodostunut laitoshoidon ja asumispalvelujen järjestämisestä (Lyly-Falk, 2018; Ahtiainen, 2019 ja Mäkelä, 2020, 2021 ja 2022). Kuviossa 22. on esitetty päihde- ja mielenterveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset vuosina 2017–2021.

Kokonaiskustannukset ovat Helsinkiä lukuun ottamatta kasvaneet kaikissa kuutoskaupungeissa. Vuoteen 2017 verrattuna päihde- ja mielenterveyspalvelujen kokonaiskustannukset kasvoivat Turussa (+36,3 %), Tampereella (+12,5 %), Espoossa (+9,5 %), Oulussa (+8,4 %) ja Vantaalla (+5,6 %) ja vähenivät Helsingissä (-1,6 %). Kuutoskaupunkien tasolla kokonaiskustannukset olivat vuonna 2021 541 milj. euroa, mikä on 8,3 prosenttia enemmän kuin deflatoidut kokonaiskustannukset vuonna 2017.

Kuvio 22. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2021

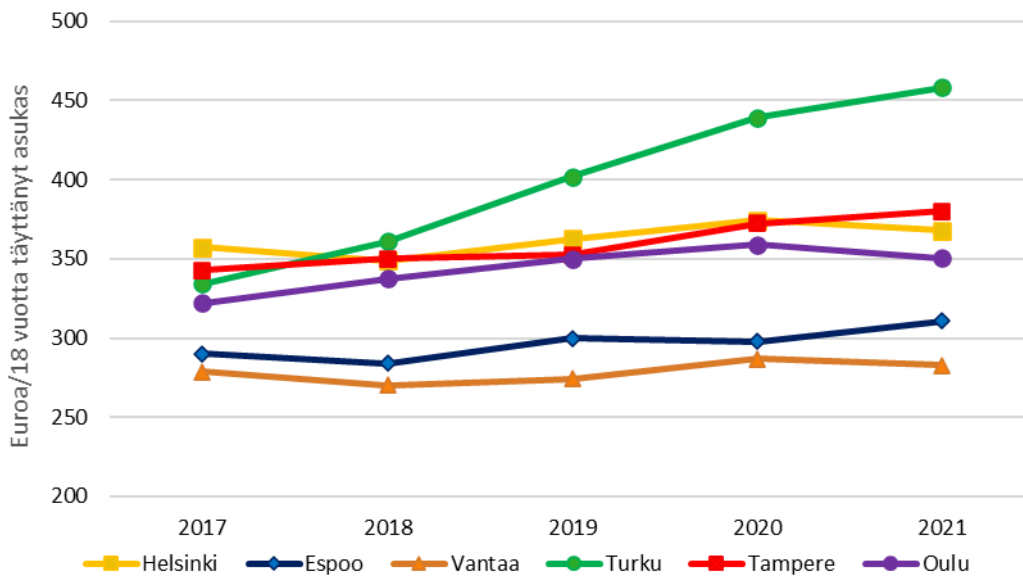


Kuusikko-raporteissa vuosina 2017–2021 raportoiduissa kokonaiskustannuksissa mielenterveyspalvelujen kustannusosuus on kuutoskaupunkien tasolla vaihdellut 69,9–70,9 prosentin, päihdepalvelujen kustannusosuus 22,9–23,8 prosentin ja integroitujen palvelujen kustannusosuus 6,1–7,3 prosentin välillä. Kaupungeittain tarkasteltuna mielenterveyspalvelujen kustannusosuus on vaihdellut Oulun 82,7 ja Helsingin 63,3 prosentin välillä, päihdepalvelujen kustannusosuus Helsingin 29,0 ja Oulun 15,5 prosentin välillä ja integroitujen palvelujen kustannusosuus Espoon 10,3 ja Oulun 2,9 prosentin välillä. Kuutoskaupunkien

tasolla vuoteen 2017 verrattuna mielenterveyspalvelujen kustannusosuus on pysynyt lähes samana, päihdepalvelujen kustannus osuus laskenut 0,9 prosenttiyksikköä ja integroitujen palvelujen kustannusosuus kasvanut 1,0 prosenttiyksikköä. (Lyly-Falk, 2018; Ahtiainen, 2019 ja Mäkelä., 2020, 2021 ja 2022).

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kustannukset kuutoskaupungeissa olivat keskimäärin 359 euroa 18 vuotta täyttäneeltä asukasta kohden vuonna 2021 (Kuvio 23.). Täysi-ikäiseen väestöön suhteutetut kokonaiskustannukset vaihtelivat Vantaan 283 euron ja Turun 458 euron välillä. Verrattuna vuoteen 2017 asukaskohtaiset kustannukset ovat nousseet kaikissa kuutoskaupungeissa.

Kuvio 23. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kokonaiskustannukset 18 vuotta täyttäneeltä asukasta kohden vuosina 2017–2021



2.3.1 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittäminen on tärkeää paitsi yksilöiden hyvinvoinnin niin myös yhteiskunnan kannalta – mielenterveyden häiriöt ja niihin lukeutuvat päihdeongelmat ovat yleisyydessään Suomessa merkittävä kansanterveydellinen haaste. Alkoholin keskikulutuksen mukaan tarkasteltuna kohtalaisen tai korkean pitkäaikaishaittojen riskin ryhmään kuului ainakin 13 prosenttia suomalaisista 15–79-vuotiaista (Lintonen & Mäkelä 2019). Huumeiden käyttö ja kokeilut ovat olleet yleistymässä (THL 2021), mikä todennäköisesti lisää myös erilaisia haittoja ja huumeita käyttävien palvelutarpeita. Havaintoa tukee ongelmakäyttäjien määrää selvittänyt tutkimus, jonka mukaan amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttö on lisääntynyt Suomessa ja etenkin nuorten ongelmakäyttäjien määrä on suurempi kuin koskaan aiemmin (Rönkä, ym. 2020).

Mielenterveysstrategia 2020–2030 (STM 2020) linjaa kansallisella tasolla tavoitteet ja periaatteet mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ja päätöksenteon tueksi kuluvalle vuosikymmenelle. Palvelujen näkökulmasta strategiassa nostetaan keskiöön asiakaslähtöisten, saavutettavien, joustavien ja yhdenvertaisten palvelujen tarjoaminen. Tavoitteena on saattaa palvelujen saatavuus muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksella pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle. Palveluissa huomioidaan eri asiakasryhmien tarpeet sekä edistetään eri ryhmien yhdenvertaisuutta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa vuosille 2023–2026 päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta tärkeää on palvelujen järjestäminen yhdenvertaisesti ja laissa säädetty oikeudet turvaten, perustason palvelujen toimintavarmuuden vahvistuminen ja integraation lisääntyminen, kustannusten kasvun hidastaminen suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja painotuksen siirtyminen ennaltaehkäisevään työhön. (STM 2022).

Palvelujen yhdenvertaisen järjestämisen toteutumista seurataan mm. perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusajan, lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen odotusajan sekä erikoissairaanhoidon odotusajan osalta. Perustason palvelujen toimintavarmuuden vahvistumisen ja integraation lisääntymisen arvioinnissa tärkeää päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta on avohoidon keinoin vältettävissä olevien, päivystyksellisesti alkaneiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaalahoitojaksojen seuranta sekä sosiaalipalveluita käyttäneiden kokemukset palvelun sujuvuudesta. Kustannusten kasvun hidastumista suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja painotuksen siirtyminen ennaltaehkäisevään työhön arvioidaan päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta ennaltaehkäisevien palvelujen osuudella kokonaiskustannuksista sekä alkoholia lii-
kaa käyttävien osuudella (AUDIT-C) (%). (STM 2022).

Perusterveydenhuollon vastaanottomäärät romahtivat vuonna 2020 koronapandemian vuoksi. Palvelu- ja hoitovelkaa syntyi palveluissa, joihin liittyi eniten rajoituksia. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuudessa on haasteita sekä erikoissairaanhoidossa että perustasolla. Koronapandemialla on ollut monenlaisia kielteisiä vaikutuksia väestön hyvinvointiin. Nuorten ahdistuneisuus- ja masennusoireilu on lähtenyt jyrkempään kasvuun. Siirtyminen etäpalveluihin heikensi varsinkin vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien palvelujen saamista sekä asiointia. (STM 2022).

Koronarajoitusten vuoksi asiakasmäärien muutokset eivät ole vaikuttaneet suoraan käyntien määrään, ja etätoiminnan laajentunut käyttöönotto näkyy sähköisten kontaktien lisääntymisenä. Koronapandemian aikana etäyhteyksien ja sähköisten palveluiden käytön

laajentuminen ja monipuolistuminen sekä henkilökunnan työskentelyssä että asiakaskontaktteissa näkyy myös kustannusten muutoksissa. Nettiterapian kustannukset ovat kuutoskaupungeissa selkeästi kasvaneet vuodesta 2020.

Hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautuminen, ajankohtaiset teemat ja kehitystyö kuutoskaupunkien päihde- ja mielenterveyspalveluissa vuonna 2022

Helsinki: Uudenmaan erillisratkaisun mukaisesti Helsinki toimii vuoden 2023 alustakin sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen järjestäjänä. Tämän johdosta sosiaali- ja terveystoimiala yhdistyy aikaisemmin kaupunkiympäristön toimialalla toimineen Pelastuslaitoksen kanssa. Uudistusta valmisteltiin kunta-Helsingin ja myös Uudenmaan hyvinvointialueiden ja HUS:in kanssa. Uudenlaista alueellista yhteistyötä syntyi HUS-perussopimuksen ja HUS-järjestämissopimuksen laajapohjaisissa laadintaprosesseissa. Huolta aiheutti tuleva valtion sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen rahoitusmalli, joka ei riittävästi huomioi Helsingin erityispiirteitä.

Ajankohtaisina teemoina vuoden 2022 aikana ovat nousseet esille Helsingissä matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut, lyhytterapia, nuorten palvelut, korvaushoito, huumekuolemien estäminen, valvotut huumeidenkäyttötilat ja asunnottomuus.

Vuoden 2022 aikana parannettiin yli 13-vuotiaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon saatavuutta ja palveluketjuja valmistelemalla neljännen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelupisteen perustamista. Nuorisواسeman roolia vahvistettiin nuorten keskivaikeiden mielenterveys- ja vaikeiden päihdeongelmien hoidossa. Lisäksi valmisteltiin myös toisen nuorisواسeman perustamista nuorille, joilla on vakavaa päihdeoireilua. Lastensuojelun ja nuorisواسeman yhteistyömalleja on kehitetty päihteitä haitallisesti tai riippuvuustasoisesti käyttävien lasten ja nuorten tukemiseksi.

Espoo: Hyvinvointialueelle siirtymiseen valmistauduttiin koko vuoden 2022 ajan. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa palveluiden palvelukuvaukset sekä ehdot ja kriteerit ovat palveluiden järjestämisen kulmakiviä, joiden työstämisellä valmistauduttiin hyvinvointialueelle siirtymiseen. Lisäksi hyvinvointialueelle siirtymiseen valmistauduttiin keskitettyjä toimintamalleja luomalla ja niihin liittyviä prosesseja johtamalla. Läpileikkaavia Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskitettyjä toimintamalleja ovat Terapiat etulinjaan, asumispalvelujen keskitetty asiakasohjaus sekä päihdehoidon erityispalveluiden keskitetty päätöksenteko.

Ajankohtaisina teemoina vuoden 2022 aikana ovat Espoossa nousseet esille oikea-aikainen ja oikeanlaiseen Mtp- hoitoon pääseminen sekä yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa.

Mielenterveys- ja päihdeasumispalvelujen kysyntä kasvoi edelleen vuonna 2022 ja samaan aikaan asumispalvelujen saatavuudessa oli haasteita. Vuoden 2022 aikana tehtiin asumispalveluiden palvelutuotantoanalyysi strategisten painopisteiden tunnistamiseksi. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella omaa asumispalvelujen palvelutuotantoa on noin 15 % asumispalveluista. Tavoitteeksi määriteltiin lisätä oman asumispalvelutuotannon osuuden kasvattamista tulevaisuudessa sekä hyvinvointialueen ostoasumispalveluiden kilpailuttaminen heti vuoden 2023 aikana.

Espooseen on avattu päiväkeskus asunnottomille elokuussa 2022. Asiakkaat löysivät heti päiväkeskuksen ja päiväkeskus on tavoittanut kuukausittain useita kymmeniä uusia asiakkaita.

Espoon terveysneuvonnan työntekijät jalkautuivat Espoon asunnottomien uuteen päiväkeskukseen sekä päihdeasumispalveluihin, joiden pop up -pisteissä oli mahdollista vaihtaa puhtaita käyttövälineitä. Espoossa toteutettiin lisäksi pilotti, jossa päihdeasumisyksikön asiakkaille tarjottiin c-hepatiitti-pikatestauksia ja tarjottiin mahdollisuus c-hepatiitin hoitamiseen asumisyksikössä.

Espoon terveyspalveluissa päätettiin ottaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastaanotto-työssä käyttöön Terapiat etulinjaan -hoitomalli. Espoon Mtp:n aikuisten ja nuorten vastaanottotyön henkilöstön TE-koulutus käynnistettiin keväällä 2022. Kaikki vastaanottotyötä tekevät työntekijät aloittivat koulutuksen, jonka lopputulemana he valmistuvat kognitiiviseksi lyhytterapeuteiksi. Ensilinjan työntekijät koulutettiin Terapianavigaattorin ensijäsennysten tekemiseen ja ohjattuun omahoitoon. Ensijäsennyksellä pystytään tuottamaan nopeaa ja tasalaatuaista ensilinjan arviointia ja ohjattu omahoito tarjoaa nopean ja kevyen tuen Mtp:n asiakkaille silloin, kun palvelun tarve on vähäinen ja asiakkaalla on hyvä toimintakyky. Matalan kynnyksen interventio nopeuttaa hoitoon pääsyä ja vähentää asiakkaan siirtelyä palvelusta toiseen.

Erikoissairaanhoido (HUS Psykiatria) aloitti e-Rek-konsultaatiot tarjoamalla psykiatrin etäkonsultaatiota terveysasemien ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen aikuisten vastaanottotyön lääkäreille. Kokeilu käynnistyi syyskuussa 2022. Nuorisopoliklinikalla käynnistettiin hankerahoituksella nuorisopsykiatripilotti, jossa nuorisopoliklinikan käytettävissä on nuorisopsykiatri yhtenä päivänä viikossa. Tavoitteena on tuottaa sujuvaa, oikea-aikaista apua nuorelle, vähentää turhia esh-läheteitä ja lisätä perustason kyvykkyyttä hoitaa keskivaikeasti oireilevia nuoria. Hankkeella tuetaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon alueellista toimintaa sekä eri toimintayksiköiden ja palvelutasojen yhteistyötä.

Vantaa: Päihde- ja mielenterveyspalveluilla on ollut oma fuusiotyöryhmänsä, joissa on ollut edustus sekä Keravalta että Vantaalta. Tulevaisuuden sotekeskus -hankkeen mielenterveys- ja päihdekärjessä on ollut viisi työntekijää, jotka ovat tukeneet fuusiotyötä ja palveluiden kehittämistä. Kaupunkien erilaisten toimintatapojen yhteensovittaminen on ollut haastavaa ja yhdenmukaistaminen jatkuu edelleen hyvinvointialueella. Muutoksessa on korostettu turvallista siirtymää sekä henkilöstön että asiakkaiden kannalta. Potilastietojärjestelmä Apotin ja muiden tietojärjestelmien käytön jatkuvuuden turvaamisen eteen on tehty paljon työtä. Kehittämisessä on huomioitu tuleva hoitotakuun kiristyminen.

Ajankohtaisina teemoina vuoden 2022 aikana Vantaalla ovat nousseet esille nuorten ja nuorten aikuisten lisääntyneet mielenterveys- sekä päihde- ja mielenterveysongelmat, joita koronavuodet ja maailmantilanne ovat lisänneet. Henkilöstön saatavuudessa on ollut haasteita. Poliitikot ovat nostaneet esille tarpeen huumeidenkäyttöhuoneille ja liikkuvan työn lisäämiselle.

Terapiat etulinjaan -toimintamalli on otettu käyttöön. Hoidontarpeen arviota vahvistetaan terapianavigaattorin avulla, mikä on otettu käyttöön 5.9.2022. Vakioituihin hoitomuotoihin koulutetaan henkilöstöä. Koulutukset ovat alkaneet ja menetelmiä otettu asteittain käyttöön. Digitaalisia palveluita mukaan lukien puhelinpalvelu on kehitetty ja näin parannettu palveluiden tavoitettavuutta ja nopeutettu saatavuutta. Päihdehuollon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta on parannettu lisäämällä korvaushoitopaikkoja omissa palveluissa huomattavasti.

Syyskuussa saatiin ryhmähoitoon soveltuvat uudet tilat Tikkurilasta. Ryhmätarjoituksen ryhmähoitoja annetaan eri toipumisen vaiheissa oleville asiakkaille. Erilaisia ryhmähoidon muotoja ja volyymeja lisätään. Kokemusasiantuntijoiden roolia ryhmähoidoissa on vahvistettu.

Siltapalvelu on vakiintunut osaksi asiakastyötä. Palvelu tarjoaa intensiivistä, moniammatillista, jalkautuvaa tukea laitoshoidosta tai vankilajaksolta palaaville asiakkaille. Tavoitteena on ehkäistä asiakasta putoamasta palveluista auttamalla ja tukemalla mielekkään arjen rakentamisessa, kiinnittymisessä avopalveluihin, kolmannen sektorin sekä muihin tarvittaviin palveluihin.

Turku: Turussa on ollut runsaasti ostopalveluita, joiden osalta puitesopimuksien siirtoa hyvinvointialueelle on valmisteltu. Haasteena ovat olleet alueen eri kuntien eripituiset ja –sältyiset sopimuskaudet, mistä syystä hyvinvointialue ei kykene heti yhdenmukaistamaan palveluita. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio on hyvinvointialueelle siirryttäessä alkuvaiheessa, koska Turussa palvelut ovat olleet pirstaloituneena sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuualueilla.

Vuoden 2021 lopulla kaupungin oma mielenterveys- ja päihdepalvelut aloitti toimintansa. Varsinaisesti toiminta ei ole terveysasemien yhteydessä kuin muutaman työntekijän kohdalla, mutta tiiviissä yhteistyössä terveysasemien kanssa. Toiminta perustuu matalan kynnyksen ajatteluun ja hoitoon asiakkaat ohjautuvat pääsääntöisesti itse ottamalla yhteyttä palveluihin virka-aikana eikä ohjautumiseen tarvitse erillisiä lähetteitä. Asiakkaan palvelujen tarve selvitetään ensimmäisessä kontaktissa ja tästä asiakas ohjataan omiin palveluihin (moniammatilliset lähitiimit, ryhmätoiminta tai erikoistiimit, kuten Nepsy-tiimi ja riippuvuustiimi) tai muualle esim. kolmannelle sektorille. Vuoden 2022 aikana terveyskeskuksissa on lisätty resurssia avohoitoon. Terveysasemien yhteyteen lisätty matalan kynnyksen palveluohjaus ja hoitotiimit tavoittavat eri asiakasryhmiä.

Tampere: Hyvinvointialueelle siirtymistä ennakoitiin perustamalla syksyllä 2021 peruspalvelut-työryhmän alaisia pientyöryhmiä, joista yksi pureutui mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus-hankkeessa on käytössä Mielenterveyden työkalupakki -koulutus perusterveydenhuollon vastaanottotyötä tekeville terveydenhuollon ammattilaisille. Mielenterveyden työkalupakin tarkoituksena on varhainen tunnistaminen ja nopea hoidon aloitus perustasolla. Työkalupakki tarjoaa perusterveydenhuollon työntekijälle välineitä potilaan haastatteluun ja kohtaamiseen, tilanteen kartoitukseen, potilasohjantaan ja motivointiin sekä antaa valmiudet lyhyen tukea antavan hoitojakson toteuttamiselle. Hyvinvointialueelle siirtyminen huomioitiin myös mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvissä hankinnoissa.

Vuoden 2023 alussa voimaan tulleet päihde- ja mielenterveyspalvelujen lainsäädäntömuutokset ovat vaikuttaneet toimintaan. Esillä on ollut perustason päihde- ja mielenterveyspalvelujen vahvistamiseen sekä monialaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön liittyvät tarpeet. Kohderyhmänä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa on tunnistettu paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat, joiden moninaiset palvelutarpeet edellyttävät sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluita. Esiin on tullut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ai-kuissosiaalityön tarve ja palvelujärjestelmän ulkopuolella olevat nuoret aikuiset.

Ajankohtaisena teemana päihde- ja mielenterveyspalveluissa vuoden 2022 aikana Tampereella on ollut saatavuus. Mielenterveyspalvelut ruuhkautuivat erityistason palveluissa

sekä hoidon porrasteisuudessa oli haasteita. Henkilöstön osaamiseen perustasolla on vai-
kutettu Mielenterveyden työkalupakki -koulutuksella sekä päihdeosaamista lisäämällä.
Apuna on ollut mahdollisuus hyödyntää yksityisiä palveluntuottajia avomuotoisessa päih-
dekuntoutuksessa.

Tampereella on tehty monipuolista kehitystyötä ja uusia toimintoja sekä hankkeita on aloi-
tettu vuoden 2022 aikana. Asunnottomuuteen pureutuva asumisen tuen hanke (STM) sai
jatkorahoituksen ja toinen hankekausi alkoi 1.10.2022. Hyvinvointikeskuksessa toteutettiin
monialaisen yhteistyön Minun tiimini -pilotti ja hyvinvointialueen tarpeisiin on muovautu-
massa myös erityistason konsultaatioita tekevä monialainen STOP-työryhmä.

Perusterveydenhuollon työntekijöille suunnatun Mielenterveyden työkalupakki -koulutuk-
sen osaksi sisällytettiin syksyllä 2022 päihdeosio, jossa käsitellään päihdepotilaan kohta-
amiseen ja hoitoon liittyviä erityispiirteitä, kuten päihdeongelman tunnistaminen ja puheek-
siotto sekä päihdekartoitus ja mini-interventio.

Erityisesti mielenterveyskuntoutujien osalta alettiin tehdä käytäntötutkimusta osana Sosi-
aalisen kuntoutuksen kehittäminen Kelan kuntoutuspalvelujen yhdyspinnoilla -hanketta,
joka pureutuu hankkeen vaikutuksiin (kohderyhmänä erityisesti mielenterveyden häiriöitä
sairastavat nuoret aikuiset). Lisäksi osallistuttiin THL:n sosiaalityön vaikuttavien toiminta-
mallien pilottiin sekä etsivän sosiaalityön että sosiaalisen kuntoutuksen osalta (kohderyh-
mänä päihde- ja mielenterveysasiakkaat).

Aikuissosiaalityö uudelleenorganisoitui Tampereella vuoden 2022 alussa ja sen työpanosta
sote-keskuksissa vahvistettiin tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollon monialaisen yhteis-
työn vahvistuminen. Myös hoito- ja palveluketjuja sekä konsultaatorakenteita kehitettiin.

Oulu: Oulussa hyvinvointialueelle siirtymistä ennakoitiin perustamalla eri työryhmiä,
joissa suunniteltiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintaa tulevalle hyvinvointialu-
eella

Oulun kaupungin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vuoden 2018 lopulla käynnis-
tyneen integraatioselvityksen ja sen mukaisten toimenpiteiden toteuttaminen ja toimintaan
juurruttaminen jatkui vuoden 2022 aikana. Mielenterveyspalveluissa lisättiin ryhmähoitoja
helpottamaan hoitotakuujonojen purkua sekä tukemaan varhaisempaa hoitoon pääsyä.
Tuotannonohjausjärjestelmän käyttöä jatkettiin ja sen käyttö aktivoitui. Havaittavissa on
pitkien hoitojen vähentyminen ja hoitajaksojen pituuksien lyhentyminen, mikä auttoi re-
surskien siirrossa varhaisvaiheen hoitoihin.

Hoitotakuujonoja purettiin palvelutuotannon omilla toimenpiteillä, mutta myös ostopalve-
lulla. Syksyllä ja loppuvuonna ostettiin ADHD-selvittelyitä ja hoidon aloituksia sekä lyhytin-
terventiota ja lyhytterapiaa. Lokakuussa 2022 mielenterveyspalveluissa alettiin pilotoi-
maan terapianavigaattoria ja luotiin Terapiat etulinjaan toimintamallin mukaiset etulinjan
palvelut. Pilotointi ehti loppuvuonna osoittaa, että terapianavigaattorin ja terapiat etulin-
jaan toimintamallin avulla on mahdollista sujuvoittaa hoidon tarpeen arviointia ja asiaka-
kaalle sopivan hoitomuodon aloitusta. Pilotoinnin yhteydessä ensilinjan hoitajat saivat en-
sijäsennys ja ohjatun omahoidon koulutukset sekä ensilinjaan perustettiin uusia ryhmiä tu-
kemaan nopeaa hoidon aloitusta. Lyhytterapeuttisen menetelmän (IPC) käyttöönottoa jat-
kettiin, ja henkilöstö sai täydennyskoulutusta menetelmän käyttöön.

Päihdehoidossa korvaushoitopotilaiden määrä kasvoi. Korvaushoitoprosessia arvioitiin ja sitä muutettiin helpottamaan hoitoon pääsyä. Päihdehuollossa pilotoitiin myös Hoitoa syytteen sijaan -toimintamallia. C-hepatiittipotilaiden hoitoprosessia kehitettiin yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa.

2.4 Vammaisten palvelut

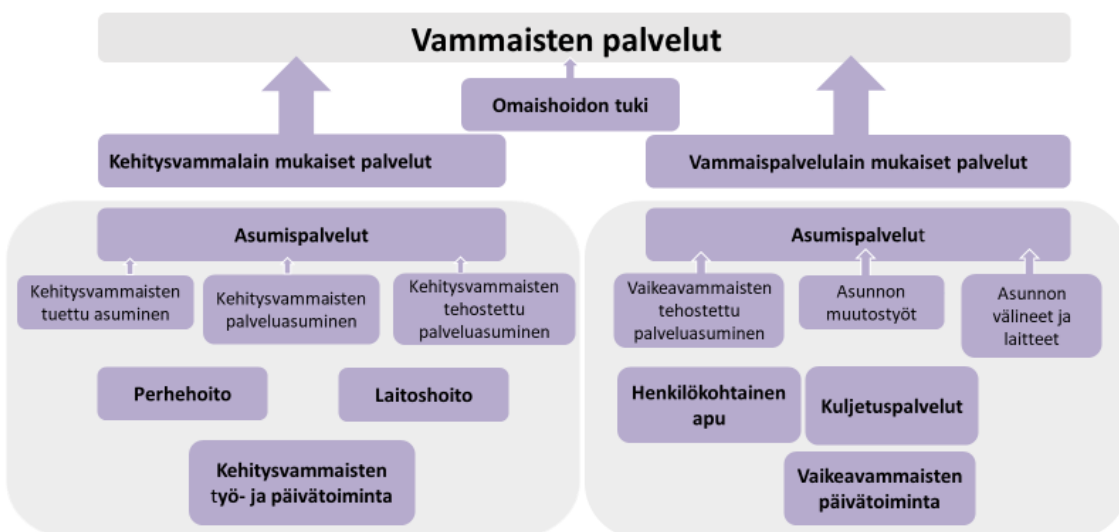
2.4.1 Vammaisten palvelujen sisältö ja tehtävät

Vammaisten palvelujen osalta Kuusikko-raporteissa on tarkasteltu vammaisille ja kehitysvammaisille henkilöille järjestettyjä palveluja Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa. Vammaisten palvelujen palvelurakenne vuonna 2022 on kuvattu kuvassa 5.

Palvelut sisältävät kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) perusteella myönnettyjä palveluja sekä vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista säädetyn lain (380/1987) nojalla järjestettyjä palveluja. Kuusikko-raportoinnissa tarkasteluihin on sisällytetty pääasiassa kehitysvammalain ja vammaispalvelulain nojalla myönnettyjä sosiaalipalveluja. On kuitenkin huomioitava, että vammaisten, kuten muidenkin henkilöiden tarvitsemat sosiaalipalvelut järjestetään ensisijaisesti sosiaalihuoltolain (1301/2014) nojalla osana yleistä palvelujärjestelmää. Lisäksi kehitysvammaiset henkilöt voivat saada palveluja myös muiden ensisijaisten lakien, kuten varhaiskasvatuslain (540/2018) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella.

Kuusikko-raportoinnissa tarkastellut keskeiset palvelut ovat henkilökohtainen apu, kuljetuspalvelut, työ- ja päivätoiminta, asumista tukevat palvelut, ympärivuorokautiset asumispalvelut, kehitysvammaisten perhehoito ja kehitysvammaisten laitoshoidon tuki.

Kuva 5. Vammaisten palvelujen palvelurakenne kuutoskaupungeissa vuonna 2022



Henkilökohtaisella avulla tarkoitetaan vaikeavammaisen henkilön välttämätöntä avustamista kotona ja kodin ulkopuolella päivittäisissä toimissa, työssä ja opiskelussa, harrastuksissa, yhteiskunnallisessa osallistumisessa tai sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämisessä.

Henkilökohtaisen avun toteuttamisesta säädetään (2008/981) seuraavasti: "Kunta voi järjestää henkilökohtaista apua: 1) korvaamalla vaikeavammaiselle henkilölle henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta aiheutuvat kustannukset (...) 2) antamalla vaikeavammaiselle henkilölle avustajapalveluiden hankkimista varten (...) palvelusetelin, jonka arvo on

kohtuullinen; taikka 3) hankkimalla vaikeavammaiselle henkilölle avustajapalveluita julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai järjestämällä palvelun itse taikka sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa.” Henkilökohtainen apu on ollut Suomessa subjektiivinen oikeus vuodesta 2009 alkaen. Palvelua saaneiden asiakkaiden osuus vammaispalvelujen asiakkaista onkin vuodesta 2009 kasvanut kuutoskaupungeissa.

Kuljetuspalveluja järjestetään vaikeavammaisille henkilöille subjektiivisena oikeutena vammaispalvelulain (VpL) perusteella. Lain (1987/759, §4–6) mukaan kuljetuspalveluihin kuuluvat kuljetukset, jotka ovat tarpeellisia vaikeavammaisen henkilön jokapäiväiseen elämän kannalta, kuten työssäkäynti, opiskelu, asioiminen, yhteiskunnallinen osallistuminen, virkistyminen tai muu vastaava. Liikkumista tukevia palveluja järjestetään vammaisille henkilöille myös sosiaalihuoltolain (ShL 1301/2015) perusteella. ShL:n mukainen liikkumista tukeva palvelu on harkinnanvarainen palvelu, eli päätös palvelun myöntämisestä perustuu aina tapauskohtaiseen harkintaan. Palvelun saaminen on riippuvainen hakijan toimintakyvystä, ja harkintaa tehdään lisäksi tulo- ja varallisuusrajojen pohjalta.

Työ- ja päivätoiminta käsittää vammaispalvelulain mukaista vaikeavammaisten päivätoiminnan sekä kehitysvammaisten työ- ja päivätoiminnan. Vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ei vuodesta 2019 alkaen Kuusikko-raporteissa sisälly työ- ja päivätoiminnan lukuihin.

Asumista tukeviin palveluihin lukeutuvat kehitysvammaisten tuettu asuminen ja palveluasuminen, yksittäiseen asuntoon vammaispalvelulain nojalla myönnetty palveluasuminen, asunnon muutostyöt sekä asunnon välineet ja laitteet.

Vammaisten ympärivuorokautiset asumispalvelut koostuvat kehitysvammalain nojalla järjestetystä kehitysvammaisten tehostetusta palveluasumisesta sekä vammaispalvelulain perusteella järjestetystä vaikeavammaisten tehostetusta palveluasumisesta. Palveluasuminen järjestetään palveluasunnossa ja se on tarkoitettu henkilöille, jotka vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsevat toisen henkilön apua päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseksi jatkuvaluontoisesti, vuorokauden eri aikoina, tai muutoin erityisen runsaasti. Vammaispalvelulain mukaisen vaikeavammaisten tehostetun palveluasumisen osalta kuutoskaupungeissa on ollut haasteita palvelutarpeeseen vastaavien paikkojen puutteen vuoksi. Vaikeavammaisten tehostetun palveluasumisen toteuttamista on vaikeuttanut lisäksi työvoiman saatavuus yksiköissä.

Perhehoito on perheenomaista hoitoa, joka järjestetään osa- tai ympärivuorokautisena huolenpitoa perhehoitajan yksityiskodissa tai asiakkaan kotona. Tavoitteena on tarjota asiakkaalle mahdollisuus kodinomaiseen hoitoon ja läheisiin, pysyviin ihmissuhteisiin sekä edistää hoidettavan perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita. (Perhehoitolaki 2015/263.)

Vuonna 2010 Valtioneuvoston periaatepäätöksessä kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta (STM 2012) linjattiin, että laitosasuminen tulee asteittain lakkauttaa ja tilalle kehittää muita vammaisen henkilön asumisen tueksi tarvittavia yksilöllisiä palveluja. Kuutoskaupungeissa laitoshoidon purku on näkynyt laitoshoidon supistamisena ja asumispalvelujen paikkojen lisäämisinä. Rakennemuutoksen seurauksena laitoshoidon asiakkaiden määrä ja kustannukset ovat laskeneet selvästi. Kaupungeissa on selvitetty laitoshoidossa olevien asiakkaiden tilannetta ja laadittu suunnitelmia uusista asumisratkaisuksista. Tavoitteena on vähentää laitoshoidossa olevien asiakkaiden

määrää muodostamalla uusia asumisratkaisuja paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville asiakkaille. Tavoitteena on myös, ettei laitoshoidon ole pitkäaikainen asumisen ratkaisu kehitysvammaiselle henkilölle. Lyhytaikaisen laitoshoidon sijaan asiakkaille on pyritty tarjoamaan muita lyhytaikaishoidon paikkoja, mutta tarve lyhytaikaiselle laitoshoidolle tulee säilymään vielä vuosia.

2.4.3 Aikasarjoja vammaisten palveluista

Vammaisten palvelujen asiakkaat

Vuonna 2022 kuutoskaupunkien väestöstä 1,7 prosenttia sai palveluja vammaispalvelulain nojalla ja 0,4 prosenttia kehitysvammalain nojalla. Vuodesta 2012 vammaispalvelulain mukaisen palvelujen asiakasmäärä on vähentynyt 9,7 prosenttia, kun taas kehitysvamman palvelujen asiakasmäärä on kasvanut 27,5 prosenttia samassa ajassa. Kehitysvammaisten väestöosuus ei kuitenkaan ole kasvanut.

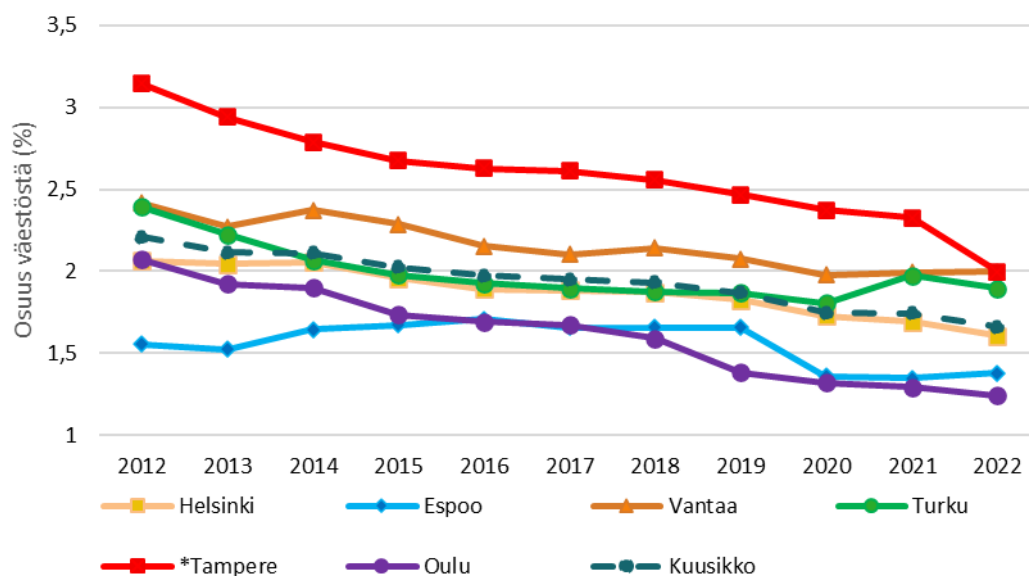
Vammaispalvelulain mukaisia palveluja käyttäneet asiakkaat

Vammaispalvelulain (VpL) mukaisia palveluja myönnetään vammaisille henkilöille silloin, kun henkilön tarvitsemia palveluja ei voida myöntää muiden ensisijaisten lakien, kuten sosiaalihuoltolain nojalla. Asiaksmäärinä raportoidaan myönteisen päätöksen saaneiden henkilöiden määrä. On syytä huomioda, että päätöksen saaneiden asiakkaiden määrä ei aina kuvaa palvelujen käyttöä esimerkiksi kuljetuspalveluissa ja henkilökohtaisessa avussa eikä palvelujen käytön laajuutta, sillä kaikki myönteisen päätöksen saaneet eivät käytä palveluja. Viime vuosina vammaispalvelujen asiakasmäärän kasvu on painottunut selvästi henkilökohtaisen avun palveluun.

Kuviossa 24. on esitetty vammaispalvelulain mukaisia palveluita saaneiden väestöosuuden kehitystä kuutoskaupungeissa vuosina 2012–2022. Vuonna 2022 kuutoskaupungeissa oli kaikkiaan 31 078 myönteisen VpL-palvelupäätöksen saanutta henkilöä ja vuonna 2012 asiakkaita oli 34 434. Asiakasmäärä laski vuonna 2022 edelliseen vuoteen verrattuna 3,4 prosenttia. Vuoteen 2012 verrattuna asiakasmäärän laskua on ollut 9,7 prosenttia eli VpL-palvelupäätöksen saaneita kuutoskaupungeissa oli 3 356 henkilöä vähemmän. Asiakasmäärä on laskenut vuoteen 2012 verrattuna Oulussa (-22,3 %), Tampereella (-17,1 %), Helsingissä (-11,2 %) ja Espoossa (-10,2 %). Kasvua on ollut Turussa (+3,8 %) ja Vantaalla (+1,7 %).

Kuvio 24. Vammaispalvelulain mukaisia palveluita saaneiden osuus väestöstä kuutoskaupungeissa vuosina 2012–2022

***Tampere:** 1.1.2022 uusi asiakastietojärjestelmä otettiin käyttöön, minkä vuoksi vuoden 2022 tiedot eivät ole vertailukelpoisia aiempiin vuosiin.



Kehitysvammahuollon asiakkaat

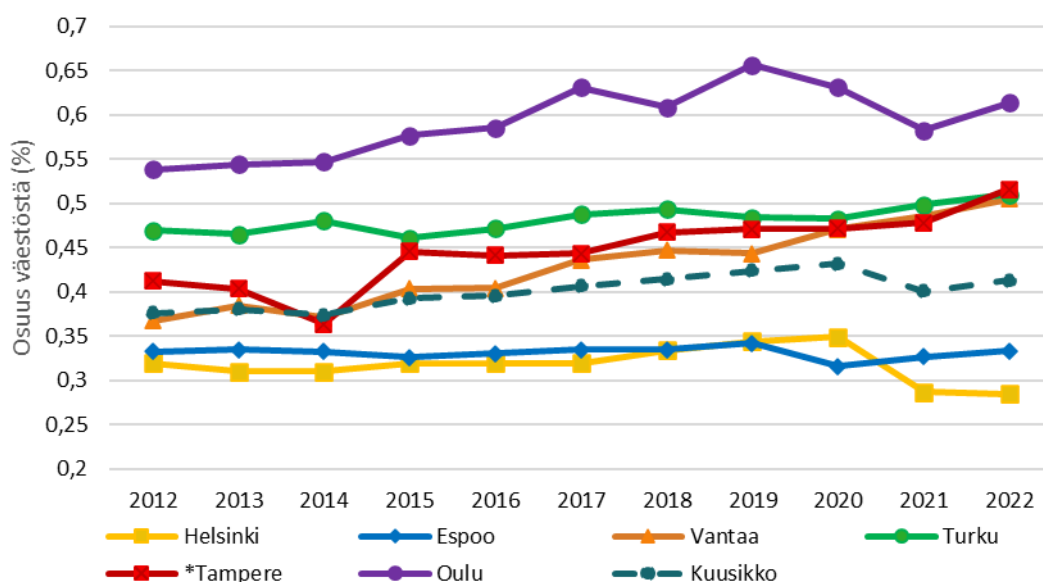
Kuutoskaupungeissa kehitysvammahuollon asiakkuuden määrittely perustuu kehitysvammalakiin. Toisaalta joitakin kehitysvammaisten tarvitsemia palveluja tuotetaan muiden ensisijaisten lakien perusteella. Vammaispalvelulain lisäksi esimerkiksi sosiaalihoitolaki on kehitysvammalakiin nähden ensisijainen. Kehitysvammaisten käyttämät ensisijaisten lakien mukaan järjestetyt palvelut eivät kuitenkaan pääsääntöisesti ole olleet mukana Kuusikko-työryhmän raportissa, sillä yhtä asiakasryhmää koskevia tietoja on vaikeaa erotella palvelujen käyttöä koskevista kokonaistilastoista.

Kehitysvammaisten osalta on Kuusikko-raportoinnissa raportoitu sekä kokonaisasiakasmäärä että palveluja käyttäneiden asiakkaiden määrä. Kokonaisasiakasmäärään sisältyvät sellaiset kehitysvammaiset henkilöt, joilla on ollut vuoden aikana voimassa oleva erityishuolto-ohjelma. Kaikki erityishuolto-ohjelman omaavat eivät kuitenkaan ole käyttäneet palveluja vuoden aikana.

Vuonna 2022 kehitysvammahuollon palveluja käyttäneitä asiakkaita kuutoskaupungeissa oli yhteensä 7 731 ja vuonna 2012 asiakkaita oli 6065. Asiakkaiden määrä kuutoskaupunkien tasolla on kasvanut 27,5 prosenttia vuosien 2012–2022 välillä. Kunnan asukaslukuun suhteutettuna eniten palveluja käyttäneitä asiakkaita oli Oulussa (0,61 %) ja vähiten Helsingissä (0,28 %). (Kuvio 25.).

Kuvio 25. Kehitysvammalain mukaisia palveluita saaneiden osuus väestöstä kuutoskaupungeissa vuosina 2012–2022

***Tampere:** 1.1.2022 uusi asiakastietojärjestelmä otettiin käyttöön, minkä vuoksi vuoden 2022 tiedot eivät ole vertailukelpoisia aiempiin vuosiin.

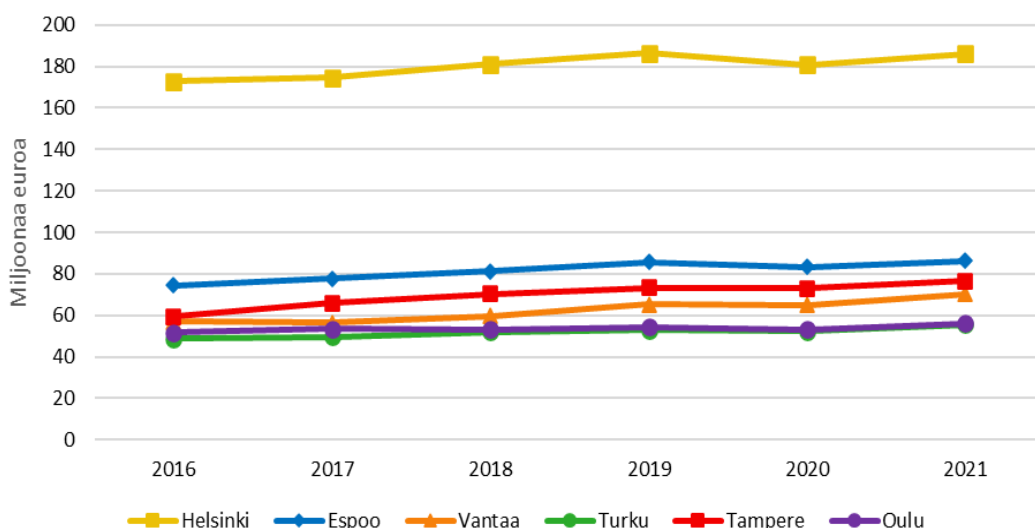


Vammaisten palvelujen kustannukset

Vuoden 2022 tiedonkeruu ei sisältänyt tietoja kustannuksista. Tässä esitettävät kustannustiedot perustuvat aiempien vuosien tiedonkeruuseen.

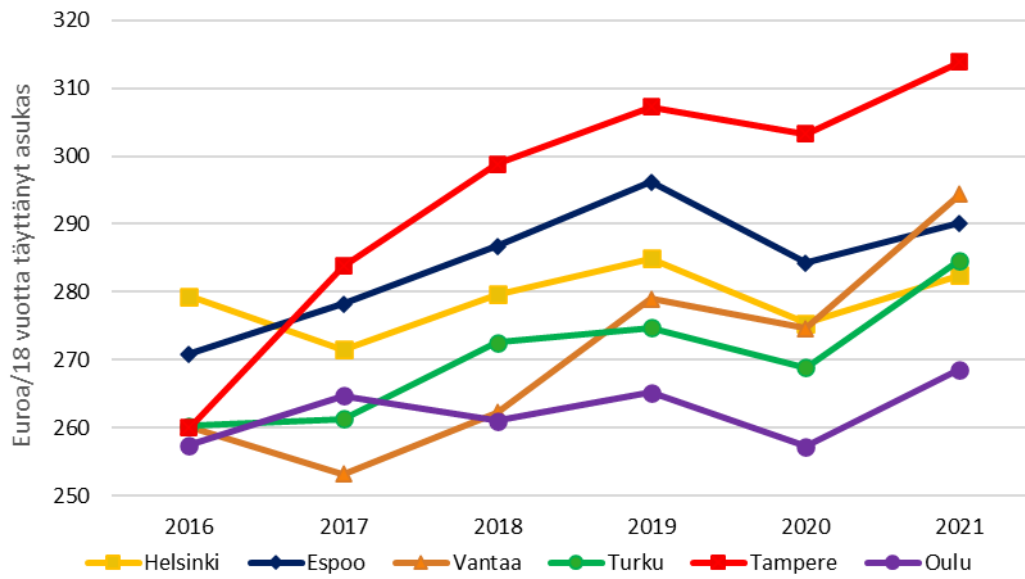
Kuviossa 26. on esitetty vammaisten palvelujen kokonaisuuden kustannusten kehitys vuosina 2016–2021. Vuonna 2021 ympärivuorokautisten asumispalvelujen kustannukset muodostivat suurimman osuuden menoista kaikissa kuutoskaupungeissa: Osuus vaihteli Tampereen 33,2 prosentin ja Turun 54,6 prosentin välillä. Kuutoskaupunkien tasolla seuraavaksi suurin osuus kustannuksista muodostui henkilökohtaisen avun palvelusta. Kuutoskaupungeissa seuraavaksi suurimpia kustannusosuuksia olivat työ- ja päivätoiminta ja kuljetuspalvelut. Vuonna 2021 vammaisten palvelujen kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa olivat yhteensä 531,1 miljoonaa euroa. Vuodesta 2016 deflatoidut kustannukset kasvoivat Tampereella (+29,2 %), Vantaalla (+23,4 %), Espoossa (+15,9 %), Oulussa (+9,0 %) ja Helsingissä (+7,6 %) ja laskivat Turussa (-0,6 %).

Kuvio 26. Vammaisten palvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2016–2021



Vammaisten palvelujen kustannukset kuutoskaupungeissa olivat keskimäärin 288 euroa 18 vuotta täyttäneeltä asukasta kohden vuonna 2021 (Kuvio 27.). Täysi-ikäiseen väestöön suhteutetut kokonaiskustannukset vaihtelivat Oulun 269 euron ja Tampereen 314 euron välillä. Verrattuna vuoteen 2016 asukaskohtaiset kustannukset ovat nousseet kaikissa kuutoskaupungeissa.

Kuvio 27. Vammaisten palvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset 18 vuotta täyttäneitä asukasta kohden vuosina 2016–2021



2.4.4 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksella pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle. Palveluissa huomioidaan eri asiakasryhmien tarpeet sekä edistetään eri ryhmien yhdenvertaisuutta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa vuosille 2023–2026 vammaisten palvelujen osalta tärkeää on palvelujen järjestäminen yhdenvertaisesti ja laissa säädetyt oikeudet turvaten, osaavan henkilöstön saannin turvaaminen ja sosiaali- ja terveystalouden veto- ja pitovoimatekijöitä vahvistaminen, perustason palvelujen toimintavarmuuden vahvistuminen ja integraation lisääntyminen. (STM 2022).

Palvelujen yhdenvertaisen järjestämisen toteutumista seurataan mm. perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusajan ja erikoissairaanhoidon odotusajan osalta. Osaavan henkilöstön saannin turvaamisen ja sosiaali- ja terveystalouden veto- ja pitovoimatekijöitä vahvistamisen osalta hyvinvointialue seuraa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävyttä palvelukokonaisuuksissa ammattiryhmittäin. Perustason palvelujen toimintavarmuuden vahvistumisen ja integraation lisääntymisen arvioinnissa tärkeää vammaisten palvelujen osalta on sosiaalipalveluita käyttäneiden kokemukset palvelun sujuvuudesta. (STM 2022).

Palveluvelka ja henkilöstön resurssipula

Koronapandemia on vaikuttanut mittavasti vammaispalvelujen järjestämistapaan, toteutumiseen, käyttöasteeseen, henkilöstöasioihin, sekä talouteen vuosina 2020–2021. Koronapandemia vähensi merkittävästi työ- ja päivätoiminnan käyttöpäivien määrä sekä kuljetuspalveluiden käyttöä ja kustannuksia. Koronapandemia on kuormittanut erityisesti omaishoitoajia, joille on ollut aiempaa haastavampaa järjestää omaishoidon vapaita. Lisäksi koronapandemian vaikutuksissa palvelujen käyttöön ja kustannuksiin on eroja kuutoskaupunkien välillä. Koronapandemian vuoksi palvelu- ja hoitovelkaa syntyi palveluissa, joihin liittyi eniten rajoituksia. Tällä palveluvelkalla on pitkäaikaisia ja vaikeasti ennustettavia vaikutuksia.

Koronapandemialla on ollut monenlaisia kielteisiä vaikutuksia väestön hyvinvointiin. Vammaisten ja toimintarajoitteisten henkilöiden yksinäisyys on lisääntynyt muuta väestöä enemmän. Siirtyminen etäpalveluihin heikensi varsinkin vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien palvelujen saamista sekä asiointia (STM 2022).

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta on merkittävä työvoimapula, joka koskee sekä perus- että erityistason palveluja. Henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain. Henkilöstön eläköityminen lisää rekrytointihaasteita. Koronapandemia kuormitti merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa. Tämä näkyi erityisesti henkilökunnan riittävyys- ja jaksamishaasteina. Työvoiman saatavuutta on pyritty turvaamaan monilla eri keinoilla, joista monet tähtäävät alan houkuttelevuuden ja työolojen parantamiseen. Henkilöstön veto- ja pitovoiman ylläpitäminen sekä vahvistaminen on kasvava haaste hyvinvointialueille. Tarve tiivistää yhteistyötä järjestötoimijoiden ja palveluntuottajien kanssa on myös tunnistettu. (STM 2022).

Hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautuminen, ajankohtaiset teemat ja kehitystyö kuutoskaupunkien vammaisten palveluissa vuonna 2022

Helsinki: Vuoden 2023 alusta Uusimaa jakautui neljään hyvinvointialueeseen sekä Helsingin kaupunkiin. Kehitysvammaisten erityishuoltopiirit Eteva ja ruotsinkielisiä palveleva Kärkulla lakkautettiin. Kärkullan siirtoa Helsingin kaupungille valmisteltiin vuoden 2022 aikana ja siirto toteutui 1.1.2023. Henkilöstö siirtyi liikkeen luovutuksen periaattein Helsingille. Siirtyvistä palveluista tehtiin palvelujen jatkuvuutta turvaavat yhteistyösopimukset hyvinvointialueiden kanssa.

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan pyynnöstä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala on antanut asiantuntijalausunnon koskien hallituksen esitystä eduskunnalle vammaispalvelulain ja siihen liittyviksi laeiksi. Vammaistyö on lausunut huomioita esityksestä koskien uutta vammaispalvelulakia ja osallistunut vammaispalvelulain uudistuksen vaikutusten arviointiin.

Helsingin vammaispalveluiden kokonaisuutta kehitetään. Tarve uudistaa vammaistyön palvelustrategiaa nousee sekä sotepe (sosiaali-, terveys- ja pelastuslaitos) -uudistuksesta että uudesta vammaispalvelulain. Lakiuudistusten lisäksi vammaistyön sisäisessä tarkastelussa on tunnistettu tarve arvioida nykyisen palveluverkoston toimivuutta, vammaistyön organisoitumisen logiikkaa sekä johtamisjärjestelyiden kestävyttä suhteessa muuttuvaan toimintaympäristöön. Kehittämistyötä ohjaa sotepe- toimialan uuden palvelustrategian ja lakiuudistusten rinnalla strategisen hankinnan yksikön toteuttama tuotantotapa-analyysi, joka on käynnistynyt lokakuussa 2022. Analyysin loppuraportti esitellään Sotepe- lautakunnalle kesäkuussa 2023. Analyysi tuottaa kokonaisvaltaisen kuvan vammaistyön palvelujen nykytilasta niin markkinoiden, kustannusten, asiakastyön ja laadun sekä toimintamallien näkökulmasta. Vammaistyön palvelustrategiaa rakennettaessa tarkastellaan nykyistä vammaistyön organisaatiota, palveluita ja järjestämistapaa kokonaisuutena. Vuoden 2023 aikana tullaan tekemään tarvittavia kokonaiskuvaan perustuvia muutoksia, joiden tavoitteena on, että vammaispalveluiden kokonaisuus on jatkossa yhtenäinen, strategisesti johdettu ja palvelee helsinkiläisiä vammaisia asiakkaita mahdollisimman hyvin. Vammaistyön palvelustrategian on tavoite olla valmis niin että Helsingin sotepe- toimiala tuottaa vammaispalvelut strategian mukaisesti vuodesta 2024 alkaen. Vammaispalvelujen kehittäminen jatkuu vuodelle 2025 saakka Kestävän kasvun hankkeiden projekteina keskittyen palveluverkostossa tunnistettuihin kehittämiskohteisiin.

Sote-uudistuksen ja vammaispalvelulain uudistamiseen valmistautumisen myötä vammaisten lasten aamu- ja iltapäivätoiminnan sekä loma-ajan toiminnan järjestämistä ja tuottamista suunniteltiin yhteistyössä kasvatuksen ja koulutuksen toimialan kanssa. 1.1.2023 alkaen vammaistyölle siirtyi järjestämisvastuu loma-ajanhoidon osalta.

Helsinki on ollut aktiivisesti mukana kehitysvammaisten sosiaali- ja terveydenhuollon muutosten toimeenpanohankkeessa (Kepa-Uusimaa), joka on toteutettu ajalla 1.8.2021-31.12.2022. Hankkeessa on mm. edistetty kehitysvammaisten henkilöiden hoidon porrastuksen toteutumista.

Ostopalveluja ja omavalvontaa kehitetään vastaamaan uusia velvoitteita ja hillitsemään kustannusten nousua.

Suomen- ja ruotsinkielinen vammaisneuvonta on vakiintunut palveluksi vammaisten sosiaalityössä.

Vammaisten työ- ja päivätoiminnassa on tehty kansainvälistä yhteistyötä Eurocities-työllisyysverkostossa mm. työhönvalmennuksen kehittämiseksi. Työkykyisempi Stadi- hankkeen puitteissa on kehitetty työkyvyn tuen palvelukokonaisuutta sekä vahvistettu sosiaalihuollon työllistymistä edistävää palvelupolkua. Vammaisten työ- ja päivätoiminnassa tehdyn tuotantotapa-analyysin tulosten pohjalta on perustettu omana palveluntuotantona uusi toimintakeskus Itä-Helsinkiin. Näin on reagoitu palvelun kysyntään ja oppivelvollisuuden pitenemisen aiheuttamiin palvelutarpeisiin. Vammaistyön virtuaaliset palvelut ovat kehittäneet vammaistyön digitaalista palvelutuotantoa. Tavoitteena on ollut mallintaa, miten kehitysammaisten digitaatioita voidaan edistää osallistavalla toiminnalla ja täten vähentää digitalisaation yhteiskunnallisesti syrjäyttävää vaikutusta erityisryhmiä kohtaan.

Espoo: Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue järjestää yhteensä kymmenen kunnan sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelut Länsi-Uudenmaan alueella. Sen erityispiirteitä ovat ruotsinkieliset kunnat. Alue on maantieteellisesti laaja, ja erilaisia toimintakäytäntöjä on ollut runsaasti. Lähtötilanteessa ei ollut valmiita rakenteita yhteisiin toimintamalleihin. Keskeisenä periaatteena oli, että hyvinvointialueelle siirrytään pääosin olemassa olevilla toimintamalleilla, joita lähdetään yhtenäistämään siirtymän jälkeen.

Välttämätöntä yhtenäistämistä tehtiin vuoden 2022 aikana. Henkilökohtaiseen apuun, omaishoidon tukeen, VpL-kuljetuspalveluun ja tukihenkilötoimintaan liittyviä yhteisiä ohjeistuksia valmisteltiin, ja palkkiot ja palkat (perhehoito, omaishoito, henkilökohtainen apu) sekä asiakasmaksut yhtenäistettiin. Henkilökohtaisen avun Oima-järjestelmä otettiin käyttöön koko alueella. Palvelutuotannon puolella käynnistettiin suunnittelutyö hyvinvointialueen vammaispalvelujen valvontatiimin toiminnan käynnistämiseksi. Sen tarkoituksena on vahvistaa ostopalvelujen ja oman toiminnan valvontaa palvelujen järjestämislain mukaisesti.

Hyvinvointialuesiirtymän ohella merkittävä vammaispalvelujen tulevaisuudennäkymiin vaikuttava asia oli uusi vammaispalvelulaki, jonka luonnosversioihin perehdyttiin alkuvuodesta 2022 lähtien. Uuden lain voimaantuloon varauduttiin mm. selvittämällä uusien palvelukokonaisuuksien sisältöjä ja järjestämistä. Valmistelun haasteena oli lain etenemisen epävarmuus.

Espoon vammaispalveluissa ja hyvinvointialueen valmisteluorganisaatiossa valmistauduttiin myös erityishuoltopiirien purkautumiseen 1.1.2023. Etevan ja Kärkullan Länsi-Uudellamaalla sijaitsevat asumisen ja päiväaikaisen toiminnan yksiköt liittyivät osaksi hyvinvointialueen omaa toimintaa ja Etevan erityisen vaativan tuen yksiköt siirtyivät HUS-yhtymälle.

Siirtymävalmistelussa on ollut tarpeellista huomioida aiempaan kuntaorganisaation toimintaan verrattuna erityisesti esimerkiksi alueellinen yhdenvertaisuus hyvinvointialueen sisällä, erilaiset vammaispalvelujen toimintakulttuurit ja kuntakohtaiset palvelujen myöntämiskäytännöt. Myös palvelujen järjestämistavoissa on ollut eroja. Näitä eroavaisuuksia sivuaa myös kuntayhtymien (Eteva ja Kärkulla) poikkeava palvelurakenne asiakkaiden terveydenhuollon järjestämisessä.

Vantaa: Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen valmistelutyötä tehtiin vuonna 2022 fuusiotyöryhmissä. Työryhmät jakaantuivat palveluittain yhtenäistämään Vantaan ja Keravan palvelut hyvinvointialueen palveluiksi. Fuusiotyön keskiössä oli vammaispalveluiden uu-

delleen organisoituminen, palveluiden myöntämisen perusteiden, palveluiden järjestämisen ja asiakasmaksujen harmonisointi. Työryhmät valmistelivat palveluittain esitykset Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen johtoryhmään ja aluehallituksen hyväksyttäväksi.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella esillä on ollut vammaisten asumispalveluiden järjestäminen tulevaisuudessa. Tavoitteena on kasvattaa omana palveluna järjestettävää asumista. Aamu-, iltapäivä- ja loma-ajan toiminnan kehittäminen on myös yksi lähitulevaisuuden kehittämisen kohteena. Toimialojen välistä yhteistyötä on lähdetty rakentamaan uuden organisaation näkökulmasta. Uuden vammaispalvelulain voimaan tulon vaikutukset ovat puhuttaneet.

Vammaispalveluiden palvelualue aloitti toimintansa 1.1.2023. Itsessään palvelualueen organisoituminen (asiakasohjaus, järjestäminen ja hankinta sekä asumispalvelut) ovat olleet ja ovat edelleen kehittämisen kohteena. Tavoitteena on palveluprosessin sujuvoittaminen ja asiakaskokemuksen vahvistaminen. Maininnan arviosta on asiakasohjauksen ja neuvonnan kärkihanke. Hankkeessa on tehty yhteistyötä Kelan kanssa ja haettu uusia lähestymis- ja toimintatapoja.

Turku: Vuoden 2022 aikana vammaispalveluista on osallistuttu KTO:n vammaispalvelujen koordinaattorin vetämiin erillisiin palvelukohtaisiin (liikkumista tukevat palvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt, palveluasuminen, sosiaalityö, kehitysvammaisten työ- ja päivätoiminta, omaishoidon tuki,) työryhmiin. Työryhmissä on ollut osallistujia useista Varsinais-Suomen kuntien vammaispalvelutoimistoista ja työryhmissä on käyty läpi kuntien käytäntöjä em. palveluissa.

Esillä on ollut yhteistyö ja yhteiset asiakkaat muiden organisaatioiden (aikuissosiaalityö, päihde- ja mielenterveyspalvelut, vanhuspalvelut) kanssa. Epäselvyys uuden vammaispalvelulain voimaantulosta ja uuden lain sisältö. Esillä ovat olleet myös henkilöstöressurssikyvykset, hoitovelka ja palvelujen yhdenmukaistaminen hyvinvointialueelle siirryttäessä. Uusia toimintoja tai hankkeita ei ole aloitettu, koska on jääty odottamaan hyvinvointialueelle siirtymistä ja mahdollista uutta vammaispalvelulakia.

Tampere: Vuoden 2022 aikana vammaispalveluissa toimi oma työryhmä, joka organisoi tulevan hyvinvointialueen toimintoja. Työryhmän alla toimi useita eri alatyöryhmiä kuten asumisen, kuljetuspalveluiden, asiakasmaksut, vammaissosiaalityön, työ- ja päivätoiminnan sekä vammaispalveluiden kriteerityöryhmä. Alatyöryhmät pohtivat ja valmistelivat erilaisia kokonaisuuksia Pirkanmaan hyvinvointialueen hallituksen ja valtuuston päätettäväksi loppuvuoden 2022 aikana. Kunnista annettiin erilaisia tietoja Pirkanmaan hyvinvointialueelle niin henkilöstön, asiakkaiden kuin ostopalveluidenkin osalta. Näitä tietoja kerättiin monen eri tahon toimesta ja sopimuksen siirtoja tehtiin vuoden 2022 loppuun asti.

Vammaisten lasten aamu- ja iltapäivätoiminnan sekä loma-ajan toiminnan järjestämisestä käytiin vuoden 2022 lopussa useampia keskusteluja kuntien sivistystoimesta vastaavien tahojen kanssa ja näitä keskusteluja on jatkettu vielä 2023 vuoden alussa, jotta palvelut saadaan asiakkaille mahdollisimman sujuvasti järjestymään.

Vammaispalvelulain muutokset puhuttivat ja vaikuttivat valmistelutyöhön 2022 aikana paljon. Valmistelutyötä vaikeutti se, ettei ollut tietoa tuleeko laki voimaan vai ei ja tämän vuoksi jouduttiin miettimään erilaiset kriteerit ja myöntämisperusteet pariinkin otteeseen kuten myös asiakasmaksujen osuus.

Vammaispalveluissa lapsiasiakkaiden palveluiden järjestäminen silloin, kun asiakkaalla on myös lastensuojelun tarvetta, ovat olleet vuoden 2022 teemana erilaisten palaverien ja järjestämismvastuun selkeyttämisen osalta.

1.1.2022 vaikeavammaisten kotihoidon palvelu siirtyi Kotitori-palveluintegraattorin järjestettäväksi. Palveluintegraattorisopimus irtisanottiin elokuussa 2022, minkä takia loppuvuodesta jouduttiin kilpailuttamaan palvelu uudelleen.

Kehitysvammaisten palveluissa on työstetty digitaalisten työvälineiden käyttöä, niin että yksiköstä toiseen voidaan tehdä ja toteuttaa päivätoimintaa ja että siihen voidaan osallistua paikasta riippumatta. Vammaissosiaalityössä on oltu mukana Kehitysvammaisten palvelusäätiön kanssa "Kun Lapsi satuttaa"-hankeessa, jossa on etsitty keinoja tukea kotona asuvien asiakkaiden läheisiä tilanteissa, joissa väkivalta on läsnä tai uhkana, erilaisten vertaisryhmien sekä arjen toimintatapojen ja vammaissosiaalityön työntekijöiden työtä vahvistaen. Mukana oltiin myös Poweria-hankeessa Kehitysvammaisten palvelusäätiön kanssa, jossa monikulttuurisia henkilöitä tuetaan löytämään opiskelu- ja työelämäpolkuja.

Vuoden 2022 alussa vammaissosiaalityössä otettiin käyttöön Kanta-Effica, joka vaikutti työn organisointiin ja päätösten tekoon vahvasti, hidastaen erityisesti alkuvuonna käsitellyitä. Valvontaviranomaisten kanssa tiivistettiin yhteistyötä, siten että vuoden aikana tavattiin neljä kertaa.

Oulu: Vuoden 2022 keskeiset teemat olivat hyvinvointialueelle siirtyminen ja uusi vammaispalvelulaki ja muutokseen valmistautuminen. Henkilöstöressurssien riittävyys ja saataisuus vaikeutti lakisääteistä asiakaspalvelua ja siihen etsittiin ratkaisuja.

Vammaisten ja kehitysvammaisten palveluiden organisoitumista, palveluprosesseja- ja käytäntöjä valmisteltiin vuoden 2022 aikana työryhmässä, jossa oli edustus kaikilta Pohjois-Pohjanmaan alueilta. Työntekijä- ja asiakasmääriä pyrittiin kokoamaan kunnittain. Yksityisten palveluntuottajien palvelut, asiakasmäärät ja sopimukset pyrittiin kokoamaan järjestämistoiminnan puolesta sekä valmisteltiin palvelukriteereitä ja toimintaohjeita. Tietojen kokoamisessa oli jonkin verran haasteita.

Organisaatio vahvistettiin keväällä 2022. Vammaisten toimialue jakaantuu OYS-Konstiin, Yhteisiin palveluihin ja kolmelle alueelle alueellisiin palveluihin, johon kuuluvat Pohteen omat työ- ja päivätoiminnat. Toimialuejohtaja ja palvelualuejohtajat sekä vastuualuepäälliköt valittiin ja he aloittivat osa-aikaisesti Pohteen tehtävissä viimeistään elokuussa 2022. Matkapalvelukeskuksen välitystoiminnan osalta valmisteltiin siirtoa Oulun kaupungin ympäristö- ja yhdyskuntapalveluista vammaispalveluiden toimialueelle. Kunnan toimijoiden kanssa käytiin keskustelua tulevasta toiminnasta ja järjestämismvastuista mm. kehitysvammaisten lasten palveluista.

Vammaispalvelut on ollut mukana Tulevaisuuden sotokeskus- kehittämistyössä. Vammaispalveluiden erityisinä kehittämiskohteina ovat olleet ensiarvotiimi asiakkaiden, erityisesti uusien asiakkaiden palveluohjaukseen, palvelukoordinaatio ja henkilökohtaisen avun keskus. Vammaispalveluiden organisaatioon on perustettu kolme palvelukoordinaattorin virkaa, ensiarvotiimi ja henkilökohtaisen avun keskus. Terveysosiaalityön kanssa on tarkasteltu yhteisiä asiakasprosesseja. Saga-asiakastietojärjestelmän käyttöönoton valmistelu hyvinvointialueelle siirryttäessä aloitettiin vuonna 2022. Saga on otettu käyttöön alkuvuodesta 2023 vain supistetusti.

Vammaispalvelulainsäädäntö uudistuu

Eduskunta hyväksyi uuden vammaispalvelulain maaliskuussa 2023. Lain soveltamisala laajenee eli vammaispalvelujen piiriin kuuluvan väestön osuus oletettavasti kasvaa ja vammaispalvelujen kokonaiskustannukset kasvavat.

Vaikka vammaisten palvelut ovat erityislainsäädännön perusteella myönnettäviä palveluita, ne eivät ole marginaalinen kokonaisuus hyvinvointialueilla etenkin kustannusten näkökulmasta. Hyvinvointialueiden kustannuksista vammaispalvelut muodostavat merkittävän osan. Lainsäädännön muutosten lisäksi vammaispalvelujen kustannuksiin vaikuttaa tuleva vastuunjako vammaispalvelujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kesken sekä hyvinvointialueiden ja kuntien välinen vastuunjako.

2.5 Vanhuspalvelut

2.5.1 Vanhuspalvelujen sisältö ja tehtävät

Vuoden 2022 lopussa kuutoskaupungeissa 65 vuotta täyttäneitä asukkaita oli 326 715, mikä on 10,4 prosenttia enemmän kuin vuonna 2017. Vuonna 2022 korkein 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli Turussa (20,8 %) ja matalin Espoossa (15,1 %). Ikääntyneiden määrä jatkoi kasvuaan kaikissa kuutoskaupungeissa. Vuoteen 2017 verrattuna 65 vuotta täyttäneiden määrän kasvu on ollut nopeinta Oulussa, Espoossa ja Vantaalla. Kuutoskaupunkien tasolla 75 vuotta täyttäneet olivat nopeimmin kasvava vanhusikäryhmä ja osuus kasvoi nopeimmin Espoossa ja Vantaalla. Vantaalla ja Oulussa 85 vuotta täyttäneiden osuus kasvoi nopeimmin. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kuutoskaupunkien väestö ikäryhmittäin 31.12.2022, ikääntyneiden osuus väestöstä sekä väestönmuutos 31.12.2017–31.12.2022

Asukkaat 31.12.2022	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Oulu	Kuusikko
Yhteensä	664 028	305 274	242 819	197 900	249 009	211 848	1 870 878
0–64-vuotiaat	546 869	259 044	204 684	156 690	201 268	175 608	1 544 163
65–74-vuotiaat	61 568	24 860	20 892	20 799	24 677	20 407	173 203
75–84-vuotiaat	41 256	16 454	13 438	14 773	16 823	11 675	114 419
85 vuotta täyttäneet	14 335	4 916	3 805	5 638	6 241	4 158	39 093
Ikääntyneiden asukkaiden osuus kaikista asukkaista 31.12.2022, %							
65 vuotta täyttäneet	17,6	15,1	15,7	20,8	19,2	17,1	17,5
75 vuotta täyttäneet	8,4	7,0	7,1	10,3	9,3	7,5	8,2
85 vuotta täyttäneet	2,2	1,6	1,6	2,8	2,5	2,0	2,1
Ikääntyneiden asukkaiden määrän muutos 31.12.2017–31.12.2022, N							
65 vuotta täyttäneet	8 791	5 898	4 215	2 368	4 117	5 341	30 730
75 vuotta täyttäneet	10 355	5 898	4 512	3 176	3 891	3 203	31 035
85 vuotta täyttäneet	791	971	901	43	492	766	3 964
Ikääntyneiden asukkaiden määrän muutos 31.12.2017–31.12.2022, %							
65 vuotta täyttäneet	8,1	14,6	12,4	6,1	9,4	17,3	10,4
75 vuotta täyttäneet	22,9	38,1	35,4	18,4	20,3	25,4	25,3
85 vuotta täyttäneet	5,8	24,6	31,0	0,8	8,6	22,6	11,3

Kuusikko-raporteissa on käsitelty kunnan tuottamia ja järjestämiä vanhusten sosiaali- ja terveystalvueluja kuutoskaupungeissa. Raporteissa on tarkasteltu 65 vuotta täyttäneiden kotihoidon, osavuorokautisen hoidon, omaishoidon tuen, keskiraskaan ja tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoiton, perusterveydenhuollon avohoidon, terveyskeskussairaalan, kotisairaalan, suun terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon käyttöä ja kustannuksia. Palvelut on ryhmitelty vanhusten avopalveluihin (kotihoito, omaishoidontuki ja keskiraskas palveluasuminen), ympärivuorokautisiin hoivapalveluihin (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa) ja terveydenhuollon palveluihin (terveyskeskuksen lyhytaikainen vuodeosastohoito, perusterveydenhuollon avohoito, erikoissairaanhoido).

Tietoja on tarkasteltu ikäryhmissä 65–74-vuotiaat, 75–84-vuotiaat sekä 65 vuotta, 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneet. 65 vuotta täyttäneiden käyttämistä palveluista on esitetty yhteenveto, ja pääpaino raporteissa on ollut 75 ja 85 vuotta täyttäneiden palvelurakenteen ja asukaskohtaisten kustannusten tarkastelussa. Tässä koosteraportissa kuutoskaupunkien palvelurakenteita ja niiden muutoksia tarkastellaan keskeisten ikääntyneiden palveluiden osalta. Kotihoidon, tehostetun palveluasumisen, omaishoidontuen ja laitoshoidon peittä-

vyyttä 75 ja 85 vuotta täyttäneiden keskuudessa tarkastellaan vuosina 2006–2022. Ikään-
tyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksia tarkastellaan 75 ja 85 vuotta täyttänei-
den kokonaiskustannusten ja asukaskohtaisten kustannusten osalta vuosina 2011–2021.

Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjiä 65–74-vuotiaissa on vielä vähän. Talvelujen käyttö
kasvaa sitä mukaa mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse. Talvelujen peittävyys 65 vuotta
täyttäneiden keskuudessa on laskenut viimeisen viiden vuoden aikana. Samaan aikaan
myös väestöön suhteutetut kustannukset ovat laskeneet. Selitystä talvelujen peittävyden
alenemiseen voidaan hakea muun muassa ikääntyneiden toimintakyvyn kohentumisesta ja
omassa kodissa asumisen edellytysten parantumisesta (Sainio & Koskinen 2018; Sihvonen
ym. 2013; Holstila ym. 2012). Väestön hyvinvointiin vaikuttavat useat eri ulottuvuudet, ku-
ten koulutus- ja tulotaso sekä erot alueellisessa sairastavuudessa.

Vaikka vanhuspalvelujen piirissä olevien osuus on vähentynyt, asiakasmäärä on kuitenkin
viime vuosina kasvanut. Vuosina 2020 ja 2021 koronapandemiasta johtuen asiakasmäärä
kuitenkin poikkeuksellisesti laski. Vuonna 2021 kuutoskaupungeissa oli yli 65 vuotiaista
vanhuspalvelujen piirissä 1 575 asiakasta vähemmän kuin vuonna 2017 ja talvelujen peit-
tävyys laski 4,1 prosenttia vuosina 2017–2021.

Kasvava vanhusväestö lisää painetta resurssien tehokkaaseen ja vaikuttavaan kohdentami-
seen. Useimmissa kuutoskaupungeissa palvelurakennemuutokset ovat kohdistuneet sosi-
aalihuoltolain mukaisen laitoshoidon supistamiseen ja avopalvelujen lisäämiseen sekä uu-
sien palvelumuotojen ja etäpalvelujen kehittämiseen. Kuutoskaupunkien vanhuspalvelujen
haasteet kietoutuvat jatkossakin palvelurakenteessa ja palveluissa tehtävään kehitystyö-
hön.

2.5.1 Aikasarjoja vanhuspalveluista

Vanhuspalvelujen asiakkaat

Kuutoskaupungeissa palvelurakenteiden kehittäminen valtakunnallisten tavoitteiden suuntaisesti näkyy asiakasmäärissä. Avohoidon ja erityisesti kotihoidon asiakasmäärä on kasvanut etenkin vanhemmissa ikäryhmissä, mutta peittävyys on laskenut. Samaan aikaan laitoshoidon määrä on merkittävästi supistunut ja omassa kodissa asutaan entistä kauemmin.

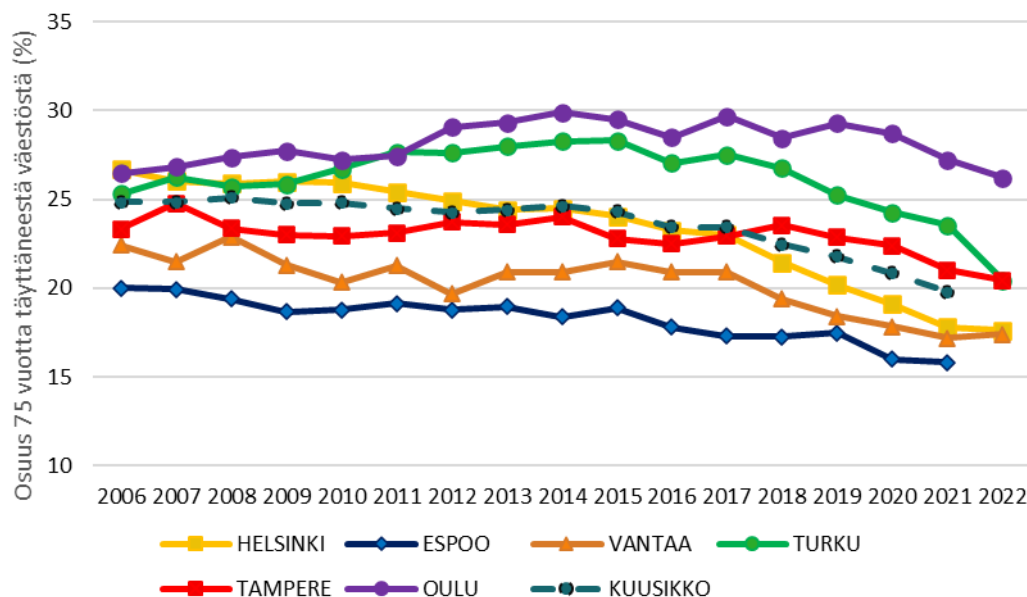
Kuutoskaupunkien palvelurakenteita ja niiden muutoksia tarkastellaan seuraavassa keskeisten ikääntyneiden palveluiden osalta. Kotihoidon ja keskiraskaan palveluasumisen, tehostetun palveluasumisen, omaishoidon tuen ja laitoshoidon peittävyttä 75 ja 85 vuotta täyttäneiden osalta kuvataan vuosina 2006–2022. Espoosta vuoden 2022 tilastotietoja ei ole käytettävissä hyvinvointialueen aloittamiseen liittyvistä haasteista johtuen.

Kuntien välistä vertailukelpoisuutta on lisätty 75 vuotta täyttäneiden tietojen ikävakiointilla. Vakioinnin taustalla oleva periaate on seuraava: koska iäkkäämmät tarvitsevat yleensä enemmän palveluja kuin nuoremmat, palvelujen käyttöä ja kustannuksia tarkastellaan tilanteessa, jossa kuntien vanhusväestöllä on laskennallisesti sama ikärakenne. Ikävakiointi nostaa palvelujen peittävyttä sekä kustannuksia kunnissa, joissa vanhusväestön keskinäinen ikärakenne on keskiarvoa nuorempi. Tällaisia kuntia ovat Espoo, Vantaa, Tampere ja Oulu. Helsingissä ja Turussa palvelujen peittävyys ja kustannukset sen sijaan laskevat ikävakiointin myötä.

75 vuotta täyttäneet asiakkaat

Vanhuspalvelujen peittävyys 75 vuotta täyttäneiden osalta on laskenut vuoteen 2006 verrattuna kuutoskaupungeissa. Raportoitujen vuoden 2022 tietojen mukaan vanhuspalvelujen peittävyys 75 vuotta täyttäneiden osalta vaihteli Vantaan 17,4 prosentin ja Oulun 26,2 prosentin välillä. Peittävyys on laskenut Helsingissä 9,1 prosenttiyksikköä, Vantaalla 5,0 prosenttiyksikköä, Turussa 4,9 prosenttiyksikköä, Tampereella 2,9 prosenttiyksikköä ja Oulussa 0,2 prosenttiyksikköä vuosina 2006–2022. (Kuvio 28a.).

Kuvio 28a. Vanhusten palvelujen (laitoshoito, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneiden ikävakioitu osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006-2022



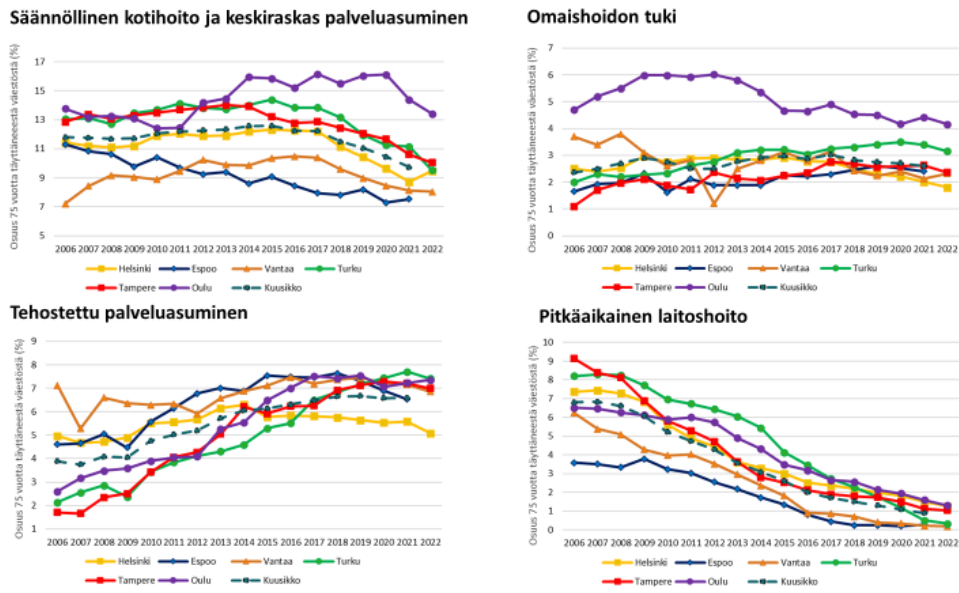
Kuviosta 28b. nähdään, että vuonna 2022 raportoitu säännöllisen kotihoidon ja keskiraskaan palveluasuminen peittävyys yli 75-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Vantaan 8,0 prosentin ja Oulun 13,4 prosentin välillä. Vuodesta 2006 säännöllisen kotihoidon ja keskiraskaan palveluasuminen peittävyys on Vantaata lukuun ottamatta laskenut kuutoskaupungeissa. Säännöllisen kotihoidon ja keskiraskaan palveluasuminen peittävyys on vuosina 2006–2022 laskenut Turussa 3,5 prosenttiyksikköä, Tampereella 2,8 prosenttiyksikköä, Helsingissä 2,0 prosenttiyksikköä ja Oulussa 0,4 prosenttiyksikköä ja noussut Vantaalla 0,8 prosenttiyksikköä.

Omaishoidon tuen peittävyys vuonna 2022 yli 75-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Helsingin 1,8 prosentin ja Oulun 4,2 prosentin välillä. Vuodesta 2006 peittävydessä ei ole tapahtunut isoja muutoksia kuutoskaupungeissa. Vuosina 2006–2022 omaishoidon tuen peittävyys on laskenut Vantaalla 1,4 prosenttiyksikköä, Helsingissä 0,7 prosenttiyksikköä ja Oulussa 0,5 prosenttiyksikköä ja noussut Tampereella 1,3 prosenttiyksikköä ja Turussa 1,2 prosenttiyksikköä.

Tehostetun palveluasuminen peittävyys vuonna 2022 yli 75-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Helsingin 5,1 prosentin ja Oulun sekä Turun 7,4 prosentin välillä. Vuodesta 2006 peittävyys on kasvanut kuutoskaupungeissa. Vuosina 2006–2022 tehostetun palveluasuminen peittävyys on kasvanut Tampereella 5,3 prosenttiyksikköä, Turussa 5,3 prosenttiyksikköä, Oulussa 4,8 prosenttiyksikköä ja Helsingissä 0,1 prosenttiyksikköä ja laskenut Vantaalla 0,3 prosenttiyksikköä.

Pitkäaikaisen laitoshoidon peittävyys vuonna 2022 yli 75-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Vantaan 0,2 prosentin ja Oulun 1,3 prosentin välillä. Vuodesta 2006 laitoshoidon peittävyys on laskenut kaikissa kuutoskaupungeissa. Vuosina 2006–2022 peittävyys on laskenut Tampereella 8,1 prosenttiyksikköä, Turussa 7,9 prosenttiyksikköä, Helsingissä 6,1 prosenttiyksikköä, Vantaalla 6,0 prosenttiyksikköä ja Oulussa 5,2 prosenttiyksikköä.

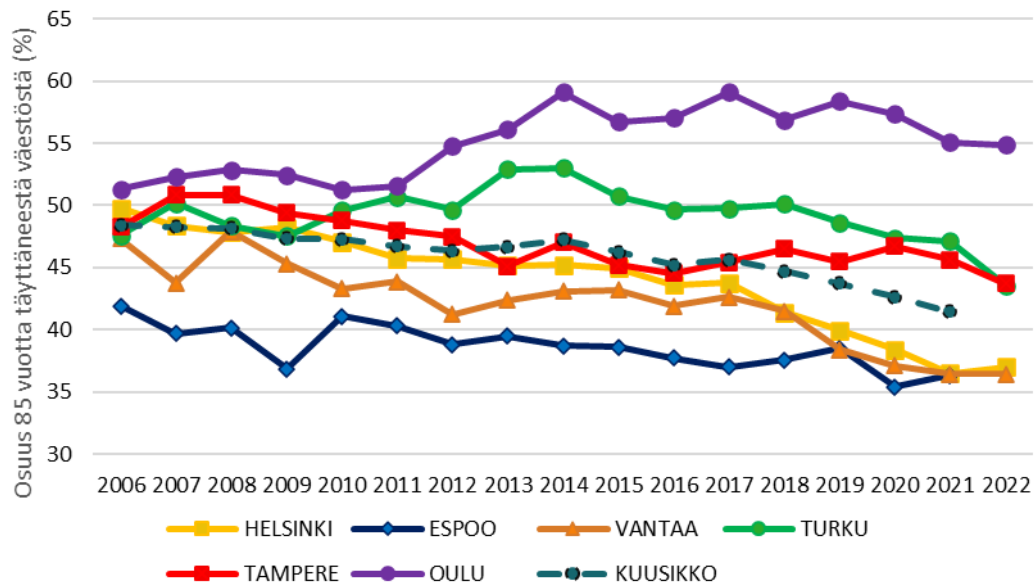
Kuvio 28b. Vanhusten palvelujen (laitoshiito, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneiden ikävakioitu osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022



85 vuotta täyttäneet asiakkaat

Vanhuspalvelujen peittävyys 85 vuotta täyttäneiden osalta on laskenut vuoteen 2006 verrattuna kuutoskaupungeissa Oulua lukuun ottamatta. Raportoitujen vuoden 2022 tietojen mukaan vanhuspalvelujen peittävyys 75 vuotta täyttäneiden osalta vaihteli Vantaan 36,5 prosentin ja Oulun 54,9 prosentin välillä. Peittävyys on vuosina 2006–2022 laskenut Helsingissä 12,7 prosenttiyksikköä, Vantaalla 10,9 prosenttiyksikköä, Tampereella 4,6 prosenttiyksikköä ja Turussa 4,0 prosenttiyksikköä ja kasvanut Oulussa 3,6 prosenttiyksikköä. (Kuvio 29a.).

Kuvio 29a. Vanhusten palvelujen (laitoshiito, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 85 vuotta täyttäneiden osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022



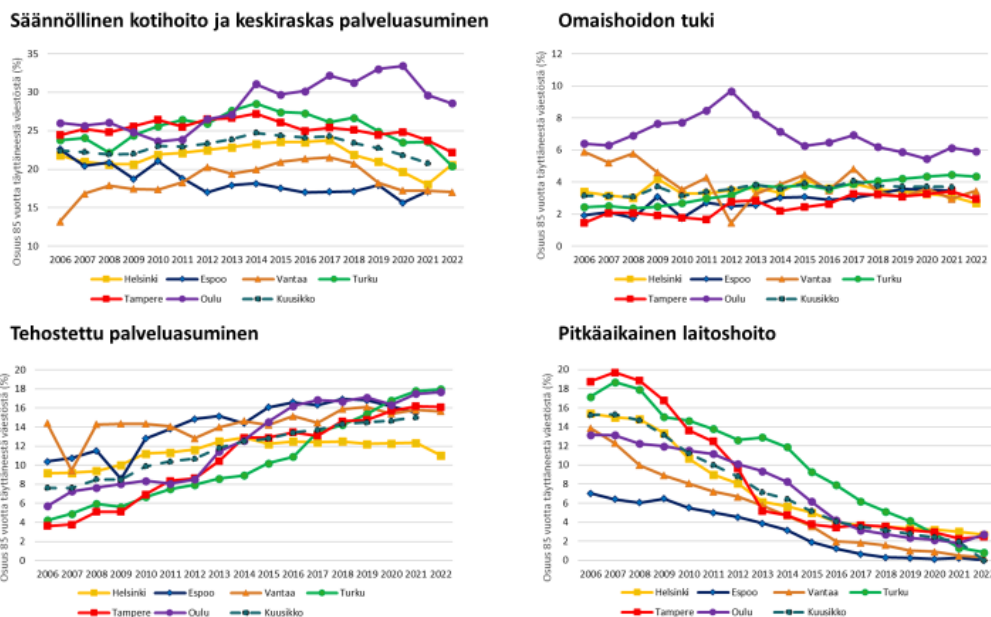
Kuviosta 29b. nähdään, että vuonna 2022 raportoitu säännöllisen kotihoidon ja keskiraskaan palveluasumisen peittävyys yli 85-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Vantaan 17,0 prosentin ja Oulun 28,6 prosentin välillä. Vuodesta 2006 säännöllisen kotihoidon ja keskiraskaan palveluasumisen peittävyys on laskenut kuutoskaupungeissa Oulua ja Vantaata lukuun ottamatta. Säännöllisen kotihoidon ja keskiraskaan palveluasumisen peittävyys on vuosina 2006–2022 laskenut Turussa 3,4 prosenttiyksikköä, Tampereella 2,3 prosenttiyksikköä, Helsingissä 1,2 prosenttiyksikköä ja noussut Vantaalla 3,8 prosenttiyksikköä ja Oulussa 2,5 prosenttiyksikköä.

Omaishoidon tuen peittävyys vuonna 2022 yli 85-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Helsingin 2,7 prosentin ja Oulun 5,9 prosentin välillä. Omaishoidon tuen peittävyden kehityksessä vuodesta 2006 on ollut eroja kuutoskaupunkien välillä. Vuosina 2006–2022 omaishoidon tuen peittävyys on laskenut Vantaalla 2,4 prosenttiyksikköä, Helsingissä 0,7 prosenttiyksikköä ja Oulussa 0,5 prosenttiyksikköä ja noussut Turussa 1,9 prosenttiyksikköä ja Tampereella 1,5 prosenttiyksikköä.

Tehostetun palveluasumisen peittävyys vuonna 2022 yli 85-vuotiaan väestön keskuudessa vaihteli Helsingin 11,0 prosentin ja Turun 18,0 prosentin välillä. Vuodesta 2006 peittävyys on kasvanut kuutoskaupungeissa. Vuosina 2006–2022 tehostetun palveluasumisen peittävyys on kasvanut Turussa 13,8 prosenttiyksikköä, Tampereella 12,5 prosenttiyksikköä, Oulussa 12,0 prosenttiyksikköä, Helsingissä 1,9 prosenttiyksikköä ja Vantaalla 1,3 prosenttiyksikköä.

Pitkäaikaisen laitoshoidon peittävyys yli 85-vuotiaan väestön keskuudessa kuutoskaupungeissa vuonna 2022 vaihteli Vantaan 0,3 prosentin ja Helsingin sekä Oulun 2,7 prosentin välillä. Vuodesta 2006 laitoshoidon peittävyys on laskenut kuutoskaupungeissa. Vuosina 2006–2022 laitoshoidon peittävyys on laskenut Tampereella 16,3 prosenttiyksikköä, Turussa 16,3 prosenttiyksikköä, Vantaalla 13,6 prosenttiyksikköä, Helsingissä 12,7 prosenttiyksikköä ja Oulussa 10,5 prosenttiyksikköä.

Kuvio 29b. Vanhusten palvelujen (laitoshoido, tehostettu palveluasuminen, säännöllinen kotihoito, keskiraskas palveluasuminen ja omaishoidon tuki) piirissä olleiden 85 vuotta täyttäneiden osuus (%) vastaavan ikäisistä kuutoskaupungeissa 2006–2022



Vanhuspalvelujen kustannukset

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista 75 vuotta täyttäneiden kustannukset muodostivat 72,9 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneiden kustannukset 35,4 prosenttia vuonna 2021. Seuraavassa tarkastellaan 75 ja 85 vuotta täyttäneiden kokonaiskustannusten ja asukaskohtaisten kustannusten kehitystä kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021. Kuntien välistä vertailukelpoisuutta on lisätty 75 vuotta täyttäneiden tietojen ikävakioidulla ja tietojen ajallisen vertailukelpoisuuden parantamiseksi aiempien vuosien kustannukset on korotettu vuoden 2021 rahan arvoon käyttämällä julkisten menojen hintaindeksiä sosiaali- ja terveystoimelle (SVT 2021a).

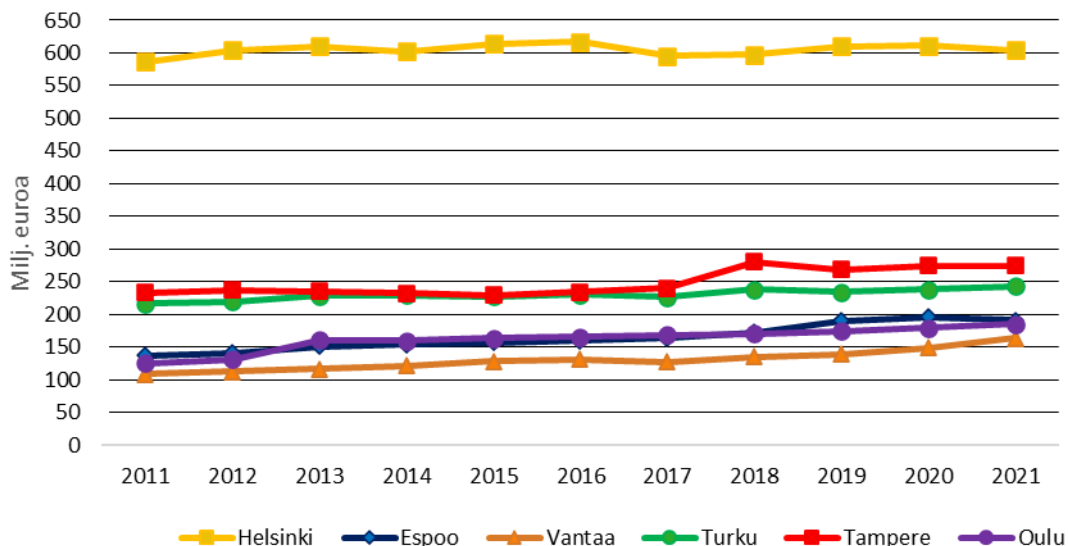
Palvelujen kustannusrakenteen muutokset ovat noudattaneet palvelurakenteen muutoksia – avopalvelujen ja tehostetun palveluasumisen palvelujen osuus kustannuksista on viime vuosina kasvanut. Erikoissairaanhoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannukset 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osalta ovat kasvaneet suhteellisesti eniten ja muodostavat puolet kaikista yli 75-vuotiaiden palvelujen kustannuksista. Tämä nostaa erikoissairaanhoidon ja laskee perusterveydenhuollon osuutta kustannuksista.

75 vuotta täyttäneiden kustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannukset 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osalta olivat kuutoskaupungeissa 1,7 miljardia euroa vuonna 2021. Kuviossa 30. on esitetty 75 vuotta täyttäneiden deflatoitujen kokonaiskustannusten kehitys vuosina 2011–2021. Kokonaiskustannukset ovat nousseet kaikissa kuutoskaupungeissa.

Kuvio 30. 75 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021

Huom! Vuoden 2020 kustannukset sisältävät koronakustannukset, mutta vuoden 2021 kustannukset eivät sisällä.



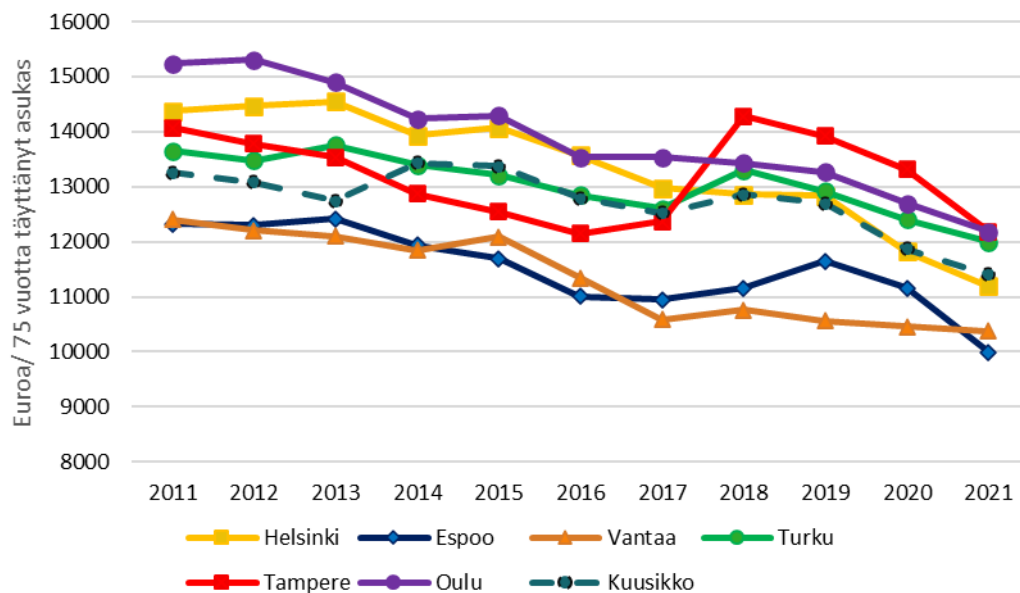
Kuviossa 31. on esitetty 75 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen ikävakioidut kustannukset asukasta kohti kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021. Vuonna 2021 asukasta kohti lasketut kustannukset kuutoskaupungeissa olivat 11 406 euroa. Asukaskohtaiset kustannukset olivat matalimmat Espoossa (9 991 €) ja korkeimmat Tampereella

(12 189 €). Vastaavan ikäistä asukasta kohti suhteutetut kustannukset ovat laskeneet kaikissa kuutoskaupungeissa vuodesta 2011. Kuutoskaupunkien tasolla kustannukset laskivat 13,9 prosenttia vuosina 2011–2021. Eniten kustannukset laskivat Helsingissä (-22,1 %) ja vähiten Turussa (-12,0 %).

Vuonna 2021 lyhytaikaisen terveydenhuollon osuus väestöön suhteutetuista kustannuksista vaihteli kuutoskaupungeissa 41,6–52,3 prosentin välillä, ympärivuorokautisen hoidon osuus 30,7–37,9 prosentin välillä ja avohuollon osuus 13,7–23,1 prosentin välillä. Kuutoskaupunkien tasolla 75 vuotta täyttäneiden kustannuksista 44,8 prosenttia muodostui terveydenhuollon lyhytaikaisista palveluista, 34,3 prosenttia ympärivuorokautisen hoidon palveluista, ja 20,9 prosenttia avohuollon palveluista.

Kuvio 31. 75 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut ikävakioidut kustannukset asukasta kohti kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021.

Huom! Vuoden 2020 kustannukset sisältävät koronakustannukset, mutta vuoden 2021 kustannukset eivät sisällä

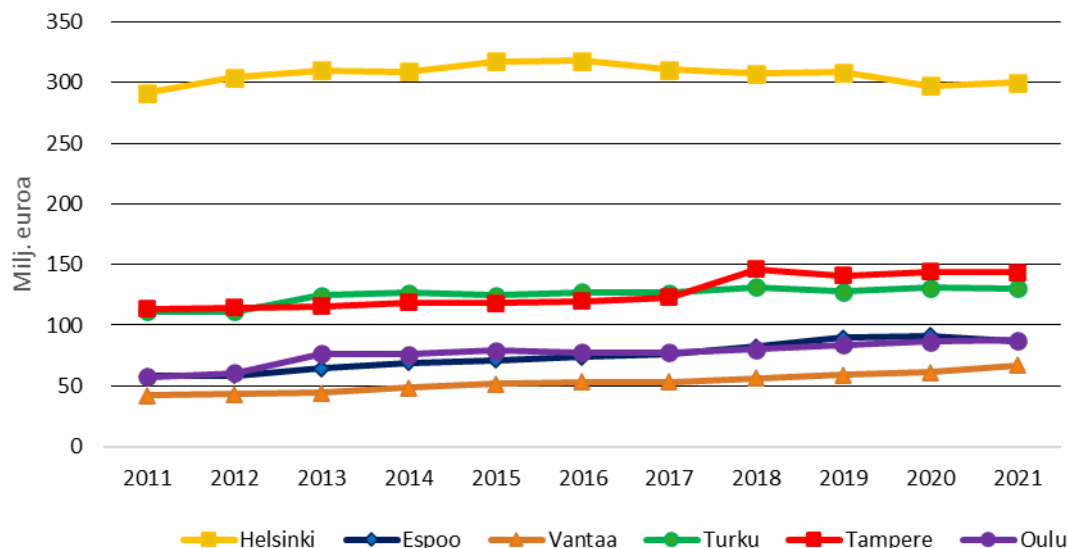


85 vuotta täyttäneiden kustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannukset 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osalta olivat kuutoskaupungeissa noin 816 miljoonaa euroa vuonna 2021. Kuviossa 32. on esitetty 85 vuotta täyttäneiden deflatoitujen kokonaiskustannusten kehitys vuosina 2011–2021. Kokonaiskustannukset ovat nousseet kaikissa kuutoskaupungeissa.

Kuvio 32. 85 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen deflatoidut kokonaiskustannukset kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021

Huom! Vuoden 2020 kustannukset sisältävät koronakustannukset, mutta vuoden 2021 kustannukset eivät sisällä.

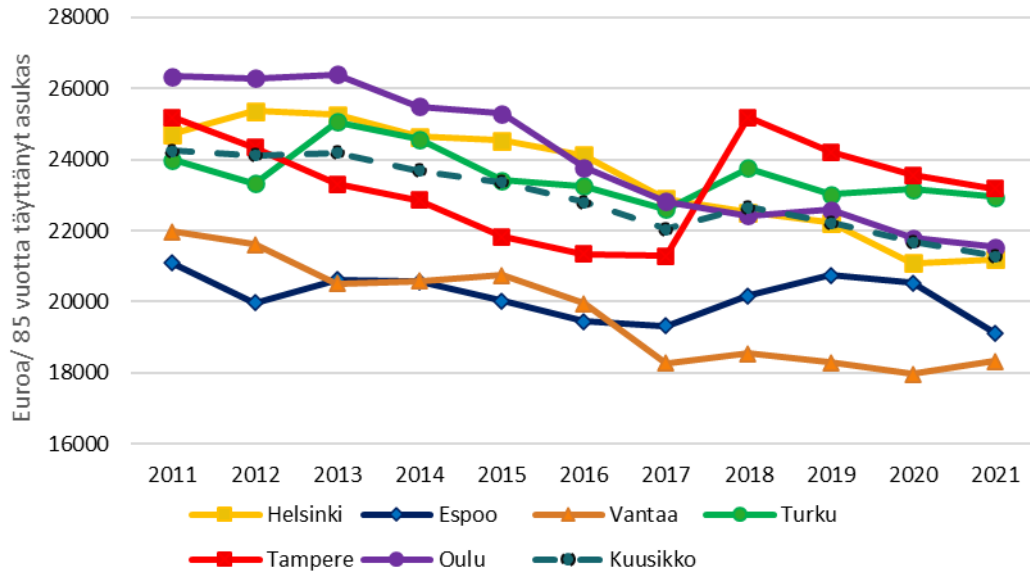


Kuviossa 33. on esitetty 85 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen ikävakioidut kustannukset asukasta kohti kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021. Vuonna 2021 asukasta kohti lasketut kustannukset kuutoskaupungeissa olivat 21 287 euroa. Asukaskohtaiset kustannukset olivat matalimmat Vantaalla (18 329 €) ja korkeimmat Tampereella (23 179 €). Vastaavan ikäistä asukasta kohti suhteutetut kustannukset ovat laskeneet kaikissa kuutoskaupungeissa vuodesta 2011. Kuutoskaupunkien tasolla kustannukset laskivat 12,2 prosenttia vuosina 2011–2021. Eniten kustannukset laskivat Oulussa (-18,2 %) ja vähiten Turussa (-4,3 %).

Vuonna 2021 lyhytaikaisen terveydenhuollon osuus väestöön suhteutetuista kustannuksista vaihteli kuutoskaupungeissa 41,6–52,3 prosentin välillä, ympärivuorokautisen hoidon osuus 30,7–37,9 prosentin välillä ja avohuollon osuus 13,7–23,1 prosentin välillä. Kuutoskaupunkien tasolla 85 vuotta täyttäneiden kustannuksista 41,9 prosenttia muodostui ympärivuorokautisen hoidon palveluista, 33,8 prosenttia terveydenhuollon lyhytaikaisista palveluista ja 24,3 prosenttia avohuollon palveluista.

Kuvio 33. 85 vuotta täyttäneiden käyttämien sosiaali- ja terveysten palvelujen deflatoidut kustannukset asukasta kohti kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021.

Huom! Vuoden 2020 kustannukset sisältävät koronakustannukset, mutta vuoden 2021 kustannukset eivät sisällä



2.5.1 Ajankohtaiset teemat hyvinvointialueelle siirryttäessä

Vanhuspalvelujen järjestämiseen ovat vaikuttaneet ja tulevat vaikuttamaan useat ajankohdalliset hankkeet, tavoiteohjelmat, suositukset ja lakimuutokset. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama (STM 927/2019) iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmä on hallituksen linjauksen mukaan valmistellut iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamisen kahdessa vaiheessa. Uudistustyön ensimmäisessä vaiheessa toteutetun säädösmuutoksen mukaan henkilöstömitoituksesta iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa säädetään jatkossa 1.10.2020 voimaan tulleessa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluita annetun lain muuttamista koskevassa laissa (565/2020). Henkilöstömitoitus on siirtymäajan jälkeen vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti. Vanhuspalvelulakiin on lisätty myös säännökset iäkkään henkilön toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa käytettävästä RAI-arviointivälineistöstä (Resident Assessment Instrument). Kuntien on aloitettava/aloittaneet RAI-järjestelmän käyttö viimeistään 1.4.2023. Välineistö on jo nyt laajalti kuntien ja palveluntuottajien käytössä. Lisäksi työryhmä valmisteli uudistetun iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen sekä teki ehdotuksen poikkihallinnollisen ikäohjelman jatkovalmistelusta. Uudistustyön toisessa vaiheessa työryhmä keskittyi monimuotoisen asumisen ja palvelujen kehittämiseen, kotiin annettavien palvelujen riittävyyden ja laadun parantamiseen sekä palvelujen seurannan tehostamiseen. (STM, 2020).

Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksella pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle. Suomen väestö ikääntyy ja tarvitsee aiempaa enemmän palveluja. Samaan aikaan työikäisen väestön määrä vähenee, syntyvyys laskee ja huoltosuhde heikkenee. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa vuosille 2023–2026 vanhuspalvelujen osalta tärkeää on palvelujen järjestäminen yhdenvertaisesti ja laissa säädetyt oikeudet turvaten, perustason palvelujen toimintavarmuuden vahvistuminen ja integraation lisääntyminen, osaavan henkilöstön saannin turvaaminen ja vahvistaminen, kustannusten kasvun hidastaminen suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja painotuksen siirtyminen ennaltaehkäisevään työhön. (STM 2022).

Palvelujen yhdenvertaisen järjestämisen toteutumista seurataan mm. perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusajan, RAI-arvioitujen 75 vuotta täyttäneen väestöosuuden sekä erikoissairaanhoidon odotusajan osalta. Perustason palvelujen toimintavarmuuden vahvistumisen ja integraation lisääntymisen arvioinnissa tärkeää vanhuspalvelujen osalta on avohoidon keinoin vältettävissä olevien, päivystyksellisesti alkaneiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaalahoitojaksojen, päivystyksenä alkaneiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden sairaalajaksojen seuranta sekä sosiaalipalveluita käyttäneiden kokemukset palvelun sujuvuudesta. Osaavan henkilöstön saannin turvaamisen ja vahvistamisen osalta toteutumista arvioidaan mm. henkilöstömitoituksen toteutumisella iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Kustannusten kasvun hidastumista suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja painotuksen siirtymistä ennaltaehkäisevään työhön arvioidaan ennaltaehkäisevien palvelujen osuudella kokonaiskustannuksista. (STM 2022).

Perusterveydenhuollon vastaanottomäärät romahtivat vuonna 2020 koronapandemian vuoksi. Palvelu- ja hoitovelkaa syntyi erityisesti kroonisten tautien hoitamisessa ja palveluissa, joihin liittyi eniten rajoituksia. Erityisesti suun terveydenhuollossa on pitkäaikaista hoitovelkaa. Erikoissairaanhoidossa palvelu- ja hoitovelkaa on syntynyt vain osalle erikoisaloista ja kiireetön hoito on kärsinyt vaihtelevasti. Ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten

henkilöiden yksinäisyys on lisääntynyt muuta väestöä enemmän. Siirtyminen etäpalveluihin heikensi varsinkin vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien palvelujen saamista sekä asiointia. Ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden osuus pienentyi. Ympärivuorokautisen hoivan palvelujen saatavuus on heikentynyt monilla alueilla ja jonot hoivapalveluihin pidentyneet. Tämän myötä kotona asuvien asiakkaiden toimintakyky on heikentynyt. (STM 2022).

Koronapandemiaan liittyvät rajoitukset ja toimintojen sulut ovat vaikuttaneet vanhusten palvelujen asiakasmääriin, suoritteisiin ja kustannuksiin. Koronapandemian aikana osaa palveluista supistettiin ja osaa laajennettiin tai otettiin käyttöön uusia palveluita. Koronapandemian pidemmän aikavälin vaikutuksia vanhusten palveluissa on vaikea arvioida ja esimerkiksi kustannusvaikutusten osalta palveluiden suluista aiheutunutta viiveellä esiin tulevaa palveluvelkaa on vaikea ennakoida. Yksi koronapandemian pysyvä vaikutus vanhusten palvelujen järjestämisessä on etäyhteyksien sekä sähköisten palvelujen käytön laajentuminen, jotka ovat käytössä myös jatkossa.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön saatavuushaasteet ovat kasvaneet. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta on merkittävä työvoimapula, joka koskee sekä perus- että erityistason palveluja. Henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain ja ammattiryhmittäin. Koronapandemia kuormitti merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa. Tämä näkyi erityisesti henkilökunnan riittävyys- ja jaksamishaasteina. Työvoiman saatavuutta on pyritty turvaamaan monilla eri keinoilla, joista monet tähtäävät alan houkuttelevuuden ja työolojen parantamiseen. Henkilöstön veto- ja pitovoiman ylläpitäminen sekä vahvistaminen on kasvava haaste hyvinvointialueille. Tarve tiivistää yhteistyötä järjestötoimijoiden ja palveluntuottajien kanssa on myös tunnistettu. (STM 2022).

Hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautuminen, ajankohtaiset teemat ja kehitystyö kutoskaupunkien vanhustalpalveluissa vuonna 2022

Helsinki: Helsingissä sote-uudistus tarkoittaa sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen yhdistymistä uudeksi sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialaksi, joka on järjestämisvas- tuussa näistä palveluista.

Hyvinvointialueita johdetaan hyvinvointialuestrategioiden mukaisesti. Helsingissä hyvinvointialuestrategian korvaa kaupunkistrategia 2021–2025. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä edellyttää palvelustrategiaa ja se on laadittu vuonna 2022 Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialalle. Palvelustrategia ohjaa toimialan taloutta ja toimintaa ja siinä asetetaan tavoitteita palvelujen järjestämiselle. Lisäksi sote-uudistus velvoittaa Helsingin kaupungin eriyttämään sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen talouden muusta kaupungin taloudesta.

Helsingin kaupungin, Uudenmaan hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän tulee laatia järjestämissopimus sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudella- maalla. Järjestämissopimuksessa osapuolet sopivat keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta siten, että asiakkaiden oikeus yhden- vertaiseen hoitoon kotipaikkakunnasta riippumatta toteutuu. Sopimus tulee voimaan vuonna 2023.

Koronapandemiasta palautumisen edistäminen ja hoito- ja palveluvelan purkaminen olivat esillä vuonna 2022. Tavoitteena on ollut, että palvelut palautuvat vähintään pandemiaa edeltävälle tasolle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) toimenpiteitä suunnattiin myös senioripalveluihin.

Henkilöstön saatavuuden haasteet näkyivät myös vanhuspalveluissa, henkilöstön saatavuuden ja vetovoiman parantamiseksi tehtiin useita toimenpiteitä.

Helsinki on saanut Sosiaali- ja terveysministeriöltä 2,69 miljoonaa euroa valtionavustusta tulevaisuuden kotona asumista tukevien palvelujen kehittämiseen vuosille 2022–2023. Kotona asumista tukevia palveluja kehitetään kustannustietoisen kotihoidon KUSTI-hankkeessa. Seniorikeskuksissa laadittiin toimintasuunnitelmaa vuosille 2023–2025. Omaishoidon kehittäminen tapahtuu uuden hankkeen avulla, jossa tavoitteena on omaishoitoperheen turvallinen ja toimiva arki.

Espoo: Espoossa, osana Länsi-Uudenmaan hyvinvointialuetta, vuoden 2022 aikana valmistaututtiin kymmenen kunnan järjestämien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittamiseen. HUS-yhtymän kanssa tehtiin järjestämissopimus (muista hyvinvointialueista poiketen Uudellamaalla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraatio ei toteutunut samalla tavalla kuin muilla hyvinvointialueilla). Vuoden aikana vanhusten palveluista tehtiin mm. lukuisia selvityksiä palvelutuotannosta sekä luotiin hyvinvointialuetasoiset palvelukuvaukset, asiakasmaksut ja asiakkaaksi tulon prosessit. Palvelutuotanto siirtyi kunnilta hyvinvointialueelle suurelta osin ”as is -periaatteella”, mutta myös organisatorisia muutoksia valmisteltiin kaikilla palvelualueilla. Vanhusten palveluissa suurimmat toiminnalliset muutokset kohdistuivat vuoden vaihteessa Seniorineuvonta ja palveluohjausyksikkö Nestoriin, jossa valmistaututtiin hyvinvointialueen Seniori-infon keskittämiseen kahden puhelinnumeron taakse. Loppuvuodesta Espoon vanhusten palveluissa keskityttiin turvallisen siirtymän varmistamiseen.

Hyvinvointialueen valmistelun lisäksi vuoden 2022 erityispiirteinä olivat henkilöstön saatavuuden haasteet sekä koronapandemian hoito. Henkilöstön saatavuuden haasteet koskettivat niin kotihoitoa, sairaalaa kuin pitkäaikaishoitoa ja vaikuttivat laajasti vanhusten palveluiden asiakasvirtaukseen. Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi pystyttiin toteuttamaan pääsääntöisesti lakisääteisessä ajassa, mutta kotihoidon käyntejä jouduttiin ajoittain lyhentämään, siirtämään tai perumaan, mikä käänsi kotihoidon käyntien määrän laskuun edellisvuoteen verrattuna. Henkilöstöpuutteiden vuoksi Espoon sairaalan paikkoja jouduttiin sulkemaan, joita korvattiin Kaunialasta ostetuilla paikoilla. Asiakkaita jouduttiin hoitamaan osin epätarkoituksenmukaisessa paikassa, koska kotikuntoutuksen vastaanottokyky ei aina yltänyt sairaalasta kotituttavien määrän vastaanottamiseen ja pitkäaikaishoidossa ei ollut riittävästi paikkoja käytettävissä tarpeeseen nähden. Tämä taas johti päivystyksestä tai erikoissairaanhoidosta siirtyvien potilaiden heikentyneeseen vastaanottokykyyn Espoon sairaalassa.

Koronapandemia vaikutti edelleen monella tavalla vanhusten palveluiden toimintaan. Seniorineuvonta ja palveluohjuksesta (Nestori) neuvottiin kuntalaisia koronarokotusasioissa. Vanhusten päivätoimintaa ja palvelukeskuksia päästiin avaamaan maaliskuussa. Koronaa sairastavia asiakkaita ja potilaita hoidettiin vuoden aikana kotihoidossa, pitkäaikaishoidossa ja sairaalassa. Sairaalassa hoidettavien koronapotilaiden määrä oli vuoden alkupuolella siihenastisen korona-ajan korkein ja maaliskokuussa osaa espoolaisista potilaista hoidettiin Herttoniemen sairaalassa. Sairaalan, pitkäaikaishoidon ja kotihoidon asiakkaat

saivat keväällä 4. koronarokotteet ja loppuvuodesta 5. rokotteet. Korona aiheutti edelleen myös jonkin verran henkilöstön poissaoloja.

Espoossa kehitystyö keskittyi hyvinvointialuevalmisteluun ja muita suurempia kehityshankkeita ei vuoden 2022 aikana ollut tarkoituksenmukaista tehdä. Pääpaino jatkuvassa kehittämisesä oli henkilöstön veto- ja pitovoimaa parantavissa toimenpiteissä sekä Taloudellisesti kestävä Espoo (Take) -tuottavuustoimenpiteissä. Henkilöstön vetovoimaan liittyvät toimenpiteet liittyivät mm. rekrytointivideoiden tuottamiseen, somekanavissa toteutettuihin rekrytointikampanjoihin, oppilaitosten kanssa tehtävän yhteistyön kehittämiseen sekä rekrytoinneissa käytettävien erilaisten lisien ja mallien hyödyntämiseen. Pitovoimaa parannettiin kertaluontoisella tehtävällisellä pysyvälle henkilöstölle. Take-toimenpiteinä toteutettiin mm. etäkotihoiton lisääminen, pitkäaikaishoidon asukkaiden ateriakustannusten alentaminen (laadusta tinkimättä) sekä sairaalan sopimusten arvioinnin myötä tehdyt Espoolle edullisemmat sopimusmuutokset.

Vantaa: Fuusiorhyvät aloittivat työskentelyn keväällä 2022. Meneillään olevia kehittämistoimenpiteitä linkitettiin hyvinvointialuevalmisteluun ja niihin osallistettiin Vantaan ja Keravan kaupunkien henkilökuntaa. Henkilöstölle järjestettiin esihenkilö- ja henkilöstöinfoja. Infotilaisuudet järjestettiin syksystä 2022 alkaen kuukausittain.

Hyvinvointialueelle siirtymisessä tehtiin uudelleen organisointia. Palvelualueen osalta vammaispalvelut siirtyivät osaksi aikuissosiaalityön ja vammaispalvelujen toimialaa, sairaalatoiminta osaksi terveydenhuollon toimialaa, veteraanipalvelut keskitettiin vanhuspalveluihin. Keskitetty laadunvalvonta ja järjestämisen tuki siirtyi osaksi konsernipalveluja. Vanhuspalveluissa järjestäminen ja ostopalvelut yksikössä jatketaan asiakaskohtaista palvelujen järjestämistä ja palvelusuunnitelman mukaisten palvelujen laadunvalvontaa. Vanhuspalvelujen sisällä yhteisöllinen asuminen siirtyi osaksi kotona asumisen palveluja.

Hyvinvointialuemuutoksessa valmistauduttiin useiden eri järjestelmien vaihdokseen. Vanhat sopimukset, palvelusetelit siirtyvät Vantaan ja Keravan kaupungilta HVA:lle sellaiseen.

Vuonna 2022 palvelutuotantoa haastoivat henkilöstövaje, koronapandemia, hoitoketjun ruuhkautuminen, ammattiliittojen antama vuoronvaihto- ja ylityökielto sekä julkisten alojen lakko.

Vanhuspalveluissa tehtiin vuoden 2022 aikana lukuisia toimenpiteitä sujuvien hoito- ja palveluketjujen varmistamiseksi. Pandemiatilanne lisäsi tehostetun palveluasumisen tarvetta ja kasvatti jonoa palveluun. Vapaiden paikkojen puutteesta sekä henkilöstövajauksesta johtuen lakisääteisiä palvelujen järjestämisen määräaikoja ei pystytty noudattamaan kaikilta osin. Palveluketjujen sujuvuuksissa oli haasteita niin kotiin vietävissä kuin asumisen palveluissa. Sairaalassa jouduttiin supistamaan vuodeosastojen hoitopaikkoja hankalan henkilöstötilanteen vuoksi, jotta potilas- ja työturvallisuus on voitu turvata. Koko vuoden jatku-neesta haastavasta henkilöstötilanteesta sekä koronapandemiasta huolimatta kotihoito pystyi vastaamaan asiakkaiden hoidon- ja palveluntarpeisiin.

Vuoden 2022 alusta voimaan tulleen tehostetun palveluasumisen lakisääteisen henkilöstömitoituksen (0,6) toteutumisen varmistamiseksi hoivakoteihin saatiin uusia vakansseja. Osa näistä vakansseista oli sellaisia, joita ei ole perustettaessa sidottu nimettyyn tehtä-

vänimikkeeseen, vaan vakansseja on voitu käyttää neljään erikseen määriteltyyn nimikkeeseen sen mukaan mitä palvelutuotannon turvaaminen ja osaavan henkilöstön saatavuus rekrytointitilanteissa ovat mahdollistaneet.

Asiakasosallisuuden parantamiseksi laadittiin malli asiakaspalautteen keräämiseen sekä valmisteltiin asiakasraatien perustamista. Vanhusten asiakasraatia ollaan käynnistämässä etäpalvelujen kehittämishankkeen ja vanhusten asiakasohjauksen yhteistyönä. Kotikuntoutustoimintaa on edelleen kehitetty tiiviissä yhteistyössä kotihoidon kanssa ja toiminnalla on vahvistettu kotihoidon asiakkaiden kuntouttavaa palvelua sekä vahvistettu kotihoidon henkilöstön osaamista. Etäpalvelujen kehittämishankkeen toimesta käynnistettiin kesäkuussa länsi-Vantaalla etäkotihoidon palvelu ja syksyn kuluessa toimintaa on laajennettu kaikille kotihoidon alueille.

Hoiva-asumisessa koulutettiin ihmislähtöisen kulttuurin valmentajia, jotka sekä valmentavat yksiköissään uusia työntekijöitä. Kotihoivamallin pilotointia valmisteltiin kevään 2022 ajan, tavoitteena on siirtyä mallinmukaiseen toimintaan alkuvuodesta 2023. Hyvän vanhuuden osaamiskeskus -konseptin kehittäminen alkoi lokakuussa ja työntekijöiden rekrytointi uuteen yksikköön käynnistyi marraskuussa.

Henkilöstön pito- ja vetovoiman vahvistamiseksi tehtiin lukuisia toimenpiteitä. Henkilöstön osaamisen kehittämistä ja koulutusten toimeenpanoa tehtiin yhteistyössä koulutuskumppanin kanssa. Oppilaitosyhteistyö on jatkunut tiiviinä.

Turku: Vuoden 2022 toimintaa Turun ikääntyneiden palveluissa leimasivat toistuvat koronaepidemiat ja yhä paheneva henkilöstöpula. Kehittämistoiminta kuitenkin jatkui aktiivisena tästä huolimatta.

Vanhuspalveluiden kehittäminen vuoden 2022 aikana liittyi vahvasti hyvinvointialueelle siirtymisen valmisteluun. Palvelujen sisältöjä kehitettiin osana valtakunnallisia kehittämishankkeita. Ikääntyneiden palveluiden osana kehittämistyötä tehtiin terveyspalveluiden kehittämiseen keskittyvässä TulSote-hankkeessa, vanhuspalvelujen palvelualueella palvelusisältöjä kehitettiin ja yhdenmukaistettiin koko maakunnan kattavissa TulKoti-hankkeessa ja Varsinais-Suomen Ikäasumisen hankkeessa.

TulKoti-hanke sai täysimääräisen rahoituksen STM:ltä ja sen keskeisiä kehittämisteemoja olivat Oikeat palvelut oikeaan aikaan palveluohjauksen turvin, Teknologian hyödyntäminen ikääntyneiden palveluissa, Henkilöstön kehittäminen ja saatavuuden parantaminen sekä Tiedolla johtamisen kehittäminen.

Varsinais-Suomen Ikäasumisen hankkeessa kehitettiin välimuotoisen asumisen ja palvelun konseptia sekä yhteisöllisen asumisen mallia hyvinvointialueelle. Hanke sai rahoitusta Ympäristöministeriöltä.

Molemmassa hankkeessa oli mukana kaikki Varsinais-Suomen kunnat ja hankkeita hallinnoi Turun kaupungin vanhuuspalveluiden palvelualue. Hankkeet siirtyivät hyvinvointialueelle 1.1.2023 ja hankkeiden toiminta jatkuu keskitetyn kehittämispalveluiden alaisuudessa hankkeajan loppuun saakka.

Vuoden 2022 toimintaan vaikutti yhä paheneva henkilöstöpula, erityisesti lähihoitajien ja sairaanhoitajien saatavuus heikkeni entisestään vuoden aikana. Koronaepidemian aikana kehitettyjä henkilöstön palkitsemisen muotoja jatkettiin vuoden loppuun saakka. Lisäksi

henkilöstöpulaa pyrittiin lieventämään henkilöstövuokrauksella sekä Sarastia Rekryn kautta, että vuokraamalla hoitohenkilöstöä Hanselin kilpailuttamilta tuottajilta. Vuoden 2022 aikana käynnistettiin myös ulkomaisen hoitohenkilöstön rekrytointiprojekti yhteistyössä Sarastian ja Silkkitien kanssa.

Hyvinvointialueelle siirtymistä haastoivat erilaiset ongelmat asiakas- ja potilastietojärjestelmissä, kotihoidon mobiilijärjestelmässä ja taloushallinnon järjestelmissä. Palvelutuotanto on kuitenkin sujunut ilman katkoksia.

Ikääntyneiden palvelujen tuotanto organisoitui Varsinais-Suomen hyvinvointialueella kahdeksaan koti- ja asumispalveluista vastaavaan alueelliseen yksikköön, resurssijohtamisesta vastaavaan yksikköön, palveluohjauksen ja ostopalveluiden yksikköön ja gerontologisen sosiaalityön yksikköön. Lisäksi ikääntyneiden palveluiden tulosalueella toimii keskitettyjen asiantuntijapalveluiden yksikkö.

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveystaloudissa on myös tuottaminen ja järjestäminen erotettu toisistaan. Eri toimintojen ja organisaatioyksiköiden rooleja ja työnjakoa on täsmennetty vuoden 2023 alusta lähtien.

Tampere: Hyvinvointialueelle siirtymiseen valmistauduttiin henkilöstön ja tietojärjestelmien osalta. Henkilöstön rekrytointi suoritettiin ilmoittautumismenettelyn avulla etenkin päällikkötasolla ja henkilökunnalle järjestettiin infotilaisuuksia. Tietojen kirjaamiskäytäntöjä yhtenäistettiin AluePegasos-kuntien kesken. Potilastietojärjestelmän tietojen käsittelyä, tietojen siirtoa sekä uusien toimintamalleja ja järjestelmien käyttöönottoa on varmistettu. Potilashallinnon rekisterien sisäiset luovutussopimukset on valmisteltu.

Vuonna 2022 esillä olivat vuokratyövoiman käytön kasvaminen ja rekrytointihaasteet sekä kotihoidossa että asumispalveluissa. Oppilaitosten ja TE-keskuksen kanssa on tehty tiivistä yhteistyötä ja järjestetty oppisopimuskoulutuksia.

Tampereella on tehty monipuolista kehitystyötä ja uusia toimintoja sekä hankkeita on aloitettu vuoden 2022 aikana. Maakunnallinen omais- ja perhehoidon sekä henkilökohtaisen avun yksikkö on perustettu vuonna 2022 ja omaishoitoon on määritelty uudet myöntämisperusteet ja palkkioluokat. Sairaanhoidon-, kuntoutus-, mielenterveys- ja päihdeosaamista on lisätty kotihoidossa ja ennaltaehkäisevissä palveluissa.

Lähtötoimintaa on yhtenäistetty ja yhteistä ohjaus- ja neuvontamallia pilotoitu. Teknologian hyödyntämisen panostusta vanhuspalveluissa on lisätty mm. kuvapuhelimien, lääkeautomaattien ja etävaakan avulla. Yhteisöllisyyttä tukevaa kevyempää kampusmaista asumista on kehitetty ja aloitettu hankinnan valmistelu.

Oulu: Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen organisaation rakentaminen alkoi vuoden 2022 aikana ja osa viranhaltijoista aloitti työn hyvinvointialueella. Hyvinvointialueen strategiaa sekä sosiaali- ja terveystaloudien järjestämissuunnitelmaa valmisteltiin laaja-alaisesti, ja hyväksyttiin loppuvuodesta 2022.

Vuoden 2022 aikana turvallista kotona asumista ja arjessa pärjäämistä sairaanhoidollisella ja lääketieteellisellä tuella on mahdollistettu sairaanhoitajan ja geriatrin konsultaatioilla sekä liikkuvan sairaanhoitajan tehtävän avulla. Ikäihmisten palveluiden asiakkaan toimin-

takykyä on edistetty kuntouttavien keinoin muun muassa moniammatillisten arvioivien kotikuntoutusjaksojen, erilaisten teknologisten ratkaisujen sekä kuntouttavan ja voimavara-lähtöisen työotteen avulla.

Palvelujen painopistettä on siirretty kevyempiin palveluihin hyödyntämällä digi-/etäpalveluita kotihoidon tuottamisessa ensisijaisena vaihtoehtona, järjestämällä kotona asumista tukevia palveluja ja toteuttamalla asiakkaille toimintakykyä tukevat yksilölliset asiakassuunnitelmat. Ympäri vuorokautisen hoidon palvelurakenteen tarkastelua on jatkettu. Sosiaalihuoltolain mukaisen laitoshoidon paikkoja on vähennetty niiden tarpeen vähenemisen myötä. Lisäksi on kehitetty ja pilotoitu yhteisöllistä asumista ympärivuorokautisen hoidon sijasta.

Vuonna 2022 ikäihmisten palvelujen kehittämistä tehtiin yhteistyössä POPsote Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus, ikäihmisten palvelujen kehittämissuunnitelman ja Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille, Ikä on POP- hankkeen kanssa. Hankkeiden kehittämisen painopisteinä ovat olleet kokemustiedon hyödyntäminen, kuntoutus ja toimintakyvyn arviointi, lähijohtamisen vahvistuminen, rekrytoinnin ja resursointikyvykkyyden vahvistuminen, vertaiskehittäminen ja tiedolla johtaminen kotihoidossa sekä digikyvykkyyden parantaminen. Lisäksi kehittämisen painopisteinä olivat asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen, gerontologinen hoitotyö, ikääntyvien hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävät systemaattiset käytännöt, viestintä ja brändäys, gerontologinen sosiaalityö, kotisairaala, etälääketieteellisen tuen ja kotona asumista tukeva keskus sekä ikääntyneen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan polku, omaishoidon toimintamalli sekä perhehoito.

Kotona asumista rohkeasti ja itsenäisesti teknologian avulla (KARITA) -hankkeen (STM) pää tavoitteena oli vähentää sote-palvelujen tarvetta ikäihmisten palveluissa ja siirtää säännöllisten palvelujen tarvetta teknologiaa hyödyntäen. Hankkeessa pilotoitiin uusia sekä kehitettiin jo käytössä olevia teknologisia ratkaisuja, digitaalisia palveluja ja tekoälyä. Koekäyttöjen avulla tunnistettiin ratkaisuja, joista on hyötyä toimintakyvyn ja terveyden heikentymisen ennaltaehkäisyssä, säännöllisen palvelutarpeen siirtämisessä sekä itsenäisen kuntoutumisen tukemisessa. Asiakkaiden, läheisten ja ammattilaisten teknologiatietoutta lisättiin kehittämällä matalan kynnyksen neuvontaa ja perustamalla teknologisten ratkaisujen esittelypiste Aino-neuvonnan yhteyteen. Kiinteän esittelypisteen lisäksi teknologiatietoutta lisättiin kiertävän esittelyn avulla, joka saavutti ikääntyvien kohderyhmän kiinteää pistettä tehokkaammin. Henkilöstön osaamista tuettiin luomalla toimintamalli teknologisten ratkaisujen käyttöönotosta ja käytöstä osana ikäihmisten palveluja. Osana toimintamallin luomista ja henkilökunnan teknologiaosaamisen lisäämistä Oulussa järjestettiin henkilökunnalle suunnattuja Kotona asumista tukevien teknologioiden -verkkokoulutuksia, joihin myös hyvinvointialueen työntekijöiden oli mahdollista osallistua. Lisäksi he saivat käyttöönsä teknologiakatalogin, josta saavat lisätietoa omakustanteisesti hankittavista teknologioista. Toteutusaika oli 1.1.2021-31.12.2022.

Tutussa kodissa -hankkeen (STM) tavoitteena oli kuvata ikäihmisten asumisen ratkaisuja monipuolistava joustavan palvelun toimintamalli, jossa yhteisöllisyys ja ikäihmisen yksilölliset tarpeet ovat keskiössä. Vuoden 2022 aikana luotiin yhteisöllisen asumisen toimintamalli ja monitoimijaisen yhteisöllisen asumisen asukaspolku. Oulun kaupungin Salonkartanon palvelukeskuksessa pilotoitiin Tutussa kodissa- hankkeen aikana yksilöllisen tuen prosessia asiakkaan muuttaessa, Arjen kukoistus -työkalua yhteisöllisyyden ja mielekkään arjen lisäämisessä asiakkaille sekä yhteisöllisyyskoordinaattorin tehtävää. Kesä- ja talvikaan Oulunsalossa ja Haukiputaalla toteutuneilla esteettömyyskartoituksilla tuettiin piha-

alueiden ja lähiympäristön esteettömyyden toteutumista. Hankkeen hallinnoijana toimi Kalajoen kaupunki, osatoteuttajina Kuusamon kaupunki ja Oulun kaupunki. Toteutusaika oli 4.10.2021-31.12.2022.

2.6 Varhaiskasvatus

2.6.1 Varhaiskasvatuksen sisältö ja tehtävät

Varhaiskasvatuksen merkitys lapsen elämän ja hyvinvoinnin sekä suomalaisen koulutusjärjestelmän tärkeänä osana on tiedostettu suomalaisessa yhteiskunnassa. Jokaisen lapsen yhdenvertainen oikeus varhaiskasvatukseen kehityksen ja oppimisen tukena on turvattu lainsäädännöllisin uudistuksin ja asemoimalla varhaiskasvatus osaksi Opetus- ja kulttuuriministeriön kokonaiskoulutusjärjestelmää. Varhaiskasvatus on ollut Opetus- ja kulttuuriministeriön alaisuudessa 1.1.2013 alkaen. Lain myötä varhaiskasvatus tuli entistä vahvemmin osaksi kasvatus- ja koulutuspalveluja. Laki määrittä Opetushallituksen varhaiskasvatusta ohjaavaksi asiantuntijavirastoksi.

Lasten päivähoidosta annetun lain (36/1973) nimi muuttui varhaiskasvatuslaiksi 1.8.2015 voimaan tulleella lainmuutoksella (580/2015). Laissa käsite varhaiskasvatus korvasi käsitteen päivähoito ja laissa korostettiin lapsen subjektiivista oikeutta varhaiskasvatukseen. Laissa varhaiskasvatuksella tarkoitettiin lapsen suunnitelmallista ja tavoitteellista kasvatuksen, opetuksen ja hoidon muodostamaa kokonaisuutta, jossa painottuu erityisesti pedagogiikka. Lakiin kirjattiin selkeästi varhaiskasvatuksen kattavat tavoitteet. Lain myötä paikallisten ja lapsikohtaisten varhaiskasvatussuunnitelmien laatiminen tuli velvoittavaksi. Myös varhaiskasvatuksen arviointi tuli osaksi Kansallisen koulutuksen arviointikeskuksen (Karvi) toimintaa.

Varhaiskasvatuslain (540/2018) mukaan varhaiskasvatuksen toimintamuotoja ovat päiväkotitoiminta ja perhepäivähoito. Lain mukaan varhaiskasvatuksella tarkoitetaan lapsen suunnitelmallista ja tavoitteellista kasvatuksen, opetuksen ja hoidon muodostamaa kokonaisuutta, jossa painottuu erityisesti pedagogiikka. Lakiuudistusten myötä varhaiskasvatus on tullut entistä vahvemmin osaksi kasvatus- ja koulutuspalveluja.

Varhaiskasvatukseen osallistuvien lasten osuus on kasvanut viime vuosien aikana sekä edennyt kansallisesti ja EU:n taholta asetetun osallistumisasteen tavoitetaso suuntaisesti. Osallistumista ovat edistäneet Varhaiskasvatuslain uudistus (oikeus täysimääräisenä palautettiin 1.8.2020 alkaen) lapsen yhdenvertaisesta oikeudesta varhaiskasvatukseen, mutta myös asiakasmaksujen huojentamiset ja 5 -vuotiaiden maksuttomuuskokeilut. Lasten osallistumisessa on tunnistettu myös se, että lapset tulevat varhaiskasvatukseen entistä nuorempina eli alle 3 -vuotiaiden osuus palveluissa on kasvanut. Esiopetukseen osallistuminen on esiopetusikäisten osalta lähes täysimääräistä, koska esiopetus on velvoittavaa ja maksutonta.

EU:n asettaman varhaiskasvatukseen osallistumisen tavoitearvon (ET 2020 -ohjelma) mukaan päämääränä on, että EU-maissa 95 prosenttia lapsista osallistuisi varhaiskasvatukseen (European Commission 2014). Tavoitearvossa tarkastellaan osallistumista varhaiskasvatukseen neljästä ikävuodesta oppivelvollisuuden alkuun. Kuusikko-raportin tiedonkeruussa on vuoden 2017 raportista lähtien huomioitu kyseinen tavoite ja raportissa kuvataan varhaiskasvatuspalveluihin osallistumista EU:n asettamien kriteerien mukaisesti.

Varhaiskasvatuspalvelut koostuvat kunnallisesta ja kunnan hankkimasta varhaiskasvatuksesta sekä palvelusetelillä järjestetystä ja yksityisen hoidon tuella tuetusta varhaiskasvatuksesta. Varhaiskasvatuspalveluihin sisältyy myös esiopetus. Lisäksi kunnallinen kerhotoiminta on sisällytetty Kuusikko-raportoinnissa samoihin taulukoihin ja kuvioihin vuodesta 2017 eteenpäin.

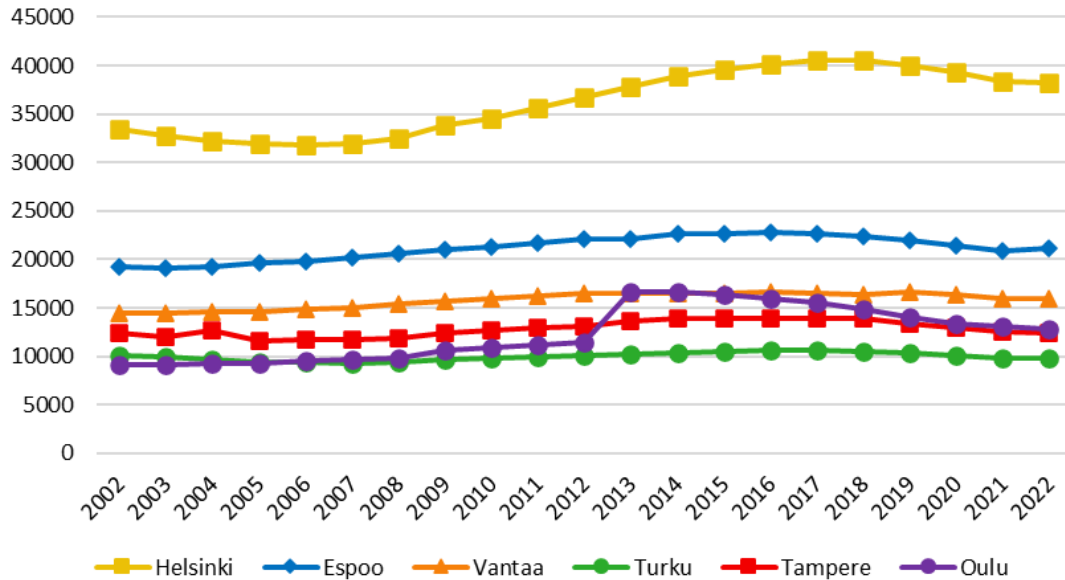
Varhaiskasvatuksen järjestelmään sisältyy myös lasten kotihoidon tuki ja avoimen varhaiskasvatuksen palveluja, esimerkiksi kerho-, leikkipuisto- ja avoin päiväkotitoiminta. Lasten kotihoidon tuki on vaihtoehto varhaiskasvatuspalveluille, kun perheessä on alle kolmevuotias lapsi. Perhe voi saada kotihoidon tukea perheen lasten ollessa esiopetuksessa tai avoimen varhaiskasvatuksen toiminnassa.

Kunnan tehtävänä on turvata varhaiskasvatuspaikka varhaiskasvatuslain edellyttämän määräjän puitteissa kaikille kunnassa asuville lapsille. Kunta voi ohjata perheitä yksityisen hoidon tuella tuettuun varhaiskasvatukseen tai tarjota palvelusetelin. Lasten vanhemmilla tai muilla huoltajilla on kuitenkin oikeus kieltäytyä näistä vaihtoehdoista, jolloin kunnan on sijoitettava lapsi määräjässä kunnan järjestämään varhaiskasvatuspaikkaan.

2.6.2 Aikasarjoja varhaiskasvatuksesta

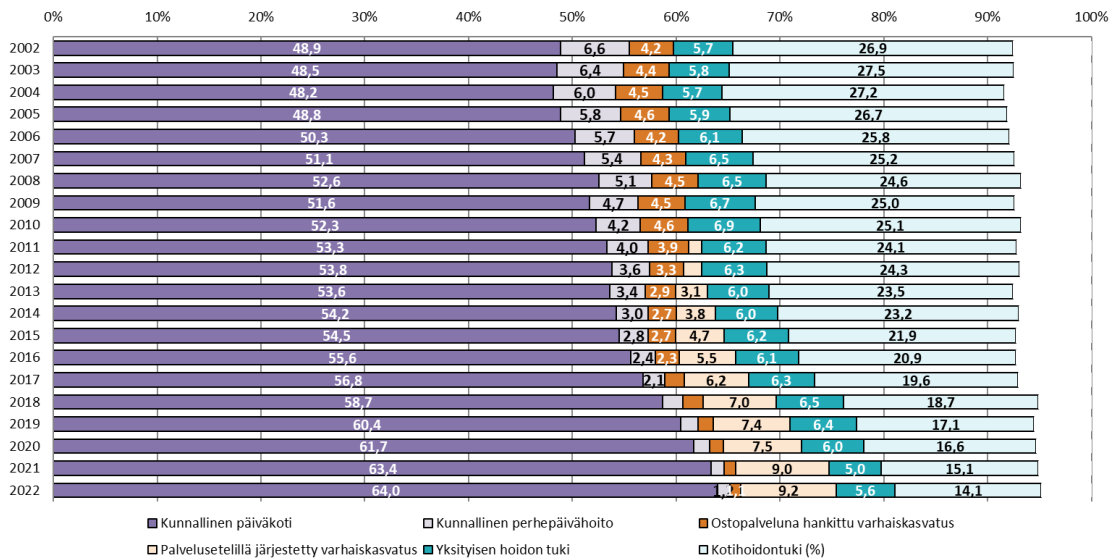
Kuutoskaupungeissa oli vuoden 2022 lopussa yhteensä 110 316 varhaiskasvatusikäistä eli 10kk–6-vuotiasta lasta. Varhaiskasvatusikäisten lasten määrä kuutoskaupungeissa on kasvanut vuodesta 2002 yhteensä 11 404 lapsella.

Kuvio 34. Kuutoskaupunkien varhaiskasvatusikäiset (10kk–6v) vuosina 2002–2022



¹ Oulu: Vuonna 2013 kuntaliitos (1.1.2013)

Kuvio 35. Varhaiskasvatusikäisten (10kk–6v) jakautuminen varhaiskasvatuksen palveluihin ja kotihoiton tuelle kuutoskaupungeissa, vuosina 2002–2022 joulukuussa ¹

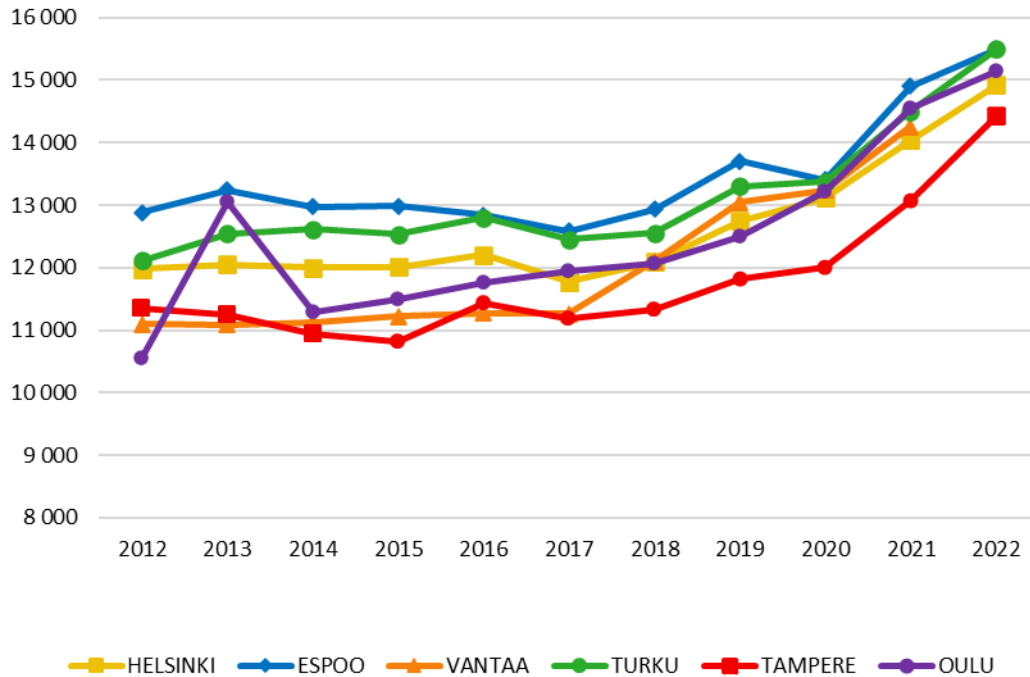


¹ Vantaan tietoja ei saatavilla vuodesta 2022.

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana kuutoskaupungeissa varhaiskasvatusikäisten jakautuminen varhaiskasvatuksen palveluihin ja kotihoiton tuelle on ollut muutoksessa. Kunnallisen päiväkodin osuus on kasvanut kahdessakymmenessä vuodessa (+15,1 %). Sa-

maan aikaan kotihoidontuen osuus on taas vähentynyt (-12,9 %). Kunnallisen perhepäivähoidon sekä ostopalveluna hankitun varhaiskasvatuksen osuudet ovat pienentyneet vuodesta 2002. Lisäksi Kuviosta 37. on nähtävissä palvelusetelillä järjestetyn varhaiskasvatuksen yleistymisen vuodesta 2011 lähtien. (Kuvio 35.)

Kuvio 36. Kunnallisen varhaiskasvatuksen vuosikustannukset (€) laskennallista lasta (kahden vuoden keskiarvo) kohden vuosina 2012–2022



¹ Vantaan tietoja ei saatavilla vuodesta 2022.

Kuviossa 36. on kunnallisen varhaiskasvatuksen vuosikustannusten muutos laskennallista lasta kohden vuosina 2012–2022. Kustannusten jakajana käytetään laskennallisten lasten määrää, joka on kuvattu liitteessä 2 sivulla 117. Tällä menettelyllä kunnallisten päiväkotien yksikkökustannukset saadaan vertailukelpoisemmiksi.

Kokonaiskustannukset laskennallista lasta kohden olivat vuoden 2022 lopussa keskimäärin 15 058 euroa. Kustannukset laskennallista lasta kohden vaihtelivat Tampereen 14 428 eurosta Turun 15 494 euroon. Kustannukset nousivat edellisvuodesta kaikissa kuutoskaupungeissa. Vantaan osalta ei ole ollut mahdollista laskea kustannuksia laskennallista lasta kohden vuodelle 2022, koska vuoden 2022 lapsimäärä ei ole saatavilla. Kymmenen vuoden aikana kunnallisen päiväkotihoidon vuosikustannukset laskennallista lasta kohden ovat kaikissa kuutoskaupungeissa nousseet. Lisäksi kaupunkien väliset erot ovat kaventuneet vuodesta 2012. (Kuvio 36.)

2.6.3 Ajankohtaiset teemat varhaiskasvatuksessa

Kuutoskaupungeissa valmistaudutaan vuonna 2030 voimaan tulevaan henkilöstörakenteen muutokseen. 1.1.2030 alkaen päiväkodissa kasvatus-, opetus- ja hoitotehtävissä toimivasta henkilöstöstä vähintään kahdella kolmasosalla tulee olla varhaiskasvatuksen opettajan tai sosionomin kelpoisuus, ja näistä vähintään puolella varhaiskasvatuksen opettajan kelpoisuus. Muilla tulee olla vähintään varhaiskasvatuksen lastenhoitajan kelpoisuus. Varhaiskasvatuksen lastenhoitajan tehtäviä muutetaan kuutoskaupungeissa vähitellen varhaiskasvatuksen opettajan tai sosionomin tehtäväksi. Henkilöstörakenteen muutos on merkittävä ja sen tavoitteena on kasvattaa pedagogista ja palveluohjauksellista osaamista. Varhaiskasvatuksen sosionomin tehtävä on otettu käyttöön kuutoskaupungeissa eri aikoihin.

Henkilöstöressurssin saatavuuspainetta kasvattaa kuutoskaupungeissa myös suuret eläköitymismäärät, lasten määrän kasvu sekä varhaiskasvatuksen osallistumisasteen nousu. Yhteisvaikutukseltaan henkilöstörakennemuutos, alan veto- ja pitovoimahaasteet sekä suuret eläköitymispoistumat aiheuttavat kunnille merkittäviä haasteita toteuttaa varhaiskasvatusta asetettujen mitoitustarpeiden mukaisesti. Kuutoskaupungeissa on arvioitu tarvittavan vuoteen 2030 mennessä yhteensä yli 9 000 uutta varhaiskasvatuksen korkeakoulutettua ammattilaista. Tällä hetkellä kuutoskaupungeista puuttuu yli 2500 korkeakoulutettua varhaiskasvatuksen työntekijää.

Varhaiskasvatuksen yhtenä tavoitteena on tunnistaa lapsen yksilöllisen tuen tarve ja järjestää tarkoituksenmukaista tukea varhaiskasvatuksessa välittömästi tarpeen ilmettyä. Varhaiskasvatuslakiin tuli 16.12.2021 lasten tukemiseen liittyen merkittäviä muutoksia ja muutokset tulivat voimaan 1.8.2022. Muutoksen myötä laissa säädetään lapsen oikeudesta varhaiskasvatuksessa annettavaan tukeen, annettavasta tuesta ja tuen toteutuksesta sekä tuen tarpeen arvioinnista, tuen muodoista, tukipalveluista, hallintopäätöksen antamisesta sekä muutoksenhausta. (1183/2021) Tuki muodostuu lapsen tarpeen mukaan yleisestä, tehostetusta tai erityisestä tuesta ja se muodostaa näin aiempaa vahvemman jatkumon esi- ja perusopetukseen (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2023). Yleinen tuki toteutetaan osana varhaiskasvatuksen päivittäistä pedagogisesti suunniteltua perustoimintaa. Tehostetusta ja erityistä tuesta tehdään hallintopäätös, josta ilmenee lapselle annettava tuki ja tuen muodot. Mikäli yksittäiselle lapselle kohdistetaan yksilöityjä varhaiskasvatuslain 15 c §:ssä säädettyjä tukipalveluita yleisessä tuessa, tehdään näistä niin ikään hallintopäätös. (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2023.)

YHTEENVETO

Kuusikko-yhteistyössä vuosina 2002–2022 on vertailtu kuutoskaupunkien (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu) aikuissosiaalityötä ja toimeentulotukea, lastensuojelua, päihde- ja mielenterveyspalveluja, vammaisten palveluja, vanhusten palveluja sekä varhaiskasvatusta. Kaupunkien edustajista koostuvat eri palvelukokonaisuuksien asiantuntijaryhmät ovat tuottaneet vuosittain tilastollisia raportteja asiakasmääristä, suoritteista, henkilöstöstä ja kustannuksista. Vertailutyön pitkän historian avulla on saavutettu hyvä taso vertailtavuudessa.

Raporttien tarkoituksena on ollut palvella ensisijaisesti kuntien päättäjiä, ja ne ovat olleet yksi väline toiminnan ohjaamiseen. Kuusikon ohjausryhmän ja työryhmien jäsenille vuoden 2022 lopulla suunnatun palautekyselyn mukaan Kuusikko-raportteja on hyödynnetty kunnissa palvelujen kustannusten arviointiin sekä päätöksenteon ja palvelujen johtamisen tukena. Raportteja on käytetty myös palvelujen muuhun arviointiin. Palautekyselyn mukaan Kuusikko-työssä kerättyä tietoa on pidetty hyödyllisenä ja Kuusikko-tiedoista on koettu olleen hyötyä päätöksenteossa.

Kuusikko-raportit ovat nostaneet esiin eroavaisuuksia, jotka ovat vaatineet tarkempaa analyysia. Palautekyselyn mukaan Kuusikko-vertailuissa syntynyt tieto on koettu arvokkaana, sillä työskentelyn tuloksena numeroiden taakse on saatu myös substanssietoa. Kuusikko-raporttien vertailtavuus on kuitenkin haastavaa kuntien erilaisten järjestelmien ja organisaattiorakenteiden vuoksi ja raportoinnissa toivottaisiin syvempää analysointia.

Aikuissosiaalityö

Nykyinen aikuissosiaalityön-työryhmä on vastannut Kuusikko-työn aikana aikuissosiaalityön, toimeentulotuen ja työllisyyspalvelujen Kuusikko-raporteista. Viime vuosina on julkaistu vuosittain raportti, jossa on painotettu toimeentulotukea enemmän aikuissosiaalityö. Perustoimeentulotuen siirryttyä Kelaan toimeentulotuen osuus raportoinnissa on pienentynyt. Aikuissosiaalityön raportoinnissa haasteena on ollut löytää ja määritellä mahdollisimman vertailtavia tunnuslukuja, sillä työtä on järjestetty kuutoskaupungeissa eritavoin. Yhtenä ratkaisuna tähän aikuissosiaalityön työryhmä on tehnyt kahtena vuonna työntekijöille suunnatun kyselyn aikuissosiaalityön asiakkaista. Kyselyn tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuvaa kunkin kuutoskaupungin aikuissosiaalityön asiakaskunnasta sekä kerätä tietoa kuutoskaupunkien tasolla aikuissosiaalityön asiakkuuksista valtakunnalliseen käyttöön. Tavoitteena oli myös lisätä ja parantaa vertailukelpoisen tiedon tuottamista aikuissosiaalityöstä kuutoskaupunkien välillä.

Lastensuojelu

Lastensuojelun palveluihin ja kustannuksiin liittyviä tietoja on kerätty Kuusikko-työssä vuodesta 2003 alkaen ja oman työryhmänsä se sai vuoden 2008 alussa. Taustalla oli uuden lastensuojelulain (417/2007) astuminen voimaan ja halu tarkastella lastensuojelua yhtenä kokonaisuutena.

Vuosittain tehtyjen lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut kuutoskaupungeissa vuodesta 2008. Osaltaan tätä selittää se, että kuutoskaupungeissa on koulutettu mm. varhais-

kasvatuksen, peruskoulun ja terveydenhuollon henkilökuntaa lastensuojeluilmoitusten tekemisen ja siihen kohdistuvan velvollisuuden osalta. Kuutoskaupunkien lastensuojelun asiakkaiden osuus saman ikäisestä väestöstä (0–17v.) on laskenut hieman vuodesta 2008. Nykyään lastensuojelun asiakkuus alkaa, mikäli palvelutarpeen arvioinnin perusteella todetaan tarve lastensuojelun palveluille, kun aiemmin asiakkuus alkoi jo silloin, kun ryhdyttiin selvittämään lastensuojelun tarvetta. Lisäksi osa aiemmin lastensuojelun alle kuuluneista palveluista on nykyisin mahdollista saada yleisen sosiaalihuollon kautta ilman lastensuojelun asiakkuutta.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Kuusikko-työssä on kerätty tietoja päihdehuollon palveluista jo vuodesta 2005 lähtien. Mielenterveyspalvelut liitettiin päihdehuollon raporttiin vuonna 2017. Kuusikko-raporteissa on tarkasteltu kunnan järjestämiä täysi-ikäisen väestön päihdepalvelujen ja mielenterveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia.

Kuusikko-raporteissa vuosina 2017–2021 raportoidut asiakasosuudet painottuvat integroituihin palveluihin ja avopalveluihin ja raskaammissa palveluissa olleiden osuus on vähentynyt. Kehitystä kuvaa avohuollon osalta korvaushoidon asiakkaiden määrän kasvu ja päihdehuollon laitoshoidon sekä psykiatrisen laitoshoidon asiakkaiden määrän lasku kuutoskaupungeissa vuosina 2017–2022. Vuosina 2017–2021 päihde- ja mielenterveyspalvelujen asukaskohtaiset kustannukset ovat nousseet kaikissa kuutoskaupungeissa.

Vammaisten palvelut

Vammaisten palvelujen Kuusikko-vertailuja on julkaistu vuodesta 2005. Erillisinä julkaisuihin ilmestyneet kehitysvammahuollon ja vammaispalvelujen raportit yhdistettiin samoihin kansiin vuonna 2016. Vuodesta 2017 alkaen vammaisten palveluja on tarkasteltu Kuusikko-työryhmän raporteissa yhtenä kokonaisuutena.

Vuosina 2012–2022 vammaispalvelulain mukaisten palvelujen asiakasmäärä on vähentynyt ja kehitysvammahuollon palvelujen asiakasmäärä on kasvanut. Kehitysvammaisten väestöosuus ei kuitenkaan ole kasvanut. Vuosina 2016–2021 asukaskohtaiset kustannukset ovat nousseet kaikissa kuutoskaupungeissa.

Vanhusten palvelut

Kuusikko-vertailuja 65 – ja 75 vuotta täyttäneen väestön käyttämistä kunnan järjestämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja niiden kustannuksia on julkaistu vuosittain vuodesta 2005 alkaen.

Keskeisten ikääntyneiden palveluiden (kotihoito ja keskiraskaan palveluasuminen, tehostetun palveluasuminen, omaishoidon tuki ja pitkäaikainen laitoshoido) peittävyys on 75 vuotta osalta laskenut kuutoskaupungeissa samoin kuin 85 vuotta täyttäneiden osalta Oulua lukuun ottamatta vuosina 2006–2022. Avohoidon ja erityisesti kotihoidon asiakasmäärä on kasvanut etenkin vanhemmissa ikäryhmissä, mutta peittävyys on laskenut ja samaan aikaan laitoshoidon peittävyys on merkittävästi supistunut. 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen ikävakioidut asukasta kohti suhteutetut kustannukset ovat laskeneet kaikissa kuutoskaupungeissa vuosina 2011–2021.

Varhaiskasvatus

Varhaiskasvatus on ollut osa Kuusikko-työtä sen ensimmäisistä vuosista lähtien. Varhaiskasvatuksen työryhmässä on vuosittain tarkasteltu varhaiskasvatuspalveluiden käyttöä ja kustannuksia. Viimeisen kahden kymmenen vuoden aikana varhaiskasvatuksen palvelurakenne on muuttunut paljon ja osallistuminen varhaiskasvatuksen palveluihin on kasvanut, ja vastaavasti kotihoidon tuella olevien lasten osuus on laskenut. Laki lasten päivähoidosta muuttui varhaiskasvatuslaiksi 1.8.2015. Kuusikko-raportoinnissa on käytetty vuodesta 2016 alkaen käsitteen päivähoito sijaan käsitettä varhaiskasvatus.

Kuutoskaupungeissa valmistaudutaan vuonna 2030 voimaan tulevaan henkilöstörakenteen muutokseen. 1.1.2030 alkaen päiväkodissa kasvatus-, opetus- ja hoitotehtävissä toimivasta henkilöstöstä vähintään kahdella kolmasosalla tulee olla varhaiskasvatuksen opettajan tai sosionomin kelpoisuus, josta vähintään puolella varhaiskasvatuksen opettajan kelpoisuus.

Hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautuminen, ajankohtaiset teemat ja kehitystyö kuutoskaupunkien sosiaali- ja terveystaluuissa vuonna 2022

Sosiaali- ja terveystaluujujen järjestämiseen ovat vaikuttaneet ja tulevat vaikuttamaan useat ajankohtaiset hankkeet, tavoiteohjelmat, suositukset ja lakimuutokset. Vuonna 2022 kuutoskaupungeissa on valmistauduttu hyvinvointialueille siirtymiseen. Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksella pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa vuosille 2023–2026 tärkeää on palvelujen järjestäminen yhdenvertaisesti ja laissa säädetyt oikeudet turvaten. Perustason palvelujen toimintavarmuutta pyritään vahvistamaan ja integraatiota lisäämään. Samalla pyritään kustannusten kasvun hidastamiseen suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja siirtämään painotus ennaltaehkäisevään työhön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta on sekä perus- että erityistasolla merkittävä työvoimapula. Henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain ja työvoiman saatavuutta on pyritty turvaamaan monilla eri keinoilla, joista monet tähtäävät alan houkuttelevuuden ja työolojen parantamiseen. Henkilöstön veto- ja pitovoiman ylläpitäminen sekä vahvistaminen onkin kasvava haaste hyvinvointialueille.

Koronapandemia on vaikuttanut mittavasti sosiaali- ja terveystaluujujen järjestämistapaan, toteutumiseen, käyttöasteeseen, henkilöstöasioihin, sekä talouteen vuosina 2020–2021. Koronapandemian vuoksi palvelu- ja hoitovelkaa syntyi palveluuissa, joihin liittyi eniten rajoituksia. Tällä palveluvelalla on pitkäaikaisia ja vaikeasti ennustettavia vaikutuksia.

Hyvinvointialueille siirtymiseen valmistautumisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työvoimapulasta sekä koronapandemian palveluvelasta johtuvista haasteista huolimatta kuutoskaupungeissa on vuonna 2022 tehty monipuolista kehitystyötä. Sosiaali- ja terveystaluujuiden osalta on aloitettu uusia hankkeita ja uusia toimintoja on otettu käyttöön. Yhteistyötä eri toimijoiden kanssa on vahvistettu.

Vuonna 2023 sosiaali- ja terveystaluujuiden järjestämisvastuun siirryttyä hyvinvointialueille kaupunkija palveluja järjestävänä yksikkönä ja niitä koskevia yhteisiä tietojärjestelmiä

ei enää ole. Tämän vuoksi nykyinen Kuusikko-yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä varhaiskasvatuksen palveluiden vertailusta päättyy kesäkuun 2023 lopussa.

LÄHTEET

Ahtiainen, H. (2019). Suomen kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut vuonna 2018. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 5/2019.

ARA (2019). Asunnottomat 2018. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, selvitys 3/2019. Osoitteessa: [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2018\(49593\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2018(49593))

ARA (2021). Asunnottomat 2020. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, selvitys 2/2021. Osoitteessa: [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2021\(62592\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2021(62592))

ARA (2022). Asunnottomat 2021. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, selvitys 2/2022. Osoitteessa: [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2022\(64974\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2022(64974))

ARA (2023). Asunnottomat 2022. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, selvitys 2/2023. Osoitteessa: <https://www.ara.fi/download/noname/%7BA3E6CBD0-0A5D-4DDC-96E5-A5DAE2891386%7D/179513>

Blomgren, J. (2020). Mielenterveyden häiriöstä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Kelan tutkimusblogi 29.1.2020.

Eläketurvakeskus (2019). Työ- ja kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeensaajat sairauspääryhmittäin. Osoitteessa: <https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK>

Holstila, Anne-Leena, Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2012) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2012 ja niiden muutokset 1993–2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 56/2012. Tampere.

Kela (2023). Kelasto-tietokanta, Kelan maksama perustoimeentulotuen. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.kela.fi/tilastodata/2051231/tilastotietokanta-kelasto?categories=toimeentulotuki>

Lastensuojelun käsikirja (2021). THL. Osoitteessa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja>. Luettu 16.4.2021.

Lintonen, T. & Mäkelä, P. (2019). Kuinka suuri osa juomisesta on alkoholin riskikäyttöä? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt C. & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lyly-Falk, A. (2018). Suomen kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut ja kustannukset vuonna 2017. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2018.

Mäkelä, V. (2020). Suomen kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut vuonna 2019. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 5/2020.

Mäkelä, V. (2021). Suomen kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut vuonna 2020. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/2021.

Mäkelä, V. (2022). Suomen kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut vuonna 2021. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7/2022.

Nurmi, T. & Rönkä, S. (2018). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2018. Tilastoraportti 31/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rönkä, S., Ollgren, J., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Karjalainen, K., Partanen, A. & Väre, T. (2020). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2018. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Sainio, Päivi ja Koskinen, Seppo (2018) Iäkkäiden ihmisten arkitoimista suoriutuminen, asuinympäristö ja apuvälineet. Teoksessa: Koponen, Päivikki ym. (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2019: 165–177.

Sihvonen, Ari-Pekka, Martelin, Tuija, Koskinen, Seppo, Sainio, Päivi, Aromaa, Arpo (2015) Terveet ja toimintakykyiset elinvuodet. Teoksessa: Heikkinen, Eino ym. (toim.): Gerontologia. Duodecim, 2015, s. 66–7.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2019). Tiekartta 2030. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys. Osoitteessa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161612/R41_19_Tiekartta_2030.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM (2012). Valtioneuvoston periaatepäätös kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:15.

STM (2015). Sosiaalihuoltolaki uudistuu. Uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja siihen liittyvät muut lainsäädäntöuudistukset. Sosiaalihuoltolain aluekierros, kevät 2015/ Lapsiperheet.

STM (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.

STM (2020). Kohti ikäystävällistä yhteiskuntaa - iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän raportti, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:16. Helsinki.

STM (2020). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki.

STM (2022) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. Osoitteessa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM_2022_18J.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 19.2.2023.

Suomen virallinen tilasto (SVT 2021a) Julkisten menojen hintaindeksi. Osoitteessa: <http://www.stat.fi/til/jmhi/tau.html> (viitattu 11.2.2022).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Työssäkäynti.
Osoitteessa: <https://www.stat.fi/tilasto/tyokay> (Viitattu: 28.2.2023)

Suomen virallinen tilasto (SVT) Väestörakenne.
Osoitteessa: <https://stat.fi/tilasto/vaerak> (viitattu: 11.2.2023).

Suomen virallinen tilasto (SVT) Väestön koulutus rakenne.
Osoitteessa: Saantitapa: <https://stat.fi/tilasto/vkour> (viitattu: 11.2.2023).

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. (2018). Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Ympäristöministeriö (2019). Asunnottomuusohjelmien arviointi Ohjelmista asunnottomuustyön vakiinnuttamiseen.
Osoitteessa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161686/YM_11_2019_Asunnottomuusohjelmien%20arviointi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL (2021). Päihdetilastollinen vuosikirja 2021. Alkoholi ja huumeet.
Osoitteessa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144060/URN_ISBN_978-952-343-817-0.pdf

Lainsäädäntö:

36/1973. Varhaiskasvatuslaki.
Osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730036>

519/1977. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta.
Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

41/1986. Päihdehuoltolaki.
Osoitteessa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

759/1987. Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.
Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870759>

1116/1990. Mielenterveyslaki.
Osoitteessa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

417/2007. Lastensuojelulaki.
Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

1326/2010. Terveystieteidenhuoltolaki.
Osoitteessa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

HE 164/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140164>

1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

1302/2014. Laki lastensuojelulain muuttamisesta.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141302>

263/2015. Perhehoitolaki.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>

580/2015. Laki lasten päivähoidosta annetun lain muuttamisesta.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150580>

540/2018. Varhaiskasvatuslaki.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180540>

1276/2021. Laki lastensuojelulain muuttamisesta.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20211276>

2020/565. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta.

Osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220604>

LIITTEET

Liite 1. Sosiaali- ja terveystieteiden sekä varhaiskasvatuksen tiedonkeruun määritelmät vuodelle 2022

KUNNILTA TIEDONKERUUSSA KOOTTAVAT PERUSTIEDOT

Lastensuojelu

Lastensuojeluilmoitusten lukumäärä

Vuoden aikana tehtyjen lastensuojeluilmoitusten (LsL 25 §) kokonaismäärä. Ilman ennakkolisiä lastensuojeluilmoituksia (LsL 25 c §), yhteydenottoja sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi (LsL 25 a §), hakemuksia lastensuojelutarpeen selvittämiseksi ja tapauksia, joissa lastensuojelutarve on tullut esiin muilla tavoin. Yhtä lasta kohden voidaan tehdä useita ilmoituksia eli ilmoitusten lukumäärä ei ole sama kuin ilmoitusten kohteena olleiden lasten lukumäärä.

Palvelutarpeen arvioiden (joissa selvitetty lastensuojelun tarve) lukumäärä

Kaikki vuoden aikana valmiiksi tehdyt palvelutarpeen arviot yhteensä. Samalle lapselle on voitu tehdä useampi kuin yksi palvelutarpeen arvio.

Lastensuojelun asiakkaiden kokonaismäärä

Vuoden aikana lastensuojelun asiakkaana olleet lapset ja nuoret yhteensä, henkilötunnus kertaalleen. Sama lapsi on voinut olla niin avo-, sijais- kuin jälkihuollon asiakkaana vuoden aikana. Tiedot kerätään ikäryhmittäin 0–17-vuotiaat (sisältäen kaikki, jotka ovat palvelua saadessaan olleet alle 18-vuotiaita).

Vuoden aikana kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset yhteensä

Lasten lukumäärä (0–17-v.) yhteensä sisältäen avohuollon tukitoimena sijoitetut, kiireellisesti sijoitetut ja huostaanotetut lapset, henkilötunnus kertaalleen.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Korvaushoidon asiakkaat yhteensä

Korvaushoitoa annetaan niille opioidiriippuvaisille asiakkaille, jotka eivät ole kyenneet vieroittautumaan opioideista. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisen korvaushoidon tavoitteena on kuntoutuminen ja päihitteettömyys tai haittojen vähentäminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen. Korvaushoidon lääkkeitä ovat metadoni ja buprenorfiini. Hoito toteutuu erikoissairaanhoidossa, polikliinisessä päihdehuollossa tai perustasolla. Korvaushoito kuuluu hoitotakuun piiriin ainoana päihdehuollon palveluna. Korvaushoidon asiakas voi saada vuoden aikana sekä haittoja vähentävää, että kuntouttavaa korvaushoitoa. Kokonaisasiakasmäärä kerätään henkilötunnus kertaalleen.

Päihdehuollon laitoshoidon asiakkaat yhteensä

Päihdehuollon laitoshoido koostuu ympärivuorokautisesta katkaisu- ja vieroitushoidosta ja kuntouttavasta laitoshoidosta.

Katkaisu- ja vieroitushoito

Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Hoidon tavoitteena on päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen sekä jatkohoidon suunnittelu. Somaattisen kunnon kohotessa katkaisu- ja vieroitushoitoon voi kuulua mm. keskusteluapu, sosiaali- ja terveysneuvonta, pari- ja perhetapaamisia sekä verkostotapaamisia.

Kuntouttava laitoshoido

Päihdehuollon kuntouttava laitoshoido on ympärivuorokautista pitempiaikaista laitoshoidoa. Kuntouttava laitoshoido on osa asiakkaan kokonaiskuntoutusta ja se perustuu asiakkaalle tehtävään palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan. Kuntouttava laitoshoido on tarkoitettu avohoitoa tukevaksi hoitojaksoksi vaikeasti päihdeongelmaisille, joille avohoillon palvelut tai katkaisu laitoshoidossa eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia, tai joiden kuntoutuminen edellyttää väliaikaista irrottautumista normaalista elinympäristöstä. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Laitoskuntoutus tarjoaa päihdeasiakkaille peruskuntoutusta sekä lyhytaikaisia intervalli- ja kriisihoitojaksoja. Laitoshoidoa voidaan tarjota myös päihdehaittojen vähentämisen tavoittein.

Psykiatrisen osastohoidon asiakkaat yhteensä

Psykiatrisen laitoshoido

Psykiatrisen sairaalahoito tarjoaa tehostettua tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta psykiatrisen avohoidon tueksi tai silloin, kun muut hoitomuodot ovat riittämättömiä. Psykiatrisesta laitoshoidosta raportoidaan akuutti- ja kuntoutushoito. Laitoshoidon yhteydessä raportoidaan myös tiedot oikeuspsykiatrisista ja vanhuspsykiatrisista yksiköistä.

Oikeuspsykiatriset yksiköt

Tietoihin sisältyvät ne potilaat, joita hoidetaan oikeuspsykiatrisissa yksiköissä. Potilaita ovat esim. oikeuspsykiatriset potilaat, mielentilatutkimuksessa olevat potilaat sekä vaikeahoitoiset potilaat. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat rikoksiin syyllistyneitä henkilöitä, joita ei tuomita rangaistukseen, vaan jotka Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) määrää tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon mielentilatutkimuksen perusteella. Mielentilatutkimukseen määräämisestä päättää tuomioistuim ja tutkimuspaikan määrää THL. Tutkimuksen tarkoituksena on määrittää syytetyn mielentila teon tai tekojen aikana ja hänen hoidon tarpeensa tutkimuksen päättyessä. Vaikeahoitoisilla potilailla tarkoitetaan potilaita, jotka ovat erityisen väkivaltaisia, sairaudentunnettomia tai hoitoon sitoutumattomia, tai jotka jostain muusta syystä tarvitsevat pitkää kuntouttavaa psykiatrista osastohoidoa.

Vanhuspsykiatriset yksiköt

Vanhuspsykiatriassa hoidetaan vakavasta masennustilasta tai muusta mielialahäiriöstä kärsiviä vanhuksia, myöhäsiän psykoottistasoista häiriötä sairastavia potilaita sekä dementiapotilaita, joilla on vanhuspsykiatrasta erityisosaamista vaativia liitännäisoireita sekä potilaita, joiden hoito vaatii erotusdiagnostista selvittelyä.

Toimeentulotuki

Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on turvata henkilön tai perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuki jakautuu perustoimeentulotukeen, jota on vuoden 2017 alusta alkaen myöntänyt Kela, sekä täydentävään ja ehkäisevään toimeentulotukeen, joita myöntää kunta.

Toimeentulotukea haetaan pääsääntöisesti Kelalta. Kela siirtää hakemuksen täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen osalta kuntaan hakijan pyynnöstä, mikäli hakemuksessa on esitetty kuluja, joita ei kateta perustoimeentulotuella. Jos toimeentulotuen tarve koskee ainoastaan täydentävää tai ehkäisevää tukea, sitä haetaan suoraan kunnasta siinä tapauksessa, että perustoimeentulotuki on jo käsitelty Kelassa (1412/1997 § 14, 14d). Valtio korvaa perustoimeentulotuesta aiheutuneista kustannuksista puolet. Täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen kunnat rahoittavat itse.

Perustoimeentulotuki

Perustoimeentulotuella on tarkoitus kattaa pääosin jatkuvaluonteiset välttämättömät elinkustannukset (muun muassa ravinto- ja vaatemenot, henkilökohtaisesta ja kodin puhtaudesta aiheutuvat menot, paikallisliikenteen käyttö, puhelimen ja tietoliikenteen käyttö) ja kohtuulliset asumiseen, sähköön ja terveydenhuoltoon liittyvät menot, välttämättömät muuttokustannukset sekä lasten varhaiskasvatusmenot.

Täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki

Täydentävän toimeentulotuen avulla voidaan ottaa huomioon hakijan erityiset tarpeet ja olosuhteet. Varsinkin eri syistä pitkään toimeentulotuen varassa elävillä on yleensä tarpeellisia elinkustannuksia, joihin toimeentulotuen perusosa on riittämätön. Myös asunnottomien kriisimajoituksesta aiheutuvat kulut sisältyvät täydentävään toimeentulotukeen. Tästä aiheutuvat kustannukset koskevat erityisesti suuria kaupunkeja.

Ehkäisevän toimeentulotuen tavoitteena on edistää henkilön ja perheen sosiaalista turvallisuutta ja omatoimista suoriutumista sekä ehkäistä syrjäytymistä ja pitkäaikaista riippuvuutta toimeentulotuesta. Ehkäisevä toimeentulotuki on riippumaton siitä, onko henkilö tai perhe oikeutettu toimeentulotukilain 1 §:n 1 momentin tarkoittamaan toimeentulotukeen eli ehkäisevää tukea voidaan myöntää myös tilanteissa, joissa henkilöllä tai perheellä ei toimeentulotukilaskelman perusteella ole oikeutta varsinaiseen perus- ja täydentävään toimeentulotukeen. Kaupungeilla on jonkin verran erilaisia käytäntöjä siinä, mihin tarkoitukseen myönnetään täydentävää tai ehkäisevää toimeentulotukea.

Kunta määrittelee ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisperusteet. Sitä voidaan myöntää muun muassa tuensaajan aktiivointia tukeviin toimenpiteisiin, akuuteista kriisitilanteista selviytymiseen tai taloudellisen tilanteen heikentymisestä aiheutuvien vaikeuksien lieventämiseen. Kunta myöntää kiireellisen ehkäisevän toimeentulotuen virka-ajan ulkopuolella.

Jako täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen välillä ei ole ollut kovin selkeä perustoi-
meentulotuen Kela-siirtoa koskevan lakimuutoksen jälkeen. Koska täydentävän ja ehkäise-
vän toimeentulotuen myöntämistä ei ole tarkasti määritelty laissa, antaa se mahdollisuuden
erilaisiin tulkintoihin kuntien välillä. Osa ennen täydentävänä toimeentulotukena myönne-
tystä tuesta on lakimuutoksen jälkeen myönnetty ehkäisevänä toimeentulotukena.

Kotitalouden muodostavat yksittäinen henkilö tai yhdessä asuvat perheenjäsenet. Avo-
liitto ja rekisteröity parisuhde rinnastetaan avioliittoon. 18 vuotta täyttänyt tuensaaja muo-
dostaa oman kotitalouden, vaikka asuisikin vanhempien luona.

Myös alle 18-vuotiaiden toimeentulotuen saajien katsotaan asuvan itsenäisessä kotitalou-
dessa, jos heillä on oma perhe tai he ovat vanhemmistaan taloudellisesti riippumattomia
eivätkä asu vanhempiensa kanssa.

Vammaisten palvelut

Asiakkaat, joilla on ollut voimassa myönteinen VpL:n mukainen päätös

Vammaispalvelulain (VpL) mukaisten palvelujen asiakkaiksi lasketaan henkilöt, joilla on ol-
lut vuonna 2022 voimassa oleva myönteinen tai kielteinen päätös vammaispalvelulain mu-
kaisesta palvelusta tai taloudellisesta tukitoimesta. Laskennallisissa suhteutuksissa käyte-
tään asiakkaita, joilla on myönteinen päätös vammaispalvelulain mukaisesta palvelusta tai
taloudellisesta tukitoimesta. Yksittäiset asiakkaat ovat mukana kokonaisasiakasmäärissä
vain kertaalleen.

KvL:n mukaisia palveluja käyttäneet asiakkaat

Kehitysvammahuollon asiakasmäärään sisältyvät sellaiset kehitysvammaiset henkilöt,
joilla on ollut vuoden aikana voimassa oleva erityishuolto-ohjelma (eho) tai jotka ovat muu-
ten käyttäneet vuoden aikana kehitysvammahuollon palveluja.

Kuutosvertailuissa kehitysvammahuollon mukaisia palveluja vuoden 2022 aikana käyttä-
neiden asiakkaiden määrää käytetään laskennallisissa suhteutuksissa. Kunnan tuottamia ja
ostopalveluja saaneet asiakkaat ovat mukana kaikissa saamiensa palvelujen asiakasluku-
määrissä, mutta eri palveluja saaneet asiakkaat ovat kokonaisasiakasmäärässä mukana
vain kertaalleen.

Vanhuspalvelut

Ikävakiointi

Raportissa tehdään ikävakiointi 75 vuotta täyttäneiden palvelurakenteen sekä asukaskoh-
taisten kustannusten osalta. Ikävakiointissa poistetaan kuntien ikärakenteen erilaisuuden
vaikutus kustannuksiin. Näin lisätään tietojen vertailukelpoisuutta. Ikävakiointi kertoo,
millä tasolla kustannukset olisivat, jos vertailtavien kuntien ikärakenne olisi samanlainen.
Tiedot ikärakenteesta 31.12. on saatu vuosittain Tilastokeskukselta (SVT 2022b). Vakioin-
tiväestönä käytetään kuutoskaupunkien kunkin vuoden yhteistä vanhusväestöä. Menetel-
mänä sovelletaan suoraa vakiointimenetelmää:

$$\sum_{x=1}^n \left(\frac{d_x}{D} \cdot \frac{k_x}{i_x} \right), \quad \sum_{x=1}^n \frac{d_x}{D} = 1$$

x = yksi vanhusikäryhmä, ikäryhmiä mukana yhteensä n kappaletta
 d_x = tiettyyn vanhusikäryhmään kuuluvien määrä kuutosten tasolla
 D = vanhusväestön kokonaismäärä kuutosten tasolla eli $d_1 + \dots + d_n = D$
 k_x = tietyn ikäryhmän asiakkaiden, suoritteiden tai kustannusten määrä yhdessä kunnassa
 i_x = tietyn ikäryhmän koko yhdessä kunnassa

Ikävakiointia tehtäessä oletetaan, että kaikissa vertailtavissa kunnissa olisi samanlainen vanhusväestön ikärakenne eli yhtä suuret osuudet esimerkiksi 65–74-vuotiaita, 75–84-vuotiaita ja 85 vuotta täyttäneitä. Vakioitaessa lasketaan, kuinka suuri osuus heistä olisi kunnan palvelujen käytön tasolla palvelujen käyttäjiä tai kuinka suuret asukaskohtaiset kustannukset eri ikäryhmien kustannustasolla syntyisivät. Ikävakiointi laskee vanhimman ikärakenteen kuntien palvelujen piirissä olevien osuutta ja asukaskohtaisia kustannuksia. Nuoremman ikärakenteen kuntien palvelujen piirissä olevien osuus sekä asukaskohtaiset kustannukset nousevat.

Kotihoito

Kotihoitoa on sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 9 §:n mukainen kotipalvelu ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25 §:n 1 momentin mukainen kotisairaanhoido.

Kotihoidon kokonaisuus muodostuu tässä selvityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (912/1992) mukaisesta kotiin annettavien palvelujen kokonaisuudesta. Raporttiin kerätään tiedot säännöllisestä ja tilapäisestä kotihoidosta.

Säännöllistä kotihoitoa luonnehtivat seuraavat seikat:

- Kotona annettavasta palvelusta on laadittu yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka käsittää kotipalvelun tai kotisairaanhoidon.
- Palvelusta peritään palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukyvyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kuukausimaksu.
- Säännöllisen kotihoidon piirissä oleviksi asiakkaiksi lasketaan ne henkilöt, jotka saavat apua eli kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa tai molempia vähintään kerran viikossa.

Kotihoidon asiakkaat

Ilmoitetaan kotihoidon säännöllisiä palveluja saavat asiakkaat ikäryhmissä 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet joulukuussa 2021 eli sellaiset henkilöt, joilla kyseisenä ajankohtana on olemassa palvelujen saantia koskeva suunnitelma tai päätös ja jotka saavat kotihoitoa vähintään kerran viikossa (henkilötunnus ker-
taalleen).

Palveluasuminen (keskiraskas palveluasuminen)

Palveluasuminen on asumismuoto, jossa asukas voi saada päivittäiset tarpeidensa mukaiset palvelut itsenäisen asumisen mahdollistamiseksi. Yksilöllinen palvelutarve määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kunta osoittaa asukkaat palvelutaloihin tai tekee palveluasumis päätökset.

Kunnan kotihoito voi antaa palveluja yksityisten säätiöiden tai muiden vastaavien tahojen palvelutaloissa asuville, mutta tätä ei tarkastella kunnan kannalta palveluasumisena, vaan palvelut ovat osa kunnan kotihoitoa.

Keskiraskaaksi palveluasumiseksi määritellään sellainen palvelu, joka annetaan palvelutaloksi nimettyyn yksikköön, jonka henkilöstömitoitus (hm) on hoito- ja huolenpitohenkilöstön osalta vähintään 0,20 työntekijää asukasta kohti. Mitoitukset ovat laskennallisia. Henkilökuntaa, joka tekee pelkästään virkistys- ja askartelu- tai ruokapalvelutehtäviä, ei lasketa mukaan. Henkilöstömitoitus lasketaan koko talon osalta, ei yksilöllisesti asukkaista.

Keskiraskaan palveluasumisen asiakkaat

Palveluasumisen asiakkaiksi 31.12. luetaan ne asukkaat, joilla on voimassa oleva vuokrasuhde palveluasuntoon. Lisäksi Vantaan tietoihin sisältyy lyhytaikainen kotiutusasuntotoiminta, vaikka asiakkailla ei ole vuokrasuhdetta. Raportissa ilmoitetaan keskiraskaan palveluasumisen (hm 0,2–0,49) 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet asukkaat 31.12.

Omaishoidon tuki

Omaishoidon asiakkaalla on omaishoidon tuen sopimus sekä hoito- ja palvelusuunnitelma.

Omaishoidon tuen asiakkaat

Ilmoitetaan kaikki omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet asiakkaat ikäryhmittäin 31.12.

Tehostettu palveluasuminen

Tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat ne ikääntyneille tarkoitettut palveluasumisyksiköt, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Ne eroavat vanhainkodeista muun muassa siten, että Kela on hyväksynyt ne avohoidon yksiköiksi (STM 2008, 52).

Tehostettuun palveluasumiseen luetaan ne palvelutaloiksi tai ryhmäkodeiksi nimetyt yksiköt, joissa hoito- ja huolenpitohenkilöstöä on vähintään 0,55 työntekijää asukasta kohti. Mitoitukset ovat laskennallisia. Henkilökuntaa, joka tekee pelkästään virkistys- ja askartelu- tai ruokapalvelutehtäviä, ei oteta mukaan laskelmaan.

Tehostetun palveluasumisen asiakkaat

Ilmoitetaan vanhusten tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet pitkä- ja lyhytaikaiset asukkaat yhteensä 31.1

Vanhuspalvelujen laitoshoido

Vanhusten laitoshoido annetaan sekä sosiaalihuollon toimintayksiköissä (sosiaalihuoltolaki 710/1982, 24 §) että terveydenhuollon yksiköissä (terveydenhuoltolaki 1326/2010, 67 §). Tässä raportissa sosiaalihuollon toimintayksiköitä kutsutaan vanhainkodeiksi ja terveydenhuollon yksiköjä terveyskeskusten pitkäaikaisvuodeosastoiksi.

Vanhainkotien asiakkaat

Ilmoitetaan vanhainkotien kaikki 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., pitkä- ja lyhytaikaishoitoasiakkaat yhdessä. Pitkäaikaishoidon asiakkaalle on tehty pitkäaikaishoidon maksupäätös. Lyhytaikaishoidon asiakkaan hoito laitoksessa on määräaikaista tai tilapäistä.

Terveyskeskuksen vuodeosastojen pitkäaikaishoidon potilaat

Ilmoitetaan vuodeosastolla olevat pitkäaikaishoidon 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet 31.12., potilaat yhteensä. Pitkäaikaishoidon potilaalle on tehty pitkäaikaishoidon maksupäätös. Lyhytaikaishoidon potilaan hoito laitoksessa on määräaikaista tai tilapäistä.

Varhaiskasvatus

Varhaiskasvatusikäiset lapset on ikäryhmä vanhempainrahakauden päättymisestä oppivelvollisuuden alkuun (noin 10 kk - 6v).

Kunnallinen varhaiskasvatus on kunnan itse tuottamaa varhaiskasvatusta kunnallisessa päiväkodissa ja kunnallisessa perhepäivähoidossa.

Perhepäivähoitoon sisältyvät hoitajan kotona tapahtuva varhaiskasvatus, hoidettavien lasten kodeissa tapahtuva varhaiskasvatus ja ryhmäperhepäiväkodissa tapahtuva varhaiskasvatus.

Kunnan ostopalveluna hankkima varhaiskasvatus on varhaiskasvatusta, jota kunta hankkii yksityiseltä palveluntuottajalta joko ostopalvelusopimuksella tai antamalla palveluntuottajalle maksusitoumuksen yksittäisestä lapsesta. Kunta voi ostaa varhaiskasvatusta myös toiselta kunnalta ja kuntayhtymältä. Lisäksi kunta voi hankkia esiopetusta määrämillään perusteilla.

Kunnan järjestämä varhaiskasvatus on kunnallista ja kunnan ostopalveluna hankkima varhaiskasvatusta.

Lasten yksityisen hoidon tuki on lapsen hoidon järjestämiseksi vanhemman tai muun huoltajan osoittamalle varhaiskasvatuksen tuottajalle suoritettava taloudellinen tuki, johon kuuluu hoitoraha ja tulosidonnainen hoitolisä. Kunta voi maksaa hoitorahaa ja hoitolisää korotettuna päättämiensä perusteiden mukaisesti (kunnallinen lisä). (Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta 1128/1996)

Hoidon tuottaja voi olla yksityinen henkilö, yhteisö tai yritys, joka korvausta vastaan harjoittaa lasten varhaiskasvatustoimintaa tai vanhemman tai muun huoltajan kanssa lasten varhaiskasvatuksesta työsopimuksen tehnyt henkilö, ei kuitenkaan saman kotitalouden jäsen.

Yksityisen varhaiskasvatuksen palvelusetelillä tarkoitetaan varhaiskasvatuksen järjestämisvastuussa olevan kunnan varhaiskasvatuspalvelua tarvitsevalle perheelle myöntämää sitoumusta, jolla korvataan palvelujen tuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määräämään enimmäisarvoon asti. Palvelusetelin asiakaskohtainen suuruus määritellään yhtäläisin perustein kunnallisen varhaiskasvatuksen asiakasmaksun määrittelyn

kanssa. Palveluseteli voi konkreettisesti maksuvälineenä olla esimerkiksi painettu palveluseteli, sähköinen kortti tai viranomaispäätös.

Kunnan järjestämä ja tukema varhaiskasvatus on kunnallinen ja kunnan ostopalveluna hankkima varhaiskasvatus sekä lasten yksityisen hoidon tuella tuettu ja palvelusetelillä järjestetty varhaiskasvatus.

Lasten kotihoidon tuki on lapsen hoidon järjestämiseksi vanhemmalle tai muulle huoltajalle suoritettava tuki, johon kuuluu hoitoraha ja tulosidonnainen hoitolisä. Oikeus kotihoidon tukeen on perheellä, jossa on alle kolmevuotias lapsi. Kunta voi maksaa hoitorahaa tai hoitolisää korotettuna päättämiensä perusteiden mukaisesti (kunnallinen lisä). (Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta 1128/1996) Tukea saava vanhempi tai muu huoltaja voi hoitaa lasta itse tai järjestää lapsen varhaiskasvatuksen kunnan järjestämän ja tukeman varhaiskasvatuksen ulkopuolella.

Osittaista hoitorahaa on oikeus saada lain lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta 13 §:ssä määritellyillä perusteilla. Se kohdentuu kouluikäisten lasten huoltajille, eikä sen vuoksi sisälly tässä yhteydessä lasten kotihoidon tukeen.

Laskennallinen lapsi on kunnallisen päiväkodissa annettavan varhaiskasvatuksen kustannusten vertailussa ja henkilöstön suhteuttamisessa käytettävä lasten määrä, jossa otetaan huomioon valtioneuvoston asetuksen varhaiskasvatuksesta mukainen henkilöstömitoitus ja kuntien päätökset päiväkotien henkilöstömitoituksesta ¹⁾. Laskennallinen lasten määrä saadaan muuttamalla päiväkodissa varhaiskasvatuksessa olevat lapset suhdelukujen avulla 3 vuotta täyttäneiksi kokopäiväisessä enemmän kuin viisi tuntia yhtäjaksoisesti kestävässä varhaiskasvatuksessa oleviksi lapsiksi ja ottamalla erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevat lapset lisäksi erikseen huomioon.

Kustannukset ja tulot, kunnallinen varhaiskasvatus

Kootaan erikseen varhaiskasvatus kunnallisessa päiväkodissa ja perhepäivähoidossa, josta eriteltyä hoitajan kotona tapahtuva perhepäivähoito (sisältää kolmiperhepäivähoidon) ja ryhmäperhepäivähoito. Kustannuksista otetaan pois asiakasmaksutuloja lukuun ottamatta sellaiset erät, jotka korvataan varhaiskasvatukselle osittain tai kokonaisuudessaan. Nämä kustannuksia ovat esimerkiksi työllistettyjen ja oppisopimuskoulutuksessa olevien palkkakustannukset siltä osin kuin niistä saadaan valtion tai muun tahon korvaus. Lisäksi kustannuksista vähennetään luottotappiot (vanhentuneet saatavat, jotka kirjataan luottotappioksi) irtaimen korot ja poistot sekä työterveyshuollon kustannukset, mikäli ne sisältyvät varhaiskasvatuksen kustannuksiin. Näin saadaan vertailukelpoiset bruttotuotantokustannukset, jotka tuotantomäärään suhteutettuna kuvaavat palvelujen tuottamisen taloudellisuutta. Kuusikon kuntien kunnallisen varhaiskasvatuksen kustannusten vertailussa käytetään bruttokustannuksia. Kootaan:

1) Henkilöstömenot

a. palkat, josta eriteltyä virka- ja työsuhteisten (vakituiset ja määräaikaikaiset), varahenkilöstön, ryhmä- ja henkilökohtaisten avustajien ja muut palkat

b. henkilöstösivukulut, josta eriteltyä

– KUEL-maksut

- muut henkilöstösivukulut
- c. henkilöstökorvaukset (miinusmerkkisenä, on tulos)
- d. vuokratyö (henkilöstövuokrauspalvelut) josta eriteltyinä
 - avustajat
 - sijaiset ja varahenkilöstö

2) Huoneistomenot, josta eriteltyinä

- a. vuokrat ja vastikkeet (ulkopuoliset)
- b. sisäiset vuokrat
- c. käyttökustannukset

3) Tukipalvelut, josta eriteltyinä

- a. ateriapalvelut
- b. siivous-/laitoshuollon palvelut

4) Muut menot

- a. materiaalit
- b. niiden muiden palvelujen kokonaissumma, jotka eivät sisälly kohtaan 1d ja 3.
- c. Muista palveluista kirjataan lisäksi erikseen varhaiskasvatuksen kustannuksiin sisältyvät henkilöstön koulutus ja kehittäminen, tulkkaus, lasten kuljetukset, perhepäivähoidon kustannuskorvaukset (kulukorvaukset), muut kulut

5) Varhaiskasvatuksen yhteiset menot, joiden kustannukset kohdistetaan laskennallisesti kunnallisille päiväkodeille ja perhepäivähoidolle. Kyseisiä menoja voivat olla esimerkiksi kiertävien erityislastentarhanopettajien ja varhaiskasvatuksen toimisto- ja hallinnon henkilöstön palkkakustannukset ja yhteiset koulutuskustannukset. Yhteiset menot eritellään yhteisiin henkilöstömenoihin ja muihin yhteisiin menoihin. Muista yhteisistä menoista kirjataan lisäksi erikseen varhaiskasvatuksen maksamat Ict-kustannukset (järjestelmät ja laitteet). Toimialan ja muun hallinnon yleiskustannuslisiä ei oteta mukaan kustannusten laskentaan. Kuutoskaupunkien tapa järjestää hallintonsa ja tukipalvelut sekä vyöryttää niiden kustannukset vaihtelevat kunnittain.

6) Kunnallisen varhaiskasvatuksen asiakasmaksut. Sisältää kunnan itse tuottaman varhaiskasvatuksen asiakasmaksutulot. Ei sisällä ostopalveluna hankitun varhaiskasvatuksen asiakasmaksutuloja eikä toisen kunnan suorittamaa korvausta varhaiskasvatuksesta

Liite 2 Kuusikko-työryhmä

Ohjausryhmä vuoden 2022 lopussa

Ohjausryhmän puheenjohtaja

Sari Ahonen

Palvelualuepäällikkö
Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Varha
Sari.ahonen@varha.fi

Timo Cantell

Helsingin kaupunki, Strategiaosasto/Kaupunkitieto

Katja Vilkama

Helsingin kaupunki, Strategiaosasto/Kaupunkitieto

Sampo Pajari

Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala

Jarnila Iiro

Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala

Tua Ekblad

Espoon sosiaali- ja terveystoimi

Sari Ekholm

Vantaan sivistystoimi

Pekka Mäki

Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

Vesa Kulmala

Turun kasvatus- ja opetustoimi

Sirpa Kuronen

Turun kaupungin hyvinvointitoimiala

Leena Viitasaari

Tampereen hyvinvointipalvelut

Heidi Alatalo

Oulun hyvinvointipalvelut

Raportin koostamiseen osallistuneet

Aikuissosiaalityö

Minna Ryhänen

Tehtäväalueen päällikkö, aikuisten sosiaalityö
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Leena Luhtasela

Nuorten palvelujen ja aikuissosiaalityön johtaja
Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala
Perhe- ja sosiaalipalvelut
etunimi.sukunimi@hel.fi

Anne Maarit Leppänen

Suunnittelija
Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala
Tietohallintopalvelut
Tilastopalvelut
etunimi.sukunimi@hel.fi

Mika Porvari

Toiminnansuunnittelija
Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala
Hallinto, Talouden ja toiminnansuunnittelu
etunimi.sukunimi@hel.fi

Anne Qvist

Aikuissosiaalityön päällikkö, pohjoinen
Helsingin kaupunki
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala
anne.qvist@hel.fi

Kaisa Palomäki

Asiantuntija, aikuisten sosiaalipalvelut
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
kaisa.palomaki@luvn.fi

Sammy Huotari

Tilastoasiantuntija
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
sammy.huotari@luvn.fi

Jukka Uusitalo

Analyytikko
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
jukka.uusitalo@vakehyva.fi

Kati Saastamoinen

Controller
Konsernipalvelut, Talouspalvelut, Talous-
suunnittelu
Varsinais-Suomen hyvinvointialue
kati.saastamoinen@varha.fi

Kimmo Keskinen

Suunnittelija
Tietopalvelut
Varsinais-Suomen hyvinvointialue
kimmo.keskinen@varha.fi

Asko Puumalainen

Suunnittelija
Pirkanmaan hyvinvointialue
asko.puumalainen@pirha.fi

Susanna Lähde

Palvelualuejohtaja
Oulun alueelliset palvelut, Perhe- ja sosi-
aalipalvelut ja Oys psykiatria
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
Pohde
susanna.lahde@pohde.fi

Tuovi Mattanen

palveluasiantuntija
Tietohallinto, toiminnan tietojärjestelmät
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
Pohde
tuovi.mattanen@pohde.fi

Lastensuojelu**Teija Sulisalo**

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
teija.sulisalo@pohde.fi

Saila Nummikoski

Lastensuojelun johtaja
Helsingin kaupunki
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastusoi-
miala
saila.nummikoski@hel.fi

Marjut Meronen

Taloussuunnittelija
Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala
Talous- ja tukipalvelut
etunimi.sukunimi@hel.fi

Sisko Mäkinen

Suunnittelija
Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala
Tietohallintopalvelut
etunimi.sukunimi@hel.fi

Kati Villgren

Palvelulinjajohtaja, lasten ja nuorten eri-
tyisen tuen palvelut
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
etunimi.sukunimi@luvn.fi

Sammy Huotari

Tilastoasiantuntija
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
etunimi.sukunimi@luvn.fi

Saana Pukkio

Perheiden erityispalvelujen johtaja
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
saana.pukkio@vakehyva.fi

Kimmo Keskinen

Suunnittelija
Tietopalvelut
Varsinais-Suomen hyvinvointialue
kimmo.keskinen@varha.fi

Minna Kuusela

Vastaava sosiaalihuollon johtaja
Pirkanmaan hyvinvointialue
minna.kuusela@pirha.fi

Satu Ronkainen

suunnittelija
Lasten, nuorten ja perheiden palvelulinja
Pirkanmaan hyvinvointialue
satu.ronkainen@pirha.fi

Tuovi Mattanen

palveluasiantuntija
Tietohallinto, toiminnan tietojärjestelmät
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
Pohde
tuovi.mattanen@pohde.fi

Päihde- ja mielenterveyspalvelut**Antti Alitalo**

Suunnittelija
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
etunimi.sukunimi@hel.fi

Mirja Asikainen

Toiminnansuunnittelija
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
etunimi.sukunimi@hel.fi

Tuija Jokela

Taloussuunnittelija
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
etunimi.sukunimi@hel.fi

Anne Leppänen

Suunnittelija
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
etunimi.sukunimi@hel.fi

Taru Neiman

Asumisen tuen päällikkö
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
etunimi.sukunimi@hel.fi

Aila Ronkanen

Psykososiaalisen työn päällikkö, Päihde-
palvelut
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
etunimi.sukunimi@hel.fi

Tuomo Varis

Asiantuntija
tuomo.varis@luvn.fi
Espoo/Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Laura Penttinen

Johtava sosiaalityöntekijä
laura.penttinen@luvn.fi
Espoo/Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Heidi Gåsman

Palveluyksikköpäällikkö
Espoo/Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
heidi.gasman@luvn.fi

Tuomo Laurikainen

Laskentasuunnittelija
Espoo/Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
tuomo.laurikainen@luvn.fi

Maria Jokela

Analyytikko
Vantaa/Vantaan ja Keravan hyvinvointi-
alue
maria.jokela@vakehyva.fi

Heidi Nurmi-Ahola

Asiantuntija
Vantaa/Vantaan ja Keravan hyvinvointi-
alue
heidi.nurmi-ahola@vakehyva.fi

Hanna Ahokas

Tehtäväaluepäällikkö
Vantaa/Vantaan ja Keravan hyvinvointi-
alue
hanna.ahokas@vakehyva.fi

Otto Huttunen

Vs. päällikkö mtp-palvelut sote alue 7(8)
Turku /Varsinais-Suomen hyvinvointialue
otto.huttunen@varha.fi

Pasi Lehti

Johtava sosiaalityöntekijä
Turku /Varsinais-Suomen hyvinvointialue
pasi.lehti@varha.fi

Tarja Koskinen

Tietojohtamisen suunnittelija
Tampere/Pirkanmaan hyvinvointialue
tarja.koskinen@pirha.fi

Kristiina Terävä
palvelupäällikkö
Tampere/ Pirkanmaan hyvinvointialue
kristiina.terava@pirha.fi

Mikael Jurvelin
Vastuuyksikköpäällikkö
Oulu/Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-
alue
mikael.jurvelin@pohde.fi

Marjo Kiviniemi
Tuloksellisuustarkastaja
Oulu/Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-
alue
marjo.kiviniemi@pohde.fi

Vammaisten palvelut

Viivi Friman
Suunnittelija
Helsingin kaupunki
viivi.friman@hel.fi

Viivi Väänänen
Toiminnansuunnittelija
Helsingin kaupunki
viivi.vaananen@hel.fi

Suvi Linnanmäki-Koskela
Asiantuntija
Espoo/Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
suvi.linnanmaki-koskela@luvn.fi

Satu Lotz
Controller
Vantaa/Vantaan- ja Keravan hyvinvointi-
alue
satu.lotz@vakehyva.fi

Maija Väänänen
Tehtäväaluepäällikkö
Vantaa/Vantaan- ja Keravan hyvinvointi-
alue
maija.vaananen@vakehyva.fi

Kaisa Kiiski
Vammaispalvelupäällikkö
Turku/Varsinais-Suomen hyvinvointialue,
kaisa.kiiski@varha.fi

Anna Mikola
Vs. vammaispalvelusuunnittelija
Turku/Varsinais-Suomen hyvinvointialue
anna.mikola@varha.fi

Anna Mustonen
Koordinoiva ostopalvelupäällikkö
Tampere/ Pirkanmaan hyvinvointialue
anna.mustonen@pirha.fi

Marjaana Räsänen
Vammaispalvelujohtaja
Tampere/ Pirkanmaan hyvinvointialue
marjaana.rasanen@pirha.fi

Miia Kekarainen
Hankintapäällikkö
Oulu/ Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-
alue
miia.kekarainen@pohde.fi

Tuovi Mattanen
Palveluasiantuntija
Oulu/ Pohjoispohjanmaan hyvinvointialue
tuovi.mattanen@pohde.fi

Marja Salo
Palvelualuejohtaja
Oulu/ Pohjoispohjanmaan hyvinvointialue
marja.salo@pohde.fi

Vanhuspalvelut

Antti Alitalo
Suunnittelija
Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoi-
miala
antti.alitalo@hel.fi

Marja Forsman
Suunnittelija
Helsingin kaupunki
marja.forsman@hel.fi

Heli Koskisuo
Toiminnan suunnittelija
Helsingin kaupunki
heli.koskisuo@hel.fi

Maarit Varis

Toiminnan suunnittelija
Helsingin kaupunki
maarit.varis@hel.fi

Niina Savikko

Ikääntyneiden palvelujen
erityisasiantuntija
Espoo/ Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
niina.savikko@luvn.fi

Henna Halonen

Analyttikko, vanhusten palvelut
Vantaa/Vantaan ja Keravan hyvinvointi-
alue
henna.halonen@vakehyva.fi

Tiina Mäkinen

Suunnittelija
Turku/Varsinais-Suomen hyvinvointialue,
Järjestämisen palvelut
tiina.m.makinen@varha.fi

Kimmo Keskinen

Suunnittelija
Turku/Varsinais-Suomen hyvinvointialue,
Järjestämisen palvelut
kimmo.keskinen@varha.fi

Jukka Mäkinen

Suunnittelija
Tampere / Pirkanmaan hyvinvointialue
jukka.makinen@pirha.fi

Tarja Peltoniemi

Tietoasiantuntija
Oulu/Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-
alue
tarja.t.peltoniemi@pohde.fi

Maria Vahtola

Palvelualuejohtaja
Oulu/Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-
alue
maria.vahtola@pohde.fi

Leena Västilä

Controller
Oulu/Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-
alue
leena.vastila@pohde.fi

Varhaiskasvatus**Mikko Mäkelä**

Varhaiskasvatuksen johtaja
Vantaan kasvatuksen ja oppimisen toi-
miala
Varhaiskasvatuksen palvelualue
mikko.makela@vantaa.fi

Miia Kemppi

Varhaiskasvatusjohtaja
Helsingin kasvatuksen ja
koulutuksen toimiala
Varhaiskasvatus ja esiopetus
miia.kemppi@hel.fi

Maija Ärling

Controller
Helsingin kasvatuksen ja
koulutuksen toimiala
Hallinto- ja tukipalvelut
maija.arling@hel.fi

Elina Niemelä

Suunnittelija
Helsingin kasvatuksen ja
koulutuksen toimiala
Hallinto- ja tukipalvelut
elina.paula.niemela@hel.fi

Petteri Räisänen

Erityissuunnittelija
Helsingin kasvatuksen ja
koulutuksen toimiala
Varhaiskasvatus ja esiopetus
petteri.j.raisanen@hel.fi

Sirpa Seppälä

HR-asiantuntija
Helsingin kasvatuksen ja
koulutuksen toimiala
Henkilöstöresurssipalvelut
sirpa.seppala@hel.fi

Heidi Tapojärvi

Suunnittelija
Helsingin kasvatuksen ja koulutuksen
toimiala
Hallinto- ja tukipalvelut
heidi.tapojarvi@hel.fi

Virpi Mattila

Varhaiskasvatuksen johtaja
Espoon kasvun ja oppimisen toimiala
Suomenkielinen varhaiskasvatus
virpi.mattila@espoo.fi

Anne Peltonen

Erityissuunnittelija
Espoon kasvun ja oppimisen toimiala
Suomenkielinen varhaiskasvatus
anne.peltonen@espoo.fi

Jaana Turunen

Talousasiantuntija
Espoon kasvun ja oppimisen toimiala
Esikunta
jaana.m.turunen@espoo.fi

Maija Koiso-Kanttila

Suunnittelija
Espoon kasvun ja oppimisen toimiala
Suomenkielinen varhaiskasvatus
maija.koiso-kanttila@espoo.fi

Helena Bastman Taloussuunnittelija

Vantaan kasvatuksen ja oppimisen
toimiala
Varhaiskasvatuksen palvelualue
helena.bastman@vantaa.fi

Sari Ekholm

Controller-asiantuntija
Vantaan kasvatuksen ja oppimisen
toimiala
Varhaiskasvatuksen palvelualue
sari.ekholm@vantaa.fi

Vesa Kulmala

Palvelualuejohtaja
Turun sivistystoimiala
Varhaiskasvatuspalvelut
vesa.kulmala@turku.fi

Kirsi Kanninen

Talousasiantuntija
Turun konsernihallinto
Yhteiset palvelut, talouspalvelut
kirsi.kanninen@turku.fi

Anne Koivisto

Järjestelmäasiantuntija
Turun konsernihallinto
Yhteiset palvelut
anne.ma.koivisto@turku.fi

Satu Leppänen

Vs. palvelupäällikkö
Turun sivistystoimiala
Varhaiskasvatuspalvelut
satu.leppanen@turku.fi

Marko Hietapohja

Järjestelmäasiantuntija
Turun sivistystoimiala Yleishallinto-
ja henkilöstöpalvelut
katja.suomela@turku.fi

Elli Rasimus

Varhaiskasvatusjohtaja Tampereen
hyvinvointipalvelut
Varhaiskasvatus ja perusopetus
elli.rasimus@tampere.fi

Henrik Hiekkataipale Suunnittelija

Tampereen hyvinvointipalvelut
Varhaiskasvatus ja perusopetus
henrik.hiekkataipale@tampere.fi

Heli Rautanen

Palvelupäällikkö
Tampereen hyvinvointipalvelut
Varhaiskasvatus ja perusopetus
heli.rautanen@tampere.fi

Katri Mantere

Asiakaspalvelupäällikkö Tampereen
hyvinvointipalvelut
Varhaiskasvatus ja perusopetus
katri.mantere@tampere.fi

Kirsi Ranki

vt. varhaiskasvatusjohtaja 30.4.2023
saakka
Oulun sivistys- ja kulttuuripalvelut
Varhaiskasvatuspalvelut
kirsi.ranki@ouka.fi

Anne Jokiniemi

Sovelluskoordinaattori
Oulun sivistys- ja kulttuuripalvelut
Varhaiskasvatuspalvelut
anne.jokiniemi@ouka.fi

Jonne Karinkanta

Konsernicontroller
Oulun sivistys- ja kulttuuripalvelut
Varhaiskasvatuspalvelut
jonne.karinkanta@ouka.fi

Sari Nyberg

Varhaiskasvatuksen erityisasiantuntija
Oulun sivistys- ja kulttuuripalvelut
Varhaiskasvatuspalvelut
sari.nyberg@ouka.fi

Työryhmien sihteerit**Varpu Mäkelä**

Projektitutkija
Helsingin kaupunki
Strategiaosasto /
Kaupunkitietopalvelut
varpu.makela@hel.fi

Nora Tanner

Projektitutkija
Helsingin kaupunki
Strategiaosasto /
Kaupunkitietopalvelut
nora.tanner@hel.fi

