

Sosiaali- ja
terveyskertomus 2002



ISSN 1236-2050

ISBN 952-00-1120-X

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Oy Edita Prima Ab, Helsinki 2002

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveystietokertomus 2002. Helsinki 2002. 196 s. (Sosiaali- ja terveystietominstöriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2002:11) ISBN 952-00-1120-X.

Sosiaali- ja terveystietokertomus perustuu eduskunnan joulukuussa 1997 hyväksymään lakiin (1080/1997) jonka mukaan asianomainen ministöriö antaa kahden vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä koskevan sosiaali- ja terveystietokertomuksen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona.

Kertomus kattaa pääosin menneen kaksivuotiskauden (vv.2000–2001), mutta se sisältää myös joitakin pidemmän aikavälin analyysyjä. Tällä kertaa tekstissä on painotettu globaalin kehityksen seurauksia kansalliseen sosiaali- ja terveystietopolitiikkaan. Samoin on nostettu esille teknologian moninaiset yhteydet sosiaaliseen kehitykseen. Kertomuksessa on myös aineistoa alueellisesta kehityksestä maan sisällä sekä sosiaaliryhmien kehityserojen vertailua.

Kertomus on laadittu laajassa yhteistyössä eri ministöriöiden kanssa lähtien siitä ajatuksesta, että kaikilla yhteiskunnan sektoreilla tehtävillä päätöksillä on sosiaali- ja terveystietopolitiittisia vaikutuksia ja seurauksia.

Yleinen taloudellinen kehitys on kertomuskaudella ollut pääosin suotuisa. 90-luvun alkupuolen laman jäljistä näkyvät enää korkealla pysyttelevä rakenteellinen työttömyys ja suhteellisen korkea valtion velka. Valtion budjetin liikkumavara on kuitenkin ollut kohtuullinen. Se on mahdollistanut kertomuskaudella monet sosiaali- ja terveystietopolitiikan alueella toteutetut uudistukset.

Merkittävänä kysymyksenä kertomuskaudella on noussut esille toisaalta maan sisäisten alueellisten erojen kasvaminen ja toisaalta tuloerojen ja syrjäytymisuhkien kasvu. Alueelliseen kehitykseen hallitus on puuttunut käynnistämällä uudenlaisia aluepolitiittisia hankkeita, edistämällä seutukuntien ja aluekeskusten kehittymistä. Syrjäytymisuhkien torjunnassa hallitus lisäsi toimia mm. ns. köyhyyspaketilla. Samoin valmisteltiin kansallinen syrjäytymisen vastainen toimitasuunnitelma.

Kertomuskauden lopulla voimitui keskustelu maamme terveydenhuollon tilasta ja kehittämistarpeista. Tämän johdosta valtioneuvosto käynnisti erityisen terveydenhuollon uudistamisprojektin, jonka tulokset ja ehdotukset julkistetaan huhtikuussa 2002.

Kertomuksen loppuun on koottu laajahko tiivistelmäosio, jota lukemalla on mahdollista saada kokonaiskuva siitä mitä teemoja kertomuksessa käsitellään.

Avainsana:

Hyvinvointi, kansanterveys, sosiaalipalvelut, sosiaaliturva,terveys, terveystietopolitiikka

Sammandrag

Social- och hälsovårdsberättelse 2002. Helsingfors 2002. 196 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2002:11) ISBN 952-00-1120-X.

Social- och hälsovårdsberättelsen baserar sig på den lag (1080/1997) som riksdagen antog i december 1997, enligt vilken vederbörande ministerium med två års mellanrum skall lämna en social- och hälsovårdsberättelse om folkhälsan och socialskyddets tillstånd och utveckling. Berättelsen skall utgöra ett särskilt komplement till berättelsen om regeringens åtgärder. Berättelsen täcker huvudsakligen den gångna tvåårsperioden (åren 2000–2001), men innehåller även vissa analyser som spänner över en längre tid. Den här gången har tyngdpunkten i berättelsen lagts på den globala utvecklingens konsekvenser för den nationella social- och hälsovårdspolitiken. Likaså har de mångahanda beröringspunkterna mellan teknologi och social utveckling lyfts fram. Berättelsen innehåller också material om den regionala utvecklingen inom landet samt en jämförelse av utvecklingskillnaderna mellan socialgrupperna. Berättelsen har utarbetats genom ett brett samarbete mellan olika ministerier utgående från tanken att beslut inom alla samhällssektorer får social- och hälsopolitiska effekter och följdverkningar. Den allmänna ekonomiska utvecklingen har varit gynnsam under den period som berättelsen gäller. De enda synliga spår som finns kvar efter lågkonjunkturen i början av 90-talet är en strukturell arbetslöshet som fortfarande är hög samt en relativt hög statskuld. Spelrummet i statsbudgeten har ändå varit skäligt och har möjliggjort många reformer inom social- och hälsovårdspolitiken under perioden. En viktig fråga som aktualiserats under perioden är dels de allt större regionala skillnaderna inom landet, dels de växande inkomstskillnaderna och det tilltagande hotet om utslagning. Regeringen har ingripit i den regionala utvecklingen genom att inleda en ny typ av regionalpolitiska projekt som skall främja utvecklingen i ekonomiska regioner och regioncentra. När det gäller förebyggande av utslagning ökade regeringen sina insatser bl.a. genom det s.k. fattigdomspaketet. Likaså bereddes en nationell handlingsplan för förebyggande av utslagning. Debatten om den finländska hälsovården och utvecklingsbehovet i fråga om den blev livligare i slutet av perioden. Till följd härav inledde statsrådet ett särskilt reformprojekt för hälsovården, vars resultat och förslag tillkännages i april 2002. I slutet av berättelsen finns ett rätt omfattande sammandrag, som ger en helhetsbild av de teman som behandlas i berättelsen.

Nyckelord:

Folkhälsa, hälsa, hälsovårdspolitik, social service, socialskydd, välfärd,

Summary

Report on Social Affairs and Health 2002. Helsinki 2002. 196 p. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050, 2002:11) ISBN 952-00-1120-X.

The Report on Social Affairs and Health is based on the Act passed by Parliament in December 1997 (1080/1997), according to which the Ministry in question must give out a report on the state and development of public health and social security at two-year intervals to be used as an attachment to the government's annual report. The report at hand covers primarily the past two years (2000-2001), but it also includes some more long-term analyses. The effects of global development on national social and health care policy have been prioritised this time. The manifold links of technology to social development are also pointed out. The report also includes some material concerning the regional development within Finland as well as comparison of the differences in development between social groups. The report has been drawn up jointly by several ministries, based on the idea that the decisions made in all sectors of society have effects on and consequences for social and health policy. The general economic development trend has been mostly positive during the time covered by the report. The only traces remaining of the recession of the early 1990s are structural unemployment, which continues at a high level, and the relatively large national debt. The state budget still has a moderate degree of leeway, however. This has made it possible to bring off many of the social and health care reforms that were carried out during the period covered in the report. Major issues that have emerged during the report period are on one hand the growth of differences between regions within the country, and on the other hand the increase in income differences and the risk of exclusion. The government has tackled the issue of regional development by launching new kinds of regional policy projects, by promoting the development of municipal federations and regional centres. The government has intensified its efforts at combating the risk of exclusion e.g. by the introduction of the so-called poverty package. A national action plan for the prevention of exclusion was also prepared. At the end of the report period debate on the state and need of development of Finnish health care gained in strength. This is why the Council of State launched a particular health care reform project, the results and recommendations of which will be published in April 2002. The end of the report contains a fairly extensive abstract of the report. It is possible to gain an overall view of the themes discussed in the report by reading the abstract.

Key words:

Health, health policy, public health, social security, social services, welfare

Sisällys

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Summary	5
1 Johdanto	9
2 Muutoksia toimintaympäristössä	13
2.1 Globalisaatio, sosiaalinen kehitys ja terveys	13
2.1.1 Globaalit kehityssuunnat	13
2.1.2 Sosiaali- ja terveyskysymykset ja EU	15
2.2 Väestömuutokset ja muuttoliike alueellisen erilaistumisen haasteena	16
2.2.1 Väestörakenteen muutokset ja 1990-luvun muutto	16
2.2.2 Väestömuutokset ja hyvinvointi	19
2.3 Teknologia ja hyvinvointi	21
2.3.1 Teknologian yhteiskunnalliset vaikutukset	21
2.3.2 Teknologia ja arki	23
2.4 Talous – työllisyyden ja sosiaaliturvan reunaehto	25
2.4.1 Valtion talous ja työllisyys	25
2.4.2 Sosiaalimenojen ja rahoituksen kehitys	27
2.4.3 Kuntatalouden kehitys	30
3 Terveys ja terveyspalvelut	33
3.1 Terveyden taustatekijät	33
3.1.1 Elintavat terveyden taustatekijöinä	33
3.1.2 Tapaturmat	37
3.2 Terveystilan muutokset	38
3.2.1 Somaattinen terveys	39
3.2.2 Mielen terveys	41
3.2.3 Terveyserot	42
3.2.4 Terveys 2000	43
3.3 Terveystila ikäryhmittäin	43
3.3.1 Lasten ja nuorten terveys	43
3.3.2 Varusmiehet	44
3.3.3 Työikäiset	45
3.4 Ikääntyneiden terveys	47
3.5 Ehkäisevä terveyspolitiikka ja terveyspalveluiden kehitys	48
3.5.1 Ehkäisevä terveyspolitiikka	48
3.5.2 Terveysvalvonta	50
3.5.3 Ympäristöterveys	51
3.5.4 Muut ehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteet	52
3.5.5 Perusterveydenhuolto	53
3.5.6 Erikoissairaanhoido	54
3.5.7 Terveystoimihenkilöstö	55

3.5.8	Mielenterveyspalvelut	58
3.5.9	Työterveyshuolto	60
3.5.10	Suun terveys	60
3.5.11	Lääkkeet	61
3.5.12	Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut	62
3.6	Suomalaisten terveyden kehityssuunnat	63
4	Elinolojen kehitys Suomessa	65
4.1	1990-luku ja hyvinvointivaltion muutos	65
4.2	Toimeentulo	67
4.2.1	Taloudellinen toimeentulo	67
4.2.2	Universaalien etujen kehitys vuosina 2000–2001	71
4.2.3	Viimesijainen toimeentuloturva	75
4.3	Työllisyys, koulutus ja työolot	80
4.3.1	Muuttuvat työelämän rakenteet ja työllisyys	80
4.3.2	Työllisyys ja työttömyys alueittain ja erityisryhmittäin	82
4.3.3	Työvoima- ja sosiaalipoliittiset toimenpiteet	84
4.3.4	Koulutus työllistymisen tukena	87
4.3.5	Työolojen kehitys	93
4.4	Arkielämän ympäristöt	99
4.4.1	Asuminen	99
4.4.2	Kauppa	101
4.4.3	Liikenne	102
5	Palvelujärjestelmä ja sosiaaliset olot	107
5.1	Hyvinvointipalvelut	107
5.1.1	Palveluympäristö muuttuu	107
5.1.2	Lasten ja nuorten palvelut	110
5.1.3	Ikäntyneiden palvelut	115
5.1.4	Vammaisten ja kehitysvammaisten palvelut	118
5.1.5	Maahanmuuttajien kotouttaminen	120
5.2	Erityiset sosiaaliset ongelmat ja syrjäytyminen	122
5.2.1	Päihteiden käyttö	122
5.2.2	Asunnottomuus	127
5.2.3	Lastensuojelu	128
5.2.4	Pitkäaikaistyöttömyys	130
5.2.5	Ylivelkaantuminen	131
5.2.6	Väkivalta ja turvattomuus	135
5.2.7	Syrjäytyminen moniongelmaisuuksena	138
6	Sosiaaliset olot ja kansanterveys globaalin, alueellisen ja paikallisen toiminnan kohteena	145
6.1	Sosiaali- ja terveyspolitiikan kehitys kansainvälisillä foorumeilla	145
6.1.1	YK ja sen erityisjärjestöt	146
6.1.2	Maailman terveysjärjestö WHO	149

6.1.3	Terveys- ja sosiaalialan kehitysyhteistyö	150
6.1.4	Muut maailmanlaajuiset organisaatiot	150
6.1.5	Sosiaaliset olot ja terveys EU:n toimintapolitiikassa	151
6.1.6	Suomi Euroopan neuvostossa	152
6.1.7	Pohjoismainen puheenjohtajuusohjelma 2001	153
6.1.8	Lähialueyhteistyö	154
6.2	Hallituksen aluepolitiikka, tavoitteet ja toteutus	155
6.2.1	Aluekeskusohjelman tavoitteet ja toteutus	155
6.2.2	Alueelliset seutu- ja yhteistyöhankkeet	158
6.2.3	Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden aluehallintoviranomaisten välillä	160
6.3	Sosiaali- ja terveystalouden alueellisessa tarkastelussa	161
6.3.1	Etelä-Suomen lääni	161
6.3.2	Itä-Suomen lääni	164
6.3.3	Länsi-Suomen lääni	165
6.3.4	Lapin lääni	167
6.3.5	Oulun lääni	168
6.4	Paikallinen hyvinvointipolitiikka	169
6.4.1	Kuntien tuottamat hyvinvointipalvelut	170
6.4.2	Tavoite- ja toimintaohjelman toteutus alkanut	171
6.4.3	Sosiaalialan yksityiset yritykset	172
6.4.4	Järjestöt hyvinvointipalveluiden tuottajina	174
7	Sosiaali- ja terveystalouden kehitys	178
7.1	Perusoikeudet, hyvinvointi ja terveys	178
7.1.1	Lainsäädännön muutoksia	178
7.1.2	Perusoikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten toiminnassa	180
7.1.3	Muut toimenpiteet	181
	Yhteenveto	183
	Sosiaalisten olojen kehittyminen	183
	Terveystalouden kehitys	189
	Sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuus	191
	Asiahakemisto	194

1

JOHDANTO

Eduskunnan joulukuussa 1997 hyväksymän lain (1080/1997) mukaan asianomainen ministeriö antaa kahden vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä koskevan sosiaali- ja terveystieteen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona.

Nyt käsillä oleva sosiaali- ja terveystieteen raportti on valmistettu virkamiestyönä sosiaali- ja terveysministeriössä, jonka lisäksi valmisteluun ovat osallistuneet kaikkien muiden ministeriöiden edustajat. Raportin tekstien muokkauksesta ja laadinnasta ovat vastanneet Kansanterveyslaitoksesta ja Stakesista nimetyt sihteerit. Laaja-alaisella valmistelulla on haluttu koota mahdollisimman kattava ja asiantunteva aineisto. Raportin valmistelussa on otettu huomioon, että sosiaali- ja terveystieteen poliittisesti tärkeitä päätöksiä tehdään kaikilla yhteiskuntapolitiikan sektoreilla.

Sosiaali- ja terveystieteen raportin rakenne on laadittu siten, että se kuvaisi mahdollisimman laajasti väestön sosiaalisissa ja terveydellisissä oloissa tapahtuneita muutoksia. Tämän vuoksi raportti ei analysoi erityisesti järjestelmän rakenteita ja toimintaperiaatteita. Se ei kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita ja toimintaa, vaan painottaa ilmiöitä.

Raportissa on otettu laajasti esille myös kansainvälisen sosiaali- ja terveystieteen kysymykset. Globalisaatio ei ole enää vain yleispolitiikkaa ja taloutta koskeva kysymys, vaan säteilee kaikille elämäntilanteille. Globalisaation seurauksia ja mahdollisuuksia on analysoitava yhä laajemmin myös sosiaali- ja terveystieteen politiikassa.

Sosiaalisen kehityksen ja teknologian yhteyksiä raportissa on tarkasteltu sekä tuoreiden tutkimusten että toteutettujen käytännön toi-

menpiteiden ja hankkeiden kautta. Teknologinen kehitys muodostaa Suomessa vahvan kansantalouden uudistumisen perustan. Maamme on lyhyessä ajassa muuttunut uudenaikaiseksi verkostoyhteiskunnaksi. Toisaalta teknologinen kehitys mahdollistaa sosiaali- ja terveyssektorilla ja myös muilla hyvinvointipolitiikan alueilla uudenlaisten palveluketjujen ja palvelumallien ja niiden tuottavuuden kehittämisen.

Luvussa kaksi kuvataan keskeisimpiä toimintaympäristöön liittyviä muutoksia, jotka ovat olleet kertomusajanjaksolla erityisesti esillä. Tarkastelun teemoja ovat yleinen taloudellinen kehitys, globalisaatio, teknologinen kehitys, työllisyys sekä väestöllinen ja alueellinen kehitys. Kuvaus siitä miten kansalaiset voivat, mitä on tehty ja missä on oltu mukana niin kotimaassa kuin kansainvälisilläkin foorumeilla sisältyy lukuihin 3–6. Lukujen aineistot on koottu sosiaali- ja terveysministeriön omista aineistoista, Stakesin sekä eri ministeriöiden toimittamista tiedoista.

Luvussa kolme kuvataan suomalaisten terveyden kehitystä kertomusajanjaksolla. Pääasiallisena aineistona ovat Kansanterveyslaitoksen juuri valmistuneet tiedot terveyden kehityksestä. Luvussa neljä analysoidaan sosiaalisten olojen kehitystä Suomessa. Luku viisi kuvaa palvelutarpeen, sosiaalisten ongelmien ja palvelujärjestelmän kehitystä ja toimivuutta kertomusajanjaksolla.

Luvussa kuusi kuvataan Suomen toimintaa kansainvälisillä foorumeilla erityisesti YK:n järjestelmässä. Tarkoituksena on sekä hahmottaa mihin kansanterveyteen ja sosiaaliseen kehitykseen liittyviin asioihin Suomi on kertomusajanjaksolla ollut vaikuttamassa että mitkä kansainvälisillä foorumeilla tehdyistä ratkaisuista ovat vaikuttaneet tai tulevat vaikuttamaan oman maamme ratkaisuihin.

Alueelliseen teemaan liittyen luvussa kuusi kuvataan eräitä hyvinvoinnin ja terveyden kannalta merkityksellisiä aluepoliittisia ratkaisuja ja hankkeita. Luku sisältää myös läänien sosiaali- ja terveysosastojen arvioita oman alueensa hyvinvoinnin ja terveyden tilanteesta kunnissa. Vaikka lukuja kolme ja viisi voidaankin pitää palvelujen kuvauksen kautta samalla kunnallisen toiminnan kuvauksena, kunnallista toimintaa tarkastellaan myös tässä luvussa eräiden sitä koskevien yleisten piirteiden kautta. Kunnalliset palvelut voidaan järjestää myös ostopalveluina. Paikallisen toiminnan kuvaus jäisi vajaaksi, ellei siinä käsiteltäisi ostopalveluja tuottavien järjestöjen ja yksityisten palvelutuottajien toi-

mintaa kertomusajanjaksolla. Tavoitteena on, että sekä alueellisesta että paikallisesta terveyteen ja sosiaaliin oloihin liittyvästä toiminnasta olisi mahdollista muodostaa kuva kertomuksen perusteella.

Luku seitsemän pyrkii luomaan kokonaiskuvaa eri luvuissa käsitellyistä asioista ja kurkottaa myös niihin tulevaisuuden näkyymiin, jotka ovat seuraavan kertomusajanjakson toimintaympäristöä.

Kertomusta laadittaessa on pidetty tärkeänä, että sosiaali- ja terveyspoliittisesti tärkeitä ilmiöitä on voitu tarkastella yli hallinnon rajojen. Muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalojen tuottamat aineistot ovat mukana kertomuksen eri osissa. Tekstit eivät välttämättä ole itsenäisiä kokonaisuuksia, vaan yhdistettyinä sopiviin asiakohtiin. Esimerkiksi asumista tai ympäristöterveyttä koskevat asiat ovat olennaisia sosiaalien kehityksen kannalta. Työministeriön hallinnonalalla tehtävät ratkaisut, työllisyyden kehitys ja työvoimapolitiikan kokonaisuus ovat sosiaalipoliittisesti tärkeitä.

Myös koulutus- ja sivistyspolitiikan ratkaisut säteilevät monin tavoin sosiaali- ja terveysalan kehitykseen. Liikenne- ja viestintäministeriön sektorilla tehtävillä suunnitelmilla ja lainsäädännöllä on tärkeitä sosiaalisia ja terveydellisiä vaikutuksia. Kertomus tuo esille konkreettisia näkemyksiä ja tietoja siitä miten tärkeää on, että eri sektoreilla tehtäviin päätöksiin sisältyy myös ennaltaehkäisevä sosiaalinen ja terveydellinen näkökulma.

Kertomusajanjakson (vuodet 2000 ja 2001) yleistä yhteiskunnallista tilannetta voi luonnehtia siten, että talouslama oli jäänyt taakse ja muutamana vuoden jatkunut erittäin voimakas taloudellinen nousu synnytti valtionalouteen uutta liikkumavaraa. Verohelpotusten rinnalla oli mahdollista käynnistää joitakin hyvinvointipolitiikkaan liittyneitä uudistuksia. Suhteellisen suuri valtion velka sekä korkeana jatkunut pitkäaikais-työttömyys muodostivat kuitenkin tätä liikkumavaraa jarruttavan ilmiön. Työttömyyden seurauksena syntyi syrjäytymisuhkia ja toimeentulovaikeuksia, joihin oli puututtava hallituksen syrjäytymisen vastaisin erityistoimin. Jakson viimeisen vuoden aikana talouden kehitys kääntyi kansainvälisten tekijöiden seurauksena huonompaan suuntaan ja kasvu hidastui.

Huoli syrjäytymisen laajenemisesta ja syvenemisestä edellyttää, että ilmiöön puututaan kaikilla tasoilla ja kaikilla sektoreilla. Kertomuskaudella laadittiin laajapohjaisena yhteistyönä kansallinen toimintasuun-

nitelma syrjäytymistä vastaan. Suunnitelman keskeiseksi lähtökohdaksi Suomen hallitus vahvisti, että syrjäytymistä torjutaan parhaiten pohjoismaisen hyvinvointivaltion rakenteilla ja toimintaperiaatteilla. Syrjäytymisen torjunnassa on keskeistä työllistäminen.

Keskustelu alueellisesta eriarvoistumisesta on lisääntynyt selvästi kertomusajanjaksolla. Alueiden erilaistumista selvittäneiden tutkimusten mukaan erot ovat kasvaneet. Alueiden liittyminen uudella tavalla niin kansalliseen kuin kansainväliseenkin työnjakoon on tuottanut ongelmia. Tämän johdosta hallitus on uusinut aluepolitiikkaa ja päättänyt, että alueellisen kehittämisen kohteeksi otetaan koko maa. Maan sisällä pyritään tukemaan elinvoimaisten aluekeskusten muotoutumista ja samalla myös tuetaan pääkaupunkiseudun kehittymistä kansallisena metropolina.

Kertomuskaudella voimistui myös keskustelu terveydenhuollon tilasta ja uhkaavista kehitysnäkymistä. Tämän vuoksi hallitus asetti erityisen terveydenhuollon kehittämisprojektin, jonka tulee antaa esityksensä kehittämistoimista huhtikuussa 2002. Valtionosuusuudistus on ollut myös kertomuskaudella esillä selvitysmies Jukka Pekkarisen tehtyä esityksensä valtionosuusuudistuksen päälinjauksista. Esitykset eivät sellaisenaan johtaneet valtionosuuslainsäädännön uusimiseen, mutta vuoden 2002 alusta toteutettiin joitakin tarkistuksia kuntien välisiin verontasauksiin. Pääperiaatteena oli, että verotuloiltaan parhaimpien kuntien verotaakkaa hiukan lisättiin ja heikoimpien kuntien taakkaa vähennettiin.

Kertomus osoittaa, että terveys ja hyvinvointi ovat jatkuvan seurannan ja muutosprossin kohteena. Muutosten taustalla ovat hallitusohjelman sosiaali- ja terveystalitiikkaa sekä eri hallinnonaloja koskevat linjaukset ja niiden toteuttamiseksi suunnitellut hankkeet.

2

Muutoksia toimintaympäristössä

2.1 Globalisaatio, sosiaalinen kehitys ja terveys

2.1.1 Globaalit kehityssuunnat

Sosiaalisen kehityksen ja terveyden kannalta globalisaatio on yksi keskeisimmistä toimintaympäristön muutoksista kertomusajanjaksolla. Taloudellisten, sosiaalisten ja kulttuuristen rajojen väljeneminen yhdessä teknologian kehityksen kanssa johtaa kasvavaan kanssakäymiseen yli rajojen, mutta aiheuttaa samalla kasvavaa riippuvuutta. Samanaikainen vastakkainen kehityssuunta vahvistaa alueellisten ja paikallisten ilmiöiden merkitystä. Muutokset vaikuttavat kaikissa maissa riippumatta siitä, miten sosiaaliturva on järjestetty kansallisesti.

Globalisaation vaikutuksista kansallisten työmarkkinoiden toimintaan, tulonjakoon sekä työllisyys- ja sosiaalipolitiikkaan on esitetty erilaisia arvioita. Pääoma- ja työmarkkinoiden sekä kansainvälisen yritystoiminnan ja kaupan voimakas laajentuminen ja toimintaa rajoittavien esteiden poistaminen ovat edistäneet maailmantalouden kasvua ja johtaneet varallisuuden, mutta samalla myös varallisuuserojen kasvuun. Globalisaatio ja kansainvälinen kauppa kiihdyttävät teknologista muutosta ja edellyttävät uusia, yhä suurempia vaatimuksia työvoiman osaamis- ja koulutustasolta. Kehitykseen liittyy yritystoiminnan ketjuuntuminen ja verkottuminen, mikä heijastuu myös työelämän pelisääntöihin.

Taloudelliset ja elinkeinopoliittiset erot nostavat keskusteluun myös terveys- sosiaalipalvelujen järjestämisen taustalla vaikuttavat erilaiset

arvolähtökohdat. Esimerkiksi Euroopan Unionissa yhteisön tuomioistuinten päätökset jäsenvaltioiden vastuulla olevista terveystalv palveluista ja niiden korvattavuudesta ovat käynnistäneet keskustelun eurooppalaiseen sosiaaliseen malliin perustuvista julkisista terveystalv palveluista suhteessa sisämarkkinalainsäädäntöön. Tällöin vastakkain ovat tasa-arvo, solidaarisuus ja kattavuus sekä palveluiden ja tuotteiden vapaa liikkuvuus.

Pääomamarkkinoiden ja kaupan vapauttaminen, verokilpailu ja ylikansallisten yritysten sääntelemätön toiminta voivat johtaa kovenevaan kansainväliseen kilpailuun, jossa sosiaaliturvan merkitystä ei oteta riittävästi huomioon. Valtioiden välisellä verokilpailulla on vaikutuksia myös sosiaaliturvan rahoitukseen. Yksi globalisaation piirteistä on, että se saattaa heikentää taloudellisesti heikompien maiden mahdollisuuksia hallita yhteiskunnallista ja taloudellista kehitystä. Lisääntyvä vauraus ei jakaudu tasaisesti, vaan hyödyttää enimmäkseen maita, jotka ovat jo ennestään vauraita. Tämä voi lisätä eriarvoisuutta, syrjäytymistä ja suhteellista köyhyyttä myös valtioiden sisällä. Toisaalta kansainvälisen työnjaon syventymisen ja uuden teknologian positiiviset vaikutukset mahdollistavat niukkojen voimavarojen tehokkaamman käytön sekä hyvinvoinnin ja vaurauden lisääntymisen.

Rajojen madaltuminen valtioiden välillä mahdollistaa sekä myönteisten että kielteisten ilmiöiden entistä nopeamman siirtymisen maasta toiseen. Tarttuvat taudit (tuberkuloosi, HIV-infektio jne.) ja lääkkeille vastustuskykyiset taudinaiheuttajat eivät kunnioita valtioiden rajoja. Huumausaineiden liikkuminen maasta toiseen nostaa esiin ja myös lisää niiden käyttöön liittyviä ongelmia – köyhyyttä ja syrjäytymistä, rikollisuutta ja prostituutiota sekä psyykkisen että fyysisen terveyden huononemista. Muita uhkia tuovat valtioiden väliset tai sisäiset etniset taikka muut konfliktit, pakolaisuus ja ympäristökriisit, joilla voi olla myös ylikansallisia tai globaaleja vaikutuksia.

On väitetty, että globalisaatioon liittyvä keskinäisriippuvuus vähentäisi suursodan mahdollisuutta valtioiden välillä. Syyskuun 11. päivän tapahtumat Yhdysvalloissa osoittivat konkreettisesti valtioita toisistaan erottavien, joskus suojaavienkin, rajojen häilyväisyyden: terrorismin uhka on yhteinen. Myös terrorismin torjuminen vaatii kansallisen varautumisen lisäksi laajaa kansainvälistä yhteistyötä. Suomi on osallistunut aktiivisesti Euroopan Unionin toimiin terrorismin uhkan torjumiseksi.

Elintarvikkeiden liikkuminen maasta toiseen mahdollistaa myös niiden mukana välittyvien sairauksien leviämisen ja edellyttää yhteisiä kaupan pelisääntöjä. Suuri haaste elintarvike-, maatalous-, terveys- ja sosiaalipolitiikoille ovat ympäristökysymykset. Kansanterveyden kannalta ovat nousseet merkityksellisiksi kansainväliset kauppasopimukset esimerkiksi patenttioikeuksien yhteydessä. Patenttisuojan piirissä olevien lääkkeiden hinta voi olla niin korkea, että taloudellisesti heikoimmin kehittyneillä mailla ei ole mahdollisuuksia niiden hankintaan.

Globalisaatioon suhtautumisessa on havaittavissa merkittävää asenteiden muuttumista. Kansainväliset järjestöt (YK, WHO, ILO, OECD, EU, UNCTAD) ja rahoituslaitokset (Maailmanpankki ja Kansainvälinen valuuttarahasto) ovat uudella vuosituhanella näyttävän yhteistyöhakuisesti havahtuneet pohtimaan globaalistuneelle taloudelle tarpeellisia, yhteiseen arvopohjaan perustuvia käyttäytymissääntöjä. Kansainvälisessä yhteisössä halutaan korostaa tasa-arvoisten mahdollisuuksien, erityisesti sukupuolten tasa-arvon ja työelämän perusoikeuksien merkitystä taloudellisessa ja sosiaalisessa kehityksessä, demokratian edistämässä ja ihmisoikeuksien kunnioittamisessa. Kaupan vapauttamisen yhteydessä muistutetaan, ettei sen tule tapahtua ympäristön, työelämän perusoikeuksien, terveyden eikä vähemmän kehittyneiden maiden kustannuksella. Tästä esimerkkinä on WHO:n aloitteesta valmistetuilla oleva maailmanlaajuinen konventio tupakan haittojen torjumiseksi.

2.1.2 Sosiaali- ja terveystieteet ja EU

Globaalit muutokset koskevat sekä Euroopan Unionin jäsenmaita että unionia yhteisenä. Unionin alueen maita yhdistävät samankaltaiset yhteiskunnalliset, sosiaali- ja terveystieteelliset haasteet, kuten väestön ikääntyminen, työttömyys, työelämän ja työympäristön muutokset, kansanterveys ja elinympäristön tila, köyhyys, syrjäytyminen ja niiden edellyttämät toimet. Yhteisiin haasteisiin pyritään vastaamaan yhteisillä strategioilla ja uudentuloilla ja toimintatavoilla.

Väestön ikääntyessä unionin sisällä on lähivuosien aikana odotettavissa lisääntyviä paineita, jotka koskevat sekä työvoiman riittävyyttä että eläkejärjestelmiä, terveyspalveluita ja vanhustenhuoltoa. Samaan

aikaan unioniin kohdistuu väestöpaine sen ulkopuolella olevista Väli-meren ympäryksistä, joissa syntyvyys on korkea.

Itälaajeneminen muokkaa unionia lähimpien kymmenen vuoden aikana, vaikuttaa sosiaaliseen ulottuvuuteen sekä muuttaa yhteisötasolla tarkasteltua kansanterveyttä merkittävästi. Venäjän kehityksen suunta ja sisältö ovat tärkeitä sekä unionin että Venäjän lähinaapureiden kannalta.

Yhteisön viime vuosien tavoitteena on ollut sitoa talous, työllisyys ja sosiaalipolitiikka kiinteämmin toisiinsa. Amsterdamin ja vuoden 2000 Nizzan sopimus ovat vahvistaneet sosiaalista ulottuvuutta. EU:n perusoikeuskirjan tavoitteena on lähentää unionia sen kansalaisiin ja vahvistaa unionin poliittista luonnetta.

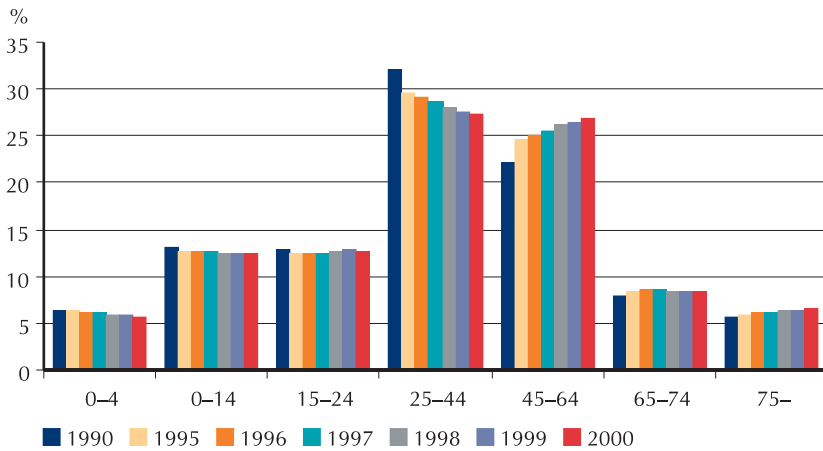
Erityisesti unionin tasolla ovat olleet esillä ruoan turvallisuusriskit liittyen BSE-taudin leviämiseen Euroopassa. Unionissa tehdään enenevästi myös suomalaisten elintarviketurvallisuuteen, ravitsemukseen ja terveyteen vaikuttavia päätöksiä. Suomelle yhteisöjäsenyys onkin merkinnyt yhtäältä elintarvikevalikoimien rikastumista, mutta toisaalta eräiden ravitsemuspolitiikan kansallisten kulmakivien murenemistä. Ruoan turvallisuuteen keskittyvä Komission Valkoinen kirja elintarviketurvallisuudesta, on signaali sitoumuksesta myös ravitsemuskysymyksiin. Yhteinen maatalouspolitiikka (Common Agricultural Policy, CAP) on tärkeä ravitsemukseen vaikuttava EU:n politiikan ala.

2.2 Väestömuutokset ja muuttoliike alueellisen erilaistumisen haasteena

2.2.1 Väestörakenteen muutokset ja 1990-luvun muutto

Vuoden 2000 lopussa Suomen väkiluku oli 5 155 339 henkilöä. Heistä 0–6-vuotiaita oli kahdeksan prosenttia ja yli 64-vuotiaita 15 prosenttia. 1990-luvun keskeisiä kehityssuuntia on ollut 0–4-vuotiaiden väheneminen ja yli 75-vuotiaiden määrän kasvu. Suurimmat muutokset 1990-luvulla ovat kuitenkin tapahtuneet 25–44-vuotiaiden määrän vähenemisessä ja 45–64-vuotiaiden määrän kasvussa.

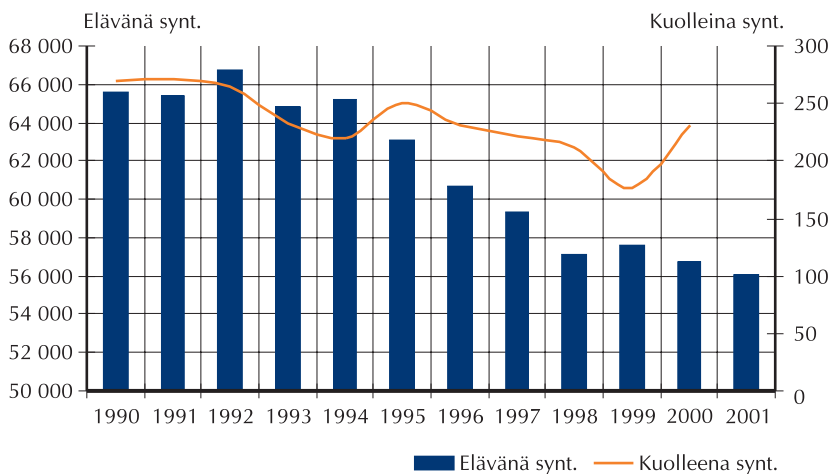
Kuva 2.1
Väestö iän mukaan vuosina 1999–2000



30 viimeksi kuluneen vuoden aikana syntyvyys on Suomessa vuoroin laskenut vuoroin noussut. Alimmillaan se oli vuonna 1973 (1,50) ja ylimmillään vuosina 1992 ja 1994 (1,85). 1990-luvun alun jälkeen trendi on ollut laskeva. Kun vuonna 1992 syntyi vajaa 67 000 lasta, vuonna 2001 syntyi noin 56 000 lasta. Pienentyneiden ikäluokkien synnyttämät lapsi-ikäluokat näyttäisivät olevan edelleen pienemässä.

1990-luvulla muutto oli lähes yhtä vilkasta kuin ennätysvuosikymmenellä 1970-luvulla. Tilastokeskuksen mukaan 1990-luvulla tilastoi-

Kuva 2.2
Syntyneet vuosina 1990–2001

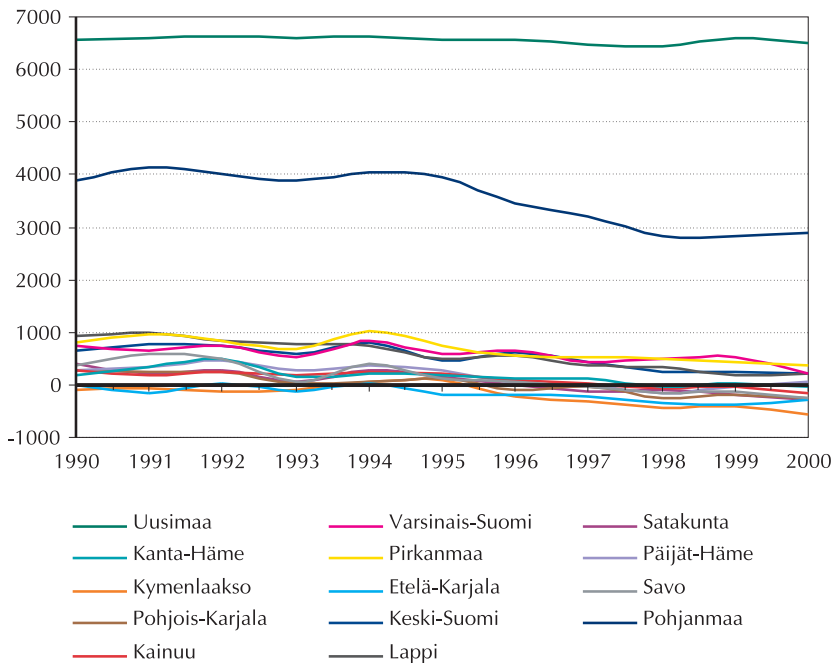


tiin yhteensä 2,1 miljoonaa asuinkunnan vaihdosta. Muuttoliike on jatkunut kertomusajanjaksolla edelleen. Vuonna 2000 kirjattiin yli 260 000 muuttoa, mikä on suurin sitten vuoden 1974.

Muuttoliikkeen suunta on ollut, että väki vähenee reuna-alueilta ja keskittyy maakuntien ja seutukuntien keskuksiin, kaupunkeihin ja tajaan asuttuihin kuntiin. Vuodesta 1990 vuoteen 1998 kaupunkiseutujen keskusten väestö oli kasvanut 12,4, kaupunkimaisten kuntien 8,6 ja kaupunkien läheisen maaseudun 7,2 prosenttia. Samaan aikaan ydinmaaseudulla vähennys oli 3,4 ja harvaan asutulla maaseudulla 5,9 prosenttia. Huoltosuhde muuttui vastaavana ajankohtana eniten harvaan asutulla maaseudulla (7,7%), jossa se oli vuonna 1998 58,5 ja vähiten kaupunkiseutujen keskuksissa (1,1%), jossa se oli 44,8. Sama trendi on jatkunut kertomusajanjaksolla. Tilastokeskuksen vuoden alussa julkaisema väestöennuste vuoteen 2030 osoittaa, että alueelliset erot sekä väestömäärissä että väestörakenteessa kasvavat entisestään.

Alla oleva alueellisia syntyvyyseroja kuvaava kuvio osoittaa, että väestön luonnollisen uusiutumisen erot ovat muuttumassa radikaalilla tavalla.

Kuva 2.3
Syntyvyys maakunnittain vuosina 1990–2000



2.2.2 Väestömuutokset ja hyvinvointi

Merkit Suomen sisäisten alueellisten erojen kasvusta hyvinvoinnin edellytystekijöiden suhteen ovat lisääntyneet. Sekä väestön että tuotannon-tekijöiden keskittyminen ovat seurausta talouden vapautumisen ja globalisaation alueellisista vaikutuksista. Työpaikkojen ja väestön sijoittuminen tai infrastruktuurien rakentuminen on tapahtunut enenevässä määrin markkinoiden ehdoilla.

Alueellisen keskittymisen hyötyjä ja haittoja on seurattu. Lokakuussa 2000 valtioneuvoston kanslian asettama alueellista kehitystä ja aluepolitiikkaa arvioinut työryhmä totesi tapahtuneesta kehityksestä muun muassa: "vaikka tuotannon ja väestön keskittyminen tuo mukanaan selviä tehokkuusetuja, se aiheuttaa myös ongelmia. Kasvualueilla esiintyy pullonkauloja, jotka heijastuvat hyvinvointitappioina. ... Pitkällä aikavälillä on entistä vaikeampaa pitää alueelliset hyvinvointierot kohtuullisina."

Tutkimukset viittaavat siihen, että kuntien ja kuntatyyppien väliset erot sekä elintasossa että sosiaalisissa ongelmissa kasvoivat 1990-luvun lopulla. Käännekohta oli taloudellisen laman selän taittuminen vuosikymmenen puolivälissä. Elintason ja psykososiaalisten¹ ongelmien rinnakkaisen tarkastelun perusteella kunnista erottuu kolme ryhmää; kaupunkikunnat, harvaan asuttu maaseutu ja kaupunkien läheinen maaseutu.

Kaupunkikunnat keräävät itselleen samaan aikaan korkeaa elintasoja ja psykososiaalisia ongelmia. Erityisesti pääkaupunkiseudun ongelmaksi näyttää muodostuvan muuta maata huomattavasti runsaampi päihitteiden käyttö. Harvaan asutun maaseudun väestö kärsii sosiaalisista ongelmista samalla, kun se putoaa nousukauden elintason kasvusta. Muodostuuko maaseudusta suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan puseriperä, joka edellyttää huomattavan määrän palveluja ja tulonsiirtoja, mutta kasvattaa bruttokansantuotetta vain vähäisessä määrin? Kuinka hyvin tämä kuvaa tilannetta kaikissa harvaan asutuissa kunnissa vai onko kuntaryhmän sisällä suuria eroja, ei ole toistaiseksi tiedossa.

¹ Terveyttä ja sosiaalisia ongelmia on mitattu palveluiden käytöllä ja ilmitulleella rikollisuudella (11 muuttujaa), Kainulainen, Rintala, Heikkilä, Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa, 2001

Kolmas hyvinvointityyppi muodostuu kaupungin läheisestä maaseudusta. Siellä yhdistyvät kohtuullinen elintaso ja sen tasainen kohoaminen, sekä vähäinen psykososiaalisten ongelmien esiintyminen. Tämä kuntaryhmä näyttäisi näillä mittareilla muodostavan ideaalisen asuin- ympäristön.

Kuntatyyppien välillä on ollut tasoeroja sekä elintasossa että psykososiaalisissa ongelmissa koko 1990-luvun ajan. Tasoerot ovat selvät ja kiistattomat siten, että kasvukeskusten elintaso on korkeampi kuin periferian. Tasoerot näyttävät olevan myös jonkin verran kasvussa. Sen sijaan kuntatyyppien väliset suhteelliset erot ovat pysyneet suurin piirtein samoina koko 1990-luvun ajan. Hajaannusta on kuitenkin havaittavissa niin elintason kuin psykososiaalisten ongelmienkin osalta. Selkein suhteellinen erkaneminen on havaittavissa harvaan asutun maaseudun ja kaupunkien läheisen maaseudun välillä. Sen sijaan pelkistetystä kaupunki-maaseutu -jaossa ei ole havaittavissa selvää suhteellisten erojen kasvua.

Perinteinen kuntarakenne näyttää jakautuvan niin elintason kuin psykososiaalisten ongelmien osalta. Maaseutu eriytyy selkeästi kahteen osaan. Toisen puoliskon menestyessä toinen riutuu ongelmissa. Suurten kaupunkien läheisyydessä olevat maaseutumaiset kunnat tuntuvat menestyvän hyvin sekä elintason korkeudella että psykososiaalisten ongelmien alhaisuudella mitaten. Samaan aikaan kasvukeskuksista kauimpana olevat harvaan asutut maaseutukunnat kärsivät alhaisesta elintasosta ja yleisistä psykososiaalisista ongelmista. Sitomalla hyvinvointiprofiililtaan erilaiset kuntatypit Suomen karttaan on voitu osoittaa hyvinvoinnin selkeä vaihtelu myös alueellisesti.

Miltä tilanne alue- ja kuntatasolla sitten näyttää? Viime vuosien aluepoliittisten toimien tukemien kasvukeskusten – pääkaupunkiseudun, Turun, Tampereen ja Oulun ympäristöalueet – edustavat samanaikaisesti korkeaa elintaso ja kohtuullisen korkeaa psykososiaalista hyvinvointia. Pohjanmaalla yhdistyvät vaatimattomampi elintaso ja kohtuullinen psykososiaalinen hyvinvointi. Hyvinvointipolitiikan todellinen haaste pysyy edelleen Pohjois- ja Itä-Suomessa sekä eräänlaisena kielekkeenä Keski-Suomen haja-asutuskunnissa. Asetelma ei ole juuri muuttunut niistä tuloksista, joita tutkijat esittivät jo 1980-luvun alkupuolella. Selityksiä voinee etsiä sekä maan sisällä aluepolitiikasta ja talouden dynamiikasta että myös maan rajojen ulkopuolelta.

Vaikka erot kasvavat valtakunnallisesti ja kuntatasolla, kaupunkien ja kasvukeskusten sisällä ei toistaiseksi ole näyttöä erojen kasvusta. Tästä esimerkin tarjoaa pääkaupunkiseutu, joka on ollut mukana kaupunkien sisäisiä alueellisia eroja selvittäneissä kansainvälisissä tutkimuksissa. Suomea lukuun ottamatta hyvä- ja huono-osaiset ovat keskitymässä alueellisesti kaikissa tutkituissa Euroopan kaupungeissa. Sen sijaan pääkaupunkiseutu Suomessa on poikkeuksellisen tasainen sekä sosiaalisen että alueellisen rakenteensa osalta.

Tutkimusten mukaan syyt pääkaupunkiseudun sosiaaliseen tasapainoon ja heterogeeniseen rakenteeseen liittyvät viimeisten vuosikymmenten aikana harjoitettuun sosiaali- ja asuntopolitiikkaan. Yleinen tulojen taseus on supistanut tuloerot kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen pieniksi. Samalla harjoitetun asuntopolitiikan tuloksena syntynyt sosiekonominen tasapaino asuinalueilla on tasannut omalta osaltaan erojen syntyä. Syntynyt yhdyskuntarakenne poikkeaa ulkomaisista vertailukohtista ainakin kahdella tapaa: asuinalueet ovat sosioekonomiselta kannalta moniaineksisia ja keskenään varsin samanlaisia eikä huono-osaisuus ole alueellisesti keskittynyttä, vaan mosaiikkimaisesti hajautunut.

2.3 Teknologia ja hyvinvointi

2.3.1 Teknologian yhteiskunnalliset vaikutukset

Informaatioteknologian kehitys on merkittävä työelämään ja työhön vaikuttava muutosvoima. Elinkeinorakenteen muutosten ohella on tapahtunut ja tapahtuu muutoksia ammattirakenteessa. Muutokselle tyyppillistä on ollut toimihenkilöistyminen ja palvelutyön lisääntyminen. Kun taloudellinen kasvu perustuu ratkaisevasti informaatiosektorin veetoon, tähän imuun pääsee parhaiten mukaan nuori, hyvin koulutettu väestö. Informaatioalan kasvu on korostanut korkeakoulututkinnon merkitystä työmarkkinaresurssina.

Suomen perusvahvuus liittyy vahvaan valtion mukanaoloon niin tuotantotoiminnan välittömien edellytysten luonnissa kuin yhteiskunnan sosio-kulttuurisen ennustettavuuden luojana. Suomalaisten teknologia-yritysten menestymistä on mahdollista tarkastella hyvinvointivaltion

sosiaalisena menestystarinana.² Hyvinvointivaltio tuottaa kansalais-työntekijöitä, jotka ovat hyvin koulutettuja ja sosiaalisesti suojattuja. Heillä on hyvä ja kattava terveydenhoitojärjestelmä, tarjolla on hinnoiltaan kohtuullisia asuntoja, tehokas julkinen liikenne, päivähoido ja julkisia palveluja. Suojaverkkona on järjestelmä työttömyyden ja sairauden varalle. Perustoimeentulo ei vaarannu, vaikka maa kävisi läpi suuriakin yhteiskunnallisia ja taloudellisia muutoksia. Kun muutoksiin sisältyvä henkilökohtainen ja yhteiskunnallinen riski ovat rajoitettuja, mahdollisten muutosten vastarinta on pienempää.

Suomalainen teollissosiaalinen rakenne on ollut tässä suhteessa ainutlaatuinen mahdollisuus. Yritykset ovat voineet tukeutua yhteiskunnan edulliseen koulutusjärjestelmään ja sen tuottamiin osajiin. Samoin yritykset ovat saaneet hyvinvointivaltion tuen teknologisen kehityksen edellyttämälle tutkimus- ja kehittämispanokselle. Valtio on tukenut voimakkaasti innovaatiotoimintaa sekä suoralla rahoituksella että teknologiapainotteisella yliopistokoulutuksella. Samalla valtio on vakiinnuttanut teollisia suhteita luomalla järjestelmän, jossa työtä ja pääomaa edustavat yhteiskunnalliset osapuolet voivat sopia kilpailukykyä lisäävistä strategioista samalla ottaen huomioon työntekijöiden tarpeet. Valtio on tukenut yritysmaailman suorituskykyä kaksoisroolissaan sekä kehitysvaltiona että hyvinvointivaltiona.

Valtion suojelemien ja vahvaan identiteettiin nojaavien kansalais-työntekijöiden yhteiskunta on sosiaalisesti hyvin vakaa ja tarjoaa yritys-toiminnalle ennustettavan ympäristön ja tarvittaessa mahdollisuuden rakennemuutoksiin. Demokraattinen järjestelmä siirtää tuloa tavalla, jota ihmisten enemmistö pitää myönteisesti tasa-arvoistavana ja sosiaalisesti suojaavana. Valtio nähdään kansallisen selviytymisprojektin edustajana. Suomalaisessa yhteiskunnassa nämä identiteetin ja yhteenkuuluvuuden siteet ovat yhteiskunnallista ja etnistä homogeenisyyttä lujittaneen selviytymishistorian kautta erityisen vahvat.

Teknologian mukanaan tuomat mahdollisuudet voivat kääntyä myös negatiivisiksi. Informaatioalaan perustuva taloudellinen kasvu näyttää sisältävän alueellisen eriytymisen uhkan. Se ei vain lisää kaupunkien keskinäisiä eroja valtaakunnallisesti, vaan sama kehitys tuottaa alueel-

² Pohdinta suomalaisesta hyvinvointivaltiosta teknologiayritysten ja informaatioalan tukijana perustuu Manuel Castellsin ja Pekka Himasen vuonna 2001 ilmestyneeseen kirjaan Suomen tietoyhteiskuntamalli, WSOY

lista eriytymistä myös kasvukeskusten sisällä esimerkkinä pääkaupunkiseutu. Informaatioalan edellyttämä korkea-asteen koulutus on tuonut mukanaan sen, että alueelliset koulutuserot tuottavat myös entistä selvempiä alueellisia tulo- ja työllisyyseroja. Informaatiosektorin työpaikkojen sijoittuminen yleensä eräänlaisiksi ryppäiksi johtaa siihen, että myös muuttoliike toimii kuvatun kehityksen vahvistajana. Vastaavasti muut alueet kärsivät työvoiman kysynnässä tapahtuneesta siirtymästä kohti korkeammin kvalifioituneita ammatteja.

2.3.2 Teknologia ja arki

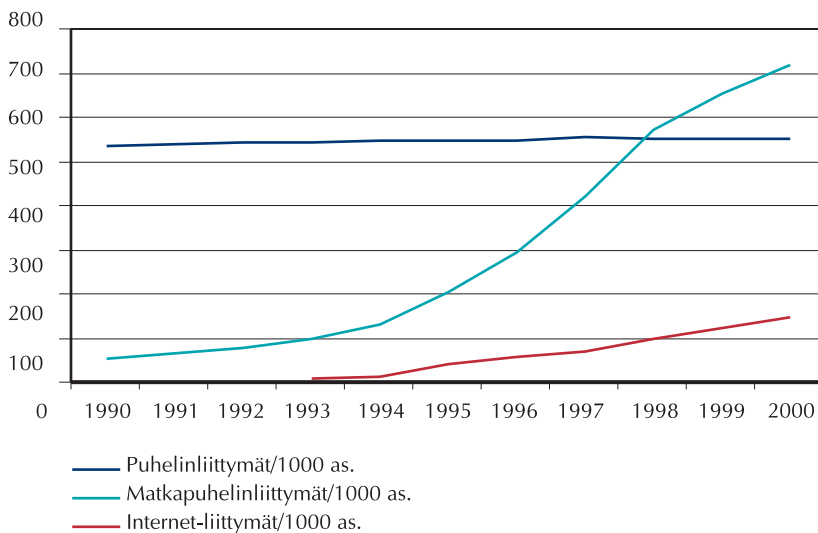
Pitkäaikaisten, syvällekäyvien ja usein välillisten yhteiskunnallisten muutosten ohella tietoteknologia vaikuttaa ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin lähes kaikilla elämänalueilla. Teknologia mahdollistaa esimerkiksi etätöön, sähköisen kaupankäynnin, videokonferenssit tai jatkuvan tavoitettavuuden sosiaalisissa suhteissa. Erityisesti terveydenhuollon alueella teknologian kehitys avaa kasvavia mahdollisuuksia yhä varhaisempaan sairauksien toteamiseen, hoitoon ja ennaltaehkäisyyn olipa sitten kyseessä lääkkeitä, laitteita tai apuvälineitä koskeva teknologia taikka geeniteknologian kehitys. Paitsi terveystalouteen suoraan liittyvä teknologinen kehitys, myös itsehoitoa ja muita terveyskysymyksiä koskeva tiedonvälitys ja telemaattiset neuvontapalvelut voivat merkittävästi vaikuttaa kansalaisten hyvinvointiin.

Tietoyhteiskunta tarjoaa monilla alueilla uusia mahdollisuuksia, joiden hyödyntäminen kuitenkin edellyttää, että ihmisten käyttäytymistä ohjataan ja tuetaan myös muilla politiikkatoimenpiteillä. Esimerkiksi etätö voi johtaa liikenteen kasvuun, jos ihmiset muuttavat yhä kauemmas työpaikoilta tai käyttävät säästyneen ajan vapaa-ajan matkustamiseen. Teknologian suoma mahdollisuus vähentää liikennettä ja sen ympäristö- ja terveyshaittoja jää hyödyntämättä. Myös sähköisessä kaupankäynnissä on tärkeää, että kaupankäyntiin liittyvät kuljetukset ketjutetaan mahdollisimman tehokkaasti.

Konkreettisten vaikutusten ohella sähköinen maailma avaa uusia näkökulmia aineellisten ja aineettomien hyödykkeiden kauppaan, tekijänoikeuskysymyksiin, verotukseen ym. Tieto- ja viestintätekniikan käyttö nostaa esiin myös kysymyksen tietoturvallisuudesta. Tämä koskee

sekä yksityisiä kansalaisia, yrityksiä että valtion turvallisuutta. Tietoturvaluuallisuutta koskevat loukkaukset voivat muodostua uhkaksi yhteiskunnan toimivuudelle ja toteutua sekä normaali- että poikkeusoloissa. Jotta asiointi verkkojen välityksellä yleistyisi, käyttäjien on voitava luottaa sähköisen viestinnän turvallisuuteen ja sen kautta välitettävien viestien tietosuojaan.

Kuva 2.3
Tietoliikenneyhteydet Suomessa 1990–2000



Kuten kuvio osoittaa, uusi teknologia ei osin räjähdysmäisestä kasvusta huolimatta toistaiseksi ole kaikkien ulottuvilla. Teknologian mahdollisuuksien hyödyntäminen edellyttää, että kansalaisilla on tasapuoliset mahdollisuudet päästä osalliseksi tietoyhteiskunnan palveluista ja mahdollisuuksista. Etenkin lapsille, nuorille ja vanhuksille tulisi turvata mahdollisuus sekä tutustua uusien medioiden tarjoamiin palveluihin että käyttää niitä. Tasa-arvon toteutumisen kannalta ratkaiseva kysymys on, miten turvataan palvelut niille väestöryhmille, joilla ei taloudellisista tai muista syistä ole pääsyä tietoteknologian palveluihin.

Vaikka esimerkiksi pääsy internetiin avaa monenlaisia mahdollisuuksia, on tiedostettu myös siihen liittyvät vaaratekijät. Internetin valvonnassa korostuu itsesäätely, joka perustuu elinkeinoelämän toimijoiden sopimuksiin ja normeihin. Viestinnän sisältöjä ja sisältöjen valvontapyr-

kimyksiä tulisikin tarkastella sananvapauden ohella myös etiikan kannalta. Tärkeä rooli erityisesti valvontaan liittyviä kysymyksiä ratkaistessa on kansalaisjärjestöillä. Vanhempien mahdollisuuksia osallistua lasten vapaa-aikaan tulisi tukea. Samalla on huolehdittava siitä, että heillä on välineitä ohjata ja neuvoa lapsia sähköisessä viestinnässä.

Teknologian kehityksen hyödyntämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on käynnissä useita kehittämis- ja kokeiluhankkeita. Hankkeista tarkemmin kohdassa 5.1.1.

2.4 Talous – työllisyyden ja sosiaaliturvan reunaehto

2.4.1 Valtion talous ja työllisyys

Suomen talous koki vuosina 1994–2000 seitsemän nopean kasvun vuotta peräkkäin. Kokonaistuotanto lisääntyi tuolloin keskimäärin yli 4,5 prosenttia vuodessa. Kasvu perustui aluksi vientimarkkinoiden elpymiseen, mutta levisi vähitellen myös kotimarkkinasektoreille. Työpaikkoja syntyi vastaavana aikana yli 260 000. Tästä huolimatta työllisten määrä oli vuonna 2000 yli 170 000 pienempi kuin vuonna 1990 ennen lamaa.

Kokonaistuotannon kasvu taittui vuoden 2001 alussa kansainvälisen talouden näkymien heiketessä. Syyskuinen terroristi-isku pahensi tilannetta ja niinpä viime kesän odotukset etenkin Yhdysvaltojen talouden vilkastumisesta jo vuoden 2001 loppupuolella lykkääntyivät ainakin puolella vuodella. Kansainvälisen kysynnän heikkeneminen heijastui vuonna 2001 selvimmin metsä- ja elektroniikkateollisuuden vientiin sekä tuotantoon. Tuotanto lisääntyi lähinnä palvelusektorilla, perinteisessä metalliteollisuudessa sekä kotimarkkinateollisuudessa. Kun kokonaistuotanto lisääntyi vuonna 2000 vielä 5,7 prosenttia, jäi kasvu vuonna 2001 arviolta vain puoleen prosenttiin.

Työvoiman kysyntä kasvoi vuonna 2000 lähes 40 000 hengellä ja vielä vuonna 2001 liki 30 000 hengellä. Työpaikat lisääntyivät liikenteessä ja teollisuudessa sekä etenkin liike-elämää palvelevissa toiminnoissa ja julkisissa palveluissa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa työllisiä oli vuonna 2001 keskimäärin arviolta 343 000 henkeä, mikä on 22 000

henkeä enemmän kuin vuonna 1999. Vuonna 2000 lisäys oli 5 000 ja vuonna 2001 jopa 17 000. Työllisyysaste eli työllisten osuus työikäisestä väestöstä (15–64-vuotiaat) nousi 67,5 prosenttiin vuonna 2001.

Vuoden 2001 loppupuolella kokonaistuotannon kasvun pysähtyminen alkoi vähitellen hidastaa työvoiman kysynnän kasvua ja työttömyysasteen alenemista. Työttömyysaste ei alentunut enää vuoden viimeisellä neljänneksellä edellisvuodesta. Keskimääräinen työttömyysaste oli 9,2 prosenttia, mikä on 0,6-prosenttiyksikköä alempi kuin vuonna 2000. Työttömyys oli paljolti rakenteellista, sillä keskimääräinen työttömyyden kesto oli 52 viikkoa.

Valtion talous kääntyi vuonna 2000 liki vuosikymmenen ajan jatkuneen alijäämävaiheen jälkeen – osin poikkeuksellisten tekijöiden takia – ylijäämäiseksi. Kansantuotteeseen suhteutettu nousu oli 3,5 prosenttia. Vuonna 2001 rahoitusylijäämä (nettoluotonanto) pieneni vajaaseen kahteen prosenttiin kokonaistuotannosta, mikä vastasi hallitusohjelman tavoitteita. Valtionvelan supistuminen jatkui. Syyskuun 2001 lopussa velkaa oli 365 mrd. mk, mikä vastasi 45 % kansantuotteesta.

Eräitä talouslukuja

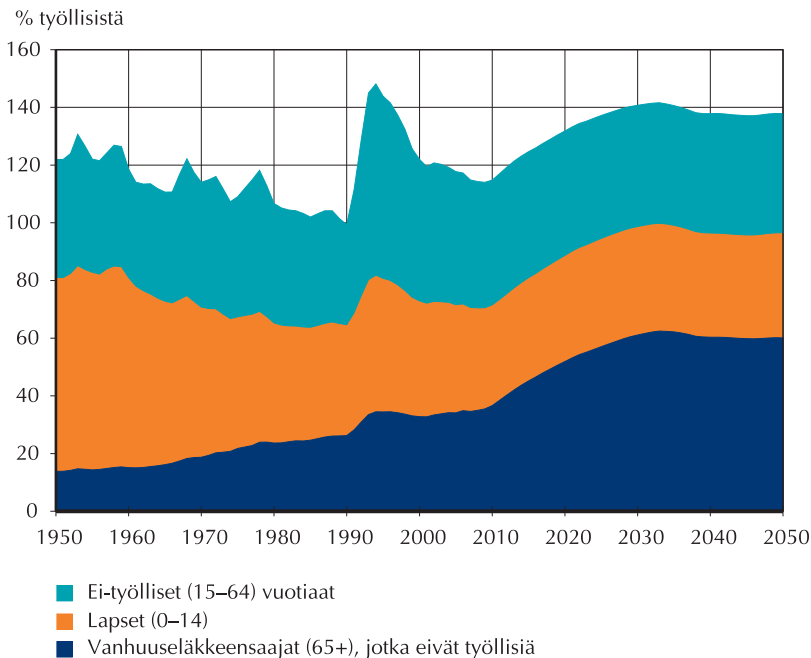
	1999	2000	2001 ³
Bruttokansantuotteen määrä, muutos, %	4,0	5,7	0,6
Työllisyysaste, %	66,0	66,9	67,5
Työttömyysaste, %	10,2	9,8	9,2
Kuluttajahintaindeksi, muutos, %	1,2	3,4	2,7
Ansiotasoindeksi, muutos, %	2,8	4,1	4,5
Valtion rahoitusjäämä, % BKT:sta	-0,7	3,5	1,9
Valtionvelka, % BKT:sta	56,5	48,2	44,8

Taloutemme perustekijät ovat kunnossa. Valtion talous on saatu kohtuullisesti tasapainotetuksi, kotitalouksien vakavaraisuus sekä yritysten kannattavuus ja rahoitusasema ovat keskimäärin hyvät, lainakorot alhaiset ja inflaatio matala. EMU-maihin kuulumisen vähentää pitämälläkin aikavälillä riskiä suuriin korko- ja valuuttakurssivaihteluihin. Mahdollisuudet kohdata mahdollinen taloustaantuma on paljon parempi kuin 1980-luvun lopussa.

2.4.2 Sosiaalimenojen ja rahoituksen kehitys

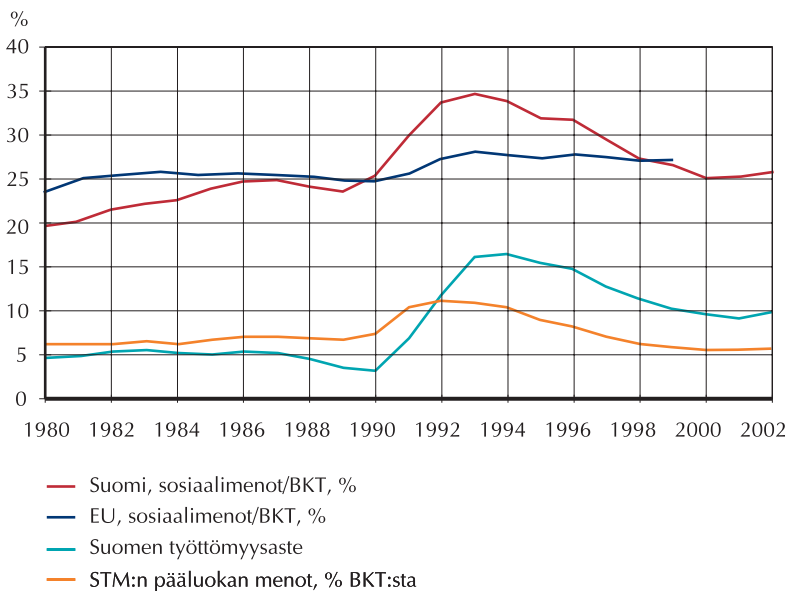
Sosiaaliturvan talouden kannalta merkittävin haaste on elatussuhteen kehitys. Elatussuhde kuvaa, miten monta ei-työllistä henkilöä kansantaloudessa on työllistä kohti kunakin vuonna. 1990-luvun aikana elatussuhde huononi voimakkaasti erityisesti työttömyyden vuoksi, mutta sitä heikensi myös varhainen poistuminen työelämästä. Oheinen kuvio osoittaa, että vuonna 1990 elatussuhde oli vielä edullinen. Tuolloin jokaista työllistä kohti oli yksi työelämän ulkopuolella. Lamavuosina elatussuhde kohosi noin 150 prosenttiin, mutta aleni vuosikymmenen lopulla työllisyyden paranemisen myötä. Odotettavissa on, että vuoden 2015 paikkeilla elatussuhde kääntyy jälleen epäedullisemmaksi ja jää sen jälkeen pysyvästi korkeammalle tasolle.

Kuva 2.4
Elatussuhde vuosina 1950–2000 sekä projektio vuoteen 2050

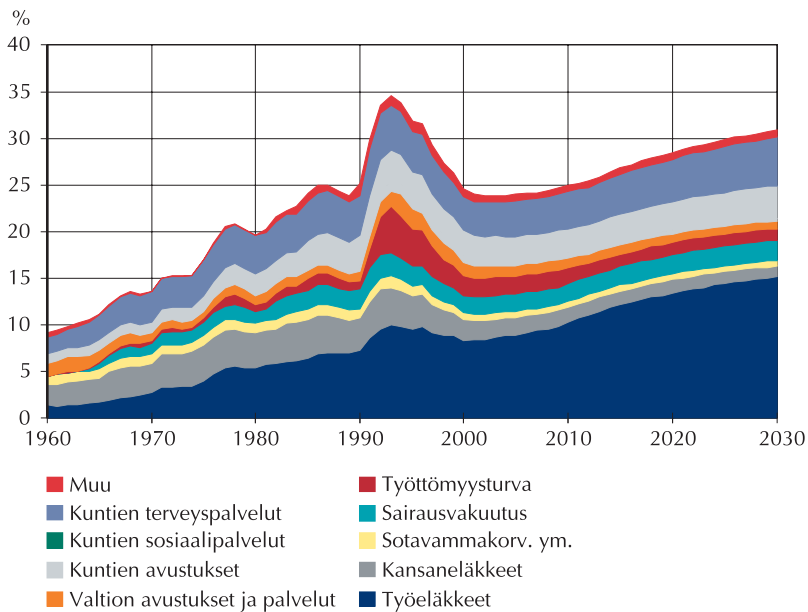


Sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta nousi 1990-luvun alussa korkealle, lähes 35 prosenttiin. Se kuitenkin aleni nopeasti laman jälkeen säästöpäätösten ja vahvan talouskasvun ansiosta. Vuonna 2001 sosiaalimenot olivat arvon mukaan runsaat 34 miljardia euroa. Tämä

Kuva 2.6
Sosiaalimenot Suomessa ja keskimäärin EU-maissa sekä STM:n
pääloukan budjettimenot suhteessa BKT:hen ja työttömyysaste
Suomessa vuosina 1980–2002, %



Kuvio 2.7
Sosiaalimenojen kehitys vuosina 1960–2000 sekä
projektio vuoteen 2030, % BKT:sta



vastaa runsasta 25 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen Sosiaalimenojen kansantuoteosuus on laskenut jo ennen lamaa vallinneen tason alapuolelle ja alittaa EU-maiden keskitason. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sosiaalimenomallin mukaan sosiaalimenojen arvellaan nousevan tulevaisuudessa runsaaseen 30 prosenttiin ja jäävän suhteellisen korkealle.

Suurin osa sosiaalimenoista kohdistuu vanhuuteen. Toiseksi suurin menokohde on sairaus ja terveys. Sairauteen ja terveyteen liittyvät sosiaalimenot olivat vuonna 2001 runsaat kahdeksan miljardia euroa. Se vastaa lähes viidesosaa kaikista sosiaalimenoista ja noin kuutta prosenttia bruttokansantuotteesta. Sairaus- ja terveystieteiden menojen osuus sosiaalimenoista on viime vuosina kasvanut ja kasvu jatkuu tulevaisuudessa. Erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot sekä sairausvakuutuksen lääke- ja sairauspäiväraha korvaukset ovat kohonneet.

Työnantajat ovat rahoittaneet suurimman osan sosiaalimenoista. Heidän osuutensa sosiaaliturvan rahoituksesta laski lamavuosina, kun työnantajien maksuja alennettiin. Samalla työllisten määrä ja maksujen perusteena oleva palkkasumma pienenevät. Työllisyyden ja palkkasumman kohentuessa on työnantajien osuus vastaavasti kasvanut. Myös työnantajien työeläkemaksu on hieman noussut.

Vakuutettujen osuus rahoituksesta on kasvanut selvästi vuodesta 1992, jolloin palkansaajien työttömyysvakuutusmaksu ja työntekijöiden työeläkemaksu otettiin käyttöön. Valtio rahoittaa pääosin vähimmäisturvaa. Valtion rahoittama osuus nousi 1990-luvun lamavuosina nopeasti työttömyyden myötä.

Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen rahoittamisesta päävastuu on kunnilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin maksetut valtionosuudet vuonna 1993 olivat 20,6 mrd. mk. Osuus vastasi 36 prosenttia kuntien valtionosuuteen oikeuttavista sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista. Vuonna 2001 valtionosuusprosentti oli 24,2 ja maksetut valtionosuudet 13,9 mrd. mk. 1990-luvun aikana kuntien käyttökustannusten valtionosuuksia alennettiin reaalisesti lähes kahdeksalla miljardilla markalla.

Taulukko 2.1
Sosiaalimenojen rahoitus 1990–2002, mrd. mk

	1990	1992	1994	1996	1998	2000 *	2001 **	2002 **
Valtio yhteensä	38,5	52,5	60,3	58,9	54,5	53,1	54,1	57,7
- budjettimenot	36,8	50,5	40,0	37,5	37,2	34,8	34,6	36,1
- valtion laskennalliset osuudet kunnille	0,0	0,0	18,4	16,1	13,2	13,3	13,9	15,2 ⁴
- budjetin ulkopuoliset ja takuusuoritukset	1,7	2,0	2,1	2,7	4,2	5,0	5,6	7,1
Kunnat yhteensä	24,0	27,2	31,2	33,8	38,9	42,5	43,0	44,7
Työnantajat yhteensä	67,7	64,5	67,1	73,1	78,3	83,0	88,6	91,7
- vakuutusmaksut	54,8	49,0	52,0	56,5	61,2	66,0	72,2	75,1
- veroluonteiset maksut	4,0	9,2	8,4	8,9	8,8	7,7	7,2	8,3
- työhön liittymättömät työnantajamaksut	8,9	6,2	6,8	7,8	8,3	9,4	9,2	8,3
Vakuutetut yhteensä	12,3	18,5	28,0	27,1	27,6	27,0	27,9	28,3
- vakuutusmaksut	3,9	4,9	12,2	14,6	17,2	19,3	19,5	20,1
- veronluonteiset maksut	8,4	13,7	15,9	12,4	10,4	7,7	8,5	8,1
Pääomatulot	10,4	14,7	12,8	14,9	15,5	19,2	22,3	21,3
Yhteensä	152,9	177,3	199,5	207,8	214,8	224,8	236,0	243,6
Käyttäjät yhteensä	5,6	6,9	7,6	8,5	8,9	9,8	10,3	10,8

* ennakkotieto

** ennuste

2.4.3 Kuntatalouden kehitys

Vuonna 2000 kunnallistalous vahvistui koko maassa ja kuntien vuosikate riitti kattamaan nettoinvestoinnit. Kuntien verotulot kasvoivat edellisestä vuodesta 6,7 prosenttia pääasiassa yhteisöveron kasvun ansiosta. Kuntien ja kuntayhtymien käyttötalouden valtionavut kasvoivat edelli-

⁴ Tulee olemaan maksettavan valtionosuuden lopullinen määrä, vuoden 2002 talousarviossa oleva luku on 15,0 mrd. mk.

sestä vuodesta 900 milj. markkaa täysimääräisen indeksikorotuksen sekä laajentuneiden velvoitteiden ansiosta. Kuntien toimintakulut kasvoivat nopeammin kuin aiempina vuosina.

Myönteisestä yleiskuvasta huolimatta yksittäisten kuntien talouskehityksessä on eroja. Negatiivisen vuosikatteen kuntien lukumäärä kasvoi vuonna 2000. Tuloveroprosenttia korotti 83 kuntaa ja lainakanta kasvoi lähes miljardilla markalla. Heikko talouskehitys oli tyypillistä asukasluvultaan keskimääräistä pienemmille kunnille. Suurten kuntien talouskehitys oli oleellisesti parempi kuin muiden.

Seuraavassa esitettävä vuoden 2001 tilannekuvaus on tehty kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan 29.8.2001 kehitysarvion sekä uusien kunnallisveron ja yhteisöveron tuottoarvioiden pohjalta. Kunta-kohtainen arvio pohjautuu sisäministeriön kuntaosaston ns. ennakointimallin tuloksiin.

Arvioiden mukaan kunnallistalouden tila parani vuonna 2001 ja kuntien ja kuntayhtymien vuosikate nousee 13,7 miljardiin markkaan. Kunnallisveron kasvu on ollut vuonna 2001 poikkeuksellisen nopeaa. Myös yhteisöveroa kertyi selvästi enemmän kuin alkusyksyllä arvioitiin. Kunnallisveron ja yhteisöveron tuoton arvioidaan olevan 83,5 mrd. markkaa. Valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon tarkistaminen lisää käyttötalouden valtionosuuksia vuosina 2001 ja 2002 yhteensä lähes 940 milj. markalla. Vuonna 2000 kustannustasotarkistus oli 418 milj. markkaa ja vuonna 2001 puolitetuna maksettu tarkistus 172 milj. markkaa.

Valtionosuudet lisääntyivät vuonna 2001 myös uusien velvoitteiden kuten aikuisten hammashuollon laajentamisen ja ehkäisevän toimeentulotuen käytön lisäämisen ansiosta. Kuntien ja kuntayhtymien menot kasvoivat ripeästi. Vuoden 2001 lääkilakon vaikutukset kuntatalouteen olivat Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan (Kuthanek) arvion mukaan noin 200–400 milj. markkaa.

Ennakointimallin mukaan ns. kuntatalouden eriytymiskehitys näyttää pysähtyvän. Negatiivisen vuosikatteen kuntien lukumäärä vähenee oleellisesti. Useat pienet kunnat ylläpitävät talouttaan matalalla vuosikatteella. Näiden kuntien talouskehityksessä saattaa tapahtua muutoksia parempaan tai huonompaan suuntaan nopeasti esimerkiksi verotulojen muutoksen tai erikoissairaanhoidon menojen odottamattoman lisäyksen takia.

Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakasmaksuilla rahoitetaan keskimäärin noin 10 prosenttia kustannuksista. Kunnallistalouden kannalta maksutulojen merkitys on kasvanut. Niiden kokonaismäärä oli vuonna 2000 lähes 6 mrd. markkaa. Palveluja tarvitsevien kannalta maksuilla saattaa olla vaikutusta palvelujen käyttöön. Tämän vuoksi maksupolitiikassa on jouduttu tasapainoilemaan kunnallistaloudellisten tarpeiden ja toisaalta korkeiden maksujen aiheuttamien käyttäjäkohtaisten ongelmien välillä.

Erityisesti yksittäiselle henkilölle koituvien suurten hoitokustannusten rajoittamiseksi otettiin vuoden 2000 alussa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuissa käyttöön terveydenhuollon vuotuinen maksukatto. Maksukatto oli 3 500 markkaa vuosina 2000–2001. Maksukatosta tehtyjen alustavien selvitysten mukaan siitä on hyötynyt noin 80 000 henkilöä, mikä vastaa ennakkolaskelmia. Ongelmana järjestelmän toteutuksessa on ollut järjestelmän aiheuttama lisätyö terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Kansantalouden kasvun myötä kuntasektorin taloudellinen tilanne on kohentunut. Kuntien väliset erot palveluissa näyttävät olevan kasvussa. Muuttoliike muuttaa kuntien väestörakennetta ja aiheuttaa erilaisia paineita kuntien menoihin. Työllisyys vaihtelee kunnittain ja lisääntyneet yritys- ja pääomaverotulot ovat kohdistuneet lähinnä korkean työllisyyden kuntiin.

3

Terveys ja terveystalvelut

3.1 Terveyden taustatekijät

Terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elintapojen ja valintojen tuloksena. Elintavat eivät yksin määrää terveyttä, vaan siihen vaikuttaa, ehkä yhtä paljon tai jopa enemmän, esimerkiksi mahdollisuus tehdä terveellisiä valintoja. Terveyteen vaikuttavat niinkään arkiympäristöjen – esimerkiksi kotien, asuma-alueiden, liikenteen, koulujen, työpaikkojen ja vapaa-ajan toimintojen – biologiset, kemialliset, fysikaaliset ja sosiaaliset ominaisuudet. Terveyteen ovat yhteydessä myös ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito sekä ihmisten taidot.

Terveyden edistäminen perustuu näkemykseen terveyden syntymisestä pitkälti terveydenhuollon ulkopuolella. Terveydenhuollolla on terveyden edistämässä tärkeä asiantuntijatehtävä taustatekijöiden ja varsinaisen toimijuuden sijoittuessa useissa tapauksissa muualle. Vaikka terveydenhuollon monet toimet luonnollisesti vaikututtavatkin paljon väestön terveydentilaan, terveyden edistäminen korostaa erityisesti myös yhteiskunnan muiden sektoreiden merkitystä terveyden hyväksi toimijoina. Samalla terveyden edistäminen näkee terveyden yhteiskunnan tasolla pääomana; yksilön tai yhteisöjen tasolla voimavarana, hyvinvointina sekä tasapainona sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa.

3.1.1 Elintavat terveyden taustatekijöinä

Väestön elintapojen seuranta ja niihin vaikuttaminen on ollut merkittävä osa suomalaista terveystaloutta. Vaikka ymmärrys elintapojen taustalla olevista taloudellisista, kulttuurisista ja sosiaalisista tekijöistä

on jatkuvasti lisääntynyt, väestön elintavat ovat edelleen tärkeitä terveyspolitiikan vaikutusten osoittimia ja päätöksenteon ohjaajia. Elintapojen muutokset väestössä tapahtuvat verkkaisesti. Tämän vuoksi muutamassa vuodessa tapahtuvat muutokset ovat yleensä varsin vähäisiä. Seuraavassa tarkastelussa keskitytään terveyden kannalta keskeisiin elintapoihin ja kuvataan tärkeimpien muutosten suunnat hiukan pidemmän ajan kuluessa rajoittumatta aivan lähivuosien muutoksiin.

Ravintotottumukset

Suomalaisten ravinnon käytön muutokset ovat viime vuosina olleet pitkälti ravintosuositusten mukaisia. Pääasiassa eläinkunnasta peräisin olevien tyydyttyneiden rasvojen käyttö on tuntuvasti vähentynyt ja hedelmien sekä kasvien käyttö on oleellisesti lisääntynyt. Näillä muutoksilla on kiistatta ollut huomattava vaikutus valtimoiden kovettumatautiin ilmenemiseen ja ne ovat osaltaan auttaneet sepelvaltimotaudin huomattavaan vähenemiseen etenkin keski-ikäisessä väestössä. Nämä muutokset ovat edelleen kansainvälisessäkin vertailussa hyvin myönteisiä.

Ruoka-aineista perunan ja täysjyväviljatuotteiden kulutuksen tulisi olla suositusten mukaan korkeammalla tasolla. Huolta on aiheuttanut se, että etenkin nuorten keskuudessa näiden ruoka-aineiden ja lisäksi tuoreiden kasvien ja hedelmien kulutus on keskimäärin vähäisempää kuin vanhemmissa ikäluokissa.

Suomessa ei juuri esiinny minkään ravintoaineen puutosta. Kansanterveydellisesti selvästi paljon mittavampi ongelma on energiapitoisten ravintoaineiden liian suuri saanti. Kun keskimääräinen päivittäinen hyötyliikunta on vähentynyt, on seurauksena lihavuuden selvä yleistymisen.

Liikunta

Vapaa-ajan liikunnan harrastus on viime vuosina selvästi lisääntynyt. Muutos ei kuitenkaan ole ollut aivan tasaista ja täysin liikuntaa harrastamattomien osuus on jonkin verran kasvanut. Oleellisin epäedullinen muutos on etenkin kaupunkimaisessa ympäristössä elävien miesten päivittäisen hyötyliikunnan vähentyminen.

Terveyden edistämisen kannalta on tärkeää luoda edellytykset hyötyliikuntaan ja monipuolisiin liikuntamahdollisuuksiin, joita pääsee harrastamaan helposti ja maksutta tai pienin korvauksin. Useissa kunnissa

tämän suuntaiset terveyttä edistävät toimenpiteet ovatkin kiitettävästi lisääntyneet.

Lihavuus

Lihavuus yleistyy jatkuvasti. Kun aiemmin miesten lihavuus lisääntyi enemmän kuin naisten, on viimeisimpien tutkimustietojen mukaan myös naisten lihavuus alkanut yleistyä etenkin menopausi-ikäen kynnyksen jälkeen.

Lihavuus myötävaikuttaa monien kansanterveydellisesti merkittävien sairauksien kuten aikuistyyppin diabeteksen ja valtimokovettumatautiin syntyyn. Lihavuuden ehkäisemisellä on keskeinen terveydellinen merkitys, sillä lihavuuden hoitaminen on työlästä ja tuottaa valitettavan harvoin hyviä tuloksia.

Seksuaalikäyttäytyminen

1990-luvun aikana sukupuolielämäänsä ainakin melko tyytyväisten osuus on pudonnut 5–10 % ja seksuaalinen haluttomuus on lisääntynyt noin 10 %. Satunnaisissa suhteissa kondomia on käytetty aiempaa harvemmin, jolloin sukupuoliteitse tarttuviin tauteihin sairastuneiden määrä on kasvanut.

Raskauden keskeytykset vähenivät vuoteen 1995, mistä lähtien ne ovat vuosittain lisääntyneet. Vuonna 2000 keskeytyksiä tehtiin 10390 (9,0 keskeytystä/1000 15–49-vuotiasta naista). Eniten keskeytyksiä tehdään 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä. Huolestuttavaa on, että 15–19-vuotiaiden raskauden keskeytykset ovat edelleen lisääntyneet.

Tupakointi

Neljännesvuosisata sitten keski-ikäisistä miehistä poltti säännöllisesti yli 40 %. Miesten päivittäistupakointi (29 % vuonna 2001) on kuitenkin jatkuvasti vähentynyt vuodesta 1978. Naisten tupakointi lisääntyi vuoteen 1989, mutta on sen jälkeen pysynyt samalla tasolla (20 % vuonna 2001). Satunnaistupakoinnissa (miehet 7 % ja naiset 5 %) ei ole tapahtunut muutosta. Miesten tupakoinnissa on vain vähäistä alueellista vaihtelua, mutta naisten tupakointi on erityisen yleistä Uudellamaalla, Itä-Uudellamaalla, Lapissa ja Ahvenanmaalla.

Huolestuttavampaa kuin keski-ikäisten tupakoinnissa tapahtuneet muutokset on nuorten tupakoinnin yleistyminen. Tytöt ja pojat tupakoi-

vat lähes yhtä yleisesti. Peruskoulun 8-luokkalaisista pojista 20 % ilmoitti vuonna 2000 tupakoivansa päivittäin ja tytöistä 19 %. Suomalaisen nuorten tupakointi näyttää nykyisin olevan eurooppalaisittain yleistä, mutta keski-ikäisten tupakointi keskimääräistä. Nuorten tupakoinnin ehkäisyyn on suunnattu voimavaroja, mutta sen lisääntyminen on vaikeasti muutettava globaali suuntaus. Suunnitteilla oleva kansallinen laaja ja riittävän pitkä tupakoinnin vastainen kampanja perustuu paitsi nuorisokulttuurin huomioon ottamiseen, myös aineiston esitetaukseen ja kampanjan näkyvyyden ja vastaanoton seurantaan.

Passiivinen tupakointi, altistuminen tupakansavulle, on pysynyt jatkuvasti samalla merkittävästi alemmalla tasolla vuoden 1995 tupakkalain uudistuksen jälkeen, tupakoimattomista 6 % on vähintään tunnin tupakansavussa työpaikallaan.

Tupakoinnin aikaan saama nikotiiniriippuvuus vaihtelee yksilöittäin, mutta saattaa olla varsin vaikeasti hoidettavissa. Vuonna 2001 34 % päivittäin tupakoivista miehistä ja 47 % naisista on yrittänyt lopettaa tupakoinnin. Tämän kuten monen muunkin riippuvuutta aiheuttavan nautintoaineen aloittamisen ehkäisyyn tulee suunnata entistä enemmän voimavaroja. Terveystiedon tuominen takaisin peruskoulun opetusohjelmaan voi osaltaan edesauttaa näitä pyrkimyksiä. Tupakasta vieroituksesta on valmistumassa käypä hoito -suositus.

Alkoholin käyttö

Suomalaisten alkoholin kulutus on jatkuvasti lisääntynyt. Lamavuosien aikana kulutus pieni jonkin verran, mutta viime vuosina kulutus on jälleen lähtenyt kasvamaan. Alkoholin kokonaiskulutus (100 %:n alkoholina) vuonna 2000 oli 8,8 litraa ja vuonna 2001 9,2 litraa. Nousu perustui 4,5 % kasvuun tilastoidussa kulutuksessa.

Alkoholin käytössä on alueellisia eroja. Alkoholin käyttö on kyselytutkimusten perusteella selvästi yleisempää Uudellamaalla kuin muualla, vähäisintä se on Pohjanmaalla.

Keski-ikäisten ja varttuneemman väestön alkoholin käytön muutokset ovat olleet kyselytutkimusten mukaan melko pieniä. Huolestuttavampaa on, että alkoholin käyttö aloitetaan yhä nuorempina ja humalakäyttö nuorison keskuudessa on yleistä ja lisääntyy koko ajan.

Alkoholista aiheutuvat sairaudet ja tapaturmat yleistyvät koko ajan. Alkoholi onkin yksi tärkeimmistä terveyteen vaikuttavista yksittäisistä

vaaratekijöistä nyky-yhteiskunnassa. Tilanteen tekee pulmalliseksi se, että alkoholin kohtuukäyttö näyttäisi olevan hyödyksi terveydelle, mutta vähänkin suuremmat säännölliset alkoholimäärät aiheuttavat terveydellisiä haittoja.

Huumeiden käyttö

Alkoholi on edelleen merkittävin suomalaisten käyttämistä päihteistä. Laittomien päihteiden, huumeiden, käyttö lisääntyy jatkuvasti. Huumeiden käyttö on kuitenkin alkoholin käyttöä harvinaisempaa. Suomalaiset käyttävät eniten kannabistuotteita. Selvästi harvinaisempaa on amfetamiinin käyttö. Opiaattien käyttö on vielä harvinaista, mutta näyttää jatkuvasti yleistyvän. Alaikäisten huumeiden käyttö on jatkuvasti lisääntynyt, joskin aivan viimeisimpien tietojen mukaan suuntaus näyttää tasaantuneen.

Suomen odotettiin pitkälti säästyneen suonensisäisen huumeiden käyttöön liittyvän HIV-infektion yleistymiseltä kunnes epidemia puhkesi vuosina 1999–2000. Vuonna 2001 epidemia osoitti laantumisen merkkejä, mutta huumeiden käytön yleistyessä niiden käyttöön liittyvien infektioiden vaara kasvaa.

3.1.2 Tapaturmat

Tapaturmien syntyyn vaikuttavat sekä elinympäristö, mm. tuoteturvallisuus ja työolot, että ihmisten oma toiminta. Vuosittain tapaturmiin kuolee noin 2700 suomalaista, mikä on eurooppalaisittain paljon. Samalla kun liikenne- ja työtapaturmat ovat viime vuosina vähentyneet, ovat koti-, liikunta- ja muut vapaa-ajan tapaturmat selvästi lisääntyneet. Näiden tapaturmien osuus on nykyisin 70 % kaikista tapaturmista. Alkoholi on usein merkittävä osatekijä tapaturmien synnyssä.

Työtapaturmat tilastoidaan kattavasti. Ks. tarkemmin kohdassa 4.3.5. Tapaturmien vaara liittyy etupäässä teollisuustyöhön ja rakentamiseen sekä tiettyihin ammatteihin. Työtapaturmia sattui vuonna 2000 yhteensä noin 120 000, joista noin puolet johti vähintään kolmen päivän poissaoloon. Kuolemaan johtaneita työtapaturmia sattui samana vuonna 62. Sekä tapaturmat yleensä että kuolemaan johtaneet tapaturmat ovat vähentyneet huomattavasti viime vuosikymmeninä, mutta aivan viime vuosi-

na niiden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Väkivalta-
tapaturmat, jotka tapahtuvat etupäässä palvelutyössä sekä sosiaali- ja
terveyssektorilla, ovat poikkeus: väkivalta- ja uhkatilanteet työssä ovat
lisääntyneet huomattavasti kahden viimeisen vuosikymmenen aikana.

Samalla kun toimia työ- ja liikennetapaturmien ehkäisemiseksi jat-
ketaan ja kehitetään, on yli sektorirajojen tapahtuva koti-, liikunta- ja
muiden vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn kehittäminen tärkeä haaste
terveyden edistämiseksi Suomessa.

3.2 Terveydentilan muutokset

Terveystilanne muuttuu väestötasolla hitaasti. Parin vuoden tarkkailu-
jaksolla muutoksia ei juuri havaita. Niinpä seuraavassa tarkastelussa
pitäydytään pidempään jatkuneiden suuntien kuvaukseen, jotka ulottu-
vat vuosikymmenen jaksolle tai pidemmälle. Näiden muutosten esittä-
minen auttaa hahmottamaan myös lyhytaikaisen kehityksen suuntaa.

Yksi terveydentilan usein käytetyistä osoittimista on elinajan odote.
Suomalaisten elinajan odote on jatkuvasti pidentynyt. Vuonna 2000 suo-
malaisten miesten odotettu elinaika oli 74,1 vuotta ja naisten 81,0 vuot-
ta. Miesten ja naisten elinajan odotteen ero on pienentynyt vähän.

Myös koettua terveydentilaa pidetään tärkeänä terveydentilan osoit-
timena mm siksi, että se ennustaa sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Suo-
malaisten koettu terveydentila näyttää kyselytutkimusten perusteella
hitaasti kohentuvan. Vuonna 1979 terveydentilansa arvioi hyväksi tai
melko hyväksi 62 % miehistä ja 63 % naisista. Vastaavat osuudet vuon-
na 2000 olivat 66 % ja 68 %. Tarkasteltaessa terveytensä hyväksi koke-
vien osuutta ikäryhmittäin havaitaan, että vaikka vanhimmassa tutki-
tussa ikäryhmässä (55–56-vuotiaat) ilmoitettiin vähemmän hyväksi ko-
ettua terveyttä kuin muissa ikäryhmissä, niin juuri tässä ikäryhmässä
toisaalta niiden osuus, jotka arvioivat terveytensä hyväksi, on lisäänty-
nyt jatkuvasti 1980-luvulta alkaen.

Useiden tutkimusten mukaan väestön toimintakyky on viime vuosi-
kymmeninä parantunut. Noin 8 % työikäisestä 16–64-vuotiaasta väes-
töstä on työkyvyttömiä ja noin kolmasosalla arvioidaan olevan joitakin
työkyvyn rajoituksia. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus on sekä
alle 55-vuotiaista että koko työikäisestä väestöstä pienentynyt koko 1990-

luvun ajan. Myös työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on vähentynyt 1990-luvun alun laman jälkeen.

Kyselytutkimusten mukaan hiukan yli 40 % aikuisista suomalaisista sairastaa jotain pitkäaikaista sairautta. Parin viimeisen vuosikymmenen aikana koettu pitkäaikaissairastavuus on hiukan yleistynyt erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä. Tämä johtuu suurelta osin allergioiden ja aineenvaihduntasairauksien lisääntymisestä. Myös sairauksien toteamisherkkyys on saattanut parantua ja pitkäaikaissairauksia tunnistetaan aiempaa herkemmin.

3.2.1 Somaattinen terveys

Kansanterveydellisesti tärkeimpiä somaattisia sairauksia ovat verenkiertoelinsairaudet, syöpätaudit, krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, allergiat ja aineenvaihduntasairaudet, erityisesti diabetes.

Sepelvaltimotauti on edelleen merkittävin suomalaisten verenkiertoelinsairaus, vaikka sairastuvuus on selvästi vähentynyt työikäisessä väestössä. Kolmisenkymmentä vuotta sitten keski-ikäisten suomalaisten miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin oli maailman suurin. Sen jälkeen kuolleisuus tähän tautiin on dramaattisesti pienentynyt ja suomalainen mies löytyy kansainvälisestä tilastosta nykyisin paljon paremmalta tasolta. Kuolleisuuden väheneminen johtuu suureksi osaksi sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden paremmasta tunnistamisesta ja elintapoin suotuisasta kehityksestä. Vaikka keski-ikäisten naisten sairastuvuus sepelvaltimotautiin on myös vähentynyt, ei sepelvaltimotautia sairastavien kokonaismäärä ole vähentynyt Suomessa, vaan vähitellen kasvanut. Tämä johtuu pääasiassa ikärakenteen vanhenemisestä ja siitä, että sairastuneet elävät hoidon ansiosta entistä pitempään.

Aivohalvaus on toinen suomalaisilla yleinen verenkiertoelinsairaus, joskin se on selvästi harvinaisempi kuin sepelvaltimotauti. Sairastuvuus aivohalvaukseen on myös pienentynyt nuoremmissa ikäryhmissä. Se johtuu ennen muuta parantuneesta verenpainetaudin hoidosta. Aivohalvauksenkin sairastuneiden määrä kasvaa kuitenkin väestön vanhetessa.

Väestön sairastuminen syöpäsairauksiin on pysynyt viime vuosina melko muuttumattomana, mutta sairastavuus eri syöpälajeihin on vai-

dellut. Miesten sairastuvuus keuhkosityöpään ja muihin tupakasta riippuviin syöpämuotoihin on vähentynyt tupakoinnin vähentyessä. Naisilla vastaavat syöpämuodot ovat yleistyneet naisten tupakoinnin yleistyttyä. Miehillä erityisesti eturauhasen syöpä, mutta myös paksusuolen syöpä, ihomelanooma ja virtsarakon syöpä ovat yleistyneet. Naisilla keuhkosityövän lisäksi rintasyöpä on yleistynyt selvästi, lisäksi jossain määrin myös paksusuolen syöpä, kohdun runko-osan syöpä ja munasarjasyöpä. Kohdun kaulasyövän väheneminen päättyi 1990-luvulla ja ilmaantuvuus kääntyi nousuun. Tämän on arveltu johtuvan seulonnan kattavuuden pienemisestä.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet on varsin merkittävä oireita ja toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttava sairausryhmä. Työkyvyttömyys-tilastoissa tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuuden kasvu johtuu suureksi osaksi alaselkä- ja niskaoirediagnooseista. Lannerangan välilevyn rappeuman yleisyys ei juurikaan ole muuttunut. Nivelkulumaa sairastavien määrä vähenee. Muutos on erityisen selvä naisten polviartroosissa. Vaikka nivelkulumasairauksien vallitsevuus on pienentynyt, terveydenhuollolle aiheutuva kuormitus suurenee väestön vanhetessa.

Krooninen ahtauttava keuhkosairaus on edelleen merkittävä toimintakyvyn rajoitusta aiheuttava sairaus, vaikka sen perussy, tupakointi, on vähentynyt miehillä. Sairastuneiden määrä ei juurikaan ole muuttunut ennen kaikkea väestön vanhenemisen johdosta.

Erilaiset allergiat ja astma ovat sairauksia, joiden yleisyys on jatkuvasti suurentunut. Osittain yleistymisen voi johtua parantuneesta ja herkemmästä diagnosoinnista, mutta taustalla on myös kiistatta todellinen sairastuvuuden muutos. Syitä allergiasairauksien yleistymiseen on paljon haettu, mutta toistaiseksi yleispätevää selitystä ei ole löydetty.

Sekä nuoruustyyppin, ns. tyyppin 1, että aikuistyyppin, ns. tyyppin 2, diabetes ovat jatkuvasti yleistyneet Suomessa. Suomalaisten lasten ja nuorten sairastuvuus tyyppin 1 diabetekseen on pysynyt maailman suurimpana ainakin viimeisten 20 vuoden ajan. Ulkoisia syitä tyyppin 1 diabetekseen ei toistaiseksi tunneta. Vaikka sairastuvuus tyyppin 2 diabetekseen ei Suomessa ole aivan maailman huippuluokkaa, se on verrattain suuri ja kasvaa koko ajan. Yleistyvä lihavuus ja liikunnan vähäisyys ovat selvimmät tyyppin 2 diabeteksen vaaratekijät.

Dementian merkitys terveydenhuollon kuormittajana tulee jatkuvasti kasvamaan. Varsinaisen dementiaa aiheuttavan aivosairauden, Alz-

heimerin taudin, syitä ei tunneta, mutta viimeaikainen tutkimus on osoittanut monen verenkiertoelinsairauden vaaratekijän lisäävän myös demensian riskiä.

Suomalaisten lasten, nuorten ja keski-ikäisten aikuisten hampaiston terveys on parantunut jatkuvasti. Tämä johtuu osaltaan tehokkaista hammashuoltopalveluista. Vastaisuudessa palvelujen tarve painottuu iäkkäämpiin ikäryhmiin.

Infektiosairaudet eivät enää aiheuta yhtä paljon haittaa ja ennenaikaisia kuolemia kuin aikaisemmin. Infektiot aiheuttavat kuitenkin paljon lyhyitä työstä poissaoloja, eikä niiden yleisyydessä näytä lähiaikoina tapahtuneen muutoksia. Ihmisten ja elintarvikkeiden vaivattomammat rajanylitykset tuovat mukanaan myös uudet haasteet. Huolimatta monista uhkista, tartuntatautilanne on säilynyt hyvänä.

Infektiosairauksiin liittyy läheisesti kysymys antibioottiresistenssistä. Antibioottien teho on säilynyt viime vuosien aikana kohtuullisen hyvänä. Osasyynä hyvään tilanteeseen on avohoidon antibioottien kulutuksen väheneminen 1990-luvun puolivälistä alkaen, mitä kehitystä on tehostanut 1997 alkanut optimaalista antibioottien käyttöä edistävä laajapohjainen MIKSTRA-ohjelma. Antibiootit ovatkin ainoa lääkeryhmä, jonka käyttö ei avohoidossa ole lisääntynyt. Sairaaloissa antibioottien käytön lisääntyminen jatkuu, mikä heijastaa lisääntyviä infektiuongelmia.

Toisin kuin Keski- ja Etelä-Euroopassa meillä ollaan viime vuosina säästyttävä laajoilta resistenttien bakteerien aiheuttamilta sairaalainfektiopidemioidelta. Pieniä epidemioita esiintyy kuitenkin jatkuvasti, ja on vain ajan kysymys milloin tilanne pahenee. Ulkomailta saatujen bakteeritartuntojen suhteen erityisessä tarkkailussa ovat yleisimmät suolistoinfektioita aiheuttavat salmonella ja kampylobakteerit, joiden herkkyys antibiooteille on heikentynyt nopeasti kuluneen viiden vuoden aikana. Moniresistentit tuberkuloosikannat ovat meillä vielä toistaiseksi harvinaisia.

3.2.2 Mielenterveys

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä kansantautiryhmä, jonka hoidon järjestämisellä ja tuloksellisuudella on merkitystä paitsi yksityisen

ihmisen ja hänen lähipiirinsä kannalta, myöskin terveyspalveluiden kustannusten hallinnan sekä kansantalouden kannalta. Hoitamattomat tai puutteellisesti hoidetut sairaudet kroonistuvat helpommin ja työkyvyn heikentymisen ohella myös jokapäiväinen arjesta itsenäisesti selviytyminen vaarantuu.

Väestötutkimusten mukaan psyykkiset oireet ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä. Aikuisväestössä vähintään 8 %:lla väestöstä on todettavissa psykiatrisen hoidon tarve. 8–9-vuotiailla lapsilla on vakavia psyykkisiä häiriöitä noin 4 %:lla ja keskivaikeita häiriöitä noin 17 %:lla. Edelleen arvioidaan, että jokin psyykinen häiriö on todettavissa 15–25 %:lla nuorista.

Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sosiaalivakuutuksen kustannukset ovat merkittäviä. Voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä on noin 40 % mielenterveyden häiriöistä aiheutuvia. Mielenterveyden häiriöiden eläkekustannuksista lähes puolet aiheutui ikäryhmistä alle 45 vuotta.

Itsemurhat ovat suomalaiselle kulttuurille tyypillinen ilmiö, joka on edelleen erityisen yleinen nuorilla miehillä. Itsemurhien määrä on kuitenkin 1990-luvun toimenpiteiden myötä laskenut 20 % vuosina 1990–1999.

3.2.3 Terveyserot

Terveys ei jakaudu väestössä tasaisesti. Miesten ja naisten sairastuvuudessa on eroja. Ne selittävät pitkälti miesten ja naisten eripituisia elinajan odotteita.

Sairastuvuusalttius vaihtelee myös siviilisäädyn ja asuinpaikan mukaan. Matalalla sosioekonomisella tasolla olevat sairastuvat selvästi yleisemmin kuin korkeammalla olevat.

Sosioekonomiset sairastuvuserot ovat Suomessa varsin selvät ja ne ovat korostuneet viime vuosina. Suuri osa sosioekonomisten sairastuvuserojen taustatekijöistä on peräisin terveyteen vaikuttavista elintavoista, mutta läheskään kaikkia erojen syitä ei tässä vaiheessa tunneta. Esimerkiksi päivittäistupakointi on yleisempää alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla. Koulutusryhmittäiset erot tupakoinnissa ovat kasvaneet jatkuvasti vuodesta 1978. Liikapaino on yleisempää alemmissa

koulutusryhmissä, mutta runsas alkoholinkäyttö taas ylemmissä koulutusryhmissä.

3.2.4 Terveys 2000

Terveystila muuttuu suhteellisen hitaasti, mutta useiden vuosien seurannassa muutoksia on jo selvästi havaittavissa. Kattavat terveystiedot, jotka ovat peräisin koko väestöä edustavan otoksen kysely- ja terveystarkastustutkimuksesta ovat pitkään olleet peräisin ns. Mini-Suomi-tutkimuksesta, joka tehtiin vuosina 1979–1981. Edustavaan väestöotokseen perustuva terveystarkastustutkimus on tämän vuoksi ollut varsin tarpeellinen.

Uusi koko aikuisväestöä edustavan väestöotoksen terveystarkastustutkimus, Terveys 2000 -tutkimus, tehtiin Kansanterveyslaitoksen johtamana. Tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen osallistui suuri joukko muitakin laitoksia ja tutkimusyksiköitä, kuten Stakes, Työterveyslaitos, Tilastokeskus, Kela, UKK-instituutti sekä yliopistot ja yliopistolliset keskussairaalat. Tutkimus aloitettiin vuonna 2000 ja saatiin perustutkimuksen osalta päätökseen vuonna 2001. Tutkimuksen kohdejoukkona oli 10 000 suuruinen edustava otos 18 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Näistä 8 000 oli yli 29-vuotiaita. Mittava terveystutkimus tehtiin koko otokselle ja lisäksi 30 vuotta täyttäneet kutsuttiin laajaan terveystarkastukseen. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään mahdollisimman tarkkaan tutkittujen terveydentila ja toimintakyky. Päähuomio tutkimuksessa kohdentui tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, verenkiertoelinsairauksiin, mielenterveyteen ja suun terveyteen. Täydentävät tutkimusosat ovat vielä vuoden 2002 alussa käynnissä. Perustutkimuksen keskeisimpiä löydöksiä käsittävä ennakkoraportti julkaistaan vuoden 2002 alkupuolella.

3.3 Terveystila ikäryhmittäin

3.3.1 Lasten ja nuorten terveys

Lasten ja nuorten psykososiaalinen hyvinvointi ja kotien tilanne on ollut erityisen huolen aiheena viime vuosien aikana. Huostaanottojen määrä

on lisääntynyt jatkuvasti, mikä kertoo perheen voimavarojen puutteesta. Perheiden sosioekonominen asema polarisoituu pikku hiljaa. Yksinhuoltajaperheiden määrä on lisääntynyt samaan aikaan kuin heidän elintilonsa on laskenut verrattuna muihin lapsiperheisiin. Vanhempien pidentyneet työpäivät asettavat haasteita perhe-elämälle. Suomalaisten tutkimusten mukaan pienten lasten isien työpäivät ovat muita väestöryhmiä pitempiä. Vastaavasti psyykkinen oireilu lapsilla ja etenkin myöhemmin kouluikässä ja nuorena aikuisena on jatkuvasti yleistynyt. Psykosomaattiset oireet ja masennus ovat pääasiassa lisääntyneen oireilun taustalla.

Lyhytaikaiset infektiosairaudet aiheuttavat edelleen eniten tarvetta lasten ja nuorten terveydenhuoltopalveluihin. Lasten kroonisten sairauksien määrä näyttää edelleen kasvavan. Suurin syy tähän ovat allergiat, mutta osatekijänä on myös jatkuvasti yleistyvä tyyppi 1 diabetes.

Ruokailutottumukset ovat pääosin muuttuneet terveellisempään suuntaan, mutta liian yksipuolisten ruokatottumusten, samoin kuin äärisuuntien, esimerkiksi yksipuolisen kasvisruokavalion, suosio lisääntyy. Terveyden kannalta huolestuttavinta on tupakoinnin ja alkoholin sekä huumeiden käytön selvä yleistyminen ja painottuminen nuorempiin ikäryhmiin. Erityisesti nuorten alkoholin humalakäyttö aloitetaan Suomessa varhain ja se on poikkeuksellisen yleistä useimpiin muihin Euroopan maihin verrattuna.

Lasten ja nuorten seksuaalinen aktiivisuus viriää aikaisempaa varhemmin. Sukupuolitaudeista klamydia on yleistynyt nuorten keskuudessa. Myönteinen kehitys nuorten raskauksien ja raskauden keskeytysten vähenemisessä päättyi vuoteen 1993. Sen jälkeen raskauden keskeytykset ovat vuosittain lisääntyneet.

3.3.2 Varusmiehet

Vuosittain astuu palvelukseen noin 30000 nuorta. Varusmiespalvelukseen hyväksytään terveydellisin perustein noin 90 % miespuolisesta ikäluokasta. Kutsuntatarkastuksissa todettavista varusmiespalveluksen esteistä yli puolet ovat mielenterveysongelmia. Koska kyselyin ja terveystarkastuksen perusteella arvioitu terveydentila palveluksen aikana vielä koetellaan, on ryhmän terveydentilan seuraaminen erittäin mielenkiintoista.

Varusmiespalvelusta suorittavista 95 % kuuluu palvelukelpoisuusluokkaan A. Palveluksen keskeyttäminen on lisääntynyt viime vuosina (6,5 % vuonna 1995, 9,0 % vuonna 2001). Palveluksen keskeytymisistä yli puolet johtuu mielenterveyden häiriöistä ja viidesosa tuki- ja liikuntaelinten sairauksista ja vammoista. Persoonallisuushäiriöt, sopeutumishäiriöt sekä neuroottiset häiriöt ovat tavallisimmat keskeytymisen syyt.

Palvelukseen astuvien nuorten fyysisen kunto on koko ajan heikentynyt huolestuttavasti. Nuorista asevelvollista oli vuonna 2001 vain 41 % fyysisesti hyvässä kunnossa ja vastaavasti noin 20 % oli huonossa kunnossa. Kuntotestien tulokset ovat jatkuvasti huonontuneet. Vuonna 1998 suoritetussa varusmiesten koulutus uudistuksessa kaksinkertaistettiin varusmiesten liikuntakoulutus 20 %:iin koulutusajasta. Uudistuksen tavoitteena on luoda ja vahvistaa pysyvää liikuntaharrastusta järjestämällä monipuolista sekä motivoivaa liikuntaa. Varusmiehiltä saadun palautteen perusteella voidaan arvioida, että liikunta- ja terveystyötytymiseen pystytään vielä varusmiespalveluksen aikana vaikuttamaan myönteisesti.

Kutsuntaikäisten ja palvelukseen astuneiden varusmiesten huumeiden ja päihteiden käyttöä on seurattu nimettömin kyselyin 1960-luvulta alkaen. Tarkastelujakson aikana palvelukseen astuneista 20 % ilmoitti käyttäneensä tai kokeilleensa jotain huumetta elämänsä aikana. Noin 2/3:lla käyttö rajoittui enintään kolmeen kertaan. Ylivoimaisesti eniten kokeiltu huume oli hasis. Vuonna 2001 valmistui esitys puolustusvoimien huumestrategiaksi. Peruseriaate puolustusvoimissa on terveyttä ja turvallisuutta edistävän päihteettömän elämäntavan tukeminen ja siihen kannustaminen. Puolustusvoimat ei hyväksy palveluksessa eikä vapaa-aikana minkään huumausaineen käyttöä.

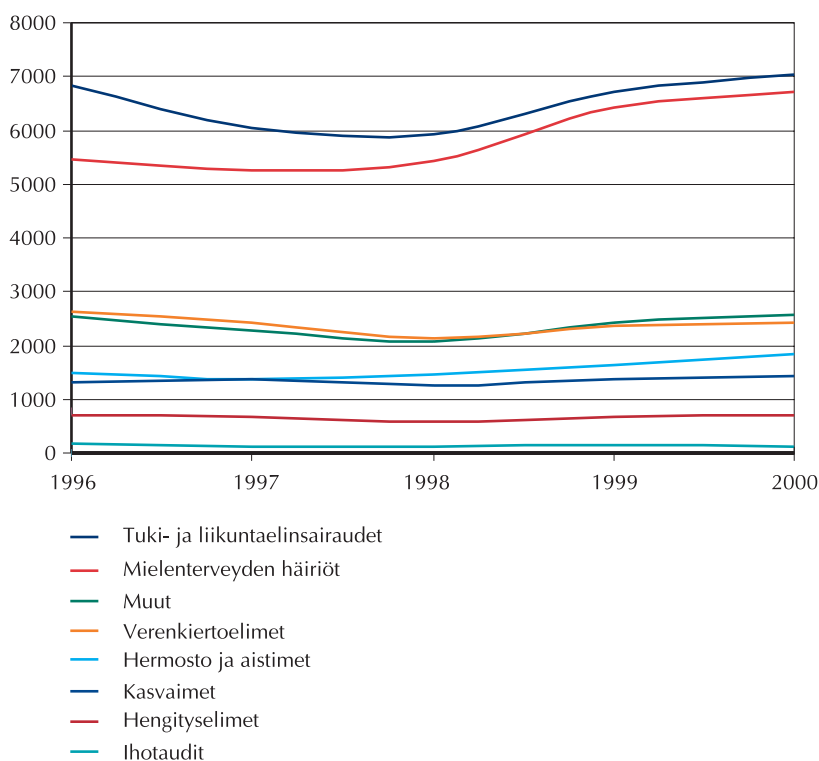
3.3.3 Työikäiset

Suomalaisten työikäisten terveys on kohtuullisen hyvä jos tarkastellaan yksinomaan lyhyitä työstä poissaoloja sairauden vuoksi. Kroonisten sairauksien esiintyvyys ja ennenaikainen kuolleisuus on Suomessa kuitenkin edelleen suurempi kuin esimerkiksi muissa pohjoismaissa. Keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä on pitkään pysytellyt 59 ikävuoden tuntumassa. Matalahko eläkkeelle siirtymisikä johtuu osittain erilaisten

varhaiseläkkeiden suosiosta. Alle 55-vuotiaiden määrä, jotka siirtyvät eläkkeelle yksinomaan työkyvyttömyyden johdosta, on viime vuosina vähentynyt.

Yleisimmät työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syyt kytkeytyvät joko mielenterveyteen tai tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Aiemmin kärkisijoilla olleiden verenkiertoelinsairauksien merkitys työkyvyttömyyden aiheuttajina on selvästi vähentynyt.

Kuvio 3.1.
Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet sairauspääryhmän mukaan 1996–2000



Lähde: Suomen työeläkkeensaajat 1996–2000. ETK, Kuntien eläkevakuutus, Valtio-
konttori.

Työvoiman ennenaikainen eläkkeelle siirtyminen on ollut pitkään huolen aiheena. Tätä ongelmaa torjumaan käynnistettiin 1990-luvun lopulla Kansallinen Ikä -ohjelma, jonka suosituksista merkittävä osa

keskittyi ikääntyvän työvoiman terveyden ja toimintakyvyn ylläpitoon ja kohentamiseen

Työikäisten terveystottumukset määräävät pitkälti vastaisen eläkeiän terveyden kehitystä. Monien terveyteen liittyvien elintapojen kohdalla, kuten ruokailutottumusten ja miesten tupakoinnin kohdalla onkin tapahtunut selvää myönteistä kehitystä. Jotkin terveyteen liittyvät elintavat ovat kuitenkin huonontuneet. Näistä merkittävimmät ovat lihavuus ja liikunnan vähäisyys. Suomalaiset keski-ikäiset miehet ovat kartuttaneet lihavuuttaan merkittävästi viime vuosina ja aivan lähivuosina on myös naisten lihavuus yleistymässä vaikka kehitys heidän kohdallaan 1990-luvun puoliväliin asti vaikuttikin suotuisalta.

3.4 Ikääntyneiden terveys

Elinajan odotteen pidentyessä ja ennenaikaisen kuolleisuuden vähetessä ikääntyneiden suomalaisten määrä kasvaa tuntuvasti. Tämä merkitsee samalla sitä, että kaikkia iän mukana yleistyviä sairauksia potevien määrä tulee jatkuvasti lisääntymään.

Ikääntyneiden palvelujen tarve riippuu heidän terveydentilastaan ja toimintakyvystään. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä verenkiertoelinsairaudet ovat somaattisista sairauksista tärkeimmät toimintakykyä rajoittavat sairaudet. Dementia aiheuttaa paljon palvelutarvetta, mutta se ei ole yhtä yleinen kuin em. Sairaudet. Dementiaa sairastavat tarvitsevat kuitenkin usein vaativampia palveluja. Mielenterveyden häiriöt rajoittavat varsin paljon myös ikääntyneiden toimintakykyä. Yksinasuvat vanhuksat sairastavat usein myös depressiota, jota aina ei ole osattu diagnosoida.

Elinajan odotteen pidentyessä on pohdittu, piteneekö samalla terveenä elämisen aika vai ovatko elämän loppuvuodet pitkittyneitä toimintakyvyn rajoitteisuuden aikaa. Toistaiseksi vastaus tähän keskeiseen palvelutarpeen kysyntään liittyvään kysymykseen on avoin. Terveys 2000 -tutkimuksen alustavien tulosten mukaan ikääntyvien suomalaisten toimintakyky on parantunut etenkin varhaisessa eläkeiässä. Tuloksia on alustavasti verrattu myös 20 vuotta sitten tehtyyn Mini-Suomi-tutkimukseen, jossa toimintakykyä tutkittiin samoilla menetelmillä. Osapuilleen 75 ikävuoteen asti toimintakyky on selvästi nykyisin parempi, mutta

tätä iäkkäämmissä ryhmissä toimintakykyisyyden asteessa ei ollut suuri eroja tutkimusten välillä.

3.5 Ehkäisevä terveystalitiikka ja terveystalveluiden kehitys

3.5.1 Ehkäisevä terveystalitiikka

Painoalueina ovat olleet ehkäisevän sosiaali- ja terveystalitiikan aseman ja rakenteiden vahvistaminen, lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, väestön terveyden, toimintakyvyn ja elämän laadun ylläpito ja parantaminen, syrjäytymisen ehkäisy, ehkäisevän päihdepolitiikan kehittäminen sekä elinympäristön terveellisyys ja turvallisuuden edistäminen.

Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmassa on todettu, että väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen otetaan julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi. Hallituksen hankkeissa tavoitteena on muun muassa, että lasten ja nuorten syrjäytymisvaaraan puututaan riittävän varhain ja että lasten ja nuorten päihteiden käytön ennaltaehkäisyyn kiinnitetään erityistä huomiota. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000–2003 yhtenä toiminnan painotuksena on ongelmien estäminen ajoissa. Tavoitteiksi on nostettu lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy sekä päihdeongelmien ehkäisy. Hyvinvointia tukevaa ympäristöä koskevia tavoitteita ohjelmassa ovat paikallisen hyvinvointipolitiikan vahvistaminen, esteettön ympäristö ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen.

Valtioneuvosto hyväksyi 17.5.2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, joka on tarkoitettu linjaamaan kansallista terveystalitiikkaa seuraavien 15 vuoden ajan. Se jatkaa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman pohjalta ja sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n uudistettu Terveyttä kaikille -ohjelma. Ohjelman valmisteli valtioneuvoston asettama kansanterveyden neuvottelukunta ja se myös koordinoi ohjelman toimeenpanoa yhdessä STM:n kanssa. Ohjelman lähtökohtana on se, että väestön terveyteen ja hyvinvoin-

tiin vaikuttavat ennen kaikkea terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, minkä vuoksi terveys tulisi ottaa tärkeäksi valintoja ohjaavaksi periaatteeksi kaikilla julkisen vallan sektoreilla ja tasoilla, samoin kuin yksityissektorilla ja kansalaisten omassa toiminnassa. Ohjelma antaa yhteisen pohjan terveystaloudelle ja edistää terveystalouden tavoitteiden huomioon ottamista kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Tämä edellyttää työvälineiden kehittämistä terveysvaikutusten arvioimiseen.

Ohjelmassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta. Ne kohdistuvat keskeisiin ongelmiin, joiden korjaaminen edellyttää eri tahojen yhteistyötä. Lisäksi tehdään 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa, jotka sisältävät kansalaisten arkielämän ympäristöä ja yhteiskunnan eri toimijoita koskevia haasteita ja linjauksia. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat edelleen yksi lähivuosien keskeisimmistä haasteista. Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanossa paikallistason toiminta, erityisesti kunnat peruspalvelujen järjestäjinä, ovat avainasemassa.

Ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden aseman vahvistamiseksi kuntatasolla on tehostettu yhteistyötä lääninhallitusten kanssa ja jatkettu kuntaprojektien hyödyntämistä ja laajentamista. Kuntia on tuettu terveyden edistämisen johtamisen uudistamisessa ja kuntien terveyttä edistävälle toiminnalle on pyritty kehittämään malleja, toimintatapoja ja työvälineitä. Terveystalouden edistämisen kehittämishankkeissa on mm. vahvistettu terveyden edistämisen osaamista kunnissa, tuettu kuntien hyvinvointistrategioiden laadintaa ja toteutusta, kehitetty yhdessä kuntien kanssa hyvinvointi-indikaattoreita ja valmisteltu kuntatyökirja tukemaan terveyden edistämisen ja hyvinvointistrategioiden laadintaa.

Tupakkapolitiikka on tärkeä osa ehkäisevää terveystaloutta. Osana johdonmukaista tupakkalainsäädännön kehittämistä toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annettua lakia (tupakkalaki) muutettiin vuonna 2000. Tupakointia rajoitettiin siten, että ravintolan ja muun ravitsemisliikkeen sekä ja hotellin ja muun majoitusliikkeen asiakkaille varatusta tarjoilutilasta voidaan varata tupakoiville enintään 50 % 1.7.2001 alkaen. Tupakansavu ei saa päästä kulkeutumaan sille alueelle, jolla tupakointi on kielletty. Merkittäviä kustannuksia aiheuttavien rakenteellisten muutosten toteuttamiseen annettiin aikaa 1.7.2003 saakka. Säännös ei koske liikkeitä, joiden tarjoilutila on alle 50 m².

Lisäksi lain muutoksen mukaan myyjällä tulee olla omavalvontasuunnitelma. Omavalvonnalla varmistetaan, ettei alaikäisille myydä

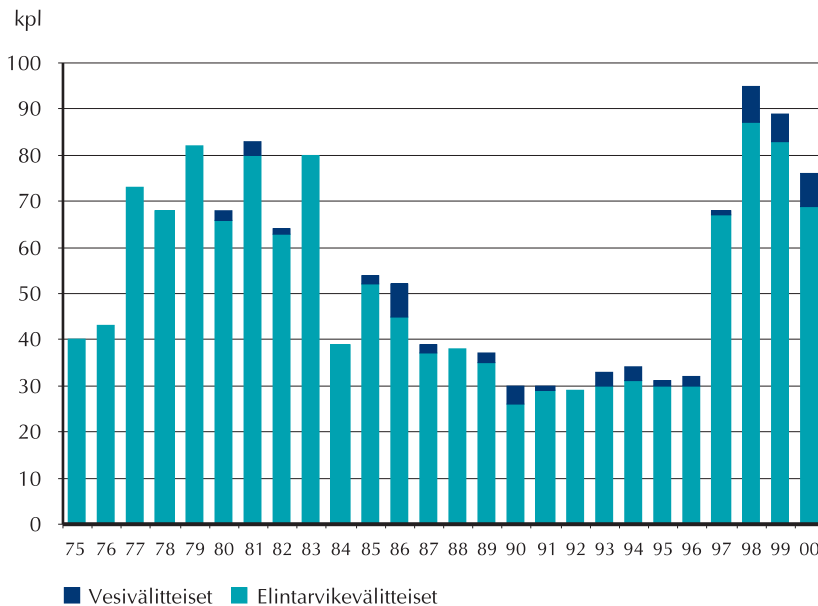
tupakkatuotteita eikä tupakointivälineitä. Lakia muutettiin myös siten, että lääninhallitukset toimivat ohjaavina viranomaisina tupakkalain osalta läänin alueella. Lääninhallitukset huolehtivat myös alueellisesta toiminnasta tupakoinnin vähentämiseksi.

3.5.2 Terveysvalvonta

Suomessa on vuodesta 1975 lähtien kerätty järjestelmällisesti tietoja ruokamyrkytys-epidemiaista. (kuva 3.2). Koska ilmoitus- ja seuranta-järjestelmää tehostettiin vuonna 1997, eivät epidemiatilastot ennen ja jälkeen tätä ole suoraan verrannollisia. Vuoden 2000 76 epidemiaista seitsemän oli talousvesivälitteistä, ja niissä sairastui kuusi ja puoli tuhatta ihmistä. Kolme laajaa vesiepidemiaa aiheutti kuitenkin noin 6000 ihmisen sairastumisen. Tärkeimmät vesiepidemiaa aiheuttaneet mikrobit olivat kalikivirus ja kamylobakteeri. Elintarvikevälitteisissä 69 epidemiasa sairastui puolisentoista tuhatta ihmistä.

Kuva 3.2

Suomessa vuosina 1975–2000 raportoidut ruokamyrkytys-epidemiat.



Ruokamyrkyksistä suurin osa johtuu elintarvikkeen käsittelyssä tapahtuvista virheistä. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuoden 2001 lopulla hygieniosaamisasetuksen, jossa annetaan ohjeita ja määräyksiä elintarviketyöntekijöiden hygieniosaamisesta. Elintarviketyöntekijöillä on oltava työtehtäviinsä nähden riittävästi elintarvikehygieenistä osaamista. Hygieniosaamisasetuksella pyritään vähentämään työntekijöiden tekemien virheiden aiheuttamia ruokamyrkytyksiä.

BSE-taudin kansanterveydellisen ja kauppapoliittisen merkityksen vuoksi BSE-taudin valvonta ja sen leviämisen ehkäisemiseen kohdistuvat valvontatoimenpiteet kuten riskimateriaalin erottaminen nautaeläimistä teurastuksen yhteydessä, ovat olleet elintarvikevalvonnan prioriteetteja.

Uusi Elintarvikevirasto perustettiin 1.3.2001. Sinne koottiin kolmen eri ministeriön hallinnonalan elintarvikevalvonta yhdistämällä eläinlääkintä- ja elintarvikelaitoksen valvontaosasto ja vuodesta 1990 toiminut Elintarvikevirasto. Uusi Elintarvikevirasto huolehtii riskinhallitsijana elintarvikevalvonnasta osittain suoraan ja lisäksi ohjaa lääninhallituksia ja kunnallisia ympäristöterveydenhuollon yksiköitä ja muita elintarvikevalvonnasta paikallistasolla huolehtivia yksiköitä.

Suomen elintarviketalouden laatustrategia ja -tavoitteet asiakirjan mukaisesti on tarkoitus rakentaa vuoteen 2006 mennessä elintarviketalouden laatuun, jäljitettävyyteen ja elintarvikeketjun toimijoiden yhteistyöhön perustuva toimintamalli hyödyntämällä maamme luontaisia tuotantoedellytyksiä, osaamista ja teknologiaa. Elintarviketalouden ketjuajattelu, pellolta pöytään- periaate, laatu- ja ympäristöjärjestelmät sekä kestävään kehitykseen perustuvat ekologiset ja eettiset toimintatavat ohjaavat elintarvikkeiden tuotantoa lähtökohtina kuluttajien kulluttajien tarpeet ja odotukset.

3.5.3 Ympäristöterveys

Vuonna 2000 voimaan tullut ympäristönsuojelulaki on luonut puitteet ympäristövaikutusten kokonaisvaltaiselle tarkastelulle. Samalla se on parantanut kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa heitä koskevaan päätöksentekoon.

EU:n ministerineuvosto hyväksyi kesällä 2001 yhteisen kannan EU:n kuudenneksi ympäristöä koskevaksi toimintaohjelmaksi. Ohjelman ta-

voitteena on ympäristön ja ihmisen terveyden suojelun korkea taso sekä ympäristön ja elämänlaadun yleinen parantaminen. Sen painopistealueita ovat ilmastomuutos, luonnonsuojelu ja biologinen monimuotoisuus, ympäristö ja terveys ja elämänlaatu sekä luonnonvarat ja jätteet.

EU:n kemikaalipolitiikkaa koskevat tavoitteet hyväksyttiin vuonna 2001. Tavoitteena on, että yhden sukupolven aikana luovutaan merkittäviä ympäristö- ja terveyshaittoja aiheuttavista kemikaaleista. EU:n kemikaalilainsäädännön tarkistustyö on käynnissä.

3.5.4 Muut ehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteet

Koko väestön, mutta erityisesti lasten ja nuorten terveydentilaa ja terveystottumuksia on seurattu useissa eri tutkimuksissa. Vanhemmuuden ja lasten psykososiaalisen kehityksen tukemiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on toteutettu Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanoon liittyviä koulutus- ja kehittämishankkeita, muun muassa Stakesin "Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen" -projekti, joka on jo vakiintunut käytännöksi neuvoloissa lähes puolessa kunnista. Vastaavasti on valmisteltu Internetin käyttöön pohjautuvia tiedotus- ja neuvontapalveluja.

Kouluyhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi on käynnistetty useita hankkeita, joissa on mukana myös järjestöjä. Opetusministeriön hallinnonalan toiminta on tässä yhteydessä ollut merkittävää. Lasten ja nuorten hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita on kehitetty yhdessä mm. kuntien kanssa ja kouluterveydenhuollon opas on valmis-teilla. Nuorten ihmissuhde- ja seksuaalikasvatukseen on kehitetty uusia työmuotoja.

Suomalaiset liikkuvat terveyden kannalta katsottuna liian vähän. Liikuntaa lisäämällä voitaisiin väestön toimintakykyä ja hyvinvointia parantaa merkittävästi ja ehkäistä monia sairauksia. Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunta on määritellyt terveyttä edistävän liikunnan lisäämisen keskeisiä haasteita ja arvioinut lainsäädännön ja muun ohjauksen kehittämistarpeita. Toimikunta ehdotti neuvottelukunnan perustamisesta koordinoimaan terveyttä edistävää liikuntaa. Kunnossa kaiken ikää -terveysliikuntaohjelmassa on käynnistynyt uusi viisi-vuotisjakso, jossa kohderyhmää on laajennettu vanhempiin ikäryhmiin.

Ikääntyneiden tapaturmat, erityisesti kaatumiset, ovat lisääntyneet. Ikäihmisten tapaturmien ehkäisyn tehostamiseksi on toteutettu valtakunnallista ehkäisyohjelmaa. Tapaturmien vähentämiseksi on kehitetty liikenne-, työ-, koti- ja vapaa-ajan tapaturmatahojen yhteistyötä. Vuonna 2000 valmistui koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyön kehittämisohjelma. Väestön ravitsemus on kohentunut, mutta ylipainoisten määrä on kasvanut. Ravitsemusneuvottelukunta on uudistanut ravitsemussuosituksia.

3.5.5 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuolto on keskeinen toimija väestön terveyden edistämisessä, terveysongelmien ehkäisyssä ja varhaistoteamisessa sekä hoidossa ja kuntoutuksessa. Perusterveydenhuollon toiminta on mittavaa: Vuonna 2000 tehtiin yhteensä 25,13 miljoonaa käyntiä perusterveydenhuoltoon joista 10,35 milj. oli lääkärikäyntejä. Kokonais- ja lääkärikäyntien määrä on käytännössä pysynyt muuttumattomana vuodesta 1996, mikä merkitsee 4,9 käyntiä asukasta kohden vuodessa.

Toiminnan lähtökohtana ovat väestön tarpeet, johon useimmat terveyskeskukset pyrkivät vastaamaan väestövastuuperiaatetta soveltaen. Väestövastuinen omalääkäritoiminta on laajentunut kymmenessä vuodessa niin, että vuoden 2000 lopussa 66 % väestöstä oli sen piirissä. Väestövastuulääkäreinä toimi samana ajankohtana 2093 terveyskeskuslääkäriä. Kuntia väestövastuujärjestelmän piirissä oli 173. Sairaanhoidopiireistä vain Kanta-Hämeen piirin alueella on 100 %:n väestövastuujärjestelmä. Etelä-Savon sairaanhoidopiirin vastaava osuus oli 93,2 % sekä Kymenlaakson sairaanhoidopiirin ja HUS-piirin 92,4 %.

Omalääkäri- ja omahoitajajärjestelmä tarjoaa uusia mahdollisuuksia lisätä palvelujen saatavuutta ja toimivuutta ja parantaa työntekijöiden mahdollisuuksia kehittää omaa työtään. Terveydenhuolto 2000-luvulla -hanke, joka osaltaan tukee edellä esitettyjen periaatteiden toteuttamista paikallisesti sovitulla tavalla, tutki väestön suhtautumista terveyspalveluihin. Sen mukaan väestö on 10 % tyytyväisempää niillä alueilla, joissa väestövastuuperiaatetta toteutetaan. Tuoreen selvityksen mukaan omalääkäriterveyskeskuksissa lääkäriä ei saatu 5,4 %:iin viroista ja toimista, kun muissa terveyskeskuksissa luku oli 15,5 %. Työ-

voiman, lähinnä lääkäreiden, saatavuuden turvaaminen julkiselle sektorille on erityinen haaste tällä hetkellä.

Väestövastuujärjestelmän kehittäminen on tärkeää. Sen tarjoamia mahdollisuuksia tulisi hyödyntää paikallisesti, lähtökohtana asiakkaiden tarpeet ja oman henkilökunnan työn hallinnan ja viihtyvyyden kehittäminen. Osana peruspalvelujen kehittämistä sosiaali- ja terveysministeriö antoi yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa vuonna 2001 ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevat laatusuositukset. Lääninhallitukset arvioivat kouluterveydenhuollon tilaa vuonna 2000, ja kouluterveydenhuollon opasta valmistellaan. Valtion vuoden 2002 talousarvioon sisältyy valtionosuuden korotus 0,75 prosenttiyksiköllä hyvinvointipalvelujen, erityisesti mm kouluterveydenhuollon parantamiseksi.

3.5.6 Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidon palveluita tuottaa 20 sairaanhoitopiiriä. Tammi-kuun alussa vuonna 2000 toimintansa aloitti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johon liitettiin HYKS sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit. Vuonna 2000 sairaanhoitopiirien toimintamenot olivat 19,2 miljardia markkaa. Kasvua edelliseen vuoteen oli 5,3 %.

Yksityinen sektori tuottaa vähän erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa vaativia palveluja. Erikoislääkäreille tehdyistä avohoitokäynneistä yksityissektorin osuus on noin viidennes. Yleensä potilaat hakeutuvat suoraan erikoislääkärin vastaanotolle. Suuri osa näistä erikoislääkärikäynneistä on yleislääkäritasoisia käyntejä.

Lähetteen määrä sairaanhoitopiirien sairaaloihin kasvoi vuonna 2000 edellisvuodesta runsaat 2 %. Tammi-elokuussa 2001 vastaavaan ajankohtaan edellisvuonna lähetteen määrä edelleen kasvoi. Erityisesti yksityislääkäreiden läheteet kasvoivat. Tähän oli syynä terveyskeskusten lääkäripula sekä ennätyksellisen pitkä lääkärilakko, joka alkoi 12.3. ja päättyi 17.8. Lakon ulkopuolella oli 11 sairaanhoitopiiriä. Lääkärilakon takia sairaaloiden kokonaistuotanto supistui vuonna 2001 ensimmäisen kerran moniin vuosiin.

Terveydenhuolto 2000-luvulle toimeenpano-ohjelman yhteydessä selvitettiin erikoissairaanhoidon saatavuutta. Valtaosa potilaista pääsi erikoislääkärin konsultaatioon kuuden viikon kuluessa lähetteen saapu-

misesta. Pitkiä jonotusaikoja oli kaihileikkausarvioon, ortopedisten hoitojen, erityisesti tekonivelleikkausten tarpeen arvioon sekä muutamissa sairaanhoitopiireissä lastenpsykiatrisen ja nuorisopsykiatrisen hoidon sekä kuulolaitteen tarpeen arvioon. Pisimmät jonotusajat vuodeosastohoitoon ovat samoilla aloilla. Odotusaikojen mediaanit niissäkin sairausryhmissä, missä jonotetaan pisimpään, olivat noin kuuden kuukauden luokkaa. Sairaalapotilaista yli kaksi kolmasosaa otetaan sairaalahoitoon välittömän tai kiireellisen hoidon tarpeessa, joten odotusajat koskevat elektiivistä sairaanhoitoa.

Valtioneuvosto käynnisti 13.9.2001 Kansallisen terveysprojektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektissa haetaan ratkaisuja terveydenhuollon tämän hetken ongelmiin, rahoitukseen, työvoiman saantiin ja hoitokäytäntöihin. Projekti jättää esityksensä huhtikuussa 2002.

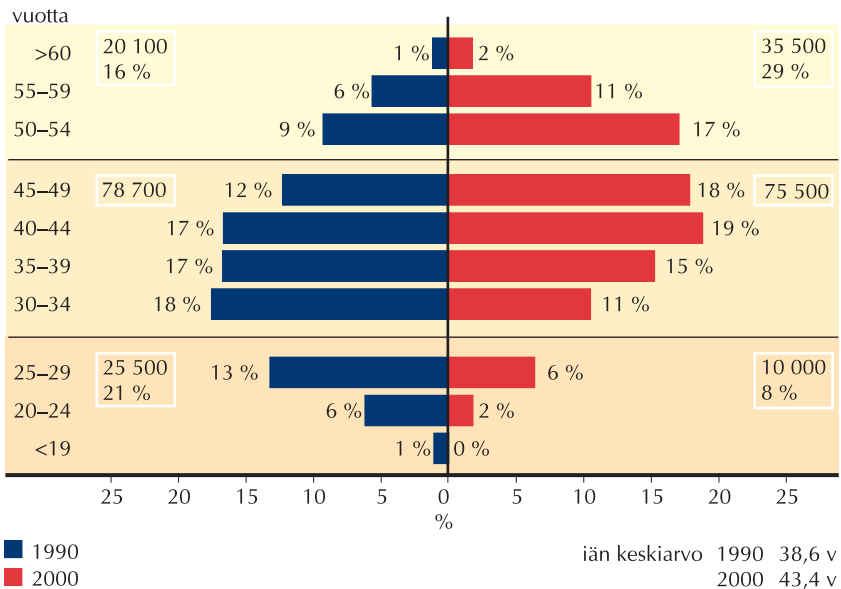
3.5.7 Terveydenhuoltohenkilöstö

Kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toimivista noin 85–90 % työskentelee kuntasektorilla. Kunnallisen henkilökisterin mukaan sosiaalihuollon henkilöstömäärä kasvoi ja terveydenhuollon pysyi suurin piirtein ennallaan 1990-luvulla. Sosiaalihuollon henkilöstöä lisäsi erityisesti lasten päivähoidon henkilöstömäärän kasvu. Vuonna 2000 kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrässä tapahtui myönteistä kehitystä edelliseen vuoteen verrattuna. Henkilöstömäärä kasvoi 2 %:lla noin 233 000:sta työntekijästä noin 237 000:een. Lisäksi kunnat vakinaistivat alan työntekijöitä aikaisempia vuosia enemmän.

Kunnallisen henkilökisterin tietojen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden keski-ikä kasvoi ja henkilöstön ikärakenne muuttui huomattavasti 1990-luvulla. Terveydenhuoltohenkilöstön keski-ikä nousi 38,6 vuodesta 43,4 vuoteen jaksolla 1990–2000 (kuvio 3.3). Alle 30-vuotiaiden terveydenhuollon työntekijöiden osuus laski 20 %:sta 8 %:iin ja 50-vuotta täyttäneiden osuus nousi 16 %:sta 30 %:iin. Ikärakenteen muutos johtuu siitä, että uutta työvoimaa ei rekrytoitu nuorista ikäluokista.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan sairaanhoitopiireissä oli lokakuussa 1999 noin 550 erikoislääkärin ja terveyskeskuksis-

Kuvio 3.3
Kunnallisen terveydenhuoltohenkilöstön ikärakenne 1990 ja 2000.

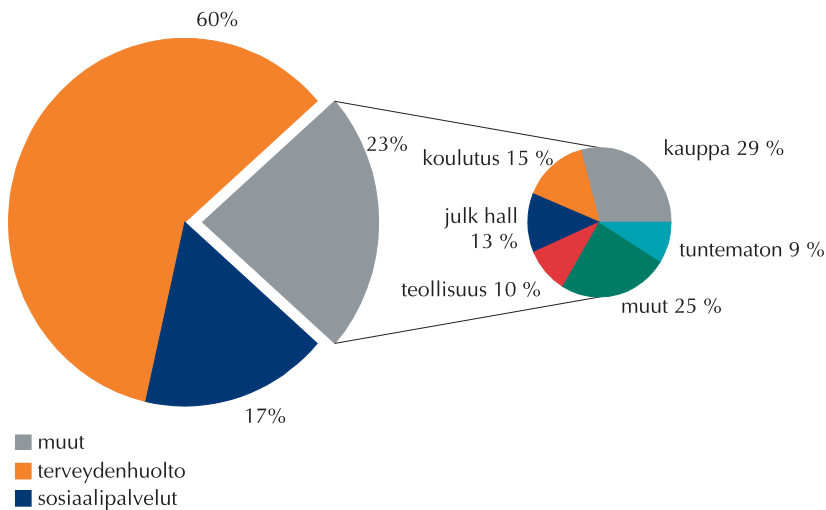


Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri.

sa noin 290 lääkärin vaje. Alustavien tietojen mukaan lokakuussa 2001 sairaanhoitopiireissä oli noin 860 erikoislääkärin ja terveyskeskuksissa noin 540 lääkärin vaje. Kun otetaan huomioon myös pula erikoistuvista lääkäreistä, julkisen sektorin noin 1 000 lääkärin vaje on noussut kahdessa vuodessa noin 1 600:aan. Hammaslääkärien saatavuudessa ei ole ongelmia valtakunnan tasolla, mutta tilannetta on jatkossa seurattava. Tällä hetkellä on vaikeuksia myös sairaanhoitajien, laboratoriohoitajien ja röntgenhoitajien pätevien sijaisten saamisessa suurissa kaupungeissa. Vuonna 2001 lääkärikoulutusta lisättiin elokuussa 485:stä 550:een aloittajaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta on ehdottanut sosiaali- ja terveysalan toisen asteen koulutuksen, ammattikorkeakoulutuksen ja yliopistokoulutuksen lisäämistä vuoteen 2010 mennessä.

Stakesissa on selvitetty terveydenhuollon työkäisen työvarannon ja työllisen työvoiman välisiä eroja. Alustavien tietojen terveydenhuollon ammattihenkilöistä 67 % kuului työlliseen työvoimaan vuonna 1999. Lähes joka neljäs toimi jollain muulla alalla (kuvio 3.4).

Kuvio 3.4
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työllistyminen eri aloilla
31.12.1999.



Lähde: Tilastokeskus, Työssäkäyntitilasto.

Stakesin selvitysten mukaan työikäisistä terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3 % (n=8 500) oli ulkomailla vuonna 2000. Osuus on pysynyt samalla tasolla 1990-luvulla. Eniten ulkomaille on lähtenyt sairaanhoitajia ja vastaavan terveystalouden koulutuksen saaneita (n=4 100). Heitä oli eniten Ruotsissa ja Norjassa. Lääkäreitä oli ulkomailla 900. Eniten heitä oli Ruotsissa ja Yhdysvalloissa. Viime vuosina palaajien määrä on kompensoinut lähtijöiden määrää, sillä noin joka toinen lähtijä on palannut.

Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan kiire työssä ja työn koettu henkinen rasittavuus lisääntyivät vähän sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosina 1997–2000, vaikka ne vähenivät hieman muilla toimialoilla. Vuonna 1999 alalla toimineista puolet oli valmis jatkamaan samaa työtä ja 10 % koki olevansa merkittävien vaikeuksien edessä työssään. Vuonna 1992 heitä oli 7 %. Eniten vaikeuksia koettiin terveyskeskusten vuodeosastoilla, sairaaloissa, mielenterveys- ja päihdetyössä sekä sosiaalipalveluissa.

Sairauslomalle hakeutuminen vaihtelee sosiaali- ja terveydenhuollossa huomattavasti ammatin mukaan. Sairaalamäärät hakeutuvat sairauslomalle harvoin, sairaanhoitajat lääkäreitä useammin ja sairaala-

apulaiset yleisimmin. Seurantatutkimusten mukaan sairauslomalle ha-
keutuminen lisääntyi 1990-luvun loppupuolella lähes kaikissa sosiaali-
ja terveydenhuollon ammateissa, ja Työterveyslaitoksen tietojen mu-
kaan tämä kehitys jatkuu edelleen.

Työterveyslaitoksen arvioin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon
henkilöstön keski-ikä nousu selittää vain osittain kasvavat vaikeudet
selviytyä työstä ja lisääntyneet sairauslomat. On todennäköistä, että
työmäärän ja vaativuuden kasvu, eettinen kuormittuminen työssä sekä
väkivallan pelko vaikuttavat merkittävästi työssä jaksamiseen sosiaali-
ja terveydenhuollossa. Kun työmäärän kasvaessa henkilöstömäärää ei
ole lisätty samassa määrin, työtahti on tiivistynyt ja vajaakuntoisten
työntekijöiden työstä selviytyminen on vaikeutunut. Jos samaan työyk-
sikköön kertyy useita työntekijöitä, joilla on vaikeuksia selviytyä tehtä-
vistään, tilanne uhkaa koko työyksikön suoriutumista.

Henkilöstön osaamisen, riittävyyden, hyvinvoinnin ja jaksamisen
edistäminen sisältyvät valtioneuvoston hyväksymän Sosiaali- ja tervey-
denhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000–2003 päätavoitteisiin.
Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toteutettu Kansallinen Ikäohjel-
ma (1998–2002) koski ennen aikaisen eläkkeelle jäämisen ehkäisemis-
tä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on toteutettu myös työministeriön
Työssä jaksamisen tutkimus- ja kehittämisohjelmaa 2000–2003, joka ei
ole ikäsidonlainen kuten Ikäohjelma mutta jonka tehtävänä on tukea
henkilöstön työssä jaksamista ja jatkamista. Kummankin ohjelman kei-
noina ovat työntekijöiden työolosuhteiden parantaminen, työkyvyn sekä
ammattitaidon ylläpitäminen ja edistäminen. Henkilöstöpolitiikan ja
johtamisen kehittäminen on nostettu ohjelmien keskeiseksi kehittämis-
kohteeksi.

3.5.7 Mielenterveyspalvelut

Lasten- ja nuortenpsykiatrian palveluissa havaittujen puutteiden johdos-
ta eduskunta lisäsi valtion vuoden 2000 talousarvioon 70 miljoonan
markan määrärahan kunnille valtionavustuksena jaettavaksi lasten- ja
nuortenpsykiatrian palvelujen kehittämiseen. Vuodelle 2001 eduskunta
lisäsi samaan tarkoitukseen 45 miljoonan markan suuruisen määrära-
han. Avustuksen turvin on kyetty perustamaan lähes 400 määrärahaista
tai pysyvää virkaa ja aloittamaan yli 300 mielenterveyspalveluiden

kehittämisprojektiä. Niiden tarkoituksena on ollut luoda uusia koulutusohjelmia, joita on kohdennettu mielenterveystyöntekijöiden lisäksi myös muihin lasten ja nuorten kanssa toimiviin sidosryhmiin.

Kaikista häiriintyneistä lapsista arvioidaan hoidossa olevan 1/6 ja vakavasti häiriintyneistä lapsista noin 40 %. Lasten- ja nuortenpsykiatriassa havaittuihin pitkiin jonotusaikoihin puututtiin vuoden 2001 alusta voimaan tulleella valtioneuvoston asetuksella (Vna 1282/2000). Asetuksessa määrätään muun muassa hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajoista, hoitoyksiköiden yhteistyöstä sekä avohoidon tukitoimista. Hoidon tarpeesta on tehtävä arvio viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Hoito on aloitettava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvion teosta.

Laajat valtakunnalliset psykiatrian ja mielenterveystyön kehittämishankkeet ovat vahvasti tukeneet maamme mielenterveyspalvelujen kehittämistä jo 1980-luvulta lähtien. Mielekäs Elämä! -ohjelma julkaisi helmikuussa 2000 mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksen, jossa painotettiin avohoidon kuntouttavien ja toimintakykyä ylläpitävien tukitoimintojen sekä asumispalveluiden kehittämistä sekä muun muassa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämistä sekä ehkäisevän työn ja peruspalvelujen henkilöstön mielenterveystyön osaamisen kehittämistä. Ohjelman lähtökohtina ovat asiakaslähtöisyys, palvelujen saumattomuus ja terveydenhuollon yhteistyön tarve.

”Pääsky”-projekti tähtää erityisesti peruspalveluissa toimivan henkilöstön mielenterveysosaamisen parantamiseen täydennyskoulutuksen keinoin. Vanhemmuuden sekä lapsen ja vanhemman välisen varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi on meneillään lastenneuvolatyön kehittämishanke. Toimiva Perhe -hanke tukee osaltaan mielenterveyden häiriöön sairastuneen vanhemman lapsien psyykkistä kehitystä. Valtakunnallinen ”Käypä hoito” -projekti on laajenemassa myös mielenterveystyön alueelle.

Syksyllä 2001 sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto julkaisivat yhteistyössä mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen. Suosituksessa on jäsennetty ne keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukas mielenterveystyö käytännön kokemuksen mukaan riippuu. Suositus on tarkoitettu laajimmillaan kaikkien niiden tahojen käyttöön, jotka ovat mielenterveystyön osapuolia käytännössä. Suosituksia

voidaan käyttää strategiseen suunnitteluun, kehittämistyöhön, toiminnan seurannan ja vertaisarvioinnin välineenä. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto toivovat, että kunnat käyttävät suositusta kokonaisu suunnitelman laatimisen lähtökohtana ja oman laatujärjestelmän kehittämisen apuna omien olosuhteidensa edellyttämällä tavalla.

3.5.8 Työterveyshuolto

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) ja sen nojalla annettu valtioneuvoston asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä, työterveyshuollon sisällöstä ja työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001) ja asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä (1485/2001) tulivat voimaan 1.1.2002.

Laissa määritellään hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteet ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävän toiminnan periaatteet siten, että työterveyshuolto voi sisällöltään parhaalla mahdollisella tavalla suunnata toimenpiteensä työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn seurantaan ja tukemiseen koko työuran ajan. Työterveyshuollon toimintaa kohdenneetaan nykyistä enemmän työolosuhteiden selvittämiseen ja työpaikan tarpeisiin perustuvan työterveyshuollon toteuttamiseen. Tätä tukee osaltaan laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (1123/2001), jonka mukaan työpaikkaselvityksiin liittyvä toiminta korvataan 60 %:n mukaan.

Työterveyshuoltolaissa määritellään työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat ja heiltä vaadittava koulutus ja pätevyys. Myös täydennyskoulutukseen osallistumisesta säädetään laissa. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeet täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä ja järjestämisestä.

Lisäksi työterveyshuoltolaissa on otettu huomioon uuden perustuslain säätämisestä sekä henkilötieto- ja julkisuuslainsäädännön uudistamisesta aiheutuneet työterveyshuoltolain uudistamistarpeet.

3.5.9 Suun terveys

Hammashuollon keskeisenä tavoitteena on, että koko väestö saa terveystarpeen mukaiset suun terveydenhuoltopalvelut. Keskeisenä ongelmana

hammashuollossamme on ollut terveyskeskusten hammashuollon rajaaminen iän perusteella. Vuoden 2000 lopulla tehtyjen lainmuutosten johdosta terveyskeskusten hammashuolto laajenee vaiheittain koskemaan koko väestöä iästä riippumatta. Vastaavasti sairausvakuutusjärjestelmä laajenee kunnan järjestämän hammashuollon tavoin koskemaan koko väestöä

Kuntien hammashuollossa hoidettiin vuonna 2000 noin 1,8 miljoonaa henkilöä. Heistä noin puolet oli maksuttoman hoidon piiriin kuuluvia alle 19-vuotiaita. Kuntien ja kuntayhtymien hammashuollon toimintamenot vuonna 2000 olivat 1,5 miljardia markkaa. Asiakasmaksut olivat 323 miljoonaa markkaa eli lähes 22 % menoista. Osuus on kaksinkertainen muihin terveyspalveluihin verrattuna. Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa on noin 2000 hammaslääkärinä, yksityissektorilla hieman enemmän. Hammaslääkäreitä Suomessa on noin 1,5 kertaa enemmän kuin EU-maissa keskimäärin.

Kelan korvausta hammaslääkärin maksuihin vuonna 2000 sai 469 000 henkilöä. Korvauksia maksettiin 245,5 miljoonaa markkaa. Vuonna 2001 kustannusten arvioidaan nousevan.

3.5.10 Lääkkeet

Lääkehoitokäytännöissä on edelleen parantamisen varaa. Lääkemenot kasvavat vuosittain noin 10% ja tärkein kasvun syy on siirtyminen vanhoista, edullisemmista lääkkeistä uusiin lääkkeisiin, jotka yleensä ovat vanhoja kalliimpia. Kaikilta osin siirtyminen uusiin lääkkeisiin ei ole tarkoituksenmukaista, vaan sekä ihmisten terveyden että kustannusten vuoksi pitäisi painottaa hyvin tunnettujen ja edullisten lääkkeiden käyttöä.

Vuonna 1999 oli sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset olivat 3,635 miljardia markkaa ja vuonna 2000 4,030 miljardia, kasvu yli 10 %. Peruskorvattuja (korvaus 50 %) lääkkeitä käytti 61,5 % väestöstä ja erityiskorvattuja (korvaus 75 % tai 100 %) 18,9 %. Vuonna 2000 lääkekorvausmenojen kasvuun vaikutti myös uusien lääkeaineiden hyväksyminen erityiskorvausluokkiin vuosina 1999 ja 2000 sekä lipidilääkkeiden erityiskorvattavuuden laajeneminen.

Nykyisen lääkekorvausjärjestelmän ongelmia ovat sen monimutkaisuus, sen vaikea ymmärrettävyys potilaille sekä sen riittämättömät mah-

dollisuudet hallita kustannusten kasvua. Maaliskuussa 2000 valmistui STM:n asettaman lääkekorvaustyöryhmän muistio, jossa ehdotettiin, että lääkekorvausjärjestelmää tulisi uusia joko nykyjärjestelmän pohjalta tai kustannuksiin perustuvan, lääkekohtaisen omavastuun sisältävän mallin pohjalta. Työryhmä ehdotti jatkoselvitystä, jossa selvitetäisiin näiden mallien lisäksi mm. nykyistä erityiskorvausmenettelyä, korvausjärjestelmän ulkopuolelle jääviä valmisteita, harvinaislääkkeitä ja erityisluvallisia lääkevalmisteita, merkittävien ja kalliiden lääkkeiden korvaamista sekä geneeristen lääkkeiden käytön lisäämistä. Työryhmän arvion mukaan lääkekorvausjärjestelmään tehtävät muutokset olisi teknisesti mahdollista saattaa voimaan muutosten laajuudesta riippuen 1,5–3 vuoden kuluessa siitä, kun hallituksen esitys on annettu.

Lääkkeiden rationaalisen käytön edistämistä on jatkanut usean eri toimijatahon edustama ROHTO-hanke. Hanke käynnistettiin vuonna 1998 ja hankkeessa käynnistettyjä toimia on tarkoitus jatkaa myös vuonna 2002. Parhaillaan valmistellaan, miten vuodesta 2003 eteenpäin voitaisiin pysyvän organisaation muodossa huolehtia lääkkeitä koskevan riippumattoman tiedon tuottamisesta ja lääkkeidenärkevän käytön edistamisestä.

3.5.11 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut

Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakasmaksuilla rahoitetaan keskimäärin noin 10 % kustannuksista. Kunnallistaloudessa maksutuloilla, joiden kokonaismäärä oli vuonna 2000 lähes 6 miljardia markkaa, on suurehko merkitys. Toisaalta palveluja käyttävien kannalta maksuilla saattaa olla vaikutusta palvelujen käyttöön. Tämän vuoksi maksupolitiikassa on jouduttu tasapainoilemaan kunnallistaloudellisten tarpeiden ja toisaalta korkeiden maksujen aiheuttamien käyttäjälähtöisten ongelmien välillä.

Erityisesti yksittäiselle henkilölle koituvien suurten hoitokustannusten rajoittamiseksi otettiin vuoden 2000 alussa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuissa otettiin käyttöön terveydenhuollon vuotuinen maksukatto. Maksukatto oli 3500 markkaa vuosina 2000–2001. Maksukatosta tehtyjen alustavien selvitysten mukaan siitä on hyötynyt noin 80000 henkilöä, mikä vastaa ennakkolaskelmia. Ongelmana

järjestelmän toteutuksessa on ollut järjestelmän aiheuttama lisätyö terveydenhuollon toimintayksiköissä.

3.6 Suomalaisien terveyden kehityssuunnat

Suomalaisten eliniän odote kasvaa edelleen. Miesten ja naisten eliniän odotteen ero ei kuitenkaan ole pienentynyt kuin vähän. Terveys ja sairaus ovat myös sosioekonomisen aseman mukaan edelleen epätasaisesti jakautuneet. Näihin eroihin vaikuttaminen on erityinen haaste ehkäisevälle sosiaali- ja terveyspolitiikalle ja myös muille sektoreille.

Monet sairaudet eivät ole Suomessa yhtä yleisiä kuin ennen, mutta tilalle on tullut toisia pitkäaikaista hoidontarvetta aiheuttavia sairauksia. Merkittävimmät myönteiset muutokset viime vuosikymmeninä ovat ehkä tapahtuneet sydän- ja verisuonitaudeissa ja eräissä syöpätaudeissa. Sydän- ja verisuonitaudit vaativat kuitenkin edelleen huomiota, samoin kuin yleistyvät syöpäsairaudet, kuten eturauhassyöpä.

Mielenterveyshäiriöiden lisääntyminen sisältyy myös kansainvälisiin, lähitulevaisuuden tautitaakkaa koskeviin ennusteisiin. Se edellyttää jatkuvan mielenterveyspalvelujen kehittämisen rinnalla mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön vahvistamista. Mielenterveystyötä on vahvistettava myös terveydenhuollon ulkopuolella. Huolimatta siitä, että asetettu tavoite itsemurhien vähentämisestä on saavutettu, itsemurhat ovat edelleen Suomessa erittäin yleisiä. Itsemurhien ehkäisy tulee pitää esillä jatkossakin erityisesti paikallistason kriisityötä kehittämällä.

Terveyteen vaikuttavilla elintavoilla on suuri merkitys väestön terveydentilalle ja terveyspalvelujen tarpeelle. Elintapakysymyksistä keskeisimpiä ovat tulevaisuudessakin ravintotottumukset, fyysinen aktiivisuus ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttö. Elintapoihin vaikuttavat vastaisuudessakin monet tekijät, erityisesti taloudelliset ja kulttuuriset seikat. Joissakin elintavoissa nähdään myönteistä kehitystä, toisissa päinvastaisia muutoksia. Elintapoihin liittyvissä strategioissa on siksi otettava huomioon taustalla olevat kulttuuriset tekijät.

Terveyden ja sairauden syntyyn ja kehitykseen vaikuttavat monet ulkoiset tekijät, jotka eivät liity pelkästään elintapoihin ja muihin yksilöllisiin tekijöihin. Tällaisia yleisiä ulkoisia tekijöitä ovat rakenteelliset

tekijät, kuten mm. työllisyys, syrjäytyminen, aineelliset elinehdot, arkiympäristö, asuminen, liikenneyhteydet ja vapaa-ajan liikkumismahdollisuudet. Myös sosiaalinen tuki ja vuorovaikutuksellisuus ovat tärkeitä. Koska nämä terveyden taustatekijöihin liittyvät kysymykset eivät ole yksinomaan sosiaali- ja terveyssektorin aluetta, yli sektorirajojen ulottuva yhteistyö terveyden edistämässä on tulevaisuudessakin laaja-alaisen terveyspolitiikan haaste. Käytännön esimerkkinä tästä on tapaturmien ehkäisy.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus on jatkuvasti kohentunut, mutta edelleen on tilanteita, jolloin hoitoa tarvitseva joutuu odottamaan kohtuuttoman kauan palveluita tai järjestelmän saumattomuudessa on puutteita. Terveydenhuollon piirissä työskentelevän henkilöstön riittävydessä, työolosuhteissa ja palkkaustasossa on edelleen ongelmia. Nämä ongelma-alueet kustannustason nousun ohella ovat haasteita terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisessä.

Ikärakenteen vanhenemisen johdosta palvelutarve jatkuvasti suurenee, vaikka sairaudet saattavatkin ikääntyneiden nuoremmissa ikäryhmissä vähetäkin. Äskettäisten tutkimusten antama myönteinen kuva nuorten eläkeikäisten toimintakyvystä on tässä mielessä myönteinen tulos.

4

Elinolojen kehitys Suomessa

4.1 1990-luku ja hyvinvointivaltion muutos

1990-luvulla tapahtuneen tuotannon rakennemuutoksen seurauksena Suomessa on vallinnut työvoiman kysynnän ja tarjonnan epäsuhta. Rakenteellinen työttömyys on alentunut hitaasti. Samoin työttömyyden rakenne on muuttunut. Työmarkkinoiden muutokset näkyvät myös köyhyytenä ja syrjäytymisenä. Suhteellinen köyhyysaste oli 1999 korkeampi kuin vuonna 1990 ja tuloerot ovat kasvaneet. Työstä syrjäytyminen ja taloudellinen köyhyys ovat myös aikaisempaa selvemmin yhteydessä toisiinsa. Hyvän lähtötilanteen takia köyhyys ja syrjäytyminen eivät Suomessa ole yhtä pysyviä ja epätasaisesti jakautuneita ilmiöitä kuin monissa muissa maissa.

Ennen talouslamaa Suomen sosiaaliturvamenot suhteutettuna bruttokansantuotteeseen tai asukasta kohti laskettuna olivat EU-maiden keskitasoa. Kuitenkin sosiaaliturvan taso ja kattavuus olivat Suomessa sekä tulonsiirtojen että palvelujen osalta korkeita ja tässä mielessä pohjoismaista tasoa. 1990-luvulla etuuskien taso kehittyi keskimäärin hitaammin kuin yleinen ansiotaso tai työn tuottavuus.

Sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta oli vuonna 2000 palautunut lamaa edeltävälle tasolle 25,1 prosenttiin. Suomalaista hyvinvointimallia voi vuonna 2001 toteutettujen muutosten jälkeenkin pitää kustannuksiltaan vähintään kohtuullisena sekä tasoltaan ja kattavuudeltaan eurooppalaista keskitasoa parempana. Kansainvälistenkin vertailujen mukaan Suomi säilyi edelleen pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin maana.

Myös palveluissa tapahtui 1990-luvulla suuria muutoksia. Valtion rahoitusosuuden supistuessa kunnallisverotuksen ja asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksessa kasvoi. Palveluiden organisoinnissa ja

kattavuudessa tapahtui muutoksia, samoin julkisen sektorin työllisyydessä. Muutokset näyttäytyvät eri tavoin eri palveluissa. Lamavuosien kokemukset kuitenkin osoittivat, että tulonjakomekanismi, sosiaaliturva ja palvelut pystyivät lieventämään laman kielteisiä vaikutuksia. Vaikka hyvinvointivaltiota kannatettiin yleisesti jo ennen lamaa, sen kannatus on laman jälkeen edelleen noussut. Tämä ilmenee muun muassa ihmisten halukkuutena maksaa suhteellisen korkeita veroja edellyttäen, että sosiaaliturva ja palvelut pysyvät korkealla tasolla.

Talouden nopeiden muutosten ohella myös kulttuuriset muutokset näyttävät nopeutuneen. Kaupunkimaisten elinympäristöjen ja elämäntapojen yleistyminen ovat vaikuttaneet perinteisiä yhteisöiteitä heikentävästi. On väitetty, että hyvinvointivaltio on astunut suvun ja perheen sijaan yksilöiden oikeuksien ja velvollisuuksien määrittelijänä. Siteiden heikennyttyä yhteisö ei enää luo turvaa ongelmatilanteissa, tarjoa malleja taikka luo sosiaalisia paineita selviytymiseen, kuten aikaisemmin. Monet sosiaaliset ongelmat liittyvät juuri näihin muutoksiin. Vaikka niillä ei voi tyhjentävästi selittää syntyviä ongelmia, ilmiöillä on yhteys toisiinsa. Tästä esimerkkejä ovat lisääntynyt keskustelu lasten ja nuorten kasvatusvastuusta tai vastuun ongelmista, huume- ja päihdeongelmat tai vanhempien avuttomuus ratkaista omaan elämäntapaansa liittyviä kysymyksiä.

Palvelujärjestelmissä toimivat ammattiauttajat joutuvatkin kohtaamaan yhä useammin sellaisia ongelmia, joissa on kyse elämän yleisestä hallinnasta tai tavallisen arjen ongelmien ratkaisukyvystä. Nämä samoin kuin työttömyyden pitkittyminen ja ongelmien vaikeutuminen ovat lisänneet tarvetta muuttaa palveluita vastaamaan aikaisempaa paremmin yksilöllisiä elämäntilanteita. Erityisesti EU-rahoituksen turvin on käynnistetty erilaisia kehittämisprojekteja, joiden kautta on saatu uusia toimintamalleja ja kokemuksia. Miten ne muutetaan osaksi normaalikäytäntöjä, on yksi palvelujärjestelmän kehittämiseen liittyvistä kysymyksistä.

Suomalaisen hyvinvointivaltion lähiajan keskeisiä haasteita ovat työttömyyden vähentäminen ja taloudellisen köyhyyden estäminen sekä hyvinvointivaltion rahoitusperustan säilyttäminen vakaana. Kehittämisen yleisenä viitekehiksenä voimistuvat edelleen globaalin maailmanjärjestelmän kehityksen luomat ehdot sekä yhteistoiminta Euroopan unionissa. Kansallisilla ratkaisuilla on edelleen tärkeä merkitys erityisesti ihmisten arjen sujuvuuden ja arjen ongelmien ehkäisyssä ja ratkaisuisissa.

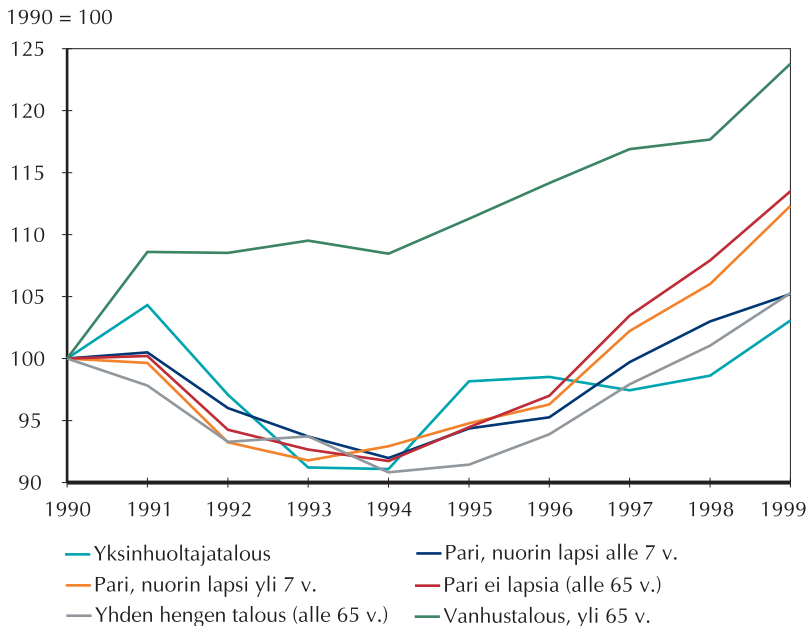
4.2 Toimeentulo

4.2.1 Taloudellinen toimeentulo

Tulojen kehitys 1990-luvulla

Viime vuosien hyvä talouskehitys ei ole heijastunut tasaisesti kotitalouksien toimeentuloon. Tulokehitys on ollut suotuisinta tulojakauman yläpäässä. Erityisesti suurituloisin kymmenes on lisännyt tulo-osuuttaan. Tuloerojen kasvu johtuu pitkälle omaisuustulojen kasvusta ja niiden kohdentumisesta aikaisempaa suurituloisimmille kotitalouksille. Kun suurituloisimman kymmenyksen käytettävissä olevat tulot kasvoivat vuosina 1994–1998 keskimäärin kuusi prosenttia vuodessa, pienituloisimmassa kymmenyksessä ne kasvoivat keskimäärin alle yhden prosentin.

Kuva 4.1
Kotitalouksien reaalityulojen kehitys eri kotitaloustyypeissä vuosina 1990–1999



Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990 = 100. HUOM! Orosaineistoihin liittyvä satunnaisvaihtelu saattaa korostaa vuosittaisia tulonmuutoksia varsinkin niissä luokissa, joissa otoskoot jäävät suhteellisen pieniksi (esim. yksinhuoltajat).

1990-luvun alun lamavuosina työikäisen väestön keskimääräiset reaalitytulot laskivat kaikissa perhetyypeissä. Vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen tulot alkoivat lähentyä lamaa edeltänyttä tasoa. Vanhustalouksien tulokehitystä on parantanut uusien, aikaisempaa paremman työeläkkeen omaavien ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle. Jo eläkkeellä olleiden eläkkeensaajien tulokehitys on ollut huomattavasti vaatimattomampaa.

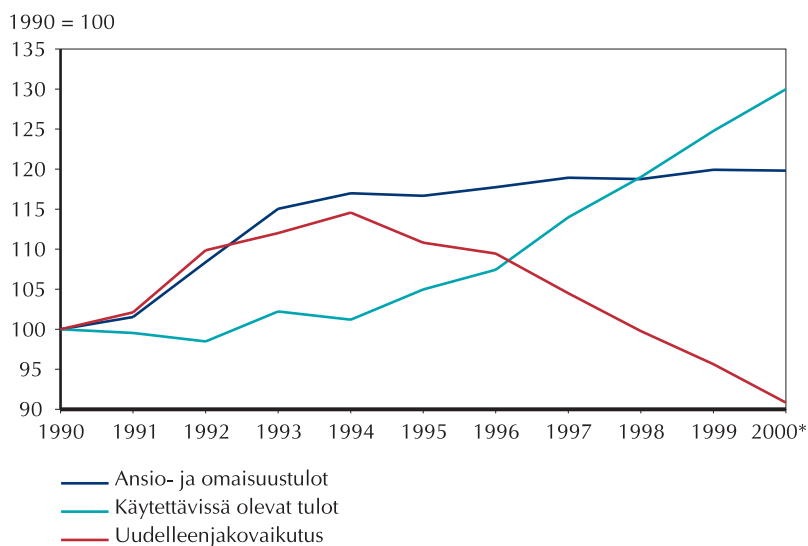
Universaalit etuudet tuloerojen tasaajana

Sosiaaliturvan tarkoituksena on muun muassa riittävän toimeentulon turvaaminen. Lähtökohtana on universaali syyperusteinen sosiaalivakuutusjärjestelmä, jota täydentävät asumisperusteiset etuudet. Jokaisella on oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana samoin lapsen syntymän tai huoltajan menetyksen perusteella. Nämä etuudet ovat ensisijaisia etuuksia suhteessa viimesijaisena taloudellisena tukena maksettavaan toimeentulotukeen. Syyperusteiset vähimmäisetuudet eivät perustu aiempaan työskentelyyn tai niiden yhteydessä suoritettuihin maksuihin, vaan ovat verorahoitteisia. Talouspoliittisessa tarkastelussa sosiaalivakuutusjärjestelmän etuuksia tarkastellaan tulonsiirtoina.

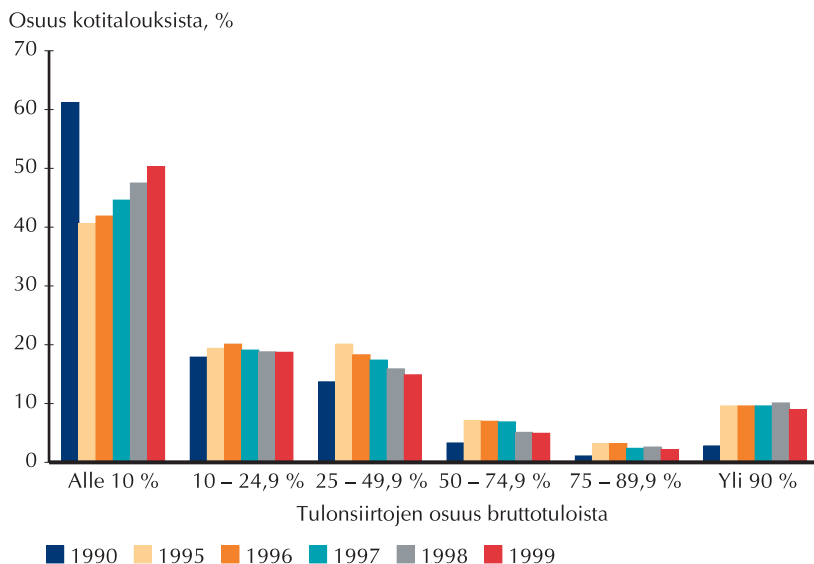
Kotitalouksien riippuvuus tulonsiirroista kasvoi 1990-luvun alkupuoliskolla. Tulonsiirtojen ja verotuksen tuloeroja tasoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen. Yhä useamman työikäisen kotitalouden toimeentulo rakentui suurelta osin erilaisten tulonsiirtojen varaan. Työttömyyden vähentyessä ja työllisyyden palautuessa lähemmäs lamaa edeltänyttä tasoa yhä useamman kotitalouden tulonmuodostus perustuu jälleen omiin ansiotuloihin. Ansiotulojen puuttumista korvanneiden tulonsiirtojen tulonjakovaikutusten heikkeneminen on tältä osin johdonmukaista. Tuloeroja kasvattavat nyt suuret omaisuustulot samalla, kun tulonsiirtojen merkitys tuloerojen tasaajana jää vähäisemmäksi. Joidenkin etuuksien taso on jäänyt jälkeen yleisestä tulokehityksestä, mikä jossakin määrin vaikuttaa tulonsiirtojen tasaavan vaikutuksen heikentymiseen.

Suurin osa lähinnä tulonsiirtojen varassa elävistä työikäisistä kotitalouksista on yksin asuvia tai yksinhuoltajatalouksia. Useimmat näistä kotitalouksista ovat työttömiä tai eläkeläisiä. Lähes täysin tulonsiirtojen varassa elävien, parhaassa työiässä olevien kotitalouksien osuus näyttää kuitenkin jääneen aikaisempaa suuremmaksi (Kuvio 4.3).

Kuva 4.2
Tuloerojen ja tulonsiirtojen uudelleenjakovaikutuksen kehittyminen vuosina 1990–2000



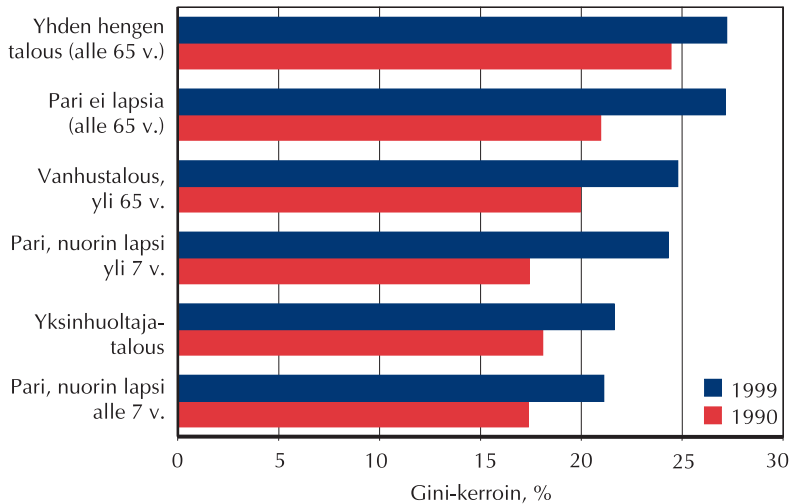
Kuva 4.3
Tulonsiirtojen osuus bruttotuloista. Kotitaloudet, joiden viitehenkilö 25–54-vuotias



Saatujen tulonsiirtojen osuus bruttorahatuloista. Tulonsiirrot sisältävät myös kotitalouksien väliset tulonsiirrot. Viitehenkilöksi määritellään pääsääntöisesti kotitalouden suurituloisin jäsen.

Kotitalouksien välisten tuloerojen kasvu 1990-luvun jälkipuoliskolla johtuu sekä perhetyyppien sisäisten että perhetyyppien välisten tuloerojen kasvusta. Ryhmien sisäiset tuloerot kasvoivat kaikissa perhetyypeissä.

Kuva 4.4
Perhetyyppien sisäiset tuloerot vuosina 1990 ja 1999



Gini-kerroin on tulonjakotutkimuksessa käytetty tulonjaon epätasaisuuden mittari. Mitä suurempi luku on sitä epätasaisemmin tulot ovat jakaantuneet. Mikäli kaikilla olisi yhtä suuret tulot, Gini-kerroin saisi arvon 0. Jos suurituloisin kotitalous saisi kaikki tulot, kerroin olisi 1.

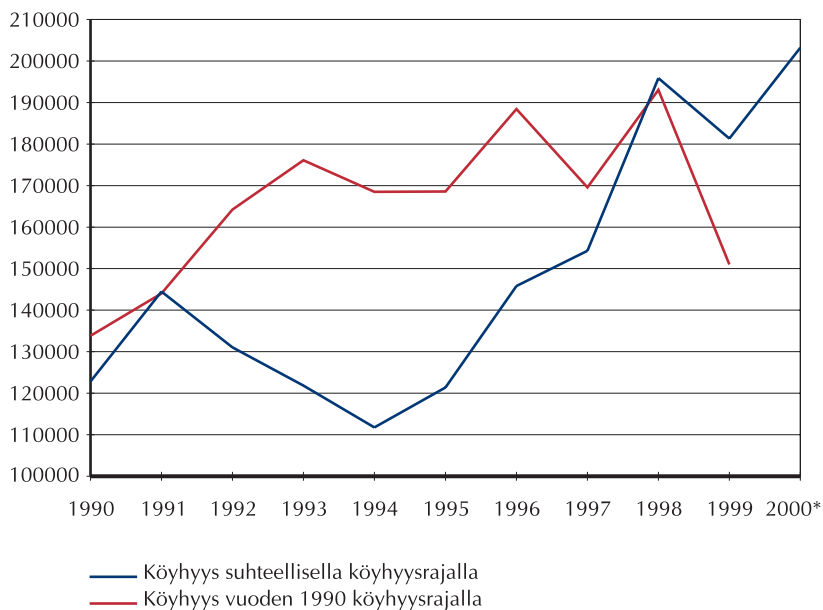
Suhteellinen köyhyys kääntyi 1990-luvun puolivälissä selvään kasvuun. Ammatissa toimivan väestön suotuisa tulokehitys ja työllisyyden kohentuminen nostivat kotitalouksien keskimääräisiä tuloja ja samalla suhteellista köyhyysrajaa. Samanaikaisesti useita pienituloisille tärkeitä etuuksia tehtiin joko leikkaukattiin, tai niiden indeksikorotuksista luovuttiin. Talouskehityksen voimakkaan vaihtelun takia suhteellisen köyhyysrajan käyttö 1990-luvun kehitystä kuvattaessa on ongelmallista. Välillä köyhyysraja laski tuntuvasti, mikä pitkälti selittää suhteellisen köyhyysasteen pienenemisen 1990-luvun alussa. 1990-luvun kehityksestä saa erilaisen kuvan, jos köyhyysrajana käytetään vuoden 1990 köyhyysrajaa. Kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyysaste kasvoi lamavuosina selvästi. Laman jälkeen kasvu pysähtyi.

Vuosikymmenen lopulla suhteellisen köyhyyden kasvu näytti vihdoin taittuneen, vaikka kotitalouksien hyvä tulokehitys edelleen nosti köyhyysrajaa. Vuoden 2000 ennakkotietojen mukaan köyhyysrajan alittavan väestön määrä kääntyi jälleen kasvuun. Kasvu johtui lähinnä köyhyysrajan noususta. Edellisvuoden köyhyysrajaa käytettäessä köyhien määrä olisi jopa hieman laskenut.

Kuva 4.5

Köyhyys kiinteällä ja suhteellisella köyhyysrajalla vuosina 1990–2000

Henkilöitä köyhissä talouksissa



Tulokäsitel: Käytettävissä olevat tulot / OECD-kulutussyksiköt

Suhteelliseen ja kiinteään 1990 köyhyysrajaan perustuvat lukumäärät ovat eri suuret vuonna 1990, koska vuosien 1990–1993 lukuihin on tehty tasokorjaus tulokäsitellessä tapahtuneen muutoksen johdosta.

4.2.2 Universaalien etujen kehitys vuosina 2000–2001

1990-luvun alkupuolen taloudellinen lama johti tarpeeseen tarkistaa sosiaaliturvaa sekä taloudellisten voimavarojen näkökulmasta että sisäisen toimivuuden osalta. Laaja pitkäaikaistyöttömyys uutena ilmiönä johti myös sosiaaliturvan rakenteiden tarkistamiseen. Syyperusteisen

sosiaaliturvan, viimesijaisen sosiaaliturvan ja palveluiden keskinäistä suhdetta tarkistettiin.

Syyperusteista sosiaaliturvaa on kehitetty 1990-luvulla työntekoon kannustavaan suuntaan. Lähtökohtana on, että työnteon tulisi aina olla kannattavampaa kuin sosiaaliturvaetuuksien varassa eläminen. Samalla on ensisijaisesti tuettava mahdollisuuksia palata työelämään. Jos työnteko on kuitenkin mahdotonta, sosiaaliturvan tulee turvata riittävä toimeentulo. Sosiaaliturvan rakenteiden tulee olla sellaiset, että ne ehkäisevät syrjäytymistä ja köyhyyttä. Viime vuosien muutokset ovat kehittäneet sosiaaliturvaa tähän suuntaan. Muutos on merkinnyt eri järjestelmien tarkempaa yhteensovittamista ja taloudellisten voimavarojen puitteissa toteutettujen muutosten tarkkaa kohdentamista.

Asumistuen kehitys

Vuonna 2000 asumistukea maksettiin 2 700 milj. markkaa ja vuonna 2001 noin 2 430 milj. markkaa. Tuensaajien määrä oli vuoden 2000 lopussa 170 000 ja vuonna 2001 158 000. Maksettua tukea ja tuensaajien määrää pienensi opiskelijoiden vähenemisen lisäksi myös työttömien tuensaajien vähentyminen.

Asumistuki ja tukiperusteet säilytettiin opiskelijoita lukuun ottamatta vuosina 2000 ja 2001 pääosin ennallaan. Yksin asuvan työttömän täysimääräiseen tukeen oikeuttavia tulorajoja nostettiin hieman niin, että heillä säilyi oikeus täysimääräiseen asumistukeen työmarkkinatuen korotuksen jälkeen. Päätoimisten opintojen ajalle tarkoitettua opintotukea kehitettiin korottamalla asumislisän korvaavuusastetta ja yhtenäistämällä opiskelijoiden asumisen tukijärjestelmä siten, että vuodesta 2000 kaikki lapsettomat, vuokralla asuvat opiskelijat kuuluvat opintotuen asumislisän piiriin. Myös opiskelijan omien tulojen perusteella tehtävää tarveharkintaa selkeytettiin. Yleisen asumistuen piiriin jäivät opiskelijoista lapsiperheet ja omistusasunnoissa asuvat.

Eläketurvan muutokset

Työssä jaksamisen edistämiseksi ja eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi varhaiseläkkeisiin muutettiin vuoden 2000 alusta. Yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja korotettiin 60 vuoteen ja osa-aikaeläkkeen ikärajan alentamista 56 ikävuoteen jatkettiin vuoden 2002 loppuun saakka. Uudistuksen jälkeen työttömyyseläkkeeseen ei enää lasketa tulevan ajan

eläkeosaa, mikä pienentää eläkettä enimmillään neljä prosenttia. Toisaalta tämä ns. tuleva aika ei enää ole työttömyyseläkkeen saamisen ehto. Erytislainsäädäntö, jolla parannettiin yli 55-vuotiaiden työttömien edellytyksiä työllistyä tilapäisesti turvaamalla jo ansaittu työeläkkeen taso, säädettiin pysyväksi. Työssä jaksamista tukevia toimenpiteitä lisättiin. Tarkoituksena on kehittää työeläkekuntoutuksen keinoja, jotta sekä ikääntyneet työntekijät että henkilöt, joiden terveydentila on heikentynyt, voisivat jatkaa työelämässä nykyistä pidempään.

Kansaneläke tuli vuoden 1996 alusta lukien kokonaan eläkevähen- teiseksi. Uusissa myönnettävissä eläkkeissä muu eläketulo vaikuttaa myös pohjaosan määrään. Jo myönnettyjen kansaneläkkeiden pohja- osaa on alennettu vuosittain siten, että vuoden 2001 alusta lukien poh- jaosaa ei enää makseta. 1.6.2001 alkaen eläkeläisten toimeentuloa on parannettu korottamalla kansaneläkkeitä 72 markalla kuukaudessa. Li- säksi rintamaveteraanien toimeentuloa on parannettu korottamalla yli- määräistä rintamalisää 1.4.2000 lukien.

Työttömyysturvan muutokset

Työttömyysturvan peruspäivärahaa korotetaan 0,84 eurolla (5 markalla) 1.3.2002 alkaen. Tämä merkitsee vastaavaa korotusta työmarkkinatu- keen ja ansiosidonnaisen päivärahan perusosaan sekä näiden perusteel- la määräytyviin muihin päivärahoihin: työvoimapoliittiseen koulutustu- keen ja työttömien omaehtoisen koulutuksen tukeen. Yhdessä 1.1.2002 voimaantulevan lakisääteisen indeksitarkistuksen kanssa työttömyystur- van peruspäiväraha nousee noin kahdeksalla markalla. Ansiopäivära- han ansio-osa nousee tulosopimuksen yhteydessä sovitun mukaisesti 42 prosentista 45 prosenttiin päiväpalkan ja perusosan erotuksesta 1.3.2002 alkaen.

Sairaus- ja kuntoutumisajan vakuutusturvan kehittyminen

Heinäkuun alussa 2001 voimaan tulleella sairausvakuutuslain muutok- sella (511/2001) muutettiin muun muassa yrittäjien ja maatalousyrittäji- en sairausvakuutuslain⁵ mukaisten päivärahojen määräytymisperusteit- ta. Muutoksen tavoitteena on taata yritystoimintaa harjoittavalle henki-

⁵ Sairausvakuutuslain perusteella maksetaan muun muassa sairaus-, äitiys-, erityisäi- tiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahaa vakuutetuilla laissa tarkemmin säädetyn edellytyksin.

lölle esimerkiksi vanhempainvapaan ajalta sellainen turva, joka tasoltaan vastaisi mahdollisimman hyvin menetettyä työpanosta ja siitä saamatta jäänyttä tuloa.

Yrittäjän sairauspäiväraha määräytyy 1.7.2001 lukien yrittäjälle eläkevakuutuksessa (YEL tai MYEL) vahvistetun työtulon perusteella. Jos yrittäjällä on mainitun työtulon lisäksi muualta kuin omasta yrityksestä saatua palkkatuloa tai siihen verrattavaa tuloa, päivärahan perustaksi otetaan YEL- ja MYEL-työtulo sekä muualta kuin omasta yrityksestä saatu palkka tai sitä vastaava henkilökohtainen tulo. Valtaosalla yrittäjistä erityisesti MYEL-vakuutetuilla vanhempainpäivärahan taso nousee uudistuksen johdosta. Uudistusta valmisteltaessa oltiin tietoisia siitä, että se voi alkuvaiheessa heijastua myös alentavasti YEL-järjestelmän piiriin kuuluvien yrittäjien sairausvakuutusturvaan.

Hallitus antoi syksyllä 2001 eduskunnalle hallituksen esityksen laiksi sairausvakuutuslain ja kuntoutusrahalain 14 ja 15 §:n muuttamisesta (HE 171/2001). Ehdotetut lain muutokset tulevat voimaan 1.4.2002. Muutosten tarkoituksena on parantaa pienituloisten ja tulottomien, työllistyvien työttömien sekä opiskelijoiden toimeentuloturvan kattavuutta sairauden ja kuntoutuksen ajalta. Muutokset ovat osa laajempaa toimenpideohjelmää, jolla hallitus pyrkii ehkäisemään ja vähentämään köyhyys- ja syrjäytymisongelmia.

Hallitusohjelman mukaan tukijärjestelmiä tulisi kehittää siten, että työn tekeminen ja vastaanottaminen parantaa aina vakuutetun taloudellista asemaa. Uudistuksella muutetaan sairauspäivärahan ja kuntoutusrahan määräytymisperusteita pienituloisten, työllistyvien työttömien ja opiskelijoiden osalta. Esityksen mukaan muun muassa voimassa oleva tarveharkintainen sairauspäiväraha korvattaisiin vähimmäismääräisellä sairauspäivärahalla tai kuntoutusrahalla, jonka määräksi on ehdotettu 10.09 euroa (60 markkaa) päivältä. Esitystä valmisteltaessa on arvioitu, että arviolta noin 13.000 vakuutetun asema paranisi nykyiseen järjestelmään verrattuna.

Ammatillisen aikuiskoulutuksen toimeentuloturva

Ammatillisen aikuiskoulutuksen toimeentuloturva uudistui elokuun 2001 alusta koulutusvakuutusjärjestelmän kolmannen vaiheen voimaantulon myötä. Omaehtoiseen ammatilliseen koulutukseen myönnetään aikuis-koulutustukea, joka korvaa siirtymävaiheen jälkeen aikuisopintorahan

ja ammattikoulutusrahan. Aikuiskoulutustuen toimeenpanosta huolehtii koulutus- ja erorahasto. Tuen rahoituksesta vastaavat valtio, joka rahoittaa tuen perusosan, ja työttömyysvakuutusrahasto, joka rahoittaa ansioosan.

Ansionmenetyskorvauksena maksettavaa aikuiskoulutustukea saa omaehtoiseen ammatilliseen koulutukseen aluksi vähintään 10 vuotta työelämässä ollut. Vuoden 2006 elokuun alun jälkeen alkavaan koulutukseen saa tukea viiden vuoden työhistorialla. Tukea saa enimmillään runsaan puolentoista vuoden ajalta. Tuen suuruus on noin 80 prosenttia siitä, mitä henkilö saisi työttömyyspäivärahana. Aikuiskoulutustuen perusosa on 440 euroa (noin 2 600 mk). Tuen lisäksi opiskelijalla on mahdollisuus saada opintolainan valtioneuvoston kautta. Koulutus voi olla ammatillista peruskoulutusta, muuta tutkintoon johtavaa koulutusta, aiempien korkeakouluopintojen loppuunsaattamista, tutkinnon osien suorittamista, erikoistumis- tai täydennyskoulutusta.

4.2.3 Viimesijainen toimeentuloturva

Toimeentulotuesta annettu laki tuli voimaan 1.3.1998. Lain tavoitteiden toteutumista on seurattu kahdessa eri seurantaprojektissa, joiden loppuraportit valmistuivat vuoden 2000 aikana. Seurannan mukaan toimeentulotukijärjestelmän epäkohdaksi osoittautui sen jäykkä toimivuus ja puutteellisuus vastata tuen hakijoiden erityisistä tarpeista tai olosuhteista johtuvaan taloudellisen tuen tarpeeseen. Erityisen ongelmalliseksi osoittautui tilanne niiden kohdalla, jotka joutuvat olemaan pitkäaikaisesti toimeentulotuen varassa. Taulukossa 4.1 on esitetty toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrien ja tuen bruttomenojen kehitys vuosina 1990–2000

Sekä toimeentulotukea saavien kotitalouksien että henkilöiden määrä on ollut vuodesta 1996 laskeva. Samalla siitä aiheutuvat bruttomenot ovat laskeneet. Toimeentulotukea käytetään usein täydentämään ensisijaisia etuuksia. Tuen hakijoista noin puolella pääasiallinen toimeentulon lähde on työttömyysturva. Suuri osa asiakkaista hakee tukea täydentääkseen työmarkkinatuen ja työttömyysturvan peruspäivärahan tai asumistuen myöntämisen jälkeen jäänyttä tulovajausta.

Taulukko 4.1
Toimeentulotuen saajat ja toimeentulotuen bruttomenot vuosina
1990–2000

Vuosi	Kotitalouksia Yhteensä	Henkilöitä Yhteensä	Bruttomenot 1 000 mk
1990	181 604	314 009	1 175 501
1991	222 653	396 109	1 556 844
1992	258 864	464 635	1 875 309
1993	292 559	528 126	2 216 964
1994	329 393	577 274	2 528 108
1995	339 020	583 922	2 691 158
1996	349 591	609 636	3 097 679
1997	344 705	593 797	3 262 391
1998	313 337	534 930	2 772 039
1999	291 961	492 694	2 577 630
2000	271 686	454 353	2 543 558

Huhtikuussa 2001 suoritettiin Stakesissa kolmen tuensaajarekisterin eli asumistukirekisterin, toimeentulotukirekisterin ja työmarkkinatukirekisterin yhteenajo. Tulokset osoittavat, että näiden kolmen perusturvaetuuden samanaikainen saanti on ollut suhteellisen yleistä. Pelkääntään toimeentulotuen varassa olevia oli marraskuussa 1999 noin 11 prosenttia toimeentulotukea saavista. Työmarkkinatukea saaneista prosenttia ja asumistukea saaneista 32 prosenttia oli joutunut samanaikaisesti turvautumaan myös toimeentulotukeen.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Järjestelmän toimivuuden parantamiseksi toimeentulotukea koskevia säännöksiä muutettiin 1.4.2001 alkaen. Tavoitteena on ehkäisevän toimeentulotuen käytön lisääminen, asiakkaiden jonotusaikojen lyhentäminen ja tarveharkinnan lisääminen tukea myönnettäessä. Säännösmuutosten johdosta kuntien valtionosuuksia lisättiin vuositasolla 22 milj. mk.

Työhön kannustavuuden lisäämiseksi valmisteltiin vuoden 2001 aikana toimeentulotukilain väliaikainen muutos, jonka mukaan toimeentulotuen saajan ansiotuloista vähintään 20 prosenttia, kuitenkin enin-

tään 100 euroa kuukaudessa, jätetään ns. etuoikeutettuna tulona ottamatta huomioon tukea myönnettäessä. Tämä uudelleenjärjestely toteutetaan tässä vaiheessa kolmivuotisena kokeiluna, joka on voimassa ajalla 1.4.2002 – 31.3.2005. Kokeilun tulosten perusteella on tarkoitus päättää sen mahdollisesta pysyvästä käyttöönotosta. Kuntien valtionosuuksia lisätään uudistuksen johdosta vuositasolla 23 milj. mk (3,7 milj. euroa)

1.9.2001 voimaan tulleen kuntouttavaa työtoimintaa koskevan lain mukaan toimintaan osallistuvalla maksetaan hänelle normaalisti kuuluvat etuudet eli työmarkkinatuki ja toimeentulotuki. Lisäksi siihen osallistuvalla työmarkkinatukea saavalle maksetaan ylläpitokorvauksena 30 markkaa päivältä ja toimeentulotukea pääasiallisena tulonaan saavalle toimintarahana 30 markkaa päivältä sekä korvataan matkakustannukset. Alle 25-vuotias, joka ilman hyväksyttävää syytä ei osallistu hänelle osoitettuun kuntouttavaan työtoimintaan, menettää työmarkkinatuen määräajaksi ja hänen toimeentulotukeaan voidaan alentaa. 25 vuotta täyttäneille osallistuminen toimintaan on vapaaehtoista. Ks. kohta 4.3.3.

KERTOMUSAJANJAKSOLLA KÄYNNISTETYT UUDISTUKSET

SOSIAALIMENOJEN RAHOITUS

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuoden 2000 keväällä toimikunnan selvittämään sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä (SOMERA-toimikunta). Toimikunnan työskentelyaika päättyi maaliskuun lopussa 2002.

Toimikunnan asettamisen taustalla ovat haasteet, joita muuttuva toimintaympäristö asettaa sosiaaliturvalle. Tavoitteena on arvioida, onko nykyinen organisaatio ja rahoitusrakenne toimiva pitkälläkin aikavälillä ja miten muuttuva toimintaympäristö vaikuttaa nykyisen sosiaaliturvan toimintaedellytyksiin. Tavoitteena on myös selvittää, miten talous-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteet voidaan parhaiten sovittaa yhteen. Toimikunnan tehtävä on siten laajempi kuin 1990-luvun alussa toimineen sosiaalimenotoimikunnan, joka keskittyi pitkälti eläkeproblematiikkaan. Sosiaalimenotoimikunta 2000 tarkastelee koko sosiaaliturvajärjestelmää ja sen rahoitusta, mukaan luettuna myös sosiaali- ja terveyspalvelut.

Toimikunnan puheenjohtajana on kansliapäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä. STM:n lisäksi toimikunnassa ovat

edustettuina työministeriö, valtiovarainministeriö, Suomen Kuntaliitto, Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Työeläkelaitosten Liitto, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) sekä työmarkkinaosapuolet.

ELÄKETURVA

Työmarkkinoiden keskusjärjestöt ovat päässeet sopimukseen yksityissektorin työeläkejärjestelmään vuodesta 2005 lukien tehtävistä muutoksista keskimääräisen eläkkeelle jäämisiän myöhentämiseksi ja eläkejärjestelmän sopeuttamiseksi keskimääräisen elinajan jatkuvaan kasvuun. Sopimuksen mukaan vanhuuseläkkeelle voi jäädä joustavasti ikävälillä 62–68 vuotta ja nykyinen 65 vuoden eläkeikä muutetaan laskennalliseksi eläkeiäksi. Varhennetulle vanhuuseläkkeelle voi jäädä 62-vuotiaana, mutta silloin vanhuuseläke alenee.

Vielä työelämässä mukana olevien yli 63-vuotiaiden eläkkeen karttumaa nopeutetaan. Yksilöllinen varhaiseläke ja työttömyyseläke poistuu siirtymäkauden jälkeen. Osa-aikaeläkkeen ikäraja korotetaan vuodesta 2003 lukien 58 vuoteen. Osa-aikaeläkkeellä ollessa vanhuuseläkettä karttuu vain työskentelyn perusteella eli puolet nykyiseen verrattuna. Ikääntyville työntekijöille luodaan edellytyksiä jatkaa työelämässä nykyistä pidempään kehittämällä työympäristöön liittyviä työnjärjestelyjä ja toteuttamalla oikeus ammatilliseen kuntoutukseen. Työeläkejärjestelmän uudistamiseen liittyviä neuvotteluja jatketaan edelleen muun muassa eläkepalkan laskentasäännön osalta.

OPINTOTUKI

Opiskelijoiden toimeentuloon liittyen on valmisteltu ratkaisuehdotuksia opintolainaaongelmiin niin kutsutun takausvastuutyöryhmän (Opetusministeriön työryhmämuistioita 10:2001) ehdotusten pohjalta. Tavoitteena on, että opintolainan ottaja suoriutuisi lainojen takaisinmaksusta nykyistä paremmin. Samalla takauksen perusteella valtion maksettavaksi tulevien opintolainojen määrä pienenesi. Samassa yhteydessä on selvitetty, miten maksuhäiriötilanteessa oleva opiskelija voisi rahoittaa opintonsa. Opintotukijärjestelmän toimivuutta ja kehittämistarpeita on kartoitettu arviointiselvityksessä "Opintotuki-opiskelijapalkka vai koulutusinvestointi" (Opetusministeriön työryhmämuistioita 14:2000). Opintotuen ja lapsilisän yhteensovittamista on selvitetty sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa lapsilisätyöryhmässä (työryhmämuistioita 26:2000).

VANHEMPAINRAHA

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuoden 2001 alussa työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista selvittävän työryhmän. Kolmikantaisen työryhmän toimeksiantona oli selvittää mahdollisuuksia luoda järjestelmä, joka takaa isälle oikeuden omaan kuukauden kestäväan vanhempainvapaaseen sekä mahdollisuuden pitää äitiys- ja vanhempainloma osa-aikaisena. Selvityksessä tuli tarkastella myös perhevapaista aiheutuvien vuosilomakustannusten jakautumista. Uudistusten tavoit-

teena on parantaa pienten lasten vanhempien mahdollisuutta osallistua lapsen hoitoon nykyistä paremmin ja joustavammin.

Työryhmä ehdottaa, että isän nykyisin käytettävissä olevaa isyyysvapaata pidennetään seitsemällä arkipäivällä. Isyyserärahat olisi yhteensä 25 arkipäivää ja olisi pidettävissä 1–5 eri jaksossa äitiys- ja vanhempainrahakaudella taikka välittömästi vanhempainrahakauden päätyttyä. Vanhempainrahakausi voitaisiin pitää osa-aikaisena työnantajan ja työntekijän sopimuksen perusteella. Vanhemmat jakaisivat vanhempainrahakauden tekemällä molemmat osa-aikatyötä. Sopimus edellyttää, että vanhemmilla on yhteinen näkemys lapsen hoitovastuun jakamisesta osa-aikaisesti ja että osa-aikaisuus kestää vähintään kaksi kuukautta.

Työryhmä ehdottaa myös vanhempainpäiväraha-ajalta suoritettavien vuosilomakustannuskorvausten hakemusmenettelyn yksinkertaistamista. Korvausta haettaisiin yhdellä hakemuksella heti vanhempainpäivärahaikauden jälkeen kuuden kuukauden kuluessa, jolloin hakemus voisi kohdistua kahdelle eri lomanmääräytymisvuodelle.

Työryhmän mukaan adoptioisät tulisi saattaa perhevapaiden osalta yhdenvertaiseen asemaan biologisten isien kanssa. Adoptioisien isyyserärahat pidennetään 25 arkipäivän pituiseksi. Työryhmä on esittänyt myös monikkoperheiden isien aseman parantamista, perheen mahdollisuutta siirtää äitiysraha isän käytettäväksi äidin sairastuessa pitkäaikaisesti sekä kohdunvuokraustilanteiden huomioimista vanhempainpäivärahaajärjestelmässä.

TYÖTTÖMYYSTURVA

Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa kolmikantaisessa työryhmässä on selvitetty työttömyysturvan ja työvoimapolitiikan kehittämismahdollisuuksia työllistymistä tukevaan suuntaan. Työryhmä sai työnsä päätökseen 12.11.2001. Hallitus on päättänyt ryhtyä valmistelemaan työttömyysturvalainsäädännön muutoksia työryhmän esitysten pohjalta. Muutokset tulisivat voimaan muilta kuin erikseen mainituilta osin pääasiassa vuoden 2003 alusta lukien.

Työryhmä ehdotti, että lisäpäiväoikeuden ikäraja nostetaan 57 vuodesta 59 vuoteen. Päivärahan saamisen edellytyksenä on, että henkilöllä on työhistoriaa vähintään viisi vuotta viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana. Lisäpäiviä maksettaisiin sen kuukauden loppuun, jona henkilöllä on oikeus siirtyä vanhuuseläkkeelle ilman varhensuoravähennystä. Lisäpäiviä koskeva muutosehdotus korvaisi jatkossa työttömyyseläkkeen.

Ehdotuksen mukaan vuonna 1949 ja sitä ennen syntyneisiin henkilöihin sovellettaisiin nykyisiä lisäpäiväoikeuden saamisedellytyksiä koskevia säännöksiä. Vastaavasti lisäpäiväoikeus korvaisi työttömyyseläkkeen niiden henkilöiden osalta, joiden lisäpäiväraha-oikeus alkaa 1.1.2007 jälkeen. Lisäpäiviltä maksettavan ansiopäivärahan tasoa korjattaisiin lähemmäksi eläketurvan tasoa. Työnantajien työttömyyseläkkeitä vastaava rahoitusvastuu siirrettäisiin työttömyysturvaan ja vastuu koskisi kaikkia työnantajasektoreita.

Eroraha liitettäisiin osaksi työttömyysturvaa siten, että ansiopäivärahaa korotetaan 130 päivän ajaksi henkilölle, joka on irtisanottu taloudellisista tai tuotannollisista syistä ja jolla on rekisteröityä työhistoriaa vähintään 20 vuotta. Korotuksen suuruus olisi keskimäärin 30 markkaa päivältä. Erorahan aikuiskoulutuslisä liitettäisiin työvoimakoulutuksen koulutustukeen ja työttömien koulutuspäivärahaan vastaavansuuruisena lisänä.

Työttömyyspäivärahan saamisen edellytyksenä olevan työssäoloehdon (ns. alkuehdon) pituus säilyisi 10 kuukautena, mutta sen täyttämisen tarkastelujakso pitenisi 28 kuukauteen. Ns. nollaus- ja paluu-ehtoa lyhennettäisiin 8 kuukauteen tarkastelujakson säilyessä nykyisenä 24 kuukautena. Yhdistelmätukityöstä työssäoloehdoton luettaiisiin puolet työssäoloajasta, kun nykyisten säännösten mukaan luetaan kolmannes, kuitenkin enintään 16 viikkoa työssäoloajasta. Soviteltua työttömyyspäivärahaa kehitettäisiin siten, että päivärahaa voitaisiin maksaa myös ns. ennakkomaksuna. Kokoaikaisista työsuhteista sovittelun piiriin jäisivät enintään kaksi viikkoa kestävät työsuhteet.

Työryhmä ehdotti myös eräitä muita kehittämis ehdotuksia jatkossa valmisteltavaksi. Yrittäjien työttömyysturvaa kehitettäisiin ns. jälkisuojasäännösten osalta. Samoin lomakorvausten jaksotuksen perusteena olevaa palkkaa korjattaisiin ja takautuvasti myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden aiheuttamasta työttömyysetuuksien takaisinperinnästä luovuttaisiin. Työttömyyskassoille korvattaisiin muutoksista aiheutuvat hallintokulujen lisäykset. Samalla selvitettäisiin hallintokuluihin suoritettavia rahoitusosuuksia koskevien säännösten muutostarpeet.

TYÖTAPATURMAT

Hallituksen esityksen valmistelu sosiaali- ja terveysministeriön asettaman kolmikantaisen Työtaturma- ja ammattitautilainsäädännön kehittämistyöryhmän muistiossa (STM:n julkaisuja 2000:17) tehtyjen ehdotusten pohjalta on aloitettu. Muutokset liittyvät muun muassa ammattitautiluettelon sekä yläraajojen rasitusperäisten ammattitautien ja haittalisän korvausperusteiden uudistamiseen, sairaanhoidon ja kuntoutuksen välisen rajanvedon selkeyttämiseen sekä opiskelijoiden tapaturmiin liittyvien kysymysten selkeyttämiseen.

4.3 Työllisyys, koulutus ja työolot

4.3.1 Muuttuvat työelämän rakenteet ja työllisyys

Elinkeinorakenteen viimeaikainen voimakas muutos on vaikuttanut merkittävästi myös työelämässä. Vuosina 2000–2001 jatkui kehitys, jolle leimallista oli korkean koulutuksen ja tietotekniset valmiudet omaa-

van henkilöstön kasvava kysyntä. Työvoiman kysyntä keskittyi myös alueellisesti.

Viime vuosikymmenen taloudellisesta kasvusta huomattava osa selittyi telekommunikaatioalan voimakkaalla kasvulla. Elektroniikkateollisuudesta onkin muodostunut perinteisesti vahvan metsäteollisuuden rinnalle toinen merkittävä suomalaisen ulkomaankaupan perusta. Samalla teollisuustuotanto on muuttunut enenevässä määrin massatuotannosta kohti joustavaa tuotantoa. Kilpailukyky perustuu yhä enemmän tietoon ja innovaatioihin, laatuun ja nopeaan tuotteistamiseen. Tuotannon ja yritysten verkottuminen sekä kansainvälisesti että kotimaassa muuttaa toimintatapoja yrityksissä. Toimintatavat muuttuvat myös toimintojen ulkoistamisen lisääntyessä. Tämä merkitsee usein kehitystä kohti pienempiä yksiköitä ja toiminnan uudelleenorganisointia.

Maa- ja metsätalouden selvästä supistumisesta huolimatta se on yhä tärkein maaseutuelinkeino Suomessa. Maatalouden ja elintarviketeollisuuden työllisten osuus työllisistä on selvästi sekä investointi- että kansantuoteosuutta suurempi⁶. Maatalouden merkitys työllistäjänä voi myös alueellisesti olla huomattavasti keskimääräistä suurempi. Suurimmillaan se on Etelä-Pohjanmaalla, jossa lähes 12 % työllisistä työskentelee maataloudessa.

Sekä maaseudun työllisyyden että työllisyyteen sidoksissa olevien hyvinvointivaikutusten kannalta merkityksellistä on, että maatalous työllistää keskimäärin vanhempaa väestöä kuin muut toimialat.⁷ Maatalouden tuotantorakenne on muuttunut Suomen EU-jäsenyysaikana huomattavasti. Kun tuotanto keskittyy yhä pienemmälle määrälle maatiloja, niiden johtaminen vaatii viljelijöiltä uusia valmiuksia, ja on omiaan nopeuttamaan sukupolvenvaihdoksia maataloudessa.

Työelämän rakenteiden muutoksista johtuen osaamisen merkitys on koko ajan noussut. Myös työvoiman koulutustaso on selvästi parantunut. Muutos on aiheuttanut polarisaatio-ongelman, jossa osa työvoimasta menestyy hyvin, osa taas näyttää varsin pysyväisluonteisesti syrjäytyvän työmarkkinoiden ulkopuolelle. Varsinkin alhaisemman koulutustason omaavat, ikääntyneet ja ei-kasvukeskuksissa asuvat joutuvat kohtaamaan tarjontaa vähäisemmän kysynnän. Työvoiman ikärakenne tu-

⁶ Vuonna 1999 5,3 %

⁷ Esimerkiksi vuonna 2000 maataloudessa työskentelevistä 22 prosenttia oli yli 55-vuotiaita, kun heitä muilla toimialoilla oli vain 11 prosenttia.

lee muodostamaan yhä suuremman haasteen Suomen menestymiselle tulevaisuudessa. Tämä koskee niin maataloutta, teollisuustyöpaikkoja kuin palveluitakin. Palveluissa työvoiman ikääntyminen on ongelma erityisesti julkisella sektorilla.

Suomalaisen työntekijän terveys ja työkyky on selvitysten mukaan melko hyvä ja työhön sitoutumisen aste on ollut selvässä kasvussa 80-luvulta alkaen. Sitoutuminen näkyy muun muassa sairauspoissaoloissa, jotka vähenevät tasaisesti 35 ikävuoden jälkeen. Yli 55-vuotiaissa on eniten niitä, jotka eivät vuositasolla ole olleet päiväkään poissa sairauden vuoksi. Tästä huolimatta ikääntyvät siirtyvät eläkkeelle niin, että 58-vuotiaista enää puolet on työssä. Ristiriita työn arvostuksen ja työolojen kehittymisen sekä varhaisen eläkkeelle siirtymisen välillä on ilmeinen.

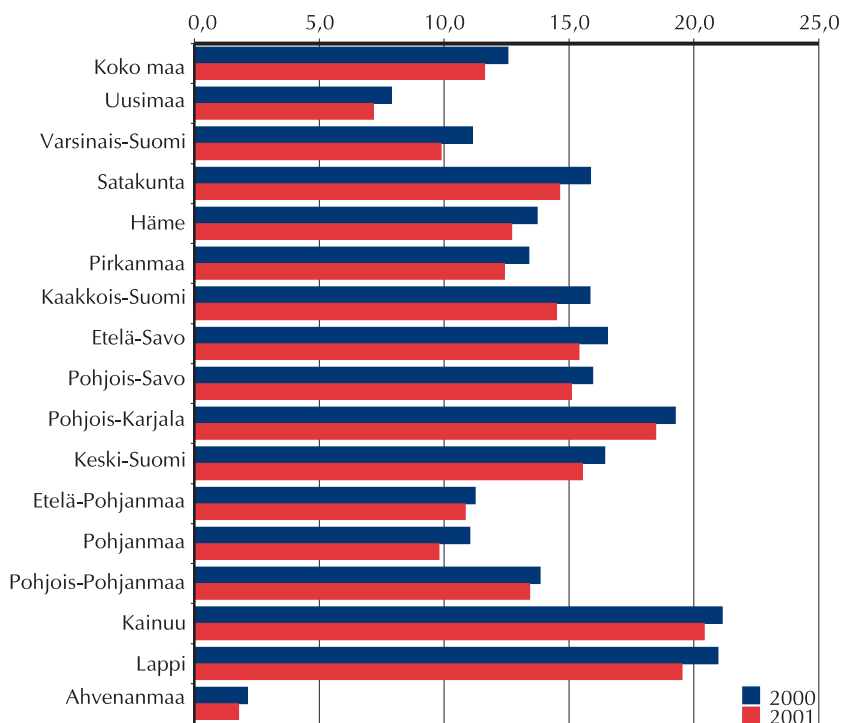
4.3.2 Työllisyys ja työttömyys alueittain ja erityisryhmittäin

Työllisyys kasvoi vuonna 2001 edellisvuotta vähemmän (noin 30 000), työllisyysaste oli hieman alle 68 prosenttia. Vuotta aiemmin työllisyysaste oli 66,9 prosenttia. Maakunnittain tarkastellen työllisyysasteet vaihtelivat vuonna 2000 Uudenmaan 74,4 prosentista Kainuun 54,6 prosenttiin. Työllisyys on vuodesta 1994 vuoteen 2000 kohonnut eniten Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Hämeessä, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Mainittuna ajanjaksona työllisyysasteen nousu on näissä maakunnissa ollut 7–9,5 prosenttiyksikköä.

Vuonna 2000 Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukainen työttömyysaste oli 9,8 prosenttia ja vuonna 2001 vain vähän alempi (9,3 %). Alueittain tarkastellen työttömyys oli korkeinta Kainuussa ja Lapissa, joissa työttömiä, työvoimapolitiittisissa toimenpiteissä ja työttömyyseläkkeellä olevia oli yhteensä noin 30 prosenttia työvoimasta.

Pitkäaikaistyöttömyyden lasku on jatkunut molempina vuosina ja ollut miltei koko ajan nopeampaa kuin kokonaistyöttömyyden lasku. Pitkäaikaistyöttömiä oli vuonna 2000 kaikkiaan noin 89 000 ja vuonna 2001 noin 84 000 henkilöä. Työttömyyden laskusta huolimatta vajaakuntoisten työttömien määrä on kasvanut. Vuonna 2000 se kasvoi runsaat kolme prosenttia, jolloin osuus kaikista työttömistä työnhakijoista oli 12,6 prosenttia. Vuonna 1999 osuus oli 11,3 prosenttia ja vuonna 2001 13,4 prosenttia.

Kuva 4.6
Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta työvoima- ja elinkeinokeskuksittain, vuosi 2001 ennakkollinen



Työmarkkinoilla työvoiman kysyntä on kohdistunut nuoriin. Työnvälitystilaston mukaan nuorten työttömyys on laskenut vuoden 1993 tasosta (lähies 100 000 nuorta) alle puoleen. Vuonna 2000 alle 25-vuotiaita työttömiä oli 39 000 eli 12 prosenttia kaikista työttömistä. Vuonna 2001 nuorten työttömyys väheni edelleen. Tilastokeskuksen mukaan nuorten työttömyysaste oli 21 prosenttia.

Yli 50-vuotiaiden työttömyys laski sekä vuonna 1999 että 2000, jolloin yli 50-vuotiaita työttömiä työnhakijoita oli 102 500. Vuonna 2001 heitä oli noin 99 000. Vähennys on runsaat kolme prosenttia. Sosiaali- ja terveysalalle koulutettua työvoimaa oli vuonna 2000 työttömänä 30 600 henkilöä, mikä on kahdeksan prosenttia vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Maahanmuuttajien työttömyysaste oli vuonna 2000 noin 34 prosenttia. Heidän sijoittumisensa työelämään on huomattavan vaikeaa.

Vuoden 2001 aikana työvoimatoimistoihin ilmoitettiin arviolta 830 000 työnhakijaa, joista työttömiä hieman yli 600 000. Määräaikaisen työn päättymisen oli yleisin työnhaun syy. Vuoden 2001 aikana työvoimatoimistoihin ilmoitettiin arviolta 330 000 avointa työpaikkaa, joista täyttyi noin 310 000. Työpaikoista 160 000 täyttyi työnvälityksen työnhakijoilla.

4.3.3 Työvoima- ja sosiaalipoliittiset toimenpiteet

Aktiivinen työvoima- ja sosiaalipolitiikka

Työvoimapolitiikan peruslinja työhallinnon palveluiden ja toimenpiteiden kehittämiseksi perustuu vuoden 1998 alusta voimaan tulleeseen työvoimapolitiikan uudistukseen. Uudistuksen keskeinen tavoite on oma-toimisen työnhaun vahvistaminen. Lähtökohtana työvoimapolitiittisten ohjelmien mitoituksessa lähivuosille on osaamisperusteisen kasvun tukeminen, työvoiman saatavuuden varmistaminen ja työnhakujaksojen lyhentäminen. Työvoimapolitiittisten toimenpiteiden tavoitteena on aina avoimille työmarkkinoille sijoittumisen tukeminen. Tarkoituksena on, että julkinen työvoimapalvelu kykenisi lähivuosina tarjoamaan vuodessa noin 250 000 aktivointimahdollisuutta asiakkailleen.

Aktiivisen työvoimapolitiikan toimin oli vuonna 2001 sijoitettuna keskimäärin 80 000 henkilöä. Työvoimapolitiittisiin toimenpiteisiin osallistui arviolta 190 000 eri henkilöä. Lukuun sisältyvät sekä kansallisesti rahoitettavat että Euroopan sosiaalirahaston osittain rahoittamina toteutettavat toimenpiteet. Avointa työttömyyttä kyettiin alentamaan noin 3,5 prosenttiyksikön verran. Työllistämistuella sijoitettuna oli arviolta keskimäärin 38 500 henkilöä. Työllistetyistä yhdistelmätuella olevien osuus oli noin 12 600 henkilöä.

Työllistämistukitoimenpiteet kohdistuvat pitkäaikaistyöttömiin, nuoriin, vajaakuntoisiin, pitkäaikaistyöttömyyden uhkaamiin ja ikääntyneisiin. Lisäksi työharjoittelussa työmarkkinatuella oli keskimäärin 9 000 ja vuorotteluvapaatyöpaikoissa noin 6 000 henkilöä. Työmarkkinatuen saajia oli keskimäärin arviolta noin 162 000. Heistä aktiivitoimiin osallistui hiukan yli viidennes. Työvoimapolitiittisessa aikuiskoulutuksessa oli arviolta keskimäärin 26 000 henkilöä. Toimenpiteiden taso on tasaisesti laskenut työttömyyden laskiessa. Vielä vuonna 2000 toimenpiteissä oli keskimäärin 88 200 henkilöä.

Alkuvuodesta 2001 työministeriössä valmisteltiin työvoimapolitiikan uudistuksen toinen aalto eli tarvittavat toimenpiteet uudistuksen jatkamiseksi. Ehdotuksissa korostetaan työmarkkinoiden ja työvoimatoimistojen asiakasrakenteen erilaisuutta eri osissa maata sekä työvoimatoimistojen toimintamahdollisuuksien parantamista. Uudistuksen toisessa aallossa pyritään ottamaan huomioon ensimmäisen aallon arviointitutkimuksista saadut tulokset. Asiakkaan ja virkailijan kesken laaditun työnhakusuunnitelman asema korostuu entisestään. Työnantajayhteyksien lisäämisellä pyritään tehostamaan työmarkkinoiden toimivuutta.

Toiseen aaltoon kuuluvan aktiivisen sosiaalipolitiikan toimenpiteiden osana on suurimmissa kaupungeissa tarkoituksen kehittää työmarkkinatukijärjestelmää järjestämällä kuntien, työhallinnon ja muiden paikallisten toimijoiden yhteistä asiakaspalvelua. Kokonaisuuteen kuuluu muiden toimenpiteiden lisäksi kuntouttavan työtoiminnan nimellä kulkevan uuden palvelukokonaisuuden luominen.

Kuntouttava työtoiminta

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta tuli voimaan 1.9.2001. Uudistuksella on luotu lainsäädännölliset perusteet työvoimaviranomaisten ja kuntien väliselle yhteistyölle. Tarkoituksena on taata pysyvä rahoitus siten, että valtio korvaa kunnille pääosan kuntouttavasta työtoiminnasta aiheutuvista kustannuksista.

Kuntien ja työvoimaviranomaisten yhteistyötä tiivistetään velvoittamalla viranomaiset laatimaan aktivointisuunnitelma yhdessä pitkään työttömänä olleen, työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saaneen henkilön kanssa. Suunnitelma on laadittava jokaiselle edellytykset täyttävälle henkilölle viimeistään 31.12.2002 mennessä. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuva on työvoimatoimistoon työttömäksi ilmoittautunut työnhakija, joka on oikeutettu työhallinnon palveluihin. Toimintaan osallistumista ei lueta työttömyysturvan työssäoloehtoon, eikä se kartuta henkilön eläketurvaa. On arvioitu, että henkilöitä olisi noin 70 000 ja että sekä loka- että marraskuussa 2001 laatimisveloitteen piiriin olisi tullut noin 16 000 henkilöä. Alle 25-vuotiailla on oikeus suunnitelmaan lyhyemmän työttömyysjakson jälkeen kuin vanhemmilla työttömillä.

Työsuhteeseen, koulutukseen tai muuhun työvoimaviranomaisen tarjoamaan toimenpiteeseen nähden kuntouttava työtoiminta on aina toisijaista. Aktivointisuunnitelmaa tehtäessä tulee arvioida, minkä tyyppi-

nen ja tasoinen toiminta parantaa parhaiten henkilön edellytyksiä työllistyä avoimille työmarkkinoille, osallistua koulutukseen tai muihin toimenpiteisiin. Jotta toiminta olisi motivoivaa, sen määrä ja sisältö on sovitettava henkilön osaamisen mukaan siten, että se on hänen työllistymisedellytystensä kehittämisen kannalta mielekästä ja riittävän vaativaa. Suunnitelmaan voidaan sisällyttää työllisyyslain mukaisia työllistymistä edistäviä toimenpiteitä sekä erilaisia sosiaali-, terveys-, koulutus- ja kuntoutuspalveluita tai kuntouttavaa työtoimintaa.

Aktivointisuuunnitelmaa laadittaessa on ensin selvítettävä mahdollisuudet työhallinnon järjestämiin työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Jos ensisijaisia toimenpiteitä ei ole seuraavan kolmen kuukauden aikana tarjottavissa, henkilöllä on oikeus päästä kuntouttavaan työtoimintaan. Jos työtoimintaan osallistuminen ei henkilön toimintakyvystä johtuen ole mahdollista, tarjotaan hänelle muita sosiaali- tai terveyspalveluita. Palveluiden tarkoitus on parantaa henkilöön toimintakykyä niin, että hän voi myöhemmin osallistua kuntouttavaan työtoimintaan.

Kuntouttavan työtoiminnan järjestää kunta. Kunnat voivat sopia toiminnan järjestämisestä myös usean kunnan yhteistyönä taikka sopia sen toteuttamisesta yhdistyksen, säätiön, uskonnollisen yhdyskunnan tai valtion viraston kanssa. Kuntouttavaa työtoimintaa voidaan järjestää myös esimerkiksi nuorten työpajassa. Toimintaa järjestetään 3–24 kuukauden jaksoissa ja henkilön tulisi osallistua toimintaan vähintään yhtenä ja enintään viitenä päivänä viikossa. Yhden päivän kuntouttavan työtoiminnan kesto olisi vähintään neljä tuntia. Toimintajakson päätyttyä arvioidaan yhteistyössä sosiaalitoimen, työvoimaviranomaisten ja kuntouttavaan työllistämiseen osallistuvan asiakkaan kanssa voidaanko asiakkaalle tarjota ensisijaisia työvoimapolitiittisia toimenpiteitä tai koulutusta.

Kansallinen ikäohjelma

Kansallisen ikäohjelman tavoitteena on parantaa työllisyyttä ja työllistymistä työelämän vanhimmissa, yli 45-vuotiaiden ikäluokissa. Ohjelmassa on toteutettu koulutus- ja tiedotuskampanjoita sekä tutkimuksia. Ohjelma on osaltaan edesauttanut pitkää työuraa tukevan lainsäädännön ja muun yhteiskuntapolitiikan kehittämistä. Ikäohjelman tuloksellisuus näkyy viime kädessä ikääntyneiden parantuneena työllisyytenä ja uskona omaan työmarkkina-asemaan ja työllistymiseen.

Ensimmäinen 5-vuotiskäryryhmä, joka saavutti 1990-luvun talousla-
maa edeltäneen työllisyystason olivat 55–59-vuotiaat. Tällä hetkellä
ikäntyneet ovat ainoa ikäryhmä, jonka työelämässä pysyvyys on suu-
rempaa kuin 1980-luvun lopulla. Ikäntyneiden työllisyyden paranemi-
nen johtuu siitä, että he pysyvät entistä kauemmin työelämässä. “Eläke-
putki-ikäisistä” 55–59-vuotiaista on työssä jo 64 prosenttia. Kolme vuot-
ta sitten ikäryhmästä oli työssä vain noin puolet.

Myös 60–64-vuotiaat ovat työssä aiempaa enemmän. Heidän työllii-
syyasteensa on noussut samaan aikaan 20 prosentista 26 prosenttiin.
Sekä työttömyys että kokoaikainen eläkkeellä olo ovat vähentyneet.
Työttömien osuus 55–59-vuotiaasta väestöstä on pienentynyt kolmessa
vuodessa 20 prosentista 14 prosenttiin. Suurelle osalle ikäntyneistä uuden
työn löytäminen on kuitenkin edelleen vaikeaa.

Ikäntyneiden luottamuksen paraneminen työn löytymiseen koskee
sekä miehiä että naisia. 1990-luvun alkuvuosina vain joka kymmenes
heistä uskoi uuden työn löytymiseen. Nyt osuus on kasvanut nelinker-
taiseksi. Naiset ovat olleet koko 1990-luvun hieman miehiä pessimisti-
sempiä. Laman syvimpinä vuosina uuden työn löytymiseen uskova ikään-
tynyt nainen oli äärimmäinen poikkeus työmarkkinoilla. Vuonna 2001
ikäntyneistä naisista vajaa kolmannes ja miehistä miltei puolet uskoo
työn löytymiseen.

4.3.4 Koulutus työllistymisen tukena

Ammatillisen kehittymisen palvelut

Työvoimaviranomaisten tarjoamien ammatillisen kehittymisen palvelu-
jen tarkoituksena on parantaa työhallinnon asiakkaiden osaamista, mo-
tivaatiota ja työmarkkinoille siirtymistä tarjoamalla ammatinvalinta- ja
urasuunnittelupalveluita, työelämä- ja koulutustietoutta, työvoimakou-
lutusta sekä ammatillisen kuntoutuksen palveluita. Ammatillisen kehit-
tymisen palveluilla pyritään vaikuttamaan erityisesti osaavan työvoi-
man saatavuuteen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen.

Vuonna 2001 koulutusta suunnattiin erityisesti työllistävillä aloilla
toteuttamalla työelämälähtöisesti räätälöityä koulutusta ja yhteishan-
kintoja. Koulutuksen ennakointiin panostettiin lisäämällä työvoimatoi-
mistojen yrityskäyntejä ja niiden yhteydessä tehtäviä työvoiman koulu-

tustarvekyselyitä. Samalla perustettiin alueellisia ja alakohtaisia koulutuksen suunnitteluryhmiä. Henkilökohtaisella tasolla painotettiin yksilöllisiä koulutusratkaisuja. Työssä olevan työvoiman koulutusta suositettiin tilanteissa, joissa koulutuksella voitiin edistää erityisesti ikääntyvän työvoiman työssä pysymistä.

Maahanmuuttajien osaamista pyrittiin saamaan käyttöön työvoimavajauksen ehkäisyssä. Vaikeassa työmarkkinatilanteessa olevien pitkäaikaistyöttömien ja vajaakuntoisten työelämään hakeutumisprosesseissa käytettiin tehostetusti ohjaavaa koulutusta. Eri alueiden välistä yhteistyötä lisättiin muun muassa kuljetus- ja maanrakennusalan koulutuksen hankinnassa.

Työvoimakoulutuksen laadun kehittämiseksi otettiin käyttöön internetpohjainen opiskelijapalautejärjestelmä. Vastanneista (noin 23 000) 68 prosenttia antoi saamalleen koulutukselle arvosanan hyvä tai erinomainen. Vuonna 2001 työvoimapolitiittisessa aikuiskoulutuksessa oli keskimäärin kuukaudessa noin 26 000 henkilöä.

Ammatinvalinta- ja urasuunnittelun asiakkaita oli kertomusvuonna vuonna 2001 noin 35 200 henkilöä, joista yli 60 prosenttia oli yli 25-vuotiaita. Koulutus- ja ammattitietopalvelussa tilastoitiin noin 450 000 neuvontakertaa. Henkilökohtaisen neuvonnan lisäksi järjestettiin runsaasti koulutusinformaatioryhmiä. Ammatillisen kuntoutuksen työnhakija-asiakkaita oli yli 80 000 henkilöä. Heistä lähes 60 prosenttia oli ikääntyviä (45+) ammatinvaihtajia. Ammatillisen kuntoutuksen aktiivitoimia oli lähes 60 000. Näistä suurin osa oli työhön sijoituksia yleisille työmarkkinoille tai työvoimakoulutukseen ohjaamisia. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksiä jatkettiin yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa ja aloitettiin pitkäaikaistyöttömien eläkeedellytysten selvittelyt suurissa ja keskisuurissa työvoimatoimistoissa.

Ammatillinen koulutus

Koulutusjärjestelmä turvaa jokaiselle mahdollisuuden valmistua ammatin joko toisen asteen ammatillisen tai korkea-asteen koulutuksen kautta. Myös perusasteen jälkeinen koulutus on pääasiassa maksutonta ja oikeuttaa opintotukeen. Koulutuksen haasteena on lisätä koulutuksen työelämävastaavutta ja parantaa työllistymismahdollisuuksia.

Vuonna 1997 peruskoulun yhdeksäsluokkalaisista (64 400) 33 prosenttia aloitti ammatillisen koulutuksen, 55 prosenttia lukion ja neljä

prosenttia siirtyi peruskoulun 10. luokalle. Kahdeksan prosenttia ei jatkanut opiskelua välittömästi. Oppivelvollisuutensa suorittaneelle nuorelle voidaan järjestää perusopetuslain mukaista yhden lukuvuoden kestävää lisäopetusta (10. luokka). Lisäopetuksen tavoitteena on jatkaa perusopetuksen tehtävää, tukea opiskelu- ja uravalintavalmiuksia ja elämänhallintataitoja. Tätä lisäopetusta pyritään järjestämään syrjäytymisvaarassa oleville nuorille.

Toisen asteen ammatillisen koulutuksen opiskelijamäärät samoin kuin aloittaneiden määrät ovat pienentyneet 1990-luvun puolivälistä. Vuonna 1995 aloittaneita oli 73 000 opiskelijaa ja vuonna 2000 noin 53 000 opiskelijaa. Lisäksi vuonna 1995 koulutuksen aloitti opistoasteella ja ammatillisella korkea-asteella noin 27 000 opiskelijaa. Viimeinen sisäänotto oli vuonna 1998, jolloin opisto- ja ammatillisen korkea-asteen opinnot aloitti noin 58 000 opiskelijaa. Toisen asteen koulutukseen haikutumisen supistuminen johtuu osittain ammattikorkeakoulutuksen laajentumisesta.

Ammatillisen koulutuksen keskeytti tilastokeskuksen mukaan vuonna 1995 noin 10 prosenttia opiskelijoista. Osa keskeyttäneistä oli oppilaitosta tai opintolinjaa vaihtaneita opiskelijoita. Esimerkiksi Etelä-Suomen lääninhallituksen selvityksen (v. 2000) mukaan yli puolella keskeyttäjästä oli takanaan epäonnistunut koulutusvalinta. Syinä mainitaan opiskelijoiden nuori ikä, epärealistiset käsitykset eri ammattialoista ja ammatinvalinnan vaikeus. Lisäksi oppimisvaikeudet jo perusopetuksessa olivat johtaneet kielteisiin koulukokemuksiin. Oppilaitosten valmiudet tällaisten opiskelijoiden kohtaamiseen eivät ole olleet kovin hyvät. Kuitenkin valtaosa (90 %) suorittaa opintonsa siinä koulutuksessa, jonka on aloittanut. Keskeyttämistä arvioidaan uudelleen vuonna 2002.

Ammatillisen koulutuksen kehittämistoimet

Ammatillisen koulutuksen keskeyttämisen vähentämiseen tärkeinä toimenpiteinä on lisätty työelämäläheisyyttä työssä oppimisen uudistuksella. Kaikkiin tutkintoihin on liitetty vähintään 20 opintoviikon pituinen työssä oppimisen jakso. Laadun varmistamiseksi ammatilliseen koulutukseen ollaan liittämässä näyttöön perustuva osoitus ammatillisten opintokokonaisuuksien tavoitteiden saavuttamisesta. Uudistusten pohjaksi on meneillään laajaa kokeilutoimintaa. Kokeilut osoittavat,

että työelämän mukana olo opintojen arvioinnissa lisää opiskelijoiden opiskelumotivaatiota ja varmistaa opintojen loppuun saattamista.

Vuoden 2001 aikana on valmisteltu ammatillisen koulutuksen tuloksellisuusrahoitusmallia. Mallin avulla ammatillisen koulutuksen järjestäjiä kannustetaan toimiin muun muassa työllistymisen ja jatko-opintoihin sijoittumisen edistämiseksi ja koulutuksen keskeyttämisen vähentämiseksi. Jo selvitystyön aikana suuri osa koulutuksen järjestäjistä on sitoutunut rahoitusperusteisiin. Tavoitteena on, että rahoitusmalli otetaan asteittain käyttöön vuodesta 2002 alkaen laskennallisen valtionrahoituksen lisänä ja täydennyksenä.

Perusopetuksesta ammatilliseen koulutukseen siirtyvien opiskelijoiden aktivoimiseksi ja keskeyttämisen vähentämiseksi on käynnistetty kehittämisprojekteja Euroopan sosiaalirahaston (ESR) -rahoituksella. Vuonna 2000 ammatillisissa oppilaitoksissa toimi 28 innopajaa, joiden toiminnassa oli noin 450 opiskelijaa. Toiminta jatkui kesään 2001. Syksyllä 2000 aloitti uusina 36 "ammatillisen koulutuksen keskeyttämisen vähentäminen" -projektia. Osa aloittaneista projekteista jatkaa edellisellä ohjelmakaudella alkaneiden innopajojen toimintaa. Uusissa projekteissa on noin 700 opiskelijaa vuodessa.

Projektin tavoitteena on luoda vaihtoehtoja perinteiseen ammatilliseen koulutukseen joko täydentämällä niin sanottua normaaliopetusta tai siirtämällä opiskelija lyhyemmäksi tai pidemmäksi aikaa pienryhmään. Tarkoituksena on löytää oppilaitoskulttuuria uudistavia meneteltytapoja ja joustavia opiskelumuotoja erilaisille oppijoille.

Lisäksi meneillään on 10 ura- ja rekrytointipalveluiden kehittämisprojektiä (ESR), joiden tavoitteena on edistää koulutuksesta työelämään siirtymistä.

Yliopisto- ja ammattikorkeakoulutus

Yliopistokoulutuksen tavoitteissa painotetaan laadukasta, korkean tieteellisen tason omaavaa ja työelämän tarpeita palvelevaa perus- ja jatkokoulutusta sekä näiden edellyttämää opintojen uudistamista. Opintojen uudistamisessa on edellytetty, että opetusjärjestelyjä sekä ohjaus- ja neuvontajärjestelyjä kehitetään opiskelijan oppimista tukeviksi. Niiden tulee sekä tukea opintojen etenemistä että mahdollistaa opintojen tehokkaampi seuranta. Toimilla pyritään lyhentämään muun muassa pitkiä valmistumisaikoja ja ehkäisemään opintojen keskeytymistä. So-

siaali- ja terveysalan yliopistokoulutuksen tilannetta on kuvattu lyhyesti sosiaali- ja terveysalan koulutusta kokonaisuutena kuvaavassa kapaleessa.

Yliopisto-opinnot aloitti vuonna 1995 yhteensä 18 679 opiskelijaa ja yliopistojen opiskelijamäärä oli kokonaisuudessaan 135 121. Vuonna 2000 opintonsa aloittavia uusia opiskelijoita oli 19 919 ja yliopistojen opiskelijamäärä oli kokonaisuudessaan 157 195 opiskelijaa. Ammattihenkilöiden eläke-ikäen tulon myötä sosiaali- ja terveysalan yliopistokoulutuksen alueella on tuntuvia koulutuksen lisäystarpeita.

Ammattikorkeakoulutusta on kehitetty osana korkeakouluyhteisöä painottaen ammattikorkeakoulujen asemaa korkeatasoisina työelämän ja sen kehityksen asiantuntijoina. Keskeisenä tavoitteena on ollut vahvistaa yhteyksiä työelämään elinkeino- ja työelämän kehittämiseksi sekä väestön hyvinvoinnin ja työllisyyden parantamiseksi. Ammattikorkeakoulut ovat kehittäneet tutkimus- ja kehittämistyötä osana alueellista innovaatiojärjestelmien kehittämistä ja kansainvälistä yhteistyötä. Kehittämistavoitteena on ollut laadutason kohottaminen sekä taloudellisuuden, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden parantaminen. Tähän on pyritty mm. itsearvioinnin ja ulkopuolisen arvioinnin avulla. Ammattikorkeakoulut ovat panostaneet myös työelämän tarpeiden ennakoinnin kehittämiseen. Koulutusta on suunnattu kansallista innovaatiojärjestelmää ja kansainvälisen kilpailukyvyn taloudellista, tuotannollista ja kulttuurista pohjaa vahvistaville kasvualoille. Erityistä huomiota on kiinnitetty riittävän opetuksen turvaamiseen sekä opintojen ohjaukseen ja opintojen tehostamiseen. Tavoitteena on ollut mm. keskeyttämisasteen alentaminen. Opintojen tukitoimia ja opintoasianhallintoa on kehitetty. Ammattikorkeakoulujen aikuiskoulutustehtävää on selkiytetty ja vahvistettu ja kehitetty jatkotutkintojärjestelmää.

Ammattikorkeakoulujen ammatilliset jatkotutkintokokeilut käynnistettiin vuoden 2001 lopulla. Jatkotutkinnon tarkoituksena on ammattikorkeakoulututkinnon ja työelämän vaatimusten pohjalta antaa riittävä tieto- ja taitoperusta sekä valmiudet erityistä asiantuntemusta vaativiin työelämän kehittämis- ja muihin tehtäviin.

Opintonsa ammattikorkeakouluissa aloitti vuonna 1995 kaikkiaan 10 908 opiskelijaa ja vuonna 2000 kaikkiaan 33 028 opiskelijaa. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluopinnot aloitti vuonna 1995 yhteensä 1480 opiskelijaa ja vuonna 2000 yhteensä 7236 opiskelijaa.

Sosiaali- ja terveysalan koulutus

Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa perustutkinnoista uudistettiin vuonna 2001 lähihoitajan, hammaslaborantin ja farmanomin tutkinnot. Tutkinnot ovat kolmivuotisia (120 ov.) yleisen jatko-opintokelpoisuuden antavia tutkintoja. Niihin sisältyy vähintään 20 opintoviikon (puolen vuoden) työssäoppimisjakso. Koulutuksen työelämävastaavuuden parantamiseksi on tutkintoihin vuodesta 2001 alkaen sisällytetty näyttöön perustuva osoitus opetussuunnitelmissa asetettujen ammatillisten tavoitteiden saavuttamisesta.

Lähihoitajan uudistettuun perustutkintoon kuuluu yhdeksän erilaista 40 opintoviikon laajuista, vaihtoehtoista koulutusohjelmaa Erityistä koulutustarvetta on todettu olevan vanhusten huollossa, päivähoidossa, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden hoidossa, mielenterveys- ja päihdetyössä sekä ikääntyvien toimintakykyisyyden ylläpitämisessä, joilla kullakin alueella on oma koulutusohjelmansa. STM:n ennakointitoimikunnan laatiman mietinnön mukaan lähihoitajien koulutukseen tarvitaan 8500–9000 aloituspaikkaa vuosina 2002–2010. Vuonna 2000 tarve oli 7860 aloituspaikkaa. Lähihoitajien sijoittuminen palvelujärjestelmään on ollut vielä vakiintumatonta.

Vuosien 2000–2001 aikana sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksessa on yhteistyötahojen kanssa määritelty työelämän edellyttämää osaamista. Terveysalan koulutukseen on määritelty koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Määrittelyn tarkoituksena on taata valtakunnallisella tasolla eri ammattikorkeakouluista valmistuvien yhtenevä osaaminen ja potilasturvallisuuden varmistaminen. Myös ammattikorkeakoulujen ammatillisten jatkotutkintojen kokeilu käynnistettiin sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksessa.

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutettujen määrällinen tarve STM:n ennakointitoimikunnan mietinnön mukaan on 7200–7900 aloituspaikkaa vuosina 2002–2010, kun aloituspaikkojen keskiarvo vuosina 1999 ja 2000 oli 6850. Erityisesti sairaanhoitajakoulutukseen tarvitaan lisää paikkoja.

Sosiaali- ja terveysalan yliopistokoulutuksen keskeisiä kehittämiskohteita on lääkärikoulutuksen lisäämisen ohella ollut muiden ammatialojen työvoima- ja koulutustarpeen arviointi, hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen integrointi terveystalv palvelujärjestelmään sekä eri-

koistumiskoulutusten kehittäminen vastaamaan työelämän kasvavia osaamisvaatimuksia.

Vuonna 2001 käynnistettiin ESR-rahoituksella 100 farmaseutin erilliskoulutus. Myös farmaseuttien normaalin koulutuksen koulutuspaikkoja on lisätty. Puheterapeuttien koulutuksen koulutuspaikkoja on samoin jonkin verran lisätty. Lisäykset eivät riitä kuitenkaan vastaamaan sosiaali- ja terveysministeriön ennakoitotoimikunnan esittämiin työvoimatarpeisiin. Toimikunnan ehdotusten perusteella merkittäviä lisäyksiä tarvitaan muun muassa farmaseuttien, lastentarhanopettajien, puheterapeuttien, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden koulutuksessa. Kansallisen terveysprojektin väliraportissa todetaan myös hammaslääkäreiden koulutuksen merkittävä lisästarve.

Hammaslääketieteen perus- ja erikoistumiskoulutuksen kliininen osa on integroitu annettavaksi terveyspalvelujärjestelmän sisällä vuoden 2000 alusta alkaen lääkäreiden koulutusta vastaavalla tavalla. Tavoitteena on, että koulutus vastaa paremmin potilaiden suunterveydenhuoltoon liittyviä tarpeita ja terveyspalvelujärjestelmän toimintaperiaatteita.

Erikoistumiskoulutuksen osalta on seurattu erikoislääkärikoulutuksen vuonna 1999 toimeenpantua uudistusta ja siinä ilmeneviä ongelmakohtia. Lisäksi on annettu tutkintosäännökset yliopistoissa annettavasta farmaseuttien ja proviisoreiden erikoistumiskoulutuksesta, puheterapeuttien erikoistumiskoulutuksesta, sairaala-apulaisten erikoistumiskoulutuksesta sekä sosiaalityön erikoistumiskoulutuksesta. Parhailtaan arvioitavana on erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet.

Lisäksi opetusministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat vuonna 2001 asettaneet psykoterapiakoulutuksen kehittämistyöryhmän, jonka tehtävänä on tehdä ehdotukset julkisen koulutusjärjestelmän piirissä järjestettävästä psykoterapeuttikoulutuksesta ja sen rahoitustarpeista.

4.3.5 Työolojen kehitys

Työympäristö ja koetut muutokset

Hyvä työ ja työympäristö ovat kokonaisuus, jota muokkaavat työympäristön fyysisten ja psyykkiset tekijöiden lisäksi työaika ja työjärjestelyt. Työministeriön julkaisema työolobarometri osoittaa niin fyysisen kuin henkisen työn rasittavuuden ja myös kiireen lisääntyneen koko 1990-

luvun aikana. Kiireen kokemisen trendi on ollut suhteellisen tasainen vuodesta 1992 lähtien. Erityisesti hoitotyössä lisääntynyt kiire ja raskas työ on nostettu esille henkilöstön uupumisen syynä. Vuonna 1997 tehdyn tutkimuksen mukaan työssäkäyvistä väestöstä seitsemän prosenttia koki vakavaa työuupumusta ja lievää 48 prosenttia.

Työn henkinen kuormittavuus, kiire ja stressi ovat kokonaisuutena hieman vähentyneet viimeisen kolmen vuoden aikana, vaikka tutkimustulokset eri toimialoilla ja työtehtävissä vaihtelevat. Erittäin monen palkansaajan mielestä hänen työpaikallaan on barometrin mukaan kuitenkin liian vähän työntekijöitä työtehtäviin verrattuna. Esimerkiksi kunnissa työskentelevistä 70 prosenttia ja valtiolla työskentelevistä 64 prosenttia on sitä mieltä, että heidän omalla työpaikallaan on liian vähän työntekijöitä. Yksityisellä puolella vähän yli puolet on tätä mieltä. Työpaikoilla tehdään myös runsaasti ylitöitä. Vuoden 2000 elo- ja syyskuun aikana 52 prosenttia palkansaajista teki ylitöitä. Rahana korvattavien ylitöiden määrä on selvästi yleisempää yksityisellä kuin julkisella sektorilla, jossa tehdään eniten palkatonta ylityötä.

Tietotekniikkaa työssään käyttävien osuus on lisääntynyt edelleen. Tähän liittyen sekä etätöitä tekevien lukumäärä että kiinnostus etätöihin on lisääntynyt 1990-luvulla. Pääosa etätöistä on kotona tehtävää osa-aikaista työtä. Myös määräaikaisten työsuhteiden osuus on 1990-luvulla ollut selvässä kasvussa.

Tuoreimman työolobarometrin mukaan palkansaajien työkyky on varsin hyvä. 72 prosentilla ei ole vuonna 2000 yhtään lääkärin toteamaa pitkäaikaista sairautta tai vammaa. Barometrin mukaan työssä olevista palkansaajista 8-9 kymmenestä arvioi nykyisin myös itse työkykynsä hyväksi. Työvoiman ikääntymiskehitys tulee kuitenkin verrattain nopeasti lisäämään työkyvyltään huonontuneiden osuutta mikäli kehitys jatkuu nykyisen kaltaisena. Erittäin hyvä työkyky on yleisempää puhuttaessa työn ruumiillisista kuin henkisistä vaatimuksista. Naiset ovat hieman varovaisempia arvioidessaan työkykyään ja pitävät työtään keskimäärin hieman rasittavampana kuin miehet.

Työnteon mielekkyyden kokemuksessa 1990-luvun puolivälistä lähtien on tapahtunut lievää muutosta positiivisempaan suuntaan. Pääasiassa myönteiseen suuntaan ovat 1990-luvulla kehittyneet myös työpaikan ilmapiiriin liittyvät asiat kuten luottamus ihmisiin, avoin ilmapiiri, työn organisointi, etujen yhteneväisyys työnantajan kanssa ja avoin tie-

dottaminen. Kielteisiä, henkiseen kuormitukseen liitettyjä kokemuksia ovat olleet kiireen tai kireiden aikataulujen ohella palkka, työn pakko-tahtisuus, arvostuksen puute ja epävarmuus työsuhteen jatkumisesta. Myönteisiä ovat olleet erityisesti työn itsenäisyys, työn vaihtelevuus, työn mielenkiintoisuus, hyödyllisyyden tunne ja työpaikan henki.

Sekä yrityksissä että julkisessa hallinnossa on pyrkimyksenä ollut tuotanto- ja tehtäväkeskeisyydestä asiakassuuntautuneisuuteen, kiinnostus tuotoksesta laatuun ja suljetusta tiedottamisesta avoimuuteen. Työntekijöiden osalta ovat korostuneet osaamiseen ja työn hallintaan liittyvät asiat kuten pyrkimys kapea-alaisista tehtävistä ja pätevydestä laajempiin työrooleihin ja monitaitoisuuteen, yksilösidonnaisista ryhmiin ja verkostoihin, sääntösidonnaisuudesta sopeutuvuuteen, tehtävään liitetystä odotuksista kohti reagoivaa itsenäistä toimintaa.

Suomessa on viime vuosina panostettu työkykyä ylläpitävään (tyky) toimintaan. Määrällisesti se on ollut jopa yleisempää kuin kehittämistoiminta, joka on tähdännyt esimerkiksi tuottavuuden, laadun ja palvelun kehittämiseen. Tyky-hankkeissa on useimmiten keskitytty työntekijän oman fyysisen kunnan ja terveyden edistämiseen. Nykyisin tähän toimintaan on pyritty kytkemään myös työyhteisön ja osaamisen kehittämistä.

Selvästi eniten positiiviseen suuntaan on muuttunut ympäristökysymysten hoito työpaikoilla. Myös itsensä kehittämisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sukupuolten tasa-arvon ohella asioita, joiden muutossuuntaa pidetään hyvinä. Johtamistapojen ja tavoitteista tiedottamisen muutos myönteiseen suuntaan on ollut hitaampaa.

Työtapaturmat ja ammattitaudit

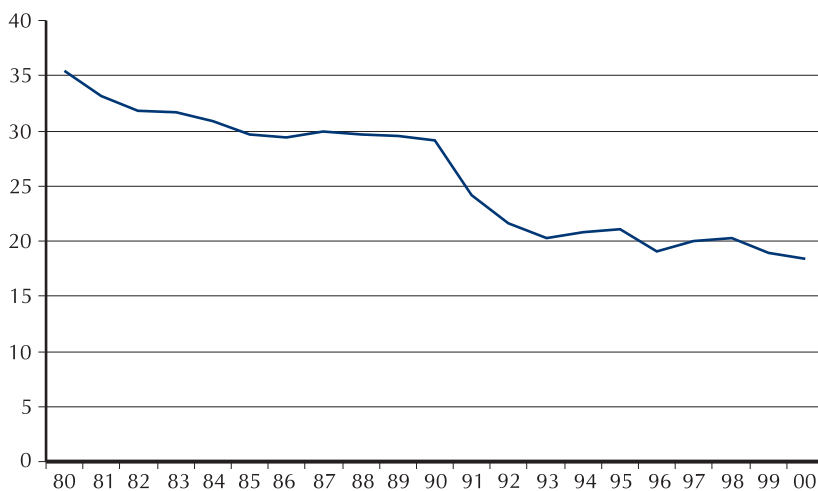
Vuonna 2000 työtapaturmia sattui yhteensä noin 120 000⁸. Kuolemantapauksia sattui 62.⁹ Tapaturmien määrä (myös suhteellinen) on alle puolet 1970-luvun alun tilanteesta. Vielä parempi kehitys on ollut kuolemantapausten osalta pitkän aikavälin tarkastelussa. Viime vuosikymmenen alun voimakkaan suhdannetaantumana aikana tapaturmat vähenivät dramaattisesti. Noususuhdanteen alettua 1993 tapaturmien määrä ja myös taajuus kasvoivat jonkin verran, minkä jälkeen vaihtelut ovat olleet melko pieniä.

⁸ Noin puolet vähintään kolmen päivän poissaoloon johtaneita

⁹ Luvusta on jätetty pois aikaisemmin tapahtuneen altistuksen aiheuttamat ammatti-kuolemat

Kuva 4.6

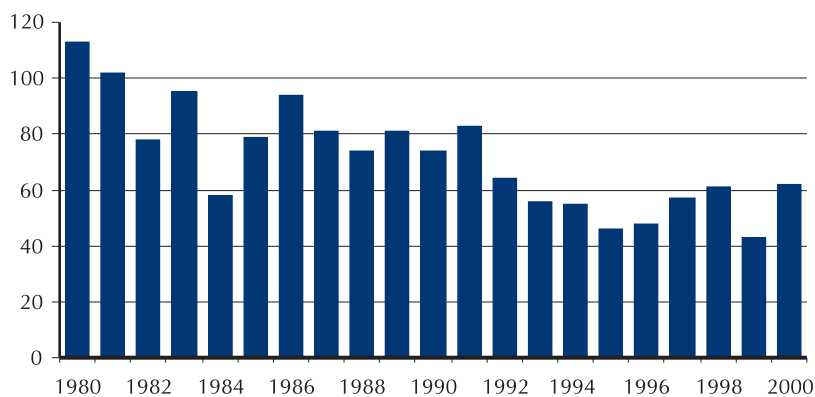
Vähintään kolmen päivän työkyvyttömyyteen johtaneet työtapaturmat tehtyä miljoonaa työtuntia kohden 1980–2000



Lähde: Virallinen työtapaturmatilasto, tapaturmavakuutuslaitosten Liiton rekisteri-aineisto ja työvoimatietojen osalta työvoimatutkimus. Vuosien 1999–2000 luvut ovat laskennallisia arvioita.

Kuva 4.8

Työpaikkatapaturmissa kuolleet vuosina 1980–2000



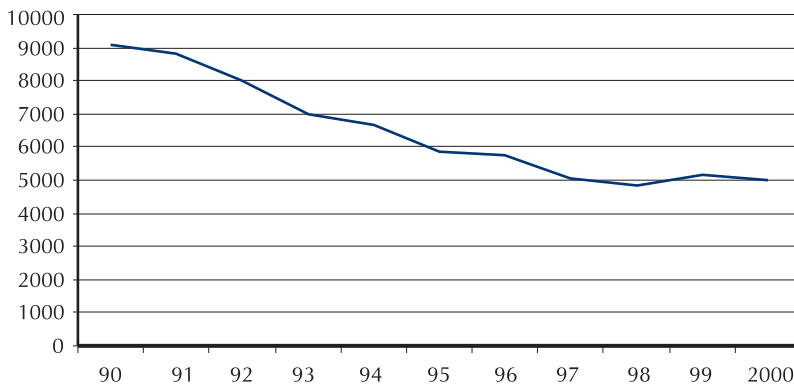
Vuosien 1999–2000 luvut ovat Tapaturmavakuutuslaitosten ennakkotietoja. Työpaikkatapaturmat ovat sattuneet työssä tai työhön liittyvissä oloissa; tähän kuuluvat myös työtä tehdessä sattuneet liikennetapaturmat. Lähde: Virallinen työtapaturmatilasto.

Tapaturmien vaara liittyy etupäässä teollisuustyöhön ja rakentamiseen sekä tiettyihin ammatteihin. Väkivaltatapaturmat kohdistuvat etupäässä palvelutyöhön sekä sosiaali- ja terveyssektoriin. Väkivalta- ja uhkatilanteet työssä ovat lisääntyneet huomattavasti kahden viimeisen vuosikymmenen aikana.

Ammattitautien lukumäärä kasvoi 1970-luvun alun muutamasta sadasta vuoteen 1990, jolloin määrä oli suurimmillaan (yli 9000). Tämän jälkeen ammattitautien lukumäärä on laskenut selvästi. Niitä todettiin vuonna 2000 noin 5000. Ammattitauteja syntyy eniten teollisuudessa ja rakennusalalla ts. siellä missä tapaturmariskikin on suurin. Yleisimmät ammattitaudit ovat kemiallisten tekijöiden aiheuttamia taikka rasisutvammoja. Biologisten tekijöiden aiheuttamat ammattitaudit ovat lisääntyneet. Altistumisen fysikaalisille ja kemiallisille tekijöille arvioidaan vähentyneen viime vuosikymmeninä.

Todettujen ammattitautien lisäksi osa työntekijöiden sairastavuudesta on työperäistä mutta sen osuudesta ei ole täsmällistä tietoa. Yleisesti arvioidaan, että esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksista, jotka tässä suhteessa ovat selvästi merkittävin sairausryhmä, noin kolmannes olisi työperäistä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat vähentyneet viime vuosikymmenellä. Viime vuosien tiedot osoittavat, että myönteinen kehitys on kuitenkin pysähtynyt. Työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet viime vuosina erityisesti tuki- ja liikuntaelinten ja mielenterveyden häiriöiden aiheuttamina.

Kuva 4.9
Ammattitautien lukumäärän kehitys 1990–2000



Toimenpiteet työolojen kehittämiseksi

Suomi on osallistunut aktiivisesti EU:n lainsäädäntö- ja muuhun kehittämistyöhön. Voimaan saatetut työsuojeludirektiivit tukevat työpaikkojen omaa ennaltaehkäisevää toimintaa. Ne ohjaavat omalta osaltaan työpaikkojen omaehtoista riskien kartoitusta. Vuoden 2002 alusta astui voimaan uusi työterveyshuoltolaki (1383/2001). Laissa määritellään hyvän työterveyshuoltokäytännön ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävän toiminnan periaatteet. Samoin säännellään työterveyshuollon henkilöstön pätevyyteen sekä toiminnan laatuun liittyvät kriteerit. Laissa on otettu huomioon uuden perustuslain säätämisestä sekä henkilötieto- ja julkisuuslainsäädännön uudistuksista aiheutuneet uudistamistarpeet.

Työvoiman hyvinvointia ja osaamista ei voida kuitenkaan turvata yksinomaan lainsäädäntöä kehittämällä. Hallitusohjelman mukaisesti työelämän kehittämisohjelmalla, tuottavuusohjelmalla, ikäohjelmalla ja vuodesta 2000 toteutetulla työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelmalla on pyritty edistämään työorganisaatioiden toimivuutta, henkilöstön hyvinvointia, terveyttä ja työkykyä. Toimenpiteet tukevat myös hallituksen tavoitetta kehittää yhdessä työmarkkinajärjestöjen kanssa työelämää ja sosiaaliturvaa siten, että työura pitenee 2-3 vuodella.

Hyvä työympäristö syntyy ensisijaisesti työpaikan omin toimin. Työsuojeluhallinnon tehtävänä on tukea työnantajien ja muiden työturvallisuuslaissa velvoitettujen edellytyksiä huolehtia työsuojelu- ja siihen liittyvistä yhteistoimintavelvoitteista. Työsuojelupiirien toiminnassa on jo useana vuonna keskitytty kolmelle painoalueelle, jotka ovat henkinen hyvinvointi työssä, tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisy ja tapaturmien torjunta. Keskeisiksi teemoiksi on valittu työaikalainsäädännön valvonta, työpaikkaväkivallan hallinta ja työssä jaksamisen esteenä olevien psykososiaalisten riskien tunnistaminen. Tulosohjauksella on vaikutettu siihen, että entistä suurempi osa tutkimus- ja kehittämistoiminnasta suuntautuu työssä jaksamisen alueelle.

Tapaturmien torjunta suunnataan erityisesti vaarallisille toimialoille sekä usean työnantajan yhteisiin työpaikkoihin ja aliurakointiin. Sosiaali- ja terveysministeriö kutsui vuonna 2000 asiantuntijaryhmän valmistelemaan valtakunnallista tapaturmien torjuntaohjelmaa. Valtioneuvosto hyväksyi ohjelman lokakuussa 2001. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyyn on voimassa olevien säädösten valvonnan ohella kuulunut hyvien käytäntöjen tunnetuksi tekeminen ja neuvonta

Tuotevalvonnassa otettiin 1990-luvun puolivälissä käyttöön markkinoille tulleiden tuotteiden vaatimustenmukaisuuden valvonta. Tämä ns. markkina-valvonta on muotoutunut yleisenä menettelytapana hallinnossa.

4.4 Arkielämän ympäristöt

4.4.1 Asuminen

Asuminen ja asuntomarkkinoiden muutokset 2000–2001

Muuttoliike, luonnollinen väestönkasvu ja asuntokuntien määrän kasvu ovat ylläpitäneet voimakasta asuntojen kysyntää kasvukeskuksissa, etenkin pääkaupunkiseudulla. Tämä on näkynyt korkeina asuntojen hintoina ja vuokrina. Vapaiden vuokramarkkinoiden korkea vuokrataso on lisännyt aravavuokra-asuntojen kysyntää. Vuoden 2000 lopussa oli aravavuokra-asuntojonossa yhteensä 118 000 hakijaruokakuntaa, mikä on yli 10 000 enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Kolme neljäsosaa hakijoista oli kasvukeskuskuntien asuntujonoissa. Vuoden 2000 aikana asuntoa hakeneista sai asunnon koko maassa kolmannes, pääkaupunkiseudulla 16 prosenttia ja Tampereella viidennes.

Vaikeinta asunnon saaminen on yhden hengen talouksille. Heitä oli hakijoista esimerkiksi pääkaupunkiseudulla noin puolet, mutta asunnon heistä sai vain 13 prosenttia. Maakunnista parhaiten asunnon sai Kainuussa, jossa kolme neljästä sai asunnon. Satakunnassa, Etelä-Savossa, Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla ja Lapissa asunnon sai puolet hakijoista. Kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen, erityisesti pienten asuntojen puute kohdistuu voimakkaasti nuoriin, koska heillä on usein käytettävissä asumiseensa vain vähän varoja. Vanhemmat ikäluokat asuvat Suomessa keskimääräistä väljemmin, mutta samalla keskimäärin jonkun verran puutteellisemmin kuin muu väestö.

Miten markkinat sitten vastasivat näihin tarpeisiin? Vuonna 2000 asuntojen kokonaistuotanto kääntyi laskuun ja lasku on ilmeisesti jatkunut myös vuonna 2001. Samalla asuntojen hintojen nousu pysähtyi. Hinnat ovat kääntyneet lievästi laskuun niin koko maassa kuin pääkaupunkiseudulla. Sen sijaan vuokrien nousu jatkui edelleen voimakkaana. Uusien vuokrasuhteiden vuokrat olivat keväällä 2001 koko maassa 4,1 prosenttia, pääkaupunkiseudulla 5,3 prosenttia ja muualla maassa 3,5 prosenttia korkeampia kuin vuonna 2000.

Yhteiskunnan tukemaa asuntotuotantoa on kohdennettu erityisesti kasvukeskuksiin. Niiden osuus tuotannosta oli vuonna 2000 yli 75 prosenttia. Oppilaitospaikkakunnilla on edelleen tuotettu opiskelija-asuntoja, mutta erityisesti pääkaupunkiseudulla on tonttien saaminen ollut vaikeaa. Muiden kuin opiskelevien nuorten tilannetta ovat jossain määrin helpottaneet nuorisoasunnot, joita on toteutettu sekä uudistuotantona että hankkimalla olemassa olevasta asuntokannasta pientasuntoja nuorten käyttöön. Nuorisoasuntojen määrät ovat kuitenkin pieniä opiskelija-asuntokantaan verrattuna.

Vanhempien ikäluokkien asumistason parantamiseksi ja myös maan eri alueilla vallitsevien erojen tasoittamiseksi on tuettu voimakkaasti vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoimintaa. Vuonna 2000 vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoimintaan myönnettiin avustusvaroja valtion asuntorahastosta noin 80 milj. markkaa, josta sotaveteraanitalouksiin osoitettiin noin 30 milj. markkaa. Myös palveluasuntojen tuotanto on tarkastelujaksolla jatkunut. Asuntopoliittisin toimenpitein on edelleen tuettu sosiaali- ja terveydenhuollon avohoitopainotteisen palvelurakenteen toteutumista.

Lähiöiden kehittäminen

Lähiöiden kehittämiseksi tehtävää työtä on vuosina 2000–2001 jatkettu Lähiöuudistus 2000-ohjelman mukaisesti. Ohjelma on jakautunut neljään toimintalinjaan: lähiöt yhdyskuntarakenteessa (täydennysrakentaminen, väestöltään vähenevät lähiöt), rakennusten ja elinympäristön kehittäminen (ympäristön ja asumisen esteettömyys, asuntojen elinkaarikorjaaminen ja julkinen kaupunkitilan kohentaminen), lähiöt elämän ympäristöinä (asuinyhteisöjen sosiaalinen toimivuus ja turvallisuus, palveleva isännöinti) sekä lähiöt ja tietoyhteiskunta (tietoyhteiskunnan taidot kaikille, lähiö-asuinalue verkossa). Ohjelmalla pyritään edistämään myös ministeriöiden välistä yhteistyötä lähiökysymyksissä.

Ohjelmaan liittyvät hankkeet, jotka ovat saaneet ministeriöiltä ohjelman kautta rahoitusta, ovat käynnistyneet vuonna 2001. Lisäksi muilla lähiöhankkeilla on ollut mahdollisuus osallistua ohjelmaan yhteistyöhankkeina. Nämäkin hankkeet ovat voineet saada Valtion asuntorahaston varoista asuinrakennusten korjaustoimintaan lähiöprojektilueille osoitettavia rahoitustukia.

4.4.2 Kauppa

Vuoden 2000 alussa päivittäistavaramyymälärekisterissä oli 4511 kauppa. Vastaava luku vuonna 2001 oli 4283, eli lopettaneita päivittäistavaramyymälöitä oli 228.¹⁰ Kaupan kehityksen suuntaus 1970-luvulta alkaen on ollut suurempia yksiköitä kohti. Tällä hetkellä hypermarketit, tavaratalot ja isot supermarketit tai isot valintamyymälät lisääntyvät samalla, kun pienet valintamyymälät ja erikoismyymälät vähenevät. Päivittäistavara-kauppojen määrä on vähentynyt vuoden 1990 5945 kaupasta vuoden 2000 3655 kauppaan.¹¹ Vähennys vuosien 1990 ja 2000 välillä on lähes 40 prosenttia. Päivittäistavara-kaupan myynti on kuitenkin kasvanut koko Suomessa niilläkin alueilla, joilla väestön määrä on vähentynyt. Kasvu vaihteli vuonna 2000 neljästä prosentista noin yhteen prosenttiin. Ketjujen osuus päivittäistavaramyynnistä oli vuonna 1990 45 prosenttia. Vuonna 2000 ketjujen hallussa oli 95,6 prosenttia kaupasta.

Tieto- ja viestintätekniikan käyttö liiketoiminnassa on lisääntynyt voimakkaasti yritysten välisessä kaupassa. Sen sijaan yritysten ja kuluttajien välinen verkkokauppa on toistaiseksi vaatimatonta. Verkkokaupan osuuden on arvioitu olevan enintään 0,5 prosenttia päivittäistavara-kaupan kokonaisvolyymista. Se suuntautuu kuitenkin osittain muihin hyödykkeisiin kuin päivittäistavaramyynnissä pääsääntöisesti myytäviin tuotteisiin. Verkkokauppaa käyttävän väestön ikä samoin kuin koulutustaso on lähenemässä väestön ikärakennetta ja koulutustasoa.

Taulukko 4.1

Myynnin rakenne (%) päivittäistavara-kaupassa 1980, 1990 ja 2000

Myymälätyyppi	1980	1990	2000
Erikoismyymälät	3,5	2,0	1,5
Pienet myymälät	33,2	18,5	7,0
Isot valinta-myymälät	20,3	20,3	14,6
Supermarketit	24,6	39,3	48,2
Tavaratalot ja hypermarketit	18,3	20,0	28,8

¹⁰ Luvut sisältävät erikoiskaupan

¹¹ Luvut eivät sisällä erikoiskauppaa

Muutokset kaupan rakenteessa heijastuvat kuluttajien arkeen. Niiden väestöryhmien asema huononee, joilla ei ole omaa autoa tai muuten hyviä liikkumismahdollisuuksia. Liikkumisvaikeudet voivat johtua omaan toimintakykyyn liittyvistä puutteista, julkisten liikenneyhteyksiin puuttumisesta, taloudellisista tai muista syistä. Kotiaskareista selviäminen ja kaupassakäynti ovat usein ne seikat, jotka tekevät mahdolliseksi kotona asumisen. Missä määrin esim. kotipalvelulla on mahdollista kompensoida asiointimatkojen pitenemistä, on tärkeä kysymys sekä väestön tasa-arvon että hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmasta.

4.4.3 Liikenne

Liikenteen ja liikkumisen muutokset

Terveyden ja ympäristön kannalta kestävämmät liikennemuodot – pyöräily, kävely ja joukkoliikenne – ovat menettäneet viime vuosikymmenien aikana suosiotaan henkilöautoliikenteelle. Kun vuonna 1960 henkilöautoliikenteen osuus oli noin 44 % koko henkilöliikenteen kuljetussuoritteesta, on sen osuus kasvanut jo noin 80 %:iin kotimaan henkilöliikenteen kuljetussuoritteesta. Samanaikaisesti koko henkilöliikenteen volyymi on kahdeksankertaistunut neljäkymmenen vuoden aikana. Pyöräilyn osuus taas on laskenut autoilun yleistymisen myötä 1960-luvulta lähtien. Myös tavaraliikenteessä on tapahtunut vastaavanlaista tieliikenteeseen keskittymistä yhä enenevässä määrin. Kuvassa 4.10 on esitetty henkilöliikenteen kuljetussuoritteiden jakauma Suomessa.

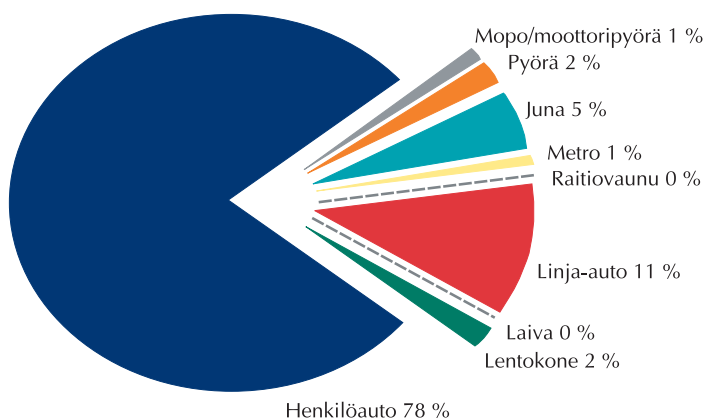
Matkojen keskipituus on henkilöliikennetutkimusten mukaan kasvanut vuosien 1974–99 välillä 12 kilometristä 16 kilometriin. Tämä merkitsee myös sitä, että liikenteeseen käytetty aika on jonkin verran kasvanut. Samalla se on poissa muusta ajankäytöstä. Matkojen pidentyessä kävelyn ja pyöräilyn edellytykset uhkaavat heikentyä. Vaikka matkat ovat pidentyneet etenkin pääkaupunkiseudulla, ongelmallisinta matkojen pidentyminen on syrjäseuduilla, joissa palveluiden vähentyessä esim. lasten koulukyydit ja niihin käytetty aika pidentyvät.

Liikenteen volyymin kasvusta huolimatta on tapahtunut myös myönteistä kehitystä. Liikenteen päästöt ovat vähentyneet merkittävästi ajoneuvo- ja polttoaineteknologian kehityksen ansiosta. Keskeisten liikenteestä aiheutuvien ilman epäpuhtauksien (CO, HC, NO_x ja PM) määrät

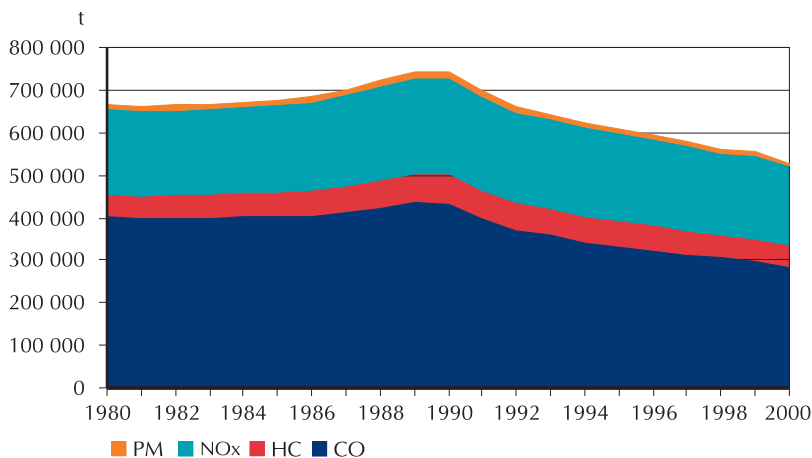
ovat vähentyneet 1990-luvulla merkittävästi. Kehitys jatkuu edelleen yhä tiukentuvien päästönormien ansiosta (ks. kuva 4.11).

Merkittävä ongelma terveyden ja ilmanlaadun kannalta ovat erityisen pienet ja ultrapienet hiukkaset (hiukkaskooltaan alle PM_{2.5}), jotka eivät kuulu vielä nykyisen sääntelyn piiriin. Niiden osalta on meneil-

Kuva 4.10
Henkilöliikennesuoritteiden (henkilöliikennekilometrit) jakauma Suomessa 2000



Kuva 4.11
Liikenteestä aiheutuvat terveydelle haitalliset päästöt Suomessa 1980-2000



lään tutkimus- ja kehitystyö päästösäätelyn valmistelua varten. Suomessa on arvioitu, että yhdyskuntailman epäpuhtaudet ja erityisesti hiukkaset aiheuttavat vuosittain 200–400 ennen aikaista kuolemaa, 30 000 astmaoireiden pahentumista ja 30 000 – 40 000 lasten hengitystieinfektiota. Etenkin kaupunkialueilla moottoriajoneuvoliikenne altistaa väestöä ilman epäpuhtauksille, koska liikenteen päästöt ovat hengityskorkeudella.

Liikennemelulle altistuu Suomessa lähes miljoona ihmistä ja se on merkittävin melulähteistä. Ajoneuvo kohtaisia melupäästöjä on kyetty vähentämään. Koska liikenteen volyyymi on kuitenkin kasvanut, etenkin tieliikennemelulle altistuvien ihmisten määrä on tasaisesti kasvanut. Lentoliikennemelulle altistuvien määrää on kyetty vähentämään lentoreittien ohjauksen ja lentokoneiden melupäästöstandardien tiukentamisella. Melusta ihmiselle aiheutuvat terveydelliset ja sosiaaliset haitat ovat kiistattomia ja siksi meluntorjunta on yhä keskeisemmällä sijalla sekä kansallisessa että kansainvälisessä liikennepolitiikassa.

Taulukko 4.2

Liikennemelulle altistuvien määrä Suomessa

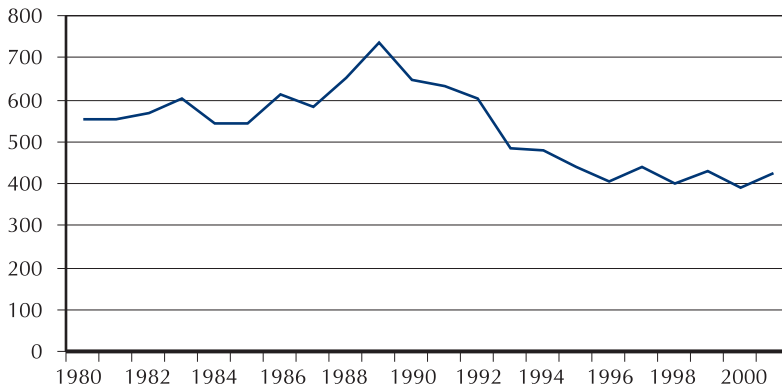
(altistumisen rajan ollessa $L_{Aeq} > 55$ dB.

L_{Aeq} = A-painotettu keskiäänitaso eli ekvivalenttitaso).

Melulähde	Melulähteellä asuvat	Osuus suomalaisista %
Tieliikenne (yleiset tiet)	320 000	6,2
Tieliikenne (kaavatiet)	560 000	10,9
Lentoliikenne	65 000	1,3
Rautatieliikenne	35 000	0,7
Vesiliikenne	500	0,01
Yhteensä	980 500	19,1

Myönteistä kehitystä on tapahtunut myös liikenneturvallisuudessa. Tieliikenneonnettomuuksissa kuoli 396 henkilöä vuonna 2000, jolloin kuolleiden määrä laski alhaisimmalle tasolle sitten vuoden 1952. Liikenneturvallisuuden kannalta synkimpänä vuonna 1972 tieliikenteessä kuoli 1156 ja loukkaantui 16 000 ihmistä. Vuonna 2001 tieliikennekuolemien määrä kääntyi jälleen kasvuun. Liikenteessä kuoli viime vuonna 425 ihmistä.

Kuva 4.12
Tieliikenneonnettomuuksissa kuolleiden määrä Suomessa vuosina 1980–2000



Toimenpiteet

Liikenteen ympäristö- ja terveyshaittojen vähentäminen on liikennepoliittikan keskeinen tavoite. Tavoitteen saavuttamiseen pyritään ennen kaikkea seuraavilla osa-alueilla; kestävien liikennemuotojen, kuten pyöräily, kävely ja joukkoliikenne, lisääminen, liikenneturvallisuuden parantaminen, liikenteen kasvun hillitseminen ja päästöjen vähentäminen ja sosiaalisen tasa-arvoisuuden ja hyvinvoinnin turvaaminen ja parantaminen.

Kestävien liikennemuotojen edistämiseksi ovat vuonna 2001 valmistuneet ehdotukset pyöräilyn ja kävelyn edistämishjelmiksi sekä joukkoliikennestrategiaksi. Pyöräily- ja kävelyohjelmien tavoitteena on lisätä näiden terveyden ja ympäristön kannalta kestävien liikennemuotojen laatua, houkuttelevuutta ja turvallisuutta sekä nostaa ne entistä keskeisempään asemaan yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Kaikki kolme ohjelmaa sisältävät kattavan toimenpidevalikoiman näiden liikennemuotojen houkuttelevuuden lisäämiseksi. Ohjelmien pohjalta on alettu valmistella tulevaisuussitoumuksia eri osapuolten (valtio, kunnat, yritykset, kansalaisjärjestöt) välillä.

Liikenneturvallisuutta pyritään parantamaan 18.1.2001 hyväksytyin valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti. Valtioneuvoston periaatepäätös hyväksyttiin marraskuussa 2000 valmistuneen liikenneturvallisuussuunnitelman pohjalta. Tavoitteena on, että liikennekuolemien määrä laskisi alle 250 vuoteen 2010 mennessä.

Liikenne- ja viestintäministeriöllä on ollut vuodesta 1994 alkaen liikenteen ympäristöohjelma, joka uudistettiin vuonna 1999. Ohjelma "Liikenteen toimintalinjat ympäristökysymyksissä" sisältää tavoitteet ja keinot liikenteen ympäristö- ja terveyshaittojen vähentämiseksi, vastuut toimenpiteistä sekä ohjelman seurannan. Liikenteen kasvun hillitseminen edellyttää usean eri hallinnonalan, kuntien ja yritysten yhteistyötä. Koska yhdyskuntarakenteen hajautuminen muodostaa merkittävän uhan liikenteen kasvulle, on tärkeää, että maankäytön ja liikenteen suunnittelussa keskeisellä sijalla on yhdyskuntarakenteen eheyttäminen. Myös ympäristö- ja terveysvaikutusten arviointia pyritään kehittämään.

Sosiaalisen tasa-arvon kannalta on tärkeää, että kansalaisten yhdenvertaisuus turvataan myös liikkumisessa. Joukkoliikennepalveluiden turvaaminen kaikkialla maassa on yhdenvertaisuuden kannalta keskeinen asia. Marraskuussa 2000 hyväksyttiin liikenne- ja viestintäministeriön pitkän aikavälin ohjelma "Kohti älykästä ja kestävästä liikennettä 2025". Ohjelman tavoitteeksi asetettiin, että taloudelliset, ekologiset, sosiaaliset ja kulttuuriin liittyvät näkökohdat otetaan liikenteen ja liikennejärjestelmän kehittämisessä huomioon.

Tasa-arvoista liikkumista ja joukkoliikenteen entistä parempaa soveltuvuutta liikkumisesteisille ja iäkkäille henkilöille pyritään edistämään muun muassa "Joukkoliikenne esteettömäksi" -hankkeen avulla. Tasapainoista alueellista kehitystä pyritään tukemaan mahdollisuuksiensa mukaan muun muassa seudullisten liikennejärjestelmäsuunnitelmien ja lippujärjestelmien avulla. Myös tutkimusten ja niiden perusteella käynnistettävien kokeiluprojektien avulla pyritään lisäämään sosiaalista tasa-arvoa, parantamaan liikennepalveluja sekä luomaan viihtyisiä ja eläviä kaupunkikeskustoja sekä liikenneympäristöjä.

5

Palvelujärjestelmä ja sosiaaliset olot

5.1 Hyvinvointipalvelut

5.1.1 Palveluympäristö muuttuu

Teknologia ja sen sovellutukset vaikuttavat siihen toimintaympäristöön, jossa palvelut järjestetään. Sen ohella teknologian sovellutukset voivat vaikuttaa sekä palvelujen sisältöön että niiden järjestämistapaan. Nettiyhteydet, kännykkä, tai esimerkiksi vammaisille tarkoitettujen apuvälineiden kehittyminen merkitsevät käyttäjilleen monien asioiden helpotumista, elämänlaadun ja monimuotoisuuden paranemista.

Uuden teknologian käyttöönotto vaikuttaa kuitenkin myös aikaisemmin käytössä olleiden laitteiden tai järjestelmien (vrt. lankapuhelimet, puhelinkioskit, pankkien asiakaspalvelupisteet jne.) käyttöön. Kun uudet laitteet korvaavat aikaisemmin käytössä olleet laitteet ja järjestelmät, vanhat poistetaan vähitellen käytöstä. Sen ohella millä alueilla teknologiaa otetaan käyttöön hyvinvoinnin kannalta merkityksellistä onkin, mitä vaikutuksia käyttöönotolla on aikaisempiin järjestelmiin tai toimintoihin, miten hyvin uudet ratkaisut ovat kaikkien saavutettavissa ja miten käyttäjäystävällisiä ne ovat.

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2001 matkapuhelin oli yhdeksällä 15–74-vuotiaalla kymmenestä. Mikrotietokone oli kesällä 2001 joka toisessa taloudessa ja Internet-yhteys reilulla kolmasosalla talouksista. 55 prosenttia 15–74-vuotiaista oli käyttänyt Internetiä helmi-huhtikuussa 2001. Sekä matkapuhelimen että internetin käyttö keskittyy kuitenkin erityisesti nuoriin ikäluokkiin. Mitä vanhemmasta väestöstä on kyse, sitä vähäisempää niiden käyttö on. Tilastolliset luvut osoittavat, että kaikilla ei ole pääsyä esimerkiksi edellä esitettyihin tekniikan sovellutuksiin.

Teknologian ohella palvelujärjestelmän kannalta olennainen kertomusajanjaksolla korostunut muutos on palvelujen kilpailuttaminen. 1990-luvun haasteet sosiaali- ja terveystalouden tehokkaalle järjestämiselle ovat olleet mittavat. Taloudellinen lama samoin kuin ikääntyvän väestön kasvava osuus on lisännyt palveluja tarvitsevien määrää. Tämä sekä samanaikainen resurssien väheneminen ovat kasvavassa määrin lisänneet halukkuutta etsiä keinoja palvelujen järjestämiseen mahdollisimman rationaalisella tavalla. Kilpailuttaminen muuttaa vallinneita käsityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisestä järjestämisestä ja asettaa samalla suuria haasteita julkisen sektorin toiminnalle.

Palvelut ja teknologia

Teknologiset ratkaisut voivat lisätä eriarvoisuutta, jos ne ovat realisoitavissa vain osalle väestöstä. Ehkä olennaisempaa kuin se, kuinka moni hyödyntää teknologisia ratkaisuja tai keksintöjä, on hyvinvoinnin kannalta se, kuinka moni ei näin voi tehdä. Jos opettajan antamat kotitehtävät sisältävät yhä useammin kehotuksen etsiä tietoa internetistä, miten turvataan tasa-arvo niiden lasten kohdalla, joilla tätä mahdollisuutta ei ole? Mitä välillisiä vaikutuksia sillä on lasten oppimismotivaatioon, koulumenestykseen ja sitä kautta koko myöhempään elämään? Tasa-arvon turvaamisen kannalta ratkaisevaa on, miten hyvin teknologiset ratkaisut ovat integroitavissa erityisesti julkisiin palveluihin tai järjestelmiin taikka päinvastoin.

Hyvän esimerkin palvelujen ja uuden teknologian onnistuneesta soveltamisesta tarjoavat kirjastojen Internet-yhteydet. Koska kirjasto on jokaisessa kunnassa myös nettipalvelut ovat käytettävissä kaikissa niissä kunnissa, joissa yhteydet ovat. 83 %:lla kirjastoista on vapaasti käytettävissä oleva kokoelmatietokanta Internetissä ja 92 %:lla oma kotisivu. Keskitetty palvelu www.kirjastot.fi tarjoaa väylän monipuoliseen tietopalveluun, muun muassa valikoituun ja laadukkaaseen tietoon ohjaavaan linkkikirjastoon, "Kysy kirjastonhoitajalta-etätietopalveluun" ja MCL:ään, joka on maahanmuuttajien kirjasto- ja tietopalvelu. Maakunnissa kehitetään alueellisia porttaaleja¹². Yhteistyötä tehdään alueellisella ja paikallisella tasolla myös muiden kulttuurin ja opetuksen toimijoiden kanssa.

¹²Portaali tarkoittaa verkkopalvelua, joka omien toimintojensa lisäksi tarjoaa pääsyn useisiin muihin palveluihin

Esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeista, joissa tietoteknologiastrategiaa viedään palvelujärjestelmän tasolle on Satakunnan Makropilotti-hanke. Siinä tavoitteena on saumattomien hoito- ja palveluketjujen aikaansaaminen ja kansalaisten itsenäisen suoriutumisen tukeminen uusia tietoteknisiä ratkaisuja hyödyntämällä. Hankkeessa on muun muassa kehitteillä henkilön sähköisen tunnistamisen sisältävä sosiaaliturvakortti, jonka avulla halutaan sekä turvata luotettava tiedonhallinta että yksilön tietojen suoja.

Sosiaalityöntekijöiden työn avuksi on kehitteillä sähköinen konsultaatiopalvelujärjestelmä. Samoin on jatkettu uuden teknologian kehittämistä vanhusten ja vammaisten kotona asumisen ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan tietoteknologiakehitystä ohjaa työryhmä, jonka tehtävänä on käytännön sovellutusten ohjauksen lisäksi turvata tasapuolinen kehitys maan eri osissa.

Syksyllä 2001 valmistui myös esiselvitys sähköisen reseptin toimintamallista. Sähköisellä reseptillä tarkoitetaan lääkärin, hammaslääkärin tai eläinlääkärin tietojärjestelmään kirjoitettua reseptiä, joka siirretään sähköisesti allekirjoitettuna, salattuna ja muuttumattomana tietoverkkoja käyttäen apteekkien reseptinkäsittelyjärjestelmiin. Reseptin käyttöön esitetään valtakunnallisesti yhtenäistä ja keskitettyyn reseptitietokantaan perustuvaa toimintamallia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen

Hallituksen yrittäjyys Hankkeessa on vuosien 2000–2001 tavoitteena ollut muun muassa julkisen palvelutuotannon avaaminen kilpailulle, yksityisen yrittäjyyden tukeminen sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisessa sekä verotuksen kilpailuneutraliteetin parantaminen. Toiminta on konkretisoitunut kilpailuneutraliteettia parantaviin lainsäädännöllisiin aloitteisiin ja toimenpiteisiin sekä tutkimukseen.

Vuonna 2001 mietintönsä jättäneen kaupp- ja teollisuusministeriön kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän ehdotuksissa kilpailuttamisen tehostamiseksi ehdotetut toimenpiteet koskevat myös sosiaali- ja terveyspalveluita. Työryhmä katsoo, että ostopalvelut tarjoavat joustavan tavan palvelujen järjestämiseen. Kunnille lainsäädännössä asetettu hyvinvointi- ja muiden palveluiden järjestämistä vastuu tulisi aiempaa selkeämmin nähdä palvelujen tuottamiseen liittyvänä ohjaus-, rahoitus- ja valvontavastuuna. Ongelmana on, että sosiaali- ja terveyspalvelujen

osalta on usein puutetta kilpailuttamisen mahdollistavasta palvelutarjonnasta samalla, kun kuntien kilpailuttamisvalmiuksissa on parantamisen varaa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen on herättänyt osin kriittistä keskustelua sekä julkisuudessa että sosiaali- ja terveyssektorin sisällä. Ks. esim. kohta 6.3, läänien arviot.

5.1.2 Lasten ja nuorten palvelut

Päivähoito

Lasten päivähoidon valtakunnallisen selvityksen¹³ mukaan tammikuussa 2001 kunnan järjestämässä päivähoidossa oli 200 113 lasta. Heistä alle kouluikäisiä oli 194 007 ja kouluikäisiä 6 106. Alle kouluikäisistä lapsista on päivähoidossa 46 prosenttia. 45 prosenttia kunnista arvioi päivähoidossa olevien lasten määrän vähenevän viiden vuoden kuluessa. Lasten määrän arvioitiin vähenevän etenkin pienissä kunnissa, kun taas keskisuurista tai suurista kunnista 40 prosenttia uskoi määrän lisääntyvän vastaavana aikana.

Painopisteinä selvityksessä olivat lasten ja henkilöstön määrän seuranta, erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten päivähoito ja päivähoidon järjestelyt iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Selvityksen ennakkotietojen mukaan henkilökuntaa on liian vähän sekä päiväkodeissa että etenkin perhepäivähoidossa. Henkilöstöä on usein liian vähän suhteessa läsnä oleviin lapsiin. Henkilöstömitoituksen toteuttamista vaikeuttavat muun muassa lasten hoitosuhteiden epävakaisuus ja henkilöstön sijaisjärjestelyjen toimimattomuus. Perhepäivähoidossa ongelmia seuraa lisäksi siitä, että perhepäivähoitajan palkkaus riippuu läsnä olevien lasten määrästä.

Noin kuusi prosenttia päivähoidossa olevista lapsista saa erityisiä tukitoimia. Tämän lisäksi suuressa osassa kuntia on päivähoidossa lapsia, joille ei ole pystytty järjestämään heidän tarvitsemiaan tukitoimia. Erityishenkilöstön palveluista on pulaa. Eniten puuttuu erityislastentarhanopettajan, puheterapeutin ja psykologin palveluita. Parhaiten on saatavissa fysioterapiaa.

¹³Lasten päivähoitoselvitys – tammikuu 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön vielä julkaisematon raportti.

Käytännön todellisuutta kuvaa esimerkiksi Länsi-Suomen lääninhalituksessa tehty tilannekatsaus (kevät 2001). Sen mukaan noin puolet läänin kunnista (101) ilmoittaa, että kunnallisessa päivähoitossa on lapsia, jotka tarvitsevat erityistä tukea, mutta tukitoimia ei ole pystytty järjestämään. Samaan aikaan kriteerit ”erityistä hoitoa vaativaksi lapseksi” ovat tiukentuneet. Pientä häiriökäyttäytymistä ei enää lueta sen piiriin kuten aikaisemmin. Henkilöstö kokee tarvitsevansa täydennyskoulutusta juuri erityistä hoitoa ja kasvatusta vaativien lasten kohdalla lähes joka toisessa kunnassa. Kolmannes kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta lapsiperheiden erityisongelmissa. Vastaava kehitys näkyy koko maassa.

Kunnan järjestämän ilt-, yö- ja viikonloppuhoidon piirissä on noin seitsemän prosenttia päivähoitossa olevista alle kouluikäisistä lapsista (13 065 lasta). Koululaisia on vuorohoidossa 655. Kaikissa keskisuurissa ja suurissa kunnissa järjestetään päivähoitoa iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Eniten tarvetta on iltahoitopaikoista. Kunnista 32 prosentissa on jonkin verran tai selvästi vajetta vuorohoidon paikoista. 69 prosentissa kuntia uskotaan vuorohoidon tarpeen lisääntyvän lähivuosina.

Päivähoidon kehittämistoiminta

Varhaiskasvatuksessa on panostettu erityispäivähoidon kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta toteutettiin Erityiskasvatuksen kehittäminen päivähoitossa -hanke vuosina 1999–2001. Hankkeen tavoitteena oli kehittää erityispäivähoidon palvelujärjestelmää ja varhaiskasvatuksen toimintatapoja vastaamaan entistä paremmin erityistä tukea tarvitsevien lasten kasvatuksellisia ja kuntoutuksellisia tarpeita. Hankkeen kokemuksista kertova julkaisu¹⁴ toimitettiin kuntien tiedoksi. Ohjausryhmä valmistelee ehdotuksia erityistä tukea tarvitsevien lasten päivähoidon kehittämiseksi.

Toinen valtakunnallinen hanke lasten päivähoidon kehittämiseksi on sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin kesällä 2000 käynnistämä kolmivuotinen Varhaiskasvatuksen laadunhallinnan ja ohjauksen -kehittämishanke. Tavoitteena on edistää kuntien varhaiskasvatuksen laadutyyötä ja kehittää varhaiskasvatuksen paikallista, alueellista ja valtakunnallista ohjausta.

¹⁴Työkaluja päivähoidon erityiskasvatukseen. STM:n julkaisuja 2001:14

STM valmistelee valtakunnallisia linjauksia varhaiskasvatusjärjestelmän yleisistä periaatteista ja painopisteistä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000–2003 mukaisesti. Linjauksilla luodaan perusta kuntatason päivähoidon kehittämiseksi sekä laadukkaalle toiminnalle päivähoitossa.

Päivähoidon maksujen muutokset

Päivähoidon maksut määräytyvät perheen koon ja tulojen suuruuden mukaan prosentuaalisesti. Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon maksuja tarkistettiin vuoden 2000 alusta. Päivähoidon enimmäismaksua nostettiin 1000 markasta 1100 markkaan kuukaudessa. Muutoksella myös mahdollistettiin päivähoitomaksun periminen 12 kuukaudelta, jos lapsi käyttää päivähoitopalveluita koko vuoden ajan ilman merkittäviä poissaoloja. Aiemmin päivähoitomaksu on voitu periä enintään 11 kuukaudelta toimintavuoden aikana.

Päivähoitomaksuja muutettiin myös vuoden 2002 alusta. Samalla tarkistettiin maksujen perusteena olevia tulorajoja, alimman ja ylimmän perittävän maksun määrää sekä muiden kuin kahden päivähoitokäikäisen sisaruksen vaikutusta maksujen perusteena oleviin perheen tuloihin. Ensimmäisen lapsen ylin perittävä päivähoitomaksu on 200 euroa (1 189,15 mk) kuukaudessa ja toisen lapsen ylin maksu 180 euroa (1 070,23 mk) kuukaudessa.

Esiopetusuudistus

Kaikille lapsille on säädetty oikeus osallistua vuoden ajan, ennen oppivelvollisuuden alkua, maksuttomaan esiopetukseen. Vanhemmilla säilyy edelleen päivähoitolain mukainen subjektiivinen oikeus saada lapselleen kunnan järjestämä päivähoitopaikka, kunnes lapsi siirtyy oppivelvollisena kouluun. Opetusministeriö vastaa esiopetuksen lainsäädännöstä, rahoituksesta ja ohjauksesta, jonka tulee tapahtua yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista säädetään opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa asetuksessa.

Esiopetusuudistus tuli voimaan vaiheittain 1.8.2000 alkaen. Ensimmäisenä toimintavuonna esiopetuksen järjestäminen oli kunnille vapaaehtoista lukuun ottamatta pidennetyn oppivelvollisuuden piirissä olevia lapsia. 1.8.2001 lähtien kunnan on osoitettava jokaiselle opetukseen

oikeutetulle lapselle esiopetuspaikka huoltajan niin halutessa. Maksutonta esiopetusta järjestetään vähintään 700 tunnin ajan lukuvuodessa. Esiopetusta järjestetään pääosin päivähoidossa, mutta etenkin harvaan asutuissa kunnissa myös kouluissa.

Lääninhallitusten tekemän peruspalvelujen arvioinnin mukaan esiopetukseen osallistui lukuvuonna 2000–2001 noin 56 500 6-vuotiaasta lasta eli noin 89 prosenttia ikäluokasta. Ongelmaksi esiopetuksen toteuttamisessa todettiin kuljetusoikeuden puuttuminen sekä ryhmäkoon ohjaaminen suosituksella. Kuljetusoikeuden puute saattaa muodostua esteeksi esiopetukseen osallistumiselle, jos matka on pitkä eikä kunta järjestä kuljetusta. Esiopetusryhmät ovat paikoin liian suuria suosituksesta huolimatta.

Koululaisten iltapäivätoiminta

Kunnan järjestämää koululaisten aamu- ja/tai iltapäivähoitoa järjestetään yli 80 prosentissa kaikista kunnista. Kuitenkin päivähoidossa olevien pienten koululaisten määrä on koko 1990-luvun ajan ollut laskeva. Vuonna 1990 paikkoja koululaisille päivähoidossa oli noin 17 400. Tammiukuussa 2001 oli päivähoidon piirissä enää noin 6 100 lasta. Melkein kaikissa kunnissa (88 %) on myös esimerkiksi seurakunnan, urheiluseuran tai muun järjestön järjestämää toimintaa koululaisille. Lääninhallitukset ovat vuosittain jakaneet 2,5 milj. markkaa suoraa tukea iltapäivätoiminnan järjestämiseen 10–15-vuotiaiden harrastekerhoille. Näin on tuettu noin 350 uutta kerhoa vuosittain. Lisäksi on tuettu koululaisten liikunnallista iltapäivätoimintaa.

Opetusministeriö on 5.10.2001 asettanut työryhmän, jonka tehtävänä on laatia ehdotus valtioneuvoston periaatepäätökseksi aamu- ja iltapäivätoiminnan järjestämisestä. Työryhmän määräaika päättyy 30.6.2002.

Nuorten palvelut

Useampi kuin joka toinen (51 %) 10–29-vuotias oli vuonna 2001 tavalla tai toisella mukana järjestöelämässä. Määrä on sama kuin vuonna 1998. Yli neljännes (28 %) nuorista ilmoittaa kuuluvansa johonkin urheiluseuraan tai liikuntajärjestöön. Nuoret osallistuvat selvästi eniten urheiluseurojen toimintaan. Seuraavaksi eniten jäseniä vetävät opiskelija- ja koululaisjärjestöt, mutta niiden ongelmana on, ettei jäsenyys välttämättä edellytä aktiivista osallistumista tai edes tietoa jäsenyydestä.

Ammattiyhdistyksiin kuuluu 10–29-vuotiaista oman ilmoituksensa mukaan 10 prosenttia nuorista. Seurakuntien lapsi- tai nuorisotoimintaan osallistui noin viisi prosenttia nuorista. Koulun tai oppilaitosten kerhoihin osallistui noin neljä prosenttia, partiolaisiin tai hyväntekeväisyysjärjestöjen toimintaan hieman vähemmän. Vähiten ollaan mukana ihmisoikeusjärjestöjen työssä ja poliittisissa järjestöissä.¹⁵

Järjestötoiminnan ohella nuorisotyötä tehdään kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden toteuttamana perusnuorisotyönä. Perusnuorisotyö ja -toiminta on pohja laajalle syrjäytymisen ehkäisylle ja huumeiden vastaiselle työlle. Perustyöllä edistetään nuorten harrastustoimintaa ja osallistumista, jotka välillisesti ehkäisevät syrjäytymistä. Valtakunnalliset nuorisokeskukset ovat perusnuorisotyön lisäksi olleet mukana projekteissa, joissa on muun muassa toteutettu työpajatoiminnan syrjäytymisen ehkäisyyn ja huumeiden vastaisuuteen liittyviä ohjelmia.

Nuorten työpajoja on noin 300. Toiminnassa on arviolta mukana päivittäin noin 5000 ja vuosittain noin 10 000 nuorta. Työpajahenkilökuntaan kuuluu 800–900 henkilöä. Vuonna 2000 pajoille myönnettiin ESR-tukea 16,8 milj. markkaa. Kansallista tukea myönnettiin 6,8 milj. markkaa. Summasta 2 milj. markkaa suunnattiin ennaltaehkäisevään huumeityöhön ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Pajoilla on roolinsa nuorten elämänhallinnan parantamisessa, koulutukseen ohjaamisessa sekä kuntouttavassa työtoiminnassa.

Ennaltaehkäisevään huumeityöhön on lisätty resursseja muutamana viime vuonna. Vuoden 2000 määrärahoista myönnettiin n. 2 milj. markkaa 18 nuorten työpajoissa ja valtakunnallisissa nuorisokeskuksissa toteutettavalle projektille. Erillisiä huumeiden käyttöä ennaltaehkäiseviä projekteja on myös tuettu.

Vuoden 2001 keväällä toteutettiin maakuntajakoon perustuva lasten ja nuorten elämäntilanteen kartoitus. Tähän liittyi jokaisessa maakunnassa järjestetty nuorisopoliittinen seminaari alueen kuntien päättäjille. Nuorten elinoloindikaattoreilla on koottu perustietoa nuorten elinoloista. Indikaattoritietoja on käytetty nuorisopoliittisen päätöksenteon välineenä. Alueelliset indikaattorit ovat luoneet entistä paremmat edellytykset kunnalliselle ja alueelliselle nuorisopoliitille.

¹⁵ Tiedot perustuvat Suomen Gallupin vuonna 2001 tekemään tutkimukseen nuorten suhteesta järjestöihin ja globalisaatioon

5.1.3 Ikääntyneiden palvelut

Väestön parantunut terveydentila ja toimintakyky edistävät iäkkäiden, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden selviytymistä entistä pidempään kotona ja avohoidossa. Tehokkaampien lääkkeiden käyttöönotto, kuntoutus, kehittyneet apuvälineet ja kotona suoriutumista tukevat palvelut ovat parantaneet avohoidon edellytyksiä. Myös asuntokannan kohentunut varustustaso ja iäkkäiden ihmisten parantunut toimeentulo mahdollistavat, että he voivat asua entistä pidempään kodissaan tai tuetuissa asumismuodoissa. Dementiaa sairastavien määrä on lievässä nousussa ja edellyttää sekä määrällisesti että laadullisesti uudentyypisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä.

Ikääntyneiden hoitoon ja palveluihin liittyvät epäkohdat koskevat palvelujen laatua, henkilöstömitoituksen niukkuutta ja asiakkaiden kohtelua, vaikka yleisesti ottaen palvelurakenteen muutoksen tavoitteet on kunnissa saavutettu. Palvelurakenteet kuitenkin vaihtelevat eri kunnissa. Pitkäaikaishoidon porrastus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toimii pääosin. Palveluasuminen on viime vuosina edelleen lisääntynyt. Kotipalvelun kattavuus sen sijaan on lievästi heikentynyt. Kotipalvelua kohdennetaan enemmän hoitoa ja palveluja tarvitseville henkilöille. Stakesin tutkimusten mukaan omaisten hoitovastuu lisääntyy.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen monipuolistaminen ja porrastaminen ovat käytännössä kaventaneet avohoidon ja laitoshoidon välistä eroa. Avohoidossa voidaan antaa yhä vaativampaa hoitoa ja huolenpitoa. Lisäksi avohoidon ja laitoshoidon välimaastoon on kehitetty uudentyypisiä välimuotoisia palveluja. Erityyppinen palvelu- ja tukiasuminen laajeni voimakkaasti 1990-luvulla. Laitoshoitajaksojen keskimääräinen pituus on lyhentynyt, toisaalta avohoidossa olevien henkilöiden intervallihoito- ja kuntoutusjaksot sairaalassa tai muussa laitoksessa ovat yleistyneet. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirrytään keskimäärin iäkkäämpänä kuin aikaisemmin.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto hyväksyivät toukuussa 2001 Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen. Laatusuositus on kunnille uusi ohjausväline laadukkaiden ja riittävien

palvelujen kehittämiseksi. Kuntien tulee laatia vanhuspoliittinen strategia ja sen osana palvelurakenteen kehittämisohjelma, joka pohjautuu paikallisiin tarpeisiin ja voimavaroihin. Erityisesti tulisi huolehtia siitä, että avo- ja laitospalvelut ovat tasapainossa ja että kotona annettavia palveluja kehitetään sekä määrällisesti että laadullisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2001 käynnistänyt laatusuosituksen suunnitelmallisen toimeenpanon yhteistyössä Suomen Kuntaliiton, Stakesin, lääninhallitusten ja järjestöjen kanssa.

Liittyen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000–2003 ministeriö on yhteistyössä Suomen Kuntaliiton, Stakesin ja muiden toimijoiden kanssa käynnistänyt valtakunnallisesti merkittäviä, ikäihmisten palveluja koskevia kehittämishankkeita seuraavista aihealueista: ehkäisevät kotikäynnit, dementiahoidon laatu ja hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskeva suositustyö.

Hallitusohjelman pohjalta käynnistettiin vuonna 2001 ikäihmisille ja omaishoitajille suunnattu palvelusetelikokeilu Lahden seudun viidesssä kunnassa. Hankkeen toteuttajana on Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. Ns. tulevaisuuspaketista ohjattiin yhteensä noin 13,3 milj. markkaa vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistämiseen. Hankkeen tavoitteena on parantaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön että palvelujen käyttäjien tiedonsaantimahdollisuuksia ja osaamista teknologian ja tietotekniikan hyvistä ratkaisuista asumisen ja kommunikaation alueella. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti valtakunnallisen johtoryhmän kesäkuussa 2001 ja käynnisti useita alueellisia (ITSE-) projekteja syksyllä 2001.

Uusissa vanhus- ja vammaispoliittisissa strategioissa korostetaan palvelutarpeen ennaltaehkäisyä, avopalvelujen lisäämistä ja saumattomien palveluketjujen luomista yksilöllisten tarpeiden mukaan. Palvelujen kehittyessä avohoidon ja laitoshoidon rajanvedon tekeminen tulee siten koko ajan vaikeammaksi ja epätarkoituksenmukaisemmaksi. Sen määrittäminen, onko kysymyksessä avohoito vai laitoshoidon, aiheuttaa myös usein runsaasti hallinnollista työtä.

23.5.2000 asetetun avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän tehtävänä oli selvittää, mitä ongelmia avohoidon ja laitoshoidon välisistä rajanvetokysymyksistä aiheutuu sosiaalivakuutusjärjestelmässä ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Taustalla olivat myös eräät asiakkaiden itsemääräämisoikeuden ja tasa-arvon

kannalta merkitykselliset avo- ja laitoshoidon väliseen rajanvetoon liittyvät kysymykset. Muun muassa osaa Kansaneläkelaitoksen maksamista etuuksista ja kustantamista palveluista ei myönnetä lainkaan julkisessa laitoshoidossa oleville henkilöille. Myös kansaneläkejärjestelmän mukaisten etuuksien ja kuntien järjestämistä palveluista perittävien asiakasmaksujen suuruus riippuu siitä, määritelläänkö henkilön saama hoito avohoidoksi vai laitoshoidoksi. Eräät Kansaneläkelaitoksen maksamat etuudet ovat suuremmat avohoidossa kuin julkisessa laitoshoidossa.

Työryhmän tuli myös arvioida avo- ja laitoshoidon välisen rajanvedon merkitys kunnan, Kansaneläkelaitoksen ja niiden rahoittajien vastuunjakoon sekä avo- ja laitoshoidon mallien kustannusvaikutukset. Myös omaishoidon asema tuli ottaa huomioon työssä.

Työryhmä sai tehtävänsä suoritettua 18.12.2001. Ehdotusten mukaan kansaneläkettä ei enää vähennettäisi laitoshoidon aikana. Laitoshoitoa koskeva rajoitus tulisi poistaa sekä uusilta laitoshoitoon siirtyviltä henkilöitä että niiltä henkilöiltä, jotka ovat jo pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Ryhmä ehdottaa myös, että eläkkeensaajien hoitotuen keskeyttäminen laitoshoidon ajalta kumottaisiin ja että hoitotukea voitaisiin maksaa myös niille henkilöille, jotka ovat jo laitoshoidossa. RAVA-indeksi¹⁶ antamaa tietoa voitaisiin käyttää arvioitaessa hakijan toimintakykyä silloin, kun se on mahdollista. Muista Kansaneläkelaitoksen etuuksista ei ehdoteta poistettavaksi laitoshoidon käsitettä.

Työryhmä korostaa, että pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräämisessä tulisi nykyistä useammin käyttää asiakasmaksulainsäädännössä määriteltyä harkinnanvaraista maksun alentamista. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön jäävä vähimmäismäärä tulisi säilyttää kustannustason muutos huomioon ottaen ennallaan (tällä hetkellä 20 % nettokuukausituloista tai vähintään 450 mk/kk). Ottaen huomioon työeläkkeensaajien kohonnut eläketaso, saataisi tämä työryhmän mielestä edellyttää, että pitkäaikaisen laitoshoidon enimmäismaksua tarkistettaisiin nykyisestä 80 prosentista esimerkiksi 85 prosenttiin henkilön nettokuukausituloista. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ryhmän mukaan käynnistää asiakasmaksuja koskeva selvitys avo- ja laitoshoitomaksujen yhdenmukaistamiseksi.

¹⁶ RAVA-indeksi on avun tarpeen ja toimintakyvyn mittari. Se osoittaa, miten henkilö suoriutuu päivittäisistä perustoiminnoista ja arkirutiineista.

Edelleen ehdotetaan, että ennalta ehkäisevät kotikäynnit aloitettaisiin viimeistään 75 vuoden iässä. Ensimmäisen ennalta ehkäisevän kotikäynnin jälkeen asiakkaan tilannetta seurattaisiin. Omaishoidon tukea tulisi kehittää osana avohoidon palvelujärjestelmää. Tuki tulisi kohdentaa niille omaisille, joiden antama hoito ja huolenpito on sitovampaa kuin tavanomainen perhesuhteisiin liittyvä perheen jäsenistä huolehtiminen.

Kansaneläkkeiden maksaminen vähentämättömänä ja eläkkeensaajien hoitotuen maksaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille lisäisi kustannuksia arviolta 588 miljoonaa markkaa vuodessa (98,9 miljoonaa euroa). Työryhmä ehdottaa, että rahoitusvastuu jakautuisi puoliksi valtion ja kuntien kesken.

5.1.4 Vammaisten ja kehitysvammaisten palvelut

Vammaisten kansalaisten asemassa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosien aikana. Vaikeavammaisten palvelujen kasvanut kysyntä on vienyt jossakin määrin voimavaroja muilta vammaispalveluilta ja toteuttamisessa on edelleen kuntien välisiä eroja. Yksi palvelujen kehittämisen esteistä on ollut, ettei nykyisen verotuen muuttamiseen suoraksi tueksi ja palveluiksi ole löytynyt riittävää yksimielisyyttä. Muun muassa henkilökohtaisen avustajajärjestelmän kehittäminen ja tulkkipalvelujen määrän lisääminen jäivät tuleviksi haasteiksi. Väestön ikääntymisestä johtuvan kuljetuspalvelujen kustannusten nousupaineen vuoksi useissa kaupungeissa ollaan siirtymässä uusiin kuljetuspalvelujen järjestämistapoihin ja matkojen yhdistelemiseen.

Kehitysvammahuollossa on jatkunut palvelurakenteen muutos. Asu-
mispalvelujen määrä on noussut nopeammin kuin laitospaikkojen määrä on laskenut. Yhä useammat kehitysvammaiset henkilöt, varsinkin lapset ja nuoret, asuvat lähiyhteisössään ja käyttävät kuntien yleisiä palveluja erityishuollon sijasta. Asumispalvelujen piirissä oli vuoden 2000 lopussa 5805 ja laitoksissa 2944 kehitysvammaista henkilöä. Yhä lisääntyvää osaa laitoshoitopaikoista käytetään lyhytaikaiseen hoitoon kuten kuntoutusjaksoihin tai omaishoitajien loman aikaisina sijoituspaikkoina.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi vuonna 2000 vammaisten työllistämismuotoja koskevan tilastaselvityksen, jonka mukaan erilaisiin erityis-työllistämisen muotoihin osallistui noin 13000 vammaista ja vajaakuntoista henkilöä. Saman vuoden lopulla sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvitysmies antoi esityksensä vammaisten henkilöiden työllistymismahdollisuuksien parantamiseksi.

Vuonna 2000 hallitus antoi esityksen vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymistä edistäväksi lainsäädännöksi. Sosiaalihuollon työllistämistehtäviä koskevat vanhentuneet säädökset uusittiin lisäämällä sosiaalihuoltolakiin säädökset vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevasta toiminnasta ja työtoiminnasta. Samassa yhteydessä vammaisten nuorten ammatillisen kuntoutuksen varmistamiseksi kuntoutusrahan maksukautta pidennettiin 20 vuoteen saakka.

Kansaneläkelakiin tehtävillä muutoksilla pidennettiin eläkkeen lepäämäänjättämisaika viiteen vuoteen ja määriteltiin lepäämäänjättämiselle tuloraja (588,66 euroa). Sairausrakentuslain muutoksella päivärahan maksaminen tuli mahdolliseksi työhön osallistuvalla kansaneläkkeen saajalle. Työllisyyslakiin tehtiin muutos, jolla vajaakuntoiset tulivat nuorten ja pitkäaikaistyöttömien rinnalle ensisijaisiksi työllistämistuen saajiksi.

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja heidän perheidensä palveluohjauksokokeilu alkoi 2001 ja se jatkuu vuoteen 2003 saakka. Kokeiluun osallistuu 15 kuntaa tai kuntaryhmää eri puolilta Suomea. Palveluohjauksen tarkoituksena on tukea ja auttaa perheitä koordinoimalla palvelut ja muut tukimuodot perheiden tarpeita vastaaviksi toimiviksi kokonaisuuksiksi. Kokeilun tavoitteena on kerätä tietoa erilaisista vaihtoehdoista palveluohjauksen järjestämiseksi.

Vammaisten henkilöiden kommunikaatiomahdollisuuksien tilannetta ja kehittämistarpeita koskeva Stakesin selvitys valmistui vuonna 2000 ja vuonna 2001 aloitettiin tulkkipalvelujen kehittämisprojekti, jonka tavoitteena on kehittää alueellisesti tulkkipalveluja ja turvata palvelujen saatavuus koko maassa. Lisäksi kommunikaatio-ongelmien varhaiseksi havaitsemiseksi valmistui esite päivähoito- ja neuvolahenkilökuntaa varten.

5.1.5 Maahanmuuttajien kotouttaminen

Suomessa oli vuoden 2000 lopussa vajaa 90 000 ulkomaalaista, mikä vastaa vajaata kahta prosenttia väestöstä. Lukuihin eivät sisälly ne ulkomailla syntyneet henkilöt, jotka ovat saaneet Suomen kansalaisuuden.¹⁷ Taulukossa 5.1 on esitetty ulkomaalaisten määrät ja osuudet väestöstä työvoima- ja elinkeinokeskusten toimialueittain. Kuten taulukko osoittaa, ulkomaalaisista yli puolet asuu Uudellamaalla, jossa heidän osuutensa väestöstä on 3,3 prosenttia. Vähiten ulkomaalaisia on Etelä- ja Pohjois-Pohjanmaalla, Satakunnassa, Savossa, Kainuussa, Keski-Suomessa ja Lapissa, joissa osuus väestöstä vaihtelee 0,4–1,1 prosentin välillä.

Taulukko 5.1
Ulkomaalaisväestö¹⁸ 31.12.2000

Te-keskus	Ulkomaalaisväestö	
	Määrä 31.12.00	Osuus (%) väkiluvusta 31.12.00
Koko maa	89 448	1,8 %
Uusimaa	45 724	3,3 %
Varsinais-Suomi	9 392	2,1 %
Satakunta	1 667	0,7 %
Häme	4 914	1,4 %
Pirkanmaa	6 774	1,8 %
Kaakkois-Suomi	4 664	1,4 %
Etelä-Savo	1 605	1,0 %
Pohjois-Savo	1 830	0,7 %
Pohjois-Karjala	1 396	1,2 %
Keski-Suomi	2 844	1,1 %
Etelä-Pohjanmaa	826	0,4 %
Pohjanmaa	3 636	1,5 %
Pohjois-Pohjanmaa	2 271	0,9 %
Kainuu	614	0,7 %
Lappi	1 291	1,1 %

¹⁷Toistaiseksi Suomen kansalaisuuslaki ei tunne kaksoiskansalaisuutta. Suomen kansalaisuuden saaneet joutuvat luopumaan toisesta kansalaisuudesta. Henkilö voi hakea Suomen kansalaisuutta asuttuaan Suomessa viisi vuotta. Hakemuksen käsittely kestää nykyisellään noin kaksi vuotta.

¹⁸Luku perustuu tilastokeskuksen tietoihin Suomessa asuvista ulkomaan kansalaisista.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta on ollut voimassa runsaat kaksi vuotta. Lain mukaan kuntien on laadittava yhdessä työvoimaviranomaisen, järjestöjen ja eri toimijoiden myötävaikutuksella kunnallinen kotouttamisohjelma. Ohjelmassa kunta ja muut viranomaiset määrittelevät ne keskeiset palvelut, joilla kuntaan muuttaneet maahanmuuttajat voivat oppia kielen, perehtyä uuteen asuinmaahansa ja työllistyä. Hyväksyessään kotouttamislain eduskunta edellytti, että hallitus seuraa uudistusten tavoitteita ja antaa eduskunnalle asiasta selonteon keväällä 2002. Tästä johtuen seuraavassa esitetään vain lain toteutumiseen liittyvät päänäkökohdat.

Vuoden 2000 puolivälissä kotouttamisohjelma oli hyväksytty 226 kunnassa. Yksittäisen maahanmuuttajan kohdalla laki konkretisoituu yksilöllisenä kotoutumissuunnitelmana. Työttömällä tai toimeentulotukea saavalla maahanmuuttajalla on oikeus ja velvollisuus viiden kuukauden sisällä maahan muutosta laatia yhdessä kunnan ja työvoimatoimiston kanssa enintään kolme vuotta jatkuva kotoutumissuunnitelma. Työhallinto on sitoutunut hankkimaan noin 40 opintoviikon maahanmuuttajakoulutuksen kotoutumissuunnitelmiin oikeutetuille asiakkaille. Vuonna 2000 työvoimatoimistoille laadittiin yhteensä 11 600 kotoutumissuunnitelmaa. Niistä naisille tehtiin 5 000 ja miehille 6 600.

Maahanmuuttajista sijoittui yleisille työmarkkinoille 3 000, työvoimakoulutuksen aloitti 5 600 ja työharjoitteluun ohjattiin 2 000 henkilöä. Työllisyysilanne heidän kohdallaan on kohentunut. Työttömyysaste oli vuonna 2000 34 prosenttia, mikä on neljä prosenttia vähemmän kuin vuonna 1999. Keskimääräinen työttömyyden kesto oli 35 viikkoa. Maahanmuuttajilla työttömyyden, aktiivitoimenpiteiden ja määräaikaisten työsuhteiden vuorottelu on tyypillistä. Avoimille työmarkkinoille sijoittuneista oli 34 prosenttia kotouttamislain piirissä. Kotoutumisen piirissä järjestetyn työvoimakoulutuksen vuosikustannukset olivat 49,6 milj. markkaa.

Lain täytäntöönpanosta on järjestetty työvoimatoimistoille ja kunnille yhteisiä koulutus- ja neuvottelutilaisuuksia. Suunnitelmien sisällön kehittämistä on tuettu laatimalla kotoutumisprosessille tuotekuvaukset ja laatukriteerit sekä tukimateriaalia suunnitelmien seuraamista varten. Suunnitelmien piirissä olevista 65 prosenttia on ollut aktiivitoimenpiteissä ja 26 prosenttia sijoittui yleisille työmarkkinoille työhön.

5.2 Erityiset sosiaaliset ongelmat ja syrjäytyminen

5.2.1 Päihteiden käyttö

Alkoholi

Huumausaineiden saamasta runsaasta julkisesta huomiosta huolimatta suomalaisten valtapäihde on edelleen alkoholi. Kansainvälisessä vertailussa Suomi sijoittuu Euroopan kartalle hyvin eri tavoin riippuen siitä, mistä päihteestä puhutaan. Muihin EU-maihin verrattuna huumausaineiden käyttö on Suomessa vähäistä. Alkoholijuomien kulutus ja siitä aiheutuvat haitat ovat eurooppalaista keskitasoa, mutta viime vuosina kulutuksen kasvuvauhti on Suomessa ollut nopeampaa kuin muissa EU-maissa.

Lähes 90 prosenttia suomalaisista käyttää alkoholia. Vuonna 2000 suomalaiset joivat alkoholia noin yhdeksän litraa asukasta kohden. Kulutus on suurempaa kaupungeissa kuin maaseudulla. Uudellamaalla juodaan eniten ja Pohjanmaalla vähiten. Alkoholien kulutuksen ja siitä koituvien haittojen kiinteästä yhteydestä johtuen Pohjanmaa erottuu edukseen myös matalimman alkoholikuolleisuuden alueena. Kaiken kaikkiaan Suomessa kuoli vuonna 1999 alkoholien käytön seurauksena 2500 ihmistä. Siitä johtuviin sairauksiin kuoli noin 1050, myrkytyksiin lähes 400 ja tapaturmaan tai väkivaltaan noin 1050 ihmistä.

Viime vuosikymmenen suuret yhteiskunnalliset muutokset ja vuonna 1995 voimaantunut uusi alkoholilaki eivät ole juuri vaikuttaneet alkoholin kokonaiskulutukseen. Kulutus on edelleen samaa luokkaa kuin 1990-luvun alkupuolella. Myöskään suomalaisten juomatavat eivät ole muuttuneet merkittävästi. Raittiiden suomalaisten, erityisesti naisten osuus on jonkin verran pienentynyt ja viinin käyttö ruokajuomana hiukan yleistynyt. Alkoholioleton vapautumisesta ei ole kuitenkaan seurannut alkoholin käytön tihentymistä tai alkoholin yleistymistä ruokajuomana.

Myöskään nuoret eivät ole tässä suhteessa ”eurooppalaistuneet”. Usein toistuva, lähes päivittäinen alkoholin käyttö ei kuulu suomalaisten nuorten tapoihin. Euroopan maita vertailevan ESPAD-tutkimuksen mukaan niiden nuorten osuus, jotka ovat käyttäneet alkoholia viimeisten 12 kuukauden aikana on eurooppalaista keskitasoa (86 % kaikista noin 15–16-

vuotiaista kyselyyn vastanneista). Kulttuurillemme tyypillinen humalahakuinen juominen sen sijaan näkyy nuorten juomatavoissa. Muihin eurooppalaisiin nuoriin verrattuna niiden nuorten osuus, jotka ovat olleet humalassa viimeisen vuoden aikana, on huomattavan suuri. Toinen huolestuttava suuntaus päihteiden käytössä on alkoholin ja pillereiden yleistynyt sekakäyttö.

Alkoholin käytön aiheuttamat sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat ovat lisääntyneet. Kertakulutukseen liittyvät äkilliset haitat, kuten alkoholimyrkytykset, päihtyneiden säilöönnotot, liikennejuopumukset ja alkoholiin liittyvä väkivaltarikollisuus kasvoivat merkittävästi vuosikymmenen vaihteessa. Tällä hetkellä ilmitulevat pitkäaikaiset haitat, lähinnä alkoholista johtuva sairastavuus ja kuolleisuus ilmentävät 1980-luvun lopun huippukulutusmääriä. Käytännössä tämä näkyy muun muassa lisääntyneenä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen käyttönä. Päihteiden käytöstä koituvat kustannukset yhteiskunnalle ovat vuosittain noin 3,5–4,5 miljardia markkaa. Suurin kustannusten aiheuttaja on alkoholi. Kustannuksista viidennes johtuu huumausaineiden ja lääkkeiden käytöstä. Alkoholi- ja huumehaittojen suhde voi kuitenkin olla muuttumassa.

Huumeet

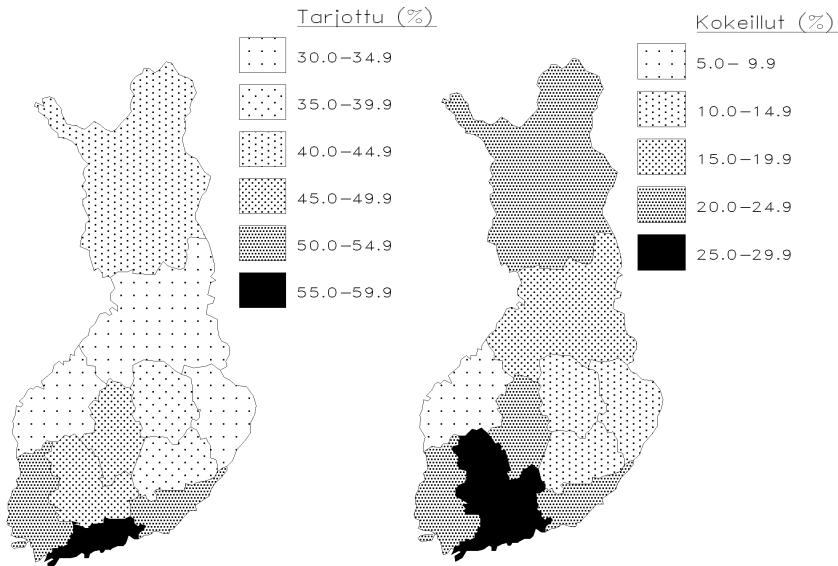
Toisin kuin alkoholin käytössä, huumausainetilanteessa tapahtuneet muutokset ovat olleet nopeita. Eniten käytetty huumausaine on edelleen kannabis. Vuonna 2000 tehdyssä kyselytutkimuksessa sitä on ilmoittanut kokeilleensa kymmenen prosenttia suomalaisista. Huumeiden kokeilukäyttö kasvoi huomattavasti 1990-luvulla. Tästä on osoituksena 15–16-vuotiaiden kannabiksen käytön lisääntyminen. Myös amfetamiinin ja opiaattien käyttö on yleistynyt. Näiden aineiden ongelmakäyttäjiä on arvioitu olevan noin 11 000 – 14 000.

Alueellisesti huumeiden käyttö ja kokeilut sekä huumehaitat ovat yleisimpiä Etelä-Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa. Niissä myös nuorten asenteet erityisesti lieviä huumeita kohtaan ovat muuttuneet sallivimmiksi. Stakesin vuonna 2000 tekemän väestökyselyn tulokset antavat viitteitä, joiden mukaan huumeiden kokeilukäytön yleistymisen ei ole jatkunut enää vuosien 1998 ja 2000 välillä. Huumeiden kokeilu ja käyttö on kuitenkin nyt noin kaksi kertaa yleisempää kuin vuonna 1992. Lisäksi vuoden 2000 tutkimuksessa runsas puolet alle 25-vuotiaista vastaajista ilmoitti tuntevansa henkilökohtaisesti ihmisiä, jotka käyttä-

vät huumeita. Puolustusvoimissa varusmiehille vuosina 2000 ja 2001 tehty kysely (ks. kuva 5.1) osoittaa, että sekä huumeiden tarjonta että huumekokeilut ovat suhteellisen yleisiä nuorten aikuisten keskuudessa.

Kuva 5.1

Huumeiden tarjonnan kohteeksi joutuminen (%) ja ilmoitettu oma kokeilu (%) puolustusvoimien varusmiesten kyselytutkimuksissa vuosina 2000 ja 2001 (yhdistetty aineisto, N=3189).



Kokeilukäytön kasvun taitumisesta huolimatta huumeiden käytöstä aiheutuvat haitat saattavat vielä kasvaa entisestään. Ongelmakäyttöön liittyviä huolestuttavia kehityssuuntia ovat ongelmien kasaantuminen nuorille ikäluokille, suonensisäisen huumeiden käytön seurauksena leviävät hepatiitti- ja HIV-tartunnat sekä 1990-luvun puolivälin jälkeen lisääntyneet heroini- ja amfetamiinirykyksiin liittyvät kuolemantapaukset. Ensisijaisesti opiaattien käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden osuus on ollut viime vuosina kasvussa. Vuonna 2000 opiaattien ja amfetamiinien käytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuudet olivat jo yhtä suuret. Suurin osa huumeiden ongelmakäyttäjistä on alle 30-vuotiaita. Tässä suhteessa huumeiden käyttäjät eroavat selkeästi alkoholin ja lääkeaineiden ongelmakäyttäjistä, joiden keski-ikä on huomattavasti korkeampi.

Kansainvälisesti yleisin huumeiden ongelmakäytön indikaattori on suonensisäisten huumeiden käytön levinneisyys ja siihen liittyvät ongelmat, kuten infektioaudit. Vuosina 1998–1999 nopeasti yleis-

tynyt suonensisäisten huumeiden käytön aiheuttama HIV-epidemia näyttäisi ensimmäisiä laantumisen merkkejä. Kansanterveyslaitoksen tilastojen mukaan vuonna 1998 ilmoitettiin 81 HIV-tartuntaa, vuonna 1999 jo 143 ja vuonna 2000 luku oli 145. Suonensisäisestä huumeiden käytöstä johtuvien tartuntojen osuus on vähentynen vuoden 1999 ennätysluvusta. Kun osuus vuonna 1999 oli 60 prosenttia kaikista tartunnoista, se oli vuonna 2000 enää 40 prosenttia.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Päihde- ja raattiusasiain neuvottelukunnan laatiman 2000-luvun alkoholihojelman lähtökohtana on käsitys, jonka mukaan julkisin toimin valtakunnallisella ja paikallisella tasolla tehtävällä laaja-alaisella yhteistyöllä on mahdollista ehkäistä ja lievittää alkoholiongelmia. Neuvottelukunta painottaa yleisten asumiseen, toimeentuloon ja työllisyyteen liittyvien hyvinvointipoliittisten toimien merkitystä alkoholi ongelmien ehkäisyssä. Alkoholipoliittinen toimintaympäristö tulee maahantuontirajoitusten laajennusten myötä muuttumaan vielä ainakin vuoden 2003 loppuun saakka. Alkoholin kulutuksen ja siihen liittyvien haittojen enustetaan lähivuosina kasvavan.

Huumausaineiden vastaisen toiminnan taustalla on valtioneuvoston (22.12.1998) huumausainepoliittinen periaatepäätös. Myös poliisi on laatinut huumausaineiden vastaisen strategiansa (24.1.2000). Vaikeutuneen huumausainetilanteen johdosta valtioneuvosto päätti vuonna 2000 (5.10.2000) tehostaa huumausainepoliitikkaa. Päätöksen mukaan valtioneuvosto jatkaa huumausaineiden vastaista työtä vuonna 1998 hyväksytyin periaatepäätöksen linjausten mukaisesti.

Päätöksen mukaan tehostetaan toimenpiteitä, jotka vahvistavat yhteiskunnan huumausainekielteistä ilmapiiriä, parantavat huumeongelmiaisten hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia, lisäävät kiinnijoutumisriskiä huumausainerikoksista, varmistavat rikosvastuun toteutumista erityisesti huumausaineiden ammattimaisen laittoman maahantuonnin ja levityksen osalta sekä edistävät huumausaineiden vastaista työtä rangaistuslaitoksissa. Toimenpiteillä pyritään vähentämään sekä huumausaineiden kysyntää että tarjontaa. Tavoitteena on saada huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu pysäytetyksi.

Päihteiden käytön rajoittaminen ja hallitseminen on osa sosiaali- ja terveysministeriön lähitulevaisuuden toimintastrategiaa. Tavoitteeseen

pyritään huumausainekontrollia tehostamalla, kokeilua ja käyttöä ehkäisemällä, helpottamalla hoitoon hakeutumista ja lisäämällä ammatillista osaamista huumeongelmien hoito- ja ehkäisytyössä. Kertomuskaudella on valmistunut nuorten huumeidenkäytön ehkäisyä, huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa ja erityisesti opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja selvittäneiden työryhmien muistiot. Jälkimmäisten perusteella vuoden 2002 budjettiin on lisätty 7,5 miljoonan euron määräraha huumehoidon kehittämiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO) kiinnitetään erityistä huomiota 12–14-vuotiaiden varhaisnuorten tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisyyn. Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston kokoaminen kunnissa aloitettiin syksyllä 2000 ohjelman mukaisesti. Verkoston tehtävänä on moniammatillisen päihdetyön edistäminen paikallistasolla, tiedonvälitys kunnan ja eri sidosryhmien kesken sekä päihdestrategiatyön koordinointi.

Rikoksista, joiden taustalla on huumausainerikollisuutta voidaan mainita ajoneuvoihin kohdistuva rikollisuus kuten automurrot, luvattomat käytöt ja ajoneuvojen anastukset. Poliisin puuttumisen keinovalikoimaa on kehitetty tekijäkeskeisen tutkinnan, analyysitoiminnan ja varhaisen puuttumisen suuntaan. Ajoneuvorikosten määrä onkin laskenut viime vuoteen verrattuna. Huumausainerikostorjuntaohjelmaa jatketaan vähintään vuoden 2001 tasolla. Lisäksi valtioneuvoston periaatepäätöksessä 5.10.2000 edellytettiin 20 henkilötyövuoden uudelleenkohdentamista. Huumerikostorjuntaa pyritään tehostamaan alueellisten ja paikallisten tarpeiden edellyttämällä tavalla myös suuntaamalla jo olemassa olevia resursseja uudelleen. Poliisin käyttöön on tullut myös uusia toimivaltuuksia (valeostot ja ns. peitet toiminta) järjestäytyneen rikollisuuden ja huumausainerikollisuuden torjumiseksi.

Huume-lainsäädännössä valmistui syksyllä 2001 muutos, jonka mukaan käyttöön otetaan huumausainerikosta lievempi käyttörikosrangaistus, josta maksimirangaistus on 6 kuukautta vankeutta. Muutoksen taustalla on valtakunnansyyttäjän huoli huumausainerikoksiin liittyvien syyttämättä ja tuomitsematta jättämisen käytäntöjen valtakunnallisista eroista. Vuonna 2002 saadaan ensimmäiset tiedot siitä miten uudistus on vaikuttanut käytäntöihin.

Päihhteitä koskevat, kertomusajanjaksolla käynnistetyt uudistukset ovat kohdan 5.2 lopussa.

5.2.2 Asunnottomuus

Kunnat arvioivat vuosittain asunnottomina olevien määrää Valtion asuntorahaston keräämässä asuntomarkkinatiedustelussa. Asunnottomia koskevissa luvuissa ovat mukana ulkona ja yömajoissa olevat, erilaisissa laitoksissa ja hoitokodeissa asunnon puutteen vuoksi asuvat, vapautuvat vangit, joilla ei ole asuntoa, sekä sukulaisten ja tuttavien luona tilapäisesti asunnon puutteen vuoksi majoilevat. Luvut sisältävät siis ongelmiltaan ja elämäntilanteeltaan hyvin erilaisia ihmisiä. Osalle heistä ainoa ongelma on asunnon puute, osalla on myös paljon muita ongelmia.

Vuoden 2000 lopussa oli yksinäisiä asunnottomia noin 10 000 ja asunnottomia perheitä 780. Yksinäisistä asunnottomista ulkona, tilapäissuojissa ja yömajoissa majoili vuoden 2000 marraskuussa 1 790 henkeä, laitoksissa ja hoitokodeissa (ml. vapautuvat vangit) noin 2 410 henkeä. Sukulaisten ja tuttavien luona arvioitiin kiertelevän noin 5 790 henkeä. Koko maan tasolla luvuissa ei ole tapahtunut juurikaan muutoksia viimeisen vuoden aikana.

Yksinäisistä asunnottomista oli kasvukeskuksissa 78 prosenttia eli noin 7 800. Asunnottomista yli puolet on pääkaupunkiseudulla, heistä valtaosa eli 4 700 Helsingissä. Pääkaupunkiseudun osuus on lisääntynyt edellisiin vuosiin verrattuna. Asunnottomat perheet ovat pääosin Helsingissä. Suurimmalla osalla perheistä on ulkomaalaistausta. Naisten ja nuorten osuus yksinäisistä asunnottomista näyttää edelliseen vuoteen verrattuna hieman laskeneen. Molempiin ryhmiin kuului noin 1 750 henkilöä. Vähennystä oli 70–80 henkilöä kummassakin ryhmässä.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Ympäristöministeriö asetti 19.9.2000 työryhmän, jonka tehtävänä on vastata muun muassa hallitusohjelmassa esitettyihin, asunnottomuuden vähentämiseen liittyviin haasteisiin sekä laatia toimenpideohjelma asunnottomuuden vähentämiseksi. Työryhmä luovutti helmikuussa 2001 ehdotuksensa asunnottomuuden vähentämiseksi vuosina 2001–2003. Toimenpiteet liittyvät lähinnä tonttien saatavuuden parantamiseen, pienasuntojen tarjonnan lisäämiseen, rahoitustukien kehittämiseen, viranomaisten yhteistyön tehostamiseen, kokeilu- ja kehittämishankkeiden käynnistämiseen sekä tutkimus- ja kehittämistyön tehostamiseen. Asunnottomuuden vähentämishjelmaa on ryhdytty toteuttamaan. Ympäris-

töministeriö on asettanut työryhmän seuraamaan ehdotusten toteutusta ja huolehtimaan niiden täytäntöönpanosta.

5.2.3 Lastensuojelu

Lastensuojelutilanne

Eduskunta edellytti vuoden 2000 talousarviota hyväksyessään, että hallitus antaa viimeistään vuonna 2001 eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvointia koskevan selonteon. Koska selonteko ja sosiaali- ja terveyskertomus ajoittuvat suunnilleen samaan ajankohtaan, kertomuksessa ei ole erityisesti paneuduttu lasten ja nuorten asemaan. Seuraavassa käsitellään lähinnä eräitä lastensuojeluun liittyviä kysymyksiä. Muilta osin viitataan eduskunnalle annettavaan selontekoon.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä kasvoi koko 1990-luvun. Vuonna 1991 sijoitettuja lapsia ja nuoria oli 8 700, mikä oli 0,7 prosenttia ikäluokasta. Vuonna 2000 sijoitettuja oli 12 870 eli yli prosentti ikäluokasta. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista noin 7300 oli huostaanotettuja. Lisäksi avohuollon piirissä oli samaan aikaan jo lähes 50 000 lasta ja nuorta, mikä on 4,3 prosenttia alle 18-vuotiaista. Avohuollolla tarkoitetaan niitä tukitoimia, joilla pyritään luomaan ja ylläpitämään lapselle suotuisat kasvuolot tukemalla vanhempia ja perheen mahdollisuuksia selviytyä omatoimisesti.

Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista lähes puolet oli perhehoidossa, reilu kolmasosa laitoshoidossa ja loput muualle kuten itsenäisesti tuettuun asumiseen sijoitettuna. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen yleisempiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, jotka usein johtavat lapsen hoidon laiminlyöntiin tai perheväkivaltaan. Nykyään yhä useamman sijoituksen takana ovat myös lapsen omat ongelmat kuten kouluvaikeudet, rikollisuus tai huumeet.

Toimenpiteet

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet muutettiin laskennalliseksi. Tästä on seurannut ongelmia rahoittaa kunnissa satunnaisesti tarvittavia kalliita erityispalveluita, kuten pitkäaikaisia lastensuojelun laitossijoituksia. Ongelma on korostunut asukasluvultaan pienissä kunnissa, joissa yh-

denkin lastensuojelutapauksen kustannukset saattavat vaikuttaa merkittävästi kunnan talousarvioon.

Ongelmien vähentämiseen pyrkivä lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä on ollut voimassa 1.3.1999 alkaen. Järjestelmän tarkoituksena on tasata yksittäiselle kunnalle lastensuojelusta aiheutuva taloudellista rasitetta. Tarkoituksena on myös ohjata voimavaroja siten, että lastensuojeluasiakkaat saavat tarkoituksenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Suurten kustannusten tasausjärjestelmän toimeenpanosta huolehtivat erityishuoltopiirien kuntayhtymät. Kunnilla on oikeus saada tasausjärjestelmästä 70 prosenttia kaikista niistä lastensuojelutoimenpiteistä aiheutuneista kustannuksista, jotka on kirjattu lastensuojelulain tarkoittamaan huoltosuunnitelmaan ja jotka perhekohtaisesti ylittävät 150 000 markkaa vuodessa.

Vuoden 1999 alustavien tietojen mukaan lastensuojelun suurten kustannusten piiriin kuuluvat menot olivat ennakoarvioita suuremmat eli noin 208 miljoonaa markkaa. Kustannuksista valtio maksoi 60 miljoonaa markkaa. Menoissa oli suuria alueellisia eroja. Tasaukseen kuuluvat menot jäivät ennakoarvioita alhaisemmiksi Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Savon erityishuoltopiireissä. Arvioitua suurempia kustannukset olivat alueilla, joihin kuului suuria kaupunkeja, kuten Helsingin, Uudenmaan ja Varsinais-Suomen erityishuoltopiireissä. Todennäköisesti huumenuorten hoito lisäsi kustannuksia näillä alueilla. Pääsääntöisesti korvaukset ovat kohdistuneet laitoshuoltoon.

Se, että menot jäivät arvioitua alhaisemmiksi maaseutumaisilla alueilla, saattaa johtua alueiden vähäisemmästä tarpeesta lastensuojeluun. Lisäksi näillä alueilla on helpompi järjestää kodin ulkopuolelle sijoitettaville lapsille perhehoitopaikkoja, jotka ovat laitoshoidoa halvempia. On myös mahdollista, että pienet kunnat eivät kustannussyistä järjestä vaativaa erikoishoitoa, vaikka sitä tarvitsevia lapsia olisi.

Ensimmäisen vuoden kokemukset tasausjärjestelmästä osoittavat, että lastensuojelulain mukaisten tehtävien hoitamiseen on kunnissa kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota. Yhteistyö eri toimintasektoreiden välillä on tiivistynyt. Lainsäädäntöuudistuksen seurauksena lastensuojelun huoltosuunnitelmat tehdään entistä huolellisimmin. Toisaalta yksityiskohtainen menojen seuranta on kunnissa koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi.

Lasten ja perheiden erityispalveluista aiheutuvat kokonaismenot ovat sosiaalihuollossa noin 2 miljardia markkaa vuodessa. Tästä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten hoidon kustannukset noin 1,2 miljardia markkaa. Tasausjärjestelmän kokonaiskustannuksiksi vuosille 2000 ja 2001 on arvioitu 330 miljoonaa markkaa, mistä puolet katetaan valtion varoista.

5.2.4 Pitkäaikaistyöttömyys

Pitkäaikaisesti työmarkkinoilla olevien huono-osaisten joukko on suurelta osin 1990-luvun alun laman jälkeen työttömäksi joutuneita. Rakennemuutoksen myötä kaikki työpaikkansa menettäneet eivät ole kyenneet palaamaan takaisin pysyvästi työmarkkinoille. Erityisesti heikosti koulutetut, ikääntyneet, syrjäseuduilla asuvat ja maahanmuuttajat ovat muita useammin pitkään työttömänä.

Köyhien osuus on aivan viime vuosina hivenen vähentynyt. Köyhyyden ja syrjäytymisen keskiössä ovat kuitenkin entistä useammin pitkäaikaistyöttömät. Heidän osuutensa köyhistä on lähes 30 prosenttia, kun se vuonna 1990 oli vain 4 prosenttia. Työmarkkinatukeen oikeutettuja henkilöitä oli syksyllä 2001 noin 140 000. Heistä hiukan yli puolet oli pudonnut ansiosidonnaiselta tai peruspäivärahalta käytettyään 500 päivän enimmäismäärän loppuun. Noin kolmannes työmarkkinatukea saavista sai myös toimeentulotukea.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Suomessa on hallitusohjelmatasolla pyritty lisäämään työnteon kannustavuutta samalla syrjäytymistä torjuen. Tehtävä on ollut vaativa ja tavoitteet osin ristiriitaisia. Talousasiantuntijoiden näkemykset työnteon kannustavuuden lisäämisestä eivät aina ole käyneet yksiin sosiaaliturvan korottamista kannattavien kanssa.

Työmarkkinoilta syrjäytymistä on pyritty parantamaan myös aktiivisen työvoimapolitiikan keinoin. Toimenpidejaksot ovat katkoneet pitkäaikaistyöttömyysjaksoja niin, että yhtäjaksoisesti yli vuoden työttömänä olleiden osuus työvoimasta ja työttömistä on kansainvälisesti mitaten verrattain alhainen. Ongelmana on, että toimenpidejaksot toistuvat samoilla henkilöillä. Kiertoa näyttää olevan myös eri työttömyys-

turvajärjestelmien välillä. Huomattava osa ansiosidonnaiselta työttömyyspäivärahalta pudonneista näyttäisi palaavan takaisin ansiosidonnaisen työttömyysturvan piiriin.

Suomessa työmarkkinoilta syrjäytymisen ja köyhyyden torjumisessa on korostettu yleistä työllisyyttä edistävää talouspolitiikka sekä pyritty ottamaan huomioon ihmisten yksilöllinen tilanne samalla kun on lisätty eri osapuolten yhteistyötä. Tästä esimerkkinä ovat työvoimapolitiittisen uudistuksen 'toisen aallon' linjaukset sekä työhallinnon ja kuntien sosiaalitoimen yhdessä järjestämä kuntouttava työtoiminta ja yhteispalvelukokeilu (ks. kohdat 4.3.3 ja 4.3.4).

5.2.5 Ylivelkaantuminen

Laman jälkeisinä vuosina maksuhäiriörekisterissä on jatkuvasti ollut yli 300 000 ihmistä. Suunnilleen saman verran henkilöitä on ollut myös ulosotossa. Tilastokeskuksen tulonjakoaineistossa ylivelkaisiksi itsensä kokeneiden joukon kasvu näyttää tasaantuneen noin 100 000 kotitalouden tasolle. Tähän mennessä velkajärjestelyä on hakenut lähes 70 000 velallista. Hakemuksista on hylätty yli 9 000. Järjestelyyn on päässyt kaikkiaan noin 50 000 henkilöä.

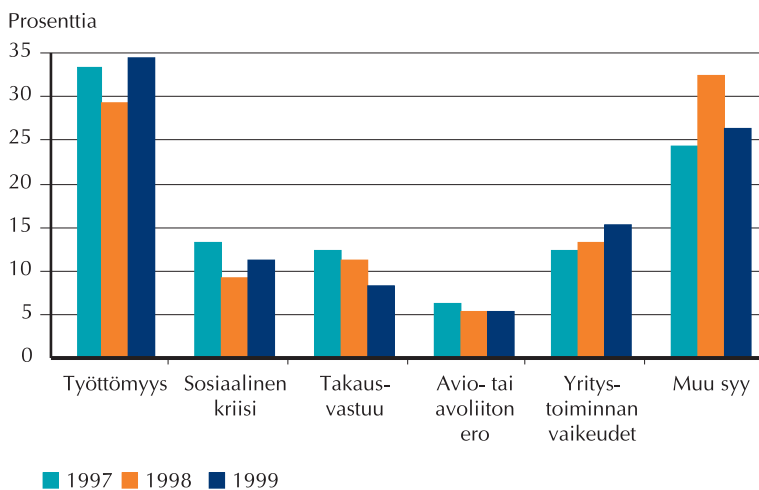
Taulukko 5.2
Eräitä ylivelkaisuuden indikaattoreita

Vuosi	Maksuhäiriömerkintäiset henkilöt	Ulosotossa olevat	Velkajärjestelyhakemukset	Ylivelkaiset kotitaloudet
1995	339 100	408 000	14 000	
1996	357 100	304 000	11 900	120 000
1997	368 000	329 000	5 200	128 000
1998	342 500	335 000	4 200	111 000
1999	314 000	316 000	3 670	99 000
2000	320 000	341 000	3 300	
2001	308 500	350 000	2 976 ¹⁹	

¹⁹Marraskuun loppuun mennessä tulleet hakemukset. Kun hakemuksia tulee kuukaudessa keskimäärin 250–300, merkinnee tämä sitä, että velkajärjestelyhakemusten määrä pysyttelee kuluvana vuonna lähes samana kuin edellisenä vuotena.

Velkajärjestelyyn hyväksytyistä maksuohjelmista oli vuoden 2000 loppuun mennessä päättynyt noin 15 000. Eri selvityksissä on pyritty arvioimaan niiden pysyvästi maksukyvyttömien velallisten määrää, jotka ovat jääneet velkajärjestelyn ulkopuolelle. Heihin kuuluvat sekä sellaiset velalliset, joiden velkajärjestelyhakemus on hylätty tai joiden maksuohjelma on rauennut, ja ne velalliset, jotka eivät syystä tai toisesta ole hakeneet velkajärjestelyä. Velkajärjestelyn ulkopuolelle jääneitä on arvioitu olevan 20 000 – 30 000. Tilastokeskuksen tulonjakotilastoissa ylivelkaantuneet kotitaloudet löytyvät alimmista tulonsaajaryhmistä, joissa heidän määränsä on selvästi lisääntynyt laman jälkeen.

Kuva 5.2
Pääsiallinen ylivelkaantumisen syy ²⁰



Merkittävin ylivelkaisuuden syy on työttömyys. Ylivelkaisiksi osoittautuvat erityisesti työntekijöiden ja pitkäaikaistyöttömien kotitaloudet. Yrittäjä- ja toimihenkilökotitalouksien osuus ylivelkaisissa on vähäinen verrattuna velkajärjestelyn saaneisiin ylivelkaisiin. Velkajärjestelyvelallisilla tavallisin velkaantumisperuste on päättäneeseen yritystoimintaan liittyvät velat. Päättäneestä yritystoiminnasta velkaantuneiden velkojen määrä on myös keskimääräistä suurempi. Myös yritystoiminnan vaikeudet ylivelkaantumisen syynä ovat olleet selvästi kasvussa.

Ylivelkaantuminen on yhä nuorempien ikäryhmien ongelma. Kolmekymmentävuotiaat ja sitä nuoremmat muodostavat jo kolmanneksen kaikista ylivelkaisista, kun heidän osuutensa laman vuosina oli vajaa viidennes. Alle kolmekymmentävuotiaat velkaantuvat nyt kodinperustamiseen liittyvien lainojen ja hankintojen, opinto-velkojen, kulutusluottojen ja useiden eri tyyppisten rästimaksujen kautta. Nuorten velkaantuminen kuvaa sekä heidän heikentyneitä asemaansa työmarkkinoilla että vaikeutta ylipäättään yhteiskuntaan sijoittumisessa.

Ne velalliset, joiden velkoja ei ole järjestelty velkajärjestelyssä, ovat ulosottovelallisina, mikäli heillä on ulosmittauskelpoista varallisuutta tai tuloa. Suomalainen ulosottolaitos toimii suhteellisen tehokkaasti. Pahoin ylivelkaantuneen velallisen velkavastuu ei välttämättä piene. Pahimmillaan henkilön palkasta tai eläkkeestä ulosmitattu osuus ei riitä lainkaan lyhentämään velkapääomaa, vaan kaikki ulosmitattu menee viivästyskorkoon. Seurauksena voi olla elinikäinen ulosottomenettely.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Velkajärjestelylaki on ollut merkittävä etenkin suurivelkaisten (yrittäjien ja takaajien) ylivelkaisuusongelmien ratkaisijana. Velkajärjestelyn muutos- ja raukeamishakemukset kuitenkin osoittavat, että velkajärjestelyyn päässeillä on myös runsaasti toimeentulo- ym. ongelmia. Velkajärjestelystä hylättyjen määrät taas viittaavat siihen, että velkajärjestelyä tulisi edelleen kehittää myös niiden kohdalla, joilla järjestelmän piiriin pääsemisen rasitteena ovat ns. estesytyt. Velallisen hyväksyttävien elinkustannusten määrää on korotettu 15.4.2001 voimaantulleella oikeusministeriön asetuksella (322/2001) velallisen maksukykyyn arvioinnin perusteista yksityishenkilön velkajärjestelyssä.

Velkaneuvonnan järjestäminen oli aikaisemmin vapaaehtoista. Useimmiten velkaneuvontaa ovat antaneet kunnat, joille oikeusministeriö on maksanut korvausta tehtävän hoitamisesta. Laki talous- ja velkaneuvonnasta (713/2000) tuli voimaan 1.9.2000. Velkaneuvonnassa selvitetään nykyisin huomattava määrä sellaisia velkaantumisongelmia, jotka eivät näy velkajärjestelyhakemustilastoissa. Maksuttomassa neuvonnassa annetaan yksityishenkilöille tietoja ja neuvontaa talouden ja velkojen hoidosta, avustetaan heitä taloudenpidon suunnittelussa, selvitetään velallisen talouteen liittyvien ongelmien ratkaisumahdollisuuksia

ja avustetaan velallista tämän sovintoneuvotteluissa velkojien kanssa. Neuvonnassa avustetaan velallista myös velkajärjestelyasian hoitamisessa.

Sosiaalisen luototuksen tarkoituksena on ehkäistä taloudellista syrjäytymistä ja velkaantumista sekä edistää henkilön työllistymistä ja kuntoutumista sekä itsenäistä suoriutumista. Luottoa on kokeiltu sekä kuntien toimintana että Takuu-Säätiön toimintana kolmivuotisena projektina. Sosiaalinen luotto voidaan myöntää henkilölle, jolla on kyky suoriutua hänelle myönnetyn luoton takaisinmaksusta, mutta jolla ei ole tulojensa ja varallisuutensa vähäisyyden, vakuuksien puuttumisen tai muun syyn vuoksi mahdollisuutta saada kohtuuehtoista luottoa. Sosiaalista luottoa voidaan myöntää velkojen järjestelyyn, työllistymistä edistäviin hankintoihin, asumisen turvaamiseen liittyviin menoihin, kotiin liittyviin hankintoihin, elämänsä kriiseistä aiheutuvien taloudellisten ongelmien nopeaan hoitamiseen, ja muihin hakijan itsenäisen selviytymisen kannalta perusteltuihin menoihin.

Sosiaalisen luototuksen kolmivuotisesta (1999–2001) kokeilusta saatujen tulosten ja kokemusten perusteella sosiaalisen luototuksen kuntakokeilun johtoryhmä ehdottaa, että sosiaalinen luotto liitettäisiin osaksi kunnan sosiaalihuoltoa ja sosiaalisesta luototuksesta säädettäisiin erillisellä lailla. Kunnat vastaisivat luototukseen tarvittavasta pääomasta ja luottotappioista, joiden rahoittamiseen valtio ei osallistuisi. Valtion rahoitus kunnille sosiaalisen luototuksen toimeenpanosta aiheutuvien kuluihin selvitetään vuoden 2002 aikana.

Sosiaalisen luototuksen vakiinnuttaminen koko maahan tapahtuu toimeenpanoprojektin avulla vuosina 2002–2003 ja toimeenpanosta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Toimeenpanoprojektin tehtävänä on laatia sosiaalisen luototuksen valtakunnallisen ohjeistus, antaa kunnille konsultatiivista apua ja ohjausta sekä tukea kuntien henkilöstön koulutusta sosiaalisen luototuksen käynnistämävaiheessa. Toimeenpanoprojektin aikana jatketaan sosiaalisen luototuksen kuntakokeilussa aloitettua talousneuvonnan kehittämistä ja seurataan luottojen takaisinmaksua.

Ulosoton suojaosuuksiin on tehty asetuksella taso- ja indeksikorotukset (10 %), jotka tulivat voimaan 1.1.2001.

Ylivelkaantumista koskevat, kertomusajanjaksolla käynnistetyt uudistukset ovat kohdan 5.2 lopussa.

5.2.6 Väkivalta ja turvattomuus

Henkirikosten määrä on pysynyt samansuuruisena vuodesta 1990. Viime vuonna niitä oli 146. Sen sijaan henkirikosten yritykset ovat vuodesta 1990 lisääntyneet. Niitä oli viime vuonna 333, mikä on 89 enemmän kuin 1990. Väkivaltarikoksista erityisesti pahoinpitelyjen ja ryöstöjen määrä on viime vuosina lisääntynyt. Viime vuonna kirjattiin pahoinpitelyjä 28 000, mikä on noin 6 000 enemmän kuin vuonna 1995. Ryöstöjen määrä oli 2 600, mikä on 400 enemmän kuin vuonna 1995. Törkeiden yksilöön kohdistuvien rikosten määrä oli 1997–1999 samalla tasolla eli 2900 vuodessa.

Yleisten paikkojen turvallisuutta mittaava katuturvallisuusindeksi on laskenut vuodesta 1997 lähtien. Syynä tähän on ryöstöjen ja pahoinpitelyjen määrän kasvu. Kansalaisten turvallisuuden tunne ei kuitenkaan ole heikentynyt. Pahoinpitelyistä tapahtui viime vuonna yleisellä paikalla 10 000, liikekeskuksissa 2 200, ravintoloissa 4 200, yksityisessä asunnossa 8 000 ja muussa yksityisessä paikassa 3 000.

Pahoinpitelyrikosten määrä näyttää vähentyneen 3 prosenttia tämän vuoden kuuden ensimmäisen kuukauden aikana, jolloin niitä tuli poliisin tietoon 13 000. Törkeät pahoinpitelyt ovat kuitenkin lisääntyneet. Niitä oli 1086, mikä on seitsemän prosenttia enemmän kuin vuonna 2000. Kotihälytystä koskevia tehtäviä poliisille ilmoitettiin viime vuonna 52 000. Tämän vuoden arvio on samansuuruinen. Suurin osa perheväkivallasta kohdistuu naisiin. Lähestymiskieltoja määrätään noin 100 kuukaudessa.

Lukuja arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että esimerkiksi kotihälytyksiä koskevissa luvuissa voi olla samasta kohteesta useita kertoja tehtyjä hälytyksiä tai että esimerkiksi huumeiden käytön rahoittamiseksi tehtävät ryöstöt tai varkaudet voivat olla samojen tekijöiden tekemiä.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Poliisin toimintoja ohjaava keskeinen asiakirja on valtioneuvoston (4.3.1999) vahvistama kansallinen rikosentorjuntaohjelma. Rikostorjunnan painopistealueita ovat väkivalta- ja huumeainerikokset sekä huumeiden käytöstä aiheutuvat omaisuusrikokset. Poliisi pyrkii siihen, että väkivaltarikollisuuden määrän laskisi pysyvästi keskimääräiselle eurooppalaiselle tasolle. Poliisi seuraa lähestymiskieltoain toimivuut-

ta. Esitys laiksi väkivaltaisen henkilön häätämiseksi yhteisestä asunnosta on valmisteilla oikeusministeriössä.

Poliisin perheväkivallan ehkäisyyn pyrkivä toimintaohjelma valmistui vuoden 2001 alussa. Erityistä huomiota kiinnitetään poliisin perus- ja jatkokoulutukseen ja toimintatapoihin sekä yhteistyöhön viranomaisten ja vapaaehtoisjärjestöjen kuten esimerkiksi turvakotien ja rikosuhripäivystyksen kanssa. Tavoitteena on, että kiireisissä tehtävissä (A-luokka) keskimääräinen poliisin toimintavalmiusaika olisi enintään 13 minuuttia.

Rikosuhritoimikunnan mietintö valmistui kesällä 2001. Mietinnössä on selvitetty rikoksen uhrin nykyistä asemaa ja tehty ehdotuksia viranomaisten toimenpiteiden yhtenäistämiseksi. Tavoitteena on rikoksen uhrin aseman kokonaisvaltainen parantaminen. Toimikunta ehdottaa laajennettavaksi asianomistajan oikeutta saada valtion varoista korvaus oikeudenkäyntiavustajalle maksettavasta palkkiosta. Väkivaltarikosten terveydenhoitokulujen korvaamista ehdotetaan nopeutettavaksi. Asianomistajan turvallisuuteen ja tukemiseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Oikeusministeriön kaksivuotinen nuorten tekemien rikosten nopeutetun käsittelyn kokeilu, jossa poliisi on aktiivisesti mukana, päättyi vuoden 2001 lopussa. Kokeilupaikkakuntia olivat Helsinki, Tampere, Turku, Vaasa ja Joensuu. Kokeilun tulosten mukaan prosessin kulku on nopeutunut ja eri tahojen yhteistyö on tehostunut. Erityistä huomiota on kiinnitetty nuorten tekemien rikosten osalta varhaiseen puuttumiseen, yhteistoimintaan viranomaisten ja järjestöjen kanssa sekä rikosten sovittelemisen kehittämiseen. Sosiaalityöntekijän sijoittumisesta työskentelemään poliisilaitoksessa on saatu hyviä kokemuksia.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön viisivuotinen hanke (1998–2002) naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisemiseksi toteutetaan Stakesissa. Hanke on osa hallituksen tasa-arvo-ohjelmaa ja koostuu kahdesta eri projektista, joilla on yhteinen johtoryhmä. Projektilla on 12 alueellisesti toimivaa työryhmää ja kuusi asiantuntijajaostoa, joilla on omat erityisalueensa.

Väkivallan ehkäisyprojektissa on tähän mennessä panostettu hyvien käytäntöjen kehittämiseen väkivaltaan liittyvän työn ammatillisissa käytännöissä, paikallisen ja alueellisen työn edistämiseen, sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattilaisten sekä poliisien koulutukseen. Li-

säksi projekti on osallistunut lainsäädännön kehittämiseen ja toteuttanut tiedotuskampanjan pääkaupunkiseudulla. Jatkossa painopistealueina tulee olemaan hyvien, väkivallan ehkäisyyn ja väkivaltaan puuttumiseen liittyvien toimintamallien levittäminen, sekä erityisesti kansainvälisten väkivallan ehkäisytyöhön kehitettyjen standardien soveltaminen Suomessa.

Väkivallan ehkäisyä ja palveluja kehitettiin vuonna 2000 ja 2001 yhteensä yli 30 pilottihankkeessa. Hankkeissa on kehitetty muun muassa; koulujen työmenetelmiä lapsen tai nuoren kotona tapahtuvan väkivallan tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen; väkivaltaa koskevan opetussuunnitelma- ja opetustyön käynnistämistä sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluissa ammatillista opetusta tukemalla; kokemuksellisen tiedon välittämistä taiteiden keinoin parisuhde- ja perheväkivalta; väkivallan ehkäisyn ja hoidon saumatonta palveluketjua väkivallan uhreille ja tekijöille (PALMA-projekti). Lisäksi on pyritty välittämään ammattilaisille tietoa väkivallan yleisyydestä ja vaikutuksista, vahvistamaan suuren yleisön väkivallan vastaisia asenteita ja vaikuttamaan naiskuvaan ja naisten asemaan.

Prostituution ehkäisyprojekti on toteuttanut sille annettua seuranta-tehtävää kartoittamalla prostituutiota ilmiönä Suomessa ja lähialueilla. Projektissa on tehty kenttäseuranta sekä pyritty selvittämään seksiteollisuudesta välillisesti hyötyvien tahojen saamaa rahallista hyötyä. Naiskaupan vastaisen pohjoismaisen kampanjan suunnittelutyö on meneillään. Projekti osallistuu internetin kautta mahdollistuvan lasten seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyyn yhteistyössä lastensuojelujärjestöjen kanssa.

Hankkeen koulutus- ja oppimateriaalijaoksen suunnittelema, osin oikeudellisen jaoksen toimittama, ammattikorkeakouluille tarkoitettu oppimateriaali naiseen kohdistuvasta väkivallasta valmistuu vuonna 2002. Materiaalia on kokeiltu neljän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opetuksessa. Materiaaliin pohjautuvista kouluttajakoulutuksista neuvotellaan muun muassa poliisiammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeella on laajat kansainväliset yhteydet ja siitä on valmistunut useita tutkimuksia, selvityksiä ja oppaita. Lisätietoja: www.vakivalta.net

Turvattomuutta ja väkivaltaa koskevat, kertomusjaksolla käynnistetyt uudistukset ovat kohdan 5.2 lopussa.

5.2.7 Syrjäytyminen moniongelmaisuuksena

Työmarkkinoilta syrjäytyminen korreloi monessa tapauksessa köyhyyden ja muiden sosiaalisten ongelmien kanssa, vaikka yksittäisten syiden ja ongelmien välinen yhteys on usein vaikeasti todettavissa. Tutkimukset osoittavat, että yli kolme vuotta jatkunut työttömyys samanlaisen heikon taloudellisen toimeentulon ja sosiaalisen tuen puuttumisen kanssa moninkertaistaa sairastumisriskin.

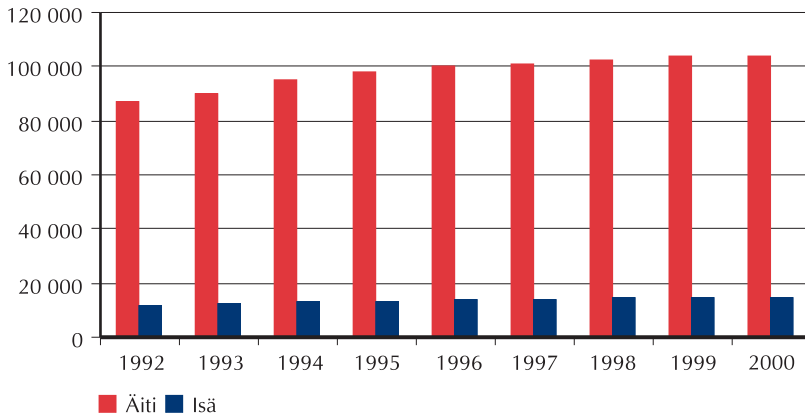
Myös velkajärjestelyssä olevien henkinen, sosiaalinen ja taloudellinen tilanne on usein ja pitkäaikaisesti huomattavan huono. Vantaalla tehdyn tutkimuksen mukaan 40 prosentilla velkajärjestelyssä olevista oli edelleen vaikeuksia velanhoidossa. Samoin 40 prosenttia tutkimukseen vastanneista oli nähnyt nälkää viimeisen vuoden aikana. Terveystensä huonoksi kokeneiden osuus oli kaksi kertaa suurempi kuin väestössä keskimäärin. Puolella maksuohjelmaa noudattavista oli mielen-terveydellisiä ongelmia (väestössä 16 %:lla). Itsemurhan tekemistä oli ajatellut 22 prosenttia kun vastaavasti väestössä tätä oli ajatellut vajaa kolme prosenttia.²¹

Suurin osa lähinnä tulonsiirtojen varassa elävistä työikäisistä kotitalouksista on yksin asuvia tai yksinhuoltajatalouksia. Useimmat näistä ovat työttömiä tai eläkeläisiä (ks. kohta 4.2.1). 1990-luvun alussa työikäisen väestön keskimääräiset reaalitytulot laskivat kaikissa perhetyypeissä. Vaikka tulot muissa ryhmissä alkoivat lähentyä lamaa edeltänyttä tasoa vasta 1990-luvun puolivälissä, yksinhuoltajien tulot eivät muista ryhmistä poiketen ole viime vuosina juurikaan kasvaneet. Yksinhuoltajatalouksien suhteellinen köyhyysaste²² on 1990-luvun jälkipuoliskolla kasvanut. Koska tulonsiirroilla on yksinhuoltajatalouksissa suuri merkitys, toimeentuloturvaetuksien kehityksellä suhteessa yleiseen ansiokehitykseen on erityisen suuri merkitys yksinhuoltajien köyhyysasteeseen.

²¹ Tutkimuksen kohteena olleista velallisista noin joka kolmannelta on poistettu maksuvelvollisuus kokonaan. Heidän taloudelliset ongelmansa eivät varsinaisesti velkoihin liittyvästä maksuvelvollisuudesta, vaan ilmeisesti puutteellisesta toimeentuloturvasta.

²² Köyhyysraja = 50 % mediaanitulosta

Kuva 5.3
Yksinhuoltajat vuosina 1992–2000



Pitkään on tiedetty, että kotitaustalla on merkitystä sekä koulutukseen hakeutumiseen, että siihen millaiseen asemaan ihminen myöhemässä elämässään päätyy. Köyhyyden ja huono-osaisuuden ylisukupolvisuudesta on viime vuosina esitetty myös tutkimuksellista näyttöä. Riskit huono-osaisuuteen ja taloudellisiin vaikeuksiin näyttävät kasvavan mukaan, mitä vaikeammat lähtökohdat henkilöllä on taloudellisessa mielessä ollut jo lapsuudessaan.

Työttömyyden suhteen kasvava riski näyttäisi olevan niillä, joiden lapsuuden kodissa jouduttiin turvautumaan toimeentulotukeen. Erityisen selkeästi tämä korostuu pitkäaikaistyöttömyyteen nähden. Jos vanhemmat ovat olleet pitkäaikaistyöttömiä, riski lasten huono-osaisuuteen kasvaa selkeästi. Ne, joiden lapsuutta luonnehtivat pitkäaikaiset taloudelliset vaikeudet ja toimeentulotuki/huoltoapu, ovat selvästi muita useammin kokeneet oman taloutensa heikkenemistä ja myös odottivat tällaisen kehityksen jatkuvan. Erityiseksi haasteeksi nouseekin, miten esimerkiksi taloudellisesti vaikeassa asemassa olevien perheiden lasten kohdalla voitaisiin välttää näiden riskien toteutuminen.

Syrjäytymistä voidaan tarkastella myös sen perusteella, miten paljon väestö joutuu turvautumaan epäviralliseen apuun, jolloin oletuksena on, ettei virallinen järjestelmä ole pystynyt tarjoamaan riittävästi apua. Epävirallisen avun saajien määrää ei ole kovin tarkasti tilastoitu. Vuosikymmenen vaihteessa käytti ainakin kertaluonteisesti epävirallista apua arviolta 100 000 kotitaloutta. Myös epävirallisen avun perus-

teella näyttää siltä, että niin sanottu laaja köyhyys on vähentynyt vaikkakin viiveellä verrattuna esimerkiksi toimeentulotuen saajien määrään.

Tyypillisen epävirallisen avun tarvitsija on edelleen työmarkkinatuella oleva työtön. Tärkein yksittäinen avun hakemisen syy – niissä tapauksissa, joissa se on selvitetty – liittyy asumiskustannuksiin. Myös ylivelkaantuneita on edelleen avun hakijoina. Epävirallisen avun saajien perusteella voidaan sanoa, että pitkäaikaisesti pelkän perusturvan varassa elävät ovat melko tiukoilla. Ylivelkaantumisen ohella voi puhua eräänlaisesta pienvelkaisuudesta, jossa laskut kasaantuvat ja sinnitellään osamaksukierteessä. Kulutustalous on koko ajan etupainotteinen. Suurempia, keskimäärin useampien tuhansien markkojen suuruisia avustuksia jakavien rahastojen kuten Kirkon diakoniarahaston ja Punaisen Ristin katastrofirahaston hakijoiden määrä onkin edelleen kasvussa

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Asunottomuus, päihde- ja/tai huume-ongelmat, työttömyys erityisesti pitkäaikaisena, taloudellinen huono-osaisuus, sairaudet, perheväkivalta, lastensuojelun tarve ja niihin mahdollisesti liittyvät muut ongelmat muodostavat ongelmakokonaisuuksia, joiden ratkaisemisessa sekä yksittäisten ihmisten että viranomaisten voimavarat ovat riittämättömiä. Seuraavassa on esitetty eräitä keskeisimpiä vaikeimpien ongelmatilanteiden ratkaisemiseen pyrkivistä toimenpiteistä. Hallituksen toimenpiteitä taloudellisen huono-osaisuuden vähentämiseksi on käsitelty kohdissa 4.2.2 ja 4.2.3.

Keskeisin palvelu, jonka avulla ongelmatilanteisiin pyritään vaikuttamaan ja jonka kautta ongelmatilanteet tulevat viranomaisten tietoon, on kunnissa tehtävä sosiaalityö. TATO:ssa 2000–2003 edellytetään, että kunnat varmistavat riittävät voimavarat sosiaalityöhön siten, että 2000 asukasta kohden on vähintään yksi sosiaalityöntekijä.

Suosituksen toteutumista ei ole koko maassa seurattu. Etelä-Suomen lääninhallituksen kartoituksen mukaan suositus toteutuu nyt kunnissa huonommin kuin vuonna 1998. Vaikka asiakastyötä tekevien määrä on lisääntynyt, on siihen osallistuvien esimiesten määrä vähentynyt niin paljon, että sosiaalityön kokonaishenkilöstöresurssit ovat vähentyneet. Samaan aikaan koko läänin asukasluku on kasvanut selvästi. Vaihtelu kuntien välillä on suurta. Heikoin tilanne näyttää olevan keskikokoisissa (2000 – 10 000 asukkaan) kunnissa, joissa on eniten vähennetty asia-

kastyöhön osallistuvien esimiesten määrää. Joissakin pienissä kunnissa sosiaalityöntekijöitä ei ole.

Yksi kuntien sosiaalityötä kehittävästä keskeisistä toimenpiteistä kertomusajanjaksolla on ollut sosiaalityön koulutuksen sisällön kehittäminen, uusimpana sosiaalityön ammatillisen lisensiaattitutkinnon koulutus. Ensivaiheessa koulutus käynnistyi lasten ja nuorten kysymyksiin erikoistuvissa opinnoissa. Koulutus laajentui vuoden 2001 alusta marginaalisaatiokysymysten ja kuntouttavan sosiaalityön erikoisaloihin. Sosiaalialan ammattikorkeakoulut ovat keskenään sopineet sosionomi (AMK) tutkintoon johtavan koulutuksen ydinosamisalueista. Tarkoituksena on, että tällä tavalla varmistetaan ammattikorkeakoulusosionomeille sosiaalityön vähimmäistason osaaminen.

Sosiaalihuollon tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämis- eli STEAM-projektin tavoitteena on löytää sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden välisiä uusia työ- ja toimintakäytäntöjä ja turvata sosiaalityöntekijöiden työpanos vaativaan sosiaalityöhön. Projekti on käynnistynyt 1.3.2001 ja jatkuu 28.2.2004 asti.

Vuonna 2001 on jatkettu Verkostoituvien erityispalvelujen kehittämistä koko maassa. Maahan on myös perustettu yhdeksän sosiaalialan osaamiskeskusta. (Ks. kohta 6.2.2) Nämä kaksi palveluhanketta toimivat läheisesti yhdessä ja ovat etenkin pienten kuntien sosiaalityön kannalta tärkeitä. Niiden avulla pienet kunnat voivat saada käyttöönsä erityisosaamista tilanteissa, joissa oman kunnan resurssit eivät riitä.

Epävirallinen apu voi olla taloudellista avustamista tai henkistä tukea. Tärkeimmät epävirallista apua jakavat organisaatiot ovat evankelis-luterilainen kirkko, Suomen Punainen Risti ja Pelastusarmeija. Avun tarjonta on parin viime vuoden aikana tasaantunut ja pikemminkin käänntynyt laskuun kuin lisääntynyt. Suoria päätelmiä avun tarpeen vähentymisestä ei tästä kuitenkaan voi tehdä, sillä kuva on edelleen melko ristiriitainen ja paikkakuntaakohtaiset vaihtelut ovat suuria. Monin paikoin hakijoiden määrä on pysynyt edelleen melko suurena, eikä sanottavaa vähentymistä ole tapahtunut.

KERTOMUSAJANJAKSOLLA KÄYNNISTETYT UUDISTUKSET

PÄIHTEET

Huumausaineiden käytön ehkäisyssä ja torjunnassa on kertomusajanjaksolla keskusteltu paljon huumetestien asemasta. Keskeinen johtopäätös on ollut, että ainakin ns. huumesulojen osalta asiaa tulisi ohjeistaa lainsäädännön tasolla. Asiaa sekä koulu- että työterveydenhuollossa tarkastellut huumetestityöryhmä jätti väliraporttinsa kesäkuussa 2001. Vuoden 2002 alkupuolella jätettävä työryhmän muistio tulee sisältämään myös asiaan liittyviä lainsäädäntöehdotuksia.

Päihdehuollon palvelujen laatuvaatimuksia valmisteleva asian tuntijatyöryhmä perustettiin toukokuussa 2001 ja sen on tarkoitus saada työnsä valmiiksi kesäkuun loppuun mennessä vuonna 2002.

Oikeusministeriö on asettanut toimikunnan valmistelemaan sopimushoitoa koskevaa lainsäädäntöä. Sopimushoito olisi tarkoitettu lähinnä sellaisille rikoksiin syyllistyneille henkilöille, joiden tekemiin rikoksiin alkoholin tai huumausaineen väärinkäytön katsotaan merkittävästi vaikuttaneen ja joiden voidaan olettaa noudattavan heille osoitettua hoito-ohjelmaa. Toimikunnan on muun muassa selvitettävä, millaista hoitoa sopimushoitoon voidaan sisällyttää, miten ja missä hoito pannaan täytäntöön, mitkä ovat sopimushoidon kustannusvaikutukset ja mitkä tahot niistä vastaavat.

Seuraamuksen keskeinen kohderyhmä olisivat ne rikoksentehtäjät, joita päihdeongelman vuoksi ei voida tuomita yhdyskuntapalveluun. Sopimushoitoa selvitettäisiin vankeusrangaistuksen vaihtoehtona. Hoitosopimuksen rikkomisesta seuraisi vankeus tai lievissä tapauksissa muu seuraamus. Lisäksi olisi selvitettävä mahdollisuus liittää sopimushoito ehdolliseen vankeuteen yhdyskuntapalvelua vastaavalla tavalla. Sopimushoitoon tuomitseminen edellyttäisi syytetyn suostumusta ja sitoutumista tuomiossa määrättyyn hoitosuunnitelmaan ja muihin ehtoihin. Toimikunnan on määrä saada työnsä valmiiksi vuoden 2002 alkupuolella.

YLIVELKAISUUS

Oikeusministeriössä on käynnistetty hanke velkajärjestelylain muuttamiseksi siten, että ainakin osa velkajärjestelyn ulkopuolelle jääneistä velallisista pääsisi velkajärjestelyn piiriin. Hanke perustuu velkajärjestelylain toimivuudesta suoritettuun arviointiin. Määräaika ehdotukselle on 31.3.2002.

Ulosottolainsäädännön uudistusesitykseen sisältyvät säännökset ulosotto-perinnän määräaikaisuudesta (HE 216/2001). Säännöksillä tavoitellaan kohtuullista ratkaisua erityisesti niiden velallisten asemaan, jotka ovat taloudellisessa ahdingossa, mutta jäävät eri syistä velkajärjestelyn ulkopuolelle. Esityksen mukaan maksutuomio olisi täytän-

töönpanokelpoinen 15 vuoden ajan. Jos velkojana olisi kuitenkin yksityinen henkilö tai rikoksen johdosta vahinkoa kärsinyt asiassa, jossa on tuomittu vankeutta tai yhdyskuntapalvelua, määräaika olisi 20 vuotta. Määräaika lasketaan siitä, kun yksipuolinen tuomio taikka lainvoimaiseksi tullut tuomio tai muu ulosottoperuste on annettu. Esitys on osa laajaa ulosoton uudistusta, johon sisältyy myös velkojatoimia koskevia parannusehdotuksia. Uudistus tulisi osin voimaan maaliskuussa 2003.

Velan vanhentumista koskevan lainsäädännön uudistamista koskevan toimikunnan mietintö valmistui kesällä 2001 (KM 2001:4). Mietinnössä ehdotetaan yleisen vanhentumisajan lyhentämistä sekä säännöstä ns. lopullisesta vanhentumisesta. Sen mukaan velat vanhentuivat 15 vuodessa lainvoimaisen tuomion antamisesta tai viimeistään 20 vuodessa velan erääntymisestä. Käytännön vaikutuksiltaan velan vanhentuminen vastaisi varsin pitkälle edellä esitettyä ulosottoperusteen määräaikaisuutta.

Koska ulosottolain uudistusesitys on annettu eduskunnalle, ei velan lopullista vanhentumista koskevaa ehdotusta ole tarkoitus toteuttaa. Muilta osin hallituksen esitys voitaisiin antaa syksyllä 2002. Vanhentumisajan lyhentäminen edistäisi velkasuhteiden selkeyttä ja oikea-aikaista perintää.

Korkolainsäädännön uudistaminen (HE 232/2001) on vireillä EY:n maksuviivästysdirektiivin (2000/35/EY) täytäntöönpanon vuoksi. Viivästyskorkoa koskevia säännöksiä ehdotetaan muutoinkin tarkistettaviksi. Kulutus- ja asuntoluotoista saisi periä enintään lakisääteistä viivästyskorkoa. Lakisääteisen viivästyskoron määrä olisi sidottu EKP:n ohjauskorkoon ja sen taso olisi viimeisten korkopäätösten jälkeen 10,5 %. Uudistuksella pyritään parantamaan velkavaikeuksissa olevien yksityishenkilöiden asemaa.

Valtaosassa ulosottoveloista viivästyskorko on 16 tai 18 %. Ehdotuksen mukaan yksityishenkilöiltä perittävää viivästyskorkoa voitaisiin kohtuullistaa nykyistä useammin. Erityistä huomiota kiinnitetään niihin velallisiin, jotka ovat velkaantuneet ennen vuonna 1995 toteutettua korkolain muutosta ja joilta edelleen peritään nykytasoa selvästi korkeampaa viivästyskorkoa. Sovittelu olisi mahdollinen, jos kertyneiden viivästyskorkojen määrä on kohtuuttoman suuri velallisen taloudelliseen asemaan nähden. Sovittelun piiriin tulisivat kaikki yksityishenkilöiden velat mukaan lukien vahingonkorvaus- ja takausvelat, joissa viivästyskorkoa ei nykyisin voida sovitella.

Korkolain uudistukseen liitettäisiin taannehtivia vaikutuksia, joiden mukaan uusia säännöksiä sovellettaisiin myös ennen lain voimaantuloa syntyneisiin velkoihin. Tämä johtaisi huomattavaan viivästyskoron alentumiseen useimmilla lama-aikana velkaantuneilla yksityishenkilöillä. Ennen lainmuutosta kertyneeseen viivästyskorkoon voitaisiin kuitenkin puuttua vain sovittelun kautta. Lainmuutoksen on tarkoitus tulla voimaan viimeistään 1.5.2002.

TURVATTOMUUS JA VÄKIVALTA

Oikeusministeriö on asettanut 10.10.2001 toimikunnan, jonka tehtävänä on tarkastella nuoria rikoksentekijöitä koskevan seuraamusjärjestelmän uudistamistarpeita laaja-alaisesti. Toimikunnan tulee selvittää nuorisorikollisuuden tämänhetkinen tila sekä erityisesti arvioida nuorisorikollisuuden kehittymistä seuraavan kymmenen vuoden aikana. 15–17-vuotiaiden rikollisuuden lisäksi tulee huomioida rikosoikeudellista vastuukärajaa nuorempien tekemät rangaistavaksi säädettyt teot sekä jo täysi-ikäisyyden saavuttaneet nuoret aikuiset. Tarkasteltavana on rikosoikeudellinen syyntakeisuusikäraja, nykyinen nuoria koskeva oikeudenkäynti- ja seuraamusjärjestelmä uudistamistarpeineen, sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvä tukitoiminta sekä eri tahojen yhteistoiminta. Toimikunnan on saatava työnsä päätökseen 31.12.2002 mennessä.

Pohjoismaiden ministerineuvoston tasa-arvovirkamieskomitea on asettanut 2001 työryhmän selvittämään naiskaupan laajuutta ja kartoittamaan naiskauppaa koskevat pohjoismaiset hankkeet. Työryhmän tulee myös ehdottaa yhteistä määritelmää naiskaupalle. Tasa-arvoministerit ovat sopineet yhteisestä vuonna 2002 toteutettavasta informaatiokampanjasta. Kampanjaa varten perustetaan työryhmä, johon kuuluu kaksi edustajaa kustakin pohjoismaasta, Virosta, Liettuasta ja Latviasta.

SYRJÄYTYMINEN MONIONGELMAISUUTENA

Vuonna 2001 käynnistyneessä sosiaalityön e-konsultaatiohankkeessa on tarkoitus luoda verkkoon kanava, josta yksittäiset sosiaalityöntekijät voivat saada tietoja, neuvoja ja ohjeita ja käydä keskustelua toisten alan ammattilaisten kanssa. Hanke täydentää sosiaalityöntekijän tietojen saantia ja mahdollistaa konsultoinnin muiden alan asiantuntijoiden kanssa.

6

Sosiaaliset olot ja kansanterveys globaalin, alueellisen ja paikallisen toiminnan kohteena

6.1 Sosiaali- ja terveystalitiikan kehitys kansainvälisillä foorumeilla

Suomi on raportointikaudella osallistunut useisiin terveyttä ja sosiaalisia hyvinvointia välillisesti tai suoranaisesti edistäviin kansainvälisiin prosesseihin. Näihin kuuluvat muun muassa kesäkuussa 2000 järjestetty YK:n yleiskokouksen naisten asemaa ja sosiaalista kehitystä koskeneet Peking+5 ja Kööpenhamina+5-erityisistunnot, kesäkuussa 2001 järjestetty YK:n yleiskokouksen HIV/AIDS-erityisistunto sekä YK:n yleiskokouksen lapsen asemaa koskevan erityisistunnon valmistelut. Oman mainintansa ansaitsevat myös Durbanin rasminvastainen maailmankonferenssi sekä Johannesburgissa elo-syyskuussa 2002 järjestettävän kestäväen kehityksen huippukokouksen valmisteluprosessi.

Kaikissa näissä prosesseissa on pyritty edistämään yleisiä ihmisoikeuksia ja tasa-arvoa, pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan periaatteita sekä sellaisia toimenpiteitä, joilla voidaan poistaa köyhyyttä ja ehkäistä erityisesti haavoittuvimmassa asemassa olevien ryhmien syrjäytymistä. Kertomuskaudella valmistui raportti Terveystalan kansainvälinen yhteistyö – suunta ja linjaukset (STM 200:19). Euroopan Unionin ja Euroopan neuvoston jäsenenä Suomi oli osaltaan vaikuttamassa yhteisössä toteutettuihin sosiaali- ja terveystalitiittisiin linjauksiin ja toimenpiteisiin. Terveyttä ja sosiaalista kehitystä on edistetty myös kehitysyhteistyön keinoin sekä lähialueyhteistyössä.

6.1.1 YK ja sen erityisjärjestöt

YK:n vuosituhatjulistus sisältää ne kokonaisvaltaiset rauhaan, turvallisuuteen ja kehitykseen liittyvät tavoitteet, jotka ohjaavat myös Suomen toimintaa kansainvälisillä forumeilla.

Naisten ihmisoikeuksien ja tasa-arvon edistäminen on yksi Suomen ihmisoikeus- ja ulkopolitiikan prioriteeteista. Kesäkuussa 2000 pidetyssä YK:n yleiskokouksen naisten asemaa koskevassa erityisistunnossa (ns. Peking+5-kokous) saavutettiin useita Suomen ja EU:n kannalta tärkeitä tavoitteita. Niiden saavuttaminen edellyttää aktiivisia toimenpiteitä jatkossa myös kansallisella tasolla.

Tavoitteisiin kuuluvat muun muassa naisiin kohdistuvan väkivallan poistaminen, naisten ja tyttöjen seksuaalioikeuksien nostaminen esiin ihmisoikeuskysymyksenä, naisten aseman turvaaminen työmarkkinoilla sekä vähemmistö- ja maahanmuuttajanaisten kohtaaman syrjinnän poistaminen. Yksi keskeisistä Peking-prosessin aikana saavutetuista tavoitteista on kansallisen verkostoitumisen ja yhteistyön lisääntyminen. Naisiin kohdistuvien kunnian nimissä tehtyjen rikosten ehkäiseminen on yksi tulevista haasteista myös YK-yhteyksissä.

Kesäkuussa 2000 kokoontui myös YK:n yleiskokouksen sosiaalisen kehityksen huippukokouksen seurantaan koskeva erityisistunto. Neuvottelussa päästiin sopuun useista Suomelle ja EU:lle tärkeistä kysymyksistä kuten sosiaalisen kehityksen hyvien käytäntöjen eteenpäin viemisestä, indikaattoreiden ja seurantajärjestelmien kehittamisestä, köyhyyden poistamista koskevista strategioista, HIV/AIDS:n ehkäisystä ja hyvän hallinnon käsitteen sisällön kehittamisestä. Toivomisen varaa jäi muun muassa työelämän perusoikeuksien ja yksityissektorin sosiaaliseen vastuuseen liittyvien kysymysten osalta.

Jatkossa haasteena onkin, miten sosiaalisen kehityksen agenda integroidaan osaksi YK-järjestelmän normaalitoimintoja. Osana prosessia on suunniteltu perusteilla olevan kansainvälisen sosiaalisen kehityksen foorumin tukemista. Tavoitteena on muun muassa hyvien sosiaalipoliittisten periaatteiden edelleen kehittäminen. Samoin tavoitteena on aktiivinen tuki ILO:n globalisaation sosiaalista ulottuvuutta koskevalle työlle sekä ILO:n ja WTO:n yhteistyön tukeminen työelämän perusnormeja ja globalisaation sosiaalista ulottuvuutta koskevien kysymysten osalta.

ILOssa hyväksyttiin vuonna 1998 Julistus työelämän peruseriaateista ja -oikeuksista. Vuonna 2000 luotiin suuryrityksille suunnatut käytännesäännöt YK:n pääsihteerin Kofi Annanin aloitteesta (ns. Global Compact-aloite) ja YK:n yleiskokouksessa hyväksyttiin Millennium-julistus. Vuonna 2000 OECD ja ILO lisäsivät monikansallisia yrityksiä ja sosiaalipolitiikkaa koskeviin ohjeistuksiinsa ILO:n vuoden 1998 julistuksen tavoitteet.

ILO:n työkonferenssissa 2001 hyväksyttiin työsuojelua maataloudessa koskeva yleissopimus nro 184 ja sitä täydentävä suositus nro 192. ILO:ssa on kehitteillä globaali työllisyysagenda. Siinä työllisyyden parantaminen asetetaan talous- ja sosiaalipolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi. Samalla pyrkimyksenä on tukea yrittäjyyden ja tuottavien investointien edistämistä. Vuonna 2001 aloitettiin myös sosiaaliturvan edistämistä koskevan toimintaohjelman laatiminen.

HIV/AIDS on kaikkia sektoreita koskettava turvallisuus- ja kehityspoliittinen ongelma. YK:n yleiskokouksessa kesäkuussa 2001 järjestetyn HIV/AIDS-erityisistunnon saavutuksina voidaan pitää lisääntyntä kansainvälistä huomiota sekä koko YK-järjestelmän sitoutumista ongelman priorisointiin. Kokous toi selvästi esille epidemian vastustamistyön rahoitusvajeen.

Prosessin kuluessa tehtiin päätös maailmanlaajuisen terveysrahaston perustamisesta. Rahaston tarkoituksena on uudenlainen yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuus, jonka avulla on tarkoitus kerätä varoja, hoitaa niitä ja jakaa näin syntyneitä resursseja. Tavoitteena on tartuntojen, sairastumisten ja kuolemien vähentäminen ja HIV/AIDS:in, tuberkuloosin ja malarian vaikutusten lieventäminen kohdemaissa (Millennium Development Goals). Suomen osallistumisesta rahastoon ei toistaiseksi ole päätetty. Suomi on kertomusajanjaksolla lisännyt rahoitustaan UNAIDS:lle ja painottanut ehkäisevän työn ja terveysjärjestelmien toimivuuden merkitystä.

Syyskuussa 2001 järjestettiin YK:n kolmas rasismin vastainen maailmankokous. Sen toimintaohjelmassa hyväksyttiin myös sosiaali- ja terveyssektorin kannalta olennaisia toimia rasismin ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Kokouksessa kehoitettiin valtioita taistelemaan etnisten ryhmien kokemaa sosiaalista syrjäytymistä vastaan. Valtioita kehoitettiin myös parantamaan syrjinnän eri muotojen kohteeksi helpoimmin joutuvien ryhmien terveydenhuoltoa ja taistelemaan palveluja tuottavi-

en tahojen näihin ryhmiin kohdistuvaa asenteellisuutta vastaan. Suomen aloitteesta kokouksessa hyväksyttiin (EU:n esittämänä) erillinen tasa-arvon tärkeyttä korostava pykälä.

Lasten huippukokouksen 10-vuotisseuranta, jonka oli määrä huipentua syyskuussa 2001 New Yorkissa pidettävään YK:n yleiskokouksen erityisistuntoon, käynnistyi kansallisesti keväällä 2000. Lisäksi valmisteltiin kansallinen selvitys vuonna 1990 pidetyn lasten asemaa koskeneen huippukokouksen toimintaohjelman toteutumisesta Suomessa. New Yorkissa syyskuussa tapahtuneen terrori-iskun seurauksena lasten erityisistunto jouduttiin siirtämään vuodelle 2002 ja loppuasiakirjaneuvottelut jäivät pahasti kesken.

Suomi on jatkanut vuonna 1997 aloittamaansa ILO:n lapsityövoiman käytön poistamiseen tähtäävän IPEC-toimintaohjelman (International Programme on the Elimination of Child Labour) tukemista myöntämällä ohjelmalle 2 milj. markkaa vuoden 2001 lopulla. IPEC-ohjelma pyrkii ensisijaisesti kaikkein pahimpien lapsityövoiman hyväksikäytön muotojen, kuten lapsiprostituution ja orjatyön sekä laittomien ja vaarallisten töiden poistamiseen.

Madridissa huhtikuussa 2002 pidettävän Ikääntymistä koskevan II maailmankonferenssin ja Berliinissä syyskuussa 2002 järjestettävän YK:n Euroopan talouskomission ikääntymiskysymyksiä koskevan ministerikonferenssin valmistelua on tehty laaja-alaisessa kansallisessa yhteistyöryhmässä.

Osana yleistä ihmisoikeuspolitiikkaa Suomi on kiinnittänyt YK:ssa aktiivisesti huomiota vammaisten asemaan.

Suomi tukee kehitysyhteistyövaroista useiden terveyttä ja sosiaalista kehitystä edistävien YK:n alaisten rahastojen ja ohjelmien sekä erityisjärjestöjen toimintaa. Näistä keskeisimpiä ovat YK:n kehitysohjelma UNDP, YK:n lasten avun rahasto UNICEF, YK:n väestörahasto UNFPA, Maailman terveysjärjestö WHO, YK:n naistenrahasto UNIFEM, YK:n huumausaineohjelma (UNDCP) ja YK:n sosiaalisen kehityksen tutkimusinstituutti UNRISD. Tukea näille järjestöille ohjattiin vuonna 2000 yhteensä 238,2 mmk ja vuonna 2001 yhteensä 244,5 mmk.

6.1.2 Maailman terveysjärjestö WHO

Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintapolitiikka on kertomuskauden aikana suuntautunut entistä tavoitteellisemmin globaaleihin terveysuhkiin. Ajanjaksolla käynnistyivät hallitustenväliset neuvottelut kansainvälistä tupakkavalvontaa koskevasta puiteyleissopimuksesta. Ensimmäistä kertaa neuvotellaan sitovasta kansainvälisestä instrumentista kansanterveyden alueella. Sopimuksen odotetaan valmistuvan vuonna 2003. Suomi on antanut asiantuntija-apua sopimuksen valmistelussa.

WHO:ssa käynnistyi myös uusi usean eri toimijan rahoittama ohjelma tarttuvien tautien ennaltaehkäisemiseksi ja rokotteiden kehittämiseksi. WHO on työskennellyt tehokkaasti köyhien maiden lääkkeiden saannin turvaamiseksi erityisesti AIDS:iin sairastuneille. Samoin on tehostettu työskentelyä terveyspalvelujärjestelmien kehittämiseksi, käynnistetty ruoan turvallisuutta koskevan ohjeiston sekä kansainvälisen terveyttä koskevan ohjeiston uudistaminen ja asetettu asiantuntijaryhmä suunnittelemaan maailmanlaajuisten alkoholipolitiikan periaatteiden laatimista. Suomi on kutsuttu ryhmän jäseneksi.

WHO julkaisi Maailman terveysraportit terveyspalvelujärjestelmien toimivuudesta ja mielenterveydestä sekä makrotaloutta ja terveyttä käsittelevän raportin. Viime mainitussa korostetaan terveyden edistämisen merkitystä taloudellisen kehityksen turvaamisessa sekä ehdotetaan rahoituksen huomattavaa lisäämistä köyhille maille. Kertomuskauden aikana WHO tiivistä yhteistyötään erityisesti yksityissektorin ja muiden rahoittajatoimijoiden kanssa.

Suomi tuki WHO:n Euroopan aluetoimistoa antamalla asiantuntija-apua terveysvaikutusten arvioinnin ja hoitotyön kehittämiseksi sekä Itämeren alueen kaupunkien terveyttä edistävän toiminnan tukemiseksi. Suomi tuki myös Helsingissä sijainneen WHO:n projektitoimiston työskentelyä säteilyn kansanterveydellisten haittavaikutusten vähentämiseksi. Toimisto lakkautettiin ja sen tehtävät siirrettiin WHO:n päämajaan. Suomi toimi kertomuskauden aikana Euroopan alueen johtokomitean jäsenenä ja Suomessa toimi kymmenen WHO:n yhteistyökeskusta (Collaborating Centre).

6.1.3 Terveys- ja sosiaalialan kehitysyhteistyö

Kehitysyhteistyöpolitiikan tavoitteena on vahvistaa kehitysmaiden valmiuksia hyvinvoinnin ja turvallisuuden parantamiseksi ja konfliktien ehkäisemiseksi. Pyrkimyksenä on harjoittaa kokonaisvaltaista politiikkaa köyhyyden vähentämiseksi, ympäristöuhkien torjumiseksi sekä tasa-arvon, kansanvallan ja ihmisoikeuksien edistämiseksi kehitysmaissa. HIV/AIDS-näkökulmaa pyritään integroimaan mahdollisimman laajasti kaikkiin hankkeisiin. HIV/AIDS:ia koskeva kehitysyhteistyölinjaus valmistui vuoden 2001 lopulla.

Kansallisella tasolla on keskeistä koordinaatio sosiaali- ja terveydenhuollossa asetettujen tavoitteiden kanssa sekä kauppaja- ja EU-politiikan piirissä. HIV/AIDS kysymykset tulisi sijoittaa osaksi laajempia sosiaalisia kehityksiä ja kansanterveyteen liittyviä tavoitteita ja toimia. Valmisteilla on vammaisnäkökulman edistämistä Suomen kehitysyhteistyössä koskeva toimintaohjelma.

Myös suomalaisille kansalaisjärjestöille on ohjattu tukea sosiaalisen sektorin hankkeiden toteutukseen yhteistyömaissa. Kansalaisjärjestöhankkeista noin 70 prosenttia on sosiaali- ja terveyssektorin hankkeita.

Suomi on tukenut raportointikaudella terveys- ja sosiaalialan kahdenvälisiä hankkeita seuraavissa maissa: Namibia, Mosambik, Egypti, Kenia, Etelä-Afrikka, Nicaragua, Guatemala, Bosnia, Kosovon alue, Kirgisia, Vietnam ja Filippiinit. Yhteensä tukeen on käytetty noin 240 miljoonaa markkaa vuodessa (sisältää kahdenväliset ja monenkeskiset hankkeet sekä kansalaisjärjestöyhteistyön sosiaali- ja terveyssektorilla).

6.1.4 Muut maailmanlaajuiset organisaatiot

Suomi on myös rahoittanut Maailmanpankin koulutusorganisaation Maailmanpankki-instituutin (WBI) toimintaa. WBI:n koulutusohjelmiin sisältyy terveydenhuoltosektorin reformia käsittelevä laaja kurssi sekä väestöpolitiikkaa ja lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä käsittelevä kurssi. Molempia koulutusohjelmia on monitoroitu suomalaisin asiantuntijavoimin sekä vuosina 2000 että 2001, ja niiden edelleen kehittämistä on annettu yksityiskohtaisia suosituksia.

6.1.5 Sosiaaliset olot ja terveys EU:n toimintapolitiikassa

Keväällä 2000 Lissabonin Eurooppa-neuvoston kokouksessa asetettiin strateginen päämäärä, jonka mukaan EU:sta luodaan entistä kilpailukykyisempi talousalue. Alue kykenee ylläpitämään kestävästä talouskasvusta, luomaan uusia ja parempia työpaikkoja ja lisäämään sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Strategiassa tiedostettiin talous-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikan vuorovaikutussuhde. Vuonna 2000 hyväksyttiin sosiaalipoliittinen toimintasuunnitelma vuosiksi 2000–2005. Suunnitelman tarkoituksena on tukea Lissabonissa asetettuja tavoitteita.

Lissabonissa vahvistettuun strategiaan sisältyy sosiaalisen suojelun yhteistyö. Sen myötä EU:n sosiaalinen ulottuvuus on saanut aivan uudenlaisia näkyvyyttä ja painoarvoa EU:n toiminnassa. Sen toteuttamiseksi otettiin käyttöön uusi työmetodi, avoin koordinaatiomenetelmä. Menetelmä tarkoittaa yhteisistä poliittisista tavoitteista sopimista, niiden toteuttamista kansallisilla strategioilla ja toteutumisen seurantaan tukevaa indikaattorityötä.

Nizzan sopimukseen kirjattiin myös oikeusperusta sosiaalisen suojelun yhteistyölle. EU:n perusoikeuskirja hyväksyttiin poliittisena julistuksena. Sosiaalisen suojelun yhteistyössä keskityttiin kertomuskautena erityisesti köyhyyttä ja syrjäytymistä sekä eläkejärjestelmiä koskevaan yhteistyöhön. EU-maat laativat kesällä 2001 kaksivuotiset kansalliset strategiat syrjäytymisen torjunnasta. Eläkejärjestelmiä koskevat kansalliset suunnitelmat tehdään syksyyn 2002 mennessä. Näihin yhteistyöalueisiin liittyen edettiin myös indikaattorityössä.

Göteborgin Eurooppa-neuvostossa 2001 vahvistettiin EU:n kestävä kehityksen strategia, jossa on otettu huomioon muun muassa väestön ikääntymiseen, köyhyyteen ja terveyteen liittyvät haasteet.

Myös useissa lainsäädäntöhankkeissa ja ohjelmatyössä edettiin. Sosiaaliturvajärjestelmien koordinaatioasetuksen uudistushankkeen peruslinjaukset hyväksyttiin. Samoin edistettiin työelämän tasa-arvodirektiiviä koskevassa valmistelussa ja hyväksyttiin ns. syrjimättömyyspaketti (kaksi direktiiviä ja monivuotinen toimintaohjelma). Edelleen hyväksyttiin tasa-arvoa ja sosiaalista syrjäytymistä koskevat monivuotiset toimintaohjelmat.

Terveyssektorilla osallistuttiin muun muassa uuden kansanterveysohjelman ja veriturvallisuusdirektiivin valmisteluun sekä tupakan vas-

taiseen työhön. Yhteisön toimivalta kattaa terveyden suojelun yhteisön kaikissa politiikoissa. Viimeistelyvaiheessa olevaan kansanterveysohjelmaa koskevaan päätökseen kohdistuu suuria odotuksia juuri tämän periaatteen toimeenpanon tukemisessa. Ohjelma korvaa nykyiset kahdeksan erillistä terveysalan ohjelmaa kokoamalla toiminnot yhden sateenvarjon alle, minkä odotetaan tehostavan yhteisön kansanterveystoimia.

Perustamissopimus antaa mahdollisuuden säätää muun muassa veren ja elimien turvallisuudesta yhteisötasolla. Kertomuskaudella osallistuttiinkin veriturvallisuudirektiivin valmisteluun. Lisäksi hyväksyttiin tupakkatuotteiden valmistamista, esittämismuotoa ja myyntiä koskeva direktiivi ja käynnistettiin tupakkatuotteiden mainontaa ja sponsorointia koskevan direktiivin valmistelu. Maailman terveysjärjestön tupakoinnin torjuntaa koskevat puitesopimusneuvottelut jatkuivat.

Vuonna 2000 hallitusten välisessä konferenssissa pyrittiin sopeuttamaan EU:n toimielimiä ja päätöksentekojärjestelmää laajentuvaan unioniin.

6.1.6 Suomi Euroopan neuvostossa

Euroopan neuvoston sosiaalisen koheesion komitea CDCS hyväksyi toukokuussa vuonna 2000 Sosiaalisen koheesion strategian. Sitä toteuttavan toimintaohjelman keskeisiä tavoitteita on köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen estäminen. Toiminta-alueita ovat asumisen, terveyden, koulutuksen, työllisyyden ja palvelujen parantaminen sekä sosiaaliturvajärjestelmien kehittäminen. Erityistä huomiota kiinnitetään lasten ja perheiden sekä vanhusten asemaan. Tavoitteisiin pyritään yhteisten tutkimus- ja kehittämishankkeiden avulla. Tärkeä osa strategiaa on edistää Euroopan neuvoston uudistetun sosiaalisen peruskirjan ja Euroopan sosiaaliturvakoodin ratifiointia jäsenmaissa. Suomessa on vireillä Euroopan neuvoston uudistetun sosiaalisen peruskirjan ratifiointi. Parhailaan selvitetään myös Euroopan sosiaaliturvakoodin ratifiointia.

EN:n Pompidou-ryhmän ministerikokous järjestettiin lokakuussa 2000. Kokouksen aiheita olivat muun muassa huumeiden käyttö ja siihen liittyvät haitat sekä eri maiden toimet huumeiden kysynnän ja haittojen vähentämiseksi. Suomi on toiminut vuoden 2001 alusta Pompidou-ryhmän esikunnassa. Toiminta-alueita ovat epidemiologia, ehkäisy, hoito ja kuntoutus sekä laillisuusvalvonta. Suomi toimii ehkäisevän toimin-

nan koordinaattorina. EN:n kesäkuussa 2001 järjestetyn perheministeri-kokouksen aiheena oli työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen.

Euroopan neuvoston Terveyskomiteassa lähtökohtina ovat terveystoiminnan, ihmisoikeuksien ja sosiaalisen koheesion edistäminen. Meneillään olevassa komitean toiminnan arvioinnissa keskitytään seuraaviin teema-alueisiin: oikeudenmukaisuus hoidossa, terveydenhuollon laatu-standardit, kansalaisen rooli terveydessä – osallistuminen ja yksilön vastuu. Valmistelutyö tapahtuu määräaikaissa työryhmissä sekä komitean työvaliokunnassa, jossa Suomi on jäsenenä kesäkuuhun 2003 asti.

Vuosien 2000 ja 2001 aikana Terveyskomiteassa on valmisteltu suositukset muun muassa hyviä hoitokäytäntöjä koskevien suositusten laatimisesta, elinsiirtojen jonotuslistojen hallinnasta, terveystalouden soveltamisesta marginaalisessa tilanteessa olevien tarpeisiin, potilaiden ja kansalaisten osallistumisesta terveystaloutta koskevaan päätöksentekoon, terveyden edistämisen kehittämisestä sekä Creutzfeldt-Jacobin taudin muunnoksen siirtymisestä verensiirtojen välityksellä. Elinsiirtojen osalta on aloitettu verivalmisteiden käyttöä ja laadunvarmistusta vastaava käytäntö, jossa asiaa koskevan oppaan tiedot päivitetään vuosittain.

Seurantakaudella on käynnistetty yhteistyö muiden kansainvälisten organisaatioiden, EU-komission ja Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan alueen kanssa. WHO:n Euroopan aluekomitea hyväksyi syyskuussa 2001 päätöslause Euroopan neuvoston ja WHO:n välisestä yhteistyöstä.

Euroopan neuvoston Kansanterveyskomitean toiminta-alueena on kuluttajien terveyden suojeleminen. Komitean alaisissa asiantuntijatyöryhmissä valmistellaan lääkkeisiin ja Euroopan Farmakopeaan liittyviä asioita, kosmetiikan ja elintarvikkeiden kanssa tekemisissä olevien aineiden turvallisuutta, ruoan lisä- ja mausteaineiden turvallisuutta sekä ravitsemusta ja ruoan turvallisuutta.

6.1.7 Pohjoismaiden puheenjohtajuusohjelma 2001

Suomi oli Pohjoismaiden ministerineuvoston puheenjohtajamaa vuonna 2001. Puheenjohtajuuskautensa ohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan painopistealueet olivat kansalaisten kannalta tärkeiden pohjoismaisten sopimusten sekä palvelujärjestelmien kehittäminen, al-

koholipolitiikka ja varhainen puuttuminen lasten ja nuorten ongelmiin. Yksilön näkökulmaa painotettiin myös työssä jaksamisen ja henkisen hyvinvoinnin kysymyksissä. Puheenjohtajuuskaudella tehtiin selvitys dementiahoidon tilasta ja yhteistyön tarpeista Pohjoismaissa.

Pohjoismaisten sosiaaliturva- ja sosiaalipalvelusopimusten toimivuuden arviointia varten perustettiin asiantuntijoista koostuvat työryhmät. Työryhmien työtä hyödynnettiin laadittaessa selvitystä Pohjoismaiden kansalaisten oikeuksista.

Tasa-arvotyössä tehtiin aloite tasa-arvonäkökulman sisällyttämiseksi pohjoismaiseen talous- ja budjettipolitiikkaan. Suomi laati myös suunnitelman yhteispohjoismaisen ehkäisevän huumetyön käynnistämiseksi lähialueilla. Pohjoismaat ja Baltia sopivat yhteisestä kampanjasta naiskauppaa vastaan.

Työympäristöalan yhteistyössä puheenjohtajuuskauden toiminnan lähtökohtana oli uuden yhteistyöohjelman (2001–2004) valmistelu ja toteuttamisen aloittaminen. Vuoden aikana valmisteltiin Pohjoismaiden neuvoston pyynnöstä raportti ”Työympäristön rooli rajoitetun työvoimatarjonnan vallitessa”. Baltian maita tuettiin tavoitteena parantaa viranomaisten osaamista työympäristöön liittyvissä kysymyksissä.

6.1.8 Lähialueyhteistyö

Suomen lähialueyhteistyön toimintastrategiassa korostetaan Suomeen kohdistuvien haitallisten ilmiöiden vähentämistä, mukaan lukien tartuntatautien leviämisen ehkäisy. Erityisesti HIV/AIDSin ja tuberkuloosin leviäminen Venäjällä ja Virossa on pahentunut viime vuosina. Seuraukset heijastuvat myös suomalaisten terveydentilaan. Tartuntatautien ehkäisytyö koskee lääketieteellisten ulottuvuuksien ohella myös sosiaaliseen syrjäytymiseen ja yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen liittyviä kysymyksiä. Tartuntatautien leviämisen ehkäisemiseksi on Suomen lähialuevaroista rahoitettu Venäjällä ja Baltian maissa vuosina 1990–2001 hankkeita yhteensä 27,6 miljoonalla markalla.

Suomi on muun muassa rahoittanut tuberkuloosin torjuntaohjelmia kaikilla lähialueilla Venäjällä ja Baltiassa. Karjalassa on aloitettu Suomen rahoittama ohjelma HIV-infektion leviämisen ehkäisemiseksi. Ohjelmaa toteuttaa WHO. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ke-

hittämiseksi on rahoitettu useita hankkeita Karjalassa, Pietarin alueella, Virossa ja Latviassa. Suomi toteuttaa myös huumeiden vastaista toimintaa Virossa, Karjalassa, Pietarissa ja Leningradin alueella.

Hallituksen lähialueministerivaliokunta puolsi marraskuussa 2001 esitystä, jonka mukaan osana sosiaalisten ongelmien ehkäisyä lähialueiden tartuntatautiyhdistyöhön tullaan lähivuosina suuntaamaan aiempaa suurempaa rahoitusta.

6.2 Hallituksen aluepolitiikka, tavoitteet ja toteutus

Valtion toimintojen sijoitusstrategiassa on lähtökohtana toimintojen sijoittaminen aluekeskuksiin sekä uuden informaatioteknologian tarjoamisen mahdollisuuksien hyödyntäminen.

Vireillä on myös kansallisen aluepolitiikan tehostamiseen tähtäävä aluepolitiikan pitkän tähtäimen strategian uudistus. Uudistustyön lähtökohtana on aluepolitiikan ja sen toteuttamiseksi suunnattavien toimien eriyttäminen vastaamaan yhä täsmällisemmin eriytyvän aluekehityksen tarpeisiin ja edellytyksiin.

Maaseutupoliittisen periaatepäätöksen mukaisesti kiinnitetään maaseutupoliitikassa erityistä huomiota syrjäisen maaseudun ongelmiin, elinkeipoisten pää- ja monitoimisten tilojen kehittämiseen, maaseudun elinkeinotoiminnan monipuolistamiseen ja osaamisen vahvistamiseen.

6.2.1 Aluekeskusohjelman tavoitteet ja toteutus

Aluekeskusohjelma perustuu hallituksen syksyllä 2000 hyväksymiin aluepoliittisiin linjauksiin. Ne on ilmaistu valtioneuvoston 9.11.2000 hyväksymässä aluepoliittisessa tavoiteohjelmassa. Aluekeskusohjelma on yksi niistä uusista kansallisista hankkeista, joiden tavoitteena on alueellisen kehityksen tasapainottaminen, alueiden talouden ja kilpailukyvyn vahvistaminen. Aluetalouden vahvistaminen luo kunnille ja seutukunnille parempia edellytyksiä vastata taloudellisesti niille kuuluvista palvelutehtävistä, mikä turvaa perusoikeuksien toteutumista maan eri osissa.

Aluepolitiikan tavoitteiden yhteisenä nimittäjänä on alueiden erilaisten kehitystarpeiden ja -mahdollisuuksien tunnistaminen ja niiden omiin vahvuuksiin ja erikoistumiseen perustuvan omaehtoisen kehitystyön tukeminen. Uuden aluepolitiikan toivotaan luovan perustaa sosiaalisesti kestäväälle kaupunkien ja maaseudun kehitykselle. Se edellyttää uusia seudullisia palvelurakenteita ja uusia teknologisia ratkaisuja palvelujen kehittämiseen. Sosiaalinen kestävyys edellyttää myös alueellisten toimijoiden entistä tiiviimpää yhteistyötä ja vuorovaikutusta alueellisen hyvinvointipolitiikan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Ohjelman tavoitteet

Aluekeskusohjelma pyrkii kaikki maakunnat kattavan, eri kokoisten kaupunkiseutujen elinvoimaan perustuvan vahvan aluekeskusten verkoston kehittämiseen. Aluekeskusohjelma tähtää toiminnallisten kaupunkiseutujen elinvoimaisuuden vahvistamiseen. Aluekeskuksilla tarkoitetaan keskuskuntia laajempia luonnollisia toiminnallisia työmarkkina-, palvelujen haku- ja kuntien yhteistyöalueita. Aluekeskusten vaikutuksen tulee siten ulottua seutukuntia ja seutujakin laajemmalle taloudellisesti sekä palvelujen tarjoamisen ja tuottamisen kannalta.

Aluekeskusohjelman asettamisen keskeisenä perustana ovat olleet kaupunkiverkkotutkimukset 1998 ja 2001²³. Tutkimus osoittaa, että maassamme on 37 kärkikaupungin muodostama eri kokoisten ja eri tavoin profiloituvien kaupunkiseutujen verkosto, jossa potentiaalisia voimavaroja omaavat myös keskikokoiset ja pienemmät kaupunkiseudut. Kaupunkiseutujen menestymisen edellytys on tuotannollisessa erikoistumisessa ja seutujen erityispiirteiden kartoittamisessa niin vahvuuksien kuin heikkouksienkin osalta.

Suomalainen kaupunkiverkko tarvitsee useita kehittyviä aloja ja vahvasti profiloituneita kaupunkiseutuja. Vuonna 2006 päättyvä EU:n rakennerahastokauden jälkeen alueellisen kehittämisen rahoitusehdot muuttuvat ylikansallisten resurssien ohjautuessa uudelleen. Kansallinen kaupunkiverkko on saatettava kilpailukykyiseksi ja kestäväksi, jotta se on valmis kiristyvään kaupunkiseutujen väliseen globaaliin kilpailuun.

Aluekeskusohjelman sisällölliset tavoitteet korostavat kaupunkiseutujen elinvoiman laaja-alaisuutta. Kaupunkiseutujen menestystekijöitä

ovat osaaminen, siihen perustuva erikoistuminen ja niitä tukeva elinkeinostrategia; hyvä ympäristö, monipuoliset palvelut, osallisuus ja sosiaalisesti kestävä kehitys.

Ohjelman toteutus

Aluekeskusohjelma käynnistyi marraskuussa 2000 sisäasiainministeriön julistettua haun vuoden 2006 loppuun saakka ulottuvaan ohjelmaan. Aluekeskusohjelmaan on nimetty vuoden 2003 loppuun valtioneuvoston (6.9.2001) ja sisäasiainministeriön (13.12.2001) päätöksillä 34 ohjelma-alueita. Ohjelmatyöhön myönnetään perusrahoitusta maakunnan kehittämisrahasta enintään puolet ohjelmatyön kustannuksista.

Ohjelmatyö on alueilla organisoitunut pääsääntöisesti kahdella seuraavassa esitetyllä tavalla. Alueen keskuskaupunki vastaa ohjelman etenemisestä kuntien kesken tehdyn sopimuksen perusteella. Työn ohjaukseen on luotu kuntien ammatillista ja poliittista johtoa edustavia toimielimiä. Niillä alueilla, joilla ohjelmatyön organisoinnista vastaa seudullinen, kuntien perustama yhteistyöorganisaatio, se on useimmiten elinkeinopoliittinen kuntayhtymä tai kehittämissyhtiö.

Ohjelma seuraa ja arvioi seuraavia toimintamalleja:

- seudullisuus (mm. edellytykset seudulliseen strategiatyöhön ja yhteistyörakenteiden kehittämiseen, seudulliseen palvelutuotantoon ml. hyvinvointipalvelut)
- verkottuminen (seutujen ja maakuntien välinen ja kansainvälinen verkottuminen)
- kumppanuus (yhteistyö maakunnan liiton, elinkeinoelämän, TE-keskuksen, tutkimus- ja oppilaitosten kanssa)
- sitoutuminen ja eri hankkeiden koordinointi (kuntien, erityisesti poliittisen johdon sitoutuminen, ohjelman koordinointi maakuntastrategian, EU-ohjelmien ja kansallisten kehittämissankkeiden kanssa)
- osallisuus ja sosiaalisesti kestävä kehitys (asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kehittävien hankkeiden kytkeminen ohjelmatyöhön ja sosiaalista syrjäytymistä ehkäisevien toimintamallien etsiminen).

6.2.2 Alueelliset seutu- ja yhteistyöhankkeet

Sosiaali- ja terveystalouden alueelliset hankkeet

Aluekeskusohjelman lisäksi kansallisen aluepolitiikan tehostamiseksi on meneillään useita muita ohjelmia ja hankkeita. Sosiaalialan alueelliseen yhteistyöhön tähtääviä hankkeita ovat olleet Verkostoituvat Eri-tyispalvelut (Vep) -hanke sekä sosiaalialan osaamiskeskusten valmistelu. Vep-hankkeessa alueellista yhteistyötä sosiaalialan erityispalvelujen tuottamiseksi on rakennettu vuodesta 1996. Viimeiset kaksi vuotta painopiste on ollut erityisesti seudullisen yhteistyön aikaansaamisessa. Kuntien, oppilaitosten ja järjestöjen yhteistyön tavoitteena on pienten asiakasryhmien palvelujen turvaaminen tilanteissa, joissa yhden kunnan väestöpohja on liian pieni niiden järjestämiseen. Vapaaehtoisen yhteistyön tavoitteena on ollut palvelujen tuottamista koskevien sopimusmenettelyjen luominen kuntien välillä.

Sosiaalialan osaamiskeskusten valmistelu ajoittui vuodelle 2001. Keskukset saivat pysyvän rakenteen ja rahoituksen vuoden 2002 alusta. Keskuksia on yhdeksän–kahdeksan alueellista koko maan kattavaa ja yksi koko maan käsittävä ruotsinkielinen keskus. Tavoitteena on sekä parantaa osaamista lisäämällä yhteistyötä opetuksen, tutkimuksen ja käytännön työn välillä että luoda alueellinen yhteistyörakenne, jonka sisällä asiantuntemus on kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla. Osaamiskeskusten odotetaan ottavan vastuun sosiaalialan kehittymisestä omalla alueellaan. Osaamiskeskusten toimiala kattaa koko sosiaalialan, mikä tarkoittaa muun muassa varhaiskasvatusta, päihdetyötä, lastensuojelua ja vammais- ja vanhuspalveluja.

Osaamiskeskusohjelma

Vastaavaa kaikkia kunnallisia sektoreita koskevaa työtä on tehty sisäministeriön osaamiskeskusohjelman puitteissa. Ohjelmaa on toteutettu vuodesta 1994 ja sen tavoitteena on paikallisten, alueellisten ja kansallisten voimavarojen kohdistaminen valittujen kansainvälisesti kilpailukykyisten osaamisalojen kehittämiseen. Valtioneuvosto on nimennyt ohjelmakaudeksi 1999–2006 14 alueellista osaamiskeskusta ja kaksi verkosto-osaamiskeskusta.

Seutuhanke

Osaamiskeskuksia koskeva kokeilu laajenee vuonna 2002 alkavassa Seutukuntien yhteistyön -tukihankkeessa (SEUTU). SEUTU-hankkeen tarkoituksena on laajentaa ja syventää kuntien vapaaehtoista seutuyhteistyötä ja kehittää yhteistyömenettelyjä. Valtioneuvosto on nimennyt 13.6.2001 hankkeen kokeiluun kahdeksan seutukuntaa. Hanke kestää kesäkuuhun 2005.

Alueelliset pelastuspalvelut

Erityisen julkisen huomion kohteena on sekä syksyn 2001 terrori-iskujen että tavanomaista voimakkaampien syysmyrskyjen yhteydessä ollut pelastustoimi. Pelastustoimen palvelujen saatavuutta mitattiin peruspalvelujen arvioinnin yhteydessä. Palveluiden tason katsottiin olevan pääsääntöisesti hyvä. Eri paikkakuntien välillä on kuitenkin huomattavia eroja. Useissa kunnissa on parannettavaa onnettomuuksien ennaltaehkäisyyn, kuten neuvontaan, valistustoimintaan, koulutukseen sekä palotarkastusten suorittamiseen liittyvissä toimenpiteissä. Vaikka palotarkastusten määrä on noussut vuodesta 1999, niitä ei voida pitää vieläkään riittävinä. Vähien päällystövirkojen vuoksi pätevän pelastustoimen päällystövarallaolon järjestämisessä on puutteita. Myös pelastustoiminnan johtajana toimivien henkilöiden koulutus ja kokemus on tehtävän vastuullisuuteen nähden usein riittämätön.

Pelastustoimessa on kahden viime vuoden aikana toteutettu mittavia uudistuksia. Häätäkeskustoimintaa varten perustettiin 1.1.2001 lukien sisäasiainministeriön alainen Häätäkeskuslaitos, jota johdetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveystoiminnan kanssa. Uuden järjestelmän tavoitteena on, että väestö saa yhdestä paikasta kaikki tarpeelliset häätäkeskuspalvelut.

Myös pelastustoimen järjestelmää uudistetaan. Eduskunta hyväksyi 20.11.2001 hallituksen esityksen laiksi pelastustoimen alueiden muodostamisesta. Alueellinen pelastustoimen järjestelmä tulee helpottamaan päällystövarallaolon järjestämistä. Lain mukaan pelastustoimen palveluiden tuottaminen siirtyy yksittäisiltä kunnilta niiden yhteisesti ylläpitämille noin 20 pelastustoimen alueella. Laki astui voimaan 1.1.2002. Laissa tarkoitettu yhteistoiminta on aloitettava viimeistään 1.1.2004. Uudistuksella parannetaan myös sosiaali- ja terveystoimen palvelujen saatavuutta.

6.2.3 Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden aluehallintoviranomaisten välillä

Alueellisen ja seudullisen yhteistyön lisääntyminen erityisesti alueen hyvinvoinnin yhteiseksi kehittämiseksi nähdään lääneissä myönteisenä. Yhteistyötä tehdään eri tahojen kanssa lainsäädännön, aluekehittämissäädösten, EU-tavoiteohjelmiin liittyvissä yhteistyömenettelyissä ja tulossopimuksissa. Yhteistyössä on alueellisia eroja, jotka johtuvat eri toimijoiden aloitteellisuudesta ja käytössä olevista resursseista.

Työvoima- ja elinkeinokeskusten ja läänien välinen yhteistyö keskittyy maahanmuuttajien ja pakolaisten tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen koordinointiin, alueelliseen työvoimatarpeen suunnitteluun ja työelämän edistämistä koskeviin valtakunnallisiin hankkeisiin (esim. kuntouttava työtoiminta) ja kuntoutukseen. Itä-Suomen lääninhallitus mainitsee yhteistyötä tehdyn myös viljelijäväestön erityisongelmiin liittyen. Myös valmiusasiat mainitaan yhteistyön kohteena.

Maakuntien liittojen ja läänien välisessä yhteistyössä painopiste kertomusajanjaksolla on ollut alueellisten hyvinvointiohjelmien tai -strategioiden taikka hyvinvointiklustereiden laatimisessa. Hyvinvointiohjelmiin ja -strategioihin liittyvä työ on osassa maakuntia vasta alkuvaiheessa. Yhteistyötä on toteutettu myös perustamishankeasioissa ja Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeessa. Puutteena on nähty, että maakuntaliittojen hyvinvointiin liittyviä asioita käsittelevissä ryhmissä ei aina ole läänien tai ylipäätään sosiaali- ja terveydenhuollon edustusta.

Ympäristökeskusten ja läänien välinen yhteistyö liittyy ympäristövaikutusten arviointia koskevassa lainsäädännössä edellytettyyn sosiaalisten vaikutusten ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointeihin, ympäristöterveydenhuoltoon kuten juomavesien ja meluhaittojen terveydellisten vaarojen ja riskien torjuntaan sekä eläinlääkintähuoltoon ja elintarvikevalvontaan. Yhteistyötä on tehty myös ympäristöterveysohjelmien laatimiseen ja kestävän kehityksen edistämiseen liittyvissä samoin kuin kuntien kaavoitukseen liittyvissä asioissa.

Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta sekä alkoholivalvonta on lisännyt yhteistyötä työsuojelupiirien sekä terveydensuojeluviranomaisten kanssa.

6.3 Sosiaali- ja terveystieteiden alueellisessa tarkastelussa

Läänien arviointiosuuden tarkoituksena on paikata omalta osaltaan niitä puutteita, jotka johtuvat tilastoinnin ja tutkimuksellisen tiedon viiveistä. Kertomusajanjaksolla tai sen välittömässä läheisyydessä väestön hyvinvoinnissa tapahtuneet muutokset, kokemukset aloitetuista kokeiluista taikka uuden lainsäädännön täytäntöönpanosta ovat aluksi vain käytännön arjen kanssa tekemisissä olevan ammattihenkilöstön tiedossa. Kertomuksella on haluttu välittää myös näitä kokemuksia päättäjien tietoon. Koska kertomuksen tavoitteena on ollut kuvata alueellista kehitystä maan eri osissa, läänien arviointeja on mahdollista lukea myös osana kertomuksesta välittyvää alueellista kuvaa. Läänikohtaiset tiivistelmät eivät ole yhteismitallisia johtuen kertomusta varten toimitettujen aineistojen laajuuteen ja syvyyteen liittyvistä eroista.

6.3.1 Etelä-Suomen lääni

Väestön hyvinvointi ja palvelujen toimivuus

Pääkaupunkiseudulle ja sen välittömässä vaikutuspiirissä oleviin kuntiin on kertomusajanjaksolla suuntautunut voimakas muuttoliike sekä läänin että koko maan muista osista. Muutto ei ole sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta hallittua, vaikka yksittäiset kunnat pyrkivät vaikuttamaan tilanteeseen. Läänin alueella, erityisesti Kymessä, osassa Hämettä ja Itä-Uuttamaata kuntien väestömäärä vähenee. Nuoret koulutetut muuttavat, väestö keskittyy taajamiin. Erilaistumiskehitys näkyy sekä läänin alueiden välillä että myös maakuntien sisäisenä kehityksenä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta pääkaupunkiseudulla voimakkaimmin kasvavia sosiaalisia ongelmia on väestömuuton aiheuttama asunottomuus. Yksinäisiä asunottomia on Uudellamaalla ja Itä-Uudellamaalla noin 6500. Väestön keskittymäalueilla vuokra-asuntojen riittämättömyys on tosiasia. Asunnonhakijoita on Uudellamaalla vuosittain lähes 5000. Vuokra-asuntojen puute vaikeuttaa myös esimerkiksi inkeriläisten paluumuuttoa Imatran seudulla. Erityisen huolestutta-

vaa on asunnottomien perheiden määrän lisääntyminen Helsingissä. Pääkaupunkiseudun asumista leimaavat myös pienasuntojen puute ja korkeat asumiskustannukset.

Muita väestön pahoinvointiin liittyviä ilmiöitä ovat taloudellinen huono-osaisuus, lasten ja nuorten pahoinvointi, lisääntyvät päihdeongelmat ja erityisesti nuorten pitkäaikaistyöttömyys. Toimeentulotukea läänissä sai vuonna 2000 yli 100 000 kotitaloutta. Vuoden 2001 ennakkotilaston mukaan valtakunnallisesti toimeentulotuen menojen kasvu on ollut suurinta Kanta-Hämeessä (9 %). Alle 25-vuotiaista toimeentulotuen saajia suhteutettuna ikäluokkaan on eniten Kymenlaakson kunnissa, joista useissa määrä on noin 20 prosenttia ikäluokasta. Velkaneuvontaan on kuukausien jonot ja sosiaalista luototusta haetaan paljon.

Lasten ja nuorten pahoinvointi näkyy kasvavana erityispäivähoidon, erityisopetuksen ja kasvatus- ja perheneuvontapalvelujen sekä mielen-terveys- ja psykiatristen palvelujen kysyntänä. Maan keskiarvoa huomattavasti enemmän lasten huostaanottoja on ollut vuonna 2000 Helsingissä, Forssassa, Kotkassa ja Imatralla. Ammattitaitoisen erityis-henkilöstön puute koskee läänin kaikkia alueita. Erityisesti nuorten pitkäaikaistyöttömyys on edelleen ongelma. Alustavan arvion mukaan 52 prosenttia läänin kunnista ei ole vielä tehnyt periaatepäätöksiä kuntout-tavan työtoiminnan käynnistämisestä.

Huumeongelma on määrällisesti suurin pääkaupunkiseudulla, mutta näkyy läänin kaikissa osissa. Läänissä on kuntia, joiden alueella huumetakavarikkoja tehdään säännöllisesti. Huumeiden käytön lisääntymisen ohella alaikäisille tapahtuva alkoholin myynti ja täysi-ikäisten alaikäisille välittämät alkoholijuomat ovat yleinen ongelma. Erityisesti Etelä-Suomen läänissä ja pääkaupunkiseudulla alkoholinkulutus muutenkin lisääntyy.

Lääninhallituksessa on käsiteltävänä kanteluita, jotka kohdistuvat esimerkiksi kunnan koko vanhustenhuollon toimintatapaan ja resurssointiin taikka siihen, ettei kunnalla ole käytettävissä ammatillisen sosiaalityön palveluja. Tilanne voi kuitenkin olla se, ettei kunnalla ole taloudellisesti varaa ylläpitää säädösten mukaista palvelutasoa vaikka lääninhallitus päätöksessään siihen velvoittaisikin tai ettei kunta tai koko seutukunta ole tarpeeksi houkutteleva, jotta pätevää sosiaalityöntekijää tai lääkäriä olisi saatavissa. Jos jollain alueella näitä palveluja ei pystytä tarjoamaan kenellekään, niin silloin eivät auta verkostoituvat

erityispalvelut tai seutuyhteistyö. Esimerkiksi sosiaalityöntekijätilanne on edellä mainituista syistä kärjistymässä Etelä-Karjalan alueella.

Terveydenhuollon palveluissa eriarvoisuus ilmenee jakautumisena hyvinvoivaan ja terveyspalveluja saavaan väestöön ja syrjäytyneisiin sairastaviin, jotka jäävät palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Puute terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (terveyskeskuslääkärit, sairaalalääkärit, erityisterapeutit) on alkanut selvästi vaikuttaa palvelujen saantiin. Haja-asutusalueilla ei julkisten resurssien vähetessä ole käytettävissä korvaavia yksityisiä palveluja kuten taajama-alueilla. Huume- ja päihdeongelmien lisääntyminen näkyy tämän ongelmakentän sairauksien lisääntymisenä (HIV, AIDS, hepatiitti ym. tartuntataudit) myös alueen reunoilla haja-asutusalueilla. Kuntien ja kuntainliittojen vähentynyt panostus ympäristöterveydenhuoltoon ja elintarvikevalvontaan on lisännyt kansalaisten ympäristö- ja elintarvikeperäisiä terveysriskejä.²⁴

Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa työvoimapula koskee myös peruspalvelujen henkilöstöä, lääkäreitä, psykiatreja, sosiaalityöntekijöistä ja puheterapeutteja, ei vain erityishenkilöstöä.

Toimenpiteet ja tulevaisuus

Kertomusjaksolla on jatkettu ja kehitetty peruspalvelujen arviointia, selvitetty nuorten syrjäytymistä sekä tuettu läänin ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden strategian mukaisesti kuntien hyvinvointi-politiittien ohjelmien laadintaa. Terveydenhuolto 2000 -projektissa on selvitetty laajasti Etelä-Suomen alueen tilaa, käynnistetty useita kehittämishankkeita alueen sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa. TH-2000-luvulle -projektin osana on laadittu ehdotus urbaanin terveystalouden toimenpideohjelmaksi.

Pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan muuttovoittoiset alueet joutuvat arvioimaan erikoissairaanhoidon työnjaon yhdessä perusterveydenhuollon kanssa uudelleen. Samoin joudutaan selvittämään väestövastuun ja terveydenhuollon rajapintojen toimivuus sosiaalihuoltoon ja yksityiseen sosiaali- ja terveystaloudelliseen järjestelmään.

²⁴ Kymenlaakson- ja Etelä- Karjalan sairaanhoitopiirien alueella suoritettiin vuonna 2001 terveyseroja käsittelevä kartoitus, joka on tehty yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen kanssa TH 2000-projektiin liittyen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä koskeva selvitys valmistuu vuoden 2002 alussa.

Valvontaviranomaisen näkökulmasta kansalaisten sosiaalisten perusoikeuksien ja riittävien sosiaalipalvelujen toteutumisen kannalta olisi keskeistä määritellä sosiaalipalvelujen toimintaedellytys- ja vähimmäistasot eri palvelumuodoille ja asiakasryhmille. Yhteisellä laatumittaristolla vältettäisiin lääninhallitusten yksittäisten, tapauskohtaisten päätösten muodostuminen koko maata koskevaksi oikeuskäytännöksi. Samalla turvattaisiin palvelujen käyttäjien asema, oikeudet ja yhdenvertaisuus riippumatta asuinpaikkakunnasta. Tämä edellyttää myös peruspalveluja koskevan kustannusvastuun uudelleen arviointia peruspalvelujen osalta.

6.3.2 Itä-Suomen lääni

Väestön hyvinvointi ja palvelujen toimivuus

Kansalaisten terveydessä ei näin lyhyellä tarkasteluvälillä ole tapahtunut olennaisia muutoksia. Huumeiden käytön mukanaan tuomat liitännäissairaudet ovat lisääntymässä myös Itä-Suomessa. Työttömyydestä ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyydestä johtuva taloudellinen turvattomuus on kasvanut. Toimeentulotuen harkinnanvaraiset ja ehkäisevät toimenpiteet ovat jääneet lakiuudistuksista huolimatta vähäisiksi. Subjektiiiviset oikeudet on pystytty kuitenkin edelleen hoitamaan. Lastensuojelussa tehtyjen säästöjen vuoksi pitkällä aikavälillä ilmeneviä seurauksia on tullut lisää.

Erityisosaajia on ollut vaikea saada kuntiin. Tämä koskee erityisesti lääkäreitä, lastensuojelun ja päihdehuollon työntekijöitä. Kansalaisten mahdollisuudet saada julkisia palveluja ovat tästäkin syystä vähentyneet.

Yksittäisistä toimenpiteistä voitaneen katsoa lasten ja nuorten psykiatriisiin palveluihin osoitetun korvamerkityn määrärahan olleen merkittävin konkreettisia lyhyen aikavälin tuloksia tuonut toimenpide. Laajemmat hankkeet tuovat tuloksia myöhemmin. Ympäristöterveydenhuollossa merkittävää on tarkastelujaksona ollut laaja ja kattava osallistuminen paikallisten ympäristöterveysohjelmien laadintaan ja niiden toteuttamisen käynnistyminen

6.3.3 Länsi-Suomen lääni

Väestön hyvinvointi ja palvelujärjestelmä

Läänin alueella väki vähenee reuna-alueilla ja keskittyy maakuntien ja seutukuntien keskuksiin, kaupunkiin ja taaja-asuttuihin kuntiin. 75-vuotta täytäneiden osuus ylittää maan keskiarvon kaikissa maakunnissa. Lapsia ja nuoria on erityisesti läänin koillis- ja pohjoisosissa. Myös huoltosuhde on koko maata epäedullisempi. Vaikka työttömyysaste on pienentynyt vuosina 2000–2001 kaikissa kunnissa, kehitystrendit ovat olleet sahaavia ja kuntakohtaiset ja maakuntakohtaiset erot suuria. Sekä kaikkien toimeentulotukea saaneiden osuudet että toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuudet ylittävät maan keskiarvot huomattavasti Keski-Suomessa ja Etelä-Pohjanmaalla. Vastaavasti maan keskiarvot alittuvat Keski-Pohjanmaalla. Lasten ja nuorten ongelmat ovat monilta osin vaikeutuneet ja monimutkaistuneet.

Viimeisten vuosien aikana on esiintynyt joitakin kehitystrendejä, joilla saattaa olla kielteisiä vaikutuksia alueen väestön terveyteen, vaikka tilastollisesti muutoksia ei vielä voida osoittaa. Terveyskeskuskuntayhtymiä on hajonnut, mikä on osaltaan ohentanut palveluorganisaatioita ja lisännyt palvelujen eriarvoistumiseen johtavia muutoksia. Erityisesti kasvukeskuksien ulkopuolella lääkäripula on alkanut vaikeuttaa perusterveydenhuollon toimintaa. Huhtikuussa 2001 Satakunnassa useampi kuin joka kymmenes ja Varsinais-Suomessa joka kahdeskymmenes terveyskeskuslääkärin virka on ollut hoitamatta.

Elokuussa tehdyn selvityksen mukaan myös Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien erikoislääkäritilanne on heikkenemässä. Huolestuttava erikoislääkäritilanne on ollut myös muualla erityisesti psykiatrian erikoisalalla. Ostopalvelut ovat lisääntyneet, mutta ostopalvelujen laadunarviointi ei ole kehittynyt samalla nopeudella. Vastaanotolle pääsy sovittuun aikaan ja yhteyden saaminen terveysasemalle ovat asiakkaiden kokemuksen mukaan heikentyneet. Väestövastuukuntien asukkaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisempiä palveluihinsa ja niiden saatavuuteen kuin muiden alueiden asukkaat.

Lasten ja nuorten perustason palveluissa on alueellisia eroja sekä palvelutarpeissa että palvelujen saatavuudessa. Paikallisella tasolla lasten ja nuorten erityispalveluissa on onnistuttu huolehtimaan kohtuullisesta ja monimuotoisesta palvelujen tarjonnasta. Aluetason lasten- ja

nuortenspsykiatrisissa erikoissairaanhoidopalveluissa tavoitteiden mukaista saatavuutta ei ole kyetty varmistamaan. Yksityinen palvelutarjonta on lisääntynyt voimakkaasti sosiaalipalveluissa. Uusia yksiköitä on perustettu erityisesti lastensuojeluun, mielenterveysasiakkaille ja vanhuksille. Yksiköiden lisääntyminen on tuonut asiakkaille jonkin verran lisää valinnanvapautta. Henkilökunnan määrällä ja koulutustasolla sekä asiakkaiden käytössä olevilla tiloilla mitattuna yksityisen palvelutoiminnan taso vaikuttaa kohtuullisen hyvältä.

Palvelujen kehittyminen

Aikaisemmin esitettyjen yleisten suuntausten ohella voidaan yksittäisten palvelujen osalta todeta seuraavaa: vuoden 2001 alusta kunnissa käynnistynyt sosiaaliasiamiesjärjestelmä vaikuttaa vielä vakiintumattomalta. Monissa kunnissa on kokeiluvaihe menossa (sopimukset tehty vain vuodeksi). Osa sosiaaliasiamiehistä ei vielä itsekään tunne ja tiedosta rooliaan ja paikoin he toimivat liian lähellä kunnan sosiaalitoiminta. Toimeentulotuessa kunnat ovat selvästi kiristäneet soveltamisohjeitaan esim. asumismenojen osalta. Monista kunnista puuttuu edelleen päätös ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisen perusteista.

Toimeentulotukiasiakkaiden kokonaistilanteen arviointi vaikuttaa olevan myös vaikeaa tai hankalaa, kun asiakkaan tilannetta tarkastellaan vain yksittäisen normin puitteissa. 1.1.2001 voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista ei vielä ole muuntunut eläväksi käytännöksi toimeentulotuen asiakastyössä. Tämä näkyy monissa kanteluissa, jotka koskevat toimeentulotukipäätökseen tyytymättömyyden lisäksi erityisesti asiakkaan saamaa epäasiallista kohtelua.

Syyskuussa 2001 voimaan tullut laki kuntouttavasta työtoiminnasta on käynnistänyt kunnissa sosiaalitoimen ja työvoimatoimistojen asiakasyhteistyön aktivointisuunnitelmien tekemisessä. Sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja koulutuspalveluissa oli varauduttu aktivoitumisen edellytysten luomiseen kohtalaisen vähän eivätkä panostukset näy vielä kaikissa kuntien vuoden 2002 talousarvioissa. Pääosin kunnat aikovat järjestää kuntouttavan työtoiminnan itse omissa hallintokunnissaan. Vanhusten palvelujen laadun kehittämistoiminta on vilkastunut Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen ja strategiatyöskentelyn kautta.

Kouluterveydenhuollon järjestämisessä on läänin alueella suuria eroja terveyskeskuksittain ja maakunnittain. Yhteistyö perheiden kanssa on

lisääntynyt. Arvioiden mukaan psyykkiset ongelmat ja huumeiden käyttö ovat lisääntyneet, mutta niitä ei seurata systemaattisesti. Oppilas- huoltoa onkin ryhdytty arvioimaan lääninhallituksissa vuonna 2001 osana peruspalvelujen alueellista arviointia. Puuttumiseen alaikäisten alkoholin käyttöön julkisella paikalla on ryhdytty joka toisessa läänin kunnassa poliisin ja sosiaali- tai nuorisotoimen yhteistyönä.

Lääninhallitus on peruspalvelujen arvioinnissaan suositellut, että eri viranomaiset, vanhemmat ja yhdistykset sekä yrittäjän sopisivat paikallistasolla yhteisistä toimintatavoista nuorten alkoholin käyttöön liittyen. Myös ehkäisevän päihdetyön vastuuhenkilöiden mahdollisuuksia toimia työn käynnistäjänä ja koordinoijana kunnissa tulee parantaa.

Vuonna 2000 Länsi-Suomen läänin alueella rekisteröitiin lääninhallituksen selvityksessä yli 800 laajasti hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen sekä syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvää hanketta. Lukumääräisesti eniten hankkeita oli Pirkanmaan, Varsinais-Suomen ja Keski-Suomen maakuntien alueilta. Hankkeet keskittyivät maakuntakeskukseen ja suurimpiin kaupunkeihin, joihin syrjäytymisen ehkäisyyn liittyvät haasteet mutta myös toimijat ja resurssitkin kasautuvat.

Lasten ja nuorten lisäksi keskeisimpinä hankkeiden kohderyhminä ovat olleet vajaakuntoiset, yli 25-vuotiaat ja heistä erityisesti pitkäaikaistyöttömät. Muista määritellyistä kohderyhmistä vähäisimmälle huomiolle ovat jääneet asunnottomat, rikoksenteijät ja vangit. Hankkeilla on pyritty vaikuttamaan erityisesti työttömyyden ja vajaatyöllisyyden aiheuttamiin ongelmiin, sosiaaliin tukiverkostoihin sekä oman elämän hallintaan liittyvään yksilön aktiivisuuteen ja oma-aloitteisuuteen. Yli 70 prosenttia hankkeista kohdistui syrjäytymisvaarassa oleviin. Noin 40 prosentissa hankkeista oli kytkös palvelutuotantojärjestelmään ja joka kolmannessa hankkeessa toiminta kohdistui syrjäytymisen ehkäisytyötä tekeviin.

6.3.4 Lapin lääni

Erot kuntien palveluissa läänin alueella lisääntyvät. Kuntien heikko talous vaikeuttaa palvelujen järjestämistä ja lisää kansalaisten eriarvoisuutta. Vanhusväestön suhteellinen osuus kasvaa muuttoliikkeen seurauksena. Samalla palvelujen kysyntä kasvaa tarjontaa nopeammin erityisesti vanhustenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaky-

symykset näkyvät työvoiman ikääntymisenä ja työvoimapulana. Työvoimaa ei ole tarpeeksi myöskään lasten päivähoidossa. Väestön hyvinvointia ja terveyttä uhkaavien haitallisten kehityssuuntien ja ongelmien jälkihoidosta vastaamiseen ja syiden poistamiseen tarvitaan lisää voimavaroja. Myös valvonnan tehostamisen tarve ja yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen lisääntyminen lisäävät lupaviranomaisiin kohdistettuja odotuksia ja lisäresurssien tarvetta.

Keskeisimmin väestön hyvinvointiin ja terveyteen on kertomusajan jaksolla vaikuttanut sosiaali- ja terveydenhuollon valtionrahoituksen väheneminen kunnissa. Hyvinvointia ja terveyttä voisi helpoimmin edistää lisäämällä valtionosuuksien määrää ja korvamerkittyä rahoitusta.

6.3.5 Oulun lääni

Väestön hyvinvointi

Yhä useammassa Oulun läänin kunnassa syntyvyys on pienempi kuin kuolleisuus. Synkimmät kehitysnäkymät ovat Kainuussa. Pääosassa Kainuuta väestön keski-ikä kohoaa 40–45 vuoteen. Läänin länsiosassa väestö on keskimäärin noin kymmenen vuotta nuorempaa. Etenkin Kainuussa ja Koillismaalla kylät ovat pieniä ja asukkaiden välimatkat pitkiä. Asumusten autioituminen ja vanhusväestön muutto nuorten perässä kuntakeskuksiin on tyypillistä. Autioitumiskehitys koskee lähes koko Pohjois-Suomea.

Oulun kaupunkiseudun kasvu on suhteessa asukaslukuun koko maan voimakkainta. Pohjois-Pohjanmaa saa Lapista vuositasaalla noin 1000 nettomuuttajaa, mutta menettää suurin piirtein saman määrän Uudellemaalle. Muiden alueiden välinen muutto on verrattain vähäistä ja tasaista. Muuton rakennetta ohjaa erityisesti hakeutuminen koulutukseen tai työhön. Lapsiperheiden osuus perheistä on laskussa.

Suurimassa osassa läänin kuntia työkyvyttömyyseläkkeellä olevia on enemmän kuin maassa keskimäärin. Poikkeuksena on Oulun seutu ja läänin läntinen rannikkoseutu. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista noin 40 prosenttia on eläkkeellä mielenterveyteen ja 24 prosenttia tuki ja liikuntaelinsairauteen liittyvistä syistä. Työttömyyden pitkittyminen ja pitkäaikaistyöttömien korkealle jäänyt osuus työttömistä on pitkävaikutteisesti muuttanut lapsiperheiden tilannetta. Kainuun työttömyys on

1990-luvun laman jälkeen pysytellyt 20–28 prosentin tasolla. Monissa läänin kunnissa nuorten pitkäaikaistyöttömyys on pysytellyt 30–40 prosentin tasolla alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä. Vuonna 2000 alle 25-vuotiaita työttömiä oli vajaa 700 vähemmän kuin vuonna 1991.

Nuorten alkoholin ja myös huumeaineiden käyttö on lisääntynyt. Vaikka huumeiden käyttö useimmissa kunnissa näyttää lisääntyneen, on lasten alkoholin käyttö monissa kunnissa huumeita yleisempi ongelma. Nuorten pahoinvointi, mielenterveysongelmat ja monet sosiaaliset ongelmat näyttävät olevan kasvussa.

Palvelujen kehittyminen

Nuorten kasvaneet ongelmat ja laman jälkeensä jättämä taloudellinen ahdinko näkyy lastensuojelutarpeen kasvuna. Lasten ja nuorten yksiköiden ja lastensuojelun perhekotien kysyntä on kasvanut jatkuvasti. Yhä useammin asiakkaat näihin tulevat läänin ulkopuolelta, erityisesti eteläisestä Suomesta. Kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen, lasten psykiatristen poliklinikkatutkimusten sekä lapsiperheille suunnattujen palvelujen väheneminen ovat osaltaan vaikuttaneet laitospalvelujen tarpeen lisääntymiseen.

Terveyden ja hyvinvoinnin peruspalvelujen supistaminen laman aikana on näkynyt muun muassa lapsiperheiden kotipalvelun vähennyksenä, ryhmäkokojen kasvuna päivähoidossa ja kouluissa sekä koululaisien iltapäiväkerhotoiminnan vähenemisenä. Pienissä ja Oulusta etäällä olevissa kunnissa, erityisesti lääkäripalvelujen saanti on uhattuna. Myös muun henkilökunnan puute uhkaa nykyisten työntekijöiden ikääntymisessä. Pienten kuntien väestörakenteen painottuminen vanhuksiin lisää terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Samaan aikaan köyhtyvät kunnat ovat vaikeuksissa jo peruspalvelujen tuottamisessa.

6.4 Paikallinen hyvinvointipolitiikka

Kunnalliset sosiaali- ja terveystalvet ovat pääosin kuntien ja kuntayhtymien tuottamia. Palvelujen hankinta yksityissektorin yrityksiltä tai ns. kolmannelta sektorilta rajoittuu yksittäisiin osasuorituksiin tai toimenpiteisiin ja suhteellisen pieniin kokonaisuuksiin. Järjestöjen merkitys on suurempi sosiaalipalveluissa, kun taas yritysten merkitys on suurempi

terveyspalveluissa. Luvun kaksi kohta 2.4.3 käsittelee kuntatalouden kehitystä ja luvut kolme ja viisi myös pääosin kuntien järjestämiä sosiaali- ja terveyspalveluita. Palveluita on käsitelty myös tämän luvun läänien kertomusajanjaksoa koskeissa arvioissa, kohdassa 6.3. Tästä syystä tässä yhteydessä käsitellään kuntien osalta lähinnä eräitä paikalliseen palvelutuotantoon liittyviä eroja yleisellä tasolla. Koska yritysten tai järjestöjen palvelutuotantoa ei käsitellä muualla, ne vastaavasti saavat enemmän tilaa. Yrityksistä on käytettävissä tiedot vain sosiaalipalvelujen osalta. Terveyspalveluista vastaava selvitys on valmistumassa kuluvan vuoden keväällä.

6.4.1 Kuntien tuottamat hyvinvointipalvelut

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset asukasta kohden olivat vuonna 1998 keskimäärin 10 100 markkaa. Kaupunkimaisissa kunnissa kustannukset olivat 10 400 markkaa, taajaan asutuissa 9 500 markkaa ja maaseutumaisissa kunnissa 9 900 markkaa. Asukas-kohtaiset kustannukset olivat yli 12 000 markkaa 14 kunnassa. Vastaavasti sama määrä kuntia selvisi alle 8000 markalla. Kuntien väliset erot ovat huomattavaa suuria myös tarvevakiointien jälkeen.

Valtionosuuksien muuttuminen laskennalliseksi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä on johtanut siihen, että kunnilla on ollut vaikeuksia rahoittaa kalliita erityispalveluita kuten, pitkäaikaisia lastensuojelun laitossijoituksia ja psykiatrista hoitoa. Tämä on aiheuttanut painetta korvamerkittyjen rahoituserien lisäämiseen sosiaali- ja terveys-toimen palveluihin laskennallisen valtionosuuden lisäksi.

Resurssien ohella kuntien väliset erot niin palvelujen järjestämistavoissa kuin laadussa ovat merkittäviä. Palveluiden laadun takaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä Stakesin kanssa laatinut valtakunnalliset vanhuspalvelujen laatusuositukset. Vastaavat suositukset on laadittu myös mielenterveyspalveluista. Suositus sisältää myös psykiatrisen hoidon.

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ikärakenteessa on eroja. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1999²⁵ monissa kunnissa työs-

²⁵ Aineistona on käytetty Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston lopullista aineistoa, jota uudempaa ei ole saatavissa

kentelevästä henkilöstöstä jopa puolet oli jäämässä eläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden kuluessa. Kainuussa työskenteli sosiaali- ja terveysalalla samana vuonna noin 1300 henkilöä, jotka olivat täyttäneet 50 vuotta, kun alle 35-vuotiaita oli töissä vain 800. Uudellamaalla henkilöstön ikärakenne on huomattavasti nuorempi. Jopa alle 25-vuotiaita on työssä enemmän kuin 55–59-vuotiaita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kuntasektorilla oli vuonna 2000 Stakesin mukaan yli 237 000 työntekijää. Henkilöstön riittävyttä tulevaisuudessa arvioitiin huhtikuussa 2000 asetetussa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnassa. Toimikunta arvioi, että yli 65-vuotiaiden hoitoon ja hoitopalveluihin tarvitaan 6 300 työntekijää lisää korjaamaan nykyistä vanhustenhuollon henkilöstön alimitoitusta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kasvavaan tarpeeseen arvioidaan tarvittavan 12 000 työntekijää lisää vuoteen 2010 mennessä. Toimikunnan toimeksianto keskittyi tarpeen selvittämisen ohella ammatillisen koulutuksen mitoituksen arviointiin sekä sitä koskevan seuranta- ja ennakointijärjestelmän kehittämiseen. Työvoimavajaukseen liittyvät organisatoriset, rahoitukselliset tai muut kysymykset ovat tois- taiseksi avoimia.

6.4.2 Tavoite- ja toimintaohjelman toteutus alkanut

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 sisältää yhteensä 21 tavoitetta ja 86 toimenpidesuositusta, jotka on kuntien ohella suunnattu keskus- ja aluehallinnon viranomaisille ja laitoksille. Tavoite- ja toimenpideohjelman ensimmäinen vuosi painottui toimintojen suunnitteluun ja yhteistyön käynnistämiseen. Suositusten toimeenpano painottuu ohjelmakauden myöhempisiin vuosiin. Ohjelma on lähtökohtana myös sosiaali- ja terveysministeriön ja sen alaisten laitosten sekä lääninhallitusten välisissä tulossopimusneuvotteluissa.

Vuonna 2000 peruspalveluissa arvioitiin muun muassa kouluterveydenhuolto, alaikäisten alkoholin käyttö, lasten ja nuorten erityispalvelut ja alaikäisten psykiatrinen hoito. Tavoiteohjelman toteuttamiseen liittyviä hankkeita tuettiin vuonna 2000 sosiaali- ja terveysministeriön yhteensä yhden miljoonan markan määrärahalta. Tuki kohdennettiin erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen laatusuositusten valmisteluun

ja täydennyskoulutukseen. Toimenpidesuosituksissa mainittuja hankkeita tuettiin myös muista sosiaali- ja terveydenhuollon määrärahoista.

Koska valtaosa ohjelman tavoitteista ja suosituksista on pitkäkestoisia, niiden toteutumista voidaan arvioida esimerkiksi tilastotietojen perusteella vasta myöhemmin. Ohjelman toteutumista on mahdollista tarkastella myös luvuissa kolme ja viisi sekä tässä luvussa kohdassa 6.3 esitettyjen läänien aluekohtaisten arvioiden perusteella.

6.4.3 Sosiaalialan yksityiset yritykset

Yksityissektorin osuus sosiaalipalvelujen tuotannossa on kasvanut erityisesti 1990-luvun lopulta ja kasvu näyttää jatkuvan. Tilastokeskuksen toimialaluokituksen mukaan sosiaalialan yksityissektori käsittää 11 alatoimialaa. Se jakautuu kahteen kokonaisuuteen, jotka ovat majoituksen sisältävät sosiaalipalvelut²⁶ ja sosiaaliset avopalvelut²⁷. Yksityinen sektori vastasi vuonna 1999 kolmesta prosentista sosiaalipalveluiden kokonaisvolyymiä. Sosiaalipalveluja tuottavia yrityksiä oli vuonna 1999 yhteensä 1282 ja niillä toimipaikkoja yhteensä 1340²⁸. Yritysten määrän nettolisäys vuosina 1995–1999 oli lähes puolet koko vuoden 1999 yritysmäärästä. Tilastokeskuksen ennakkotietojen mukaan vuonna 2000 perustettiin 241 sosiaalipalveluyritystä. Samaan aikaan lopetti 121 yritystä, joten nettolisäys olisi 120 yritystä.

Suurimmat alatoimialat olivat palvelutalot ja -asunnot, lasten päivähoito ja kotipalvelut. Ala työllisti yhteensä noin 4489 työntekijää, eli noin neljä työntekijää yritystä kohti. Yli 20 työntekijää työllistäviä yrityksiä oli vuonna 1999 24. Suurin osa yrityksistä on toiminut alle kymmenen vuotta.

Eniten yksityisiä sosiaalipalvelutuotannon toimipaikkoja on Työvoima- ja elinkeinokeskuksista Uudellamaalla, Keski-Suomessa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Mikäli yritystoimintaa mitataan liikevaihdolla tai henkilöstön määrällä keskusten järjestys muuttuu.

²⁶Lasten ja nuorten laitokset, vammaisten laitokset, vanhusten laitokset, päihdehuoltolaitokset, palvelutalot ja -asunnot, muut laitokset, perhehoito

²⁷Lasten päivähoito, vammaisten erityispäivähoito, kotipalvelu, muu sosiaalitoiminta

²⁸Esitettävät tiedot perustuvat TietoEnatorin kauppa- ja teollisuusministeriölle tuottamaan sosiaalipalvelujen toimialaraporttiin 2/2001, joka on päivitetty 10.12.2001

Kuva 6.1
Sosiaalipalveluyritysten toimialarakenne vuonna 1999

Toimiala	Yritykset	Henkilöstö
Lasten ja nuorten huoltolaitokset	29	120
Vammaisten laitokset	5	25
Vanhusten laitokset	22	203
Päihdehuoltolaitokset	5	27
Palvelutalot ja -asunnot	339	1 943
Muut laitokset + perhehoito	97	309
Lasten päivähoito	306	976
Vammaisten erityispäivähoito	8	19
Kotipalvelut	353	562
Suojatyö ja työhön kuntoutus	6	51
Muu sosiaalitoiminta	112	254
Sosiaalipalvelut yhteensä	1 282	4 489

Kuva 6.2
Sosiaalipalveluiden toimipaikat, liikevaihto ja henkilöstö
TE-keskuksittain 1999

Sosiaalipalvelut (853)

	Toimipaikat yht.	Henkilöstö yht.	Liikevaihto yht. tmk
Uusimaa	354	1 592	327 872
Varsinais-Suomi	112	407	89 029
Satakunta	35	103	25 219
Häme	81	239	57 439
Pirkanmaa	88	226	52 659
Kymi	85	290	61 229
Etelä-Savo	57	164	41 289
Pohjois-Savo	90	270	55 099
Pohjois-Karjala	69	204	62 606
Keski-Suomi	117	314	74 485
Etelä-Pohjanmaa	61	180	38 412
Pohjanmaa	22	63	7 181
Pohjois-Pohjanmaa	114	381	92 859
Kainuu	23	74	18 146
Lappi	32	94	20 154
Sosiaalipalvelut yhteensä	1 340	4 601	1 023 678

Toimipaikkojen, liikevaihdon ja henkilöstön jakautuminen yrityksissä työvoima- ja elinkeinokeskusten kesken on esitetty kuvassa 5.2

Alan yrittäjien käsityksen mukaan eniten kehittämistarvetta on henkilöstön kehittämisessä ja koulutuksessa. Sosiaalisissa avopalveluissa

keskeisimpänä kehittämistarpeena on nähty myynti ja markkinointi, majoituksen sisältävissä palveluissa sekä lasten päivähoidossa rahoituksen, talouden ja laskentatoimen kehittäminen.

6.4.4 Järjestöt hyvinvointipalveluiden tuottajina

Toiminnan volyymi

Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) tuotosta avustusta saavien järjestöjen yhteenlasketut kokonaismenot olivat vuonna 2000 noin 8,2 mrd. mk. Näiden järjestöjen tuloista lähes 50 % koostuu sosiaali- ja terveyspalvelujen ylläpitämisestä. Maksajina ovat pääasiassa kunnat, Valtiokonttori ja Kela. RAY:n avustusten osuus järjestöjen kokonaismenoista on vuosittain 15–18 %. Rahankeräyksen ja varainhankinnan osuus on 8–12 %. Eri yhteyksissä on laskettu, että järjestöjen osuus terveyspalvelujen markkamääräisestä volyymistä oli vuonna 1997 8 % ja sosiaalipalveluista vuonna 1998 21 %. Järjestöjen osuus sosiaalipalveluista on kuitenkin laskenut 2–4 prosenttiyksikköä.

Vuonna 1999 tehdyn selvityksen²⁹ mukaan palkatut työntekijät tuottavat sosiaali- ja terveysjärjestöissä 26 000 henkilötyövuotta, kun vapaaehtoisten panos olisi 13 000 henkilötyövuotta. RAY:n tilastojen mukaan avustuksen saajien palveluksessa oli vuonna 2000 noin 22 000 henkilöä. Heistä noin 85 prosentilla on sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus. RAY:n arvion mukaan vapaaehtoisia on 126 000 henkeä.

Keskeinen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yhteistyöelin on Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. – Social- och hälsoorganisationernas samarbetsförening SAF r.f., joka aloitti toimintansa vuonna 1978. Sen tehtävänä on jäsenyhteisöjen keskinäisen yhteistyön kehittäminen sekä jäsenyhteisöjen ja julkisen vallan yhteistyön ylläpitäminen ja kehittäminen. YTY:n jäseninä on 118 valtakunnallista liittoa, joissa on yli 6 000 paikallisyhdistystä ja tätä kautta yli 1,5 miljoonaa henkilöjäsentä. YTY on kiinteässä yhteistyössä jäsenjärjestöjensä kanssa. YTY:n jäseninä ovat myös muut keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöjärjestöt kuten Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto

²⁹Helander ja Laaksonen 1999, Suomalainen kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki

ry., Terveyden edistämisen keskus ry., Lastensuojelun Keskusliitto ry. ja Vanhustyön Keskusliitto ry.

Järjestöjen toimintaympäristön muutokset kertomusajanjaksolla

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset ulottuvat luonnollisesti myös järjestöjen toimintaan. Erityisesti järjestöjen toimintaan vaikuttanut muutos on ollut yritystoiminnan kasvu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kuntien palvelutoiminnan uudelleen järjestelyt 90-luvulla synnyttivät uutta yritystoimintaa sosiaali- ja terveydenhuollon alalle. Kasvu on jatkunut voimakkaana toimintakertomusjakson aikana. Perinteistä sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa on yhä enemmän tarkasteltu elinkeinotoiminnan näkökulmasta. Pyrkimyksenä on ollut määritellä elinkeinotoiminnan ala aikaisempaa laajemmaksi ja näin luoda edellytyksiä yritystoiminnalle ja kilpailulle ja kilpailuttamiselle.

Kehitykseen on olennaisena osana kuulunut järjestöjen hyvinvointipalvelujen tuottamisen perusrahoitukseen kuuluvien RAY-investointitukien myöntämiseen liittyvien kriteerien tarkistus. Kriteerejä on tarkistettu siten, että valtioneuvoston päätöksellä myönnettävät raha-automaattiavustukset eivät estäisi yrittäjyyden syntymistä, eivätkä aiheuttaisi markkinahäiriöitä.

Erityisesti sosiaali- ja terveysjärjestöjen, mutta myös muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kannalta merkittävää on myös uuden arpajaislain voimaantulo 1.1.2002. Laki muun muassa turvaa Raha-automaattiyhdistyksen yksinoikeuden pelitoiminnalla kerättävään tuottoon ja varmistaa sen käytön yleishyödylliseen toimintaan. Pitkään jatkuneen valmistelun päättymisen poistaa epävarmuuden toimintojen jatkuvuudesta järjestöissä. Samalla se mahdollistaa pitkäjänteisen suunnittelun, joka tukeutuu ennakoitavissa olevaan rahoitukseen.

Arpajaislain säätämisen yhteydessä lakkautettiin rahankeräys- ja tavara-arpajaislautakunta. Lautakunta on ollut ainoa forumi, jossa valtion ja järjestöjen edustajat ovat yhdessä voineet tarkastella tätä toimintakenttää. Rahankeräyksen ja muun varainhankinnan ympärillä esiintyy yhteiskunnassa monenlaista toimintaa, jota niin valtiovallan kuin yleishyödyllisten yhteisöjen on syytä seurata. Uuden menettelytavan luomista lakkautetun tilalle seurannan varmistamiseksi on järjestöjen taholta pidetty välttämättömänä.

Toimenpiteet vuosina 2000–2001

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyö julkisen hallinnon toimijoiden kanssa ulottuu yksittäisistä paikallistason projekteista, kuntien sekä valtion alue- että keskushallinnon kanssa eri hallinnonaloilla tehtävään yhteistyöhön. Sen lisäksi, että järjestöt rakentavat ja ylläpitävät vuosittain huomattavaa määrää eri asiakasryhmille tarkoitettuja palveluasuntoja, järjestöt ovat olleet mukana keskeisimmissä kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeissa

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskinäisessä yhteistyössä on toteutettu muun muassa: lastensuojelun Harava-hanke, Polku-projekti, joka RAY:n tuella, 12 järjestön yhteistyönä, kouluttaa vapaaehtoisia asiakas- ja potilasluennoitsijoita sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksiin, Sairaalan Hyvä -nettiopas pitkäaikaissairaille, päättymässä oleva Mobile-projekti sekä mielenterveystyöhön liittyvä Pääsky-projekti. Rahankeräyksen ja muun varainhankinnan piirissä ilmenneiden ongelmallisten tai ei-hyväksyttävien ilmiöiden vähentämiseksi ja poistamiseksi järjestöjen yhteistyössä on valmisteltu ehdotus yhteisistä rahankeräystä ja varainhankintaa koskevista eettisistä säännöistä sosiaali- ja terveysjärjestöille. Järjestöt ovat ottaneet kantaa myös sosiaali- ja terveysalan kilpailuttamiskysymyksiin.

YTY ry:n ERI-projektissa on selvitetty useiden erityisryhmien palvelujen saatavuudessa esiintyviä ongelmia ja myös ns. kohtuuttomuustapauksia. Uudessa projektissa keskitytään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeudelliseen asemaan lainsäädännön näkökulmasta. Kirkkopalvelut ry, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen verkosto (EAPN-Finn) sekä Terveyden edistämisen keskus ry jättivät eduskuntaryhmille lokakuussa 2001 kirjelmän, jossa esitettiin vähätuloisten ja toimeentulotuen varassa elävien verotuksen helpottamista

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskinäisen yhteistyön monipuolistuminen näkyy myös kansainvälisessä yhteydenpidossa ja EU:n jäsenmaiden kansalaisjärjestöjen yhteistyössä. EAPN-Finn on merkittävästi osallistunut köyhyyden ja syrjäytymisen vastustamista koskevaan keskusteluun. Kun EU vuoden 2001 alussa edellytti kaikkien jäsenmaiden laativan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaisen toimintaohjelman, Suomi oli ainoa valtio, joka täytti myös sen vaatimuksen, että ohjelman valmistelussa ovat mukana kansalaisjärjestöt.

Vuosi 2001 on YK:n julistama Vapaaehtoistoiminnan vuosi (International Year of Volunteers 2001). Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat omassa toiminnassaan pyrkineet avaamaan vapaaehtoistoiminnan merkitystä koko yhteiskunnalle. Vuosi on lisännyt yhteistyötä Suomen Nuorisoyhteistyö Allianssi ry:n ja Suomen Liikunta ja Urheilu SLU ry:n suuntaan. Lähialueutyöskentelyssä on toteutettu sosiaali- ja terveysjärjestöjen Venäjä-verkoston puitteissa 11 erilaista yhteistyöhanketta Pietarissa. Esimerkkejä hankkeiden sisällöistä ovat diabetekseen, syöpään, ensikoteihin, kehitysvammaisten vanhempiin, vanhustenhuoltoon ja huumetyöhön liittyvät kysymykset.

7

Sosiaali- ja terveystalitiikan kehitys

7.1 Perusoikeudet, hyvinvointi ja terveys

7.1.1 Lainsäädännön muutoksia

Perusoikeussäännökset sisältyvät 1.3.2000 voimaan tulleeseen Suomen perustuslakiin (731/1999). Varsinaisesti perusoikeusuudistus toteutettiin Hallitusmuodon muutoksella jo vuonna 1995 eikä säännöksiä perustuslain säätämisen yhteydessä muutettu. Keskeiset hyvinvointia ja terveyttä turvaavat taloudelliset, sivistykselliset ja sosiaaliset perusoikeussäännökset ovat

- oikeus opetukseen ja sivistykseen. Niihen sisältyy oikeus maksuttomaan perusopetukseen, oikeus saada muuta opetusta ja kehittää itseään sekä tieteen, taiteen ja ylimmän opetuksen vapaus (16 §).
- oikeus työhön. Siihen sisältyy muun muassa työvoiman suoja ja työllisyyden edistämismelvoite (18 §)
- sosiaaliset oikeudet. Oikeudet käsittävät oikeuden toimeentuloon ja huolenpitoon (19.1 §), perustoimeentulon turvan (19.2§), riittävät sosiaali- ja terveystalvelut (19.3§), väestön terveyden edistämisen (19.3§), perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien tukemisen (19.3§) ja asumisen edistämisen (19.4§).

Erityisesti sosiaalisten oikeuksien luonteeseen kuuluu, että viranomaisten ratkaisut ovat usein niiden kohteena olevien henkilöiden toimeentulon ja terveyden kannalta keskeisessä asemassa. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeusturvan toteutumisessa merkityk-

sellinen on myös perustuslain 21 §:n säännös jokaisen oikeudesta saada asiansa käsitellyksi ja ratkaistuksi tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa sekä oikeus saada oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi.

Sosiaali- ja terveysolojen kannalta erityistä merkitystä on myös esimerkiksi perustuslain 6 §:n yleisellä yhdenvertaisuuslausekkeella, syrjintäkiellolla, säännöksellä lasten kohtelemisesta tasa-arvoisesti yksilöinä sekä erityissäännöksellä sukupuolten tasa-arvosta. Samoin 7 §:n säännökset oikeudesta elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, ihmisarvoa loukkaavan kohtelun ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisen kiellot sekä vapauden riistoa täsmentävät säännökset ovat myös TSS-oikeuksien toteutumisen edellytyksiä.

Kertomuskaudella on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä uudistettaessa jatkettu perusoikeusuudistuksen edellyttämää lainsäädännön yhdenmukaistamista perusoikeussäännösten kanssa. Perusoikeuksien toteutumisen kannalta merkittäviä lainsäädäntöhankkeita ovat olleet vuoden 2001 alussa voimaan tulleen sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (812/2000) sekä vuoden 2002 alussa voimaan tulleen uuden työterveyshuoltolain (1383/2001) säätäminen ja mielenterveyslain potilaan itsemääräämisoikeutta ja tahdosta riippumattomaa hoitoa ja tutkimusta koskevien säännösten täydentäminen (1423/2001, voim. 1.6.2002).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta sisältää asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan liittyvät keskeiset oikeudelliset periaatteet. Periaatteet määrittelevät sosiaalihuollon toimintaa siten, että asiakkaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus ovat etusijalla palveluista päätettäessä. Laissa on pyritty varmistamaan, että asiakkaan oikeusturva myös käytännössä toteutuu ja sen avulla voidaan muuttaa oikeusturvan vastaisia ammattikäytäntöjä tai asenteita.

Asiakkaan ilmaisemien toiveiden ja tarpeiden tulee lain mukaan olla toiminnan perustana silloinkin, kun hänen edellytyksensä valvoa etujaan ovat heikentyneet esimerkiksi vanhuuden, alaikäisyyden, vammaisuuden tms. syistä. Silloin, kun eri tahoilla on eriäviä käsityksiä siitä, mitä palveluja tai tukimuotoja asiakkaalle tulisi tarjota, asia tulee ratkaista asiakkaan etu huomioon ottaen.

Tyytymätön asiakas voi tehdä kohtelustaan muistutuksen, minkä lisäksi laissa on säädetty myös asiakkaan asemaa turvaavasta sosiaaliamiesjärjestelmästä. Asiamiesten tehtävänä on antaa asiakkaalle tietoa hänen oikeuksistaan, neuvoa ja avustaa muun muassa muistutusten tekemisessä. Sosiaaliamies antaa vuosittain kunnanhallitukselle selvityksen sosiaalihuollon asiakastilanteen kehittymisestä kunnassa. Selvityksen tarkoituksena on kokonaistilanteen ohella lisätä päättäjien tietoa asiakkaiden oikeuksien toteutumisesta sekä niistä puutteista, joita palveluissa mahdollisesti on.

Sosiaalihuollon asiakaslaista on vuosina 2000–2001 järjestetty paljon koulutusta. Ministeriö on julkaissut asiakkaille laista myös esitteen (STM:n esitteitä 2001:1) useilla kielillä (muun muassa suomi, ruotsi, venäjä, englanti, saksa, somali). Esitteestä on myös selkokielen versio. Lisäksi asiakaslaista on tehty opas (STM 2001:11), jonka tavoitteena on tukea viranomaisten ja yksityisten järjestämää sosiaalihuoltoa ja sosiaalihuollon asiakkaita.

7.1.2 Perusoikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten toiminnassa

Lakien säätämisen ohella perusoikeusuudistuksen konkreettiset vaikutukset näkyvät myös viranomaistoiminnan valvonnassa ja siten myös sosiaaliturvaa koskevassa laillisuusvalvonnassa. Uusissa perusoikeussäännöksissä on asetettu julkiselle vallalle myös aineellista sosiaaliturvaa koskevia velvoitteita. Tästä johtuen laillisuusvalvojien kannanotot menettelytapojen ohella tai sijaan ulottuvat yhä useammin sosiaaliturvan aineellista sisältöä koskeviin kysymyksiin. Perus- ja ihmisoikeuksien valvonta kuuluu olennaisena osana kanteluiden käsittelyyn.

Oikeuskanslerin vuotta 2000 koskevan kertomuksen mukaan kanteluja (166) tehdään eniten sosiaaliviranomaisista. Kantelujen määrä kasvoi merkittävästi vuodesta 1999 (127). Terveys- ja sairaanhoidon viranomaisista kanteluja tehtiin vuonna 2000 64 kappaletta.

Oikeuskansleri on muun muassa toimeentulotuen lisäosaa koskevassa ratkaisussaan (83/1/99) katsonut, ettei perustuslain yhdenvertaisuussäännös (6§) edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Sään-

nös ei estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista tietyn ryhmän positiivista erityiskohtelua.

Oikeusasiamiehen vuotta 2000 koskevan kertomuksen mukaan sosiaaliviranomaisiin liittyneitä kanteluista (470) osa kohdistui sosiaalihuoltoon ja osa sosiaalivakuutukseen. Yleisimmät arvostelut koskivat sitä, ettei kantelija saanut etuutta, jonka katsoi itselleen kuuluvan sekä menettelytapoja. Yli puolet kanteluista koski sosiaalivakuutusta, mihin eivät kuitenkaan sisälly työttömyysturvaa koskevat asiat. Sosiaalivakuutusta koskevista kanteluista suurin osa koski työkyvyttömyyseläkettä, sairausvakuutuslain mukaisia päivärahoja, asumis- ja opintotukea, kuntoutusta sekä kansaneläkelain ja tapaturmavakuutuslain mukaisia etuuksia.

Oikeusasiamiehen mukaan keskeisimmät menettelylliset puutteet liittyivät päätösten perusteluihin, mutta myös viranomaisten toiminnan huolellisuuteen ja asian selvittämisen, neuvonta- ja tiedotusvelvollisuuteen.

Sosiaalihuollon kanteluista valtaosa koski toimeentulotukea ja lastensuojelua sekä jossakin määrin vähäisempänä lasten päivähoitoa ja vammaispalvelujen järjestämistä. Oikeusasiamies on korostanut muun muassa sitä, että laissa olevia säännöksiä tulee tulkita perus- ja ihmisoikeusmyönteisellä tavalla myös hallinnossa. Tämä tarkoittaa sitä, että hallintoviranomaisten tulee valita esimerkiksi toimeentulotukilain tulkintavaihtoehtoista ratkaisu, joka parhaiten edistää perusoikeuksien tarkoituksen toteutumista. Oikeusasiamies on antanut huomautuksen myös esimerkiksi päihdeongelmaisten asumispalveluun käytettyjen asuntoloiden kunnosta .

7.1.3 Muut toimenpiteet

Sosiaali- ja terveysministeriö on kertomusajanjaksolla valmistellut ehdotukset huolenpidon toimeenpanemiseksi välttämättömistä pakotteista ja rajoituksista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pakotteilla ja rajoituksilla tarkoitetaan toimintayksikössä tai avohuollossa asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistettavia perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä. Selvityksen ulkopuolelle rajattiin tahdosta riippumatonta mielenterveyden hoitoa ja lastensuojelun pakkotoimia koskevat säännökset, joita ollaan erikseen uudistamassa. Selvityksessä ehdotetaan lainsäädäntöä

täsmennettäväksi tahdosta riippumattomassa kehitysvammahuollossa ja tahdosta riippumattomassa päihdehuollossa. Lainsäädäntöön sisällytettäisiin säännökset hyväksyttävistä rajoitustoimenpiteistä, niiden perusteista, sisällöstä, kestosta, päätöksentekotavasta ja oikeussuojakeinoista. Ehdotusten valmistelua jatketaan vuoden 2002 aikana.

Sosiaali- ja terveysministeriön, työministeriön ja opetusministeriön yhteinen SEIS (Suomi Eteenpäin Ilman Syrjintää) -projekti aloitettiin lokakuussa 2001. Projekti on sekä osa Suomen hallituksen maaliskuussa 2001 hyväksymää etnisen syrjinnän ja rasismien vastaista toimintaohjelmaa (ETNORA) että EU:n syrjinnän vastaista toimintaohjelmaa. Tavoitteena on edistää syrjimättömyyttä, vahvistaa potentiaalisten, syrjinnän kohteeksi joutuvien ryhmien tietoisuutta oikeuksistaan ja vahvistaa heidän asemaansa Suomessa.

Eduskunta on valtion vuoden 2002 talousarviossa hyväksynyt, että talousarvioon otetaan erillinen määräraha saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi. Määrärahan suuruus on 200 000 euroa. Sitä saa käyttää valtionavustuksen maksamiseksi saamelaiskäräjien kautta saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 4 §:ssä tarkoitettuille saamelaisten kotiseutualueen kunnille saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi. Rahoitusmenettely on poikkeus kuntien valtionosuusjärjestelmän yleisistä periaatteista. Erityisen valtionavustuksen tavoitteena on turvata saamelaisen alkuperäiskansan oikeutta omaan kieleen ja kulttuuriin perustuslain edellyttämällä tavalla.

Yhteenveto

Sosiaalisten olojen kehittyminen

Sosiaali- ja terveystalouden kannalta on olennaisen tärkeää, että kansantalous on kunnossa. Taloudellisesti myrskyisän 90-luvun jälkeen 2000-luvun alku on ollut suotuisaa aikaa. Talouden perustekijät on saatu kuntoon. Valtion talous on kohtuullisesti tasapainossa. Kotitalouksien vakaaraisuus ja yritysten kannattavuus ja rahoitusasema ovat keskimäärin hyvät, lainakorot alhaiset ja inflaatio matala. EMU-maihin kuuluminen vähentää pitemmälläkin aikavälillä riskiä suuriin korko- ja valuuttakurssivaihteluihin. Sosiaali- ja terveystalouden suuret linjat ja resurssirajat ovat sidoksissa EMU-kriteereihin ja siten sosiaali- ja terveystaloudella on yhä enemmän eurooppalaista. Kansalliset erityispiirteet korostuvat toteutustavoissa. Kansallisesti tulevaisuuden haasteina ovat mm. väestön ikääntymisestä johtuva tarve muokata sosiaaliturvajärjestelmää ja palveluja vastaamaan uusiin tehtäviin.

Taloudellinen kehitys muodostaa sosiaali- ja terveystalouden liikumavaran, mutta toisaalta emme saa unohtaa sitä, että Suomen hyvinvointitaloudella on ollut vahva positiivinen vaikutus siihen, että taloudellinen ja tekninen kehitys ovat saaneet meillä vakaan ja hedelmällisen perustan. Yritykset ovat voineet tukeutua yhteiskunnan edulliseen koulutusjärjestelmään ja sen tuottamiin osaajiin. Samoin yritykset ovat saaneet hyvinvointivaltion tuen teknologisen kehityksen edellyttämälle tutkimus- ja kehittämispanokselle. Valtio on tukenut voimakkaasti innovaatiotoimintaa sekä suoralla rahoituksella että teknologiapainotteisella yliopistokoulutuksella. Samalla valtio on vakiinnuttanut teollisia suhteita luomalla järjestelmän, jossa työtä ja pääomaa edustavat yhteiskunnalliset osapuolet voivat sopia kilpailukykyä lisäävistä strategioista samalla ottaen huomioon työntekijöiden tarpeet. Valtio on tukenut yritysmaailman suorituskykyä kaksoisroolissaan sekä kehitysvaltiona että hyvinvointivaltiona.

Suotuisaa kansallisen talouden kehitystä ovat varjostaneet globaalitasolla tapahtuneet dramaattiset ilmiöt ja yhä koveleva kansainvälinen kilpailu. Pääomamarkkinoiden ja kaupan vapauttaminen, verokilpailu ja ylikansallisten yritysten sääntelemätön toiminta voivat johtaa kovelevaan kansainväliseen kilpailuun, jossa sosiaaliturvan merkitystä ei oteta riittävästi huomioon. Valtioiden välisellä verokilpailulla on vaikutuksia myös sosiaaliturvan rahoitukseen. Yksi globalisaation piirteistä on, että se saattaa heikentää taloudellisesti heikompien maiden mahdollisuuksia hallita yhteiskunnallista ja taloudellista kehitystä. Lisääntyvä vauraus ei jakaudu tasaisesti, vaan hyödyttää enimmäkseen maita, jotka ovat jo ennestään vauraita. Tämä voi lisätä eriarvoisuutta, syrjäytymistä ja suhteellista köyhyyttä myös valtioiden sisällä. Toisaalta kansainvälisen työnjaon syventymisen ja uuden teknologian positiiviset vaikutukset mahdollistavat niukkojen voimavarojen tehokkaamman käytön sekä hyvinvoinnin ja vaurauden lisääntymisen.

Pienelle kansantaloudelle kuuluminen EU-yhteisöön voi toimia puskurina, joka mahdollistaa tasapuolisemman osallistumisen globaaliin kilpailuun. Toisaalta samankaltaiseen kulttuuripiiriin kuuluminen helpottaa yhteisiä toimia taloudellisen, sosiaalisen ja kulttuurisen kehityksen alueella. Yhteisön viime vuosien tavoitteena on ollut sitoa talous, työllisyys ja sosiaalipolitiikka kiinteämmin toisiinsa. Amsterdamin ja vuoden 2000 Nizzan sopimus ovat vahvistaneet sosiaalista ulottuvuutta. EU:n perusoikeuskirjan tavoitteena on lähentää unionia sen kansalaisiin ja vahvistaa unionin poliittista luonnetta.

Yleisesti kertomusajanjaksoa voisi luonnehtia laman jälkeisten sosiaalisten olojen normalistumisen vaiheeksi Suomessa. Yhteiskunta on pääosin palautunut normaaliin. Sekä talous että yhteiskunnalliset instituutiot toimivat niin, että kansalaisten luottamus tulevaisuuteen on voitu palauttaa. Yhä useamman kansalaisen tulonmuodostus perustuu jälleen omiin ansiotuloihin. Laman seuraukset ja työttömyys heikentävät hyvinvointia kuitenkin edelleen. Tulonsiirtojen merkitys tuloerojen tasajana on käynyt aikaisempaa vähäisemmäksi. Vaikka joidenkin etuuskisien taso on jäänyt jälkeen yleisestä tulokehityksestä, tulonsiirtojen merkityksen väheneminen johtuu pääosin kasvaneista omaisuustuloista ja työttömyyden vähentymisestä. Kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyysaste on laman jälkeen pysynyt ennallaan. Sen sijaan suhteellisella köyhyysrajalla tarkasteltuna köyhyysrajan alittavan väestön määrä on

vaihdellut ja oli vuonna 2000 jälleen kasvussa. Sosiaalinen kehitys on tässä mielessä ollut kaksisuuntaista. Yhtäältä kasvaneet omaisuustulot ja työssä olevien vakaa palkkakehitys ovat vakauttaneet yhteiskunnan kehitystä ja toisaalta kasaantuva huono-osaisuus on lisännyt syrjäytymisuhkia. Rakenteellinen pitkäaikaistyöttömyys on jäänyt syömään niitä eväitä, joita muutoin olisi voitu käyttää hyvinvointipolitiikan uudistamiseen.

Tutkimusten mukaan alueelliset erot alkavat näkyä myös hyvinvoinnissa. Erojen tärkeimmiksi selittäjiksi nousevat väestörakenteen muutokset mukaan lukien syntyvyys, ikääntyminen ja muuttoliike sekä työllisyys. Syntyvyys on kääntynyt laskuun vuodesta 1994 alkaen kaikissa maakunnissa Uuttamaatta lukuun ottamatta. Muuttoliike suuntautuu muutamaasi kasvukeskuksiin. Muuttajat ovat enimmäkseen nuoria ja hyvin koulutettuja, paikoilleen jää vanhempi ja vähemmän koulutettu väestö. Työllisyys on vuodesta 1994 vuoteen 2000 eniten noussut Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Hämeessä, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Viime vuosien aluepoliittisten toimien tukemien kasvukeskusten - pääkaupunkiseudun, Turun, Tampereen ja Oulun seutukunnat - edustavat samanaikaisesti korkeaa elintasoja ja kohtuullisen korkeaa psykososiaalista hyvinvointia. Pohjanmaalla yhdistyvät vaatimattomampi elintaso ja kohtuullinen psykososiaalinen hyvinvointi. Hyvinvointipolitiikan todellinen haaste pysyy edelleen Pohjois- ja Itä-Suomessa sekä eräänlaisena kielekkeenä Keski-Suomen haja-asutuskunnissa. Asetelma ei ole juuri muuttunut niistä tuloksista, joita tutkijat esittivät jo 1980-luvun alkupuolella. Selityksiä voinee etsiä sekä maan sisällä aluepolitiikasta ja talouden dynamiikasta että myös maan rajojen ulkopuolelta.

Vaikka erot koko maassa ja kuntatasolla ovat kasvamassa, kaupunkien ja kasvukeskusten sisällä ei toistaiseksi ole näyttöä erojen kasvusta. Tästä esimerkin tarjoaa pääkaupunkiseutu, joka on ollut mukana kaupunkien sisäisiä alueellisia eroja selvittäneissä kansainvälisissä tutkimuksissa. Suomea lukuun ottamatta hyvä- ja huono-osaiset ovat keskittymässä alueellisesti kaikissa tutkituissa Euroopan kaupungeissa. Sen sijaan Suomen pääkaupunkiseutu on poikkeuksellisen tasainen sekä sosiaaliselta että alueelliselta rakenteeltaan.

Puhuttaessa alueellisista eroista ei voida kuitenkaan unohtaa sitä, että kaupunkimaisen elämänpiirin ja elämäntavan yleistymisen tuottaa myös sitä vastaavat sosiaaliset seuraukset. Valtioneuvoston nimeämä

laajapohjainen kaupunkipolitiikan yhteistyöryhmä on arvioinut kaupunkoja yhtäältä kasvun luojina ja toisaalta ihmisten sosiaalisena ja kulttuurisena ympäristönä. Väestö keskittyy yhä enemmän kaupunkeihin niiden vetovoimatekijöiden vuoksi. Voimakas muutto synnyttää kuitenkin kasvavia asunto-ongelmia sekä luo uudenlaisia riskejä sosiaalisten ongelmien kasaantumiselle. Tämän vuoksi tarvitaan tietoista kaupunkipolitiikkaa, jolla tunnistetaan kaupunkispesifit kehityskulut ja ongelmat ja voidaan puuttua niihin ajoissa.

Kärjistäen voidaan sanoa, että väestörakenteen ja työllisyyden perusteella näyttää pitkälle myös ratkeavan minkälaisia kysymyksiä alueilla joudutaan ratkomaan. Kamppaillaanko kasvaneelle asukasmäärälle riittämättömien asuntojen ja palvelujen kanssa, vai ongelmien kanssa, jotka aiheutuvat verotulojen vähenemisestä ja sen vaikutuksesta palvelujen järjestämiseen. Erileistumiskehitys on tiedostettu ja sen pohjalta on myös käynnistetty tai käynnistymässä suuri joukko uusia hankkeita, joiden tavoitteena on kielteisen kehityksen pysäyttäminen tai niiden seurausten lieventäminen.

Kuten edellä on esitetty myös sosiaali- ja terveyspalvelut kytkeytyvät vahvasti sekä väestörakenteeseen että työllisyyteen. Eri alueiden ja erilaisten kuntien mahdollisuuksia järjestää kansalaisilleen tasaveroiset mahdollisuudet hyvinvointipalveluihin ja sosiaaliturvaan joudutaan tarkastelemaan yhä tarkemmin. Palvelujen järjestämisessä on käynnistetty yhtäältä teknologisia uudistuksia ja toisaalta uudenlaisia seudullisia ja alueellisia yhteistyöhankkeita. Kansallisessa ohjauksessa on siirrytty luomaan yhtenäisiä hyvän palvelun laatusuosituksia ja kriteerejä. Taloudellisten resurssien ja palveluntarpeen ohella kysymys on myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöresursseista. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on iältään huomattavasti nuorempaa esimerkiksi Helsingissä kuin Kainuussa. Kysymykseksi nousee, mistä saadaan eläkkeelle jäävien tilalle nuoria työntekijöitä niille alueille, joissa suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä kuuluu suuriin ikäluokkiin. Esimerkiksi läänien arvioiden perusteella henkilöstöpula näyttää olevan tosiasia jo tällä hetkellä ja koskee sekä peruspalveluja että erityisosaamista.

Sosiaali- ja terveyspolitiikassa korostuu yhä enemmän ehkäisevien toimien merkitys. Suomella on vahvaa näyttöä ennen kaikkea kansanterveyden alueelta siitä, kuinka määrätietoisella kansanterveyden edistäminen vaikuttaa laajasti koko yhteiskuntaan. Sosiaalipolitiikassa poh-

joismaisen hyvinvointipolitiikan universaalit ratkaisut ovat pitäneet köyhyyden erittäin alhaalla ja syrjäytymisuhkat erittäin pieninä. Suomalainen hyvinvointipolitiikka ja terveyspolitiikka muodostavat tässä suhteessa hyvän mallin eurooppalaisille ehkäiseville toimille. Selviytyminen lamasta ja mahdollisuudet arvioida uudelleen palvelujen kehittämistä tuottavat myös viestejä siitä, että eri aloilla olisi tehostettava ehkäisevien toimien kehittämistä.

Pitkäaikaistyöttömyys, ylivelkaantuminen ja syrjäytymisuhkien lisääntyminen ovat esimerkkejä uusista ilmiöistä, jotka perustelevat sitä, että yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa on entistä enemmän suunnattava huomiota ongelmien ennaltaehkäisyyn. Kertomus osoittaa, että toimenpiteet laman negatiivisten seurausten poistamiseksi ja vähentämiseksi sekä ennen kertomusajanjaksoa että sen aikana ovat olleet moninaiset ja ulottuneet lähes kaikille yhteiskuntapolitiikan alueille. Esimerkiksi osa ylivelkaantuneista näyttää velkajärjestelystä, velkaneuvonnasta, sosiaalisesta luototuksesta ja ulosoton suojaosuuksien korottamisesta huolimatta jäävän korjaavien toimenpiteiden ulottumattomiin. Tätä kuvastaa myös, että epävirallisen avun tarvitsijoita on edelleen paljon.

Kertomukseen on koottu suhteellisen laaja kirjo sosiaalisesta ja terveydellisestä kehityksestä eri hallinnonaloilla ja politiikan lohkoilla. Selvitykset osoittavat, että pohjoismaisen hyvinvointipolitiikan sosiaalisen kestävyuden varmistamiseksi tarvitaan edelleen tiivistä yhteistyötä eri sektoreiden välillä. Arkipäivän normaaleissa toiminnoissa tapahtuva yhteistyö jää usein huomaamatta ja julkisuuteen nousevat vain yhteistyön ongelmat ja kitkat. Kuitenkin myös nyt käsillä olevalla kertomuskaudella on toteutettu hyvin monipuolista ja laajaa yhteistyötä osana päivittäisiä rutiineja. Näistä kontakteista ja käytännöistä on vähitellen muovautunut suomalaisen hyvinvointipolitiikan käytännön toiminta.

Esimerkiksi koulutusjärjestelmässä tällä hetkellä olevat haasteet ja toteutettavat uudistukset ovat sosiaalipoliittisesti hyvin tärkeitä. Koulu on edelleen hyvin tärkeä lasten ja nuorten hyvinvoinnin kannalta samoin kuin opettajien työssä viihtymisen ja hyvinvoinnin kannalta. Koulutusjärjestelmä tarvitsee kehittämistyössä vuorovaikutusta muiden toimijoiden kanssa.

Samalla tavalla voidaan arvioida liikennesektorilla tapahtuvia muutoksia. Liikkumisen tapojen ja infrastruktuurin muuttuminen tuottaa omat sosiaaliset ja terveydelliset seurauksensa. Hyvinvointipolitiikan osana

tapahtunut menneiden vuosikymmenien liikennepolitiikka on tuottanut hyviä tuloksia mm. kuolleisuuden vähentämisessä. Liikenteen, sosiaalipolitiikan ja terveystalouden yhteydet on edelleenkin pidettävä kiinteinä.

Työvoimapolitiikassa on viime vuosina tehty tiivistä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Yhteistyössä on kehitetty aktiivista työvoima- ja sosiaalipolitiikkaa ja syrjäytymisen vastaisia toimia. Samoin on kehitetty uusia palvelumalleja ja kansallista työllisyyspolitiikkaa vastaamaan uusiin kotimaisiin ja eurooppalaisiin haasteisiin.

Ympäristöministeriön kanssa on ollut jatkuvasti hyvin laaja-alaista yhteistyötä mm. ympäristökysymyksissä ja ympäristöterveyden kehittämisessä. Samoin on kehitetty yhteistyötä maankäytön ja kaavoituksessa sekä asumisessa. Yhteisiä toimia on käynnistetty myös lähiöiden kehittämiseksi.

Huumepolitiikassa on toteutettu erityisen laajoja yhteistyöhankkeita lähtien siitä ajatuksesta, että eri toimijoiden osaamista ja voimavaroja yhdistämällä on mahdollista löytää uusia keinoja torjua huumeiden käytön leviämisen yhteiskunnassa. Oikeusviranomaisten, poliisin, koulun ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyöllä onkin saatu uutta otetta huumeidenvastaiseen työhön.

Kertomuksen tavoitteena on ollut koota myös teknologian kehitykseen liittyviä ilmiöitä ja vaikutuksia suhteessa hyvinvointiin ja terveyteen. Teknologinen kehitys tuo runsaasti uusia mahdollisuuksia varsinkin palvelujen järjestämiseen. Teknologiset ratkaisut etenevät kuitenkin ennen kaikkea ihmisten arkipäivää jäsentäväksi ja hallitseviksi välineiksi. Mitkään ratkaisut eivät ole myöskään sosiaalisesti neutraaleja. Internetin kehitys, telekommunikaatio, kännykät ym. eivät tule kaikkien ulottuville. Hyvinvointipolitiikan kannalta kyse on siitä millä tavalla uusi teknologia muuttaa yhteiskunnan sosiaalista rakennetta ja sosiaalisia suhteita. Tutkimustietoa esimerkiksi informaatioteknologian vaikutuksista yhteiskuntaan on toistaiseksi lähinnä sen makrotason vaikutuksista. Sen sijaan ihmisten arkeen liittyviä tietoja on saatavissa lähinnä käyttäjämääristä.

Niin kansainväliset kuin kansallisetkin muutokset näyttävät aikaisempaa selkeämmin myös nostavan esille yhteisöllisyyden ja sosiaaliset vuorovaikutussuhteet hyvinvoinnin osatekijöinä. Keskustelu sosiaalisen pääoman heikkenemisestä kuvastaa huolta sosiaalisten siteiden

rapautumisesta. Sosiaaliset taidot ja vastuu korostuvat niin lasten ja nuorten kasvuympäristöistä, vanhemmuudesta, työssä jaksamisesta tai hoidon ja hoivan ympäristöistä puhuttaessa. Sosiaalinen pääoma liittyy ihmisten keskinäiseen luottamukseen, normeihin ja verkostoihin. Perinteisten sosiaalisten suhteiden ja yhteisöjen rapautuminen on heikentänyt yhteisöjen sosiaalista pääomaa. Hajanaisten yhteisörakenteiden ja epäselvien yksilö- ja yhteisövastuiden sijaan vaaditaan tänään lisää satsauksia sosiaalisen pääoman vahvistamiseen.

Terveysolojen kehitys

Terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elintapojen ja valintojen tuloksena. Elintavat eivät yksin määrää terveyttä, vaan siihen vaikuttaa, ehkä yhtä paljon tai jopa enemmän, esimerkiksi mahdollisuus tehdä terveellisiä elämäntapaa liittyviä valintoja. Terveyteen vaikuttavat niinikään arkiympäristöjen – esimerkiksi kotien, asuma-alueiden, liikenteen, koulujen, työpaikkojen ja vapaa-ajan toimintojen – biologiset, kemialliset, fysikaaliset ja sosiaaliset ominaisuudet. Terveyteen ovat yhteydessä myös ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito sekä ihmisten taidot.

Terveyden edistäminen perustuu näkemykseen terveyden kokonaisvaltaisuudesta ja yli hallintorajojen ulottuvana ilmiönä. Terveydenhuollolla on terveyden edistämisessä tärkeä asiantuntijatehtävä.. Terveys on yhteiskunnan tasolla pääomaa; yksilön tai yhteisöjen tasolla voimavara, hyvinvointia sekä tasapainoa sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa.

Sosiaali- ja terveystieteen aineistojen mukaan suomalaisten eliniän odote kasvaa edelleen. Miesten ja naisten eliniän odotteen ero on pienentynyt vain vähän. Naiset elävät edelleen pidempään kuin miehet. Terveys ja sairaus ovat myös sosioekonomisen aseman mukaan edelleen epätasaisesti jakautuneet. Terveyden epätasa-arvoon vaikuttaminen on nostettu terveystieteen yhdeksi tavoitteeksi Terveys 2015 -terveyspoliittisessa ohjelmassa.

Monet sairaudet ovat vähentyneet Suomessa, mutta samalla jotkut muut pitkäaikaiset, palveluiden tarvetta lisäävät sairaudet ovat yleisty-

neet. Merkittävimmät myönteiset muutokset viime vuosikymmeninä ovat ehkä tapahtuneet sydän- ja verisuonitaudeissa ja eräissä syöpätaudeissa. Sydän- ja verisuonitaudit vaativat kuitenkin edelleen huomiota, samoin kuin yleistyvät syöpäsairaudet, kuten eturauhassyöpä. Tartuntatautilanne on uhkista huolimatta pysynyt hyvänä.

Mielenterveyden häiriöiden lisääntyminen sisältyy myös kansainvälisiin, lähitulevaisuuden tautitaakkaa koskeviin ennusteisiin. Se edellyttää jatkuvan mielenterveyspalvelujen kehittämisen rinnalla mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön vahvistamista, myös terveydenhuollon ulkopuolella. Huolimatta siitä, että asetettu tavoite itsemurhien vähentämisestä on saavutettu, itsemurhat ovat edelleen Suomessa erittäin yleisiä. Itsemurhien ehkäisy tulee pitää esillä jatkossakin erityisesti paikallistason kriisityötä kehittämällä.

Väestön elintapojen seuranta ja niihin vaikuttaminen on ollut merkittävä osa suomalaista terveyspolitiikkaa. Vaikka ymmärrys elintapojen taustalla olevista taloudellisista, kulttuurisista ja sosiaalisista tekijöistä on jatkuvasti lisääntynyt, väestön elintavat ovat edelleen tärkeitä terveyspolitiikan vaikutusten osoittimia ja päätöksenteon ohjaajia. Väestön elintapojen muutokset tapahtuvat verkkaisesti. Kertomusajanjaksoilla huomiota kiinnittävät mm. kasvava epätasapaino ravinnon saannin ja liikunnan välillä sekä nuorten lisääntyvä riippuvuutta aiheuttavien aineiden - tupakan, alkoholin ja huumeiden - käyttö. Näiden kahden hyvin erilaisen ongelman takana olevat monitahoiset syyt edellyttävät myös moniulotteisia toimia jollaisia kertomuskaudella on käynnistetty. Erityisesti nuorille tehtävien raskauden keskeytyksien ja sukupuoliteitse tarttuvien tautien lisääntyminen on huolestuttava suuntaus, joka pitäisi pystyä muuttamaan. Kertomusajanjaksolla valmistunut raportti väestön terveyskäyttäytymisen alueellisesta vaihtelusta tuo esille huomattavia eroja mm päihteiden käytössä ja naisten tupakoinnissa. Tämä on haaste alueelliselle terveyden edistämiselle.

Tapaturmien syntyyn vaikuttavat sekä elinympäristö, mm. tuoteturvallisuus ja työolot, että ihmisten oma toiminta. Vuosittain tapaturmiin kuolee noin 2700 suomalaista, mikä on eurooppalaisittain paljon. Kun liikenne- ja työtapaturmat ovat jatkuvasti vähentyneet, ovat koti-, liikunta- ja muut vapaa-ajan tapaturmat taas lisääntyneet. Niiden osuus on nykyisin 70 % kaikista tapaturmista. Samalla kun toimia työ- ja liikennetapaturmien ehkäisemiseksi jatketaan ja kehitetään, tulee laaja-

alaista, yli sektorirajojen ulottuvaa yhteistyötä lisätä koti-, liikunta- ja muiden vapaa-ajan tapaturmien ehkäisemiseksi.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus on jatkuvasti kohentunut, mutta edelleen on tilanteita, jolloin apua tarvitseva joutuu odottamaan kohtuuttoman kauan palveluita, tai järjestelmän saumatomuudessa on puutteita. Terveydenhuollon henkilökuntaa ei vielä ole tarpeeksi, ja heidän työolosuhteissaan ja palkkaustasossaan on edelleen ongelmia. Kustannustason jatkuvan nousun ohella nämä ongelmat ovat monesti olleet syinä siihen, että terveystalvet eivät aina ole toimineet tarpeeksi tehokkaasti tai niiden kustannukset ovat kohonneet liiaksi. Väestön vanhenemisen johdosta palvelutarve kasvaa koko ajan, vaikka sairaudet voivat ikääntyneiden nuoremmassa ikäryhmässä vähetäkin. Äskettäisten tutkimusten antama kuva nuorten eläkeikäisten hyvästä toimintakyvystä osoittaa myönteistä kehitystä.

Terveydenhuoltojärjestelmän tämänhetkisiä ongelmia on pyritty ratkaisemaan useissa työryhmissä, joissa on ollut eri sektoreiden edustajia. Vuonna 2001 valtioneuvosto asetti uuden aiempia laajemman Kansallisen Terveysprojektin, jonka tarkoitus on pureutua keskeisimpiin terveydenhuollon ongelmiin. Projekti antaa esityksensä vuoden 2002 alkupuolella.

Sosiaali- ja terveystalvetin tulevaisuus

Sosiaali- ja terveystalvetin ministeriö julkaisi maaliskuussa 2001 asiakirjan "Sosiaali- ja terveystalvetin strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa". Strategia herätti runsaasti keskustelua erityisesti sen sosiaalivakuutusta koskevien linjausten vuoksi. Vähemmälle huomiolle keskustelussa jäi linjausten kokonaisuus. Strategian pohjatyössä käytiin läpi runsas määrä suomalaisen yhteiskunnan tulevaisuuteen vaikuttavia kehitysnäkymiä. Eniten sosiaali- ja terveystalvetin lähivuosien kehitykseen vaikuttanevat väestön ikääntyminen, kansainvälisen talouden globalisoituminen, Euroopan integraatio, kansantalouden yleinen kehitys, työllisyys, pitkäaikaistyöttömyys, köyhyyden ja syrjäytymisen taso, uuden teknologian käyttöönotto, työelämän ja työympäristön muutokset, kansanterveyden ja elinympäris-

tön tila sekä maan alueellinen kehitys. Samantyyppiset sosiaalipoliittiset haasteet yhdistävät Euroopan unionin maita. EU:ssa yhteisten tavoitteiden asettamiseen, eri alueita koskeviin toimintaohjelmiin ja politiikan tuloksia kuvaaviin vertailuindikaattoreihin perustuva sosiaaliturvan yhteistyö on selvästi tiivistynyt.

Talouspolitiikan, työllisyyspolitiikan ja sosiaalipolitiikan välinen yhteys on kiinteytynyt. Suomen kansantalous – osana 12 maan euroaluetta – on osa globalisoituvaa maailmantaloutta. Makrotaloudelliset ratkaisut vaikuttavat sosiaaliturvan rahoitukseen. Tarvitaan kokonaisvaltaista tarkastelutapaa, jolla voidaan vahvistaa talous-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikan vuorovaikutusta. Epävarma taloustilanne voi toisaalta lisätä köyhyyden ja syrjäytymisen riskiä.

Sosiaali- ja terveystalouden lähiajan avainkysymyksenä on hidastaa elatussuhteen – työllisten ja ei-työllisten välisen suhdeluvun – heikkenemistä. Väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpito nousee sosiaalipolitiikan haasteeksi. Pitkäaikaistyöttömyyden selkeä vähentäminen on lähivuosien suuria kysymyksiä, sillä siten voidaan alentaa köyhyyden ja syrjäytymisen riskiä. Väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän toimivuus, hyvä kattavuus ja kestävä rahoitus korostuvat. Eri-työryhmien palvelujen saatavuuteen on kiinnitettävä myös huomiota.

Sosiaali- ja terveystalouden tarkoituksena on edistää väestön hyvää terveyttä ja toimintakykyä, luoda ja ylläpitää terveellisiä työ- ja elinympäristöjä sekä turvata riittävä toimeentulo ja sosiaali- ja terveystalouden palvelut eri elämäntilanteissa. Lähtökohtana on pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen. Sosiaaliturva tukee osaltaan naisten ja miesten välistä tasa-arvoa ja ihmisten mahdollisuuksia oman elämänsä hallintaan ja aktiiviseen osallistumiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen turvaaminen kaikille väestöryhmille edellyttää kuntatalouden tasapainoista kehittämistä, vaikeuksissa olevien ryhmien palvelujen saatavuudesta huolehtimista, kuntien yhteistyötä ja uusien toimintamallien käyttöönottoa sekä palvelutuotannon taloudellisten kannustimien lisäämistä.

Väestörakenteen ja käyttäytymisen muutoksiin liittyvät kysymykset ovat pitkävaikutteisia. Niihin voidaan varautua edellyttäen, että toimenpiteet on suunniteltu riittävän ajoissa. Kyse voi olla välittömiä voimavaroja suuremmista investoinneista. Ehkäisevän toimintamallin hyödyt tulevat täysimääräisesti esiin pitemmällä aikavälillä.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan kehittämisen tavoitteeksi on asetettu sosiaalisesti kestävä, taloudellisesti elinvoimainen ja toiminnoiltaan tehokas ja dynaaminen yhteiskunta. Sosiaaliturvan perustana on kattava yhteisvastuu. Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähivuosien kehittämisen asiakokonaisuudet voidaan tiivistää neljään strategiseen kokonaisuuteen. Ne ovat

- Väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
- Työelämän vetovoiman lisääminen
- Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito
- Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.

Suomalaisen yhteiskunnan hyvinvoinnin kulmakivinä ovat työ- ja toimintakyvyn ylläpito sekä omatoimisuus. Työelämässä tulisi jatkaa nykyistä pitempään, väestön toimintakyvyn tulisi kohentua, jolloin iäkkäiden hoivan tarve siirtyisi myöhemmäksi. Väestön terveyserojen tulisi kaventua. Palvelujen laatua voidaan parantaa tehostamalla alueellista yhteistyötä. Kohtuullisen toimeentulon takaavat tulonsiirrot tukevat osaltaan työhön osallistumista. Samalla sosiaaliturvan rahoitus on kestävällä pohjalla ja köyhyys ja sosiaalinen syrjäytyminen voidaan pitää viime vuosikymmenien alhaisella tasolla. Mikäli talouskasvu jatkuu kohtuullisena, elinikäinen työssäoloaika pitenee, työllisyysaste nousee ja vanhusten toimintakyky kohenee, sosiaalimenojen kasvupaineet ja rahoitus ovat hallittavissa.

Strategian toimenpidelinjaukset sisältävät mm. kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantamisen, työterveyshuollon tehostamisen, eri ikäisten toimintakyvyn tukemisen, elinikäisen oppimisen kannustamisen ja ympäristöterveyden painotuksia. Lisäksi nostetaan esille työelämän hyvinvointi, tasa-arvon lisääminen ja työhön kannustava toimeentuloturva. Edelleen painotetaan ehkäisevän politiikan ensisijaisuutta, varhaista ongelmiin puuttumista, pitkäaikaistyöttömyyden katkaisua, alueellisten hyvinvointierojen kaventamista, monikulttuurisuutta, päihdetilanteen hallintaa sekä aktiivista kansainvälistä vaikuttamista. Palvelujen turvaamisen avainkohtia ovat asiakkaan asema, palvelujen laatu ja monipuolisuus, työvoiman riittävyys, toimivat ohjaukselliset sekä alueellinen yhteistyö. Riittävä toimeentuloturva nähdään yhteiskunnallisen eheyden perustana.

Asiahakemisto

A

AIDS 145, 146, 147, 149, 150, 154, 163
Aikuiskoulutus 74, 75, 80, 91
Alkoholi 36, 37, 43, 44, 122, 123, 124, 125, 126, 142, 149, 153, 160, 162, 167, 169, 171, 190
Aluekeskusohjelma 155, 156, 157, 158
Aluepolitiikka 12, 19, 155
Ammattillinen koulutus 88
Ammattikorkeakoulu 56, 89, 90, 91, 92, 137, 141
Ammattitauti 80, 97, 194
Asiakas 59, 85, 95, 107, 140, 158, 164, 166, 176, 180
Asiakasmaksu 32, 61, 62, 65, 117
Asuminen 64, 99, 115
Asumistuki 72, 76
Asunnottomuus 127, 140, 161
Asuntomarkkinat 127

B

BSE-tauti 16, 51

E

Ehkäisevä 11, 31, 48, 49, 52, 59, 63, 72, 76, 98, 114, 116, 118, 126, 147, 152, 54, 163, 164, 166, 167, 189, 192, 193
Elatussuhde 27
Eläketurva 72, 78, 79, 85
Epävirallinen apu 141
Eriarvoisuus 12, 14, 108, 154, 163, 165, 167, 184
Erikoissairaanhoido 29, 31, 54, 59, 115, 163, 166, 193
Esiopetus 112, 113, 195
Euroopan neuvosto 145, 152, 153
Euroopan unioni 14, 15, 66, 145, 192

G

Gini-kerroin 70
Globalisaatio 9, 10, 13, 14, 15, 19, 114, 146, 184

H

Hammashuolto 31, 41, 60, 61
HIV 14, 37, 124, 125, 145, 146, 147, 150, 154, 163
Huume 37, 44, 45, 66, 114, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 135, 140, 142, 152, 154, 155, 162, 163, 164, 167, 169, 177, 188, 190
Hyvinvointipalvelu 54, 107, 157, 170, 174, 175, 186, 195, 200
Hyvinvointivaltio 12, 21, 22, 65, 66, 183, 197

I

Ikääntyneet 73, 81, 87, 130
ILO 15, 146, 147, 148
Iltapäivätoiminta 113
Internet 24, 52, 88, 107, 108, 137, 188, 202

J

Järjestö 10, 15, 25, 48, 52, 78, 98, 105, 113, 114, 116, 121, 136, 137, 146, 148, 149, 150, 152, 153, 158, 169, 170, 174, 175, 176, 177

K

Kansallinen ikäohjelma 58, 86
Kansallinen rikosentorjuntaohjelma 135
Kehitysvammainen 118, 177, 182
Kehitysyhteistyö 145, 148, 150
Kilpailuttaminen 108, 109, 110
Kirjasto 108
Koettu terveydentila 38
Kotitalous 26, 67, 68, 69, 70, 71, 75, 76, 131, 132, 138, 139, 162, 183
Kotouttaminen 121
Koulutus 11, 13, 22, 23, 42, 43, 45, 52, 56, 59, 60, 73, 74, 75, 78, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 101, 111, 116, 121, 134, 137, 141, 150, 159, 166, 174, 180, 183, 187
Kuntatalous 30, 31, 170, 192
Kuntoutus 53, 73, 74, 78, 80, 86, 87, 88, 111, 115, 118, 119, 125, 134, 152, 160, 166, 173, 181
Köyhyys 15, 65, 70, 71, 74, 140, 193

L

Lastensuojelu 128, 129, 137, 140, 158, 164, 166, 169, 170, 175, 176, 181
Liikapaino 42
Liikenne 11, 22, 23, 37, 38, 53, 64, 96, 102, 103, 104, 105, 106, 123, 187, 188, 190
Liikennemelu 104
Liikunta 34, 37, 38, 39, 45, 52, 113, 177, 190, 191
Lähialueyhteistyö 145, 154
Lähiö 100, 202
Lääkekorvaus 61, 62

M

Maahanmuuttaja 121, 130, 146
Maailman terveysjärjestö (WHO) 15, 48, 149, 153, 154
Maaseutu 19, 20, 129, 155, 170
Mielenterveys 41, 44, 57, 58, 59, 63, 92, 128, 162, 166, 169, 170, 176, 179, 190
Muuttoliike 16, 18, 23, 32, 99, 161, 185

N

Nuorisotyö 114

O

Opintotuki 78
Osaamiskeskus 141, 158, 159

P

Pelastustoimi 159
Perusoikeus 16, 151, 178, 179, 180, 184
Perusterveydenhuolto 29, 53, 115, 163, 165

Pitkäaikaistyöttömyys 84, 139, 192, 193, 207
Pitkäaikaistyöttömyys 11, 71, 84, 130, 139, 162, 169, 185, 187, 191
Päihde 48, 57, 66, 92, 122, 124, 125, 126, 128, 140, 142, 158, 162, 163, 164, 167, 172, 173, 181, 182, 193
Päivittäistavarakauppa 101
Päivähoito 22, 110, 111, 112, 113, 119, 172, 173, 181

R

RAVA-indeksi 117
Ravintotottumus 34, 63
Reaalitulot 67, 68, 138
Ruokamyrkytys 50, 51

S

Sairausvakuutus 60, 61, 73, 74, 119, 181
Seksuaalikäyttäytyminen 35
SEUTU-hanke 159
Sosiaalialan osaamiskeskus 141, 158
Sosiaalimenot 27, 28, 29, 77
Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 126, 140
Sosiaalinen luototus 134
Sosiaaliset oikeudet 178
Sosiaalityö 93, 109, 136, 140, 141, 144, 162, 163
Suun terveydenhuolto 60
Syntyvyys 16, 17, 18, 168, 185
Syrjäytyminen 11, 12, 14, 15, 48, 64, 65, 72, 87, 114, 122, 130, 131, 134, 138, 144, 145, 147, 151, 152, 154, 157, 163, 167, 176, 184, 193

T

Talous 11, 16, 25, 26, 27, 30, 31, 54, 58, 65, 67, 68, 70, 77, 87, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 147, 151, 154, 166, 167, 182, 183, 184, 192, 193
Tapaturmat 36, 37, 38, 53, 80, 95, 96, 97, 190
Teknologia 9, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 51, 102, 107, 108, 109, 116, 155, 183, 184, 188, 191
Terrorismi 14
Terveydelle haitalliset päästöt 103
Terveyden edistäminen 33, 186, 189, 190
Terveydentila 33, 38, 43, 44, 47, 52, 63, 73, 115, 154
Terveys 2000 43, 47
Terveysero 42, 49, 163, 193
Tieliikenne 104, 105
Tietoliikenneyhteys 24
Toimeentulo 11, 22, 31, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 85, 115, 121, 125, 130, 133, 138, 139, 140, 162, 164, 165, 166, 176, 178, 180, 181, 192, 193
Toimeentulotuki 75, 76, 77, 139, 166, 181
Tuloero 21, 65, 67, 68, 69, 70, 184
Tulonsiirto 19, 65, 68, 69, 138, 184, 192, 198, 207
Tulot 30, 32, 67, 68, 70, 71, 138, 185

Tupakointi 35, 36, 40, 42, 47, 49, 50, 152, 190
Turvattomuus 135, 137, 144, 164
Työelämän rakenteet 80
Työikä 26, 38, 39, 45, 47, 56, 57, 68, 138
Työkyvyttömyyseläke 38, 39, 42, 46, 80, 97, 168, 181
Työllisyys 10, 13, 16, 23, 25, 26, 32, 64, 77, 80, 82, 86, 87, 119, 121, 147, 151, 184, 185, 188, 191, 192, 193
Työolot 37, 80, 82, 93, 94, 98, 190
Työtaturma 37, 80, 95, 96, 190
Työterveyshuolto 60, 98, 179
Työttömyys 11, 15, 26, 28, 65, 71, 82, 83, 87, 121, 130, 132, 138, 140, 162, 165, 168, 169, 184, 185, 187, 191
Työttömyysturva 73, 75, 79, 80, 85, 130, 131, 181
Työvoima 11, 13, 15, 23, 25, 26, 46, 47, 53, 55, 56, 65, 73, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 92, 93, 94, 96, 98, 120, 121, 130, 131, 148, 154, 160, 163, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 178, 188, 193
Työympäristö 15, 78, 93, 98, 154, 191

U

Ulkomaalaiset 120, 127
Ulosotto 133, 142, 143
Universaalit etuudet 68
Uudelleenjakovaikutus 69

V

Vammaisuus 92, 100, 107, 109, 115, 116, 118, 119, 148, 150, 158, 172, 173, 177, 181
Vanhempainraha 78, 79
Varusmies 44, 45, 124
Velkajärjestely 131, 132, 133, 134, 138, 142, 187
Velkaneuvonta 133, 162
Verkostoituvat Erityispalvelut (Vep) 158
Viimesijainen toimeentuloturva 75
Väestörakenne 16, 18, 32, 169, 185, 186, 192
Väkivalta 38, 97, 122, 123, 128, 135, 136, 137, 140

W

WHO 15, 48, 149, 153, 154

Y

Yksinhuoltaja 44, 67, 68, 138, 139
Yliopistokoulutus 22, 56, 90, 91, 92, 183
Ylivelkaantuminen 131, 133, 187
Ympäristöterveys 51, 160, 164
Yritykset 22, 105, 135, 172, 173, 183

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER

ISSN 1236-2050

- 2002: 1 Juhani Iivari, Keijo Piirainen, Aki Siltaniemi. Sosiaalinen luototus - vaikuttavuus- ja kokonaisuusarviointi. Sosiaalisen luototuksen evaluaatiotutkimuksen raportti II.
ISBN 952-00-1079-3
- 2 Sosiaaliturvan suunta 2002.
ISBN 952-00-1093-9
- 3 Ikäohjelman monet kasvot. Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti.
ISBN 952-00-1101-3
- 4 Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012.
ISBN 952-00-1103-X
- 5 Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Taustaineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon.
ISBN 952-00-1104-8
- 6 Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle.
ISBN 952-00-1105-6
- 7 Rehabiliteringsredogörelse 2002. Statsrådets redogörelse till riksdagen.
ISBN 952-00-1106-4
- 8 Ilkka Haapola. Toimeentulotukiasiakkaiden syrjäytymisriskit 1990-luvun Suomessa. Paneelitutkimus vuosien 1990-1992 uusista tuensaajista.
ISBN 952-00-1109-9
- 9 Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista.
ISBN 952-00-1117-X
- 10 Statsrådets principbeslut om riksomfattande riktlinjer för förskoleverksamheten.
ISBN 952-00-1118-8
- 11 Sosiaali- ja terveystietämys 2002.
ISBN 952-00-1120-X