

Lausunto hyvinvointialueohjelmasta

Yleistä

Hyvinvointialueohjelman tavoitteet, eli asukkaiden tarpeita vastaavien, kustannustehokkaiden ja vaikuttavien sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen turvaaminen, sujuvat palveluketjut ja hyvinvointialueen toiminnan yhtenäistäminen, ovat kannatettavia. Myös hyvinvointialueen valitsema periaate etsiä kustannussääntöjä toiminnan kehittämistä suorien säästöjen sijaan on hyvä.

Hyvinvointialueohjelma pyrkii palvelutarpeiden ennaltaehkäisyyn ja häiriökäynnin vähentämiseen kehittämällä keskitettyä asiakasohjausta ja parantamalla palveluiden saatavuutta. **Kiinnitetäänkö tässä riittävästi huomioita asiakasohjauksen, asioinnin ja palvelujen laadun varmistamiseen?** Pystytäänkö esimerkiksi keskitetyssä asiakasohjauksessa varmistamaan riittävä vammaisuuden ja vammaispalveluiden osaaminen, jotta asiakkaat tulevat ohjatuksi oikeisiin palveluihin? Tähän liittyen huolta herättää palveluiden verkoston kärkimuutoksia esittelevässä kuvassa 41 (s. 51) kerrottu tavoite, että asiakasohjaus ohjaisi 50 % asukkaista kolmannen sektorin, kuntien ja yksityisen palveluihin, ja että ”valtaosa asukkaista pystyy jatkamaan itsenäisesti palvelutarpeen arvioinnin jälkeen (ohjaus ja neuvonta) ja vain noin 50 % jää palveluiden piiriin” (s. 52). Tässä myös **virheellisesti rinnastetaan palvelutarpeen arviointi** (sosiaalihuoltolaki (131/2014), jatkossa SHL) 36 § ja 37 §) **ohjaukseen ja neuvontaan** (SHL 6 §), vaikka kyse on viranomaiselle asetetuista erillisistä velvoitteista.

Hyvinvointialueohjelman (s. 9) mukaan palveluiden tuottamista ohjaavana tavoitetasona on lainsäädännön ”raameissa pysyminen toiminnan palveluun pääsyn osalta”. Tämä **ei ole riittävä, sillä lainsäädäntö asettaa tarkkoja, yksityiskohtaisia edellytyksiä** muun ohella palvelutarpeen arvioinnin (SHL 36 §, 37 § ja 38 §), asiakassuunnitelman (SHL 39 §) ja palveluita koskevan päätöksenteon ja toimeenpanon (SHL 45 § ja 46 §) sekä palveluiden ohjauksen ja valvonnan (sekä hyvinvointialueen itse tuottamat että ostopalvelut) osalta (SHL 47 §, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 6 luku, hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 4 §).

Asiakassegmenttilähtöiset **palveluketjut eivät myöskään saa olla liian jäykkiä ja vaihtoehtottomia, vaan palveluita järjestettäessä on huomioitava asiakkaan etu ja tämän yksilölliset tarpeet erityisesti erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden osalta** (esim. SHL 4 §, 5 §, 30 § ja sosiaalihuollon asiakaslaki 4 §). Muutoin aiheutuu juuri sitä häiriökäynnin, jonka välttäminen on asetettu hyvinvointiohjelman tavoitteeksi.

Hyvinvointialueohjelmassa luvataan yleisellä tasolla (s. 9) myös turvata palvelun ja hoidon jatkuvuus, mutta kuitenkin sivulla 62 ilmoitetaan palveluiden myöntämisen periaatteissa otettavan pääperiaatteeksi palveluiden myöntäminen määrääjäksi. Henkilöille, joiden **tuen tarve on pysyvä tai pitkäaikainen**, tuki on kuitenkin SHL 38 § 3 momentin mukaan pyrittävä järjestämään siten, että **turvataan palvelujen jatkuvuus**, ellei palvelujen muuttaminen ole asiakkaan edun mukaista. Lisäksi uuden vammaispalvelulain (675/2023) 5 § 1 momentin mukaan vammaisen henkilön palveluita

koskevat vammaispalvelulain mukaiset **päätökset on tehtävä siten, että ne ovat voimassa toistaiseksi**, ellei henkilön oma etu, yksilöllinen tilanne tai palvelun luonne edellytä määräaikaista päätöstä.

Hyvinvointialueohjelmassa luvataan kehittää paljon palveluja tai erityistä tukea tarvitsevien palveluita (s. 9). Palveluiden suurkäyttäjien tunnistamisen lisäksi **jo asiakasohjauksessa tulee tunnistaa SHL:n 3 § 1 momentin kohtien 3 ja 6 mukaiset erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat ja noudattaa heille sosiaalihuoltolaissa turvattuja erityisiä oikeuksia** esimerkiksi palvelutarpeen arviointiin (SHL 36 § 5 momentti) liittyen.

Hyvinvointialueen **palveluverkoston suunnittelu ei voi olla resurssilähtöistä, vaan sen tulee olla lainsäädännön edellyttämällä tavalla tarvelähtöistä**; yhtenä keskeisenä tarpeena palvelun saaminen ensivaiheessa läheltä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 4 §:n mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää ja turvattava järjestämisvastuullaan olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen esteettömyys ja saavutettavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden fyysisten toimipisteiden sijaintia kerrotaan (s. 50) arvioidun saavutettavuusanalyysien perusteella lähtökohtaisesti yksityisen liikenteen näkökulmasta siten, että saavutettavuus on noin 30 minuuttia eniten käytettävien palveluiden osalta. Tämän ei voida katsoa olevan kohtuullista vammaisten henkilöiden näkökulmasta. Hyvinvointialueiden on varmistettava, että **palvelut ovat yhdenvertaisesti ja tarpeita vastaavasti kaikkien asukkaiden tavoitettavissa, noudatettava viranomaiselle kuuluvaa yhdenvertaisuuden edistämismääräyksiä ja tarvittaessa tehtävä asianmukaiset ja kulloisessakin tilanteessa tarvittavat kohtuulliset mukautukset, jotta vammaisen henkilö voi käyttää palveluita yhdenvertaisesti muiden kanssa** (YK:n vammaisyleissopimus 19 artikla c-kohta, yhdenvertaisuuslaki (1325/2014) 5 § ja 15 §).

Hyvinvointialueohjelmassa saa paljon painoarvoa digitaalisten palveluiden kehittäminen, ja myös niiden saavutettavuus. Tällöin tulee kuitenkin tarkasti **huolehtia digitaalisten palvelujen tarjoamisesta annetun lain (306/2019) luvun 3 mukaisten saavutettavuusvaatimusten noudattamisesta**. Tarjolla tulee myös olla muu vaihtoehtoinen tapa käyttää palvelua, ja erityisesti on huomioitava ne, esimerkiksi vammaiset henkilöt, joilla ei ole lainkaan mahdollisuutta käyttää esimerkiksi digitaalisten palveluiden edellyttämää vahvaa sähköistä tunnistautumista.

Hyvinvointialueohjelma huomioi hyvin sen, että palveluiden laadun edellytyksenä on osaava ja sitoutunut henkilöstö, jonka kehitymis-, kouluttautumisen- ja etenemismahdollisuudet tulee turvata.

Vammaispalvelut

Hyvinvointialueohjelmasta valitettavasti on nähtävissä se, että vammaisneuvostolla ei ole ollut lausumismahdollisuutta laadittaessa hyvinvointialueohjelmaa edeltäneitä hyvinvointialueen strategiaa ja palvelustrategiaa, eikä hyvinvointialueella muista väestöryhmistä poiketen vielä ole vammaisten hyvinvointisuunnitelmaa. Muistutamme siitä, että Suomea lain tasoisena voimassa olevan **YK:n vammaisyleissopimus (4 artikla, kohta 3) asettaa vammaisia koskevilla päätöksentekoprosesseissa viranomaiselle aktiivisen toimintavelvoitteen osallistaa vammaiset henkilöt ja heitä edustavat järjestöt**.

Hyvinvointialueohjelmassa asetetaan tuotantorakenteen ja palveluverkoston kehittämistavoitteeksi (s. 19-20) palvelurakenteen keventäminen vammaisten palveluissa, mutta siihen liittyviä toimenpiteitä ei kuvata (edes) samalla tarkkuudella kuin vanhuspalveluita koskevaa vastaavaa palvelurakenteen keventämistavoitetta. Tässä jää epäselväksi **onko hyvinvointialueohjelmaa tehdessä huomioitu vammaispalvelujen osalta lainkaan erityisen järjestämisvastuun alaan kuuluvien palveluiden eroa yleiseen järjestämisvastuuseen kuuluviin palveluihin?** Vammaispalveluista pääosa kuuluu erityisen järjestämisvastuun piiriin, ja hyvinvointialueen on järjestettävä ne täysimääräisesti tarvetta vastaavina määrärahoista riippumatta. Yleisen järjestämisvastuun piiriin kuuluvat ns. määrärahasidonnaiset palvelut voidaan järjestää hyvinvointialueen varaamien määrärahojen edellyttämässä ja mahdollistamassa laajuudessa, mutta niidenkin osalta on varattava määrärahoja hyvinvointialueella vallitsevan tarpeen edellyttämä määrä ja tätä tarvetta hyvinvointialueen on aktiivisesti selvitettävä.

Hyvinvointialueohjelman mukaan (s. 23) Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on muihin hyvinvointialueisiin verrattuna resursoitu keskitasoa enemmän vammaisten palveluihin, ja pidetään tätä perusteluna vammaisten palvelujen tehostamiselle. Kuitenkin sivulla olevan taulukon **tarkempi tarkastelu osoittaa resursoinnin olevan aivan keskitasoa** (muista hyvinvointialueista 10 resursoi vammaispalveluihin enemmän ja 11 vähemmän kuin Keusote). Lisäksi taulukko kertoo menot per asukas, ei menoja per vammaisen palvelunkäyttäjä, ja epäselväksi jää, onko hyvinvointialueohjelman tulkinnassa lainkaan huomioitu esimerkiksi erityisammattioppilaitoksen vaikutusta alueella asuvien vammaisten henkilöiden määrään. Epäselvää on myös mitä on mahdollista tarkoittaa hyvinvointialueohjelman laskennallista nettohyötypotentialia kuvaavassa kuvassa 31 (s. 39) mainitulla ”vammaisten palveluiden edut” -käsitteellä, joka ilmeisesti on tarkoitettu säästökohteeksi? **Vammaispalvelulaki ei tunne tällaista käsitettä.**

Tuotantorakenteeseen vaikuttamisen keinoja esittelevässä kuvassa 34 (s. 41) mainitaan vammaisten palveluiden kustannusrakenteen keventäminen (kohta 3.5.), henkilökohtaisen avun tehostaminen (kohta 3.7.), palvelun myöntämisen kriteerien tarkistus ja niiden noudattaminen (kohta 3.8.) sekä ostopalveluiden korvaaminen palvelusetelillä (kohta 3.9.). Näistä henkilökohtaisen avun tehostamisen toimenpiteiksi esitellään (s. 59) henkilökohtaisen avun oman toiminnan käynnistäminen ja palvelutuotannon aloittaminen sekä henkilökohtaisen avun työnantajamallin määrän lisääminen suhteessa ostopalveluihin. Muilta osin tässä mainitut kuvan 34 keinot jäävät tarkemmin avaamatta.

Haluamme muistuttaa hyvinvointialuetta jo aiemmin mainitun vammaispalveluiden **erityisen järjestämisvastuun lisäksi muista lainsäädännön asettamista rajoitteista**, joita myös kustannusrakenteiden keventämistä tavoiteltaessa on noudatettava. Esimerkiksi henkilökohtaisen avun työnantajamallin käytön edellytyksenä on, että vammaisen henkilö kykenee vastaamaan työnantajan velvollisuuksista, ja uuden vammaispalvelulain 11 § 2 momentin mukaan edellytetään lisäksi sitä, että vammaisen henkilö antaa asiakassuunnitelmaan kirjattavan suostumuksensa työnantajana toimimiseen. Ostopalveluiden korvaamisessa palvelusetelillä tulee huomioida se, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain (569/2009) 6 § 1 momentin mukaan asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin hänet tulee ohjata hyvinvointialueen muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin.

Katsomme tarpeelliseksi muistuttaa hyvinvointialuetta tässäkin yhteydessä myös YK:n vammaisyleissopimuksen velvoitteista. Hyvinvointialueohjelman sivuilla 58-59 esitetään vammaisten palveluiden kustannusrakenteen keventämisen ja palveluostosäästöjen keinona kehitysvammaisten tuetun asumisen osuuden ja Keusoten oman asumispalvelutuotannon lisäämistä ja ”asiakkaiden siirtämistä” Keusoten yksiköihin. Vammaisten henkilöiden asumispalvelumuodon valinta tulee tehdä henkilön palvelutarpeen, ei kustannussäästön perusteella, eikä vammaisia henkilöitä voi mielivaltaisesti siirrellä asumisyksiköstä toiseen. Palveluiden jatkuvuudella ja henkilökunnan pysyvyydellä on erityisen suuri merkitys sellaisille vammaisille henkilöille, joiden kohdalla asumispalveluilla vastataan elinikäiseen tuentarpeeseen ja joilla on erityisiä vuorovaikutukseen ja kommunikointiin liittyviä haasteita. YK:n vammaisyleissopimuksen 19 artiklan Eläminen itsenäisesti ja osallisuus yhteisössä a-kohta edellyttää sen varmistamista, että **vammaisilla henkilöillä on yhdenvertaisesti muiden kanssa mahdollisuus valita asuinpaikkansa sekä se, missä ja kenen kanssa he asuvat, eivätkä he ole velvoitettuja käyttämään tiettyä asuinjärjestelyä.**

Lisäksi muistutamme siitä, että **hyvinvointialueen laatimilla palvelujen myöntämiskriteereillä tai soveltamisohjeilla ei ole oikeudellista sitovuutta, eikä niiden noudattaminen saa johtaa ristiriitaiseen lopputulokseen lainsäädännön, mukaan lukien yhdenvertaisuuslaki ja YK:n vammaisyleissopimus, kanssa.** Tähän liittyen kiinnittäisimme vielä huomiota hyvinvointialuesuunnitelman sivulla 63 olevaan toteamukseen, jonka mukaan palvelut pyritään järjestämään tehokkaimmalla mahdollisella tavalla ilman ideologisia lähtökohtia. Tässä jää varsin epäselväksi mitä ideologisilla lähtökohdilla tarkoitetaan, mutta tehokkuus ei kuitenkaan saa käydä yli lainsäädännön asettamien reunaehtojen.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen vammaisneuvosto

puheenjohtaja

varapuheenjohtaja

Esa Lahtela

Merja Heikkonen