

Huono-osaisuus rasittaa kuntien taloutta

JOAKIM ZITTING & VARPU WIENS & SAKARI KAINULAINEN

Huono-osaisuus ilmiönä on epämääräinen ja vaihteleva, ja sen arvioiminen ja ajallisten muutosten seuraaminen on hankalaa. Ilmiön tarkastelun avuksi olemme Sokra-hankkeessa¹ jäsentäneet kolme näkökulmaa huono-osaisuuteen: inhimillinen, sosiaalinen ja taloudellinen. Perusta näiden näkökulmien muodostumiseen on syntynyt yhteistyössä kuntien ja hanketoimijoiden kanssa. Ensimmäisessä näkökulmassa korostuvat ihmisten inhimillinen hätä ja ongelmat arjessa. Toinen näkökulma tuo esiin yksilöiden ongelmien yhteisöllisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Kolmas näkökulma muistuttaa siitä tosiasista, että huono-osaisuuden vähentämiseen tarvitaan rahaa ja resursseja.

Tässä tekstissä keskitymme taloudelliseen näkökulmaan, sillä huono-osaisuus tuottaa kustannuksia palvelujärjestelmän pyrkiessä vähentämään tai korjaamaan ongelmia niin yksilön kuin yhteisöjenkin tasoilla. Panostaminen ihmisten hyvinvointiin ja mahdollisuuksiin parantaa myös alueiden taloudellista menestystä, joten kuntien ja alueiden on syytä huolehtia asukkaidensa hyvinvoinnista ja torjua huono-osaisuutta. (Kainulainen ym. 2018.) Koska kunnat ovat lakisääteisesti velvoitettuja seuraamaan ja edistämään asukkaidensa hyvinvointia, keskitymme tässä avauksessamme tarkastelemaan huono-osaisuuden kustannuksia kuntatasolla.

Suomessa on lukuisia eri tapoja ja tavoitetasoja vähentää huono-osaisuutta ja vahvistaa ihmisten hyvinvointia. Vaikka kuntiin ja etenkin so-

siaali- ja terveyspalveluihin kohdennettu normiohjaus antaa raamit sille, millainen tuki ihmisille on taattava, paikallistasolla päätetään siitä, miten kyseinen tuki tarjotaan. Näitä päätöksiä sanelevat myös taloudelliset mahdollisuudet painottaa toimia ehkäiseviin palveluihin yhteistyössä kunnan alueen järjestöjen ja hanketoimijoiden kanssa. Onnistuneesti kohdistuneista paikallisista toimenpiteistä seuraa toimivia ehkäiseviä toimintamalleja, syntyneiden haittojen minimointia sekä nopeutuneita ja tarkkoja väliintuloja.

Julkisuudessa on käyty keskustelua ja esitetty moraalista pohdintaa siitä, keille palveluita tulisi ylipäänsä tarjota (Kainulainen & Saari 2018). Ovatko ihmiset itse syyppäitä omaan kelvottomaan tilanteeseensa? Ketä tulisi auttaa ja millä ehdoin? Viime vuosina on erityisesti nostettu esille paljon palveluita käyttävien ja tukea tarvitsevien ihmisten joukkio, joka aiheuttaa suurimman osan sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista. Tämänkään joukkion tunnistettu palveluiden tarve ei ole kuitenkaan yhdenmukaista, se voi liittyä mielen-terveys- ja päihdepalveluihin tai runsaasti tukea tarvitseviin ikäihmisiin.

Avauksemme päähuomio on kustannuksissa, joita kunnille koituu etuuksista ja palveluista köyhille, mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville ja lastensuojelun asiakkaille. Tarkoituksenamme on arvioida paljonko huono-osaisuus maksaa kunnille, minkä verran kustannukset vaihtelevat eri puolilla Suomea, ja voiko näitä kustannuksia jotenkin hillitä. Toivomme tämän myötä herättelevämme ajatuksia ja keskustelua siitä, mihin huono-osaisuudessa kannattaisi kiinnittää huomiota ja taloudellisia resursseja: ongelmien korjaamiseen vai ehkäisyyn? Samalla pyrimme herättelemään keskustelua siitä, pystytäänkö ja kannattaako huono-osaisuuden kustannuksia ylipäättään laskea.

¹ *Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra) tukee Euroopan sosiaalirahaston toimintalinja viiden rahoittamia hankkeita. Kokonaistavoitteena on edistää työelämän ulkopuolella olevien sosiaalista osallisuutta, ja tätä kautta vähentää huono-osaisuutta sekä kaventaa eriarvoisuutta. Diakonia-ammattikorkeakoulun osahankkeessa keskitytään Itä- ja Pohjois-Suomen hankkeiden tukemiseen, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tukee muun Suomen hankkeita ja vastaa Sokran hallinnoinnista. Lisätietoa hankkeesta osoitteessa www.thl.fi/sokra*

Kustannusten arvioimisen vaikeus

Avauksemme kaltaiset kustannustarkastelun näkökulmat ovat vasta kehittyvässä, koska yhdenmukaista tietoa erilaisista palveluista ei ole ollut saatavilla. Tietotuotanto alkaa vasta nyt olla joissain maakunnissa tai kunnissa sillä tasolla, että on mahdollista analysoida, keille julkisesti tarjottu tuki kohdentuu. Matemaattisesti on helppo laskea kustannuksia, mutta vaikeampaa on löytää suoritteille oikeita hintoja. Analyysiprosessimme aikana huomasimme, että sosiaali- ja terveystalouden yksikkökustannukset saattavat vaihdella hyvin paljon ympäri maata. Erityisen vaikeaa on vertailla kustannusten perusteella vaikkapa kahta vierekkäistä, eri kuntayhtymiin tai sairaanhoitopiireihin kuuluvaa kuntaa keskenään. Keskeinen kysymys on se, ovatko kustannukset kohdistuneet kumpaankin kuntaan yhdenmukaisin periaattein. Kustannukset eivät myöskään välttämättä kerro siitä, kuinka hyvin asukkaiden tarpeet on käytyillä resursseilla tyydytetty.

Paljon sosiaali- ja terveystalouden palveluita käyttäviä on kuitenkin tehty tutkimuksia ja asiakasvirta-analyysyjä. Esimerkiksi Nordic HealthCare Groupin (2016) tekemä asiakasvirta-analyysi Länsi-Pohjan paljon palveluita tarvitsevista päättyi tulokseen, että kallein 10 prosenttia asukkaista muodostaa noin 70–80 prosenttia kustannuksista. Oulusta tehdyssä vastaavassa analyysissä kalleimpien asukkaiden kustannuksista 38 prosenttia syntyy pelkästään terveystalouden palveluita käyttävistä ja 62 prosenttia asiakkailta, jotka käyttävät myös sosiaali- ja palveluita. Loput 90 prosenttia oululaisista käyttää enimmäkseen avoterveydenhuollon, kaupungin omien erikoislääkärien, kuntoutuksen, yhteispäivystyksen ja hammashoidon palveluita. Muu väestö tarvitsee vuodessa keskimäärin vain yhtä kunnan palvelukokonaisuutta, kallein kymmenesosa neljää (Leskelä ym. 2013).

Kustannusten painopiste näyttää analyysin (Nordic HealthCare Group 2016) mukaan koostuvan mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytöstä, lastensuojelun asiakkuuksista ja lastenpsykiatrian käytöstä ja vanhustalouden palveluasiakkaista. Lisäksi päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttäjillä oli merkittäviä kustannuksia myös somaattisesta erikoissairaanhoidosta. Kun potilas tai asiakas tarvitsee apua ja hakeutuu palveluihin, usein heitä ohjataan ja lähetetään eteenpäin. Onko asiakkaalla tässä tilanteessa paljonkaan mahdollisuuksia vaikuttaa kustannusten muodostumiseen? Sil-

loin kun palvelut ovat järjestetty kynnysketteröisesti ja niihin pääsee nopeasti, ei resurssijakaan todennäköisesti valu jononhoitoon, läheteiden käsittelyyn ja asiakkaiden ohjaamiseen.

Toisaalta ongelmaksi saattaa tällöinkin jäädä eri palvelujen yhteensovittamattomuus, ja sen tuottama päällekkäinen työ. Nordic HealthCare Groupin (2016) tekemässä tarkastelussa huomattiin, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueen asukkaista yhdeksän prosenttia oli sosiaalipalveluiden asiakkaita. Huono-osaisuudessa on usein kyse monen ikävän asian kasautumisesta ihmiselle, palveluiden runsaasta mutta tehottomasta käytöstä tai siitä, että he eivät käytä tai saa palveluita. Erilaisia analyysejä tarkasteltaessa on muistettava, että kuntien sosiaali- ja terveystalouden palveluiden saatuun tietoon kattavuus ja tarkkuus vaikuttavat jonkin verran paljon palveluita käyttävien asukkaiden jakautumiseen kuntien välillä. Haasteena on saada kokonaiskuva paljon palveluita käyttävien kustannuksista, sillä usein heillä on tarve useamman palvelun yhtäaikaiseen käyttöön (esim. Ylitalo-Katajisto 2019).

Huono-osaisuuden hintalappu

Analysoimme tässä kuntataloudelle koituvaa huono-osaisuuden hintaa laskemalla kustannukset niille kuntien palveluille ja rahallisille etuuksille, jotka kohdistuvat erityisesti huono-osaisille asiakkaille. Pitkäaikaistyöttömät, ehkäisevää ja/tai täydentävää toimeentulotukea² tarvitsevat, lastensuojelun asiakkaat sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät muodostavat huono-osaisuuden kovan ytimen ja laskelmiemme perustan. Laskelmat on tehty seuraavien Soskanet-palvelusta löytyvien tilastotietojen avulla:

- kunnan osarahoittama työmarkkinatuki, 1 000:ta euroa
- ehkäisevä toimeentulotuki vuoden aikana, 1 000:ta euroa
- täydentävä toimeentulotuki vuoden aikana, 1 000:ta euroa
- lastensuojelun laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset, 1 000:ta euroa
- päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannukset, 1 000:ta euroa

² Olemme jättäneet tarkastelustamme perustoimeentulotuen pois, koska se siirtyi vuoden 2017 alusta Kelan hoitotukiksi.

- päihhteiden vuoksi sairaaloiden ja terveystakeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1 000 asukasta (1761,2 euroa / potilas)
- aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttäneitä (136,55 euroa / käynti)
- psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät / 1 000 asukasta (500 euroa/päivä konsultoivan asiantuntijan mukaan).

Tarkastelemamme huono-osaisuuden kustannukset koostuvat sekä kuntien rahoittamista palveluista että kuntien maksamista rahallisista etuuksista, mutta ne eivät pidä sisällään esimerkiksi Kelan maksamia etuuksia tai järjestöjen taikka seurakuntien avustus- ja hyväntekeväisyystoimintaa. Tilastojen vuosittaisen vaihtelun häivyttämiseksi laskemisessa on käytetty vuosien 2016–2018 sekä 2011–2013 tilastotietojen keskiarvoja. Näin saadaan tuotua esille viimeisimmät tiedossa olevat kustannukset sekä 2010-luvun aikana tapahtunutta muutosta. Viisi ensimmäistä tilastotietoa on voitu sisällyttää suoraan kustannuksiin, mutta kolmen viimeksi listatun tiedon muuttaminen rahalliseen muotoon on vaatinut laskemista ja yksikkökustannusten selvittelyä.

Päihhteiden vuoksi vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden kokonaismäärä laskettiin maakuntien väkilukujen avulla, jonka jälkeen laskettiin potilaiden kustannuksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on selvittänyt vuodeosastohoitopäivän yksikkökustannushinnan, joka oli 234 euroa vuonna 2011 (Kapiainen ym. 2014, 32). Koska kyseinen yksikkökustannushinta kuvastaa vuoden 2011 hintatasoa, tehtiin sille inflaatiokorotus Tilastokeskuksen Rahanarvonmuunnin-palvelulla kuvastamaan vuoden 2018 hintatasoa, jolloin vuodeosastopäivän hinnaksi tuli 251,6 euroa. Koska keskimääräinen päihhteiden vuoksi (ICD-10-diagnoosit F10-F19) tehty hoitajakso kestää seitsemän vuorokautta (Saukkonen & Vuorio 2017), potilaan kustannuksiksi muodostui 1761,2 euroa.

Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntien kokonaismäärä laskettiin maakuntien 18 vuotta täyttäneen väestömäärän avulla. Laskelmia hankaloitti perusterveydenhuollon ja psykiatrian avohoitokäyntien laaja kirjo. Avohoitokäynneille on laskettu 19 erilaista yksikkökustannushintaa, joiden vaihteluväli oli 48–477 euroa. Näistä eri yksikkökustannushinnoista päädyttiin käyttämään mediaania, joka oli 127 euroa. (Kapiainen ym. 2014, 28, 52.) Rahanarvonmuunnoksen jälkeen

avohoitokäynnin hinnaksi saatiin 136,55 euroa. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien osalta vertailtiin kuntayhtymien hoitopäivien hintoja ja konsultoitettiin mielenterveyspalvelujen asiantuntijaa, minkä perusteella yhden hoitopäivän hinnaksi määritettiin 500 euroa.

Suuria eroja maakuntien huono-osaisuuden kustannuksissa

Taulukossa 1 on kuvattu edellä mainitulla tavalla lasketut huono-osaisuuden kustannukset kunnille Manner-Suomen maakunnissa. Koko maata kuvaavissa luvuissa ei ole mukana Ahvenanmaata.

Kunnissa käytetään vuodessa keskimäärin 420 euroa asukasta kohden huono-osaisille suunnattuihin palveluihin. Kustannukset ovat kasvaneet 2010-luvulla noin 12 prosenttia. Huono-osaisille suunnattu tuki on noin seitsemän prosenttia kuntien kaikista nettokäyttökustannuksista ja noin 13 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista.

Tarkasteltaessa kustannusten suhdetta asukasmääriin on nähtävissä melkoinen vaihteluväli: Kainuun kustannukset ovat melkein 1,8-kertaiset Pohjanmaahan verrattuna. Pohjanmaalla huono-osaisuuden kustannusten osuudet kuntien nettokäyttökustannuksista ja sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista ovat myös maan pienimmät. Päijät-Hämeessä ja Uudellamaalla sekä Pohjois-Savossa osuudet taas ovat suurimmat. Etelä-Karjala erottuu joukosta pienillä osuuksillaan ja kustannuksillaan ja etenkin muutoksen suhteen. Etelä-Karjala on ainoa maakunta, jossa huono-osaisuuden kustannukset ovat laskeneet 2010-luvun aikana. Keski-Pohjanmaalla kustannukset ovat kasvaneet eniten koko maassa, mutta ne ovat edelleen verraten pieniä.

Kustannuksista noin kolmasosa koostuu lastensuojelun laitos- ja perhehoidosta, noin neljäsosa psykiatrian laitoshoidosta ja noin viidesosa kunnan osarahoittamasta työmarkkinatuesta. Kustannusten jakautumisessa maakuntien sisällä Päijät-Hämeessä korostuu työmarkkinatuen kuntaosuus. Samaa on nähtävissä myös Uudellamaalla, jossa myös toimeentulotukien osuudet kustannuksista ovat suurimmat koko maassa, vaikkakin sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista ne olivat prosentin kymmenesosa. Uudenmaan korkeilla asumiskustannuksilla saattaa olla oma vaikutuksensa asiaan. Pohjanmaan eroa muihin maa-

Taulukko 1. Huono-osaisuuden kustannukset, luvut vuosien 2016–2018 keskiarvoja

Maakunta ja kustannukset miljoonina euroina	Kustannukset € / asukas	Muutos 2010-luvulla, %	Osuus kuntien nettokäyttö-kustannuksista, %	Osuus kuntien sote-nettokäyttö-kustannuksista, %
Lappi (69,0 milj. €)	385,1	4,1	6,0	9,8
Pohjois-Pohjanmaa (152,7 milj. €)	370,9	10,0	6,5	11,4
Kainuu (38,7 milj. €)	523,7	8,8	7,5	12,8
Pohjois-Karjala (70,6 milj. €)	432,7	6,4	7,4	12,1
Pohjois-Savo (152,7 milj. €)	505,9	16,3	8,4	13,6
Etelä-Savo (64,2 milj. €)	437,3	21,2	7,0	10,9
Keski-Pohjanmaa (26,5 milj. €)	385,3	26,5	6,5	11,0
Keski-Suomi (115,8 milj. €)	419,7	23,7	7,6	12,7
Pirkanmaa (215,6 milj. €)	420,9	16,2	7,6	13,1
Pohjanmaa (53,0 milj. €)	292,7	8,7	4,9	8,7
Etelä-Pohjanmaa (69,2 milj. €)	362,6	15,4	6,1	10,3
Satakunta (84,8 milj. €)	385,2	7,4	6,7	11,1
Varsinais-Suomi (201,2 milj. €)	421,6	9,8	7,6	12,8
Etelä-Karjala (43,6 milj. €)	336,4	-8,2	5,7	9,6
Kymenlaakso (83,9 milj. €)	478,2	24,0	7,8	12,7
Kanta-Häme (63,3 milj. €)	366,8	9,6	6,7	11,1
Päijät-Häme (98,1 milj. €)	487,7	22,3	8,8	14,6
Uusimaa (729,4 milj. €)	440,7	12,1	8,2	15,4
Koko maa (2 304,6 milj. €)	420,4	12,8	7,4	12,8

kuntiin selittää mitä luultavimmin lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset, jotka olivat vain 2,2 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista, kun taas Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä ne ovat jo viiden prosentin luokkaa. Perheiden vaikeudet näyttävät olevan tällä hetkellä todella suuri yhteiskunnallinen ja taloudellinen ongelma.

Tarkastelemamme huono-osaisuuden kustannukset kunnille olivat vuosikymmenen alkupuolella vähän päälle kaksi miljardia euroa, ja niiltä ajoilta etenkin kuntien osarahoittaman työmarkkinatuen määrä on melkein 2,5-kertaistunut. Tämä juontuu vuonna 2015 tapahtuneesta rahoitusuudistuksesta, jossa kuntien osuutta kasvatettiin (Saikku 2018). Mikäli työmarkkinatuen kuntaosuutta ei huomioitaisi huono-osaisuuden kustannuksissa, niin huono-osaisuuden kustannusten summa olisi pysynyt jotakuinkin samana. Psykiatrian laitoshoi-

toon käytettävä rahamäärä on vuosikymmenen aikana pienentynyt yli sadalla miljoonalla, mutta vastaavasti lastensuojelun laitos- ja perhehoidon sekä aikuisten mielenterveyden avohoidon kustannukset ovat kasvaneet.

Keski-Pohjanmaan suuri muutosprosentti juontuu prosentuaalisesti hyvin paljon kasvaneista päihdehuollon erityispalvelujen sekä lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannuksista. Keski-Suomen ja Kymenlaakson kasvuprosentteihin taas vaikuttaa etenkin kasvaneet aikuisten mielenterveyden avohoidon kustannukset. Etelä-Karjalassa päihdehuollon erityispalvelujen sekä psykiatrian laitoshoidon kustannukset ovat laskeneet suhteellisesti eniten, kuten myös lastensuojelun kustannukset. Kuntien osarahoittama työmarkkinatukikaan ei ole Etelä-Karjalassa kasvanut niin paljon kuin muualla Suomessa.

Panostus ehkäisevään työhön kannattaa

Tässä tarkastelussa huono-osaisuuden kustannukset kunnille olivat 2,3 miljardia euroa. Äkkiseltään voisi ajatella, ettei asialle voi mitään, koska kuntien kohdalla kyse on lakisääteisistä palveluista ja etuuksista, joista ei voi leikata. Kustannuksia ei myöskään voida pienentää asiakasmaksuja korottamalla. Korkeat asiakasmaksut estävät palveluihin pääsyä, ja monilla maksut ovat johtaneet velkaantumiseen ja ulosottoon asti. Pienituloiset jäävätkin usein ilman tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja. (Kuntalehti 2019.) Sairauksista ja muista ongelmista aiheutuneet kustannukset voivat nousta myöhemmin moninkertaisiksi, jos ihmiset jättävät korkeiden asiakasmaksujen vuoksi hakematta apua.

Mutta olisiko mahdollista pienentää kustannuksia panostamalla esimerkiksi ehkäiseviin palveluihin ja palveluprosessien sujuvoittamiseen, jotka olisivat samalla myös inhimillisesti parempia ratkaisuja? Tällöin ihmiset eivät ajautuisi syvempiin ongelmiin ja korjaavien palveluiden pariin. Kun huomioi, että kolmasosa huono-osaisuuden suorista kustannuksista on seurausta perheiden ongelmista, niin katseet tulee kohdistaa perheisiin, jos haluamme säästää resursseja palveluissa. Perheiden arjen tukemiseen tulee kiinnittää huomiota, jotta välttyttäisiin esimerkiksi lasten sijoittamiselle kodin ulkopuolelle ja pystyisimme ehkäisemään ylisukupolvisen ongelmaketjun syntymistä.

Useita lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalveluja sekä erityisesti kolmannen sektorin toimintaa yhteensovittavat perhekeskukset voisivat vähentää korjaavien palvelujen tarvetta. Tällaisen monialaisen perhekeskuksen ja ehkäisevän perhetyön on todettu tuottavan vaikuttavia lapsiperhepalveluja suhteellisen pienellä rahallisella panostuksella. Vertailukohtana toimivat niin sanotut perinteiset hajautetut lapsiperhepalvelut. (Klavus ym. 2019.) Etelä-Karjalassa lasten ja perheiden palveluissa painopistettä on nähtävästi siirretty ehkäisevään toimintaan, sillä avopalveluiden, kuten perhetyön ja kotipalvelun, nettokäyttökustannukset ovat usean vuoden ajan olleet maan keskitasoa korkeammat (THL 2019, 57) samalla kun lastensuojelun kokonaiskustannukset ovat laskeneet. Ehkäisevä toiminta näyttää olevan sekä kustannus- että inhimillisiltä vaikutuksiltaan hyvä investointi.

Samoin palveluintegraatiolla voi olla merkitystä. Etelä-Karjalassa psykiatrian laitoshoidon sekä päihdepalvelujen kustannukset ovat tarkastelemme perusteella laskeneet. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Eksotessa mielenterveys- ja päihdepalvelut, myös erikoislääkärijohtoiset hoitoprosessit, on integroitu osaksi perustason palveluja (THL 2019, 59). Saattaa olla niin, että tällaisilla eri toimintoja ja sektoreita integroivilla palvelurakenteen uudistuksilla on kustannuksia alentava vaikutus, kun palvelupolut ja hoitoketjut sujuvoituvat, eikä palvelujen käyttäjiä siirrellä niin paljoa eri vastuutahojen välillä. Perhekeskustoimintamallissakin vaikuttavuuden yhtenä osatekijänä oli juuri selkeät palveluprosessit (Klavus ym. 2019).

Merkitystä on myös palveluiden järjestämistavalla. Niina Pekkanen ja kumppanit (2020) toteavat, että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistapa on yhteydessä kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin, prosesseihin ja toimenpiteisiin. Heidän havaintonsa oli, että sosiaali- ja terveyspalvelut joko itsenäisesti tai vastuukuntana järjestävissä kunnissa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen oli huomioitu keskimääräistä paremmin. Kun kustannusten pienentämistä haetaan esimerkiksi toimintoja keskittämällä, olisikin hyvä katsoa kokonaiskuvaa kustannusten muodostumisesta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta.

Palvelujen saatavuudella ja saavutettavuudella on merkitystä sekä ongelmien ehkäisemisen että vaikuttavan korjaamisen näkökulmasta. Esimerkiksi syrjäisempien kuntien väestö on taloudellisesti huono-osaista ja samaan aikaan muita suomalaisia enemmän sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeessa. Syrjäisillä harvaan asutuilla alueilla palveluihin on pitkä matka ja ongelmat voivat jäädä huomaamatta. Etenkin päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät voivat näillä seuduilla jäädä helposti palveluiden ulkopuolelle. (Lavapuro ym. 2016.) Asia on huolestuttava, sillä mielenterveyden häiriöt ja heikentynyt mielenterveys on muutenkin muodostunut yhdeksi merkittävimmistä kansanterveyskysymyksistä, jolla on mittavat kansantaloudelliset vaikutukset (Larivaara 2019).

Sosiaali- ja terveydenhuollon, ja samalla myös huono-osaisuuden kustannusten, kasvuun kyllä pyritään puuttumaan uudistamalla sosiaali- ja terveyspalveluja sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti. Vuonna 2019 käynnistyneessä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusuohjelmassa on julki-

lausuttuna tavoitteena kustannusten nousun hillitseminen. Tähän pyritään muun muassa siirtämällä perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnan painotusta korjaavista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön, parantamalla palveluiden saatavuutta ja kehittämällä eri palvelualojen ja ammattilaisten välistä yhteistyötä. (STM 2019.) Toivottavaa on, että ohjelman kauniit tavoitteet toteutuvat myös käytännössä.

Palvelujärjestelmän uudistaminen tarvitsee käytäntöä lähellä olevaa monitieteistä tutkimusta

Kuten olemme tässä avauksessamme tuoneet esille, toiminnallisilla uudistuksilla saattaa olla kustannuskasvua hillitsevä tai jopa kustannuksia laskeva vaikutus. Valitettavasti kustannusten hillitsemisen paine aiheuttaa ristiriitaa sosiaali- ja terveyspalveluiden sisällä, ja synnyttää kilpailuasetelmaa eri professionien ja toimialojen välillä yhteistyön sijaan. Kuntatalouteen kohdistuvat säästöpainheet saattavat pahimmassa tapauksessa tuottaa pitkällä aikavälillä sekä lisäkustannuksia, että heikentää huono-osaisten asemaa, kun ehkäisevistä ei-lakisääteisistä palveluista joudutaan tinkimään. Uhkakuvana siis on, että huono-osaisuuden kustannukset kasvavat tulevaisuudessa entisestään, etenkin kun huomioi, miten koronakriisin vaikutukset todennäköisesti kasvattavat huono-osaisuutta.

Monialainen ja moniammatillinen työ tulee haastamaan eri tahoja yhteistyöhön. Keskitetyt sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat olemaan voimattomia kasvavan palvelutarpeen edessä, jos niillä ei ole toimivia eri alat ylittäviä yhteyspintoja ja toimivia käytäntöjä muiden kuntapalvelujen, kuten sivistys- ja liikuntatoimen kanssa. Toimivat yhteisöt kunnissa pitävät yllä kuntalaisten ja erityisesti lasten ja perheiden hyvinvointia. Mikään palvelu-

järjestelmä ei kykene ratkaisemaan sosiaalisia ongelmia ja niiden seurauksia, jos sosiaalisiin ongelmiin ei pureuduta niiden syntypaikoissa. Kustannusten hillinnän mahdollisuuksia kuitenkin vaikeuttaa se, että laajemmat, makrotasolla emergoituvat ilmiöt syntyvät monitasoisista mikrotason vuorovaikutussuhteista, joiden lukuisat muuttujat eivät ole ennustettavissa (Pernaa 2020).

Huono-osaisuuden kustannusten hillintä ei siis ole pelkästään sosiaali- ja terveyspalveluiden, eikä julkisen sektorin vastuulla. Vaikka olemme avauksessamme tarkastelleet kunnille koituvia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, huono-osaisuuden vähentäminen ja ehkäisy kuuluu kaikille: kuntien lisäksi valtiolle, sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi esimerkiksi sivistys-, liikunta- ja kulttuuripalveluille, julkisen sektorin lisäksi yksityiselle ja kolmannelle sektorille, ja myös tavallisille kansalaisille. Koska kyseessä on näin monitahoinen ilmiö, myönnämme, että avauksemme kaltainen kustannustarkastelu on nykymuodossaan hyvin vajavainen. Mukaan pitäisi ottaa muun muassa valtiolle koituvat kustannukset, ja analyysin pitäisi olla monitieteisempää ja hyödyntää esimerkiksi terveys- ja sosiaalitaloustieteilijöiden panosta. Mutta toivomme että katsauksemme herättää keskustelua ja tarkempia analyyseja aiheesta.

Näin lopuksi on muistutettava, että huono-osaisuuden on kyse yhteiskunnalle koituvien kustannusten lisäksi huono-osaista ihmisestä yksilönä sekä hänen lähipiiristään. Myös heidän näkökulmaansa pitäisi saada mukaan palvelujen kehittämiseen. Hanna-Kaisa Pernaa (2020) mukaan esimerkiksi paljon palveluja käyttävillä ei juurikaan ole vaikutusvaltaa hyvinvointipalveluihin liittyvässä päätöksenteossa. Toivottua tulevaisuutta ei pystytä määrittelemään eikä palveluja sujuvoitettua pelkästään asiantuntijoiden näkemyksillä ja edustuksellisella demokratialla, vaan siihen tarvitaan myös huono-osaisten osallistamista ja osallisuutta.

KIRJALLISUUS

- Kainulainen, Sakari & Paananen, Reija & Surakka, Anne & Pullainen, Marjo & Sauvola, Ritva (2018) Maakuntien osallisuutta vahvistamassa. Teoksessa Marja Katisko & Elsa Keskitalo & Mikko Malkavaara & Anne Määttä & Arja Suikkala & Olli Vesterinen (toim.) Alueellisuus, paikallisuus ja globaalit mahdollisuudet – Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 3. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 68–80.
- Kapiainen, Satu & Väisänen, Antti & Haula, Taru (2014) Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kivelä, Kirsi & Elo, Satu & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (2020) The effects of nurse-led health coaching on health-related quality of life and clinical health outcomes among frequent attenders: A quasi-experimental study. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.026>
- Klavus, Jan & Hastrup, Arja & Jarvala, Tiina & Pusa, Anna-Kaisa & Rissanen, Pekka (2019) Monialainen perhekeskus tuottaa kustannusvaikuttavia palveluja – lapsiperhepalvelujen taloudellinen arviointi. Tutkimuksesta tiiviisti 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuntalehti (2019) Yli 420 000 asiakasmaksua päätyi ulosottoon vuonna 2018 – SOSTE: ”Asiakasmaksulaki uudistettava ensi tilassa”. Kuntalehti 17.4.2019, luettavissa osoitteessa: <https://kuntalehti.fi/uutiset/sote/yli-420-000-asiakasmaksua-paayty-ulosottoon-vuonna-2018-soste-asiakasmaksulaki-uudistettava-ensi-tilassa/>. (luettu 5.3.2020)
- Larivaara, Meri (2019) Tutkimustieto terveyden edistämisen tukena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56, 244–248.
- Lavapuro, Juha & Ojanen, Tuomas & Rautiainen, Pauli & Valtonen, Virve (2016) Sivistykselliset ja sosiaaliset perusoikeudet syrjäkunnissa. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö KAKS.
- Leskelä, Riika-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 48/2013.
- Nordic HealthCare Group (2016) Länsi-Pohja. Paljon palveluita tarvitsevien palvelunkäyttö. Loppuraportti. <http://www.sosiaalikallegga.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat>
- Pekkanen, Niina & Saaristo, Vesa & Ståhl, Timo (2020) Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, prosessit ja toimenpiteet kunnissa sekä maakunnissa. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pernaa, Hanna-Kaisa (2020) Hyvinvoinnin toivottu tulevaisuus – Tarkastelussa kompleksisuus, antisipaatio ja osallisuus. *Acta Wasaensia* 443. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Saikka, Peppi (2018) Hallinnan rajoilla – Monialainen koordinaatio vaikeasti työllistyvien työllistymisen edistämiseksi. *Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja* 74. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Saukkonen, Sanna-Mari & Vuorio, Satu (2017) Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016. Tilastoraportti 13/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- STM (2019) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- THL (2019) Sosiaali- ja terveyspalvelut HYKS-erityisvastuualueella. Päätösten tueksi 6/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ylitalo-Katajisto, Kirsti (2019) Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1540. Oulu: Oulun yliopisto.