

LAUSUNTO

14.10.2014

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto
kirjaamo@stm.fi

Lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain ja eräiden siihen liittyvien lakien luonnoksesta (lausuntopyyntö STM090:00/2013)

Lausunnon keskeinen sisältö

1. Asiakkaan valinnanvapautta, osallisuutta ja oikeusturvaa tulee kaikin keinoin vahvistaa. Henkilökohtainen budjetointi on palvelujen toteuttamisen tapa, jossa palvelujen käyttäjä saa nykyistä enemmän päätösvaltaa omista palveluistaan. Henkilökohtaista budjetointia tulee kokeilla laajemmin, jotta voidaan arvioida ja kehittää sen soveltuvuutta suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Lisäksi palvelujen hankinnassa tulee arvioida SGEI-menettelyn käytön mahdollisuudet hankintalain mukaisen avoimen kilpailutuksen sijasta. Valtakunnallisesti sovittujen, STM:n määrittämien laatukriteerien tulee ohjata palvelujen hankintaa. Laissa tulee selkeämmin määritellä asiakkaan oikeusturva, kuten asiakkaan valitusoikeudet.
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa tulee olla tasaveroisesti kyse niin sosiaalihuollosta kuin terveydenhuollosta. On erittäin huolestuttavaa, että lakiluonnoksessa tutkimus- ja kehittämis-toiminta ja niiden rahoittamista koskevat pykälät keskittyvät ainoastaan terveydenhuoltoon.
3. Vammaisalan erityisosaaminen on turvattava muodostamalla kullekin sote-alueelle vammaisalan osaamiskeskus. Vammaisalan osaamista ei kuitenkaan tule yksinomaan keskittää osaamiskeskukseen, vaan alan erityisosaamista tulee olla saatavilla ensisijaisesti lähipalveluina.
4. Sote-alueille muodostettavien vammaisalan osaamiskeskusten lisäksi tarvitaan koko maata palvelevaa osaamista esimerkiksi rikoksista tuomitsematta jätettyjen kehitysvammaisten henkilöiden hoitoon ja kuntoutukseen sekä harvinaisten oireyhtymien diagnostiikkaan, seurantaan ja tutkimukseen.
5. Palvelutuotannossa, tutkimuksessa ja kehittämisessä on hyödynnettävä myös sosiaali- ja terveysalan järjestöjen laaja-alaista osaamista.
6. Hyvinvointitietoja sekä asukkaiden näkemyksiä ja kokemuksia palvelujen laadusta ja toimivuudesta kerättäessä on varmistettava, että myös vammaiset ihmiset saavat äänensä kuuluville. Tämä edellyttää tiedonkeruumenetelmien mukauttamista. Vammaisjärjestöjen osaamista tiedonkeruussa ja tutkimuksessa tulee hyödyntää nykyistä enemmän.
7. Vammaisten ihmisten osuus väestöstä tulee palauttaa valtionosuuslaskennan kustannustekijäksi, koska vammaisten ihmisten osuus väestöstä vaihtelee huomattavasti alueittain.



8. Esteettömyys on määriteltävä paitsi rakennetun ympäristön ja palvelutapahtuman myös tiedon- saannin ja kommunikoinnin esteettömyytenä.

Yleiskommentit

Kehitysvammaliitto ry esittää näkemyksensä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain ja eräiden siihen liittyvien lakien luonnoksesta.

Kehitysvammaliitto edistää kehitysvammaisten ja muiden oppimisessa, ymmärtämisessä ja kommunikoinnissa tukea tarvitsevien ihmisten tasa-arvoa ja osallistumista yhteiskunnassa, kehittää palveluja sekä edistää alan tutkimusta. Kehitysvammaliiton toiminnan pääkohderyhmiä ovat henkilöt, joilla on kehitysvamma, puhevamma tai vaikeuksia oppia, ymmärtää ja kommunikoida, heidän perheensä ja läheisensä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja opetustoimen ammattilaiset. Kehitysvammaliiton jäsenet ovat kuntayhtymiä, kuntia, seurakuntia, rekisteröityjä yhdistyksiä ja säätiöitä, jotka tekevät kehitysvammatyötä tai toimivat muuten kehitys- ja puhevammaisten ihmisten hyväksi.

Suomessa arvioidaan olevan noin 40.000 ihmistä, joilla on kehitysvamma. Kehitysvammaisuus tarkoittaa vaikeutta oppia ja ymmärtää uusia asioita. Maassamme on myös arviolta 65 000 puhevammaista ihmistä. Puhevammaisuus tarkoittaa vaikeutta ymmärtää tai tuottaa puhetta niin hyvin kuin arjen vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin sujumisen kannalta olisi tarpeen. Kehitys- ja puhevammaisten ihmisten avun ja tuen sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeet ovat yleensä pysyviä tai vähintäänkin pitkäkestoisia ja usein myös jokapäiväisiä. Avun ja tuen sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeet voivat myös olla laaja-alaisia, edellyttäen eri hallinnonalojen ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ja opetustoimen saumatonta ja moniammatillista yhteistyötä. Kuten kenen tahansa ihmisen elämässä, tarvittavan avun ja tuen sekä hoidon ja kuntoutuksen muoto ja määrä voivat kuitenkin myös vaihdella yksilöiden ja ympäristön muuttuvien tilanteiden myötä.

Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki vaikuttaa siis olennaisella tavalla kehitys- ja puhevammaisten ihmisten elämään heidän tarvitsemansa avun ja tuen sekä hoidon ja kuntoutuksen järjestämisen ja tuottamisen kannalta. Monet esiin nostamistamme huomioista koskevat kehitys- ja puhevammaisten henkilöiden lisäksi myös muita vammaisia henkilöitä. Suomessa arvioidaan noin 500.000 henkilöllä eli 10 prosentilla väestöstä olevan jokin vamma.

Kehitysvammaliitto haluaa tuoda esille myös perheen ja muiden lähi-ihmisten merkityksen kehitys- ja puhevammaisten ihmisten osallisuuden ja toiminnallisuuden vahvistajana arjessa. Siksi palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa tulee huomioida myös perheen ja läheisten tuen ja ohjauksen tarpeet.

Luonnosta koskevana yleiskommenttina korostamme, että **sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa tulee olla tasaveroisesti kyse niin sosiaalihuollosta kuin terveydenhuollosta**. Nyt lakiluonnos on terveydenhuoltokeskeinen, ja sosiaalihuollon näkökulma jää sille alisteiseksi. Riskinä tässä epäsuhdassa on se, että nyt valmisteilla oleva lainsäädäntö medikalisoi sosiaalihuollon kysymyksiä päätöksenteossa ja toimeenpanossa, ja että sosiaalihuolto asetetaan taloudellisesti alisteiseen asemaan terveydenhuoltoon nähden. Jo nyt sosiaalihuollon palveluja tietoisesti alibudjetoidaan, ja tämän kehityksen jatkuminen on riskinä myös sote-uudistuksessa.

Painotamme myös sitä, että **sote-uudistuksessa on turvattava vammaisalan moniammatillinen erityisosaaminen, joka on kehitys- ja puhevammaisten ihmisten avun ja tuen sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeisiin vastaamisessa usein välttämätöntä**. Jokaiselle sote-alueelle tulee muodostaa riittävä vammaisalan osaamisen rakenne, verkostot sekä joustavat matalan kynnyksen palvelut.



Nykyisellään kehitys- ja puhevammaisten henkilöiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen, kuten työ- ja päivätoiminnan, asumispalvelujen ja kommunikaatio-ohjauksen ja -opetuksen sekä lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutettavien kommunikaatio- ja apuvälinepalveluiden saatavuudessa, sisällössä ja toteuttamisessa on kunnittain suuria eroja. Järjestämisvastuun siirtäminen sosiaali- ja terveysalueille sekä sote-alueiden ja tuottamisvastuullisten kuntien ja kuntayhtymien järjestämisspäätökset toivottavasti tuovat yhdenmukaisuutta palvelujen saatavuuteen.

Esitämme, että hallituksen esityksen viimeistelyssä otetaan huomioon seuraavat pykälä ja niiden yksityiskohtaisia perusteluja koskevat huomiot.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

Yleisperustelut

Yleisperustelujen 2.5 luvussa, sivulla 15, kerrotaan kehitysvammalain mahdollistavan myös erityishuoltopiirin ja sairaanhoitopiirin sulautumisen. Tekstissä mainitaan, että tällä hetkellä neljä erityishuoltopiiriä (Etelä-Karjalan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan) on sulautunut sairaanhoitopiireihin. **Tieto on puutteellinen: myös Pirkanmaalla, Kymenlaaksossa, Satakunnassa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Keski-Suomessa erityishuoltopiirit ovat yhdistyneet sairaanhoitopiireihin** (<http://www.kunnat.net/fi/Yhteystiedot/kunta-alan-yhteystiedot/erityishuoltopiirit/Sivut/default.aspx>).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tasavertaisen aseman korostamiseksi esitämme, että yleisperustelujen ko. kappaleessa tulee käyttää **”sulautua”-verbin sijaan ”yhdistyä”-verbiä kuvaamaan erityishuoltopiirien ja sairaanhoitopiirien yhdistymistä**. Sulautua-verbi viittaa sosiaalihuollon alisteiseen asemaan terveydenhuoltoon nähden.

1 luku Yleiset säännökset

1 § Lain tarkoitus

Lain tarkoituksen toteutuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen monikanavaisen ja osaoptimointiin kannustavan rahoitusjärjestelmän merkittävää kehittämistä.

3 § Määritelmät

Yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että kunnan tai kuntayhtymän tuottamisvastuuseen sisältyy palvelujen toteuttamiseen liittyvän julkisen vallan käyttö. Toisaalta myöhemmin todetaan, että viimekätinen oikeudellinen vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutumisesta on järjestämisvastuussa olevalla sosiaali- ja terveysalueella.

Nämä muotoilut edellyttävät tarkentamista: mitä tässä yhteydessä tarkoitetaan julkisen vallan käytöllä, ja mitkä ovat tuottamisvastuullisen kunnan tai kuntayhtymän ja toisaalta järjestämisvastuullisen sote-alueen julkisen vallankäytön rajat ja yhtymäkohdat? **Julkisen vallankäytön määritelmää on tarkennettava ennen kaikkea sosiaali- tai terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kannalta:** asiakkaalla on oltava käytettävissään informaatio siitä, mikä taho on hänen asiassaan julkista valtaa käyttävänä toimijana kulloinkin oikea eli vastuussa oleva ohjaus- ja neuvonta-, hakemus-, suunnittelu-, seuranta-, muutoksenhaku- tai muistutuskentekotaho.



4 § Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat

Yksityiskohtaiset perustelut jättävät varsin löyhäksi määritelmän siitä, mitä ovat sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien ”riittävät voimavarat” hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten tehtävien ja palvelujen hoitamiseen. Voimavarojen riittävyys voi näyttäytyä kovin erilaisena sosiaali- tai terveyspalveluja käyttävälle asiakkaalle, palveluja käytännössä toteuttavalle sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijälle tai sote-alueen tai tuottamisvastuullisen kunnan tai kuntayhtymän päättäjälle. Esimerkiksi kommunikoinnin apuvälinepalvelu voidaan tuottaa minimissään siten, että yksi terapeutti tapaa monivammaisen asiakkaan lyhyesti kerran, ja antaa hänelle hyllyssä valmiina olevan kommunikoinnin apuvälineen näyttäen, miten väline toimii. Voimavarat on mitoitettu siten, että palvelu voidaan tuottaa ja kirjata suoritteeksi, mutta palvelu ei perustu asiakkaan tarpeisiin eikä näin ollen ole riittävä asiakkaalle. Esimerkkitalanteessa ”riittävä” määrittellään siis ennen kaikkea käytössä olevien, tarpeisiin nähden tosiasiallisesti liian pienten henkilöstöresurssien mukaan, eikä asiakas saa tarvitsemaansa apua.

Perusteluissa todetaan myös, että sosiaali- ja terveyspalveluja toteutettaessa on huolehdittava siitä, että käytettävissä on ”riittävästi tarvittavan koulutuksen saanutta henkilöstöä”. Tässä yhteydessä ”tarvittavaa koulutusta” ei kuitenkaan määritellä tarkemmin, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon työ on mitä suurimmassa määrin työtä, jonka tulokset ja vaikutukset palvelujen käyttäjien elämässä riippuvat olennaisesti työntekijän ammatillisesta osaamisesta.

Esitämmekin yksityiskohtaisiin perusteluihin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden, ja erityisesti vammaisten palvelunkäyttäjien kannalta seuraavia olennaisia täsmennyksiä (muutosehdotukset lihavoituna, kursivilla ja alleviivattuna):

”Pykälän perusteella sosiaali- ja terveysalueella sekä tuottamisvastuussa olevilla kunnilla ja kuntayhtymillä on oltava riittävästi voimavaroja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten tehtävien ja palvelujen hoitamiseen. **Riittävät voimavarat tulee mitoittaa asiakkaiden ja potilaiden tarpeiden mukaan.** Tuottamisvastuussa olevan tahon on myös huolehdittava, että sosiaali- ja terveyspalveluja toteutettaessa käytettävissä on riittävästi tarvittavan koulutuksen saanutta henkilöstöä. **Vaikeasti vammaisille henkilöille suunnatuissa palveluissa on huomioitava henkilöstön kommunikaatio-osaaminen ja tarvittava täydennyskoulutus.** Sen lisäksi muiden toimintaedellytysten, kuten tilojen ja laitteiden on oltava asianmukaiset. Palvelujen tuotantoa koskeva vaatimus koskee kaikkia niitä palvelujen tuottajia, joita tuottamisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä käyttää palvelutuotannossaan. Tämän mukaisesti on varmistettava myös ostopalveluja käytettäessä, että niitä tuotavilla yrityksillä ja kolmannen sektorin järjestöillä tai yhdistyksillä on käytössään asianmukainen henkilöstö sekä tarvittavat tilat ja laitteet.”

5 § Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Yksityiskohtaisissa perusteluissa viitataan erityislakien perusteella määräytyviin palveluihin, ja erityislakeina mainitaan mm. sosiaalihuoltolaki ja vammaispalvelulaki. Tässä on käsitteellinen virhe: sosiaalihuoltolaki on sosiaalihuollon yleislaki, jossa säädetään yleisistä sosiaalipalveluista. Lähtökohtana palvelujen järjestämisessä ovat kaikille tarkoitetut yleiset palvelut. Yleislakiin perustuvia yleispalveluja täydennetään tarvittaessa erityislaeille perustuvilla erityispalveluilla. Sosiaalihuollon erityislakeja ovat esimerkiksi vammaispalvelulaki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta.



Yksityiskohtaisissa perusteluissa määritellään monipuolisesti lähipalvelujen käsitettä ja lähipalvelujen erilaisia toteutusmuotoja. Erityisen hyvänä pidämme kirjausta siitä, että lähellä tarjottavat palvelut voivat sisältää myös erityisosaamista edellyttäviä palveluita. Erityisesti vammaisten ihmisten tarvitsemien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kannalta on erittäin tärkeää, että erityisosaamisen ei määritellä liittyvän vain harvoin tarvittaviin tai fyysisesti keskitetyksi tuotettaviin palveluihin.

Erityisesti vammaisten ihmisten kannalta tärkeiden lähipalvelujen konkretisoimiseksi esitämme perusteluihin vielä seuraavaa täsmennystä (muutosehdotus lihavoituna, kursivilla ja alleviivattuna):

”Lähipalvelut ovat palveluja, joita väestö käyttää usein ja ainakin osa väestöstä käyttää niitä toistuvasti, jopa päivittäin. Myös harvoin tarvittavat ja keskitetyksi tuotetut palvelut voivat olla asiakkaan luokse tai lähelle tuotavia lähipalveluja. Lähipalveluina tulee toteuttaa ihmisten jokapäiväisen elämän ja osallisuuden edellytykset, kuten asuminen, työelämäosallisuus, kuntoutus, sosiaalinen elämä ja harrastukset tarvittavine tukitoimineen. Asiakkaan näkökulmasta lähipalvelut ovat saavutettavissa esimerkiksi kotiin tarjottavina palveluina, sähköisinä palveluina, lähellä jokapäiväistä elinympäristöä tarjottavina palveluina ja liikkuvina palveluina. Lähellä tarjottavat palvelut voivat sisältää myös erityisosaamista edellyttäviä palveluita, jotka jalkautetaan vaikka niiden fyysinen toimipiste saattaa olla keskitetty. Olennaista ei ole fyysisen toimipisteen sijaitseminen.”

Pykälän 2 momentissa säädetään esteettömyyden edistämisestä sosiaali- ja terveyspalveluja toteutettaessa. Esteettömyydellä on perinteisesti tarkoitettu rakennetun ympäristön toimivuutta, mutta esteettömyyskäsite on vakiintuneesti laajentunut koskemaan kaikkea yhteiskunnan toimintaa, myös tuotteiden ja palveluiden helppokäyttöisyyttä sekä palveluiden ja viestinnän saavutettavuutta kaikkien käyttäjien kannalta. Esteettömyyden rinnalla puhutaan myös saavutettavuudesta. **Yksityiskohtaisissa perusteluissa esteettömyyden/saavutettavuuden käsite painottuu kuitenkin fyysisen esteettömyyden käsittelyyn, vaikka esteettömyys/saavutettavuus sisältää myös viestinnän ja kommunikoinnin esteettömyyden/saavutettavuuden.** Yksityiskohtaisia perusteluja tuleeekin tältä osin täydentää. Esitämme myös yksityiskohtaisten perustelujen kuudennen kappaleen muuttamista seuraavaan muotoon (muutosehdotukset lihavoituna, kursivilla ja alleviivattuna):

”Palveluja toteutettaessa on myös edistettävä esteettömyyttä. Tästä säädetään pykälän 2 momentissa. Palvelujen toteuttaminen esteettömästi mahdollistaa kaikille palveluja tarvitseville palvelujen piiriin pääsyn ja mahdollisuuden käyttää niitä toimintakyvyn tai terveyden sitä estämättä. Esteettömyys kattaa rakennetun ympäristön, palvelutapahtuman sekä tiedonsaannin ja kommunikoinnin. Esteetön ympäristö mahdollistaa muun muassa itsenäisen asioimisen monille sellaisille henkilöille, jotka huonosti toimivassa ympäristössä olisivat toisten avun varassa. Esteetön palvelutapahtuma tarkoittaa syrjimättömyyttä asiakkaan kohtaamisessa ja toimivaa vuorovaikutusta henkilökunnan ja asiakkaan/potilaan välillä. Esteetön tiedonsaanti ja kommunikointi tarkoittavat sitä, että viestintä tapahtuu myös näkö-, kuulo- ja puhevammaisten henkilöiden tarvitsemissa muodoissa. Se ei perustu vain puhutun tai kirjoitetun yleiskielen käyttöön, vaan viestinnässä voidaan tarvita myös selkokieltä, viittomia, kuvia tai graafisia merkkejä, pistekirjoitusta tai muita ilmaisia ja ymmärtämistä tukevia keinoja. Viestinnän esteettömyys tulee ottaa huomioon painetussa ja sähköisessä mediassa sekä sähköisissä palveluissa. Silloin kun palvelu tuodaan asiakkaalle sähköisenä palveluna, asiakkaalla tulee olla tosiasialliset mahdollisuudet käyttää palvelua. Asiakkaalla tulee olla käytössään tarvittavat laitteet ja yhteydet, ja sähköisen palvelun, kuten verkkopalvelun, tulee olla asiakkaalle saavutettava. Sähköisten palvelujen rinnalla on tarjottava mahdollisuus



henkilökohtaiseen palveluun, koska kaikki ihmiset eivät ole halukkaita tai eivät kykene käyttämään sähköisiä palveluja.”

Yksityiskohtaisissa perusteluissa viitataan YK:n vammaissopimukseen ja kasvavaan vanhusväestöön perusteena sille, että esteettömyys tulee ottaa huomioon kaikessa palvelusuunnittelussa. **Näiden rinnalla esitämme perusteluihin lisättäväksi maininnan kehitysvammaisten asumisohjelmasta (KEHAS), jonka tavoitteena on mahdollistaa myös vaikeimmin vammaisten henkilöiden asuminen lähiyhteisössä. Laitosasumisen lakkauttaminen edellyttää, että laitoshoidtoa korvaavia yksilöllisiä palveluja on saatavilla, ja että palvelut, rakennettu ympäristö, viestintä ja kommunikaatio ovat esteettömiä/saavutettavia.**

7 § Palvelujen kieli

3 momentissa säädetään tilanteista, joissa asiakkaalla tai potilaalla ja henkilöstöllä ei ole yhteistä kieltä tai asiakas tai potilas ei aisti- tai puhevamman takia voi tulla ymmärretyksi. Tällöin on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta. Yksityiskohtaisissa perusteluissa korostetaan, että tällaisissa tilanteissa on huolehdittava siitä, että henkilö saa riittävän käsityksen asiansa sisällöstä ja merkityksestä ja voi ilmaista mielipiteensä.

Palveluja järjestettäessä on huolehdittava siitä, että asiakas tai potilas, joka ei aisti- tai puhevamman vuoksi pysty kommunikoimaan puheella, voi käyttää puhetta tukevia tai korvaavia kommunikointikeinoja. Lisäksi on huolehdittava siitä, että asiakas tai potilas saa tarvittavan tiedon hänelle ymmärrettävällä tavalla esimerkiksi selkokielellä tai tulkkaukspalvelun avulla niin, että asiakas ymmärtää riittävän hyvin tiedon sisällön. Suomessa arvioidaan olevan noin 500.000 ihmistä, jotka kehityshäiriön, sairauden, vamman tai maahanmuuton vuoksi tarvitsevat selkokieltä ymmärtämiseen. Näiden lisäksi vaikeasti puhe- ja kehitysvammaiset ihmiset kommunikoivat puhetta tukevilla ja korvaavilla keinoilla, joissa viestien tulkinta edellyttää osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä tai vaihtoehtoisesti tulkkaukspalvelutyöntekijän tarvetta. Valittavasti monilta puhevammaisilta ihmisiltä puuttuu toimiva kommunikointikeino, ja heidän kohdallaan tulkkaukspalvelusta ei ole hyötyä. Näin ollen kommunikaation esteettömyyttä voidaan tukea ainoastaan henkilöstön osaamisella.

8 § Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa ja 9 § Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueellisesti ja palvelujen tuotannossa

8 §:ssä kunnat veloitetaan kehittämään kuntalaisten elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä. Tämän perustaksi sekä kehittämisen arvioimiseksi kunnat veloitetaan keräämään näistä asioista tietoja tekemällä hyvinvointitutkimusta. 9 §:ssä sote-alueet ja tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät veloitetaan antamaan kunnille asiantuntija-apua hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvissä kysymyksissä muun muassa koordinoimalla kehittämis- ja tutkimushankkeita, järjestämällä alueellista koulutusta ja osallistumalla kunnissa vaikutusten ennakoarviointityöhön. Nämä veloitteet ovat lähtökohtaisesti tärkeitä ja tervetulleita. Ne kuitenkin vaativat täsmentämistä sen osalta, miten tietojen keruu ja hyvinvointitutkimus on mielekästä ja tehokasta toteuttaa. Mikäli jokaisessa kunnassa suunnitellaan omat tiedonkeruu-, seuranta- ja arviointimenetelmät, on varsin todennäköistä, että kuntatason tiedot asukkaiden elinoloista, hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niiden perusteella laaditut hyvinvointikertomukset ovat niin eriparisia, että vertailujen tekeminen kuntien välillä on hankalaa. Myös THL:n tekemässä sote-uudistuksen vaikutusarvioinnissa painotetaan järjestämis- ja tuottamisvastuullisten toimijoiden koordinoitua yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä alueellisen tiedonkeruun tietosisältöjen koordinoitua.

Pelkkä sote-alueiden ja tuottamisvastuullisten kuntayhtymien koordinointi, ohjaus ja asiantuntija-apu eivät tässä riitä, vaan tarvitaan valtakunnan tason koordinoitua ja ohjausta, jotta seuranta pystytään tekemään



sote-alueiden välillä ja valtakunnallisesti. Lisäksi tulee varmistaa, että seurantatutkimus ei kavennu ainoastaan terveyden tutkimukseen. 12 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa kyllä mainitaan, että sote-alueen on seurattava alueen väestön tarpeita yhteistyössä muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa, mutta 8–9 §:ssä THL:n roolia ei mainita. **Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle tulee siksi määritellä rooli elinolojen, hyvinvoinnin ja terveyden seurantatutkimusten valtakunnan tason koordinoijana. Myös Tilastokeskuksen rooli tässä yhteydessä on syytä määritellä.**

8 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa edellytetään, että tietoja kuntalaisten elinoloista, hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä kerätään väestöryhmittäin. Väestöryhmän käsitettä ei kuitenkaan yksityiskohtaisemmin avata. On olemassa erittäin vahvaa näyttöä siitä, että vammaiset ihmiset sekä syrjäytymisuhan alaiset tai syrjäytyneet ihmiset jäävät valtakunnallisissa hyvinvointitutkimuksissa säännönmukaisesti aliedustetuiksi. Esimerkiksi 123 eurooppalaisen kansallisen terveystutkimuksen (joista 17 Suomesta) läpikäynti osoitti, että vain 9:ssä näistä oli tietoja kehitysvammaisista ihmisistä, ja yksikään näistä ei ollut Suomesta. Tulosta selittää se, että vammaiset ihmiset jätetään jo tutkimusotannon ulkopuolelle, tai tiedonkeruumenetelmät ovat sellaisia, ettei heitä tavoiteta.

Yksityiskohtaisissa perusteluissa on siksi täydennettävä kirjausta väestöryhmittäisestä tiedonkeruusta seuraavasti (täydennysehdotus lihavoituna, kursiiivilla ja alleviivattuna):

”Hyvinvointitietoja sekä asukkaiden näkemyksiä ja kokemuksia palvelujen laadusta ja toimivuudesta kerättyessä on varmistettava, että myös ne ihmiset, jotka vammaisuudesta tai muusta syystä johtuen eivät kykene osallistumaan tavanomaisin menetelmin toteutettuihin tiedonkeruihin, saavat äänensä kuuluville esimerkiksi tiedonkeruumenetelmiä mukauttamalla.”

Eri väestöryhmät kattavan tiedonkeruun varmistamiseksi kuntien kannattaa tehdä seurantatutkimusten suunnittelussa ja toteutuksessa yhteistyötä eri väestöryhmien parissa toimivien sosiaali- ja terveysalan järjestöjen kanssa, joilla on tutkimusosaamista. On myös muistettava, että tiedontarve esimerkiksi vammaisten ihmisten elinoloista ja hyvinvoinnista ei täyty kuntien, sote-alueiden ja tuottamisvastuullisten kuntayhtymien tekemällä seurannalla ja tutkimuksella, vaan rinnalla tarvitaan edelleen myös tieteellisiä tutkimuksia Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, yliopistojen ja sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimesta.

2 luku Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen

11 § Järjestämistä

Yksityiskohtaisissa perusteluissa määritellään palvelujen yhdenvertaista saatavuutta todeten muun muassa, että yhdenvertaisuuteen sisältyy myös syrjimättömyys: ihmisiä ei saa syrjiä iän, sukupuolen, etnisen alkuperän tai muunkaan syyn perusteella. Perustuslain 6 §:ssä määritellään yhdenvertaisuus siten, että ”ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella”. Lisäksi eduskunnassa on parhaillaan käsittelyssä hallituksen esitys (HE 19/2014) yhdenvertaisuuslaiksi, jonka 8 §:ssä syrjinnän kieltä määritellään seuraavasti: ”Ketään ei saa syrjiä iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, terveydentilan, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.” Katsomme, että järjestämislain 11 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa **syrjimättömyys on syytä kytkeä perustuslain 6 §:ään sekä tulevan yhdenvertaisuuslain 8 §:n syrjinnän kiellon määritelmään, jotta järjestämislain 11 §:n yksityiskohtaiset perustelut sisältävät syrjinnän kiellon myös vammaisuuden perusteella.**

Järjestämistä vastuusta todetaan yksityiskohtaisissa perusteluissa, että se käsittää palvelujen tarpeen ja määrän määrittämisen. Tällä viitataan siihen, että järjestämistä vastuussa olevan on selvitettävä palvelujen tarvetta ja tarjontaa ennen kuin voidaan suunnitella ja toteuttaa järjestämistä vastuuseen kuuluvat palvelut. Tätä tärkeää linjausta on syytä korostaa: esimerkiksi vammaisten ihmisten palveluja kartoittaneessa vuoden 2013 kuntakyselyssä todettiin, että vammaisten kuntalaisten palvelutarpeita oli selvitetty vain 56 prosentissa kuntia, ja 41 prosenttia kunnista ilmoitti, ettei heidän tarpeitaan tarpeita ollut selvitetty.

Keskeinen väline palvelutarpeiden selvittämisessä ovat asiakkaiden kanssa tehtävät palvelu- tms. asiakas-suunnitelmat. Kuntakyselyyn vastanneiden kuntien mukaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet ohjaavat vammaispalvelujen päätöksentekoa varsin vahvasti: kunnat antavat palvelujen käyttäjien yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta itselleen kouluarvosanan 8,4. Palvelusuunnitelman asema asiakkaan ja työntekijän välisenä työvälineenä näyttää kuntien vastausten perusteella vahvistuneen viime vuosina ja vammaispalvelujen asiakastyön keskiössä näyttää yhä enemmän olevan palvelujen yksilöllinen suunnittelu. Toisaalta kuntakyselyn perusteella vaikuttaa vahvasti siltä, että yksittäisten asiakkaiden suunnitelmilla ei juuri ole vaikutusta kunnan vammaispalvelujen kokonaissuunnitteluun.

Toisaalta lukuisat käytännön kokemukset osoittavat, että palvelusuunnitelmien laatimis- ja tarkistamistilanteet toteutuvat nykyisellään usein siten, että ne käytännössä sulkevat ulos esimerkiksi kehitysvammaiset henkilöt omia palveluitaan ja tukitoimiaan koskevasta suunnittelusta: asiakasta ei auteta valmistautumaan suunnittelutilanteeseen esimerkiksi antamalla hänelle tarvittavaa, saavutettavaa ennakkotietoa suunnittelutilanteen tarkoituksesta, tavoitteista tai käsiteltävistä asioista. Itse suunnittelutilanne toteutetaan usein yksittäisenä palaverina, jossa ovat edustettuina lukuisat eri ammattitahot lukuisine näkemyksineen, mutta asiakasta itseään ei tueta tilanteessa ilmaisemaan omia näkemyksiään. Suunnittelussa ei useinkaan hyödynnetä asiakkaan tarpeiden mukaan saavutettavaa viestintää ja erilaisia kommunikointimenetelmiä. Palvelusuunnitelmien määrän ohella on siis kiinnitettävä huomiota palvelusuunnitelmien laatuun, jotta ne luotettavalla tavalla kuvastaisivat asiakkaiden todellisia palvelutarpeita.

Lisäksi nostamme palvelusuunnitelmista esiin ristiriidan, jonka käytännön kokemukset ovat paljastaneet. Suunnitelmia laaditaan yhä liiaksi kunnan vallitsevan palvelurakenteen ja -tarjonnan perusteella siten, että asiakkaiden ilmaisemiin avun ja tuen tarpeisiin vastataan vain olemassa olevilla palveluilla, vaikka palvelut eivät sellaisinaan vastaisikaan asiakkaiden ilmaisemia tarpeita. Toisaalta: jos asiakas tietää, että kunnan palveluvalikkoon ei kuulu tiettyä palvelua, kuinka pontevasti asiakas on halukas ilmaisemaan valikoimaan ”sopimatonta” tarvettaan? Yksi esimerkki edellä kuvatusta on tilanteet, joissa kehitysvammaisen asiakas haluaisi tavoitella palkkatyötä, mutta kunta ei tarjoa tuetun työllistymisen työhönvalmennusta eli työhönvalmentajan tukea työllistymistavoitteen saavuttamiseksi. Tällöin asiakas yleensä saa vastauksen ”Kuntamme järjestää vain työtoimintaa toimintakeskuksessa tai avotyötoimintana.” Miten näissä tilanteissa asiakkaiden ilmaisemat avun ja tuen tarpeet tosiasiaa välittävät palvelusuunnitelmiin ja niistä edelleen palvelujen kokonaissuunnitteluun?

Palvelujen tuotantorakennetta koskevissa yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan: ”Kysymykseen voi tulla esimerkiksi valinta tietyn asiakasryhmän avohoidon tai laitoshoidon välillä taikka avohoidon eri toimintamuotojen kesken.” Tässä yhteydessä muistutamme valtioneuvoston periaatepäätökselle perustuvan kehitysvammaisten asumisohjelman (KEHAS) tavoitteesta: vuoden 2020 jälkeen kukaan ei asu laitoksessa. Laitosasumisen lakkauttaminen edellyttää, että laitoshoidon korvaavia yksilöllisiä palveluja on olemassa kunnissa.

12 § Järjestämispäätös

Yksityiskohtaisissa perusteluissa korostetaan hyvin toimivien palvelukokonaisuuksien ja palveluintegraation merkitystä erityisesti niiden henkilöiden kannalta, jotka tarvitsevat paljon eritasoisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tämä on tärkeä tavoite, joka toteutuessaan parantaa esimerkiksi vaikeasti monivammaisten henkilöiden palveluiden yhteensopivuutta ja vähentää nykyistä sirpalemaisuuksia. Kaiken palvelusuunnittelun ytimessä tulee olla asiakas, joka kohdataan yksilönä ja jolle suunnitellaan juuri hänen elämänsä kannalta toimivia, yksilöllisiä ratkaisuja. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tarvittaessa päätöksenteossa tukeminen ovat edellytyksiä sille, että palvelukokonaisuuksia ei muodosteta järjestelmä- vaan yksilölähtöisesti.

On tarpeen muistaa, että palvelujen yhteensovittaminen edellyttää usein yhteistyötä myös muiden kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen kesken. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa keskeiset yhteistyötahot ovat kasvatus-, opetus- ja nuorisopalvelut. Vammaisten henkilöiden työllistymisen tukeminen puolestaan edellyttää sosiaalipalvelujen ja työvoimapalvelujen sujuvaa yhteistyötä.

Vammaiset ihmiset tarvitsevat eritasoisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden toteuttaminen voi asiakkaiden avun ja tuen tai hoidon ja kuntoutuksen tarpeista riippuen edellyttää vammaisuuteen liittyvää erityisosaamista. Useilla alueilla on olemassa ja kehitteillä vammaisuuden erityiskysymyksiin keskittyviä tuki- ja resurssikeskuksia ja verkostoja, joiden osaaminen on tärkeä hyödyntää sote-alueilla. **Kehitysvammaliitto esittää, että vammaisalan erityisosaaminen turvataan muodostamalla kullekin sote-alueelle vammaisalan osaamiskeskus.** Yksikkö tarjoaa moniammatillista erityisosaamista esimerkiksi diagnostiikkaan ja palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen liittyen sekä antaa koulutusta ja konsultaatiota nk. perustason henkilöstölle. **Vammaisalan osaamista ei kuitenkaan tule yksinomaan keskittää osaamiskeskuksiin, vaan alan riittävästä osaamisesta on huolehdittava ensisijaisesti osana lähipalveluja.**

Yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että järjestämispäätöksessä pitää määritellä sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja palvelutaso, ja että niiden määrittelyssä ei voida alittaa muun muassa lainsäädännön perusteella määräytyvää minimitasoa. Säännös mahdollistaa vähimmäistasoa korkeamman laatu- tai palvelutason. Monet sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat laatineet omien kohderyhmiensä palveluihin liittyviä laatusuosituksia, joita soisi hyödynnettävän järjestämispäätösten edellyttämän laatu- ja palvelutason määrittelyssä. Esimerkiksi kehitysvammaisten asumispalvelujen laatu- ja palvelutason tueksi on Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunnan (KVANK) toimesta laadittu yksilöllisen tuen laatukriteerit (http://www.kvank.fi/wp-content/uploads/Yksilollisen-tuen-laatukriteerit_kesakuu-2011.pdf).

Sote-alueen tulee määritellä ne periaatteet, joita tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien on noudatettava, kun ne toteuttavat palveluja hankkimalla niitä yrityksiltä, järjestöiltä ja muilta yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Vammaisfoorumi ry ja Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta KVANK ovat yhteisessä vaikuttamistyössään argumentoineet sen puolesta, että avointa kilpailutusmenettelyä ei tule soveltaa vammaisten ihmisten jokapäiväiseen elämään, asumiseen ja arjen sujumiseen liittyvien avun ja tuen palvelujen järjestämisessä. Kilpailutuksen katsotaan hajottavan vammaisten ihmisten jokapäiväisen elämän sujumista, sosiaalista ympäristöä ja vuorovaikutussuhteita. Kehitysvammaliitto korostaa, että eri tavoin vammaisten ihmisten kannalta keskeistä on, että kukin saa yksilöllisiin tarpeisiinsa sopivaa palvelua, ja että vammaisten ihmisten avun ja tuen palvelujen järjestämisessä on käytössä yksilöllisiä ja erilaisia järjestämisen, hankinnan ja tuottamisen tapoja ja menettelyjä. Palvelun järjestämistä vastuussa olevan tahon tulee palvelustrategiassaan tarjota rinnakkain useita erilaisia palvelujen järjestämisen ja hankintamenettelyjä. Asiakkaan osallisuutta hänelle tarkoitetun palvelun hankinnassa tulee kaikin keinoin vahvistaa. Tätä käsittelemme tarkemmin 16 §:n kommentteissamme.



Lisäksi toteamme, että palvelujen hankintaa koskevissa, järjestämissopimuksessa määriteltävissä hankintaperiaatteissa on huomioitava myös hankintojen sosiaaliset näkökohdat. Sosiaalisilla näkökohdilla taataan hankinnoissa perusoikeuksien, yhdenvertaisen kohtelun ja syrjimättömyysperiaatteen noudattaminen. Sosiaalisia näkökohtia ovat myös heikommassa asemassa olevien suojelemiseksi sekä syrjäytymisen estämiseksi käytettävä positiivinen erityiskohtelu tai muut kannustavat toimet. Yksi esimerkki hankintojen sosiaalisista ulottuvuuksista on vammaisten henkilöiden työllistymisen edistäminen osana suoritettavaa hankintaa.

13 § Sosiaali- ja terveystieteiden muut tehtävät

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimustoiminnan sekä hyvinvointiseurannan osalta viittaamme 8–9 §:iä koskeviin kommentteihimme.

Yksityiskohtaisissa perusteluissa nostetaan esiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtäväkentän ja työnjaon joustavoittaminen siten, että käytettävissä olevan henkilöstön käyttöä pohdittaisiin uusilla tavoilla kustannustehokkuuden saavuttamiseksi. Ympäristöministeriön, ARAn ja Kehitysvammaliiton yhteisessä Arjen keskiössä -hankkeessa kehitysvammaisten asumisessa tarvittavaa ammattihenkilöstön antamaa tukea on ryhdytty suunnittelemaan uudella tavalla, asukkaiden tarpeista ja aikatauluista lähtien. Lähtökohdiana on tarpeiden huolellinen arviointi yhdessä asiakkaiden kanssa sekä kotiin saatavien palvelujen kehittäminen.

Yksityiskohtaisissa perusteluissa viitataan tutkimuksiin, joissa on selvitetty henkilöstövoimavarojen merkitystä muun muassa potilasturvallisuuteen, hoidon tuloksiin ja henkilöstön työhyvinvointiin. Tutkimuksessa kehitysvamma-alan lähityöntekijöiden ammatti-identiteetistä (Vesala 2013) todettiin, että vaikka suurin osa lähityöntekijöistä näyttäisi omaksuneen kehitysvammaisen asiakkaan itsemääräämisen tukemisen omaa työtään ohjaavaksi periaatteeksi, niin on tilanteita, joissa itsemäärääminen ei toteudu. Erityisesti silloin kun asiakkaalla on kommunikaation tai ymmärryksen ongelmia, tai kun työntekijällä on kiire, ei asiakkaan oma päätöksenteko toteudu. Edelleen, mikäli asiakkaan valinnat ovat ristiriidassa muiden työtä ohjaavien periaatteiden kanssa, kuten esim. turvallisuus tai hoidon tai kuntoutuksen tavoitteet, asetetaan nämä muut tavoitteet asiakkaan itsemääräämisen edelle. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin tuore selvitys puolestaan osoitti, että vammaisten ihmisten itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää vammaistyöhön koulutetun ja perehtyneen henkilökunnan määrän lisäämistä. Työn- ja tehtävänjaon kehittämisen rinnalla on siis edelleen huolehdittava sekä henkilöstön riittävydestä että korkeatasoisesta ammatillisesta osaamisesta.

3 luku Sosiaali- ja terveystieteiden tuottaminen

14 § Tuottamisvastuu kunnallisena toimintana

Teemallisten kuntayhtymien muodostamisen perusteet jäävät yksityiskohtaisissa perusteluissa väljiksi, ja niitä tulee täsmentää. Pidämme tärkeänä, että teemallisia kuntayhtymiä muodostettaessa haetaan uudenlaisia asiakaslähtöisiä palvelumalleja ja -rakenteita hyödyntäen innovatiivisia terveys- ja hyvinvointitekniikan mahdollisuuksia.

16 § Tehtävien ja palvelujen tuottaminen

Kehitysvammaliitto korostaa, että palvelutuotannossa on hyödynnettävä monipuolisesti niin julkisia, yksityisiä kuin kolmannen sektorin toimijoita.



12 §:ää koskevilla kommentteissamme nostimme esiin, että vammaisten ihmisten avun ja tuen järjestämisessä on hyödynnettävä yksilöllisiä ja erilaisia järjestämisen, hankinnan ja tuottamisen tapoja ja menettelyjä. Lisäksi asiakkaan valinnanvapautta sekä osallisuutta hänelle tarkoitetun palvelun hankinnassa tulee kaikin keinoin vahvistaa.

Tähän antaa mahdollisuuden 16 §:n listaus palvelujen toteuttamistavoista. 16 § vastaa pitkälti nykyisen valtiosuuslain 4 §:ää, jossa palvelujen nykyiset järjestämistavat luetaan, mutta valtiosuuslain järjestämistapaluettelosta poiketen 16 §:ssä on lisäksi 5-kohdassa maininta "[...] kunta ja kuntayhtymä voivat toteuttaa tuottamisvastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut [...] 5) muulla laissa säädetyllä tavalla." Yksityiskohtaisissa perusteluissa ei kuitenkaan anneta esimerkkejä siitä, mitä nämä muut laissa säädetyt palvelujen toteuttamisen tavat voisivat olla.

Kehitysvammaliitto esittää, että 16 §:n 5 kohtaa koskeviin yksityiskohtaisiin perusteluihin lisätään kaksi konkreettista esimerkkiä asiakkaan valinnanvapauden ja osallisuuden vahvistamisesta palvelujen hankinnassa. Esimerkkien kirjaukseen kannustaa THL:n tekemän vaikutusarvioinnin huomio siitä, että lakiluonnos ei käsittele muun muassa palvelujen käyttäjien valinnanvapautteen liittyviä kysymyksiä, eikä asiakas- tai potilaskeskeisyyden vahvistaminen ole lainsäädännön keskiössä.

Ensimmäiseksi esitämme hankinnan menettelyä, jossa sote-alueen hankinta toteutetaan valtakunnallisesti sovittujen, STM:n määrittämien laatuksien mukaisesti. Näin määrittyvät ne palvelujen tuottajat, jotka täyttävät asetetut laatuksien ja joilta palveluja on siis mahdollista hankkia. Tämän jälkeen palvelujen käyttäjä tai hänen edustajansa valitsee palveluntuottajista tarpeisiin soveltuvimman. Tämä Ruotsin Fritt Val -mallia (lagen om valfrihetssystem, LOV) muistuttava menettely edistää asiakkaan valinnanvapautta. Lisäksi menettely estää palvelutuotannon monopolisoitumista harvojen toimijoiden käsiin.

Toiseksi konkreettiseksi 16 §:n 5 kohtaan lisättäväksi esimerkiksi esitämme henkilökohtaista budjetointia. Henkilökohtainen budjetointi on asiakkaan palveluihin käytettävissä olevan rahan kohdentamista yksilöllisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. Henkilökohtainen budjetointi on palvelujen toteuttamisen tapa, jossa palvelujen käyttäjä on keskiössä suunnittelemassa yksilöllisiä, oman elämänsä kannalta tarpeellisia, mielekkäitä ja tarkoituksenmukaisia palveluja. Asiakkaalle muodostetaan hänen avun ja tuen tarpeidensa sekä tuen ja palvelujen kustannusten pohjalta määritetty henkilökohtainen budjetti. Näin tehdään näkyväksi se taloudellinen resurssi, joka on käytettävissä tietyn henkilön palvelujen järjestämiseen. Kun käytettävissä oleva resurssi eli henkilökohtaisen budjetin suuruus tiedetään, asiakas voi suunnitella yhdessä sosiaalityöntekijän tai palveluohjaajan kanssa, miten resurssi olisi mielekästä käyttää, jotta palvelut ja tukitoimet vastaisivat asiakkaan toiveita ja tarpeita ja tukisivat omaehtoista elämää. Henkilökohtainen budjetointi lisää palvelujen käyttäjien vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksia palveluiden suunnittelussa ja hankinnassa ja mahdollistaa palvelujen yksilöllisen räätälöinnin.

Koska henkilökohtaisessa budjetoinnissa on kyse uudesta palvelujen toteuttamistavasta, henkilökohtaisen budjetoinnin lainsäädäntö- ja soveltamisperustan luominen edellyttää myös määrittelyä siitä, etteivät asiakkailla palvelujen hankkimiseen myönnettävät henkilökohtaiset budjetit ole veronalaista tuloa. Vastaava määrittely on palveluseteliä koskien tehty verohallinnon ohjeissa: kunnan järjestämiä lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluita ei katsota rahanarvoisena etuutena saaduksi tuloksi, joten niiden käytöstä ei synny veronalaista tuloa, eikä sillä seikalla, miten kyseiset palvelut on järjestetty ole vaikutusta verovapauteen. Palvelujen käyttäjän kannalta on lisäksi olennaista, että henkilökohtainen budjetti mitoitetaan tosiasiallisesti vastaamaan henkilön avun ja tuen tarpeita siten, että henkilökohtaisella budjetilla on realistiset mahdollisuudet tarvitsemiensa palvelujen hankkimiseen. Tietoista alibudjetointia ei tule tapahtua.



16 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa on mainittu niin sanottu SGEI-menettely, jossa julkisen palvelun velvoite annetaan määräajaksi tietyille tai tietyille toimijoille. **Kirjausta tulee täsmentää sen osalta, mitä ne ”jotkin harvinaiset tai erityisen vaativat palvelut” esimerkiksi ovat, jotka sosiaali- ja terveysalue voi määrittellä SGEI-palveluksi.**

Nostamme esiin myös pykälän 5 kohtaa koskevan kirjoitusteknisen huomion: pykälässä kirjaus ”muulla laissa säädetyllä tavalla” on 5 kohta, mutta yksityiskohtaisissa perusteluissa se on virheellisesti 6 kohta.

17 § Yhteistoiminta palvelutuotannossa

Yksityiskohtaisiin perusteluihin on kirjattava tarkentavia esimerkkejä siitä, mitä sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvia toimenpiteitä ja hoitoja voidaan tarvittaessa keskittää valtakunnallisesti joillekin tuottamisvastuussa oleville kunnille tai kuntayhtymille silloin kun tehtävien vaativuus, harvinaisuus, kielelliset oikeudet tai suuret kustannukset niin edellyttävät. Kirjaus jää tällaisenaan epämääräiseksi ja löyhäksi. Valtakunnallista keskittämistä edellyttävät esimerkiksi rikoksista tuomitsematta jätettyjen kehitysvammaisten henkilöiden hoito ja kuntoutus sekä harvinaisten oireyhtymien diagnostiikka, seuranta ja tutkimus.

18 § Omavalvontaohjelma

Järjestämislakiluonnoksen 18 §:ssä ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveysalueiden sekä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien omavalvontaohjelmasta. Sosiaalihuoltolakiuudistuksen (HE 164/2014) 47 §:ään sisältyy kunnan sosiaalihuollon toimintayksiköiden tai muiden toimintakokonaisuuksista vastaavien tahojen velvoite laatia toiminnan laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma. **Järjestämislain 18 § edellyttää selvyuden vuoksi täsmentämistä sen osalta, mikä on järjestämislain edellyttämän omavalvontaohjelman ja tulevan sosiaalihuoltolain edellyttämän omavalvontasuunnitelman suhde tai ero.**

Tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien omavalvontaohjelma painottuu varsinaiseen palvelutuotantoon ja on siksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien henkilöiden kannalta erityisen tärkeä. Tuottamisvastuullisten toimijoiden omavalvontaohjelmiin tulee sisältyä suunnitelma laadunhallinnasta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämisestä. Kehitysvammaliitto muistuttaa tässä yhteydessä, että parhaillaan eduskunnan käsittelyssä on hallituksen esitys laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä. Kyseisen hallituksen esityksen 5 § edellyttää, että palvelujen tuottaja laatii yleisen suunnitelman sosiaalihuollon asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuskyvyn vahvistamiseksi. Yleinen itsemääräämisoikeussuunnitelma voi olla osa omavalvonta- tai laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Tulevan itsemääräämisoikeuslain soveltamisala on julkinen ja yksityinen sosiaali- ja terveydenhuolto, ja lain tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta sekä ehkäistä ennalta rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa. **Siksi Kehitysvammaliitto pitää tärkeänä, että järjestämislain 18 §:ssä – vähintään yksityiskohtaisissa perusteluissa – mainitaan omavalvontaohjelman sekä laadunhallinta- ja asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämissuunnitelman yhteydessä myös velvoite itsemääräämisoikeussuunnitelman laatimisesta.**

Omavalvonnan vahvistamisen tavoitteena on korostaa sote-alueiden omaa vastuuta toiminnan asianmukaisesta ja laadukkaasta järjestämisestä sekä vähentää valvontaviranomaisten suorittaman jälkikäteisvalvonnan tarvetta. Tähänastiset käytännön kokemukset omavalvonnasta osoittavat, että se ei kaikilta osin toimi moitteettomasti, eivätkä valvontaviranomaisten valvontatehtävät ole siksi merkittävästi vähentyneet. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksien turvaamisen kannalta onkin edelleen välttämätöntä turva-

ta valvontaviranomaisten toimintaresurssit omavalvonnan vahvistamisen rinnalla. (Ks. myös 47–48 §:iä koskevat kommenttimme).

5 luku Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen

25 § Yleinen ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen

Yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävien liittyvän muun muassa käyttäjien etujen mukaiseen toimintojen järjestämiseen ja toteuttamiseen. Muistutamme tässä yhteydessä sosiaali- ja terveysalan järjestöjen roolista käyttäjien tilanteiden ja tarpeiden asiantuntijoina.

27 § Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta

Yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan kokoonpanosta, että neuvottelukunnassa on tarkoitus olla kattavasti edustettuina valtakunnalliset ja alueelliset sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat. Neuvottelukunnassa on välttämätöntä olla edustajia myös palvelujen käyttäjiä edustavista valtakunnallisista sosiaali- ja terveysalan järjestöistä.

28 § Valtion ja sosiaali- ja terveysalueen välinen neuvottelumenettely

Nykyisellään kehitys- ja puhevammaisten henkilöiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudessa, sisällössä ja toteuttamisessa on kunnittain suurta vaihtelua. Sosiaali- ja terveysministeriön antama kohtuullisen vähäinen informaatio-ohjaus ei ole ollut riittävää parantaakseen palvelujen saatavuutta ja laatua. Siksi Kehitysvammaliitto kannattaa sosiaali- ja terveysministeriön antaman ohjauksen vahvistamista valtion ja sosiaali- ja terveysalueen välisenä neuvottelumenettelynä.

Hallituksen päätöksellä (28.8.2014) rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamisesta tullaan julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttamiseksi valmistelemaan budjettikehysjärjestelmä, joka tulee asettamaan sote-järjestämislain mukaisille menoille katon. Hallitus eli käytännössä valtiovarainministeriö määritteli sosiaali- ja terveysmenojen enimmäismäärän neljäksi vuodeksi kerrallaan. Järjestämisvastuulliset sote-alueet huomioisivat budjettikehysten laatiessaan järjestämisspäätöstä eli määrittellessään, miten sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan alueella. Sote-alueiden järjestämisspäätökset hyväksyy sosiaali- ja terveysministeriöön perustettava ohjausyksikkö, jonka tehtäväksi tulisi myös budjettikurin seuranta.

Budjettikehysjärjestelmä ei sisälly nyt lausunnolla olevaan hallituksen esitysluonnokseen, joten budjettikehysten käytännön toteutusta ei ole mahdollista arvioida ja kommentoida yksityiskohtaisesti. Yleiskommenttina toteamme olevamme huolissamme siitä, millaisia kielteisiä käytännön vaikutuksia ulkopuolelta asetulla budjettikehysellä voi olla palvelujen käyttäjien kannalta. Budjettikehys voi hyvin helposti johtaa sote-alueilla epärealistisen matalaan budjetointiin, jolloin toimintoja ja palveluja supistetaan ja heikennetään ”varmuuden vuoksi”. Vain osa vammaisten ihmisten tarvitsemista palveluista on määritelty erityiseen järjestämisvelvollisuuden kuuluviksi palveluiksi (subjektiivinen oikeus), jolloin vammaisten ihmisten jokapäiväisessä elämässään tarvitsema apu ja tuki joutuu helposti supistusten ja säästöjen kohteeksi. Tämä on nähtävissä jo tällä hetkellä, kun esimerkiksi asumisen tukipalveluista, kuljetuspalveluista ja työ- ja päivätoimintapalveluista säästetään vähentämällä asiakkaille osoitettuja resursseja ja käyttöpäiviä. Toisaalta myös subjektiiviset oikeudet asettuvat budjettikehysjärjestelmässä helposti uudelleenarvioinnin kohteeksi. Tähän viittaa THL:n vaikutusarvioinnin huomautus siitä, että budjettikehysmenettely vaatii rinnalleen selkeitä päätöksiä nykyisten subjektiivisten oikeuksien karsimisesta. Lisäksi ulkopuolelta asetetussa budjettikehysessä huolestuttaa, miten siinä mahdollistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille välttämätön, jatku-



va kehittämistoiminta: ulkopuolelta tuleva budjettiraami voi houkuttaa karsimaan säästöjen nimissä näennäisen ”helpot” kohteet, kuten kehittämistoiminnan.

29 § Sosiaali- ja terveystalouden ja tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän välinen tulohajautus

Sote-alueen ja tuottamisvastuullisten toimijoiden välinen tulohajautus on tervetullut menettely, joka parhaimmillaan parantaa palvelujen saatavuutta, sisältöä, laatua ja vaikuttavuutta. Tulohajautuksen laatutavoitteiden osalta toistamme 12 §:ää koskevan kommenttimme siitä, että monet sosiaali- ja terveystalouden järjestöt ovat laatineet omien kohderyhmiensä palveluihin liittyviä laatusuosituksia, joita soisi hyödynnettävän tulohajautuksen laatutavoitteiden määrittelyssä. Yksi esimerkki laatusuosituksista ovat Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunnan (KVANK) laatimat yksilöllisen tuen laatuksiteerit (http://www.kvank.fi/wp-content/uploads/Yksilollisen-tuen-laatuksiteerit_ksakuu-2011.pdf).

Myös vaikuttavuustavoitteiden määrittely osana tulohajautusta on palvelujen käyttäjien kannalta erittäin tärkeää. Esimerkiksi kehitysvammapalvelujen seuranta ja arviointi painottuu nykyisellään liiaksi suoriteseurantaan, toisin sanoen sen seurantaan, paljonko eri toiminnoissa on palvelujen käyttäjiä ja montako toimintoa palvelun tuottamiseksi suoritetaan.

30 § Asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet

On ilahduttavaa, että asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista on muotoiltu erillinen pykälä. Asian tärkeyden korostamiseksi asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista huolehtiminen olisi syytä kirjata myös kunkin sote-alueen perustamisasiakirjaan.

Yksityiskohtaisissa perusteluissa korostetaan kokemustiedon merkitystä palvelujen ja tukitoimien ja niiden vaikuttavuuden kehittämisessä, ja todetaan, että näkemyksiä tulee kerätä kaikilta väestöryhmiltä. Edelleen perusteluissa korostetaan, että asukkaiden osallistumista ja vaikuttamista tulee tukea tarjoamalla monipuolisia, vaikuttavia ja käyttäjälähtöisiä osallistumiskeinoja. Perusteluihin kirjatut esimerkit mahdollisista osallistumis- ja vaikutuskanavista ja -keinoista ovat lähtökohtaisesti hyviä ja monipuolisia.

8–9 §:iä koskevissa kommentteissamme toimme esiin, että vammaiset ihmiset jäävät usein esimerkiksi hyvinvointitutkimuksissa aliedustetuiksi, eli he tulevat sivuutetuiksi väestöryhmäkohtaisesta tiedonkeruusta. **Jotta myös kehitys- ja puhevammaisilla henkilöillä olisi yhdenvertaiset mahdollisuudet kertoa näkemyksiään ja kokemuksiaan käyttämistään palveluista osana 30 §:ssä tarkoitettua asukkaiden osallistumista ja vaikuttamista, yksityiskohtaisiin perusteluihin tulee lisätä tätä koskeva kirjaus:**

”Asukkaiden näkemyksiä ja kokemuksia kerätessä on varmistettava, että myös ne ihmiset, jotka vammaisuudesta tai muusta syystä johtuen eivät kykene osallistumaan tavanomaisin menetelmin toteutettuihin tiedonkeruihin ja kuulemisiin, saavat äänensä kuuluville tiedonkeruu- ja osallistumismenetelmiä mukauttamalla.”

Edelleen esitämme, että 3 momentin yksityiskohtaisissa perusteluissa listattuihin esimerkkeihin osallistumisen ja vaikuttamisen edistämisestä lisätään näkyviin päätöksenteossa tukeminen sekä tulkkauksipalveluiden hyödyntäminen, jotka ovat esimerkkejä kehitys- ja puhevammaisten ihmisten osallistumisen tukemisesta.

2 momentin yksityiskohtaisissa perusteluissa painotetaan, että asukkaiden näkemyksillä tulee olla todellista painoarvoa sote-alueen ja tuottamisvastuullisten toimijoiden toimintasuunnitelmia laadittaessa, eikä näkemyksiä tule sivuuttaa ilman asianmukaisia perusteita. Asukkailla tulee olla mahdollisuus saada tietää,



millaisia yhteenvedoja ja analyysseja asukkaiden näkemysten ja kokemusten pohjalta on tehty, ja miten asukkaiden näkemykset ja kokemukset vaikuttavat palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen. Siksi **yksityiskohtaisiin perusteluihin on syytä kirjata velvoite tiedottaa asukkaille tiedonkeruun tuloksista ja vaikutuksista monimuotoisilla ja saavutettavilla tavoilla.**

32 § Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveystaloudella

Sosiaali- ja terveystalouksien kehittämistrakenteisiin ja -toimintaan on sisällytettävä myös sosiaali- ja terveystalouden järjestöt käytännönläheisen, asiakaslähtöisen ja palvelujen käyttäjien osallistumista tukevan kehittämistoiminnan osaajina.

33 § Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus

Kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveystalouden kustannusten rahoitukseen kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla, jota on painotettu valtionosuuslaskennassa käytettävien ikäluokkien perushintojen sekä sairastavuuskertoimen mukaisesti. 1.1.2015 voimaan tulevassa laissa kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta (676/2014) sairastavuuskerroin lasketaan kolmen osatekijän – terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon – kustannustekijöiden perusteella.

Vamma ei ole sairaus, eikä mikään vamma siksi ole sairastavuuskertoimen terveydenhuolto-osatekijän kustannustekijä. Eri vammoihin kuitenkin voi – usein hyvin kiinteästi – liittyä kustannustekijöiksi määriteltyjä sairauksia, kuten epilepsiaa. 1.1.2015 voimaan tulevassa laissa on kumottu aiempi 19 §, jossa vammaiskerroin kytkettiin vammaistukea sekä eläkettä saavan hoitotukea saavien sekä vammaisuuden perusteella laitoshoidossa olevien yhteismäärään. Vammaisuus ei siis enää jatkossa ole valtionosuuslaskentaan vaikuttava tekijä, vaan vammaisuuden vaikutus kuntien valtionosuuksiin ilmenee ainoastaan välillisesti, lähinnä sosiaalihuolto-osatekijän kustannustekijän eli alle 55-vuotiaiden työkyvyttömiä kuntalaisten määrän kautta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa ei säädetä kunnan peruspalvelujen valtionosuuksien laskentaperiaatteista. Huomautamme silti palvelutuotannon rahoitukseen liittyen, että vammaisten ihmisten määrässä suhteessa koko väestöön on huomattavia alueellisia eroja. Kehitysvammalaitoksia käyttävien henkilöiden osuus eri alueiden väestöstä vaihteli vuonna 2004 Etelä-Suomen 0,40 %:sta Oulun läänin 0,83 %:iin osuuksien ollessa suurimpia Itä- ja Pohjois-Suomessa (Kumpulainen 2007). Tätä tuoreempia vammaisten ihmisten esiintyvyyttä koskevia tietoja ei ole helposti saatavilla. Maakunnittainen vertailu vammais- palvelujen käyttöä koskevista tiedoista (Sotkanet.fi) kuitenkin osoittaa, että suhteessa väkilukuun kehitysvammaisia ihmisiä on laitoshoidossa ja asumispalveluissa eniten Kainuussa (0.37 %), Etelä-Savossa (0.34 %), Pohjois-Karjalassa (0.34%) ja Lapissa (0.30%), ja vähiten Uudellamaalla (0.15%), Pohjanmaalla (0.15%), Pirkanmaalla (0.16%) ja Keski-Suomessa (0.17%). Erot suhteellisissa osuuksissa ovat siis suurimmillaan yli kaksinkertaisia. Edelleen koko väestöön suhteutettuna vammaisten työ- ja päivätoiminnan asiakkaita on eniten Keski-Pohjanmaalla (0.52%), Pohjois-Karjalassa (0.50 %), Lapissa (0.49%), Pohjois-Pohjanmaalla (0.49%) ja Kainuussa (0.44%), ja vähiten Uudellamaalla (0.19%), Pirkanmaalla (0.25%) ja Varsinais-Suomessa (0.29%). Erot suhteellisissa osuuksissa ovat näissäkin suurimmillaan yli kaksinkertaisia. Kun suhteutetaan työikäiseen väestöön, erot ovat vielä suurempia: Keski-Pohjanmaalla (0.90%), Pohjois-Karjalassa (0.83%) ja Pohjois-Pohjanmaalla (0.82%) on lähes kolme kertaa enemmän vammaisia ihmisiä työ- ja päivätoiminnassa kuin Uudellamaalla (0.30%).

Koska vammaisten ihmisten osuus väestöstä vaihtelee huomattavasti alueittain, **Kehitysvammaliitto esittää, että vammaisten ihmisten osuus väestöstä palautetaan valtionosuuslaskennan kustannustekijäksi.**

36 § Vastuu hoidon ja hoivan kustannusten korvaamisesta eräissä tilanteissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen osalta viittaamme Vammaisfoorumi ry:n sosiaali- ja terveysministeriölle elokuussa 2014 antamaan lausuntoon koskien luonnosta hallituksen esitykseksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

40 § Terveydenhuollon tutkimustoimikunta, 41 § Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus, 42 § Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä, 43 § Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen, 44 § Tietojenantovelvollisuus, 45 § Kunnan tai kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan, 46 § Asetuksenantovaltuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa on kyse merkittävästä ja mittavasta rakenteellisesta ja hallinnollisesta uudistuksesta. Siksi on huolestuttavaa, että tutkimustoimintaa ja sen rahoittamista koskevat pykälät keskittyvät ainoastaan terveyden tutkimukseen. Sosiaali-/yhteiskuntatieteellisen ja taloustieteellisen tutkimuksen ja sen rahoittamisen näkökulmat puuttuvat esityksestä täysin, vaikka juuri näillä tieteenaloilla tehtävää tutkimusta tulisi hyödyntää myös uudistuksen seurannan ja vaikutusten analysoinnissa.

7 luku Viranomaisvalvonta

47 § Valvonta ja siihen liittyvä ohjaus

Kehitysvammaliitto ilmaisee huolensa sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisten toimintaresurssista. Nykyiset valvontaresurssit etenkin aluehallintovirastoissa ovat niukat. Omavalvonnan vahvistamisesta huolimatta myös viranomaisvalvonnan resurssit on turvattava.

48 § Ohjaus- ja arviointikäynnit

Valvontaviranomaisten suorittamista ennakkolisista ohjaus- ja arviointikäynneistä säätäminen on kannatettava uudistus. Käynneillä voi parhaimmillaan olla tärkeä merkitys esimerkiksi valvontaohjelmien ja lainsäädännön tutuksi tekemisessä sosiaali- ja terveydenhuollon luottamushenkilöille, johdolle ja henkilöstölle. Ennakolliset ohjaus- ja arviointikäynnit voivat tukea esimerkiksi tulevan itsemääräämisoikeuslain toimeenpanoa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Koska ohjaus- ja arviointikäynnit on tarkoitettu käynnin kohteen kannalta vapaaehtoisiksi, voi kuitenkin huonoimmillaan käydä niin, että valvontaviranomaisia ei toivoteta tervetulleiksi sellaisiin toimintayksiköihin, jotka suuresti hyötyisivät ennakkolisesta ohjauksesta ja arvioinnista.

47 §:n kommentteihimme viitaten ilmaisemme kuitenkin valvontaresurssiin liittyvän huolestumme: missä määrin valvontaviranomaisten on nykyisillä toimintaresurssillaan tosiasiasa mahdollista suorittaa sinänsä tärkeitä ennakkollisia ohjaus- ja arviointikäyntejä?

8 luku Erinäiset säännökset

60 § Henkilöstön ammattitaidon ylläpito

Säännös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ylläpidosta on palvelujen käyttäjien kannalta tärkeä: sosiaali- ja terveydenhuollon työ on mitä suurimmassa määrin ”ihmiseltä ihmiselle” -työtä, jossa tulokset ja vaikutukset syntyvät palvelun käyttäjän ja työntekijän keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja yhteistoiminnassa. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ammattitaito vaatii jatkuvaa ylläpitämistä ja kehittämistä.



Esitämme, että pykälän otsikkoon lisätään sanat ”ja kehittäminen” siten, että otsikko muutetaan muotoon ”Henkilöstön ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen”. Lisäksi esitämme, että pykälätekstin ensimmäiseen virkkeeseen lisätään sanat ”säännöllisesti ja” siten, että virke muutetaan muotoon (täydennys ehdotus lihavoituna, kursivoituna ja alleviivattuna):

”Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö osallistuu säännöllisesti ja riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen.”

KEHITYSVAMMALIITTO RY

Marianna Ohtonen
toiminnanjohtaja

Susanna Hintsala
johtaja

Eija Roisko
johtaja

Marika Ahlstén
erityissuunnittelija