



Eduskunta
Sosiaali- ja terveysvaliokunta
Viite: VNS 3/2026

18.5.2026

Helsingin yliopiston asiantuntijalausunto sosiaali- ja terveysvaliokunnalle koskien valtioneuvoston selontekoa julkisen talouden suunnitelmasta 2027–2030

Helsingin yliopisto kiittää mahdollisuudesta lausua valtioneuvoston selonteosta julkisen talouden suunnitelmasta 2027–2030. Asiantuntijalausuntopyynnössä pyydettiin lausumaan erityisesti ao. kokonaisuuksista siltä osin kuin ne kuuluvat toimialaan:

- hyvinvointialueiden rahoitus
- sosiaaliturva ja köyhyys
- asiakasmaksut
- sosiaalihuollon palvelu-uudistus
- vammaispalvelujen saatavuus
- STEA-avustukset
- 65 v. valinnanvapauskokeilu

ja lausuminen selonteosta myös muilta osin.

Asiantuntijalausunnon valmisteluun ovat osallistuneet lääketieteellinen tiedekunta, valtiotieteellinen tiedekunta sekä Svenska social- och kommunalhögskolan sekä seuraavat asiantuntijat: dekaani Johanna Arola, lääketieteellinen tiedekunta; yliopistonlehtori Eveliina Heino, valtiotieteellinen tiedekunta; apulaisprofessori Maija Jäppinen, valtiotieteellinen tiedekunta; rehtori Petra Kouvonen, Svenska social- och kommunalhögskolan; apulaisprofessori Merja Laine, lääketieteellinen tiedekunta; professori Kristiina Patja, lääketieteellinen tiedekunta; professori Minna Zechner, valtiotieteellinen tiedekunta. Valmistelusta on vastannut kehittämisspäälikkö Tiina Berg.

Yleiset kommentit

Valtioneuvoston selonteossa tavoitteena on nostaa T&K-menot 4 %:iin BKT:sta vuoteen 2030 mennessä ja valtion osuus 1,2 %:iin. Rahoitus kasvaa hitaasti ja ehdollisesti, riippuen talousennusteista ja sisältäen EU- ja Sitran rahoitusta. Korkeakoulutettujen nuorten aikuisten määrä pyritään nostamaan mahdollisimman lähelle 50 prosenttia vuoteen 2030 mennessä.



Koulutus- ja osaamistason nostoon kohdennetaan kertaluonteisesti yhteensä 100 milj. euron lisäpanostus vuosina 2026—2028 osana hallituksen investointiohjelmää.

Rahoituksen rakenteen näkökulmasta olennaista lääketieteen kannalta on, että mahdollinen lisärahoitus kohdentuu ensisijaisesti kilpailtujen ja suunnattujen TKI-panostusten kautta eikä perusrahoituksen vahvistamiseen. Sosiaalityön tutkimuksen ja opetuksen tulevaisuudennäkymiin vaikuttavat tässä julkisen talouden suunnitelmassa linjattujen säästötoimien ja paraikaa lausuntokierroksella olevien sosiaalihuoltolain ja lastensuojelulain muutosten ohella myös seuraavalle vaalikaudelle lykätty sosiaalihuollon ammattihenkilölainsäädännön uudistus. Kuten lääketieteellisen tutkimuksen osalta, myös tässä rahoituksen ohjaus näyttää vahvistuvan, ja sen säästö tavoite on tehty suunnitelmassa näkyväksi.

Selonteossa todetaan, että vanhusväestön määrän kasvu lisää erityisesti terveys- ja hoivamenoja. Tosiasiallisesti vanhuusmenoista vain 13 % menee palveluihin ja loput toimeentuloon, pääosin eläkkeisiin. Terveystenhuollon menoja kasvattaa se, että hoivapalveluihin pääsyä on vaikeutettu. Tällöin ilman palveluja tai riittämättömien palvelujen turvin kotona asuvat ikääntyneet käyttävät huomattavasti enemmän terveydenhuollon palveluja, usein kaikkein kalliimpia päivystyksellisiä palveluja. Asumispalveluissa asuvat ikääntyneet käyttävät huomattavasti vähemmän terveydenhuollon palveluja kuin kotona asuvat. Esimerkiksi päivystyskäynnit ovat yleisimpiä kotihoitossa (13 %) verrattuna yhteisölliseen asumiseen (10 %) ja ympärivuorokautiseen hoitoon (6 %). Hoivapalvelujen tuotantokustannukset esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa ovat alle 200 euroa vuorokaudessa, kun taas terveydenhuollossa kustannus on kaksinkertainen.

Huomioitavaa on, että monet tällä hallituskaudella toteutetut säästötoimet ovat kohdistuneet lapsiperheisiin. Ennusteessa olisi tulisi huomioida näkyvämmiin muutosten lapsivaikutukset, erityisesti lapsiperheköyhyyden kasvu. Kun samalla leikataan lapsiperheille suunnattuja varhaisen tuen palveluja ja järjestöjen tarjoamaa matalan kynnyksen tukea, riskinä on, ettei painopisteen siirtäminen varhaiseen, helposti saavutettavaan ja oikea-aikaiseen tukeen toteudu. Seurauksena voi olla kalliiden ja raskaiden palvelujen, kuten lastensuojelun sijaishuollon, tarpeen kasvu.

Lisäleikkaukset avustuksiin voivat kasvattaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja heikentää erityisesti lasten, nuorten, perheiden sekä omais- ja läheishoitajien saamaa tukea. Suomalaisten osallistuminen yhteiskuntaan on kanavoitunut järjestöjen kautta, ja se on synnyttänyt sitoutumista ja luottamusta eri väestöryhmien sisälle ja välille. Järjestöjen kautta kanavoituu vapaaehtoistyötä, joka ei näy suoraan taloudellisena hyötynä, mutta jonka korvaaminen muulla tavalla johtaa palvelujen tarpeen ja käytön kasvuun. Terveys ja hyvinvointi syntyvät yhteisöissä ja arjessa, joten järjestöjen toiminnan heikennykset näkyvät terveyden edellytysten kapenemisena etenkin siellä, missä arjessa selviytyminen on jo valmiiksi haurasta. Vaarana on, että kun yhdistyksille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen kohdennettuihin avustuksiin tehdään 50 milj. euron lisäsäästö, se kasvattaa myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Edellä jo mainittujen lasten, nuorten ja perheiden matalan kynnyksen palvelujen ohella esimerkiksi järjestöjen tuottama tuki omais- ja läheishoitajille on merkittävää ja vaarantuu leikkausten takia. Omais- ja läheishoitajat tekevät merkittävää työtä, joka kuormittaa heitä monin tavoin fyysisesti, psyykkisesti ja taloudellisesti.

Ikääntyneiden hoivapalvelut ovat yhteiskunnan toimivuuden kannalta keskeinen osa infrastruktuuria, ja niiden kehittämiseen on tärkeää panostaa pitkäjänteisesti. Asiakkaille kohtuuhintaiset ja saavutettavat hoivapalvelut tukevat hyvinvointia sekä lisäävät työllisyyttä ja verotuloja. Hoivapalveluihin tehtävät investoinnit voivat siten tuottaa laaja-alaisia yhteiskunnallisia hyötyjä myös pidemmällä aikavälillä. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on laskettu, että mikäli siellä investoitaisiin



2 % bruttokansantuotteesta hoivasektorille, saataisiin 1,5 miljoonaa työpaikkaa, 2% investoiminen rakentamiseen taas tuottaisi 750 000 työpaikkaa (Women's Budget Group¹).

Opetus ja tutkimus

Sosiaali- ja terveydenhuollon professioalojen yliopistokoulutus tuottaa alalle lääkäreitä, hammaslääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja logopedeja. Koulutuksen rakenne edellyttää opintoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Opetuksen tehtäväkenttä laajenee jatkuvasti, mutta käytettävissä olevat resurssit eivät kasva samassa suhteessa. Laajeneminen näkyy siinä, että perinteisestä tutkintokoulutuksesta on siirrytty kohti joustavampia ja monimuotoisempia oppimisympäristöjä. Tällä tarkoitetaan avoimen yliopiston opetuksen kasvua sekä vaatimuksia opetuksen joustavuuteen, monimuotoisuuteen, pedagogiseen laatuun ja opiskelijakeskeisyyteen. Yliopistojen tulee yhdistää kasvava koulutusmäärä rajoitettuihin tutkimusresursseihin sekä varmistaa, ettei tutkimuksen ja opetuksen välinen yhteys heikkene. Erityisesti lääketieteen alalla koulutukseen tehdyt lisäpanostukset ovat pääasiassa kertaluonteisia sekä kohdistuvat aloituspaikkoihin ja osaamistason nostoon.

Koska sosiaalialan lainsäädäntöuudistusten, säästötavoitteiden ja koulutustarpeiden yhteisvaikutusta on huomioitu selonteossa heikosti, mahdollisten säästöjen ennustaminen muodostuu hankalaksi. Sosiaalityön koulutuksen suunnittelun kannalta keskeistä on muun muassa se, missä määrin lainsäädäntöuudistusten säästökohteet heijastuvat sosiaalityön koulutuksen kelpoisuusvaatimuksiin.

Lääketieteellisen hoidon toteutuksessa pullonkaula on erikoislääkärikoulutuksessa, ei perustutkintokoulutuksessa. Säästöt terveydenhuollon henkilöstön erikoistumiskoulutuksessa haastavat erityistason osaamisen kehittämistä. Erikoistumiskoulutukset ovat tärkeä osa ammattilaisten kehittämistä, ja niitä on mahdollista suorittaa työn ohella. Terveydenhuollon toimintojen hajauttaminen erityisesti avoterveysspalveluissa voi johtaa lääkärikoulutuksessa samankaltaiseen ongelmaan, joka on nähtävissä hammaslääkärin erikoistumiskoulutuksessa. Koulutuspaikat ja niiden kustannukset ovat julkisen terveydenhuollon vastuulla, kun yksityinen sektori on vapautettu tästä taloudellisesta taakasta. Kun pyritään löytämään ratkaisuja avoterveysspalvelujen saatavuuden ongelmiin, on tarkasteltava ratkaisujen vaikutuksia systeemisesti ja laajasti. Koulutukset lisäävät työntekijöiden osaamisen lisäksi motivaatiota ja kiinnittymistä organisaatioon, mikä parhaimmillaan auttaa terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta ja pysyvyyttä.

Vahva perusrahoitus ja pitkäjänteiset investoinnit ovat välttämättömiä, jotta voidaan vastata kasvaviin koulutustarpeisiin, turvata tutkimukseen perustuva opetus, vahvistaa tutkimuksen vaikuttavuutta ja tukea Suomen kansainvälistä kilpailukykyä. Vaikka T&K-panostusten tavoite on kunnianhimoinen, rahoituksen ehdollisuus ja kohdentuminen korostavat tarvetta vahvoille rakenteille sekä pitkäjänteiselle tutkimukselle. Monitieteiseen ja uutta avaavaan tutkimukseen on tärkeä investoida rohkeasti, vaikka hyödyt voivat näkyä vasta pidemmällä aikavälillä.

Kuten terveydenhuollon järjestelmässä, myös sosiaalipalvelujen suunnittelu vaatisi laajempaa strategista tarkastelua, jotta hyvinvointialueilla olisi mahdollista hyödyntää olemassa olevaa tutkimus- ja opetusyhteistyötä yliopistojen kanssa ja jotta alaa voitaisiin kehittää pitkäjänteisesti. Strateginen suunnittelu edellyttää myös alueellisten ja kielellisten erityispiirteiden huomioimista. Henkilöstömitoituksen osalta on tärkeää seurata tarpeita, jotka voivat vaihdella. Esimerkiksi

¹ Investing in the Care Economy: Investing 2% of GDP in care industries could create 1.5 million jobs
<https://www.wbg.org.uk/publication/investing-2-of-gdp-in-care-industries-could-create-1-5-million-jobs/>



ruotsinkielisistä yliopistokoulutuksen saaneista sosiaalityöntekijöistä on puutetta erityisesti Pohjanmaalla, ja väestökehitys näyttää joiltain osin erilaiselta kuin muualla maassa.

Keskeistä hyvinvointialueiden talousnäkymien osalta on, että sosiaalityön kytkös yliopistosairaaloihin nykyisellään ei mahdollista rahoituksen hyödyntämistä samalla tavalla kuin terveydenhuollossa, mikäli rahoitus ohjautuu hyvinvointialueiden kautta. Tämä johtuu muun muassa yliopistosairaaloiden vahvasta kytköksestä yliopistoihin. Tällainen rakenne puuttuu sosiaalipalvelujärjestelmästä. Tästä syystä on ensiarvoisen tärkeää, että tutkimus- ja opetusyhteistyö rakennetaan yliopistolähtöisesti.

Sosiaalityön tutkimuksen ja opetuksen osalta on huomioitava selonteossa mainittu varhaiskasvatusasteen ja erityisen tuen tarpeen kasvu esi- ja perusopetuksessa (kuntatalous, s. 59). Vaikka ikäluokat pienentyisivät, tämä menoerä uhkaa pysyä ennallaan tai kasvaa, mikäli sosiaalityön lainsäädännön uudistukset johtavat sosiaalipalvelujen heikkenemiseen ja/tai asiakasryhmien siirtymiseen erikoispalveluja vaativiin tilanteisiin.

Hyvinvointialueiden rahoitus

Terveyspalvelujärjestelmä

Suomalaisen terveysjärjestelmän ohjausta vaivaa pistemäisyys ja lyhytjänteisyys. Terveysjärjestelmä sisältää lääkehuollon sekä kaikki eri tuotantomuodot, niin yksityisen kuin julkisesti tuotetun, yhteensä noin 32 mrd. euroa. Tätä kokonaisuutta tulee käsitellä yhtenäisesti ja ymmärtää sen systemiset riippuvuudet. Suomen perustason avopalvelut ovat hajautuneet neljään rinnakkaiseen sektoriin: 1) hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämät avosairaanhoidon palvelut, 2) työnantajien järjestämät työterveyshuoltojärjestelmän kautta tuotetut avosairaanhoidon palvelut, 3) yksityisesti rahoitetut ja osin Kela-korvauksella tuetut avosairaanhoidon palvelut sekä 4) hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sekä Kelan järjestämät opiskeluterveydenhuollon palvelut. Tämä sama fragmentoituminen on osin tapahtumassa erikoissairaanhoidon palveluissa.

Terveysjärjestelmän kokonaiskustannuksia tulee tarkastella kokonaisuutena, niiden kohdentumisen päällekkäisyyksiä tulisi pyrkiä purkamaan, kustannusvaikuttavuutta arvioida systemisesti ja tiedon tulisi olla julkista. Julkisen talouden suunnitelmassa ehdotetut säästöt nimetään koskemaan vain osaa tästä systemistä, eikä niissä huomioida erityisesti lääkäri työvoiman siirtymisen kannustimia, jotka ovat olleet yksi keskeinen tekijä Suomen terveydenhuollon kustannuskehityksessä.

Kela 65 -kokeilu ei paranna hoidon jatkuvuutta. Kannatettavaa olisi, että Kela 65 -kokeilun jatkamisen tai laajentamisen sijaan vahvistettaisiin julkisen perusterveydenhuollon toimintaa. Potilaat toivovat voivansa asioida saman lääkärin ja hoitajan vastaanotolla. Hyvä hoidon jatkuvuus vähentää muun muassa päivystyskäyntejä ja lähetteitä sairaalaan. Kustannusten kokonaisvertailu vaikuttavuuden, tuottavuuden ja laadun näkökulmista ei kuitenkaan näytä ohjaavan taloudellista päätöksentekoa riittävästi.

Oikeansuuntainen kehitys on siirtää matkakuluja hyvinvointialueiden rahoitukseen. Vastaavaa ratkaisua olisi perusteltua arvioida myös kalliiden lääkkeiden osalta, joissa osalla potilaista taloudelliset haasteet vaikeuttavat hoitoon sitoutumista ja siten hoidon hyötyjen saavuttamista.

Asiakasmaksut



Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen korotukset heikentävät palvelujen saavutettavuutta ja johtavat hoitoon hakeutumisen viivästymiseen ja siten korkeampiin kustannuksiin pidemmällä aikavälillä.

Ensihoidon matkojen (ml. kiireettömät ambulanssikuljetukset) rahoitusvastuu ehdotetaan siirrettäväksi hyvinvointialueiden vastuulle, jolloin sairausvakuutuslain mukainen matkaomavastuu muuttuisi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuksi ensihoitopalvelusta. Nämä muutokset osuvat kaikkein huono-osaisimpiin ihmisiin, erityisesti ikääntyneisiin, joilla on usein hoivan ja hoidon tarpeita.

Samaan aikaan kun sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja korotetaan, korotetaan kotitalousvähennystä, joka on suora tulonsiirto parempiosaiselle kansanosalle. Samanlainen vaikutus on 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeilulla, jota suunnitellaan laajennettavan. Ikääntyneiden fysioterapiaan pääsyn helpottaminen on tärkeää, mutta se tulee taata myös pienituloisille, joilla ei valinnanvapauskokeilunkaan tuella ole varaa käyttää yksityisiä palveluja.

Terveyden sosioekonomiset erot ovat tiedossa: kaikkein pienituloisimmat ovat usein kaikkein sairaimpia, ja kohtuuhintaiset julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat myös taloudellinen turva pienituloisille ikääntyneille. Tyypillisesti kaikkein pienituloisimmat jättävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttämättä siksi, että heillä ei ole niihin varaa.

Myös säästöt tulkkauksipalveluissa kohdentuvat kaikkein heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin, joilla on heikko kotimaisten kielten taito. Heikon kieli- ja teknologiaosaamisen varassa olevien asiointia vaikeutetaan myös palvelujen digitalisoinnilla. Lisäksi palvelujen keskittäminen julkisen hallinnon yhteisiin palvelupisteisiin (Suomi-pisteisiin), joista saa laajasti myös kuntien, Kelan sekä soveltuvien osin hyvinvointialueiden palveluja, vaikeuttaa muun muassa harvaan asutuilla alueilla asuvien sekä niiden henkilöiden asiointia, joilla on vaikeuksia liikkua.

Yhdeksi hyvinvointialueiden taloutta kohentavaksi toimenpiteeksi on kirjattu ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan henkilöstömitoituksen kehittäminen teknologiaa hyödyntäen. Käytännössä tämä tarkoittaisi työntekijämitoituksen alentamista ikääntyneiden asumispalveluissa ja työntekijöiden korvaamista teknologialla. Esityksessä ei huomioida sitä, että teknologia itsessään maksaa, se ei aina toimi toivotulla tai tarkoitetulla tavalla tai soveltuvaa teknologiaa ei vielä välttämättä ole olemassa. Teknologian käytön opetteleminen, sen opettaminen asiakkaille, huolto, ylläpito, päivitys, uusiminen ja aikanaan laitteiden kierrätys vievät kaikki resursseja. Teknologia voi avustaa hoivassa, mutta se ei voi korvata ihmisiä, kun kyse on hoivaa tarvitsevien ihmisten inhimillisiin tarpeisiin vastaamisesta. Lisäksi teknologian käyttöönotto ja ylläpitäminen vaativat ihmistyövoimaa ja luovat mahdollisesti uusia työpaikkoja, joissa palkkataso on korkeampi kuin hoiva-alan ammattilaisilla. Tämä lisää siten palkkakustannuksia teknologian aiheuttamien kustannusten lisäksi.

RAI-arvioinnin kehittäminen on hyvä asia, sillä näin on mahdollista saada tarkempaa tietoa palveluihin hakeutuneiden ikääntyneiden avun, tuen ja hoivan tarpeista. RAI-arvioinnin kehittäminen ei kuitenkaan saa tarkoittaa sitä, että palvelut kohdennetaan entistä heikkokuntoisimmille ikääntyneille. Jo nyt suurin osa palveluista kohdennetaan muistisairautta sairastaville ikääntyneille, sillä 44 % kotihoidon, 52 % yhteisöllisen asumisen ja 77 % ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista on saanut dementia-diagnoosin. Muista syistä paljon hoivaa, apua ja tukea tarvitsevia ikääntyneitä jää palvelujen ulkopuolelle.

Työvoiman riittävyys alalla tulee olemaan yksi merkittävimmistä haasteista tulevana vuosikymmeninä. Terveydenhuollon ammattilaisella on lakisääteinen velvoite jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen ja terveydenhuollon ohjeistuksen ajantasaisuuden seuraamiseen. Ammattitaidon ylläpitäminen perustuu usein ammattilaisen omiin mielenkiinnon kohteisiin, eikä sitä valvota kansallisesti lainkaan. Ammattilaiset tarvitsevat uudenlaista osaamista muun muassa



teknologian käyttöön. Käytännön työssä eri osaamisalueiden merkitys on entisestään korostunut: yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, johtaminen, terveyden edistäminen, ammatillisuus sekä oman osaamisen ylläpitäminen. Osaamisen turvaamista tulisi tarkastella koko terveydenhuoltojärjestelmässä, ja yliopistoilla on mahdollisuus toimia tässä aktiivisesti avoimen yliopiston kautta.

Sosiaalipalvelujärjestelmä

Julkisen talouden suunnitelmassa linjataan merkittävistä leikkauksista sosiaalihuollon palveluihin. Säästöjä tavoitellaan muun muassa uudistamalla sosiaalihuollon palveluja oikea-aikaisiksi sekä vähentämällä sosiaalihuollon ammattilaisten hallinnollista työtä ja kirjaamisvelvoitteita. Samaan aikaan erityisesti varhaisen tuen palvelujen lakisääteisyttä karsitaan, mikä pakottanee talousvaikeuksissa olevat hyvinvointialueet priorisoimaan lakisääteisiä, raskaampia palveluja ja lisännee alueellista eriarvoisuutta riittävien sosiaalipalvelujen saatavuudessa. On toistaiseksi epäselvää, miten kaavaillut säästöt palvelutarpeen arvioinnista, asiakassuunnitelmista ja muusta kirjaamisesta toteutetaan vaarantamatta asiakkaiden oikeusturvaa. Sosiaalihuollon säästöjen paradoksi on, että kestävä painopisteen siirtäminen varhaisempiin palveluihin edellyttäisi kiireellä toteutettujen, hallitsemattomien leikkausten sijaan malttia ja resurssien kohdentamista varhaiseen tukeen sekä sen hyväksymistä, että säästöjä saadaan vasta muutaman vuoden aikajänteellä raskaampien palvelujen, kuten lastensuojelun sijaishuollon, tarpeen vähentymisen myötä.

Nykytilan osalta selonteossa todetaan, että vaikka hyvinvointialueet tällä hetkellä pääosin onnistuvat järjestämään lakisääteisiä palveluja riittävästi, on olemassa potilas- ja asiakasryhmiä, joiden kohdalla näin ei ole. Esimerkiksi mielenterveysongelmia kokevien ja päihteitä käyttävien lasten ja nuorten tarvitsemat sosiaali- ja terveysterveystoimet ovat viime vuoden STM:n selvityksen (STM: raportteja ja muistioita 2026:9) mukaan edelleen vaarantuneet, vaikka toimenpiteitä asian korjaamiseksi on toteutettu vuoden 2025 aikana sekä kansallisesti, muun muassa lasten ja nuorten terapiatakuun ja sote-ohjauksen avulla, että alueellisesti. Ei voi liikaa korostaa, että tällaiset palvelujärjestelmän puutteet heijastuvat väistämättä erittäin kalliiden lastensuojelun sijaishuollon palvelujen tarpeeseen.

Juuri lausuntokierroksella oleva psykoterapiakoulutuksen uudistaminen kaksiportaiseksi on tervetullut avaus. Sen hyvä toteuttaminen voisi toimia pilottina hyvinvointialueiden ja yliopistojen yhteiskehittämiseksi, mikäli sosiaalityötä ja sosiaalipsykologiaa opettavat yliopistot sisällytettäisiin siihen vahvasti mukaan. Valtakunnallisesti 2000–4000 ammattilaisen täydennyskouluttaminen vuodessa on lausuntopohjassa esitetty kunnianhimoinen tavoite, jolla voitaisiin kustannusvaikuttavasti korjata hyvinvointialueiden puutteita esimerkiksi nuorten psykososiaalisen hyvinvoinnin parantamiseksi ja lakisääteisten velvoitteiden toteuttamiseksi. Näin etenkin, mikäli psykososiaalisten menetelmien erikoispätevyyskoulutus toteutuisi kiinteänä osana soveltuvien sosiaali- ja terveystoimien ammattilaisten perus- ja erikoistumistutkintoja sisältäen myös yliopistotasoiset sosiaalityön opinnot.

Selonteossa todetaan alueellisen eriarvoisuuden oleva haaste. Palvelujen saatavuuden ja kansalaisten alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta olisi tärkeää, että Suomessa toimisi kansallinen asiantuntijaryhmä, jossa ovat edustettuina kaikki psykososiaalisten interventioiden arvioinnin, käyttöönoton, koulutuksen ja ohjauksen kannalta keskeiset tahot. Asiantuntijaryhmän tehtäviin kuuluisi valita kansallisesti käyttöön interventioita, joiden vaikuttavuus on osoitettu tutkimuksin, jotka sopivat suomalaiseen palvelujärjestelmään ja vastaavat asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeisiin.

On myös todettava, että tavoite siirtää palveluita perustasolle ei toteudu, ellei asiakkaille pystytä tarjoamaan oikea-aikaista ja tarpeenmukaista apua riittävän varhaisessa vaiheessa. Jos



asiakkaat ohjautuvat väärin palveluihin tai eivät saa tarvitsemaansa tukea ajoissa, riskinä on, että erikoispalveluiden käyttö lisääntyy entisestään.

Kuten terveydenhuollon palveluissa, alan vaatimukset (ml. teknologinen kehitys, uudet asiakasryhmät, vaikuttavuustiedon hyödyntäminen, kirjaaminen ja seuranta) edellyttävät erityistä osaamista, jolla on merkitystä sosiaalityön edellytyksiin ja henkilöstötarpeeseen. Suomen yliopistotasoiset sosiaalityön opinnot valmistavat jo nyt vaativiin viranomaispäätöksiin. Jatkossa vaatimukset eivät vähene, vaan olemassa olevan osaamisen lisäksi sosiaalityötä opiskelevat tarvitsevat koulutusta näyttöön perustuvien menetelmien käyttöön, seurantaan ja ylläpitoon samalla, kun he omaksuvat uutta teknologiaa ja kohtaavat moninaisia ja kirjavia palvelutarpeita.

Vararehtori

Anne Portaankorva

Lausunto on allekirjoitettu sähköisesti Helsingin yliopiston asian- ja dokumentinhallintajärjestelmässä.

Tämä asiakirja on allekirjoitettu

Asian HY/7968/00.13.00/2026 asiakirja

Lista allekirjoittajista

Allekirjoittaja

Todennus