

Katsaus Ruotsin ja Norjan sosiaalihuollon lainsäädäntöön

NVC/Marjo Hannu-Jama

Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SoNetBOTNIA/

Pohjoismainen erityistehtävä

marjo.hannu-jama@vaasa.fi

Dialogia ja reflektiopintaa selvityksen toteuttamisessa on tarjonnut Riitta Haverinen/THL ja Maritta Vuorenmaa/ THL /Pohjanmaan maakunnan hyvinvointitutkimuksen ja osaamisen keskittymä BoWer

Sisältö

1. RUOTSI

1.1 Tutkimus- ja kehittämisrakenne	1
1.2 Sosiaalilainsäädännön kehityksestä Ruotsissa	2
1.3 Nykyisen sosiaalipalvelulain tavoitteet	2
1.4 Asiakasosallisuus ja ehkäisevä työ sosiaalipalvelulaissa	3
1.5 Palvelujen laatu ja valvonta	4
1.6 Sosiaalialaan läheisesti liittyvät lainsäädäntöuudistukset	5
1.6.1 Palvelujen vapaan valinnan laki ja käyttöönoton tutkimustuloksia	5
1.6.2 Lakiuudistukset parantaneet lasten ja nuorten oikeusturvaa	8
1.6.3 Kotouttamislakiuudistus	9
1.6.4 Päihde- ja riippuvuuslainsäädännön kehittäminen Norjassa ja Ruotissa	10

2. NORJA

2.1 Tutkimus- ja kehittämisrakenne	10
2.2 Sosiaalilainsäädännön kehityksestä Norjassa	11
2.3 Nykyinen lainsäädäntö – yhteinen terveys- ja hoitolainsäädäntö	11
2.4 Asiakasosallisuus ja ehkäisevä näkökulma yhteisessä lainsäädännössä	12
2.5 Uuden lainsäädännön suhde muuhun keskeiseen lainsäädäntöön	13
2.6 Uuden lainsäädännön kriittinen arviointi	15

3. Mitä voimme oppia Norjan ja Ruotsin sosiaalilainsäädännön uudistuksista?	16
---	----

1. Ruotsi

1.1 Tutkimus- ja kehittämisrakenne

OECD:n arvion mukaan Ruotsissa valtionhallinnon ja politiikkaohjauksen vahvuus on toimiva kansallinen strateginen ohjaus ja resursointi. Valtionhallinnon ja politiikkaohjauksen kivijalkoja ovat konsensus, dialogisuus ja toimijoiden osallisuus eri yhteiskuntatasolla.

Vahva valtiollisten laitosten (21 kpl) muodostama tutkimus- ja kehittämisrakenne vastaa hallinnon toiminnan ja tavoitteiden kansallisesta, alueellisesta ja paikallisesta edistämisestä sosiaali- ja hyvinvointialalla. Keskeinen tutkimus- ja kehittämistoiminta on usein koordinoitu valtiollisen laitoksen ja yliopistojen yhteistyönä alueelliseksi toiminnaksi ns. vahvoihin tutkimusympäristöihin. Socialstyrelsen (SoS) vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä, valvonnasta, seurannasta ja analysoinnista sekä tiedon välittämisestä kuntiin alan ammattilaisille. Lääninhallitukset toimivat tietoa kokoavina tahoina Socialstyrelsen'in valvonta- ja kehittämistehtävässä.

Sosiaali- ja hyvinvointialan tavoitteiden toteuttamisessa keskeinen yhteistyökumppani kunnille ja maakunnille on niiden yhteinen intressiorganisaatio Sveriges Kommuner och Landstinget (SKL). Ajankohtaisten poliittisten ja yhteiskunnallisten kehittämistavoitteiden saavuttamiseksi Ruotsin hallitus tekee SKL:n kanssa yhteistyösopimuksia, jotka käsittävät kansallisesti sovittujen sisällöllisten ja toiminnallisten tavoitteiden lisäksi kohdennetun, suoran taloudellisen tuen kuntiin. SKL:n rooli, niin kuntien kuin maakuntienkin edustajana sekä sopimusmenettelyllä hallituksen valtuuttamana, on toimiva dialoginen rakenne kansallisen, alueellisen ja paikallisen yhteistoiminnan välillä. SKL, kunnat ja maakunta tekevät puolestaan keskenään alueellisia ja paikallisia sopimuksia, johon kuuluvat usein kuntien sosiaalialan kehittämistoimintaa yhdessä yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa tukevat ja ylläpitävät sosiaalialan alueelliset tutkimuskeskukset (Forsknings- och utrednings enheter (FoU)).

1.2. Sosiaalilainsäädännön kehityksestä Ruotsissa

Varsinainen ensimmäinen sosiaalipalvelulaki (1980:620, Socialtjänstlagen, SoL) astui Ruotsissa voimaan 1982. Siihen sisällytettiin toimenpiteet, joista aikaisemmin oli säädetty lastensuojelu-, raittius- ja sosiaalihuoltolaissa. Tässä yhteydessä sosiaalihuollon (socialvård) käsite korvattiin sosiaalipalvelu (socialtjänst) käsitteellä. Lain myötä työttömyydestä tuli vahvempi peruste toimeentulotuelle. Vanhasta lainsäädännöstä poiketen sosiaalipalvelulaista tuli kuntien tarpeisiin ja mahdollisuuksiin joustavasti mukautuva tavoitteellinen raamilaki, jossa siirryttiin kontrolloivasta suuntauksesta yksilön integriteettiä korostavaan palvelu- ja tukiorientoituneeseen sisältöön. Erona vanhaan lainsäädäntöön korostettiin kokonaisnäkemyistä, vapaaehtoisuuden periaatetta ja itsemääräämisoikeutta (SOU 2009:68).

Lain henkeä mukaillen sosiaalipalvelulakiin ei sisällytetty säädöksiä ilman suostumusta tapahtuvasta hoidosta tai pakkotoimenpiteistä. Niinpä pakkotoimenpiteet sisällytettiin kahteen itsenäiseen, varsinaiseen SoL-laista poikkeavaan lakiin. Näissä erityislaeissa määritellään nuorten hoidon erityismääräykset (LVU/Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, 1980:62 ja nykyinen LVU: 1990:52) ja päihteiden väärinkäyttäjien hoito tietyissä tapauksissa (LVM/Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1981:1243/ nykyinen LVM 1988:870). Melkein parikymmentä

vuotta myöhemmin ilman suostumusta tapahtuvaa hoitoa täydennettiin 15-17v lainrikkosten osalta uudella lailla (Lag om slutet ungdomsvård LSU/1998:641).

1980-luvun lainsäädäntö laajensi yhteiskunnan vastuuta lapsista ja nuorista. Kuntien lastensuojelu sai vapauden organisoida universaali ja kohdennettu ehkäisevä työ. Laissa ei säädetty kuitenkaan erityisiä kriteereitä milloin tällaisia toimenpiteitä voitaisiin ottaa käyttöön. Viimesijainen vastuu lapsista asetettiin yhteiskunnalle korostaen lapsen oikeutta saada tarvitsemaansa suojelua. Laissa ei määritelty vastuun sisältöä tarkemmin, kuten ei myöskään mitä sosiaalilautakunnan pitäisi tehdä ja mitä toimenpiteitä se voi käyttää tässä vastuukysymyksessä. Lapsipersektiiviä vahvistettiin myös 1997-1998 sosiaalipalvelulain uudistuksilla, jotka edellyttivät kaikissa lasta koskevissa toimenpiteissä huomion kiinnittämistä lapsen etuun. Tässä yhteydessä lakiin lisättiin määräykset lapsen kuulemisesta ja säädökset sosiaalitoimen selvitysvelvollisuudesta lastensuojelutoimenpiteiden käynnistämiseksi. (SOU 2009:68).

1.3. Nykyisen sosiaalipalvelulain tavoitteet

Sosiaalipalvelulain (SoL 2001:453) on demokratian ja solidaarisuuden pohjalta edistettävä ihmisten taloudellista ja sosiaalista turvallisuutta, elinolosuhteiden yhdenvertaisuutta sekä aktiivista yhteiskuntaelämään osallistumista. Sosiaalipalvelujen on erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa painotettava ihmisen vastuuta itsestään ja muista suuntautuen toimintaan, joka voimaannuttaa (frigör) ja kehittää yksilön ja ryhmän omia resursseja. Toimenpiteiden kohdistuessa lapsiin on erityisesti otettava huomioon lapsen etu.

Kuntaa vastaa sosiaalipalvelujen toteuttamisesta ja yksittäisen kuntalaisen kohdalla tarpeellisen tuen ja avun saamisesta. Erityiset määräykset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä lautakunnasta määrittellään laissa. (2003:199). Kunta voi sosiaalipalvelun osalta tehdä sopimuksia maakunnan, sairausvakuutuksen ja työvoimatoimiston kanssa tehostaakseen olemassa olevien resurssien käyttöä yhteistyön keinoin. Kunnan on rahoitettava tätä yhteistoimintaa. Yhteistyösopimukset ovat kunnalle ja maakunnalle pakollisia (2009:981), kun kyseessä on psyykkisesti toimintarajoitteiset henkilöt. Näiden sopimusten solmimisessa edellytetään yhteistyötä käyttäjäjärjestöjen kanssa sekä sopimuksen sisällön määrittelyä ja erityistä yhteistyötä edellyttävien asiakasryhmien tarpeiden huomioiminen suunnittelussa. Erityisryhmiksi tässä kohtaa katsotaan päihde- ja mielenterveysasiakkaat, lapset ja ikääntyneet. Kuntoutukseen tarkoitettu kuntien taloudellinen tuki on määritelty laissa (2003:1210). Työvoimatoimiston ja sairausvakuutuslaitoksen kanssa tehtävän yhteistyön tarkastamiseen on valtion tarkastuslaitoksella lainmukainen oikeus (2007:409)

Voimassaolevaan sosiaalipalvelulakiin (Socialtjänstlagen 2001:453) on tehty 2011 syyskuuhun mennessä 48 muutosta, täydennystä tai lisäystä.

1.4. Asiakasosallisuus ja ehkäisevä työ sosiaalipalvelulaissa

Yleisessä toiminnassaan kunnan sosiaalitoimen tehtävänä on sosiaalipalvelulain (SoL 2001:453) mukaan perehtyä hyvin kunnan elinolosuhteisiin, toimia yhteiskuntasuunnittelussa ja edistää kunnassa hyviä toimintaympäristöjä. Tässä työssä painotetaan kunnan velvollisuutta tehdä yhteistyötä muiden yhteiskuntatoimijoiden kanssa. Laki painottaa myös yhdenvertaisesti yhteistyön tekemistä järjestöjen ja kuntalaisten kanssa. Lisäksi sosiaalitoimen on tiedotettava kunnan sosiaalipalveluista ja etsivällä toiminnalla vahvistettava hyvien elinolosuhteiden edellytyksiä sekä vastattava palveluista ja huolenpidosta (omsorg), selvityksistä, neuvonnasta, tuesta ja hoidosta sekä

tarvittaessa perheiden että yksittäisten henkilöiden toimeentulosta. Kaikessa etsivässä toiminnassa on aktiivisesti tiedotettava sosiaalipalveluista ja tehtävä yhteistyötä eri yhteiskuntatoimijoiden, organisaatioiden ja järjestöjen kanssa. Sosiaalipalvelut on muotoiltava ja toteutettava yhdessä asiakkaan kanssa ja tarvittaessa yhteistyössä eri (em) toimijoiden kanssa. Toimenpiteen koskiessa lasta, on hänelle annettava oleellinen tieto tilanteesta.. Huomiota on kiinnitettävä lapsen tahtoon suhteessa lapsen ikään ja kehitystasoon. (Laki 2007:1315).

Sosiaalitoimen on toimittava siten, että lapset ja nuoret kasvavat turvallisissa ja hyvissä olosuhteissa. Laissa korostetaan lasten kaikinpuolisen persoonallisuuskehityksen, suotuisan fyysisen ja sosiaalisen kehityksen edistämistä läheisessä yhteistyössä kodin kanssa. Erityishuomiota toiminnoissa on kiinnitettävä lasten ja nuorten epäsuotuisaan kehitykseen ja sen ehkäisemiseen. Sosiaalitoimen on tarvittaessa järjestettävä kodin ulkopuolinen hoito. Laki korostaa tässä toiminnassa läheistä yhteistyötä kodin kanssa. Suostumukseen perustuen on sosiaalitoimen vastattava lapsen /nuoren erityisen tuen ja avun tarpeesta sijaishuollon päättymisenkin jälkeen, ns. jälkihuollollisin toimenpitein. (Laki 2007: 1315). Kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden yhteiskuntatoimijoiden, organisaatioiden ja muiden asianomaisten kanssa lasten hyvinvointiriskien minimoimiseksi. Sosiaalitoimen on aktiivisesti toimittava yhteistyön aikaan saamiseksi. (Laki 2009: 496). Vuoden 2010 alussa lisättiin terveyden- ja sairaanhoitolakiin ja lakiin terveyden- ja sairaanhoidon ammattitoiminnasta (1998:531) velvollisuus toiminnassa erityisesti ottaa huomioon lapsen tiedon tarve, tuki ja neuvonta. Tämä kohta koskee erityistilanteita, jossa lapsen kanssa asuvalla vanhemmalla on mielenterveys- ja/tai päihdeongelma, heikentynyt toimintakyky, vakava fyysinen sairaus tai vamma. Terveydenhoitoviranomaisilta edellytetään lasten ja nuorten erityistä tukemista ja neuvontaa myös huoltajan odottamattomassa kuolemantapauksessa.

Ikääntyvien hoito on toteutettava siten, että ikääntyvät ihmiset voivat elää arvokasta elämää ja kokea hyvinvointia (toiminnan arvopohja). Ikääntyville on turvattava mahdollisuus elää ja asua itsenäisesti turvallisissa olosuhteissa sekä aktiivinen ja merkityksellinen olemassaolo yhdessä muiden kanssa. (Lag 2010:427). Sosiaalitoimen on toimittava ikääntyvien hyvien asumisolosuhteiden varmistamiseksi sekä tarkoituksenmukaisen tuen ja kotiin tuotavan avun sekä muun helposti kotiin tuotavan palvelun tarjoamiseksi niihin oikeutetuille. Kunnan on perustettava erilaisia palveluja ja hoitoa tarjoavia asumismuotoja erityistä tukea tarvitseville ikääntyville. Ikääntyneen on, niin pitkälle kuin se on mahdollista, voitava valita milloin ja miten tuki ja apu asumiseen ja muuhun helposti saatavaan palveluun järjestetään. (Lag 2010:427). Kunnan on suunniteltava ikääntyneiden palvelut, perehdyttävä kunnassa asuvien ikääntyneiden elinolosuhteisiin, tehtävä yhteistyötä muiden yhteiskuntatoimijoiden ja organisaatioiden kanssa. Sosiaalitoimen on ikääntyneiden hoidossa turvattava kansallisten vähemmistöjen oikeus omankieliseen palveluun varmistamalla suomen-, saamen- ja meänkieltä osaavan henkilöstön saatavuus (Laki 2009:72).

Toimintarajoitteisten henkilöiden kohdalla sosiaalipalvelulaki korostaa yhdenvertaisuutta ja yhtäläisiä osallistumisen mahdollisuuksia sekä kunnan vastuuta perehtyä toimintarajoitteisten henkilöiden elinolosuhteisiin. Lain mukaan sosiaalitoimen on toimittava siten, että fyysisesti, psyykkisesti tai muista syistä johtuvien toimintarajoitteisten osallistuminen yhteiskuntaan, yhteisöllisyyteen mahdollistuu ja että he voivat elää niin kuin muutkin. Toimintarajoitteisten henkilöiden oikeuksia tukevat sosiaalipalvelulakia täydentävät lait LSS /Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) ja LASS (Lagen om assistansersättning). Sekä ikääntyneiden- että toimintarajoitteisten henkilöiden hoidossa edellytetään sosiaalipalvelulain ns. Lex Sarah'in (2001: 453/14:2§) mukaisesti, että jokaisen palvelussa toimivan henkilön on valvottava, että ihmiset saavat hyvää palvelua ja elävät turvallisissa olosuhteissa. Mikäli toimija huomaa vakavan puutteen jonkun hoidossa, on siitä välittömästi ilmoitettava toimintaa järjestävälle taholle, jonka velvollisuutena on

selvittää ja puuttua asiaa viivyttämättä. Mikäli puute tai huonot olosuhteet ovat laadultaan vakavia, on toimintaa ylläpitävän tahon ilmoitettava siitä välittömästi Socialstyrelsen'lle.

Yleisesti sosiaalipalvelulaissa säädetään, että asiakkaan saadessa samanaikaisesti sosiaali- ja terveyspalveluja on kunnan yhdessä maakunnan kanssa tehtävä yksilöllinen suunnitelma. Suunnitelma on tehtävä asiakkaan kanssa yhdessä, mikäli se on mahdollista. Lähiomaisille pitää tarjota tarvittaessa ja asianomaisen suostumuksella mahdollisuutta osallistua suunnitelman laatimiseen. Suunnitelmasta tulee selvittää, mitä toimenpiteitä asiakas tarvitsee, mistä palveluista kukin taho vastaa, mitä toimenpiteitä tarvitaan kunnan ja maakunnan toimintojen lisäksi ja kummalla viranomaisella on kokonaisvastuu suunnitelmasta (Laki 2009:981). Erityisesti päihteidenväärikäyttäjien osalta sosiaalitoimen on yhteistyössä yksilön (enskild) kanssa suunniteltava apu ja hoito sekä tarkasti valvottava suunnitelman toteutumista. Sosiaalitoimella on perusvastuu myös ehkäisevästä päihdetyöstä.

Kuntalaiselle on myös turvattava tarpeen ja tilanteen niin edellyttäessä toimeentulo kohtuullisen elintason mukaisesti. Toimeentulotuki on muotoiltava siten, että asiakkaalla on mahdollisuus elää itsenäistä elämää. (Lag2010:52).

Sosiaaliturvasäädökset on koottu Ruotsissa hiljattain uuden ns. sosiaaliturvakaaren (Socialförsäkringsbalken/ SFS 2010:110)) alla. Sädökset kokoava laki korvasi n. 30 vanhaa sosiaaliturvalakia. Soveltamisalue kattaa sosiaaliturvaetuudet, joita hallinnoi sairausvakuutuksen, eläkevakuutuskassan sekä veroviraston kaikki sosiaaliturvaetuudet. Kaari on jaettu kahdeksaan (A-H) osastoon seuraavasti: A= kohderyhmät, sosiaaliturva ja määritelmät, B-G= erilaisten sosiaaliturvaetuuksien määräykset järjestettynä ihmisen elämänkaaren mukaiseen tarvetilanteen perusteella, H = tietyt yhteiset määräykset etuuksista, käsittelystä, harkinnasta, valituksesta ja organisoinnista.

1.5 Palvelujen laatu ja valvonta

Sosiaalipalvelulaki edellyttää, että sosiaalitoimen palvelun on oltava laadultaan hyvää ja henkilökunnan koulutettua ja tehtäviin soveltuvaa. Laatu on systemaattisesti ja jatkuvasti kehitettävä ja varmistettava (Laki 2009:596.) Sosiaalihallitus valvoo sosiaalitoimen, osakeyhtiön, järjestön, säätiön tai yksittäisen henkilön ylläpitämiä hoito- ja asumisyksiköjä, jotka on tarkoitettu sosiaalilain mukaisiksi kunnan järjestäviksi palveluiksi. Sosiaalihallitus myöntää näille tahoille myös luvat. Valvonta on määritelty (2009) toiminnan arvioinniksi suhteessa lainsäädäntöön ja muihin ohjeistuksiin. Lupa ja toiminta voidaan lakkauttaa vain sillä perusteella, että lain ja ohjeistusten vaatimukset eivät täyty. (Laki 2009:596.)

Sosiaalihallituksen on valvoessaan sijaishuollon toimintaa annettava neuvontaa ja ohjausta, kontrolloitava puutteiden ja huonojen olosuhteiden korjaamista, välitettävä valvonnan kautta saatua tietoa ja kokemuksia sekä informoida ja neuvoa lapsia, nuoria ja heidän vanhempiaan. Sosiaalihallitus voi kuulla lasta ilman huoltajan suostumusta ja läsnäoloa edellyttäen, että kuuleminen ei aiheuta lapselle vahinkoa ja lapsi osallistuu tilanteeseen vapaaehtoisesti (asetusta täydentävä määräys 1/2010). Samassa yhteydessä säädettiin sekä lasten ja nuorten hoitokotien että lasten ja nuorten erityisen tuen asumisyksiköiden valvonta toteutettavaksi Sosiaalihallituksen toimesta säännöllisesti, vähintään kaksi kertaa vuodessa, joista vähintään yksi on ennalta ilmoittamaton tarkastuskäynti. Sijoitetulla lapsella on oikeus ottaa yhteyttä Socialstyrelseniin (päivystysnumero) huonojen olosuhteiden takia silloinkin, kun hänen oikeutta suhteessa ulkoiseen ympäristöön on rajoitettu.

Valvonnassa voidaan myös välittömästi lakkauttaa toiminta ja toimilupa, mikäli on osoitettavissa, että huonot olosuhteet ovat vaaraksi asiakkaalle. Mikäli lapsia vastaanottava ja hoitava organisaatio on laiminlyönyt henkilöstön rekisterikontrollin vakavalla tavalla, voi Sosiaalihallitus perua toimintaluvan. Valvonnassa palveluntuottajalla on velvollisuus toimittaa kaikki pyydetty materiaali valvontaviranomaiselle ja auttaa valvonnassa. Tarkastuksessa voidaan pyytää tarvittaessa poliisiviranomaisten apua. Lisäksi sosiaalitoimella on neljännesvuosittain raportointivelvollisuus Sosiaalihallitukselle niistä palvelua koskevista sosiaalitoimen myönteisistä päätöksistä, joita ei ole toimeenpantu kolmen kuukauden sisälle. Mikäli raportointivelvollisuutta ei ole suoritettu, voi sosiaalihallitus määrätä kunnan tai maakunnan täyttämään raportointivastuunsa.

1.6 Sosiaalialaan läheisesti liittyvät lainsäädäntöuudistukset (2008-2011)

1.6.1 Palvelujen vapaan valinnan laki ja kokemuksia implementaatiosta

Palvelujen vapaata valintaa koskeva lainsäädäntö otettiin käyttöön Ruotsissa vuoden 2009 alussa (Lag om valfrihetssystem, 2008:962). Laki koskee kuntia ja maakuntia, jotka haluavat kilpailuttaa palveluntuottajia antamalla tuottajan valinnan käyttäjälle tai potilaalle. Systeemi on vaihtoehtoinen kilpailuttamislaille (Lag om offentlig upphandling, 2007:1091). Vapaan valinnan lakia sovelletaan ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten henkilöiden hoito- ja tukipalveluihin sekä terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin. Käytäntö on maakunnille pakollinen perusterveydenhuollon osalta, mutta kunnille vapaaehtoinen. Kunnat käyttävätkin samanaikaisesti sekä kilpailuttamis- että vapaan valinnan käytäntöä. Kilpailuttavan viranomaisen on vapaan valinnan lakia hyödyntäessään ilmoitettava säännöllisesti kunnan käytännöstä kansallisella vapaan palvelunvalinnan verkkosivustolla. Niin yksityiset yritykset kuin järjestökin voivat hakea hyväksyntää palveluntuottajaksi. Kunnille ja maakunnille annetaan mahdollisuus säädellä vapaanvalinnansysteemiä sopimuksella. Kaikki ne palveluntuottajat, jotka ovat hakeneet hyväksyntää valinnanvapauskäytäntöön ja täyttävät asetetut vaatimukset, hyväksytään mukaan. Tämän jälkeen sopimus allekirjoitetaan. Laki rakentuu periaatteelle, ettei tuottajien välillä ole hintakilpailua, vaan asiakas saa valita omasta mielestään laadukkaimman palveluntuottajan. Käytännön on suunniteltu toimivan palveluvaakana.

Hiljattain ilmestyneessä väliraportissa on arvioitu vapaan valinnan käytäntöä sosiaali- ja perusterveydenhuollonpalveluissa asiakas- ja potilasnäkökulmasta sekä selvitetty kuntien kokemuksia toiminnasta (2-8, 2011). Toiminta on Ruotsissa otettu käyttöön 68 kunnassa ja 85 kunnassa on tehty päätös sen käyttöönotosta. Joka kolmas kotipalvelun piirissä oleva asuu käytäntöä soveltavassa kunnassa.

Vapaan valinnan tärkein elementti kansalaisperspektiivistä oli mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa. Kansalaiset ovatkin tyytyväisiä menettelyyn, mutta hyödyntävät käytännössä tätä mahdollisuutta varsin vähäisesti. Islantia lukuun ottamatta asiakaan valinnan vapaus on käytössä jossain muodossa kaikissa Pohjoismaissa. Selvitettyä käytäntöä kuluttajanäkökulmasta (2005) ilmeni, että palvelujen käyttäjien oli vaikea omaksua tietoa tuottajista sekä heidän tuottamiensa palvelujen eroista. Tämä johti usein avuntarpeeseen valintatilanteessa. Palveluntuottajan valinta perustuikin enimmäkseen suosituksiin tai maantieteelliseen alueeseen ja oli luonteeltaan pysyvää. Myöhemmät tutkimukset ovat osoittaneet näiden tulosten edelleen pitävän monilta osin paikkansa.

Miten yksittäisen ihmisen asemaa sitten voidaan vahvistaa vapaan valinnan käytännössä? Selvityksen (2-8,2011) mukaan asiakaslähtöisesti toimiva käytäntö edellyttää valinnan

mahdollistavaa riittävää tuottajien määrää ja helppoa palveluntuottajan vaihtamista. Lisäksi palvelujen on oltava selkeästi määriteltyjä ja helposti seurattavissa. Oikean tiedon saatavuus ja tavoitettavuus on välttämätöntä yksilöllisten tarpeiden pohjalta tapahtuvalle palvelujen valinnalle. Lisäksi rahaliikenteen on mukailtava joustavasti yksilön valintoja. Kehittämistyötä on vielä tehtävä relevantin ja helposti saatavilla olevan tiedon tuottamiseksi. Vapaan valinnan toimivuuden edistämiseksi tarvitaan perusteellisempaa käsitystä siitä, mikä on asiakkaiden, potilaiden ja kuntalaisten mielestä olennaista tietoa ja missä muodossa tiedon tuottamisen tulisi tapahtua.

Tukeeko vapaan valinnan käytäntö hyvinvointiyhteiskunnassa yleisesti hyväksyttyä tasa-arvoisuuden tavoitetta ja kuntalaisten oikeutta yhdenvertaisiin hoito- ja huolenpitopalveluihin? Useat tutkimukset osoittavat, että käytäntöön liittyy riskejä, jotka voivat lisätä eri väestöryhmien välistä eriarvoisuutta. Alueelliset eroavuudet lisääntyvät, koska valinnan ja vaihdon mahdollistava riittävä palveluntarjonta ei toteudu haja-asutusalueilla vaan toimii parhaiten suurissa kaupungeissa. Valinnan vapaus edellyttää palvelujen perään kysyntää, tietoa ja kykyä hakea sekä käsitellä saatua tietoa. Tässä tehtävässä ihmisillä on hyvin erilaiset resurssit. Monien toimijoiden muodostamasta palvelupaletista voi olla haasteellista sovittaa yhteen asiakasta tarkoituksenmukaisesti palvelevaa hoito- ja huolenpitokokonaisuutta. Käytännöstä aiheutuvaa eriarvoistumisriskiä kyseenalaistetaan veronvaroin tuotettujen julkisten palvelujen perusteella. Suomessa on jo lähtökohtaisesti Länsi-Euroopan suurimmat (HS, 9.10.11), usein sosiaalisista syistä aiheutuvat terveyserot, joten vapaan valinnan mahdollista käyttöönottoa on tärkeää tarkastella myös tästä näkökulmasta.

Juuri ilmestynyt raportti Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svenskt välfärd (SNS: 2011) selvittää palvelujen yksityistämisteeseen vaikuttavia tekijöitä ja kilpailuttamisen taloudellisia vaikutuksia sosiaali- ja opetustoimen, terveyden- ja sairaanhoidon sekä työvoimapolitiittisten toimintojen osalta. Tutkimus osoittaa, että yksityistyminen on tapahtunut suurissa kaupungeissa ja kaupunkilähiöiden tuntumassa sijaitsevilla kunnissa. Poikkeuksena on aikuis- ja perhetyö, jossa maantieteellinen hajonta väestöpohjalta tarkasteltuna on suurin. Seitsemässä kunnassa ei ole ainuttakaan yksityistä palveluntuottajaa. Ikääntyneiden palvelujen kilpailuttaminen puuttuu useimmista kunnista (151:stä). Yksityisiä esikouluja on useimmissa kunnissa, vaikka nekin puuttuvat joistakin kunnista täysin (56:sta). Ruotsissa yksityistäminen on ollut nopeinta 2000-luvulla koulusektorilla. Runsaasti yksityisiä palveluja tarjoaville kunnille on ominaista mm. suuri korkeakoulutettujen osuus väestöstä, poikkeuksen tästä muodostavat kuitenkin yksilö- ja perhepalvelujen tarjonta. Yksityisten toimijoiden suuri määrä vanhuspalveluissa ja esikouluissa keskittyy poliittisesti oikeistoenemmistöisiin kuntiin. Yksityisten osuus vanhus-, koulu- ja esikoulupalveluissa on suurin kunnissa, joissa on korkea väestöllinen maahan muuttaneiden osuus. Kunnat, joissa nuorten ja ikääntyneiden osuus väestöstä on suuri, on myös korkea yksilö- ja perhehoidon yksityisten palvelujen osuus. Näistä tuloksista ei voida tehdä syy-yhteys tulkintoja ennen lisätutkimukseen perustuvaa tarkempaa analyysia.

Tyypillistä yksityiselle palveluntuotannolle 2000-luvulla on ollut useiden suurten toimijoiden tulo markkinoille. Vanhuspalveluja dominoi kaksi suurta voittoa tavoittelevaa yritystä (Attendo Care ja Carema Care), jotka vastaavat 50% osuudellaan yksityisten vanhuspalvelujen koko tuotannosta. Esikoulutarjonnassa kehitys on samansuuntainen; kolme suuryritystä dominoi markkinoita, koulupalveluissa markkinoita johtaa 10 yritystä. Vapaan valinnan reformissa kantavana ajatuksena oli palveluntuottajien moninaisuuden turvaaminen ja pienyritysten mahdollisuuksien edistäminen. Tässä suhteessa yksityistäminen ei ole tuottanut merkittävästi tuloksia. Pienten yritysten on vaikeaa tai jopa mahdotonta kilpailla suuryritysten kanssa. Kaikilla muilla yksityistämisaalueilla lukuun ottamatta terveyden- ja sairaanhuollon palvelua, ovat sosioekonomisesti vahvat ryhmät jonkin verran ylliedustettuina yksityisten palvelujen asiakkaina. Tämä vahvistaa oletusta, että kilpailuttamisella voi olla eriyttäviä vaikutuksia. Koulupalveluissa segregaatio on selkein, mikä

johtuu siitä, että toisin kuin perusterveydenhuollon yksityisellä puolella, vapaakouluihin on enemmän pyrkijöitä kuin paikkoja. Koulut voivat käyttää jonotusaikaa kriteerinä tehdessään opiskelijavalintojaan; odotusaika onkin voimakas sosiaalisesti eriyttävä valintaväline. Jotkut tutkijat ovat myös huolissaan suuryritysten vaikutuksista sosiaalipalvelujen kansalliseen kehittämiseen (Meagher, G & Zebaheley M, 2010).

Kansainväliset ja ruotsalaiset tutkimukset osoittavat, että epäoikeudenmukaisuus kasvaa ikääntyneiden välillä palveluja yksityistettäessä. Käytännössä sosioekonomisesti vahvat ikääntyneet ostava palveluja itselleen suuremmassa määrin, kun taas pienituloiset ikääntyneet joutuvat kääntymään omaisten avun piiriin. Riskinä on, että vanhuspalvelujen tulevaisuutta ohjaa yhä enemmän lompakko kuin ihmisen tarpeet. Tämä voi käytännössä johtaa heikommassa taloudellisessa tilanteessa elävien vanhusten kohdalla köyhäinhoidon kaltaisiin ratkaisuihin ja riippuvuuteen omaisista. (Meagher, G & Zebaheley, M., 2010). Myös omaiset ovat vanhempiensa hoidon ja huolenpidon suhteen epätasa-arvoisessa asemassa työelämän suhteen; korkeakoulutetuilla työaika joustaa helpoimmin. Omaishoidolla voi olla tasa-arvovaikutuksia naisten suuremman hoito-osuuden takia. Tutkijat korostavat, että ikääntyneiden lukumäärän lisäksi palvelujen tarpeeseen vaikuttaa myös elämäntapamallit; yksineläjien määrä myös ikääntyneiden joukossa kasvaa, jolloin nykyiselle tilanteelle tyypillinen puolison hoitaminen vähenee. (Meagher, G & Zebaheley, M., 2010).

Tutkimuksessa (SNS: 2011) todetaan, että kilpailuttamisen voitot ovat epäselviä. Kilpailuttamisen ja vapaan valinnan vaikutukset hyvinvointipalvelujen laatuun, kustannuksiin ja tehokkuuteen ovat huomattavan vähäisesti tutkittuja. Monilta osin toimintaa leimaakin osaamis- ja tietoaukot. Kilpailuttamisesta ei ole ainakaan tähän mennessä tullut ihmelääkettä tehokkuuden ja laadun parantamiseen. Tutkijoiden mielestä selittävänä tekijänä osaltaan on se, että hyvinvointimarkkinat eivät ole ”oikeat” markkinat vaan edustavat ns. kvasimarkkinoita. Näillä markkinoilla kuluttajien rooli on rajallinen johtuen kulutusta määrittävästä julkisen budjetista ja sen oikeudesta palveluntuottajien sääntelyyn. Toisekseen hyvinvointipalvelut ovat kompleksisia palveluja, joihin vaikuttavat monet ulkoiset tekijät.

Le Grands'in ja Bartlett'in (1993) mukaan toimivat kvasimarkkinat perustuvat kilpailuun ja hintoihin ja niille on tunnusomaista oikean ja kattavan tiedon tarjonta asiakkaalle sekä rajoitetut liiketoimintakustannukset. Välimarkkinat eivät myöskään saa toimia siten, että kannattavimmat asiakkaat priorisoidaan. Näiden tekijöiden peilaaminen vapaan valinnan käytäntöön nostaa esiin useita kriittisiä peruskysymyksiä liittyen kuntalaisten hyvinvointipalvelujen tuottamiseen ja turvaamiseen. Vapaan valinnan käytännössä asiakaskohtainen korvaus on kiinteä, jolloin toimijat eivät voi kilpailla keskenään korkeatasoisempien palvelujen tarjonnasta korkeammalla hinnalla. Tällöin ainut tapa lisätä voittoa on kustannusten pitäminen mahdollisimman alhaisina. Niin kauan kuin kustannusseuranta on puutteellista, eivät alhaisemmat kustannukset johda julkisen alhaisempiin palvelumaksuihin vaan säästöistä tulee yksityisen palveluntuottajan voittoa. Kustannusten alhaalla pitäminen yhdistettynä palvelujen kohdentumiseen vähemmän resursseja vaativiin ryhmiin, aiheuttaa myös rajoituksia laadun parantamiselle. Toimivat kvasimarkkinat edellyttävät informaatioasymmetriaa. Kuntalaisten tiedon saaminen palvelujen sisällöstä, kustannuksista ja laadusta, on nykyisellään kuitenkin puutteellista eivätkä kunnat ja vastuuviranomaiset myöskään ylläpidä toimintaa ja ehdi päivittämään valintoja tukevia tilastoja riittävän perusteellisesti. Tämä johtaa siihen, että käytännössä asiakkaan on mahdotonta tehdä informaatioon perustuvaa vertailua ja valintaa eri palvelujen tuottajien välillä. Tärkein informaation lähde asiakkaille onkin tuttu hoitoyksikkö, ystävän tai omaisen suositus. Usein koulu- ja vanhuspalveluissa palvelun myös valitsee joku muu kuin käyttäjä itse. Asiakkaat ovat usein myös erittäin lojaaleja palveluntuottajia kohtaan., koska palvelusuhteen jatkuvuus ja turvallisuus liittyy

kokemukseen hyvästä palvelusta. Näin tullaan ongelmavyöhyteen, jossa vahva lojaliteetti, asiakkaan mahdollisuus saada äänensä kuuluviin ja mahdollisuus palveluntuottajan vaihtoon eivät tue käytännössä vapaan valinnan periaatteiden toteutumista. Näin ollen asiakkaan asema markkinoilla ei perustu kriittiseen valintaprosessiin kuningaskuluttajana. Tyytymätön kuluttaja voi parhaassa tapauksessa vaihtaa palveluntuottajaa, mutta sekään ei tässä palvelukokonaisuudessa kompensoi palvelusta aiheutuneita haittoja. Huolestuttava kehityssuunta on myös resurssiltaan vahvojen asiakkaiden yliedustus yksityisissä palveluissa. Tästä aiheutuva segregatio näkyy Ruotsissa selkeimmin kouluvalinnassa, joka on pisimpään ja nopeimmin kehittynyt vapaan valinnan palvelualueena.

Jatkossa valinnan vapauden edistämiseksi korostuu tarve seurantaan ja tutkimukseen, tasapainon löytämiseen sääntelyssä sekä tarve systemaattiseen, korkeatasoiseen ja relevanttiin valvontaan. Ohjaava rakenne, joka kannustaa markkinatoimijoita laadun parantamiseen ja tehostamiseen on välttämätöntä toimivalle vapaan valinnan käytännölle. Tämä liittyy osittain informaatio- asymmetriaan; ”todellinen” laatu on vaikeasti mitattavissa, jolloin käytetään helposti ”väärä” laatumittareita. Näin voidaan päätyä *mittaamaan sitä mikä on mahdollista mitata* sen sijaan, että mitattaisiin sitä *mitä todellisuudessa haluttaisiin mitata*. Koska toimintoja ohjataan seurantatulosten perusteella, ohjataan myös tulosta suhteessa mittausindikaattoreihin. Tällöin tuloksesta ei tule optimaalinen. Kun yhteinen käsitys hyvästä hoidosta puuttuu, on olemassa riski toiminnan orientoitumiselle ”näyttöindikaattoreihin”, jotka ovat heikosti kiinnittyneet palvelujen todelliseen laatuun. Valvontakoneisto, joka suuntautuu väärin, voi olla este tutkimukseen ja osaamiseen perustuvalla työllä, koska resurssit kuluvat indikaattoreiden mukaiseen tulostavoitteiden saavuttamiseen. Valvonnalla on tärkeä funktio, mutta se voi pahimmassa tapauksessa olla byrokraattinen himmeli, joka menettää varsinaisen tavoitteensa. Kokemuksellisen tiedon merkitys ja asiakkaan osallisuuden merkitys palvelujen laadun ja sen mittaamisen kehittämisessä tuleekin entistä tärkeämmäksi.

1.6.2 Lakiuudistukset ovat parantaneet lasten ja nuorten oikeusturvaa – silti Ruotsi suunnittelee priorisoivansa lasten ja nuorten oikeudet erillislakiin

Arviointi sosiaalipalvelulain (SoL 2001: 534) ja erityismääräyksiä nuorten hoidossa käsittelevän lain (LVU-lagen) lakimuutoksien (2008) vaikutuksia selvittänyt raportti osoittaa, että lasten ja nuorten oikeusturva on parantunut ja lain tavoitteista ollaan kunnissa tietoisia. Turvallisen ja yhteen sovitettun hoidon edellytykset ovat lakimuutosten ansiosta parantuneet (9-1/2011). Myönteiseen muutokseen on lakiuudistuksen lisäksi vaikuttanut vahvasti Barns Behov i Centrum (BBIC)-yhtenäisen dokumentaatiokäytännön implementointi yhtä useammassa kunnissa

Muutokset kahteen edellä mainittuun lakiin pitivät sisällä seuraavat vaatimukset:

- vahvistettava lasten ja nuorten oikeutta saada relevantti tieto asioiden käsittelyn aikana
- LVU-lain mukaisen hoidon hakemukseen on sisällytettävä tieto siitä, miten relevantti tieto on nuorelle annettu, millaista tietoa on annettu sekä nuoren näkemys asiasta
- vahvistettava kuntien velvollisuutta tukea ja auttaa lasta tai nuorta sijoituksen päättymisen jälkeen
- sijoitettaessa lapsi ja nuori perhekotiin tai hoito- ja asuinyksikköön (Hem för vård och boende HVB) on hoidosta työstettävä toteuttamissuunnitelma
- täysi-ikäisille, jotka sijoitettu perhekotiin tai HVB-kotiin on pakollista tehdä jälkihuoltosuunnitelma
- vaatimuksena perhekodeille ja päivystyskodeille on sosiaalitoimen selvitys

Raportti perustuu tilastollisella kuntavalinnalla tehtyyn kyselyyn sekä Socialstyrelsenin (SoS) rekisteriin ja valvontaan. Vaikka kehitys yleisesti onkin oikean suuntainen., osoittaa seuranta edelleen myös selkeitä puutteita ja kehittämistarpeita. Lasten ja nuorten tiedottamista on tehtävä jatkuvasti eikä ainoastaan välttämättömissä tilanteissa. Jälkihuollon osalta ovat useimmat kunnat ilmoittaneet täyttäneensä lain vaatimukset, mutta yleinen asunto- ja työllisyystilanne hankaloittava tilannetta. Täysi-ikäisten sijoitettujen hoitosuunnitelmia kunnat ovat toteuttaneet kiitettävästi, mutta niitä sisällytetään edelleen hyvin rajoitetusti sijaishuollon dokumentaatioon. Sosiaalitoimelle osoitettu vaatimus perhekotien ja päivystyskotien selvitystehtävästä toteutuu hyvin vaikkakaan ei täysin. Kunnat selittävät asiaa käytännön ongelmilla ja akuuteilla tilanteilla. Useimmat kunnat täyttävät myös lastensuojeluselvityksen jälkeen tapahtuvan sijoituksen yläikärajavaatimuksen päivystyskotiin sijoittamisesta (2kk). Lakimuutoksen tavoitteena oli lyhentää lapsen/nuoren oleskeluaikaa päivystyskodissa, mutta rekisterivertailu osoittaa, ettei tämän suuntaista kehitystä ole saavutettu. Useilta tahoilta on esitetty lisäksi vaatimus kansallisesta perusnäkemyksestä ja kriteereistä, joilla perustellaan ja tehdään päätökset huostaanotosta ja eri hoitomuotoihin ohjauksesta.

Lasten ja nuorten hoidon ja huolenpidon kysymykset ovat poliittisesti priorisoitu toiminta-alue Ruotsissa. Lasten oikeusturvaa halutaan parantaa lainsäädäntöuudistuksella, jossa sosiaalipalvelulain mukaiset lasta koskevat määräykset sekä nuorten hoitoa koskevan lain (LVU) säädökset yhdistettäisiin erilliseen lakiin. Koottu laki on myös yksiselitteisempi ja helpommin ymmärrettävissä asianosaisille. Lakiehdotus on nimeltään Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU). Uudistusta koskeva selvitys (SOU:2009:68) ja siihen liittyvä lakiehdotus valmistui v. 2009, mutta sen hyväksyminen jäänee ensi vuodelle. Lastensuojeluselvityksen perusteella tehdyssä lakiehdotuksessa vahvistetaan lasten ja nuorten suojelua. Lasten ja nuorten mahdollisuuksia osallistumiseen ja vaikuttamiseen parannetaan. Sosiaalityön laadun, osaamisen ja turvallisuuden vaatimukset lisääntyvät huonosti voivien lasten osalta. Samanaikaisesti vaaditaan yhteiskunnalta yhteistä vastuuta lapsista, jotka elävät vaikeissa olosuhteissa ja tarvitsevat erilaisia tukitoimia.

Lakiehdotuksessa on 40 muutosta tai täydennystä nykyisiin säädöksiin, joista keskeisimmät esitellään tässä lyhyesti. Lapset saavat laajennetun mahdollisuuden ottaa yhteyttä ja saada apua sosiaalitoimesta ilman huoltajan suostumusta. Lastensuojeluilmoituksen tekijä voi ilmoituksen yhteydessä kutsua kokoukseen sosiaalitoimen ja perheen, jota ilmoitus koskee. Näin toimitaan avoimuuden lisäämiseksi ja viranomaisyhteistyön vahvistamiseksi. Tämän jälkeen sosiaalitoimella on 14 päivää aikaa päättää onko lastensuojeluselvityksen tekeminen perusteltua. Oikeusturva lisääntyy prosessin tullessa yhtenäisemmäksi ja ennustettavammaksi. Ilmoituksen tekijällä on myös oikeus saada tieto sosiaalitoimen päätöksestä.

Lisäksi kunnilla on vastuu vaativien lapsi- ja perhetilanteiden avopalveluista. Kuntien on lisäksi voitava tarjota mm. perhetukiohjelmia yksinkertaisella ja kevyellä menettelyllä ilman tarveharkintaa tai selvitystarvetta. Mikäli pakkohoitotoimenpiteille ei ole laillisia edellytyksiä, saa sosiaalitoimi perustellun huolen keinoin seurata lapsen tilannetta ilman vanhempien suostumusta esim. selvityksen tekemisen päätyttyä vanhempien kieltäytyessä avusta ja tuesta. Jokainen huostaan otettu lapsi saa oman sosiaalityöntekijän, jonka on tavattava lapsi vähintään neljä kertaa vuodessa ja niin pitkälle kuin mahdollista käydä yksittäisiä keskusteluja lapsen kanssa. Sosiaalityöntekijällä on erityinen vastuu seurata hoitoa ja ylläpitää kontaktia sijaishuollon aikana. Sosiaalityöntekijän asemassa korostetaan riippumattomuutta suhteessa sijaishoitoon; lapsen intressit eivät saa vaarantua suhteessa perhekotiin tai laitokseen. Edelleen korostetaan huostaanotoissa yhteiskunnallisia ambitiesiä lasten turvallisuuden, huolenpidon, koulun käynnin ja terveyden edistämisessä.

Perhekodin on saatava parempaa koulutuksellista tukea tärkeään tehtäväänsä. Perhekoti ja sosiaalitoimi sitoutuvat vastuuseensa lapsen hoidosta ja kehityksestä sopimalla niistä yhteisessä sopimuksessa. Ennen sijoitusta tiettyyn perhekotiin on sosiaalitoimen perusteellisemmin kontrolloitava perheen yleinen sopivuus sijaiskodiksi ja erityinen sopivuus ao lapselle. Perhekodin vanhemmilla on oikeus saada kunnalta säännöllistä tukea sijoituksen aikana. Sosiaalitoimella on oltava käytäntö suunnitelmalliseen ehkäisevään ja etsivään työhön sekä riskien hallintaan ja varautumiseen lapsen kehityksen ja kasvun kannalta epäsuotuisiin olosuhteisiin Lasta suojelevalla toiminnalla on oltava luotettava kontrollisysteemi myös suhteessa omaan toimintaansa.

1.6.3 Kotouttamislakiuudistus – vastaanottotoiminnan koordinointi työvoimahallinnolle ja uudelle kuntalaiselle mahdollisuus valita oma työllisyyslautsi

Ruotsin ns. maahanmuuttajien etableringsreformia (asettautumis/kotoutumisreformi) tukevalla lakiuudistuksella on haluttu nopeuttaa äskettäin maahan saapuneiden (nyanlända) kotoutumista työelämään ja yhteiskuntaan. Jokaisella maahanmuuttaneella on oikeus saada omista lähtökodistaan ammatillista tukea mahdollisimman nopeaan ruotsin kielen oppimiseen, työhön pääsyyn ja omasta toimeentulosta huolehtimiseen.

Uudistus astui voimaan vuoden 2011 alussa. Kunnilta poistui alkuvaiheen kotoutumisen koordinoitivastuu. Ne vastaavat edelleen kuitenkin vastaanoton käytännön toimista, kielen ja yhteiskuntatiedon opetuksesta, toimeentulotuesta tietyn kriteerein, koulutoiminnasta, lastensuojelusta ja muista lasten ja nuorten palveluista. Lisäksi kunta vastaa sosiaalipalveluista tarvittavilta osin esim. ikääntyneiden ja vammaisten palveluista. Työvoimatoimistoilla on kotoutumispalvelujen yhteensovittamisvastuu 16-64v maahanmuuttajien osalta sekä vastuu työikäisten osaamisen kartoittamisesta kotoutumiskeskusteluin, asumisjärjestelyistä sekä kotoutumissuunnitelman laatimisesta. Jokaiselle maahanmuuttajalle tehdään yksilöllinen suunnitelma kahdeksi vuodeksi. Saadakseen asettautumis/kotoutumistuen hänen on osallistuttava työhön valmistaviin toimenpiteisiin, kielen – ja yhteiskuntaopetukseen. Uutena toimijana uudistuksessa ovat luotsit, jotka tukevat maahanmuuttajan työllistymistä. Luotsien tehtävänä on tarjota yksilöllistä ja asiantuntevaa tukea maahanmuuttajan työllistymiseksi sekä realisoimaan ja kehittämään kotoutumissuunnitelmaa. Luotsit ovat parhaimmillaan eri työllisyys- että kuntoutustoimiin erikoistuneita asiantuntijoita. Työvoimatoimisto toimii työhön ohjaavien luotsien tilaajana. Maahanmuuttaja valitsee haluamansa luotsin työvoimatoimiston luotsipankista, johon palveluntarjoajat on hyväksytty sopimustoimenpitein. Luotsi voi olla yritys tai organisaatio, mutta ei kunta tai kunnallinen liikelaitos. Luotsit kilpailutetaan palvelujen vapaan valinnan lailla ja uusi kuntalainen voi itse valita luotsinsa. Luotsien korvaus on näyttöön – ja tuloksiin perustuvaa. Uudistuksessa maahanmuuttajalle maksetaan yksilöllistä asettautumistukea, joka ei kannustin periaatteella leikkaannu vaikka henkilö olisi ohjelman ohella työssä.

Uudistuksen etenemistä seurataan tarkasti. SKL on jo nyt tehnyt arvioinnin uudistuksen etenemisestä vaikka laki astui voimaan joulukuussa 2010. SKL on tutkinut tilanteen 17:ssä kunnassa, jotka vastaanottava neljäsosa kaikista maan äskettäin saapuneista pakolaisista (nyanlända). 11 kuntaa vastasi kysymykseen miten monta tästä nyanlända - ryhmästä on saanut toimeentulotukea uudistuksen ensimmäisen kuuden kuukauden aikana. Kaikkiaan 494 aikuista 584:stä 11 kunnassa oli saanut toimeentulotukea em ajankohtana eli 84,6%. Asiakkaan kannalta toimeentulotuen hakeminen tuplaa tässä viranomaiskontaktit. SKL mukaan uudistusta hidastaa veroviraston hitaus henkilöverostusnumeron käyttöönnotossa. Työvoimatoimistojen etabloitumissuunnitelma viivästyy tämän seurauksena hidastaen maahanmuuttaneen kotoutumistuen edellyttäminen aktiviteettien toteuttamista. Myös asumistuen ja lapsilisien pitkät odotusajat

vaikuttavat tilanteeseen. SKL:n mukaan systeemissä ei saisi olla klappeja, joka vaarantavat koko uudistuksen onnistumisen. Sama tutkimus osoittaa kuitenkin myös sen, että uudistus toimii suunnitellusti. Kun vanhan kuntakäytännön mukaan vain yksi kymmenestä äskettäin saapuneesta oli yhteydessä ensimmäisen maassaolovuotensa aikana työvoimatoimistoon, on uudistuksen oltua voimassa muutaman kuukauden tapahtunut huomattava parannus: 9/10 maahanmuuttaneesta on heti työvoimatoimiston asiakkaana ja saa välittömästi työllistymistä edistävää tukea.

Tulokseen vaikuttaa osaltaan myös se, että osaavista luotseista on puutetta ja osa luotseista on osoittanut ammattitaidottomiksi. Luotseja ei ole ehditty riittävästi kouluttaa ennen lain voimaan tuloa ja joidenkin luotsien toiminta on ollut huonolaatuista. Sinällään myönteistä muutosta on ehditty kritisoida sen kustannusten takia. Uudistuksen tavoite vahvemmassa työelämään ohjauksesta heti vastaanoton alkuvaiheessa passivoivan toimeentulotuen sijaan on herättänyt Ruotsissa perustellusti suuria odotuksia sekä viranomais- että käyttäjätahoilla. Ongelmaksi muodostuu siirtymävaiheessa ammatillisen maahanmuutto-osaamisen jääminen pääasiallisesti kuntiin. Työvoimatoimistot eivät ole ehtineet – kuten eivät myöskään luotsipalvelujen tuottajat – kehittää alan osaamista riittävästi eikä toimijoiden lukumäärä täytä vapaan valinnan kriteerejä kaikissa kunnissa. Ruotsin integraatioministeri korostaakin, että vasta joulukuussa – 2012 ensimmäisten uuden käytännön mukaisten kotoutumissuunnitelmien lakatessa voidaan vakavasti alkaa arvioimaan uudistuksen tulosta.

1.6.4 Pähde- ja riippuvuus lainsäädännön kehittäminen Norjassa ja Ruotsissa - erillinen liite (1)

2. Norja

2.1. Tutkimus- ja kehittämisrakenne

Norjassa Helse- og omsorgsdepartementet (ministeriö) ja sen alaisuudessa toimivat terveyshallitus (Helsedirektoratet), Folkehelseinstituttet sekä valtion terveystalvontaviranomainen (Statens Helsetilsyn) vastaavat kansallisesti terveys- ja hoivapalveluista. Näiden laitosten tehtävänä on kehittää kansallisen terveys- ja sosiaalipolitiikan toteuttamista kunnissa, ohjata ja vastata laadun kehittämisestä sekä seurata ja valvoa sosiaali- ja terveystalvoluta kunnissa.

Kehittämisrakenne koostuu valtion kansallisista ja alueellisista toimijoista, useista sosiaali- ja hyvinvointialan sektoritutkimuslaitoksista sekä erilaisista alueellisista osaamiskeskus – ja kehittämisverkostoista, joilla on yhteytensä yliopistoihin. Keskeisenä sosiaalialan uutena rakenteena on käynnistetty viisi vuotinen HUSK-toiminta (Högskole- og universitetssocialkontor (2006-2011). HUSK on kansallinen sosiaalihuollon laadun kehittämisen kokeilutoiminta (4 aluetta), jota yliopistot koordinoivat. Toiminta vahvistaa kehittämisyyhteistyötä tutkimuksen, koulutuksen, sosiaalitoimen ja käyttäjien välillä. HUSK-ympäristöt kokoavat useita alan keskeisiä toimijoita yhteistyöhön sosiaalialan kehittämiseksi.

Norjassa sosiaali- ja hyvinvointialan yhteistyön ja sen rakenteiden vahvistaminen sekä siihen liittyvä muutosprosessien ohjaaminen, resursointi ja kehittämisyy on tapahtunut valtion toiminnan alueellistamisproesseissa. Maan työ- ja hyvinvointipalvelut uudistettiin täysin ns. NAV-reformissa (2006-2010) ja juuri käynnistynyt terveys- ja sosiaalipalvelujen yhteensovittamisuudistus (Samhandlingsreformen 2011-2015) tukee edelleen kuntalaislähtöisien palvelukokonaisuuksien ja eri palvelutasojen yhteensovittamisesta. Niin NAV- uudistuksen kuin Samhandlingsreform'in

tavoitteena on turvata helposti saatavilla olevat lähipalvelut. Palvelut halutaan tuottaa kuntalaisille ehjinä palvelukokonaisuuksina. Tällöin asiakkaan pallottelu organisaatioiden ja palvelujen välillä halutaan lopettaa. Jos näissä pyrkimyksissä onnistutaan, erityisesti ns. vaativien asiakkaiden palvelujen saatavuus ja oikea-aikaisuus, kokonaisvastuu ja seuranta paranevat. Kuntalaisten mahdollisuudet palveluihin, joilla edistetään terveyttä ja hyvinvointia monipuolistuvat ja ihmisten lähiympäristössä näkyy vahvemmin terveyttä ja hyvinvointia ennakoiva toiminta ja sitä edistävä palvelurakenne.

2.2 Sosiaalilainsäädännön kehityksestä Norjassa

Norjan sosiaalipalvelulain (Lov om kommunale sosiale tjenester 1991:81) tavoitteena on edistää taloudellista ja sosiaalista turvallisuutta sekä parantaa vaikeimmassa asemassa olevien elinolosuhteita. Lisäksi tavoitteena on lisätä yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoisuutta sekä ehkäistä sosiaalisia ongelmia. Laki painottaa yksilön mahdollisuuksia elää ja asua itsenäisesti aktiivisessa ja merkityksellisessä yhteydessä muihin ihmisiin. Tämä laki poistunee käytöstä viimeistään 1.1.2012, kun palvelujen yhteensovittamisen uusi lainsäädäntö astuu voimaan.

2.3. Nykyinen lainsäädäntö – yhteinen terveys- ja hoivalainsäädäntö

Norjassa hyväksyttiin 6/2011 kaksi uutta lakia: *Laki kunnallisesta kansanterveystyöstä* (Lov om kommunala folkehelsearbeid) ja *Laki kunnallisista terveys- ja hoivapalveluista* (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). Ensin mainittu vahvistaa kuntien terveyttä edistävää työtä kaikilla yhteiskuntasektoreilla Health in all policies ja jälkimmäinen kokoaa yhteen kunnan velvollisuudet, konkretisoi kuntien ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyövelvollisuutta, vahvistaa potilas- ja käyttäjälähtöisyyttä sekä määrittelee maakunnan yhteiseksi valitusviranomaistahoksi (Fylksemannen). Lainsäädäntöuudistus on mittava, sillä sen muutosvaikutukset ulottuvat 42 muuhun lakiin ja se korvaa kokonaan kolme muuta lakia. Uusi kansanterveyslaki korvaa maakuntia koskevan aikaisemman kansanterveyslain (Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeid). Kaksi erillistä palvelulakia eli laki kunnan terveysterveysten (Lov om kommunehelsetjenester) ja laki kunnan sosiaalipalveluista (Lov om sosialtjenester m.v). korvataan lailla kunnallisista terveys- ja hoivapalveluista.

Lainsäädäntöuudistus tukee keskeistä yhteiskunnallisesti ja poliittisesti motivoitua terveys- ja hyvinvointipalvelujen yhteensovittamisreformia (Samhandlingsreform/SHR). Tämän uudistuksen tavoitteena on terveysterveysten uusi suuntaaminen, painopisteen siirtäminen korjaavasta toiminnasta ehkäisevään, rahoituksen ja uusien tehtävien selkeyttäminen sekä niiden siirtäminen kunnille. (Samhandlingsreformen, 2011). Näillä toiminnallisilla ja rakenteellisilla muutoksilla pyritään terveys- ja hoivapalvelujen laadun parantamiseen ja integroituihin lähipalveluihin. Tällöin myös hoidon ja seurannan koordinointi paranee sekä kuntien terveys- ja hoivapalvelujen tarjonta monipuolistuu. Elintapoihin liittyvien sairauksien ehkäisemiseen liittyvät palvelut kunnissa monipuolistuvat ja terveyttä edistävä työ ihmisten lähiympäristöissä korostuu. Näin halutaan edistää ihmisten hyvinvointia ja parantaa elämänlaatua. Oikea hoito oikeassa paikassa oikeaan aikaan onkin yksi yhteistoimintareformin kantavista ajatuksista. Sosiaalisten terveyserojen vähentäminen ja yhdenvertainen palvelutarjonta on taattava kuntalaisille diagnoosista, asunnosta, henkilökohtaisesta taloudesta, sukupuolesta, etnisestä taustasta ja elämäntilanteesta riippumatta.

Terveys- ja sosiaalilainsäädännön uudistamista on valmisteltu perusteellisesti ja laki on tulos pitkällä aikavälillä tehdystä selvitysten sarjasta ja siihen liittyvästä työryhmytyöskentelystä ja

viranomaisneuvotteluista. Koko lainsäädäntöuudistusta tukevan kansallisen terveys- ja hoivasunnitelman (Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015) työstämisen ajan kansalaisilta pyydettiin mielipiteitä uudistuksesta hallituksen sivustoilla teemalla ”Regeringen vill höra den mening”. Lainsäädäntöprosessi itsessään on ollut perusteellinen ja monivaiheinen. Jo 2004 (NOU 2004:18) selvitys arvioi kunnan sosiaali- ja terveyslainsäädännön kehittämistarpeita ja esitti lainsäädännön harmonisoinnin kolmea eri mallia. Ensimmäisessä vaihtoehdossa lähtökohtana olivat erilliset sosiaali- ja terveyspalvelulait harmonisoidulla tehtäväjaolla. Toisena vaihtoehtona ehdotettiin yhteistä uutta lakia, joka käsittäisi vain palvelujen organisoinnin ja kunnalle velvoitetut palvelut. Kolmantena mallina oli ehdotus yhteisestä kunnallisesta sosiaali- ja terveyspalvelulaista, joka säätelee kunnan vastuita, palveluvaatimuksia, palvelunkäyttäjän oikeuksia, päätöksentekoprosesseja ja valitusmenettelyä. Vv. 2004- 2008 aikana tehtiin useita lakiuudistusta käsitteleviä ja tukevia selvityksiä: NOU 2004:18 Helhet og plan i social- og helsetjenester, NOU 2005:3, Fra stykkevis till helt – En sammenhengende helsetjeneste, St.Meld.no 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen ja Innst. 212 S (2009-2010) Instilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. Näihin perusteellisiin selvityksiin, keskusteluihin ja erittäin laajaan lausuntokierrokseen pohjautuva lakiehdotus (Prop. 91 L (2010-2011) kunnallisista terveys- ja hoivapalveluista hyväksyttiin 6/2011. Uudesta laista tuli vahvasti velvoite- ja vastuulaki pikemminkin kuin oikeuslaki. Laki on kirjoitettu myös professioneutraalisti.

2.4 Asiakasosallisuus ja ehkäisevä työ uudessa lainsäädännössä

Lain tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa sairauksia, vammoja, kärsimyksiä (lidelser) ja toimintakyvyn alentumista sekä auttaa ihmisiä niiden hallinnassa. Lisäksi sosiaalisen turvallisuuden edistäminen, parempien elinolosuhteiden, yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden edistäminen ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen ovat terveys- ja hoivapalvelujen tavoitteena. Edelleen laki korostaa itsenäisen elämän ja asumisen turvaamista sekä aktiivista ja merkityksellistä olemassaolo yhdessä muiden kanssa,. Tavoitteena on palvelujen laatu, yhdenvertainen saatavuus, yhteistoiminta ja palvelujen sovittaminen yksilön tarpeisiin sekä palveluresurssien paras mahdollinen käyttö. Palveluissa on erityisesti huomioitava henkilön integriteetin ja ihmisarvon kunnioittaminen. (1§)

Kunnalla on ylin vastuu kunnan terveys- ja hoivapalveluista. Kunnan vastuu käsittää kaikki potilas- ja käyttäjäryhmät, henkilöt jotka kärsivät somaattisista tai psyykkisistä sairauksista, vammoista tai kärsimyksistä, päihdeongelmista, sosiaalisista ongelmista tai alentuneesta toimintakyvystä. Kunnalla on vastuu suunnitella, toteuttaa, arvioida ja korjata toimintaa. (3§).

Edellä mainittujen velvoitteiden täyttämiseksi kuntien on tarjottava terveyttä edistäviä ja ehkäiseviä palveluja (erityisesti tässä kontekstissa laissa on mainittu koulujen terveyspalvelut ja terveysasemapalvelut), akuutin terveydenhuollon palvelut, selvitystyön, diagnostisoinnin sekä sosiaalisen, psykososiaalisen ja lääketieteellisen kuntoutuksen sekä muut terveys- ja hoitopalvelut.

Yksittäisen kunnan tai kuntien yhdessä on solmittava yhteistyösopimuksia alueellisten terveysyritysten kanssa. Potilas- ja käyttäjäjärjestöjen osallistuminen sopimusten työstämiseen on lakisääteisesti turvattu. Sopimuksessa määritellään vastuu- ja tehtäväjaot sekä niiden toteuttamisen linjaukset. Kuntien on tehtävä yksilöllinen suunnitelma, osoitettava koordinaattori potilaille ja käyttäjille, joilla on tarve pitkäkestoisiin ja koordinoituihin palveluihin. Kuntien on järjestettävä myös kuntoutusta koordinoiva yksikkö, jolla on vastuu yksilöllisistä suunnitelmista sekä koordinaattorien nimeämisestä, koulutuksesta ja ohjaamisesta.

Kunnilla on vastuu olla mukana opetuksen ja käytännön oppimisen sekä jatko- ja täydennyskoulutuksen järjestämisessä terveyshenkilöstölle sekä vastata omien työntekijöiden jatko- ja täydennyskoulutuksesta. Henkilökunta on velvollinen osallistumaan koulutukseen. Kunnan on myös myötävaikutettava alueellansa terveys- ja hoitopalvelujen tutkimukseen.

2.5 Suhde muuhun keskeiseen lainsäädäntöön

Terveys- ja hoivalaki muuttaa lakia valtiollisen terveys- ja hoitopalvelujen valvonnasta siten, että valtion terveysvalvontaviranomaisella (Statens helsetilsyn) on ammattiperusteinen valvonta näistä palveluista. Maakunta (Fylkesmannen) on terveys- ja hoitopalvelujen uusi valvontaviranomainen sijoittuen myös Statens Helsetilsyn'n alaiseksi. Myös erikoissairaanhoidon lakiin tulee useita muutoksia. Lisäksi potilasoikeuslaki muutetaan potilas- ja käyttäjäoikeuslaiksi, jonka tavoitteena on turvata väestön yhdenvertainen pääsy laadukkaisiin palveluihin. Tämän lain tavoitteena on lisäksi edistää luottamusta potilaiden ja käyttäjien sekä terveys- ja hoitopalvelujen välillä.

Uudessa kunnallisessa terveys- ja hoitolainsäädännössä hoivapalveluiksi (omsorgtjänster) on määritelty kaikki uudessa laissa tarkoitetut palvelut, jotka eivät ole valtion tai maakunnan tuottamia palveluja. Rajaus muotoiltiin näin, koska NAV - reformin (uusi työ- ja hyvinvointihallinto) myötä jokaiseen Norjan kuntaan perustettiin NAV - toimistot, jotka hallinnoivat sekä valtiollisia että kunnallisia palveluja. Tätä NAV - uudistusta varten tarvittiin uusi lainsäädäntö: Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, 2006). Tähän reformiin liittyen vanhasta sosiaalipalvelulaista eriytettiin yksittäisiä osia omaksi laikseen sosiaalipalveluista NAV:ssa (Lov om sociale tjenester i NAV 2009). Lain tavoitteet ovat muutoin samat kuin vuoden 1991 sosiaalipalvelulaissa, mutta siihen on lisätty työllistymisen, sosiaalisen inklusion ja aktiivisen yhteiskunnallisen osallisuuden edistäminen. Kuntien työ- ja hyvinvointitoimistojen (NAV-toimistot) tehtävät jaotellaan yleisiin ja yksilöllisiin tehtäviin.

Tässä laissa sosiaalipalvelut kattavat pääasiallisesti taloudelliseen tukeen ja työllisyyteen suuntautuvat palvelut sekä näihin liittyvä neuvonnan, ohjauksen ja tuen. Paikallisilla NAV - toimistoilla on sosiaalipalvelulakinsa mukaisesti velvollisuus minimissään organisoida yhteen työllisyys-, sairausvakuutus- ja toimeentulotukipalvelut. Käytännössä monissa kunnissa NAV-toimistot vastaavat kuitenkin laajemmasta vanhan sosiaalilainsäädännön mukaisista palvelukokonaisuuksista. Joissakin kunnissa lastensuojelu, päihdepalvelut jne on organisoitu paikallisiin työ- ja hyvinvointitoimistoihin. Päihteiden väärinkäyttäjien ja erilaisista toimintarajoitteista kärsivien henkilöiden osalta NAV-toimistot ovatkin kohtauspaikka viralliselle hoito- ja tukijärjestelmälle, kun kyseessä ovat auttamisjärjestelmän kannalta vaikeasti tavoitettavat henkilöt. Lain mukaan kunnan työ- ja hyvinvointihallinnon yleisenä tehtävänä on lain vaatimusten täyttämiseksi vaikutettava siten, että sosiaalisen näkökulma otetaan huomioon muissa toiminnan kannalta merkityksellisissä julkisissa elimissä. Lisäksi korostetaan kunnan velvollisuutta tehdä yhteistyötä muiden sektoreiden ja hallintokuntien kanssa sekä käyttäjäjärjestöjen ja muiden alan vapaaehtoisjärjestöjen kanssa.

Kvalifikaatio-ohjelma sisältää NAV - sosialipalvelulain mukaiset vaatimukset asiakkaan osallisuudesta, käyttäjälähtöisyydestä, räätälöidyistä ja yhteen sovitetuista vaikuttavista palveluista ja yhteistyövelvoitteista. Tavoitteena on asiakkaan oikeus laadukkaaseen ja yhtäläiseen palveluun riippumatta asuinpaikkakunnasta. Norjan Kvalifikaatio-ohjelmassa toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaiden kanssa työtetään yksilöllinen suunnitelma, jonka lähtökohtana on asiakkaan resurssien ja rajoitteiden kartoittaminen työkyvyn arvioimiseksi moniammatillisissa tiimeissä. Asiakkaan kuulemiseen, vaikutusmahdollisuuksiin ja osallisuuteen panostetaan prosessin kaikissa

vaiheissa. Yksilöllinen työllistymissuunnitelma, säännöllinen seuranta, motivointi, tavoitteellisuus ja velvoittavampi osallistuminen ohjelmaan ovat keskeisiä välineitä työllistymisen edistämiseksi. Työllistymiseen tähtäävien toimenpiteiden lisäksi muina toimenpiteinä voivat olla mm kohdennettu koulutus, motivaation ja elämänhallinnan harjoittelu, fyysiset aktiviteetit sekä terveyttä edistävää hyvinvointia edistävä muu toiminta.

Uusi terveys- ja hoivalainsäädäntö suhteutuu NAV-sosiaalilainsäädäntöön siten, että taloudelliseen tukeen ja neuvontaan sekä toimeentulotukeen, pätevytymisohjelmaan (Kvalifiseringsprogrammet) tai akuuttiin asumiseen liittyvät kysymykset esim. päihteidenväärikäyttäjille ja pitkäaikaistyöttömille ovat NAV-toimiston ja -lainsäädännön alaisia ja muut henkilön tarvitsemat palvelut kunnallisen terveys- ja hoitopalvelulain alaisia. NAV-uudistukseen liittyvä lainsäädäntö linjattiin jo samassa selvityksessä, jossa luotiin vaihtoehtoiset mallit sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntöuudistukseen (NOU 2004:18 Helhet og plan i social- og helsetjenester).

2.6. Lainsäädäntöuudistuksen kriittinen arviointi

Lainsäädäntöuudistukseen on Norjassa suhtauduttu pääasiallisesti hyvin myönteisesti. Monissa kunnissa tarpeettoman monimutkaisenakin pidetyn vanhan lainsäädännön ei katsottu olevan enää ajanmukainen. Kunnissa yhteistyökäytännöt olivat ajaneet sen ohi. Lain kriittinen tarkastelu on liittynyt käsitteisiin ja lainsäädännön henkeen suhteessa erityisryhmien tarpeisiin. Jotkut näkevät uudistuksen enemmän terveys- ja hoivapalvelujen rakenne- ja talousreformina kuin yhteistoimintareformina. Kunnat ovat epävarmoja siitä, miten ne saavat organisoiduksi uudistuksen kaikki vaatimukset. Pienimmissä kunnissa tämä on herättänyt jälleen keskustelua kuntien yhdistämisestä. Hallituksen työskentelytahti uudistuksen käynnistämiseksi ja toteuttamiseksi on kova. Tämä on taas johtanut kysymykseen olisiko ollut perustellumpaa toteuttaa muutokset pilotteina ensin joillakin alueilla ja vasta kokemusten myötä siirtyä täysimittaiseen muutokseen?

Käsite ”omsorg” (hoiva, hoito, huolenpito) on vahvasti sidoksissa terveydenhuollon ammatilliseen perinteeseen ja monien mielestä laissa olisi pitänyt säilyä sosiaalisen käsite. Koska laissa korostetaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, sen lähtökohtana toimisi perustellusti monitieteinen lähestymistapa, jossa ”helse”, ”omsorg” ja ”social” turvaavat holistisen lähestymistavan erilaisiin elämäntilanteisiin ihmisen elämänsäkaareissa. Uuden lain nähdään kriittisessä tarkastelussa edustavan yksipuolisesti lääketieteellistä ymmärrystä, todellisuustulkintaa, ongelmien määrittelyä ja ratkaisuehdotuksia. Monet ovat kysyneet, onko terveys ja hoiva käsitteinä liian kapeita suhteessa politiikkaan ja lainsäädäntöön, jonka tavoitteena on edistää yhdenvertaisuutta, tasa-arvoa ja osallisuutta ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kokonaisuudessa? Miten terveys- ja hoitofokus, lisääntynyt kunnallinen itsehallinto ja yksilön oikeuksien näkymättömyys lainsäädännössä vaikuttavat esim. toimintarajoitteisten henkilöiden yhdenvertaisuuteen ja mahdollisuuksiin osallistua? Kun yksilölliset oikeudet siirretään potilas- ja käyttäjäoikeuslainsäädännön alle, vahvistuuko esim. toimintarajoitteisuudessa käsitys potilas-sairaus-tulkinnasta? Vahvistaako lääketieteellinen lähestymistapa ongelmien yksilöllistä tulkintaa yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen näkökulman kustannuksella? Miten lainsäädännöllä voidaan vaikuttaa rakenteellisiin tekijöihin, jotka aiheuttavat ulkopuolisuutta ja osattomuutta?

Ainut sosiaalipalveluja koskeva lainsäädäntö on NAV - palveluissa, mikä toisaalta lisää riskiä sosiaalipalvelujen määrittämisestä ensisijaisesti marginaaliryhmien palveluksi. Uuden terveys- ja hoivalainsäädäntö vahvistaa tätä kehityssuuntaa. Sosiaalipalvelut käsite liittyy ja rajoittuu lainsäädäntökehityksen ohjaamana vahvasti taloudellisen tuen, asumisen ja pätevytymisohjelman

(Kvalifiseringsprogrammet) mukaisiin toimenpiteisiin. Näin kapea-alainen näkemys hämärtää koko sosiaalipalvelukäsitteen rajaten sen marginaalisiin ja korjaaviin palveluihin. Sosiaalipalvelujen rooli edistävässä ja ehkäisevässä työssä jää vähäiseksi. Ammatillisen osaamisen ja kehittämisen näkökulmasta tämä nähdään uhkana, koska sosiaalialan osaaminen painottuisi vahvasti rutiiniluoteisiin tehtäviin. Kuntalaisnäkökulmasta pitkäaikaistyöttömien tai toimintarajoitteisten henkilöiden hyvinvointipalvelut eivät ole yhtenäisesti terveys- ja hoiva lainsäädännön alaisia vaan keskeisesti NAV - sosiaalipalvelulain alaisia. Näin ollen kaikkien kansalaisten hyvinvointipalvelut eivät tule lainsäädännöllisesti yhtenäisiksi. Jatkon osalta onkin mielenkiintoista seurata miten palvelujen koordinoituvastuu toimii pitkäaikaistyöttömien ja toimintarajoitteisten henkilöiden osalta ja miten eri lainsäädännön alaiset palvelut onnistutaan sovittamaan yhteen. Tämä kysymys liittyy myös terveydenhuollon perinteisesti autonomiseen asemaan tieteen- ja ammattialueena ja sen nivoutumiseen muihin hyvinvointialan kokonaisuuksiin.

Tässä kontekstissa on herännyt myös kysymys sosiaali-käsitteen katoamisesta kokonaan virallisesta kielenkäytöstä Norjassa. Maassa ei ole sosiaaliministeriötä eikä - ministeriä, ei sosiaalihallitusta eikä kunnissa enää sosiaalitoimistojakaan. Paradoksaalista on se, että samanaikaisesti sosiaalisen käsitteen kadotessa aiheuttavat perinteisesti sosiaalisiksi ongelmiksi luonnehditut köyhyys ja ulkopuolisuus yhteiskunnallisia ongelmia kasvattaen mm. terveyseroja.

3. Mitä voimme oppia Norjan ja Ruotsin sosiaalilainsäädännön uudistuksista kokemuksineen? *(Maritta Vuorenmaa/THL ja Marjo Hannu-Jama/NVC)*

Norjan reformit lainsäädäntöuudistuksineen kulminoituvat sekä kuntalaislähtöisiin palvelukokonaisuuksiin että palvelutasojen yhteensovittamisiin ja helposti saatavilla oleviin lähipalveluihin. Kuntalaisten mahdollisuudet myös terveyttä ja hyvinvointia edistäviin palveluihin monipuolistuvat ja ihmisten lähiympäristössä näkyy vahvemmin ennakoiva terveys- ja hyvinvointitoiminta ja sitä edistävä palvelurakenne. Tavoitteena on myös yhtenäistää ammatillisia käytäntöjä ja edistää näin yhdenvertaisia alueellisia palveluja.

Ruotsin sosiaalilainsäädäntömuutoksissa korostuu sosiaalitoimen palvelujen laadun ja asiakkaan osallisuuden vahvistamistavoitteet. Laadun, läpinäkyvyyden ja avoimuuden periaatteiden mukaisesti lainsäädännössä on viime vuosina vahvistunut valvontaa ja sen käytännön toteuttamista tukevat toimenpiteet. Erityisen selkeästi valvonnan vahvistuminen näkyy sosiaalialalla lainsäädäntöuudistuksissa, jotka koskevat lastensuojelua, sijaishuoltoa ja vanhuspalveluja. Lainsäädäntöuudistus ikääntyneiden palvelujen kansallisesta arvopohjasta on innovatiivinen avaus pohjoismaisella lainsäädäntötasolla. Toiminnan lähtökohtaa ja sisältöä ohjaavien kansallisten arvojen asettaminen lakisääteiseksi on historiallinen. Ruotsi panostaa myös palveluntuottajan vapaan valinnan laajentamiseen. Vuoden 2011 alusta lähtien maahanmuuttajien kotoutumispalvelut työllistämistoimenpiteiden osalta on koordinoitu tämän toiminnan mukaisesti.

Ruotsi ja Norja poikkeavat sosiaalilainsäädännön kehittämisen osalta toisistaan selvästi vaikka molempien tavoitteena on hyvinvointipalvelujen turvaaminen asiakaslähtöisillä lähipalveluilla. Siinä missä Norja on kunnallista terveys- ja hoivalakia suunnitellestaan lähtenyt yhtenäisestä lainsäädännöstä on Ruotsi uudistanut sosiaalipalvelulakiaan ja ottanut tai on ottamassa käyttöön uusia erillisiä lakeja. Norja tuottaa kuntalaisten sosiaalipalvelut pääasiallisesti julkisin palveluin. Norjan lainsäädännön terveys- ja hoiva suuntautuneisuus saattaa johtaa terveyskeskeisempään

lähestymistapaan ja yksilöstä lähtevään selitystapaan, jolloin yhteiskunnalliset tekijät jäävät vähemmälle huomiolle. Toisaalta laki, jossa tavoitteena on asiakaslähtöinen palvelukokonaisuus ja joka on kirjoitettu terveys- ja hoivapalvelut yhteen sovittaen voi parhaimmillaan käytännössä turvata toimivat, kustannustehokkaat integroidut lähipalvelut. Myös uudenlaiset lähipalvelut, joiden

painopiste on edistävässä ja ehkäisevässä työssä. Tuloksena voi hyvinkin olla parempi palvelujen saatavuus ja oikea-aikaisuus, kokonaisvastuun ja seurannan paraneminen.

Sosiaalialan lainsäädännössä käytettävät käsitteet ovat Norjassa ja Ruotsissa joiltakin osin eriytyneet. Social-sana on melkein kadonnut Norjan virallisesta sanastosta kun taas Ruotsissa kysymys sosiaalisesta näyttäytyy päivittäisenä niin kehittämis-, lainsäädäntö- kuin käytännön sosiaalityön osalta. Ruotsissa sosiaalialaan panostetaan voimakkaasti ja sen merkitystä korostetaan hyvinvointityössä samoin kuin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Siinä missä sosial- käsite on Norjasta melkein tyystin kadonnut, ohjaa Ruotsin sosiaali- ja terveyspalveluja Socialministeriet, terveydenhuollon ja sosiaalialan valvonta ja kehittäminen tapahtuu Socialstyrelsen'ssa ja Socialtjänst-käsite on vakaasti pysynyt lainsäädännössä 1980-luvulta. Sosiaalialan osaamiseen/näyttöön perustuva kehittäminen on kansallinen tavoite, jota viedään vahvasti eteenpäin kunnissa ja alueilla. Ruotsissa ollaan juuri suunnittelemassa sosiaali- ja hyvinvointialan tukirakenteiden perustamista alueille tavoitteena osaamiseen perustuvan sosiaalityön vahvistaminen paikallis- ja aluetasolla. Ruotsin hallituksen ja SKL:n tavoitteita mukailleen sosiaalialaa kehitetään määrätietoisesti, systemaattisesti ja strategisesti lain edellyttämän laatutavoitteen suuntaan. Lainsäädännöllistä tavoitetta kehitetään nimenomaan käyttäjä- ja kansalaisperspektiivistä. Sosiaalipalvelut rajataan usein vaikeassa elämäntilanteessa olevien kuntalaisten (personer i utsatta situationer) tukemiseen ja auttamiseen. Samalla korostetaan, että erityisesti vaikeassa elämäntilanteessa olevilla ihmisillä on oikeus vaikuttaviin ja laadukkaisiin sosiaalipalveluihin, jotka kunnan ja valtion on tarjottava. Näin sosiaalipalvelut kytkeytyvät osaksi hyvinvointiyhteiskunnan yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden vaatimusta tavoittaen samalla ihmisoikeuksien näkökulman. Kansallinen tavoite näyttöön ja osaamiseen perustuvasta sosiaalialasta, sen systemaattisesta ja pitkän tähtäimen kehittämisestä kunnissa ja alueilla saattaakin muodostua sosiaalialan selviytymistarinaksi.

Sekä Norja että Ruotsi ovat jo edellisissä sosiaalialan lainsäädäntöuudistuksissa luopuneet käsitteestä socialvård- sosiaalihuolto. Kehitys on samanlainen Tanskassa, jossa on myös käytössä laki sosiaalipalveluista. Sosiaalipalvelu käsitteenä on laaja-alaisempi ja joustavampi kuin sosiaalihuolto; se kattaa sosiaalipalvelujen kokonaisuuden ja erilaisten elämäntilanteiden kirjon sulkematta pois edistävän ja ehkäisevän työn aspektia. Hyvinvointi käsitteenä on laaja-alaisin kattaessaan sekä sosiaalisen, fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin. Perinteisten käsitteiden rinnalle nousseet osallisuus, inklusio ja sosiaalinen pääoma saavat miettimään, mikä käsite parhaiten kuvaa ihmisen arjen ydintä, arjen sosiaalisia ulottuvuuksia, jotka elämäntavan ja elintason kontekstissa määrittävät yhä selkeämmin myös terveyttä?

Lainsäädäntökehityksen lyhyenkin tarkastelun pohjalta nousee useita kysymyksiä. Mitä Norjan ja Ruotsin lainsäädäntökehityksestä on ammennettavissa meille ja miten keskeiset lainsäädäntöuudistukset tukevat pohjoismaista hyvinvointivaltiota ja sen kansalaisia? Mihin suuntaan käytännön toimintaa halutaan suunnata ja millaisen perustan lainsäädäntö tarjoaa kehittämistoiminnalle? Miten lainsäädäntö turvaa eri elämäntilanteissa elävien ihmisten oikeudet hyviin ja vaikuttaviin palveluihin, osallisuuteen ja hyvinvointiin? Millaiset lähtökohdat lainsäädäntökehitys tarjoaa palvelukokonaisuuksien ja niitä tukevien rakenteiden kehittämiselle? Onko painopiste selkeästi ehkäisevissä ja edistävissä palveluissa? Ohjaako ja tukeeko

lainsäädäntökehitys tavoitteiden, sisältöjen ja rakenteiden näkökulmasta hyvinvointiyhteiskunnan kehitystä kuntalais- ja asiakaslähtöiseen suuntaan?

Näitä kysymyksiä voi Ruotsin ja Norjan lainsäädäntökatsauksen nojalla tarkastella ja koota yhteen hyödyntäen seuraavia hyvinvointipoliittisia lähtökohtia:

- **Kuntalais- ja asiakaslähtöisyys**

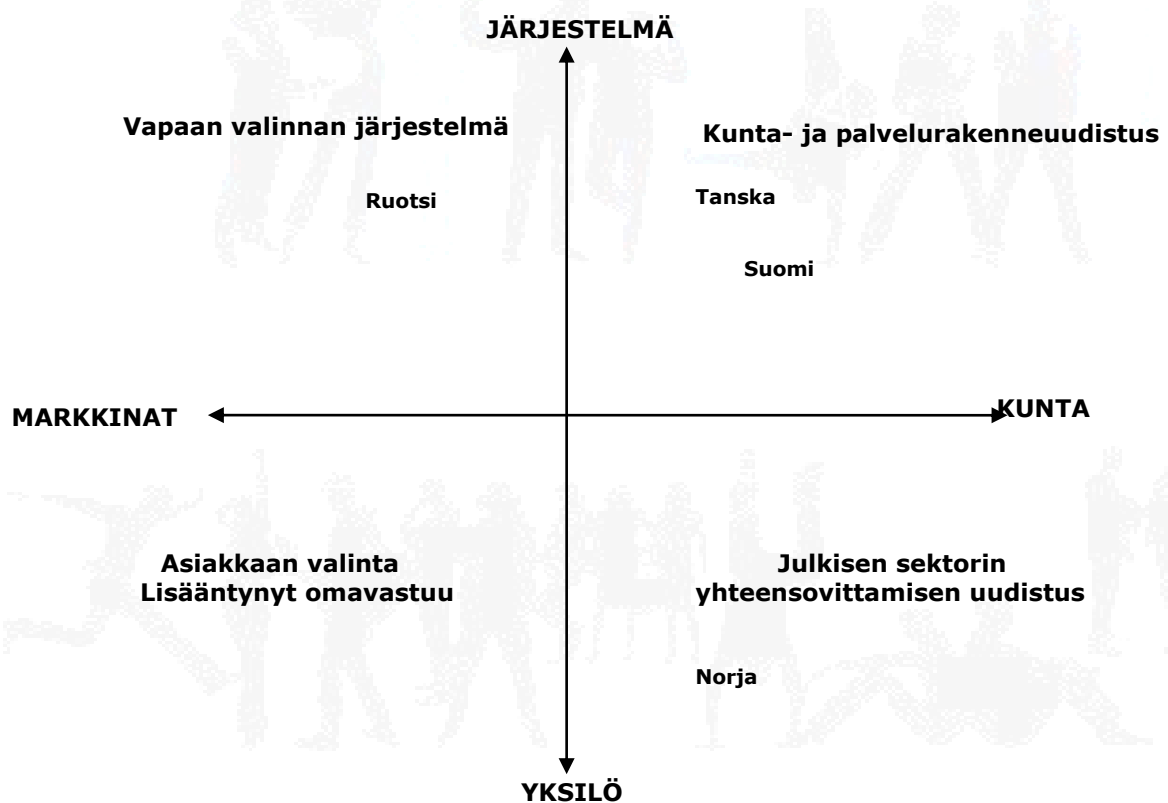
Kuntalais-käyttäjälähtöisyys toiminta- ja arvolähtökohtana vahvistuu ja näkyy laissa selkeinä oikeus- ja osallisuusvaatimuksina. Yksilön oikeuksien, integriteetin ja päätöksentekoon liittyvien vaikuttamismahdollisuuksien kirjaaminen lakiin kuvaa selkeää toiminta – ja arvomuutosta, jossa vahvistuu ihmisarvon tunnistavat lähtökohdat. Laki on ihmistä varten eikä päinvastoin. Aikaisempaan sosiaalialan lainsäädäntöön verrattuna uudessa lainsäädännössä organisatoriset ja toiminnalliset sisällöt painottuvat asiakaskeskeisiin lähtökohtiin. Kuntia veloitetaan laadukkaan, oikea-aikaisen ja integroidun palvelukokonaisuuden tuottamiseen sekä monitasoiseen yhteistyöhön asiakkaiden parhaaksi. Toiminnan kivijalkana korostuu edistävä ja ehkäisevä orientaatio.

- **Kokonaisvaltainen hyvinvointiulottuvuus lainsäädännön perustana**

Sosiaalisen merkitys hyvinvoinnin edistämisessä ja terveyserojen pienentämisessä korostuu uusien lainsäädäntöjen tavoitteissa. Ihmisten sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus, paremmat elinolosuhteet, yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus sekä osallisuus ilmentävät laaja-alaista sosiaalipoliittista tavoitteistoa, mutta myös sosiaalityön ja -palvelujen holistista lähestymistapaa ihmisiin ja yhteisöihin erilaisissa elämäntilanteissa. Lainsäädännössä painottuu useissa kohdin itsenäinen elämä ja turvattu asuminen sekä aktiivinen ja merkityksellinen olemassaolo yhdessä muiden kanssa. Kaikki nämä lainsäädännölliset sisällöt ja lähtökohdat nivoutuvat yksiin Allardt'in (1976) hyvinvointiteoreettiseen orientaatioon, jonka lähtökohtana on kokonaisvaltainen hyvinvointikäsitteys. Tässä teoreettisessa viitekehyksessä hyvinvoinnilla on sosiaalinen, fyysinen ja psyykkinen ulottuvuutensa. Käsitteessä itsessään on jo sisällä vahva, toimivien sosiaali- ja hyvinvointipalvelujen ydinedellytys: holistinen, poikkitieteellinen lähestymistapa. Käsitteessä on myös määritelty sosiaalinen hyvinvointi, sen merkitys ja paikka. Allardt'in näkemys hyvinvoinnista on monestakin syystä erittäin tuore ja ajankohtainen juuri nyt, niin lainsäädännön, hallitusohjelman kuin alan kehittämistyön kuin kuntalaisenkin näkökulmasta.

- **Ehjat palvelurakenteet - laadukkaiden peruspalvelujen turvaaminen kuntalaisille**

Lainsäädännöt ohjaavat keskeisesti palvelurakenteita ja muokkaavat palvelukokonaisuuksien toimivuutta sekä palvelujen sisältöä ja tuottamismuotoja. Tämä tapahtuu sekä kilpailuttamisen että palvelun vapaan valinnan kautta, mutta myös keskeisten lainsäädännöllisten toimintaa ohjaavien priorisointien muodossa. Tavoitteena ovat laadukkaat ja integroidut lähipalvelut. Yhteistyötä järjestöjen ja organisaatioiden kanssa korostetaan ehkäisevän työn edellytysten optimoimiseksi, mutta myös palveluntuottajien maksimoimiseksi palvelujen valinnan turvaamiseksi. Lainsäädäntötyötä ja prosessia voi tarkastella laajasta perspektiivistä alla olevan kuvion avulla.



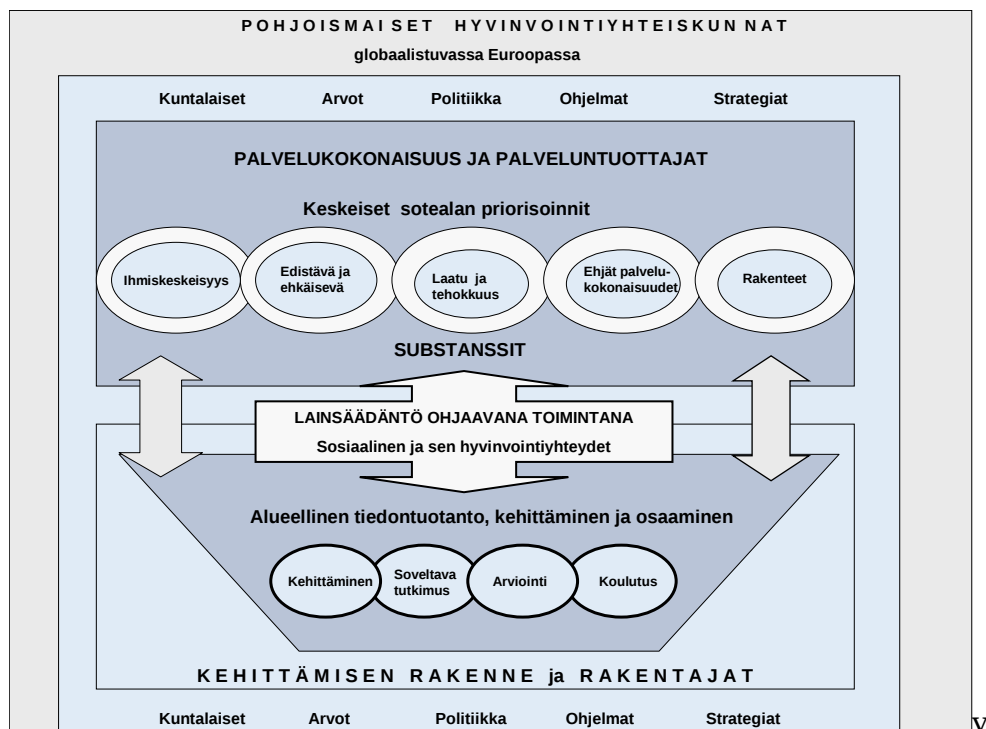
Kuvio 1 Palvelu- ja rakennemuutosprosessiin vaikuttavia keskeisiä tekijöitä Pohjoismaissa (Sandberg, 2010)

Jäsennys kuvaa pohjoismaisia kunta- ja palvelurakennemuutoksia, mutta siihen voi hyvinkin asettaa myös sosiaali-, hyvinvointi- ja terveysalan lainsäädäntöuudistukset. Lainsäädäntö ohjaa ja vaikuttaa tähän kokonaisuuteen perusteellisesti määrittäen kehityssuunnan kauaksi tulevaisuuteen. Mikä on meillä Suomessa näiden elementtien keskinäinen suhde lainsäädäntötyössä? Mihin suuntaan lainsäädäntötyössä tätä prosessia halutaan Suomessa viedä ja millaisilla perusteluilla? Miten lain työstämisprosessissa tehdyt valinnat ja painotukset vaikuttavat hyvinvointiyhteiskuntaan ja sen kehitykseen? Mitä jää yksilön ja markkinoiden väliin asiakkaan valinnan ja lisääntyneen omavastuun ohella; voivatko lainsäädännölliset toimet koitua lain hengen vastaisiksi esim. asiakkaan valinnan vapauden osalta? Miten valinnat vaikuttavat pitkällä aikavälillä ihmisten arkeen ja palvelujen laadun tavoitteisiin? Mitkä painotukset kunnan, yksilön ja järjestelmän välillä ovat ratkaisevia tulevaisuuden hyvinvointiyhteiskuntaa kehitettäessä? Millaisilla valinnoilla turvataan ihmisten yhdenvertaisuus, hyvinvointi ja ihmisläheiset toimivat lähipalvelut?

- **Pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan arvot ja lainsäädäntö toiminnan eri tasojen ohjaajina**

Toimiva, ihmisten tarpeista ja erilaisista elämäntilanteista lähtevä lainsäädäntö syntyy yhteiskunnallisessa ja poliittisessa dialogissa, jota ohjaavat yhteiset arvot. Tähän dialogiin on perusteltua osallistaa aktiivisesti kuntalaiset ja palvelujenkäyttäjät kuten tehtiin Norjassa kansallista terveys- ja hoivasuunnitelmaa uudistettaessa ja Ruotsissa päihde- ja riippuvuuslain

työstämisessä. Lain valmistelu, käyttöönotto ja tähän liittyvät käytäntö- ja toimintamuutokset edellyttävät selkeää kytkentää kansallisen ja alueellisen toiminnan välillä. Tämä taas edellyttää toimivaa ja joustavaa rakennetta, selkeästi määriteltyjä toimintakokonaisuuksia sekä dialogissa luotua yhteistä käsitystä kehittämissuunnasta, lainsäädännöstä, merkityksestä ja tulkinnoista. Tämän tyyppistä lainsäädännön valmistelu- ja käyttöönottoprosessia voi lähestyä seuraavassa toimintakokonaisuudessa:



Lakimuutokset uudistavat ja säätelevät palvelu- ja yhteistoimintarakenteita sekä ohjaavat toimintaa, joilla on monitasoinen vaikutus kuntalaisten arkeen.

Valinkauhassa on paljon ja se on hyvin huomioitu Norjassa ja Ruotsissa lainsäädännön uudistamiprosesseissa. Lainvalmisteluprosessit ovat hyvin resursoitua pitkäkestoista kehittämissuunnasta, johon osallistuu varsinaisen selvitys- tai vastuuhenkilön lisäksi iso joukko asiantuntijoita ja tutkijoita. Kuntalaisia ja palvelunkäyttäjiä kuullaan ja osallistetaan prosessin eri vaiheissa. Usein lakimuutoksia edeltää perusteellinen selvitystyö, jossa käsitellään nykytilanne suhteessa kehittämistarpeisiin. Ratkaisumalleja ja ideoita haetaan vertailevalla otteella tutustumalla konkreettisesti muiden maiden toimintamalleihin ulkomailla tai kokoamalla kansainvälistä tutkimustietoa. Valmis selvitystyö toimii myös muutoksen käsikirjana ja perusteluna, johon kaikki kiinnostuneet voivat perehtyä jo ennen varsinaista lakiehdotuksen lausuntokierrosta. Ruotsissa ja Norjassa ei lakiuudistuksia viedä läpi ilman perusteellisia SOU- (Sveriges offentliga utredningar) tai NOU- raporteja (Norges offentlige utredningar).

Suomessa lainsäädäntötyön valinkauhassa on pohjoismaisten esimerkkien ja kokemusten viitoittamana useita suuria avoimia kysymyksiä: Miten keskeiset lainsäädäntöuudistukset tukevat pohjoismaista hyvinvointivaltiota ja sen kansalaisia? Mihin suuntaan käytännön toimintaa halutaan

suunnata ja millaisen perustan lainsäädäntö tarjoaa kehittämistoiminnalle? Miten lainsäädäntö turvaa eri elämäntilanteissa elävien ihmisten oikeudet hyviin ja vaikuttaviin palveluihin, osallisuuteen ja hyvinvointiin? Millaiset lähtökohdat lainsäädäntökehitys tarjoaa palvelukokonaisuuksien ja niitä tukevien rakenteiden kehittämiseksi? Onko painopiste selkeästi ehkäisevissä ja edistävissä palveluissa? Ohjaako ja tukeeko lainsäädäntökehitys tavoitteiden, sisältöjen ja rakenteiden näkökulmasta hyvinvointiyhteiskunnan kehitystä kuntalais- ja asiakaslähtöiseen suuntaan?

Lähteet:

Allardt, E: Hyvinvoinnin ulottuvuuksia (1976)

Edebalk, P. & Svensson, M.: Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet. TemaNord. 2005:507.

Fra stykkevis till helt – En sammenhengende helsetjeneste. St.Melding 47 (2008-2009)

Hartman, L., Anell, A., Mörk, E., Vlachos, J., Hanspers, K., Lundin, M., Szebeheley M., Wiklund, Stefan (2011): Konkurensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?

Le Grand, J & Batlett, Will (1993): Quasi-Markets and Social Policy

Lovdata: Lov (1991:81) Lov om kommunale sosiale tjenester

Lovdata: Lov (2011-6) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lovdata: Lov (2011-6) Lov om folkehelsearbeid

Lovadata: Lov (2006/8) Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)

Lovdata: Lov (2009/13) Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (i NAV)

Meagher, G. & Marta Szebeheley (2010): Private financing of elder care in Sweden – Arguments for and against. Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier 2010:1

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) Melding. St 16. Det konglike helse- og omsorgsdepartement

NOU 2004:18 Helhet og plan i social- og helsetjenester.

Sandberg, S (2010): Palvelu- ja rakenneuudistusprosessiin vaikuttavia keskeisiä tekijöitä Pohjoismaissa, SKL:n seminaari Tukholmassa 12/2010

Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010) Instilling fra helse- og omsorgskommiteen om samhandling og om en ny velferdsrefom.

SFS: Socialtjenstlagen (2001:453)

SFS: Socialtjenslagen (1980:620)

SFS: Socialforskringsbalken (2010:110)

SFS: Lag med sarskilda bestammelser om vurd av unga (LVU 1980:621)

SFS: Lag med sarskilda bestammelser om vurd av unga (LVU 1990:52)

SFS: Lagen om vurd av missbrukare i vissa fall (LVM 1981:1243, 1988:870)

SFS: Lagen om sluten ungdomsvurd (LSU 1998:641)

SFS: (2003:199) Lag om andring i socialtjenstlagen (2001:453)

SFS: Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

SFS: (2007:409) Lag om andring i socialtjenstlagen

SFS: (2007:1315) Lag om andring i socialtjenstlagen

SFS: (2009:496) Lag om andring i socialtjenslagen

SFS: (2009:981) Lag om andring i socialtjenstlagen

SFS: Lag (1998:531) om yrkesverksamhet pa halso- og sjukvurdens omrade

SFS: Lag (2010:427) om andring i socialtjenslagen

SFS Lag (2009:724) om nationella minoriteter og minoritetssprak

SFS: Lag (1993:387) om stod og service till vissa funktionshindrade

SFS: Lag (1993:389) om assistansersattning

SFS: Lag (2010:111) om inforandet av socialforskringsbalken

SFS: Lag (2009:981) om andring i socialtjenstlagen

SFS: Lag (2010:52) om andring i socialtjenstlagen

SFS: Lag (2009:596) om ändring i socialtjänslagen

SFS: Lag (2007:1091) om offentlig upphandling

SFS: Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Socialstyrelsen, 2011-2-8: Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv – Delredovisning

Socialstyrelsen 2011-5-4: Tillsynsrapport 2011, Hälso- och sjukvård och socialtjänst

Socialstyrelsen 2011-9-1: Lagändringar i Sol och LVU den 1 april 2008. Har det slagit igenom i socialtjänsten?

Sosiaali- ja hyvinvointialan kehittämisen rakenteista ja rakentajista Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa

SOU 1992:18: Tvångsvård i socialtjänsten - ansvar och innehåll.

SOU 2009:38: Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänst

SOU 2009:32: Socialtjänsten, integritet – effektivitet.

SOU 2009:68 Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) (Barnskyddsutredningen)

Internet-sivustot

<http://www.sonetbotnia.fi/98html>

<https://www.notisum.se>

<https://www.lovdata.no>

<https://www.shdir.no>

<https://www.socialstyrelsen.se>

<https://www.regeringen.no>

<https://www.regeringen.se>

<https://www.sns.se> ja <https://www.sns.se/frånvälafärdsstättillvälafärdssamhälle>

<https://riksdagen.se/statensoffentligautredningar>

