

**PALVELUVERKOSSA  
YÖTÄPÄIVÄÄ**

*Marja-Liisa Nyholm*

*Heikki Suominen*

# PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ

KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

## PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ

Kunnallisalan kehittämissäätiön  
tutkimusjulkaisut, nro 18

Julkaisu on tulostettavissa säätiön kotisivuilta,  
[www.kaks.fi](http://www.kaks.fi)

© Kunnallisalan kehittämissäätiö,  
kirjoittajat ja Tampereen yliopiston  
Liiketaloudellinen tutkimuskeskus

Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1999

ISBN 952-9740-62-X

ISSN 1235-6956

# Sisällys

- 1 JOHDANTO 7
  - 1.1 Tutkimuksen lähtökohdat 7
  - 1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät 8
  - 1.3 Tutkimuksen aineisto 8
  - 1.4 Tutkimuksen käsitteitä 9
  - 1.5 Tutkimusosuudet 10
  
- 2 VANHUSTENHUOLLON RAKENNEMUUTOS 12
  - 2.1 Vanhustenhuollon palvelurakennemuutos 12
  - 2.2 Vanhustenhuollon palvelurakennemuutos kunnissa 13
  - 2.3 Palvelurakennemuutoksen rahoitus ja resurssit 14
  
- 3 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN RAKENNEMUUTOS JA VANHUSTENHUOLLON UUDET HAASTEET 16
  - 3.1 Muuttuvat palvelut ja markkinat 16
  - 3.2 Rahoitus, ostovoima ja palvelukysyntä 20
  - 3.3 Vanhusikäluokkien ja palvelukysynnän muutos 20
  - 3.4 Vanhuspalvelujen toteutuneet muutokset markkinoiden näkökulmasta 22
  
- 4 TUTKIMUSAINEISTOT JA KUNTA-ANALYYSIT 24
  - 4.1 Asiantuntijahaastattelut 24
  - 4.2 Vanhustenhuollon tilanneanalyysi kunnissa 25
  - 4.3 Kenttätutkimus kotikäynteinä 27
  - 4.4 Kuntaseminaarit 28
  - 4.5 Kotihoidon kehittämiskohteet tutkimuskunnissa 29
  
- 5 VANHUSNÄKÖKULMA KOTIHOIDON VERKOSTOON 32
  - 5.1 Vanhuksen näkökulma kotihoitoon 33
  - 5.2 Vanhuslähtöisyys kotihoidon verkostossa 39
  - 5.3 Vanhus kotihoidon verkostossa 44
  - 5.4 Kohti vanhuslähtöistä verkostoitumista 49
  
- 6 KOLMAS SEKTORI VANHUSTEN KOTIHOIDOSSA 51
  - 6.1 Kotihoito ja kolmas sektori 51
  - 6.2 Järjestöt ja uusosuuskunnat palvelujen tuottajana 53
  - 6.3 Vapaaehtoistoiminta ja epävirallisen organisoituminen 55

6.4	Kolmas sektori tutkimuskunnissa	59
6.5	Kolmas sektori muutoksessa ja verkostossa	64
7	HOIVAYRITTÄJÄT VERKOSTOYHTEISTYÖSSÄ	69
7.1	Hoivayrittäjäyys vanhusten kotihoidossa	69
7.2	Hoivayrittäjät verkostoituvat	70
7.3	Hoivayrittäjyyden lisäarvo palveluverkkoon	71
8	KOHTI KOTIHOIDON VERKOSTOITUMISTA	73
8.1	Tietoteknologia ja vanhusten kotihoito	73
8.2	Yksilökohtainen palveluohjaus kotihoidon organisointiin	75
8.3	Omaishoito kotihoitona	77
8.4	Kunnan tehtävät vanhusten kotihoidossa	80
9	PALVELUVERKOSTA VERKOSTOON	83
9.1	Verkostoitumisen edellytykset	83
9.2	Verkosto vanhusten kotihoitoon	85
9.3	Omaishoidon verkosto	86
10	TIIVISTELMÄ	89
	LÄHTEET	91
	KUNTA-AINEISTO	95
	LIITTEET	97
	Liite 1: Iäkkäiden henkilöiden oikeus sosiaaliseen suojeluun	
	Liite 2: Keskeiset toimijat kotihoidon palvelu- ja hoitoverkossa	
	Liite 3: Vastuuhenkilöt ja tehtäväalueet kotihoidon palvelu- ja hoitoverkossa	

# 1 Johdanto

## *1.1 Tutkimuksen lähtökohdat*

Tutkimuksen lähtökohtana on hoito-ongelma, joka syntyy vanhusten määrän lisääntymisestä ja heidän ikääntymisestään aiheutuvasta palvelun ja hoidon tarpeesta.

Valtakunnalliseksi vanhustenhuollon tavoitteeksi on asetettu laitoshoidon vähentäminen siten, että 90 % yli 75-vuotiaista voisi vuonna 2000 asua omassa kodissaan. Tämä on sekä inhimillisesti että taloudellisesti hyväksyttävä periaate. Vanhus-tilanne, kotihoidon lisäämisen tavoite ja resurssien niukkuus vaativat palvelujärjestelmän muutosta sellaiseksi, että vanhus voisi selviytyä kotonaan toimintakyvyn heiketessäänkin.

Palveluverkossa yötäpäivää -tutkimusprojekti lähti liikkeelle Terttu Pesonen-Säilän toimesta talvella 1997. Työryhmän muodostivat Pesonen-Säilän lisäksi Marja-Liisa Nyholm, Jukka Ohtonen ja Heikki Suominen. Tutkimustyö aloitettiin syksyllä 1997. Tutkimusraportin ovat kirjoittaneet Nyholm ja Suominen.

Merkittävä hankkeen vaikutin oli kiinnostus 1990-luvun palveluhaasteita kohtaan. Vanhusväestön määrä lisääntyy nopeasti. Kuntien rooli palveluiden tuottajana on muuttunut, ja palveluiden tuottamistavat ovat laajentuneet samalla kun taloudellinen liikkumavara on kaventunut entisestään.

Työryhmä otti lähtökohdakseen vanhusten kotona asumisen merkittävänä palvelutuotannon resurssina. Vanhusten halu asua kotona mahdollisimman pitkään on jo sinänsä inhimillinen voimavara. Kunnan kannalta kotona asumisen mahdollistaminen tuo kokonaisuutena taloudellista säästöä. Työryhmä otti haasteekseen kuvata ja analysoida vanhusten kotona asumisen merkitystä eri näkökulmista. Kunnan roolia palveluiden takaajana pidettiin edelleen keskeisenä. Kotihoidon verkostokonseptin avulla haluttiin kytkeä vanhuksen hyväksi kotona työtä tekevät toimijat mukaan saman tehtäväkokonaisuuden äärelle nykyistä hallitummalla tavalla.

## *1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät*

Projektin tarkoituksena oli selvittää palveluverkon toiminnan mahdollisuuksia vanhusten kotihoidossa, jossa toimijoina olisivat vanhukset (ja omaiset), kunnan kotihoidon henkilökunta, yrittäjät ja kolmannen sektorin toimijat. Tutkimuksen ensimmäinen tavoite oli ymmärtää vanhusten kotihoidon nykyistä moninaisuutta. Toisena tavoitteena oli luoda toiminnallinen verkostokonsepti vanhusten kotihoitoon.

Vanhusten kotihoidon moninaisuuden ymmärtämiseksi tarkastellaan vanhustenhuoltoa, vanhusten kotiin tarvittavia palveluja sekä kotihoitoa vanhusten, kolmannen sektorin, yrittäjien ja kunnan näkökulmasta.

Verkostokonseptin (ks. liitteet 2 ja 3) hahmottamiseksi selvitettiin vanhusten kotihoidon verkostoitumisen edellytyksiä, keinoja verkoston toimivuuden parantamiseksi ja verkoston kehittämiskohteita, jotta kotona asuvan vanhuksen olisi mahdollista saada apua ja hoitoa tarvitessaan jopa jatkuvasti ja ympärivuorokautisesti palveluverkossa yötäpäivää -nimen mukaisesti.

## *1.3 Tutkimuksen aineisto*

Koska tutkimuskohteena oli vanhusten kotihoidon palveluverkosto, jossa kunnalla on keskeinen tehtävä ja vastuu palvelujen järjestäjänä, valittiin tutkimukseen mukaan seitsemän kuntaa, joista kaupunkimaisinta, urbaania yhdyskuntaa edustaa Tampereen keskinen alue. Valkeakoskella, Virroilla ja Vammalassa on sekä kaupunkimaista taajama-asutusta että maaseutumaisista haja-asutusta. Oriveden kuntayhtymän kunnat Orivesi, Längelmäki ja Juupajoki edustavat maaseutumaisista haja-asutusta ja keskusta-alueet taajamaa. Kunnat valittiin suunnitellun verkostokonseptin pilottikohteiksi edustamaan erilaisia kuntatyppejä. Tutkimuskuntien valintaa Pirkanmaalta puolttavat myös tutkimustaloudelliset syyt.

### *Kuntaseminaarit*

Tutkimuskunnista koottiin ajankohtainen tieto vanhusten kotihoidon tilasta kuntaseminaareissa, joissa oli mukana kunnan vanhustenhuollon vastaavia, eläkeläisjärjestöjen ja vanhuspalveluja tuottavien järjestöjen edustajia sekä seurakunnan, yritysten ja omaishoitajien edustajia. Seminaarit pidettiin Valkeakoskella, Vammalassa, Virroilla, Orivedellä (mukana Längelmäki ja Juupajoki) ja Tampereella. Seminaari-iltapäivän aikana käytiin ryhmittäin läpi neljä verkostoitumiseen liittyvää teemaa. Ehdotuksia ja ongelmia arvioivat ja kommentoivat seminaarin osallistujat itse. Yhteenvedossa tulee ilmi paikallinen vanhusten kotihoidon tilanne. Tutkijat ovat tehneet yleiset ja kuntakohtaiset johtopäätökset tarkastelunäkökulmansa mukaisesti.

### *Asiantuntijahaastattelut*

Terttu Pesonen-Säilä haastatteli 27:ää kuntien kotihoidon viranhaltijaa keväällä 1998. Viranhaltijat kuvasivat kuntansa nykyisen vanhustenhuollon tilaa ja toimijoiden välistä yhteistyötä. Vanhustenhuollon tulevaisuutta kartoitettiin kysymällä kunnan tietoteknistä tasoa ja vanhustenhuollon painopistealueita.

Kenttättyö auttajan mukana vanhusten kodeissa

Marja-Liisa Nyholm kävi ammatti- ja vapaaehtoistyöntekijöiden mukana 20 vanhuksen kodissa Tampereen keskisellä alueella. Hän haastatteli myös kotihoidon työntekijöitä ja johtajia. Kenttätutkimuksessa haastateltiin auttajia heidän tehtävästään vanhuksen kotona ja kysyttiin, keiden kanssa he tekevät yhteistyötä. Vanhukselta kysyttiin hänen selviytymisestään kotona ja keitä muita vanhuksen luona käy. Tutkija havainnoi samalla, mitä tehtäviä auttaja teki ja miten vanhuksen ja auttajan välinen vuorovaikutus toimi.

Kuntaraportit ja muu kunta-aineisto

Kunnilta pyydettiin vanhustenhuoltoa ja kuntaa koskevia raportteja ja tutkimuksia, joista saatiin taustatietoja erityisesti kuntaseminaarien tulosten analysointiin. Kunnat ovat melko perusteellisesti kartoittaneet vanhustenhuollon tilannetta ja tulevaisuutta. Ratkaisut vanhustenhuollon tarpeisiin konkretisoituvat useimmiten vaatimuksiin resursseista ja lisätiloista, kuten esimerkiksi palveluasunnoista ja dementiayksiköstä.

Tutkimusprojektiin liittyvä kirjallisuus

Vaikka oleellisin tutkimusaineisto tulikin kunnista suoraan, on vanhustenhuollon ongelmista ja toimintatavoista kirjoitettu paljon. Ilman teoreettisia viitekehäksiä raportti olisi jäänyt tutkimuskuntien toimintatapojen esittelyksi. Tieteellinen kirjallisuus toimii pohjana analyyseille ja johtopäätöksille. Projektissa on kartoitettu yleisemmin tämän vuosikymmenen vanhustenhuoltoa koskevia yhteiskunnallisia, taloudellisia ja ideologisia muutoksia.

## *1.4 Tutkimuksen käsitteitä*

Vanhus-sanaa käytetään tarkoittamaan yli 75-vuotiasta, sillä yli 75-vuotiaiden ikäryhmissä ikääntymisen aiheuttama palvelun ja hoidon tarve lisääntyy.

Kotihoito tarkoittaa kokonaisvaltaista moniammatillista kotipalvelua, jossa kotipalvelu, kotisairaanhoido, vapaaehtoiset ja omaiset hoitavat asiakasta ja pitävät huolta hänestä, tarvittaessa ympärivuorokautisesti.

Palveluverkko tarkoittaa kotihoidon organisointimallia, jossa toimijat tai organisaatiot työskentelevät verkostotyön periaatteilla.

Hoitoverkko tarkoittaa vanhuksen kotona asumista tukevia toimijoita, jotka työskentelevät vanhuksen hyväksi hänen omatoimisuuttaan tukien ja luovat yhdessä vanhukselle turvallisen huolenpidon ja arjen kokonaisuuden.

Tietoverkko tarkoittaa tiedonkulkua, -välitystä ja tietopankkia sekä eri toimijoiden välistä vuorovaikutuksen reaaliaikaista järjestelmää.

Kotihoidon verkosto käsittää palveluverkon, hoitoverkon ja tietoverkon. Ne toimivat sekä yhdessä kokonaisuudessa lomittain että eri tasoilla itsenäisesti. Verkot toimivat asiakaslähtöisesti verkostoksi organisoituneena.



## 1.5 Tutkimusosuudet

1. Sosiaali- ja terveystoimen palvelurakenteen muutos alkoi jo 1980-luvulla. Vanhusten määrä ja kuntien muuttuneet resurssit ovat aiheuttaneet uudenlaisen tilanteen kunnille myös vanhuspalvelujen tarjonnassa. Miten kunnat suhtautuvat valtionohjauksesta vapautuneisiin hoiva-alan palvelujen markkinoihin? Tutkimusosiossa tarkastellaan palvelurakenteen, vanhusten määrän, resurssien ja rahoituksen muutosta. Jukka Ohtosen selvitykseen pohjautuvassa luvussa 3 tarkastellaan ostovoiman ja palvelukysynnän muutosten vaikutusta vanhuspalveluihin ja erityisesti kotipalvelujen kehittämistarpeeseen.

2. Heikki Suomisen tutkimusosio vanhusnäkökulmasta keskittyy vanhusen kotona selviytymiseen. Mitä odotuksia, vaatimuksia ja edellytyksiä vanhus itse asettaa auttajille tai auttajaryhmälle, jotka tulevat hänen kotiinsa? Millä ehdoilla hän tuntee olonsa turvalliseksi kotonaan, kun hän sairastuu ja toimintakyky heikkenee? Vanhusta auttavat kotona ensisijaisesti omaiset, sukulaiset, naapurit ja myöhemmin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät. Vanhuslähteisyyden on entistä tärkeämpi kriteeri vanhuspalvelujen tuottamisessa varsinkin silloin, kun palvelun tuottajia on monta. Asiakaslähteisyyttä ja vanhusnäkökulmaa tarkastellaan myös kenttätutkimuksen avulla, jonka Marja-Liisa Nyholm teki käydessään 20 vanhuksen luona auttajien matkassa.

3. Marja-Liisa Nyholmin tutkimusosiossa hahmotetaan kolmannen sektorin muuttuneita tehtäviä ja erityisesti kolmannen sektorin erilaisten toimijoiden osuutta vanhusten kotihoidossa. Kolmas sektori ja varsinkin järjestöt tuottavat kunnille vanhuspalveluja. Kolmannen sektorin epävirallisempi toiminta eli vapaaehtoistyö toimii lähimmäisperiaatteella ja sillä on merkittävä osuus vanhusten kotihoidossa, vaikka sitä ei tilastoida mihinkään. Järjestöillä on nykyisin merkittävä rooli vanhustenhuollossa sekä palvelujen tuottajana että vapaaehtoistyön koordinoijana.

Kolmas sektori määrittellään yleisesti ei voittoa tuottavaksi toiminnaksi, ja siten kolmannen sektorin piiriin kuuluvat järjestöjen ja vapaaehtoistyön sekä vertaisavun lisäksi myös uusosuuskunnat. Uusosuuskuntien tehtävä ja toiminta-alue eivät ole vielä rahoituksen puolestakaan selkiytyneet. Sektoreiden välimaastoon jää omaishoito, joka raportissa on käsitelty erikseen.

4. Vanhuspalvelujen uusien toimijoiden ryhmään voidaan liittää idullaan oleva hoivayrittäjyys, joka hakee paikkaansa kolmannen sektorin liepeiltä uusosuuskuntien ohella. Hoiva-alan yrittäjät etsivät toimintatapaa ja yhteistyömuotoja markkinakentällä, joka on monesta suunnasta subventoitu. Luku 7 pohjautuu Terttu Pesonen-Säilän taustaselvitykseen hoivayrittäjyyden synnystä. Yrittäjien asema on vielä epäselvempi kuin uusosuuskuntien, sillä hoivayrittäjyyttä koskevat samat veloitteet kuin muitakin yrityksiä. Vaikka hoivayrittäjyydellä onkin vaikeuksia sosiaali- ja terveysalan uusilla markkinoilla, tuo yrittäjyys joustavuutta ja siten myös lisäarvoa vanhuspalvelujen tarjontaan. Hoivayrittäjät voivat luoda ja kehittää uusia toimintatapoja vanhusten kotihoidon verkostossa.

5. Terttu Pesonen-Säilä on selvittänyt projektissa kunnan tarkastuslautakunnan tehtävää ja merkitystä. Tämä osuus raportoidaan erikseen.

Tutkimus on raportoitu matriisimaisesti siten, että vertikaalisella ulottuvuudella on kartoitettu verkostoitumista kunnissa, sen esteitä, edellytyksiä ja haas-

teita. Horisontaalisella ulottuvuudella tarkastellaan vanhusten kotihoidon muutoksia, asiakasnäkökulmaa, kolmannen sektorin osuutta, hoivayrittäjyyttä ja kunnan roolia verkostoituvassa kotihoidon organisoinnissa ja yhteistyössä yleisesti.

Palveluverkossa yötäpäivää -tutkimusprojektin rahoitti pääosin Kunnallisuuden kehittämissäätiö. Osaltaan sitä rahoittivat tutkimuksessa mukana olleet seitsemän kuntaa. Projektin toteutettiin Tampereen yliopiston Liiketaloudellisessa tutkimuskeskuksessa Harri Talosen johdolla. Tutkimusryhmä kiittää säätiötä, kuntia ja tutkimuskeskusta monimuotoisesta yhteistyöstä. Kirjoittajat kiittävät erityisesti Harri Talosta, Tuija Rajalaa ja Juhani Lehtoa.

## 2 Vanhustenhuollon rakennemuutos

### *2.1 Vanhustenhuollon palvelurakennemuutos*

Tämän tutkimusosion tavoite on tarkastella meneillään olevaa sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutosta ja sen vaikutusta palvelujen organisointiin ja rahoitukseen. Kunnassa käytettävissä olevien resurssien optimaalinen käyttö vanhusten kotona selviytymistä tukevien palvelujen organisoinnissa edellyttää yhteistyötä kaikkien vanhuksen kanssa toimivien kesken.

Vanhusten määrä lisääntyy. Palvelutarpeeseen vaikuttaa erityisen paljon 75 vuotta täyttäneiden määrä. Kunnat kohtaavat väestön ikääntymisestä johtuvat kysymykset eri tahdissa. 75 vuotta täyttäneitä arvioidaan vuonna 2020 olevan 54 % enemmän kuin vuonna 1996.

Terveydenhuollon käyttömenoista, 29 miljardista markasta, noin 40 % suuntautuu 75 vuotta täyttäneiden hoitoon. Vanhainkotihoidon, kotipalveluun sekä muihin vanhusten ja vammaisten palveluihin käytettiin yhteensä noin 8 miljardia markkaa. Vanhustenhuollon kustannuksista noin 80 % muodostuu laitoshoidosta (Kandelberg 1996).

Juhani Lehto ja Simo Kokko (1997) tarkastelevat palvelurakennemuutoksen lähihistorian vaiheita, jolloin muutoksen perustana on ollut useimmiten vaatimus hoitopaikkojen tarkoituksenmukaisuudesta. Pitkäaikaisasiakkaat pysähtyvät kuitenkin tarpeisiinsa nähden turhan kalliille ja akuuttihoitoon suuntautuneille hoitopaikoille.

Kansanterveyslaissa 1972 palvelurakennemuutos oli keskeinen. Se laajensi perusterveydenhuoltoa ja avopalveluja sekä rakensi siltaa niiden välille. Aluksi vanhainkotien sairausosastoja ja paikallissairaaloita muutettiin terveyskeskuksen vuodeosastoiksi. Vuodeosastojen yhteydessä annettiin polikliinistä avohoitoa. Pitkäaikaishoitoa tarvitsevien vanhusten sijoittaminen sosiaali- tai terveydenhuollon ”rasitteeksi” kuvaa rakennemuutoksen henkeä vanhustenhuollossa.

Valtava-laki vuonna 1984 saattoi sosiaali- ja terveydenhuollon samanlaisen valtionosuusrahoituksen piiriin. Tällä pyrittiin muuttamaan palvelurakennetta

niin, että laitoshoidon voitaisiin supistaa ja avohoitoa lisätä. Tämä alkoi näkyä vähitellen sosiaali- ja terveystoimen suunnitelmien tavoitteissa. 1980-luvulla vanhustenhuollossa vanhainkodeilta alettiin edellyttää kuntoutuspalveluja, päiväkeskustoimintaa ja intervallihoidoja. Vuonna 1988 vanhustenhuollon suunnitelmassa esitettiin, että vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa tulisi olla hoitopaikka enintään 18 %:lle 75 vuotta täyttäneistä. Palveluasumista haluttiin kehittää 1980-luvun puolivälistä alkaen, ja vuonna 1987 esitettiin mitoitusnormi, jonka mukaan palveluasumista piti tarjota 1,5 %:lle 75 vuotta täyttäneistä.

Vuoden 1993 valtiosuunnitelman tavoitteena ei ollut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutos, vaan uudistuksella pyrittiin saamaan aikaan säästöä valtiolle. Lakiuudistuksen toivottiin vaikuttavan siten, että kunnat asettaisivat itse rakennetavoitteita palvelujen tehostamisen avulla. Osa kunnista ryhtyikin resurssien vähenemisen vuoksi tekemään rakenteellisia muutoksia.

Sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmä piti vuonna 1992 palvelurakenteen suurimpana ongelmana liiallista sairaala- ja laitospainotteisuutta, asiakkaan hoitoa epätarkoituksenmukaisilla paikoilla, asumiseen liittyviä ongelmia palvelutarvetta aiheuttavina tekijöinä sekä investointien kohdistumista laitoksiin. Se korosti avopalvelujen vahvistamista laitoshoidon vähentämisen keinona. Työryhmä antoi konkreettisen suosituksen laitospalveluista:

Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitospaikoja vähennetään asteittain siten, että vuoteen 2000 mennessä on päästy työryhmän esittämiin suosituksiin. – – 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai lähiomaisten ja lähiympäristön tukemana ja/tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien koti- ja avohuollon palvelujen turvin.

Toimenpideohjelmassa, joka ulottui vuosikymmenen loppuun, esitettiin keinovalikoima ja toimeenpanoprosessi tarvittaville muutoksille. Tavoitellun palvelurakenteen pitää vastata kansalaisten odotuksia, olla ammatillisesti perusteltu sekä kunnan kannalta mielekäs. (Hermanson–Leppo 1996.)

## *2.2 Vanhustenhuollon palvelurakennemuutos kunnissa*

Terhi Hermanson ja Kimmo Leppo (1996) arvioivat sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutosta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kuntien nykyinen palvelurakenne pohjautuu vuosikymmenten aikana tehtyihin ratkaisuihin, taloudellisiin mahdollisuuksiin ja kehittämisenäkemyksiin.

Vanhusten laitoshoidon on vähentynyt, ja sitä korvaavat vanhainkotien lyhytaikaishoito sekä palveluasumisen lisääntyminen. Vanhainkotipaikat ovat vähentyneet noin 3 000 paikalla vuodesta 1990 vuoteen 1997. Vanhusten laitoshoidon vähenemisen myötä vanhusten hoivan painopiste on siirtynyt terveydenhuollosta sosiaalitoimen suuntaan. Tämä on hämärtänyt joidenkin terveydenhuollon yksiköiden vastuuta vanhusten tarvitsemien terveyspalvelujen järjestämisestä (Vaarama–Lehto 1996).

Osaksi vanhainkotipaikkoja on muutettu asumisyksiköiksi. Palveluasunnoissa asui vuoden 1997 lopulla noin 17 000 henkilöä. Vuodesta 1990 vuoteen 1997

määrä on lähes kaksinkertaistunut. Varsinaisia vanhusten omassa kodissaan asu-  
mista tukevia avopalveluja on viime vuosina kuitenkin supistettu. (Lehto–Kok-  
ko 1996.)

Koska kuntien palvelurakenne muotoutuu pitkän historian tuloksena, ei  
kuntien nykyisen palvelurakenteen poikkileikkaus selitä kustannus- tai palvelu-  
rakenne-eroja, vaan niitä selittävät enemmän mm.

- kunnan vauraus (kunnan asukkaiden ja kunnan verotulopohja)
- kunnan valtionosuusprosentin suuruus
- kunnan virkamies- ja luottamusmiessjohdon määrätietoisuus kehittämi-  
sessä
- kunnassa jopa 20–30 vuotta sitten tehdyt laitosinvestoinnit
- kuntayhtymissä tehdyt palvelurakennerekonstruktio
- yksityiskohtainen valtionosuusohjaus
- rakennushankerekonstruktio, tai niiden viivästykset, jotka ovat estäneet pal-  
velurakenteen muotoutumista. (Lehto–Kokko 1996.)

Kunnissa esiintyy myös palvelurakenteen vääristymiä, kun

- laitoksiin on sijoitettu pitkäaikaisesti vanhuksia, joiden hoivan tarve ei  
edellytä laitoshoidoa
- avopalvelujen valikoima on puutteellinen; varsinkaan asumis- ja muita ns.  
välimuotoisia palveluja ei ole tarpeeksi
- avopalvelut ovat kehittymättömiä, jolloin ei pystytä täysipainotteisesti  
hyödyntämään niiden kaikkia mahdollisuuksia.

Palvelurakenteen vääristymissä on kysymys tarjonnan ja kysynnän kohtaa-  
mattomuudesta. Laitoksissa tarjonta on joustamattominta, joten paikkojen kar-  
siminen ei välttämättä vähennä kustannuksia samassa suhteessa. Palveluraken-  
teen muutos vaatisi henkilöstön ja resurssien siirtoja. (Kandelberg 1996.)

Vain 5 % hoito- ja palvelusuunnitelmien piirissä olevista asiakkaista saa niin  
intensiivisen avopalvelupaketin, että sen kustannukset ovat samat kuin laitos-  
palveluissa. Laitoksissa on paljon vanhuksia, jotka selviytyisivät avopalveluiden  
varassa.

### *2.3 Palvelurakennemuutoksen rahoitus ja resurssit*

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen tavoitteena oli vähitellen kumuloituva  
(valtion) säästö. Vanhustenhuollossa menot ovatkin selvästi vähentyneet. Uudistus  
loi kannusteen hillitä koko palvelujärjestelmän menoja tehostamalla palvelujär-  
jestelmää eikä vain yksittäisiä toimintayksiköitä. (Hermanson–Leppo 1996).

Rahoitus on monikanavaistunut, ja verorahojen lisäksi palveluja rahoitta-  
vat Kansaneläkelaitos, Raha-automaattiyhdistys ja asiakkaat. Tämä saattaa syn-  
nyttää koordinaatioongelmia ja vääriä yllykkeitä. Rahoitus voi ohjata toiminto-  
jen järjestelyjä tarvetta tehokkaammin. Eri maksajien väliset maksuosuudet ovat  
muuttumassa siten, että kunnilta siirtyy rasiasta asiakkaille ja Kelalle. Kun van-  
hus muuttaa palveluasuntoon, siirtyvät maksuosuudet kunnalta enemmän Ke-  
lalle ja asiakkaalle. Kunta säästää, mutta vanhus maksaa vähemmästä enemmän.

Palvelujen käyttöä voidaan ohjata avohuollon palvelumaksuja tarkistamal-  
la. Todennäköisesti sosiaalietuudet vaikuttavat palvelujen käyttöön ja organisoin-

tiin eli jokin toinen palvelu ohjaa toisen käyttöä. (Vaarama–Lehto 1996.)

Asiakaskohtainen informaatio olisi saatava kokonaisuudeksi, jonka avulla palvelujen kysyntää ja tarjontaa seurataan. Kun kunnalla on käytössään vanhuskohtaiset tiedot, voidaan niiden pohjalta koota vanhuksille järkevät palvelupaketit. Näin voitaisiin laskea, kuinka monta vanhusta pystytään todella hoitamaan omassa kodissaan. Palvelujen kehittämisessä ja kustannussäästöissä on kuntoutus unohtunut kuten ennaltaehkäisevät toimetkin. Maksupolitiikkaa voisi muuttaa niin, että hoiva ja asuminen erotetaan toisistaan, ja hoivayrittäjyyttä voisi tukea verohelpoituksin tai kannustein. (Mt.)

Supistetaanko laitoshoidon liikaa? Mahdollistaako avohoito vieläkin vanhusten selviytymisen kotona? Kun vanhuksen toimintakyky heikkenee niin, että se johtaa pysyvään avuntarpeeseen, on vanhuksen edelleen selviytyäkseen muutettava pois kotoaan. (Mt.) Palvelujärjestelmän tehostamisen keskeisin tapa on palvelurakenteen muuttaminen eli toiminnan ja menojen siirtäminen niihin palvelumuotoihin, joissa kustannus-vaikuttavuussuhde on paras. Tämä merkitsee vaihtoehtoisten palveluiden laajentamista laitoshoidon supistamiseksi. (Lehto–Kokko 1996.)

Vanhusten asuminen on ajankohtainen haaste rahoittajille sekä sosiaali-, terveys- ja asuntotoimen yhteistyölle. Ehkä vanhusten asuntojen peruskorjauksiin olisi tarvetta enemmän kuin uudisrakentamiseen. Vanhusten kotona asumista ja omatoimisuutta auttaisi osaltaan sosiaalitekniikan käyttöönotto, mikä pitäisi nivoa asuntojen varustukseen. (Mt.)

Sosiaali- ja terveystoimen asiakaskohtainen yhteistyö on pisimmälle kehittynyt vanhustenhuollossa riippumatta siitä, onko sosiaali- ja terveystoimi hallinnollisesti yhdistetty. Yhteisten hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen edistää kotihoidon työntekijöiden yhteistyötä.

Vanhustenhuollon innovatiivisia hankkeita ovat vanhusten perhepäivähoito, omaishoito, palvelusetelit ja hoivayrittäjyys (Hermanson–Leppo 1996). Omaishoito oli uudelleen 1998 kuntien vanhustenhuollon kehittämiskohteena, mutta perhepäivähoito (laki 1992) ei ole saanut vielä jalansijaa vanhustyössä. Se monipuolistaisi vanhusten hoitoa ja tarjoaisi yhden vaihtoehdon lisää palveluvalikoimaan. Perhehoito ei vaadi suuria investointeja, koska hoito tapahtuu hoitajan kotona. Hoito olisi ryhmätoimintaa (enintään neljä vanhusta) ja lähellä kotia, joten osallistumalla hoitoon vanhus voi ylläpitää sosiaalisia kontakteja ja vähentää yksinäisyyttä. (Seppänen 1996.)

## 3 Sosiaali- ja terveysalan rakennemuutos ja vanhustenhuollon uudet haasteet

### *3.1 Muuttuvat palvelut ja markkinat*

Tämän tutkimusosion tavoite on tarkastella meneillään olevaa sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutosta ja sen merkitystä palvelujen organisointiin ja rahoitukseen. Useimmat aiemmin toteutetuista sosiaali- ja terveydenhuollon suurista reformeista, kuten kansanterveyslakiin perustunut perusterveydenhuollon uudistus 1970-luvulla, toteutettiin selkeästi määriteltynä ja säädösperustaisena muutoksena. Nyt sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta ja palvelujärjestelmää ollaan kehittämässä useilla osauudistuksilla ja paikallisilla ratkaisuilla. Tämän vuoksi muutoksen havaitseminen ja määrittely on aiempaa vaikeampaa ja tulokinnanvaraisempaa.

Samalla kun vanhusten ja etenkin korkeassa iässä olevien vanhusten määrä kasvaa seuraavien 20 vuoden aikana, kasvavat paineet vanhustenhuollon palvelujen lisäämiseksi, monipuolistamiseksi ja sisällölliseksi kehittämiseksi.

Palveluverkossa yötäpäivää -tutkimuksen pienissä kunnissa vanhusten suhteellinen osuus on jo nyt suuri. Edes Tilastokeskuksen ennusteen mukaan koko maan vanhusten suhteellinen osuus ei nouse yhtä suureksi seuraavien 20 vuoden kuluessa, ja osuus on korkeampi kuin missään EU-maassa tällä hetkellä. Väestöennusteen mukaan 75 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy koko maassa 27 % vuodesta 1997 vuoteen 2010 ja 54 % vuoteen 2020 mennessä. 85 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 32 % vuoteen 2010 ja 57 % vuoteen 2020 mennessä.

Hallinnon ja palvelujen suunnittelun näkökulmasta kunta on avainasemassa palveluista päätettäessä. Nyt kunnat joutuvat itse valitsemaan keinot, joilla kuntalaisten palvelutarpeeseen vastataan, kuinka palvelut mitoitetaan ja kuinka palvelujen tuotanto organisoidaan ja rahoitetaan. Nämä ovat kunnallistalouden kohtalonkysymyksiä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kulut ovat keskimäärin puolet kuntien käyttömenoista ja vanhusten laitospalvelut noin 11 % kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoista. Kunnallistaloudessa vanhusten laitoshoidon käyttömenot olivat vuonna 1997 keskimäärin 713 markkaa asukasta

kohti. Kunnan onnistuminen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa on koko kunnallistalouden onnistumisen edellytys, ja toisaalta kalliit ja huonosti toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut kuluttavat kohtuuttomasti kunnan kehittämiseen tarvittavia voimavaroja.

1990-luku saattaa näyttäytyä tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteiden muuttamisen vuosikymmenenä ja seuraava vuosikymmen on uuden ja aikaisemmasta ehkä suurestikin poikkeavan palvelujärjestelmän nousun aikaa. Muutosta ennakoivat lukuisat tuotantoelämän uudet toimintatavat. Tänä päivänä kaikessa tuotannollisessa toiminnassa vaaditaan asiakaslähtöisyyttä, joustavuutta ja muutosvalmiutta, yhteistoimintakykyä sekä taloudellisuutta ja tuloksellisuutta.

Sosiaalipalvelujen tuottaminen on Suomessa ollut kunnallista toimintaa 1800-luvun lopulta saakka. Vuonna 1879 säädetyssä vaivaishoitoasetuksessa korostettiin liberalististen ja sosiaalireformististen ajatusten mukaisesti itsenäistä toimeentuloa, mutta toisaalta kunnan velvollisuutta mm. vaivaistalojen rakentamiseen. Vaivaistaloilla oli tarkoitus korvata huono-osaisten ”orjamarkkinat”, joilla kunta antoi apua tarvitsevat niiden huostaan, jotka suostuivat ottamaan heidät pienimmällä korvauksella (ks. Jaakkola 1994, 93–95; 133–142). Tällä hetkellä kunnalliset vanhuspalvelut eivät leimaa käyttäjänsä, vaan ne mielletään muiden kunnallisten palvelujen tapaan kaikkien kuntalaisten käytössä oleviksi ja yhteisvastuullisesti kustannettaviksi peruspalveluiksi. Kunnallisten vanhuspalvelujen kehitys vaivahoidosta nykyisiksi normaalipalveluiksi on kuitenkin ollut pitkä ja muutos on tapahtunut hitaasti. (Ks. esim. Heinonen 1990.)

Hallinnollisesti sekä palvelujen kehittämisen ja rahoituksen näkökulmasta kunnallinen sosiaali- ja terveystoimi on 1990-luvulle saakka ollut valtion yksityiskohtaisessa ohjauksessa. Valtion toiminta perustui ajatukseen, että keskuhallintoon, käytännössä sosiaalihallitukseen, lääkintöhallitukseen ja sosiaali- ja terveysministeriöön kootaan maan parhaat asiantuntijat, jotka ohjaavat kuntia sosiaali- ja terveyspalvelujen organisoinnissa. Keskushallinnon tärkein ohjausväline oli kunnille maksettava valtionapu, jonka saannille asetettiin ehtoja. Olenaisista oli palvelujen yhdenmukaistuminen. Käytännössä kuntien ohjaus toteutettiin valtakunnallisilla 5-vuotissuunnitelmilla, valtionapujen suuntaamisella asianmukaisiksi katsottuihin kohteisiin sekä käytännön toiminnan yksityiskohteisella ohjeistamisella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon ja talouden rakennemuutoksen toteutus aloitettiin 1980-luvun puolivälissä. Tuolloin kevennettiin raskaaksi todettua suunnittelujärjestelmää, lisättiin kuntien itsemääräämisoikeutta palvelujen organisoinnissa, mahdollistettiin palvelujen ostot yksityisiltä palvelutuottajilta ja aloitettiin terveystaloustieteellinen tutkimus- ja kehittämistyö koko sosiaali- ja terveydenhuollossa (mm. vapaakuntahanke).

Rakennemuutosta voimistettiin 1990-luvulla. Vuosikymmenen alussa lakautettiin lääkintöhallitus ja sosiaalihallitus, jotka olivat valtionhallinnon keskeisimmät välineet kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksessa. Aluksi ne yhdistettiin sosiaali- ja terveyshallitukseksi, joka toimi ainoastaan yhden vuoden. Vuonna 1992 perustettiin Sosiaali- ja terveystalouden kehittämiskeskus Stakes. Näillä toimilla valtio luopui hallinnollisista ohjausvälineistään ja korvasi ne asiantuntijapalveluja tuottavalla kehittämiskeskuksella. Tämän jälkeen valtio luopui



kuntien sosiaali- ja terveystoimien taloudellisesta ohjauksesta vuonna 1993 toteutetulla valtionosuusuudistuksella. Uudistuksen tavoite oli hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvua kunnissa ja mahdollistaa talouden supistukset ilman valtionosuuksien menetystä. Näillä menettelyillä sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointi tuli kokonaan kunnalliseksi toiminnaksi.

Vaikka sosiaalipalvelut ovat kaukana teollisista toimialoista, vaikuttavat keskeisissä tuotantorakenteissa tapahtuvat suuret muutokset myös sosiaalisten palvelujen kehitykseen. Vanhustyön kannalta muutos on merkittävä ennen muuta kahdesta syystä: 1) hyvinvointivaltion rakenteet muuttuvat ja 2) uudenlaiset tehokkuuskäsitykset muuttavat käsityksiä palvelujen tuotannosta ja tuotannon ohjauksesta.

Vanhustenhuollon kannalta meneillään olevan rakennemuutoksen näkyvin vaikutus on ollut valtion vetäytyminen ja päätösvallan siirtyminen kuntiin ja lähelle palvelujen tuotantoa. Palvelujen näkökulmasta suurimpia muutoksia on sosiaali- ja terveyspalvelujen painopisteen siirtäminen laitoshoidosta kohti avopalveluja. Käytännössä muutos on toteutettu rakentamalla laitos- ja avopalvelujen lisäksi välimuotoisia palveluasuntoja ja kehittämällä vanhusten kotona selviytymistä tukevia avopalveluja. Palvelujen sisällön näkökulmasta muutos ilmenee yksilöllisyyden ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen korostumisena ja aikaisempaa joustavampien palvelujen vaatimisena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos jatkuu edelleen. Kunnat kehittävät uusia palvelukonsepteja ja palvelujen tuotantoa organisoidaan uudelleen. Meneillään olevan muutoksen keskeisin sisältö voidaan tiivistää seuraaviin seitsemään tekijään:

- 1 sosiaali- ja terveysalan palvelumarkkinoiden avautuminen
- 2 valtion vetäytyminen palvelujen ohjauksesta
- 3 kunnallisen päätösvallan kasvu
- 4 kunnallisten palvelujen juridisen ja taloudellisen suojauksen päättyminen
- 5 palvelujen painopisteen siirtäminen laitoshoidosta avohoitoon
- 6 valtion rahoitusosuuden kaventuminen
- 7 kuntien ja etenkin kotitalouksien rahoitusvastuun kasvu.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjausta ja hallintoa koskevan päätösvallan siirto kuntiin merkitsi alan kehittämismuutosten siirtymistä keskushallinnolta kuntiin. Vanhusten tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen muutospaineeet ja palvelukysynnän kasvu sekä kuntien rahoitusvastuun lisääntyminen pakottavat kunnat hakemaan uusia toimintavaihtoehtoja vanhusten palvelutarpeen tyydyttämiseksi.

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään kunnallisina projekteina ja myös vanhustenhuollon toimintakäytäntöjä kehitetään paikallisesti. Nykytilanteelle on ominaista, että vanhustyötä tekevät kehittävät omaa työtään ja toimintatapojaan sekä horisontaalista yhteistyötä muiden vanhustyötä tekevien kanssa, vaikka organisointi ja päätöksenteko noudattavat perinteistä hierarkkista mallia.

Käytännön työssä syntyvät uudet innovaatiot tulevat vähitellen osaksi uutta toimintatapaa ja leviävät kuntien välisessä vuorovaikutuksessa myös muihin kuntiin. Keskushallinnon suoran ohjauksen päätyttyä uusien innovaatioiden käyttöönotto ja soveltaminen perustuu kuntien ja vanhustyötä tekevien omaan harkintaan.

Julkisen ja yksityisen palvelutuotannon rajat ylittävä verkostoituminen on vielä uutta suomalaisessa sosiaalipalvelujen tuotannossa. Kunta ja kuntaa lähellä olevat säätiöt ja järjestöt ovat perinteisesti tuottaneet valtaosan perheen ulkopuolisista vanhusten palveluista ja yksityisten yritysten rooli palvelujen tuottajina on ollut vähäinen. Markkinoiden muodostumista ovat osaltaan jarruttaneet mielipiteet ja asenteet, joissa julkiset ja yksityiset palvelut on nähty toisilleen vastakkaisina.

Vanhusten kotona selviytymistä tukevia palveluja tuottavien toimijoiden verkottaminen edellyttää vastakkainasettelujen ylittämistä. Klusteriajattelussa hyvinvoinnin lisäämiseen pyrkivät toimijat hakeutuvat vuorovaikutukseen keskenään ja hankkivat näin hyötyjä, jotka ilman yhteistoimintaa jäisivät tavoittamatta (Koivukangas–Valtonen 1995). Klusteriyhteistyön perustana on eri toimijoille yhteinen, yleinen hyvinvointitavoite.

Klusterin kaikki osapuolet pyrkivät omalla toiminnallaan tyydyttämään hyvinvointipalveluihin kohdistuvaa kysyntää. Palvelujen käyttäjän kannalta olennaisinta lienee palvelujen saatavuus ja luotettavuus sekä tuotettujen palvelujen laatu ja kustannukset. Ei ole tärkeää, onko palvelun tuottajana kunta, järjestö tai yksityinen yritys. Jotkut tutkijat (Vartia–Ylä–Anttila 1993) esittävät hyvinvointivaltion kriisin johtavan hyvinvointiyhteiskunnan muodostumiseen. Heidän mielestään hyvinvointivaltion kritiikillä ei pyritä kansalaisten hyvinvoinnin vähentämiseen vaan hyvinvointiyhteiskuntaan, joka kannustaa kansalaisia omaan aktiivisuuteen.

Meneillään olevaan sosiaali- ja terveystalouden uudelleen muotoutumiseen on vaikuttanut kolme seikkaa:

1. SVOL-lainsäädännöllä vuodesta 1983 alkaen mahdollistettiin kuntien palveluostot yksityisiltä palvelutuottajilta, mutta käytännössä kohdennetut valtionavut ehkäisivät edelleen yksityisten palvelutuottajien tulon sosiaali- ja terveystalouden markkinoille. Käytännössä palvelujen ostajana toimi julkinen palvelutuottaja, joten ostopalvelut vain täydensivät kunnallisesti tuotettuja palveluja. Kyse ei ollut yksityisen ja julkisen välisestä kilpailusta tai palvelutuotannon kilpailuttamisesta. (Ks. myös Tsupari–Lappi 1987.)

2. Normiohjauksesta luopuminen siirsi palvelujen tuotantoa koskevan päätösvallan kuntiin, valtionosuusuudistus poisti taloudellisen edun kuntien omalta palvelutuotannolta ja saattoi kaikki palvelutuottajat kilpailuasemaan keskenään. Kunnat voivat itse valita, mitä painottavat tuotannossaan.

3. Talouslama supisti yleensä palvelutarjontaa ja rajoitti kuntien ostoja ja palvelumarkkinoiden muotoutumista, mutta laman jälkeisenä aikana kunnat ovat voineet vapaasti kehittää sosiaali- ja terveystalouden tarjontaa. Tällä hetkellä kunnilla ei ole rajoitteita sosiaali- ja terveystalouden ostamisessa yksityisiltä palvelutuottajilta, laman taloudelliset vaikutukset ovat heikentyneet ja kiinnostus yksityisiä sosiaali- ja terveystalouden palveluja kohtaan on nousussa.

### 3.2 Rahoitus, ostovoima ja palvelukysyntä

Sosiaalipalvelujen kehittäminen edellyttää kannanottoa palvelujen rahoitukseen. Palveluja on perinteisesti kehitetty resursseja lisäämällä. Suhtautuminen muuttui 1990-luvulla. Kaikkiaan sosiaalipalvelujen rahoitukseen käytettävät resurssit ovat rajalliset ja merkittävien voimavaroalisäysten saaminen alalle vaatii uutta poliittista päätöksentekoa. Resurssien lisäämistä realistisempaa on hakea muita vaihtoehtoja palvelukysynnän tyydyttämiseen.

Sosiaalipalvelujen järjestämistä koskevien muutosten myötä järjestöjen ja yritysten tuottamat vanhuspalvelut voivat nousta nykyistä merkittävämmäksi palvelujärjestelmän osaksi. Palvelukysynnän suuntautumisen kannalta eläkkeiden ostovoimalla on keskeinen merkitys. Jos eläkeläisten toimeentulo on hyvä, palvelujen kysyntä voi noudattaa markkinoiden toimintaperiaatteita, kun taas eläkkeiden heikko ostovoima siirtää sosiaalipalveluja koskevan päätöksenteon kunnalle tai palvelujen tuottajalle.

Suomessa eläkeläisten toimeentulon järjestäminen kesti 50–70 vuotta kauemmin kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa. Meillä eläkkeillä alkoi olla ostovoimaa vasta 1970-luvulta alkaen. Tällä hetkellä eläkeläisten taloudellinen asema on hyvä, ja työeläkkeiden yleistymisen seurauksena keskimääräinen kokonaiseläke oli vuonna 1997 yhteensä 5 332 markkaa, josta kansaneläkkeen osuus oli enää 25 %. (Kela, Työeläkekeskus, Kelan tilastoryhmä.)

*Taulukko 1. Vanhuksille päätoimenaan palveluja tarjoavien yritysten määrä. (Kauppinen 1998.)*

	Koko maa	Pirkanmaa
Asumispalvelut	773	74
Kotipalvelut	223	17
Vanhainkodit	77	9

Toistaiseksi kuntien sosiaalipalvelujen ostot yksityissektorilta ovat olleet vähäisiä. On kuitenkin oletettavaa, että tilanne muuttuu. Suomen Kuntaliiton tiedot sosiaali- ja terveysalan ostopalvelujen käytöstä eivät erottele järjestöiltä ja yrityksiltä hankittuja ostopalveluja toisistaan. Vuonna 1997 kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden ostot olivat 21,3 miljardia markkaa, josta 82 % oli kuntayhtymiltä ostettuja palveluja. Järjestöjen ja yritysten ostot olivat 2,5 miljardia markkaa, joka on 12 % kaikista kuntien ostamista sosiaali- ja terveyspalveluista ja 4,2 % kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttömenoista.

### 3.3 Vanhusikäluokkien ja palvelukysynnän muutos

Sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat tulevat eläkeikään ensi vuosikymmenellä, ja etenkin korkeassa iässä olevien, 85 vuotta täyttäneiden ikäluokkien koko kasvaa nopeasti. Kansainvälisessä vertailussa eläkeikäisten suhteellinen osuus väestöstä on Suomessa alle eurooppalaisen keskitason. Vuonna 1997 EU-maiden

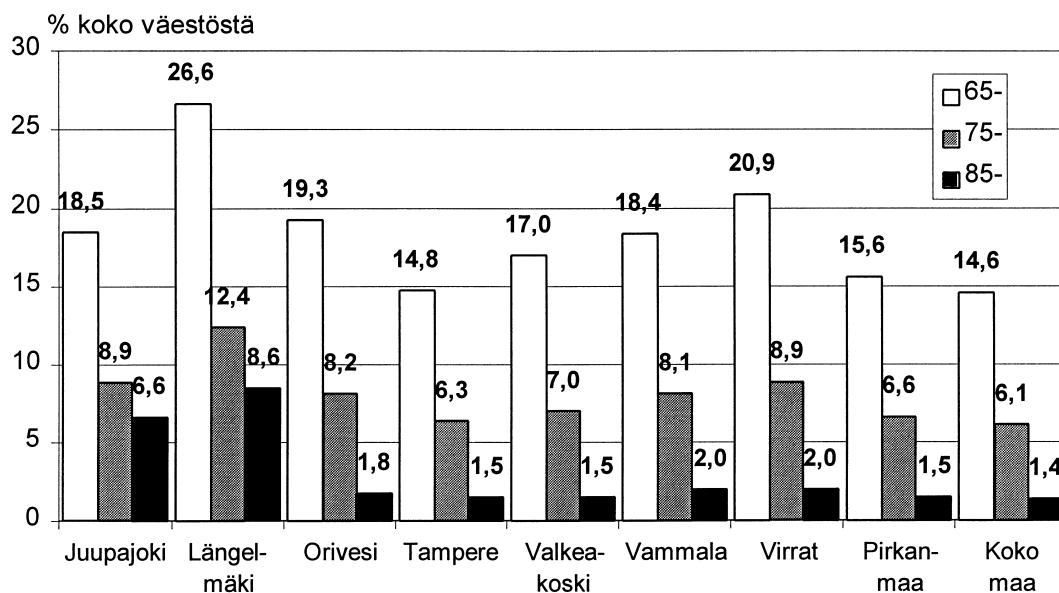
väestöstä keskimäärin 14,7 % oli 75 vuotta täyttäneitä. Vastaava osuus Suomessa oli 14,4 %. Suomea väestörakenteeltaan ”vanhempia” eurooppalaisia maita on 10 ja ”nuorempia” 4. EU:n ulkopuolisista Pohjoismaista Norjan väestö on iäkäämpää ja Islannin nuorempaa kuin Suomen. (Sosiaaliturva Suomessa 1997.)

Suomen väestö kuitenkin vanhenee poikkeuksellisen nopeasti, Japanin jälkeen nopeimmin maailmassa. YK:n luokituksen mukaan ”vanhojen” väestöjen 75 vuotta täyttäneiden osuus on yli 7 %, ”kypsien” 4–7 % ja ”nuoria” väestöjä ovat sellaiset, joissa 75 vuotta täyttäneiden osuus on alle 4 % (Hervonen–Pohjolainen 1990, 31). Tämän luokituksen mukaan kaikki EU-maat ovat teollisuusmaiden tapaan ”vanhoja”. ”Nuoria” väestöjä on lähinnä kehitysmaissa.

Vanhusten suhteellisen väestöosuuden kasvuun vaikuttaa olennaisesti syntyvyyden yleinen väheneminen. Vuonna 1973 syntyvyys oli alhaisempi (57 800) kuin kertaakaan aikaisemmin, ja vuonna 1998 syntyvyyden odotetaan jäävän jälleen poikkeuksellisen pieneksi. Vuosina 2000–2020 eläkeikään tulevat ovat syntyneet 1945–1975. Sodan jälkeisinä vuosina syntyvyys kohosi yli 100 000 henkeen vuodessa. Suurten ikäluokkien jälkeen syntyvyys on laskenut tasaisesti.

Hoito- ja hoivapalvelujen kysyntä kasvaa merkittävästi yli 75-vuotiailla. Tästä syystä kiinnostavampaa on tarkastella 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneen väestön muutoksia. Vuonna 1997 projektikuntien, Pirkanmaan ja koko Suomen eläkeikäinen väestö jakautui ikäryhmittäin kuvion 1 osoittamalla tavalla.

*Kuvio 1. 65, 75 ja 85 vuotta täyttäneiden suhteellinen osuus (%) tutkimuskuntien, Pirkanmaan ja koko maan väestöstä vuonna 1997.*



Palvelujen kysynnän kannalta vanhusten määrällä sinänsä ei ole merkitystä. Palvelujen kysynnän määrä riippuu vanhusten toimintakyvystä ja siinä tapahtuvista muutoksista. Kysynnän kohdentumiseen vaikuttavat myös mm. vanhusten oma maksukyky sekä kunnassa harjoitettava palvelupolitiikka ja palvelujen tarjonta.

Palvelujen kysynnän muutos voidaan jakaa määrän ja rakenteen muutokseen. Määrällisen muutoksen perustana ovat muutokset vanhusväestön määrässä, toimintakykyisyydessä ja terveydessä. Palvelujen kysynnän rakenteellinen muutos syntyy esimerkiksi kunnallisen toimintapolitiikan muutoksesta tai palvelujen käyttäjien odotusten ja vaatimusten muuttumisesta. Painopisteen siirtäminen laitoshoidosta avohoitoon lisää avohoidon palvelujen kysyntää ja muuttaa samalla laitoksissa asuvan vanhusväestön rakennetta. Kun laitossijoituksen kynnystä nostetaan, tulee laitoksiin entistä huonokuntoisempia ja raskashoitoisempia asukkaita ja laitoshoidon luonne muuttuu.

75 vuotta täyttäneiden määrä pysyy Juupajoella, Längelmäellä ja Virroilla-kin lähes ennallaan. Sen sijaan muilla projektipaikkakunnilla vanhusten määrä kasvaa.

*Taulukko 2. 75 ja 85 vuotta täyttäneiden määrä Tampereella vuosina 2000–2020.*

Vuosi	2000	2005	2010	2015	2020
75+ vuotta	12 723	13 975	13 819	15 897	18 137
85+ vuotta	2 913	3 103	3 573	4 055	4 273

Vanhusten määrän suhteellinen lisäys on suurinta Valkeakoskella, jossa 85 vuotta täyttäneitä arvioidaan olevan vuonna 2020 jopa 48 % enemmän kuin vuonna 2000. Tampereella vastaavan lisäyksen arvioidaan olevan 47 %, Orivedellä 35 %, Virroilla 37 % ja Vammalassa 34 %. Virroilla korkeassa iässä olevien määrän kasvu tapahtuu heti vuosituhannen vaihtumisen jälkeen, jolloin 85 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy yli kolmanneksen (37 %), minkä jälkeen vanhusten määrä pysyy entisellään. Myös Orivedellä ja Valkeakoskella 85 vuotta täyttäneiden henkilöiden määrän arvioidaan kasvavan tuntuvasti heti vuosituhannen vaihteen jälkeen. Molemmissa kunnissa lisäys on noin 30 %. Vammalassa ja Tampereella seuraavan vuosikymmenen kasvu on noin viidennes vuoteen 2000 verrattuna.

### *3.4 Vanhuspalvelujen toteutuneet muutokset markkinoiden näkökulmasta*

Suomessa on pitkään puhuttu siirtymisestä laitოსvaltaisesta palvelutarjonnasta avohoitopainotteisiin palveluihin. Terveystenhoollissa laitოსvaltaisuutta purettiin 1980-luvulta alkaen, mutta 1990-luvulle saakka laitოსpalvelujen supistukset kohdistettiin yksinomaan psykiatriseen sairaanhoitoon. Vasta 1990-luvun talouslaman paineessa myös somaattisen sairaanhoidon laitოსpainotteisuutta vähennettiin. Resurssien kehityksen kannalta lama vaikutti siten, että myös avohuollon voimavaroja vähennettiin. Muutoksessa ei siis ollut kyse rakenteiden muuttamisesta vaan voimavarojen vähentämisestä sekä laitოს- että avohuollossa. Vasta laman jälkeen kunnat ovat voineet lisätä avohoidon resurssejaan ja vähentää hallitusti laitoshoidon käyttöä.

Sosiaalialalla ja etenkin vanhustenhuollossa tilanne on toinen kuin sairaanhoidossa. Vanhusten hoivapalvelujen rakennetta on muutettu radikaalisti koko 1980- ja 1990-lukujen ajan. Palvelujen painopistettä on siirretty laitoshoidosta avo- ja välimuotoisiin palveluihin. Kuntien vanhuspalvelujen järjestämistä haittasi kuitenkin vuoteen 1983 jatkunut sekavuus kuntien valtionapujen perusteissa. Kunnat kehittivät sellaisia sosiaali- ja terveyspalvelujaan, jotka kuuluivat valtionapujen piiriin tai joiden valtionapuosuudet olivat suurimmat. Tästä syystä valtionapujen ulkopuolelle jätetty vanhustenhuolto kehittyi hitaasti ja vanhustenhuollon tehtäviä siirrettiin terveystoimeen. Vuonna 1983 toteutetulla Valta-uudistuksella valtionapu yhtenäistettiin ja toimintasektoreiden välinen epäsuhta palvelujen järjestämisessä poistettiin. Samalla sosiaalipalvelut tulivat valtion suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän tiukkaan valvontaan. (Kröger 1996.)

Vanhustenhuollon palveluja on sittemmin kehitetty avohoitopainotteisesti. Vanhusten asuntojen korjaus ja varustaminen tuli valtionavun piiriin vuonna 1987. Kunnat ja kuntaa lähellä olevat yhteisöt ovat 1980-luvulta alkaen rakentaneet valtionapujen ja RAY:n tuella palvelutaloja vanhainkotien rinnalle. RAY on tukenut vuosina 1988–1998 yhteensä 390 palvelutalon rakentamista. Niissä on yhteensä 9 300 asuntoa. RAY:n tuki kohdistuu asuntojen (30 %:n tuki) ja palvelutilojen (70 %) rakentamiseen, mutta ei varsinaisen toiminnan avustamiseen. RAY on tuellaan osallistunut noin joka toisen palvelutalon rahoitukseen.

Laman johdosta vanhusten kotipalvelun määrää vähennettiin 1990-luvulla. Julkista kodinhoitoapua saaneiden vanhustalouksien määrä oli vuonna 1990 yhteensä 124 000 mutta vuonna 1997 enää 87 000. Kaikkiaan kotipalvelujen piirissä oli 200 000 yli 74-vuotiasta vuonna 1990, mutta vuonna 1997 enää puolet siitä (99 400 henkilöä). (Sosiaaliturva Suomessa 1997.) Samaan aikaan (vuonna 1997) RAY tuki lähes 100:aa järjestöä, jotka tarjosivat kotipalveluja. Palvelujen piirissä oli 15 000 vanhusasiakasta.

Vanhusten palvelujen asiakasmäärien muutos vuodesta 1988 vuoteen 1997 osoittaa, että palvelut ovat vähentyneet lukuun ottamatta palveluasumista, terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoitoa ja omaishoidon tukea. Kodinhoitoavun kattavuus on laskenut 39 % suhteutettuna vuosien 1988 ja 1997 väliseen vanhusväestön kasvuun. Kodinhoitoavun asiakasmäärä on samana ajanjaksona laskenut 40 000 hengellä. Palvelurakenteen muutostavoitteiden mukaisesti vanhainkotihoitoa on korvattu palveluasumisella ja erikoissairaanhoitoa terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidolla. Palvelutarjonnan muutoksen kuntien väliset erot ovat huomattavat. (Vaarama ym. 1998.)

Laitoksissa asuvien miesten keski-ikä on keskimäärin 80 ja naisten 83 vuotta. Laitoshoitoon joutumisen pääasialliset syyt ovat toimintakyvyn heikkeneminen ja muistamattomuus. Asumisaika vanhainkodeissa on lähes 4, terveyskeskuksessa lähes 3 ja psykiatrisissa sairaaloissa noin 8 vuotta. Laitoksissa asuva vanhusväestö on siinä määrin heikkokuntoista, että vaihtoehtoiset hoitomuodot eivät juuri tule kysymykseen. Arvioiden mukaan tällä hetkellä laitoksissa asuvien vanhusten sijoituspaikka on tarpeen mukainen. (Mt. 9.)

## 4 Tutkimusaineistot ja kunta-analyysit

### 4.1 Asiantuntijahaastattelut

Palveluverkossa yötäpäivää -projekti kokosi monipuolista tutkimusaineistoa kunnista. Kuntien kotihoidon nykyistä tilannetta varten Terttu Pesonen-Säilä teki 12.3.–22.4.1998 asiantuntijahaastatteluja Juupajoella, Längelmäellä, Orivedellä, Valkeakoskella, Vammalassa ja Virroilla ja kesällä Tampereella.

Haastatteluja tehtiin Tampereen ulkopuolisissa projektikunnissa 23. Haastateltavat olivat kuntien kotihoidosta vastaavia viranhaltijoita sekä kuntien ja kuntayhtymien tarkastuslautakuntien puheenjohtajia. Haastateltavat jakaantuivat tehtävänsä mukaan seuraavasti:

Perusturvajohtaja ja sosiaalijohtaja/-sihteeri	5
Ylilääkäri	2
Johtava hoitaja ja ylihoitaja	4
Kotipalveluohjaaja / johtava kodinhoitaja	3
Avohoidon osastonhoitaja	1
Vanhainkodin johtaja	1
Vanhustyön johtaja	1
Taluspäällikkö	1
Tarkastuslautakunnan puheenjohtaja	5

Tampereella haastateltiin kesällä 1998 seuraavia henkilöitä:

Suunnittelupäällikkö	1
Ylihoitaja	1
Kotihoidon työntekijät	10
Tarkastuslautakunnan puheenjohtaja	1

Teemakysymykset kohdistettiin asiantuntijakohtaisesti, joten jokaista kysymystä ei esitetty jokaiselle haastateltavalle. Haastattelujen avulla kerättiin tietoja seuraavista aiheista:

- vanhusten kotihoito ja johtaminen
- vanhusten kotihoidon toimijat ja yhteistyömuodot
- tietotekniikan hyödyntäminen vanhustenhuollossa
- vanhustenhuollon tulevaisuudennäkymät.

Tarkastuslautakunnan näkökulman selvittämiseksi kysyttiin

- vanhusten kotihoidon vuoden 1997 tavoitteista ja
- kotihoidon tuloksellisuuden arvioinnista.

Tampereen haastattelut kohdistuivat lähemmäksi vanhusta kenttätyöntekijöihin, koska kotihoidon organisaatio muuttui vuoden 1998 alusta. Tampereella myös viranhaltijoiden haastatteluja tehtiin vähemmän, sillä kaupungissa tutkittiin vuoden 1998 aikana vanhustenhuoltoa eri näkökulmista ja aineistoa kotihoidon tilanneanalyysiin oli saatavissa.

Asiantuntijahaastatteluilla kartoitettiin kuntien nykyinen vanhusten kotihoidon tilanne. Haastatteluaineistoa on käytetty eri näkökulmatarkasteluissa, ja haastatteluista saatiin pohjatietoja kuntaseminaareja varten.

#### 4.2 Vanhustenhuollon tilanneanalyysi kunnissa

Mitä kuntien vanhustenhuollossa tapahtuu 1990-luvulla? Millainen on kunnan vanhuspolitiikka tai millaisia ovat keinot tuottaa vanhuspalveluja ja miten kunta kohdentaa resursseja muuttuneessa toimintaympäristössä? Näiden kysymysten taustaksi hahmoteltiin nykyistä vanhustenhuollon tilannetta ja toimintaympäristöä kunnissa.

Tulevaisuuden vanhustenhuollon tilannetta kunnissa ennustaa parhaiten yli 75-vuotiaiden määrän lisääntyminen. Vaikka vanhusten määrä ei suoranaisesti kerro palvelutarpeesta, se antaa suunnitelmille suuntaa, sillä kunta suunnittelee palvelutarjontaa tietyille, sovitulle prosenttiosuudelle ikäryhmästä.

Sosiaali- ja terveystoimessa tehtävien jakaantuminen eri lautakuntien alaisuuteen vaihtelee kunnittain. *Tampereella* kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta irrotettu vanhusten kotihoito siirtyi vuoden 1998 alusta terveystoimen johdon alaiseksi. Tampereella vanhustenhuolto kuuluu sosiaali- ja terveyslautakunnalle, joka on ns. superlautakunta. *Längelmäellä* vanhustenhuolto kuuluu sosiaalilautakunnan, *Juupajoella ja Orivedellä* perusturvalautakunnan alaisuuteen. Orivesi, Juupajoki ja Längelmäki muodostavat kansanterveystyön kuntayhtymän, jonka alaisuudessa toimii terveyskeskusvuodeosasto. *Vammala* kuuluu Äetsän kanssa myös kansanterveystyön kuntayhtymään, ja Vammalassa vanhustenhuolto kuuluu perusturvalautakunnalle. *Valkeakoskella* (1997) toimii yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta. *Virroilla* sosiaali- ja terveyslautakunta toimivat erillään.

Jokaisessa kunnassa vanhukselle tehdään säännöllisen kotipalvelun alkaessa hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyössä kotipalveluohjaajan, kotisairaanhoidajan, vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa, ja suunnitelmaa pyritään pitämään ajan tasalla tietyin tarkistusvälein.

Poikkihallinnollista yhteistyötä tehdään *Orivedellä* kuntayhtymän kokouksissa ja alueellisissa, säännöllisesti kokoontuvissa hoitoonsijoitustyöryhmissä. *Orivedellä* järjestetään myös hallinnonalojen yhteistä koulutusta.



*Vammalassa* kokoontuu kuukausittain vanhustenhuollon työryhmä, jossa ovat mukana vanhustyön johtaja, kotipalvelun ohjaaja, johtava lääkäri, kaupungin, terveystieteiden keskuksen ja aluesairaalan sosiaalityöntekijät, vuodeosaston osastonhoitaja ja kotisairaanhoidaja. Myös muunlainen hallinnonalojen välinen yhteistyö ja palaverit ovat yleisiä sekä kuntayhtymän että muun henkilökunnan kesken.

*Tampereella* yhteistyötä tehdään SAS-toimistossa ja pysyvistä laitospaikoista neuvotellaan työryhmässä, jossa toimii ylilääkäri, ylihoitaja, johtava kotipalvelu-ohjaaja sekä SAS-toimiston edustaja.

Kuntien keinot ohjata kotihoidon resursseja

Valtio on luopunut tarkasta normiohjauksesta valtiosuusuudistuksen tultua voimaan 1993, mutta erityislainsäädäntö velvoittaa kuntia edelleen. Kunnan talousarvio on keskeinen vaikuttamisen väline.

Tampereen sosiaali- ja terveystoimen yli 2 miljardin vuosibudjetista 71 % perustuu lakisääteisiin velvoitteisiin, 28 % subjektiivisiin oikeuksiin ja 11 % jää harkinnanvaraisiin menoihin. Ostosopimuksia kunnat tekevät pääasiassa järjestöjen ja asumispalveluja tarjoavien vanhainkotien tai palvelutalojen kanssa.

Vanhustenhuollon periaatteista

Kuntien vanhustenhuollon periaatteelliset tavoitteet ovat samansuuntaisia valtakunnallisten tavoitteiden kanssa. Tärkein suuntaus on vähentää laitoshoidoa ja edistää vanhusten kotona selviytymistä. Vanhustenhuollon toimintaperiaatteiksi on Tampereella kirjattu omatoimisuuden edistäminen, ennaltaehkäisy, palveluhenkisyys, pyrkimys normaalisuuteen, valinnanvapaus ja luottamuksellisuus.

Näiden periaatteiden toteutumista arvioidaan palvelujen tehokkuuden, taloudellisuuden ja laadun ja asiakaspalautteiden avulla. Palveluhenkisyydellä tarkoitetaan yleensä asiakaslähtöisyyttä eli vanhusnäkökulmaa.

Kuntien kehittämistavoitteita

Tutkimuskuntien valtuustot olivat hyväksyneet vanhustenhuoltoa ohjaavat kehittämistavoitteet vuodelle 1997. Yleisenä vanhustenhuollon tavoitteena on lisääntyvän tai ainakin vanhenevan vanhusväestön selviytyminen ja hoitaminen entistä pidempään kotona. Tästä seuraa ympärivuorokautisten palvelujen tarve ja kolmannen sektorin tuki kotihoitoon.

*Orivedellä* tavoite oli laitoshoidon hoitopäivien vähentäminen, kotihoidon tukeminen ja välimuotoisen asumisen kehittäminen. *Juupajoella* tavoitteena on, että kaikki perushoitoa tarvitsevat hoidetaan omassa kunnassa, sekä avun saaminen jokaisena viikonpäivänä ja myös iltaisin. Tukipalvelut suunnataan 12 %:lle yli 75-vuotiaista ja päiväkeskustoimintaa kehitetään. *Längelmäellä* pyritään turvaamaan vanhusten kotihoidossa perushoito ja arkiselviytyminen ja kehittämään vanhainkodin, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyötä. *Valkeakoskella* kehitetään kotihoitokäyntejä ja avohuollon yhteistyötä ja helpotetaan lääkärin vastaanotolle pääsyä. Välimuotoisiin asumisvaihtoehtoihin ja päivähoitopaikkoihin panostetaan. *Vammalassa* kehitetään lähipalveluja ja ympärivuorokautisia avopalveluja, joilla turvataan vanhusten turvallisuudentunne. *Virroilla* haluttiin vanhus-tenhuollosta kartoitus, jonka pohjalta tehdään kokonaissuunnitelma myös koti-

hoidon tukemiseksi. Vanhusten päiväsaalaa kehitetään ja kotipalvelutiimi työskentelee vanhusmyönteisyyden pohjalta.

Kotihoidon kehittämiskohteiksi tutkimuskunnat olivat asettaneet seuraavat:

- päiväkeskus- ja päiväsaalatoiminta
- kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyö
- uusien yhteistyömuotojen etsiminen
- laatukäsikirjan laatiminen
- ympärivuorokautisen hoidon järjestäminen
- henkilökunnan ja työnjakojen kehittäminen.

Kuntien hyväksymät kehittämistavoitteet ovat usein jääneet tavoitteiksi, joiden saavuttamiseksi ei ole suunnattu resursseja tai etsitty keinoja tilanteen muuttamiseksi.

### *4.3 Kenttätutkimus kotikäynteinä*

Vanhusnäkökulman tarkentamiseksi tehtiin syksyllä 1997 kenttätutkimus, jossa tutkija Marja-Liisa Nyholm kävi auttajien mukana 20 vanhuksen (joista kaksi olivat pariskunta ja kaksi sisaruksia) kodissa Tampereen keskisellä alueella.

Tavatut vanhukset tulivat toimeen omassa kodissaan ulkopuolisen avun varassa. Lähes kaikkia vanhuksia auttoivat kunnan kotihoidon työntekijät paitsi sisaruksia, jotka saivat apua lapsiltaan ja lastenlapsiltaan. Jokaisella kotihoidon asiakkaalla oli hoito- ja palvelusuunnitelma.

Kenttätutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa vanhuksen kodin auttajaverkkoa, kotihoidon sisältöä ja vanhuksen kokemuksia selviytymisestään, auttajistaan ja palveluista. Auttajilta kysyttiin heidän tehtäviään vanhusten kodissa ja näkemystä vanhusten kotihoidosta. Vanhukselta tiedusteltiin, miten hän selviytyy kotona ja kehen turvautuu, kun terveys tai toimintakyky heikkenee. Ammattiauttaja, joka saa palkkaa työstään, tulee vanhuksen kotiin työntekijänä, jonka on hoidettava tietyt sovitut tehtävät (ulkoilu, ruuanlaitto, kaupassakäynti, haavan tarkistus, imurointi). Tutkija kävi vanhuksen kotona kodinhoitajan (kaupungin, SPR:n ja Lähimmäispirtin), lähihoitajan, kotisairaanhoidajan, diakonissan tai vapaaehtoistyöntekijän mukana. Tutkijan huomio kohdistui myös auttajan ja vanhuksen väliseen vuorovaikutukseen, asiakaslähtöisyyteen sekä vanhuksen turvallisuuden kokemukseen.

Kenttätutkimuksen tuloksiksi voisi tiivistää, että

- auttaja kohtaa vanhuksen asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti
- vanhuksen turvallisuudentunteen ja palvelujen saatavuuden välillä on yhteys
- auttajat ohittavat helposti vanhuksen omaehtoisuuden (esim. aikasopimukset)
- tiedonkulussa on katkoksia sekä vanhuksen suuntaan että auttajien kesken.

Koska kenttätutkimus tehtiin Tampereen keskusta-alueella, tuloksia ei voida suoraan soveltaa haja-asutusalueelle, jossa etäisyydet ovat pitkiä eikä apua tai tukea tarjota välttämättä virallinen järjestelmä. Yhteistä näille vanhuksille oli, että suurin osa heistä asui yksin ja omaiset asuivat kaukana tai olivat päivät työssä. Vanhusten kotikäynneistä saatua tutkimusaineistoa on käytetty vanhuslähtöisyyttä tarkastelevassa osuudessa.

#### 4.4 Kuntaseminaarit

Valkeakoskella, Virroilla, Orivedellä (kuntayhtymä) ja Tampereella pidettiin Jukka Ohtosen ja Vammalassa Terttu Pesonen-Säilän johdolla kuntaseminaarit touko- ja kesäkuussa 1998. Kunnat kutsuivat seminaareihin osallistujiksi kotipalvelun, kotisairaanhoidon, omaishoitajien, vanhusjärjestöjen, palveluntuottajajärjestöjen ja seurakunnan edustajia. Kaikkiaan seminaareihin osallistui 157 kotihoiton toimijaa. Oriveden kuntayhtymän seminaarista puuttuivat omaishoitajat ja Tampereen seminaarista palvelujen käyttäjät eli eläkeläisjärjestöjen edustajat.

Ryhmät muodostettiin edustamaan tutkimusprojektin valitsemia näkökulmia, joten osallistujia ohjattiin ryhmiin tältä pohjalta. Eri kunnissa vastaajat ryhmittivät hieman eri tavoin osallistujamäärien mukaan.

Jos kuntaseminaarien osallistujia tarkastellaan näkökulmakohtaisesti, kunnat olivat kutsuneet seminaareihin edustajia seuraavista toimijaorganisaatioista:

1 Eläkeläis- ja veteraanijärjestöt	Käyttäjä- eli vanhusnäkökulma
2 Muut järjestöt	Vapaaehtoisapu (SPR, kyläyhdistykset, srk), palvelutaloyhdistykset
3 Omaishoitajat	Hoitaja- ja omaisnäkökulma kotihoitoon
4 Kunnan työntekijät	Kuntanäkökulma sosiaali- ja terveydenhuoltoon
5 Hoiva-alan yrittäjät	Palveluntuottajajärjestöt, hoivayrittäjät ja osuuskunnat

Taulukko 4. Kuntaseminaarien osallistujat.

Ryhmä	Käyttäjät/ Veteraanit	Järjestöt/ Yrittäjät	Omais- hoitajat	Sosiaali- ja terveystoimi	Yhteensä*
Vammala	7	5	2	12	31
Valkeakoski	7	7+5	4	15	37
Virrat	5	9+5	5	9	33
Orivesi	2	10+4	0	18	34
Tampere	0	4+3	2	7	18

\* sisältää kesken tulleet ja poistuneet

Kaikissa kuntaseminaareissa kysymykset olivat muotoilultaan samat, vaikka yhdessä seminaarissa ei ehditty ajan puutteen vuoksi käsitellä yhtä kysymystä. Ensimmäinen kysymys (nro 0) esitettiin jokaiselle osallistujalle, muut ryhmälle.

0. Millä tavoin vanhusten kotona selviytymistä tukevia toimia tulisi kehittää? Numeroi kolme mielestäsi tärkeintä asiaa. (Jokainen vastasi yksilökohtaisesti lomakkeella.)

1. Luettele, kenen kanssa teette vanhusten kotona selviytymistä tukevan toiminnan yhteistyötä tällä hetkellä ja kenen kanssa haluatte yhteistyötä tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua 2003) – kerro myös yhteistyön sisältö.

2. Selosta, mitä vanhusten kotona selviytymistä tukeva yhteistyö verkostossa tarkoittaa kunnassanne.

3. Selosta a) millaisia edellytyksiä palveluverkko vaatii, b) mitä esteitä verkon muodostamisessa tulee ilmenemään ja c) kuinka esteet poistetaan.

4. Luettele palveluverkon hyödyt ja haitat vanhuksen ja palvelujen tuottamisen kannalta.

Osallistujat esittelivät vastaukset ryhmäkohtaisesti piirtoheitinkalvoilla. Tutkijat kokosivat kunkin ryhmän esittämät tulokset kysymyskohtaisesti fläppitaululle, joten seminaarin osallistujat saattoivat kommentoida ja arvioida kokonaistulosta.

Kuntakohtaisia tutkimusaineistoja on käytetty eri näkökulma-kohtaisissa tarkasteluissa ja kunkin tutkimusosuuden johtopäätöksissä.

#### *4.5 Kotihoidon kehittämiskohteet tutkimuskunnissa*

Kuntaseminaarien ensimmäiseen kysymykseen kotihoidon kehittämistavoista tuli monia vastauksia, joissa vaadittiin lisää resursseja. Verkostoitumisen edellytyksiä tai esteitä pohdittaessa resurssien puute ei kuitenkaan aina ollut ratkaiseva.

Vanhustenhuollon yleisen tilanteen kunnassa arvioi huonoksi Valkeakoskella ja Tampereella 30 % vastaajista, mutta muissa tutkimuskunnissa vain muutama, Vammalassa ei kukaan. Parhaimmaksi vanhustenhuollon tilanne arvioitiin Oriveden seutukunnassa ja Vammalassa.

Oriveden seutukunnan ja Virtojen seminaariedustajat vaativat yhteistyön lisäämistä. Oriveden seutukunnassa korostui myös ympärivuorokautisen avun ja resurssien lisäämisen tarve. Oman tahon panostuksen arveltiin vähenevän Vammalassa, kun taas Tampereella yli 90 % arveli panostuksen lisääntyvän tulevaisuudessa. Yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt katsoivat muita useammin, että heidän panoksensa tulee lisääntymään.

Vanhuksen kotona selviytymistä voidaan kuntaseminaarin osallistujien mielestä parantaa lisäämällä tukea ja apua sekä sellaista yhteistyötä, jolla saataisiin lisää ympärivuorokautista apua, resursseja, välimuotoisia palveluja ja tehokkaampaa tiedottamista.

Kuntaseminaareissa kehittämisen kohdealueiksi nousivat seuraavat asiat:

##### *Valkeakoski*

- auttajien keskinäinen työnjako
- tiedonkulku, tietopankki
- vapaaehtoistyön lisääminen
- rahoitus ja henkilöresurssien lisääminen

##### *Vammala*

- joustavaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken, myös ruohonjuuritasolla
- tiedonkulun ja -välityksen toimivuus
- koulutus ja moniammatillinen orientaatio
- yhdyshenkilö vanhuksen kotihoitoon

##### *Virrat*

- tietouden saaminen ja palveluoppaan laatiminen
- yhdyshenkilö
- selkeä työnjako kotihoitoon

*Oriveden seutukunta (Orivesi, Juupajoki, Längelmäki)*

- tilannekartoitus yhteistyön mahdollisuuksista ja palvelutarpeesta
- välimuotoiset asumispalvelut
- tiedonkulun parantaminen ja yhteistyökyky

*Tampere*

- palvelutarveselvitys
- vanhukselle oma vastuuhenkilö kotihoitoon
- moniammatillinen työtiimi kotihoitoon

Tutkijat eivät määritelleet kuntaseminaareissa verkon tai verkoston käsitettä, joten osallistujat määrittivät seminaarin aikana verkoston itse.

Kunnat hahmottivat verkoston

- tiedonvälityksen ja tiedonhallinnan verkoksi
- kirjalliseksi palveluoppaaksi, kartaksi
- koordinoituksi toiminnaksi, johon tarvitaan yhdyshenkilö
- yhteistyöverkoksi, turvaverkoksi, jossa lisää sitoutumista
- täydentävien palvelujen ja vapaaehtoistyön koordinoitiverkoksi
- moniammatilliseksi työtiimiksi esimerkiksi omaishoitoon.

Kuntaseminaareissa määriteltiin verkoston

edellytykset

ja esteet

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| - joustava, ei byrokraattinen | - byrokraattisuus, kilpailu     |
| - asiakkaan ehdoilla toimiva  | - salassapitovelvollisuus       |
| - kehittynyt tietojärjestelmä | - tiedonkulun ongelmat          |
| - sovitut yhteiset tavoitteet | - henkilökemiat, reviiirit      |
| - rahoitus ja resurssit       | - resurssiniukkuus, hinnoittelu |

Verkostoitumisen esteiden poistaminen

- |                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| - yhteinen työn suunnittelu          | > TYÖNJAKO      |
| - tiedon ja tiedonkulun parantaminen | > TIEDOTTAMINEN |
| - resurssien ohjaaminen              | > RESURSSIT     |
| - asennemuutoksen edistäminen        | > KOULUTUS      |
| - sitoutuneisuuden lisääminen        | > VASTUUHENKILÖ |

Kunta-aineistoista voidaan päätellä vanhustenhuollon tilanteen solmukohdat, joihin ensisijaisesti halutaan muutosta. Tilanneanalyysin pohjalta kotihoiton verkostoitumisen edistämiseksi voidaan nimetä seuraavat kehittämisaalueet:

Kartoitetaan paikalliset resurssit, ongelmat ja olosuhteet.

- Monia toimijoita tullut vanhusten kotiin (kaupungissa enemmän).
- + Vanhusten palvelutarpeesta ja toiveista paikallinen kartoitus.
- Etäisyyksillä ratkaiseva merkitys palveluverkon luomiselle.
- + Paikallinen vanhusten kotihoidon verkostointi säästää resursseja.

Vähennetään tiedonkulun ongelmia.

- Tiedonkulussa on ongelmia jokaisessa kunnassa.
- Tieto ei kulje auttajien kesken.
- + Tarvitaan tietopankki tai -keskus, josta saisi tarvitsemansa tiedot.
- + Kotihoitoon tarvitaan tietoa myös hoivayrittäjien ja järjestöjen palveluista.
- + Tavoitteena tiedon reaaliaikaisuus.

Toteutetaan asiakaslähtöisyyttä vanhuspalveluissa.

- + Vanhusta on kuultava palvelujen tuottamisessa.
- + Kenttätyössä asiakaslähtöisyys toteutuu vanhuksen kohtaamisena.
- Kotihoito on ammatillisesti ja ajallisesti edelleen pirstoutunutta.

Nimetään yhteyshenkilö verkostoon.

- Jokaisessa kunnassa kaivattiin yhdyshenkilöä tai koordinaattoria.
- Vanhus tai omainen ei saa tarpeeksi tietoa avunsaannista.
- + Yhdyshenkilö tietää ja huolehtii vanhuksen hoidon kokonaisuudesta.

Parannetaan toimijoiden yhteistyökykyä ja vaikutetaan asenteisiin.

- Toimijoiden yhteistyötä rajoittavat vaihteluvollisuus ja asenteet.
- Ammattilaisten toimenkuvat.
- + Organisoidaan verkostokoulutusta ja yhteisiä tapaamisia.

Edistetään kotihoidon verkostoitumista kunnan toimin.

- + Kunta vastaa vanhuksen hoidon laadusta ja tasosta.
- Tietoverkon luominen ja ylläpitäminen verkostoitumisen edellytys.
- + Kunnalta odotetaan tiedon välittämistä yksityisistäkin palveluista.

Nämä kuusi ongelma-alueita, joista on luokiteltu kuusi toimenpidekokonaisuutta, nousivat tutkimuskunnissa selvästi verkostoituvien palvelujen kehittämisen alueiksi. Kehittämiskeinoja esitellään myöhemmin raportin muissa luvuissa.

## 5 Vanhusnäkökulma kotihoidon verkostoon

Tämä tutkimusosio selvittää, mihin ja miten verkostoituneet kotihoidon palvelut voivat olla ratkaisu vanhuksen elämässä. Tutkimus keskittyy vanhusnäkökulmaan palveluverkon edellytysten, esteiden ja uhkien osalta. Palvelu- ja hoitojärjestelmiä tarkastellaan niiden ihmisten arkielämän kannalta, joille ne on tarkoitettu. Aineistona ovat kirjallisuus, käynnit vanhusten kodeissa auttajien mukana ja projektin kuntaseminaarit.

Vanhuksen arki on sen kokonaisvaltaista sujumista. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa sitä, että vanhuksen elämää ei voi tyhjentää luetteloihin hyvän arjen vaatimuksista. Arjen sujuminen ja mielekkyys riippuu paljon siitä fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä, jossa ihminen elää ja vanhenee, eikä yksilöä pidä keino-tekoisesti irrottaa sosiaalisista ja muista suhteistaan. Vanhuus ei ole vaivojensa summa, vaan myös tyytyväisyyttä, rauhallisuutta ja tasapainoa.

Kun vanhus tarvitsee apua selviytyäkseen, tulevat hätään ensin julkiset, verovaroin rahoitettavat kunnalliset palvelut. Julkiset palvelut kattavat vain pienen osan kotona apua tarvitsevan henkilön arjen avusta, vaikka niiden merkitys oikeuksien takaajana on suuri (ks. liite 1). Vanhuksen terveyden ja toimintakyvyn heikentyessä hänen hyvinvointiinsa vaikuttavat ensi sijassa lähiomainen, koti ja lähiympäristö. Kotona asuvat vanhukset saavat apua omaisiltaan, naapureiltaan, ikätovereiltaan, yrityksiltä, kotipalvelusta ja vapaaehtoisilta auttajilta sekä kunnan muista palveluista.

Kunnan kotihoidon palvelut ovat tärkeitä ammatillisten laatutekijöiden vuoksi. Niitä ovat jatkuvuus, pitkäjänteisyys ja vastaanottamisen helppous. Asiakas yleensä maksaa palveluista eikä työntekijän ja asiakkaan suhteeseen sisälly samanlaisia ristiriitoja kuin omais- tai naapurisuhteisiin. Ammattiavun ongelmia voivat olla autoritaarinen suhtautuminen vanhukseen, hänen tarpeidensa ja odotustensa sivuuttaminen sekä avun pirstoutuminen työntekijöiden vaihtuessa. Toimenkuvat voivat rajata tehtäviä ja suunnata niitä liian monelle eri auttajalle.

Vanhusten kotona asumista perustellaan erityisesti sen inhimillisyydellä ja taloudellisuudella. Perustelut ovat pääosin yhdensuuntaiset: vanhukset haluavat

asua kotonaan mahdollisimman pitkään, eivätkä he aina lähde sieltä, vaikka kaikkia mukavuuksiakaan ei ole käytettävissä. Samalla kotihoito on keskimäärin halvempaa kuin laitoshoido. Kotihoitoa annetaan myös inhimillisistä syistä, vaikka se ei tapauskohtaisesti arvioituna tulisikaan halvemmaksi, esimerkiksi terminaalivaiheessa olevalle syöpäsairaalle.

Vanhuus ja vanheneminen on jokaiselle erilainen elämänvaihe. Sen piirteet ilmenevät eri aikaan ja erilaisina, eikä vanhuus ala mistään tietystä iästä. Suuri osa vanhuksista elää suhteellisen terveenä ja tyytyväisenä. Normaaliin vanheneamiseen kuuluu vähitellen aleneva energia, heikkenevä reagointi ärsykkeisiin, aloitekyvyn ja kiinnostuksen kohteiden väheneminen, tietynlainen itsekeskeisyys. Fyysisten ja psyykkisten voimavarojen heikkeneminen voi johtaa avuttomuuden tunteisiin. Vanhemmiten on aiempaa vaikeampaa luoda uusia läheisiä ihmissuhteita. Tästä syystä tärkeimmiksi jäävät usein omaissuhteet. Nekin muuttuvat nopeasti. Lapset ja lapsenlapset irtautuvat itsenäiseen elämään, puoliso, ystävät ja monet tuttavat menetetään. Tämä kaikki voi johtaa yksinäisyyteen. Yksinäisyydestä, varsinkin kaukana palveluista ja naapureista asuttaessa, aiheutuu turvattomuutta.

Vanhuksen näkökulmasta vanhuspolitiikka koskee terveyden ja toimintakyvyn edistämistä, ihmissuhteita, yksinäisyyden lievittämistä, mielekästä toimintaa ja turvallisuutta sekä sairaanhoitoa. Palvelujärjestelmältä ja auttajalta nämä edellyttävät itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, joustavuutta, palveluiden saatavuutta sekä ystävällisyyttä varsinkin ystävyiden merkityksessä.

Vanhuksen elämän keskeisin resurssi on hyvä terveys. Se auttaa häntä selviytymään itsenäisesti. Sairauksien hoidon lisäksi palveluissa on huomio keskitettävä myös jäljellä olevaan terveyteen ja ihmissuhteisiin. Vanhuksen vakaa taloudellinen asema antaa mahdollisuuksia valintoihin ja turvaa palvelut. Tuttu ja turvallinen ympäristö tukee vanhuksen toimintakykyä.

## *5.1 Vanhuksen näkökulma kotihoitoon*

### 5.1.1 VANHUKSEN OMATOIMISUUS JA ITSENÄISYYS

Vanhuutta pidetään väistämättömänä, vastoinkäymisenä, johon ihminen ei voi itse vaikuttaa. Ihmisen ikääntyessä hänen elämänsä muuttuu eläkkeelle jäämisen, rakkaimpien menetysten ja oman kuoleman lähestymisen vuoksi. Fyysiset muutokset suurten elämänmuutosten keskellä voivat olla jopa suhteellisen merkityksettömiä. Toisaalta jo vanhenemisen tärkeimmät biologiset tekijät ovat moninaiset ja nämä muutokset aiheuttavat monenlaisia ongelmia. Kuitenkin sellaisiin keskeisiin hyvinvointia ja terveyttä edistäviin tekijöihin kuten elämän mielekkyyteen on mahdollista vaikuttaa kaikissa elämän vaiheissa. (Ks. McKee 1982, Hervonen–Pohjolainen 1991).

Fysiologisesti vanhenemiseen kuuluu voimavarojen väheneminen, jonka seurauksena liikkuminen vaikeutuu ja ihminen väsyä aiempaa helpommin. Suoritusnopeus hidastuu ja toimintoihin tarvitaan enemmän aikaa. Huomio- ja reaktiokyky alenee, muisti heikkenee, oppimis- ja omaksumiskyky huononee. Aistit



heikkenevät. Vanhenemisen myötä ihminen tulee aiempaa herkemmäksi vedolle ja kylmälle. Vanhus voi menettää mahdollisuuden ja halun mielekkääseen tekemiseen. Toimettomuus harmaannuttaa arjen yksitoikkoiseksi ja aiheuttaa turhautumista ja tarpeettomuuden tunnetta.

Toimintakyky voidaan määritellä vain yksilön kompetenssin ja ympäristön suomien edellytysten vuorovaikutuksena (Lehto–Päivärinta 1998, 7). Vanhuksen toimintakyky riippuu sitä enemmän fyysisen asuinympäristön edellytyksistä, mitä enemmän hänen oma fyysinen toimintakykynsä alenee.

Itsemääräämisoikeus ja itsenäisyys ovat perusedellytyksiä vanhuspalveluiden laadulle. Itsemääräämisen edellytyksiä ovat riittävä sosiaalinen ja taloudellinen asema, selviytymiskyky, sosiaalinen verkosto ja turvallisuuden tunne. Jos vanhus on suhteellisen varaton ja vailla sosiaalisia suhteita, hän on varsin avuttomassa tilassa ja julkisen auttamisjärjestelmän armoilla. (Merjola–Partanen ym. 1994, 7.)

Yhteiskunta pitää vanhuutta ja siihen liittyvää avun tarvetta usein merkkinä avuttomuudesta. Tämä asenne leimaa vanhuksen muutenkin kuin vain fyysisesti avuttomaksi. Häntä pidetään menneeseen takertuvana, joustamattomana, konservatiivisena. Psykkistä avuttomuutta pidetään syynä siihen, että vanhuksen omatoimisuus vähenee. Asia voi olla päinvastoin: omatoimisuus heikkenee, koska liikkumiseen ja sosiaalisiin kontakteihin ei ole mahdollisuutta.

Toimintakyvyn aleneminen johtaa syrjäytymiseen ja vetäytymiseen tavanomaisesta ympäristöstä. Tällöin palvelujen tarve lisääntyy toimintakyvyn heikkenemisen ja toimintaympäristöön liittyvien rajoittavien tekijöiden vuoksi. Täähän liittyy itseään vahvistavia tekijöitä. Auttaja voi osaltaan nopeuttaa toimintakyvyn heikkenemistä toimimalla liikaa vanhuksen puolesta. Usein vanhukset ovat itse tarkkoja siitä, että saavat tehdä sen mihin vielä kykenevät.

Vanhenemisen, myös menestyksellisen vanhenemisen taustatekijät ovat moninaiset. Korkeassakin iässä eri taustatekijät vaikuttavat kykyyn toimia ja selviytyä. Niiden varassa vanhus ylläpitää elämänsä laatua silloinkin, kun keho raihaantuu, sairaudet koettelevat ja riippuvuus muista ihmisistä lisääntyy. (Anttinen 1993, 35.)

Ihmisen kuuluminen useisiin ryhmiin edistää hänen psykologista hyvinvointiaan, ja tämä auttaa häntä omaksumaan erilaisia näkökulmia. Vanhemmiten ihminen ei enää kuulu yhtä useaan ryhmään. Hänen hyvinvointiinsa vaikuttaa erityisesti se, kuinka usein hän on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Kontaktien määrä tai useus ei silti välttämättä kerro mitään siitä, kuinka merkityksellisiä suhteet vanhukselle ovat. Eläkeiässä korostuvat sukulaisuus- ja ystävyys-suhteet.

Laajalla ihmissuhdeverkostolla ei aina ole hyvinvointia edistävää vaikutusta. Joskus vanhus voi kokea sosiaalisuuden vaatimukset velvollisuuksiksi, mikä voi rasittaa häntä. Esimerkiksi suku voi kohtuuttomasti odottaa vanhuksen huolehtivan paitsi itsestään myös perheestään ja puolisostaan. Vanhus voi reagoida vaatimukseen vetäytymällä sosiaalisista tilanteista sukulaistensa kanssa, jolloin hän saattaa menettää sosiaalisen tuen. (Vrt. Seikkula 1994, 31.)

### 5.1.2 VANHUKSEN KOTI JA TOIMINTAKYKY

Ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvät muutokset voivat tapahtua hitaasti tai nopeasti: tulot laskevat, ystävät vähenevät, maaseutu autioituu ja toimintakyky heikkenee. Viimeistään siinä vaiheessa, kun vanhus joutuu toimintakyvyn heikennyttä siirtymään laitoshoitoon, hänen psyykkiseen ja henkiseen terveyteensä vaikuttavat tekijät muuttuvat ja hänen toimintakykynsä heikkenee entisestään. Prosessissa on toisiaan vahvistavia tekijöitä.

Vanhuksen edellytyksiä selviytyä kotona arvioidaan hänen toimintakykynsä perusteella. Vanhusten itsenäinen suoriutuminen päivittäisistä toimista (Activities of Daily Living, ADL) alenee välineellisistä (1–4) toimista perustoimintoihin (5–10).

- 1 Siivoaminen
- 2 Ostosten tekeminen
- 3 Julkisen liikenteen käyttö
- 4 Ruuan valmistaminen
- 5 Peseytyminen
- 6 Pukeutuminen
- 7 WC-käynnit
- 8 Siirtyminen vuoteesta/tuolista vuoteeseen/tuoliin
- 9 Pidätyskyky
- 10 Syöminen

Toimintakyvyn heiketessä vanhukset tarvitsevat ensin apua siivoukseen ja ostoksilla käymiseen. Seuraavaksi tulee vaikeuksia julkisten kulkuneuvojen käytössä ja ruuanlaitossa. Päivittäisistä toimista ensimmäinen vaikeuksia tuottava on peseytyminen. (Sonn 1997, 13, viite Sipiläinen–Kylmäaho 1998.)

Toimintakyvyn heiketessä asunnon kunto ja varustetaso vaikuttavat suuresti kotona selviytymiseen. Koti on merkittävä sosiaaliseen, fyysiseen, henkiseen ja psyykkiseen turvallisuuteen vaikuttava tekijä. (Ks. Lappalainen 1995, 11.)

Vanhusten vaatimukset useiden tekijöiden ja siten myös kodin ja asuintilojen suhteen ovat samat kuin muidenkin ikäryhmien. Tilan tarpeen katsotaan usein pienenevän vanhetessa, mutta lisääntyvä avun tarve asettaa vanhuksen kodille ja lähiympäristölle kuitenkin omat vaatimuksensa. Kun asuntojen suunnittelussa otetaan huomioon heikoimpien tarpeet, asunto on tarvittaessa helppo muuttaa näitä erityistarpeita vastaavaksi. Suunnittelussa yleissääntö, että ”se mikä on hyvää vanhukselle, on hyvää myös muille”, hyödyttää mm. lapsiperheitä ja vammaisia. Kodin ahtaus (mm. liian pieni kylpyhuone), toimimattomuus (mm. sopimaton apuvälineeksi) tai heikko varustetaso (lämpimän veden puute) voivat aiheuttaa sen, että vanhus joutuu siirtymään laitoshoitoon. (Karhinen 1998, 7–10.)

Kodin toimivuutta voidaan parantaa usein helposti ja tehdä halvalla merkittäviäkin parannuksia. Apuvälineillä liikkuminen vaatii riittävästi tilaa. Vanhuuden yleisiä vaatimuksia kodille ovat paikallaan pysyvät, säädeltävät kalusteet, sopivat lattiamateriaalit, voimakas ja tarkoituksenmukainen valaistus, esteetön kulku ulos, kaiteet, raput, penkit jne. (Mt.; kotikäynnit 1998.)

### 5.1.3 VANHUKSEN KOKEMA TURVALLISUUS

Kodin apuvälineet ovat tärkeitä, mutta eivät korvaa niitä tekijöitä, joilla on suurin vaikutus turvallisuuden tunteeseen. Tekniikka nopeuttaa mm. avun saantia, mutta sellaisia turvallisuuden tunteeseen vaikuttavia tekijöitä kuin pelkoa vakavasta sairastumisesta tai kuolemasta ei voida poistaa tekniikan avulla – ainakaan eettisesti kestäväällä tavalla. Turvallisuus tarkoittaa enemmänkin nykyistä tiiviimpiä palvelujen tuottajien ja vanhusten vuorovaikutussuhteita. Esimerkiksi läheisen ihmisen menetys vaikuttaa usein enemmän kuin oma vakava sairaudentila.

Vanhukset kokevat olonsa turvalliseksi eri perustein. Jollekin riittää tieto jonkun ihmisen halusta auttaa tarpeen tullen, toinen tarvitsee jatkuvaa huolenpitoa, vaikka ei sitä fyysisesti tarvitsisikaan. Yksilön tasolla turvallisuuden tarve ilmenee Kaufmanin mukaan seuraavilla kolmella tavalla: 1) Tarpeena suojautua ulkoisilta vaaroilta. 2) Jatkuvuutena ja järjestyksen tarpeena. Ihminen odottaa, että elämä jatkuu odotetun kaltaisena, ymmärrettävänä ja selitettävänä. Esimerkiksi uskontojen on sanottu syntyneen elämän selittämättömiä ilmiöitä varten. Aineellisella ja orgaanisella tasolla jatkuvuuden tarve ilmenee mm. varastoimisena ja sosiaalisten liityntöjen tasolla mm. suhteiden virallistamisena. 3) Pyrkimyksenä sisäiseen tasapainoon, jolloin ihmisellä on pyrkimys päästä tuskasta ja pelosta sekä saavuttaa tasapaino, jossa ei ilmene ongelmia tai ne ovat vähintään sisäisesti hallinnassa. (Kaufman, viite Hämäläinen–Niemelä 1993, 121–123.)

Positiivisesti ihminen pyrkii eheyttämään kokemuksiaan kokonaisuudeksi. Hän etsii kokemuksilleen eräänlaista henkistä mieltä, usein ”hinnasta” riippumatta (vrt. Achte–Tuulio–Henriksson 1984, 77). Negatiivisen turvallisuuden tarpeen ilmentymiä on varmistautuminen hoitoon pääsystä. Kodista päivystyspalveluihin, palveluasuntoon tai hoitolaitokseen ryhdytään jonottamaan epävarmuuden lisääntyessä usein varmuuden vuoksi, jotta varmistettaisiin avun ja tuen jatkuvuus. Luottamus palvelujärjestelmän joustavuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen on keskeinen vanhuksen ja hänen omaisensa valintoja ohjaava tekijä. (Ks. Lehto–Päivärinta 1998, 30.)

Vieras auttaja asettaa kapeasti tulkitun turvallisuuden ja hyvinvoinnin helposti kotia tärkeämmäksi. Tämän takia auttajat, ja omaisetkin, suosittelevat laitoshoidoa heti, kun vanhuksella alkaa (heidän mittansa mukaan) ilmetä normaalia enemmän vaikeuksia arjessa selviytymisessä. (Kotikäynnit.)

Pienetkin muutokset aiheuttavat usein tarpeetonta huolta tai jännittämistä tulevasta. Yllätyksistä ja nopeista tilan vaihdoksista (kodista muualle) ei välttämättä tarjoudu positiivista vaihtelua. Yllättävä vierailukutsu saattaa viedä vanhuksen yöunet, eikä seuraavasta päivästä ole oletettua iloa. Tai suurta mielipahaa tuottaa, kun leiritapaamiselle ei olekaan avointa hakua, kuten vanhus on aiempien kokemusten perusteella olettanut. Leirille ottamisen kriteereitä on muutettu vanhukselle tiedottamatta. Sitä, että vanhus odottaa hakulomaketta posititse, mutta ei sitä lopultakaan saa, hän pitää loukkaavana. (Kotikäynnit.)

Vanhukselle lähiympäristön, esineiden ja välineiden tuttuus ja toimintavarmuus on tärkeää. Lisäksi sellaiset esineet kuin radio tai televisio ovat vanhukselle tärkeitä kanavia osallistua yhteiskunnan tapahtumiin. Mm. Cahill (1994) korostaa ”uudessa sosiaalipolitiikassaan” mm. informaatioteknologian, televisionkatselun ja ostoksillakäynnin merkitystä osana hyvinvointia.

Turvallisuus samaistetaan usein suppeasti vain teknisiin turvalaitteisiin. Teknologian hyödyntäminen on yksi keino ja vain osa laajempaa turvallisuutta ja selviytymistä. Pahimmillaan tekniset apuvälineet voivat jopa lisätä syrjäytymistä. (Salminen 1996, 291.) Tekniikka on tullut vanhuksen avuksi mm. turvapu-helimen ja aamuisen puhelinvarmistuksen muodossa. Uusia välineitä kehitellään ja tulee markkinoille koko ajan.

Palvelujen käyttäjät ja omaiset pitävät yhtenä verkostoitumisen keskeisenä hyötynä turvallisuuden lisääntymistä. Parhaiten turvallisuutta lisäävät tiedon kulun paraneminen sekä arvostuksen ja luottamuksen kasvaminen. (Kuntasemi-naarit.)

#### 5.1.4 VANHUKSEN TARVITSEMA TIETO

Tiedolle ja tiedon kululle ei toistaiseksi ole annettu merkitsevää roolia. Nykyisin tieto auttajien kesken kulkee liikaa varsinaisen toiminnan ohessa. Tieto ei myöskään aina ole käytettävissä vanhuksen kotona. Tiedossa ja tiedon kulussa on tämän takia katkoksia ja aukkoja ja tietoa voi tulla liian monesta lähteestä. Kotihoidon verkostoa ei ole ilman toimivaa tiedonvälitystä. Viranomaislomak-keisiin ei kirjata akuutteja muutoksia tärkeimmissä arjen toiminnoissa. Kun tieto kulkee auttajien kesken, se helpottaa myös omaisten ja muiden ei-ammattiauttajien työtä.

Tampereella ammattiauttajat kommunikoivat viestivihon välityksellä. Sini-kantiseen pikkuvihkoon kirjoitetaan päivämäärä, toimet kotona sekä kommentteja vanhuksen terveydentilan muutoksista. Kuittauksena on auttajan allekirjoi-tus. Vihkoon kirjoittaminen perustuu hyväntahtoiseen vuorovaikutuksen ylläpi-tämiseen työtovereiden kesken. Ongelmalliset asiat hoidetaan puhelinkontak-tein. Vihkoon ei kirjata laboratoriokokeiden tilaamisia tai lääkkeen loppumista. Muiden kotona vanhusta auttavien välillä ei välttämättä ole minkäänlaista tie-donvälitystä. Auttajilla ei ole edes toisten auttajien yhteystietoja.

Verkostoituvien vanhuspalveluiden selvänä hyötynä kuntaseminaareissa pi-dettiin tiedonkulun ja luottamuksen paranemista, mikä lisää myös vanhuksen turvallisuuden tunnetta. Vanhukselle puhelin on tärkeä tiedonkulun ja avunsaan-nin väline. Tarkistussoitot ja muu yhteydenpito vanhuksen ja omaisten tai ystä-vien välillä lisäävät turvallisuutta. Ammattiauttajat kirjoittavat vanhuksen muis-tin tueksi muistilappuja.

Selkeitä ja yksinkertaisia tiedonkulun välineitä ovat matkapuhelimet (mah-dollisuus pitää yhteyttä palveluiden koordinaattoriin) ja yksinkertaiset suuriko-koiset kalenterit, vihkot tai kirjat, joita käytetään aktiivisesti. Eri toimijat kir-jaavat omaan osioonsa yhteystietonsa. Kun eri toimijoille, kuten omaisille ja muille tahoille, on kalenterissa tai kirjassa oma sarakkeensa, tieto myös jäsenyy. Van-huksesta kirjattu terveydentila ja mielialan muutokset helpottavat kotiin saapu-van auttajan työtä.

Vaikka palvelujen tarjoajan, kunnan tai työntekijän velvollisuudeksi onkin usein määritelty tiedottaa palveluvaihtoehdoista, sitä ei tehdä riittävästi. On tär-keää kertoa jo ennakolta, ennen kuin palveluja aletaan myöntää, ne tahot, perus-teet ja periaatteet, joiden mukaan asiakkaan on mahdollista saada apua ja tukea.

### 5.1.5 MITÄ VANHUKSET PALVELUILTA HALUAVAT?

Vanhuksille on tärkeää, että he kykenevät itse selviytymään arjen toimista – myös siinä merkityksessä, että he haluavat nimenomaan viettää tavanomaista arkea. Kotiapua halutaan, jotta voitaisiin levähtää liikaa voimia vievistä toimista, kuten aviopuolison auttamisesta. Avun ei haluta muuttavan arkielämän sisältöä sinänsä. Tämän takia on tärkeää, että vanhus voi säilyttää tapansa ja käytäntönsä sekä muut itselleen arvokkaat asiat. Tietenkin auttaja tuo myös monia uusia tärkeitä ulottuvuuksia vanhuksen elämään. (Ks. Heggeman–Thomas 1989, 97.)

Vanhukset haluavat kotipalvelulta 1) apua niin vähän kuin mahdollista, mutta silti riittävästi, 2) sitä apua, mitä on luvattu ja 3) apua sovittuna aikana. (Helameri 1997, 33; Heggeman–Thomas 1989, 95.) Se kuinka paljon apua vanhus saa (liikaa tai liian vähän), millä tavoin, mihin viikon- ja vuorokaudenaikaan jne., osoittaa vanhukselle, minkälaiseksi muut määrittelevät hänet. Avun ajankohta vaikuttaa päiväjärjestykseen eli mahdollisuuteen jatkaa omaa yksityistä elämää. Usein vanhuksen koko päivä jäsentyy ulkopuolisen vierailun perusteella.

Vanhukselle palvelun tai hoidon riittävyys voi tarkoittaa määrää, laatua tai saatavuutta. Palveluiden saatavuus tarkoittaa ensi sijassa sitä, että työntekijä saapuu sovittuun aikaan, viipyy tarpeeksi kauan, hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät muutu ja vanhukselle on tiedotettu palveluista hyvin. (Helameri 1997, 33.)

Vanhukset asiakkaina ovat tyytymättömiä joutuessaan odottamaan, kun sovitusta ajoista ei pidetä kiinni. Vanhuksella katsotaan olevan aikaa odottaa, koska ”hän on joka tapauksessa kotona”. Vanhus kuitenkin jäsentää arkeaan suunnittelemalla päivänsä rutiinien mukaan. Yksityisyyden merkitys katoaa odottaessa, vaikka varsinaista asiointi- tai muuta menoa ei kyseisenä päivänä olisikaan.

Kotiapua tarvitsevan vanhuksen tarpeet voivat näyttää ristiriitaisilta. Vanhus voi pitää apua riittämättömänä, mutta sanoa samaan aikaan, että hän ei tarvitse sitä tai että hän saa apua aivan liikaa, häntä holhotaan, hänen ei anneta päättää asioista riittävästi. Hän voi myös pitää työntekijöitä laiskoina.

Vanhuksen ja auttajan välisissä ristiriitatilanteissa voi olla kyse paitsi tavanomaisesta tarpeiden väärin tulkitsemisestä myös siitä, että palveluiden muoto ja sisältö ovat epäsuhteessa verrattuna vanhuksen henkilökohtaisiin arvoihin, arvostuksiin, asenteisiin ja odotuksiin. Usein törmää esimerkkiin, jossa hankalana ja vaativana pidetty asiakas tarvitseekin enemmän läheistä ihmistä, joka täyttää jonkin sosiaalisen tarpeen, kuin ammattiauttajan apua.

Suutarisen (1995, 17) mukaan selitys vanhusten huonoihin kokemuksiin on usein siinä, että vanhukset eivät ole selvillä kotiin saatavien palveluiden perusteista. Asiakkaan tarpeet, odotukset ja toivomukset ovat toisenlaiset kuin auttajien tehtävät. Tämän tutkimuksen asiakaskäyntien perusteella suurinta katkeruutta tunnettiin eräänlaisesta *epäreilusta pelistä*, kun jokin avun muoto, esimerkiksi vanhusten kuljetukset, lakkautettiin ilman asiallista perustetta ja ilman, että tarve olisi poistunut. (Kotikäynnit.)

Palveluissa on kiinnitettävä huomiota palvelun suunnitteluun asiakkaan kannalta, tiedottamiseen eri palveluvaihtoehdoista, resurssien kohdentamiseen odotusten suuntaan sekä käyntiaikojen täsmentämiseen. Kun vanhukset kokevat tiedottamisen huonoksi, he pitävät yleensä myös palvelutyön laatua huonona. (Paaananen–Eranti 1998.)

Moitteet työntekijöiden riittämättömästä ajasta koskevat erityisesti sitä, ettei työntekijöillä ole aikaa seurustella asiakkaan kanssa. Työntekijöillä katsotaan kyläkin olevan hyvin aikaa itse työtehtävien hoitamiseen. Mielenkiintoista on, että tämän tutkimushankkeen kuntaseminaareissa palvelujen käyttäjät ja omaiset eivät nostaneet esille lainkaan kotikäyntien ajan lisäämistä. (Kuntaseminaarit.)

Omatoimisuutta korostettaessa otetaan huomioon, ettei mikään apu lisääisi riippuvuutta ja avuttomuutta. Vanhuksen terveydelle voi olla merkittävää esimerkiksi hänen ulkoiluapunsa vähentäminen. Jos kuriiriapu vähentää vanhuksen liikkumista ja asiointia apteekissa, kaupassa ja torilla, tämä saattaa heikentää vanhuksen kuntoa. Edelleen olisi arvioitava vanhuksen toimintakyvyn kannalta, tarvitseeko auttajan jokaisessa tapauksessa nostaa kauppaostokset jääkaappiin.

Kuntaseminaareissa epäiltiin, että vanhusta saatetaan hoitaa yhä enemmän vastoin hänen tahtoaan, jolloin hänen identiteettinsä saattaa murentua ja omaaloitteisuus heikentyä. Omaishoitajat ja palvelujen käyttäjät näkevät palveluverkoston erityisesti toimijoiden lisääntymisenä, mikä voi heikentää vanhusten itsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta. (Kuntaseminaarit.)

## *5.2 Vanhuslähtöisyys kotihoidon verkostossa*

### 5.2.1 VERKOSTON LUONNE JA TOIMIJOIDEN RAJAT

Vanhus on voimiensa puitteissa aktiivinen toimija. Kyse on siitä, miten koti, lähiympäristö, kuljetuspalvelut ja sosiaaliset suhteet tukevat tätä toimijuutta. Kun vanhuksella myös tosiasiaa on resursseja, on mahdollista korostaa verkoston ennaltaehkäisevää vaikutusta. Verkosto korostaa myös vanhuksen voimavaroja.

Vanhuksille on tarjolla erilaisia palveluita, mutta niiden sisällöstä ja saatavuudesta päättävät usein muut kuin itse vanhukset. Olisi pohdittava sitä, missä vaiheessa on tarkoituksenmukaista, että henkilö voi vielä itse hankkia (maksaa, hakea) tarvitsemiaan palveluita ja missä vaiheessa on syytä tuottaa niitä hänelle suoraan ilman hankkimisesta aiheutuvia hankaluuksia. Tässä on kiinnitettävä huomio palveluiden tarjontaan ja hinnoitteluun. Omainen joutuu jäämään usein hoivaa tarvitsevan vanhuksen verkoston tärkeimmäksi toimijaksi (omaishoitajaksi), ja tämä rooli voi jäädä hänelle liian pitkäksi aikaa. Omaishoitaja voi olla jopa vanhuksen ainoa ”palvelutuottaja”, ”palveluiden rahoittaja” ja ”koordinaattori”.

Nykyisin monet ”epäviralliset” auttajat toimivat hyvinkin ”virallisesti” mm. palkattuina työntekijöinä. Heillä on kahtalainen rooli sekä kunnallisena että vapaaehtoistyöntekijänä. Julkinen palvelujärjestelmä on usein yksityisten yritysten suurin asiakas. Joudutaankin kysymään, millainen verkostosta halutaan. Missä määrin siinä painottuu hoito-, palvelu-, viranomais-, asiakas-, talous- tai jonkinlainen muu verkko? Verkostoitumisen yhteydessä tiukat kahtiajaot tulisi ylittää ja korostaa sen sijaan verkoston luonnetta ja toimijoiden vuorovaikutuksen laatua. Tämä merkitsee sitä, että virallinen järjestelmä muuttuu ”epävirallisempaan” suuntaan ja päinvastoin.

Nykyisin ajatellaan usein, ettei yli 75-vuotiaalle kannata suunnata ennakkoivia toimenpiteitä. Joskus vanhukset antavat itsekin tähän aihetta vähättele-mällä tarpeitaan ja pysymällä hammasta purren piilossa auttajilta. Lukuisat ennakkoivat toimenpiteet, asunnon muutostyöt, lähikatujen turvallisuus, omaisten tukeminen palveluin, kodinhoito, kaihi- ja lonkkaleikkaukset tai hampaiden hoito parantavat vanhuksen elämänlaatua usein tuntuvasti. Tärkeä osa palvelua on palvelutarpeen kartoittaminen ja palveluiden piiriin ohjaaminen. (Ks. Lehto-Päivärinta 1998, 5; Miettunen 1998.)

Pelkkä fyysinen auttaminen ei vielä tee auttajasta sillä tavoin tärkeää vanhukselle kuin yleisesti nähdään, vaan tärkeää on se, että vanhus kokee auttajan läheiseksi ja ystäväksi. Auttajan kanssa keskustellaan yleensä terveydentilasta, mielialasta ja omaisista. (Kotikäynnit.)

### 5.2.2 VANHUKSEN TARPEET JA ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Fyysinen terveys ja henkilökohtainen itsemääräämisoikeus ovat perustarpeita, joiden on oltava tyydytettyjä. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että ihmiselle annetaan tilaa ja mahdollisuus itsenäisyyteen. Hänen on saatava osallistua vähintään sellaiseen päätöksentekoon, joka koskee häntä itseään. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu arjen hallinta ja valintojen tekeminen, itsekontrolli ja tietoisuus. Itsemääräämisoikeus voidaan tulkita vanhuksen toimintakyvyn ym. mukaan ”vaatimattomastikin”, pieninä mahdollisuuksina valintoihin ja hallintaan. (Vrt. Viljaranta 1991, 18–20.)

Itsemääräämisoikeuden tarpeen tulkinnan kannalta on tärkeää erottaa sen sosiaalisen käytön tavat. Tarpeella voidaan 1) selittää tai tehdä ymmärrettäväksi jokin asia. (Lausumalla ”menin ulos, koska tarvitsin raikasta ilmaa” lausuja olettaa, että raikkaan ilman tarve selittää ulosmenemisen.) Tarpeella voidaan 2) legitimoida jokin teko tai toimi eli osoittaa, että teko tai toiminta oli oikein (”olin levon tarpeessa, joten en voinut –”) tai 3) puolustaa jotakin lausujan oikeana pitämää näkemystä (”tarvitsemme menojen karsintaa, koska –”).

Vanhustenhuollossa piilotarpeilla tarkoitetaan, että vanhus objektiivisesti arvioiden tarvitsee apua, mutta ei suostu ottamaan sitä vastaan. Vanhus voi tarvita sellaista, mitä ei halua. Toisaalta hän voi myös haluta sellaista, mitä ei tarvitse jopa niin paljon, että hän saattaa voida huonosti, ellei saa haluamaansa. (Heggeman–Thomas 1989, von Wright 1985, Koskinen ym. 1988, Ware–Goodin 1990, Doyal–Gough 1991, Megone 1992.)

Jos vanhuksen valinta ei vastaa auttajien käsityksiä ja ohjeita, on vaarana, että tätä pidetään todisteena vanhuksen kyvyttömyydestä päätöksentekoon. Käytännön ongelmia on, kun auttajat joutuvat pohtimaan suhtautumista henkisesti virkeään vanhukseen, joka kieltäytyy hoidosta tai ruokavalion noudattamisesta. Näissä tilanteissa auttajien voi olla vaikea muodostaa mielipidettä vanhuksen henkisestä tilasta. Sellaisten halujen toteuttaminen, jotka eivät tuota vahinkoa terveydelle tai saata alttiiksi tapaturmille, on yleensä helppoa. (Viljaranta 1991, 52.)

Auttaja näkee autonomian ehdot ja tekijät joskus toisin kuin vanhus itse. Auttajan mielestä vanhus tarvitsisi ehkä toisenlaista apua, esimerkiksi ystävää,

ruuanlaittoa tai huolehtimista henkilökohtaisesta hygieniasta. Useimmille vanhuksille terveyteen (usein sairauksien hoitamiseen) kohdistuvat tehtävät ovat tärkeimmät ulkopuolisen auttajan tehtävät. Niiden jälkeen tärkeimpiä ovat kodin siisteys ja puhtaus sekä pihatyöt. Mutta kodin siisteys on vanhuksen mittari, joka viestii vanhuksen itsensä mielestä hänen kunnostaan ja jaksamisestaan (vrt. mm. Suutarinen 1995). Vanhus olettaa muiden arvioivan häntä hänen kyvyllään määrätä elämäänsä. Halu huolehtia pihan, kodin ja keittiön siisteydestä on keskeinen vanhuksen itsearvostuksen lähde, joten se voi olla jopa tärkeämpää kuin omasta terveydestä huolehtiminen.

Uusien sukupolvien myötä itsearvostuksen lähteet muuttuvat. Esimerkiksi ennuste rockia kuuntelevista vanhuksista ei enää kohta ole vitsi (Karisto 1997). Eroja on myös mm. alueittain ja sukupuolten välillä. Naisten suhtautuminen avun pyytämiseen ja saantiin on suopeampaa kuin miesten. Miehet eivät pidä siitä, että heitä kohdellaan avuttomina. Miehillä itsenäinen selviytyminen erilaisista arjen toiminnoista on arvo sinänsä ja siten tärkeä itsearvostuksen lähde. (Kotikäynnit, Nevanlinna 1997.)

Vanhusten ongelmat ja avun tarpeet johtuvat voimakkaimmin fyysisen toimintakyvyn rajoittumisesta. Keskeisimmät huolet, joihin he haluavat apua, liittyvät talon ja puutarhan hoitoon tai asunnon siisteyteen, kuljetukseen, ruuanlaittoon ja pieniin korjaustöihin. Vanhukset odottavat tukea myös menetyksien aiheuttamaan suruun sekä yksinäisyyteen ja turvattomuuteen. (Forss ym. 1995, 57.)

Auttajan kokonaisvastuu ja vanhuksen itsearvostus voivat joutua ristiriitaan monella, yllättävälläkin tavalla. Näin tapahtui tutkimuksen kotikäyntien kohdalla. Yhdessä kodissa vanhus oli silmin nähden loukkaantunut auttajan kanssa saapuneesta tutkijasta, josta hänelle ei ollut kerrottu etukäteen. Tutkija yritti helpottaa tilannetta tarjoutumalla kauppamatkalle, jotta auttaja ja vanhus voisivat keskustella rauhassa. Tilannetta pahensi se, että vanhuksella ei ollut riittävästi rahaa, joten kodinhoitaja lainasi omia rahojaan kolmannen osapuolen länällessä. (Kotikäynnit.)

Vanhukselle on tärkeää, että auttaja tyydyttää hänen tarpeitaan, keittää kahvia tai siivoaa oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Kyse on identiteetistä, oman elämän hallinnasta ja itsemääräämisestä, jonkinlaisesta rajasta, jonka sisäpuolella vanhus haluaa viettää aktiivista elämää. Jokainen ihminen kantaa mukanaan rutiinejaan, tapojaan, tarpeitaan ja odotuksiaan koko elämänsä ajan. Ne muodostavat identiteettimme ja edustavat myös sitä, mitä itse haluamme muiden meistä tietävän, näkevän ja muistavan. Koti kertoo ikään kuin oman näkemyksensä ihmisestä. Auttajan toimenkuvaan kuuluu, että hän tuntee asiakkaan, hänen historiansa ja persoonansa sekä ymmärtää hänen antamiaan merkityksiä, rutiineja ja tapoja.

### 5.2.3 KOTI VANHUksen ASUIN- JA HOITOPAikkANA

Ikääntyneiden asuin- ja elinympäristö on nähtävä kokonaisuutena, jossa fyysinen tila ja sosiaaliset merkitykset kietoutuvat yhteen. Kun vanhuksen halu ja mahdollisuus liikkumiseen on rajoitettua, korostuu lähiympäristön ja kodin merkitys. Vanhuksen suhde fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön muuttuu, mutta



hänen mielikuvansa ja merkityksensä kotiin liittyvistä asioista eivät muutu yhtä nopeasti. Niistä esineistä ja lähiympäristön asioista, joihin liittyy positiivisia mielikuvia, tulee aiempaa tärkeämpiä. Läheisten, lasten, lastenlasten ja kaukaisen menneisyyden valokuvat ovat vanhukselle hyvin tärkeitä. (Latikka 1997, Lehto-Päivärinta 1998.)

Kotihoidossa vanhukselle jako yksityiseen ja sosiaaliseen muodostuu pääasiassa kodin sisällä. Vanhuksen sosiaalinen verkosto on vahvasti sidoksissa hänen kotiinsa. Sosiaaliseen verkostoon saapuva uusi henkilö voidaan kokea loukkauksena yksityisyyttä kohtaan. Jos ulkopuolinen liittyy jotenkin auttajan työtehtäviin, loukkaantumista ei tapahdu yhtä usein. Toisaalta uudesta ihmisestä voidaan myös ilahtua. (Kotikäynnit.)

Vanhukselle koti edustaa sekä hänen yksityiselämänsä että hänen sosiaalista elämäänsä sitä enemmän, mitä rajoitetumpi hänen toimintakykynsä on. Vanhukset, jotka eivät enää kykene jatkuviin aktiivisiin ihmissuhteisiin ja joiden fyysinen toimintakyky on olennaisesti heikentynyt, viettävät aikansa lähes täysin kotona. Kodin ulkopuoliset sosiaaliset kontaktit ovat rajalliset. Niinpä muun muassa herätyskello tai vierailija jäsentää vanhuksen päivää aivan toisella tavalla kuin työssä käyvien. Mitä rajoittuneempaa toimintakyky ja palveluiden saattavuus on, sitä vähemmäksi sosiaalinen ulottuvuus vanhuksen elämässä saattaa jäädä. Kotiin jäämiseen sisältyy jo itsessään psyykkistä ja fyysistä terveyttä heikentäviä elementtejä.

Kotiavun saaminen tarkoittaa sitä, että entuudestaan tuntematon ihminen tulee hoitamaan tehtäviä, joista vanhus on huolehtinut itse koko pitkän ikänsä. Auttajat ryhtyvät käyttämään vanhuksen siivousvälineitä, järjestelemään hänen henkilökohtaisia tavaroitaan, laittamaan ruokaa hänen keittiössään jne. Ammattitai muu auttaja ei koskaan pelkäästään keitä kahvia, puhdistaa lattiaa, järjestää astioita, ole vain ystävä, vaan vähintään yhtä merkityksellistä on, miten hän tämän kaiken tekee. (Heggeman–Thomas 1989, Sipiläinen–Kylmäaho 1998.)

Kotihoidossa vanhuksen on sopeuduttava uusiin sääntöihin ja rutiineihin, joita auttaja tuo mukanaan. Vanhuksen kodista tulee auttajan työpaikka. Hyvälle työlle ja työpaikalle asetetut vaatimukset eivät aina vastaa vanhuksen tarpeita, joten ristiriidat ja tyytymättömyys ovat mahdollisia. Tässä törmätään kysymyksiin siitä, miten kotihoidolla vaikutetaan vanhuksen itsemääräämisoikeuteen ja mitä tämä oikeus itse asiassa tarkoittaa. (Heggeman–Thomas 1989.)

Vanhuksen asemaan kotihoidossa vaikuttaa se, miten suhtaudumme vanhuuteen (ks. Anttinen 1993, 33). Sosiaaliset säännöt kodeissa vaihtelevat. Ovikellon soittamiseen, jääkaapin avaamiseen, ruuan tarjoamiseen ja pölyjen pyyhkimiseen valokuvista kuuluu sosiaalisia sääntöjä, joita auttajan on noudatettava. Ammattiauttaja joutuu vaihtamaan noudattamia sääntöjä päivän mittaan useaan kertaan, joten auttajan jaksamisen heikkeneminen suhteessa vanhuksen odotuksiin voi johtaa ristiriitoihin.

Vastaanottaessaan kotiapua vanhus yleensä hyväksyy sellaiset toimet, jotka tähtäävät avun antamiseen, mutta kirjoituspöydän laatikon sisältöön kajoaminen ilman lupaa on mitä syvintä yksityisyyden loukkausta. Erityisesti miehillä on vielä varsin tarkka raja sen suhteen, että sitä, minkä he itse mielestään osavat, ei saa tehdä heidän puolestaan.

Vanhuksen kotihoidossa joudutaankin erottamaan erilaisia asiakassegmenttejä vanhuksen tarpeiden mukaan, jolloin kotia räätälöidään toimintakyvyn ja sairastavuuden mukaan. Tällöin kotia ei saa laitostaa (vähentää kodinomaisuutta) yhtään enempää kuin on tarpeen.

#### 5.2.4 VANHUSPALVELUT

Palvelu on johdannainen verbistä *palvella*, ja se tarkoittaa jonkun auttamista, pyyntöjen, käskyjen ja toiveiden toteuttamista, tarpeiden tyydyttämistä, asioiden edistämistä ja ajamista sekä jollekin hyödyksi olemista. *Palvella*-verbiä käytetään myös merkityksessä suorittaa virkaansa tai toimeensa kuuluvia tehtäviä. Monikkomuoto palvelut tarkoittaa jonkin yhteisön tai muun tahon tarjoamia palvelemisen muotoja kokonaisuutena.

Palveluverkon tehtävänä on tuottaa vanhuksen tarvitsemia palveluita. Palvelua on myös *sosiaalinen tuki*. Palveluiden periaate on asiakaslähtöisyys eli pyrkimys toimia onnistuneesti vanhuksen näkökulmasta. Verkon palvelut ovat aineettomia hyödykkeitä. Palvelut ovat sarja toimintoja, joista muodostuu palvelukokonaisuus. Kotihoidon palvelut tuotetaan vanhuksen kotona. Vanhuksella on palvelutapahtumassa keskeinen rooli. Palvelut ovat ainutkertaisia ja vaihtelevat päivästä toiseen. Palveluita ei voi toistaa täysin samanlaisina, eikä tehtyjä virheitä voi korjata. Niitä voi vain kompensoida uusilla palveluilla. Näiden ominaisuuksien takia vanhuksen voi olla vaikea nähdä palvelua konkreettisenä kokonaisuutena ja arvioida objektiivisesti sen merkitystä itselleen. (Hilander–Kivinen 1995, 11.)

Kotihoidon palveluiden laatu on kykyä täyttää asiakkaan tarpeet ja toiveet tiettyjen pelisääntöjen puitteissa. Tämän vuoksi keskeisin palveluiden laadun määrittäjä on asiakas. Vanhus on verkoston resurssi, eikä ilman häntä verkostolakaan ole toimintaa.

- Keskeistä palveluiden laadussa Helameren (1997, 30) mukaan on, että
- vanhus on saamansa palvelun tuloksellisuuden ja laadun asiantuntija
  - käytetään ja hyödynnetään asiakasanalyysia
  - käytetään ja hyödynnetään asiakaspalautejärjestelmää
  - vanhus voi vaikuttaa siihen, minkälaista tietoa kerätään.

#### 5.2.5 VERKOSTOSUHTEET VANHUKSEN TUKENA

Vanhuksen kokemusmaailmaa ei voi erottaa hänen toimintaympäristöstään. Vanhuksen asuinympäristö, oikeudet ja ihmissuhteet muodostuvat sosiaalisesta ja muusta kokonaisjärjestelmästä, johon hän osallistuu.

Palveluverkosto on kontaktiverkosto tai konkreettisen yhteistoiminnan ryhmä. Verkosto on lähestymistapa yksittäisiin vastavuoroiisiin suhteisiin, mutta myös keskinäiseen toimintaan. Verkoston ihmissuhteet voidaan nähdä vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien eli ihmisten keskinäisen toiminnan kannalta, jossa he vaikuttavat joko välillisesti (esim. kirjallisesti) tai välittömästi (keskustellen, kasvoista kasvoihin) toisiinsa (ks. Karjalainen 1997, 35).

Verkoston rakenteellisia ominaisuuksia ovat sen koko, tiheys ja ryhmittäytyminen. Tiheys kuvaa verkostossa kullakin hetkellä olevien vuorovaikutussuh-

teiden osuutta kaikista mahdollisista. Yksilö voi kuulua samanaikaisesti moneen eri ryhmittymään (klusteriin), jotka muodostavat kukin oman ala- tai mikrosysteeminsä. Ryhmittymät eivät noudata kiinteitä rajoja, vaan ne muodostuvat erityisten tehtävien mukaisesti. (Vrt. Seikkula 1994, 28.) Suhteellisen kiinteitä eli hitaasti muuttuvia ryhmittymiä ovat sukulaiset.

Johanssonin (1992) (hoito)verkostomalli muodostuu horisontaalisista ja vertikaalisista suhteista. Horisontaalinen verkko tarkoittaa epävirallista verkkoa vanhuksen ympärillä. Se koostuu perheenjäsenistä, naapureista, ystäväistä, tutuista, työtovereista jne. Näitä suhteita eivät sääntele juridiset ja muodolliset säännöt, vaan moraaliset normit ja tunteet. Vertikaalinen verkko muodostuu henkilöistä, jotka toimivat vanhuksen hyväksi jonkin muodollisen organisaation puitteissa.

Verkoston ominaisuudet voivat ilmaista välineellistä tai henkistä tukea, uusien sosiaalisten suhteiden luomista taikka sosiaalisen identiteetin säilyttämistä. Seikkula (1994, 17) huomauttaa, että sosiaalista verkostoa tarkastellaan usein sosiaalisen tuen synonyyminä, vaikka se on vain yksi, joskin merkittävä verkoston funktionaalinen ominaisuus.

Yksilön ankkuroituminen verkostoon tarkoittaa sitä, millaisilla siteillä hän on kiinni verkoston ryhmittymissä. Ankkuroitumista voidaan arvioida kvantitatiivisesti suhteiden määrän perusteella eri ryhmittymien välillä tai sisällä. Kvalitatiivisessa arvioinnissa selvitetään, miten yksilö kokee olevansa mukana ja sitoutuneena eri ryhmittymien toiminnassa, eli selvitetään yksilön subjektiivisia tunteita ja kokemuksia elinehdoistaan, suhteista ihmisiin, yhteiskuntaan ja ympäristöön. (Vrt. Seikkula 1994, 28; Allardt 1976, 33.)

Ideaaliverkossa on keskushenkilö tai välittäjä verkon eri osien kesken. Jos verkko piirretään kartaksi, hänen kauttaan kulkee eniten viivoja toisiin verkoston jäseniin ja siten tietoa. Tiedon, tunteiden ja kokemusten välityksen avulla yksilön sosiaalinen verkosto pysyy käyttökelpoisena.

### *5.3 Vanhus kotihoidon verkostossa*

#### 5.3.1 VANHUSTEN KÄSITYKSET KOTIHOIDON PALVELUVERKOSTA TUTKIMUSKUNNISSA

Hankkeen kuntaseminaareissa vanhuksia edustivat omaishoitajat ja vanhuspalvelujen käyttäjiä eläkeläisjärjestöjen edustajat. Omaishoitajat olivat mukana siksi, että he elävät läheisessä vuorovaikutuksessa vanhusten kanssa ja ovat vanhuksen itsensä lisäksi kotihoidon parhaita asiantuntijoita. Palvelujen käyttäjiä ei ollut edustettuina Tampereen seminaareissa, ja omaishoitajat puuttuivat Oriveden kuntayhtymän seminaareista.

Kysymykseen, mitä vanhusten kotona selviytymistä tukeva yhteistyöverkossa tarkoittaa kunnassanne, vanhukset ja omaishoitajat vastasivat eri tavoin jokaisessa tutkimuskunnassa. Toiset hahmottivat verkoston jo olemassa olevaksi yhteistyöverkostoksi ja käsittelivät yhteistyössä esiintyviä epäkohtia. Toiset loivat toimivan verkoston ja hahmottelivat niitä toimintamuotoja, -tapoja ja toimijoita, joita siinä pitäisi olla, sekä esittivät esteitä tämän toteutumiseksi.

### *Valkeakoski*

Valkeakoskella palveluiden käyttäjät pitivät auttajien ja palvelujärjestelmän terminologiaa monimutkaisena. Mm. palveluiden (ja niihin liittyvien asioiden) nimitykset ovat vanhuksille vaikeita. Heidän on paikoin vaikea erottaa, mitkä palvelut ovat kunnallisia ja mitkä yksityisiä.

Verkostoitumisen lähtökohdaksi nähtiin kunnalliset palvelut, jotka ovat tärkeimmät ja joita muut palvelut täydentävät. Byrokratiaa saisi olla vähemmän ja toimijoita enemmän. Päällekkäisyyksiä tulisi välttää ja kiinnittää enemmän huomiota ”aikatauluihin”. Tarpeiden tyydytystä tulisi ohjelmoida kattavammaksi. Verkostoituminen on myös tiedottamista kuntalaisille mm. tiedotuslehtisten ja sanomalehtien avulla.

Valkeakosken omaishoitajat katsoivat, että verkostoituminen tarkoittaa erityisesti sitä, että heti sokkivaiheen (yllättävän hoitotarpeen tai -ongelman aiheuttaman järkytyksen) alussa kartoitetaan avun tarve ja selvitetään, kuka hoitaa vanhuksen. Jos omainen hoitaa, on selvitettävä, jättääkö hän ansiotyönsä tämän takia (palkka-, eläke- ym. asiat). Verkostossa on oltava yhteyshenkilö, jolta saa tietoa (puhelinpankki) ja omaishoitajalla on oltava riittävä henkinen tuki takanaan.

Valkeakoskella vanhuksat ilmoittivat tämän hetken tärkeimmiksi kotipalvelua antaviksi osapuoliksi terveyskeskuksen (päiväsairaala), seurakunnan, SPR:n ja ystäväpalvelun, (kunnallisen) kotipalvelun ja kuntoutuksen. Omaishoitajat pitivät tärkeinä (kunnallista) kotipalvelua, kotisairaanhoidoa, päiväsaalaa sekä yksityisiä siivous- ja muita palveluita, seurakuntaa, järjestöjä ja ystäväpalveluita. Tulevaisuudessa tärkeänä pidettiin samoja tahoja ja lisäksi Soneraa rannekkeiden (turvapuhelinten) vuoksi.

Käyttäjät katsoivat kotihoidon verkoston edellytykseksi toiminnan koordinoimisen, tiedottamisen sekä vapaaehtoistyöntekijöiden ja erilaisten apuvälineiden lisäämisen. Omaishoitajat pitivät tärkeänä edellytyksenä vastuuhenkilöiden lisäämistä, esimerkiksi jonkinlaista omavastuuhenkilöä. Auttajien pitäisi olla pysyviä.

Verkoston luomisen esteiden nähtiin liittyvän rahoitukseen ja henkilöresurssien vajaukseen mutta myös ongelmiin avun tarvitsijan ja auttajan (palvelun tuottajien) kohtaamisessa.

Valkeakosken merkittävin keino esteiden poistamiseksi olisi päättäjien asenteiden muuttuminen. Vanhusten selviytymisestä huolehtimiseen olisi tärkeätä panostaa. Terveyskeskuksen ja sairaalan asiakkaat uskovat kotiuduttuaan tulevansa toimeen kotona ilman apua. (Valkeakoskella ei ehditty käsitellä kysymystä verkostoitumisen hyödyistä ja haitoista.)

### *Virrat*

Virroilla kotihoidon verkostoa pidettiin jo olemassa olevana yhteistyöverkostonä. Näkemyksissä palveluverkostosta korostuivat tämänhetkiset, kotona annettavaan hoitoon liittyvät ongelmat. Palveluiden käyttäjät katsoivat verkoston toimijoihin kuuluvan terveydenhoitoa, vanhainkodin (Ainala), vapaaehtoisjärjestöjen tekemää työtä, seurakunnan, yksityisiä ihmisiä, omaisia sekä tiedottamista järjestöjen ja ryhmien sisällä sekä eri tahojen välillä.

Omaishoitajien mukaan hoitajat vaihtuvat liian usein ja viranomaisohjeita kierretään. Kelan ohjeita ei noudateta käytännössä, vaan aina löytyy jokin seik-

ka, jolla ohjeita voidaan kiertää. Kaikkia etuuksia, joihin vanhuksset (myös omaiset, omaishoitajat) olisivat oikeutettuja, ei erilaisten hallinnollisten verukkeiden perusteella myönnetä.

Virroilla käyttäjät pitivät nyt ja tulevaisuudessa tärkeinä kaupungin, seurakunnan ja omaisten yhteistyötä sekä hoivaamistyön ja henkisen vireyden tukemista. Omaishoitajien mielestä tärkeitä kumppaneita ovat terveyskeskus, Kela, kaupunki ja omaishoitajajärjestöt. Tulevaisuudessa he haluaisivat työskennellä terveyskeskuksen, seurakunnan, SPR:n ja ystäväpalvelun kanssa.

Virroilla käyttäjät pitivät verkoston luomisen ja kehittämisen ehtoina erityisesti sitä, että palveluiden tarvitsijalla olisi ainakin yksi henkilö tai paikka, johon hän voisi pitää yhteyttä. Edellytyksenä on myös tietoverkon kehittäminen viranomaisten välillä, samoin yhteistyöhalu ja -kyky. Omaishoitajien mielestä tarvitaan tietoa palveluiden tarpeesta ja soveltamisesta eli palveluita olisi annettava nykyistä enemmän asiakkaan toivomusten mukaan.

Nykyisin esteitä yhteistyölle on käyttäjien mukaan erityisesti salassapito-velvollisuudessa ja varojen puutteessa. Omaishoitajien mielestä esteenä ovat maantieteelliset etäisyydet, asumisolot, taloudelliset vaikeudet ja vaitiolovelvollisuus.

Esteiden poistamiseksi salassapitosäännöksiä olisi käyttäjien mielestä tulkittava joustavammin ja tarkoituksenmukaisemmin. Lisäksi on lisättävä yhteistyötä ja parannettava yhteistyökykyä. Myös tiedottamista, asumisolojen saneerausta ja eri alojen edustajien yhteisiä kokoontumisia esitettiin.

Virroilla käyttäjät pitivät verkostoitumisen hyötyinä vanhukselle mm. tiedonkulkua ja turvallisuutta. Verkostoitumalla voitaisiin välttää sekä ylikuormittumista että yksinäisyyttä. Haittoja voi liittyä siihen, että apua saatetaan tarjota vastoin vanhuksen toiveita. Vanhuksen lapset, tullessaan aiempaa aktiivisemmin mukaan verkostoon, saattavat esittää vanhukselle kontrolloivia palveluita, joita vanhus itse ei halua. Omaishoitajien mielestä vanhukselle mahdollisesti koituvia haittoja on mm. se, että hänen identiteettinsä saattaa murentua. Myös taloudelliset ongelmat voivat estää verkoston hyödyntämisen.

Palveluiden käyttäjät mainitsivat verkostomaisen toimintatavan hyötynä palvelutuottajalle sen, että palveluiden tarvitsijat löytyvät helpommin. Tosin verkostomaisuus saattaa mutkistaa työtä, sillä verkostolla ymmärretään aiempaa suurempaa auttajien määrää. Hyötyä koituisi myös toimenkuvien selkiintymisestä ja kanssakäymisen lisääntymisestä. Lisäksi työtä on mahdollista löytää nykyistä helpommin.

#### *Oriveden seutukunta*

Oriveden seutukunnan kuntaseminaarista puuttuivat omaishoitajat, joten heidän näkemyksensä eivät käy ilmi. Vanhuspalvelujen käyttäjien nykyisiä kumppaneita kotihoidossa olivat kunta, seurakunta, kansanterveystyön kuntainliitto, palvelutalo ja vanhustenkotiyhdistykset. Tulevaisuudessa haluttaisiin toimia yhdessä erityisesti yksityisten yritysten, urheiluseurojen ja säätiöiden kanssa.

Verkostolla ymmärretään erityisesti sitä, että on kartoitettava sekä yhteistyön mahdollisuudet että avun tarpeet. Kustannusten jaosta ja työnjaosta on sovittava samoin kuin myös kunnollisesta tiedottamisesta. Pelkkä yksi A4-paperi ei täytä tiedottamisen vaatimuksia.

Verkoston edellytyksiä ovat yhteistyökyky, erilaisia palveluita tarjoavat yhteisöt ja yksityiset sekä tiedonkulun parantaminen. Esteitä liittyy erityisesti tiedonkulkuun ja talouteen, mm. maksuvelvollisuuteen. Verkostojen ongelmaksi katsottiin, että ne ukkoutuvat tai akkautuvat helposti. Usein toimijat ottavat liikaa tehtäviä ja innostuvat liikaa. Kun innostus hiipuu, myös verkosto lakkaa usein toimimasta, sillä toiminta voi perustua yhden ihmisen aktiivisuuteen. Keinoja verkostoitumisen esteiden poistamiseksi ovat mm. koulutus ja yhteistyöpalaverit.

Verkostoituvien palvelujen eduksi katsottiin turvallisuus ja vanhuksen arvostus, jota nykyistä useampi toimija voi osaltaan antaa vanhukselle. Toisaalta jos verkostossa tarjotaan liikaa apua, vanhuksen oma-aloitteisuus voi heiketä. Palvelutuottajille on hyötyä siitä, että auttajien motivaatio – tunne siitä, että on hyödyksi – kasvaa.

### *Vammala*

Vammalassa kotihoidon verkosto nähtiin tavoitetilana. Käyttäjiä edustivat veteraanit. He esittivät, että vanhuksille tehtäisiin 3–5 vuoden välein tutkimus, jossa selvitetäisiin heidän fyysinen, henkinen ja taloudellinen tilanteensa ja ehdotettaisiin tarvittavia toimenpiteitä. Heidän mielestään eläkeläisjärjestöjen pitäisi toimia yhteistyössä vanhusten hyväksi.

Omaishoitajat esittivät otettavaksi käyttöön enemmän atk:ta. Kunta olisi jaettava alueisiin, joissa kussakin on oma vanhustyön yhteyshenkilönsä. Näkemykset olivat tältä osin yhteneväiset kunnan edustajien kanssa.

Käyttäjät ilmoittivat tärkeiksi nykyisiksi ja myös tuleviksi yhteistyötahoikseen perheenjäsenensä ja omaisensa, naapurit, vapaaehtoiset, ystävät, kunnan, seurakunnan ja veteraanijärjestöt. Omaishoitajien yhteistyötahoja olivat kodinhoitaja, kotisairaanhoido, terveyskeskuksen intervallihoito, seurakunta ja SPR. Omaishoitajat halusivat, että tulevaisuudessa yhteistyötä ja apua olisi enemmän.

Omaishoitajat pitivät verkoston edellytyksinä todellisten tarpeiden selvittämistä sekä yhteisten tavoitteiden ja intressien kirkastamista. Esteet liittyvät arvo- ja asennekysymyksiin, mutta myös taloudellisiin resursseihin. Esteiden poistamisessa on tärkeää suunnitella toimintaa ja taloutta yhdessä sekä sitoutua yhteisiin päämääriin.

Verkostomaisen työskentelyn hyötynä vanhukselle pidettiin sitä, että apua on mahdollista saada helpommin samalla kun on mahdollista asua kotona. Omaishoitajat eivät kuitenkaan uskoneet, että apua voitaisiin verkostoitumalla saada kaikkina aikoina, mutta he uskoivat siten voitavan vähentää toimintojen päällekkäisyyttä. Palveluiden hinnan pelättiin nousevan liian korkeaksi. Lisäksi epäiltiin verkoston toimivuutta.

### *Tampere*

Tampereella omaishoitajat esittivät, että kaupunkiin tulisi perustaa omaishoitajaryhmiä, jotka koostuisivat samaa sairausryhmää edustavien hoidettavien omaishoitajista. Ryhmällä tulisi olla tarpeen tullen käytössään moniammatillinen työtiimi. Omaishoitajat tarvitsevat neuvontaa, koulutusta ja opastusta uupumisen estämiseksi. Omaishoitajien nykyiset yhteistyökumppanit ovat yhdistykset ja kaupunki. Tulevaisuudessa he halusivat toimia järjestöjen, kaupungin, kotiaavun ja toisten omaishoitajien kanssa.

Tampereella omaishoitajat pitivät verkoston hyötynä vanhukselle sitä, että luottamuksen ja turvallisuuden tunne lisääntyy. He eivät nähneet verkostoitumisessa haittoja vanhukselle. Palvelutuottajan on helpompaa selvittää palvelutarpeet ja kohdistaa siten palvelut paremmin. Näin on mahdollista räätälöidä palvelut kullekin vanhukselle sopivaksi. Merkittävä ongelma liittyy kuitenkin palveluiden rahoitukseen.

### 5.3.2 VANHUSTEN NÄKEMYKSET KOTIHOIDON VERKOSTOITUMISESTA

Kuntaseminaareissa pyydettiin vastauksia siihen, mitä hyötyjä ja haittoja verkostosta ja verkostoitumisesta voi olla. Vastaus pyydettiin hahmottelemaan erikseen palveluiden käyttäjän ja palvelutuottajan näkökulmasta.

Palveluiden käyttäjät nostivat verkostoitumisen hyödyistä esiin

- tiedonkulun, tiedonvälityksen, tiedottamisen, turvallisuuden ja henkisen vireyden ylläpidon paranemisen
- yhteistyökyvyn kehittymisen, palveluiden monimuotoistumisen, vanhuksen saaman arvostuksen lisääntymisen ja työntekijöiden sosiaalisen mielen kohentumisen
- taloudellisten hyötyjen muodostumisen palvelujen tuottajalle.

Omaishoitajat nostivat verkostoitumisen hyödyistä esiin

- luottamuksen ja turvallisuuden sekä kanssakäymisen lisääntymisen, yhteisen tavoitteen ja intressin muotoutumisen
- työmahdollisuuksien lisääntymisen, työkuvan selkeytymisen, päällekkäisyyksien ja ylikuormittumisen vähenemisen
- tarvekartoitusten teon helpottumisen ja mahdollisuuden palveluiden tuottamiseen vain tarpeeseen sopivalla mitoituksella.

Verkostoitumisen haittoja on pidettävä verkostoitumisen uhkakuvina, jotka toteutuessaan merkitsevät verkostoitumisen epäonnistumista. Epäilyksiä ja pelkoja esitettiin

- palvelujen kallistumisesta (mm. ympärivuorokautisuuden ja viikonloppupäivystyksen vuoksi)
- vanhuksen ja omaisten sitouttamisesta liikaa ”johonkin verkkoon”, mikä voi johtaa mm. oma-aloitteisuuden heikkenemiseen ja identiteetin murenemiseen
- liiallisesta tekemisen innosta alkuvaiheessa ja sitä kautta erityisesti vapaaehtoistyöntekijöiden innon nopeasta laimenemista
- monimutkaistumisesta ja palveluiden tyrkyttämisestä, kun monet toimijat hääräävät vanhuksen ympärillä
- samojen ihmisten toimimisesta eri rooleissa – kuten vapaaehtoisina, kunnan työntekijöinä, yksityisenä – jolloin verkostoiminen on lähinnä taikasana, jolla ei muuteta mitään.

Vanhukselle nähtiin koituvan haittoja siitä, että hänen omatoimisuutensa voi kärsiä. Palvelutuottajan kannalta haittojen nähtiin liittyvän koordinoimien ongelmiin. Verkoston pelättiin lisäävän palvelujen tuottamisen monimutkaisuutta. Hyötyinä pidettiin laitoshoidon verrattuna tuntuvaan varojen säästöä. Hyötyjä nähtiin myös turvallisuuden lisääntymisessä ja tiedonkulun paranemisessa.

### 5.3.3 TARVE- JA ASIAKASKARTOITUKSET

Vanhukset ovat suhteellisen tyytyväisiä palveluihin, mutta tarkemmin kysytessä he vastaavat monesti, että ”on pakko olla tyytyväinen, kun ei muuta apua ole”. Tämä ”tyytyväisyyskulttuuri” tarkoittaa sitä, että asiakkaat ovat sopeutuneet toimimaan palveluiden ehdoilla. Tarkemmin analysoitaessa asiakkailla on paljonkin toivomuksia palveluiden suhteen. (Pohjola 1995, 97.)

Vaikka tyytyväisyys- ja tervekartoitukset ovat tarpeellisia, niissä piilee virhelähteitä. Ihmiset vastaavat mieluummin ”kyllä” kuin ”ei”. He asettavat tiedostamattaan asioita paremmuusjärjestykseen, mutta eivät tarkoita tätä kannanotoksi (ks. Paastela 1995, 119). Tyytyväisyys riippuu kyselyn ajankohdasta (ks. Hlander-Kivinen 1996). Sovellettaessa otantamenetelmää vanhimmat ikäryhmät saattavat jäädä niin pieniksi, ettei tuloksista voi tehdä johtopäätöksiä. Koko kuntaväestölle suunnatut arviointikyselyt eivät ole riittäviä vanhustenhuollon kannalta (Lehto-Päivärinta 1998, 31).

Kuntaseminaareissa vanhusten kotihoidon tarvekartoituksen tekemistä esitettiin Tampereen ja Oriveden seutukunnan vastauksissa. Vanhustutkimuksia ja asiakastytyväisyys selvityksiä on tutkimuskunnissa tehty jonkin verran:

Kunta	Tutkimuskohteet	
Juupajoki	Kodinhoitoavun asiakkaat	
Orivesi	Yli 75-vuotiaat	Vanhainkodin ja terveyskeskuksen asiakkaat
Valkeakoski	Sektorikyselyitä	Koko kaupungin palvelut
Vammala	Yli 75-vuotiaat	Omaishoitajat
Virrat	Vanhustenhuolto	Kotisairaanhoido

## 5.4 *Kohti vanhuslähtöistä verkostoitumista*

Vanhuksen kotona selviytyminen on kokonaisuus, joten vanhuksen terveyttä, itsemääräämisoikeutta ja toimintakykyä ei voi erottaa kodista ja lähiympäristöstä eikä sosiaalisista suhteista. Palveluperiaate ja asiakaslähtöisyys tarkoittavat pyrkimystä toimia onnistuneesti vanhuksen näkökulmasta eli hänen itsemääräämisoikeuttaan ja omatoimisuuttaan kunnioittaen.

Avun ja tuen on kohdistuttava ensi sijassa niihin ehtoihin ja tekijöihin, joiden avulla vanhuksen on mahdollista säilyttää itsemääräämisoikeutensa mahdollisimman pitkään. Itsemäärääminen on keskeinen toimintakykyyn ja -haluun sekä elämän mielekkyyteen vaikuttava tekijä.

Kotona selviytymiseen vaikuttavat ensi sijassa vanhuksen kodin varustus, lähiomainen ja lähiympäristö. Puutteet näissä lisäävät sekä kotiavun että palvelu- tai laitosasumisen tarvetta. Kotiin annettavilla palveluilla joudutaan liian usein kompensoimaan epäsuotuisia ja rajoittavia olosuhteita. Ensi vaiheessa kotona asumista edistää puutteellisesti varustettujen asuntojen korjaaminen ja lähiympäristön turvallisuus. Tämä ylläpitää ja edistää vanhuksen omatoimisuutta ja turvallisuuden tunnetta.



Kotona asuvat vanhukset saavat apua naapureilta, ikätovereiltään, omaisiltaan, kotipalvelusta, vapaaehtoisilta ja kunnan palveluista. Vanhus tarvitsee toimintakyvyn heiketessä yhdyshenkilön, omahoitajan, joka on hänen tärkein hoidon, avun ja tuen lähteensä. Tämä vanhuksen edustaja toimii hoitoverkon keskuksenä muihin auttajiin ja organisaatioihin päin ja ”koordinoi” toimintaa.

Vuorovaikutus on vanhuksen hoidossa ja hyvinvoinnissa tärkeä ja sille on annettava mahdollisuuksia ja aikaa. Turvallisuus tarkoittaa paitsi fyysistä turvallisuutta ja konkreettista apua myös tiiviitä vuorovaikutussuhteita vanhuksen, omaisten ja palveluiden tuottajien kesken.

Tiedonkulun toimivuus tarkoittaa tiedottamista, tiedon ymmärtämisen varmistamista ja vastavuoroista kommunikaatiota, jossa vanhus voi ilmaista oman näkemyksensä. Vanhuksen näkökulmasta tiedonsaannissa on tärkeää tiedon laatu eli tarpeellisen tiedon saaminen, tiedon luotettavuus, oikea-aikaisuus ja käytökelpoisuus. Vanhuksen on saatava tietoa sellaisessa muodossa, että hän kykenee käyttämään sitä ja silloin, kun hän sitä tarvitsee. Vanhukset kokevat, etteivät he saa riittävästi tietoa palvelu- ja hoitovaihtoehtoista.

Parhaiten vanhuksen turvallisuuden tunnetta lisäävät hyvä tiedonkulku sekä luottamus avun ja palvelujen saantiin tarvittaessa. Vanhuksen ja hänen omaisensa valintoja ohjaavat keskeisesti luottamus palvelujen toimivuuteen ja joustavuuteen. Palvelutuottajan on kerrottava mahdollisimman varhain, jo ennen palveluiden tarvetta ne tahot, perusteet ja periaatteet, joiden mukaan vanhuksen (ja hoitajan) on mahdollista saada apua ja tukea. Jos avun saantiin ei luoteta, ryhtyy vanhus tai hänen omaisensa jonottamaan palveluja tai hoitopaikkaa usein varmuuden vuoksi. Verkoston on vaikutettava ensisijaisesti saatavuuteen.

Vanhuksen kannalta palvelujen saatavuus tarkoittaa palvelutarjontaa (onko tarvittavaa palvelua), löydettävyyttä (palvelusta tiedottamista), saavutettavuutta (palvelun läheisyys), oikeutta palveluun (palvelukriteerit), taloudellisuutta (onko asiakkaalla vara maksaa) ja saantiviivettä (odotusta, jonoa, käsittelyaikaa).

Vanhus hyötyy verkostoituneista palveluista erityisesti saamalla enemmän tietoa, turvallisuutta, henkistä vireyttä ja ehkä arvostustakin. Verkostoituminen monimuotoistaa palveluja, edistää yhteistoimintaa auttajan kanssa ja tarjoaa palveluja taloudellisemmin. Verkostoituvat toimijat tiivistävät keskinäistä yhteistyötään suhteessa vanhukseen. Mielekkäämpi auttamistyö heijastuu palveluiden laatuun.

# 6 Kolmas sektori vanhusten kotihoidossa

## 6.1 Kotihoito ja kolmas sektori

Tässä tutkimusosuudessa tarkastellaan kolmannen sektorin tehtävää ja merkitystä vanhusten kotihoidossa ja kotihoidon palveluverkossa. Palveluverkolla tarkoitetaan vanhusten kotona asumista tukevien toimien ja avun organisoimista niin että omaisten, kunnan työntekijöiden ja hoivayrittäjien kanssa yhteistyössä toimisi myös kolmas sektori. Tutkimusaineisto on hankittu haastattelemalla kolmannella sektorilla toimivia asiantuntijoita, osallistumalla alan seminaareihin sekä tutustumalla syksyllä 1997 kenttätöissä järjestöjen ja vapaaehtoisten tekemään työhön vanhusten kodeissa.

Kolmijakoista sektorikenttää käytettäessä puhutaan ensimmäisestä eli yksityisestä sektorista tai markkinoista, toisesta sektorista eli valtiosta ja kunnista sekä kolmannelta sektorista, jolla tarkoitetaan järjestöjä ja voittoa tavoittelematonta sektoria. Viime vuosina on yhä useammin alettu puhua myös neljänestä, kotitalouksien ja epävirallisten henkilöstöverkkojen varaan pohjautuvasta sektorista (Helander 1997). Kolmas sektori on vaikeasti määriteltävissä senkin vuoksi, että siihen voidaan lukea kansalaistoiminta, organisoimaton lähimmäistoiminta sekä oma-apu- ja vertaisryhmät.

Tässä tutkimuksessa kolmas sektori käsittää sosiaali- ja terveysalan järjestöt, sosiaalisen vapaaehtoistyön, vanhusten itseapuryhmät ja uusosuuskunnat sekä näihin liittyvän kansalaistoiminnan. Omaishoito jää virallisen ja epävirallisen välimaastoon: se on osa virallista vanhustenhuoltoa ja toimii toisaalta lähimmäisperiaatteella.

Tutkimusosio keskittyy vanhuksien parissa työtä tekevien järjestöjen toimintaan ja järjestäytymättömään kolmannen sektorin toimintaan sekä 1990-luvulla tapahtuvaan muutokseen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa ja järjestöjen tehtävissä. Uusimpana kolmannen sektorin organisoitumisalueena ovat uusosuuskunnat.

Kautta aikojen läheiset ovat hoitaneet sairaitaan, lapsiaan ja vanhuksiaan. Nyt tämä arkiapu ja hoiva on joutunut organisoitumisen myötä yhteiskunnalli-

sen huomion kohteeksi ja saanut erilaisia nimiä, kuten epävirallinen tai vapaaehtoistyö, harmaa tai sosiaalitalous, välitason tai kolmannen sektorin toiminta. Vähitellen keskustelu on vakiintunut ja rajannut kolmannen sektorin ei-valtiolliseksi, voittoa tuottamattomiksi, yleishyödyllisiksi organisaatioiksi. (Kananen 1998, Matthies ym. 1996.)

Omaishoiva on usein tärkein vanhuksen saama apu ja tuki. Kotona asuvat vanhukset saavat apua omaisten lisäksi naapureilta, sukulaisilta, ystäviltä, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiltä sekä vapaaehtoisilta auttajilta. Naapuriavussa kanssakäyminen ja auttaminen kietoutuvat yhteen ja naapurivastuu voi olla tiivistä ja laaja-alaistakin. Organisoimaton, epävirallinen keskinäinen tuki ja vapaaehtoinen apu ovat spontaania naapurin tai ystävän auttamista. Vaikka tällainen apu on usein tilapäistä ja satunnaista, se lisää vanhuksen turvallisuudentunnetta ja tukee hänen kotona asumistaan.

Kaikienlainen vapaaehtoinen auttaminen oli aikaisemmin näkymätöntä arjen huolenpitoa, ennen kuin järjestöt alkoivat organisoida vapaaehtoistyötä. Nykyisin kaupunkioloissa vapaaehtoistyöksi kutsutaan pääasiassa järjestöjen tai seurakunnan organisoimaa toimintaa. Silloin kun apu ja huolenpito toteutuu vanhuksen ehdoilla, vanhus saa auttajien avulla turvallisen selviytymisen tukiverkon, joka auttaa vanhusta tai vanhuksia asumaan kotona mahdollisimman pitkään. (Viljaranta 1995.)

Tärkein asia, mitä lähimmäinen, ystävä tai tukihenkilö antaa vanhukselle, on aika. Tasavertainen keskustelu, kahvittelu tai ulkoilu eivät ainoastaan poista vanhuksen yksinäisyyden tunnetta, vaan vahvistavat hänen turvallisuudentunnettaan. Epävirallinen apu ja tuki ovat tärkeitä vanhuksen kokeman yksinäisyyden lievittäjänä.

Tällä vuosikymmenellä on havahduttu huomaamaan omaisten, sukulaisten, naapurien ja järjestöjen hoivan ja huolenpidon merkitys vanhusten kokonaisavussa. Kansalaisten oma toiminta, lähiyhteisö ja organisoitunut järjestötoiminta sekä julkiset tukimuodot, toimeentuloturva ja palvelut pyrkivät samoihin hyvinvoinnin tavoitteisiin. Kansalaistoimintana tehtävä sosiaalinen työ on samalla perusturvallisuuden parantamisen ohjelma, jossa järjestöillä on monenlaisia tehtäviä (Rönneberg 1995). Tulevaisuudessa myös vanhusten itsensä suora osallistuminen palvelujen järjestämiseen ja oman kodin käyttö hoitopaikkana lisääntyvät entisestään.

Valtakunnallinen vanhustenhuollon tavoite on, että mahdollisimman moni vanhus (90 %) asuu kotonaan tarvittavin tukitoimin mahdollisimman pitkään. Kotihoidon lähtökohtana ovat vanhuksen itsemääräämisoikeus, arkitoimista selviytyminen ja turvallisuuden tunne, joihin tavoitteisiin pääsemiseksi tarvitaan myös kolmannen sektorin toimijoita. Jos vanhuksen kotona asumisen edellytykset eivät toteudu, on kaikille osapuolille mielekkäämpää ja edullisempää, että vanhus voi halutessaan siirtyä sairaalaan, vanhainkotiin tai palveluasuntoon.

Sosiaalityö tai terveydenhuolto ei voi lisätä loputtomasti palvelujaan. Vanhuspalvelujen ja kotihoidon uudistuvassa työnjaossa on kolmannella sektorilla olennainen tehtävä. Kansalaisjärjestöiltä, omaisilta, vapaaehtoistyöstä, säätiöiltä, kirkoilta ja yksityisiltä yrittäjiltä odotetaan panostuksen lisäämistä sellaisten palvelujen tuottamiseen, joista tähän asti on vastannut julkinen sektori (Savio 1995)

viite Matthies ym. 1996). Kunnat tarvitsevat vapaaehtoistyön ja järjestöjen tukea sosiaali- ja terveydenhuollon suuntautuessa entistä enemmän avohoitoon. Tällöin työnjaon ammattiauttajan ja maallikon, palkkatyöntekijän ja vapaaehtoistyöntekijän välillä on oltava selkeä, kuten vastuun ja sitoutumisenkin.

## *6.2 Järjestöt ja uusosuuskunnat palvelujen tuottajana*

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminta perustuu ihmisten haluun ratkaista ongelmia, löytää uusia voimavaroja ja korjata epäkohtia. Järjestöt ovat aatteellisia ja ajavat usein edunvalvojina erityisryhmien ja vähemmistöjen oikeuksia. Ne ovat voittoa tavoittelemattomia organisaatioita, jotka ovat tärkeitä myös jäsentensä yhdessäolon ja sosiaalisen kanssakäymisen paikkoina. Järjestöt toimivat herätyskellona ja hätäjarruina sekä ennen kaikkea yhteiskunnallisina vaikuttajina ja kanavina yksilön ja yhteiskuntajärjestelmän välillä.

Järjestöt heijastelevat yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia. Ne syntyvät vastauksena ajan toiveisiin, hätään, tarpeisiin ja vaatimuksiin ja mukautuvat joustavasti ja nopeasti muuttuviin haasteisiin. Niiden toimintatapa on perinteisen hierarkkinen. Järjestöt toteuttavat tavoitteitaan laajalla koulutus- ja tiedotustoiminnalla. (Kalland 1996.)

Aikaisemmin järjestöt ovat tuottaneet palveluja vain silloin, kun yhteiskunta ei ole siihen pystynyt. Kun tuotetut palvelut on todettu hyviksi, ne on siirretty julkiselle hallinnolle. Pääasiassa järjestöt täydentävät julkisia palveluja, organisoivat vapaaehtoistyötä ja tuottavat sellaisia palveluja, joita ei muuten ole tarjolla. Järjestöt toimivat kansalaisten palvelutarpeiden välittäjinä ja edistävät kansalaisten itsenäistä elämänhallintaa. Järjestöt ylläpitävät demokratiaa ja ovat osa kollektiivista, tasa-arvoista, edustuksellista järjestelmää. Ne ovat yhteiskunnallisia vaikuttajia, jotka osallistuvat yhteiskunnan suunnitteluun kertomalla jäsentensä tarpeista ja elämisen edellytyksistä. (Rönneberg 1995.)

Valtionosuusuudistus tarjosi kunnille uudentyyppisen tuottaja–asiakas-suhteen, jossa yhteisöt ja yritykset tuottavat hoivaa ja liiketoimintaa. Järjestöt tarjoavat nykyisin kunnille muiden tehtäviensä lisäksi palveluja, joita kunta on aikaisemmin tuottanut itse. Kunnalliset hyvinvointipalvelut eivät ole enää jatkuvuudeltaan tai kattavuudeltaan taattuina. Kunnissa monien työsuhteiden projektiluonteisuus muistuttaa järjestöjen toimintamuotoja, ja järjestöjen tehtävät muistuttavat nykyisin monessa suhteessa kunnan omia toimintoja. Kun järjestöt tuottavat palveluja tasavertaisesti kunnan kanssa, niiden on vaikea toimia käyttäjien edunvalvojina.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöt pyrkivät edistämään yhteiskunnallista yhdenvertaisuutta. Kansalaistoiminta tai vapaaehtoistyö ei ole enää pelkästään maallikkojen toimintaa, sillä monet kansalaisaktivistitkin ovat alan koulutettuja, työttömiä ammattilaisia. Kun sosiaali- ja terveysjärjestöjen tehtävät monipuolistuivat ja laajenivat valtionosuusjärjestelmän muuttuessa, ei pelkkä vapaaehtoistoiminta enää riittänyt, vaan järjestöt alkoivat ammatillistua. Enää ei ole selvää rajaa julkisen sektorin ammattiauttajien ja järjestöjen vapaaehtoisten auttajien välillä, vaikka vastuu peruspalveluista onkin kunnalla. Järjestöissä hoiva- tai so-

siaalityötä tekevät usein korkeasti koulutetut, palkalliset ammattiauttajat vapaaehtoisten maallikkoauttajien lisäksi. (Matthies 1995.)

Järjestöjen olemukseen kuuluu kyky ja halu uudistua. Projektit ovat keinoja kehittää, kokeilla ja löytää uusia toimintamuotoja ja aktivoida paikallista aloitteellisuutta. RAY tukee järjestöjen yhteisiä ja järjestöjen omia projekteja. Oleellista järjestöjen palveluissa on kehittämistehtävä, sillä RAY suosii kokeiluprojekteja. Ministeriöiden tukemia ja EU-rahoitteisia ohjelmia ovat osallisuus- ja kumppanuushankkeet, jotka pyrkivät luomaan työpaikkoja ns. tekemättömän työn parissa. Projektit, kampanjat ja palvelut muistuttavat toisiaan ja ovat rahoitusperusteiden vuoksi päällekkäisiäkin. Järjestöt eivät kilpaile vain julkisen palvelutuotannon kanssa vaan myös toistensa kanssa resursseista, vapaaehtoisista, ideoista ja jopa asiakkaista.

Kun sosiaali- ja terveystalouden järjestöt toimivat vanhustenhuollossa palvelujen tuottajina, ne veloittavat palveluista asiakasta joko kunnan hinnoitteluperusteen (ostopalvelusopimus) tai vapaiden markkinoiden hinnoittelun mukaan. Kolmannen sektorin palvelutuotannossa on noussut esiin kysymys järjestöjen markkinoita ja kilpailua vinouttavasta vaikutuksesta. Valtiovalta ja RAY ovat olleet aktivoimassa ja rahoittamassa kolmatta sektoria ratkaisemaan osaltaan pitkäaikaistyöttömyyden ja syrjäytymisen aiheuttamia ongelmia. Tämä on johtanut tukiperustaisen palkkauksen myötä työmarkkinoiden vääristymiseen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä. Markkinaperustaisten ja voittoihin tähtäävien sekä muita tavoitteita ensisijaisena pitävien toiminta-alojen rajoja on vaikea määritellä. RAY:n tuki luokitellaan kilpailuneuvoston mukaan julkiseksi tueksi, jonka järjestöt joutuvat lisäämään tarjoushinnan päälle tarjotessaan palveluja kunnalle.

### 6.2.1 UUSOSUUSKUNNAT

Kolmannen sektorin laajeneminen 1990-luvulla selittyy työttömien määrän lisääntymisellä ja julkisen sosiaali- ja terveystalouden toimintamahdollisuuksien kaventumisella resurssien niukkuuden vuoksi. Vuonna 1998 Suomen liki 700 osuuskunnasta sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialan uusosuuskuntia oli 34. Niiden ideologisena taustana ovat vaihtoehtoiset ajatukset osallistumisesta, ruohonjuuritason demokratiasta ja paikallis- tai sosiaalitalouden kehittämisestä. Sosiaalitalouden periaatteita ovat vapaaehtoinen ja avoin jäsenyys, riippumattomuus valtiovallasta sekä tuloylijäämän käyttäminen organisaation kehittämiseen ja palvelujen parantamiseen. (Köppä 1998.)

Osuustoiminta perustuu yleensä paikallisuuteen, yhteistyöhön ja kumppanuusorganisaatioon. Sosiaali- ja terveystalouden osuuskunnat ovat usein verkostoyhteistyön aloitteentekijöitä, sillä yhteistyö on jo uusosuuskunnan aloittamisen edellytys. Uusosuuskunnat tiedottavat laajasti toiminnastaan Internetin Wuokko-soittoissa. Osuuskuntien yhteistyökumppaneita on sekä julkisella sektorilla että järjestöissä.

Sosiaali- ja terveystaloudelle viime vuosina syntyneet uusosuuskunnat tuottavat vanhusten tarvitsemia palveluja, mutta veloittavat asiakkaita palveluistaan. Uusosuuskunnat kilpailevat palvelutuotannossa järjestöjen ja hoiva-alan yrittäjien kanssa.

### 6.3 Vapaaehtoistoiminta ja epävirallisen organisoituminen

Veli Särämäkari on määritellyt Vapaaehtoiset vanhustyössä -raportissa (1995) organisoitua vapaaehtoistyötä. Vapaaehtoistoiminta kehittyy paikallisesti vastauksena arkielämän tarpeisiin. Vapaaehtoistoiminta on prosessi, jossa ihmiset lähtevät yhdessä parantamaan elämänlaatuaan. Vapaaehtoiseksi kutsutaan henkilöä, joka omaehtoisesti, pyyteettömästi ja palkatta antaa suoraa sosiaalista tukea toiselle ihmiselle, joka ei ole hänen lähiomaisensa. Järjestöjen organisoima vapaaehtoistyö ei ole julkisia palveluja korvaavaa vaan niitä täydentävää ja rikastuttavaa, silti tavoitteellista, organisoitua ja jatkuvasti kehittyvää toimintaa.

Vanhusten yleisin ongelma on yksinäisyys, johon odotetaan ratkaisua vapaaehtoistyöstä. Uutena odotuksena vapaaehtoistyölle ovat sellaiset kotona selviytymistä tukevat tehtävät, jotka eivät kuulu ammattiauttajien tehtäviin tai joita nämä eivät ehdi tehdä, kuten pienet korjaukset, lumenluonti, asiointiapu, ulkoiluttaminen jne. Vanhuksen toimintakyvyn heikkeneminen, sairaus sekä asunon ja lähiympäristön puutteet synnyttävät avun ja palvelun tarvetta

- kotitöihin (siivous, pyykinpesu, ruuanlaitto)
- liikkumiseen (kävelyttäminen, kuljetus, saattoapu)
- asiointiin (pankki-, posti- ja kauppa-asiat)
- talon hoitoon (korjaukset, puutarha-, piha- ja lumityöt)
- seurapitoon (kahviseura, keskustelu, lukeminen, kirjoitusapu)
- henkilökohtaiseen avustamiseen (puhtaus, pukeutuminen).

Raskaat työt kuten siivous ja pyykinpesu näyttävät jäävän ammattiauttajien harteille, ja vapaaehtoistoiminta keskittyy sosiaaliseen kanssakäymiseen. Sosiaaliturvan Keskusliiton kyselyn (1989) mukaan vanhuksiin kohdistuvat vapaaehtoistoiminnot ovat

- henkilökohtainen tuki (ystävä, lähimmäinen, tukihenkilö)
- asuinalueen tuki (naapuriapu, korttelitoiminta, talkoot)
- laitosapu (vanhainkodeissa käynnit)
- tilapäisapu (saatto- ja kuljetusapu, yhdyshenkilö).

Vapaaehtoistyön periaatteena on vanhuksen ehdoilla toimiminen. Vapaaehtoisen työntekijän motivaationa ovat auttamishalu, halu oppia ja kehittyä, oman itsetunnon ja omanarvontunnon kohottaminen sekä lähiympäristön sosiaaliset odotukset. Organisoituun vapaaehtoistyöhön osallistumista pidetään harrastuksena. Naiset tekevät enemmän pitkäaikaista työtä ja miehet ovat kiinnostuneempia lyhytaikaisista talkootöistä. (Särämäkari 1995.)

Yleisimpiä organisoituja vapaaehtoistoiminnan muotoja ovat SPR:n ystäväpalvelu, seurakuntien lähimmäispalvelu ja vanhusjärjestöjen omaistoiminta. Käytännössä vapaaehtoistoiminnan organisoinnista vastaa kunta, seurakunta tai järjestö. Kunnan oman työntekijän organisoimassa vapaaehtoistoiminnassa voivat hämärtyä vapaaehtoistyön erityispiirteet, kuten omaehtoisuus, vaihtoehtoisuus ja asiakaslähtöisyys. Järjestöpohjaisen vapaaehtoistyön haittoja ovat mahdollinen järjestöjen välinen kilpailu, vähäiset voimavarat, muiden toimivien ryhmien sivuuttaminen sekä yhteydet viralliseen vanhustenhuoltoon. (Mt.)

Verkostoituvassa palvelukokonaisuudessa myös vapaaehtoistyön pitäisi olla osa vanhuksen turvallisuutta ja kotona selviytymistä lisäävää moniammatillista, kotiin vietävää palvelukokonaisuutta. Organisoidun vapaaehtoistyön toimintatavat kehittyvät paikkakunnan vapaaehtoistyön perinteestä, vanhusväestön ikäraken-

teesta, asumisolosta ja ajankohtaisista tarpeista. Vapaaehtoistoiminnan keskeisin tehtävä on edistää lähidemokratiaa, vahvistaa ihmisten epävirallisia verkostoja ja toimia välittävänä linkkinä julkisen ja henkilökohtaisen verkoston välillä. Vapaaehtoistoiminta mukautuu joustavasti lähimmäisyyteen perustuvan avun tarpeeseen.

Vapaaehtoistoiminnoista ovat tällä vuosikymmenellä lisääntyneet eniten organisoimattomat, itseohjautuvat ryhmätoiminnot. Erilaiset oma-apu- tai vertaisryhmäläiset kokoontuvat saman ongelman tai elämäntilanteen kohdatessa tukemaan ja auttamaan toisiaan niin kauaksi aikaa kuin kullakin on tarvetta. Marianne Nylund (1996) määrittelee oma-apuryhmän ryhmäksi, jonka muodostavat henkilöt, joilla on jokin yhteinen ongelma tai jotka ovat samanlaisessa elämäntilanteessa. Heillä on halu jakaa kokemuksiaan muiden kanssa ja tällä tavoin keskinäisesti pyrkiä henkilökohtaisen ongelmansa tai elämäntilanteensa ratkaisemiseen tai lieventämiseen.

### 6.3.1 ELÄKELÄISTEN OMA-APURYHMÄT

Aktiivisuus kasautuu eläkeläisilläkin. Mitä halukkaampi vanhus on vapaaehtoiseen auttamistyöhön, sitä varmemmin hän toimii myös kerhoissa ja järjestöissä. Halutuimpia auttamistehtäviä ovat keskusteluseura, asiointi- ja kuljetusapu sekä pienehköt korjaustyöt. Miehet osoittavat naisia enemmän halukkuutta vapaaehtoiseen auttamiseen. Eläkeläiset kokevat auttamisen velvollisuudekseen varsinkin, jos sukulainen tai naapuri tarvitsee apua. Oma-apuryhmissä osallistumisen perusteina ovat asiantiedon saamisen lisäksi yhteiset kokemukset ja yhdessäolo sekä halu vaikuttaa ja tiedottaa ryhmän ulkopuolellekin. Suuri osa oma-apuryhmistä kytkeytyy läheisesti julkisiin palveluihin, vaikka myös sosiaali- ja terveydenhuollon potilasjärjestöillä on perinteisesti ollut tukiryhmätoimintaa. (Särmäkari 1995.)

Timo Keski-Petäjä (1998) puhuu syrjäytyneen turvaverkosta, jossa vertaisapu, viranomaisapu ja oma-apu muodostavat trampoliinin kulmat, ja trampoliinilta on mahdollista ponnahduttaa syrjäytynyt uudelleen kiinni elämään.

Keravalla toteutetussa vanhustyön vapaaehtoisprojektissa olivat mukana vertaiset (toiset vanhukset) ja viranomaiset (mm. terveyskeskus ja kaupungin kotipalvelu). Laitostumisen estämiseksi valittiin syrjäytymisvaarassa olevat vanhukset eli sellaiset, joiden terveyskeskuskäynnit olivat alkaneet lisääntyä (taustalla yksinäisyys, pelot ja epävarmuus). Autettavat vanhukset tarvitsivat tukihenkilön kulkemiseensa. Vanhus kutsuttiin ja haettiin autolla mukaan vertaisryhmään tapaamaan toisia.

Vertaisryhmässä auttajan ja autettavan roolit sekoittuvat, joten autettava ei leimaudu passiiviseksi avun kohteeksi. Tulevaisuudessa vertaisapu saattaa lisääntyä entisestään, sillä varsinkin vanhukset (ja nuoret) kokevat sitoutumisen järjestöjen toimintaan vaikeaksi.

Vaikka monet oma-apuryhmien jäsenet kokoontuvatkin lievittääkseen omaa pahoinvointiaan, ovat suomalaiset oma-apuryhmät (mm. omaishoitajat) arkielämänsä helpottaakseen keskittyneet myös taloudellisten ja yhteiskunnallisten pelisääntöjen muuttamiseen. (Keski-Petäjä 1998.)

### 6.3.2 KOTIHOIDON ALUEELLISUUS JA TYÖNJAKO

Koska entistä useampi ihminen viettää entistä enemmän aikaa arkipäivästään paikallisyhteisössä osallistumatta tuotantoelämään tai palkkatyöhön, pitää Anna-Lena Palomäki (1997) vapaaehtoistyön perustana paikallisyhteisöä, josta löytyy tekemisen tarvetta, mutta myös resursseja eli työntekijöitä. Kotihoidossa vanhuksen koti sitoo avun paikalliseksi, sillä avun tuominen vanhukselle kauempaa on kallista ja hankalaa.

Ainakin teoriassa paikallisuus ja ruohonjuuritason tarve ovat perustana vapaaehtoistyölle. Kuitenkin vapaaehtoisorganisaatiot houkuttelevat ihmisiä toimintaansa kaupunkimaisissakin yhdyskunnissa, tosin eri lähtökohdista kuin maaseudulla. Uudet vapaaehtoistyön organisaatiot syntyvät intressiorganisaatioina ja pyrkivät muuttamaan ja kehittämään yhteiskuntaa. Monille osallistujille riittää tavoitteeksi sosiaalinen yhdessäolo ja osallistumisen mahdollisuus. Järjestöjen rahanpuute ei sinänsä estä toimintaa, mutta aktiivisten ihmisten puute korostaa rahan niukkuutta.

Vapaaehtoistyön motivaatio saattaa kadota markkinasuuntautuneisuuden ja paikallisen kontaktin puuttuessa. Juha Rissanen (1997) korostaa paikallisen ja alueellisen kehittämistoiminnan onnistumisen edellytyksenä omaehtoisuutta, mikä tapahtuu paikallisten toimijoiden aloitteesta, heidän resursseillaan ja tiiviissä yhteistyössä alueen kaikkien toimijoiden kanssa. Omaehtoinen kehittämisstrategia on laaja ja moninainen aloitteiden ja toiminnan verkko, jossa asukkaat itse ottavat osaa alueensa tulevaisuuden muodostamiseen. Informaation ja neuvonnan saatavuus korostuu omaehtoisen kehittämisstrategian kaltaisissa toimintatavoissa.

Vapaaehtoistoiminta syntyy kaupungissakin paikallisista olosuhteista, ja sen tulevaisuus, tarpeet ja voimavarat sekä yhteistyömahdollisuudet muotoutuvat paikallisyhteisössä. Kaupungissa paikallisyhteisö on tuntemattomien ihmisten yhteisen asian puitteissa muodostunut joukko, sillä kaupungissa auttaja ja autettava eivät yleensä entuudestaan tunne toisiaan. Tällöin auttamiseen ei sisälly velvoitetta, vaan se perustuu epäviralliseen, ”sopimukselliseen” lähimmäisyyteen. Vapaaehtoistyö perustuu nykyisin entistä enemmän auttajan haluun auttaa tuntematonta lähimmäistä.

### 6.3.3 KOLMANNEN SEKTORIN ORGANISOITUMINEN

Kolmannen sektorin toimintaa aktivoidaan ja organisoidaan 1990-luvulla tehokkaasti. Vaikka kolmannen sektorin tunnuslause on ruohonjuuritason toiminta ja kansalaisaktiivisuus, saatetaan kolmannen sektorin toimintaa organisoida kunnan taholta virkamiestyönä eli ylhäältä alas. Kansalais- ja vapaaehtoistyötä voidaan tukea

- selkeyttämällä toimijoiden välistä vastuuta ja työnjakoa
- ammattilaisten ja vapaaehtoisten keskinäisellä arvostuksen antamisella
- tukemalla vapaaehtoistyön motiiveja ja vaikuttimia
- onnistumiskokemuksilla ja epäonnistumisen sallimisella
- työttömyys- ja eläkelainsäädännön tulkinnan tarkistamisella
- vapaaehtoistyön toimintakeskusten perustamisella
- tarjoamalla tukea ja kokoontumismahdollisuuksia epäviralliselle auttamiselle, esimerkiksi naapuriavulle. (Särmäkari 1995.)



Vapaaehtoistyön ehdoista, säätelemisestä ja organisoinnista on käyty viime vuosina vilkasta keskustelua. Toiminta ja ohjaus olisi suunnattava toimijoista rakenteisiin.

Järjestäytyminen yhteistyöhön voi tapahtua esimerkiksi muodostamalla yhteisö, rakentamalla hierarkia, käynnistämällä markkinat tai kutomalla verkosto. Verkostoitunut yhteistyö vaatii toisiaan täydentäviä etuja, vastavuoroista vaihtoa, tasavertaisuutta, luottamusta ja avoimuutta. Ongelmiksi yhteistyössä voivat muodostua kyvyttömyys muuntua, pelisääntöjen vaikeus, sitoutumisen epävarmuus ja rajojen epäselvyys. (Viirkorpi 1996.)

Verkostossa yhteistyön alueita ovat

- tiedottaminen (vertikaalinen ja horisontaalinen viestintä)
- tietous (tiedostot, ilmoitukset, tilanneraportit)
- vuorovaikutus (neuvottelut ja yhteistyömenetelmät)
- resurssit (tilat, henkilöt, rahat)
- työnjako (koordinointi ja vastuunjako)
- toimintojen ketjutus (toimintojen mielekäs yhdistäminen)
- johtaminen (verkostotoimintojen ohjaus).

Naiset ovat olleet kehittämässä pohjoismaisia välitason tai kolmannen sektorin toimintamalleja. Tunnetuimpana pohjoismaisena hyvinvoinnin sekatalouden kokeiluna oli Uuden Arjen Strategia, jossa luotiin kaupunkisuunnitteluun, asuntopolitiikkaan ja hoivapalveluihin naisystävällisempi lähestymistapa. Kokeilussa haluttiin saada työ, vapaa-aika, huolenpito, asuminen ja sosiaalinen elämä fyysisesti ja sosiaalisesti lähemmäksi toisiaan yhteisöllisten kohtaamispaikkojen avulla. (Matthies ym. 1997.)

Monissa eurooppalaisissa tutkimuksissa perusratkaisuna toimii korttelikohtainen tukipalvelupiste, josta käsin eri sektoreiden yhteistyönä organisoidaan asukkaiden tarvitsemia palveluita, sosiaalisia kontakteja, vapaaehtoistoimintaa ja kulttuuritarjontaa. Julkisen järjestelmän ulkopuolista tai siitä tietoisesti etäämmällä pysyttelevää uutta aloitteellisuutta on edelleen vähän. (Mt.) Merkittävä osa yhteisöllisistä ja yksityisistä kokeiluista on syntynyt kuntatyönantajan siipien suojassa tai irtisanomisuhan alla.

Floridassa kehiteltiin 1980-luvulla vapaaehtoistyön organisaatio, jota kutsutaan palvelupankiksi. Palvelupankissa vapaaehtoispalveluja vaihdetaan, säädetään ja annetaan. Palvelujen arvo määräytyy tehtyjen työtuntien mukaan tai painotettuna avun antajan osaamisen mukaan. Vapaaehtoinen auttaja antaa palveluluottoa, ja hänellä itsellään on oikeus saada pankista sama määrä palvelua takaisin. Avun antaja voi siirtää saamansa talletuksen toiselle, esimerkiksi vanhemmilleen tai sukulaisilleen, tai säästää sen oman vanhuutensa varalle. Näin eri puolilla maata olevat pankit voivat verkostoitua, jolloin ”talletuksia” voi siirtellä pankkien välillä. (Särmäkari 1995.)

Kaupungistuminen ja lähiyhteisöjen hajoaminen luovat tarvetta tällaiselle tukiverkostolle. Hoivapankki-idea soveltuu vapaaehtoisten toimintakeskukseen, yksittäiseen palveluyksikköön tai myös kotipalvelutoimiston yhteyteen, joilla on jatkuva päivystys ja suorat yhteydet auttajiin ja asiakkaisiin. Suomessa yhtenäiset tietoverkostot mahdollistavat valtakunnallisen hoivapankin perustamisen. Kokemukset hoivapankki-ideasta ovat pääosin myönteisiä myös suomalaisissa

kokeiluissa. Vastaavia hoivapankkeja on perustettu esimerkiksi Hämeenkyröön ja Vehmaalle. Auttajiksi hakeutuu eniten muualta paikkakunnalle muuttaneita, joilla ei ole tiiviitä omais- ja naapuriverkostoja lähipiirissä.

Koska Suomessa on kattava sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmä, ei ehkä ole syytä ”tallettaa vapaaehtoispalveluja” itsensä tai omaisensa hyväksi. Särnkari (1995) ehdottaakin suomalaisen hoivapankin nimeksi Yhteisvastuu-Pankkia. Siinä vapaaehtoisapua suunnattaisiin sitä todella tarvitseville, auttajalle itselleen vieraille ihmisille.

Anna-Lena Palomäki (1997) tarkastelee, miten vapaaehtoissektori voisi ottaa julkiselta sektorilta hoitaakseen osia hyvinvoinnin tuottamisesta. Jos vapaaehtoistyö identifioi uusia tarpeita ja reagoi niihin, sen perusta on silloin paikallistasolla, kuten vapaaehtoisetkin. Perinteisten yhdistysten rinnalle on syntynyt vapaaehtoisvälityksiä, tapaamispaikkoja, paikallisia aloitteita ja itseapuryhmiä. Vapaaehtoisuus tarkoittaa pohjimmiltaan sitoutumattomuutta tai sitoutumista omin ehdoin. Varsinkaan nuoret eivät halua identifioitua perinteisten järjestöjen edustamaan symbolikokonaisuuteen.

Matthies (1990) on tutkinut kirjassaan ”Kapinasta muutoksen malliksi” vaihtoehtoisen sosiaalipolitiikan kehitystä uusien intressiyhteisöjen toimintana. Suomessa yksityistämisen ja yhteiskunnallistamisen kolmatta vaihtoehtoa on alettu nimittää yhteisölliseksi sosiaalipolitiikaksi. Se ilmenee toisaalta ylhäältä tulevana hyvinvointivaltion strategiana ja toisaalta ruohonjuuritason omaehtoisena selviytymiskeinona. Vaihtoehtoisessa sosiaalityössä pyritään sosiaalityön kohteiden omien voimavarojen tukemiseen yhteisöllisessä toiminnassa.

Viime aikoina on kiinnostaviksi hyvinvoinnin tuottajiksi nähty urbaanit lähiyhteisöt, puoliviralliset järjestöt ja kansalaisten omaehtoiset toimintaryhmät. Sosiaalityöhön on ehkä siirtynyt ja institutionaalistunut tehtäviä, jotka voitaisiin jättää kansalaisten omalle vastuulle. Siinä missä virallinen professionaalinen sosiaalityö käy tehottomaksi, on epävirallisilla yhteisöillä mahdollisuus tai pakko toimia. Ydinkysymys sosiaalisen toiminnan uudistumisessa on se, tulevatko toimintaohjeet virallisina ylhäältäpäin vai ruohonjuuritasolta.

## 6.4 Kolmas sektori tutkimuskunnissa

### 6.4.1 KOLMANNEN SEKTORIN NYKYTILANNE

Jokaisella kunnalla on erilainen vanhustenhuollon palvelurakenne ja myös kolmannen sektorin toiminta ja järjestäytyneisyyden laajuus vaihtelevat. Kevään 1998 aikana järjestetyissä viidessä kuntaseminaarissa kolmatta sektoria edusti vanhustenhuollossa toimivien järjestöjen lisäksi seurakunta, sillä seurakunnalla on suuri merkitys vapaaehtoistyön organisoinnissa. Sen sijaan veteraani- ja eläkeläisjärjestöt edustivat seminaareissa käyttäjä- eli vanhusnäkökulmaa.

Kolmannen sektorin osallistujamäärät kuntaseminaarin osallistujista olivat	
Vammala	5/31
Valkeakoski	7/37
Virrat	9/33
Oriveden kuntayhtymä	10/39
Tampere	4/18

Tiedot kolmannen sektorin toiminnasta ovat sekä kuntaseminaareista että kuntien viranhaltijoiden asiantuntijahaastatteluista. Organisoitumattomasta kolmannen sektorin toiminnasta ei löydy tietoa, vaikka esimerkiksi naapuriapu toimii etenkin haja-asutusalueilla ja on tärkeä tuki vanhusten kotona selviytymisessä.

*Seurakunnan vapaaehtois- ja diakoniatyö* on vanhuksille tärkeä tuen ja avun lähde. Seurakunta järjestää jokaisessa tutkimuskunnassa paljon erilaista ryhmä- ja virkistystoimintaa sekä tilaisuuksia ja hartaushetkiä. Valkeakoskella seurakunta tekee diakoniatyötä ja sairaalasielunhoitoa ja antaa terapiaa. Se järjestää vapaaehtoistyötä ja ystäväpalvelukursseja sekä muuta toimintaa vanhuksille. Omaishoitajille järjestetään koulutuspäiviä. Vammalassa kunnan ja seurakunnan yhteinen Serkku-projekti pyrkii karsimaan toimintojen päällekkäisyyksiä. Seurakunnassa toimii myös vanhusryhmiä. Virroilla seurakunnan toimintamuotoja ovat päiväpiiritoiminta, omaisten ryhmä dementiapotilaita hoitaville sekä ns. sururyhmät.

Orivedellä diakonissa on mukana myös vanhuspoliittisessa työryhmässä. Juupajoella seurakunta järjestää omaishoitajien virkistyspäiviä pari kertaa vuodessa ja joskus lomina. Diakonissa tekee paljon hengellistä työtä ja käy tapaamassa vanhuksia. Längelmäellä seurakunnan diakonissa tekee yhteistyötä vanhusasioiden kanssa. Seurakunta on kouluttanut ystäväpalvelun ihmisiä, jotka ovat siirtyneet toimijoiksi SPR:lle. Tampereen keskisellä alueella toimii seurakunnan kirkontupia, joissa lähialueella asuvat vanhukset voivat tavata toisiaan, jutella ja seurustella laulutuokioiden, muistelopiirien, ruokailun ja kahvin lomassa.

Jokaisessa kunnassa toimii *SPR* aktiivisesti yhteistyössä kunnan ja seurakunnankin kanssa tarjoten organisoitua vapaaehtoisapua ystäväpalveluna sekä virkistystä, koulutusta jne. Valkeakoskella SPR järjestää kerran kuukaudessa virkistystilaisuuden vanhainkodissa. Nyt SPR:n ystäväpalveluun on vaikea saada mukaan uusia vapaaehtoisia. Vammalassa SPR saa tukea ja tilat kunnalta ja yhteistyötä on kunnan lisäksi seurakunnan kanssa. SPR:llä on ystäväpalvelua ja kahvila ja se hoitaa ateriakuljetukset. Orivedellä SPR tekee vapaaehtoistyötä. Sairaalarinkaassa toimii kahdeksan vapaaehtoista ja lisäksi jotkut tekevät kotikäyntejä. Längelmäellä SPR järjestää jonkin verran ystäväpalvelua. Kunta on organisoinut vapaaehtoistyön kurssin. Tällä hetkellä työtön mies hoitaa ateriakuljetukset ilman palkkaa pelkällä kulukorvauksella. Juupajoella SPR:n ystäväpalvelu toimii hyvin. Tampereen SPR tarjoaa vanhuksille ystäväpalvelua ja maksullisia kodinhoito-, saattaja-, turva- ja aamusoittopalveluja.

Tutkimuskunnissa toimii myös *potilasyhdistyksiä*. Kaikissa kunnissa potilasyhdistysten työ ei tullut esiin, koska sitä ei suoraan kysytty. Kun vanhuksella on esimerkiksi sydänsairaus tai diabetes, on paikallisen yhdistyksen tuki tärkeä arjesta selviytymisen apu. Valkeakoskella kunnan terveystoimi on yhteydessä sydänyhdistykseen. Vammalan potilasyhdistyksistä diabetesyhdistys tiedottaa, kouluttaa, antaa materiaaliapua, järjestää tapahtumia ja avoimien ovien päiviä. Sydänyhdistys tekee ennaltaehkäisevää työtä, kuten organisoii laihdutusryhmiä sekä mittaa verenpainetta ja kolesteroliarvoja.

Jokaisessa kunnassa toimii aktiivisesti vanhusten hyväksi *eläkeläis-, veteraani- ja sotainvalidijärjestö*. Kuntaseminaareissa näiden järjestöjen edustajat olivat palvelujen käyttäjiä ja heidän näkemyksensä tulkittiin vanhusnäkökulmana. Vam-

malassa järjestöjen ja erityisesti eläkeläisjärjestöjen toiminta on aktiivista. Längelmäellä eläkeläisten järjestöt tekevät paljon huolenpitotyötä ja järjestävät mm. virkistystoimintaa. Juupajoella eläkkeensaajat, sotaveteraanit ja vanhustenkotiyhdistys kutsuvat sosiaalijohtajan silloin tällöin kokouksiinsa kertomaan ajan-kohtaisista asioista. Yhdistyksiltä on pyydetty lausuntoja vanhustenhuollon suunnitelmasta ja ne on kutsuttu osallistumaan työseminaareihin, kuten uuden vanhainkodin rakentamisen neuvottelukokoukseen. Pienissä kunnissa samat ihmiset toimivat monissa järjestöissä.

Merkittävää työtä kuntien vanhustenhuollossa tekevät myös *palvelutalo- tai vanhainkotiyhdistykset*, jotka ovat rakennuttaneet palvelutaloja ja -asuntoja. Vammalassa Sastamalan kannatusyhdistyksellä on palveluasuntoja ja samoissa tiloissa toimii myös yksityinen dementiakoti. Virroilla Ainala-palvelutalosaatiö tuottaa tehostettua palveluasumista 70 asukkaalle ja lisäksi palveluja lähistön vuokralla asuville vanhuksille. Oriveden Palvelutalosaatiön palvelutalossa asuu 35 asukasta, ja säätiöllä on sosiaali- ja terveystoimen kanssa tiivistä yhteistyötä. Juupajoen Vanhainkotiyhdistyksellä on Lylyn kylässä vuokratalo, jossa lääkäri ja terveydenhoitaja pitävät vastaanottoa kerran viikossa. Lylyssä työllistetty kodinhoitajiemäntä auttoi vanhuksia veloituksetta, mutta keväällä 1998 ei löytynyt sopivaa työllistettävää. Längelmäellä Vanhustenkotiyhdistys pitää yllä vuokrataloja.

Uudenlaista kolmannen sektorin toimintaa vanhustenhuollossa ovat *oma-apuryhmät ja uusosuuskunnat*. Maaseudullekin on syntynyt joitakin hoiva-alan uusosuuskuntia, Tampereella niitä on jo muutama. Uusosuuskuntien toiminta on monin paikoin alkuvaiheessa, mutta selvästikin ne ovat tulleet jäädäkseen. Valkeakoskella osuuskunta Mappi & Mopin palveluilla on vilkas kysyntä. Vammalassa hoiva-alan osuuskunta Kotelo on unohtunut, kun vetäjä työllistyi muualle. Tampereella Osuuskunta Pirkanmaan EuroManse tarjoaa remontti- ja hoivapalveluja koteihin.

Viime aikoina *kylätoimikunnat ja asukasyhdistykset* ovat aktivoituneet sosiaaliseen toimintaan ja varsinkin huolehtimaan lähipalvelujen säilymisestä asutusalueilla. Vanhusten kotona selviytymisen kannalta kaupalliset ja muut lähipalvelut ovat elinehto ja kunnan palvelujen järjestämisen kannalta tärkeitä tuki- ja välityspisteitä. Kyläyhdistyksiä arvostetaan haja-asutusalueella. Valkeakoskella uusia kolmannen sektorin toimijoita vanhustenhuoltoon löytyisi kylätoimikunnista, asukasyhdistyksistä ja muista järjestöistä. Vammalassa kyläyhdistykset ovat aktiivisia. Karkun alueella kokeillaan moniammatillista tiimityötä. Karkun sosiaalialan oppilaitoksessa on ollut 20 kyläavustajan kurssi. Orivedellä Eräjärven kyläyhdistys tekee kunnan kanssa yhteistyötä, ja työvoima on palkannut sinne kyläpiian. Juupajoen kyläyhdistyksistä neljä on aktiivisia, ja ne herättävät asukkaita itse huolehtimaan omatoimisesti asioistaan. Lylyssä varikolla ja koululla on vaikutus kylän vireyteen. Kyläyhdistyksillä on maaseutupiirin, marttojen, maatalousnaisten jne. kanssa yhteisiä palaverieita ja tavoitteena on saada palveluja kyliin.

Järjestäytymätöntä vapaaehtoistyötä, vanhusten oma-apuryhmiä ja muuta vertaistoimintaa on vaikea organisoida, ja siksi se on suunnittelun ulkopuolella. Valkeakoskella ei lasketa eläkeläisten vapaaehtoistyön varaan, koska eläkeläiset ovat nopeasti itse avun tarvitsijoita. Orivedellä tosin monet vanhukset olivat itse valmiita toimimaan yksinäisen ystävänä. Tampereen Eläkeikäiset Omaishoitajat

-yhdistys on oma-apuryhmä, johon kuuluu 81 eläkeikäistä omaishoitajaa. Yhdistys järjestää jäsenten avuksi koteihin kotiavustajia (7 tuntia/päivä, 50 markkaa) työvoimatoimiston myöntämistä harjoittelijoista sekä yhdistyksen työllistämistä kotiapulaisista.

#### 6.4.2 KOLMANNEN SEKTORIN TULEVAISUUDENNÄKYMÄT KUNNISSA

Kunnat kaipaavat ja tarvitsevat lisää vapaaehtoistyön tukea vanhustenhoitoon ja erityisesti kotona asuvien vanhusten yksinäisyyden lievittämiseen. Tämä vapaaehtoistyön merkityksen tunnustaminen ja rahoituksen saaminen vapaaehtoistyön edistämiseen on aktivoinut kunnat organisoimaan vapaaehtoistyötä yhdessä yhdistysten kanssa.

*Valkeakoskella* toukokuussa 1998 perustetun Lähimmäispalvelukeskuksen tavoitteena on ”organisoida lähimmäispalveluja tarjoamalla vanhuksille aktivoivaa sosiaalista toimintaa vapaaehtoistyön avulla elämänlaadun parantamiseksi. Lähimmäispalvelu tukee ja täydentää kunnallista kotipalvelua vapauttamalla henkilökuntaa varsinaiseen kodinhoitotyöhön, jolloin saavutetaan huomattavia kustannussäästöjä.” Lähimmäispalvelukeskus tarjoaa maksullisten palvelujen lisäksi vapaaehtoistukea. Lähispalvelukeskuksessa alkoi tukihenkilöiden koulutus syksyllä 1998, ja keskuksen odotetaan toimivan tietopankkina, jolloin tietoa saisi yhdestä pisteestä. Myös Mummon Kammari -toiminta alkoi kesän aikana.

Valkeakoskella järjestöjen näkemys verkostosta tarkoittaa Lähimmäispalvelukeskusta, jossa ovat mukana kaupunki, seurakunta ja järjestöt. Palveluverkoston luomisen edellytyksenä pidetään auttajien keskinäisestä työnjaosta sopimista ja pettämätöntä tiedonkulkua.

*Vammalan kaupunki* on ottanut vastuuta vapaaehtoistyön organisoinnista. Kunnassa keskitytään vapaaehtoistyön kehittämiseen ja sosiaalitoimessa on puolipäiväinen yhdistelmätuella palkattu organisoija. Sosiaalitoimi pitää yllä vapaaehtoistyöntekijöiden vuosittain päivitettävää rekisteriä, jossa on yli sata ystävää, lähimmäistä ja tukihenkilöä. Vammalan vapaaehtoistyön ylhäältä alas ohjautuva organisointi ei ehkä tuota ruohonjuuritason kohtaamista ja toimintatapaa.

Tulevaisuudessa Vammalassakin hoidetaan kotona laaja-alaisin tukitoimin entistä vaikeammin sairaita ja moninaisemmin sairaita. Kuntoutuksella parannetaan vanhusten toimintakykyä. Lähiverkoston osallistuminen kotihoitoon ja samalla lähispalvelujen kehittämiseen on tärkeää, sillä vanhustenhuollon resurssit alkavat loppua. Vapaaehtoiset saattavat väsyä lisääntyviin auttamistarpeisiin. Vaikka ihmiset ovat halukkaita tekemään vapaaehtoistyötä, he eivät halua sitoutua.

Vammalassa kolmannen sektorin osallistuminen vanhusten kotihoidon verkostoon vaatii joustavaa yhteistyötä, moniammatillista orientaatiota sekä korkeatasoista koulutusta. Toimijoiden välisen tieto- ja tukiverkoston olisi oltava tarpeeksi tiheäsilmainen, ja verkoston toimivuuteen vaikuttaa erityisesti ”virtaava” tiedonkulku ja -välitys niin että erilaiset näkökulmat yhdistyvät yhteistyössä.

*Virrat* havittelee ”Suomen Floridan” mainetta vanhusten kotihoidon kehittäjänä eli hyvät palvelut ja myönteinen ilmapiiri vanhuksille. Kolmannen sektorin osuus vanhusten kotihoidossa painottuisi lähimmäisyyteen ja vanhusten yk-

sinäisyyden vähentämiseen. Virroilla verkostoituvien kotipalveluiden tärkeäksi edellytykseksi ilmeni tietouden saaminen eli palveluoppaan laatiminen.

*Orivedellä* vanhuksat kaipaavat kolmannen sektorin toiminnoista eniten ystäväpalvelua. Tulevaisuudessa vanhusten kotona asumista halutaan tukea laajemmin tukipalveluin ja asuntojen korjauksin sekä etsimällä välimuotoisia asumisratkaisuja laitoshoidon vaihtoehdoksi.

*Juupajoen* vanhusten kotihoidon palveluverkko kaippa tulevaisuudessa kolmannen sektorin laajempaa osallistumista ja yksityisiä yrittäjiä. Välimuotoisia palveluja kuten palveluasuntoja ja pienryhmäkotia tarvitaan. Yksinäisyys on vanhuksilla tärkeä hoidon tarpeen taustatekijä, joka vaatisi uudenlaisia yhteistyömuotoja, esimerkiksi perheiden järjestämiä ateriapalveluja.

*Längelmäellä* tuetaan kotihoitoa niin, ettei kukaan joutuisi laitoshoittoon perushoivan tai päivittäistoimista selviytymisen vuoksi. Vapaaehtoisista kotihoiton toimijoista, erityisesti ulkoiluttajista, seuranpitäjistä, lähelläolijoista ja lukijoista on pulaa.

*Tampereen keskisellä alueella* toimii monia järjestöjä vapaaehtoistyöntekijöiden sekä erilaisia oma-apuryhmiä, projekteja ja yhteistyömuotoja. Toimintoja syntyy jatkuvasti lisää, joten tamperelaisen kolmannen sektorin esittely on pelkistetty ja valikoitunut. Monet kolmannen sektorin toimintamuodot ovat vakiintuneet, ja muutamat järjestöt tarjoavat vanhustenhuollon palveluja laaja-alaisesti ja osittain kunnan ostopalvelusopimuksin. Projekti- ja järjestöesittelyt perustuvat tamperelaisten asiantuntijoiden haastatteluihin (kenttätyön yhteydessä) ja kunta-aineistoon.

#### 6.4.3 YHTEISTYÖ KOLMANNELLA SEKTORILLA

Mummon Kammarin toiminta on laajin ja tunnetuin vapaaehtoistyön muoto Tampereella. Mummon Kammarin välittää vapaaehtoista apua koteihin ja laitoksiin sekä toimii kotoisana yhdessäolon paikkana, jossa vapaaehtoiset järjestävät asiakkaiden kanssa päivittäin toimintaa, kuten tenavakammarin, yhteislaulua tai veteraanien lauluilla sekä atk- ja kielikursseja. Vapaaehtoisia on saattaja-, asiointi- ja ulkoiluapuna, teatteriseurana, kuolevan tukena sekä kyläpaikan emäntänä tai isäntänä. Vanhuksat tarvitsevat vapaaehtoisen apua erityisesti asiointiin, saattamiseen sekä ulkoiluun. Vapaaehtoiset miehet ovat luomassa Talkkaripikkarais-projektia vanhusten ja vammaisten kotona asumisen tukemiseksi.

Nääsவில்le-projektissa kahdeksan tamperelaista vanhustenhuoltoa toteuttavaa järjestöä sai kolmen vuoden projektirahoituksen RAY:ltä. Projektin osa-alueita ovat omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien järjestäminen, sosiaalitalkkaritointinta sekä Vireänä loppuun asti – kuntouttavan viriketoiminnan projekti. Asiakkaat projektin toiminnalle osoittavat sosiaali- ja terveystoimen työntekijät.

STYK-projekti on yhdeksän sosiaali- ja terveystoimen yhdistyksen yhteistyöprojekti, jonka tavoitteena on yhdistää resursseja ja säästää yhteistoiminnalla esimerkiksi tilojen käytössä ja koulutuksessa. Projektiin osallistuvat työntekijät tekisivät yhdistysten jäsenten kotona sellaisia töitä, joita asiakas ei voi itse tehdä ja joista hänellä ei ole vara maksaa markkinahintaa, kuten siivous, silittäminen, asiointi jne.

Lähimmäispirtti ry tarjoaa maksullista, asiakaslähtöistä hoivaa, huolenpitoa ja apua kotiaskareissa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Tampereen kaupunkilähe-  
tyksen Ahkeraliisa tarjoaa vanhuksille lähimmäisapua asioimiseen ja virkistämiseen kodin ulkopuolella kahden sairaanhoitajan ammattitaidolla. Palvelupakettiin kuuluu kuljetuksen järjestäminen 2–4 hengen ryhmässä invataksilla ja sairaanhoitotoimenpiteitä kotona. Palvelukokonaisuus maksaa 70 markkaa/asiakas.

Tulevaisuuden kotihoidossa olevalle vanhukselle suunnitellaan Tampereella omaa vastuuhenkilöä, joka huolehtisi hoidon kokonaisuudesta. Tampereella kolmannen sektorin toiminta on jo osa palvelujärjestelmää, tiiviissä yhteistyössä ammattiauttajien kanssa, esimerkiksi Mummon Kammari, jonka Vapaaehtoistyön info- ja palvelupisteestä saa tietoa ja apua yhdeltä luukulta.

### *6.5 Kolmas sektori muutoksessa ja verkostossa*

Kolmas sektori ei ole ainoastaan käsitteenä tullut yleiseen tietoisuuteen 1990-luvulla, vaan se on myös muuttanut merkitystään ja toimintatapojaan juuri kulluvalla vuosikymmenellä. Tässä tutkimusosiossa kolmannella sektorilla tarkoitetaan niitä markkinoiden ja julkisten palvelujen ulkopuolella olevia toimijoita, jotka työskentelevät hoivan ja kotityön parissa. Erityisesti sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat muuttuneet rooliltaan ja tehtäviltään vähemmistöjen etujärjestöistä yleisiksi palveluntuottajiksi.

Kolmas sektori ei tarkoita sosiaali- ja terveydenhuollossa niinkään epävirallista kuin useimmiten järjestöjen organisoimaa palvelutuotantoa, joka on kiinteä ja välttämätön osa kuntien palvelukokonaisuutta. Myöskään ammatillisuus ei erottele kolmatta sektoria, sillä järjestöissä tekee työtä vapaaehtoisinakin (hankkimassa lisätaitoja ja pätevyyttä, pitämässä yllä ammattitaitoaan) ammattitaitoisia ja koulutettuja ihmisiä. Palkattomina kolmannella sektorilla tekevät työtä lähimmäisyysperiaatteella toimivat vapaaehtoiset ja ne, jotka eivät kuulu organisaatioihin.

Valtionosuusuudistus ja osaltaan taloudellinen lama loivat lisääntyvää palvelukysyntää kunnissa. Yhteiskunnallisessa ilmapiirissä nousivat samaan aikaan ajatukset yksilön omasta vastuusta ja elämänhallinnasta. Järjestöt alkoivat RAY:n tuella kehittää projekteja lisääntyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen tyydyttämiseksi ja palvelumuotojen kehittämiseksi.

Monet vaikeuksista selviytyneet kansalaiset haluavat hyödyntää kokemustaan osallistumalla itse joko vapaaehtoisina järjestötoimintaan tai epävirallisesti lähiympäristössään sosiaaliseen auttamistyöhön. Ihmiset, jotka tarvitsevat tukea tai apua, mutta eivät halua liittyä järjestötoimintaan, kokoontuvat itseapuryhmiin ja luovat omia epävirallisia tuki- ja toimintamuotoja.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöt tuottavat palveluja usein yhteistyössä kuntien sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Tämä kiinteä yhteys kuntiin ja samalla politiikkaan tuottaa kunkin kunnan muuttuneeseen palvelutilanteeseen sopeutuvia ratkaisuja. Järjestöt ovat tulleet kuntien avuksi subventoitujen palvelujen tuotantoon, eivätkä ne siten kilpaile yksityisten yrittäjien kanssa. Tosin yritykset joutuvat tarjouksissaan ottamaan huomioon järjestöjen palvelutarjonnan ja hinnan. Euroopan yhteisön sosiaalirahastosta työllistämiseen saatava ESR-tuki ja

projektien RAY:ltä saamat projektiavustukset on sopeutettu järjestöjen tarpeisiin ministeriöiden avustamalla työllistämishajelmilla. Nyt järjestöt voivat toimia entistä tehokkaammin palkkaamalla työttömiä palvelujen tuottamiseen.

#### 6.5.1 KOLMAS SEKTORI VERKOSTOSSA

Ammattilaiset tarvitsevat yhteistyöhön paikallisyhteisöjä, epävirallisia verkostoja, itseapuryhmiä ja vapaaehtoistyöntekijöitä, sillä suurten ikäluokkien ikääntyminen edellyttää vanhuspalvelujen joustavaa monituottajamallia ja uudenlaisten hoivaratkaisujen kehittämistä. Viralliset järjestelmät tarvitsevat entistä joustavampia työskentelytapoja ja pyrkivät tasavertaisemmiksi kansalaistoiminnan kanssa. Nykyisessä kuntien palvelutuotannon resurssien niukkuudessa on vaarana, että järjestöille siirretään ylhäältä organisoidusti tehtäviä (Murto 1995).

Järjestöjen perinteinen hierarkkinen rakenne ja toimintatavat tuottavat ongelmia verkostoituneissa yhteistyösuhteissa. Tätä rakenteellista ristiriitaa ratkaistaan projekteilla, joissa opetellaan (tuskaisestikin) yhteistyötä. Projektin onnistumisen edellytys saattaakin olla projektin vetäjän persoona ja taito sovitella yhteen erilaisia näkemyksiä. Valtataistelut eivät sovi asiakaslähtöiseen ja ”ideakeiseen” verkostotyöskentelyyn. Jos projekteissa arvioidaan julkisen rahoituksen (jota ESR-rahast ja RAY-avustuksetkin ovat) vaikuttavuutta, voidaan todeta, että lähes jokaisessa projektissa tuhlaantuu runsaasti aikaa ja henkisiä resursseja yhteistyön opetteluun ja siihen liittyvään ihmissuhdetyöhön. Projekti- ja verkostotyö eroaa niin paljon perinteisten organisaatioiden yhteistyötavoista, että se vaati toimijoilta muutoshalukkuutta ja kouluttautumista.

Verkostomaisen yhteistyön hankkeiden lähtökohdissa on ensin määriteltävä kommunikatiiviset toimintatavat, demokraattinen päätöksentekomenettely ja arjen pelisäännöt. Verkostoituminen edellyttää asiakkaan päätösvallan ja valinnanmahdollisuuksien lisäämistä ja siten tiedon saamista palvelutarjonnasta. Muutos merkitsee kunnille verkostomaisen työskentelytavan vakiinnuttamista ja yhteisöjen pitämistä tasavertaisina yhteistyösapuolina (ks. Hautamäki 1995).

Verkostoitumisen haaste on erilaisten elämänalueiden yhteen sovittaminen. Jos pienellä paikkakunnalla toimii monia eläkeläis- tai sotaveteraanijärjestöjä, potilasjärjestöjä sekä SPR ja seurakunta, on mielekästä yhdistää resurssit ja haasteet yhteisten tilojen käytön kautta. Maaseudulla palvelujen yhdistäminen ja monien toimintojen tuominen samoihin tiloihin on luontevaa ja välttämätöntä. Usein maaseudulla auttajien välinen yhteistyö toimii ilman sektorirajoja. Esimerkiksi Eskolan kylätalo Kannuksessa on monien toimintojen paikka, jossa vanhuspalvelujen lisäksi toimii kansalaisopiston harrastus- ja opintopiirejä, kerhoja, sauna- ja pesutilat sekä metsäratamuseo. Talo toimii kokousten ja juhlien pitopaikkana. (Kukkonen ym. 1991.)

Verkostotyön itsenäisin ja ongelmallisin silmukka on vapaaehtoistyö, jota ei ohjata edes rahoituksella. Vapaaehtoistyöhön kuuluu sitoutumattomuus tai sitoutuminen omilla ehdoilla, ja siten organisointi on vapaaehtoisuuden sitouttamista ulkopuolelta. Ehkä vapaaehtoisuus pitäisi jättää organisoiminnan, määrittelyjen ja ohjaamisen ulkopuolelle. Mitä vapaaehtoistyön tulevaisuudesta voitaneen päätellä siitä, että järjestöt etsivät koko ajan lisää vapaaehtoisia toimintaansa?



Koska 1990-luvulla mahdollisimman epäviralliset itseapuryhmät ja kevyet yhteenliittymät ovat olleet suosituimpia kolmannen sektorin toimintamuotoja, tulisi tällaisten uudenlaisten eturyhmien spontaania kansalaisaktiivisuutta tukea esimerkiksi järjestämällä kokoontumis- ja virkistystiloja. Nämä toimintamuodot välttelevät virallisuutta, joten ne eivät liity kotihoidon verkostoon kiinteästi ja sitovasti, mutta ne voivat avata toisenlaisen auttamisen mahdollisuuden.

Oleellinen lähtökohta kolmannen sektorin kehittämisessä on ruohonjuuritason kansalaisaktiivisuuden tukeminen, jolloin yhteistoiminta hyödyttää eri osapuolia ja lähtee arjen tasolta. Kansalaistoiminta ja vapaaehtoistyö vaativat silti varoja, tiloja ja tukea. Vapaaehtoiskeskukset voivat toimia epävirallisten verkostojen kehittämisen välineinä. Moniin kaupunkeihin on suunnitteilla oma järjestö- tai kansalaistalo. Tilojen antaminen kansalaisten omaehtoiselle tukitoiminnalle voi olla tuloksellisempaa kuin muu virallinen sosiaalityö, jonka suurin ongelma on asukkaiden passiivisuus. Ammattilaisia tarvitaan kansalaistoiminnassa ”paperisotaan”, yhteyksien luomiseen ja toiminnan tukemiseen. Vapaaehtoistyöntekijöille olisi taattava työnohjaus, etteivät he ota liikaa vastuuta ja väsytä itseään reagoimalla lisääntyviin odotuksiin ja tarpeisiin. (Matthies 1995.)

Järjestöillä on aina ollut aatteellinen taustansa. Vieläkin yhdistyslaki edellyttää aatteellisen tarkoituksen kirjaamista yhdistyksen sääntöihin. Yleensä yhdistyksen perustamisen tarkoituksena on oman ryhmän hyvinvoinnin lisääminen, osallisten yhteen saattaminen, etujen ajaminen, tiedottaminen ryhmän tarpeista ja päättäjiin vaikuttaminen sekä lisäksi palvelujen tuottaminen oman jäsenkunnan erityistarpeisiin. Monet merkittävät järjestöjen tehtävät ovat ajan mittaan siirtyneet julkiseen palvelutuotantoon ja sisältyneet yleiseen sosiaaliturvaan (kuten reumapotilaiden hoito).

Järjestöt voisivat keskittyä muuttuvassa palvelutilanteessa ja työnjaossa oman jäsenkuntansa hyvinvoinnin edistämiseen ja ennaltaehkäiseviin ja kuntouttaviin toimiin ja niiden kehittämiseen. Tällöin ne eivät kilpaile keskenään tai kunnan palvelutuotannon kanssa, vaan voivat yhdistää resursseja ja sopia työnjaosta tällä uudella sosiaali- ja terveystoiminnalla tärkeällä toiminta-alueella.

Vapaaehtoistyön tärkeimpään haasteeseen eli yksinäisyyden lievittämiseen tarvittaisiin uudenlaisia ratkaisuja. Järjestöt voisivat löytää toiminnalleen uutta sisältöä liittoutumalla täysin toisenlaisia palveluja tuottavien järjestöjen kuten kulttuuri- tai urheilualan järjestöjen kanssa (Karisto 1995).

Koska kolmas sektori on perinteisesti paikallisista tarpeista ja resursseista syntyneitä toimintaa, ovat haja-asutusalueet ja taajamat hyvin erilaisessa tilanteessa, ja kansalaistoiminta tuottaa erilaisia ratkaisuja. Tarve vapaaehtoistyöhön syntyy jostakin vajauksesta virallisessa palvelurakenteessa. Nykyisin vapaaehtoistoimintaa organisoi järjestöjen ja seurakunnan lisäksi kunta. Tämä voi johtaa siihen, että kun ongelma ratkeaa vapaaehtoistyön tai järjestötoiminnan avulla, kunta ei ota vastuuta esimerkiksi vanhusten kuljetuksista. Paikallisuuden merkitystä voisi korostaa kritiikkinä EU- tai ministerilähtöisten projektien onnistumiselle, sillä kansalaistoiminnan tulee lähteä ruohonjuuritasolta.

Järjestöjen, seurakunnan tms. järjestämä virike- ja kulttuuritarjonta tukee kotona asumista ja parantaa vanhusten elämänlaatua, vaikka toiminta suuntautuukin niihin vanhuksiin, jotka kykenevät kulkemaan tilaisuuksiin, kerhohuo-

neisiin tai palvelutaloon. Nämä liikuntakykyiset vanhukset kaipaavat kuitenkin enemmän kulttuuritilaisuuksia kuten esitelmiä ja taidepiirejä kuin viihdykettä.

Kotona asuvat vanhukset tarvitsevat järjestöjen toiminnan suuntaamista koteihin. Vanhuksen kannalta järjestötoiminnassa ei ole ongelmaa niin kauan kuin hän pääsee kulkemaan tilaisuuksiin ja osallistumaan kodin ulkopuolella järjestettävään toimintaan. Seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä odotetaan kotikäyntejä niiden vanhusten luokse, jotka eivät enää itse pääse kirkkoon tai tilaisuuksiin. Nämä vanhukset (kuten omaishoitajatkin) haluaisivat keskustella hengellisistä asioista papin tai diakonissan kanssa.

Silloin kun vanhus ei enää kykene lähtemään ulos, kyseenalaistuu monimuotoistenkin palvelujen tasavertainen kohdentuminen. Vanhuksille tarkoitettujen palvelujen suuntaaminen voisi perustua liikuntakykyyn. Kun vanhus ei voi kulkea itse palvelupaikkaan, tarvittavat palvelut tuodaan vanhuksen kotiin.

#### 6.5.2 KOLMAS SEKTORI KOHTI HUOMISTA

Kuluvan vuosikymmenen aikana järjestötoiminta on muuttunut. Järjestöt ovat toimineet aikaisemmin julkisen ja yksityisen välissä, välittävänä organisaationa. Ne ovat toiminnallaan auttaneet ihmisiä sopeutumaan yhteiskunnallisiin muutoksiin. Järjestöt ovat aina toimineet joustavasti muuttuneisiin olosuhteisiin reagoiden ja asiakaslähtöisesti omaa jäsenkuntaansa palvellen. Kaupunkimainen elämänmuoto on irrottanut järjestöt vapaaehtoistyön perinteestä ja paikallisuudesta. Järjestöt eivät luo enää ensisijaisesti paikallisia yhteisöjä, vaan yhteisyyden perusta on toiminnan sisällössä.

Sosiaali- ja terveystalouden järjestöissä 1990-luvun muutos on huomattava. Järjestöjen palvelutuotanto toimii lähes markkinaperusteisesti. Jotta voitaisiin ennustaa tulevaa järjestötoiminnan muutosta, kuvataan muutospiirteitä luettelonomaisesti kärjistäen.

- Järjestöjen perinteinen tehtävä kansalaisten osallistumisen kanavana on vähentynyt.
- Järjestöjen tehtävä vähemmistöjen oikeuksien ajajana on heikentynyt.
- Järjestöjen aatteellisuus ilmenee enää vapaaehtoistyönä.
- Järjestöt tuottavat palveluja kunnalliseen palvelutarjontaan.
- Palvelutuotanto kohdistuu laajalle käyttäjäryhmälle, ei erityisryhmille.
- Järjestöjen saamat RAY:n ja ESR:n tuet subventoivat alan palkkausta ja palveluhintoja ja vääristävät siten sosiaali- ja terveystoimen työmarkkinoita.

Vapaaehtoistyön muutos on heijastusta yhteiskunnallisen ilmapiirin muutoksesta.

- Vapaaehtoistyön arvostus ja organisointi on lisääntynyt (tukihenkilöt, ystävät).
- Vapaaehtoistyö on muuttunut entistä ammatillisemmaksi (koulutus).
- Vapaaehtoistyö irtautuu organisaatioista (itseapu, vertaisapu).
- Vapaaehtoistyö muotoutuu omaehtoisesti, epävirallisesti ja hetkellisesti.

Uutena kolmannen sektorin toiminta-areenana ovat uusosuuskunnat (ja hoi-vayritykset).

- Osuuskunnat toimivat sosiaali- ja terveystalalan työttömien keinona työllistyyä.
- Osuuskuntien ja yritysten on vaikea menestyä subventoiduilla markkinoilla.
- Julkiset työllistämistoimet ja -tuet vaikeuttavat hintakilpailua.

Sosiaali- ja terveystalalan palvelutuottajat toimivat sisäisillä markkinoilla, joita ohjaavat ulkopuolinen rahoitus ja yhteistyö kuntien kanssa. Kun uusia yhdistyksiä on perustettu ja vanhoja aktivoitu kunnan palvelu- tai rakennushankkeisiin, ovat markat alkaneet peitota aatteellisuutta. Harvasta varsinkaan vanhan järjestyksen esitteestä voi lukea aatteellista sisältöä. Aatteet ovat historiikeissa tai kellastuneissa yhdistyssäännöissä.

Uusina toimijoina sosiaali- ja terveystalalan kolmannelle sektorille on kehittynyt oma-apuryhmiä, vertaisryhmiä ja uusosuuskuntia epävirallisen ystävä-, naapuri- tai lähimmäisavun lisäksi. Näille kolmannen sektorin uusille ilmentymille on yhteistä sosiaalinen tarve tai ongelma, joka yhdistää ryhmää ja synnyttää ruohonjuuritason toimintaa. Vertaisavulle on tyypillistä sitoutumattomuus tai sitoutumisen sopimuksellisuus. Näiden ryhmittymien aatteena ovat lähimmäistuki ja yhteiset kokemukset, tai sitten hyöty ja uudenlaisen elämäntavan rakentaminen samanmielisten kanssa.

Kolmas sektori etsii toimintatapoja projektikokeilujen avulla. Niissä edistetään työllistymistä ja opetellaan verkostoitumista. Vanhusten kotihoidossa ja laajemminkin koko kolmannelle sektorilla on työtä riittämiin. Uutena työhaasteena järjestöille olisivat ennaltaehkäisevät toimet sekä psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kuntoutus.

Kolmannen sektorin ratkaisematon ongelma on työntekijöiden palkka ja siten osallistujien intressit. Jos järjestössä tekee samaa työtä samoin koulutettu palkattu työntekijä ja vapaaehtoinen, voi tilanne muodostua kestävämmäksi. Järjestöjen kyky työllistää perustuu enemmän erilaisiin palkkatukiin kuin toiminnan tuottavuuteen. Jos sosiaali- ja terveystoimessa siirrytään entistä enemmän markkinapohjaiseen palvelutuotantoon, pitäisi hinnat ja palkat laskea markkinapohjaisina eikä subventoituina. Kolmannen sektorin toimijoiden tehtävä palveluverkossa perustuu sekä ammatilliseen yhteistyöhön että vapaaehtoisten omaehtoiseen auttamishaluun.

Kolmas sektori vanhusten kotihoidossa etsii tehtävänsä ja asemaansa sekä palvelujen tuottajana että vapaaehtoistyön tehtävissä. Palvelun tuottajana järjestöt tekevät työtä kunnallisen tuotannon periaatteilla, kun taas vapaaehtoistyössä periaate on lähimmäisyys. Ehkä merkittävänäkin uutena toimijaryhmänä ovat kehittymässä vanhusten omat itseapu- ja vertaisryhmät. Kolmannen sektorin toimijoiden olisi ennen verkostoitumista muiden kanssa verkostoiduttava keskenään.

# 7 Hoivayrittäjät verkostoyhteistyössä

## *7.1 Hoivayrittäjyys vanhusten kotihoidossa*

Tässä luvussa hahmotellaan hoivayrittäjien roolia ja tehtävää vanhusten kotihoiton palveluverkossa. Hoivayrittäjillä tarkoitetaan yrittäjiä, jotka tarjoavat pääasiassa kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua, ja hoivayrittäjyydellä tällä vuosikymmenellä sosiaali- ja terveysalalle syntynyttä yrittäjyyttä.

Hoivayrittäjät lasketaan Stakesin tilastoissa yksityisiin, ympärivuorokautista hoivaa tarjoaviin sosiaalipalvelun tuottajiin, joihin kuuluvat myös järjestöt ja kuntien perustamat liikelaitokset. Tällaisia toimintayksiköitä oli vuonna 1997 kaikkiaan 1 848, joista Pirkanmaalla 144. Kotipalvelua näistä tarjosi vain 17. (Kauppinen 1998.)

Kotitalouden väliaikaisen tukijärjestelmän (1997) mukaisia palveluntuottajia toimi Pirkanmaalla elokuussa 1998 kaikkiaan 150. Niistä toiminimellä toimi 74, osake- ja kommandiittiyhtiönä 52, osuuskuntana 15 ja muina palveluntuottajina 10. Terveys- ja Sosiaalialan Yrittäjät Suomessa ry:n (TESO) jäsenenä toimi Pirkanmaalla keväällä 1999 noin 20 kotisairaanhoido- ja kotipalveluyritystä, joista muutama oli osuuskuntia.

Hoivayrittäjyyden määrän vaihtelut erilaisissa tilastoissa johtuvat siitä, millaiset palveluntuottajat kulloinkin luetaan hoivayrittäjiksi. Kotihoitoa koskevassa tarkastelussa hoiva-alan yritykset määritellään ahtaasti sellaisiksi yrityksiksi, jotka tarjoavat kotiin kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät kotihoiton tukipalveluina oleelliset siivousta, kuljetusta ja turvapalveluja tarjoavat yritykset sekä terveydenhuollon yritykset (fysioterapeutit, jalkahoitajat), jotka tuottavat palveluja vanhuksia laajemmalle väestöryhmälle ja toisaalta ovat toimineet yrityspohjalla jo ennen hoivayrittäjyyden syntymistä.

Hoivayrittäjiä nimitetään uusyrittäjiksi, sillä kunnilta jäi laman aikana työttömäksi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon ammattilaisia, jotka tunsivat työkenttensä ja tiesivät töitä olevan. Heistä monille yrittäjyys muodostui palkanmaksun järjestelymuodoksi.

Osaltaan hoivayrittäjyyden syntyyn vaikutti kuntien vapaus joko tuottaa itse tarvittavat palvelut tai ostaa ne muilta tuottajilta. Vuonna 1997 tuli voimaan laki ja asetus kuntien velvoitteesta valvoa yksityisiä palveluja. (Sosiaali- ja terveyspalvelut 1997.)

Stakes selvitti (Kovalainen ym. 1997) hoivayrittäjyyttä ja 350 yrittäjän kokemuksia. Yrittäjien motiivina oli tarjota asiakaslähtöistä palvelua joustavasti ”yrittämisen mielekkäämpi työ ja laadukkaampi palvelu” -idealla. Innovatiivisuus yhdistettiin perhetilanteen suomaan mahdollisuuteen toteuttaa oma unelma, jossa voi irrota organisaatio- ja ammattilähtöisestä tekemisen tavasta.

Hoivayrittäjistä noin

- 80 % naisia ja yksinyrittäjiä
- 50 % toiminut alalla alle 4 vuotta
- 50 % jätti työpaikan aloittaakseen yrityksen
- 20 % aloitti yrityksen työttömyyden vuoksi
- 25 % piti ostopalvelusopimuksia merkityksellisinä yrittämiselle
- 30 % on saanut asiakkaat ostopalvelusopimuksen perusteella
- 70 %:lla on ostopalveluasiakkaita maaseudulla
- 30 %:lla on ostopalveluasiakkaita kaupungissa.

Hoivayrittäjyys ei nouse voitontavoittelusta kuten yrittäjyys yleensä, vaan perustuu motiiveiltaan sosiaalisiin päämääriin, kuten haluan toimia itsenäisesti. Hoivayrittäjistä yli 70 %:lla oli kokemusta kunnasta työnantajana ja puolella 7–9 vuoden kokemus. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjistä enemmän kuin puolet työskentelee yksin, itsensä työllistäen. Naisyrittäjistä yksin työskentelee 31 % ja 39 %:lla on työntekijöitä. Yrittäjät ovat pääasiassa 35–50-vuotiaita, vain 22 % on alle 35-vuotiaita. (Simonen 1995.)

Hoivayrittäjyyttä on syntynyt myös maaseudulle. Maaseudulla yhdistetään erilaisia kylän tai maaseudun tehtäviä uusiksi monialaisiksi ammateiksi. Toimiva esimerkki uudesta ammatista on kyläavustaja, joka tarjoaa apua kyläläisille kotitalous- ja puutarhatöihin, puiden pilkkomiseen ja erityisesti lasten ja vanhusten hoitoon. Kyläavustajat voivat olla työsuhteessa esimerkiksi kyläyhdistykseen tai kuntaan tai he voivat toimia yrittäjänä. (Kallio 1993.)

## *7.2 Hoivayrittäjät verkostoituvat*

TESO ry. tukee hoiva-alan yrittäjyyttä ja edistää yrittäjien verkostoitumista sekä toimii heidän edunvalvojanaan. TESO ry:llä oli keväällä 1999 jäseniä lähes 200. Yhdistyksen tavoite on luoda tieto- ja yritys pankki. Hoiva-alan palvelujen valvonnassa oleellisia ovat laatuun liittyvät kriteerit, joiden tarkentamisessa TESO ry. on mukana.

Hoivayrittäjyyden edistämiseksi Finn-Medi Tutkimus Oy:ssä on hoivayrittäjyysprojekti, jonka tarkoitus on parantaa alan yrittäjien toimintaedellytyksiä Tampereen seudulla. Projektissa tuetaan hoivayrittäjiä, vaikutetaan kuntiin ja alan koulutukseen sekä julkaistaan yrittäjien palvelukartta. Stakes on käynnistänyt EU-rahoituksella valtakunnallisen Hoivayrittäjyyden aarrearkku – Ideoista yhteistyöhön -projektin, jonka tavoite on kehittää malleja hoivayrittäjyyden tukemi-

seen ja kuntien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Projektin kehittämiskohteina ovat Internet-verkottuminen ja tutortoiminta.

*Projektikuntien kuntaseminaareissa* mukana olleiden hoivayrittäjien yhteistyökumppaneista tärkeimpiä olivat kunnan sosiaali- ja terveystoimi sekä järjestöt, omaiset ja muut yksityiset palveluntuottajat. Yhteistyötä oli myös oppilaitosten, seurakunnan ja asiakkaiden kanssa.

Jos hoiva-alan yrityksiä lasketaan kotisairaanhoidon ja kotipalvelua tarjoaviksi yritykset, ei *Orivedellä ja Juupajoella* ollut keväällä 1998 yhtään yritystä. Längelmäellä oli yksi, *Vammalassa ja Virroilla* kaksi. *Valkeakoskella* toimi neljä hoiva-alan yritystä.

Hoivayrittäjät tarjoavat yksilöllistä, joustavaa ja kokonaisvaltaista palvelua ja hoitoa vanhuksen kotona. Vanhus voi saada kaikki palvelut yhden henkilön kautta, jolla on yhteydet palveluverkkoon. Vanhuksen tiedonsaannin ja auttajien välisen tiedonkulun parantamiseksi yrittäjät ehdottivat yhteistyöryhmiä, opaskirjoja, palvelukarttoja ja infopisteitä. Ympäri vuorokautista palvelutarjontaa pidettiin tärkeänä, vaikka saattaa käydä niin, että hoivayrittäjät paikkaavat kunnallista kotihoitoa viikonloppuisin ja öisin.

*Kuntaseminaareissa* yrittäjät mainitsivat yhteistyön esteiksi kilpailun, ennakkoluulot, vaitiolovelvollisuuden tiukkuuden, palvelujen organisoinnin sekä tiedonkulun ongelmat. Yhteistyön edellytyksinä yrittäjät toivat esiin avoimuuden, luottamuksen, valinnanvapauden sekä palvelujen ja resurssien käytön. Yrittäjyyden arvostus ja asema ovat paranemassa, sillä palvelujen tarve lisääntyy ja osa vanhuksista pystyy ja on valmis maksamaan yksilöllisistä palveluista.

*Vammalan Karkussa* aloitti keväällä 1998 Maaseudun hoiva- ja huolenpito-yrittäjyysprojekti, jossa hoivayrittäjyyden avulla tuetaan maaseudun säilymistä toimivana asuinmiljöönä.

### 7.3 Hoivayrittäjyyden lisäarvo palveluverkkoon

Hoivayrittäjyys on paikallista, ruohonjuuritason toimintaa, jonka avulla voidaan tuottaa joustavasti yksilöllisiä ja asiakaslähtöisiä palveluja. Yrittäjien toimimista verkostossa edistää tunnettuus palveluntuottajana. Maaseudulla yrittäjyys toteutuu parhaiten monialayrittäjyytenä, kuten kyläavustajatoimintana.

Hoivayrittäjillä on mahdollisuus tarjota vanhusten kotihoitoon sellaista lisäarvoa, mitä kunnallinen tai järjestöjen palvelutuotanto ei kykene tarjoamaan, kuten esimerkiksi kokonaisvaltainen hoito omahoitajaperiaatteella, joustavuus ja palvelujen yksilökohtainen tuotteistaminen. Haastavin hoivayrittäjien kenttä on kokonaisvaltainen kotihoito, jolle lienee jo kysyntää. Yrittäjä tai yrittäjäverkko voi tarjota vanhukselle ensin siivousta, kaupassakäyntiä ja kuljetusta ja vanhuksen toimintakyvyn heiketessä niitä palveluja, mitä hän kulloinkin tarvitsee. Ne vanhuset, jotka haluavat elää kotona kuolemaansa saakka, saavat tuekseen näistä tutuista auttajista omaishoitorenkkaan, jossa yksi toimii omahoitajana ja yritys organisoii tarvittavat tukipalvelut taloudellisesti ja tehokkaasti.

Yrittäjä voi selvittää tarvittaessa vanhuksen ja omaisten puolesta kotihoiton kustannukset, eli miten paljon kustannuksista korvaa Kelan hoitotuki, kun-

nan omaishoidon tuki ja vakuutus ja miten paljon jää vanhuksen itsensä tai omaisten maksettavaksi. Omaishoito on kunnalle laitoshoidon korvaava, edullinen ja mielekäs hoitomuoto.

Koska hoivayrittäjyyttä kohdellaan yrityslainsäädännön kriteerein, markkinat eivät toimi siten, että yrittäjyys takaisi toimeentulon. Yrittäjien on verkostoiduttava selviytyäkseen vaikeilla markkinoilla. Rahoitusta hoivayrittäjyyden innovatiivisille muodoille saataneen ainakin maaseudulle EU:n ESR-rahastosta, sillä maaseudun asuttuna pitäminen on yksi keskeisiä aluekehityksen tavoitteita.

Omaishoitoa ei voida kehittää lähimmäisyysperiaatteella, vaan omaishoitoon on luotava edellytykset ulkopuolisen palvelutuotannon kehittämiseksi. Omaishoidolla korvataan mielekkäästi ja edullisesti laitoshoidon. Omaishoidon suurin ongelma on hoitajan uupuminen ja hänen velvollisuudentunteensa hyväksikäyttö. Hoivayrittäjillä on enemmän jouston varaa kuin omaisella tai kunnan organisaatiolla, joten kunnan kannattaa taloudellisestikin tukea hoivayrityksiä.

Kunta voi edistää palvelutuotannon monimuotoisuutta ja asiakaslähtöisyyttä esimerkiksi seuraavin toimenpitein:

1. Hoivayrittäjien palvelutarjontaa saatetaan sellaiseen asemaan, että se on esimerkiksi ostosopimuksissa ja muussa hinnoittelussa vertailukelpoinen järjestöjen palvelutarjonnan kanssa (subventio-osuudet näkyviin).

2. Kunnan kotihoidon tiimille annetaan valtuudet päättää vanhuskohtaisesti hoiva-alan palvelujen hankinnasta ja tarvittava tietous paikallisesta palvelutarjonnasta.

3. Kunta voi sopia mielekkästä työnjaosta ja palvelujen tuottamisesta yritysten, järjestöjen ja kunnan työntekijöiden kesken.

4. Kunnan kotihoidon työntekijät voivat tiedottaa maksukykyisille asiakkaille yksityisistä palvelun tarjoajista ja heidän palveluistaan.

5. Kunnan omassa kotihoidon palvelutuotannossa, järjestöjen tuottamissa palveluissa ja alan yrityksissä toteutetaan samaa laatupolitiikkaa ja -tasoa.

Hoivayrittäjillä on tulevaisuutta, jos he toimivat innovatiivisesti, verkostoituneesti ja paikallisiin haasteisiin vastaten. Hoivayrittäjien on vakiinnutettava asemansa kuntaan nähden luotettavana palveluntuottajana, sillä kunta on vastuussa vanhuspalveluista.

Palveluverkkoon hoivayrittäjät voivat tuoda asiakaslähtöisyyden, kokonaisvaltaisuuden ja vankan, monipuolisen ammattitaidon sekä realistisen kustannustietouden, joka kunnallisissa palveluissa on vielä peitossa.

# 8 Kohti kotihoidon verkostoitumista

## *8.1 Tietoteknologia ja vanhusten kotihoito*

Tietoteknologialla tarkoitetaan tiedonkulkua ja tiedonhallintaa sekä niihin tarvittavia järjestelmiä ja välineitä. Tässä tutkimusosiossa keskitytään tietotekniikan sovellutuksiin sekä sosiaali- ja terveystoimen hallinnossa että kotihoidon tiedonkulussa.

Kotiteknologialla tai sosiaaliteknologialla tarkoitetaan kotihoidon apuvälineitä ja teknologian sovellutuksia vanhuksen arjen sujumiseksi. Kotiin saatavan teknologian sovelluksia ei tässä tutkimuksessa ole tarkemmin kartoitettu, vaikka kotiin saatavalla tekniikalla, apuvälineillä ja asunnon muutostöillä voidaan merkittävästi helpottaa vanhuksen kotona selviytymistä. Stakes on tehnyt monia selvityksiä vanhuksen kodin korjaustarpeista ja kotiin soveltuvista apuvälineistä.

Kotiteknologian soveltaminen, kuten turvahellat ja -järjestelmät, lisäävät vanhuksen turvallisuutta ja omatoimisuutta. Kodin teknologisia apulaitteita ja -välineitä olisi otettava käyttöön silloin, kun vanhus jaksaa vielä opetella niiden käyttöä. Sitten kun vanhus todella tarvitsisi apua tuovaa teknologiaa, hän ei enää ole siinä kunnossa, että hän voisi omaksua uuden laitteen tai turvajärjestelmän käytön. Tutuus luo enemmän turvallisuutta kuin uuden laitteen elektroniikka tai hälytysmekanismi.

Tietoteknologialla helpotetaan yhteydenpitoa ja lisätään siten turvallisuuden tunnetta. Turvapuhelin on yleisin turvallisuutta lisäävä tekijä vanhusten kotihoidossa ja voi parantaa vanhuksen omatoimisuutta jopa niin, ettei vanhus tarvitse auttajia ainakaan turvallisuuden vuoksi. Teknologisilla investoinneilla ei kuitenkaan voi eikä saa korvata inhimillistä vuorovaikutusta. Jos tekniikan soveltaminen vanhuksen kotihoitoon vähentää hänen sosiaalista vuorovaikutustaan, ei sitä kannata hyödyntää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan käyttöönotto tuo oleellista hyötyä vanhusten kotihoitoon ja auttajille muun teknologian soveltamisen lisäksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian (1997) ta-



voite on seuraava: ”Uutta tietoteknologiaa käyttöönottamalla ja hyödyntämällä tuetaan suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän toimivuutta ja kykyä vastata tulevaisuuden haasteisiin. Verkostoituminen ja uuden teknologian käyttöönotto muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantoprosesseja, asiakkaan ja ammattihenkilöstön suhdetta, lisää asiakkaiden omatoimisuutta ja osallistumista sekä tekee monet nykyisistä hallintorakenteista tarpeettomiksi.”

Kuntien haastavin kehitystehtävä on tietoverkon luominen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisen toimenpideohjelman linjauksissa (1997) korostetaan kunnan roolia tietoverkon kehittämisessä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen verkostoitumisen perusta on kunta, jonka tehtävänä on huolehtia palvelun porrastamisesta saumattomiksi palveluketjuiksi ja luoda sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa tukevat tietoverkot. Tietoverkoista on saatavissa paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysalan tarpeisiin kehitettyjä tietotuotteita ja palveluja. Toimenpideohjelmassa korostetaan lisäksi kansalaisen ja asiakkaan toiminta- ja osallistumismahdollisuuksien parantamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian osaamisen, tutkimuksen ja koulutuksen edistämistä.

Tietotekniikan käyttöönoton tarkoitus on taata tiedon saatavuus, reaaliaikaisuus ja käyttökelpoisuus. Tiedonkulun toimivuus lisää asiakastyytyväisyyttä ja työntekijöiden työn sujuvuutta sekä parantaa palvelujen taloudellisuutta. Vanhusten kotihoidossa tieto kulkee paikallisesti vielä paperin, puhelimen ja henkilökohtaisten kontaktien kautta. Ammattiauttajat ovat yhteydessä keskenään, mutta vanhus ja palkattomat auttajat ovat tiedonkulun ulkopuolella ja saavat satunnaisesti itseään koskevaa tietoa.

Arjen ongelmallisia tilanteita on vanhuksen akuutti terveydentilan muutos, kuten siirtyminen sairaalaan. Kotihoidossa ei ole järjestelmää, jonka avulla tieto vanhuksen tilanteen muutoksesta kulkisi auttajille. Sen selvittäminen, miksi vanhus ei avaa ovea auttajan saapuessa, voi vaatia toisinaan tuntien työn.

Kun kotipalvelun ja kotisairaanhoidon käyttämä tekniikka ja tiedonkulun järjestelmä toimivat, se vähentää auttajien hukkakäyntejä ja parantaa asiakaspalvelun laatua. Kotihoidossa joustava tiedonvälitys säästää työaikaa ja nopeuttaa palveluja.

#### 8.1.1 KOTIPALVELUT TIETOVERKOSSA

Finn-Medi Tutkimus Oy on teettänyt tutkimusprojektin Kotipalvelu tietoverkossa. Sen toteutuksesta on vastannut Innolink Oy (1998). Tutkimusprojektin tavoitteena on ollut luoda palvelujen välitysjärjestelmä, josta kehittyisi yritystoimintaa, tekninen sovellus pilottihankkeeseen, markkinointi- ja koulutussuunnitelma, yhteistyökumppaneiden valinta, kokeilujen pilottimallit ja tietokannan hallinnointi.

Käyttäjätutkimuksessa haastateltiin Tampereen sosiaali- ja terveyslautakunnan kaikkia jäseniä, kotipalveluohjaajia, kotisairaanhoidajia, yrityksen edustajia ja paljon hoitoa vaativia vanhuksia. Haastattelun tuloksena (kaikkiaan 52 haastateltua) saatiin esiin seuraavia kotipalvelun piirteitä:

- 1 Tiedonsaanti on riittämätöntä.
- 2 Palvelutarve on kasvava.
- 3 Puolet haastatelluista haluaa tilata kotipalvelut Internetin kautta.
- 4 Parannettavaa: aikataulut, häiriöt, hinnoittelu, laatu.
- 5 Kriittisiä tekijöitä: saavutettavuus, vertailtavuus, ajanpuute, valinnaisuus, yksilöllisyys, tavoitettavuus.

Kyselyn tuloksena saatiin kotihoidon kriittisiin tekijöihin olisi syytä panostaa niin, että luotaisiin tyytyväisyyttä takaava palvelujärjestelmä.

Suunnitellussa tietokannassa olisi tiedot palvelun tarjoajista, asiakkaista, palvelujen hinnoista, työntekijämääristä ja senhetkisestä työtilanteesta. Tietokannasta voivat saada tietoa sekä asiakas että yritys ja kunnan henkilökunta tiettyjen etsintäkriteerien avulla. Palvelujen tarjoajat ja tuottajat, asiakkaat ja tietokannan ylläpitäjä saisivat erilaisin prioriteetein käyttöoikeuksia tietokannan tietoihin ja ominaisuuksiin. Kukin palvelun tarjoaja saa asiakasrekisterin käyttöoikeudet omien asiakkaidensa tietoihin niiltä osin kuin tietosuoja sen sallii.

Tietokantaohjelma hyödyttää kotipalvelussa toimivia tarjoamalla välitysyrittäjien kautta tietoverkko-ohjauksen: reaaliaikaisuuden, automaattiset tilaukset ja laskutuksen. Tietokannassa on näkyvissä palvelujen kustannukset, ja se toimii laatukontrollerina, jossa palveluille voidaan määritellä tietyt kriteerit. Laatua voidaan seurata myös asiakaspalauttein. Tietokantaan voidaan liittää palvelutuottajien omat www-sivut, ja tietokannan avulla voidaan kommunikoida.

Tietokantaohjelmaa ajateltiin soveltaa pilottikokeiluna Tampereella yöpartioimintaan, etsivään nuorisotyöhön ja kotihoitoon. Näin yritykset ja muut palveluntuottajat saataisiin mukaan kokeiluun, sillä jo nykyisin kaupunki ostaa yksityisiltä palvelun tarjoajilta yöpartiopalveluja ja sotaveteraanipalvelut sekä tukee palveluasumista ja ateriapalveluja.

Kehitetty tietokantaohjelma mahdollistaa verkostoitumisen ja palveluverkon siten, että tieto auttajista on saatavilla ja myös yritykset ja järjestöt voivat tarjota palvelujaan julkisten palvelujen rinnalla. Nykyiseen hankalaan tiedonkulun ja tiedonsaannin ongelmaan tietokantaohjelma toisi ratkaisun. Asiakaslähtöisyyden vaatima vanhusten itsensä osallisuus ja osallistuminen tulisi mahdolliseksi tiedonsaannin ja toimivan verkoston avulla. Asiakaslähtöisyys tietoverkossa tarkoittaisi muun muassa sitä, että vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma voitaisiin päivittää tietoverkossa reaaliaikaisesti.

## *8.2 Yksilökohtainen palveluohjaus kotihoidon organisointiin*

Kotipalvelujen kehittäminen vaatii vanhuksen kokonaishoidosta vastuullisen henkilön, joka organisoii vanhuksen tarvitsemat palvelut ja pitää huolta kokonaisuudesta. Kun kotihoidon tavoite on tehdä mahdolliseksi vanhuksen ympärivuorokautinen kotona asuminen silloinkin, kun hänen toimintakykynsä vaatii perushoitoa, on palveluohjaus toimiva ratkaisu kotihoidon verkostoitumiseen, ja palveluohjaus takaa asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden.

Merja Ala-Nikkola ja Heli Valokivi (1997) ovat tutkineet yksilökohtaista palveluohjausta sosiaali- ja terveystieteiden menetelmänä. Palveluohjauksen

tarkoitus on määrittellä asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niihin so-  
pivat palvelut. Palveluohjaus toimi keinona kehittää julkisen, vapaaehtoisen ja  
epävirallisen palvelun yhteensopivuutta sekä niiden asiakaslähtöisyyttä ja laatua.  
Tarkastelun kohteena oli palvelujen kohdentaminen, resurssien käyttö, palvelu-  
jen tuottaminen sekä avopalvelujen mahdollisuus korvata laitoshoidon ja tukea  
omaishoitoa. Myös vapaaehtoistyön rooli sosiaali- ja terveydenhuollon täyden-  
täjänä esitettiin haasteena.

Palveluohjaustutkimus tehtiin sekä Hämeenkyrössä että Tampereen kaupun-  
gin keskisellä alueella. Tampereella keskityttiin vanhustenhuollon palvelujärjestel-  
män kehittämiseen: palvelujen koordinointiin, yhteistyösuhteisiin ja vastuunjakoon.  
Tampereen vanhuspalvelujen vahvuuksia ovat moninaisuus ja vaihtoehtoisuus.

Palveluohjauksessa selvitettiin laitosten sisäänotto- ja kotiuttamiskäytän-  
töjä, kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon kohdentumista ja seuranta- ja  
omaishoitoon liittyneitä vaikeuksia ja palvelutarjontaa. Selvitystyön jälkeen to-  
teutettiin 6 kuukauden mittainen palveluohjauksen käytännön kokeilu, jossa so-  
vellettiin yksilökohtaista palveluohjausta sosiaali- ja terveydenhuollon ja eri or-  
ganisaatioiden muodostamaan palvelujärjestelmään.

Tampereella palveluohjausta suoritti moniammatillinen kodinhoitoryhmä.  
Ryhmän 3 kodinhoitajaa, kotipalveluohjaaja, 2 perushoitajaa ja 3 terveydenhoi-  
tajaa toimivat palveluohjaajina, ja he valikoivat kokeiluun 27 asiakasta.

Palveluohjausta voidaan soveltaa 1) osana jokapäiväistä hoiva- ja hoitotyö-  
tä, 2) asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnissa sekä 3) varsinaisena palveluoh-  
jauksena, jossa työntekijä vastaa koko 5-vaiheisesta palveluohjauksen työproses-  
sista, kuten

- asiakkaiden valikoinnista
- palvelutarpeiden arvioinnista
- palveluiden järjestämisestä
- palvelutavoitteiden seurannasta ja
- palvelukokonaisuuden muuttamisesta.

Palveluohjauksen onnistuminen vaatii keinoja, joilla voidaan ylittää sosiaa-  
li- ja terveydenhuollon, avo- ja laitoshuollon, erityis- ja peruspalvelujen sekä jul-  
kisen, yksityisen, omaishoidon ja vapaaehtoistyön rajapinnat. (Ala-Nikkola-Va-  
lokivi 1997.)

Palveluohjauksen kokeilut ja tutkimukset ovat pohjana sosiaali- ja terveys-  
palvelujen asiakaslähtöiselle organisoimiselle. Palveluohjaus toimii keinona pal-  
velujen ja palvelutuottajien koordinoimiseksi sekä edellytyksenä toiminnallisten  
rajojen ylittämiseen. Lisähaastetta palveluohjaukseen tuo vapaaehtoistyön eri-  
tyisyys, joka jäi kokeiluissa etäiseksi ja irralliseksi.

Palveleva Koti -selvityksessä (Nyholm 1998) ehdotetaan vanhuksen toimin-  
takyvyn perusteella eri palvelutarjoajien palveluja seuraavasti:

1. Hoivapalvelut ja tarvittavat tukipalvelut kotiin organisoii kunta silloin,  
kun niillä korvataan ”laitostasoinen” hoito.

2. Jos vanhus ei tarvitse hoivatason palveluja, hän ostaa kodinhoito- ym.  
haluamansa palvelut joko kunnalta tai yksityisiltä yritysiltä.

3. Jos vanhus kykenee liikkumaan asunnon ulkopuolella, hän voi valita ja  
noutaa tarvitsemansa palvelut yrittäjiltä tai lähipalvelupisteestä (ruokailu, sau-  
notus, terveydenhoito, lääkkeiden annostus).

4. Palvelujen (pyykki, ateriat, ostokset) kotiinkuljetus sekä kuljetus-, ulkoilu- ja asiointiapu organisoidaan verkostoituneesti palvelujärjestelmän kokonaisuuteen edullisimmalla ja mielekkäimmällä tavalla.

5. Sosiaalinen ja henkinen tuki kuuluu perinteisesti vapaaehtoisuuden ja lähimmäisyyden periaatteisiin, joten niiden tarjonnasta huolehtivat tulevaisuudessaakin läheisten lisäksi seurakunta ja järjestöt.

Nämä palvelujen kohdentamisen kriteerit korostavat vanhuksen omatoimisuutta ja kuntoutuksen näkökulmaa. Asiakasnäkökulma edellyttää sopimukseen perustuvaa mutta joustavasti muuttuvaa työnjakoa.

### *8.3 Omaishoito kotihoitona*

Vanhuksen auttajaverkon tärkein voimavara on usein omainen tai omaiset. Omainen on yleensä perheenjäsen, puoliso tai lapsi tai sitten sukulainen. Omaisella ymmärretään laajimmillaan kaikkia yhteisistä esivanhemmista polveutuvia sukulaisia ja heidän puolisojaan.

Omainen voidaan ymmärtää vanhuksen läheisimmäksi ihmiseksi, joka on vanhuksen psyykkisen ja henkisen tuen lähde ja jonka kanssa vanhuksella on hyvä vuorovaikutussuhde, eli välittäminen on vilpitöntä. Tällainen ”omainen” voi olla sukulainen, naapuri, oma lapsi, lastenlapsi, ammattilainen tai muu auttaja, eli omainen ei laajasti ymmärrettynä siis aina ole sukulainen tai puoliso. Vanhus, joka tarvitsee apua, tukea ja palveluja kotonaan, voi itse määrittellä, kuka on hänen läheisensä tai omaisensa.

Jos autettava on sitä mieltä, että hänen lähin ihmisensä on ammattiauttaja, niin tätäkin olisi pidettävä omaisena. Viranomaissuhteelle saattaa olla ominaista tietynlainen etäisyys ja määräaikaisuus. Työntekijää sitovat ja hänen toimintaansa säätelevät tehtäviin liittyvät rajat ja toimenkuvat, joten viranomaisen tai ammattiauttajan suhde ei korvaa omaissuhdetta. Tästä huolimatta monen yksinäisen, vammaisen tai pitkäaikaissairaana vanhuksen ainoa tuki on ammatti-ihminen. Suhde on saattanut kestää vuosikausia, ja se on muodostunut työroolin ylittäväksi lähimmäissuhteeksi. (Ks. Omaisen ääni 1989, 20.)

Joillekin ystäväsuhde korvaa omaissuhteen ja on tärkeämpi kuin ristiriitainen omaissuhde. Vapaaehtoistyöntekijää, joka antaa tukea tavallisena ei-ammattilaisena, kutsutaan ystäväksi, lähimmäiseksi tai tukihenkilöksi. Tällaiset tukisuhteet ovat usein pitkäaikaisia ja vahvasti tunnepitoisia. Tukihenkilöä voi verrata joskus omaiseen, mutta häneltä puuttuu mahdollisuus vaikuttaa asioihin tai saada äänensä kuuluviin samassa määrin kuin omaisella. (Mt.)

Kun omainen toimii omaishoitajana, hän huolehtii vanhuksen tarpeista, hoidosta ja osittain tai kokonaan myös kodinhoidosta. Omaishoitajankaan ei tarvitse välttämättä olla omainen, vaan henkilö, joka hoitaa vanhusta kotona ja huolehtii hänen päivittäisistä tarpeistaan, arjen toimistaan ja hyvinvoinnistaan.

Usein vanhusta ja auttajia koskeva tieto välittyy omaisen tai omaishoitajan kautta. Tällöin hän on vanhuksen auttajaverkon keskushenkilö, joka pitää verkon toimivana. Vanhuksen avuntarpeen lisääntyessä omaishoitaja joutuu ottamaan enemmän huolenpitoa vastuulleen tai siirtämään sitä ammattilaisille. Riit-

tämätön tuki omaishoitajalle voi kostautua hoitajan uupumisena. Uupunut omaishoitaja on valmis siirtämään vanhuksen laitoshoidon.

Lakiuudistus omaishoidosta tuli voimaan 1.7.1993, jolloin alkoivat omaishoidon kokeilut myös lyhytaikaisen hoidon järjestämiseksi. Suuri osa kokeilussa mukana olleista asiakkaista tarvitsi saattohoitoa, ja he halusivat kuolla kotona. Asiakkaille oli tärkeää ympäristön ja hoitajan tuttuus, mikä loi turvallisuutta. Hoitajien mukaan tuttuus auttoi hoidon yksilöllisyyttä.

Kaikkien hoitajien mielestä omaishoito oli hoidettavan kannalta sopivin vaihtoehto, joka pystyi korvaamaan laitoshoidon. Kokeilujen tuloksena todettiin, että omaishoidolla voidaan joissakin tapauksissa korvata laitoshoidon. Kaikissa tapauksissa omaishoidon kustannukset olivat kunnille laitoshoidon kustannuksia pienemmät. Jos kotona tapahtuvaa hoitoa ja huolenpitoa todella halutaan linkittää palvelujärjestelmään ja etsiä siitä mahdollisuuksia laitoshoidon tarpeen vähentämiseen, on omaishoitajille mahdollistettava vaikuttavia tukimuotoja ja yhteistyömalleja. (Seppänen 1996.)

Omaishoidon tukea selvitetessä kävi ilmi, että omaishoidon suurimpia ongelmia olivat tuen riittämättömyys suhteessa hoidon raskauteen sekä hoitajan haluttomuus pitää lomaa väsymyksestä huolimatta (Seppänen 1996).

Vammalalaisille ja äetsäläisille omaishoitajille suunnattu kysely (Yksi huoleton vapaapäivä – – 1997) tuotti monipuolisen kuvan omaishoidon tilanteesta.

#### Omaishoitajista

- 77 % on naisia; yleensä omaishoitaja on hoidettavan tytär
- 71 % asuu samassa taloudessa hoidettavan kanssa
- 50 % ei voi jättää hoidettavaa yksin
- 40 % on hoitanut omaistaan yli 7 vuotta
- 75 % sanoi hoitamisen olevan henkisesti raskasta ja
- 37 % piti kotipalvelua tärkeimpänä tukimuotona.

Omaishoitajien hoidettavista 79 % sai Kelan hoitotukea. Omaishoitajien jaksamisen kannalta oleellisia tukimuotoja ovat kotisairaanhoidon, kotipalvelun, lyhytaikainen hoitopaikka sekä omaishoitajan vapaapäivien sijainen. Omaishoitajat nimesivät tärkeäksi myös tiedon ja ohjauksen saamisen. Omaishoito on mahdollista vain, jos kotihoitoon järjestetään riittävät tukimuodot ja toimiva yhteistyö ammattihenkilöiden kanssa. Omaishoidon tukipalvelut eivät useinkaan ole riittäviä, sillä hoidettavat ovat huonokuntoisia.

Omaishoitaja ei tiedä, mistä saisi apua, vaikka olisi valmis maksamaan siitä. Läheskään kaikille omaishoitajille omaisen hoitaminen ei ole vapaaehtoinen valinta, sillä monelle hoidettavalle ei ole laitospaikkaa. Usein hoito jakaantuu kotihoitoon ja akuutteihin sairaalajaksoihin. Ratkaiseva apu hoitajan väsymisen estämiseksi onkin vanhuksen jääminen sairaalahoitoon. Kun vanhuksen hoidosta vastaava omaishoitaja uupuu, vanhus joutuu odottamaan laitospaikkaa jonotuslistan hännille.

Kotona omaisiaan hoitavat toivovat erityisesti yhteistyötä vapaaehtoisten kanssa saadakseen sijaisen ja pystyäkseen näin itse lepäämään ja virkistytymään. Omaishoitajat toivovat myös saavansa arvostusta työlleen, konkretisoituipa tämä arvostus sitten palkaksi, lomaksi tai vapaaksi, sekä kuntoutusta itselleen, jotta jaksaisivat (Nylund 1997). Vuoden 1998 alusta tuli voimaan laki omaishoitajan

vapaista. Se edellyttää kunnan järjestävän omaishoitajille yhden vapaapäivän kuu-  
kaudessa.

Kotona hoidettavat vanhukset kaipaavat seurakunnasta yhteydenottoa ja vierailua, jotta voisivat keskustella uskonnollisista ja hengellisistä asioista. Uusia haasteita omaishoitajien tukemiseen tuo vanhuksen halu kuolla omassa kodissaan. Omaishoitaja kuten viranhaltijatkin ovat uudenlaisen tilanteen edessä, johon ei ole kehitetty vakiintuneita menettelytapoja.

Omaishoidon tuki myönnetään kerran vuodessa, mutta palvelun ja tuen tarve muuttuu omaishoidossa nopeastikin. Omaishoito vaatisi tiheätahtista seurantaa ja vastuuhenkilöä, kuten palveluohjaajaa sosiaali- ja terveystoimessa.

Omaishoitajat ja läheiset ry on omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa edunvalvonta- ja tukijärjestö. Järjestö julkaisee Lähellä-lehteä ja vuosittain ilmestyvää palveluopasta. Vuosina 1993–1995 toteutetun Kotimies-projektin tavoitteena oli kunnan, järjestöjen ja muiden tahojen kanssa yhteistyössä muodostaa omaishoitajien tukemisen malli, joka koostuu sekä ammatillisista että vapaaehtoistyöhön perustuvista palveluista.

Kotimies-projektissakin nousi keskeiseksi kehittämisalueeksi tiedon välittäminen palveluista ja erilaisista tuista, joita omaishoitajan olisi mahdollista saada. Kotimies-projektin yhtenä kohdepaikkakuntana oli Tampereen keskinen alue, ja Tampereen yhteistyöryhmä on laatinut omaishoitajia varten hakusanapohjaisen palveluoppaan.

Yhdistyksellä on menossa kolme omaishoidon kehitysprojektia. Omaishoitajien tukimallia kehitettiin sisällöllisesti edelleen (1997–1998) KEHÄ-projektissa. Muita projekteja ovat Äkillisesti sairastuneen ja kuolevan potilaan lyhytaikaisen omaishoidon koulutus- ja kehittämisprojekti LYKO (1997–1998) ja Asiantuntijoita omaishoitajien tueksi -projekti (1997–2000).

Omaishoitajat ovat vanhusten itsensä lisäksi kotihoidon parhaita asiantuntijoita ja vanhusten tarpeiden tulkitsijoita. Juuri omaishoitajien kokemukset paljastavat selvästi, mitä arjessa tarkoittaa, kun vanhusta hoidetaan kuolemaan asti kotona hänen terveytensä ja toimintakykynsä heiketessä. Projektissa kartoitettiin kuntien käytäntöjä omaishoidon järjestämisessä.

Omaishoidontuki on hoitajan palkka, ja se maksetaan vanhuksen hoitoisuusluokan mukaan korvaukseksi kotihoidosta. Omaishoidon tukimuodot ja kuukausikorvaukset vaihtelivat kunnittain kuten omaishoidon kriteeritkin. Projektikunnista pienintä kuukausikorvausta hoitajalle maksetaan Vammalassa, jossa alin korvaus on 1 000 markkaa. Suurinta korvausta eli 5 500 markkaa maksetaan Tampereella raskaimmasta hoidosta.

	Mk/kk	Omaishoitajia	Tukipaikka/toimet
Vammala	1 000–4 500	50	TK tukiryhmä
Valkeakoski	1 170–4 300	22	VK lomat
Virrat	1 087–2 850	54	VK intervallihoito
Orivesi	1 800–2 500	20	Tukiryhmä ja virkistys
Längelmäki	1 200–2 200	18	Srk virkistys
Juupajoki	1 710–3 320	10	Srk virkistys
Tampere	2 000–5 500	340	VK:t ja järjestöt

Omaishoito on keskeisin vanhuksen kotihoidon kehittämisen ja lisääminen kohde. Omaishoidontuen sopimusten määrä ei kerro mitään halukkuudesta omaishoitajaksi, sillä omaishoitaja on usein puoliso tai tytär ja omaishoitosopimuksia tehdään myös vammaisten lasten hoidosta. Omaishoidon tuen määrän ja kohdentumisen päättää kunta itse, joten tuelta puuttuvat vertailtavuuskriteerit.

Tampereen sosiaali- ja terveystoimen aluevastuu vääristää omaishoidontuen kohdentumista kunnan sisällä, sillä se ei ota huomioon alueen ikärakennetta, vaan resurssit jaetaan tasan viidelle alueelle, vaikka vanhusten määrät vaihtelevat suuresti alueittain.

Omaishoidossa tukimuodotkin vaihtelivat, mutta yleisimmin kunnat tarjoavat vanhainkodin tai terveyskeskuksen laitoshoidtoa joko omaishoitajan loman ajaksi tai intervallijaksoina sekä hoitajille virkistys- ja yhdessäolomahdollisuuksia.

Merkittävä vanhusten kotihoitoa tukeva toimenpide on vanhuksen asunnon korjaaminen ja kunnostaminen hänen toimintakykyään vastaavaksi tai sellaiseksi, että asunto tekee mahdolliseksi hoitotyön kotona. Monesti vanhus tarvitsee sairaalatasoista hoitoa, joten koti hoitajan työympäristönä on tärkeä kotihoidon kannalta.

## *8.4 Kunnan tehtävät vanhusten kotihoidossa*

### 8.4.1 YMPÄRIVUOROKAUTISEN KOTIHOIDON RESURSOINTI

Ympäri vuorokautisen kotihoidon organisointi vanhukselle eli palveluverkossa yötäpäivää -periaate osoittautuu vanhustenhuollon resurssinäkökulmasta kehittämisen arvoiseksi vaihtoehdoksi, sillä kalliin laitoshoidon tarvetta voidaan vähentää vain takaamalla ympäri vuorokautinen kotihoito.

Monet kunnat ovat määritelleet omaishoidon tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi ja varanneet lisärahoitusta sen lisäämiseksi. On toki tilanteita, joissa kotihoito tulee kalliimmaksi kuin laitoshoidto. Toisinaan vanhus haluaa mieluummin vanhainkotiin tai sairaalaan, jolloin on kuultava vanhusta itseään hoidosta päätettäessä.

Kunnissa ei puhuttu hoitokorvauksen markkamäärien nostamisesta. Kunnan viranhaltijat ovat jääne lisäämään kustannuksia, ja omaishoitajien etiikkaan rahasta puhuminen ei sopinut. Omaishoitajat kokivat työnsä kutsumukseksi, joten palkka ei ollut ratkaiseva tekijä omaishoitoa aloitettaessa.

Paikallisuus on resurssien kannalta merkittävä sekä palvelujen tuottamisen että vanhuksen kannalta. Verkostoksi organisoitu kotihoito tarjoaa haastetta esimerkiksi auttajien matkakulujen minimoinnissa ja siten palvelutuotannon etäisyyden aiheuttamissa kustannusvaikutuksissa kuten lähipalvelujen aktivoinninkin kohdalla.

### 8.4.2 VERKOSTOTYÖN KOULUTUS

Työ verkostossa perustuu toisenlaisiin lähtökohtiin kuin toiminta perinteisessä organisaatiossa. Koska verkoston toimijat ja tavoitteet vaihtuvat, osallistujien täytyy ymmärtää ja hyväksyä verkostoperiaatteet eli horisontaalinen organisaatio, luottamuksellisuus, avoimuus, tiedonvaihto ja vastavuoroiset edut. Näiden varassa verkosto toimii tai ei toimi, sillä verkon jokainen toimija vaikuttaa osaltaan verkoston toimivuuteen. Vasta verkoston toimintatavan omaksumisen jäl-

keen verkosto-osallistajat voivat luoda ja hyväksyä pelisäännöt arkitoimintaan.

Verkostojen ja verkkojen yhteistyöongelmat tulevat esiin 1990-luvulla lisääntyneissä verkostoprojekteissa. Kokemukset verkostoyhteistyöstä paljastavat helposti ongelmakohdat, joihin ei ole varauduttu. Esimerkiksi miten horisontaalinen organisaatio voi toimia, jos toimijat tulevat hierarkkisista organisaatioista? Toimiiko verkoston työnjako, jos joku toimijoista ”sopeutuu” ja tuottaa palveluja virallisen järjestelmän puutos- tai aukkotilanteisiin? Kuka verkossa vastaa tiedonkulusta ja sen tasosta?

Ulla-Maija Laiho (Viirkorpi 1996) on todennut asiasta näin: ”Siirtyminen sektoraalisesta ja asiantuntijuutta korostavasta toimintatavasta yhteistyöhön, osapuolten väliseen vuoropuheluun ja osallistuvaan suunnittelukäytäntöön ei ole helppo eikä nopea, varsinkaan jos vilpittömänä tavoitteena on todellisen muutoksen aikaansaaminen. Kokeilu- ja kehittämisprojekteissa puuhastelu sitä vastoin on helppoa, jos takaporttina on paluu vanhan toimintakäytännön valtavirtaan.”

Verkostotyö vaatii koulutusta, sillä toimintatapa verkostomaisessa organisaatiossa on erilainen kuin kunkin toimijan omassa, jossa asema saattaa merkitä enemmän kuin asiantuntemus.

Verkostotyön koulutusteemoja voisivat olla käytännön asiakaslähtöisyys, horisontaalinen yhteistyö, ohjaus- ja kehittämismenetelmät sekä kommunikaatiivinen neuvottelutaito.

Kunta voi organisoida koulutuksen tehtäväkokonaisuuden (kuten kotihoidon) tai teeman (kuten asiakaslähtöisyyden) pohjalta, jolloin koulutukseen osallistuu eri verkkojen toimijoita.

John Forester (1989) on kommunikaatiivisen suunnittelun puolestapuhuja, mutta hänen näkemyksensä sopivat mihin tahansa verkostotyöhön. Lähtökohta verkossa tai verkostossa on, että sen keskushenkilön ammattitaitoa on tilanne- ja kontekstitaju, ja siksi hän käyttää valtaa informaation välittäjänä, mistä on myös vastuussa. Vanhusten kotihoidon ongelmien ratkaiseminen vaatii samanaikaiseen tarkasteluun palvelut, asumisen, ympäristön ja hoitokäytännöt. Rakentavaan yhteistyöhön pyrkivä kommunikaatio edellyttää sisällön käsitettävyyttä, osallistujien vilpittömyyttä, asioiden legitimiisyyttä ja tiedon totuudenmukaisuutta.

Käytännössä palveluverkon keskushenkilö joutuu pitämään huolta verkoston toimintaperiaatteista ja kehittämistarpeista jatkuvan työn arvioinnin avulla, esimerkiksi liittämällä verkostotyön osaksi laadun parantamista.

#### 8.4.3 KOTIHOIDON PAIKALLINEN ORGANISOINTI

Vanhusten kotihoito ei ole monessakaan kunnassa muotoutunut kokonaisuudeksi, vaan kotihoito on monen toimijan samaan päämäärään pyrkivän toiminnan uusi nimi. Kotihoito tarkoittanee kunnissa pääasiassa tiivistä kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja omaishoidon yhteistyötä vanhuksen kotona selviytymisen tukemiseksi. Se on osa vanhustenhuoltoa, jossa kotiin organisoidaan kotipalveluja tukipalveluineen, kotisairaanhoidtoa apuväline- ja terveyskeskuspalveluineen sekä pidetään yhteyttä omaishoitajaan.

Kotihoidon organisoinnissa voidaan puhua sektorikohtaisesta työnjaosta tai aluekohtaisesta organisoinnista. Pienessä kunnassa nämä voidaan organisoida



päällekkäin, kun toimijat ovat tuttuja keskenään. Suuressa kunnassa kotihoito voidaan organisoida alueittain ja jopa alueellakin irrottaa kotihoito muusta kotipalvelusta ja sairaanhoidosta, kuten Tampereella.

Tampereella sosiaali- ja terveystoimen organisaatio yhdistettiin siten, että kotihoito irrotettiin lääkärijohtoiseksi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kokonaisuudeksi vuoden 1998 alusta. Tämä muuttanee tehtävien organisointia ja vastuita vanhuksen kotona ainakin sitten, kun vanhuksia hoitavat lähihoitajakoulutuksen saaneet ammattilaiset.

Tehokas vanhuksen kotihoidon palvelukokonaisuuden suunnittelun ja organisoinnin apuväline on laajennettu hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma käsittää arkiselviytymisen, vastuu- ja yhdyshenkilöt sekä vanhuksen kotona asumista tukevat toimijat. Kukin toimija määrittelee suunnitelmaan oman vastualueensa ja sitoumuksensa.

Jyväskylässä kotihoito selvitti laajennetun palvelu- ja hoitosuunnitelman avulla kokonaisvaltaisesti vanhuksen kotona selviytymistä ja arkea kodin ulkopuolella. Selvityksen kohteena olivat asuinympäristön puutteet sekä asukkaan asumisen ja palvelujen käytön kokonaisuus. Tähän kokonaisuuteen kuuluivat asukkaan kunto, asunnon esteet, ulospääsy, liikkumisen tasoerovaikeudet, pihan käyttö, tavaroiden kantaminen, levähtämispaikat ja yksinäisyys. Vaikka kotihoodolla ei voida puuttua asuinympäristön haittatekijöihin, toimii suunnitelma(t) perusteluna ottaa puutteet esiin muualla. (Viirkorpi 1996.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistusväli on sovittava tapauskohtaisesti melko tiheäksi, jotta sillä tuettaisiin vanhuksen omatoimisuutta ja vanhus voisi silti luottaa siihen, että hän saa tarvitsemansa avun. Palveluohjausta ja sen työvälineitä, kuten suunnitelmia, voidaan kehittää laatutoiminnan menetelmin.

Tampereen keskisellä alueella on tarjolla runsaasti palveluja ja vaihtoehtoja, mutta toimijat eivät edes tiedä tai tunne toisiaan. Kaupungeissa järjestötkin voisivat sopia alueellisesta työnjaosta ja säästää siten matkoista aiheutuvia kustannuksia. Esimerkiksi Tampereella yöpartio toimintaa voisi kehittää alueellisesti, kuten muitakin vaihtoehtoja.

Maaseudun etuna kaupunkioloihin verrattuna on henkilökohtainen kommunikaatio, joten yhteistyö tarvitsee vähemmän organisaatiotasosta kommunikointia. Paikalliset verkostoituneet vanhuspalvelut vaativat lähialueen voimavarojen (posti, pankki, kauppa, taksi, baari) käytön koordinoitua sekä palveluverkoston esteiden selvittämistä ja poistamista (Viirkorpi 1996). Maaseudulla tai haja-asutusalueella verkoston yhdyshenkilö voi olla omainen tai naapuri.

Koska kolmas sektori on perinteisesti paikallisista tarpeista ja resursseista syntyneitä toimintaa, ovat haja-asutusalueet ja taajamat hyvin erilaisissa tilanteissa, ja kansalaislähtöinen toiminta tuottaa erilaisia ratkaisuja. RAY rahoittaa erilaisia kokeiluprojekteja, ja jokaisen projektin organisointi, yhteistyöverkoston luominen ja sopeutuminen olemassa olevaan palvelurakenteeseen sekä tiedottaminen vie paljon aikaa ja rahaa. Tämä paikallisuuden ja ruohonjuuritason merkityksen korostaminen on kritiikkiä EU- tai ministerilähtöisille projekteille, sillä aito kansalaistoiminta lähtee kansalaisista.

Kun tukea ja apua suunnitellaan kodista käsin ja tarkistetaan ympärillä olevat resurssit, vanhuksen kotona asumisesta tulee mielekästä ja viihtyisää.

# 9 Palveluverkosta verkostoon

## 9.1 Verkostoitumisen edellytykset

Palveluverkossa yötäpäivää -tutkimusprojektin johtopäätökset on koottu tutkimusosioiden päätelmistä ja kunta-aineistosta ja näkökulmat on sovitettu verkostotyön teoreettiseen viitekehykseen ja kuluvalle vuosikymmenellä sosiaali- ja terveysalalla tapahtuneeseen muutokseen. Projektin tuloksena esitetään johtopäätökset yleisistä verkostoitumisen ja yhteistyön ongelmista sekä ehdotus omaishoidon tukiverkoston luomiseksi. Liitteissä 2 ja 3 esitetään verkostokonsepti kuvana.

Johtopäätökset on tehty vanhusten kotihoidossa ja erityisesti kuntaseminaareissa esiin tulleista ongelmakohdista, joiden kehittämiseen kuntien on panostettava voidakseen luoda kotihoidosta vaihtoehdon laitoshoidolle. Kuntien verkostoyhteistyön solmukohtia ovat

- palvelurakenteen muutoksen hallinta
- tiedonkulun ongelmat
- yhdys- tai keskushenkilön tarve
- paikalliset erityisongelmat
- asiakaslähtöisyyden vaatimus
- kotihoidon työnjako ja organisointi.

Vanhusten kotihoidon tavoitetilä hahmottuu tarkemmin paikallisesti tunnistettujen ongelmien ratkaisuihin, mikä samalla edistää kotihoidon palvelujen verkostoitumista. Palveluverkossa yötäpäivää -kuntaseminaareissa verkoston tärkeimmiksi edellytyksiksi nousivat tiedonkulku ja yhteistyön kehittäminen. Yhteistyössä ongelma-kohtia löytyi työn- ja vastuunjaosta. Tiedonkulun ongelmina olivat tiedon puuttuminen tarjolla olevista palveluista, tiedonkulku toimijoiden kesken ja yleinen tietouden puute.

Verkostolla ymmärretään yhteistoimintaa, jolla ylitetään julkisen, epävirallisen ja kotitaloussektorin rajat ja yhdistetään voimavaroja. Verkostotyö tarkoittaa eri toimijoiden yhteistyötä ja työn suunnittelua niin, että eri intressit, ammattitaito ja asiantuntemus voidaan hyödyntää tarkoituksenmukaisesti asiakaslähtöisyyden periaatteella tietyn ongelman tai aiheen ympärille. Organisaatio-

rakenteena verkoston osiot muuttuvat ja osallistujat vaihtuvat, joten verkosto ei pysy samanlaisena kovinkaan pitkää aikaa. Verkostoitumisen haasteena on virallisen yhteistyön lisäksi julkisen ja yksityisen sektorin työnjako sekä vapaaehtoistyön uusien toimintatapojen kehittäminen. (Viirkorpi 1996.)

Verkostoitumista voidaan käyttää uutena tapana ja strategiana tuottaa palveluja. Toimintaperiaate toteutuu pitkälti vaihdannan ja sopeutumisen kautta. Kun verkostossa suhteet monipuolistuvat ja laajenevat, saavutetaan suurempi synergia ja rationalisointi sopeuttamalla toimintoja keskenään. Verkostosuhteissa tärkeää ovat avoin ja monipuolinen informaatio ja erityisesti henkilökohtaiset kontaktit. Verkostodynamiikka ilmenee muutoshalukkuudessa ja kyvyssä sopeutua muuttuneisiin olosuhteisiin. (Taavila 1996.)

Verkosto koostuu eritasoisista tai rinnakkaisista verkoista, jotka voivat toimia eri periaatteilla, mutta jonkinlaisessa riippuvuussuhteessa toisiinsa. Verkoston toimivuus ilmenee muuttumiskyvyssä ja verkostoperiaatteiden toteutumisessa. Toiminnallisena periaatteena on horisontaalinen ja moniammatillinen kommunikatiivinen yhteistyö.

#### *Vanhuslähtöisyys palveluperiaatteena*

Vanhuksille suunnattujen palvelujen ja tukimuotojen on tuettava asiakkaan oma-toimisuutta ja itsemääräämisoikeutta sekä annettava asiakkaalle mahdollisuus valita ja arvioida saamaansa palvelua.

#### *Palvelut verkottuvat*

Kuluvalla vuosikymmenellä vanhustenhuollon palvelut, vanhusten määrä, elinolot ja vanhusten palvelutarpeet ovat muuttuneet. Vanhuspalvelujen tarjonta ja saatavuus on sopeutettu niukkoihin resursseihin. Hoivapalvelujen tarjonta on monipuolistunut ja vapauttanut hoivatyön vapaille, tosin subventoiduille markkinoille.

#### *Paikalliset olosuhteet ja mahdollisuudet*

Verkostoitumisen esteiden selvittäminen ja poistaminen lähtee paikallisista olosuhteista ja resursseista. Maaseudulla epävirallisten verkostojen merkitys on suuri ja yhteistyö toimii yleensä yli sektorirajojen. Palvelu- ja hoitoverkosto ovat maaseudulla enemmän päällekkäisiä ja toimijat samoja. Kun toimijoita on vähän, mahdollistavat tuttuus ja henkilökohtaisuus kokonaisvaltaisen, asiakaslähtöisen vanhusten hoidon.

#### *Kotihoidon verkoston organisointi ja työnjako*

Kunnat ostavat entistä enemmän vanhuspalveluja ulkopuolisilta palvelutuottajilta ja etsivät uutta roolia vanhustenhuollon tavoitteiden ja laadunmäärittelijänä. Kunnille jää lakisääteinen vastuu palvelujen järjestämisestä, joten kunnan perinteiset tehtäväalueet ovat vanhuspalvelujenkin kohdalla edelleen resurssien stabilointi, allokointi ja subventointi.

Kunnan tehtäviä vanhustenhuollon verkostossa ovat kotihoidon resursointi, organisointi ja verkostokoulutus. Resursoinnissa uutta on vanhustenhuollon kokonaisuus ja siinä lisääntyvä kotihoidon osuus. Kotihoidon organisoinnissa irtautuminen perinteisestä sektorijaosta vaatii verkostoitumista eikä toimijoiden välinen verkostotyö onnistu ilman koulutusta. Ammattiauttajan ja maallikon, palkkatyöntekijän ja vapaaehtoistyöntekijän välisen työnjaon on oltava selkeä, kuten vastuun ja sitoutumisenkin.

## 9.2 Verkosto vanhusten kotihoitoon

Projektin tuloksena laadittu ehdotus kotihoidon verkostosta tarjoaa kehikon, jonka ympärille kunnat voivat rakentaa kotihoidon tukimuotoja verkostoiksi omien tarpeidensa ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Kotihoidon verkostoa suunniteltaessa erotettiin käsitteinä toisistaan hoitoverkko, palveluverkko ja tietoverkko. Verkostokonsepti on sovitettu vanhusten omaishoitoon sen erityisyyden vuoksi ja koska hoiva sijoittuu virallisen (kunta maksaa) ja epävirallisen (omaisen hoitaa velvollisuudesta) välimaastoon.

*Hoitoverkko* muodostuu vanhuksen kotona toimivista ihmisistä, ja verkko tarkoittaa auttajien välistä yhteistyötä vanhuksen kotona asumisen mahdollistamiseksi. Hoitoverkossa toimijat ovat henkilöityneitä ja auttajat ja tehtävät ovat hoitoverkossa päällekkäisiä. Hoitoverkko toimii 1) asiakaslähtöisesti eli kokonaisvaltaisesti, 2) luotettavasti ja joustavasti sekä 3) paikallisiin olosuhteisiin, resursseihin ja tarpeisiin sopeutuen.

*Palveluverkko* on toimijaorganisaatioiden välistä yhteistyötä, joka toimii vanhuksen kodin ulkopuolella. Palveluverkko voi koostua kokonaan tai osittain hoitoverkon toimijoista. Palveluverkon toimijat eivät välttämättä kohtaa vanhusta, vaan heidän tehtävänsä on pääasiassa vastata palvelujen sujuvuudesta. Verkostominaisuuksia ja toimivuuden edellytyksiä ovat 1) horisontaalinen organisaatio, 2) toimijoiden välinen työn- ja vastuunjako ja 3) tiedonkulun toimivuus.

*Tietoverkko* on joustava, monisuuntainen järjestelmä, josta toimijat voivat saada tietoa ja jossa he voivat tiedottaa. Tietoverkon täytyy mahdollistaa monisuuntainen kommunikaatio siten, että jokainen saa tarvitsemansa tiedon ja voi tarvitessaan kommunikoida mutkattomasti. Tietoverkossa yhdyshenkilönä toimii tietoverkon ylläpidosta vastaava.

Palveluverkossa yötäpäivää -projektin teoreettisena viitekehyksenä on *kotihoidon verkostokonsepti*, joka koostuu toimijaorganisaatioiden välisestä palveluverkosta, vanhuksen kotona työskentelevien muodostamasta hoitoverkosta ja yhteistyön mahdollistavasta tietoverkosta. Koska kotihoidon palveluverkko toimii erilaisin periaattein ja usein eri toimijoin kuin hoitoverkko, keskushenkilöiden tehtävät verkoissa ovat erilaisia. Nämä verkot muodostavat lomittaisen ja eri tasoissa toimivan kotihoidon verkoston.

### 9.2.1 HOITOVERKOSSA OMAHOITAJA ORGANISOI ARKEA

Jokaisessa kunnassa kaivattiin kotihoitoon yhdyshenkilöä, jonka puoleen vanhus tai omainen voisi kääntyä apua, hoitoa tai tukea tarvitessaan. Kotihoidossa hoitoverkon keskus- ja yhdyshenkilö on usein vanhuksen omainen, ”omahoitaja”, ystävä tai naapuri, joka pitää huolta siitä, että vanhus selviytyy kotonaan sairastuttuaan tai toimintakyvyn heiketessä. Hoitoverkon yhdyshenkilö on se, joka organisoii vanhukselle apua kotiin. Hoitoverkon toimijoiksi nimetään jokainen vanhuksen kotona asumista tukeva auttaja, ja hoitoverkon yhdyshenkilö on tarvittaessa mukana palveluverkossa vanhuksen valtuuttamana tai edustajana.

### 9.2.2 PALVELUVERKOSSA PALVELUOHJAAJA SUUNNITTELEE JA RESURSOI

Palveluverkon keskushenkilö on palveluohjaaja, jolla on valtuuksia ja resursseja ostaa ja organisoida palveluja vanhuksen kotiin. Vaikka palvelu- ja hoitoverkoston voi kuulua samoja toimijoita, palveluverkoston tehtävä on ennen kaikkea huolehtia palveluverkoston toimivuudesta, resurssien ohjaamisesta ja tiedonkulusta. Palveluohjauksessa oleellista on muutoksen organisointi.

Kun kotihoidon tavoite on tehdä vanhukselle mahdolliseksi ympärivuorokautinen kotona asuminen silloinkin, kun toimintakyky vaatii perushoitoa, palveluohjaus tarvitsee toimijoiden organisointia, tietoa toimijoista, tiedonkulun hallintaa, resursseja ja resurssienhallintaa, palautteen hyödyntämistä ja kykyä sietää vaikeuksia ja ratkaista ongelmia.

Palveluohjaaja organisoi hoitoverkon toimintaedellytykset. Vanhuksen palvelukokonaisuuden suunnittelun apuvälineeksi tarvitaan laajennettu hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma käsittää vanhuslähtöisen kartoituksen toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä myös kodin ulkopuolella (ADL).

### 9.2.3 TIETOVERKKO EDELLYTYS VERKOSTON TOIMIVUUELLE

Tietotekniikka mahdollistaa toimijoiden välisen kommunikaation ja yhteydenpidon. Palveluohjaajan työvälineeksi tarvitaan toimiva tekniikka sekä arjen sujumiseksi että auttajien ja toimintaorganisaatioiden väliseen tiedonkulkuun.

Tietotekniikan käyttöönoton tarkoitus on taata tiedon saatavuus, reaaliaikaisuus ja käyttökelpoisuus. Tietotekniikan toimivuus lisää asiakastyytyvää ja työntekijöiden työn sujuvuutta sekä parantaa palvelujen taloudellisuutta. Tietokannassa olisi tiedot palvelun tarjoajista, asiakkaista, palvelujen hinnoista, työntekijämääristä ja senhetkisestä työtilanteesta.

Kun hoito- ja palvelusuunnitelma on tietoverkossa, se on mahdollista päivittää tarpeen mukaan ja se toimii palveluohjaajan työvälineenä. Kukin auttaja voi ehdottaa muutoksia hoito- ja palvelusuunnitelmaan, ja siihen kirjataan kunkin vastualue ja sitoumus. Asiakaslähtöisyys vanhuspalvelujen tietoverkossa tarkoittasi muun muassa sitä, että vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma on reaaliaikaisesti päivitetty ja vanhuksen toivomukset ja palaute kirjattuina suunnitelmaan.

## 9.3 Omaishoidon verkosto

Tutkimustulosten pohjalta kunnille ehdotetaan kokeiltavaksi verkostoitumista kotihoidon vaikeimmalla työkentällä eli omaishoidossa. Palveluverkossa yötäpäivää -projektissa tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi kunnissa todettiin tiedonkulku, palvelujen vanhuslähtöisyys sekä yhdys- tai keskushenkilön tarve. Nämä ovat juuri verkoston toimivuuden tärkeimpiä edellytyksiä, kuten myös vastuut ja työnjakokin. Omaishoidossa verkostoitumisen edut ja kotihoidon ongelmat saadaan tehokkaasti näkyviin ja siten käsiteltäviksi.

Omaishoidon tuki ja hoidon verkostoituminen ovat kunnille edullisin vanhusenhuollon kehittämiskohde. Jos kunta takaa tarvittavan tuen kotihoitoon,

estetään velvollisuudesta toimivien omaisten uupuminen ja hyväksikäyttö. Omaishoidon yhteistyön ja tukimuotojen kehittäminen on jo aloitettu Omaishoitajat ja läheiset ry:n Kotimies-projektissa, jossa on laadittu paikallisia palveluoppaita omaishoitoon. Jatko tälle kehittämistyölle olisi verkostotyön kokeileminen ja opettelu. Kunta voisi kehittää omaishoitoa sellaisin perustein, että myös hoivayrittäjät voivat muodostaa omaishoitajarenkaita.

- Omaishoito on kriittisin ja tärkein tulevaisuuden kotihoidon kehittämisaalue, sillä
- omaishoitaja on yleensä puoliso, vanhus itsekin
- hoito on usein ympärivuorokautista ja sitovaa
- omaishoito korvaa tehokkaimmin laitoshoidon
- omaishoito ylittää avohoidon ja laitoshoidon rajan (intervallihoito)
- asiakaslähtöisyys korostuu vanhuksen, omaisen ja kodin välityksellä.

Omaishoitajat tarvitsevat taloudellista, sosiaalista, hoidollista ja hengellistä tukea. Koska omaishoito tarvitsee erilaisia tukitoimia, se soveltuu palveluohjaukseen. Omaishoitajat kaipaavat tietoa (palveluista), opastusta (ergonomiasta) ja koulutusta (sairaanhoidosta). Uusi kotihoidon haaste on vanhuksen kuolema kotona, mistä ei ole kokemusta.

#### *Palveluohjaaja organisoii organisaatioiden tehtävät palveluverkossa*

- kotona asumista helpottavat tilamuutokset, esteettömyys ja varustetaso
- tarkoituksenmukaiset apuvälineet ja laitteet kotiin
- omaishoidon tukitoimien koordinointi ja tiedottaminen
- kokonaisavun organisointi (tarve myös sosiaalisesta ja henkisestä tuesta)
- järjestöjen ja seurakunnan tuen ja virkistyksen organisointi
- paikallisuuden hyödyntäminen ja aktivoiminen (lähipalvelut ja -pisteet)
- sosiaalinen lähiverkon aktivointi (naapuri, ystävä, omainen, puoliso)
- auttajien tukeminen ja kouluttaminen verkostotyöhön.

Toimijat palveluverkossa: Kauppa Oy, Taksipalvelut, Kotipalveluohjaus, Kotisairaanhoitaja, Lääkäri, SPR, Seurakunta, Omaishoitajat ry, Kyläyhdistys, Huolto-Isännöinti, Fysioterapia.

#### *Omaishoitaja koordinoi vanhuksen kotona hoitoverkon tehtävät*

- auttajien tehtävistä sopiminen: kodinhoitaja, sairaanhoitaja, siivooja
- hoidon sitovuuden vähentäminen (hoidon erityispiirteistä neuvottelemisen)
- virkistyksestä ja ihmissuhteista huolehtiminen (omaishoitajien tukiryhmä)
- tuen, ohjauksen, koulutuksen ja kuntoutuksen pyytäminen.

Palveluohjaaja voi toimia työnohjaajana vaikeutuvissa hoitotilanteissa. Saman sairasyhmän auttajat voivat muodostaa myös keskenään verkoston.

Toimijat omaishoidossa: omaishoitaja, muut omaiset, sijainen/sijaiset, kotisairaanhoitaja, kodinhoitaja(t), naapuri/ystävä(t), taksinkuljettaja, lääkäri, osastonhoitaja, kuntahoitaja, diakonissa, ulkoiluttaja/saattaja, tukihenkilö, kauppias, ”pankkiiri”, postinkantaja, apteekkari, opiskelijat.

#### *Kotihoidon tietoverkko*

Tietoverkko eli yhteys muihin on sekä omaishoitajan että palveluohjaajan tärkein kommunikointikeino ja siten työkalu. Omaishoidon sitovuus ja nopeasti muuttuvat tilanteet vaativat, että tieto käytettävissä olevista taloudellisista ja henkilöresursseista on saatavissa reaaliaikaisena. Palveluohjaajalla ei ole mahdolli-

suuksia tiedustella palvelutuottajien päivittäistä työtilannetta, vaan tieto käytettävissä olevasta työntekijästä tarvitaan nopeasti.

Kotihoidon reaaliaikainen resurssipankki toimii kuin varastokirjanpito. Palveluohjaaja voi luottaa siihen, että auttaja on käytettävissä ja varata hänet verkon kautta. Tietoverkon on oltava kunnan vastuulla asiakastietojen tietosuojan turvaamiseksi.

Ratkaisuja auttajien väliseen tiedonkulun ongelmiin:

- tietopankki asiakkaista, palvelutarjonnasta, työntekijöistä, apuvälineistä
- palveluohjauksen aluekohtainen tietopankki ja sähköpostiyhteydet
- kommunikointi, raportointi ja tilannekatsaukset
- hoito- ja palvelusuunnitelma ja muutokset suunnitelmaan
- reaaliaikainen asiakkaiden hoitotilanne, esimerkiksi siirto laitoshoitoon.

Verkostossa toimivat kotihoidon palvelutuottajat ja vanhuksen kotona toimivat auttajat. Palveluja organisoii palveluohjaaja yhdyshenkilönä palvelutuottajiin, ja kotona toimii omaishoitaja yhdyshenkilönä muihin auttajiin ja palveluohjaajaan. Tieto tarjonnasta ja palvelutarpeesta löytyy tietoverkosta kuten ajankohdainen kommunikaatiokin. Tietoverkko vapauttaa toimijat entisistä toimisto- tai aikasidonnaisuuksista. Koska verkosto ei toimi hierarkkisena organisaationa, auttajien työ määräytyy asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti ja ohjautuu vanhuksen palvelu- tai hoitotarpeen muuttuvien tilanteiden mukaan.

Palveluverkossa yötäpäivää -projektin tavoitteena oli esittää vanhusten kotona selviytymistä tukevien palvelujen verkottamiseksi toimintamalli, jossa kaikki vanhusten kotihoidon tukemiseen osallistuvat osapuolet toimivat toisistaan tietoisina ja tuottavat hyvinvointia, niin että käytettävissä olevat voimavarat ovat parhaassa mahdollisessa käytössä. Esitetty kotihoidon verkostokonsepti tarjoaa kunnille työkalun organisoida vanhusten kotihoitoa uudella tavalla siten, että kotihoito korvaa tarvittaessa laitoshoidon. Verkostokonsepti vaatii eri toimijoiden verkostoitunutta yhteistyötä.

Verkottamisella tavoitellaan uutta vuorovaikutusta kotona asuvan vanhuksen, hänen omaistensa, järjestöjen, palveluyritysten ja kunnan sosiaali- ja terveystoimen välille. Verkottamisen odotetaan parantavan vanhusta tukevien toimijoiden yhteistyötä, edistävän uusien toimintatapojen syntyä ja lisäävän vanhuksen hyväksi tehtävien toimien tuloksellisuutta. Verkosto on muuttuvien verkkojen yhteistoimintaa muuttuvissa olosuhteissa.

## 10 Tiivistelmä

Palveluverkossa yötäpäivää -hankkeessa selvitettiin vanhusten kotona asumista ja kotihoidon verkostoitumista. Lähtökohtana oli, että vanhusten määrä lisääntyy lähivuosina merkittävästi. Hoito ja palvelut siirtyvät yhä enemmän kotihoitoon. Vanhukset haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Vanhusten kotona asuminen vähentää kuntien menoja muihin menettelyihin verrattuna merkittävästi.

Vanhustenhoidon on kokenut rakenteellisen muutoksen viime vuosikymmeninä. Kaksi ensimmäistä lukua käsittelee rakennemuutosta sekä vanhushuolteen kysyntää ja markkinoita. Kunnallistalouden ja -hallinnon sekä palveluiden suunnittelun näkökulmasta vanhushuolteen toimintaympäristö on muuttanut monella tavalla. Nykyisin kunnat ovat avainasemassa palveluiden tuottamisesta päätettäessä.

Tutkimuskuntina oli Pirkanmaan seitsemän kuntaa: Vammala, Valkeakoski, Virrat, Tampere, Juupajoki, Längelmäki ja Orivesi. Kolme viimeksi mainittua olivat mukana seutukuntana. Tutkimusaineisto koostui asiantuntijahaastattelusta, kenttäkäynneistä auttajien mukana vanhusten kotona, kuntien vanhushuolteen palvelualueista sekä viidestä kuntaseminaarista.

Tutkimuksessa keskityttiin vanhushuolteen sekä omaishoitajien, kolmannen sektorin ja hoivayrittäjien rooliin vanhusten kotihoidossa. Kotona asuvan vanhuksen hyväksi tekevät työtä lukuisat eri toimijat. Omaishoitajat ja vapaaehtoiset ovat keskeisessä asemassa luotaessa kotihoidon verkostoa. Verkoston kehittämistyössä yhdistetään eri toimijoiden ja vanhuksen itsensä voimavarat. Kodin ja lähiympäristön merkitys vanhukselle on suuri. Pienetkin ongelmat ja puutteet kotona ja kodin läheisyydessä voivat kertautua monenlaisina ongelmina, tarpeina ja kustannuksina sekä vanhukselle itselleen että auttajille ja palveluille. Vanhuksen sosiaaliset suhteet ja itsearvostus vaikuttavat siihen, miten vanhus kotonaan voi.

Kunnan rooli kotihoidon verkostossa on merkittävä resursoijana ja tukijana. Kunta vastaa verkoston toimivuudesta ja nimeää siihen yhdyshenkilön tai



työryhmän. Kotihoidon verkosto muodostuu kolmesta eri kokonaisuudesta. Hoitoverkossa esimerkiksi omahoitaja organisoii vanhuksen arkea. Hänen kanssaan työskentelevät ammattiauttajien lisäksi sukulaiset, naapurit, lähikauppiat, taksinkuljettajat ja isännöitsijät. Omahoitajan toimintaympäristö on vanhuksen koti.

Palveluverkossa palveluohjaajan tehtävä on suunnitella hoitoverkkoon kuuluvia tehtäviä. Hän resursoi auttajia ja suunnittelee työtä vanhuksen tarpeiden ja odotusten mukaan sekä neuvottelee organisaatioiden kanssa. Palveluohjaajan toimintaympäristö muodostuu tietyistä ryhmästä vanhuksia, heidän omaisistaan tai omaishoitajistaan sekä kaikista niistä yksityisistä ja kolmannen sektorin toimijoista, jotka tekevät työtä vanhuksen hyväksi hänen kotonaan.

Koska eniten ongelmia palveluiden järjestämisessä ja käytännön työssä aiheutuu tiedonvälityksestä, joko sen puutteesta tai toimimattomuudesta, on verkostossa annettava oma itsenäinen asema tietoverkolle. Ilman toimivaa tiedonkulkua ei viranomaisten, eri toimijoiden ja vanhuksen välinen yhteistyö suju. Sujuva tiedonkulku lisää myös vanhuksen turvallisuuden tunnetta ja vähentää tarvetta pyrkiä muiden palvelujen piiriin.

## *Lähteet*

- Achté, Kalle–Tuulio–Henriksson, Anna-Mari (1984): Ikääntyneiden ihmisten yksinäisyydestä. Teoksessa Achté, Kalle–Kuusi, Katriina (toim.): Yksinäisyys. Otava, Helsinki.
- Ala-Nikkola, Merja–Valokivi, Heli (1997): Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Lopuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Stakes, raportteja 215/1997, Helsinki.
- Allardt, Erik (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Porvoo, Helsinki.
- Anttinen, Erik E. (1993): Ikääntyminen ja yhteiskunta. Teoksessa Isohanni, Matti–Tienari, Pekka–Achté, Kalle (toim.): Vanhuus ja mielenterveys. WSOY, Porvoo, Helsinki, Juva.
- Asetus julkishallinnon ja -talouden tilintarkastajan tutkinnosta (927/91).
- Cahill, Michael (1994): The New Social Policy. Blackwell, Oxford UK, Cambridge USA.
- Doyal, Len–Gough, Ian (1991): A Theory of Human Need. Macmillan, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire, London.
- Forester, John (1989): Planning in the Face of Power. University of California Press.
- Forss, Simo–Karjalainen, Pirkko–Tuominen, Kristiina (1995): Mistä apua vanhana? Tutkimus vanhusten avuntarpeesta ja eläkeläisten vapaaehtoistyöstä. Eläketurvakeskus, tutkimuksia, Helsinki 1995:3.
- Harmanen, Pentti (1998): Kunnallinen tietoturvallisuus. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Hautamäki, Antti (1995): Hyvinvointi spontaanissa yhteiskunnassa. Teoksessa Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveyskasvatuksen keskus ry, Sosiaali- ja terveysjärjestöt, Helsinki.
- Heggeman, Hans–Thomas, Annica (1989): Några gamla männikors perspektiv på livet och hemtjänsten. Stockholms stad, Socialtjänsten, Forskning- och utvecklingsbyrån, Stockholm.
- Heinonen, Jari (1990): Pienviljelijäprojektista sosiaalivaltioon. Acta Universitatis Tampereensis ser. A vol 302. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Helander, Voitto (1997): Kunnat ja kolmas sektori – suomalainen malli. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/97.
- Helameri, Tarja (1997): Kotipalvelun asiakkuus ja laatu. Mistä laatu alkaa? Keskustelualoite. European Association of Care and Help at Home.
- Hermanson, Terhi–Leppo, Kimmo (1996): Tiivistelmä ja päätelmät teoksessa Viialainen, Riitta–Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Stakes, raportteja 192/1996, Helsinki.
- Hervonen, Antti–Pohjolainen, Pertti (1990, 1991): Gerontologian ja geriatrian perusteet. Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy, Tampere.
- Hilander, Anne–Kivinen, Tuula (1995): Asiakkaiden arvioima palvelujen laatu Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä lääkärien vastaanotolla. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopio.
- Hämäläinen, Juha–Niemi, Pauli (1993): Sosiaalialan etiikka. WSOY, Helsinki.
- Jaakkola, Jouko (1994): Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa Jaakkola, Jouko–Pulma, Panu–Satka, Mirja–Urponen, Kyösti: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.
- Johansson, Stina (1992): Familjen och det sociala nätverket. Teoksessa Thorslund, Mats (red.): Fler vårdbehövande familjens roll och samhällets ansvar. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors.
- Kalland, Mirjam (1996): Hyvin leikattu – huonosti ommeltu. Erityisryhmien palveluihin kohdistuneet säästöt valtionosuusuudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Edita, Helsinki.

- Kallio, Marja (1993): Kokemuksia kyläavustajakokeilusta: moniala-ammattit maaseudun palvelutyössä. Helsingin yliopisto, Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Kananen, Pentti (1998): Talous, demokratia ja kolmas sektori. Teoksessa Kinnunen, Petri-Laitinen, Raimo (toim.): Näkymätön kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto ry, Helsinki.
- Kananen, Pentti ym. (1993): Aloitteellisuus ja osallistuminen yhteiskunnan uudistamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1993:7. Painatuskeskus, Helsinki.
- Kandelberg, Kari (1996): Palvelurakenteen vääristymien ja niiden kustannusvaikutusten arviointi kunnissa. Teoksessa Viialainen, Riitta-Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, raportteja 192/1996, Helsinki.
- Kansaneläkelaitoksen (Kelan) tilastollinen vuosikirja 1997. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Karhinen, Sari (1998): Millainen on hyvä koti vanhukselle? Sosiaaliturva 3/1998.
- Karisto, Antti (1995): Hyvinvoinnin vai kurjuuden sosiaalipolitiikka. Teoksessa Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveyskasvatuksen keskus ry, Helsinki.
- Karisto, Antti (1997): Vanhuus kaupungissa – johdatus teemaan. Teoksessa Karisto, Antti (toim.): Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään säätiö, WSOY, Porvoo, Helsinki, Juva.
- Karjalainen, Vappu (1997): Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes, tutkimuksia 78/1997, Helsinki.
- Kauppinen, Sari (1998): Yksityiset sosiaalipalvelut 1997. Stakes, tilastoraportti 15/1998.
- Keski-Petäjä, Timo (1998): Arjen verkot, Vapaaehtoistoiminta 2000, Internet.
- Koivukangas, Pirjo-Valtonen, Hannu (1995): Hyvinvointiklusteri. Raportteja 181/1995, Stakes, Helsinki.
- Koskinen, Simo-Ahonen, Seija-Jylhä, Marja-Korhonen, Anna-Liisa-Paunonen, Marita (1988): Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.
- Kosonen, Pekka (1987): Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit. Vastapaino, Tampere.
- Kovalainen, Anne-Simonen, Leila-Österberg, Johanna: Sosiaalipalveluyrittäjän muotokuva. Tutkimus sosiaali- ja terveysalan uusyrityksistä ja vaihtoehtoisista palveluntuottajista. Stakes, raportteja 193/1997.
- Kröger, Teppo (1996): Kunnat valtion valvonnassa? Teoksessa Sipilä, J.-Ketola, O.-Kröger, T.-Rauhala, P.-L. (1996): Sosiaalipalvelujen Suomi. WSOY, Juva.
- Kukkonen, Heikki-Kyttä, Marketta-Alkula, Raili-Usko, Raija (1991): Eskolan kylätalo – Yhteisöllisyyttä ja vanhusten omaehtoista arkielämyyden tukeva asuinympäristö. Koerakennusprojektin loppuraportti. Teknillinen korkeakoulu, arkkitehtiosasto, Rakennetun ympäristön tutkimuslaitos, julkaisu B 18, Otaniemi.
- Köppä, Tapani: Osuuskunnat. Internet, Wuokko 5.11.1998.
- Laiho, Ulla-Maija-Viirikorpi, Paavo (1995): Paikallista asuntopolitiikkaa paikallisiin tarpeisiin. Suomen Kuntaliitto, ympäristöministeriö, Helsinki.
- Lappalainen, Ulla (1995): Vanhustyön strategia – ideasta yhteistyöhön. Suomen Kuntaliitto, Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.
- Latikka, Anne-Maria (1997): Tilaa mielenterveydelle. Mielenterveys ja fyysinen ympäristö. Stakes, aiheita 8/1997, Helsinki.
- Lehto, Juhani-Kokko, Simo (1996): Palvelujen rakennemuutos: kokemuksia lähihistoriasta ja muista maista. Teoksessa Viialainen, Riitta-Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, raportteja 192/1996, Helsinki.
- Lehto, Juhani-Päiväranta, Eeva (1998): Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut Tampereella. Arviointia palvelujärjestelmän rakenteesta, toimivuudesta ja taloudellisuudesta. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, Tampere.
- Matthies, Aila-Leena (1990): Kapinasta muutoksen malliksi – Vaihtoehtoinen sosiaalityö Suomessa. Hanki ja Jää, Helsinki.
- Matthies, Aila-Leena (1995): Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät organisaat-

- tiot. Teoksessa Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveyskasvatuksen keskus ry. Sosiaali- ja terveysjärjestöt, Helsinki.
- Matthies, Aila-Leena (1995): Sosiaalityön ja kansalaistoiminnan suhteen uudelleenmuotoutuminen. Teoksessa Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveyskasvatuksen keskus ry. Sosiaali- ja terveysjärjestöt, Helsinki.
- Matthies, Aila-Leena–Kotakari, Ulla–Nylund, Marianne (toim.) (1996): Välittävät verkostot. Vastapaino, Tampere.
- McKee, Patrick (1982): Philosophical Foundations of Gerontology. Human Sciences Press, Inc. New York.
- Megone, C. B. (1992): What is need? Teoksessa Meeting Needs in an Affluent Society. Avebury, Aldershot.
- Merjola-Partanen, Tuula (1994): Arvot ja asenteet vanhusten hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, Päivi–Nikkonen, Merja–Merjola-Partanen, Tuula (toim.): Kissa ja kiikkutuoli? Näkökulmia vanhusten hoitotyön kehittämiseen. Stakes, raportteja 170/1994, Helsinki.
- Miettunen, Mikko (1998): Säännöllinen hammashuolto parantaa vanhusten terveyttä. Helsingin Sanomat 21.7.1998.
- Murto, Lasse (1995): Ratkaiseeko raha vai riittävätkö vastuullisuus ja rakkaus? Teoksessa Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveyskasvatuksen keskus ry. Sosiaali- ja terveysjärjestöt, Helsinki.
- Nevanlinna, Arne (1997): Hopeapäinen kävelykeppi ja kymmenen muuta tarinaa tavoista, tottumuksista ja tyyleistä. Teoksessa Antti Karisto (toim.): Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään säätiö, WSOY, Porvoo, Helsinki, Juva.
- Nyholm, Marja-Liisa (1992): Kirjallisuustutkimus palveluasumisesta. Vanhustyön Keskusliitto, Rakennetun ympäristön tutkimuslaitos. Julkaisematon raportti.
- Nyholm, Marja-Liisa (1998): Palveleva Koti -esiselvitys. Finn-Medi Tutkimus Oy.
- Nylund, Marianne (1997): Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena–Kotakari, Ulla–Nylund, Marianne (toim.): Välittävät verkostot. Vastapaino, Tampere.
- Näkymätön kolmas sektori (1998). Kinnunen, Petri–Laitinen, Raimo (toim.). Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto ry. Helsinki.
- Ohtonen, Jukka (1998): Toimialabarometri, sosiaali- ja terveyspalvelut. KTM toimiala-infomedia syyskuu 1998:11. Kauppa- ja teollisuusministeriö, Helsinki.
- Omaisien ääni. Omaisnäkökulma hoito- ja auttamistyöhön (1989). Heiskanen, Tarja (toim.). Suomen Mielenterveysseura.
- Paananen, Ilkka-Tapani–Eranti, Eija (1998): Kotipalvelun asiakaskysely vuonna 1997. Laatutyöskentelyn lähtökohtia. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, sosiaaliviraston julkaisusarja A1/98.
- Paastela, Jukka (1995): Valhe ja politiikka. Tutkimus hyveestä ja pahasta yhteiskunnallisessa kanssakäymisessä. Gaudeamus, Helsinki.
- Palomäki, Anna-Lena (1997): Är den frivilliga sektorn en lokal resurs? Begrepp och aktuell diskussion. Social- ja hälsovårdsministeriets rapporter 1997:8.
- Pohjola, Anneli (1995): Asiakkaasta kansalaiseksi. Teoksessa Väärälä, Reijo (toim.): Asiakkaat verkossa. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu 44, Rovaniemi.
- Rifkin, Jeremy (1997): Työn loppu. WSOY, Porvoo.
- Rissanen, Juha (1997): Alueellinen kehittäminen yrittäjyyden ja omatoimisuuden edistäjänä Savossa. Savon liitto A 17/1997.
- Rönning, Leif (1995): Sosiaali- ja terveysjärjestöt luovat perusturvallisuutta. Teoksessa Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveyskasvatuksen keskus ry. Sosiaali- ja terveysjärjestöt, Helsinki.
- Rönning, Leif (1998): Hyvinvointi ja kolmas sektori. Teoksessa Kinnunen, Petri–Laiti-

- nen, Raimo (toim.): Näkymätön kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto ry, Helsinki.
- Salminen, Anna-Liisa (1996): Apuvälineteknologia palvelujen rakennemuutoksen apuna. Teoksessa Viialainen, Riitta-Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, raportteja 192/1996, Helsinki.
- Seikkula, Jaakko (1994): Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Seppänen, Riitta (1996): Kokeilua, yritystä, uskallusta – palvelurakenteen uusia ilmiöitä ja innovaatioita. Teoksessa Viialainen, Riitta-Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, raportteja 192/1996, Helsinki.
- Simonen, Leila (1995): From Public Responsibility to the Welfare-Mix of Care. Private Producers of Social Services. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. Finnish local government studies 3/1995.
- Sipilä, J.-Ketola, O.-Kröger, T.-Rauhala, P.-L. (1996): Sosiaalipalvelujen Suomi. WSOY, Juva.
- Sipiläinen, Pirjo-Kylmäaho, Eila (1998): Asunto ympäristönä – kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunnan fyysisen työympäristön laatu. Teknillinen korkeakoulu, arkkitehtiosasto, Sosiaali- ja terveydenhuollon tekniikan ja rakentamisen instituutti Sotera, Teknillisen korkeakoulun arkkitehtiosaston julkaisuja 1998/37.
- Sosiaali- ja terveyspalvelut. Toimialaraportti (1997). KTM toimiala-infomedia.
- Sosiaaliturva Suomessa 1997. SVT Sosiaaliturva 1998:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Särmäkari, Veli (1995): Vapaaehtoiset vanhustyössä. Kokemuksia Kauhavalta, Kiimingistä, Lahdesta, Loviisasta ja Nurmekselta. Suomen Kuntaliitto, Vanhustyön Keskusliitto, Helsinki.
- Taavila, Antti (1996): Kunnat ja verkostoituminen. Verkostoitumisen tarkastelu kuntien uutena palvelutuotantjärjestelmänä muuttuneessa toimintaympäristössä. Pro gradu -tutkimus. Tampereen yliopisto, kunnallistieteiden laitos.
- Tsupari, Pekka-Lappi, Hannu (1987): Ostopalvelujärjestelmä ja yksityinen palvelutuotanto. VALTAVAn seurantatutkimus 8. SVT XXXII 128, sosiaali- ja terveysministeriö, tutkimusosasto, Helsinki.
- Vaarama, M.-Arajärvi, E.-Kokko, S.-Kotilainen, H.-Noro, A.-Päivärinta, E.-Sinervo, T.-Topo, P. (1998): Katsaus vanhusten hoidon tilaan Suomessa. Stakes, aiheita 15/1998, Helsinki.
- Vaarama, Marja-Lehto, Juhani (1996): Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988–1994. Teoksessa Vaarama, Marja-Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, raportteja 192/1994, Helsinki.
- Valtion talousarvioon kirjattujen tulostavoitteiden toteuman arviointi 1993–1997. Raha-automaattiyhdistys 18.3.1997.
- Vartia, Pentti-Ylä-Anttila, Pekka (1993): Kansantalous 2017. Taloustieto Oy, Helsinki.
- Viirkorpi, Paavo (1996): Kohti uutta suunnittelua. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Viljaranta, Liisa (1991): Vanhainkotielämä yksilöllisemmäksi. Työntekijät arjen vaihtoehtoja etsimässä. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.
- Viljaranta, Liisa (1995): Avun mosaiikki. Epävirallista ja virallista apua vanhuksen kotiin. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1995:11.
- Virkkunen, Jaakko (1990): Johtamisen rationalisointi vai kehityksen hallinta. Julkishallinnon kouluttajat ry, Helsinki.
- Ware, Alan-Goodin, Robert E. (1990): Johdanto teoksessa Needs and Welfare. Sage Publications, London.
- Von Wright, G. H. (1985): Filosofisia tutkielmia. Kirjayhtymä, Helsinki.

## *Kunta-aineisto*

- Hyvää vanhuutta etsimässä 2010, Osaraportti 1. Orivesi 30.7.1997.
- Kotikäynnit. Marja-Liisa Nyholmin kotikäynnit tamperelaisten auttajien mukana vanhus-  
ten luona syksyllä 1997.
- Kuntaseminaarit Virroilla, Valkeakoskella, Vammalassa, Orivedellä (Orivesi-Längelmäki-  
Juupajoki) ja Tampereella 13.5.-2.7.1998.
- Numminen, Anita (1997): Työ ei touhuten totene, Kotihoidon selvitystyö. Tampereen kau-  
pungin SoTen monistesarja 15/1997.
- Palvelua omaishoitajille Tampereella (1998). Omaishoitajat ja Läheiset ry.
- Sosiaali- ja terveystoimen ostopalvelut ja yhteisöavustukset 1997. Tampereen kaupungin  
Soten monistesarja 17/1997.
- Suutarinen, Tuula (1995): Raportti yli 75-vuotiaiden vammalalaisten elämäntilanteista, pal-  
velutarpeesta ja kokemuksista palveluiden asiakkaina. Vammalan kaupunki, Vamma-  
la.
- Yksi huoleton vapaapäivä – kysely vammalalaisille ja äetsäläisille omaishoitajille (1997).  
Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön ky, Vammala.



## *Liite 1*

Euroopan sosiaalinen peruskirja (1971)

Lisäpöytäkirja 4.9.1992 alkaen

Suomi ratifioinut sopimuksen 29.5.1991

### 4. Artikla

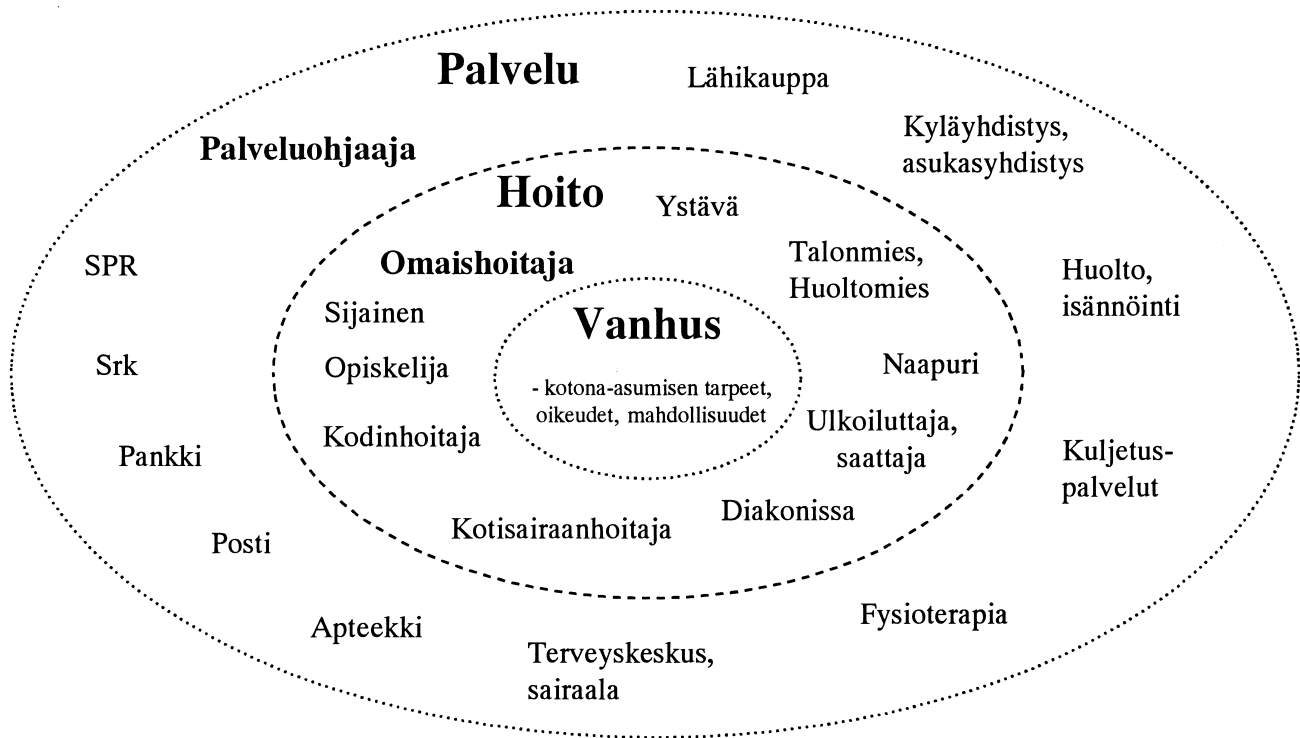
#### IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN OIKEUS SOSIAALISEEN SUOJELUUN

Jotta iäkkäiden henkilöiden oikeus sosiaaliseen suojeluun toteutuisi tehokkaalla tavalla, sopijapuolet sitoutuvat joko suoraan tai yhteistyössä julkisten ja yksityisten järjestöjen kanssa ryhtymään toimenpiteisiin tai suosimaan sopivia toimenpiteitä joiden tarkoituksena on etenkin

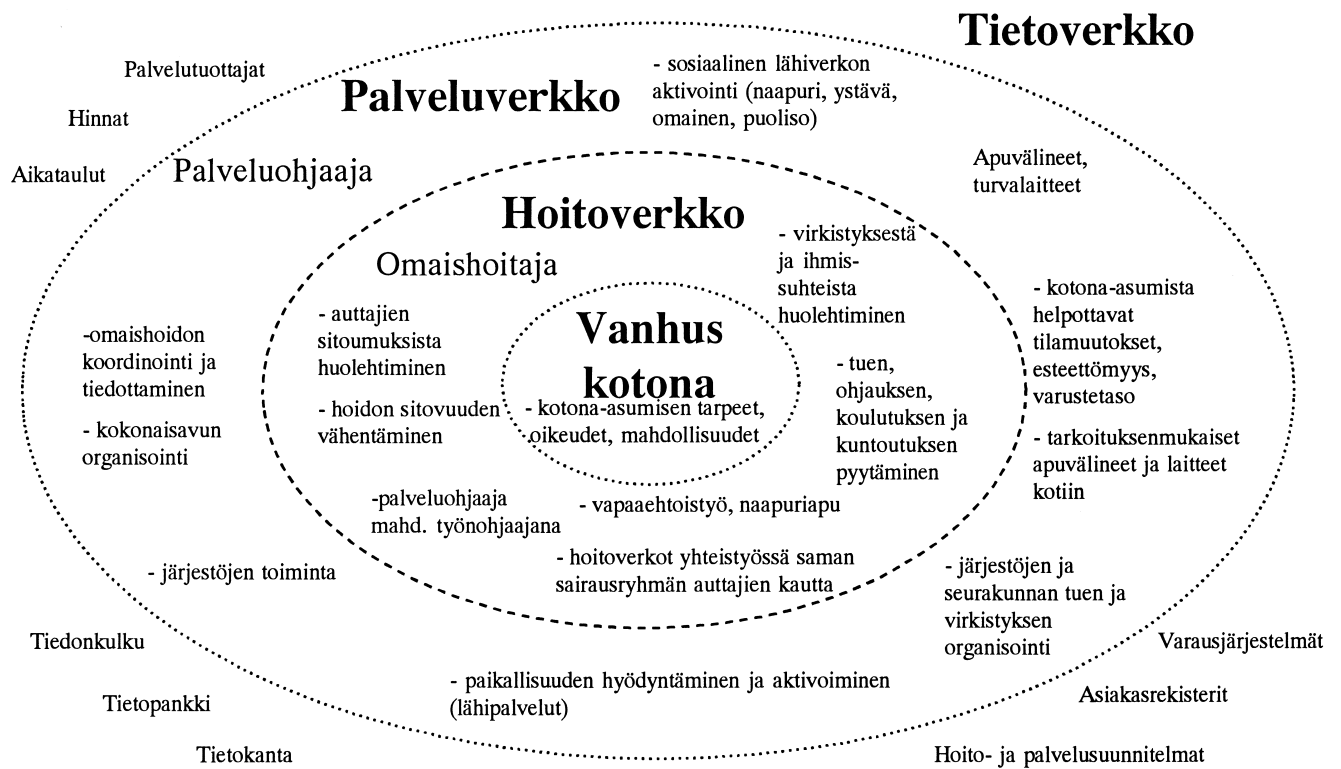
1. tehdä iäkkäille henkilöille mahdolliseksi pysyä yhteiskunnan täysjäsenenä niin kauan kuin mahdollista turvaamalla heille
  - a) riittävät varat, jotta he voivat viettää tyydyttävää elämää ja ottaa aktiivisesti osaa julkiseen, sosiaaliseen ja kulttuurielämään,
  - b) tiedotustoiminta, jonka kautta iäkkäät henkilöt saavat tietoja käytettävissä olevista palveluista ja tilaisuuksista ja niiden käyttömahdollisuuksista,
2. tehdä iäkkäille henkilöille mahdolliseksi valita vapaasti oma elämäntapansa ja viettää itsenäistä elämää heille tutussa ympäristössä niin kauan kuin he haluavat ja siihen pystyvät,
  - a) huolehtimalla heidän tarpeistaan ja terveydentilaansa vastaavien asunto-olojen saatavuudesta tai myöntämällä riittävää tukea heidän asunto-olonsa muuttamiseen,
  - b) heidän tilansa vaatimilla terveydenhuolto- ja muilla palveluilla,
3. taata laitoksissa asuville iäkkäille henkilöille asianmukainen tuki, ottaen huomioon heidän yksityiselämänsä ja taata heille osallistuminen elinolosuhteitaan laitoksissa koskevien päätöksiä tekemiseen.



Liite 2. Keskeiset toimijat kotihoidon palvelu- ja hoitoverkossa



Liite 3. Vastuhenkilöt ja tehtäväalueet kotihoidon palvelu- ja hoitoverkossa

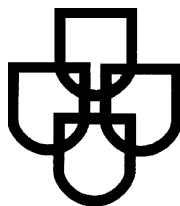




*Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisujen sarjassa  
ovat ilmestyneet*

- 1 Pirjo Mäkinen  
KUNTARAKENNESELVITYS (1992)
- 2 HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN TULEVAISUUS  
Kolme näkökulmaa (1992)
- 3 Maria Lindbom  
KUNNAT JA EUROOPPALAINEN ALUEKEHITYS (1994)
- 4 Jukka Jääskeläinen  
KUNTA, KÄYTTÄJÄ, MARKKINAVOIMA  
Kunnallisen monopolin ohjaus ja johtaminen (1994)
- 5 Torsti Kivistö  
KEHITYKSEN MEGATRENDIT JA KUNTIEN TULEVAISUUS  
Kohti ihmisläheistä kansalaisyhteiskuntaa (1995)
- 6 Kari Ilmonen – Jouni Kaipainen – Timo Tohmo  
KUNTA JA MUSIIKKIJUHLAT (1995)
- 7 Juhani Laurinkari – Pauli Niemelä – Olli Pusa – Sakari Kainulainen  
KUNTA VALINTATILANTEESSA  
Kuka tuottaa ja rahoittaa palvelut? (1995)
- 8 Pirjo Mäkinen  
KUNNALLISEN ITSEHALLINNON JÄLJILLÄ (1995)
- 9 Arvo Myllymäki – Asko Uoti  
LEIKKAUKSET KUNTIEN UHKANA  
Vaikeutuuko peruspalvelujen järjestäminen? (1995)
- 10 Heikki Helin – Markku Hyypiä – Markku Lankinen  
ERILAISET KUNNAT  
Kustannuserojen taustat (1996)
- 11 Juhani Laurinkari – Tuula Laukkanen – Antti Miettinen – Olli Pusa  
VAIHTOEHDOKSI OSUUSKUNTA  
– yhteisö kunnan palvelutuotannossa (1997)
- 12 Jari Hyvärinen – Paavo Okko  
EMU – ALUEELLISET VAIKUTUKSET JA KUNTATALOUS (1997)
- 13 Arvo Myllymäki – Juha Salomaa – Virpi Poikkeus  
MUUTTUMATON – MUUTTUVA KANSANELÄKELAITOS (1997)

- 14 Petri Böckerman  
ALUEET TYÖTTÖMYYDEN KURIMUKSESSA (1998)
- 15 Heikki Helin – Seppo Laakso – Markku Lankinen – Ilkka Susiluoto  
MUUTTOLIIKE JA KUNNAT (1998)
- 16 Kari Neilimo  
STRATEGIAPROESSIN KEHITTÄMINEN MAAKUNTATASOLLA  
– case Pirkanmaa (1998)
- 17 Hannu Pirkola  
RAKENNERAHASTOT  
– ohjelmien valmistelu, täytäntöönpano ja valvonta (1998)
- 18 Marja-Liisa Nyholm – Heikki Suominen  
PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ (1999)



Kunnallisalan kehittämissäätiö rahoittaa kuntia palvelevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tavoitteena on näin tukea kuntien itsehallintoa ja parantaa niiden toimintamahdollisuuksia.

Rahoitettavien tutkimusten tuloksien tulee olla sovellettavissa käytäntöön. Rahoitettavilta hankkeilta edellytetään ennakkoluulotonta ja uutta uraa luovaa otetta.

Säätiöllä on *Polemiikki*-niminen asiakaslehti ja kaksi julkaisusarjaa:

*Polemia-sarja*, jossa käsitellään kunnille tärkeitä strategisia kysymyksiä ajattelua herättävällä tavalla.

*Tutkimusjulkaisut-sarja*, jossa julkaistaan osa säätiön rahoittamista tutkimuksista. Pääosa säätiön rahoittamista tutkimuksista julkaistaan tekijätahon omissa julkaisusarjoissa.

Vuoden 1998 alun jälkeen ilmestyneet julkaisut ovat luettavissa ja tulos-tettavissa myös säätiön kotisivuilta.

Vuonna 1990 perustettu itsenäinen säätiö rahoittaa toimintansa sijoitus-tuotoilla.

Osoite	Kasarmikatu 23 A 15 00130 Helsinki
Puhelin	(09) 624 112
Telekopio	(09) 624 113
Asiamies	Lasse Ristikartano, (09) 624 115
Tutkimusasiamies	Veli Pelkonen, (09) 624 117
Taloudenhoitaja	Tuulikki Saarinen, (09) 624 116
Säätiön esittely ja hakuohjeet	<a href="http://www.kaks.fi">www.kaks.fi</a>