



MERJA ALA-NIKKOLA

Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa?

Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon
koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston

lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella

julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen B-rakennuksen

pienessä luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,

joulukuun 12. päivänä 2003 kello 13.

English abstract

Acta Universitatis Tampereensis 972

University of Tampere

Tampere 2003

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Ohjaaja
Professori Juhani Lehto
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat
Dosentti Pirkko-Liisa Rauhala
Helsingin yliopisto
Professori Mikko Mäntysaari
Jyväskylän yliopisto

Myynti



Tampereen yliopiston
julkaisujen myynti
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 972
ISBN 951-44-5815-X
ISSN 1455-1616

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7685
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 299
ISBN 951-44-5816-8
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print
Tampere 2003

Omistan tutkimukseni äidilleni Ainolle ja isäni Pekan muistolle

TIIVISTELMÄ

Merja Ala-Nikkola

Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

SAIRAALASSA, KOTONA VAI VANHAINKODISSA?

Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tehdään palveluja koskevia päätöksiä koko ajan. Vanhustenhuollossa palvelupäätöksiä tehdään sekä kotihoidosta että laitosten lyhyt- ja pitkäaikaishoidosta. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat koti- ja laitospalvelujen päätöksentekokäytännöt palvelujärjestelmän ruohonjuuritasolla. Koti- ja laitoshoidon eri organisaatioissa työskentelevät työntekijät arvioivat asiakkaiden palvelutarpeita ja tekevät päätöksiä siitä, ketkä pääsevät palvelujen piiriin. Konkreettisesti päätöksiä tehdään mm. kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, omaishoidon tuesta, erilaisista tukipalveluista kuten ateria-, siivous-, pesupalveluista ja päiväkeskusta ja päiväsaaraalakäynneistä, palveluasumisesta sekä lyhytaikaisesta ja pitkäaikaisesta hoidosta vanhainkodeissa ja sairaaloissa.

Koti- ja laitoshoidon palvelupäätökset perustuvat tavallisesti työntekijän tai useampien työntekijöiden yhdessä tekemiin palvelutarvearviointeihin. Kotihoidossa asiakkaan palvelutarpeita arvioidaan kotiin tehtävän kotikäynnin aikana ja laitoshoidon osalta SAS (sijoita, arvioi, seuraa) -kokoukseen osallistuvat työntekijät tekevät pitkäaikaisen laitoshoidon sijoituspäätöksen. Työntekijöiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita koskevien päätösten tekemistä ei voida yksinkertaistaa pelkäksi palvelujen allokoinniksi, vaan kysymys on monimutkaisemmista prosesseista. Päätöksenteossa joudutaan yhtäaikaaisesti sovittamaan yhteen sekä asiakkaiden palvelutarpeet että palvelujärjestelmän reunaehtojen määrittämät mahdollisuudet tuottaa palveluja. Tällöin merkityksellisiä kysymyksiä ovat: kenen palvelutarpeet voidaan ottaa huomioon, millaisiin palvelutarpeisiin voidaan vastata sekä miten ja millaisten ehtojen vallitessa koti- ja laitoshoidon päätöksiä tehdään.

Olen lähestynyt tutkimuksessani vanhustenhuollon palvelujärjestelmän päätöksentekokäytäntöjä etnografisella tutkimusotteella. Empiirisesti tutkimus kohdistuu kahteen eteläsuomalaiseen kaupunkiin. Pääosin tutkimuksessa on käytetty työntekijöiden haastatteluaineistoa, mutta analyysivaiheessa on hyödynnetty myös tutkimushankkeen aikana kertynyttä päätöksentekotilanteiden havainnointiaineistoa, asiakas- ja omaishaastatteluja sekä tutkimuskuntien toimintaa kuvaavaa dokumenttiaineistoa kuten toimintakertomuksia, tilastoja, ohjeita ja lomakkeita. Etnografiassa aineiston analyysin yksi keskeisin tavoite on erilaisten aineistojen integraatio. Olen etsinyt haastatteluaineistosta kohtia, joissa eri organisaatioita ja ammattikuntia edustavat työntekijät kuvaavat omaa, asiakkaiden ja heidän omaistensa sekä muiden ammattilaisten ja organisaatioiden edustajien toimintaa koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa.

Kotihoidon haastatteluista kotipalveluohjaajien ja terveydenhoitajien haastattelut muodostavat suurimman haastateltavien ryhmän. Laitoshoidon osalta haastateltavat ovat osallistuneet kotiuttamista tai pitkäaikaishoitoa koskevaan päätöksentekoon. Sairaaloiden työntekijöistä on haastateltu ylilääkäreitä, ylihoitajia, osastonlääkäreitä, osastonhoitajia ja sosiaaliryöntekijöitä.

Haastatteluaineiston analyysi on ollut pääosin kvalitatiivista sisällönanalyysyä, joka on perustunut tutkimuksen eri vaiheissa käytettyihin haastattelurunkoihin. Analyysin lähtökohtana on ollut eritellä eri toimijoiden haastatteluissa tuottamaa koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuutta. Kiinnittämällä tutkimus näihin todellisuuksiin on rakennettu kuvauksia ja näkökulmia palvelujärjestelmän ruohonjuuritason päätöksentekokäytännöistä ja tätä toimintaa määrittävistä ehdoista sekä eri palvelutuottajien, organisaatioiden, ammattilaisten, asiakkaiden ja omaisten välisistä suhteista.

Tutkimukseni alussa tarkastelen lyhyesti tutkimuskohteen kontekstia kuvaamalla tutkimuksen aineiston keräämisen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Luvussa kolme kuvaan konkreettisesti tutkimuksen etnografista kenttätyöskentelyä ja luvussa neljä esittelen lähemmin aineistojen analyysyä. Luvussa viisi tarkastelen päätöksenteon institutionaalista kontekstia jäsentämällä sosiaali- ja terveyspalvelujen päätöksentekoa teoreettisesti sekä esittelemällä konkreettista koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa tutkimuskunnissa

Tutkimuksen tuloksia esittelevissä luvuissa aineistoja on analysoitu sekä kronologioina että koreografioina. Aineiston kronologisessa analyysissä olen kiinnittänyt huomion haastatteluissa aikadimension mukaisesti tuotettuihin kuvauksiin koti- ja laitoshoidon päätösprosessien etenemisistä. Tutkimuksen painopisteenä on päätösprosessin alkuvaihe, jolloin asiakkaiden palvelutarpeita arvioidaan erilaisilla päätöksenteon näyttämöillä. Palvelupäätösten käytäntöjä määrittelevät ehdot ja niitä koskevat neuvottelutilanteet ovat koti- ja laitoshoidossa yhteneväiset. Tärkein yhteneväisyys liittyy nimenomaan päätösprosessien kronologisuuteen. Molemmat palvelupäätösprosessit alkavat asiakkaan tilanteen arvioinnista.

Koti- ja laitoshoidon päätösten koreografiat ovat kuvauksia siitä, millaisten ehtojen vallitessa päätöksiä joudutaan tekemään. Sekä koti- että laitoshoidossa päätöksiä tehdään asiakkaiden tarpeiden, toimintaresurssien ja asiakkaan oikeuksien määrittämässä toimintaympäristössä. Koti- ja laitoshoidon palvelujen päätöksenteossa keskeisessä roolissa ovat taloudelliset reunaehdot, joiden merkitys näkyy vanhustenhuollon ruohonjuuritasolla sangen tiukkoina asiakkaiden tarpeiden arviointikäytäntöinä. Nykyisiä koti- ja laitoshoidon palvelujen saamista määrittää yhä useammin se, että jokin toinen ammattilainen tai organisaatio ohjaa asiakkaat toisten organisaatioiden tuottamien palvelujen piiriin. Vanhustenhuollossa keskeinen tällainen asiakkaita välittävä toimija on sairaala. Suurin osa kotihoitoon ja pitkäaikaiseen hoitoon ohjautuvista asiakkaista tulevat lyhytaikaisen sairaalajakson jälkeen. Seurauksena on tällöin se, että yhä useammin koti- että laitoshoidon tarvearviointia ja päätöksentekoa määrittävät lääketieteelliset perusteet.

Päätöksenteon koreografisuus liittyy myös siihen, miten eri osapuolet sovittavat toimintansa suhteessa toisiinsa. Palvelupäätösten käytännöissä organisaatiot kohtaavat toisia palveluja tuottavia organisaatioita, ammattilaiset kohtaavat toisia ammattilaisia, mutta ennen kaikkea ruohonjuuritason työntekijät kohtaavat palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa. Viimeisessä tulosluvussa analysoidaan koti- ja laitoshoidon päätöksentekokäytäntöjä neuvotteluina, jolloin kiinnostuksen kohteena ovat koti- ja laitoshoidon eri palvelutuottajien organisaatioiden, ammattilaisten, asiakkaiden ja omaisten väliset suhteet.

SUMMARY

Merja Ala-Nikkola

University of Tampere, Tampere School of Public Health, Social and Health Policy

IN HOSPITAL, AT HOME OR IN INSTITUTIONAL CARE?

Ethnographic research on decision-making realities of old-age care

Decisions about services are made in our social and health care system all the time. The decisions of old-age care concern both home care and short and long-term institutional care. In my dissertation study I am interested in the grassroots practices of this decision-making. Care professionals working in organisations of home and institutional care assess service users' needs and make decisions about who gets services. On a concrete level decisions are made for example about home services, home health services, home care allowances, support services of home help (e.g. meals, cleaning services, washing services, day care centre services, day health care services), supported accommodation and short and long-term care in old people's homes and hospitals.

Decisions about home and institutional care services are usually based on assessments, made by one or by several co-operating care professionals. In home care, service users' needs are assessed during a home visit, and in institutional care, care professionals who take part in a FAP (follow, assess and place) meeting make the decisions about placement. Professional decision-making about social and health care services cannot be simplified to questions of allocation only. Decision-making processes are more complicated than that. In decision-making, service users' needs and the potential of the service system to provide services have to be reconciled. The important questions are then: Whose needs for services can be accommodated, what kind of service needs can be answered, and what kind of impact do the conditions of the service system have on decision-making?

I have approached the decision-making practices in the service system of old-age care by an ethnographic research method. Empirically, the study focuses on two cities in Southern Finland. The main part of my research material is made up of interviews with care professionals, but the analysis also makes use of observation material, interviews with service users and informal carers, and various documents (e.g. reports, statistics, instructions, forms). In an ethnographic analysis, one of the main aims is the integration of different research material. From the material I have looked for parts where professionals describe their own, as well as service users', informal carers' and other professionals' actions in the decision-making of home and institutional care.

Interviews with home help managers and public-health nurses constitute the biggest group in my home care interviews. As for institutional care, the interviews were conducted with professionals who participate in the decision-making concerning discharge or long-term care. Among hospital personnel I interviewed chief physicians, head nurses and social workers.

For the most part, the analysis is quantitative analysis of the content, largely based on the interview outline. The intention was to analyse the decision-making realities produced by the different actors in the interviews. By attaching the research to these realities in findings, descriptions and viewpoints were constructed about the grassroots level decision-making practices of the service system, about the conditions which define

these decisions and about the relationships among organisations, professions, older people and their close relatives.

At the beginning of my dissertation, I consider shortly the context by describing the changes in the social and health care service system which occurred during the data collection. In Chapter Three, I describe the collection of the ethnographic data on a concrete level, and in Chapter Four, I give a more thorough description of the analysis of the data. I present the institutional context of decision-making in Chapter Five by considering theoretical discussions of social and health care decision-making and by describing the decision-making of home and institutional care on a concrete level.

In findings, the data has been analysed as chronologies and choreographies. The chronologic approach focuses on the progress of care decision-making processes, produced in a time dimension. I have been especially interested in the beginning of the process, in the point where service users' needs are assessed on different decision-making arenas. Decision-making practices, which are defined by the conditions and the negotiation situations, are similar in home and institutional care. The most important similarity is the chronology of the decisions. Both decision-making processes begin with assessment.

The choreographies of home and institutional care decisions are descriptions of what kind of conditions impact the decisions. Both home and institutional care decisions are made in a field which is defined by the service users' needs, resources and rights. In this decision-making financial resources play a central role, which is evident in the strict assessment practices. Nowadays it is common that one care professional or organisation refers users to another organisation and its services. In old-age care, this referring agency is often a hospital. Most of the users of home care and long-term institutional care are referred to these services by hospitals after a short period of hospitalisation. From this follows that the assessments of home and institutional care are most often determined by medical indicators.

The choreography of decision-making is also closely connected with how the different participators adjust their actions to the actions of other participators. In decision-making practices different organisations encounter other organisations and care professionals meet other professionals, but on the grassroots level, most important are the encounters with service users and their close relatives. In the last chapter, decisions about home and institutional care services are analysed as negotiations and relationships between home and institutional care organisations, professions, service users and their close relatives.

SISÄLTÖ

| | |
|---|-----|
| TIIVISTELMÄ | 2 |
| SUMMARY | 4 |
| KIITOKSET | 7 |
| 1 JOHDANTO TUTKIMUKSEN TEEMOIHIN | 9 |
| 1.1 Tutkimuksen ajallisia paikannuksia | 10 |
| 1.2 Tutkimuksen teoreettiset ja metodiset valinnat | 11 |
| 1.3 Tutkimusraportin rakenne | 13 |
| 2 KATSAUS SUOMALAISEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN MUUTOKSIIN | 15 |
| 3 ETNOGRAFINEN LÄHESTYMISTAPA PALVELUJEN PÄÄTÖKSENTEKO- TODELLISUUTEEN | 22 |
| 4 RUOHONJUURITASON HAASTATTELUIJEN TULKINTA JA ANALYYSI | 29 |
| 4.1 Aineiston feministinen, kriittinen ja dekonstruktiiivinen luenta | 31 |
| 4.2 Haastattelupuheen institutionaaliset kontekstit | 36 |
| 5 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN PÄÄTÖKSENTEON JÄSENTELYJÄ | 39 |
| 5.1 Palvelujen päätöksenteon tasot | 39 |
| 5.2 Päätöksenteko ruohonjuuritasolla | 40 |
| 5.3 Koti- ja laitoshoidon päätöksenteko käytännössä | 42 |
| 6 KOTI- JA LAITOSHOIDON PÄÄTÖKSENTEON NÄYTTÄMÖT | 47 |
| 6.1 Asiakkaan koti kotihoidon päätöksenteon näyttämönä | 47 |
| 6.2 SAS-kokous laitoshoidon päätöksenteon näyttämönä | 50 |
| 6.3 Näyttämöiden ulkopuolella tapahtuva koti- ja laitoshoidon päätöksenteko | 52 |
| 7 KOTI- JA LAITOSHOIDON ASIAKASVALIKOINTIA MÄÄRITTÄVÄT TOIMINTAEHDOT | 56 |
| 7.1 Sairaalan merkityksellisyys koti- ja laitoshoidon asiakkaiden ohjautumisessa | 56 |
| 7.2 Lääketieteelliset perusteet koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa | 57 |
| 7.3 Asiakaskunnan huonokuntoisuus ja raskashoitoisuus palvelupäätösten perusteena | 60 |
| 7.4 Liian vähäisten resurssien vaivaama palvelutuotanto | 64 |
| 8 KOTI- JA LAITOSHOIDON PÄÄTÖKSENTEKO NEUVOTTELUINA | 69 |
| 8.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän neuvottelu- ja yhteistyökäytännöt | 69 |
| 8.2 Organisaatioiden välinen yhteistyö | 71 |
| 8.3 Yhteistyösuhteiden jännitteet | 74 |
| 8.4 Asiakastyön jännitteet | 77 |
| 8.5 Asiakkaiden ja omaisten osallisuus neuvotteluissa | 79 |
| 8.6 Asiakaskategorisaatiot palvelupäätösten taustalla | 83 |
| 8.7 Omaishoitajien auttamisen vaikeus | 85 |
| 9 TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 92 |
| 10 KIRJALLISUUS | 97 |
| 11 LIITTEET | 109 |
| LIITE 1 | 109 |
| LIITE 2 | 110 |

KIITOKSET

Tämän syksyn aikana viimeistellessäni vielä väitöskirjaani, huomasin usein pohtivani aikaa ja sen erilaisia merkityksiä. Minulle tämän tutkimuksen aika on menneessä, nykyisyydessä ja vielä tulevassakin. Tämä hetki tutkimuksestani paikantuu terveystieteen laitokselle, jossa olen työskennellyt viimeiset vuodet. Kiitän lämpimästi Juhani Lehtoa tästä ajasta, tutkimukselliselle ajattelulle tilaa antaneesta ohjauksesta sekä väitöskirjani käsikirjoitusten kommentoinnista ja keskusteluista. Työtäni ovat sen loppuvaiheessa kommentoineet myös Kari Natunen ja Elina Viitanen. Heidän arvokkaat huomiot ja huolellisesti mietityt kommentit olivat tärkeitä työn viimeistelyvaiheessa.

Kiitän terveystieteen laitoksen väkeä, opiskelijoita unohtamatta, työyhteisöstä, jossa on ollut innostavaa työskennellä. Läheisempiä työtovereitani ovat olleet laitoksen opettajat sekä sosiaali- ja talousryhmän tutkijat. Erityiskiitos tiistaiamun opettajakokouksen aktiiveille sekä FF- ja HVP-seminaareissa tutkimuksestani käydyistä keskusteluista. Heini Huhtalaa kiitän yliopistopedagogisista keskusteluista, jotka hyvässä merkityksessä veivät välillä ajatukseni pois väitöskirjasta. Marita Hallilaa puolestaan kiitän painatusvaiheessa väitöskirjani huolellisesta teknisestä tarkastamisesta ja toimitamisesta.

Väitöskirjani esitarkastajia Mikko Mäntysaarta ja Pirkko-Liisa Rauhalaa kiitän käsikirjoitustani koskeneista arvokkaista kommenteista ja parannusehdotuksista. Heidän kriittiset huomiot auttoivat minua vielä huolellisemmin näkemään, ymmärtämään, kirjoittamaan ja perustelemaan tutkimukselliset valintani.

Väitöskirjani ajalliseksi paikantamiseksi on tärkeää katsoa myös hieman kauemmas siihen aikaan, kun vielä työskentelin sosiaalipolitiikan laitoksella. Erityisesti kiitän Jorma Sipilää ja Heli Valokiveä palveluohjaustutkimuksen aikana käydyistä tärkeistä keskusteluista, jotka osaltaan kantoivat tätäkin tutkimusta aina näihin päiviin saakka. Aika ajoin olen huomannut vieläkin ikävöiväni sosiaalipolitiikan laitoksen tutkijoiden, opettajien ja opiskelijoiden yhteisöä. Lämmin kiitos tuosta ajasta kuuluu kaikille, mutta Jorman ja Helin lisäksi kiitän myös Teppo Krögeriä, Anna Metteriä ja Pirkko-Liisa Rauhalaa.

Onneksi elämäni ei ole ollut vain työtä, vaan tärkeä osa elämäni on ollut perheeni. Perheeni kanssa viettämäni hetket ovat minulle arvokkainta aikaa, josta en ole koskaan halunnut tinkiä liikaa. Puolisoni Jari, lapseni Marko ja Alekski sekä itseoikeutetusti myös Sara-koira ovat pitäneet huolta sekä minusta että siitä, että työ ei ole vienyt kaikkea aikaani. Lämmin kiitos ja halaus Jarille tämän perheajan ja perheen arjen jakamisesta, mutta ennen kaikkea ymmärtämisestä silloinkin, kun väitöskirja on vaatinut oman aikansa. Marko ja Alekski ovat tämän hankkeen aikana kasvaneet koululaisiksi ja

joutuneet kestämaan tutkijaäitiä aika ajoin intensiivisissäkin työvaiheissa, mutta vuosiin mahtuu myös paljon sellaista, joilla ei ole ollut mitään tekemistä väitöskirjan kanssa.

Äitiäni sekä sisartani ja veljeäni perheineen kiitän yksinkertaisesti siitä, että olette olleet ja olette edelleen. Sukulaiseni ja ystäväni ovat tuoneet mukanaan hetkiä, joissa minulla on ollut mahdollisuus vain olla, jutella niitä näitä ja tehdä jotain aivan muuta. Kiitos siitä teille kaikille yhdessä ja erikseen.

Lopuksi kiitän tutkimukseni kannalta kaikista tärkeimpiä henkilöitä. Ilman ruohonjuuritason työntekijöiden, asiakkaiden sekä heidän läheistensä kanssa käymäni keskusteluja vanhustenhuollon päätöksentekotodellisuuden tutkiminen, kuvaaminen eikä ymmärtäminen olisi ollut minulle mahdollista.

Höytämössä 10.11.2003

Merja Ala-Nikkola

1 JOHDANTO TUTKIMUKSEN TEEMOIHIN

Väitöskirjatutkimukseni on osa Suomen Akatemian rahoittamaa tutkimushanketta ”*Kohtaamisia paikallisissa palvelujärjestelmissä*”. Empiirinen tutkimus kohdistuu kahteen keskisuureen eteläsuomalaiseen kaupunkiin. Tutkimushankkeessa lähestytään kahden tutkimuskunnan vanhustenhuollon palvelujärjestelmiä erilaisten teoreettisten näkökulmien ja metodisten lähestymistapojen kautta (Lehto ja Natunen 2002). Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat *sosiaali- ja terveystalouden päätöksentekokäytännöt*.

Tutkimukseni voi paikantaa palvelujärjestelmän *ruohonjuuritasolle*, jossa vanhustenhuollon organisaatiot, työntekijät, asiakkaat ja omaiset kohtaavat toisensa silloin, kun he tekevät asiakasta koskevia koti- ja laitoshoidon päätöksiä. Ruohonjuuritaso-käsite on peräisin Michael Lipskyn (1980) teoksesta *Street-level Bureacracy*.¹ Hän kutsuu julkisia palveluorganisaatioita ruohonjuuritason byrokraatioiksi, joissa asiakasta koskevat päätökset tehdään ruohonjuuritasolla ja ruohonjuuritason työntekijöiden toimesta (mt., 188). Tyypillisiä kyseisen tason byrokraatteja ovat hänen mukaansa opettajat, poliisit, sosiaalityöntekijät ja terveydenhuollossa työskentelevät ammattikunnat (mt., 3).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tehdään palveluja koskevia päätöksiä koko ajan. Palvelujärjestelmän ruohonjuuritasolla arvioidaan asiakkaiden palvelutarpeita ja tehdään päätöksiä siitä, ketkä pääsevät palvelujen piiriin. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmä on laaja kokonaisuus, jossa palveluja tuottavat julkiset organisaatiot, yksityiset palvelutuottajat, järjestöt sekä omaiset. Vanhustenhuollossa palvelupäätöksiä tehdään sekä kotihoidosta että laitosten lyhyt- ja pitkäaikaishoidosta. Konkreettisesti päätetään muun muassa kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, omaishoidon tuesta, erilaisista tukipalveluista kuten ateriat-, siivous- ja pesupalveluista, päiväkeskus- ja päiväsaunakäynneistä, palveluasumisesta sekä lyhytaikaisesta ja pitkäaikaisesta hoidosta vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon palvelujen suunnitteluun, organisointiin ja tuottamiseen osallistuvat kodinhoitajat, kotipalveluohjaajat, lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja terveydenhoitajat, jotka työskentelevät julkisen tai yksityisen sektorin tai järjestöjen ylläpitämissä koti- ja laitoshoidon palveluita tuottavissa organisaatioissa.

¹ Sandfort (1999) käyttää artikkelissaan ruohonjuuritasosta englanninkielistä käsitettä ”front line”, jonka voisi kääntää suomeksi ”etulinjaksi” (myös Smith G 1970, 37–38).

1.1 Tutkimuksen ajallisia paikannuksia

Tutkimukseni juuret voidaan paikantaa soveltavaan ja käytäntölähtöiseen tutkimusprojektiin, jonka tuloksia on raportoitu erillisissä raporteissa ja artikkeleissa.² Olen aikaisemmissa tutkimusprojekteissani tutkinut vanhustenhuollon palvelujärjestelmää, sen toimintakäytäntöjä ja yksilökohtaisen palveluohjauksen (case management) soveltuvuutta palvelujärjestelmän eri organisaatioihin. Tämän väitöskirjatutkimuksen alku voidaan sijoittaa vuonna 1994 alkaneeseen palveluohjaus-projektitutkimukseen (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997). Vaikka tutkimukseni juuret paikantuvat käytännönläheiseen hankkeeseen, kysymyksenasettelut eivät enää tässä analyysissä kohdennu palvelujärjestelmän käytäntöihin, vaikkakin tutkimuskysymysten vastauksia etsitään sieltä (Starrin 1993, 11–13). Tavoitteenani on tarkastella sekä teoreettisesti että metodisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen päätöksentekoa aikaisempaa tarkemmin ja eritellymmin.

Palveluohjaushankkeen (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997) kiinnostuksen kohteena olivat yhden kaupungin ja kunnan laitosten sisäänotto- ja kotiuttamiskäytännöt, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kohdentaminen sekä niitä koskevien päätösten tekeminen. Tutkimuksen kenttävaiheessa kokosin tutkimusaineistoa pääasiassa haastattelujen ja osallistuvan havainnoinnin avulla. Haastattelin koti- ja laitoshoidon johtavia ja palvelupäätöksiä tekeviä henkilöitä, mutta osallistuin myös vanhustenhuollon koti- ja laitoshuollon organisaatioissa tilanteisiin ja kokouksiin, joissa tehtiin asiakkaiden palveluja koskevia päätöksiä.

Ennen palveluohjaustutkimusta en ollut kovinkaan perehtynyt palvelututkimukseen enkä myöskään haastatteluihin ja havainnointiin aineistonhankintamenetelminä. Näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tutkimus oli sekä temaatistisesti että metodisesti minulle monella tavalla ”hyppy tuntemattomaan”. Tutkimusteema ja kenttätyöskentely osoittautuivat kuitenkin mielenkiintoiseksi ja opettavaiseksi. Tutkimusprosessin aikana on ollut tärkeää osata asettua tutkittavien asemaan ja ymmärtää heidän toimintaansa määrittäviä ehtoja sekä paikallisesti ja historiallisesti muotoutuneita toimintatapoja määrittäviä organisaatio- ja ammattikulttuureja (Fielding 1993, 157; myös Sheppard 1995, 168).

Pidän tuolloin tutkimukseni alkuvaiheessa käymiäni keskusteluja ruohonjuuritason työntekijöiden kanssa erittäin tärkeinä. Näiden keskustelujen avulla olen pystynyt rakentamaan tutkimusprosessin kuluessa omaa ymmärrystäni siitä, miten sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän *organisaatiot ajattelevat* (Douglas 1986; myös Cederlund 1992, 2). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat monimutkaisia kokonai-

² Tutkimuksen tuloksia on julkaistu ”Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä” -raportissa (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997) sekä kolmessa artikkelissa (Ala-Nikkola 1997; 2000; 2002).

suuksia, joita ei asiakkaiden eikä edes siellä työskentelevien työntekijöiden ole aina helppoa ymmärtää kokonaisuuksiksi (Kostamo-Pääkkö 2001, 178). Oman kokemukseni perusteella voin sanoa, että palvelujärjestelmää, sen toimintalogiikkaa ja ajattelutapoja on vaikea oppia ymmärtämään muuten kuin oleilemalla siellä, keskustelemalla eri osapuolien kanssa ja havainnoimalla asiakas- ja yhteistyön toimintakäytäntöjä. Tutkimusprosessin kuluessa opin ymmärtämään vanhustenhuollon päätöksenteon käytäntöjä ja niitä määrittäviä rakenteellisia ehtoja sekä ruohonjuuritason työntekijöiden organisaatio- ja ammattikulttuurien määrittämiä ajattelutapoja.

Ymmärsin tekemieni haastattelujen merkityksellisyyden oikeastaan vasta tutkimukseni raportointivaiheessa. Analyysivaiheessa aineiston analysoiminen, tulkitseminen ja kontekstointi oli parhaimmillaan kuin palapelin rakentamista, mutta asialla oli myös kääntöpuolensa. Tutkimuskohteen syvälinen ymmärrys ja sukellus aineistoon voi aiheuttaa myös tutkijalle ”lähisokeutta”. Omalla kohdallani huomasin sen esimerkiksi siinä, että päätöksenteon käytännöt tulivat niin tutuiksi, että jätin ensimmäisissä käsikirjoituksissa kirjoittamatta ulos monia ”itsestäänselvyyksiä”. Näin tapahtui varsinkin, jos olin kirjoittanut havainnoistani jossain aikaisemmassa raportissani tai artikkelissani.

Olen kerännyt tutkimusaineistoa tähän tutkimukseen myös Suomen Akatemian tutkimusprojektissa ”Kohtaamisia paikallisissa palvelujärjestelmissä”, joka alkoi vuoden 2000 alussa. Akatemian hankkeessa aineistoa kerättiin ainoastaan haastatteluiden avulla. Tutkimushankkeessa kerättiin kattava haastatteluaineisto kahdesta kaupungista. Niissä haastateltiin sekä vanhustenhuollon sektori- ja yksikköjohtoa. Itse keräsin lisää aineistoa toisesta kaupungista haastattelemalla ruohonjuuritasolla työskenteleviä terveys- ja sosiaalialan työntekijöitä, jotka toimivat pääosin julkisella sektorilla, mutta mukana oli myös järjestöjen edustajia.

Monipuolinen tutkimusaineisto tarjoaa vanhustenhuollon päätöksenteon käytäntöjen ja prosessien tarkastelulle runsaasti aineksia. Tutkimuksessani keskityn pohtimaan ruohonjuuritason koti- ja laitoshoitopalvelujen päätöksenteon käytäntöjä ja prosesseja käyttäen eri hankkeiden aikana kertynyttä tutkimusaineistoa. Aineistoa on kertynyt runsaasti ja olen käyttänyt tutkimuksessani aikaisempaa palveluohjaustutkimuksen aikana kerättyä vanhaa aineistoa sekä edellä kuvaamaani Suomen Akatemian hankkeessa kerättyä uudempaa aineistoa. Pääpaino on kuitenkin uudemmassa aineistossa.

1.2 Tutkimuksen teoreettiset ja metodiset valinnat

Tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa palvelujärjestelmä ja sen käytännöt suorastaan kuhisivat ajankohtaisia ja mielenkiintoisia ilmiöitä, mutta aloin yhä enemmän kiinnostua organisaatioiden ruohonjuuritasolla tapahtuvasta päätöksenteosta. Vanhusten-

huollon ruohonjuuritason työntekijöiden tekemien asiakkaiden tarvearviointien käsitteellistäminen *päätöksenteoksi* on tutkimukseni tärkein teoreettinen lähtökohta. En ole ollut niinkään kiinnostunut kuvaamaan koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa sinänsä, vaan olen tarkastellut aineistoni valossa sitä, *miten eri organisaatioiden ja ammattikuntien edustajat kuvaavat koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa*.

Itse asiassa minulla kesti jonkin aikaa ennen kuin osasin käsitteellistää ruohonjuuritason työntekijöiden toiminnan päätöksenteoksi. Päätöksenteko-käsite ei useinkaan vilahdellut työntekijöiden puheessa paitsi silloin, kun keskustelin lääkäreiden työtehtävistä sekä pitkäaikaishoidosta sairaaloiden tai vanhainkotien työntekijöiden kanssa. Kotihoidon ruohonjuuritason työntekijät eikä heidän johtonsa useinkaan käyttäneet päätöksenteko-käsitettä. Yleisesti kotihoidon toiminta käsitteellistettiin tarpeiden arvioinniksi, joka konkretisoitui puheessa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisenä.

Kaikkea vanhustenhuollossa tehtävää palvelutarpeiden arviointia ja palvelujen suunnittelua voi arvioni mukaan kuitenkin kutsua *asiakastason päätöksenteoksi*. Se näyttäytyi minulle kenttätöskentelyvaiheiden kautta vaikeana ja vaativana työnä, jota tehtiin vielä lisäksi puutteellisissa työolosuhteissa – liian yksin ja liian vähäisin resurssein. Työntekijöiden tekemät asiakkaiden tarvearviointit olivat havaintojeni mukaan vaativia tehtäviä monestakin syystä. Eniten asiaa vaikeutti se, että asiakastilanteet ja asiakkaiden tarpeet olivat niin erilaisia. Pohdin tutkimusprosessin alkuvaiheessa paljon sitä, miten vaikeita ja monimutkaisia asiakkaiden tilanteet olivat ja miten vähäisten tietojen perusteella työntekijöiden oli tehtävä nopeasti päätöksiä, joiden merkitys asiakkaan elämän kannalta voi olla äärimmäisen ratkaiseva.

Koti- ja laitoshoidon palvelupäätökset perustuvat useimmiten työntekijän tai useamman työntekijän yhdessä tekemiin palvelutarvearviointeihin, joihin asiakkaat ja omaisetkin toisinaan osallistuvat. Twigg ja Atkin (1994, 8–9) ovat todenneet, että työntekijöiden päätösten tekemistä ei voida yksinkertaistaa pelkäksi palvelujen allokoinniksi, vaan kysymys on monimutkaisempi. Keskeistä ja merkityksellistä päätöksenteossa on se, millaiset palvelutarpeet voidaan ottaa huomioon ja miten ja millaisten ehtojen vallitessa koti- ja laitoshoidon palvelupäätöksiä joudutaan tekemään. Palvelutarpeisiin vastaaminen on näin ollen riippuvaista esimerkiksi palvelujen tuottamiseen käytettävistä resursseista ja niiden riittävydestä. Resurssien merkitys ja vaikutus päätöksenteossa näkyy esimerkiksi koti- ja laitoshoidon asiakasvalikoinnissa ja palvelutarpeisiin vastaamisessa.

Metodisesti tutkimukseni perusta rakentuu *etnografiseen lähestymistapaan*. Etnografinen lähestymistapa sopii erityisen hyvin kulttuurien, tietämisen ja toiminnan tutkimukseen. Etnografisessa tutkimuksessa kuvataan ja problematisoidaan tutkimuskohteen sosiaalista ja kulttuurista ilmiökenttää. Sen ontologisena olettamuksena on, että

tutkimuskohdetta ympäröi kilpi, joka estää ulkopuolisia näkemästä sen mahdollisia salassa pidettyjä toimintatapoja tai toimintaa ohjaavia olettamuksia (Thomas 1993, 34).

Etnografin tavoitteena on kuvata, analysoida ja avata näkökulmia piilossa pidettyihin ilmiöihin, joita vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä voivat olla esimerkiksi organisaatiokulttuurin sisällä päätöksentekoon vaikuttavat valtakysymykset tai profesoiden ja ammattilaisten kulttuuriset olettamukset toisista organisaatioista, ammattilaisista, asiakkaista ja omaisista (Thomas 1993, 2). Olen etsinyt haastatteluaineistosta kohtia, joissa eri organisaatioita ja ammattikuntia edustavat työntekijät kuvaavat omaa, asiakkaiden ja heidän omaistensa sekä muiden ammattilaisten ja organisaatioiden edustajien toimintaa koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa. Baszangerin ja Dodierin (1997) mukaan etnografiassa aineiston analyysin yksi keskeisin tavoite on aineistojen integraatio. Tutkimuksen tavoitteena on liittää ruohonjuuritason arkipäivän käytännöissä usein toisistaan irrallaan olevat kertomukset yhteen ”*kertomusten mosaiikiksi*” (Deuten ja Rip 2000, 77). Täten voin kiteyttää tutkimustehtävän seuraavasti:

Tutkimukseni tavoitteena on eritellä vanhustenhuollon päätöksentekokäytäntöjä analysoimalla eri toimijoiden haastatteluissa tuottamaa koti- ja laitoshuollon päätöksentekotodellisuutta. Kiinnittämällä tutkimus näihin todellisuuksiin rakennetaan kuvauksia ja näkökulmia palvelujärjestelmän ruohonjuuritason päätöksentekokäytännöistä ja tätä toimintaa määrittävistä ehdoista sekä eri palvelutuottajien, organisaatioiden, ammattilaisten, asiakkaiden ja omaisten välisistä suhteista.

1.3 Tutkimusraportin rakenne

Luvussa kaksi kuvaan lyhyesti *sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kontekstia* paikantamalla aineistoni keräämisen aikana suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Luvussa kolme kuvaan tutkimuksen konkreettista etnografista kenttätyöskentelyä ja luvussa neljä esittelen aineistojen analyysiä. Luvussa viisi jäsennän palvelujen päätöksentekoa teoreettisesti ja kuvaan koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa tutkimuskunnissa.

Tutkimuksen luvuissa 6–8 esittelen tutkimuksen tuloksia *kronologioina* ja *koreografioina* (Snyder 1992, 57). Kronologinen lähestymistapa on merkinnyt sitä, että olen kiinnittänyt huomion haastatteluaineistoissa aikadimension mukaisesti tuotettuihin kuvauksiin koti- ja laitoshoidon päätösprosessien etenemisistä. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on ollut päätösprosessin alkuvaihe, jossa asiakkaiden palvelutarpeita *arvioidaan* erilaisilla päätöksenteon *näyttämöillä*.

Koti- ja laitoshoitopäätösten koreografisessa tarkastelussa olen kiinnittänyt huomiota muun muassa siihen, millaisten *ehtojen* vallitessa päätöksiä joudutaan tekemään. Palvelupäätöksiä tehdään aina jossakin konkreettisessa toimintaympäristössä, jota keskeisesti määrittävät tietyt toimintaehdot. Suomalaisia sosiaali- ja terveyspalveluja määrittää ensisijassa lainsäädäntö, jossa säädetään kuntien velvoitteet ja vastuut. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen käytettävissä olevat resurssit ja paikallinen sosiaali- ja terveystoiminta määrittävät ruohonjuuritason toiminnalle reunaehdot, joihin ruohonjuuritason työntekijöiden on jatkuvasti suhteutettava palvelupäätöksensä.

Koreografisuus liittyy myös siihen, miten eri osapuolet sovittavat toimintansa suhteessa toisiinsa. Luvussa kahdeksan analysoin koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa *neuvotteluna*, jolloin kiinnostuksen kohteena ovat koti- ja laitoshoidon *eri palvelutuottajien organisaatioiden, ammattilaisten, asiakkaitten ja omaisten väliset suhteet*. Palvelupäätösten käytännöissä organisaatiot kohtaavat toisia palveluja tuottavia organisaatioita, ammattilaiset kohtaavat toisia ammattilaisia, mutta ennen kaikkea ruohonjuuritason työntekijät kohtaavat palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa. Luvussa yhdeksän kokoan tulokset yhteen ja tarkastelen niiden valossa koti- ja laitoshoitopalvelujen saatavuutta määrittävien ehtojen merkitystä ja seurauksia ruohonjuuritason päätöksentekoprosessissa. Pohdin myös sitä, miten nämä ehdot rakentavat osaltaan eri organisaatioiden, ammattikuntien, asiakkaiden ja omaisten välisiä suhteita ja asemia vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä.

2 KATSAUS SUOMALAISEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN MUUTOKSIIN

Tutkimuskohteeni kontekstin muodostavat kahden kaupungin paikalliset vanhustenhuollon palvelujärjestelmät. Paikallisen kontekstin lisäksi vanhustenhuollon päätöksentekoa määrittää myös kansallinen ja eurooppalainen sosiaali- ja terveystalitiikka sekä niissä vaikuttavat ajattelutavat. Tässä luvussa kuvaan yleisellä tasolla suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien 1990-luvun muutoksia sekä tarkastelen niitä suhteessa kansainvälisiin palvelujärjestelmää ja erityisesti vanhustenhuoltoa koskeneisiin keskusteluihin.

Suomalaista hyvinvointivaltiota ja sen palvelujärjestelmää nimitetään skandinaaviseksi tai pohjoismaiseksi (Anttonen ja Sipilä 2000). Pohjoismaiselle sosiaali- ja terveyspalvelumallille on tyypillistä se, että julkinen sektori sekä kustantaa että tuottaa merkittävän osan palveluista (Kautto et al. 1999). Sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä sekä korvata omatoimisuutta (Lehto et al. 2001, 31; Auvinen 1974; Puro 1973, 47).

Palvelujen tarkoituksena on tukea ihmisiä selviytymään arkisessa elämässä (Rauhala 1996b, 90). Sipilän (1996) mukaan Suomessa sosiaalipalvelut ovat universaaleja, periaatteessa kaikille käytettävissä olevia palveluja. Ne eivät sisällä tahdonvastaisia interventioita, puhtaasti kaupallisia palveluja eivätkä informaalia hoivaa. Ihmiset itse haluavat niitä joko itselleen tai heistä riippuvaisille ihmisille. Palveluiden käyttäminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Kun asiakkaan ei ole pakko ottaa palveluja vastaan, ne eivät useinkaan stigmatsoi vastaanottajaa. Palveluiden käytöstä ei makseta markkinahintaa, koska julkinen valta tukee niiden tuottamista.

Useimmat edellä mainituista määritteistä sopivat myös terveyspalveluihin. Terveyspalvelujen tavoitteena on sairauksien ehkäisy ja lääketieteellisten tautien hoito (Puro 1973, 47). Kansanterveyslaki (1972) määrittelee terveyspalvelujen tehtäväkentän laajasti kansanterveystyöksi ja erikoissairaanhoidoksi ja sosiaalipalvelujen osalta sosiaalihuoltolaki (1984) määrittelee keskeisesti sosiaalipalvelujen sisältöjä (Lehto et al. 2001, 105–106; 126–127).

Vaikka julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Pohjoismaissa merkittävässä roolissa, julkisen sektorin palvelutuotanto ei ole koskaan ollut ainoa, ei edes hallitseva sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaja. 1990-luvulta lähtien käsite hyvinvointipluralismi (welfarepluralism tai welfare mix) alkoi jäsentää sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä käytyjä keskusteluja (Johnson 1987; myös Evers 1990). Suomessa englanninkielisistä käsitteistä ”welfarepluralism” ja ”welfare mix” käytetään usein käsitettä mo-

nituoittajamalli. Ajattelutavan mukaisesti esimerkiksi vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajiksi ymmärretään julkiset ja yksityiset palvelutuottajat, järjestöt sekä omaiset (Anttonen ja Sipilä 1992).

Aila-Leena Matthies (1996, 13) on havainnollistanut monituoittajamallin mukaisista palvelujärjestelmästä kolmiolla, joka muodostuu julkisista palvelutuottajista eli valtiosta ja kunnista, yksityisistä yrityksistä sekä omaishoidosta. Tämän kolmion sisään mahtuu monien erilaisten järjestöjen, säätiöiden, yhdistysten, osuuskuntien, kirkon ja muiden yhteisöjen tuottamat palvelu- ja tukimuodot. Näitä toimijoita Matthies (mt.) nimittää välittäviksi verkostoiksi.

Suomalainen palvelumalli on muuttunut 1990-luvulla merkittävästi. Suomalaiseen järjestelmään on kohdistunut monia uudistamisvaateita, joiden voi sanoa olevan yhteneväisiä muiden eurooppalaisten valtioiden kohtaamien haasteiden kanssa. Lehto (1998) on koonnut suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän reformivaihtimukset paineina seuraavasti: 1) paineet hyvinvointipalvelujen aiheuttamien julkisten menojen pienentämiseen, 2) paineet vastata kasvaviin palvelutarpeisiin, joita syntyy esimerkiksi työttömyyden lisääntymisen, perherakenteen muutosten ja väestön ikääntymisen myötä, 3) paineet hyödyntää teknologian kehityksen mukana tuomat uudet mahdollisuudet palvelutuotannossa, 4) paineet muuttaa palvelujen käyttäjän roolia muun muassa lisäämällä valinnan mahdollisuuksia, vaikutusmahdollisuuksia ja laadun valvontaa sekä 5) paineet yhdistää menojen kasvun hillintä ja kasvaviin ja erilaistuviin tarpeisiin vastaaminen parantamalla palvelujärjestelmän taloudellisuutta, tehokkuutta ja joustavuutta.

1990-luvun alussa monissa maissa – myös Suomessa – palvelujärjestelmän toimintapolitiikassa tapahtui voimakkaita muutoksia. Suurimmassa osassa OECD-maista tavoitteeksi asetettiin se, että vammaiset henkilöt, mielenterveyskuntoutujat ja vanhukset pystyisivät asumaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan (OECD 1994, 37; myös Tester 1996, 1).

Anglosaksisissa maissa 1990-luvun sosiaali- ja terveyspalvelukeskustelu tunnetaan ”community care” -käsitteen kautta. Walker (1991b) on todennut, että käsitettä ”community care” ei aikoinaan Isossa-Britanniassa määritelty selvästi eikä johdonmukaisesti eikä sen toteuttamiseksi ohjattu riittävästi resursseja. Tämän vuoksi esimerkiksi Isossa-Britanniassa ”community care” -ajattelutapa on merkinnyt käytännössä perheiden vastuun ja hoivan lisääntymistä – ja aivan erityisesti näin on tapahtunut naisten kohdalla. (Wicks 1991, 180; myös Finch 1990; Langan 1992, 87; Means 1992, 11–12.)

”Community care” -käsitettä on vaikea kääntää suomeksi. Meillä Suomessa vastaavanlaisia muutoksia on nimetty sosiaali- ja terveydenhuollon *palvelurakennemuutukseksi* (Palvelurakennetyöryhmän mietintö 1992; myös Viialainen ja Lehto 1996). Suora käänös yhteisöllinen hoito on enemmänkin teoreettinen käsite, joka ei sellai-

senaan ole tarpeeksi informatiivinen. Esimerkiksi Jamiesson (1991) ehdottaa ”home care”- ja ”home-based care” -käsitteitä. Nämä käsitteet kääntyvät suomeksi *kotihoidoksi ja kotihoitopainotteiseksi hoidoksi*. Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin annettavia palveluja. Sitä ei tule ymmärtää synonyyminä omaishoidolle, koska Suomessa kotihoidosta puhuttaessa tarkoitetaan useimmiten sitä, että se sisältää julkisia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja. (Lehto et al. 2001; Sinkkonen et al. 2001.)

”Community care” -ajattelutapa poikkeaa traditionaalisesta palveluiden tuottamisen tavasta. Käytännössä ”community care” - ajattelutapa merkitsee hoidon ja hoivan painopisteen siirtymistä avohoitoon. Baldock ja Evers (Evers 1990, 3) ovat eritelleet uuden ajattelutavan muutosta suhteessa traditionaaliseen malliin (ks. taulukko 1). Uusi ajattelutapa on merkinnyt vanhustenhuollossa kotihoitopalveluiden ohjauksen, asiakasvalikoinnin, palvelujen kohdentamisen ja koordinoinnin merkityksen korostumista sekä koko monituottajaisen palvelujärjestelmän palvelutarjonnan tehokasta hyödyntämistä. Uuden palvelutuotannon ideologiaan kuuluu puhe asiakkaiden yksilöllisyydestä ja palvelutuotannon tarvelähtöisyydestä. Järjestelmämuutoksia puolestaan luonnehtivat monituottajuus, kustannustietoisuus ja tarvelähtöisyys. Uuden palvelutuotannon keskeisiä tavoitteita ovat joustavuus ja omaishoidon merkityksen tunnistaminen.

Englanninkielisessä kirjallisuudessa ideologista ja käytännöllistä kotihoidon ensisijaisuutta korostavaa muutosta kuvataan usein myös ”care by community” -ilmaisulla, joka tosiasiaassa on merkinnyt sitä, että hoiva ja huolenpito tuotetaan yhteisön (omaisien) toimesta eikä ainoastaan yhteisöissä (”care in community”) (Glendinning 1992, 163; myös Wicks 1991, 173–175). ”Care by community”-ajattelutavan taustalla ovat kuitenkin ennen kaikkea liberalistiset yksityistämisen, yksityisyritteliäisyyden ja vapaaehtoistamisen opit, jotka sopivat hyvin yhteen julkisella sektorilla yleistyneen kustannustietoisuuden ja johtamiskulttuurin (new public management) ja taloudellisen laman kanssa (Anttonen ja Sipilä 2000, 90; Haverinen 1999, 67–69; myös Rose 1995, 19–20).

Rummery ja Glendinning (1999; myös Dominelli ja Hoogvelt 1996) toteavat brittiläisiin ”community care” -käytäntöihin viitaten, että traditionaalisia portinvartijuusaktiviteetteja perustellaan yhä useammin managerialisilla ja byrokraattisilla prosedureilla. Managerialisilla prosedureilla tarkoitetaan rakenteita ja prosesseja, joilla ohjataan ja johdetaan ruohonjuuritason työtä. Tällaisia päätöksentekoa ohjaavia prosedureja ovat esimerkiksi poliittisten päätöksentekijöiden tai johdon antamat ohjeet henkilöstölle (Lupton 1992).

Lewis (1994) on todennut, että brittiläisissä ”community care” -käytännöissä palveluita suunnataan erityisesti sellaisille henkilöille, joilla ei ole omaishoitajaa. Hugmanin (1994) mukaan tällöin voidaan jopa puhua sosiaalipolitiikan, organisaatorakenteiden ja ammatillisten käytäntöjen mahdollistamasta joidenkin ikääntyneiden ihmisten, edellä mainitussa tapauksessa omaishoitajien, huonosta ja epätasa-arvoisesta kohtelusta.

Walkerin (1996; myös Walker 1994) mukaan ”community care” -ajattelutapa on merkinnyt muutoksia myös sukupolvien välisissä suhteissa, jolloin sukupolvien välille on lähdetty luomaan uutta sukupolvisopimusta (new generational contract) vanhojen ihmisten hoidon ja hoivan järjestämiseksi. Walker (mt.) on huolissaan uuden sukupolvisopimuksen seurauksista, sillä sen seurauksena saattaa olla vanhempien ikäluokkien eriarvoisuuden ja riippuvuuden lisääntyminen. Fischer (1978; myös Koskinen 1990, 78) on esittänyt Walkeria aikaisemmin myös toisenlaisen suunnan mahdollisuuden, jonka perusteella sukupolvien välisissä suhteissa voisi vallita konfliktin sijaan myös veljeys (gerontophratia), jolloin sukupolvet eivät ole keskenään eriarvoisia eivätkä riippuvaisia toisistaan.

Karisto (1998, 160–161) on kuitenkin todennut, että sukupolvikonfliktien syntyyn tai vanhan sukupolvisopimuksen pettämisongelmaan vaikuttavat myös demografiset tekijät. Sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien vuoksi sukupolvien vastavuoroinen huolenpito muuttuu suurilla ikäluokkia seuraaville sukupolville väestön huoltosuhteen perusteella epäedullisemmaksi. Arberin (1996, 74–75) mukaan yhteiskunnalliset asenteet erityisesti suhteessa ikääntyneisiin ovat koventuneet. Vanhoja ihmisiä voidaan pitää taakkana jopa siinä määrin, että voidaan puhua ikäsorrosta. Arberin (mt.) mukaan erityisen alttiita ikäsorrolle ovat naiset, siitä yksinkertaisesti syystä, että heitä on enemmän kuin miehiä (myös Hughes ja Mtezuka 1992). Erityisen alttiita marginalisoitumiselle ovat omaishoitajat ja heidän hoidettavansa. Puolisooan hoitavan vaimon palvelujen saamiseen saattaa joskus yksinkertaisesti vaikuttaa se, että hänen oletetaan naisena huolehtivan läheisen hoitamisen lisäksi myös kodin hoidosta.

Sundström (1994, 48) on puolestaan todennut, että sukupolvisopimus merkitsee eri asioita eri valtioissa. Pohjoismaissa julkiset palvelut tarjoavat kuitenkin vaihtoehdon informaaliselle hoivalle – lapsilla ei ole velvollisuutta huolehtia omista vanhemmistaan. Suomen laista poistettiin vuonna 1970 lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja vuonna 1977 poistettiin aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus (Omaishoitotoimikunnan mietintö 1986; myös Gothóni 1991, 3). Lainsäädäntö ei velvoita omaishoittoon, mutta siitä huolimatta suurin osa vammaisten henkilöiden sekä vanhusten huolenpidosta on omaisten vastuulla. Omaishoito on näin ollen merkittävä osa suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. (Sihvo 1989, 47–68; 1991, 73; 1996, 173; Vaarama et al. 2002, 79; Vanhusbarometri 1999, 50.)

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän muutos (Evers 1990, 3)

| | Traditionaalinen malli | Uusi malli |
|---|---|---|
| Muutokset sosiaali- ja terveystalouden palveluissa: | | |
| a) standardipalveluista joustaviin palveluihin | <ul style="list-style-type: none"> – laitoshoidolähtöisyys – standardipalvelut – jäykät, byrokraattiset aikataulut | <ul style="list-style-type: none"> – kotihoitolähtöisyys – liukuhinnatpalvelut – joustavat, asiakasläh- töiset aikataulut |
| b) implisiittisestä vuorovaikutuksesta kohti eksplisiittistä vuorovaikutusta omaishoidon kanssa | <ul style="list-style-type: none"> – palvelujen erillisyys – asiakas passiivinen | <ul style="list-style-type: none"> – koordinoitua palvelua – asiakas aktiivinen yhteistyökumppani |
| | <ul style="list-style-type: none"> – omaishoiva yksityisasiat | <ul style="list-style-type: none"> – omaishoito osa palvelukokonaisuutta |
| | <ul style="list-style-type: none"> – omaishoito implisiittistä ja huomaamatonta – formaali ja informaalit toisensa poissulkevia | <ul style="list-style-type: none"> – omaishoito seurannassa ja ohjeistuksessa – informaalit ja formaalit toisiaan täydentäviä |
| Muutokset sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmässä: | | |
| a) byrokraattisesta ja keskitetyistä kohti ohjattua monituottajamallia | <ul style="list-style-type: none"> – julkisella palvelutuotannolla monopoli – fragmentoituneet palvelut – julkisen vallan vastuu | <ul style="list-style-type: none"> – monituottajamalli – koordinoitua palvelua – julkisen vallan, perheen ja vapaaehtois-sektorin vastuunjako – yksilöllinen vastuu – valikointi ja palvelujen kohdentaminen |
| b) sosiaalisen ja talouden erillisyydestä kohti niiden integraatiota | <ul style="list-style-type: none"> – budjetin rajat post facto – tehokkuutta makrotasolla, byrokraatiassa | <ul style="list-style-type: none"> – palveluiden tuottaminen riippuvaista kustannuksista – kustannustietoisuus osa palveluiden tuottamista – tehokkuus mikro-tasolla, asiakaskohtaisissa päätöksissä |

Suomen perustuslaissa (11.6.1999/731) määritellään kansalaisten oikeudet sosiaaliturvaan (19 §). Sen perusteella ”*julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalouden palvelut ja edistetävä väestön terveyttä*”. Tästä huolimatta myös Suomessa kotihoitopainotteinen ajattelutapa, omaishoidon ymmärtäminen osaksi sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmää ja vanhuspalvelujen niukka tarjonta ovat merkinneet viimeisen kymmenen vuoden aikana sitä, että olettamukset omaisten osallistumisesta hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien läheistensä hoitamiseen ovat entisestään lisääntyneet ja vahvistuneet.

Kotihoitopainotteinen palvelutuotanto edellyttää hyvin toimiakseen merkittäviä resurssien lisäyksiä esimerkiksi vanhusten kotihoitoon. Vaarama et al. (2000; myös Vaarama ja Lehto 1996) ovat tutkineet vanhustenhuollon palvelujärjestelmän muutoksia Suomessa vuosien 1989–99 välisenä aikana. Valtakunnallisten tilastojen perusteella voidaan havaita, että palvelujärjestelmän toimintakäytännöt muuttuivat merkittävästi kymmenen vuoden tarkasteluajanjakson aikana. Nykyisin kotihoitopalvelut kohdistuvat vanhusväestöön, jota voi luonnehtia huonokuntoisista huonokuntoisemmaksi tai vanhoista vanhimmiksi (the oldest old). Suurin asiakasryhmä ovat 75–84-vuotiaat, joilla merkittävin avuntarvetta aiheuttava tekijä on heikentynyt toimintakyky, erityisesti fyysinen. Näistä asiakkaista puolet saa kodinhoitoapua, joka neljäs saa puolestaan kotisairaanhoidon palveluja ja molempien palveluiden piirissä oli kolmasosa kaikista asiakkaista. Tämän lisäksi kotipalvelu perinteisessä merkityksessään siivouksena, ruuanlaittona ja kaupassakäyntinä on saanut väistyä. Kotipalvelun palvelutuotannossa on tapahtunut merkittävä siirtyminen asiakkaan kodin hoitamisesta hänen henkilökohtaiseen hoitamiseen, joka käytännössä tarkoittaa esimerkiksi huolehtimista asiakkaan hygieniasta, wc-käynneistä ja lääkehoidosta. (Vaarama et al. 2000; myös Tedre 1995, 157; Rauhala 1993, 16.)

Lehto ja Blomster (2000, 171–173) ovat analysoineet virallisten tilastojen ja rekisteriaineistojen suorite- ja taloustietoja vuosien 1988–99 välisenä aikana. Heidän tulostensa perusteella ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa ja hoivassa tapahtui radikaali muutos. Ikääntyneiden hoitopäivät somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vähenivät huomattavasti (myös Klavus 1997). Vähennys on ollut merkittävä myös vanhainkotien hoitopäivissä ja alle 85-vuotiaiden kotipalveluasiakkaiden määrissä. Ainoastaan palveluasumisessa tilastot osoittavat kasvua. Käytännössä muutokset ovat merkinneet lyhentyneitä hoitoaikoja ja sairaalahoitoon muuttumista kaksivaiheiseksi. Erikoissairaanhoidon vastuulla on erityisesti sairaalahoitoon akuuttivaihe ja terveyskeskuksille on osoitettu vastuu ennen kaikkea kuntoutusvaiheesta tai ehkä pikemminkin jälkihoidosta. Sairaalahoitoon kaksivaiheisuus on merkinnyt myös sitä, että sairaaloiden nopeutuneiden kotiuttamisten takia omaisten ja kotihoidon on täytynyt aikaisempaa enemmän ottaa vastuuta asiakkaista heti akuuttivaiheen jälkeen tai kuntoutusvaiheen aikana.

Tilastojen ja tutkimusten valossa tutkimukseni paikantuu ajallisesti mielenkiintoiseen ajankohtaan, jolloin Suomessa siirryttiin sekä ideologisesti että käytännöllisesti kotihoitoa painottavaan palvelutuotantoon. Käytännössä kotihoitoa, tehokkuutta ja taloudellisuutta painottava palvelutuotanto on merkinnyt sitä, että vanhojen ihmisten palvelutarpeet otetaan todesta useimmiten vasta silloin, kun palvelutarpeille voidaan löytää lääketieteelliset perusteet. Tämän lisäksi vanhustenhuollon palvelutuotantoa luonnehtii viimesijaisuus, joka ei anna juuri lainkaan tilaa ehkäisylle eikä ennakoin-

nille. Tällöin asiakkaita autetaan vasta sitten, kun hänen kotona selviytymisensä on todella vaakalaudalla.

Hudson (1993b, 397) on todennut, että mikäli haluamme ymmärtää ideologioiden ja politiikan muutosta, meidän tulee ymmärtää ruohonjuuritason työntekijää (myös Elmore 1993, 322–329). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tapahtuneiden ideologisten ja käytännöllisten muutosten toimeenpanijoita ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon ruohonjuuritason työntekijät, joiden näkökulmasta edellä mainittuja palvelujärjestelmän päätöksentekokäytäntöjä ja niissä tapahtuneita muutoksia jatkossa ensisijassa tarkastellaan. Aineiston keruun aikana tekemiini haastatteluihin ovat tallentuneet ruohonjuuritason työntekijöiden kertomukset ja kuvaukset palvelujärjestelmän ideologiassa, politiikassa ja toimintakäytännöissä tapahtuneista muutoksista. Tutkimusaineistoni on luettavissa kuvauksia siitä, miten kansallisella ja paikallisella tasolla tehdyt sosiaali- ja terveystoimittiset ohjelmat ja ohjeet implementoitiin palvelujärjestelmän käytäntöihin ja millaisten ehtojen vallitessa koti- ja laitoshoidon päätöksiä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ruohonjuuritasolla tehdään. Seuraavissa luvuissa esittelen lähemmin, miten olen hankkinut ja analysoinut tämän aineiston.

3 ETNOGRAFINEN LÄHESTYMISTAPA PALVELUJEN PÄÄTÖKSENTEKO- TODELLISUUTEEN

Tutkimusaineistojen kerääminen ja ylipäänsä ”kentällä” työskentely on etnografisen tutkimuksen perusta (Schwartzman 1993, 3). Etnografinen lähestymistapa on metodi, joka vie tutkijan lähelle tutkimuskohdettaan. Tutkimuskohteen sisäisen logiikan voi tavoittaa parhaiten monipuolisten aineistojen avulla (Holstein ja Gubrium 1995, 26–27). Etnografiselle tutkimukselle on ominaista moninaisten aineistojen käyttö. Tavallisimmin etnografi kerää aineistonsa haastattelemalla, havainnoimalla ja tutustumalla tutkimuskohteesta saatavilla olevaan dokumenttiaineistoon, esimerkiksi tilastoihin, selvityksiin ja lomakkeisiin. Monipuolisten aineistojen avulla tutkija pyrkii ymmärtämään tutkimuskohteen sosiaalista todellisuutta ja pääsemään ilmiöiden ja käytäntöjen kilven taakse.

Etnografisessa tutkimuksessa tutkija etsii tutkimuskohteestaan sen sisäistä logiikkaa, mutta sen tavoittamiseksi tutkijan on oltava riittävän kauan ”kentällä”. Oleellista on keskustella eri informanttien kanssa eri asioista, jolloin jokainen keskustelukumppani valottaa asioita eri näkökulmista. (Alasuutari 1993, 32.) Etnografisessa tutkimuksessa tutkijan tehtävänä on etsiä ja löytää ”tavallisia” ihmisiä, joilta kerätyn tiedon varassa tutkija lähtee rakentamaan omaa tulkintaansa (Spradley 1979, 25).

Holstein ja Gubrium (1995, 23–24) erottavat toistaan vanhan ja uuden etnografian³. Vanhassa etnografiassa aineistoa hankittiin informanttien avulla. Heidän uskottiin raottavan etnografille kulttuuristen merkitysten verhoa, jonka perusteella tutkija saattoi tehdä omat tulkintansa. Uudessa etnografiassa sen sijaan informanttien merkitysten antoa pyritään ymmärtämään heidän erilaisista lähtökohdistaan ja konteksteistaan käsin (Miller 1997a, 3).

Ruohonjuuritason työntekijöiden haastattelut ovat tämän tutkimuksen tärkein perusta. Haastatteluaineiston keruun tavoitteena oli kerätä aineistoa kattavasti ja kuulla erilaisia näkemyksiä ruohonjuuritason päätöksentekokäytännöistä. Haastateltavat edustavat erilaisia organisaatioita, asemia ja ammattiryhmiä, mutta yhteistä heille on se, että jokainen haastateltava osallistui jossakin roolissa tai asemassa vanhusten palvelujen suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Haastatteluille on näin yhteistä institutionaaliset ruohonjuuritason päätöksentekokäytäntöjen kontekstit.

Kenttävaiheiden aikana minulla oli useita samoja teemoja, joista keskustelin kaikkien haastateltavieni kanssa, mutta haastattelujen sisällöt tietenkin vaihtelivat sen

³ Keskustelu tunnetaan myös emic- ja etic -keskusteluna (Nisula 1996).

mukaan, mitä organisaatiota haastateltava edusti ja missä asemassa sekä tehtävässä hän toimi. Kaikkien haastateltavien kanssa keskusteltiin vanhusten koti- ja pitkäaikais-hoidon päätöksenteosta ja palvelujen organisointitavasta.

Kotihoidossa palvelujen suunnittelusta, päätöksenteosta ja konkreettisesta palvelujen tuottamisesta vastaavat kotihoitoryhmät, joissa erityisesti kotipalveluohjaajat ja terveydenhoitajat tai sairaanhoitajat vastaavat koti- ja tukipalvelujen sekä kotisairaanhoidon päätöksistä. Kotihoidon haastatteluista kotipalveluohjaajien ja terveydenhoitajien haastattelut muodostavat suurimman haastateltavien ryhmän. Laitoshuollon osalta haastateltavat puolestaan osallistuivat sekä kotiuttamista että pitkäaikaishoitoa koskevaan päätöksentekoon. Sairaaloiden työntekijöistä on haastateltu ylilääkäreitä, ylihoitajia, osastonlääkäreitä, osastonhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä.

Monet haastatellut ruohonjuuritason työntekijät ovat olleet tutkimukseni kannalta tärkeitä henkilöitä, joiden kanssa keskustelu jatkui erilaisissa yhteyksissä varsinaisen aineiston keruun jälkeenkin. Tapasin joitakin haastateltaviani esimerkiksi erilaisissa koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa. Olen haastatellut molemmissa tutkimuskunnissa myös asiakkaita ja omaisia. Nämä haastattelut ovat olleet merkittäviä, koska ne valottivat palvelujen päätöksentekokäytäntöjä toisen osapuolen näkökulmasta.

Gubrium ja Holstein (1997, 114) ovat todenneet, että mitä-kysymykset ovat tärkeitä laadullisen tutkimuksen analyysivaiheessa siinä mielessä, että on tärkeää tietää, millaisin kysymyksin tietoa on hankittu (myös Czarniawska 1998, 17). Miten-kysymys puolestaan on tärkeä arvioitaessa haastatteluiden vuorovaikutuksellisuutta ja narratiivisia tiedon tuottamisen prosesseja.

Palveluohjaustutkimuksessa haastattelut tehtiin sangen avoimella haastattelurungolla, joka mahdollisti sen, että haastateltavalla oli mahdollisuus suunnata keskustelua haluamaansa suuntaan. Ensimmäisen vaiheen haastatteluissa ja haastatteluteemojen suunnittelua ohjasi käytännönläheinen tiedonintressi. Minua kiinnosti konkreettisesti tietää, miten koti- ja laitoshoidon päätöksiä tehdään. Suomen Akatemian rahoittaman ”Kohtaamisia paikallisissa palvelujärjestelmissä” tutkimushankkeen osalta haastatteluissa oli käytössä puolistrukturoitu haastattelurunko, johon sisältyi teemoja muun muassa asiakkaiden osallistumisesta, eettisestä päätöksenteosta, tarpeista ja niihin vastaamisesta sekä palvelujen riittävyydestä.⁴ Haastattelurungon suunnitteluun osallistui useita eri tutkijoita, joista jokainen esitti runkoon omia teemoja. (ks. Liitteet 1. ja 2.)

Haastatteluaineiston lisäksi päätöksentekokäytäntöjen havainnointi erilaisissa yhteyksissä on ollut tärkeä osa tutkimusta. Sen avulla oli mahdollista tavoittaa työntekijöiden toimintaa ohjaavia sääntöjä ja kollektiivisesti jaettuja käsityksiä ja oletuksia, jotka ohjaavat toimintaa (Alasuutari 1989, 68). Havainnointiaineistoa on kerätty muun muassa sillä tavoin, että olen ollut kotipalveluohjaajien ja terveyden-

⁴ Akatemian hankkeen osalta en ollut aina itse henkilökohtaisesti tekemässä haastatteluja.

hoitajien mukana heidän käydessään kotikäynneillä laatimassa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Osallistuin kotikäynneille palveluohjaustutkimuksen aikana yhteensä 30 kertaa. Kiersin myös iltapartion, perushoitajan, terveydenhoitajan ja kodinhoitajan kanssa asiakkaiden luona. Lisäksi osallistuin kahdesti palvelupäätöskokouksiin, joissa tehtiin päätöksiä laitoshoidosta ja omaishoidon tuesta. Tutkimusprosessin aikana olen työskennellyt kentällä myös muissa rooleissa kuin tutkijana: yliopiston opettajana ja kouluttajana keskustelemassa erilaisissa yhteyksissä toiminnan ongelmallisista kohdista, mutta myös kollegana ja jopa ystävänä keskustelemassa haastateltavien kotona tai kahviloissa.

Keräsin eri yhteyksissä kertyneet havainnot ja keskustelut tutkimuspäiväkirjaan. Tein muistiinpanoja esimerkiksi asiakkaasta käytetyistä käsitteistä, kategorisaatiotavoista ja kotikäynneillä tai kokouksessa vallinneesta ilmapiiristä. Etnografisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen voi perustua pelkästään havainnointiin ja niistä tutkijan tekemiin muistiinpanoihin (esim. Emerson 1995, 1). Tässä tutkimuksessa havainnoinnilla ja sen perustella tekemilläni muistiinpanoillani ei ole ollut näin merkittävää roolia. Muistiinpanoni ovat olleet erityisen tärkeitä tutkimuksen analyysi- ja kirjoittamisvaiheissa, koska niiden avulla pystyin palauttamaan mieleeni, millaisia keskusteluja asiakkaiden kotona käytiin ja millaisessa ilmapiirissä palveluista neuvoteltiin. Tutkimuspäiväkirjoihin on tallentunut myös paljon haastattelutilanteiden ulkopuolella käymiäni keskusteluja työntekijöiden kanssa.

Etnografiassa tutkitaan usein "toista", tavalla tai toisella tuntematonta ilmiötä (Alasuutari 1989, 61–62; myös Czarniawska 1998, 23–25). Yksi suuremmista haasteista etnografisessa tutkimuksessa on se, miten tutkija onnistuu luomaan kenttäsuhteensa aineiston keruun aikana. Tutkijan suhde kentälle määrittää pitkälti aineiston keräämisen onnistumista. Czarniawska (1998, 42) kirjoittaa omista kenttäkokemuksistaan seuraavasti.

"Jotkut ihmiset olivat ystävällisiä, jotkut vihamielisiä... Identiteettini hajosi palasiksi ja yhdistyi uudelleen. Tämä tapahtui toistuvasti. En ole kuitenkaan muuttanut mielipidettäni siitä, että kivuliaan kokemus kenttävaiheen aikana oli identiteettini kohdistunut uhka."

Sanday (1983, 20) kuvaa puolestaan tutkijan ja tutkimuskohteen kohtaamista käsitteellä "kulttuurishokki". Omalla kohdallani "kulttuurishokki" -kokemukset eivät niinkään liittyneet kentälle menon vaiheisiin. Kenttätutkimuksen eri vaiheissa en pelännyt sukeltaa vanhustenhuollon ruohonjuuritason arkisiin työkäytäntöihin enkä niistä käytäviin keskusteluihin. Pääasiassa aineiston keräämisen vaihe oli mielenkiintoista ja pidin siitä jopa niin paljon, että minulla oli paljon suurempia vaikeuksia kentältä irrottautumisessa kuin sinne menemisessä.

Shokkikokemukseni liittyivät enemmänkin siihen vaiheeseen, kun olin päässyt jo kentälle ja keräsin aineistoa. Kohtaamani vanhustenhuollon todellisuus oli karumpi ja

ankeampi kuin etukäteen oletin. Palvelujen niukka saatavuus, työntekijöiden kiire ja työn kuormittavuus ja asiakkaiden ja omaisten kokema voimattomuus olivat rankkoja kenttävaiheen kokemuksiani. Olin huolissani joidenkin vanhusasiakkaiden tilanteesta ja työntekijöiden jaksamisesta kiireisessä ja joskus myös huonossa työilmapiirissä. Joskus minua myös satutti se tapa, jolla asiakkaista ja omaisista puhuttiin tai miten heitä kohdeltiin ja miten heille puhuttiin esimerkiksi kotikäynnillä. Esimerkiksi palveluohjausraportissa (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, 108) nimitin joitakin kotikäyntitilanteita ”kuulusteluiksi”. Seuraavassa ote tutkimuspäiväkirjastani:

”Kotikäynnillä. Ei muuta erikoista kuin se, että asiakas pyysi ulkoiluttajaa ja oli miettinyt soittamista vapaaehtoistyöntekijälle. Työntekijä kielsi sen ja sanoi, että mieluummin ulkoiluapu omasta takaa. Ihme juttu sekin. Työntekijä otti kovan linjan kotikäynnillä siellä tehtävien töiden suhteen. Toinen työntekijä pehmensi välillä, meni asiakkaan puolelle ja puolusti. Asiakas itki välillä. Psykkisiä oireita ehkä.” [tp01]

Cornwell (1984) on jäsentänyt laadullisia aineistoja ”julkisiksi selonteoiksi” ja ”yksityisiksi selonteoiksi” (myös Cant ja Sharma 1998, 253). Aineistossani on sekä julkisia että yksityisiä selontekoja. Jäsentelyn perusteella haastatteluaineistojani voidaan pitää julkisina selontekoina (public account), koska ne sisältävät pääasiassa merkityksiä ja tulkintoja, jotka ovat yleisessä tiedossa ja yleisesti hyväksyttävä ja näin ollen legitiimejä. Tutkimuspäiväkirjaani tallentunutta aineisto on puolestaan yksityisiä selontekoja (private account), jotka sisältävät enemmän minun omia henkilökohtaisia tulkintoja ja tunteita. Esimerkiksi jotkut ruohonjuuritason työntekijät pitivät tekemääni tutkimusta täysin turhana, koska tutkimukseen käytetyllä rahalla olisi saanut esimerkiksi hankittua vanhuksille vaippoja. Jotkut suhtautuivat epäilevästi puolestaan siihen, että ensimmäisen kenttävaiheen aikana työskentelin sosiaalipolitiikan laitoksella eikä minulla ollut terveydenhuollon koulutusta. Joillekin ylipäätänsä yliopistossa työskentelevä tutkija herätti ennako-olettamuksia. Seuraavassa ote tutkimuspäiväkirjasta:

”Soitin sopiakseni haastattelusta. Työntekijä ei halunnut. Epäili, että en saa saa oikeaa kuvaa, kun en ole hoitaja. Sovimme kuitenkin haastattelusta ja tutustumiskäynnistä. Perui myöhemmin haastattelun, mutta käynnille menin. Työntekijä oli vihaisen tuntuinen. Kävi vaan lomakkeen nopeasti läpi.” [tp02]

Kenttäsuhteet ja aineiston kerääminen ovat etnografiassa tärkeitä, jotka vaikuttavat osaltaan myös tutkimustulosten raportointiin. Thomas (1993, 3–4) on erottanut toisistaan konventionaalisen ja kriittisen etnografian⁵. Konventionaalisisessa etnografiassa pitäydytään kuvailemaan asioiden tilaa, mutta kriittinen etnografi kysyy, miten asiat voisivat olla toisin. Kriittiseen etnografiaan sisältyy tietynasteisia emansipatorisia

⁵ Hammersley (1995, 43–44) pohtii kriittisiä lähestymistapoja ja hän pitää tärkeänä, että tutkija tekee eron alistamisen vastustamisen ja tutkimuksen tekemisen välillä.

muutosta tavoittelevia elementtejä (myös Hammersley 1992, 119). Konventionaalisen etnografian raportti on kirjoitettu akateemiselle yhteisölle. Kriittisessä etnografiassa oletettu lukijakunta on sama, mutta etnografi kirjoittaa tutkimuskohteensa tutkimussubjektien puolesta.

Tutkimukseni on kenttäsuhteiden merkityksellisyydestä huolimatta luonteeltaan sangen konventionaalista. Aineistosta tehdyt tulkinnat ovat ennen kaikkea omiani ja aineiston keräämisen peruslähtökohtana oli luoda keskusteluyhteys kaikkiin työntekijöihin riippumatta siitä, mitä organisaatiota, asemaa tai ammattikuntaa he edustivat (esim. Hammersley 1990). Monipuolisen aineiston kautta minulla on ollut poikkeuksellinen mahdollisuus tarkastella myös kriittisesti ruohonjuuritason päätöksentekokäytäntöjen kuvauksia ja rakentaa teoreettisia ja jäsentäviä näkökulmia sen sisäisistä ristiriitaisuuksista (Layder 1993, 3–4). Tutkimustani ei ole kirjoitettu ketään vastaan eikä kenenkään puolesta, mutta kun tutkija ottaa ihmisten kokemukset vakavasti sekä raportoi havaintonsa, tutkimuksestani saattaa löytää myös kriittisen etnografian piirteitä (Roberts 1981; myös Finch 1993, 178–179).

Periaatteessa kaikki keskustelut, sovitut haastattelut, tutustumiskäynnit, istuskelut odotushuoneissa, lomakkeet, ohjeet ja muut organisaation kirjalliset dokumentit ovat etnografian tutkimusaineistoa. Useimmiten etnografisessa tutkimuksessa kertyy runsaasti tutkimusaineistoa, jota on työlästä ja vaikeaa analysoida. Näin tapahtui myös tässä hankkeessa, kun käytännössä kaikki kertynyt materiaali on tutkimusaineistoa. Miten edellä kuvaamani moniaineksinen tutkimusaineisto voidaan systemaattisesti, tarkasti ja luotettavasti analysoida ja miten tulokset voidaan vakuuttavasti raportoida?

Mäkelä (1990) on esittänyt neljä laadullisten aineistojen arviointikriteeriä: aineistojen yhteiskunnallinen merkittävyys ja riittävyys, analyysin kattavuus, arvioitavuus ja toistettavuus. Edellä mainitut kriteerit ovat tärkeitä tutkimuksen validiteetti- ja reliabiliteettikysymyksiä.

Silvermanin (2000, 188) mukaan validiteetti on synonyymi totuudelle. Laadullisen aineiston validiteettia lisää muun muassa aineiston sisäinen vertailu ja huomion kiinnittäminen poikkeaviin tapauksiin. Tavallisesti validiteetti eritellään ulkoiseksi ja sisäiseksi. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen ja menetelmällisten valintojen loogista suhdetta toisiinsa. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, että havainnot kuvaavat tutkimuskohteen täsmälleen sellaisena kuin se on. (Suoranta ja Eskola 1998, 214.) Hammersley (1992, 69–72) ymmärtää etnografisen tutkimuksen validiteetin olevan kiinteästi yhteydessä tutkijan aineistonsa pohjalta esittämiin väitteisiin ja tuloksiin. Tällöin tutkija kirjoittaa näkyväksi lukijalle aineiston, josta tulkinnat ovat tehty. Aineistokatkelmien valinnassa ei ole näin ollen kysymys siitä, että poimitaan mielenkiintoisimmat aineistoesimerkit, vaan aineistokatkelmien valinta liittyy etnografisessa tutkimuksessa useimmiten siihen, että se kuvaa

osuvasti esimerkiksi vallitsevaa toiminta- tai ajattelutapaa. Aineistokatkelma voi myös johdattaa jonkin ilmiön analyttiseen ja käsitteelliseen tarkasteluun. (Emerson et al. 1995, 175–176.) Etnografiassa myös tutkimuksen relevanssikysymykset ovat tärkeitä, jolloin tutkimuksen merkitys punnitaan aiheen valinnan ja tulosten relevanssin näkökulmasta (Hammersley 1992, 78).

Aineiston tulkinnan sanotaan olevan reliaabelia puolestaan silloin, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. Yleensä etnografisen tutkimuksen analyysissä alustavan teemoittelun jälkeen tulisi siirtyä vahvistamaan ja horjuttamaan muun aineiston avulla tehtyjä luokituksia (Syrjäläinen 1995, 95). Tätä tutkimuksen vaihetta voidaan myös nimittää triangulaatioksi⁶, jossa aineistosta haetaan erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Tällöin haastatteluja analysoidaan esimerkiksi siten, että etsitään saman henkilön eri aikoina tehdyistä haastatteluista luokituksia ja koko aineistosta poikkeavuuksia (Dentzin 1970, Macdonald ja Tipton 1993, 199). Vertailuja voidaan myös tehdä samassa asemassa eri aikoina toimineiden henkilöiden välillä. Aineistotriangulaatiota on myös se, että eritellään eri organisaatioissa työskentelevien henkilöiden haastatteluista samankaltaisuuksia tai eroja (esim. Smith G. 1980, 65–85; myös Mäkelä 1990, 44–45). Myös saman organisaation eri asemissa ja tehtävissä toimivien työntekijöiden haastatteluja voidaan tarkastella rinnakkain (Sidell 1993, 108). Tässä tutkimuksessa edellä mainitut triangulaatiotavat ovat olleet kaikki käytössä.

Aineiston sisällä tapahtuvan triangulaation jälkeen etnografisen tutkimuksen analyysissä siirrytään tulkintaan, jossa tutkija keskustelee samanaikaisesti aineistonsa ja kirjallisuuden kanssa. Van Maanen (1983, 39–40) erottaa toisistaan ensimmäisen ja toisen luokan käsitteet. Ensimmäisen luokan käsitteet ovat ”tosiasioita”, joita on kerätty kenttätutkimuksen aikana ja toisen luokan käsitteet ovat puolestaan ”teorioita”, joita etnografi käyttää aineiston organisoinnissa ja tulkinnassa.

Etnografinen tutkimus tulee ymmärtää yhtäaikaaisesti sekä prosessiksi että tuotteenksi, jossa ei pyritä rakentamaan lopullisia totuuksia, vaan tavoitteena on rakentaa tulkinta, jossa tutkija yhdistää teoreettisen tietämyksensä, oman ja tutkittavien näkökulmat (Syrjäläinen 1995, 68). Teoriat auttavat tutkijaa kiinnittämään huomion asioihin, joita hän ei ehkä muuten huomaisi (Alasuutari 1989, 67–68; Bloor ja McKeganey 1989, 219; Smith D. 1988, 160; myös Kuronen 1993, 8). Omalla kohdallani aineiston analyysivaiheessa teoriat ja käsitteet ovat olleet tärkeitä ja tämän vuoksi tutkimuksessani runsaasti viittauksia sekä teoreettisiin teksteihin että empiirisiin tutkimuksiin, joista olen useimmiten etsinyt tukea omille aineistostani löytämille havainnoille.

⁶ Dentzin (1970) on esittänyt neljä erilaista triangulaatiotapaa. Aineistotriangulaation lisäksi analyysin validiteettia lisää se, että tutkittavaa ilmiötä havainnoi useampi kuin yksi tutkija. Lisäksi voidaan käyttää myös erilaisia teoreettisia näkökulmia aineiston analyysissä, kuten myös erilaisia tutkimusmetodeja. myös Macdonald ja Tipton 1993, 199)

Käytössäni olleen aineiston tulkinta ja raportointi on ollut myös tutkimuseettisesti haasteellinen ja vaativa tehtävä. Mäkelä (1987) kuvaa artikkelissaan yhteiskuntatieteellisen tiedonhankinnan eettisiä sääntöjä ja tutkittavien tietosuoja. Hän mainitsee eettisten sääntöjen peruspilareiksi kiellon vahingoittaa tutkittavia ja tutkimuksen vapaaehtoisuutta. Hän toteaa, että mitä vapaamuotoisempia tutkijan tiedonhankintakeinot ovat, sitä enemmän tutkijan ja tutkittavien suhteet muistuttavat arkielämän vuorovai- kutusta ja sitä isompi on tutkijan tutkimuseettinen ja moraalinen vastuu.

Päätin jo raportointivaiheen alkuvaiheessa, että en erittele raportissani tarkasti kumman tutkimuskunnan työntekijä puhuu. Tämä ei ole ollut tarpeellista siitäkään syystä, että tutkimukseni kysymyksen asettelut eivät sisällä kahden tutkimuskunnan vertailua, vaikka aineiston sisäistä vertailua on käytettykin aineistojen alkuvaiheen analyysissä. Aineisto on myös koodattu numeerisesti täysin sattumanvaraisesti. Näin toimien olen parhaiten pystynyt takamaan sen, että haastatteleman työntekijät eivät ole tutkimuksestani yksilöinä tunnistettavissa.

Siirryn seuraavassa luvussa tarkastelemaan edellä kuvatun etnografisen aineiston analyysiä seikkaperäisemmin. Etnografinen tutkimus perustuu tutkittavan ilmiön sisäl- töön, jossa kaikilla tutkimukseen osallistuvilla osapuolilla on aktiivinen ja tutkimusta muokkaava rooli. Tutkija pyrkii ymmärtämään toimintaa ja sen merkitystä osallisten näkökulmasta, mutta kuten kaikki tutkimus etnografisenkin aineiston analyysi on tutkijan ajattelua ja pohdintaa.

4 RUOHONJUURITASON HAASTATTELUJEN TULKINTA JA ANALYYSI

Kaikkiaan minulla oli käytettävissä 166 nauhoitettua haastattelua. Vanhemmasta aineistosta on litteroitu tekstiksi 50 ja uudemmasta haastatteluaineistosta 59 haastattelua. Litteroiduksi valitut haastattelut edustavat monipuolisesti sosiaali- ja terveysalan sekä johtoa ja ruohonjuuritason työntekijöitä koti- ja laitoshoidosta. Tämän lisäksi litterointiin valittiin sekä julkisen sektorin että järjestöjen palveluja tuottavien organisaatioiden edustajia.

Konkreettisesti haastattelujen analysointi on etnografisessa tutkimuksessa kvalitatiivista sisällönanalyysia, joka perustuu useimmiten haastattelurunkoon (Syrjäläinen 1995, 89). Analysoin alustavasti kaikki litteroidut haastattelut, mutta valitsin vain osa haastatteluista tarkempaan analyysiin. Tämä valikointi tapahtui tekemäni alustavan koodauksen perusteella, jonka mukaisesti kävin aineiston systemaattisesti läpi ja etsin sieltä erilaisia kategorioita.

Lieblich et al. (1998, 12–14) on nimennyt edellä kuvattua lähestymistapaa *kategoriaaliseksi sisällönanalyysiksi*⁷, jolloin litteroiduista haastatteluista etsitään teemoista käydyt keskustelut, ryhmitellään ja kootaan ne kategorioihin tai ryhmiin (mt. 16–17). Sisällönanalyysi voidaan jäsentää neljään vaiheeseen, joista ensimmäisessä vaiheessa valitaan haastatteluista kohdat, joissa käydään keskustelua tietystä temasta. Toisessa vaiheessa määritellään ja etsitään kulloisestakin kohdasta, jossa keskustellaan tietystä temasta, esiin nousevat kategoriat ja kootaan ne yhteen. Lopuksi raportointivaiheessa kootaan ja kirjoitetaan kaikki havainnot yhteen. (Lieblich 1998, 112–114.)

Aineistoni jäsenyi alkuvaiheessa seuraaviin kategorioihin: palveluiden piiriin tuleminen, tarpeiden arviointi, tarpeisiin vastaaminen, palvelupyyntöihin kielteisesti vastaaminen, toisen ammattilaisen tai toisen organisaation arviointi, asiakastyö, työpaikat, yhteistyö toisten organisaatioiden tai ammattilaisten kanssa, yhteistyö omaisten kanssa, kotiuttaminen ja riskit, asiakkaan palveluista kieltäytyminen, palvelutarpeet ja käynnit, sääntöjen kiertäminen, pitkäaikaishoitoon ohjaaminen ja omaiset, omaisten rooli kotihoidossa, konfliktit ja kotona tehtävät päätökset. Tämän jälkeen aineistoni oli pitkään jäsenettynä kolmeen kategoriaan, jotka nimesin tarvearvioinniksi, suhteiksi ja päätösprosessiksi.

Näiden kolmen kategorian kanssa minulla kului tuskastuttavan kauan aikaa. Olen jälkeenpäin pohtinut paljon vaiheen vaikeuden syitä. Garfinkel (1967; Heritage 1996, 167) on todennut, että aineiston ja aineiston merkityksen välillä on aina kuilu, joka

⁷ Muut lähestymistavat ovat holistinen sisällönanalyysi sekä holistinen ja kategoriaalinen rakenteen analyysi (Lieblich et al. 1998, 13).

tutkimuksen eri vaiheissa ylitetään tulkintaprosessien avulla. Tämän kuilun ylittämiseksi jouduin jättämään käsikirjoituksen työstämisen hetkeksi aikaa kokonaan ja aloin lukea. Metodiset ja teoreettiset kirjat ja artikkelit veivät analyysiä eteenpäin ja lukuperiodin jälkeen pystyin jatkamaan raportin kirjoittamista. Lopullisessa raportointivaiheessa havainnot jäsentyivät uudella tavalla näyttämö-, toimintaehdot- ja neuvottelukategorioiksi.

Cherryholmesin (1993; myös Rhodes 2000, 10–12) mukaan kaikkia tekstuaalisia aineistoja voidaan lukea eri tavoin, mutta mikään niistä ei yksistään tuota yhtä ainoa oikeaa tulkintaa. Uskottavien tutkimustulosten tuotannossa, tunnistamisessa ja arvioinnissa on välttämätöntä nojata myös arkitietoon pohjautuviin tulkintaprosesseihin. Aineiston analyysiä voi jäsentää myös ensimmäisen ja toisen luokan konstruktioiksi. Ensimmäisen juuret ovat arkisessa tiedossa ja toisen luokan konstruktiot löytyvät analyttisen induktioprosessin avulla. Analyysiprosessin kuluessa nämä aspektit ovat yhtäaikaaisesti läsnä. Tutkijan arkitieto ja -kokemus saattavat yhtäältä lisätä tutkijan sensitiivisyyttä suhteessa aineistoon, mutta toisaalta arkitieto voi myös aiheuttaa tutkijalle ”mustia aukkoja” tai ”sokeita kohtia” (Daly 1992, 9).

Thomas (1993, 62–68) on pohtinut etnografisen tutkimuksen ”mustia aukkoja” ja ”sokeita kohtia”. Etnografisen tutkimuksen analyysivaiheessa vaarana on se, että tutkija näkee aineistosta vain sen, mikä palvelee tutkimuksen tarkoitusta. Sen vuoksi analyysivaiheessa pitäisi välttää määrittämästä aineiston merkityksiä etukäteen. Käytännössä tämä on vaikeaa, koska etnografisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja aineiston analysointi eivät ole peräkkäisiä vaan toisiinsa limittyviä tutkimusprosessin vaiheita. Näiden vaiheiden erottaminen tiukasti toisistaan oli ainakin omalla kohdallani vaikeaa. Monet keskeiset oivallukset ja ymmärtämisen kokemukset ja elämykset voim ajallisesti paikantaa siihen vaiheeseen, jossa vielä keräsin aineistoa. Pohdin pitkään esimerkiksi sitä, että miksi kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden oli niin vaikeaa ymmärtää toistensa tekemää työtä. Monien keskustelujen jälkeen ymmärsin, että raja hallinnollisen ja käytännöllisen työn välillä kulki kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa eri kohdassa. Tällöin esimerkiksi kotipalveluohjaajan työ määrittyi hallinnolliseksi työksi, jossa tehtiin hallinnollisia palvelupäätöksiä. Sosiaalialan työn sisältä tarkasteltuna työ määrittyi ennen kaikkea asiakastyöksi, jossa asiakkaan kanssa yhdessä neuvotellen päätettiin tiettyihin päätöksiin.

”Mustien aukkojen” pitäminen mielessä on tärkeää vielä raportointivaiheessakin. Tällöin on tärkeää, että tutkija reflektoi, ajattelee, jäsentää ja kirjoittaa näkyviin aineiston tutkimusprosessin aikana tekemänsä teoreettiset ja käsitteelliset valinnat (Van Maanen 1983, 44–50). Oma ajatteluani, analyysiä ja luentaani ovat ohjanneet sängen monet teoreettiset näkökulmat ja jäsentelyt. Ne voi jäsentää feministisiin, kriittisiin ja dekonstruktiviisiin luentatapoihin, joita tarkastelen lähemmin seuraavassa.

4.1 Aineiston feministinen, kriittinen ja dekonstruktiivinen luenta

Stanley ja Wise (1990) ovat pohtineet feministisen tutkimuksen luentatapoja. He käyttävät käsitettä ”feministinen tietoisuus”, jolla he tarkoittavat tutkijan tietoista aineiston luentatapaa, jossa tutkimuskohdetta tarkastellaan myös sukupuolten epätasa-arvon ja alistamisen näkökulmasta. *Feministinen luentani* perustuu tutkimuksessani kirjallisuuteen, jossa on tarkasteltu sosiaalipalveluja, hoivaa, naisten työtä sekä naisten suhdetta hoivaan ja hoitamiseen. Tämän kirjallisuuden kautta olen ymmärtänyt aineistoani myös kuvauksina naisten palkka- ja palkattomasta työstä, jolloin huomio on kiinnittynyt haastatteluissa sosiaali- ja terveystalvujärjestelmän organisaatorakenteisiin, hierarkioihin, työntekijöiden autonomiaan sekä eri ammattikuntien välisiin valtasuhteisiin. Esimerkiksi Ve (1982, 29) on todennut, että ruohonjuuritason työntekijät joutuvat kahdelta suunnalta tulevien intressien väliin – ne jotka tulevat työnantajalta ja ne, jotka tulevat asiakkailta. Työntekijöillä ei ole välttämättä selkeää käsitystä siitä, kuka tekee päätökset ja keiden intressit omaan toimintaan vaikuttavat⁸

Aineistoa kerätessäni ja analysoidessani jouduin väistämättä huomioimaan myös sen, kuka haastatteluissani itseasiassa puhuu. Haastattelemiani työntekijät olivat suurimaksi osaksi naisia. Sosiaali- ja terveystalvityö on naistyötä (Julkunen 1992a, 17; 1992b) ja naisystävällisen sosiaalipalveluvaltion merkitys naisten palkkatyön mahdollistajana ja työllistäjänä on tärkeää ottaa huomioon (Julkunen 1992a, 20; Anttonen 1994). Nämä ovat seikkoja, joita ei voi ohittaa silloin, kun pohditaan tutkimuksen kontekstia, mutta ennen kaikkea naisnäkökulman huomiointi on merkityksellistä tutkimusmetodisesti.

Stanley ja Wise (1983, 203) mainitsevat etnometodologiset lähestymistavat potentiaaliseksi keinoksi lähestyä naisten kokemuksia todellisuudesta. Etnografinen lähestymistapa ei itsestään selvästi takaa sitä, että sukupuoleen, ikään tai asemaan liittyvät valtasuhteet voidaan kokonaan ohittaa. Ardener (1989, 73; myös Bowler 1997, 75) on todennut, että naiset voivat jäädä mykiksi etnografisissa tutkimuksissa, koska haastattelutilanteissa naisten tavoittaminen on vaikeampaa kuin miesten. Hän kirjoittaa: ”*Nuoret naiset kikattavat, vanhoina he puhisevat, kiertävät kysymykset ja nauravat haastatteluteemoille.*”

Tutkimuksessani haastattelemiani naiset eivät jääneet mykiksi. Heillä oli paljon kerrottavaa omasta työstään. Ruohonjuuritason työntekijät ovat ”puhetyöläisiä”, joilla on paljon kokemusta ja taitoa ilmaista itseään suullisesti. Aika-ajoin tunnistin haas-

⁸ Cederlund (1992) analysoi tutkimuksessaan työntekijän ja asiakkaan välisiä keskusteluja. Hän löysi keskusteluista kahdenlaisia ”ääniä”, joista toinen tuli elämismaailmasta ja toinen byrokraatiasta.

tatteluja tehtäessä, että joihinkin teemoihin suhtauduttiin varovasti. Monesti tunnistin tämän teeman siitä, että olin saattanut saada toisessa yhteydessä kuulla tiukkojakin kannanottoja jostakin teemasta, mutta nauhurin pyöriessä asia saatettiin täysin ohittaa tai sain vastaukseksi aivan päinvastaisen kannanoton. Toisaalta haastatteluja tehdessäni olin yllättynyt, miten avoimesti ja rohkeasti haastateltavat kuitenkin kertoivat näkemysistään.

Tutkimusaineistoni sisältää runsaasti ruohonjuuritason työntekijöiden päätöksentekokäytäntöjen kuvauksia ja kertomuksia, joissa on käytetty omaa kieltä ja käsitteistöä sekä tuotettu ruohonjuuritason selityksiä, syy-seuraus -suhteita ja teorioita. Tällöin niiden analyysissä kiinnostavaa ei ole ainoastaan se, miten naiset rakentavat todellisuuttaan puheessaan. Yhtä tärkeää on tarkastella myös sitä, miten he tätä todellisuutta tulkitsevat. Somersin (1994, myös Hydén 1997) mukaan kertomusten ja kuvausten kautta tiedostamme, ymmärrämme ja luomme merkityksiä sosiaalisesta todellisuudesta. Sosiaalinen todellisuus rakentuu, kun ihmiset kuvaavat sitä itselleen tai muille ja samalla se tulee myös ymmärrettävämmäksi (Weick 1979, myös Virkkunen 1994, 18; Gergen ja Semin 1990). Näin ollen aineiston feministinen luenta tarkoitti aineiston analyysivaiheessa esimerkiksi sitä, että kiinnitin huomiota haastatteluissa käytettyihin käsitteisiin ja oman toiminnan perusteluihin ja siihen, miten haastatteluissa saatettiin tuottaa oman työn ja asiantuntijuuden kautta myös vaihtoehtoisia toimintatapoja, perusteluja ja arvoja, jotka virittyivät usein hoiva- ja hoitotyön rationaliteeteista käsin (esim. Simonen 1990).

Kriittinen luenta puolestaan perustuu teoreettisiin keskusteluihin organisaatioiden ja ammattilaisten määrittely- ja päätöksentekovallasta, dominanssista sekä alistamisesta. Tässä yhteydessä on syytä mainita Lipskyn (1980) ja Rosen ja Blackin (1985) teokset keskeisinä näkökulmien virittäjänä. Lipsky (1980) analysoi kirjassaan ruohonjuuritason päätöksentekijöiden arkea ja niitä pulmia, joita he kohtaavat työssään. Lipskyn (mt.) mukaan organisaatioiden päätöksentekoa ei voi aina kuitenkaan kuvata rationaaliseksi, vaan päätöksenteko saattaa perustua stereotyyppisiin käsityksiin asiakkaista ja moraalisiin valintoihin, joissa jotkut asiakkaat ovat oikeutetumpia palveluihin kuin toiset⁹ (myös Bergmark 1996, 52–53; Davis ja Ellis 1995, 150; Hasenfeld 2000).

Lipsky (1980) tarkastelee ruohonjuuritason toimintaa kriittisesti, mutta kriittinen tarkastelu ei ole kuitenkaan hänen tutkimuksensa ainoa tehtävä, vaan hän pyrkii myös osoittamaan, kuinka vaikeaa tehtävää ruohonjuuritason byrokratioissa työskentelevät työntekijät on laitettu tekemään (myös Francis 2000). Lipsky (mt., 188) osoittaa tutki-

⁹ Valokivi (1994, 75) kuvaa tutkimuksessaan, miten kotihoidontuen hakijat itsekin tuottivat hakuprosessin yhteydessä moraalisia tarinoita, jotka liittyivät hakijoiden olettimiin normeihin ja tuen myöntämisperusteisiin.

muksensa avulla, että organisaatiotutkimusta on mielekästä tehdä ruohonjuuritasolla¹⁰ ja, että on tärkeää pyrkiä ymmärtämään ruohonjuuritason byrokratiatyötä ja sen tekemisen ehtoja (myös Hudson 1993b, 397). Hudson (mt.) on todennut Lipskyn ruohonjuuritason byrokratioiden analyysin yhdeksi potentiaalisiksi keinoksi tutkia ja ymmärtää myös palvelujen tuottajien ja asiakkaiden välistä suhdetta.

Hadley ja Hatch (1981) kutsuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ruohonjuuritason organisaatiota *asiakasinstituutioksi* (client institution). Asiakasinstituutioissa asiakkuus alkaa ruohonjuuritasolta. Niille on tyypillistä myös autonomisuus ja riippumattomuus toisista asiakasinstituutioista, jolloin niiden toimintaa on vaikea valvoa. (Smith D. 1965 ref Smith G 1970, 37.)

Vanhustenhuollossa työntekijän tai työntekijöiden arviointiin perustuva päätöksenteko ilmenee esimerkiksi varsin suurena vallankäytön mahdollisuutena valikoida asiakkaita palvelujensa piiriin tai päättää jättää osa asiakkaista niiden ulkopuolelle (Hudson 1993b, 396). Ruohonjuuritason työntekijöillä on valtaa myös määrittellä organisaatiosta käsin tarpeita, joihin organisaatio vastaa (myös esim. Dill 1993, 457–458). Käytännössä asiakkaiden valikointia ja asiakkaan tarpeisiin vastaamista määrittävät monet professioiden tai organisaatioiden itse kehittämät epäviralliset ohjeet ja kriteerit.

Adler ja Asquith (1993, 405) ovat erottaneet toisistaan professioiden määrittelemän päätöksentekokriteeristön ja hallinnollisiin päätöksiin ja lakeihin perustuvan päätöksenteon. Päätöksenteon logiikat eroavat toisistaan. He kuitenkin huomauttavat, että myös professioiden määrittämistä päätöksenteoreista saattaa tulla tiukasti noudatettuja ”sääntöjä”, joita usein perustellaan pyrkimyksillä kohdella asiakkaita tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti.

Foster (1983, 11–16; myös Sihvo 1989, 15–16) on eritellyt palvelujen päätöksenteon strategiat julkisesti ilmaistuihin ja salaisiin sääntöihin jakaa palveluja. Avoimesti ilmaistuja sääntöjä ovat esimerkiksi jonotus- ja odotuslistat. Epävirallisempia sääntöjä ovat puolestaan viivyttäminen, vähentäminen, asiakkaan huono kohtelu, tietojen salaaminen tai palvelun lopettaminen. Sekä avoimesti ilmaistujen että salassa pidettyjen sääntöjen tavoitteena on ennen kaikkea säännöstellä palvelujen kysyntää ja asiakkuuksia.

Bolman ja Deal (1991, 24–26) ovat kuvanneet organisaatioiden olevan kompleksisia, yllättäviä, petollisia ja monimerkityksellisiä, jonka vuoksi organisaatioita on ylipäätensä vaikea tutkia. He toteavatkin (mt., 27), että vaikka tietäisimme, mitä organisaatioissa tapahtuu ja miten päätöksiä tehdään, meidän on kuitenkin vaikea tietää, miten ne merkitsevät ja miten meidän tulisi tulkita niitä. Kriittisen luennan merkitys aineiston analyysivaiheessa on merkinnyt ennen kaikkea kriittistä suhtautumista haastatteluissa

¹⁰ Muun muassa Eräsaari (1995) on tutkinut sosiaalitoimistoja Lipskyn ajatuksia hyödyntäen. Eräsaaren tutkimusmetodina oli myös etnografinen tutkimusote.

tuotettuihin kuvauksiin. Haastattelupuheessa tuotettiin usein päätöksenteko selkeänä ja objektiivisena, jota se ei kuitenkaan useinkaan voi olla, koska käytännössä asiakkaiden tilanteiden ja tarpeiden yhteensovittaminen päätöksentekoa ohjaaviin normeihin ja resursseihin ei ole yksiselitteistä. Yksittäistä asiakasta koskeva palvelupäätös syntyy muiden asiakastilanteiden ja toimintaehto- jen ohjaamassa tulkintaprosessissa.

*Dekonstruktiivinen*¹¹ *luentani* nojautuu laadullisia tutkimusmetodeja koskevaan kirjallisuuteen. Niiden avulla olen lähestynyt aineistoani merkityksellisenä toimintana, jossa tuotetaan kulttuurisia jäsenyksiä ja sosiaalisia konstruktioita omasta sekä muiden toiminnasta (Alasuutari 1993, 87).

Tutkimukseni aineiston analyysi rakentuu sosiaalisen konstruktionismin virittämistä lähtökohdista, joista Bergerin ja Luckmannin (1995) teos ”Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen” on keskeisin. Bergerille (Berger ja Luckman 1995; Heiskala 1994, 38–39) sosiaalinen todellisuus on itsessään dialektinen, joka näkyy dialektisuutena itsen ja ruumiin välillä ja dialektisuutena itsen ja sosio-kulttuurisen maailman välillä. Ihminen ei yksistään ymmärrä sosio-kulttuurista maailmaa, vaan identifioituu siihen ja tulee sen määrittämäksi.

Dekonstruktiivinen luenta koskee erityisesti sitä osaa analyysistä, jossa olen eritellyt sitä, miten toisista organisaatioista, ammattikunnista, asiakkaista ja omaisista puhutaan. Aineistojen tulkinnassa on tärkeää pitää mielessä kuka puhuu, kenelle puhutaan, mistä puhutaan ja mistä vaietaan (Jupp ja Norris 1993, 50; Usher 1997, 40–41; Strauss ja Corbin 1990, 77; Miller 1997b, 90–91).

Olen analysoinut haastatteluita kertomuksina haastateltavien todellisuudesta, tapana puhua ja selittää sitä (Hall 1997, 10). Tällaista lähestymistapaa voi kutsua *dekonstruktiviseksi etnografiaksi* (Linstead 1993) ja haastatteluita voidaan tarkastella valta-näkökulmasta sekä etsiä aineistosta mahdollisesti esiin nousevia hallintakeinoja ja -suhteita (relations of ruling) (Smith D. 1990). Haastatteluissa saatetaan puhua esimerkiksi asiakkaista ja heidän tarpeistaan, mutta heidän tarpeensa on muotoiltu organisaation näkökulmasta (Eriksson 1999, 45). Haastattelupuheiden dekonstruktiivinen luenta on ohjannut aineiston analyysissä kiinnittämään huomiota haastattelupuheen kuvaus- ja nimeämistapoihin, jolloin huomioni on kiinnittynyt esimerkiksi haastateltavan käyttämään esimerkkiin, metaforaan tai muuhun retoriseen vakuuttamiskeinoon. Esimerkit ja metaforat eivät ole sinänsä olleet tutkimuskohteitani eikä tavoitteenani ole ollut niiden analysointi. Aineistoja lukiessani ne ovat olleet minulle kuin huuto-merkkejä, jotka ovat auttaneet minua kiinnittämään huomion siihen asiaan, jossa haastateltava ottaa metaforan tai esimerkin käyttöön .

¹¹ Psathas (1995, 5) mainitsee 1960-luvun etnografiset tutkimukset yhtenä vuorovaikutuksen ja kielen tutkimuksen alkujuurista. Näissä tutkimuksissa oltiin kiinnostuneita miten ihmiset määrittivät ja jäsenivät toimintaansa (meaning-in-use).

Kaikkia tekstejä voi tarkastella kahden ulottuvuuden suhteen. Niiden tarkastelu tarinana viittaa tekstin sisällöllisiin piirteisiin, jolloin tarinassa realisoituvat henkilö- hahmojen keskinäiset suhteet, toimintaympäristö ja tapahtumien ajallinen eteneminen. Toinen ulottuvuus viittaa tekstiin diskurssina, jolloin huomio kiinnittyy tapaan, jolla kertoja esittää tapahtumat ja toimijat. (Rimon-Kenan 1991; myös Korhonen ja Oksanen 1997, 54–55.) Faircloughin (1992, 1995; Keenoy et al. 1997, 150–151) mukaan kuvauksia ja kertomuksia tulee tällöin analysoida kolmiulotteisesti teksteinä, diskursiivisina ja sosiaalisina käytäntöinä. Haastattelupuheen ymmärtäminen tekstinä merkitsee sitä, että huomio kiinnittyy kieleen. Diskursiivinen käytäntö merkitsee puolestaan sitä, että haastattelupuheen analyysissä huomio kiinnittyy puheen tekstuaaliseen tuottamiseen ja tulkintoihin. Sosiaalisten käytäntöjen huomiointi tarkoittavaa sitä, että tarkastellaan, miten institutionaaliset ja organisaationaaliset piirteet kiinnittyvät puheeseen ja miten ne lävistävät puheen.

Miller (1997c, 156) käyttää käsitettä *institutionaalinen diskurssi*, johon sisältyvät usein organisaation perustavanlaatuiset olettamukset, tehtävät ja käsitteet. Olen etsinyt aineistosta kohtia, missä ruohonjuuritason työntekijät kuvaavat palveluiden piiriin tule- mista, palveluiden arviointia ohjaavia sääntöjä, normeja, periaatteita tai rituaaleja, joi- den perusteella palvelut suunnitellaan ja organisoidaan (Machado ja Burns 1998, 372).

Tutkimusaineiston keräämiseen liittyneillä valinnoilla on keskeinen merkitys sii- hen, millaista aineistoa tutkimuksessa analysoidaan. Monologisessa lähestymistavassa kerätään tietoa useimmiten yhdeltä dominoivalta tai merkittäväksi arvioidulta ryhmältä (Boje 1995). Dialogisessa lähestymistavassa tietoa kerätään useammalta ryhmältä, jolloin toimintakäytäntöjen kuvaaminen moniäänisesti on mahdollista (mt.) Tutkimuk- sessani aineistoa kerättiin tietoisesti moniäänisesti, koska tavoitteenani on ollut kerätä erilaisia näkökulmia, kertomuksia ja tulkintoja organisaation ruohonjuuritason käytän- nöistä. Nämä eri henkilöiltä kerätyt näkökulmat voivat kuitenkin olla jossakin yhteyk- sissä hyvin yhteneväisiä, mutta sangen usein ne ovat keskenään ristiriitaisia tuoden näin esiin palvelujärjestelmän sisäisiä jännitteitä ja kamppailuja. Tätä voi kutsua myös dis- kurssiivisiksi kamppailuiksi, joka kytkeytyy aineistossani teemoihin, joissa keskusteltiin vallasta tai valtasuhteista. Ne liittyivät myös ilmiöihin tai teemoihin, joissa organisaatiot tai ammattikunnat kilpailivat kyseisen asian määrittämisoikeudesta ja määräysvallasta. (Keenoy et al. 1997, 150)

Haastatteluista voidaan löytää *hegemonista ja dominoivaa organisaatiopuhetta*, mutta myös diskurssia vastaan konstruoituja tarinoita ja strategioita, jotka voidaan nimetä *neuvottelu- ja vastustusdiskursseiksi* (Jupp ja Norris 1993, 50). Erityisesti olen etsinyt haastatteluista käännekohtia, joissa marginaalisesta tulee dominoiva ja toisin päin, joissa jokin asia siirtyy marginaaliin sekä kuvauksia, joissa hegemoniset asemat ovat toisten osapuolien taholta uhattuina (myös McKenzie 1997, 18–20; Nuolijärvi

1990, 130–131). Clegg (1979; myös Sheppard 1995, 63) käyttää käsitettä 'hegemoninen kontrolli', jolla hän tarkoittaa työntekijöiden toimintaa määrittäviä organisaation arvo-systeemejä. Hegemoniaa tai dominanssia ei useinkaan pysty palauttamaan johonkin tiettyyn työntekijäryhmään, vaan ne tulisi ymmärtää organisaation valtasuhteiden heijastumana (Sheppard 1995, 63).

Diskursseja voi olla useita ja ne voivat olla myös keskenään vastakkaisia, hierarkkisesti järjestyneitä tai toisiinsa kytkeytyneitä (Miller 1997c, 167–169). Aineiston analyysissä huomioidaan esimerkiksi se, miten haastateltavat puhuvat toisista toimijoista, organisaatioista, ammattilaisista tai asiakkaista ja heidän omaisistaan. Olen etsinyt haastatteluista esimerkiksi erilaisia itselle ja muille annettuja identiteettejä, polaarisia vastakohtaisuuksia (esimerkiksi hyvä/paha, mies/nainen, työntekijä/asiakas, asiakas/omainen) ja metaforia eli vertaus- ja kuvaustapoja.

Lähestyn tutkimuksessani sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän ruohonjuuritason käytäntöjä ymmärtämällä tekemäni haastattelut institutionaalisina diskursseina, kertomuksina, teksteinä ja narratiiveina (Keenoy et al. 1997, 148). Tällöin mielenkiinto kohdistuu siihen, miten haastateltavat organisoivat puheensa (Silverman 1993). Aineistoa analysoidaan siten *deskriptiivisinä, diskursiivina ja artikuloituina käytäntöinä* (Holstein 1990, 210). Analyysissä tulee huomioida myös se, miten ja kuinka paljon nämä perusteet muuttuvat, kun toimintaa kuvataan erilaisissa institutionaalisissa yhteyksissä.

4.2 Haastattelupuheen institutionaaliset kontekstit

Etnografisen lähestymistavan vahvuutena on se, että se mahdollistaa kulttuuristen käytäntöjen kuvaamisen erityisissä ja ainutkertaisissa konteksteissa (Bloor ja McKeganey 1989, 200; myös Forsberg 1998, 70–74; Kuronen 1993; Pösö 1993, 23; Viitanen 1997). Aineistojen analyysissä on näin ollen täytynyt huomioida haastattelupuheen institutionaalinen konteksti. Haastattelupuhetta tulee ymmärtää suhteessa siihen palvelujärjestelmän kokonaisuuteen, organisaatioon tai yhteisöön, josta käsin haastateltava puhuu (Machaldo ja Burns 1998, 374–375). Dowie ja Elstain (1988; myös Rosen et al. 1995) ovat todenneet, että päätöksenteko voidaan käsitteellistää ainoastaan suhteessa tehtävään ja tehtävät puolestaan tapahtuvat välttämättä aina jossakin kontekstissa.

Payneen (1997, 26–27; myös Raunio 2000, 327) viitaten voidaan olettaa, että sosiaalinen päätöksentekotodellisuus rakentuu eri osapuolien ja kontekstin kohtaamisesta. Postmodernistisen käsityksen perusteella sosiaalinen todellisuus on olemassa yksinomaan ihmisten tuottamissa konstruktioissa, merkityksissä ja tulkinnoissa. Sitä kritisoivissa näkemyksissä on kuitenkin korostettu, että on olemassa myös yhteisiä jaettuina moraalisia periaatteita, jotka ohjaavat ihmisten välistä toimintaa ja vuoro-

vaikutusta. (Raunio 2000, 329.) Käsite *institutionaalinen ajattelu* on metaforinen ja sillä tarkoitetaan, että organisaation¹² päätöksiä eivät tee yksilöt vaan institutionaalinen ajattelutapa eli kulttuurisesti jaetut ja säädellyt kategoriat ratkaisevat, miten palvelut organisoidaan, miten asiakkaiden palvelutarpeet ymmärretään ja miten niihin vastataan (Douglas 1986; Miller 1997c, 164).

Institutionaalinen ajattelu voidaan käsitteellistää myös organisaatiokulttuuriksi. Machado ja Burns (1998) ovat todenneet, että jokaisella organisaatioilla on omia toimintatapoja määrittäviä periaatteita, sääntöjä, normeja ja käsityksiä todellisuudesta, sosiaalisista asemista sekä rooleista. Näitä periaatteita voidaan nimittää *organisaatiokulttuuriksi*, jotka ilmenevät organisationaalisissa menettelytavoissa, rituaaleissa, kertomuksissa ja myyteissä (myös Hadley ja Hatch 1981, 21). Organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan organisaation sisällä jaettuja näkemisen, ajattelun ja tekemisen tapoja. Organisaatiokulttuuri on jotain, jota organisaatiossa on, mutta toisaalta organisaatiokulttuuri ilmentää myös sitä, mitä organisaatio on eli sen arvoja, uskomuksia ja ideologioita (Thompson et al. 1996; myös Pettigrew 1983, 93–97).

Organisaatiokulttuuri määrittää erilaisille tapahtumille ja viesteille annettavia merkityksiä. Organisaatiokulttuuri on usein näkymätön organisaation ulkopuolisille ja sen merkitykset tulevat esiin vuorovaikutuksen tasolla. Geertz (1983; Gubrium 1989) on todennut, että organisaatiokulttuurit läpäisevät ja suodattuvat organisaation toimintakäytäntöihin eli siihen, miten organisaatiot kohtaavat asiakkaansa. Organisaatiokulttuuria tuotetaan vuorovaikutuksessa esimerkiksi asiakkaiden kanssa käydyissä keskusteluissa tai eri ammattiryhmien välisissä neuvotteluissa, mutta koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa määrittävään organisaatiokulttuuria voi tavoittaa myös haastatteluiden kautta. Organisaatiokulttuuri näkyy haastateltavien kielellisissä konstruktioissa, jotka myös samalla ylläpitävät ja uusintavat organisaatiokulttuuria.

Apo (1990, 76) on rinnastanut kulttuurikontekstin huomioimisen lähdekritiikkiin – kaikki kertomukset ovat jonkun kommunikointia jollekulle jossakin historiallisessa ja paikallisessa tilanteessa. Hydén (1997, 62) on todennut, että analyysissa tulisi ottaa huomioon kuvausten tuottamisen konteksti. Päätöksentekokuvausten kertominen on ollut työntekijöille mahdollista nimenomaisesti tekemiensä haastatteluiden kautta, sillä näissä tilanteissa tuotetut kuvaukset ovat syntyneet houkuttelukontekstissa (elicited context) aineiston keruun eri vaiheissa. Riessman (1993; myös Miller ja Glassner 1997, 101) on todennut houkuttelukontekstin merkitsevän käytännössä sitä, että kertomusten tulkinnaassa tulee pitää mielessä, että kertomus on aina kerrottu tietylle henkilölle. Kertomus saattaisi saada erilaisen sisällön, jos joku toinen olisi ollut haastattelijana.

Etnografisessa tutkimuksessa on tärkeää asettaa henkilöt, paikat ja asetelmat kontekstiksi tulkinnoille. Kontekstilla tarkoitan puheen merkityksen ymmärtämistä osana niiden käyttöyhteyttä (Luostarinen ja Väliverronen 1991, 57; Peräkylä 1994, 97).

¹² Instituutio- ja organisaatio -käsitteet ymmärretään usein synonyymeinä. Ahrne (1994) kuitenkin erottaa ne toisistaan. Hänen mukaansa instituutiot ovat ilmentymiä kulttuurisista säännöistä ja organisaatiot ovat ”materialisoituneita instituutioita”.

Tässä tutkimuksessa kontekstin muodostavat paikalliset vanhustenhuollon palvelujärjestelmät ja niiden päätöksentekokäytännöt, joita voi nimittää *institutionaaliksi konteksteiksi*.

May ja Annison (1998, 168) ovat jäsentäneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän makro-, meso- ja mikrotasoiksi. Makrotason tarkasteluissa ollaan kiinnostuneita koko palvelujärjestelmän käytäntöihin liittyvistä kysymyksistä. Mesotasolla ollaan puolestaan kiinnostuneita järjestelmän eri organisaatioiden toimintakäytännöistä. Mikrotason kysymyksenasetteluissa huomio kiinnitetään toimintakäytäntöihin työntekijöiden tai ammattikuntien näkökulmista. (myös Swedner 1983, 26–27; 30.) O'Connor (1988, 102) on nostanut mukaan vielä neljänneksi eksotason, jolla hän tarkoittaa suoraan asiakkaaseen vaikuttavia palvelujärjestelmän päätöksenteonrakenteita ja -prosesseja. Näin ollen makrotaso on meso- ja eksotasojen yhdistelmä, asiakkaan kohtaama laajempi sosiaalinen, taloudellinen ja kulttuurinen ympäristö. (myös Whittaker ja Garbano 1983; Sheppard 1995, 20)

Layder (1993, 71–74) on puolestaan kuvannut tutkimuksen tasoja kontekstin, asetelman, toiminnan ja itsen käsitteiden avulla. Hän nimeää tasojen muodostamaa kokonaisuutta tutkimuskartaksi, jossa voidaan liikkua eri elementeissä. Mikäli tutkimuksen elementtinä on *konteksti*, kiinnostus kohdistuu makrotason (esim. vanhustenhuollon palvelujärjestelmä) arvokysymyksiin, traditioihin ja valtasuhteisiin. Mikäli taas kiinnostus kohdistuu *asetelmaan*, aineistoa kerätään organisaatioista (esim. byrokraatioista ja sairaaloista). *Toiminnan ja toimintakäytäntöjen* tutkimuksessa kiinnostavaa on asiakkaiden ja työntekijöiden tapaamiset, toimijoista tehtävät määritykset tai merkitykset. *Itse*-elementissä kiinnostavaa on identiteettien muodostuminen ja kokemukset.

Tutkimusaineistoni analyysissä olen ottanut huomioon kaikki edellä mainitut elementit. Analysoidessani haastatteluaineistoa luokittelin väljästi haastattelurungon perusteella haastattelun teemat. Kävin aineistoani läpi ja etsin kuvauksia, joissa työntekijät kuvaavat omaa, asiakkaiden ja heidän omaistensa sekä muiden ammattilaisten ja organisaatioiden edustajien toimintaa palveluiden organisoinnissa ja päätöksentekoprosessissa. Tällöin kiinnostuksen kohteena on se, miten ruohonjuuritason työntekijät omassa puheessaan tuottavat toimintaansa ohjaavia kulttuurisia sääntöjä, normeja ja rituaaleja, joiden perusteella palvelut suunnitellaan ja neuvotellaan. Erityinen mielenkiinto kohdistuu kuitenkin toiminnasta ja eri toimijoista tehtäviin määrityksiin ja niille annettuihin merkityksiin sekä itselle ja muille tuotettuihin identiteetteihin. Ennen kuin esittelen lähemmin tutkimuksen tuloksia, on kuitenkin syytä sitä ennen vielä jäsentää palvelujen päätöksentekoa teoreettisesti ja kuvata konkreettisesti ruohonjuuritason koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa tutkimuskunnissa.

5 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN PÄÄTÖKSENTEON JÄSENTELYJÄ

5.1 Palvelujen päätöksenteon tasot

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä päätöksenteko on organisoitu monitasoisesti. Jamieson (1991) on jäsentänyt sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän palvelujen päätöksenteon tasoiksi hyvinvointimallit, kansalliset sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät, paikalliset palvelutuotantoa määrittävät strategiat ja ohjeet sekä ruohonjuuritason toiminnan.

Osaltaan palvelujen päätöksentekoon vaikuttavat hyvinvointimallit, joista pohjoismaiselle mallille on tyypillistä julkisen sektorin merkittävä rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa. Tosin pohjoismaiden välillä saattaa olla huomattaviakin eroja siinä, kenelle palvelut suunnataan. Anttonen ja Sipilä (2000, 142) mainitsevat esimerkkinä Tanskan, jossa lapsiperheet on poistettu kokonaan kotipalvelujen piiristä.

Kansallisesti ja paikallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen päätöksentekoa määrittävät monenlaiset ohjeet. Palvelujen tuottamista määritellään kansallisesti lainsäädännön ja erilaisten toimintasuunnitelmien ja -ohjeiden tasolla. Kunnallisella tasolla palvelujen tuottamista määritellään erilaisten paikallisten strategioiden, ohjeiden ja päätösten perusteella (Thorslund et al. 1997).

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän erityinen piirre on kuntien merkittävä rooli ja vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa (Kröger 1996, 67; Kröger 1997; Tuomi 1997). Suomessa kunnan tehtävät voidaan jäsentää palvelu-, viranomais- ja poliittisiin tehtäviin, joista palvelutehtävät tarkoittavat julkisten palvelujen tuottamista ja järjestämistä (Mustila 1994, 2).

Suomalaiset vanhustenhuollon paikalliset palvelujärjestelmät eroavat kuitenkin kuntakohtaisesti toisistaan niin rakenteiden kuin kustannustenkin suhteen. Tätä erilaisuutta ovat tuoneet esiin ennen kaikkea valtiosuusjärjestelmän uudistaminen vuonna 1993 sekä 1990-luvun alun taloudellisen laman mukanaan tuomat erilaiset rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (Allén 1993; Anttonen ja Sipilä 2000; Kokko ja Lehto 1994; Kröger 1996, 78–79). Tämän lisäksi myös paikalliset organisaatiotavat ja -kulttuurit vaikuttavat merkittävästi siihen, miten ruohonjuuritason päätöksenteko on paikallisesti organisoitu.

Palvelujen päätöksentekoa ohjaavat säännöt voivat olla joko eksplisiittisiä tai implisiittisiä. Niiden alkuperää voi etsiä muun muassa makrotason poliittisista keskusteluista (esimerkiksi eduskunnasta), makrotason tarjoamista resursseista (esimerkiksi

tulo- ja menoarviosta) sekä organisaatioissa ja työntekijöiden keskuudessa vallitsevista asiakasta koskevista kulttuurisista olettamuksista (Hasenfeld 2000, 334–337). Sandfort (1999, 312) on todennut, että palvelujärjestelmän ja sen eri organisaatioiden rakenteelliset ominaisuudet (esim. johtaminen, ammattilaisten yhteistyökäytännöt, resurssit) määrittävät työntekijöiden toimintaa. Niiden merkitys näkyy organisaation ruohonjuuritason rutiineissa, päätösten ja toimintatapojen perusteluissa, tulkinnoissa ja uskomuksissa.

Poliittiset päätöksentekijät ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtotaso ohjaavat ruohonjuuritason palvelujen päätöksentekoa ennen kaikkea hallinnollisten ohjeiden ja taloudellisten päätösten avulla. Toiminnan tavoitteena on varmistaa päätösten oikeudellisuus. Sen sijaan yksittäisen asiakkaan palveluja koskeva päätöksenteko tapahtuu palvelujärjestelmän ruohonjuuritasolla eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten tekeminä ja sitä ohjaavat karkeasti sekä kansallisen että paikallisen tason normit ja ohjeet.

Kuntatason ohjeet luovat puitteet ruohonjuuritason päätöksenteolle. Bergmark (1996) kutsuu paikallisen tason strategioita ja ohjeita toisen luokan päätöksiksi, joiden perusteella poliittiset päätöksentekijät tekevät päätökset esimerkiksi resurssien jakautumisesta eri toimintasektoreille. Ruohonjuuritason päätöksenteossa implementoidaan kansalliset ja paikalliset palvelujen tuottamista ohjaavat lait, ohjeet ja päämäärät käytäntöön. Ruohonjuuritasolla päätetään konkreettisesti siitä, kuka saa palveluja ja ketkä jäävät niiden ulkopuolelle. Bergmarkin (mt.) mukaan ruohonjuuritason työntekijät ovat ensimmäisen luokan päätöksentekijöitä, jotka voivat vaikuttaa toisen luokan päätöksentekijöihin, mutta käytännössä ruohonjuuritason työntekijöiden tehtävänä on yhteensovittaa asiakkaiden palvelutarpeet ja käytettävissä olevat resurssit sekä valikoida palvelujen piiriin pääsevät asiakkaat. Tällöin tulee myös merkittäväksi kysymys siitä, miten ruohonjuuritason koti- ja laitoshoitopalvelujen päätöksenteko on konkreettisesti organisoitu.

5.2 Päätöksenteko ruohonjuuritasolla

Simon (1982, 48–50) on kuvannut päätöksenteon olevan hierarkkista ja suhteellista. Päätöksenteon suhteellisuus merkitsee sitä, että jokainen päätös on kompromissi. Hierarkkisuuudella hän tarkoittaa puolestaan sitä, että ”jokainen askel alaspäin hierarkiassa merkitsee välittömästi yläpuolella olevan tason tavoitteiden toimeenpanemista”. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että päämäärien hierarkia on organisoitu täydellisesti kaikkeen organisaatiotoimintaan. (Myös Harmon ja Mayer 1986, 145.) Organisaation asettamia tavoitteita, esimerkiksi vanhustenhuollossa kotona hoitamisen ensisijaisuutta,

on usein vaikeaa tai jopa mahdotonta yhdistää asiakastyön tasolla esimerkiksi asiakkaan moninaisiin palvelutarpeisiin tai se voi olla äärimmäisen vaikeaa (Simon 1982, 153–156).

Päätöksentekoa voidaan jäsentää rationaaliseksi tai inkrementaaliseksi (Smith ja May 1993; myös Salminen 1995, 78–79). Rationaalisen päätöksenteon uskotaan lisäävän palvelutuotannon kokonaisvaltaisuutta ja tehokkuutta, kun päätöksenteossa pyritään löytämään sopivat keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Inkrementaalissa päätöksenteossa päätökset tehdään jaksottaisesti, askel askeleelta, uudelleen muotoillen ja kompromisseja hakien. Mixed-scanning -lähestymistapa puolestaan sisältää elementtejä sekä rationaalisesta että inkrementaalista päätöksenteosta. Siinä pyritään erottamaan luonteeltaan pitkäaikaisemmat ja tavoitteellisemmat peruspäätökset ja peruspäätösten perusteella tehtävät rajoitetut päätökset. (Salminen 1995, 79.) Smith ja May (1993, 201–202) kuitenkin toteavat, että käytännössä päätöksenteon jakaminen kahteen osaan on vaikeaa, koska eri osapuolet voivat määrittää toisten päätöksiä rajoitetuksi ja omat päätökset peruspäätöksiksi tai päinvastoin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ruohonjuuritason päätöksentekokäytännöistä voidaan yhtäaikaisesti löytää sekä rationaalisia että inkrementaalisia piirteitä. Rationaalisen päätöksenteon vaateet nousevat esiin erityisesti työntekijöiden tekemien koti- ja laitoshoidon tarvearviointien merkityksellisyyden kautta, mutta samanaikaisesti ruohonjuuritason päätöksenteko on jatkuvaa neuvottelua toisten organisaatioiden, ammattikuntien ja asiakkaiden välillä. Palvelujen päätöksenteossa tulisi pysyä yhtäaikaisesti huomioimaan asiakastasolla asiakkaan yksilöllinen ja ainutkertainen tilanne ja järjestelmä- ja organisaatiotasolla tulisi pystyä ottamaan kollektiivista vastuuta asiakkaiden palvelujen organisoinnista.

Kapp (1991) nimeää vanhusasiakkaiden kuulemista jaetuksi tai avustetuksi päätöksenteoksi (shared/assisted decision-making). Hugman (1991, 139) kutsuu samaa toimintaa jaetuksi vallankäytöksi. Siinä professiot ja ammattikunnat käyttävät valtaa asiakkaiden asioiden ajamiseen. Tällöin puhutaan muun muassa työntekijöiden toimimisesta asianajajana (advocacy), välittäjänä (brokerage) tai palveluohjaajana (case management) (Salminen 1995, 79).

Organisaatiotasolla jaettu päätöksenteko edellyttää vuorovaikutussuhteiden uudeleensorjaintia demokraattisemmiksi sekä suhteessa asiakkaisiin että johdon ja ruohonjuuritason työntekijöiden välisissä suhteissa. Jaetun päätöksenteon tavoitteena on lisätä asiakkaan osallistumismahdollisuuksia, helpottaa omaisten hoitotaakkaa ja helpottaa laitoshoidoa koskevaa päätöksentekoa myöhemmin. (Kapp 1991.) Se saattaa olla myös ongelmallista, koska eri osallistujilla saattaa olla tilanteesta ja sen ratkaisumahdollisuuksista hyvin erilaisia näkemyksiä. Kappin (mt.) mukaan päätöksentekoa tulisi ymmärtää jatkuvana ja dynaamisena prosessina, jossa asiakkailla, omaisilla ja

työntekijöillä saattaa olla erilaisia näkemyksiä ja intressejä. Näistä erilaisista näkemyksistä koti- ja laitoshoidon tarvetta arvioivien työntekijöiden tulisi kuitenkin neuvotella kompromisseja eri osapuolien kanssa.¹³

Vanhustenhuollossa ruohonjuuritason työntekijät ovat saaneet organisaatioiltaan lisenssin eli luvan ja mandaatin eli valtuutuksen tehdä koti- ja laitoshoidon koskevia päätöksiä. Toiminnan tasolla päätöksentekoa määrittää organisaation työntekijälle delegoima valtakirja ja organisaation missio. (Dingwall ja Strong 1997, 146–147.) Lisenssi ja mandaatti voidaan löytää asiakirjoista ja organisaatiokaavioista, mutta valtuutusta ja missiota on etsittävä muista aineistoista. Dingwallin ja Strongin (mt., 151–152) mukaan työntekijöiden valtuutus ja missio voidaan löytää esimerkiksi erilaisista työntekijöiden tekemistä asiakkaan palvelutarvearvioinneista.

Adlerin ja Asquithin (1993, 403–404) mukaan palveluiden päätöksenteko perustuu työntekijän tekemään tarvearviointiin, jonka perusteella tehdään päätökset kotiin annettavista palveluista ja lyhytaikaisesta hoidosta tai pitkäaikaisesta laitoshoidosta. Tarpeiden arviointia tehdään koti- ja laitoshoidon organisaatioissa jatkuvasti. Palvelutarvearvioinnit ovat keino määrittää ne tarpeet, joihin organisaatio palvelutuotannollaan vastaa (Hudson 1993b, 396; Dill 1993, 457–458; Barnes 1993).

Palvelujärjestelmässä asiakkaiden tarvearvioinnit ovat tärkeitä ja niitä voidaan kutsua palvelujärjestelmän avaintapahtumiksi (Sjöström 1997, 38), koska käytännössä ne avaavat oven palvelujärjestelmään. Tarpeiden arviointiin sisältyy monia erilaisia merkityksiä, mutta yksi sen tärkeimpiä tavoitteita on myös kohdentaa palvelut mahdollisimman oikein. Seuraavaksi kuvaan, miten tutkimuskuntien koti- ja laitoshoidotarpeiden arviointikäytännöt on organisoitu tutkimuskunnissa konkreettisesti.

5.3 Koti- ja laitoshoidon päätöksenteko käytännössä

Prottas (1979, myös esim. Egelund 1996) on nimennyt palvelujen päätöksenteon eri vaiheiden muodostamaa kokonaisuutta ihmisten prosessoinniksi (”people-processing”), jossa määritellään asiakkaan tarpeet, järjestetään palvelut arvioinnin perusteella ja päätetään palvelut. Tämä palveluprosessikuvaus sopii paremmin kuvaamaan esimerkiksi työikäisten terveyspalvelujen organisointia, mutta vanhustenhuoltoon se sopii heikommin. Ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeita on vaikeaa arvioida. Palvelutarpeita voivat aiheuttaa erilaiset sairaudet, toimintakyvyn vajeet, muistitoimintojen ongelmat tai ne voivat liittyä psyykkisiin ongelmiin, masentuneisuuteen, yksinäisyyteen tai turvattomuuteen. Ikääntyneiden tarpeet ovat usein monimutkaisesti toisiinsa kytkeytyneitä,

¹³ Hall (1997, 235) toteaa, että rationaaliset päätöksentekoprosessit voidaan ymmärtää myös työntekijöiden toiminnan oikeillistamiseksi, jossa arviointitiedon hankintaa voi ohjata päätöksen varmistaminen ja oikeuttaminen eikä asiakkaan kokonaistilanteen haltuunotto tai asiakkaan osallistaminen.

jolloin niitä on vaikeaa erottaa toisistaan. Hyvin harvoin tilanne on myöskään sellainen, että palvelut voitaisiin jossain vaiheessa päättää tai lopettaa. Useimmiten vanhustenhuollon palveluprosessit etenevät niin, että palveluja joudutaan enemmänkin lisäämään kuin päättämään jo alkaneita palvelusuhteita (Ala-Nikkola 2000).

Vanhustenhuollon palveluprosessien kuvaukseen sopii palveluohjauksen (case management) jäsenitys, jonka perusteella prosessi voidaan eritellä asiakkaiden valikoinniksi, palvelutarpeiden arvioinniksi, palvelujen suunnitteluksi, palvelujen organisoinniksi ja tilanteen seurannaksi. Oleellista on nimenomaan tilanteen seurannan merkitys, jonka perusteella tarpeita ja palvelujen vastaavuutta arvioidaan jatkuvasti. (Davies ja Challis 1986; Davies et al. 1990; Davies 1992.)

Tutkimuksessani olen ennen kaikkea ollut kiinnostunut koti- ja laitoshoitopalvelujen päätöksenteon käytännöistä ja niistä prosessin vaiheista, joissa asiakkaiden valikointi ja asiakkaan palvelutarpeiden arviointi tapahtuu. Palveluasumisen ja vanhainkotien pitkäaikaisen laitoshoidon päätöksenteosta vastaavat alueelliset tai koko kunnan alueella toimivat SAS-ryhmät. SAS on lyhenne sijoita, arvioi ja seuraa -sanoista. SAS-ryhmät ovat moniammatillisia ryhmiä, jonka jäsenenä on sekä kotihoidon että laitoshoidon työntekijöitä. Laitoshoidon hakemuksia tehdään sekä sairaalasta että kotihoidosta käsin ja SAS-ryhmä kokoontuu käsittelemään hakemuksia viikoittain.

Kotihoidon osalta prosessi alkaa asiakkaan, toisen organisaation, ammattilaisen tai omaisen yhteydenotosta. Yhteydenoton jälkeen vaihtoehtona on joko lähteä arvioimaan asiakkaan palvelutarpeita tai vastata palvelupyyntöön kielteisesti ja ohjata yhteydenottaja muiden palvelutuottajien piiriin.

Tavallisimmin asiakkaat tulevat kotihoitopalveluiden piiriin kahta reittiä. Ensimmäkin asiakkaat itse tai omaiset, naapurit tai ystävät ottavat yhteyttä ja pyytävät palvelua. Toinen reitti palveluiden piiriin on yhä useammin yhteydenotto kotihoitoon sairaalasta kotiuttamisen yhteydessä. Laitoshoidon organisaatioiden työntekijät voivat kuitenkin vain esittää toiveen kotiin annettavista palveluista. Varsinaisen päätöksen kotihoidon palveluista tekevät kotihoidon työntekijät.

Koti- ja laitoshoidon palvelujen suunnittelua ja päätöksentekoa pyritään yhä useammassa kunnissa toteuttamaan moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Monissa kunnissa on pyritty edistämään kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välistä yhteistyötä yhdistämällä ne saman johdon alaisuuteen. Sinkkonen (1993, 19–24) on koontanut viisi keskeistä perustetta sosiaali- ja terveydenhuollon hallintokuntien yhdistämiselle, jotka ovat asiakkaiden tarpeet ja osittain yhteinen asiakaskunta, tiedon ja asiantuntemuksen kasvu, erikoistuminen eriytyminen sekä taloudelliset perusteet. Käytännössä hallintokuntien yhdistäminen merkitsee usein sosiaali- ja terveydenhuollon tiiviimpää moniammatillista työskentelyä. (Myös Sinkkonen et al. 2001.)

Molempien tutkimuskuntien koti- ja laitoshoidon päätöksenteon organisoinnissa oli olettamuksia koti- ja laitoshoidon ammattilaisten välisestä yhteistyöstä. Kotihoidon työntekijöiden usein yhdessä tekemä kotikäynti on yleisin tapa tehdä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyötä ja pitkäaikaishoidon päätöksenteko SAS-kokouksissa on vastaavasti kotihoidon ja laitoshoidon keskeisin yhteistyökäytäntö.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen vaateet voidaan löytää myös molempien tutkimuskuntien paikallisista strategioista ja ohjeista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorakenteista. Toisessa tutkimuskunnista kotihoidon työryhmät olivat aktuaalisesti olemassa ja moniammatillisuutta oli pyritty edistämään myös hallinnollisten muutosten kautta yhdistämällä sosiaali- ja terveystoimi. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tavoitteet olivat myös perusteena sille, että suurin osa kunnan vanhustenhuollon palveluja tuottavista organisaatiosta oli koottu keskitetysti saman johdon alaisuuteen. Toisessa tutkimuskunnassa puolestaan hallinnollisia keinoja ei oltu käytetty. Sosiaali- ja terveystoimi olivat hallinnollisesti erillään. Asiakkaiden kotihoidon yhteinen suunnittelu on enemmänkin retorisella tasolla ilmaistu toivomus sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden – erityisesti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon – yhteistyöstä. Sen sijaan laitoshoitopäätösten osalta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koti- ja laitoshoidon yhteistyö oli organisoitu konkreettisemmin. SAS-kokoukseen osallistui molemmissa kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä sekä koti- että laitoshoidosta.

Laitoshoidon päätöksenteon osalta prosessi käynnistyy joko kotihoidosta tai sairaalasta käsin tehdyllä pitkäaikaishoitohakemuksella, joka lähetetään SAS-kokouksen käsiteltäväksi. Kotihoidossa päätöksentekoprosessi jatkuu yhteydenoton jälkeen kotihoidon työntekijöiden tekemällä kotikäynnillä, jonka aikana tilannetta selvitetään, arvioidaan asiakkaan palvelutarpeet ja tehdään päätös kotihoidon palveluista. Kotihoidossa tätä palvelutarpeiden arviointia, suunnittelua ja päätöksentekoa tekevät kotipalveluohjaajat ja terveydenhoitajat tai sairaanhoitajat. Yhteisellä kotikäynnillä terveyden- tai sairaanhoitaja arvioi kotona asuvan asiakkaan kotisairaanhoidon tarvetta ja kotipalveluohjaaja kotipalvelujen tarvetta. Konkreettisesti kotikäynnillä tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kerätään tietoja asiakkaan sairauksista, lääkkeistä ja toimintakyvystä. Kotihoidon maksua varten tietoja tarvitaan myös asiakkaan tuloista. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen on kotihoidon tapa määrittää ne tarpeet, joihin organisaation palvelutuotannollaan vastaa.

Palvelutarpeiden arviointia seuraavaa vaihetta voidaan kutsua tarpeisiin vastaamiseksi eli palvelujen tuottamiseksi. Usein tähän vaiheeseen liittyy kotihoidossa enemmän tai vähemmän aktiivista asiakkaan tilanteen seurantaa, joilla arvioidaan palvelujen riittävyyttä. Laitoshoidossa puolestaan toimintaa ohjaa asiakkaasta tehtävä hoito- tai palvelusuunnitelma. Kotihoidon palveluprosessit päättyvät yhä useammin

muutamasta päivästä useampiin vuosiin kestävään laitoshoidonjaksoon ja laitoshoidon jaksot päättyvät puolestaan viimeisessä vaiheessa vanhustenhuollossa asiakkaan kuolemaan joko pitkäaikaishoitoyksikössä tai sairaalassa (Ala-Nikkola 2000).

Organisaatorakenteet, päätöksenteolle asetetut tavoitteet ja käytettävissä olevat keinot sekä päätöksenteon toimintaympäristö (Scott 1987) ovat keskeisiä koti- ja laitoshoidon palvelujen päätöksenteossa elementtejä. Olen koonnut alla oleviin kuvioihin koti- ja laitoshoidon päätöksenteon keskeiset elementit ruohonjuuritasolla. Kuviot perustuvat Burken (1969; myös Virkkunen 1994) esittämään narratiivisen analyysin perusjäsenyykseen, jossa eritellään päätöksentekijät, päämäärät, välineet ja keinot, ratkaisevat teot ja seuraukset sekä päätöksenteon näyttämöt. Kuvioissa käytetty raami ja kehys kuvaa päätöksenteon ehtoja, jotka keskeisesti ohjavat, rajaavat ja määrittävät palveluja koskevaa päätöksentekoa käytettävissä olevien resurssien, lainsäädännön ja paikallisten päätösten sekä ohjeiden kautta.

| | | |
|---|--|--|
| | päämäärä KOTONA SELVIYTYMINEN | |
| | väline, keino KOTIHOITOPALVELUT | |
| päätöksen tekijä KOTIHOITOTIIMIN TYÖNTEKIJÄ(T) | ratkaiseva teko YHTEYDENOTTO KOTIHOITOON -> KOTIKÄYNTI -> HOITO- JA PALVELU- SUUNNITELMA | seuraus KOTIHOITO- PALVELUJA KOSKEVA PÄÄTÖS |
| | näyttämö ASIAKKAAN KOTI | |

Kuvio 2 . Kotihoidon päätöksenteon elementit

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| | päämäärä PITKÄAIKAINEN HOITO JA HOIVA | |
| | väline, keino LAITOSHOITOPALVELUT | |
| päätöksen tekijä SAS-KOKOUS | ratkaiseva teko LAITOSHOIDON HAKEMUS -> SAS-KOKOUS | seuraus PITKÄAIKAIS- HOITOPÄÄTÖS |
| | näyttämö SAS-KOKOUS | |

Kuvio 3. Laitoshoidon päätöksenteon elementit

Tarkastelen seuraavissa tulosluvuissa lähemmin päätöksenteon ehtojen ja päätöksentekoon vaikuttavien eri elementtien merkityksiä. Ensin tarkastelen koti- ja laitoshoidon päätöksenteon *näyttämöitä ja niihin osallistuvia eri toimijaosapuolia*. Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan aineiston valossa eri toimijoiden päätöksentekoa määrittäviä *ehtoja*, jotka merkittävästi ohjaavat ruohonjuuritason päätöksentekoa. Keskeisessä roolissa palvelujen päätöksenteossa ovat organisaatioiden, ruohonjuuritason työntekijöiden, asiakkaiden ja omaisten kohtaamiset palveluprosessin eri vaiheissa. Näissä vaiheissa *neuvotellaan* asiakkuudesta ja palveluista sekä konkreettisesti yhtensovitetään asiakkaiden tarpeet palvelujärjestelmän toimintaa määrittäviin ehtoihin.

6 KOTI- JA LAITOSHOIDON PÄÄTÖKSENTEON NÄYTTÄMÖT

6.1 Asiakkaan koti kotihoidon päätöksenteon näyttämönä

Kotihoidon päätöksenteossa merkittävässä roolissa ovat eri organisaatioiden ammatti-laisten tekemät asiakkaan tarpeita koskevat arvioinnit. Arvioinnin kautta saatuja tietoja käytetään sekä kotihoidon että laitoshoidon päätöksenteossa. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava paikantaa asiakkaan tarpeiden arvioinnin ruohonjuuritasolle, jonne hän sijoittaa myös omaiset, naapurit ja seurakunnan työntekijän. Ennen kaikkea kuitenkin arviointi määrittää koti- ja laitoshoidon eri organisaatioissa töitä tekevien työntekijöiden tehtäväksi.

Hva:--- Mä mietin, että niinku tässä omalla kohdallani, niin se arviointi on paljolti tätä, ihan tätä ruohonjuuritason hommaa, että työntekijäarvio, kotisairaanhoidaja, lääkärit ja sairaalareissulla, kun ne käy intervallihoidoilla, lyhyillä jaksoilla, ni siellä arvioidaan ja omaiset ja naapurit. Et se on tämmöstä hyvin.

Hja: Koko ajan tapahtuu.

Hva: Niin, mun mielestä, että semmosta verkostoitumista, että seurakuntasisar voi soittaa taikka. Että tää on niinku siinä, minä ja me, se pieni porukka sanotaan tää ruohonjuuritason porukka. [1101]

Lightfoot (1995, 107) on todennut, että tarve on epäselvä ja vaikea käsite sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytäntöjen että tutkimuksen näkökulmasta, mutta hän toteaa kuitenkin, että se on välttämätön (myös Jones et al. 1983, 43). Doyalin ja Goughin (1991; myös Doyal 1993) mukaan palvelujärjestelmillä tulisi olla koherentti käsitys tarve-käsitteestä. Ilman sitä palvelutarpeiden arviointi on eklektistä ja arviointia on vaikeaa toteuttaa käytännössä.

Brandshaw (1972, myös Smith G. 1980, 17) on eritellyt tarpeen mittaamista organisaatioissa. Tarve voidaan määritellä *normatiivisesti* asiantuntijoiden toimesta. Tarve voi ilmetä myös *haluna*, jolloin sitä voi nimetä *koetuksi tarpeeksi* (myös Sheppard 1995, 123). *Ilmaistu tarve puolestaan näkyy kysyntänä* ja palveluja saavien ja sen ulkopuolella olevien vertailun kautta saadaan *komparatiivinen tarve* (myös Tinker 1984, 173–176; Foster 1983; Sihvo 1989, 13).

Aineistossa puhutaan paljon normatiivisesti määriteltyjen tarpeiden merkityksellisyydestä. Suhtautuminen asiakkaiden tai omaisten koettuihin tarpeisiin oli yleensä

sangen negatiivista. Asiakkaiden tarpeiden uskottiin usein olevan jollakin tapaa hallitsemattomia tai pohjattomia, kuten seuraavassa aineistoesimerkissä kerrotaan.

Hva: --- Ei sitä pysty kukaan määrittelemään, että kuinka paljon tarvetta on. Ilmeisesti jos niinku kysytään ihmisiltä, niin sitä tarvetta tuntuis olevan aivan pohjattomasti, että se semmonen että joku sanois, että meillä on tyydytetty tämmöset palvelutarpeet, niin en usko että sitä tulee missään yhteiskunnassa koskaan olemaankaan semmosta, että kaikki ihmiset sanois, että mä saan sen palvelun mitä mää tarvitsen. Koska tämmöset siinä on se sekoittuu tässä keskustelussa tämmöset tarpeet ja halut, jotka on aivan eri asioita ja en tiä kuka sen tarpeen siten määrittelee, määritteleekö se sen viranomaisen tai palvelutuottajan. Usein ne puhuu, tosiaan ihmiset puhuu tarpeina semmosia, jotka ei itse asiassa kauheasti olekaan tarpeita vaan enemmänkin haluja, saada jotain palveluita. [2202]

Vaikka työntekijöiden suhtautuminen asiakkaiden ilmaisemiin tarpeisiin oli haastatteluissa varauksellista, työntekijät olivat kuitenkin myös hyvin tietoisia siitä, että asiantuntijoiden normatiivisesti toteamiin palvelutarpeisiin ei pystytä vastaamaan riittävästi. Palveluiden kysyntää on yksinkertaisesti aivan liikaa eikä palveluja voida tarjota riittävästi. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava paikantaa tarpeisiin vastaamisen ongelman koko vanhustenhuollon palvelujärjestelmän tasolle.

Hva: --- kyllä siitä mulla on sellanen käsitys, että se palvelujärjestelmä ei vastaa tarpeeseen eli kyllä meillä henkilökuntaa vanhusten palveluissa on liian vähän, niin laitoshuollossa kuin avohuollossakin ja sanotaan esim. omaishoidon tuki, joka on sellanen tärkeä avohuollon palvelumuoto, niin kyllähän me jatkuvan resurssipulan vaivaamina niinku siinäkin asiassa ollaan, että selkeesti on resurssipula myös siinä kohtaa. [2204]

Palvelujen vähäisen tarjonnan vuoksi palvelujen kysyntää joudutaan rajoittamaan erilaisin keinoin entistä enemmän. Nykyistä palvelujen saatavuutta ohjaa yksinkertainen sääntö, jonka perusteella palveluja pyritään antamaan niille, joilla on eniten palvelutarpeita.

Hva: --- ja tota kyllä tällä hetkellä seula tonne vanhainkotiin laitoshoittoon on niin tiukka, että siinä on niin kun kertakaikkisesti se pärjäämättömyys on oltava mukana, että ei pelkästään kuitenkaan oma tahto. [3303]

Kotihoitopalveluiden päätöksenteossa työntekijän tai työntekijöiden tekemä kotikäynti näyttelee merkittävää roolia. Palveluideologiassa tapahtuneet kotihoidon ensisijaisuutta painottavat muutokset ovat merkinneet sitä, että ikääntyneen koti tulee julkisemmaksi, jopa osaksi sitä. Kodinhoitajien työstä tehdyt tutkimukset tuovat esiin, että asiakkaan koti työympäristönä on vaativa työntekijän näkökulmasta (Simonen 1990; Tedre 1999). Koti päätöksenteon näyttämönä on erityinen sen yksityisyyden perusteella. Kotihoidossa nimensä mukaisesti asiakkaan hoito tapahtuu hänen omassa kodissaan, jolloin kotihoidon työntekijät tekevät työtä asiakkaiden yksityisyyden alueella. Asiak-

kaan näkökulmasta tarkasteltuna hänen kotinsa tulee osaksi julkista kuitenkin jo siinä vaiheessa, kun kotihoidon palvelupäätöksiä tekevät työntekijät tekevät ensimmäisen kotikäynnin.

Monet työntekijät kuvasivat haastatteluissa sitä, miten tärkeässä ja merkityksellisessä roolissa kotikäynti on asiakkaan palvelutarpeiden arvioinnin ja palvelujen päätöksenteon kannalta. Seuraavassa otteessa haastateltava kuvaa, miten yksityinen ja julkinen kohtaavat palvelutarpeiden arviointivaiheessa ja miten monimerkityksellistä asiakkaan kohtaaminen on hänen omassa kodissaan.

Hva: .. tai ainakin sitten kun ja kaikissa kodeissa missä on kuitenkin käynyt, niin kyllä sitä asiaa on ollut ja kysymyksiä ja, ja ne on ollut hyvin hyviä keskusteluja aina ja aikaa on mennyt... ihan puolestatoista tunnista kahteen, että et vaikka siinä nyt muodollisesti täytetään hoito- ja palvelusuunnitelmaa alustavasti ja keskustellaan niitä näitä, mutta niin... et oisko vaan joku yks, jossa olis ollu vähän sillai nihkeempää, että täytettään vaan se lomake, että saataisi nää asiat hoidettua... et kyllä on ollu semmonen hyvin, hyvin myönteinen ilmapiiri aina niissä keskusteluissa... Ne on otettu aina niinkun mielellään vastaan ja sitä että on ollut hyvä kun on tultu kotiin ja on voinut puhua... et se puhumisen tarve on ollu hirveen suuri, että on saanu molemmatkin sitten myöskin hoidettava, että... et on saanu sitten kertoa, kertoo ja mitä on, mitä oli silloin tapahtunut kun sairastui ja kuinka vaikeeta sitten on selvinnyt. --- Mut et kyllä ne niinkun kauheesti selkenee se tilanne, kun siellä kotona tapaa nää.. [4404]

Kotikäynti on merkityksellinen tapahtuma sekä työntekijälle että asiakkaalle. Työntekijän kannalta asiakkaan ja mahdollisesti hänen omaisensa kasvokkainen kohtaaminen auttaa palvelupäätöksenteossa. Asiakkaan ja omaisen näkökulmasta arviointikäynti mahdollistaa parhaimmillaan keskusteluavun, tuen ja osallistumisen mahdollisuuden palvelujen päätöksentekoon. Kotikäyntiin sisältyy usein nämä molemmat viralliset ja epäviralliset elementit.

Kotihoidossa työntekijöiden tekemien kotikäyntien keskeisenä ideana on hankkia tietoa asiakkaan tarpeista, mutta arvioinnin näyttämönä asiakkaan koti mahdollistaa myös asiakkaan osallistumisen. Palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa osallistuvat palvelujen päätöksentekoon ruohonjuuritason päätöksentekokäytäntöjen kautta. Seuraavassa otteessa haastateltava paikantaa asiakkaan osallistumisen mahdollisuudet nimenomaan kotihoidon työntekijöiden tekemään kotikäyntiin.

Hja: Entä sitten, mitkä ovat iäkkäiden ja heidän omaistensa mahdollisuudet vaikuttaa ja osallistua palvelujen suunnitteluun ja järjestämiseen, päätöksentekoon?

Hva: Sillon siinä vaiheessa kun tehdään asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma, niin siinä on mukana asiakas, mahdollisesti hänen omaisensa, kotipalvelun työntekijä ja jotkut muut yhteistyötahot esimerkiksi kotisairaanhoido. Ja siinä tilanteessa kun käydään läpi niin keskustellaan tästä

palvelupaketista. Niin kyllä asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa, mitä palveluja hän haluaa ja minkä laajuisina ja minkä sisältöisinä.[5505]

Asiakkaan osallisuus ei ole kuitenkaan mikään itsestäänselvyys kotihoidon päätöksenteossa. Kotihoidosta tehtyjen tutkimusten valossa näyttää siltä, että jopa koti päätöksenteon näyttämönä mahdollistaa organisaatioille ja ammattilaiselle kuitenkin pääosan päätöksenteossa. Asiakas voi jäädä helposti sivurooliin. (Esim. Launis 1994; Ala-Nikkola 1997, 108.) Tällöin kotikäynti ohjaa voimakkaasti organisaation kotikäynnille asettamat viralliset tavoitteet eli hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen, jolloin kotikäynti saattaa toisessa ääripäässä muistuttaa kuulustelutilannetta ja toisessa päässä siitä voi muodostua tasavertainen työntekijöiden, asiakkaan ja omaisten keskustelumahdollisuus (Ala-Nikkola 1997, 108).

6.2 SAS-kokous laitoshoidon päätöksenteon näyttämönä

Palvelujen päätöksenteko koti- ja laitoshoitopalvelujen osalta tapahtuu erilaisilla näyttämöillä. Eniten koti- ja laitoshoidon päätöksentekonäyttämöt eroavat toisistaan asiakkaan osallistumisen näkökulmasta tarkasteltuna. Kotihoidon päätöksenteossa asiakasta ei voida ohittaa siitä yksinkertaisesta syystä, että kotihoito toteutetaan asiakkaan omassa kodissa. Palvelujen suunnittelu ja päätöksenteko täytyy tehdä asiakkaan kanssa jonkinasteisessa yhteistyössä. Sen sijaan laitospalvelujen suhteen edellä mainittuja asiakkaan osallistamisvaateita ei ole. SAS-kokous tekee päätöksiä hoidosta, joka toteutetaan muualla kuin asiakkaan kotona.

Pitkäaikaisen laitoshoidon osalta asiakkaiden luokse tehtävät kotikäynnit eivät ole merkittävässä roolissa, vaikka niitä laitosten henkilökunta joskus tekeekin. Tällöin kotikäyntien avulla tutustutaan asiakkaaseen ja hänen palvelutarpeisiin niin, että ne voidaan mahdollisimman hyvin yhteensovittaa organisaation palvelujen tarjontaan. Laitoshoitopalvelujen päätöksenteossa kotikäynnit ovat perusteltuja organisaation – eivätkä niinkään asiakkaan osallisuuden – näkökulmasta.

Hva: Ja se, että kun se hakemus tulee, niin tää työntekijä sitten pitää sitä jonoa ja tekee merkinnät niistä omista käynneistä. Hän voi useammankin kerrankin käydä siellä kotikäynnillä --- niin sitten koitetaan arvioida ja se on just hyvin tärkeä, että siellä on voinu tehdä näitä kotikäyntejä tää, joka vastaa siitä jonosta.

Hja: Tuntee tilanteen.

Hva: Tuntee sen tilanteen ja tuntee meidän osastot. Se (pätöksenteko –lisäys ma-n) edellyttää näitten molempien tuntemista ja tavallaan hän niin kun pitää hallinnassa... [6606]

Pääosin kuitenkin laitoshoidon koskevat päätökset tehdään toimistoissa ja kokouksissa, yleensä tilanteissa, joissa asiakkaat tai omaiset eivät ole itse läsnä. Laitoshoidon päätöksenteosta vastaavat alueelliset tai koko kaupungin alueella toimivat SAS-ryhmät. SAS-ryhmissä tehtäviä laitoshoidon tai palveluasumispäätöksiä voidaan nimetä *sijoituspäätöksiksi*. Varsinaisesti palvelujen sisältöjä tai hoitoa koskeva hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään laitoshoidossa vasta siinä organisaatiossa, johon asiakas ohjataan pitkäaikaiseen tai lyhytaikaiseen hoitoon.

Hja: Elikkä ketkä tekee sit lopullisen, tekeekö sas sitten lopullisen päätöksen asiakkaan saamista palveluista? Täällä päässä (vanhainkodissa – lisäys ma-n) tehdään erikseen (suunnitelma hoidosta – lisäys ma-n), eiks niin?

Hva: ...sas-ryhmä tekee sitten sijoituksen.

Hja: ... ja te teette hoidosta.

Hva: Juu. Me tehdään hoidosta. [7707]

Laitoshoidon päätöksentekoon osallistuvat sekä kotihoidon että laitoshoidon työntekijät. Osallistuminen laitoshoidon päätöksentekoon ei ole merkityksetön asia. Kyse ei ole vain muodollisesta osallistumisesta, vaan SAS-kokouksessa on kysymys todellisesta päätöksenteosta, vallankäytön mahdollisuudesta ja vaikuttamisesta. Asiakasta pitkäaikaishoitoon esittävän organisaation edustajan osallistuminen sijoituspäätöksen tekemiseen on tärkeä näyttämö vaikuttaa asiakkaan saamaan hoitoon, mutta ennen kaikkea osallistuminen SAS-kokoukseen on merkityksellistä sen organisaation näkökulmasta, johon asiakasta ollaan sijoittamassa. Osallistuminen kokoukseen mahdollistaa vastaanottavan organisaation vaikuttamisen siihen, kuka ja minkä kuntoinen asiakas laitokseen sijoitetaan. Mikäli esimerkiksi hakijat ovat periaatteessa kategorisoitu laitoshoidon tarvitseviksi, valintaan vaikuttaa paljon se, kumpi asiakkaista sopii organisaatioon paremmin. Keskeisesti asiakkaan sopivuuteen vaikuttaa organisaation resurssien, tilojen ja hoitovälineiden ja asiakkaan tarpeiden yhteensopivuus.

Hva: --- ja sitten kun on tiedossa, että meillä on nyt paikka, niin silloin hän niin kun tsekkaa niistä sen kuka kiireisimmin tarvis sen paikan nyt ja yhdessä yleensä sitten katsotaan se, ja osasto mihinkä se olis tulossa, missä paikka vapautuu, niin sen osaston henkilökunnan kanssa neuvotellaan, että nyt ois, jos ois esimerkiksi kaks jotenkin samanarvoista sen kiireellisyyden suhteen, että kumpi sit sopis sinne osastolle ---. [6606]

Pitkäaikaishoidon päätöksentekoa määrittää näin ollen merkittävältä osaltaan pitkäaikaislaitoksen mahdollisuudet hoitaa asiakasta. Pitkäaikaishoidon organisaatiolla on itse asiassa paljon valtaa määrittää, kenelle paikka tarjotaan ja millaisia asiakkaita laitoksessa pystytään hoitamaan.

Hja: Just. --- Onko jotain tiettyä kriteerejä, jolla sitten hyväksytään?

Hva: --- sen työryhmän (SAS-kokous – lisäys ma-n) päätökseen kaiken kaikkiaan sen asukkaan tuleminen tänne perustuu. Mutta me ollaan esitetty toivomuksena, että täällä voisi olla tietty määrä tämmösiä raskaasti

hoidettavia elikkä nostettavia ihmisiä elikkä meillä ei oo nostolaitetta, niin me ei voida kauheen montaa tämmöstä yli satakilosta ihmistä täällä hoitaa, että meillä ei kerta kaikkiaan resurssit riitä eikä paikat kestä, että musta tuntuu, että meillä on, tai ihan käytännössä ei se oo musta tuntuu, vaan se, että mikä se meidän käytännön tilanne kullonkin on, että kuinka paljon meillä on tämmösiä, jotka vaatii kahta taikka kolmee siinä nostamisessa, niin silloin mä kyllä pistän siellä (SAS-kokouksessa – lisäys ma-n) jarruja vähän päälle, että sit ne on ystävällisesti aina soittaneet ja kyselleet vähän, että minkälainen ihminen tää on painoltaan ja just kun on tämmösiä toiveita ollu tästä syömisestä, et silloinkin kun meillä oli tää kaksikymmentäseitsemän (27) syötettävää, niin silloin mä toivoin, että olis tämmösiä ihmisiä, jotka söis itse, että olis tätä omatoimisuutta onkin verran jäljellä, että se helpottaa tätä meidän työtä, että tämmösiä mun mielestä aika pieniä toiveita mä oon sitten esittänyt silloin kun oon ollu siellä. Mutta periaatteessa se päätös on heidän ja usein valitsevat sit varallekin siihen vielä jonkun. [7707]

SAS-kokous on tärkeä päätöksenteon näyttämö, mutta päätöksentekoon vaikuttavat monet näyttämön ulkopuoliset tekijät, ennen kaikkea käytettävissä olevat resurssit. Haastateltava kuvaa edellisessä aineisto-otteessa laitoshoidon asiakasvalikointiin vaikuttavia seikkoja ”pieniksi toiveiksi”, mutta käytännössä ne ovat sangen tiukkoja organisaation resurssien sanelemia ehtoja. Asiakkaan omatoimisuudella ja jopa asiakkaan painolla voi olla merkittävästi vaikutusta pitkäaikaishoidon päätökseen.

6.3 Näyttämöiden ulkopuolella tapahtuva koti- ja laitoshoidon päätöksenteko

Päätökset kotihoidon ja laitoshoidon palveluista tehdään erilaisilla ja erillisillä kotihoidon ja laitoshoidon päätöksentekonäyttämöillä, mutta tämän lisäksi sekä kotihoidon että laitoshoidon osalta päätöksiä tehdään myös epävirallisilla näyttämöillä, esimerkiksi työntekijöiden keskinäisissä keskusteluissa. SAS-kokous laitoshoidon päätöksenteon näyttämönä mahdollistaa ennen kaikkea työntekijöiden osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Asiakkaat ja omaiset eivät osallistu SAS-kokouksiin eivätkä siellä käytäviin keskusteluihin. Asiakkaille ja omaiselle ainoa osallistumisen mahdollisuus laitoshoidon päätöksenteossa syntyy ”epävirallisempien” reittien kautta. Asiakkaat ja omaiset voivat olla etukäteen yhteydessä päätöksiä tekeviin työntekijöihin, vakuuttamalla ja etsimällä liittolaisia palvelujärjestelmän työntekijöistä.

Hva: --- Ni, ei, tiedän, että ainakin yks ihan tässä lähiaikoina yks asiakas pääsi omaisten aika kovan painostuksen takia vanhainkotiin. Siis oli sellasia syitä, minkä takia hän pääsi juuri tähän taloon, varmasti ohi jonkun jonon. Että ei niinkään, että mentäs jonojärjestyksessä vaan se, että tarpeen mukaan. [8808]

Äärimmäisessä tapauksessa omaisten toiminta voi olla jopa työntekijöiden painostusta, jolla pyritään vaikuttamaan myönteiseen palvelupäätökseen. Asiakkaiden tai omaisten osallisuus ei ole itsestäänselvyys virallisella näyttämöllä, eikä asiakkaan tai omaisen toiminta myöskään epävirallisella näyttämöllä, esimerkiksi ottamalla yhteyksiä SAS-kokouksen jäseniin, tuota kuitenkaan aina asiakkaan tai omaisen näkökulmasta toivottua lopputulosta.

Hja: Sanoit silloin viime kerralla... tää omaisten painostus siinä vaiheessa yleensä on aika kovaakin... puhelinyhteyksiä.

Hva: Nyt on sitten sil tavalla, että me otamme myös tonne, tohon kokoukseen sellaisia tapauksia, jos voidaan sanoa, jossa omaiset painostavat äärettömästi. Jos he ovat ehdottomasti sitä mieltä, että he valittaa sinne ja valittaa tänne, jos heidän omaisensa ei pääse. Me otamme ne suunnat sitä varten, että me myöskin teemme siellä ns. päätöksen, että me emme tätä henkilöä ota. Elikkä se tulee myös näille työntekijöille tällöinen selkeä työryhmän näkemys asiasta, että he voivat myöskin työskennellä.---

Hja:...niin mitä näille hylkypäätöksen saaneille sitten tapahtuu, onko ne seuraavassa kokouksessa?

Hva: Ne voi olla seuraavassa, mutta voi olla, että... menee puolikin vuotta tai vuosi, sitten vasta. [7710]

Aineisto-otteesta käy ilmi, että SAS-kokouksen tekemä kielteinen palvelupäätös on keino kohdata omaisia, jotka painostavat voimakkaasti ruohonjuuritason työntekijöitä. SAS-kokouksen tekemä päätös voidaan näin ollen ymmärtää palvelujärjestelmän kollektiiviseksi kannanotoksi pitkäaikaishoidon palvelutarpeesta. Tällöin kielteinen palvelupäätös ei henkilöidy asiakkaan lähityöntekijään, vaan vastuun päätöksestä ottaa asiakkaasta ja omaisesta etäämmällä ja jossakin määrin kasvottomampana toimiva SAS-kokous.

Taylorin et al. (1992) mukaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat korkeimmillaan silloin, kun käyttäjällä on oikeus aidosti tehdä päätöksiä ja valintoja palvelujen suhteen. Alhaisempaa osallistumisen astetta edustaa puolestaan tilanne, jossa asiakkaalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa päätökseen ennen päätöksen tekemistä. Alhaisimmillaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat silloin, kun asiakkaalle ainoastaan tiedotetaan päätökset joko ennen niiden käyttöönottoa tai käyttöönoton jälkeen. Seuraavassa aineisto-otteessa kerrotaan tarina päätöksenteosta, jonka tavoitteena oli siirtää asiakas toiseen laitoshoidon organisaatioon huonontuneen kuntonsa vuoksi. Päätöstä perustellaan organisaation, mutta ennen kaikkea asiakkaan ”parhaalla”.

Hva: No yleensä se lähtee sitä että me tehdään täällä se päätös, että osastonhoitaja ja minä lähinnä sitten kuultuamme että, he ovat osastolla tehneet tarvittavat niinkun mietinnät ja lääkärin kanssa keskustelut ja keinot on käytetty. Ja me tehdään se päätös ja yleensä sitten osastonhoitaja jos se koskee meidän asiakasta niin menee tähän työryhmään joka sijoituksista kaupungissa vastaa ja kertoo et meillä olis täällä nyt tällöinen siirto tarvittava asukas ja siinä samas yhteydessä ollaan yhteydessä omaisiin siitä

et me ollaan tämmöistä esittämässä ja nytten tää työryhmä etsii toista paikkaa, missä olis niinkun meidän kannalta mielekkäämpää, että jos aatellaan että nyt asiakas ei tule meillä hoidetuksi. --- et me ollaan tehty se päätös harkiten. Et se ei oo mikään mielijohde taikka niinku kevyin perustein päätetty juttu et se on punnittu ja harkittu ja kaikki keinot on käytetty. Et kyllä se on ammattietiikkaa ja ammatillisuutta kyllä sillä kohtaa sitten, että uskaltaa sanoa ne perusteet ja osaa kertoa omaisille ja pysyä kannassaan niinku siinä et me tehdään tää asiakkaan parhaaks, et aina ei omainen tiedä asiakkaan parasta, et joskus se voi olla hoitajakin. [9909]

Haastateltava kuvaa seikkaperäisesti palvelupäätöksen kronologista etenemistä, mutta samanaikaisesti paljastuu päätöksenteon ”kulissien takainen toiminta” ja ”salamyhkäisyys”. Työntekijät ovat yhteydessä omaisiin vasta siinä vaiheessa, kun asiaa käsitellään SAS-kokouksessa. Epävirallinen, mutta merkittävä keskustelu ja päätös siirrostä on tapahtunut jo paljon sitä aikaisemmin. Päätösprosessia on omaisen näkökulmasta lähes mahdotonta enää pysäyttää.

Myös vanhuksen hoidosta ennen laitokseen siirtoa vastaavien kotihoidon työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet suhteessa laitoshoitopäätökseen ovat usein luonteeltaan epävirallisia. SAS-kokouksen päätökseen voi yrittää vaikuttaa kotihoidosta käsin ennen kokousta SAS-kokoukseen jäseniin tehtävillä epävirallisilla yhteydenotoilla, joiden tavoitteena on edistää oman asiakkaan myönteistä sijoituspäätöstä.

Hva: --- ihan ottamalla yhteyksiä näihin ja perusteluja, siis laittamalla nää sas-tiedot kuntoon ja ottamalla näihin jäseniin yhteyksiä, niin on mahdollisuus vaikuttaa asiaan.[3303]

Myös kotihoidon osalta palveluista saatetaan käydä etukäteisneuvotteluja. Tällöin tavallaan kartoitetaan jo etukäteen, millaisia kotihoidon palveluita asiakkaalle voidaan tarjota kotikäynnin aikana. Seuraavassa aineistoesimerkissä työntekijä kuvaa niitä ehtoja, joiden perusteella asiakkaalle voidaan tarjota muita kotihoidon palveluja.

Hja: Kuinkas tä sun näkökulmasta kun sä teet näitä käyntejä ja arvioit sitä tilannetta ja päädytään vaikka tämmöiseen palveluun on se vaikka kotipalvelun kautta just tämmönen pesuapu esimerkiksi. Koko kotipalvelu pääsyt tulemaan näissä vastaan sillä tavalla, että pystyneet ottamaan näitä ihmisiä asiakkaikseen kun sielläkin on, on tietysti tiukka tilanne ja asiakkaita on, on niinkun paljon, niin onks tää onnistunu sun kohdalla?

Hva: Jossain tapauksessa on onnistunu .. ja niistä on sitten neuvoteltu etukäteen --- Että näin on, et jotain alkavaa ja runsasta apua tarvitseville, niin kyllä täytyy sanoa, et ei , ei voida sit lähteä semmoseen, että kyllä täytyy sitten sanoo, että kysyisivät yksityiseltä puolelta, et he ei pysty paljon antamaan..... Et kyllä se on se yks kriteeri, joka tulee nyt vastaan meidän resurssipula...[4404]

Epävirallisten päätöksentekonäyttämöiden taustalla on usein resurssipula, joka tavallaan pakottaa ruohonjuuritason työntekijät käyttämään epävirallisia vaikuttamisen

keinoja. Epäviralliset toimintatavat esimerkiksi laitoshoidon osalta kertovat karusti laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta, jossa asiakkaiden, omaisten ja kotihoidon työntekijöiden näkemysten huomioonottamiseen ei ole riittävästi mahdollisuuksia. Resurssiongelman seurauksena asiakkaiden tai omaisten kokemukset ja näkökulmat saattavat jäädä palvelujen päätöksenteossa taka-alalle tavalla, joka lisää työntekijöiden määrittely- ja päätöksentekovaltaa, koska he hallitsevat epävirallisen vaikuttamisen kanavat parhaiten ja tekevät myös päätöksen siitä, milloin ne otetaan käyttöön. Työntekijät tekevät myös omaisten toimintaa koskevat tulkinnat, joiden perusteella joidenkin omaisten näkemykset otetaan huomioon epävirallisilla päätöksenteon näyttämöillä ja toisten vaikuttamiskeinot koetaan siellä painostuksena. Asiakkaiden kuuleminen, oikeudenmukainen ja tasapuolinen kohtelu on nykyisissä palvelujen päätöksentekokäytännöissä entistä suurempi haaste, koska asiakkaiden tarvearviointien näyttämöillä joudutaan yhteensovittamaan asiakkaiden lisääntyneet ja vaikeutuneet palvelutarpeet palvelujärjestelmän riittämättömiin resursseihin. Seuraavassa luvussa tarkastelen lähemmin näitä koti- ja laitoshoidon asiakasvalikointia määrittäviä ehtoja.

7 KOTI- JA LAITOSHOIDON ASIAKAS- VALIKOINTIA MÄÄRITTÄVÄT TOIMINTAEHDOT

7.1 Sairaalan merkityksellisyys koti- ja laitoshoidon asiakkaiden ohjautumisessa

Nykyisten kotihoitopalveluiden tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Ikääntyneet itse haluavat usein asua mahdollisimman pitkään omassa kodissa ja tämä tavoite määrittää myös nykyisiä vanhuspolitiikan tavoitteita (Palvelurakenneryhmän väliraportti 1992). Rosen (1987) mukaan palvelujärjestelmän kotihoitopainotteisuudella voi olla positiivisia seurauksia palvelujärjestelmälle, vaikkakaan hän ei kiistä sitä, että seuraukset voivat olla myös negatiivisia. Positiivisena puolelta hän näkee sen, että kotihoidon ensisijaisuuden korostaminen mahdollistaa lääketieteellisten näkemysten integroimisen ihmisten psykososiaalisten ja sosiaalisten tarpeiden kanssa.

Toisaalta lääketieteellisten ja psykososiaalisten tarpeiden tasapuolinen huomiointi ja yhteensovittaminen on haasteellinen tehtävä, sillä yhä suurempi osa kotihoitopalveluiden piirissä olevista asiakkaista ohjautuu sinne suoraan sairaalan kautta. Tilanne on sama myös kotihoitoa tukevien toimintojen (esim. omaishoidon tuki) osalta. Myös vanhainkotiin ohjautuvista asiakkaista suurin osa tulee sairaaloiden kautta. Seuraavassa aineistoesimerkissä työntekijä kuvaa sairaalasta ohjautuvien ja muualta asiakkaaksi tulevien määrällistä suhdetta kotihoidosta seuraavasti.

Hja: Mistä te tiedätte mennä sisälle? Mistä teille tulee tieto tämmöisestä (asiakkaasta, jotka tarvitsevat palveluja – lisäys ma-n)?

Hva: Yleensä tota pääasiassa sairaalat, no sitten saattaa olla, no ehkä seuraava ryhmä eniten on omaiset ja pieni määrä sitten itse tilaa ja naapuri tilaa, talonmies, mut et kyllä se ihan sairaala aikalailla on, niin kun sanotaan kahdeksankymmentä prosenttia, arvioisin. [1102]

Gubrium (1989, 99–109) on havainnut, että asiakkaan ongelmat virittävät erilaisia suhtautumistapoja siihen, miten asiakkaan ongelmiin tulisi reagoida. Samanlaiset ongelmat voivat toimia erilaisina toimintaa käynnistävinä *koodeina*. Kotihoitopalveluiden osalta sairaalasta kotiuttamista voidaan pitää tärkeänä koodina, joka määrittelee keskeisesti palvelujen saatavuutta. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava kuvaa sairaalasta kotiutettavan asiakkaan ensisijaisuutta.

Hva: --- Näitä tämmösiä henkilökohtaisen avun tarpeita, niin kyllä mä ne olen pystynyt tyydyttämään. Et ei ole tarvinnut sanoa, että otetaanpas ensi viikolla alusta tää homma. Et jos sairaalasta kotiutetaan, niin kyllä mä olen saanu sillä hetkellä sen avun järjestymään. Mutta kyllä siitä koko ajan arvostelua tulee, että ne liian vähän saa. [2203]

Sairaala ei näin ollen määritä pelkästään sairaalapalvelujen käyttöä. Sitä voidaan nykyisissä toimintakäytännöissä pitää merkittävänä vanhustenhuollon toimijana, koska se ohjaa asiakkaita sekä kotihoidon että pitkäaikaisen laitoshoidon palvelujen piiriin. Sairaalahoittoa voidaan pitää jo siinäkin mielessä merkittävänä koodina, että se virittää työntekijät tekemään oletuksia asiakkaan laitoshoidon palvelutarpeista.

Hva: Tota, mun mielestä silloin jos mä ajattelen ihan, että asiakas siirtyy laitokseen, niin useimmiten se tapahtuu, tai oikeastaan melkein järkiään sillä tavalla, että he siirtyvät sairaalan kautta, et silloin, silloin kyllä ne asiakkaat, jotka sinne siirtyy niin mun mielestä ovat jo niin huonokuntoisia. [3304]

Sairaalasta tulevilla asiakkailla on selkeä etuajo-oikeus sekä koti- että laitoshoidon palvelujen piiriin, jolloin kotihoidosta käsin näyttää mahdottomalta saada asiakasta pitkäaikaishoittoon ilman sairaalassa tehtyä arviointia. Tällöin väistämättä lääketieteellisten perusteiden merkitys koti- ja laitospalvelujen päätöksenteossa vahvistuu ja muut sosiaaliset tarpeet saattavat hävitä tai hukkaa lääketieteellisten perusteiden taakse aikaisempaa enemmän.

7.2 Lääketieteelliset perusteet koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa

Thorslundin et al. (1997) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on meneillään yhtäaikaaisesti kaksi muutosprosessia, joista ensimmäistä voi nimetä sosiaalipalvelujen *medikalisaatioksi* ja toista terveyspalvelujen *demedikalisaatioksi* (myös Lightfoot 1995, 111). Tällöin sosiaalipalvelujen (kotipalvelut, vanhainkotihoito) saamista alkavat määrittää lääketieteelliset perusteet ja terveyspalvelut (kotisairaanhoido, sairaalat) joutuvat yhä useammin kohtaamaan myös asiakkaiden sosiaalisia ongelmia.

Kayser-Jones (1995, myös Latimer 2000, 385) havaitsi, että erityisesti lääkärit saattavat tehdessään päätöksiä iäkkään henkilön hoidosta joko *ali- tai ylikorostaa* lääketieteellisiä näkökohtia (under/over medicalisation). Lääketieteellisten näkökohtien ylikorostaminen palvelujen päätöksenteossa saattaa johtaa siihen, että iäkkään henkilön sosiaaliset tarpeet ohitetaan (myös Latimer 1997, 150–151).

Vanhusasiakkaan lääketieteellisten ongelmien alikorostamisesta tai vähättelystä saattaa puolestaan seurata palvelukäyttäjän syrjäytyminen palvelujärjestelmän palve-

lujen piiristä. Esimerkiksi nykyiset erikoissairaanhoidossa vallitsevat toimintakäytännöt sulkevat yhä useimmin ikääntyneet palvelujensa piiristä. Seuraavassa haastateltava kuvaa vallitsevaa erikoissairaanhoidon suhtautumistapaa vanhusasiakkaisiin:

Hva: No ensinnäkin sen verran haluaisin sanoa tosta suhtautumisesta tommosiin sairaisiin vanhuspotilaisiin, että yleisenä piirteenä välillä harmittaa, että jotkut lääkärit edelleenkin ei oikeestaan riittävän aktiivisesti ja positiivisesti suhtaudu heidän hoitoonsa ja ikään kuin he haluaisi systemaattisesti saneerata heidät erikoissairaanhoidosta muualle... [4405]

Medikalisaatio puolestaan saattaa näkyä palvelujen päätöksenteossa siten, että päätökset tehdään tiukasti lääketieteellisen tiedon varassa. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltavat työntekijät kertovat, miten lääketieteellisten näkemysten ensisijaisuus tulee näkyviin myös laitoshoidon päätöksiä tekevän SAS-kokouksen päätöksentekokäytännöissä.

Hva1: Kenenkä sana painaa? Lääkäriin sana painaa paljon. Hyvin pitkälle sas-toiminta on tätä sairaaloiden potilasvirran hallintaa niinkun sairaalan intressit, että äärimmäisen harvoin suoraan kotihoidosta tavallaan lainausmerkeissä pääsee sitten sinne vanhainkodin pitkäaikaispaikalle, mut niin se varmaan on kaikkialla on. --- Ainakin jokinnäköinen tsekkaus aika sairaalassa, että aika pitkälle se on niinkun sitä, että.

Hja: Mutta että kuka tahansa periaatteessa mistä organisaatiosta tahansa -- voi pistää tän prosessin käyntiin?---

Hva1: Aloitteen voi tehdä kuka tahansa. --- Esimerkiksi nää psykososiaaliset syyt ja turvattomuussyyt, joiden pohjalta on päädytty kotihoidossa, että laitetaan tällainen pitkäaikaishoitohakemus, niin ei se kyllä täällä sassissa mihinkään liikahtaa... et se ei niinkun riitä näytekseen sitten kuitenkaan se turvattomuus ja tällainen psykososiaalinen...

Hva2: Se on hyvin...

Hva1: ... peruste, koska se on lääketiedekeskeistä. Sassi toimii sillä lailla. [5506]

Läketieteellisten perusteiden merkityksellisyys näkyy myös siinä tiedossa, jota käytetään laitoshoidon päätöksenteossa. Laitoshoidon päätöksenteossa käytetään usein kirjallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiin tallennettua asiakasta koskevaa tietoa. Seuraavassa otteessa laitoshoidon työntekijä kuvaa, millaisen tiedon varassa laitoshoidon päätöksiä tehdään.

Hja: Entä täällä sas-ryhmässä sitten pohditaan sitä, että mikä on oikea hoitopaikka tälle potilaalle, niin mitä kaikkia tietoja siinä on käytettävissä silloin (puhuu päälle)?

Hva: Siellä on ihan lääketieteellinen, siellä on se hoito- ja palvelusuunnitelma, mikä on tehty jo silloin siellä kotipalveluajalla.--- Elikkä sit siihen on lääkärintodistusta, lääkäri on tehnyt todistuksen ja niitä sitten yhdessä sitten ja tietenkin on siellä on sitä osastolta saatavaa tietoa, et jos asukas on kuinka kauan tai henkilö on kuinka kauan ollu tuolla osastolla jo --- ja se mitä siellä on keskussairaalasta, jos on epkriisiä tullu ja ne on käytettävissä

*ja ne osaston kaikki ne paperit, niin ne on siellä käytettävissä. Mut sitten kun asukas siirtyy tänne (vanhainkotiin – lisäys ma-n), niin sitten se tiedon tulva loppuukin elikkä me saadaan vaan epikriisi tänne, kun hän siirtyy.
[7707]*

Pitkäaikaisen laitoshoidon päätöksenteon yhteydessä käytetään runsaasti erilaista tietoa, mutta hoitosuunnitelmaa tehtäessä ei useinkaan ole käytettävissä muuta tietoa asiakkaasta kuin sairaalasta lähetettävä epikriisi. Käytettävissä olevan tiedon ja sen määrän epäsuhta sijoituspäätöksen ja hoitosuunnitelman välillä kertoo ennen kaikkea sitä, miten merkityksellinen sijoituspäätös on suhteessa myöhemmin laitoksessa tehtävään hoitosuunnitelmaan.

Rosenin et al. (1995) mukaan päätöksenteko ruohonjuuritasolla perustuu relevanttiin ja validiin tietoon, mutta päätöksenteossa yhdistyvät myös arvot ja eettiset periaatteet (Metteri 1993, 95; myös Parviainen 1994, 271–272; Viitala 1990, 15–17). Tällöin päätöksentekoa ei voi määrittää pelkäksi kognitiiviseksi tapahtumaksi. Palveluiden päätöksenteossa joudutaan jatkuvasti yhteensovittamaan asiakkaan tarpeet tarjolla oleviin palveluihin. Ruohonjuuritason työntekijät joutuvat kuitenkin nykyisissä palvelujen päätöksenteon käytännöissä suuntaamaan erityisen mielenkiinnon ainoastaan lääketieteellisesti todettuihin tarpeisiin. Asiakkaiden erilaiset palvelutarpeet tulevat asiakasprosesseissa kuitenkin näkyviksi.

Hva: Ja se nyt kyllä se tietysti kun puhutaan vanhuksista, jos otetaan vanhukset ryhmänä, niin kyllähän se on useasti tämmönen toimintakyvyn muutos tapahtunut siellä kotona ja mut et kyllä se yksinäisyys ja masennus on... kumminkin keskeisiä. Ne niinkun näkyy ihan siellä läheteissä ihan, ihan systemaattisesti. [5506]

Läketieteelliset perusteet vaikuttavat merkittävästi palvelujen päätöksenteossa järjestelmän ruohonjuuritason käytännöissä. Ne ohjaavat palvelujen päätöksentekoa voimakkaasti siihen suuntaan, että palvelut ohjautuvat lääketieteellisesti huonokuntoisimmille ja kiireellisimmille apua tarvitseville asiakkaille. Usein haastatteluissa esiin nousevat asiakasta koskevat kulttuuriset oletukset ja asiakaskategorisaatiot liittyivät asiakkaiden valikoitumisprosesseihin. ”Huonokuntoisuus”, ”kiireellisyys” ja ”viime-sijaisuus” ovat useimmiten haastattelupuheissa tuotettuja määreitä asiakkaalle. Ne määrittivät keskeisesti koti- ja laitoshoidon saatavuutta.

Asiakaskunnan huonokuntoisuus merkitsee myös sitä, että työntekijöiden täytyy entistä huolellisemmin kiinnittää huomio asiakkaan kotona selviytymisen ja selviytymättömyyden arvioimiseen. Käytännössä niiden välisen rajan määrittäminen ei ole helppoa.

Hja: Minkälaisia eettisiä kysymyksiä tai ongelmia käytännössä tulee vastaan?

Hva: No lähinnä se tulee asiakastasolla siinä mielessä, että kuka voi olla vielä kotona, kuka saa olla vielä kotona ja kenen uskalletaan vielä antaa siellä olla. [2203]

Haastatteluissa palvelujen päätöksentekoa kuvattiin toiminnaksi, joka perustuu tarkkaan ja huolelliseen asiakkaan tarpeiden arviointiin. Seuraavassa aineistoesimerkissä kerrotaan asiakastapauksesta, jossa voitiin purkaa pitkäaikaisen laitoshoidon päätös. Päätöksen taustalla oli se, että laitokseen sijoittamisen jälkeen asiakkaan tilanne ja toimintakyky kohentui suurelta osin sen vuoksi, että asiakkaan sosiaaliin ja psyykkisiin tarpeisiin oli mahdollista vastata vasta laitoshoidossa. Näiden tarpeiden huomiointi ei ole kotihoidossa aina mahdollista.

Hva: --- Et voidaan hoitaa vähän ylikin ja sitte vähennellään, jos näkee et hänestä löytyy potentiaalia ja joskushan käykin niin. Et ihminen tulee hyvästi masentuneena ja yksinäisyyden ja muun jälkeen. Meillä on näitäkin esimerkkejä ihan. Pari kuukautta meillä on tehny ihmeitä. Jonkun kohdalla on laitospaikkapäätös purettu. --- Eli niinkun se että, se että on joukko, on joukossa mukana, ihmissuhteet viris, virkeytyy tässä, hää oppii käymään syömässä ruokasalissa ja tulee yhä vaan omatoimisemmaks ja kun meillä on kaikkee toimintaa ja tapahtumia niin, innostuu elämästä uudelleen ja huomaakin, että enhän mä oookkaan niin sairas. Täällä on vieläkin sairaampii ku minä. Et niinku tavallaan, näitäkin onnellisii et voidaankin sitten joku mahtava palveluarsenaali purkaakki aika minimiin. [9909]

Asiakkaiden koti- ja laitoshoitotarpeiden arviointi ei ole helppo tehtävä. Koti- ja laitoshoidon päätöksissä huomion kiinnittämisestä ainoastaan ”huonokuntoisiin” ja ”kiireellisiin” voi seurata se, että asiakkaan psykososiaaliset tarpeet ohitetaan kokonaan. Asiakas voi kuitenkin tulla joskus autetuksi ja asiakkaan kotona selviytymistä voidaan tukea pelkästään jo sillä, että hänen sosiaaliset tarpeet otetaan huomioon (Ala-Nikkola ja Metteri 2001). Tarkastelen seuraavassa lähemmin asiakkaiden raskashoitoisuuden ja huonokuntoisuuden määrittämää koti- ja laitoshoidon päätöksentekoa.

7.3 Asiakaskunnan huonokuntoisuus ja raskashoitoisuus palvelupäätösten perusteena

Asiakkaiden raskashoitoisuuden ja huonokuntoisuuden lisääntymistä on vaikea välttää millään palvelujärjestelmän tasolla. Kotihoidon osalta asiakaskunnan muutos näkyy selvimmin asiakaskäyntimäärissä, jolloin yhä useammin kotihoidon palvelut joudutaan aloittamaan heti maksimissaan.

Hva: ...et se on selkeesti se suunta ja sit tänä päivänä kun tullaan palvelujen piiriin, vielä muutama vuosi sitten ne alko kerta viikkoavuilla ja

nyt tullaan kotiin sairaalasta ja ensimmäinen tilaus on kolme kertaa päivä, seitsemän kertaa viikkoavut, et se on se tulevaisuus. [1101]

Yksittäisen asiakkaan päivittäisten käyntimäärien runsaus kertoo paljon kotihoivon asiakaskunnan toimintakykyisyydestä. Asiakkailta on yhä useammin useita ongelmia, jotka vaikeuttavat hänen kotona selviytymistä. Harvinaisia eivät ole tilanteet, jossa asiakkaalla saattaa olla ongelmia liikkumisessa, muistitoiminnoissa sekä mielialassa.

Hva: --- Meillä on ollu käytössä itse asiassa semmonen luokitus (hoitoisuusluokitus –lisäys ma-n) joskus, mutta se ei oo tässä nyt moneen vuoteen ollu olemassa... Tosin niin kun se, että se luokitus oli silloin a-d:kö se nyt oli, niin nyt varmaan tällä hetkellä melkein kaikki on sitä d:tä.¹⁴ Sen takia ei toimita sitten.

Hja: Sen takia ei sitten. Joo, kyllä. ..Erilaisia d:tä.

Hva: Niin, just. Käy kun koulutodistuksien kanssa, että kaikki sai kympejä yhteen aikaan. [3303]

Asiakaskunnan muutos huonokuntoisemmaksi korostaa palvelujen päätöksenteossa palvelutarpeiden arvioinnin merkitystä. Tällöin esimerkiksi laitoshoitoon sijoitettavan asiakkaan tulee täyttää kiireellisesti sijoitettavan asiakkaan kriteerit. Aineistossa puhuttiin esimerkiksi ”kiireellisten jonosta”, jolla tarkoitettiin sitä, että vanhainkotijonoon laitettiin vain sellaiset hakijat, joiden olisi saatava paikka heti. Seuraavassa aineistoesimerkissä kiteytetään kiireellisen laitossijoituksen ensisijaisuus päätöksenteossa.

Hva: --- Ei se meidän tässä nykyisessä jonossa eikä tässä määrässä, mitä pyrkijöitä, niin ei me tullakaan mitään muuta saamaan kuin näitä kiireellisiä laitossijoituksia. Loppu sitten tehdään jollakin muulla tavalla. Ei mitään hurskaita toivomuksia ei kannata tässä jutussa antaa.--- Eli meillä siinä tapauksessa, että joudutaan, HUOM! joudutaan laitossijoitukseen, laitossijoituksia tehdään vain kiireellisenä. [6607]

Kiireellisyys-kategorian saaminen ei kuitenkaan nykyisten toimintaehtojen valitessa takaa asiakkaalle sitä, että hän pääsee kiireellisesti tehdyn päätöksen perusteella myös kiireellisesti laitoshoitoon, vaan asiakkaat joutuvat usein kiireellisen päätöksen jälkeen odottamaan ja jonottamaan hoitopaikkaa. Esimerkiksi yhden alueen¹⁵ vanhainkotijonossa oli haastatteluhetkellä odottamassa 34 kiireellistä laitossijoitusta. Haastateltava itsekin toteaa, että tarvittaisiin yksi osasto lisää.

Hva: ... Meillä oli tänä aamuna semmonen, mä en tiedä tuleeko täällä myöhemmin puhetta, mutta siis tämmönen sas-työryhmä, selvitä, arvioi, sijoita, missä mä oon ollu tässä niin ---

¹⁴ Haastateltava viittaa haastattelussaan organisaatiossa aikaisemmin käytettyyn lomakkeeseen, jossa arvioitiin asiakkaan toimintakykyisyyttä (näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syönti, lääke, pukeminen, peseminen, muisti ja psyyke) neljäportaisella asteikolla.

¹⁵ Molemmissa tutkimuskaupungeissa sosiaali- ja terveystoimi oli alueellistettu ja toisessa myös SAS-kokoukset toimivat alueellisesti siten, että jokaisella alueella oli oma SAS-ryhmä.

Hja: Mitenkä se on toiminut?

Hva: Kyllä se musta toimii aika hyvin, yllättävän hyvin. Tänäänkin meillä oli hyvin semmonen mukava tunnelma--- ja me tässä mietitään, että just tänään puhuttiin, että me tarvittas oikeestaan yks osasto lisää varmaan, et me saatas, meillä on nytkin siinä oli jo tänä aamuna tänne hyväksytyjä entisessä kokouksessa 23, joilla ei ole vielä tänne paikkaa ollu vanhainkotiin ja sitten nyt hyväksyttiin yhteensä 11 uutta odottamaan. [7708]

”Kiireelliset laitossijoitukset” kertovat ennen kaikkea kysynnän ja tarjonnan välistä epäsuhdasta, mutta ne kertovat myös siitä, miten radikaali muutos vanhainkoti-hoidossa on tapahtunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Seuraavassa kuvataan vanhainkoti-hoidon nykytilaa, jossa vanhainkodit ovat muuttuneet terveyskeskusten vuodeosastoiksi.

Hva: --- Ja sillen alotettiin näillä asunnottomilla ja alkoholisteilla ja näillä ja tänä päivänä niin se on menny näihin yhä huonokuntoisempiin, elikkä tuota, vanhainkodin luonne on muuttunut sillälaila, että me hoidamme entiset kroonikkosairaat, jotka oli ennen terveyskeskuksissa. Tää on niinkun koko ajan muuttunut, että kun asiakas tulee vanhainkotiin, niin hänellä täytyy olla siellä jo valmiina sitten mielellään pitäs olla jo sairaalasänky, geriatrinen tuoli ja kuntoutusvälineet. Me palvelemme iäkkäitä ihmisiä, ihmisten keski-ikä on nousut ja todella tää että se hoitoisuus on raskashoitosta ja näin ollen tää kakku on tullu meille. [8809]

Pitkänen (1994, 221) pitää suomalaista vanhusten laitoshoidoa verrattain nuorena ilmiönä. 1800-luvun viimeisinä vuosikymmeninä kunnat alkoivat perustaa vaivais-talojen nimellä tunnettuja köyhäinhoitolaitoksia. Vaivaiskodeissa hoidettujen vanhusten hoidon perusteena ei ollut tuolloin korkea ikä, vaan köyhyys ja asunnottomuus. Koti- ja laitoshoidon asiakkaiden muuttumisessa huonokuntoisemmiksi ja raskashoitoisimmiksi on kysymys ennen kaikkea siitä, miten merkittäviä rakenteellisia muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja sen eri organisaatioissa on tapahtunut. Aikaisemmin erikoissairaanhoidossa hoidetut potilaat hoidetaan nykyisin ensisijaisesti terveyskeskuksissa ja terveyskeskusten vuodeosastojen potilaat ovat puolestaan vanhainkotien tai palvelutalojen asukkaita ja ennen vanhainkodeissa hoidetut asukkaat sen sijaan hoidetaan ensisijassa kotona kotihoitopalvelujen ja omaisten tuella.

Vanhustenhuollon palvelujärjestelmän eri organisaatioiden tehtäviä ja samalla myös asiakaskuntaa on tavallaan siirretty ”taaksepäin”. Muutos näkyy myös kotihoidon ja laitoshoidon asiakaskunnassa tapahtuneissa muutoksissa. Esimerkiksi kotihoidon osalta tilastot kertovat, että viimeisen kymmenen vuoden aikana asiakaskunta on selvästi vähentynyt. Kotihoidon asiakaskunnan raskashoitaisuudesta kertoo puolestaan se, että ne jotka ovat päässeet palvelujen piiriin, saavat niitä paljon. (Vaarama et al. 2002.) Asiakaskunnan huonokuntoisuus on merkinnyt palvelujärjestelmän jokaisessa organisaatioissa merkittäviä muutoksia niiden tehtävissä ja tavoitteissa. Rakenteelliset

muutoksista seuraa myös organisaatiokulttuurin muutoksia, jolloin koti- ja laitoshoidon ruohonjuuritason konkreettinen hoiva- ja hoitotyö myös muuttuu.

Hva: --- en mää näitä puutteita valita, et ku niis ois riittävästi henkilökuntaa ja tietysti tarvitaan hirveen iso asennemuutos täällä tälle henkilökunnalle, et hoidetaan huonokuntoisia ihmisiä. --- Tää on siis tää suurin ongelma tää asenne juttu niin avokentällä kuin täällä laitoksissa. Et pelkkä resurssien lisäys ei riitä vaan tarvittais myös asennemuutosta, mut se tietysti tapahtuu hitaasti.[1103]

Palvelujärjestelmän rakenteissa ja organisaatioiden tehtävissä tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet merkittävästi koti- ja laitoshoidon päätöksentekokäytäntöjen muutokseen. Latimer (1997, 154–155) on todennut, että nimeämällä työntekijöiden toimintaa yksinkertaisesti vain asenneongelmaksi tai haluksi stereotypisoida ikääntyneitä ihmisiä, jätetään ottamatta huomioon, että työntekijöiden tekemät arvioinnit ja tulkinnat asiakkaiden palvelutarpeista ja tilanteista tapahtuvat aina jossakin kontekstissa ja konkreettisesti työntekijöiden toimintaa määrittävien ehtojen kentässä. Seurauksena saattaa olla esimerkiksi se, että palvelujärjestelmän ruohonjuuritason käytännöissä joudutaan yhä useammin korostamaan kotihoidon ensisijaisuutta silloinkin, kun sen onnistuminen on epätodennäköistä tai lähes mahdotonta (Clemens 1994).

Huomattavasti yleisempi ongelma oli kuitenkin haastatteluiden perusteella se, että esimerkiksi laitoshoidon päätöksiä tekevillä työntekijöillä saattoi olla suuria vaikeuksia löytää sopivaa asiakasta pitkäaikaishoitoon. Pitkäaikaishoitoon sijoitettavien asiakkaan tulee olla ”sopivasti sairas” – ei liikaa, mutta ei myöskään liian vähän. Asiakkaan ollessa liian sairas sijoituspäätös voi epäonnistua ja asiakas joutuu palamaan takaisin sairaalahoitoon. Seuraavassa työntekijä kuvaa, miten vaikeaa päätöksenteko on silloin, kun sitä ensisijassa määrittää asiakkaan huonokuntoisuus ja viimesijaisuus ja kun palvelujärjestelmän tarjoamilla kevyemmällä palveluvaihtoehtoilla ei pystytä vastaamaan asiakkaiden hoidon ja huolenpidon tarpeisiin.

Hva1: ... sitä on sas-työryhmissäkin keskusteltu et saadaanko lupa sijoittaa tavallaan kevyemmin kriteerein näihin palveluasuntoihin ihmisiä. Koska on huomattu, että ne ei pärjää sitten, kun me joudutaan sijoittamaan tavallaan niitä, joille on ensin ilmoitettu, että pitää olla ensin raskas kotipalvelu-arsenaali siellä omassa kodissa ja vasta sen jälkeen voidaan aatella jotain palveluasumista. Ei siihen oikein saatu semmosta, ei koettu, että oltais saatu semmosta siunausta sille, että nyt voitaiskin vähän parempikuntoisia laittaa, jotka pärjäis. Nyt tilanne on valitettavan usein se, että ne tulee kyllä sitten maitojunassa takaisin tänne sairaalaan ... ja se on tosi, se on sellasta rallia sekä omaisille, että myöskin musta se on kauheeta työnhukkaa... ja rahaakin palaa siinä kaikilta. [5506]

Asiakkaiden huonokuntoisuuden ja raskashoitoisuuden määrittämä päätöksenteko ei välttämättä takaa päätösten oikea-aikaisuutta eikä myöskään taloudellista rationa-

liteettia. Tarkastelen seuraavassa lähemmin palvelutuotannon taloudellisten reunaehtojen ja resurssipulan merkitystä koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa.

7.4 Liian vähäisten resurssien vaivaama palvelutuotanto

Haastatteluaineistossa puhutaan paljon toimintaa määrittävistä taloudellisista reunaehdoista ja siitä, miten ruohonjuuritasolla joudutaan jatkuvasti kohtaamaan asiakkaan tarpeita, joihin ei voida vastata joko ollenkaan tai ei ainakaan riittävästi. Useimmiten tarpeisiin ei pystytä vastaamaan palvelujärjestelmän resurssipulan vuoksi, joka käytännössä tarkoittaa laitoshoidossa pulaa hoitopaikoista, riittävästä henkilökunnasta ja laitteista. Henkilöresurssien vähäisyys on myös ongelma kotihoidossa.

Resurssien vähäisyys on yksi keskeisin haastatteluissa tuotettu formaali ehto, joka määrittää ylipäättänsä palvelujen tuottamista ruohonjuuritason käytännöissä. Resurssien vähäisyys vaikuttaa suoraan asiakkaiden valikointikäytäntöihin ja kriteereihin. Eräänä asiakkaiden valikointikeinona voidaan pitää myös tiedottamisen vähäisyyttä. Ylipäättänsä tiedon saaminen palveluista ei ole aina asiakkaille helppoa. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava kertoo, miten palveluja ei ole tarvinnut erikseen mainostaa, koska kysyntää on ilman sitäkin riittävästi.

Hva: ...meidän ei tarvinnu koskaan mainostaa palveluja, kysyntää on ollut niin paljon, et se varmaan siihenkin on ollut yhteydessä, mut kyl sitä paljon enemmän tietoo täytyy olla. [3303]

Palvelujen niukka mainostaminen on ennen kaikkea kuitenkin keino säännöstellä asiakkuuksia. Palveluja ei turhaan mainosteta, joka samalla entistä enemmän lisää myös asiakkaiden palvelujen piiriin tulemisessa ammattilaisten ja toisten organisaatioiden ohjaamisvastuuta, mutta myös valtaa. Niukat resurssit ovat yhtäältä ruohonjuuritason toimintaa, palvelujen tuottamista ja päätöksentekoa rasittava ja hankaloittava tekijä, mutta toisaalta niukentuneista resursseista seuraa myös tiukempia asiakkaiden valikointikriteerejä ja asiakkaiden palvelutarpeiden arviointikäytäntöjä. Niukkoihin resursseihin vetoaminen palvelupäätösten tekemisen yhteydessä lukitsee neuvottelumahdollisuudet olemattomiksi asiakkaan ja hänen omaisten näkökulmasta. Niukat resurssit tai resurssien puute on todellinen este ja reunaehto, joka täytyy ottaa huomioon asiakkaan palvelujen päätöksenteossa, mutta samanaikaisesti puhe resurssien vähäisyydestä on perustelu, joka esitetään asiakkaalle silloin, kun hänen palvelutarpeisiin ei voida vastata joko ollenkaan tai ei ainakaan hänen toiveidensa mukaisesti. Resurssien vähäisyys näkyi konkreettisemmin esimerkiksi kotihoidon käytännöissä asiakkaiden käyntimäärien säännöstelynä.

Hja: Entäs sitten tätä palvelun riittävyttä että saavatko kaikki palveluu. Miten te arvioitte niitä?

Hva: No jos mä katon tästä ihan näin omalta kannaltani tällä hetkellä niin kaikki ei saa jotka sitä määrää mitä tarvii.

Hja: Mistä sä tiedät sen?

Hva: Mä tiedän että mulla on tässä tämmönen nivaska ihmisiä jotka on pyytänny kolmea kertaa päivässä ja mulla ei oo mitään mahdollisuutta tässä vaiheessa vielä antaa sitä. [5505]

Monissa haastatteluissa kerrottiin myös eri palveluiden tai organisaatioiden jonoista, jotka kertovat väistämättä siitä, että vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä on sellaista kysyntää, johon ei yksinkertaisesti voida vastata. Seuraavassa aineistoesimerkissä kuvataan pitkäaikaishoidon jonotilannetta. Kun jonossa on yli sata ihmistä, muutamalla viikoittain vapautuvalla vanhainkotipaikalla ei voida purkaa jonoja, varsinkin kun jonoon laitetaan joka viikko uusia ihmisiä.

Hva2: Siellä on satakunta nimee tuossa listassa.

Hva1: Täällä on tämmösiä kaksi vuotta sitten jonoon laitettuja. Ei täällä sen vanhempia. Nyt ne on raakattu täältä varmaan just pois, mutta et täällä oli, ei ollut kauankaan, kun mä katoin, täällä oli semmosia kun herää kysymys, että mikä jonon merkitys sen kuntoiselle ihmiselle, joita laitetaan tuonne silloin ja silloin.---

Hva2: Se johtuu siitä, että jaettavaa ei ole. --- Et se on ihan tyypillistä, että viikottain viis uutta hakemusta per vanhainkotipaikka.[5506]

Jonot voidaan ymmärtää koko palvelujärjestelmän tai organisaatiotason asiakkuuksien säätelykeinoksi. Sen sijaan asiakastyön tasolla työntekijöiden aikaresurssit ja niiden säännöstely sekä ajankäytön tehostaminen ovat keskeisiä palvelujen saatavuutta koskevia säännöstelykeinoja. Haastatteluissa työntekijät puhuivat tämän vuoksi paljon kiireestä.

Kiire näkyy hoidon ja hoivan arjessa ja sen kuvattiin olevan yksi keskeisemmin hoidon ja hoivan tuottamiseen ruohonjuuritasolla vaikuttava tekijä. Puhe kiireestä on useimmiten puhetta tekemättömistä töistä.

Hja: Onko täällä semmonen ajatus, että asiakas pitäis olla tosiaan se ykkönen?

Hva: Kyllä meillä se ihanne olis, et se pitäis olla. Että me tehdään asiakasta varten työtä, et kyl se niinkun olis se meidän lähtökohta. Ja siitä tulee just nämä ongelmat, että henkilöstö haluais tehdä hyvin työnsä ja ja antaa asiakkaalle riittävästi aikaa ja kun ei sitä sitten ole olekkaan niin siinä syntyy tämmönen ristiriita ja eikä asiakkaatkaan sitä aina ymmärrä, että mitä varten heille ei oo riittävästi aikaa, miks on aina kiire. [5505]

Fisher ja Tronto (1988; myös Szebehely 1996, 32) ovat todenneet, että hyvä hoiva syntyy tiedosta, ajasta, materiaalisista resursseista ja kvalifikaatioista, joita kaikkia tarvitaan yhtäaikaaisesti. Hoivan tuottamisessa tarvitaan organisaatiota sekä fyysistä ja

emotionaalista työtä (James 1992). Hoivan onnistumiseksi ei riitä, että työntekijät tietävät mitä pitäisi tehdä. Tieto on oleellinen taustaresurssi, mutta se ei riitä yksinään. Hoivan onnistuminen on ennen kaikkea riippuvaista siitä, että työntekijöillä olisi riittävästi aikaa tehdä työnsä. Hoivan onnistumisessa on näin ollen kysymys siitä, miten hoivan tuottaminen on organisoitu ja resursoitu.

Lipsky (1980) havaitsi tutkimuksessaan, että tiukat institutionaaliset ehdot saattavat aiheuttaa työntekijöiden vieraantumista työnsä tuloksista ja hallinnan menetyksen kokemuksia. Tällöin työntekijä saattaa vieraantua myös asiakkaista ja organisaatiosta, jossa hän työskentelee (myös Eliasson 1992, 16–17). Käytännössä vieraantuminen voi aiheuttaa sen, että asiakastyö rajoitetaan mahdollisimman minimiin eikä kannusteta asiakasta hakemaan apua (myös Twigg ja Atkin 1995, 20–21). Aronson ja Neysmith (1996) käyttävät samasta ilmiöstä käsitettä depersonalisoituminen, jolla he tarkoittavat sitä, että tiukat institutionaaliset ehdot, esimerkiksi riittämättömistä työntekijäresursseista johtuva kiire, rakentavat rajaa asiakkaan ja työntekijöiden välille siten etteivät ruohonjuuritasontyöntekijä ylisitoudu asiakkaaseen.

Hja: Entä minkälainen on tämmönen hyvä työntekijä tällä sektorilla?

Hva: Täytyy olla tiettyä semmosta napakkuutta, että ei mee tuuliviirinä näitten asiakkaiden mukana. Vanhukset osaa pyöritellä. Et täytyy osata semmonen oma, sanotaan ny sitte ammattitaito tai joku tämmönen, että se on tärkeätä semmonen tietty joustavuus. Että mun mielestä ei muuta sitten oo semmosta ihan oleellista, et kyl se jotenkin tässä sitten jakaa ne asiakkaat niin, että kun mä tiedän työntekijät ja mä tiedän asiakkaan niin pikkusen kelle mikäkin sopii, jos on mahdollista. Mutat että noin periaatteessa et semmonen tietty...onko se sitten ammattipätevyyttä vai mitähän se on, mutta semmonen tietty napakkuus. Ei voi mennä ihan liikaa sitte. Ei saa olla ystävyyssuhde, täytyy olla työsuhde. [1101]

Omassa aineistostani on jonkin verran työntekijöiden vieraantumista ja depersonalisaatiota ilmentäviä kuvauksia, mutta enemmän aineistossa on kuitenkin kuvauksia siitä, miten oman työn hallinnan menetys aiheuttaa työntekijöille jatkuvan huonon omantunnon.

Hja: Onko tullut esimerkiksi, henkilöstöltä sitten sellasta viestiä, että haluttas myös enemmän viettää aikaa siellä vanhuksen luona?

Hva: Juu, ilman muuta se tekee sellasen stressatun olon työntekijöillekin. Ja sit semmosen, just riittämättömyyttä ja kaikkee huonoo mieltä, että ei oo kaikkeensa voinu antaa, että kun kipeesti tarvis justiinsa tommosta kävelytysapua, koska se vaikuttaa siihen sen ihmisenkin olotilaan sillai, että se on tyytymättömämpi, jos se on pyörätuolissa ja se ei pääse ollenkaan ulos. Ni kaikki asiat voi olla huonosti. Et se vaikuttaa mieleenkin. [1101]

Kiire ja työn kiivas tahti aiheuttavat myös sen, ettei yksittäisen asiakkaan asioita pysty pitämään muistissa. Unohtaminen toimii tällöin defenssikeinona työn kuormittavuudelle. Kun työskentely asiakkaan kanssa voidaan päättää, voidaan asiakkaan asiat

tavallaan unohtaa, mutta työ itsessään pakottaa myös unohtamaan – uudet asiakkaat ovat odottamassa ominen tilanteineen ja tarpeineen.

Hja: Tuleeko ikinä sellasta tunnetta, että ei pysty tekemään työtään niin hyvin kuin haluaisi?

Hva: No kyllä tietysti tulee, mutta se täytyy ohittaa, muuten ei pysy tekeen tätä työtä.

Hja: Just. Millä tavalla sen voi ohittaa?

Hva: Hm. Sillä, että kun työtä on niin paljon normaalisti täällä, että pakostakin unohtuu siten se edellinen, kun tulee aina uutta ja uutta siihen. Mutta kyllä yleensä aina täytyy tehdä työnsä niin, että saa unen yöllä. [3305]

Vaikka palvelujen päätöksenteko tapahtuu järjestelmän ruohonjuuritasolla, ruohonjuuritason työntekijöiden liikkumatila sekä palveluiden tuottamisessa että päätöksenteossa rajautuu käytettävissä olevien resurssien perusteella eikä työntekijöillä ole juurikaan keinoja vastustaa tai välttää niiden merkitystä. Työntekijöiden näkökulmasta esimerkiksi päätöksenteon paikantuminen ruohonjuuritasolle tarkoittaa käytännössä epämiellyttävien ja vaikeiden päätösten tekoa alhaalla organisaation hierarkiassa (Hoggett ja Martin 1994, 111).

Hva: --- onhan tossa isoista asioista kysymys, kun noita ratkaisuja tehdään ja tavallaan kun meillä ei oo rahaa käytössä, ei me voida vaikuttaa mihinkään sen kummemmin --- että me toimitaan näillä meille annetuilla resursseilla ja me täytetään ne paikat mitä meillä on täytettävissä mahdollisimman hyvin ja toimitaan mahdollisimman oikein --- Mutta ei tuo mikään hirveen haluttu kerho (sas-kokous –lisäys ma-n). [5506]

Päätöksentekotilanteessa on tärkeää, että organisaation säännöt noudattavat korrektin toiminnan ohjeita. Hugman (1991, 72) on todennut, että sääntöjen ”venyttäminen” ja rikkomisen ovat professioiden keinoja, joilla ne voivat vastustaa organisaatioiden hierarkkisia rakenteita ja liian tiukkoja institutionaalisia ehtoja. Tällöin kiinnostavia ovat ne tilanteet, jolloin institutionaalisia ehtoja ja sääntöjä rikotaan. Niitä rikotaan monista eri syistä. Sääntö voi olla liian kompleksinen, jolloin sen rikkomisen on seurausta siitä, että sitä ei ole ymmärretty oikein. Se voi olla myös uusi tai epäselvä, että rikkojat eivät tiedä siitä tai sitä ei osata soveltaa kyseisessä tilanteessa. Sääntö voi olla myös irrelevantti, jolloin se ohitetaan. Sääntöjen venyttäminen voi olla keino väsymisen, stressin ja vieraantumisen estämisessä.

Ruohonjuuritason päätöksentekokäytännöissä sääntöjen rikkomisen mahdollisuuksia ei ole paljon. Yksi paikka, jossa sääntöjen venyttäminen ruohonjuuritasolla mahdollistuu, on kotihoitopalveluiden maksun määrääminen. Seuraavassa esimerkissä kuvataan sitä, miten sääntöjen venyttämistä perustellaan sillä, että palvelut ylipäänsä saadaan aloitettua.

*Hja: --- kellekkä tehdään esimerkiksi tää hoito- ja palvelusuunnitelma?
Hva: Kaikille tehdään, missä käydään säännöllisesti, vähintään joka toinen viikko, niin se ainakin pitäis tehdä, koska se maksukin määräytyy, et maksupäätös täytyy tehdä siinä, että satunnaisia kotikäyntejä kyllä tehdään. Mutta periaatteessa kaikille, jossa käydään vähintään joka toinen viikko. Mutta kyllähän siinä tietysti sitä jonkin verran käytännön työ sanelee, että sitten saatetaan viivyttää sitä palvelusuunnitelman tekemistä ja mennä kertamaksulla jonkun aikaa ja sen tyyppistä tapahtuu. [3303]*

Organisaation toimintaa ohjaavien sääntöjen ja taloudellisten resurssien tarkoituksena on varmistaa vakaa ja ennustettavissa oleva toiminta (Gummer 1998, 81). Nämä institutionaaliset ehdot, erityisesti taloudelliset resurssit, määrittävät ruohonjuuritason työntekijöiden toimintaa voimakkaasti. Szebehely (1996, 22–25) on pohtinut hoivan, hoidon, palvelun ja avun käsitteitä. Näiden käsitteiden merkitykset ovat erilaisia, kuten myös niiden sisällöt. Hän päätyy pitämään hoivakäsitettä ideologisena käsitteenä, koska se ilmentää ideaalia, jota ei voi jakaa eikä eritellä yksittäisiin tehtäviin. Nykyisissä hoidon ja hoivan käytännöissä työn pirstaleisuus ja ”liukuhihnamaisuus” ovat arkipäivää. Hoito- ja hoivatyön käytännöistä voidaan löytää yhä useammin tayloristisia piirteitä, joiden tavoitteena on tehostaa palvelujen tuottamista osittamalla ja aikataulutamalla työtä (Szelesbely 1992; myös Eliasson 1992; Eliasson ja Thulin 1989). Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava kuvaa, miten hoiva- ja hoitotyössä kysymys on ennen kaikkea perustehtävien hoitamisesta.

Hja: Ensimmäinen kysymys koskee tätä ennustetta, että ikääntyneen väestön määrä tulee kasvamaan. Kuinka tässä sinun vastualueella luulet, että se muuttaa palvelujen tarvetta?

Hva: Vanhusväestö lisääntyy, lisääntyy kaikki ne palvelut ja entistä huonokuntoisempia nää vanhukset ---

Hja: Eli palvelun tarve määrällisesti kasvaa.

Hva: Niin.

Hja: Entä onko sitten jotkut tietyt palvelut, joita ehkä tarvitaan enemmän?

Hva: No, kun must tuntuu, että juuri tuo kotona selviytyminen aamusta, päivästä, illasta.

Hja: Eli tällästä tarvittas oikeastaan semmosta apua, että monta kertaa päivässä?

Hva: Perus. Niin-i. Sitä perusjuttua.--- Enemmän semmosta, se on, se keskittyy kauheasti siihen perusjuttuihin. Siihen vaan on aikaa.---[5505]

Keskittyminen perustehtävään näkyy ruohonjuuritason päätöksenteon käytännöissä työntekijän vähäisenä liikkumavarana, mutta ennen kaikkea se näkyi asiakastason ja yhteistyön ongelmina. Työntekijöillä ei ole riittävästi aikaa asiakkuuden eikä ammattilaisten ja organisaatioiden välisen yhteistyön rakentamiseen. Työntekijöillä ei yksinkertaisesti ole riittävästi aikaa keskustella, analysoida eikä neuvotella koti- ja laitoshoidon päätöksistä. Tarkastelen seuraavassa luvussa näitä päätöksenteon eri vaiheissa tapahtuvaa eri osapuolien välisiä neuvotteluita lähemmin.

8 KOTI- JA LAITOSHOIDON PÄÄTÖKSENTEKO NEUVOTTELUINA

8.1 Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän neuvottelu- ja yhteistyökäytännöt

Vanhustenhuollon käytännöissä lähes kaikki professionaaliset alat ovat joutuneet kohtaamaan vanhenemisen ja vanhuuden kysymyksiä (Koskinen 1993, 83). Nykyisissä olosuhteissa yhteistyön vaateet ovat entisestään korostuneet, koska vanhusasiakkaat ovat yhä useammin samanaikaisesti monien eri organisaatioiden asiakkaita. Dingwall ja Strong (1997, 139) käyttävät käsitettä 'neuvoteltu järjestys' (negotiated order) vastakohtana rationaaliseksi ja tavoiteorientoituneeksi ymmärretylle päätöksenteolle. Neuvoteltu järjestyskäsite on alun perin Straussin (1963) esiinnostama käsite. Hänen mukaansa kaikki sosiaalinen järjestys on neuvoteltua. Neuvoteltu järjestyskäsite sopii erityisen hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon moniammattillisten ja moniorganisaationaalisten toimintakäytäntöjen tarkasteluun.

Päätöksenteon voi ymmärtää prosessiksi, jossa haetaan kompromisseja ja neuvotellaan eri osapuolien ja intressien välillä. Neuvotteluja toisten palvelutuottajien, organisaation edustajien, toisten ammattikuntien, asiakkaiden ja omaisten kanssa voidaan pitää olennaisena osana koti- ja laitoshoitopalvelujen päätöksentekoa. Neuvottelutaidot ovat tärkeä osa myös ruohonjuuritason työntekijöiden ammatillista osaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä työskentelevän työntekijän on entistä tärkeämpää ymmärtää järjestelmään sisältyviä monimutkaisia vuorovaikutussuhteita (Sarala ja Sarala 1998). Vuorovaikutussuhteiden ymmärtäminen edellyttää, että työntekijät ymmärtävät järjestelmiä, toisia organisaatioita ja ammattilaisia, mutta ennen kaikkea tärkeää on ymmärtää itsensä osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta.

Hva: ---Musta se semmonen,, että näkee ittensä osana kokonaisuutta on A ja O. Että ei se oo kotipalvelu, missä me ollaan töissä vaan se on koko tää palvelujärjestelmä, koska meidän asiakkaat sinkoilee tässä suuntaan jos toiseen. [4406]

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä on pitkään ollut käytäntöjä, jotka sisältävät velvoitteita eri organisaatioiden ja ammattilaisten yhteistyölle. Toimijoiden välisiä yhteistyösuhteita voidaan löytää palvelujärjestelmän, organisaatioiden, professioiden ja asiakastyön tasolta. Profiessioiden välistä yhteistyötä nimitetään *ammattien väliseksi yhteistyöksi* (interprofessional collaboration) ja eri toimijoiden ja organisaatioiden vä-

listä yhteistyötä puolestaan *organisaatioiden väliseksi yhteistyöksi* (interorganisational collaboration) (Reitan 1998).

Caldock (1993) on todennut, että useimmiten yksittäistä asiakasta koskevat päätökset tehdään organisaation sisällä (within organisations) eikä niiden välillä (between organisations). Vaikka vanhustenhuollossa asiakkaat ovat yhä useammin koko palvelujärjestelmän asiakkaita, ruohonjuuritason päätöksentekoa ohjaa merkittävästi se organisaatio ja sen intressit, jonka asiakkaaksi häntä ollaan siirtämässä. Asiakkuuden ymmärtäminen koko palvelujärjestelmän asiakkuudeksi ei ole ongelmatonta.¹⁶

Hudsonin (1993a, 363) mukaan organisaatioiden välinen yhteistyö edellyttää väistämättä organisaation rajojen madaltamista ja toisen huomioonottamista, mutta tällöin organisaatiot pelkäävät menettävänsä vapautta ja autonomiaa. Käytännössä eri toimijoiden välille voidaan paikantaa sekä formaalisia että informaalisia rajapintoja. Formaaliset rajapinnat noudattavat hallinnollisia ja organisatorisia rajalinjoja ja informaaliset puolestaan ovat erilaisiin organisaatioihin ja ammatteihin liittyviä ajattelu- ja toimintatapoja, joiden muuttaminen on siltikin vaikeaa, vaikka rajat olisikin poistettu formaalisti (myös Dalley 1989, 115–116). Sandfort (1999, 335) on nimennyt informaalisia rajapintoja Sengeen (1990) viitaten organisaation *mentaaliseksi malleiksi*. Ne voidaan ymmärtää organisaatioiden vallitseviksi ajattelutavoiksi, jotka jäävät usein organisaatioiden ulkopuolella oleville näkymättömiksi. Näkymätöntä on vaikea tavoittaa tutkimuksellisesti muuten kuin menemällä organisaatioiden sisään, jolloin etnografiset lähestymistavat voivat antaa niistä viitteitä.

Mentaalisia malleja voidaan paikantaa usein organisaation rakenteista, jossa ne tulevat vastaan yhteistyön esteinä ja organisaatioiden välisinä rajapintoina. Vanhustenhuollossa eri toimijoiden, organisaatioiden ja ammattilaisten väliset rajapinnat voidaan paikallistaa sosiaali- ja terveydenhuollon, avo- ja laitoshuollon, perus- ja erityispalvelujen sekä julkisen, yksityisen ja järjestöjen ja omaishoidon välille (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997; myös Johansson ja Thorslund 1994, 35). Usein ne tulevat näkyviin erilaisten siirtymävaiheiden aikana. Vanhustenhuollossa keskeisiä siirtymävaiheita ovat sairaalaan sisäänottaminen ja sairaalasta kotiuttaminen. Brittiläisten tutkimusten mukaan esimerkiksi siirtyminen sairaalahoidosta kotiin ei ole ongelmatonta, koska jäykät professionaaliset ja hallinnolliset toimintakäytännöt estävät sektoreiden ja organisaatioiden välistä yhteistyötä ja päätöksentekoa (Russell ja Brenton 1989, 226). Tämän lisäksi yhteistyön ongelmissa tai koreografian toimimattomuudessa on usein kysymys yksinkertaisesti aikapulasta, jolloin organisaatioilla ei ole mahdollisuutta sopia ja neuvotella yhteistyön periaatteista.

¹⁶ Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä on käyty vilkasta keskustelua palvelujen integraatiosta. Halley (1997, 153) nimeää tämän tavoitteen pyrkimykseksi organisaatorajojen ylittämiseksi tai organisaatorajojen häivyttämiseksi kokonaan (boundary spanning/boundarylessness).

8.2 Organisaatioiden välinen yhteistyö

Reitan (1998, 287) on todennut, että jokaisella organisaatiolla on yhteistyösuhteita toisiin organisaatioihin ja jotkut niistä ovat vähemmän tärkeitä, toiset taas välttämättömiä. Esimerkiksi vielä 1990-alussa ilmestyneessä oppikirjassa (Lehtonen et al. 1990, 96–100) ”Kotipalvelu sosiaalihuollon työmuotona” kuvataan kotipalvelutyötä sosiaalihuollolliseksi työksi, jonka keskeiset yhteistyökumppanit löytyvät sosiaalihuollosta (esim. sosiaalityöstä, vanhainkodeista). Terveystieteiden organisaatiot eivät vielä tuolloin nousseet yhteistyökumppaneina erityisasemaan, vaan ne tuotettiin kotipalvelun yhteistyökumppaneiksi kuten koulut tai vapaaehtoisjärjestöt. Vanhustenhuollon nykyisessä tilanteessa sen tärkeimmät yhteistyösuhteet paikantuvat kotihoidon osalta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välille ja laitoshoidossa kotihoidon ja laitoshoidon organisaatioiden välille.

Litwalk ja Hylton (1962; Hudson 1993a, 364) ovat jäsentäneet kolme organisaatioiden yhteistyömallia, joista ensimmäinen on *itsenäisyys* (independence). Itsenäiset organisaatiot tekevät yhteistyötä vasta sitten, kun on aivan pakko. *Riippuvuus* (interdependence) puolestaan tarkoitetaan sitä, että organisaatiot voivat onnistua vain, mikäli ne tekevät yhteistyötä. Kolmas yhteistyömalli on *konflikti*, joka voi olla rakenteellinen tai toiminnallinen. Tällöin organisaatiot eivät saavuta keskenään yhteisymmärrystä yhteistyön tavoista ja työnjaosta. Tällöin organisaatio ajautuu ”organisationaaliseen eristäytymisen tilaan” (Bogason 1998), jossa yhteistyön rakentaminen muiden toimijoiden kanssa on erittäin vaikeaa. Tällöin kaikki ”vieras” ja organisaation ja kulttuurin kuulumaton halutaan sulkea pois tehokkuuden edistämiseksi ja kaaoksen estämiseksi. Kitchener (2000, 135) käyttää käsitettä ”institutionaalinen isomorfia”, jolla hän nimenomaisesti viittaa ammattilaisten ja organisaatioiden tapaan muodostaa yhteneväisiä organisationaalisia käytäntöjä ulkopuolisten ja vieraitten elementtien poissulkemiseksi.

Brunsson ja Sahlin-Andersson (2000) ovat puolestaan jäsentäneet organisaatioita toimijoiksi (actors), agenteiksi (agents) ja areenoiksi (arenas) niiden identiteetin, aseman ja rationaalisuuden perusteella. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä sairaala on tyypillinen esimerkki areena-organisaatiosta. Näissä organisaatioissa työskentelevien henkilöiden oletetaan suorittavan tehtäviä itsenäisesti ja professiot muodostavat sen ytimen. Agentiorganisaatio sen sijaan on alistainen esimerkiksi poliittisten päätöksentekijöiden kontrollille. Tyypillinen esimerkki agentiorganisaatiosta on julkinen sosiaali- ja terveystoimi. Sen identiteetti ja rajat ovat usein epäselviä, sillä sen tehtävät on asetettu ulkoapäin ja tavoitteiden saavuttamista kontrolloidaan. (Brunsson ja Sahlin-Andersson 2000.) Toimijaorganisaatioille on tyypillistä se, että sillä on riittävästi autonomiaa ja selkeä identiteetti niin, että ne yksinkertaisesti voivat toimia: tuottaa

palveluita, tehdä valintoja ja ottaa vastuu tekemisestään. Järjestöt ovat tyypillisiä itenäisiä toimijoita vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä. Järjestöissä työskentelevät työntekijät ovat usein riippumattomia julkisen järjestelmän toimintaehdoista. Heillä paremmat mahdollisuudet asiakastyön käytännöissä esimerkiksi asiakkaan asianajajana. Järjestöt ja julkinen sektori eroavat toisistaan myös kulttuurisesti.

Hva: --- kyllä kunnallisen omaishoidon ongelma on se, että monet jättää anomatta (omishoidon tukea –lisäys ma-n) kun sanotaan jo, että rahaa ei ole, että määrärahat on pienet... että esimerkiksi jos virkailija sanoo, että ei oo rahaa, rahat on jo jaettu, niin silloin jätetään anomus tekemättä ja jäädytään tämmösen tiedon varaan, ettei oo rahaa...eikä sitä anota myöskään jatkossa. Kyllä me sanotaan, että anomus laitetaan vaikka ei oo rahaa, koska se silloin kertoo myöskin päätöksentekijöille todellisen tarpeen ...että antaa niinkun sitä oikeata kuvaa. [5507]

Julkisia organisaatioita luonnehtii byrokraattinen struktuuri, professioiden dominanssi, luottamus julkiseen hallintoon, ihmisten tasa-arvoinen kohtelu ja itseriittoisuus (Butcher 1995, 2). Salminen (1995, 56) on todennut, että julkiselle sektorille on tyypillistä, että pienetkin yksiköt organisoituvat byrokraattisesti, vaikka byrokraattinen toimintatapa on nimenomaan massahallinnon toimintaperiaate (myös Hadley ja Hatch 1981, 20–21). Näitä periaatteita on esittänyt Max Weber (1993, Salminen 1995, 62–63) hallintaa ja byrokraattista hallintaa koskevissa kirjoituksissaan. Mäntysaari (1991) nimeää sosiaalitoimistot sosiaalibyrokraatioiksi, joita luonnehtii erikoistuminen, hierarkisuus, persoonattomuus ja sääntöjen määrittelemä toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavat organisaatiot ovat kuitenkin erilaisia byrokraatioita kuin sosiaalitoimistot, koska niiden toimintaperiaatteet sekä historiallinen ja kansallinen palvelujen kehittäminen ovat muovanneet niitä esimerkiksi kotipalvelun osalta sosiaalitoimistoista erillään tuotetuiksi ja sosiaalihuollosta eriytyviksi sosiaalipalveluiksi (Rauhala 1996a). Siitä huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavista organisaatioista voidaan löytää byrokraattisia organisaatiokulttuurin piirteitä. Niiden merkitys näkyy organisaatioiden yhteistyösuhteissa sekä organisaation sisällä että sen ulkopuolella. Palveluja koskevassa päätöksenteossa merkittävää roolia näyttölee se, millaisia identiteettejä yhteistyön eri osapuolet tuottavat toisilleen. Seuraavassa aineistotteessa järjestökentän näkökulmasta julkisen palvelutuotannon keskeinen piirre on byrokraattisuus ja hierarkiat, jotka estävät ja vaikeuttavat yhteistyötä.

Hva: ehkä tää yhteistyön vaikeus kenttätyöntekijöitten kanssa on siinä, että tää kunnan organisaatio on niin byrokraattinen, että tää kenttätyöntekijä ei voikaan ... toimia ja itsenäisesti tehdä yhteistyötä vaikka haluais... ja vaikka se olisi hedelmällistä, että se pitää aina niinkin mennä sinne tiettyyn portaaseen, jossa neuvottelut tehdään ja siellä tehdään päätökset ja, ja sitten tää työntekijä tekee sen työn mikä määrätään. [5507]

Julkisten palveluorganisaatioiden organisaatiokulttuurien ”byrokraattisuus” ja ”hierarkkisuus” tulevat vastaan järjestöjen ja julkisen välisessä yhteistyössä, mutta hierarkkisuus aiheuttaa myös julkisen järjestelmän sisällä yhteistyövaikeuksia. Seuraavassa aineisto-otteessa kuvataan, miten saman terveydenhuollon organisaation sisällä eri ammattikuntia edustavien työntekijöiden on käytännössä vaikeaa tehdä yhteistyötä. Esteenä ovat nimenomaan organisaation itsensä luomat esteet tiedonsaannissa, joiden ylittäminen ei ole helppoa eikä edes aina mahdollista, vaikka työntekijät haluaisivatkin.

Hva1: Yks mikä mun mielestä on hirveen tärkeitä on nää kotisairaanhoidajan merkinnät, et mitä siellä kotona on ollut.

Hva1: Ne on musta kauheen tärkeitä. Ne kertoo monta kertaa hirveen paljon sitä. Se kotitilanne saattaa siis tosi pahakin, tosi kraavina näyttäytyy kun lähtee niinkun lukemaan, että taas se on löydetty sieltä niin ja näin ja tilanne on ollut tämä ja taas menttiin ja ei avannu ovey.

Hva2: Eli siis me nähdään kotisairaanhoidajan teksti, mutta he ei näe meidän tekstiä, että tässä tulee esimerkiksi tämmöistä.---

Hva1: Sit siinä on semmosia jänniä tuolla osastolla. Sairaanhoidajat kuulemma näkee mun tekstin, mutta perushoitajat eivät näe. Tää on tää hierarkkia... Niin musta ainakin itsestä tuntuu jotenkin. Mä teen ihan ainakin perushoitajien (kanssa yhteistyötä –lisäys ma-n). Ne on samanlaisia omahoitajia kuin sairaanhoidajatkin mun silmissäni niinkun potilaaseen nähden. [5506]

Julkiset palvelutuottajat ovat merkittävä toimijaosapuoli vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä, mutta sen byrokraattisuus vaikeuttaa yhteistyötä toisten palvelutuottajien kanssa. Konfliktien ja jännitteiden taustalla oli usein se, että yhteistyön osapuolet eivät ymmärrä toisensa tekemää työtä ja sen tekemisen ehtoja. Esimerkiksi toisen osapuolen hidas reagointi jossakin toisen osapuolen kokemassa akuutissa tilanteessa saatettiin tulkita siten, että yhteistyökumppania ei oteta vakavasti eikä hänen näkemyksiään arvosteta. Seuraavassa esimerkissä järjestön työntekijä kuvaa, miten tärkeää on tuntee yhteistyökumppani ja tietää sekä ymmärtää toisen osapuolen työtä määrittäviä ehtoja.

Hja: Mutta onko siinä kumminkin tavallista semmonen yhteydenpito ja keskustelu sitten esimerkiksi sinne kotisairaanhoidoon tai terveyskeskukseen, sossuun tai?

Hva: On kyllä. Joo. Ihan viikottain tämmösiä puheluita tulee soitettua ja kysyttyä... milloin mistäkin asiasta... Mut justiin kotisairaanhoidoon soitin ja sitten oon soittanu sosiaalipuolelle ja näin ja nyt on kiva yhden koulutuksen yks hedelmä oli just hyvin tärkeä se, että ihmisillä siellä langanpäässä on kasvot nyt. On tosi paljon mukavampi jutella asioista ... ja myöskin sitten se, et tietää niinkun heidän toimenkuvansa ja sitä rakoo missä hekin toimii, että ei niin kärkkäästi tuomitse, et jos joku asia ei heti hoidu...kun tietää, että se ei oo mitenkään ongelmatonta tai helppo heilläkään.

Hja: Joo siellä on omat kuviot joittenka mukaan ne pitää tehdä.

Hva: Niin, mutta jos ei oo mitään käsitystä niistä, niin sitä aattelee, että no, ei ne viitti tätäkään eikä totakaan. Vaikkei se siitä johdu.[9908]

Moniammatillinen työskentely ja verkostotyöskentely ovat usein esitettyjä reseptejä organisaatioiden ja palveluiden laadun ja tehokkuuden kehittämiseksi (esim. Eronen et al. 1995, Salminen 1995, 152–156). Ammattilaisten, organisaatioiden ja erilaisten palvelutuottajien yhteistyön kehittäminen ei ole kuitenkaan ongelmatonta. Monet tutkimukset kertovat siitä, miten vaikeaa sosiaali- ja terveydenhuollon, koti- ja laitoshoidon ja julkisen ja järjestöjen välinen yhteistyö voi olla (esim. Eronen et al. 1995, 79–86, Noro et al. 1992, Mustonen et al. 1993). Haastatteluissa edellä mainitut vaikeudet tulivat esiin niissä kohdissa, jossa haastateltavat kuvasivat organisaatioiden, ammattilaisten ja asiakkaiden välisiä erilaisia konflikteja ja jännitteitä (Thompson et al. 1996).

8.3 Yhteistyösuhteiden jännitteet

Ahrne (1994) on esittänyt, että konfliktit, kilpailu, yhteistyö ja vaihto ovat keskeisiä organisaatioiden vuorovaikutuksen muotoja. Tutkimuskuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri organisaatioiden välisistä suhteista voidaan löytää kaikkia edellä nimettyjä vuorovaikutuksen muotoja. Organisaatioiden välinen kilpailuasetelma syntyy helpoimmin julkisen ja järjestöpalvelutuottajien välille.

Hva: Meille kaupungin kotipalvelu on aika irrallinen, että esimerkiksi tällä alueella missä me työskennellään, niin meillä ei ole juurikaan kontaktia kotipalveluun.--- että se on aika jännä juttu, että ehkä meidät alun perin, kun tää meidän toiminta alko, koettiin uhkaksi. Kaupungin kotipalvelun henkilökunta koki sen, niin siihen ei koskaan oo sellasta linkkiä syntynyt sitten...[5507]

Kahden erilaisen organisaation, organisaatio- tai ammattikulttuurin kohdatessa saattaa syntyä konflikteja, jotka Bolmanin ja Dealin (1991, 200) mukaan voivat olla *horisontaalisia, vertikaalisia tai kulttuurisia*. Vertikaaliset konfliktit ilmenee eri organisaatioiden välillä tai saman organisaation eri yksiköiden välillä. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava kuvaa kahden organisaation välistä ”kiistaa” positiivisessa merkityksessä.

Hva: ... Mitenkä kun katsot sitä tota omalta paikaltasi tätä kaupungin ja teidän välistä yhteistyötä, niin mitenkä sä arvioisit sen siellä ruohonjuurtasolla, siellä näitten yhteisöjen ja kaupungin eri esimerkiksi sairaalan osastojen ja kotihoidon kanssa, niin mitenkä tää yhteistyö toimii sinun käsityksesi mukaan?

Hva: Mun mielestä se toimii erittäin hyvin, että esimerkiksi juur tää, että jos meiltä joku tarvii lääketarkastuksen taikka muuta sairaalapaikkaa lyhyen aikaa. Niitä on todella vähän ja ne on hyvin lyhyitä sairaalahoitoajat. Niin

kyllä se pelaa erittäin hyvin. Koska sairaalat tietää, että me ei koiteta sairaalan ketään sen tähden, että se jäis sit sinne, se ihminen, mikä on semmonen uhka... Sairaala kokee sen sillä tavalla, mutta että päinvastoin jos meillä joku kaatuu ja lonkka murtuu ja se menee naulattavaksi sairaalaan, niin me otetaan ihan jo kolmen, neljän päivän päästä takaisin ja kuntoutusvaihe hoidetaan ite, koska me saadaan hänet käveleväksi, ettei jää sinne vuoteeseen ja se sairaalajakso taannuttaa hirveesti ihmistä. Kun taas on ihan outo ympäristö ja vieraat kädet hoitamassa eikä oo tuttua ääntä eikä ymmärretä syöttää eikä muuta sillä tavalla juur kun hän on tottunut, niin sen tähden me otetaan niin nopeasti kun mahdollista takaisin ja sairaala tietää, että joskus ne sanookin, että me ei vielä anneta. .. Joskus tulee tällöinen pieni kiista, että me ei anneta teille vielä tätä. [6606]

Aineistossa oli kuitenkin huomattavasti enemmän kuvauksia kiistoista, joissa oltiin todella erimielisiä siitä, millä tavoin yksittäisten asiakkaiden kohdalla tulisi toimia. Niitä ei ole nimetä vain kiistoiksi, vaan kysymys oli isommasta tai pienemmästä konfliktista.

Hva: .. kun me nähdään, että tää ihminen ei selviä yksin, niin erittäin vaikeita tilanteita joskus saada hoitoon, että on melkein pitänyt...panna ittensä aika tiukastikin likoon ja sanoo, et nyt tätä ihmistä...ei kyllä laiteta sitten kotiin ja ...monet on jääny viimeiselle matkalleen. Mutta se on henkilökohtaisesti aika raskasta prosessia sanoo, että nyt... tää henkilö on otettava hoitoon. Mutta on muutamia tällöisiä tapauksia, joissa on pitänyt vetää aika tiukka linja ja...ja olla vähän vihanenkin. [5507]

Hornby (1993, 120–131) on jäsentänyt moniammatillisen toiminnan käytännön toteuttamisen vaikeuksia defenssi-käsitteen avulla. Hän erottelee toisistaan vetäytyvän, organisaation tai profession rajapinnoilla perusteltavan, fragmentoituneen ja organisaationaalisen puolustusmekanismin. Tällöin yhteistyön ongelmina ovat vaikeudet tunnistaa asiakas ja relevantit yhteistyökumppanit sekä vaikeudet vuorovaikutuksessa, luottamuksessa ja näkemyksissä (mt., 25–28). Yhteistyön ongelmat pelkistyvät joskus kuitenkin yksinkertaisesti liian vähäiseen tietojen vaihtoon ja tietämättömyyteen toisen osapuolen suunnitelmista. Seuraavassa aineistoesimerkissä järjestön edustaja kuvaa sitä, miten yhdestä asiakkaasta saattaa olla tehtynä useita palvelutarvearviointeja.

Hva: ... ja kaiken kaikkiaan tämä palvelusuunnitelman tekeminen on sikäli ongelmallinen, että jokainen yksikkö tekee toisistaan tietämättä palvelu- ja hoitosuunnitelmia .. ja asiakkailta voi olla niitä parhaimmillaan kolme ...ja ja tää tieto ei tällä tasolla ei niinkun kulje ja sitten, jos asiakkailta kysyy, että onko tehty, niin asiakas ei tiedä, että hänelle on tehty...kun näitä papereita tulee ja menee niin hirveen paljon, niin jotenkin asiakkaat eivät oo mieltäneet, että mikä tää palvelu- ja hoitosuunnitelma on, että meilläkin on semmosia tapauksia, kun on kysytty asiakkailta, niin on sanottu, että en minä tiedä mitä lappuja mulla tuolla kaapissa on, että kato sieltä ja sieltä on saattanut löytyä sitten. [5507]

Tedre (1996) on kuvannut vanhustenhuollon yhdeksi sotkuisimmaksi solmuksi eri ammattikuntien yhteisen toiminnan vaikeutta, jossa ammattilaiset eivät luota toisiinsa ja jossa asiakkaiden tarpeet määritellään eri tavoin eikä aito erilaisuus ole hyväksyttävää (myös esim. Archer ja Watson 1994). Edellä olevassa otteessa haastateltava kuvaa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen liittyviä kriittisiä puolia eikä ongelmallista ole ainoastaan se, että asiakkaalle voidaan tehdä eri palvelutuottajien toimesta useita hoito- ja palvelusuunnitelmia. Ongelmallista on myös se, että asiakas itse ei tiedä, onko niitä tehty ja mitä tarkoitusta varten. Asiakkaan osallisuus ja osallistuminen ei kuitenkaan ratkea yksinkertaisesti suunnitelman tekemisellä, mikäli asiakkaalla ei ole tarkempaa käsitystä lomakkeen täyttämistä.

Raja sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä on määrittynyt uudella tavalla, jolloin myös asiakkuus on muutoksessa (Ala-Nikkola ja Sipilä 1996, 28). Terveystieteidenhuollon organisaatioista siirtyy asiakkaita sosiaalipalvelujen asiakkaaksi ja päinvastoin. Tähän neuvotteluun siitä, kuka on sosiaali- ja kuka terveyspalvelujen asiakas, voidaan useimmiten paikantaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon välinen konflikti.

Hva: --- Ja sitten se tappelu ton sairaalan kanssa ett mikä on sitä hoitoo ja mikä on meidän hoitoo. [8809]

Kulttuuristen konfliktien alkuperä on erilaisissa arvoissa, traditioissa ja uskomuksissa ja niitä voidaan paikantaa ruohonjuuritason työntekijöiden keskinäisistä ja työntekijöiden, asiakkaiden sekä omaisten välisistä suhteista. Ruohonjuuritason työntekijän näkökulmasta ei ole myöskään harvinaista, että hän huomaa joutuneensa toisen organisaation, asiakkaiden ja omaisten väliselle rajapinnalle.

Hva: --- Se on kaikilla, siis se on työntekijöillä ja nimenomaan nää vanhuskysymykset on tosi keljuja siellä. Et ne on mun mielestä ne on ne pahimmat. Et siihen se kulminoituu se kurjuus sitten, kun sä oot omaisten ja vanhusten välissä siis ja sairaalan välissä.. Siellä on vanhus, joka pitää saada sairaalaan ja se on pakko panna kotiin, koska ei oo sairaalapaikkaa ja se on niukunnaukun siinä, et hän pystyy kotona olemaan, jos omaiset auttaa. Omaiset on hurjana. Miks se pannaan kotiin, kun se on niin sairas. Se tämmönen tappelu täällä näin. Et ne, jotka siä on töis, niin se on siis todella kurjaa. Se on hoitajille kurjaa, se on lääkäreille kurjaa, se on kaikille. [3305]

Neuvottelut tai kiistat asiakasvastausta ovat delikaatteja tilanteita. Asiakkaat tai omaiset eivät välttämättä ole lainkaan tietoisia organisaatioiden välisistä kamppailuista tai kiistoista. Ne ovat organisaation epävirallista toimintaa, jota ei haluta välttämättä tehdä julkisesti. Aineistossani on runsaasti kuvauksia ja kertomuksia myös asiakkaiden ja omaisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä sekä kategorisaatioita hyvistä ja huonoista asiakkaista ja omaisista. Myös ruohonjuuritason kuvaukset asiakastyön ja omaisten

kanssa tehtävästä yhteistyöstä sisältävät joskus kiistoja, joista ei useinkaan mielellään puhuta julkisesti.

8.4 Asiakastyön jännitteet

Payne (1992, 169) kuvaa asiakkuutta *määrittely- ja uudelleenmäärittely prosessiksi*. Varsinaista asiakkaaksi ottamista edellyttää asiakkaan itsensä ja vastaanottavan organisaation alustava tilanteen ongelmallisuuden määrittely. Asiakas saatetaan nähdä usein ongelmien kantajana. Howen (1987; myös Pohjola 1996, 65) mukaan ammattilaisten ongelmien jäsentämisessä elää ajatus asiakkaista, joilla on ongelmia (clients who have problems), mutta toisaalta asiakkaat ymmärretään ongelmina (clients who are problems). Seuraavassa aineisto-otteessa kuvataan esimerkki viimeksi mainitusta.

Hva: ...että on niin hankala tyyppi kenelle pitäis valmistaa ruoka, että mun pitää, mejjän pitää saada se ehdottomasti ateriapalvelun piiriin, että hankala tyyppi ja ihan naurettavaa se tempuilu siellä. Eilenki oli semmonen, ett mä sanoin, et me ei väkisin, pakottaa ei voida ateriapalveluun. Me voidaan yrittää puhua ympäri, mut jossei se ihminen sitä hyväksy, ni pakottaa ei voida. [1301]

Työntekijöiden, asiakkaan ja häntä hoitavan omaisen välisen yhteistyön rakentaminen on yksi keskeisimmistä sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän yhteistyösuhteista. Suhteen rakentaminen alkaa heti ensimmäisestä työntekijän ja asiakkaan kohtaamisesta ja ensimmäiset kokemukset toisesta osapuolesta määrittävät pitkälti myös suhdetta jatkossa.

Hja: Kun sä olet käynyt näillä kotikäynneillä, niin ootko sä kattonut siinä niitä muuta niinkun palvelutarpeita ja miettinyt muita palveluita, että niin, onko sieltä noussu minkämoisia niinkun muita avuntarpeita sitten tai johonka ois palveluilla ehkä löydettävissä apua enemmän? kuin tällä tuella?

Hva: No, ei ehkä, ei ehkä niin, tai jos tarkoitat palvelulla sitä, että et rahan vaihtoehtona palvelua?

Hja: Niin.

Hva: No iäkkäitten eläkeläisparien kohdalla niin näkisin, että se monasti olisi niinkun tarpeellisempi... Ja sitä ehdotan... Mutta siinä on ollu vähän vaikeutta, että ei niinkun osaa ottaa sinne kotiin.. kodinhoitajaa eikä... yksityistä palveluntuottajaa, kotiapua eikä... eikä tota sitten mielellään ne eivät laita vainhainkotiin intervalleihin... ja joskus on tää dementia-päiväkeskus tai palvelukeskus niin, sinnekään ei haluta, että hoidettava ei halua lähte.. eikä voi pakottaa...et siinä on melkoinen... markkinointi, mut et siinä on, että joskus on viisainta aloittaa sillä alimmalla pienemmällä rahasummalla siinäkin tapauksessa sitten että pääsee siihen sisälle tavallaan siihen ja kun useimmin tapaa, niin siiten niinkun asiat kun vanhenee, niin siinä tää hoidettava ikääntyy tai tulee huonommaksi niin sitten ne

avuntarpeet niinkun luonnollisesti tulee siihen... että tarvii sitä intervallia ja muuta. [4404]

Työntekijä kuvaa sitä, miten vaikeaa on tukea omaishoitajaa ja tarjota maksullisia palveluita silloin, kun itse asiassa neuvotellaan omaishoidon tuen saamisesta. Haastateltava myös tuottaa yhden palveluprosessien keskeisen säännön, jonka perusteella asiantuntijan arvion perusteella on tärkeää kuitenkin solmia jonkin asteinen kontakti asiakkaaseen ja edesauttaa näin ollen myöhemmin erilaisten palvelujen integroimista tilanteen helpottamiseksi.

Usein asiakkaan palveluita koskevissa neuvotteluissa lähdetään etsimään ratkaisuja asiakkaan ongelmiin. Ongelmien ratkaisuja voi ohjata useiden erilaisten strategioiden ohjaamana. Ongelmanratkaisua voi ohjata pyrkimys tuottaa palvelut mahdollisimman edullisesti (cost-cutting). Ratkaisua voi ohjata myös kompensointi (compensation) tai toimintaa ohjaava ajatus siitä, että molemmat neuvottelevat osapuolet tekevät myönnytyksiä asioissa, jotka ovat toiselle tärkeitä, mutta vähemmän tärkeitä heille itselleen (logrolling). Neljäs strategia on sillanrakentaminen (bridging), jossa etsitään vaihtoehtoa, joka tyydyttää molempia osapuolia ja jossa kummankaan osapuolen ei tarvitse tehdä kohtuuttomia myönnytyksiä. Toinen muoto sillanrakentamisesta on etsiä lisäresursseja, jotta molempien osapuolien intressit voidaan toteuttaa (expanding the pie). (Trenholm ja Jensen 2000, 352–354.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöt sisältävät myös päinvastaisia strategioita, joiden avulla vaikutetaan epäsuorasti asiakkaaseen. Tällaisia ”harmaita pakkoja” ovat muun muassa manipulaatio, taivuttelu, uhkaaminen, leimaaminen, hylkääminen ja pakottavien tai uhkaavien tarjousten tekeminen (Ketola ja Kokkonen 1993, 54). Kerley (1990) kuvaa artikkelissaan hyvää ja huonoa organisaation suhtautumistapaa asiakkaisiin. Huonot käyttäjäsuhteet ovat tyypillisiä huolimattomille, byrokraattisille ja joustamattomille organisaatiolle. Työntekijät ovat tällöin jokseenkin vihamielisiä suhteessa asiakkaisiin, organisaatiossa ilmenee aikataulussa pysymisen ongelmia, ”ota tai jätä”-asenne määrittää suhdetta asiakkaisiin.

Goffman (1961) nimeää ilmiötä binaariseksi hallintatavaksi, joilla rakennetaan rajaa työntekijöiden ja asiakkaiden välille. Coates (1994, 74–75) on kuvannut professionaalaisia diskursseja asymmetriseksi, jolloin kielen kautta tuotetaan ja rakennetaan professioita ja valtasuhteita suhteessa asiakkaisiin. Ammattilaisten tekemän arvioinnin kautta tapahtuu asiakkaan kategorisointi asiakkaaksi usein toisistaan irrallaan olevien tietojen avulla. Nämä erilaiset näkemykset tapahtumista ovat usein myös sävyiltään moralistisia (Prottas 1979, 4–5; myös Hydén 1996, 845).

Hydén (1996) on todennut, että asiakasta koskevissa päätöksissä neuvotellaan asiakkaan moraalisesta luonteesta. Smith G. (1980; myös Cousins 1987, 94; Lightfoot 1995, 106) on puolestaan todennut, että asiakkaan tarpeet konstruoituvat sosiaalisesti

ammattilaisten ideologioissa ja käytännöissä. Goffman (1963) käyttää käsitettä potilaan moraalinen ura (moral career), joka syntyy nimenomaisesti hoidon institutionalisaatio-prosesseissa (myös Spicker et al. 1995, 343). Näissä organisaatioiden asiakkaaksi ottamisen prosesseissa konstruoidaan ja tuotetaan asiakkuus (myös Jokinen et al. 1995, 13, 19–20).

Paynen (1992, 170) mukaan asiakkaan ja työntekijän suhteessa valta on keskeinen aspekti. Työntekijän näkökulmasta palvelutarpeiden arviointi on vaativa ja vaikea tehtävä eikä työn vaativuutta helpota se, että työntekijöillä on valtaa hallita vuorovaikutustilannetta ja dominoida, mitkä asiat otetaan käsittelyyn. Asiakkailla on kuitenkin keinoja vastustaa työntekijöiden dominanssia säätelämällä esimerkiksi tietoja tai elämän alueita, joista he kertovat työntekijöille. Heillä on valtaa määrittää työskentelyn kohdetta ja asiakkuuttaan organisaatioissa. Näin olleen asiakkaalla on mahdollisuuksia välttää, kieltäytyä tai ohittaa asioita, joita he eivät halua käsiteltävän. Keskeistä on kuitenkin asiakkaan ja mahdollisesti hänen omaistensa osallisuus palvelujen päätöksenteon eri vaiheiden aikana.

8.5 Asiakkaiden ja omaisten osallisuus neuvotteluissa

Ketola (1996; Saltman ja von Otter 1992) on jäsentänyt Hasenfeld et al. (1987) jäsentelyyn perusteella asiakkaan asemaa ja osallistumismahdollisuuksia exit-, voice- ja rights-käsitteiden¹⁷ avulla. Exit mahdollistaa asiakkaalle palvelutuottajan vaihtamisen. Voice puolestaan antaa asiakkaalle mahdollisuuden ja äänen vaikuttaa palvelujen sisältöön. (myös Gray 1992, 23.) Oikeudet merkitsevät sitä, että asiakkaalla on tiettyjä oikeuksia palvelujen saamisessa tai niiden päätöksentekoprosessissa. Oikeudet ovat kaiken kaikkiaan huonoiten toteutuneet eikä Suomessakaan asiakkailla ole vanhustenhuollossa subjektiivisia oikeuksia saada palveluita.

Baldock ja Ungerson (1994, 50) ovat jäsentäneet asiakkaan osallistumismahdollisuuksia julkisen vallan osallistumisen ja asiakkaan osallistumismahdollisuuksien kautta. Asiakkaan osallistumista määrittää hyvinvointivaltiomalli, jossa toisessa ääri-laidassa palvelujärjestelmää on kehitetty sen mukaisesti, että palvelutarpeet ovat ensisijassa yksilön ongelmia ja yksittäisen ihmisen on löydettävä näihin omat ratkaisunsa ilman yhteiskunnan panosta ja palvelutarjontaa. Toisessa ääripäässä hoivatarpeet ymmärretään ongelmiksi, johon yhteiskunnan on osallistuttava ja tarjottava kansalaisilleen palveluita.

¹⁷ Marshall (1976) on tarkastellut artikkelissaan oikeuksia suhteessa hyvinvointipalveluihin. Hän toteaa vanhustenhuollon palveluista, että yhteiskunnalla ei ole välitöntä intressiä huolehtia erityisesti iäkkäiden ihmisten hoivapalveluista ja tässä suhteessa hän erottaa ne koulutus- ja terveydenhuollonpalveluista.

Asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat korkeimmillaan silloin, kun asiakas on ensisijassa palvelujen kuluttaja (consumerism) ja silloin, kun järjestelmässä on turvattu mahdollisimman laajalti julkisten palvelujen saatavuus ja tarjonta (welfarism). Kuluttaja-asiakkaalla on täten mahdollisuus itse arvioida palvelutarpeensa ja etsiä hoivamarkkinoilta niihin parhaiten vastaavat palvelut. (Baldock ja Ungerson 1994, 50; myös Hautamäki 1997, 104–106.) Julkisten palvelujen käyttäjä puolestaan on aktiivinen toimija palvelutarpeiden arviointiprosessissa ja palvelupäätökset tapahtuvat yhteistyössä julkisen järjestelmän työntekijöiden kanssa (Baldock ja Ungerson 1994, 50).

Asiantuntijavallan rinnalle on tarpeellista tuoda asiakkaan autonomiaa ja valintoja korostavia näkemyksiä, mutta ne saattavat johtaa siihen, että autonomiaan ja vapauteen perustuva hallinta erottelee uudelleen ne, joilla on materiaalisia, subjektiivisia ja kulttuurisia resursseja tehdä valintoja ja ne, joilla niitä ei ole (Rose 1995, 53–54). Julkisten palvelujen asiakas (clientilism) on puolestaan asemassa, jossa hän ei voi muuta kuin hyväksyä sen, mitä julkinen palvelujärjestelmä hänelle tarjoaa (Baldock ja Ungerson 1994, 50; myös Ketola 1996).

Asiakkaan alhaista osallistumisen astetta esiintyy myös silloin, kun asiakkaat ja heitä hoitavat omaiset privatisoituvat (privatism) eivätkä huoli tarjottua apua. Lewisin ja Meredithin (1989, 198) tutkimuksen perusteella, voitiin todeta, että varsinkin puoliso-hoitajat tai ylipäätänsä hoitajat, jotka asuivat samassa taloudessa, halusivat omaishoivaa tukevia palveluja. Jotkut taas olivat täysin katkeamispisteessä ja tarvitsivat kipeästi, mutta eivät kyenneet hakemaan apua itse. Hicksin (1988) tutkimuksen perusteella useammat brittiläiset omaishoitajat kärsivät fyysisesti kuormittavasta hoitotyöstä, emotionaalaisesta stressistä, eristäytyneisyydestä, rahahuolista sekä vapauden, riippumattomuuden identiteetin katoamisesta (myös Silverman M ja Huelsman 1990; Suomessa myös Gothón 1991, 44–51; Nissinen 1994; Heikkilä 2001). Toiset taas eivät hakeneet apua, koska hoidettava ei halunnut ulkopuolista auttajaa kotiin.

Baldockin ja Ungersonin (1994) jäsentely sopii myös suomalaisen palvelujärjestelmän asiakkuuksien jäsentelyyn. Asiakkailta on monia erilaisia mahdollisuuksia osallistua palveluun koskevaan päätöksentekoon ja ikääntyneiden suhde julkiseen palvelujärjestelmään voi olla hyvin erilainen. Toisessa ääripäässä on vanhus, jolla ei ole riittävästi taloudellisia resursseja hankkia yksityisiä palveluja ja toisessa ääripäässä on asiakas, jolla ei ole mitään mahdollisuuksia ostaa yksityisiä palveluja – ei edes siivouspalvelua, joka on nykyään lähes kokonaan hävinnyt julkisen palvelutuotannon tehtävistä (Ala-Nikkola 1997, Ala-Nikkola ja Metteri 2001). Näiden väliin mahtuvat ne asiakkaat, jotka tyytyvät asiakkaan osaan ja ne asiakkaat, jotka jättäytyvät julkisten palvelujen ulkopuolelle tietoisesti.

Joskus päätöksentekotilanteet ovat delikaatteja tilanteita ja itse päätökset saattavat olla yhtäaikaaisesti punnittuja, kiistanalaisia ja joskus jopa mielivaltaisia (Bloor ja

McKegnaey 1989, 199). Pohjolan (1997) mukaan palvelutarpeiden arviointivaiheessa tulisi aloittaa rakentamaan asiakassuhdetta siten, että se mahdollistaisi asiakkaan mukaanottamisen ja osallisuuden koko palveluiden organisointiprosessin ajan. Tämä edellyttää huolellista asiakkaan kuuntelemista ja kuulemista. Seuraavassa aineistoesimerkissä kuvataan, miten asiakasta kuullaan, mutta käytännössä resurssiongelmat ohjaavat päätöksentekoa siten, että asiakkaan tai omaisen näkemyksiä ei voida yksinkertaisesti ottaa huomioon.

Hja: Kuinka nää iäkkäät sitten ja niitten omaiset pystyy vaikuttamaan näihin palveluihin yleensä? Pystyykö ne vaikuttamaan esimerkiks, että ne pääsee tänne?

Hva: Kyllähän siinä (lomakkeessa – lisäys ma-n) on semmonen kohta, et mihin haluais, haluais omaisensa, siis vanhuksensa, et semmonen paikkahan on, mutta sitä en kyllä voi sanoo, et miten se toteutuu. Syyhän on se, että koska paikkoja ei ole, jos tarve on huutava, niin se menee just sinne millon, missä on paikka vapaana, ni se vanhus --- meillä on ainakin sellanen kokemus, taikka mulla on sellanen kokemus, että kumminkin omaisten ääntä kuunnellaan. Et se on jo yksi taso, et kun sitä kuunnellaan, vaikka se ei aina niin siihen toivottuun tulokseenkaan päästä. Eikä haluttuun tulokseen, tavotteseen. Mutta se, että ollaan kuultu, niin se on jo tosi paljon, että kuullaan ja kuullaan se mielipide ja mahdollisuuksien mukaan mä oon aivan varma, että kyllä hyvää tahtoo on. [7707]

Hoggett (1992) on sitä mieltä, että asiakkaan osallistuminen tulisi turvata sekä palveluiden suunnittelu- että niiden tuottamisvaiheissa. Alhaisimmillaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat silloin, kun asiakkaalla on oikeus saada tietoa palveluista. Astetta paremmat mahdollisuudet ovat silloin, kun käyttäjää konsultoidaan ja hänellä on aitoja mahdollisuuksia vaikuttaa palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen ennen palvelupäätöstentekoa. Parhaimmillaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat silloin, kun asiakkaalla on valtaa palveluiden suunnittelussa. Tämä edellyttää, että asiakas otetaan tasavertaisena kumppanina palvelujen päätöksentekoprosessiin.

Kotihoidon käytännössä asiakkaan osallistuminen tarkoittaa sitä, että asiakas on läsnä silloin, kun hänen palvelutarpeitaan arvioidaan. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä arvioinnin haasteellisuus liittyy myös siihen, että asiakkaiden tarpeet ja tilanteet muuttuvat jatkuvasti. Palvelutarpeiden arviointia haittaa myös se, että asiakas itse kertoo asioitaan valikoiden. Asiakas- ja potilassuhteen syntyminen on hidas prosessi. Molempipuolinen luottamus ei rakennu yhden kotikäynnin perusteella, vaan se on ensimmäinen askel suhteen rakentamisessa.

Hva: ... että mä oon tällä hetkellä kritisoinu tätä hoito- ja palvelusuunnitelmaa, niin mä en ainakaan koskaan osannut täyttää sitä heti ja arvioida sitä tarvetta ollenkaan heti, että se oli pitkän aikaa ennen kuin se selvis, että mikä se todellinen avuntarve on. Sitä täytyy jatkuvasti niin kun tarkistaa sitä suunnitelmaa, jos se on tehtävä siinä alussa.

Hja: Hm ja tilanteet muuttuu?

Hva: Tilanteet muuttuu jatkuvasti ja sitten hirveen helposti, ei sitä aluksi mitään kerrota niitä asioita, kyl se niin kun yritetään, että menis nyt pois tuosta, toi ihminen (työntekijä – lisäys ma-n). [3303]

Seuraavassa aineisto-otteessa kotikäynti kuvataan keskeiseksi tilanteeksi, joka ylipääntänsä mahdollistaa asiakkaan osallistumisen itseään koskevaan arviointiin ja palveluiden organisointiin.

Hva: Sanotaan nyt, että asiakastyössä lähtökohta kuitenkin on, että tehdään palvelusuunnitelma tai hoito- ja palvelusuunnitelma ja miten niitä kutsutaankaan. Se on sen työn lähtökohta ja se tehdään yhdessä asiakkaan kanssa eli näin ollen voitais ajatella, että asiakkaalla ja heidän omaisillaan on mahdollisuus vaikuttaa niihin palveluihin ja tää on lähtökohta. Mutta tietenkin jos me aatellaan sitten laajemmin, se että jos asiakkaat taikka palvelukäyttäjät vois vaikuttaa, meillä olis varmaan enemmän resursseja, että siinä he ei ole välttämättä pystyneet vaikuttamaan siihen, että olis resursseja riittävästi, niin henkilöresursseja kuin rahaa ja palveluja, että tää on vähän vaikee kysymys, että kuinka paljon pystyy vaikuttamaan. Sanotaan, että siinä tilanteessa kun istutaan ja tehdään suunnitelmaa ja mietitään mitä palveluja järjestetään, niin siinä tilanteessa asiakas pystyy aika paljon vaikuttamaan siinä määrin kun palveluja on saatavissa. Siinä valitaan se mahdollisimman optimaalinen ratkaisu, mutta se ei välttämättä ole täydellisen hyvä sille asiakkaalle, mutta sanotaan, että asiakasta kyllä kuullaan ehdottomasti siinä kohtaa ja puhutaan sitten näistä tuista noin laajemmalti --- . [1101]

Aineistoesimerkissä tuodaan esiin, että keskeisin asiakkaan ja omaisten vaikutusmahdollisuuksia rajaava ja heikentävä tekijä on resurssien vähäisyys. Useimmiten hoitaminen ja tarjottavat palvelut eivät ole ammattilaisten määriteltävissä, vaan heidän toimintaansa ohjaavat nykyisin ennen kaikkea taloudelliset reunaehdot (Means 1992, 13).

Oman vaikeutensa asiaan tuo se, että palvelujen päätöksentekotilanteissa vastakkain eivät ole aina organisaatiot, ammattilaiset ja asiakkaat keskenään, vaan myös asiakas ja omaiset saattavat olla hyvin eri mieltä siitä, miten ongelmat ratkaistaan. Haastatteluissa suhde omaisiin tuotettiin ristiriitaisena ja konfliktiherkkänä.

Hva: No siinä ne sitten tulee sillä tavalla taikka sitten yleensä, että omaiset esittää vaateita, että pitäis asiat järjestää niin ja niin ja asiakas ite välttämättä ei oo sitten samaa mieltä ollenkaan. [8809]

Barnes (1993, 35) on todennut, että asiakkaan tai häntä hoitavan omaisten näkemysten aito huomioon ottaminen ja osallisuus palvelupäätösten tekemisen yhteydessä ei tee päätöksentekotilanteesta kuitenkaan sen helpompaa tai yksinkertaisempaa, vaan päätöksenteossa tarvitaan aikaisempaa enemmän erilaisten intressien yhteensovittamista ja neuvotteluja (myös Stalker 1994, 127; Powell et al. 1994; Payne 1995, 138–143). Suurelta osin neuvottelujen merkitys on kasvanut sen vuoksi, että palvelun tarjoajan/

tuottajan täytyy nykyisissä toimintakäytännöissä ja olosuhteissa konkreettisesti sovittaa yhteen palvelujen tarjonta ja kysyntä, jolloin konkreettisesti neuvotteluja käydään käyntimääristä ja palvelun sisällöstä.

Hva: Kyllä ne mun mielestä liittyy siten ihan tämmösiin yksittäisen asiakkaan asioihin eli siihen, että törmätään näitten toiveitten esittämisen mahdolluuteen ett niitä ei voida täyttää, vaikka varmaan ehkä halua olisikin. Ja sitten joskus on ollut näitä esimerkiksi että, kotona joku niin sairas ja huonokuntoinen yrittää ja haluaa olla ja ei olis mitään järkeä häntä siellä hoitaa että kaikkien ammattiauttajien silmin näyttäs huomattavasti järkevämmältä että hän olis jossain muualla ja hän ei tahdo niin se on mun mielestä kyll semmonen ehkä pahin eettinen ongelma, mikä mun mielestäni tässä työssä aina silloin tällön tulee esiin. Ja kyllähän me on lähdetty siitä, varmaan sitt johtuu siitä ett mekin ollaan aika kilttejä, että kyllä sitt kotiinkin on satsattu oikeastaan sillälailailla, ett se on kunnalle periaatteessa tullu kalliimmaksi, kun se sairaalahoito tai vanhainkotihoito, mutta ne on sitten kuitenkin päättynyt joko niin ett se ihminen nukkuu siä kotona pois tai kerta kaikkiaan hän sitten itekin tajuaa, että pitää, pitää löytää toisenlainen ratkaisu. [6609]

Joskus työntekijät päätyvät asiakkaan auttamiseen ja hänen toiveiden kuulemiseen, vaikka se ei olisi taloudellisesti perusteltua. Se on mahdollista silloin, kun se on vallitsevan kotihoitopalveluideologian linjan mukaista. Keskeisesti toiveiden huomioimiseen vaikuttaa kuitenkin se, miten asiakkaan palvelutarpeet määritellään, millaiseen asiakaskategoriaan asiakas tarpeineen laitetaan ja millaisessa roolissa omaiset ovat kotihoidon organisoinnin kokonaisuudessa.

8.6 Asiakaskategorisaatiot palvelupäätösten taustalla

Organisaatioiden informaaleihin ja kulttuurisiin sääntöihin sisältyy muun muassa määrittelyt myös ”hyvästä asiakkaasta”. Shaw ja Shaw (1997, 72) ovat tutkineet työntekijöiden käsityksiä hyvistä käytännöistä. Nämä hyvät käytännöt sisältävät usein myös määrittelyjä siitä, millainen on hyvä ja millainen on huono asiakas. Useissa haastatteluissa asiakkaita kuvattiin pääosin tyytyväisiksi ja helpoiksi asiakkaiksi.

Hva: No, sanotaan nyt lähinnä nyt tietysti suurin osa on sitä, että jos ei olla jotakin palvelua pystytty tuottamaan niin niitä selityksiä, että missä mennään ja miksi näin toimitaan ja yleensä siis melkein voin sanoa, että sataprosenttisesti, jos on kysymys, sanotaan nyt ihan semmoisesta niin sanotusta terveestä asiakassuhteesta, ettei oo tämmösiä psyyken juttuja mukana, niin kun kertoo asiallisesti ihan sitä rehellistä tietoa ja mihin me kuitenkin halutaan pyrkiä tässä toiminnassa ja muuta kun meidän vaan resurssit ja rahat ja kaikki antaa myöten, niin yleensä asiakkaat on hyvin tyytyväisiä ja ymmärtäviäisiä ja myös omaiset.

Hja: Eli siinä ei jää mitään sitten hampaan koloon?

Hva: Ei, ei mun mielestä, ei mun mielestä, että kun on ihan puhtaasti tälläsestä asiakassuhteesta kysymys. [3303]

Huonoa asiakasta kuvattiin puolestaan henkilöksi, joka ei ollut motivoitunut tai kykenevä toimintatapojensa muuttamiseen, suhtautui työntekijään epäilevästi tai oli toisaalta liian ylituttavallinen. Hyvää ja huonoa asiakasprosessia kategorisointiin joko ”paikalleen jämähtäneeksi” tai eteneväksi. (Shaw ja Shaw 1997, 74.) Ääriesimerkkejä ”huonoista” asiakkaista ovat väkivaltaiset tai työntekijöitä ahdistelevat asiakkaat, joiden kohtaaminen on työntekijöille myös työsuojelukysymys.

Hva: ...Meillä on jonku verran tämmöstä mielenterveysongelmaista vanhusväestöä, harhasta, väkivaltaista, jonkun verran tämmöstä seksuaalista ahdistelua. Kaiken näköisiä tämmösiä juttuja, mitä vanhuksiin ei heti haluta liittää, että se on niinku hirveen kiusallista... Niin se tuota noin, ehkä se semmonen kuva, mikä vanhuksista on tyytyväisenä tai ehkä vähän natisevana neutraalina henkilönä, niin se kato ku meillä on tuhat asiakasta tai vähän enemmän niin se antaa vanhuudesta vähän semmosen erilaisen kuvan, että se ei oo siis työntekijöilläkään niin auvoista ja työsuojelu, mä ainakin hyvin helposti sen otan mukaan, etten mä lähetä ketään mihinkään lätkittäväks tai haukuttavaksi ihan niinkun vaan sen takia, että että se on asiakas. [5505]

Rosenthal et al. (1980) ovat jäsentäneet puolestaan palveluorganisaatioiden asiakkaita kolmeen kategoriaan. Ensinnäkin asiakkaat, jotka tyytyvät ja odottavat työntekijöiden aloitteentekoa eli asiakkaat, jotka ”istuvat hiljaa”. Toinen ryhmä oli asiakkaat, jotka viittaavat, mutta eivät vielä kysy. Kolmas ryhmä sen sijaan nousee ylös ja sanoo sanottavansa. Ideaali asiakas toimii ja käyttäytyy työntekijää kohtaan hyväksyvästi ja hyväksyttävästi. (Mt. 107.)

Hva: Se on varmasti se iso kysymys ja se on semmonen kysymys, johonka tulevaisuudessa entistä enemmän enemmän törmätään että.... Annetaanko me todella periksi niille, jotka osaa suurimpaan ääneen huutaa tuolla ja vaatia niitä palveluja vaan katsotaanko, että myöskin ne, jotka ei huuda eikä vaadi, mutta tarvitsevat palveluja ehkä kipeämmin kuin huutaja niin, että hänet asetetaan edelle että niin että semmosia niinkun päätöksiähän me joudutaan tässä tekemään varmasti jatkuvasti. [2202]

Yhteistyökykyiset, mukavat ja kiitolliset asiakkaat ovat paremmassa asemassa saada palveluita kuin yhteistyökyvyttömät tai aggressiiviset asiakkaat. Asiakkaan vaikeutuminen kertoo useammin asiakkaan asemasta palvelujärjestelmän käytännöissä. Äänekkäät, vaativat ja hankalat potilaat tai asiakkaat voivat joutua vaikeuksiin työntekijöiden kanssa. Monet haastateltavat pohtivat asiakkaiden kielteisen palautteen saamisen vaikeutta. Useimmiten sitä selitettiin sillä, että asiakas tai omaiset pelkäsivät työntekijöiden ”kostotoimenpiteitä”.

Hva: No varmaan se on niin, että ikääntyvät ihmiset on ehkä sillä tavalla siinä on jo tämmöstä osaamisen puutettakin, mutta ehkä siinä on myöskin tämmöstä asenteellista eroakin, että saattavat olla aika arkoja esittämään omia toiveita, vaatimuksistaan puhumattakaan, et ne on yleensä sillä tavalla niinku nöyrempiä. Ehkä siinä on myöskin vähän semmosta pelkoo, että jos niinku kovasti vaativaksi heittäytyy, niin se tulee tämmösenä kielteisenä reaktiona takasin. Että kyllä mun mielestä nyt työikäiset, työikäinen väestö on selvästi osaa olla vaativampi ja huolehtia siitä, että juuri heidän toiveensa otetaan huomioon. Et vanhat ihmiset on selvästi tässä suhteessa arempia. [4405]

Asiakasta koskevat kategoriaatit vaihtelivat toisesta ääripäästä toiseen. Asiakaita kuvattiin toisaalta vaikeiksi ja hankaliksi, mutta vanhusasiakkaisiin yleisemmin liitettiin tietynasteinen nöyryys ja kiltteys. Twigg ja Atkin (1995) nimeävät asiakasta koskevia kategorisaatioita *normatiivisiksi olettamuksiksi*. Tällöin palvelujen päätöksentekoon voi vaikuttaa myös asiakkaan sukupuoli, ikä, sosiaaliluokka tai rotu. Normatiiviset olettamukset asiakkaasta ovat suurelta osin implisiittisiä, mutta ne tulevat näkyviin ruohonjuuritason arviointikäytännöissä ja palvelupäätöksissä silloin, kun pohditaan, millaisiin ongelmiin palvelutuotannolla vastataan ja määritetään sitä, ketä autetaan ja miksi. (Mt., 23–28.)

Hoggett ja Martin (1994, 113) tuovat tutkimuksessaan esiin, miten erityisesti naisasiakkailla ja -omaisilla on vaarana joutua stereotyyppisten sukupuoleen liitettyjen olettamusten kohteeksi (myös Aronson 1990). Tällöin esimerkiksi vaimon hoitaessa puolisoaan, hänen saattaa olla vaikeampi saada palveluja tai riittävää tukea. Olettamukset puolisoa kohtaan ovat erilaiset kuin esimerkiksi lapsiin kohdistuvat odotukset (Fisher 1994). Normatiiviset olettamukset koskevat näin ollen myös omaishoitotilanteita, jolloin ne kiinnittyvät myös aikaan ja tulevaisuuteen. Omaa vammaista lastaan hoitavan ja ikääntyneen, puolisoaan hoitavan tai omaa vanhempaansa hoitavan lapsen kohdalla tulevaisuus on kovin erilainen ja se vaikuttaa myös nykyisyydessä tehtäviin palvelupäätöksiin. (Twigg ja Atkin 1995.)

8.7 Omaishoitajien auttamisen vaikeus

Stone et al. (1987; myös Barer ja Johnson 1990) jäsentävät omaishoitajat *primaareihin ja sekundaarisiin*. Primaarit omaishoitajat ovat hoitajia, joilla on totaalinen vastuu hoidettavan selviytymisestä. Sekundaarisilla ei ole tälläistä totaalista velvollisuutta huolehtia omaisestaan. Kummassakin tapauksessa omaiset ovat kuitenkin ruohonjuuritason työntekijöille ”uusien neuvotteluosapuolien” palvelujen päätöksentekotilanteissa.

Haastatteluaineistossa on hämmästyttävän vähän puhetta suoranaisesti omaishoitajista. Pääosin aineistossa puhutaan pääasiassa sekundaarisista omaisista, joilla

useimmiten tarkoitettiin asiakkaan lapsia. Omaiset kuvattiin useissa haastatteluisissa haastateltavan ammatista tai organisaatiosta riippumatta varsin negatiivisesti lukuunottamatta erityisesti omaishoitajia, joita ymmärretään ja halutaan tukea.

Hva: Näitä on kanssa paljon ja mun mielestä siinä on sitten ihan tääkin, että niin kauan kun se omainen, on omainen tai omainen jaksaa, niin tällöisen dementoituneenkin vanhuksen hoito onnistuu kotona. Siinä vaiheessa, kun se omainen uupuu, se tulee jossain vaiheessa, se on turha yhteiskunnan niin hirveesti, että omaiset hoitavat näitä vanhuksiaan. On siis niin pitkiä jaksoja ja niin raskaita ja vaikeita, että tätä loppuunpalamista on paljon. Ja sitten me selkeästi se myöskin kirjataan, rekisteröidään, että tämä johtuu tämä tilanne tästä omaisen tai hoitajan puuttesta... Mutta me pidetään erittäin tärkeänä, että tää rekisteröidään. Ettei se o pelkästään, että on dementti tai jotain muuta vaan...

Hja: Onko semmosta, että jos on esimerkiksi sovittu siitä kuukauden jaksosta täällä näin ja sinä aikana omainen huomaa, että nyt hän ei enää halua eikä jaksa ja mitä sitten tehdään?

Hva: Silloin kun meillä on selkeästi nähtävissä, että se omainen uupuu, niin silloinhan meidän on aika helppo tulla vastaan, mutta silloin kun se sitten onkin tällöistä, että me emme hoida tätä meidän muoria enää. Niin silloin meillä on vähän vaikeempi se tilanne. Mehän olemme kaikki ihmisiä. Ja niikun ryhtyvät taktisesti hoitamaan sitä, että ei enää tätä muoria oteta... Mutta tää on tällöinen totuus, että käytän usein mallina, että on aika mahdottomuus hoitaa erittäin paljon hoitoa tarvitsevaa. Rajansa sillä omaisella on. Nää ei oo niin yksiselitteisiä asioita nää omaisen jaksamiset ja muut tällöiset. [7710]

Suhtautuminen omaishoitajiin näyttää vaihtelevan sen mukaan, luokiteltiin omaishoitaja siihen kategoriaan, jossa hän saa jo luvan väistyä hoitovelvoitteista vai asetetaanko omainen siihen joukkoon, jotka itsekkäästi irtisanoutuvat omaisensa hoitovastuusta.

Hva: ...Täähän on aika useinkin, varmaan mullakin on kymmeniä tällöisiä tapauksia, jolloin mä oon käyny vanhuksen luona juttelemassa siitä, että kun on tullu ilmoitus, että halutaan vanhainkotiin... Vanhus on sanonu, että en missään tapauksessa lähde vanhainkotiin... Yleinen linja ja olen noudattanutkin, että vanhusten kanssa ratkaistaan. Jos hän on siinä kunnossa, että itse pystyy päätöksen tekemään. Tarkoittaa sitä, että ei ole dementoitunut... Eihän meillä heitteelle jätetä, jos kotona ei selviä, mutta kyllä lievästi dementtiäkin vielä uskon... Lukuisia kertoja on käynyt niin, että jos mä tänään menen ja vanhus sanoo, että en lähde laitokseen, niin omaiset soittaa ja ilmoitan ettei panna laitokseen, koska hän ei itse tahdo... Kahden viikon kuluttua omaiset ilmoittaa, että nyt se tahtoo. Ruvetaan painostamaan sitä vanhusta ja sanotaan, että tästä ei tuu mitään, että me ei käydä täällä edes sulla kylässä, jos sää --- Kyllä se on tavattoman julmaa on kyllä... Monenlaista nähny... Kyllä sitäkin oli, että kun vanhus saatiin terveyskeskukseen vuodeosastolle, niin omaiset hävitti sen asunnon. Sanoivat vuokrasopimuksen irti ja veivät kalusteet omiin koteihinsa ja ilmoittivat että ei voi kotiuttaa kun ei sillä oo asuntoa... [8807]

Palvelujärjestelmän eri työntekijöillä on eri organisaatioissa joitakin yhteisiä ja jaettuja tulkintasääntöjä, joiden perusteella omaisella on lupa vetäytyä hoitovastuusta ja työntekijät tukevat omaista tässä luopumisprosessissa. Mutta toisaalta on olemassa myös omaisia, joilla ei vielä ole oikeutta sanoutua irti hoitovastuusta. Nämä omaiset toimivat samalla moraalisesti paheksuttavalla tavalla, mutta he ”niskoittelevat” myös palvelujärjestelmälle (myös Barnes ja Wistow 1994). Palveluorganisaatioille periaatteessa jokainen omainen on potentiaalinen ”häirikkö” eli henkilö, joka ei toimi siten kuin organisaatioiden edustajat odottavat heidän toimivan. He voivat vaatia erityisiä palveluja, huomiota tai hoitoa tai he voivat haluta enemmän tietoa (Rosenthal et al. 1980, 88; myös Jantunen 1991, 62).

Työntekijöillä on erilaisia strategioita kohdata näitä ongelmalliseksi kokemiaan omaisia. Esimerkiksi heille voidaan antaa työntekijän tai potilaan rooli, kun seuraavassa aineistoesimerkissä kuvataan.

Hja: ... Vielä kysyisin omaisten roolista, että minkälainen käsitys sulla on tavallaan omaisten roolista tässä palvelujen suunnittelussa, että ne on toisaalta niitä yhteydenottajia ja he saattavat siellä kotikäynnillä, mutta että he ovat myös monesti niitä tai voivat olla niitä kriittisiä henkilöitä, joilla on tavallaan monenlaisia tarpeita ja niihin ei pystytä vastaamaan. Tilanteet ja keskustelut voi olla sen takia joskus vaikeita, niin minkälainen käsitys sulla on tällä hetkellä omaisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä?

Hva: Niin, jos mä vertaan esimerkiksi joku seitsemän viiva kymmenen vuotta takaperin, kun oli tietysti parempikuntoisia asiakkaitakin tulossa meidän palvelujen piiriin, niin ei ne omaiset muuta kun, ne kirjattiin yhteyshenkilöiksi, hyvin vähän olivat kotikäynneillä mukana. Mut tänä päivänä minun mielestä, niin se on erittäin runsasta, että omaiset ovat mukana ja ihan selkeesti on sitä työnjakoo. He osallistuvat ...siihe hoitoon, et mulla on tosi positiivinen käsitys kyllä, että tänä päivänä omaiset tekee paljon ja ovat sillä tavalla yhteydessä. .. et sitten nää ääritapaukset, joita ihan muutama, että jos on omainen, joka on itekin hyvin sairas, niin silloinhan se tuntuu meidän näkövinkkelistä, että tää omainen enemmänkin sotkee ja väsyttää sen meidän asiakkaan tilannetta, kun se, että me saatat puhtaasti vaan toimia siellä. Mutta niitähan ei oo kun, sanotaan nyt, reilu neljäsataa kotihoidon asiakasta, niin niitä ei oo kun kymmenkunta korkeintaan. Se on siis hyvin pieni määrä, mitä sit on näitä omaisia. ..Mutta tietysti sitten on myös meidän vanhuksia, joilla ei kertakaikkisesti oo ketään, ei ainuttakaan omaista, et yhteyshenkilö kohta jää täysin puhtaaksi. Kyllä niitäkin sit löytyy. [1102]

Joskus tilanne oli puolestaan sellainen, että omaishoitajat eivät hae apua, koska esimerkiksi hoidettava ei halua ulkopuolista auttajaa kotiin. Seuraavassa aineistoesimerkissä haastateltava kuvaa sitä, miten vaikeaa omaishoidon tukeminen on silloin, kun hoidettavan ja hoitajan välillä on voimakas suhde.

Hva: ---mutta kyllä siellä monia sellaisia jollekka on käyny aika huonosti tän omaishoidon kanssa ja hoitoon saaminen on tosi vaikeeta ja sitten sitä

vielä vaikeuttaa semmonen, että kun iäkäs puoliso hoitaa toista iäkästä puolisoa ja siellä on vuosikymmenien yhteinen elämä ja tää symbioosi on niin vaikee, että ei osata...irrottautua, eikä ottaa vastaan, et se intervallijaksokin on semmonen liian vaikee.... Se irrottautuminen on, se symbioosi on niin vahva, joka sitten vaikeuttaa näitä palveluja vastaanottamisia ja näitä on yllättävän paljon näitä tällöisiä symbioottisia suhteita, että ne on todella hankalia hoitaa. [5507]

Omaisten ja omaishoidon suhde julkiseen palvelujärjestelmään on jännitteinen. Omaishoitajat eivät ole varsinaisesti asiakkaita tai potilaita. He saattavat olla itsekin huonokuntoisia, mutta harvoin he ovat palvelu- ja tukimuotojen pääkohde, vaikka hoidettavalle tarjotuilla palveluilla on suuri merkitys myös heidän elämässään (Twigg ja Atkin 1994; Rosenthal et al. 1980, 87). Omaishoitajan ja hoidettavan tukeminen on vaativaa eivätkä kaikki hoidettavalle tarjotut palvelut ole relevantteja omaishoitajan näkökulmasta (Twigg 1992). Qureshin (1996, 118–119) mukaan palvelujärjestelmän tulisi olla huomattavasti aktiivisempi informaalin hoivan tukemisessa. Liian usein omaishoitaja saa apua ja tukea aivan liian myöhään, jolloin palveluilla ei kyetä vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi hoidettavan ja hoitajan elämänlaatuun ja hoitajan jaksamiseen (myös Walker 2001, 225).

Hva: --- että kyllä nää omaishoitajarakat joutuu niin tekeen melkein itsensä hengiltä, ensiksi tekemään liian pitkään niinkun sitä raskasta hoitotyötä... ja usein vasta on kuolema, joka tilanteen ratkaisee, valitettavasti. [5507]

Palvelujärjestelmän ja omaishoidon keskinäinen suhde on myös hyvin monimuotoinen. Omaishoitajan ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien välinen suhde sisältää taloudellisia ja sosiaalisia riippuvuuksia (Walker 1991a, 55; Qureshi ja Walker 1989). Twigg (1992) on löytänyt neljä erilaista palvelujärjestelmässä vallitsevia suhtautumistapaa omaisiin ja erityisesti omaishoitajiin. Palvelujärjestelmä voi suhtautua omaishoitajiin resurssina, yhteistyökumppanina, asiakkaana tai palvelujärjestelmä voi tietoisesti pyrkiä asiakkaan ja omaisen keskinäisen riippuvuuden vähentämiseen.

Palvelujärjestelmän kohdellessa omaishoitajia *resurssina*, toiminnassa korostetaan omaishoidon ensisijaisuutta ja mikäli se ei enää ole mahdollista, otetaan käyttöön muut palvelut. Omaishoitajan ollessa resurssi palvelujärjestelmän ja palvelujen ensisijaisena kohteena on hoidettava ja hoitajat jäävät taustalle. Seuraavassa kuvataan, miten omaisten osallistumista kotikäynnillä tehtävän hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen perustellaan sillä, että omaisen osallistuu jollakin tapaa hoidon ja hoivan tuottamiseen.

Hva: Niin no omaiset, joo, siis. --- että kyllähän tietenkun, kun tehdään hoito- ja palvelusuunnitelmaa, totta kai siinä on vanhukset mukana ja totta kai he niinku siihen vaikuttaa --- Mutta ja samoten omaiset kyl tietenkun otetaan mukaan näihin sikäli, kun niistä on saatavissa mukaan tällöisiin yksilö, yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan---[2202]

Monissa kotihoidon haastatteluissa nostettiin kotikäynti ja siellä tehtävä hoito- ja palvelusuunnitelma merkitykselliseksi keinoksi osallistaa asiakasta oman palvelukokonaaisuutensa päätöksentekoon. Omaisten osallistumista hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen perusteltiin puolestaan heidän sitouttamisella.

Hva: --- et jos tommosta asiakastyötä ajattelee, niin siinähan nää asiat niinku ratkaistaan ja sovitaan ja pyritään sitouttaan sitten kaikki osapuolet siihen samaan ajattelutapaan ja toimintaan. [1101]

Kun omaishoitaja ymmärretään resurssiksi, vaarana on, että julkinen alkaa määrittää, jopa määrätä omaishoitoa. Pääasiana pidetään omaishoivan maksimointia ja vaarotaan, ettei formaali hoiva korvaa informaalia. Tällöin on vaarana, että omaishoitaja eristyy sosiaalisesti, marginalisoituu suhteessa palvelujärjestelmään ja hoitajan valinnan mahdollisuudet kapeutuvat (Walker 1991a, 55).

Toiseksi palvelujärjestelmä voi ottaa omaishoitajan *yhteistyökumppaniksi*.¹⁸ Tällöin julkiset palvelut asettuvat omaishoidon rinnalle ja tukevat tätä. Tällöinkin kuitenkin toiminnan primaarina kohteena on edelleen hoidettava, mutta hoitajan tarpeita huomioidaan myös hoidon jatkuvuuden ja laadun nimissä.

Kolmanneksi palvelujärjestelmä voi kohdella omaishoitajaa *asiakkaana*, jolloin palvelut suunnitellaan helpottamaan hoitajan työtä. Toiminnan pääkohde on tällöin hoitaja ja hänen hyvinvointinsa. Tällöin kuitenkin ”hoitaja” -käsitteelle luodaan tiukat määrittelyt, esimerkiksi niin, että omaishoitajia ovat vain ne, jotka hoitavat hyvin paljon hoitoa tarvitsevia henkilöitä ja ovat oikeutettuja saamaan omaishoidon tukea. Seuraavassa haastateltava kertoo, miten Kansaneläkelaitoksen myöntämä eläkkeensaajan hoitotuki on käytännössä yksi tärkeä kriteeri, joka vaikuttaa merkittävästi omaishoidon tuen myöntämiseen.

Hva: Joo, ja aika paljon Kela on nyt sellainen.

Hja: Ai jaa.

Hva: Et kun sieltä haetaan hoitotukea, niin he on, on sitten ohjannut tänne. --- Jossain tapauksissa ihan niinkin, että ei ole vielä laitettu edes siellä Kelassa vireille, vaan niinkun suoraan ryhdytty hakemaan omaishoidontukea. Kun kuitenkin se edellytys on ensin, että se hoitotuki on hoidettuna... et se täytyy olla joku näyttö siitä, että tällöinen hoitoisuus on sitä luokkaa.. että se on säännöllistä ja jatkuvaa. [4404]

Neljänneksi palvelujärjestelmä voi ottaa *hoiva- ja hoitotehtävien huolehtimisen itselleen*. Tavoitteena on tällöin korvata omaishoito. Erityisesti nuorten vammaisten kohdalla halutaan täten tukea vammaisen henkilön itsenäistymistä ja vapauttaa hoitettava riippuvuussuhteesta. Toisaalta myös hoitajaa voidaan tukea itsenäistymisessä ja hoitotehtävistä luopumisessa. (Myös Morris 1993.)

¹⁸ Moore (1991) nimeää palvelujärjestelmän ja asiakkaan ja häntä hoitavan omaisen välistä suhdetta vaihtosuhteeksi.

Hva: ...jos se omainen haluaa tai sitten ei, et jossain tapauksessa on täytynyt jotenkin täältäkin... onko painostaa väärä sanoa, mutta kuitenkin sitä, että omaishoitaja on ollu niin loppu, että hän ei osaa päättää siitä, että nyt on pitkäaikaishoidon paikka... et sinne kotiin ei enää voitais ottaa, koska omaishoitaja ei jaksa... eikä sairaalasta taas nähdä sitä... ...et kun siellä on kerran jaksot, niin hän niinkun automaattisesti tulee eikä se omainen enää osaa sanoa. Joita kuuta on ollut nyt sellaisia, että on joutunut niinkun siinä tilanteessa sitten, että siihen täytyy tulla semmonen loppu... tietyssä vaiheessa... [6609]

Useat tutkimukset puhuvat sen puolesta, että informaalin hoivan tukeminen on liian vähäistä (Waerness ja Ringen 1987, 171; myös Ervasti 1996, 143–144). Karisto (1997, 30) on huomauttanut, että koti- ja laitoshuollon sekä julkisen ja omaishoidon välisiä saumakohtia tulisi vahvistaa ja kehittää sellaisia päätöksenteon ja asiakastyön käytäntöjä, joiden avulla rajapintoja voidaan ylittää ja taata asiakkaan sekä omaisten osallisuus palvelujen päätöksenteossa. Käytännössä julkisten palvelujen ja omaishoivan suhde ei ole ongelmattonta ja kotihoitopainotteisesta palveluideologiasta voi olla seurauksena se, että julkisen ja omaishoidon välinen rajapinta vahvistuu entisestään (Waerness ja Ringen 1987, 166–170; myös Waerness 1990).

Øvretveit (1997) on jäsentänyt palvelujen käyttäjän osallistumista ja vaikuttamista palvelujen päätöksenteossa erittelemällä päätöksenteon valtaan, oikeuksiin ja vastuuseen. Hänen mukaansa vallan, oikeuksien ja vastuun tulisi jakautua ruohonjuuritason päätöksentekokäytännöissä sekä ammattilaisille ja asiakkaille tasaisesti. Tavoitteena tulisi olla, että kummankaan osapuolen ei tulisi olla siinä asemassa, jossa joutuu yksipuolisesti vastaanottamaan toiselta osapuolelta erilaisia vaatimuksia (Rauhala 1994, 75; myös Pohjola 1992, 31).

Päätöksenteossa on kysymys myös identiteettien tuottamisesta, jolloin sekä ammattilaiset ja palvelujen käyttäjät pyrkivät säilyttämään ”kunnioitettavan identiteetin” ja minimoimaan häpeän tunteita. Ammattilaisten valta-asema tässä suhteessa on kuitenkin erilainen kuin asiakkaan ja tällöin heidän ja palvelujen käyttäjien identiteetit tuotetaan heidän määrittelemällään tavalla. (Rojiani 1994, 146.) Hugmanin (1991, 135–137) mukaan yksittäinen asiakas tai omainen voi kyseenalaistaa ammattilaisten valtaa tulemalla yhteistyöhaluttomaksi, manipuloiivaksi, kiittämättömäksi tai jarruttelevaksi. Tämän tyyppisessä suhteessa asiakkaan auttaminen ja omaisten kanssa käytävät neuvottelut palveluista eivät ole ongelmattomia. Mikäli ammattilaisella on asiakasta enemmän valtaa, oikeuksia ja vastuuta, suhde ei voi rakentua tasavertaisesti. Valta-, oikeus- ja vastuusuhteiden epäsymmetrisyys merkitsee tällöin myös sitä, että asiakkaat joutuvat sovittamaan omat tarpeensa suhteessa tarjottuihin palveluihin. Tällöin ammattilaisella on merkittävää valtaa ottaa jotkut asiakkaan tarpeista huomioon ja jättää toiset huomioimatta. Kyse on tällöin organisaatiolähtöisestä palvelutuotannosta (organisation-led

service production), jossa asiakkaat eivät välttämättä tule autetuiksi. Goffman (1961) nimeää samaa ilmiötä *organisaatioperspektiiviksi*, jonka perusteella organisaatio itsessään tulee tärkeämmäksi kuin asiakkaat, joita on tarkoitus auttaa ja palvella.

Näyttää siltä, että oikeus-, vastuu- ja valtasuhteiden vaakakupin kallistuminen puoleen tai toiseen aiheuttaa joka tapauksessa päätöksenteolle ongelmia. Palvelujärjestelmän käytännöissä oikeus-, vastuu- ja valtasuhteita koskevia kysymyksiä ei voida kuitenkaan ohittaa, vaan niiden merkitys ja mukanaan tuoma jännite tulisi entistä herkemmin tiedostaa ja tunnistaa koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa. Asiakkailla ja heitä hoitavilla omaisilla tulisi olla todellisia mahdollisuuksia osallistua palvelujen päätöksentekoon.

9 TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Olen tutkinut vanhustenhuollon koti- että laitoshoidon päätöksenteon käytäntöjä etnografisen lähestymistavan avulla. Tutkimusaineistoa on kerätty haastatteluiden ja havainnoinnin avulla pitkällä aikavälillä. Haastatteluaineistoa on kerätty haastatteleamalla sekä johtotason että ruohonjuuritason työntekijöitä. Koti- ja laitoshoidon ruohonjuuritasolta aineistossani puhuvat ennen kaikkea kotiavustajat, kodinhoitajat, kotipalveluohjaajat, lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät sekä terveydenhoitajat.

Käyttämäni tutkimusaineisto on monipuolinen ja se on antanut runsaasti aineksia pohtia koti- ja laitoshoidon päätöksenteon merkitystä ja merkityksellisyyttä nykyisissä vanhustenhuollon toimintakäytännöissä. Tutkimukseni tavoitteena on ollut eritellä vanhustenhuollon päätöksentekokäytäntöjä analysoimalla eri toimijoiden haastatteluissa tuottamaa koti- ja laitoshuollon päätöksentekotodellisuutta. Näiden kuvausten ja kertomusten kautta olen tarkastellut palvelujärjestelmän ruohonjuuritason päätöksentekokäytäntöjä ja niitä määrittäviä ehtoja sekä eri palvelutuottajien, organisaatioiden, ammattilaisten, asiakkaiden ja omaisten välisistä suhteista.

Koti- ja laitoshoidon päätöksenteko tapahtuu tietyillä näyttämöillä, mutta molempien palvelujen päätöksenteko määrittyy voimakkaasti toimintaehdoista käsin. Palvelujen lisääntynyt kysyntä ja niukat käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat siihen, miten eri päätöksentekoon osallistuvien osapuolien yhteispeli ja koreografia onnistuu.

Myös koti- ja laitospalvelujen neuvottelutilanteet ovat koti- ja laitoshoidossa yhteneväiset. Tärkein yhteneväisyys liittyy nimenomaan päätösprosessien kronologisuuteen. Molemmat palvelupäätösprosessit alkavat asiakkaan tilanteen arvioinnista. Kotihoitotiimin kotikäynti, hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen, on itseasiassa jonkinasteinen lupaus palvelujen saamisesta. Samoin myös pitkäaikaishoidon hakemus kotihoidosta tai sairaalasta on SAS-ryhmälle vahva signaali pitkäaikaishoidon palvelutarpeesta.

Koti- ja laitoshoidon päätökset kuitenkin poikkeavat monessa suhteessa toisistaan. Tärkein eroavaisuus löytyy asiakkaan ja omaisten osallistumismahdollisuuksista, jotka kotihoidon päätöksenteossa ovat paremmat. Asiakasta ei voida ohittaa silloin, kun tehdään päätöksiä hoivasta ja hoidosta, joka tapahtuu hänen omassa kodissaan. Koti- ja laitoshoidon palvelut eroavat toisistaan myös ”painoarvoltaan”, sillä pitkäaikainen laitoshoitopäätös on aina merkittävä päätös kaikille sen osapuolille. Tällöin asiakas joutuu luopumaan omasta kodistaan ja mahdollinen omaishoitaja hoitajuudestaan. Palvelujärjestelmän näkökulmasta laitoshoitopäätös merkitsee kotihoidon päätepysäkkiä,

jossa vastuu asiakkaan hoidon ja hoivan organisoinnista siirtyy merkittävässä määrin palvelujärjestelmälle.

Vanhustenhuollossa joudutaan koti- ja laitoshoidon päätöksiä tekemään asiakkaiden tarpeiden, toimintaresurssien ja asiakkaan oikeuksien määrittämässä toimintaympäristössä. Sekä koti- että laitoshoidon tarvearviointia ja päätöksentekoa ohjaa nykyisissä toimintakäytännöissä yhä useammin lääketieteelliset perusteet, jolloin ollaan ensisijassa kiinnostuneita fyysisestä toimintakyvystä ja sen vaikutuksista kotona selviytymiselle ja pärjäämiselle (Walker 2001, 225; Koskinen 1997, 41). Koti- ja laitoshoidon palvelujen päätöksentekoon vaikuttaa kuitenkin myös se, millaisia *palveluja* koti- ja laitoshoidon palvelut ovat ja millaisiin tarpeisiin niillä pystytään vastaamaan.

Koti- ja laitoshoidon palvelujen päätöksentekoon ja palvelujen tuottamiseen vaikuttavat merkittävästi *toimintaehdot*. Koti- ja laitoshoidon päätöksentekoprosesseissa palvelujärjestelmän johtajat, työntekijät, asiakkaat ja meidän omaisensa kohtaavat paljolti resurssien määrittämät toimintaehdot, joihin asiakkaiden tarpeita yritetään yhteensovittaa. Mikäli resurssit ovat riittämättömiä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin, palvelujen saatavuutta säädellään koti- ja laitoshoidon ruohonjuuritasolla asiakkaan tarvearviointien avulla. Mikäli taas tarpeita on enemmän kuin resursseja, oikeudet palveluihin nousevat keskustelun keskiöön. Tällöin voidaan palvelujen saatavuutta ohjata siten, että määritellään jotkut asiakkaat oikeutetuimmiksi palveluihin. Jos tilanne on puolestaan sellainen, että kansalaisilla ei ole oikeuksia saada tarpeisiinsa vastaavia palveluja, palvelujen saatavuutta määrittelevät resurssit. Tällöin palvelujärjestelmässä tuotetaan niitä palveluja, joihin on varaa ja niitä tuotetaan niin paljon kuin resurssit antavat mahdollisuuksia. (Braye ja Preston-Shoot 1995.)

Toimintaehtojen tiukentumisesta seuraa myös se, että asiakas- ja omaiskategoriisaatiot tiukentuvat. Palvelujärjestelmästä voidaan löytää esimerkiksi asiakaskategoriointeja, jotka sulkevat jotkut asiakasryhmät kokonaan palvelujen ulkopuolelle. Tällöin palvelujärjestelmän ruohonjuuritasolla huomio kiinnittyy ainoastaan asiakkaisiin, jotka ovat jokin palvelun piirissä (direct users). Tällöin esimerkiksi järjestöjen palvelujen piirissä olevaa asiakasta tai omaishoitajaa ei useinkaan ymmärretä asiakkaaksi (indirect users). Palvelujärjestelmässä ei yksinkertaisesti voida olla erityisen kiinnostuneita myöskään niistä asiakkaista, joiden palvelupyyntöihin on vastattu kielteisesti (excluded users). Nykyisissä palvelujärjestelmän käytännöissä on ehkäisevään työhön vähän mahdollisuuksia. Asiakkaat kohdataan vasta sitten, kun on aivan pakko. Nykyisiä koti- ja laitoshoidon palvelujen saamista määrittää yhä useammin kuitenkin se, että jokin toinen ammattilainen tai organisaatio ohjaa asiakkaat toisten organisaatioiden tuottamien palvelujen piiriin, jolloin puhutaan asiakkaista, jotka pääsevät palvelujen piiriin, jonkun toisen ammattilaisen tai organisaation valtuuttamana (proxy users). (Hogget ja Martin

1994, 11–12.) Vanhustenhuollossa keskeinen tällainen asiakkaita välittävä toimija on sairaala.

Ruohonjuuritason koti- ja laitoshoitopalvelujen päätöksenteko tapahtuu toimintakentällä, jota määrittävät asiakkaiden tarpeet, palvelujen sisällöt ja palvelutuotannon toimintaehdot. Ruohonjuuritason työntekijöiden *toimintakenttä* ei kuitenkaan ole staattinen, vaan eri aspektit voivat painottua toiminnassa eri aikoina. Mikäli kolmio on kallellaan toimintaehtojen suuntaan, toimintaehdot määrittelevät muita aspekteja enemmän palvelujen päätöksentekoa. Mikäli kolmio painottuu taas palvelujen suuntaan, palvelujen päätöksenteossa näyttelee merkittävää osaa palveluja tuottavat organisaatiot määrittellessään palvelujen sisältöjä. Mikäli toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet, ne määrittävät palvelujen sisältöjä ja toimintaehtoja pyritään suuntaamaan asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen mahdollistamiseksi.

Tämän tutkimuksen perusteella koti- ja laitoshoidon palvelujen päätöksenteossa kolmio on selkeästi painottunut toimintaehtojen suuntaan. Loppujen lopuksi ne määrittävät ensisijassa koti- ja laitoshoidon saatavuutta ja palvelujen sisältöjä. Asiakkaan rooliksi jää sopeuttaa tarpeensa palvelutarjontaan ja ruohonjuuritason työntekijöiden tehtävänä on konkreettisesti yhteensovittaa asiakkaan tarpeet ja palvelut toimintaehtoihin. Näiden yhteistuloksena syntyy palvelujärjestelmä, joka aineistoni kautta piiryy ruohonjuuritason työntekijän näkökulmasta jännitteiseksi, vaikeaksi ja ristiriitaiseksi toimintakenttäksi.

Hadley ja Clough (1996, 194–197) ovat jäsentäneet yhdeksän keskeistä palvelutuotannon jännitettä, joista useimmat tulevat näkyväksi myös tässä tutkimuksessa. Ensimmäinen jännite voidaan löytää palvelutuotannon taloudellisuus- ja tehokkuusvaateiden ja toiminnan arvopohjan väliltä. Toiseksi arkisessa työssään ruohonjuuritason työntekijät joutuvat jatkuvasti yhteensovittamaan palvelujen lisääntyntä kysyntää ja niukkaa palvelutuotantoa. Edellä mainittuun liittyy myös se, kumpi ensisijassa määrittää toimintaa, asiakkaiden tai väestön tarpeet vai taloudelliset reunaehdot. Varsinaisessa palvelutuotannossa edellä mainituista jännitteistä seuraa tehdasmaisesti tuotettuja palveluja, jossa on vähän tilaa asiakkaiden responsiiviseen ja yksilölliseen kohtaamiseen. Tällöin myös ehkäisyyn ei ole käytännössä mahdollisuuksia, kun joudutaan vain hoitamaan asiakkaita, joilla on jo runsaasti erilaisia palvelutarpeita. Taloudelliset tiukat reunaehdot aiheuttavat muutoksia myös yhteistyösuhteissa. Muita palvelutuottajia, toisen organisaation ja ammattikunnan edustajia ei koeta yhteistyökumppaneina, vaan yhteistyö voi rakentua kilpailun ja konfliktien mukaisesti. Työntekijöillä ei ole myöskään riittävästi mahdollisuuksia pohtia, keskustella ja analysoida asiakkaasta hankittuja tietoja.

Kiireen seurauksena myöskään asiakassuhteen rakentamiseen ei jää riittävästi aikaa. Yksittäinen asiakas on harvoin yksilöllinen asiakas isossa järjestelmässä. Useim-

miten hänestä tulee yksi tapaus niiden monien vastaaventyyppisten tapausten joukkoon (myös Lipsky 1980, 44). Toisen ihmisen ymmärtämisen keskeiset edellytyksiä ovat kuitenkin kohtaaminen ajassa ja tilassa, yhteiset kokemukset ja yhteinen kieli (Sipilä 1989, 201).

Vanhustenhuollossa asiakkaiden palvelutarpeita arvioidaan eri organisaatioissa, jolloin palvelutarpeiden arviointia tai palveluiden riittävyyttä arvioi useat eri ammattilaiset. Tyypillisiä vaiheita joko arvioida palvelutarpeita tai palvelujen riittävyyttä ovat erilaiset palveluprosessien siirtymävaiheet, jotka vanhustenhuollossa voidaan paikantaa vanhusasiakkaiden kotiuttamistilanteisiin ja laitosten (sairaalat, vanhainkodit) sisäänottoon. Wallance (1990) nimittää tätä kotihoidon ja laitoshoidon välistä rajapintaa eihoidon alueeksi (no-care zone). Täällä rajapinnalla tehdään merkittäviä vanhojen ihmisten hoitoa ja hoivaa koskevia päätöksiä, jotka vaikuttavat merkittävästi asiakkaan elämään ja sen laatuun.

Siirtymävaiheisiin voidaan paikantaa myös eri toimijoiden, organisaatioiden, ammattilaisten, asiakkaiden ja heidän omaisten kohtaamiset. Sosiaali- ja terveysalan työ on asiakas-, tieto- ja yhteistyötä (Ala-Nikkola 2001). Tutkimukseni tulosten valossa ruohonjuuritason työntekijöillä on aivan liian vähän aikaa kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla. Näissä koti- ja laitoshoidon kohtaamisissa tulisi olla aidosti mahdollisuuksia auttaa asiakkaita. Doyalin ja Goughin (1991) mukaan kansalaisilla tulisi olla palvelujen avulla mahdollisuus optimoida arkipäiväistä selviytymistään – minimaalinen vastaaaminen palvelutarpeisiin ei yksinkertaisesti riitä.

Wærness (1984) suhtautui jo 1980-luvun alussa kriittisesti ”care by the community” – keskusteluihin ja piti tärkeänä julkisten palvelujen kehittämistä, asiakkaan osallisuutta ja ammatillisten sekä byrokraattisten käytäntöjen vähentämistä (mt., 86–87). Toisaalta ”community care”-ajattelutapaan sisältyi myös tavoitteita, joiden uskottiin lisäävän asiakkaan oikeuksia ja osallisuutta sekä palvelujärjestelmän asiakas- ja tarvelähtöistä palvelutuotantoa (Davies 1993). Asiakkaiden tiukat valikointikriteerit, jotka ovat seurausta riittämättömistä taloudellisista resursseista ovat lisänneet lääketieteellisten perusteiden, palveluita tuottavien organisaatioiden ja professioiden merkitystä vanhustenhuollon päätöksentekokäytännöissä. Näissä *ylimedikalisoituneissa, yli-institutionalisoituneissa ja yliprofessionalisoituneissa* vanhustenhuollon palvelujärjestelmän käytännöissä asiakaslähtöisten, yksilökohtaisten ja joustavien palvelujen organisointi on ruohonjuuritason työntekijöille vaikea, usein jopa mahdoton tehtävä.

Ruohonjuuritason työntekijöiden haastatteluihin ja omiin muistiinpanoihini tallentuneet kuvaukset koti- ja laitoshoidon päätöksenteosta avasivat minulle oven kurkistaa vanhustenhuollon palvelujärjestelmän käytäntöihin ja ruohonjuuritason työntekijän arkeen. Näissä vanhustenhuollon käytännöissä tuotetaan myös onnistuneita palveluprosesseja sekä löydetään aikaa asiakkaille ja omaisille, mutta resurssipula, työnteki-

jöiden kokema kiire ja työuupumus, informaalin hoivan tukemisen vähäisyys sekä asiakkaiden ja omaisten kokema voimattomuus ovat yhtä totta. Toivottavasti nämä molemmat aspektit saavat tämän tutkimuksen kautta lisävalaistusta. Paljon jää silti vielä kysyttävää palvelujärjestelmän asiakkuudesta ja suhteesta omaisiin. Niiden tarkempi tutkiminen vaatii vielä syvällisempää sukellusta ruohonjuuritason työntekijöiden, asiakkaiden ja heidän läheistensä kohtaamisiin, joten ne voisivat olla jatkotutkimukseni mahdollisia suuntia.

10 KIRJALLISUUS

- Adler M ja Asquith S (1993): Discretion and power. In *The polity process: a reader*, pp. 399–406. Ed. M Hill, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Ahrne G (1994): *Social organizations. Interaction inside, outside and between organizations*. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Ala-Nikkola M (1997): Sosiaalityö vanhustenhuollossa on mahdollisuuksia täynnä. Teoksessa “Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” Sosiaalityö 1990-luvulla, s. 223–236. Toim. R Viialainen ja M Maaniitti, Stakes, Raportteja 213, Helsinki.
- Ala-Nikkola M (2000): Vanhusasiakkaiden palveluketjut. Teoksessa *Hyvinvointivaltion palveluketjut*, s. 75–87. Toim. S Nouko-Juvonen, P Ruotsalainen ja I Kiikkala, Tammi, Helsinki.
- Ala-Nikkola M (2001): Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen muutos sosiaali- ja terveysalan käytännöissä. Satakunnan Makropilotin seuranta- ja arviointihankkeen väliraportti. Tampereen yliopiston tietoyhteiskuntakeskuksen työraportteja 12. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Ala-Nikkola M (2002): Vanhustenhuollon käytännöissä rakentuva asiakkuus. Teoksessa *Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin*, s. 46–56. Toim. J Lehto ja K Natunen, Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Ala-Nikkola M ja Metteri A (2001): Johdatus teemoihin – Nääsville-projektin uudet palvelut ja vanhusten kotona asumisen tukeminen. Teoksessa *Apua arjen tilanteisiin. Vanhusten kotona asumisen tukeminen Nääsville-projektissa*, ss. 15–26. Toim. M Ala-Nikkola ja A Metteri, Nääsville ry ja Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampere.
- Ala-Nikkola M ja Sipilä J (1996): Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*, s. 16–31. Toim. A Metteri, Sosiaalityöntekijäin Liitto ja Edita, Helsinki.
- Ala-Nikkola M ja Valokivi H (1997): Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Stakes, Raportteja 215, Helsinki.
- Alasuutari P (1989): *Erinomaista rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen*. Hanki ja Jää, Helsinki.
- Alasuutari P (1993): Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Allén T (1993): Kuntatalouden tulevaisuus. Kriisin kautta kansalaisten yhteisöksi. Teoksessa *Kestävyysskoee. Kirjoituksia 90-luvun Suomesta*, s. 40–61. Toim. K Ilmonen, Vastapaino, Tampere.
- Anttonen A (1994): Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Teoksessa *Naisten hyvinvointivaltio*, s. 203–226. Toim. A Anttonen, L Henriksson ja R Nätkin, Vastapaino, Tampere.
- Anttonen A ja Sipilä J (1992): Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa – Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa *Sosiaalipolitiikka 2017*, s. 435–461. Toim. O Riihinen, WSOY, Porvoo.
- Anttonen A ja Sipilä J (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Jyväskylä.
- Apo S (1990): Kertomusten sisällön analyysi. Teoksessa *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, s. 62–80. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- Arber S (1996). Sukupuoli ja ikä. *Gerontologia* 10: 74–81.
- Archer L ja Watson J (1994): Understanding and learning from a ‘failure’ in community care. *Care in Place* 1: 272–277.
- Ardener E (1989): *The voice of prophesy and other essays*. Basil Blackwell, Oxford.
- Aronson J (1990): Women’s perspectives on informal care of the elderly: Public ideology and personal experience of giving and receiving care. *Ageing and Society* 10: 61–84.
- Aronson J ja Neysmith SM (1996): “You’re not just there to do the work.” Depersonalizing policies and the exploitation of home care workers’ labour. *Gender & Society* 10: 59–77.
- Auvinen R (1974): Sosiaalipalvelu: mitä se on? Teoksessa *Sosiaalipalvelu*, s. 9–29. Toim. R Auvinen, Kirjayhtymä, Mänttä.
- Baldock J (1993): Patterns of change in the delivery of welfare in Europe. In *Markets and managers. New issues in the delivery of welfare*, pp. 24–37. Eds. P Taylor-Gooby ja R Lawson, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Baldock J ja Ungerson C (1994): Becoming consumers of community care. Households within the mixed economy of welfare. John Rowntree Foundation, York.
- Barer BM ja Johnson CL (1990): A critique of the caregiving literature. *The Gerontologist* 30: 26–29.

- Barnes M (1993): Community care: an empowering service option? *Local Government Policy Making* 20: 31–37.
- Barnes M ja Winstow G (1994): Achieving a strategy for user involvement in community care. *Health & Social Care* 2: 347–356.
- Baszanger I ja Dodier N (1997): Ethnography: Relating the part to the whole. In *Qualitative research. Theory, method and practice*, pp. 8–23. Ed. D Silverman, Sage Publications, London Thousand Oaks, New Delhi.
- Berger PL ja Luckmann T (1995): *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Gaudeamus, Helsinki.
- Bergmark Å (1996): Need, allocation and justice – on priorities in social services. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5: 45–56.
- Bloor M ja McKeganey N (1989): Ethnography addressing the practitioner. In *The politics of field research. Sociology beyond enlightenment*, pp. 197–212. Eds. JF Gubrium ja D Silverman, Sage Publications, London, Newbury Park, New Delhi.
- Bogason P (1998): Changes in the Scandinavian model from bureaucratic command to interorganizational negotiation. *Public Administration* 76: 335–354.
- Boje DM (1995): ‘Stories of storytelling organization.’ A postmodern analysis of Disney as Tamara-Land. *Academy of Management Journal* 38: 997–1035.
- Bolman LE ja Deal TE (1991): *Reframing organizations. Artistry, choice and leadership*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Bowler I (1997): Problems with interviewing: experiences with service providers and clients. In *Context & method in qualitative research*, pp. 66–76. Eds. G Miller ja R Dingwall, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Brandshaw J (1972): The concept of social need. *New Society* 19: 640–643.
- Braye S ja Preston-Shoot M (1995): *Empowering practice in social care*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Brunsson N ja Sahlin-Andersson K (2000): Constructing organizations: the example of public sector reform. *Organization Studies* 21: 721–746.
- Burke K (1969): *A grammar motives*. University of California Press, Berkeley.
- Butcher T (1995): *Delivering welfare. The governance of the social services in the 1990s*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Caldock K (1993): A preliminary study of changes in assessment: examining the relationship between recent policy and practioners’ knowledge, opinions and practice. *Health & Social Care* 1: 139–146.
- Cant S ja Sharma U (1998): Reflexivity, ethnography and the professions (complementary medicine). *Watching you watching me watching you (and writing about both of us)*. *The Sociological Review* 46: 244–263.
- Cederlund E (1992): *Talk, text and institutional order. A study of communication in social welfare bureaucracies*. Linköping Studies in Arts and Science, Linköping.
- Cherryholmes C (1993): Reading research. *Journal of Curriculum Studies* 25: 1–32.
- Clegg S (1979) *The theory of power and organisation*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Clemens E (1994): Contradictions in case management: client-centred theory and directive practice with frail elderly. *Journal of Aging and Health* 6: 71–88.
- Coates J (1994): The language of the professions: discourse and career. In *Women and career themes and issues in advanced industrial societies*, pp. 72–86. Ed. J Evetts, Longman, London, New York.
- Cornwell J (1984): *Hard-earned lives. Accounts of health and illness from East London*. Tavistock, London.
- Cousins C (1987): *Controlling social welfare. A sociology of state welfare work and organizations*. Wheatsheaf Books, Sussex & St.Martin’s Pree, New York.
- Czarniawska B (1998): *A narrative approach to organization studies*. Qualitative research methods series 43. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Dalley G (1989): Professional ideology or organisational tribalism? In *Social work and health care*, pp. 102–117. Eds. R Taylor ja J Ford, Jessica Keingsley Publishers, London.
- Daly K (1992): The fit between qualitative research and characteristics of families. In *Qualitative methods in family research*, pp. 3–11. Eds. JF Gilgun, K Daly ja G Handel, Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Davis A ja Ellis K (1995): Enforced altruism in community care. In *Ethical issues in social work*, pp. 136–154. Eds. R Hugman ja D Smith, Routledge, London and New York.
- Davies B (1993): *Caring for the frail elderly: an international perspective*. *Generations* 17: 51–54.
- Davies B ja Challis D (1986): *Matching resources to needs in community care*. Aldershot, Gower.

- Davies B (1992): Care management, equity and efficiency: the international experience. PSSRU, Canterbury.
- Davies B, Bebbington AC ja Charnley H (1990): Resources, needs and outcomes in community-base care. Aldershot, Avebury.
- Dentzin NK (1970): The research act in sociology: a theoretical introduction to sociology methods. Aldine, New York
- Deuten JJ ja Rip A (2000): Narrative infrastructure in product creation processes. *Organization* 7: 69–93.
- Dill A (1993): Defining needs, defining systems: a critical analysis. *The Gerontologist* 33: 453–460.
- Dingwall R ja Strong PM (1997): The interactional study of organizations: a critique and reformulation. In *Context & Method in qualitative research*, pp. 139–154. Eds. G Miller ja R Dingwall, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Dominelli L ja Hoogvelt A (1996): Globalisation and the technocratisation of social work. *Critical Social Policy* 47: 45–62.
- Douglas M (1986): How institutions think. Syracuse University Press, New York.
- Dowie J ja Elstain A eds. (1988): Professional judgement: a reader in clinical decision-making. Cambridge University Press, Cambridge.
- Doyal L (1993): Human need and the moral right to optimal community care. In *Community care. A reader*, pp. 276–286. Eds. J Bornat, C Pereira, D Pilgrim & F Williams, Macmillan in association with The Open University, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire.
- Doyal L & Gough I (1991): A theory of human need. Macmillan, London.
- Egelund T (1996): Bureaucracy or professionalism? The work tools of child protection services. *Social Welfare* 5: 165–174.
- Eliasson R (1992): Kvinnors arbete, omsorgsapparaten och välfärdsstaten. I *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*, s. 173–188. Red. E Eliasson, Arkiv förlag, Lund.
- Eliasson R ja Thulin A-B (1989): Psykiska påfrestningar i hemtjänsten. *Socialmedicinisk tidskrift* 66: 245–253.
- Elmore RE (1993): Organizational models of social program implementation. In *The Polity Process: A reader*, pp. 313–348. Ed. M Hill, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Emerson RM, Fretz, RI ja Shaw LL (1995): Writing ethnographic fieldnotes. The University Chicago Press, Chicago & London.
- Eriksson P (1999): ... on aika tehdä lopullinen ratkaisu... Strateginen johtaminen ja osallistuminen tietoyhteiskunnan kaupungeissa. Teoksessa *Tietoyhteiskunta seisakkeella. Teknologia, strategiat ja paikalliset tulkinnat*, s. 32–52. Toim. P Eriksson ja M Vehviläinen, SoPhi, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Eronen A, Hokkanen L, Kinnunen P, Lehto-Pusa P, Rönnerberg L ja Särkelä R (1995). Hyvinvoinnin verkostoja näkyvissä. ja järjestöjen näkemyksiä sosiaalisen tuen tuottamisesta. *Sosiaaliturvan Keskusliitto*, Helsinki.
- Ervasti H (1996): Kenen vastuu? Tutkimuksia hyvinvointipluralismista legimitietin näkökulmasta. *Stakes, Tutkimuksia* 62. Helsinki.
- Eräsaari L (1995): Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. *Gaudeamus*, Tampere.
- Eskola J ja Suoranta J (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. *Vastapaino*, Tampere.
- Evers (1990): Introduction. In *Care for the elderly. Significant innovations in three European countries*, pp. 1–6. RJ Kraan, J Baldock, B Davies, A Evers, L Johansson, M Knapen, M Thorslund ja C Tunissen. Campus, Westview.
- Fairclough N (1992): Discourses and social change. Polity Press, Cambridge.
- Fairclough N (1995): Critical discourse analysis. Longman, Harlow.
- Fawcett B ja Featherstone B (1994): The Implications of community care policies for people who require and use services. *Care in Place* 1: 120–132.
- Fielding N (1993): Ethnography. In *Researching social life*, pp. 154–171. Ed. N Gilbert, Sage Publication: London, Newbury Park & New Delhi.
- Finch J (1990): The politics of community care in Britain. In *Gender and caring. Work and welfare in Britain and Scandinavia*, pp. 34–58. Ed. C Ungerson, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Finch J (1993): 'It's great to have someone to talk to': ethics and politics of interviewing women. In *Social Research. Philosophy, Politics and Practice*, pp. 166–180. Ed. M Hammersley, Sage Publications in association with The Open University, London, Newbury Park, New Delhi.
- Fischer DH (1978): Growing old in America. New York.
- Fisher B ja Tronto J (1988): Toward a feminist theory of caring. In *Circles of caring*. Eds. E Abel ja M Nelson, Suny Press.

- Fisher M (1994): Man-made care. Community care and older male carers. *British Journal of Social Work* 24: 659–680.
- Forsberg H (1998): Perheen ja lapsen tähden. Etnografia kahden lastensuojelun asiantuntijakulttuurista. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki.
- Foster P (1983): Access to welfare. An introduction to welfare rationing. The Macmillan Press, Hongkong.
- Francis LE (2000): Conflicting bureaucracies, conflicted work: dilemmas in case management for homeless people with mental illness. *Journal of Sociology and Social Welfare* 27: 97–112.
- Garfinkel H (1967): Studies in ethnomethodology. In *Studies in ethnomethodology*. Ed. NJ Englewood, Polity Press, Cambridge.
- Geertz C (1983): Local knowledge: further essays in interpretative anthropology. Basic, New York.
- Gergen KJ ja Semin GR (1990): Everyday understanding in science and daily life. In *Everyday understanding: social and scientific implications*. Eds. GR Semin ja Gergen KJ, Sage publications, London.
- Glendinning C (1992): 'Community care': The financial consequences for women. In *Women and poverty in Britain in 1990s*, pp. 162–175. Eds. G Glendinning ja J Millar, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Goffman E (1961): Asylms: Essays on social situation of mental health patients and other inmates. Doubleday & Anchor, New York.
- Goffman E (1963): Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice Hall, Englewood Cliffs New Jersey.
- Gothóni R (1991): Omaiset – loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 4, Helsinki.
- Gray J (1992): The moral foundations of market institutions. The IEA Health and welfare Unit, Choice in Welfare No. 10, London.
- Gubrium JF (1989): Local cultures and service policy. In *The politics of field research*, pp. 94–112. Eds. JF Gubrium ja D Silverman. Sage, London.
- Gubrium JF ja Holstein JA (1997): The new language of qualitative method. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Gummer B (1998): Decision making under conditions of risk, ambiguity and uncertainty: recent perspectives. *Administration in Social Work* 22: 75–92.
- Hadley R ja Hatch S (1981): Social welfare and the failure of the state. Centralised social services and participatory alternatives. George Allen & Unwin, London, Boston, Sydney.
- Hadley R ja Clough R (1996): Care in chaos. Frustration and challenge in community care. Casell, London, New York.
- Hall C (1997): Social work as narrative. Storytelling and persuasion in professional texts. Ashgate, Aldershot, Brookfield USA, Singapore, Sydney.
- Halley AA (1997): Applications on boundary theory to concept of service integration in the human services. *Administration in Social Work* 21: 145–168.
- Hammersley M (1990): Classroom ethnography: empirical and methodological essays. Open University Press, Milton Keynes.
- Hammersley M (1992): What's wrong with ethnography? Methodological explorations. Routledge, London & New York.
- Hammersley M (1995): The politics of social research. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Harmon MM ja Mayer RT (1986): Organization theory for public administration. Scott, Foresman and Company, Glenview, London.
- Hasenfeld Y (2000): Organizational forms as moral practice. The case of welfare departments. *Social Service Review* 74: 329–351.
- Hasenfeld Y, Rafferty J ja Zald M (1987): The welfare state citizenship and bureaucratic encounters. *Annual Review of Sociology* 13: 387–415.
- Hautamäki A (1997): Saako asiakas itse valita omat palvelunsa? Teoksessa *Autetaanko asiakasta – palveluun potilasta?*, s. 96–108. Toim. T Salmela, Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.
- Haverinen, R (1999): Palvelusitoumukset ja hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän käänne. *Stakes, Tutkimuksia* 106.
- Heikkilä R (2001): Omaishoito arjen kehyksissä. Teoksessa *Apua arjen tilanteisiin. Vanhusten kotona asumisen tukeminen Nääsville-projektissa*, s. 76–98. Toim. M Ala-Nikkola ja A Metteri. Nääsville ry. & Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampere.
- Heiskala R (1994): Sosiaalinen konstruktionismi. Teoksessa *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*, s. 146–172. Toim. R Heiskala. Gaudeamus, Tampere.

- Heritage J (1996): Harold Garfinkel ja etnometodologia. Gaudeamus, Jyväskylä.
- Hicks C (1988): Who cares: looking after people at home. Virago Press, London.
- Hoggett P (1992): The politics of empowerment. *Going Local* 19: 18–19.
- Hoggett P ja Martin L (1994): Consumer-oriented action in the public services. National report from United Kingdom. European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions. Working Paper No.: WP/94/23/EN.
- Holstein JA (1990): Describing home care: discourse and image in involuntary commitment proceedings. In *The home care experience. Ethnography and policy*, pp. 209–226. Eds. JF Gubrium ja A Sankar, Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Holstein JA ja Gubrium JF (1995): The active interview. *Qualitative research methods series 37*, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Holstein JA ja Gubrium JF (1997): Active interviewing. In *Qualitative research. Theory, method and Practice*, pp. 113–129. Ed. D Silverman, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Hornby S (1993): Collaborative care. *Interprofessional, interagency and interpersonal*. Blackwell Scientific Publications, London, Edinburgh, Boston, Melbourne, Paris, Berlin, Vienna.
- Howe D (1987): An introduction to social work theory. *Making sense in practice*. Wildwood House, Worcester.
- Hudson B (1993a): Collaboration in social welfare: A framework for analysis. In *The Polity Process: A reader*, pp. 362–378. Ed. M Hill, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Hudson B (1993b): Michael Lipsky and street level bureaucracy: A neglected perspective. In *The Polity Process: A reader*, pp. 386–398. Ed. M Hill, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Hughes B ja Mtezuka M (1992): Social work and older women: where have older women gone? Women, oppression & social work. *Issues in anti-discriminatory practice*, pp. 220–241. Eds. M Langan ja L Day, Routledge, London, New York.
- Hugman R (1991): Power in caring professions. Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London.
- Hugman R (1994): Ageing and the care of older people in Europe. St. Martin's Press, New York.
- Hydén L-C (1996): Applying for money. The encounter between social workers and clients – a question of morality. *British Journal of Social Work* 26: 843–860.
- Hydén L-C (1997): Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness* 19: 48–69.
- James N (1992): Care = organization + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness* 14: 488–509.
- Jamieson A (1991) ed: Home care for older people in Europe: a comparison of policies and practices. Oxford University Press, Oxford.
- Jantunen E (1991): Sairaalahoidossa olevien vanhusten omaisten saama ja tarvitsema sosiaalinen tuki ja hoitohenkilökunnan valmius tuen antamiseen. Teoksessa *Omaisten tarvitsema ja saama sosiaalinen tuki*, s. 31–68. H Ewalds ja E Jantunen, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskusten kehittämissosaston selvityksiä 7. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Johansson L ja Thorslund M (1994): The national context of social innovation – Sweden. In *Care for the elderly. Significant innovations in three European countries*, pp. 28–44. RJ Kraan, J Baldock, D Davies, A Evers, L Johansson, M Knappen, M Thorslund ja C Tunissen. European Centre for Social Welfare policy and Research. Campus, Westview.
- Johnson N (1987): The welfare state in transition. *The theory and practice of welfare pluralism*. Wheatsheaf Books, Brighton.
- Jokinen A, Juhila K ja Pösö T (1995): Tulkitseva sosiaalityö. Teoksessa *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat*, pp. 9–31. Toim. A Jokinen, K Juhila ja T Pösö, Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.
- Jones K, Brown J ja Bradsaw J (1983): *Issues in social policy*. Routledge & Kegan Paul, London, Boston, Melbourne and Henley.
- Julkunen R (1992a): Hyvinvointivaltio käännekohdassa. *Vastapaino*, Tampere.
- Julkunen R (1992b): Sosiaalipolitiikkamalli, sukupuoli ja hoivatyö. Teoksessa *Sosiaalipolitiikka 2017*, s. 339–356. Toim. O Riihinen, WSOY, Porvoo.
- Jupp, V ja Norris C (1993): Traditions in documentary analysis. In *Social research. Philosophy, Politics and practice*, pp. 37–51. Ed. M Hammersley, Sage Publications in association with The Open University, London, Newbury Park, New Delhi.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. EDILEX-lakikanava; Julkisoikeus. (<http://palvelu.edita.fi/dynaweb/>)
- Kapp MB (1991): Health care decision making by the elderly: I get by with a little help from my family. *The Gerontologist* 31: 619–623.

- Karisto A (1997): Vanhuus kaupungissa – johdatus teemaan. Teoksessa Vanhuus kaupungissa, s. 7–39. Toim. A Karisto, WSOY, Juva.
- Karisto A (1998): Ikuisesti nuoria? Suurten ikäluokkien elämänkaari ja terveys. Teoksessa Elämänkaari ja terveys, s. 145–166. Toim. O Rahkonen ja E Lahelma, Gaudeamus, Tampere.
- Kautto M, Heikkilä M, Hvinden B, Marklund S ja Ploug N (1999) toim.: Nordic social policy. Changing welfare states. Routledge, London.
- Kayser-Jones J (1995): Decision-making in the treatment of acute illness in nursing homes: framing the decision problem, treatment plan and outcome. *Medical Anthropology Quarterly* 9: 236–256.
- Keenoy T, Oswick C ja Grant D (1997): Organizational discourses: text and context. *Organization* 4: 147–157.
- Kerley R (1990): In search of the customer. *Local Government Policy Making* 17: 7–13.
- Ketola O (1996): Sosiaalihuollosta sosiaalisiin oikeuksiin ja sosiaalipalveluasiakkuuteen. Teoksessa Sosiaalipalvelujen Suomi, s. 157–188. J Sipilä, O Ketola, T Kröger ja P-L Rauhala, WSOY, Porvoo-Helsinki-Juva.
- Ketola T ja Kokkonen T (1993): Sosiaalialan työn lähtökohtia. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Kitchener, M (2000): The ‘bureaucratization’ of professional roles: the case of clinical directors in UK hospitals. *Organization* 7, 129–154.
- Klavus, Jan (1997): Terveystenhuollon asiakasmaksut ja maksupolitiikka. Teoksessa Leikkausten hinta. Tutkimuksia sosiaaliturvan leikkauksista ja niiden vaikutuksista 1990-luvun Suomessa, s. 153–163. Toim. M Heikkilä ja H Uusitalo. Stakes, Raportteja 208, Helsinki.
- Kokko S ja Lehto J (1994): Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Stakes, raportteja 96, Helsinki.
- Korhonen I ja Oksanen K (1997): Kertomuksen semiotiikka. Teoksessa Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys, s. 54–71. Toim. P Sulkunen ja J Törrönen, Gaudeamus, Tampere.
- Koskinen S (1990): Tulevaisuuden asiakas sosiaalisen vanhenemisen perspektiivissä. Teoksessa Näkökulmia vanhuspolitiikan tulevaisuuteen. Asiantuntija-artikkeleita, s. 67–87. Sosiaalihuollon tulevaisuus. Keskustelualoitteita. Sosiaalihuollitus. Suunnitteluosasto.
- Koskinen S (1993): Sosiaalityö vanhusten parissa. Review-tutkimus gerontologisen sosiaalityön muotoutumisesta. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 17, Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Koskinen S (1997): Vanhat ihmiset sosiaalipalvelujen asiakkaina. Teoksessa Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta?, s. 36–51. Toim. T Salmela, Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.
- Kostamo-Pääkkö K (2001): “Puheet avohuoltopainotteisia, toimenpiteet laitoskeskeisiä” – analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. *Acta Universitatis Lapponiensis* 29, Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Kröger T (1996): Kunnat valtion valvonnassa? Teoksessa Sosiaalipalvelujen Suomi, s. 23–86. J Sipilä, O Ketola, T Kröger ja P-L Rauhala, WSOY, Porvoo-Helsinki-Juva.
- Kröger T (1997): Hyvinvointikunnan aika. *Acta Universitatis Tampensis* 561. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kuronen M (1993): Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Stakes, Tutkimuksia 35, Helsinki.
- Langan M (1992): Who cares? Women in the mixed economy of care. In *Women, oppression & social work. Issues in anti-discriminatory practice*, pp. 67–91. Eds. M Langan ja L Day, Routledge, London, New York.
- Latimer J (1997): Figuring identities: older people, medicine and time. In *Critical approaches to ageing and later life*, pp.143–159. Eds. A Jamieson, S Harper ja C Victor, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Latimer J (2000): Socialising disease: medical categories and inclusion of the aged. *The Sociological Review* 48: 383–407.
- Launis K (1994): Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Stakes, Tutkimuksia 50, Helsinki.
- Layder D (1993): *New strategies in social research. An introduction and guide.* Polity Press, Cambridge, Oxford.
- Lehto J (1998): Muuttuuko pohjoismainen sosiaali- ja terveyspalvelumalli? *Yhteiskuntapolitiikka* 63: 413–424.
- Lehto J ja Blomster P (2000): Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, s. 161–184. Toim. H Uusitalo, A Parpo ja A Hakkarainen, Stakes, Raportteja 250, Helsinki.
- Lehto J, Kananoja A, Kokko S ja Taipale V (2001): Sosiaali- ja terveydenhuolto. WSOY, Juva.

- Lehto J ja Natunen K (2002): Johdanto. Teoksessa Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin, s. 11–14. Toim. J Lehto ja K Natunen, Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Lehtonen A, Lehtonen M ja Puhakka A (1990): Kotipalvelu sosiaalihuollon työmuotona. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Lewis J (1994): Choice, needs and enabling: the new community care. In *The politics of welfare state*, pp. 147–180. Eds. A Oakley ja AS Williams, UCL Press, London.
- Lewis J ja Meredith B (1989): Contested territory in informal care. In *Growing old in the twentieth century*, pp. 186–200. Ed. M Jefferys, Routledge, London and New York.
- Lieblich A, Tuval-Mashiach R ja Zilber T (1998): *Narrative research. Reading, analysis and interpretation*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Lightfoot J (1995): Identifying needs and setting priorities: issues of theory, policy and practice. *Health & Social Care 3*: 105–114.
- Linstead S (1993): Deconstruction in the study of organizations. In *Postmodernism and organizations*, pp. 49–70. Eds. J Hassard ja M Parker. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Lipsky M (1980): *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation, New York.
- Litwalk E ja Hylton L (1962): Interorganisational analysis: a hypothesis on co-ordinating agencies. *Administrative Science Quarterly 6*, March.
- Luostarinen H ja Väliverronen E (1991): *Tekstinsyöjät. Yhteiskuntatieteellisen kirjallisuuden lukutaidosta*. Vastapaino, Jyväskylä.
- Lupton C (1992): Feminism, managerialism and performance measurement. *Women, oppression & social work. Issues in anti-discriminatory practice*, pp. 92–111. Eds. M Langan ja L ay, Routledge, London, New York.
- Macdonald K ja Tipton C (1993): Using documents. In *Researching social life*, pp. 187–200. Ed. N Gilbert, Sage Publications, London, Newbury Park & New Delhi.
- Machado N ja Burns TR (1998): Complex social organization: multiple organizing modes, structural incongruence, and mechanisms of intergration. *Public Administration 76*: 355–386.
- Marshall TH (1976): The right to welfare. In *Talking about welfare. Readings in philosophy and social policy*, pp. 51–87. Eds. N Timms ja D Watson, Routledge & Kegan Paul, London, Henley and Boston.
- Matthies A-L (1996): Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät verkostot. Teoksessa *Välittävät verkostot*, s. 11–29. Toim. A-L Matthies, U Kotakari ja M Nylund, Vastapaino, Jyväskylä.
- May T ja Anison J (1998): The de-professionalization of probation officers. In *The sociology of the caring professions*, pp. 157–177. Eds. P Abbott ja L Meerabeau, UCL Press, London, Philadelphia.
- McKenzie G (1997): The age of reason or the age of innocence? In *Understanding social research. Perspectives on methodology and practice*, pp. 8–24. Eds. G McKenzie, J Powell ja R Usher, Falmer Press, London & Washington, D.C.
- Means R (1992): The future of community care and older people in the 1990s. *Local Government Policy Making 18*: 11–16.
- Means R ja Smith R (1994): *Community care. Policy and practice*. Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London.
- Metteri A (1993): Terveystalvveluun moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa *Sosiaalityön eettiset jännitteet*, s. 88–102. Toim. S Karvinen. Sosiaalityöntekijäin Liitto r.y & Painatuskeskus, Helsinki.
- Miller G (1997a): Introduction: Context and method in qualitative research. In *Context & Method in qualitative research*, pp. 1–11. Eds. G Miller ja R Dingwall, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Miller G (1997b). Contextualizing texts: studying organizational texts. In *Context & Method in qualitative research*, pp. 77–91. Eds. G Miller ja R Dingwall, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Miller G (1997c): Toward ethnographies of institutional discourse: proposal and suggestions. In *Context & Method in qualitative research*, pp. 155–171. Eds. G Miller ja R Dingwall, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Miller J & Glassner B (1997) The ‘inside’ and the ‘outside’. Finding realities in interviews. In *Qualitative research. Theory, method and practice*, pp. 99–112. Ed. D Silverman, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Moore ST (1991): Intergrating community services and family care: implications for client driven service delivery strategies. *Community alternatives. International Journal of Family Care 31*: 33–41.

- Morris J (1993): 'Us' and 'them'? Feminist research and community care. In *Community Care. A reader*, pp. 156–163. Eds. J Bornat, C Pereira, D Pilgrim ja F Williams, Macmillan in association with The Open University, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire, London.
- Mustila M (1994): Kunnallisen palvelutoiminnan uudistuminen – taustatekijät ja muutospaineet. Tampereen yliopisto, Aluetieteen laitos tutkimuksia Sarja B 67. Tampere.
- Mustonen A, Sinkkonen S ja Niiranen V (1993): Vanhustyö sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö-alueena kunnissa: Yhdistettyjen ja erillisten hallintokuntien henkilöstön käsityksiä ja kokemuksia yhteistyöstä ja hallintokuntien yhdistämisestä, s. 38–116. Teoksessa *Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa*. Toim. S Sinkkonen, Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 9, Kuopio.
- Mäkelä K (1987): Yhteiskuntatieteellisen tiedonhankinnan eettiset normit ja tietosuojat. Teoksessa *Tieteen vapaus ja tutkimuksen etiikka*, s. 180–195. Toim. K Mäkelä, Tammi, Helsinki.
- Mäkelä K (1990): Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, s. 42–61. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- Mäntysaari M (1991): Sosiaalibrokraatia asiakkaiden valvojana. Vastapaino, Tampere.
- Nissinen S (1994): Hoivatyön arki ja kotihoidon tuki vanhusten hoitajien näkökulmasta. Teoksessa *Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta. Kotihoidon tuki ja sen merkitys eri osapuolille*, s. 80–92. Toim. J Sipilä, Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.
- Nisula, T (1996): Etnografia ja terveyden tutkiminen – huomioita metodista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33: 143–152.
- Noro A, Aro S, Jylhä M, Pohjolainen P ja Ruth J-E (1992): Vanhukseen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. *Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja* 71, Helsinki.
- Nuolijärvi P (1990): Keskustelututkimus. Teoksessa *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, s. 114–141. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- O'Connor G (1988): Case management: system and practice. *Social Casework* 69: 97–106.
- OECD (1994): *New orientations for social policy*. OECD Social policy studies No. 12, Paris.
- Omaishoito toimikunnan mietintö (1986). Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Palvelurakennetyöryhmän mietintö (1992). Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita, Helsinki.
- Palvelurakennetyöryhmän väliraportti (1992). Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio. Sarjat 7, Helsinki.
- Parviainen T (1994): Hoitotyön rooli vanhusten hoidossa. Teoksessa *Kokemuksellinen vanheneminen*, s. 262–275. Toim. P Öberg, P Pohjolainen ja I Ruoppila. SSKH Skrifter 4, Helsingfors.
- Payne M (1992): Routes to and through clienthood and their implications for practice. *Practice* 6: 169–180.
- Payne M (1995): *Social work and community care*. Macmillan, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire, London.
- Payne M (1997): *Modern social work theory*. 2nd edition. Macmillan, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire, London.
- Peräkylä A (1994): Saarnaaja ja eksegeetti. Teoksessa *Jos A niin...*, s. 93–108. Toim. K Weckroth ja M Tolkki-Nikkinen, Vastapaino, Tampere.
- Pettigrew AM (1983): On studying organizational cultures. In *Qualitative methodology*, pp. 87–104. Ed. J Van Maanen, Sage Publications, Newbury park, London, New Delhi.
- Pitkänen K (1994): Hylkäsivätkö perheet vanhuksensa laitoksiin? *Suomalaisen laitoshoidon historiaa*. Teoksessa *Muuttuva vanhuus*, s. 221–236. Toim. A Uuttela ja J-E Ruth, Gaudeamus, 1994.
- Pohjola A (1992): Asiakas kohteesta kumppaniksi. Teoksessa *Ihminen ja hyvinvointivaltio, valta ja osallisuus*, s. 25–33. Toim. R Haverinen ja M Maanittu, Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 79, Helsinki.
- Pohjola A (1996): Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa *Monisärmäinen sosiaalityö*, s. 55–92. R Granfelt, H Jokiranta, S Karvinen, A-L Matthies ja A Pohjola, Sosiaaliturvan keskusliitto, Jyväskylä.
- Pohjola A (1997): Asiaa asiakkaalta. Teoksessa *Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta?*, s. 168–186. Toim. T Salmela, Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.
- Powell J, Lovelock R, Bray J ja Philip I (1994): Quality issues in discharge from hospital – the views of older people and their carers. *Social Services Research* 1: 42–55.
- Prottas J (1979): *People-processing: The street-level bureaucrat in public service*. Lexington Books, Boston.
- Psathas G (1995): *Conversation analysis. The study of talk-in-interaction*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Puro K (1973): *Terveyspolitiikan perusteet*. Tammi, Helsinki.

- Pösö T (1993): Kolme koulukotia. Tutkimus tyttöjen ja poikien poikkeavuuden määrittelykäytännöistä koulukotihoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 388*, Tampere.
- Qureshi H (1996): Obligations and support within families. In *The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare*, pp. 100–119. Ed. A Walker. UCL Press, London & Bristol.
- Qureshi H ja Walker A (1989): *The caring relationship. Elderly people and their families*. Macmillan, Hounmills, Basingstoke, Hampshire and London.
- Rauhala P-L (1993): Havainnot sosiaalialan työstä. Teoksessa *Sosiaalialan töissä*, s. 9–28. Toim. A Metteri ja P-L Rauhala, Vastapaino & Stakes, Jyväskylä.
- Rauhala P-L (1994): Hoiva ja hoito ammattina. WSOY, Porvoo.
- Rauhala P-L (1996a): Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa? *Acta Universitatis Tamperensis. Ser A. Vol 477. Vammalan kirjapaino, Vammala*.
- Rauhala P-L (1996b): Miten sosiaalipalvelut tulivat sosiaaliturvaan? Teoksessa *Sosiaalipalvelujen Suomi*, s. 87–120. J Sipilä, O Ketola, T Kröger ja P-L Rauhala, WSOY, Juva.
- Raunio K (2000): Jälkipositivismi, konstruktionismi ja monet tiet sosiaalityön tiedonmuodostuksessa. *Janus* 8: 321–339.
- Reitan TC (1998): Theories of interorganizational relations in the human services. *Social Service Review* 72: 285–309.
- Rhodes C (2000): Reading and writing organizational lives. *Organization* 7: 7–29.
- Rimon-Kenan S (1991): Kertomuksen poetiikka. *Suomalaisen kirjallisuuden Seura*, Tampere.
- Riessman CK (1993): *Narrative analysis*. Sage: Newbury Park.
- Roberts H (1981): Introduction. In *Doing feminist research*, pp. 1–6. Ed. H Roberts, Routledge & Kegan Paul, London.
- Rojiani RH (1994): Disparities in the social construction of long-term care. In *Qualitative studies in social work research*, pp. 139–152. CK Riessman, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Rose N (1995): Eriarvoisuus ja valta hyvinvointivaltion jälkeen. Teoksessa *Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivalttiosta*, s. 19–56. Toim. R Eräsaari ja K Rahkonen, Gaudeamus, Tampere.
- Rose SM (1987): Deinstitutionalization – a structurally generated opportunity for social work. *International Social Work* 30: 251–257.
- Rose SM ja Black BL (1985): *Advocacy and empowerment. Mental health care in the community*. Routledge & Kegan Paul, Boston, London and Henley.
- Rosen A, Proctor EE, Morrow-Howell N ja Staudt M (1995): Rationales for practice decisions: variations on knowledge use by decision task and social work service. *Research on Social Work Practice* 5: 501–523.
- Rosenthal CJ, Marshall VW ja Macpherson AS ja French SE (1980): *Nurses, patients and families*. Croom Holm, London.
- Rummery K ja Glendinning C (1999): Negotiating needs, access and gatekeeping: developments in health and community care policies in UK and the rights of disabled and older people. *Critical Social Policy* 19: 335–354.
- Russell J ja Brenton M (1989): Bridging the gap between hospital and home: two models of discharge care for the elderly people. In *Growing old in the twentieth century*, pp. 218–229. Ed M Jefferys, Routledge, London and New York.
- Salminen A (1995): *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Hallinnon keittämiskeskus & Painatuskeskus, Helsinki.
- Saltman RB ja von Otter C (1992): Planned markets and public competition. *Strategic reform in Northern European health systems*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Sanday PR (1983): The ethnographic paradigm(s). In *Qualitative methodology*, pp. 19–36. Ed. J Van Maanen, Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Sandfort J (1999): The structural impediments to human service collaboration: examining welfare reform at the front lines. *Social Service Review* 73: 314–338.
- Sarala U ja Sarala A (1998): *Oppiva organisaatio*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus ja koulutuskeskus, Helsinki.
- Schwartzman HB (1993): *Ethnography in organizations. Qualitative Research Methods. Volume 27*. Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Scott WR (1987) *Organizations. Rational, natural and open systems*. Prentice Hall International, Inc., Englewood Cliffs New Jersey.
- Senge P (1990): *The fifth discipline: the art & practice of the learning organisation*. Doubleday Currency, New York.

- Shaw I ja Shaw A (1997): Game plans, buzzes, and sheer luck: doing in well in social work. *Social Work Research* 21: 69–80.
- Sheppard M (1995): Care management and the new social work. A critical analysis. Whiting and Birch Ltd, London.
- Sidell M (1993): Interpreting. In *Reflecting on research practice. Issues in health and social welfare*, pp. 106–118. Eds. P Shakespeare, D Atkinson ja S French, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Sihvo T (1989): Arki ja apu. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti 1., Sosiaalihuollon julkaisuja 14, Helsinki.
- Sihvo T (1991): Virallinen ja epävirallinen sosiaalihuollon kannalta. Teoksessa *Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen*, s. 69–77. Toim. A-L Matthies, Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki.
- Sihvo T (1996): Kansalaisvastuu ja hyvinvointipalvelut. Teoksessa *Välittävät verkostot*, s. 165–176. Toim. A-L Matthies, U Kotakari ja M Nylynd, Vastapaino, Jyväskylä.
- Silverman D (1993): *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction*. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Silverman D (2000): *Doing qualitative research. A practical handbook*. Sage, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Silverman M ja Huelsman E (1990): The dynamics of long-term familial caregiving. In *The home care experience. Ethnography and policy*, pp. 173–188. Eds. JF Gubrium & A Sankar, Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Simon HA (1982): Päätöksenteko ja hallinto. Weilin+Göös, Espoo.
- Simonen L (1990): Contradictions of welfare state, women and caring. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 295*, Tampere.
- Sinkkonen S (1993): Hallinnon uudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa – tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa *Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa*, s. 15–37. Toim. S Sinkkonen, Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 9, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Sinkkonen S, Tepponen M, Paljärvi S ja Rissanen S (2001): Kotihoidon sisältö ja tapaustutkimukset kotihoidon organisoinnista yhdistetyssä sosiaali- ja terveystoimessa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 29, 177–195.
- Sipilä J (1989): *Sosiaalityö jäljillä*. Tammi, Helsinki.
- Sipilä J (1996): Aluksi. Teoksessa *Sosiaalipalvelujen Suomi*, s. 9–22. J Sipilä, O Ketola, T Kröger ja P-L Rauhala, WSOY, Juva.
- Sjöström S (1997): Party or patient? Discursive practices relating to coercion in psychiatric and legal settings. *Boréa*, Umeå.
- Smith D (1965): Front line organization of the state mental hospital. *Administrative Science Quarterly* 10: 381–399.
- Smith D (1988): *The everyday world as problematic. A feminist sociology*. Open University Press, Milton Keynes.
- Smith D (1990): *Texts, facts, and femininity. Exploring the relations of ruling*. Routledge, London and New York.
- Smith G (1970): *Social work and the sociology of organizations*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Smith G (1980): *Social need, policy, practice and research*. Routledge & Kegan Paul, London, Boston & Henley.
- Smith G ja May D (1993): The artificial debate between rationalist and incrementalist models of decision making. In *The Polity Process: A reader*, pp. 197–211. Ed. M Hill, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Snyder SU (1992): Interviewing college students about their constructions of love. In *Qualitative methods in family research*, pp. 43–65. Eds. JF Gilgun, K Daly ja G Handel, Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Somers MR (1994): The narrative constitution of identity: a relational and network approach. *Theory and Society* 23: 605–649.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. EDILEX-lakikanava; Julkisoikeus. (<http://palvelu.edita.fi/dynaweb/>)
- Spicker P, Anderson I, Freeman R ja McGilp R (1995): Pathways through psychiatric care: the experience of psychiatric patients. *Health and Social Care in the Community* 6: 343–352.
- Spradley JP (1979): *The ethnographic interview*. Holt, Rinehart and Winston, Inc., Fort Worth, Chicago, San Francisco, Philadelphia, Montreal, Toronto, London, Sydney, Tokyo.
- Stalker K (1994): The best laid plans... gang aft agley? Assessing population needs in Scotland. *Health & Social Care* 2: 1–9.

- Stanley L ja Wise S (1983): 'Back into the personal' or: our attempt to construct 'feminist research'. In *Theories of women's studies*, pp. 192–209. Eds. G Bowles ja R Duelli Klein, Routledge & Kegan Paul, London, Boston, Melbourne, Henley.
- Stanley L ja Wise S (1990): Method, methodology and epistemology in feminist research processes. In *Feminist praxis. Research, theory and epistemology in feminist sociology*, pp. 20–60. Ed. L Stanly, Routledge, London and New York.
- Starrin B (1993): Participatory research – att skapa kunskap tillsammans. I *Deltagorienterad forskning*, s. 119–138. Red. J Holmes ja B Starrin, Studentlitteratur, Lund.
- Stone R, Cafferata L ja Sangl J (1987): Caregivers of frail elderly: a national profile. *The Gerontologist* 27: 616–626.
- Strauss A, Schatzman R Bucher R, Erlich D ja Sabshin M (1963): The hospital and its negotiated order. In *The hospital in modern society*. Ed. E Friedson, Free Press, New York.
- Strauss A ja Corbin J (1990): *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Sundström G (1994): Care by families: an overview of trends. In *Caring for frail elderly people. New directions in care*, pp. 15–82. OECD Social Policy Studies no. 14. OECD, Paris.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. EDILEX-lakikanava; Julkisoikeus. (<http://palvelu.edita.fi/dynaweb/>)
- Szebehely M (1992): Vårdbiträdets vardag – i traditionell hemtjänst och vid servicehus. I *Egenheter aach allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*, ss. 72–83. Red. R Eliasson, Arkivförlag, Lund.
- Szebehely M (1996): Om omsorg och omasorgforskning. I *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, s. 21–35. Red. R Eliasson, Studielitteratur, Lund.
- Swedner H (1983): *Socialt arbete. En tankeram*. LiberFörlag, Lund.
- Syrjäläinen E (1995): Etnografisen opetuksen tutkimus. Teoksessa *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*, s. 68–115. Toim. L Syrjälä, S Ahonen, E Syrjäläinen ja S Saari, Kirjayhtymä, Rauma.
- Taylor M, Houes L, Lart R ja Means R (1992): User empowerment in community care: unravelling the issues. DQM Paper no. 11, School for Advanced Urban Studies, Bristol.
- Tedre S (1995): Julkinen auttaja yksityisessä kodissa. Teoksessa *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*, s. 150–170. Toim. L Eräsaari, R Julkunen ja H Silius, Vastapaino, Jyväskylä.
- Tedre S (1996): Vanhusten kotipalvelu huolenpitoverkoston solmukohtana. Teoksessa *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*, s. 104–115. Toim. A Metteri, Sosiaalityöntekijäin Liitto & Edita, Helsinki.
- Tedre S (1999): Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 40, Joensuu.
- Tester S (1996): *Community care for older people. A comparative perspective*. Macmillan, Houndsmill, Basingstoke, Hampshire and London.
- Thomas J (1993): *Doing critical ethnography. Qualitative research methods*. Volume 26. Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Thompson N, Stradling S, Murphy M ja O'Neill, P (1996): Stress and organizational culture. *British Journal of Social Work* 26:647–665.
- Thorslund M, Bermark Å ja Parker MG (1997): Difficult decisions on care and services for elderly people: The dilemma of setting priorities in the welfare state. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6: 197–206.
- Tinker A (1984): *The elderly in modern society*. Longman, London and New York.
- Trenholm S ja Jensen A (2000): *Interpersonal communication*. Wadsworth Publishing Company, Belmont, Albany, Bonn, Boston, Sincinnati, Detroi, London, Madrid, Melbourne, Mexico City, New York, Paris, San Francisco, Singapore, Tokyo, Toronto, Washington.
- Tuomi J (1997): Palvelut tuotetaan kunnissa. Teoksessa *Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta?*, s. 124–139. Toim. T Salmela, Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.
- Twigg J (1992): Carer in the service system. In *Carers. Research and practice*, pp. 59–94. Ed. J Twigg, HMSO, London.
- Twigg J ja Atkin K (1994): *Carers perceived. Policy and practice in informal care*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Twigg J ja Atkin K (1995): Carers and services: factors mediating service provision. *Journal of Social policy* 24: 5–30.
- Usher R (1997): Telling a story about research and research as story-telling. Postmodern approaches to social research. In *Understanding social research. Perspectives on methodology and practice*, pp. 27–41. Eds. G McKenzie, J Powell ja R Usher, Falmer Press, London, Washington D.C.

- Vaarama M ja Lehto J (1996): Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988–1994. Teoksessa Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1996: Vanhuspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen, s. 39–40. Toim. R Viialainen ja J Lehto, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes, Helsinki.
- Vaarama M, Hakkarainen A, Voutilainen P ja Päivärinta E (2000): Vanhusten palvelut. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, s. 75–98. Toim. H Uusitalo, A Parpo ja A Hakkarainen, Stakes, Raportteja 250, Helsinki.
- Vaarama M, Voutilainen P ja Kauppinen S (2002): Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002, s. 76–105. Toim. M Heikkilä ja A Parpo, Stakes, Raportteja 268, Helsinki.
- Valokivi H (1994): Vanhusten kotihoidon tuen hakeminen – hakijoiden toiminnan tarkastelua poliittisen osallistumisen perspektiivistä. Teoksessa Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta. Kotihoidon merkitys eri osapuolille, s. 59–79. Toim. J Sipilä, Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki.
- Vanhusbarometri 1998 (1999). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3, Helsinki.
- Van Maanen J (1983): The fact of fiction in organizational ethnography. In *Qualitative methodology*, pp. 37–56. Ed. J Van Maanen, Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
- Ve H (1982): Makt, intresse och socialisation. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3: 23–32.
- Viialainen R ja Lehto J (toim.) (1996): Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1996: Vanhuspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes, Helsinki.
- Viitala K (1990): Kohti tavoitteellista kotipalvelua. Kotipalvelutyön sisällön kehittämissuunnitelman raportti 1., Sosiaalihuollon julkaisu 14, Helsinki.
- Viitanen E (1997): Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 577, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Virkkunen J (1994) Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen uhkana ja mahdollisuutena. Tutkimusmuutosta koskevista ajatusmalleista. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki.
- Walker A (1991a): The social construction of dependency in old age. In *The state or the market. Politics and welfare in contemporary Britain*, pp. 41–57. Eds. M Loney, R Bocoock, J Clarke, A Cochrane, P Graham ja M Wilson, Sage Publications, London, Newbury Park, New Delhi.
- Walker A (1991b): Towards greater user involvement in the social services. In *Psychogeriatrics*, pp. 5–18. Ed. A Arie, Churchill Livingstone, London.
- Walker A (1994): My mother and father's keeper? The social and economic features of intergenerational solidarity. *Stakes, Themes from Finland* 5, Helsinki.
- Walker A (1996): Intergenerational relations and the provision of welfare. In *The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare*, pp. 10–36. Ed. A Walker, UCL Press, London, Bristol.
- Walker A (2001): Ikääntyminen ja ikäihmisten sosiaalipalvelut Euroopassa. *Gerontologia* 15: 217–228.
- Wallace SP (1990): The no-care zone: Availability, accessibility, and acceptability in community-based long-term care. *The Gerontologist* 30: 254–261.
- Wærness K (1984): Caring women's work in welfare state. In *Patriarchy in a welfare state*, pp. 67–87. Ed. H Holter, Universitetsforlaget, Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø.
- Wærness K (1990): Informal and formal care in old age: what is wrong with the new ideology in Scandinavia today? In *Gender and caring. Work and welfare in Britain and Scandinavia*, pp. 110–132. Ed. C Ungerson, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Wærness K ja Ringen S (1987) Women in the welfare state: The case of formal and informal old-age care. In *The Scandinavian model. Welfare states and welfare research*, pp. 161–173. Eds. R Erikson, Gørgen Hansen, S Ringen ja H Uusitalo, M.E. Sharge Inc. Armonk, New York, London.
- Weber M (1993): Rational-legal authority and bureaucracy. In *The Polity Process: A reader*, pp. 105–109. Ed. M Hill, Harvester Wheatsheaf, New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Weick KE (1979): *The social psychology of organizing*. Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Whitaker JK ja Garbarino J (1983): *Social support networks*. Aldine, New York.
- Wicks M (1991): Family matters and public policy. In *The State or the market. Politics and welfare in contemporary Britain*, pp. 169–183. Eds. M Loney, R Bocoock, J Clarke, A Cochrane, P Graham ja M Wilson. 2nd edition. Sage Publications, London, Newbury Park, New Delhi.
- Øvretveit J (1997): How patient power and client participation affects relations between professions. In *Interprofessional working for health and social care*, pp. 79–102. Eds. J Øvretveit, P Mathias ja T Thompson, Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London.

11 LIITTEET

LIITE 1.

Yksilökohtainen palveluohjaus-tutkimuksen haastattelurunko

1. Mitä työsi kuuluu pääpiirteissään, ketkä ovat asiakkaita, miten asiakkaaksi ja palvelujen piiriin tullaan?
2. Mitä tapahtuu, kun asiakkaan tilanne muuttuu esimerkiksi laitokseen menon tai kotiutuksen vuoksi? Kuka tekee aloitteen hoidosta tai sen päättymisestä, kuka päättää, kuka järjestee?
3. Kuka saa palveluja sekä miten palvelut kohdennetaan ja miten ne ohjautuvat?
4. Miten palvelut ja hoito suunnitellaan? Miten ja kuka tekee hoito- ja palvelusuunnitelman?
5. Miten yhteistyö ja tiedotus työyhteisön sisällä, yhteistyökumppaneiden kanssa sekä avo- ja laitoshoidon välillä tapahtuu?
6. Miten työ- ja vastuunjako määritellään?
7. Mikä on omaishoidon ja vapaaehtoistyön osuus ja merkitys?
8. Mitä tarjottavaa yksilökohtaisella palveluohjauksella voisi olla tarjottavana omaan työhösi?

Asiakas- ja omaishaastattelut:

1. Miten arki ja hoivatyö sujuu?
2. Mitä kontakteja teillä on sukulaisiin, tuttaviin, naapureihin?
3. Mitä palveluja käytätte?
4. Miten olette tulleet palvelujen piiriin?
5. Kokemuksenne palveluista ja yhteistyöstä palvelutuottajien kanssa?
6. Minkälaisia kotiuttamistilanteet sairaalasta ovat olleet?
7. Miten ja mitä muutoksia palveluissa on tapahtunut?
8. Miten olette saaneet tietoa palveluista ja etuuksista?
9. Kuka on teidän luotto- tai yhteyshenkilönne palvelutuottajista?

LIITE 2.

Haastattelurunko

VASTUU JA EETTISET KYSYMYKSET:

1. Mistä asioista vastaat ja kenelle? Mikä on roolisi yksikössäsi?
2. Miten nämä vastuut ja tehtävät ovat sinulle määräytyneet? Kuinka roolisi on muotoutunut nykyisen kaltaiseksi?
3. Millaisissa tilanteissa vastuukysymykset nousevat tärkeiksi? Mitä tällaisissa tilanteissa tapahtuu?
4. Millaista negatiivista ja positiivista palautetta saat omasta toiminnastasi? Keneltä saat palautetta? Miten saat palautetta?
5. Kuinka annat palautetta muille?
6. Miten luonnehtisit hyvää työntekijää? Tehtävääne ja yksikkösi työntekijöitä ajatellen?
7. Millaisia eettisiä kysymyksiä/ongelmia käytännössä tulee vastaan?

Onko yksikössäsi joitain erityisiä kysymyksiä tai tilanteita, joissa eettinen pohdinta toistuu?

8. Kuinka ratkaiset eettiset kysymykset/ongelmat? Mitä ongelmatilanteissa tapahtuu?

TARVEARVIOINTI, KYSYNTÄ, TARJONTA:

9. Miten arvioit palvelutarvetta ja sen kehitystä? Mihin perustat arviosi esimerkiksi ensi vuoden palvelutarpeesta tai tarpeesta kymmenen vuoden kuluttua?
10. Kuinka mielestäsi/yksikkösi näkökulmasta nykyinen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä kykenee vastaamaan ikääntyneen väestön palvelujen tarpeisiin tällä hetkellä?
11. Ovatko yksikkösi tarjoamat palvelut sisällöltään ja määrältään kaupungin/alueen ikääntyneiden tarpeiden mukaisia?
12. Miltä osin ovat, miltä osin arvioit olevan puutteita?
13. Mikä ohjaa palvelujenne rakentamista ja suuntaamista sisällöllisesti ja määrällisesti (miksi ja kenen aloitteesta olemassa olevat palvelunne on aikanaan luotu? millä ja kenen perusteilla palvelujanne nyt kehitetään?)
14. Onko paikkakunnalla/alueella arviosi mukaan piilevää palvelutarvetta tarjoamienne palvelujen suhteen eli ikääntyneitä ihmisiä, jotka tarvitsisivat palvelujanne mutta jotka eivät jostain syystä niitä hae?

ASIAKAS/POTILAS YKSIKÖSSÄ JA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ:

15. Kuinka asiakkaat sitten ohjautuvat palvelujenne saajiksi (mistä he saavat yleensä informaatiota palveluistanne, miten palvelujanne haetaan, kuka ja kuinka ja millä kriteereillä palvelujen saajat valitaan? kuinka suuri osuus palveluhakemuksista hyväksytään, onko palveluihinne esim. jonoja?)

16. Kuinka asiakkaan/potilaan hoito- ja palvelutarpeita arvioidaan? Miten suunnitellaan mitä palveluita potilaalle annetaan? (sekä koti- että laitoshoido) Mitä tietoja suunnittelussa tarvitaan? Mistä tiedot kootaan?
17. Ketkä osallistuvat suunnitteluun tässä vaiheessa? Miten eri ammattiryhmien yhteistyö yksikön sisällä toimii? Millainen on itse asiakkaiden ja heidän omaistensa rooli tässä suunnittelussa?
18. Miten päätöksenteko etenee? Ketkä tekevät lopullisen päätöksen asiakkaan saamista palveluista tai hoidosta? Millä kriteereillä päätökset tietyn palvelun tarjoamisesta tehdään?
19. Kuka seuraa asiakkaan palvelutarpeiden muutoksia?
20. Kuinka palvelun ja hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuvien työntekijöiden yhteistyö mielestäsi toimii?
21. Tiedätkö, käyttävätkö asiakkaanne muita julkisia tai yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja? Millaisia kokemuksia olet kuullut asiakkaillanne olevan näistä muista palveluista?
22. Millaisia palvelumaksuja palveluistanne peritään? Oletko havainnut palvelumaksuilla tai niiden suuruudella olevan yhteyttä palvelujen kysyntään? Oletko kerännyt tai saanut palautetta asiakkailta/potilailta palvelumaksuista?

TOIMINNAN, HENKILÖSTÖN, TALOUDEN, LAADUN ARVIOINTI:

23. Mistä (muista) tämän yksikön toimintaan liittyvistä asioista keräät tai saat arviointitietoa? Keräätkö tai saatko tietoa esimerkiksi palvelujen asiakkaalle tuottamista hyödyistä/haitoista, erilaisten palvelujen riittävydestä ja palvelun kohdentuvuudesta?
24. Miten ja minkälaista arviointitietoa hyödynnetään ? (vuosittain, väliarviointia, mihin aikaan käytettävissä esim. budjetinteossa)
25. Missä muodossa ja milloin tieto on saatavilla?
26. Miten tätä arviointitietoa hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja miten se heijastuu suunnitteluun (mm. eri organisaatiotasojen välillä)?
27. Millaista palautetta olette keränneet ja saaneet asiakkailtanne palvelujenne sisällön ja määrän osalta?
28. Millaisiksi arvioisit ikäihmisten ja omaisten mahdollisuudet osallistua palveluiden suunnitteluun ja vaikuttaa niiden sisältöön, järjestämiseen ja määrään yleisesti koko palvelujärjestelmässä? Entä miten he voivat vaikuttaa tämän yksikön palveluihin?

Miten asiakkaat / asukkaat / potilaat ja omaiset voivat osallistua ja vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun sekä niiden sisällöstä, määrästä ja järjestämisestä päättämiseen tässä yksikössä?
29. Millä tavalla arvioitte henkilöstön aikaansaannoskykyä? (henkilöstön määrä ja riittävyysarviointi pätevyys- ja osaamisarviointi, koulutusrakenteen kehittymisarviointi työtyytyväisyys, vaihtuvuus luottamus organisaatioon, henkilösuhteet ja yhteistyökykyisyys innovatiivisuus työkykyisyys ja jaksaminen, sairauspoissaolojen kehitys)
30. Mistä asioista vastuullanne olevien palvelujen laatu mielestäsi koostuu?
Miten arvioitte laatua, käytättekö mittareita ja/tai kyselyjä?
Jos käytätte mittareita, millaisia?
Jos käytätte kyselyitä, kenelle ne kohdistetaan ja mistä erityisesti niillä halutaan saada tietoa?
31. Minkälaisia tunnuslukuja tai mittareita käytetään kuvaamaan taloudellisuutta tai tuottavuutta vastuualueellanne?
32. Minkälaisia muita arviointitapoja teillä on?

YHTEISTYÖ: jaetaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja varsinaiseen palveluntuotantoon/käytäntöön

33. Millaista yhteistyötä teidän yksiköllänne on toisten palveluyksikköjen kanssa? Erityisesti, onko teillä yhteistyötä muiden sektorien (julkinen, yksityinen, järjestöt, omaishoito) palveluntuottajien kanssa? Jos on, niin millaista?

JOS EI YHTEISTYÖTÄ MUIDEN PALVELUYKSIKÖJEN KANSSA:

34. Ajatteletteko tällaiselle yhteistyölle olevan tulevaisuudessa tarvetta?

KAUPUNGIN OMILLE YKSIKÖILLE, JOS OSTETAAN PALVELUJA:

35. Millaisia? Miksi juuri näitä palveluja? Miksi juuri näiltä tuottajilta?
36. Onko itse tuotetuissa ja ostopalveluina hankituissa palveluissa mielestäsi eroja? Esimerkiksi laadussa tai hinnassa?
37. Onko teillä laskelmia vastualueenne itse tuotettujen ja ostopalveluiden yksikkökustannuksista?
38. Jos laskelmia on olemassa, onko olemassa vertailutietoja? Mitä vertailutiedot osoittavat?

KAIKILLE

39. Lisääntykö vai väheneekö ostopalvelujen osuus koko palvelutuotannosta sektorillanne/alasektorillanne seuraavan 10 vuoden aikana? Miksi?

OSTOPALVELUYHTEISÖILLE:

40. Miten kuvailisit yhteistyötä kaupungin kanssa? Millainen yhteistyökumppani kaupunki on? Miten arvelet yhteistyön kehittyvän tulevaisuudessa?

KAIKILLE:

41. Miltä kaupungin ylemmäntason päätöksenteko näyttää yksikkönne näkökulmasta? Miltä näyttää johtavien viranhaltijoiden ja toisaalta kunnallispolitiikassa/luottamushenkilöiden päätöksenteko? Onko teillä omasta mielestänne riittävästi mahdollisuuksia vaikuttaa siihen?