

SOSIAALIHUOLLON MUUTOSSUUNTA

– Rahallistaminen uutena toimintatapana

HAUTAOJA MINNA

Tampereen yliopisto

Sosiaalitutkimuksen laitos

Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2010

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Sosiaalitutkimuksen laitos

HAUTAOJA, MINNA: Sosiaalihuollon muutossuunta – Rahallistaminen uutena toimintatapana

Pro Gradu -tutkielma, 76 s., 2 liites.
Sosiaalipolitiikka
Ohjaaja: Anneli Anttonen
Toukokuu 2010

Tutkielmani käsittelee sosiaalihuollon yksityistämiseen liittyvää palvelujen monimuotoistumista. Tarkastelu on rajattu palvelumuotoon, jossa annetaan rahaa palvelun sijaan. Tästä palvelumuodosta käytetään nimitystä rahallistaminen, joka on yksi yksityistämisen muodoista. Palvelujen monimuotoistuminen on osa 1980-luvulla alkanutta hyvinvointivaltion muutosta. Tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten rahallistaminen palvelujen tuottamisen muotona näkyy, miten sitä perustellaan ja millaisen sisällön se saa sosiaalihuollon suunnitelma-asiakirjoissa. Rahallistaminen on kiinnostava palvelumuoto, koska se luo mahdollisuuksia yksityisten palveluntuottajien toiminnalle ja laajentaa yksityisten markkinoiden vastuuta sosiaalipalvelujen tuottamisessa. Rahallistamisen diskurssien hahmottaminen on tärkeää, koska diskursseilla on suuri vaikutus yhteiskunnallisiin ratkaisuihin ja suhtautumistapoihin.

Tutkielmani aineistona ovat sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosilta 1984–2011. Suunnitelmat ovat lakisäätteisiä ohjausasiakirjoja. Lähestyn aineistoa sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta. Analyysimenetelmänä on diskurssianalyysiin pohjautuva lähiluku. Menetelmällä aineisto on luettu hyvin tarkkaan läpi ja muodostettu diskurssit. Tarkoituksena on tuoda aktiivisesti aineistosta esiin sen mahdollistamia tulkintoja ja pohtia niiden rakentamaa sosiaalista todellisuutta.

Tutkielman perusteella voi todeta, että rahallistaminen synnyttää monenlaista vastuuta. Aineistosta muodostin neljä diskurssia, jotka ovat muuttuvan hoitovastuun diskurssi, valinnan vastuun diskurssi, omaisten vastuullistamisen diskurssi sekä korvaus hoivasta diskurssi. Diskurssit kuvaavat rahallistamisen ulottuvuuksia ja luovat kuvan rahallistamisen kehittymisestä. Rahallistaminen muotoutui suunnitelmissa aluksi palvelujärjestelmään huonosti sopeutuvaksi uudeksi palvelumuodoksi, jolla pyrittiin helpottamaan omaisten kotihoitoa. Kuitenkin oli epäselvää kenelle vastuu hoidosta tässä vaiheessa kuului. 1990-luvun laman aikana rahallistaminen alettiin nähdä ratkaisuna laitoshoidon vähentämiseen ja kuntien kustannusten pienentämiseen. 2000-luvun alussa rahallistamisen avulla sen sijaan pyrittiin lisäämään kansalaisten valinnanvapautta. 2000-luvun lopulla rahallistamisen merkitys vaikutti kääntyvän yksityisten palvelumarkkinoiden edistämiseen.

Tutkielman perusteella näyttäisi siltä, että rahallistamisella on pyritty kustannussäästöihin ja edistämään sosiaalipalvelujen yksityisten markkinoiden muodostamista.

Asiasanat: hyvinvointivaltion muutos, rahallistaminen, sosiaalihuolto, vastuu, yksityistäminen

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Social Research

HAUTAOJA, MINNA:

Master's thesis, 76 pages, 2 appendix pages
Social Policy
Supervisor: Anneli Anttonen
May 2010

The thesis examines the service pluralisation connected to the privatisation of social care services. The pluralisation of services is part of the welfare state change. The examination is restricted to social service form cash for care. This social service form is called monetization, which is one of the routes to privatisation of social services. Aim of the study is to find out how the monetization in the national development plans for social care services has been discussed and also how privatization of social care has been steered. It is important to understand the discourses of monetization because discourses have great impact on social decisions and attitudes.

The research data consists of national development plans for social and health care services from 1984 to 2011. Theoretical frame of the study is social constructivist approach. The method of the analysis is discourse analysis based close reading.

As a result of the analysis monetization appears to produce responsibility in many ways. According to this study, monetization has been the way to lower the expensis of social care services and to promote forming of private social care service markets.

Keywords: welfare state change, monetization, social care, responsibility, privatisation

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
2 Suomalaisen hyvinvointivaltion muutos	4
2.1 Suomalainen hyvinvointivaltio	4
2.1.1 Kansainvälinen näkökulma sosiaalipolitiikan muutokseen	5
2.1.2 Julkishallinnon ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa	7
2.2 Sosiaalipalvelujen muutos	10
2.2.1 Kansalaisen aseman muutos palvelun käyttäjänä	10
2.2.2 Palvelurakennemuutos	11
3 Yksityistäminen ja rahallistaminen	13
3.1 Yksityistäminen	13
3.2 Yksityistämisen muodot.....	16
3.2 Rahallistaminen.....	20
3.3 Vastuu sosiaalipalveluissa	24
4 Tutkimusasetelma	27
4.1 Tutkimuskysymykset	27
4.2 Aineisto	28
4.3 Tutkimusmenetelmä.....	31
4.4 Tutkimusaineiston analyysi	34
5 Julkisesta yksityiseen vastuuseen	37
5.1 Muuttuvan hoitovastuun diskurssi	38
5.2 Valinnan vastuun diskurssi	42
5.2.1 Valintaoikeus	44
5.2.2 Oikeus valintaan.....	45
5.2.3 Valinnan vapaus.....	47
5.3 Omaisten vastuullistamisen diskurssi	49
5.4 Korvaus hoivasta diskurssi	55
6 Keskustelu	59
6.1 Hoitovastuu kunnalta koteihin	60
6.2 Valinnan mahdollisuudesta valinnan vastuuseen.....	62
6.3 Omaisten vastuullistaminen keinona monimuotoistaa palveluja.....	65
6.4 Ovatko hoitotuet ja palvelusetelit palkkaa vai tukea?.....	68
7 Johtopäätökset	70
Lähteet:	73
Liitteet	77

1 Johdanto

Tutkielmani käsittelee sosiaalihuollon yksityistämistä. Tarkastelun ajanjakso on 1980-luvun alusta tähän päivään. Olen valinnut sosiaalipalvelujen yksityistämisen tarkastelun kohteeksi, koska terveydenhuollon sektorilla kaupallisilla palveluilla on sosiaalihuoltoa pidemmät perinteet. Sosiaalipalveluihin kaupalliset palvelut ovat pääasiassa syntyneet vasta tutkimuksen tarkastelujakson aikana. Kontekstia tutkimukselle tarjoaa 1980-luvulla alkanut julkishallinnon muutoskausi. Muutoksella tarkoitan perinteisen universaalisuuden periaatteeseen nojaavan hyvinvointivaltion kehittymistä markkinaehtoiseen palvelujen järjestämisen suuntaan.

Sosiaalipolitiikan muutoksesta on kirjoitettu paljon ja etenkin 1990-luvun lamaa on pidetty keskeisenä muutostekijänä (Julkunen 2001, 60–61). Muutosprosessin voi kuitenkin katsoa alkaneen jo 1980-luvun alkupuolelta, jolloin tehtiin muutosta ennakoivia lakimuutoksia, kuten esimerkiksi ostopalvelujen käytön mahdollistaminen kuntien sosiaali- ja terveystuotannossa. Myös uusi julkisjohtaminen eli New Public Management (NPM), joka on tuonut yksityisen sektorin periaatteita julkiselle sektorille, oli kiinnostuksen kohteena jo ennen lamaa. Muutos on tullut joidenkin arvioiden mukaan hitaasti askel askeleelta (Julkunen 2001, 300), ja toisaalta on puhuttu muutoksen toteuttamisesta liki ilman julkista keskustelua muutoksen suunnasta (Koskiahho 2006b, 21). Erilaiset näkemykset sosiaalihuollon muutoksesta ja yksityistämisestä tekevät aiheesta paitsi mielenkiintoisen myös ajankohtaisen, koska prosessi on yhä kesken.

Tehtäväni on tutkia, miten sosiaalihuollon monimuotoistumisesta puhutaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelma-asiakirjoissa vuosina 1984–2011. Sosiaalihuoltoa käsitteleviä suunnitelma-asiakirjoja on julkaistu vain tuolta ajanjaksolta. Ensimmäinen suunnitelma kattaa vuodet 1984–1988 ja uusin vuodet 2008–2011. Koska yksityistämisen prosessin analysointi kokonaisuudessaan ei ole mahdollista, keskityn yksityistämisen osalta sellaiseen muotoon, jossa kansalaiselle annetaan rahaa palvelun sijaan. Tästä palvelumuodosta on kansainvälisissä julkaisuissa käytetty termiä *cash for*

care (esim. Gilbert 2005), joka suoraan käännettynä olisi ”rahaa hoivaan”. Parempi suomennos olisi kuitenkin rahallinen etuus tai hoitotuki. Toinen kansainvälisissä julkaisuissa käytetty termi on *monetization*. Monetization termiä ovat käyttäneet sosiaalipalvelujen yhteydessä muun muassa Anneli Anttonen, John Baldock ja Jorma Sipilä teoksessa *The Young, the Old and the State* (2003, 177). Ilkka Kauppinen on tutkimuksessaan ”Tiedon omistaminen on valtaa” suomentanut verotukseen liittyneen monetization käsitteen rahallistamiseksi. (Kauppinen 2008, 199.) Monetization ei kuitenkaan ole suomennettuna rahallistamiseksi vakiintunut käsite sosiaalitieteissä. Tässä tutkimuksessa käytän rahallistamisen käsitettä kuvaamaan palvelumuotoa, jossa palvelun sijaan annetaan rahaa.

Rahallistaminen valikoitui tutkimuskohteeksi, koska sen alaisuuteen voidaan katsoa kuuluvan useita palveluita, jotka on mielletty osaksi hyvinvointivaltioajattelun mukaista suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Rahallistamisen avulla voidaan kuitenkin edistää yksityistämistä luomalla mahdollisuuksia yksityisille palveluntuottajille ja laajentamalla yksityisten markkinoiden vastuuta sosiaalipalvelujen tuottamisessa.

Tarkemmat tutkimuskysymykset ovat: mitä merkityksiä rahallistaminen saa, millaisia diskursseja rahallistamiseen liittyy ja miten nämä diskurssit muuttuvat ajallisesti. Rahallistamisen diskurssien muutoksen ja käännekohtien hahmottaminen tuo sosiaalipalvelujen osalta lisätietoa sosiaalipolitiikan muutoksen ja kehityksen tarkasteluun. Mahdollisesti tulosten perusteella voi arvioida kehityksen suuntaa tulevaisuudessa.

Tutkimukseni lähestyy aihetta sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta, jossa kielen käyttöä tutkitaan todellisuuden rakentajana. Kieli itsessään on osa todellisuutta eikä vain väline todellisuuden käsittämiseen. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 9.) Tutkimusmetodina käytän diskurssianalyysia. Käytettäessä suunnitelma-asiakirjoja aineistona on mielekästä tutkia kieltä juuri todellisuuden rakentajana eikä absoluuttisena totuutena. Kyse on ohjaavista asiakirjoista, jotka eivät suoraan lakisääteisesti velvoita kuntia toimimaan. On kuitenkin oletettavaa, että suunnitelma-asiakirjoilla on ajattelua

muokkaava vaikutus, jolloin on mielekästä tutkia niitä useampien vuosien ajalta ja tarkastella teksteistä tunnistettavien diskurssien muuntumista. Tutkimuksen tuloksena muodostuu kuva yhden sosiaalipalvelujen yksityistämisen muodon diskursseista ja niiden kehittämisestä 1980-luvun puolivälistä nykyhetkeen.

Tutkielma rakentuu siten, että johdannon jälkeen toinen pääluku taustoittaa tutkielman lähtökohtia eli suomalaisen sosiaalipolitiikan muutosta. Kolmannessa luvussa esittelen tutkielman keskeiset käsitteet. Neljännessä luvussa esittelen tutkimuskysymykset, aineiston ja tutkimusmetodologian. Viides luku on analyysiluku. Analyysin tulokset ja niiden pohdinta esitetään luvussa kuusi. Seitsemäs luku sisältää johtopäätökset, jossa tiivistän tutkielman keskeisen sanoman.

2 Suomalaisen hyvinvointivaltion muutos

Tässä luvussa esitellään tutkielman lähtökohdat. Kiinnostus sosiaalipalvelujen yksityistämistä kohtaan lähti sosiaalipolitiikan ja hyvinvointivaltion muutoksesta. Luku jakautuu kahteen alalukuun, joista ensimmäisessä käsittelen suomalaista hyvinvointivaltiota ensin yleisellä tasolla ja sitten keskeisimpiä siihen vaikuttaneita muutostekijöitä kansainvälisestä ja kansallisesta näkökulmasta katsottuna. Toisessa alaluvussa käsittelen sosiaalipalvelujen muutosta keskittyen tutkielman kannalta keskeisiin sosiaalipalveluihin kohdistuneihin muutostekijöihin. En tavoittele kokonaiskuvan esittämistä sosiaalipalvelujen muutoksesta, vaan nostan kansalaisen aseman muutoksen palvelujen käyttäjänä sekä palvelurakennemuutoksen esiin, koska niiden vaikutus näkyy tutkielman aineistossa vahvasti.

2.1 Suomalainen hyvinvointivaltio

Suomalainen hyvinvointivaltio edustaa pohjoismaista hyvinvointivaltiomallia. Keskeistä pohjoismaisessa hyvinvointivaltiomallissa on julkisen vallan hallitseva asema. Malli ei ole selvärajainen, mutta sen edustajia yhdistää laaja julkinen vastuu (Kautto 2005, 11). Valtio ja kunnat vastaavat liki täysin hyvinvointipolitiikan toteuttamisesta. Muiden toimijoiden, kuten järjestöjen, seurakuntien ja yritysten merkitys on lähinnä toimintaa täydentävä. Keskeinen piirre on myös universalismin periaatteiden noudattaminen eli pyrkimys palvelujen yhtenäisyyteen ja kaikki kansalaiset kattavaan järjestelmään. Universalismin periaate koskee sekä palveluja että toimeentulon turvaamista. Universalismi liittyy siihen, että pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa sosiaalipoliittisilla etuuksilla ja palveluilla luodaan yhteisvastuullisuutta, tasa-arvoisuutta ja oikeudenmukaisuutta. (Anttonen & Sipilä 2000, 13–14.)

Pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle tyypillisiä ovat julkisten palvelujen laajuus, korkea verotus, aktiivinen työmarkkinapolitiikka ja valtion rooli työmarkkinayhteistyössä.

Valtiota käytetään pohjoismaissa tasoittamaan miesten ja naisten välisiä eroja työssäkäynnissä, tuloerojen tasoittamiseen, köyhyyden torjuntaan ja hyvinvointipalvelujen tuottamiseen. Pohjoismainen hyvinvointivaltio tavoittelee siis monin tavoin paitsi kansalaisten, mutta myös miesten ja naisten välistä tasa-arvoisuutta. (Anttonen & Sipilä 2000, 15; Kautto 2005, 14–15.)

Suomi ei ole luokiteltavissa pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin kuitenkaan yksiselitteisesti. Järjestösektori tuotti suurimman osan hyvinvointipalveluista vielä 1930-luvulla ja vasta 1960-luvulla pohjoismainen hyvinvointivaltio-oppi sai laajempaa kannatusta (Anttonen & Sipilä 2000, 50, 55). Sosiaalipalveluja alettiin varsinaisesti kehittää vasta 1960-luvulta (Kautto 2005, 17). Suomi sai muut pohjoismaat kiinni etuuskien tason ja palvelujen määrän suhteen 1980-luvulla, mikä oli Suomessa hyvinvointivaltion vahvinta aikaa. Sosiaalipoliittisen järjestelmän perusrakenteet oli saatu kuntoon ja keskityttiin etuuskien ja palvelujen täydentämiseen ja tason parantamiseen. (Anttonen & Sipilä 2000, 77.) Hyvinvointivaltion kulta-aika jäi Suomessa melko lyhyeksi. 1980-luvulla oli vasta päästy muiden pohjoismaiden tasolle ja 1990-luvun talouspolitiikan muutosten ja laman seurauksena hyvinvointivaltiota lähdettiin uudistamaan aiempaan verrattuna hyvin erilaisten periaatteiden mukaisesti.

Kauton mukaan suomalaisen hyvinvointivaltion rakentuminen ei ole ollut suunnitelmallinen projekti, vaan lopputulos on seurausta eri aloilla tehtyjen ratkaisujen yhteisvaikutuksesta. Myös hyvinvointivaltion uudistamisprosessi 1990-luvulla ja 2000-luvulla on Kauton mukaan samankaltainen prosessi, jossa ajankohtaisiin tarpeisiin on reagoitu ja tehty poliittisia kompromisseja. (Kautto 2005, 17.)

2.1.1 Kansainvälinen näkökulma sosiaalipoliitiikan muutokseen

Suomen julkishallinnon ja sosiaalipoliittisen järjestelmän muutoksen taustalla on useita erityisesti Yhdysvalloista ja Isosta-Britanniasta tulleita vaikutteita. Yksi ensimmäisiä kansainvälisesti vaikuttavia tekijöitä oli uusliberalistisen ideologian vahvistuminen, jota

alettiin soveltaa politiikkaan Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa 1980-luvulla. Ideologia korostaa yksilön oikeutta, vapautta ja vastuuta omasta toiminnastaan. Uusliberalismi vastustaa valtion puuttumista niin talouden kuin yksilön vapaaseen toimintaan. (Julkunen 2001, 49.) Ideologian mukaan valtion tehtäviksi hyväksytään vain yksilöiden perusvapauksien, omistusoikeuden ja lainkäytön turvaaminen sekä yhteiskunnan vakauden kannalta välttämättömien julkisten palvelujen tuottaminen (Väyrynen 1998, 138). Uusliberalismin mukaan julkisen sektorin tulisi olla yhteiskunnalliselta merkitykseltään ja kooltaan mahdollisimman pieni. (Viinamäki 2007, 39.) Keskeinen on myös ajatus siitä, että valtion käyttämät resurssit olisivat aina kaikkein tehokkaimmassa käytössä yksityisissä käsissä ja vapailla markkinoilla (Julkunen 2001, 49). Uusliberalismin suosio poliittisena ideologiana vähentyi jo 1990-luvulla, mutta uusliberalistiseen teoriaan perustuvat muutokset ovat jääneet pysyviksi, ja kehityksen suunta noudattaa uusliberalismin periaatteita 2000-luvullakin (emt. 50).

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ja sen erityisosasto, julkishallinnon komitea PUMA (Public Management Committee) levitti Suomen julkishallintoon tehokkaasti jo 1980-luvulla uusliberalistista ideologiaa sekä kansainvälistä keskustelua liittyen julkisen sektorin kokoon ja tehtäviin. PUMA:n työ keskittyy järjestön jäsenmaiden julkisen sektorin ongelmiin. Tavoitteena on kestävä talouskasvu sekä tuottavuuden, tehokkuuden ja joustavuuden lisääntyminen julkisella sektorilla. PUMA myös seuraa ja ohjaa julkisten menojen kehityksen suuntaa. (Alasuutari & Lampinen 2006, 62.) PUMA on toiminut eri maiden julkista sektoria kehittävien virkamiesten yhdyssiteenä, koonnut tutkimustietoa hallinnon toiminnasta, antanut eri maille suosituksia ja välittänyt tietoa hyvistä käytännöistä. Suomalaiset virkamiehet ovat toimineet aktiivisesti PUMA:n toiminnassa, mistä johtuen sen antamat mallit ja suositukset ovat saaneet Suomessa vahvan aseman uudistuksia tehtäessä. (Emt. 62.)

Uusi julkisjohtaminen (New Public Management, NPM) on yksinkertaistaen johtamisoppi, joka siirtää yksityisen sektorin johtamiskäytänteet ja -periaatteet julkiseen hallintoon. Sen ideologinen tausta löytyy uusliberalismista. Uusi julkisjohtaminen

korostaa individualismia, yksilöä rationaalisia valintoja tekevänä asiakkaana, poliittisen ohjauksen terävöittämistä julkisessa hallinnossa ja resurssien käytön tehostamista. Taloudellisuus, tehokkuus ja tulosvastuullisuus ovat johtamisen ydinajatuksia. Keskeisenä menetelmänä on tulosjohtaminen ja -ohjaus. (Viinamäki 2007, 38.) Ajatuksena on, että julkisen sektorin tulee oppia yksityiseltä sektorilta kilpailua sekä taloudellisia ja johtajuusperiaatteita. Julkisten palvelujen saajia tulee uuden julkisjohtamisen periaatteiden mukaan kohdella kuluttajina aivan samoin kuin yksityisen sektorin palvelujen käyttäjiäkin. (Koskiahho 2008, 28.)

Leena Eräsaari toteaa uuden julkisjohtamisen saaneen suomalaisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa hyvin vähän huomiota ja huomauttaa, että kaikki julkisen sektorin muutokset selitetään 1990-luvun lamalla (Eräsaari 2007, 87). Muutoksen uuden julkisjohtamisen oppien suuntaan voidaan kuitenkin katsoa alkaneen jo 1980-luvulla, kun valtion virastoja ryhdyttiin muuttamaan liiketoimintaa harjoittaviksi yrityksiksi (Laki valtion liikelaitoksista 627/1987). Uuden julkisjohtamisen mukainen ajattelu on tuotu Suomen julkishallintoon globalisaation, kansainvälistymisen ja EU:n tuomana välttämättömyytenä. (Eräsaari 2007, 89.)

Yhdysvaltoja ja Isoa-Britanniaa on sosiaalipoliittisen suunnan muuttumisen jälkeen kuvattu *mahdollistavan sosiaalipolitiikan valtioiksi* (enabling state). Ajatuksena on, että hyvinvointia tuotetaan tarjoamalla julkinen tuki yksityiselle vastuulle. Yksityisellä vastuulla tarkoitetaan kansalaisia, markkinoita ja järjestöjä. Järjestelmä on suunniteltu mahdollistamaan kansalaisten työnteko ja markkinoiden sekä järjestöjen lisääntyvä vastuu sosiaaliturvan tuottamisessa. (Gilbert 2002, 16–17.)

2.1.2 Julkishallinnon ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa

Sosiaalipoliittista järjestelmää alettiin kehittää uuteen suuntaan Suomessa 1990-luvulla. Suomalaista hyvinvointivaltiota oli rakennettu ja laajennettu noin 30 vuoden ajan aina

1990-luvulle saakka (Julkunen 2001, 13). 1990-luvulla hyvinvointivaltion kasvu kuitenkin pysähtyi. Käyn seuraavissa kappaleissa läpi muutokseen vaikuttaneita tekijöitä.

Hyvinvointivaltion laajentumisen ja kehittymisen pysähtymisen syyksi on usein esitetty 1990-luvun lama. Laman ja suurtyöttömyyden lisäksi muutokseen vaikuttavia tekijöitä oli kuitenkin useita, kuten liittyminen Euroopan unioniin ja rahaliittoon, uusliberalistisen politiikan vahvistuminen, globalisaatio sekä talouden muutokset. Muutokset olivat niin merkittäviä, että jokainen edellä mainittu tapahtuma olisi todennäköisesti yksinäänkin pystynyt päättämään hyvinvointivaltiollisen kasvukauden (Julkunen 2001, 13.)

Lama on siis vain yksi tekijä ennen 1990-lukua alkaneessa muutoskehityksessä. Jo 1980-luvun puolivälissä alkoi kansainvälisen vaikutteiden myötä vähittäinen siirtyminen suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen. Rahamarkkinoiden sääntelyn purkaminen ja julkisen hallinnon toimintaperiaatteiden ja rakenteiden uudistaminen olivat konkreettisia uuden ajattelun mukaisia toimia. (Helne & Laatu 2007, 20.) Talouden romahdettua 1990-luvun alussa sosiaalipoliittisia etuuksia alettiin karsia nopeaan tahtiin. Ensisijaisesti tavoiteltiin valtion velkataakan ja taloudellisten voimavarojen supistumisen ehkäisyä. Sosiaalipolitiikka valjastettiin talouden elvyttämiseen kansalaisten taloudellisen ja sosiaalisen turvattomuuden lisääntymisen varjolla. (Emt. 20–21.) Talouden kriisi antoi perustelun ja oikeutuksen muuttaa politiikkaa uusliberalistiseen suuntaan.

Muutoksessa ei ole kyse pelkästään sosiaaliturvamenojen supistamisesta. Osa muutosta ovat laajat 1980-luvulla aloitetut hallinnon rakenteelliset muutokset, joilla on tähdätty julkisten menojen kontrolliin ja rajoittamiseen. (Julkunen 2001, 291.) Muutoksessa on ollut neljä keskeistä tekijää: informaatioteknologian kehittymisen mahdollistanut talouden kansainvälinen yhdentyminen, uusliberalistisen politiikan tuoma ajattelutavan muutos, julkisen sektorin ja rahatalouden reformi sekä hyvinvointivaltion muutosvaatimusten perustelu talouskriisillä. (Emt. 294.) Muutoksen voidaan siis katsoa tapahtuneen vahvan kansainvälisen vaikutuksen ja määrätietoisien politiikan teon seurauksena. (Rantala & Sulkunen 2006, 16.) Julkunen (2001) kuitenkin toteaa, että hyvinvointivaltio on instituutiona niin vahva ja vastustuskykyinen, että radikaalit ja

nopeat muutokset eivät ole mahdollisia. Hyvinvointivaltion vastustuskyky karsivia ja markkinaehtoisia reformeja vastaan kuitenkin heikkenee pienten askelten ja hiipivien prosessien tuloksena. (Julkunen 2001, 300.)

Talouskriisin aikana hyvinvointivaltiota kritisoitiin liian kalliiksi ja tehottomaksi järjestelmäksi. Sosiaaliturvan ei enää katsottu torjuvan köyhyyttä ja syrjäytymistä vaan aiheuttavan hyvinvointitappioita aiheuttavia loukkuja. (Helne & Laatu 2007, 21.) Vaikka kansalaismielipide oli hyvinvointivaltiota kohtaan taloudellisen kriisin kynnyksellä kriittisempi, erityisesti julkiset palvelut saivat ja saavat yhä kansalaisilta sekä valtamedialta varauksettoman kannatuksen. Voimakkaimmin hyvinvointivaltiota ovatkin kritisoineet poliittiset päätöksentekijät, jotka talouskriisin aikana katsoivat julkisten palveluiden vääristävän talouden toiminnan. Talouskriisin jälkeen kritiikki on kohdistunut lähinnä työikäisten tulonsiirtoihin sekä työstä poistumiseen. (Julkunen 2001, 299.)

Näkemykset siitä, miten hyvinvointivaltion ja julkishallinnon muutos on Suomessa toteutettu vaihtelevat. Toisaalta on puhuttu hiipivästä vähitellen toteutetusta hyvinvointivaltion suunnanmuutoksesta ja toisaalta määrätietoisesti virkamiesten kabineteissa toteuttamasta salatusta muutoksesta. Julkunen (2001) näkemyksen mukaan hyvinvointivaltion muutoksessa on kyse julkishallinnon suunnan muutoksesta ja uuteen hyvinvointivaltioregiimiin siirtymisestä. (Julkunen 2001, 291.) Päätökset, joilla muutos on toteutettu, ovat olleet poliittisia, mutta julkista poliittista keskustelua ei ole käyty tai se on ollut vähäistä. (Rantala & Sulkunen 2006, 16.) Julkisen keskustelun merkitys poliittisessa päätöksenteossa on oikeuttaa päätökset ja nostaa päätöstä koskevat asiat monipuoliseen tarkasteluun. Keskustelun puuttuminen herättää epäluuloja muutosta kohtaan.

2.2 Sosiaalipalvelujen muutos

2.2.1 Kansalaisen aseman muutos palvelun käyttäjänä

Kansalaista voi sosiaalipoliittisten palvelujen käyttäjänä määritellä eri tavoin ja eri lähtökohdista käsin. Palvelujen käyttäjä asemoituu monella tapaa; järjestelmän näkökulmasta käyttäjä on aktiivinen tekijä kun taas yksityisen palveluntuottajan näkökulmasta käyttäjä on palvelua vaativa asiakas. Käyttäjä voi olla kuluttaja, asiakas tai kansalainen.

Sosiaalipolitiikan muutoksen mukana myös palvelujen ja etuuksien käyttäjän asema on muuttunut. 1990-luvulle saakka sosiaalipolitiikan tavoitteena oli laajentaa yksilön sosiaalisia oikeuksia ja sosiaalista kansalaisuutta tukemalla kuluttamista. Sosiaalisen turvallisuuden ja kansalaisuuden mittana oli riittävä toimeentulo. Sosiaalipolitiikka reagoi riskeihin reaktiivisesti, ensisijaisesti uudelleen jakamalla resursseja. Tämän periaatteen rinnalle on noussut ajatus aktiivisesta kansalaisesta. Tavoitteena on hyvinvoinnin saavuttaminen työllä. Sosiaalipoliittiset etuudet kannustavat koulutukseen sekä kuntoutukseen ja palvelujen avulla pyritään mahdollistamaan työnteko ja vähentämään palkatonta työtä. Uudessa ajattelutavassa korostuvat aktiivinen sosiaalipolitiikka ja työn ensisijaisuus. (Saari 2001, 98.)

Kansalaisten aktivointiin pyritään myös ehkäisevällä sosiaalipolitiikalla. Ehkäisevän politiikan ajatuksena on puuttua ongelmiin ajoissa ja pyrkiä siten vähentämään kustannuksia. Ehkäisevä politiikka voidaan jakaa kahteen perusmalliin. Ensimmäisessä mallissa resursseja kohdennetaan ennaltaehkäisevästi tiettyyn riskiryhmään kuuluville. Tällöin henkeä kohden käytettävä resurssi on pieni. Toinen vaihtoehto on kohdentaa resursseja yksilökohtaisesti. Ennaltaehkäisevän resurssin ajatellaan tällöin säästävän myöhemmiltä suuremmilta kustannuksilta. Kyse on tavallaan investoinnista, joka ehkä myöhemmin tuottaa itsensä takaisin. Esimerkiksi työpolitiikassa käytetään erilaisia työttömien aktivointikeinoja, joilla pyritään katkaisemaan pitkittynyt työttömyys. (Saari 2001, 100–102.)

Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kolmantena ulottuvuutena on sosiaalisen pääoman lisääminen. Sosiaalisen pääoman puuttuminen on merkittävä syrjäytymistä edistävä tekijä. Sosiaalista pääomaa tuottavien sosiaalisten verkostojen ja instituutioiden toiminnan kehittäminen sosiaalipoliittisin keinoin on kuitenkin vaikeaa. (Saari 2001, 100–102.) Samalla, kun palvelujen käyttäjän asema on muuttunut, myös palveluiden asiantuntijakeskeisyys on kyseenalaistettu, minkä seurauksena päätösvaltaa eri asioissa on siirretty asiantuntijoilta asiakkaille ja kansalaisille. (Alasuutari & Lampinen 2006, 57.)

Palveluiden käyttäjä on vastuullistettu vaatimaan tarpeelliset palvelut ja valitsemaan sen palveluntuottajan, joka parhaiten vastaa asiakkaan tarpeita. Asiakas ja sosiaalialan ammattilainen ovat saaneet roolin palveluiden määrän ja laadun valvojina (Alavaikko 2006, 52–53). Kunnan rooli palvelujen tuottajana on nykyisin väljemmin säädelty, koska keskushallinto on vähentänyt normiohjaustaan. Merkittävänä muutoksena valtion ohjauksessa oli vuoden 1993 valtionosuusuudistus, jossa luovuttiin kustannusperusteisesta valtionosuudesta sekä tehtävien yksityiskohtaisesta ohjauksesta ja virkojen tehtävälueittaisesta jakamisesta. (Hansson 2002, 15.) Normiohjauksen vähentyminen tarkoittaa sosiaalipolitiikan paikallistumista, koska palveluiden tarve, määrä ja laatu määritellään paikallisesti. (Alavaikko 2006, 52–53).

2.2.2 Palvelurakennemuutos

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta alettiin voimakkaasti muuttaa 1990-luvun alussa. 1980-luvun lopulta lähtien palvelujärjestelmän kehittämispolitiikkaa on suunnattu ”laajentamalla” kehittämisestä ”uudistamalla ja rakennemuutoksilla” kehittämiseen. Laajentamalla kehittämisellä tarkoitetaan sosiaalipoliittisen järjestelmän laajentamista lisäämällä palvelujen määrää ja kattavuutta. Uudistamalla kehittämisellä viitataan palvelumuotojen uudistamiseen esimerkiksi vaihtoehtoja lisäämällä. Rakenteellinen kehittäminen liittyy pyrkimykseen lisätä palvelujen tehokkuutta ja taloudellisuutta palvelujärjestelmän rakenteellisten muutosten kautta. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2003, 27.) Taloudellinen taantuma pysäytti sosiaalipolitiikan

laajenemisen ja pakotti palvelujen karsintaan sekä rakenteiden uudistamiseen. Palvelurakenteen uudistamisella tarkoitetaan palvelujen rakenteen, toimintatapojen ja hoitokäytäntöjen muutosta. (Leppo 1996, 9.) Uudistuksen arvolähtökohtana oli, että palvelut pidetään jatkossakin hyvinvointiyhteiskunnan periaatteiden mukaisina siten, että palvelujen laadukkuus ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus säilyy. Uudistus pyrittiin suuntaamaan kansalaisten, ammattihenkilöstön sekä julkistalouden tarpeiden mukaisesti. (Emt. 10.) Sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmä julkisti muistionsa vuonna 1992 ja esitti siinä palveluiden ongelmiksi laitospainotteisuuden, asumisen ongelmat sekä investointien suuntaamisen laitoksiin. Ratkaisuna oli laitospainotteisuuden vähentäminen ja avopalveluiden vahvistaminen. Avopalveluihin painottamisen nähtiin tuottavan vähitellen säästöä julkisiin menoihin. (Emt. 11.)

Palvelujen rakenteellinen uudistaminen on kokenut toisen aallon 2000-luvulla, kun kunta- ja palvelurakennemuutostus eli PARAS-hanke käynnistyi. Uudistusohjelma perustuu puitelakiin (169/2007), joka on voimassa vuoden 2012 loppuun. Tavoitteena on vähentää kuntien lukumäärää ja uudistaa palvelurakenteita, joka käytännössä on tarkoittanut tilaaja-tuottaja -mallin käyttöönottoa palveluiden järjestämisessä. Erityisesti palvelurakenteen kehittämisen toinen vaihe on muokkaamassa palvelutuotantoa yhä markkinakeskeisempään suuntaan.

3 Yksityistäminen ja rahallistaminen

Tässä luvussa esittelen tutkielman tutkimuskäsitteet. Ensimmäinen alaluku käsittelee yksityistämistä, joka on tutkielman lähtökohta. Toinen alaluku esittelee rahan antamista palvelun sijaan eli ilmiötä ja käsitettä rahallistaminen, jota jo johdannossa lyhyesti määrittelin. Rahallistaminen on myös analyysiä ohjaava käsite. Aineisto on rajattu niin, että suunnitelmista on poimittu rahallistamista käsittelevät tekstikohdat. Kolmas alaluku käsittelee analyysissä esiin nousutta vastuun käsitettä.

3.1 Yksityistäminen

Hyvinvointivaltion toiminnan yksityistäminen ja markkinakeskeisen ajattelun lisääntyminen ovat kiistatta muuttaneet sosiaalipolitiikkaa ja hyvinvointivaltiota. Oleellista on kysyä, onko kyse hyvinvointivaltion normaalista kehityksestä ja muutoksesta vai koko mallin vaiheittaisesta hylkäämisestä ja siirtymisestä uuteen hyvinvoinnin rakentamisen kauteen. Kehitysajattelua tukee teoria erilaisten sosiaalisten ohjelmien ja rakenteiden polkuriippuvuudesta. Kerran luotuja rakenteita ja ohjelmia on helpompi laajentaa kuin kaventaa. Polkuriippuvuus tarkoittaa poliittisten reformien taipumusta noudattaa ohjelmalle, palvelulle tai vaikkapa etuudelle aiemmin asetettuja peruseriaatteita eli polkua. Usein polulta toiselle hyppääminen tai radikaali suunnan muuttaminen on vaikeaa. (Gilbert 2002, 21.) Sosiaalipolitiikan viimevuosien kansainvälinen kehitys laittaa teorian koetukselle. Muuttuneet palvelujen tuottamisen perusteet ja tavat ovat enemmän polulta toiselle hyppäämistä kuin hyvinvointivaltion muuntumista samaa polkua seuraten.

Yksityistämisen määritelmä on samaan aikaan yksinkertainen ja epämääräinen. Sosiaaliturvan tuottamisessa yksityistäminen tarkoittaa markkinoiden tuottamien palveluja ja etuuksia lisäämistä ja julkisesti tuotettujen vähentämistä. Tämä merkitsee samalla vastuun siirtämistä julkiselta yksityiselle. (Gilbert 2002, 101.) Koskiahon (2006a)

määrittelee yksityistämisen peruseriaatteen hyvin samankaltaisesti. Julkiset palvelut perustuvat julkiseen vastuuseen, mutta yksityistämisessä vastuu siirretään yksityiselle sektorille ja lopulta kansalaisen omalle vastuulle. (Koskiaho 2006a, 16.) Yksityistäminen on myös määritelty toimintamuodoiksi, joiden tarkoituksena on rajoittaa julkisen sektorin roolia ja lisätä yksityisen sektorin roolia palvelujen tuottamisessa. Lisäksi yksityistämiseen kuuluu jäljelle jäävän julkisen sektorin suorituskyvyn parantaminen. (Young 1986; ref. Butcher 2002, 119.) Yhteenvedona eri määritelmistä voi todeta yksityistämisen pääperiaatteiden olevan julkisen vastuun ja palvelujen tuottamisen siirtäminen yksityiselle sektorille sekä julkisen sektorin toiminnan tehostaminen. Vaikka yksityistämisessä on kyse siirtymisestä pois julkisesti verovaroin tuotetusta ja julkisten organisaatioiden tuottamista palveluista ja etuuksista yksityisen palveluntuottamisen suuntaan, ei sosiaaliturvan tuottaminen ole koskaan ollut täysin julkisen sektorin varassa. Perheet, järjestöt ja yritykset ovat jo ennen yksityistämisen suurta aaltoa osallistuneet sosiaaliturvan tuottamiseen. (Gilbert 2002, 99–100.)

Kilpailutalouden ja yksityistämisen teorit ovat saapuneet Eurooppaan Yhdysvalloista. OECD ja Euroopan unioni ovat tehokkaasti levittäneet teorioita. Julkisten etuuksien ja palvelujen yksityistäminen nähdään välttämättömäksi, koska ainoastaan kilpailun kautta voidaan alentaa kustannuksia. Lisäksi kilpailun katsotaan synnyttävän innovaatioita palvelujen järjestämisessä, parantavan laatua ja lisäävän kansalaisen valinnan mahdollisuuksia. Yksityisen tuottajan uskotaan tuottavan palvelut aina julkista edullisemmin. Palvelujen kuluttaja on tärkeässä asemassa tekemässä valintoja. Tämän katsotaan lisäävän innovaatioita ja kilpailua ja sitä kautta alentavan kustannuksia ja kohottavan laatua. (Koskiaho 2006a, 16.)

Neil Gilbert puhuukin siirtymisestä kohti mahdollistavaa valtiota (*enabling state*), jonka peruseriaatteita ovat markkinaorientoituneisuus ja yksityistäminen. Perinteisen pohjoismaisen hyvinvointivaltion peruseriaatteita ovat universaalit eli kaikille avoimet julkisin varoin tuotetut etuudet, jotka tarjoavat vahvan kansalaisoikeuksiin perustuvan suojan työvoimalle. Gilbertin määrittelemä uusi (hyvinvointi)valtiomuoto eli *enabling state* on markkinaorientoitunut ja suuntaa etuudet siten, että ne edistävät työelämään

osallistumista sekä yksilön vastuuta. (Gilbert 2002, 44.) Työttömyyttä ja työpolitiikkaa koskevien diskurssien muutos kuvaa hyvin koko palvelu- ja etuusjärjestelmään sovellettavia periaatteita: oikeudet vaihtuvat velvollisuuksiksi, passiivisuus aktiivisuuden korostumiseen ja tulotason ylläpito sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyyn tai yhteiskuntakelpoisuuden säilyttämiseen.

Mahdollistavan valtion tai yksityistämisen kehittyminen ei ole rajoittunut vain muutamiin maihin vaan kehitystä on tapahtunut samanaikaisesti ja -suuntaisesti niin Yhdysvalloissa, Keski-Euroopassa kuin pohjoismaissakin. Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa valtion palvelutuotannon vähentäminen alkoi 1980-luvulla. Ruotsissa yksityistäminen käynnistyi heti 1990-luvun alussa. Yhdysvalloissa keskeinen yksityistämisen muoto on ollut luoda sosiaali- ja terveydenhuoltoon yksityisillä markkinoilla toimivia yrityksiä. Tavoitteena ja lopputuloksena oli, että osavaltioiden hallinto ostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut laajasti yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi yksityisten palvelujen käyttöä samoin kuin yksityisten eläkevakuutusten ottoa tuetaan verovähennyksillä. Isossa-Britanniassa yksityistäminen aloitettiin myymällä kunnan omistamat sosiaaliset asunnot ja ulkoistamalla sairaaloiden avustavat palvelut. Ruotsissa yksityistämisestä haettiin ratkaisua palvelujen käyttäjien kasvavalle tyytymättömyydelle palveluja kohtaan. Kansalaiset halusivat mahdollisuuden valita eri vaihtoehtoista itselleen sopiva palvelu, palvelumuoto ja sen tarjoaja. Lisäksi konservatiivit totesivat yksityisten yritysten perusoikeutena olevan kilpailla julkisen sektorin kanssa palvelujen tuottamisesta. Konservatiivit myös esittelivät palvelusetelijärjestelmän yksityiseen koulutukseen. Palveluseteli korvasi vanhemmille yksityisen koulun kuluista summan, joka vastasi 85 prosenttia oppilaan julkisen koulutuksen kuluista. (Gilbert 2002, 99–100.)

Julkusen (2006) mukaan pyrkimykset yksityistämiseen ja markkinoiden luomiseen julkisella sektorilla ovat New Public Managementin mukana tulleita uudistuksia. Julkunen käsittää, että yksityisellä yrityksellä tarkoitetaan aina voittoa tavoittelevaan liikeyritykseen riippumatta siitä tuottaako yritys hyödykkeitä markkinoille vai julkiselle ostajalle. Markkinasuuntauksella tarkoitetaan sosiaali-, terveys- ja vakuutusalan liikeyritysten toiminnan mahdollistamista ja edistämistä sekä puolittaismarkkinoiden

luomista. Markkinasuuntaukseen kuuluu myös liiketoiminnan periaatteiden omaksuminen julkisen sektorin toimintaan. (Julkunen 2006, 88–89.)

Yksityistämisen edistäminen nojaa kilpailutalouden periaatteisiin. Kansalainen muuttuu kilpailutaloudessa kuluttajaksi. (Koskiahho 2006a, 16.) Julkisten hankintojen kilpailuttaminen on ollut Julkusen mukaan selkeä muutos markkinasuuntautuneempaan toimintaan. Julkisyhteisö on pakotettu kilpailuttamaan hankinnat mikäli ne täyttävät tietyt kriteerit. Yritykset ovat vapaita valitsemaan keneltä ja millä hinnalla hyödyke ostetaan. Julkisyhteisöt sen sijaan ovat sidottuja lakiin julkisista kilpailutuksista. (Julkunen 2006, 88–89.)

3.2 Yksityistämisen muodot

Yksityistämisen keinoja on useita. Seuraavissa kappaleissa esittelen yhdysvaltalaisen sosiaalihuollon professori Neil Gilbertin sekä brittiläisen julkishallinnon asiantuntijan Tony Butcherin määrittelemät yksityistämisen reitit. Koska määritelmät edustavat yhdysvaltalaista ja brittiläistä näkökulmaa yksityistämiseen, halusin esitellä molemmat erillisinä vaikka määritelmässä on päällekkäisyyttä.

Gilbert (2005) määrittelee viisi reittiä, joilla yksityistäminen ja vastuullistaminen toteutetaan. Ne ovat veropolitiikka, maksupolitiikka, lainsäädännön muuttaminen, palvelusetelit ja tilaaja–tuottaja -malli. Näistä vero- ja maksupolitiikalla sekä lainsäädännöllä lisätään yksityistä rahoitusta palvelujen tuottamisessa kun taas palvelusetelillä ja tilaaja–tuottaja -mallilla lisätään palvelutarjontaa ja tuotantoa. (Gilbert 2005, 7.) Veropoliittisena keinona tietyille ryhmälle kansalaisia myönnetään verohelpotuksia. Ongelmana on verohelpotusten huono läpinäkyvyys ja sen myötä kohdentuminen ryhmiin, jotka eivät etua tarvitse. Maksupolitiikassa on myös omat ongelmansa. Maksuilla pyritään vähentämään palvelujen tarpeetonta käyttöä. Maksut kuitenkin heikentävät köyhien mahdollisuuksia käyttää palveluja. Maksuilla ei pystytä saavuttamaan säästöjä palveluissa, koska korkeakaan maksutaso ei riitä palvelujen

kustannusten kattamiseen. Lainsäädäntö on väline, jolla voidaan siirtää vastuuta julkiselta sektorilta yksilöille ja yrityksille. Muutoksia on tehty erityisesti eläkkeisiin liittyvissä palveluissa esimerkiksi nostamalla eläkeikää. (Gilbert 2005, 7–9.)

Palvelutarjonnan ja palvelutuotannon lisäämisen keinoiksi Gilbert (2005) esittää julkisen etuuden tarjoamisen rahan tai niin kutsutun palvelusetelin muodossa (voucher). Ideana on rahan antaminen palvelun sijasta. Yksityistämiseksi laskettaisiin tällöin esimerkiksi Suomessa lasten kotihoidon tuki, joka antaa vanhemmille mahdollisuuden hoitaa lasta kotona tai hankkia tuella muita kuin kunnallisia päivähoitopalveluja. (Gilbert 2005, 10.) Mikäli vanhemmat valitsisivat useimmin avustuksen julkisen päiväkodin sijaan, päivähoitojärjestelmä saattaisi ajan myötä hävitä tarpeettomana. Kotihoidon tuen lisäksi on muitakin suomalaiselle sosiaalipolitiikalle ominaisia toimenpiteitä, jotka voidaan mieltää yksityistämiseksi. (Koskiahon 2006a, 16.) Koskiahon (2008) mukaan kotitalouteen kohdistuvat sitomattomat rahat määritellään amerikkalaisittain yksityistämiseksi. Nämä sitomattomat rahat nähdään siis vaihtoehtona julkiselle palvelulle. Koskiahon tulkitsee tämän yksityistämisen määritelmän sekä Gilbertin yksityistämisen muotojen jaottelun perusteella, että Suomessa esimerkiksi lapsilisä ja muut rahalliset tuet, joita ei ole tiukasti sidottu tuen saajan tiettyihin menoihin, voidaan ajatella kuuluvan yksityistämisen piiriin. (Koskiahon 2008, 20.)

Tilaaaja–tuottaja -malli on Gilbertin jaottelussa toinen keino yksityisen palvelutarjonnan ja tuotannon lisäämisessä. Tilaaaja–tuottaja -malli palvelujen järjestämisen muotona perustuu kilpailuttamiseen. Tilaaaja valitsee palvelun tuottajat kilpailuttamalla. Suomessa kilpailuttamista ohjaa myös hankintalainsäädäntö, joka edellyttää, että hyödykkeen sisältö, määrä ja laatu ovat määriteltävissä. Yksityistämisen ja kilpailuttamisen tunnustettuina tavoitteina ovat kustannustehokkuus ja julkisten palvelujen kustannusten kontrolli. (Julkunen 2006, 88–89.) Yhdysvalloissa tilaaaja–tuottaja -mallia sovelletaan runsaasti. Markkinoilla on sekä voittoa tavoittelemattomia palveluntuottajia sekä voittoa tavoittelevia yrityksiä tuottamassa palveluja. Palveluja tuottavien hyväntekeväisyysjärjestöjen budjeteista valtio rahoittaa Yhdysvalloissa yli puolet. 1990-luvun puolivälissä voittoa tavoittelevien yritysten määrä palvelujen tarjoajina kasvoi

voimakkaasti. Erityisesti hoitokodit ovat yksityisten voittoa tavoittelevien yritysten tarjoamia palveluja. (Gilbert 2005, 11.)

Tony Butcherin (2002) määrittelemiä yksityistämisen muotoja on myös viisi: julkisen sektorin omaisuuden myyminen, palvelujen ulkoistaminen yksityiselle sektorille, kannustaminen yksityisen sektorin palvelujen käyttöön vaihtoehtona julkiselle sektorille, markkinaperiaatteiden omaksuminen julkiselle sektorille ja vapaaehtoissektorin roolin kehittäminen palvelujen järjestämisessä. (Butcher 2002, 119.)

Julkisen sektorin omaisuuden myyntiä hyödynnetään, kun katsotaan jonkun toiminnon olevan julkisella sektorilla tarpeetonta ja kannattamatonta, ja että toimintoa pystytään kehittämään ja tuottamaan tehokkaammin yksityisen sektorin toimesta. Isossa-Britanniassa tätä sovellettiin sosiaaliseen asuntotuotantoon 1980-luvulta Margaret Thatcherin ensimmäisestä hallituksesta alkaen. (Butcher 2002, 120.)

Palvelujen ulkoistamisessa kilpailutuksen avulla on kyse sellaisten palvelujen ostamisesta tai siirtämisestä yksityiselle palveluntuottajalle, jotka muuten tuotettaisiin oman henkilökunnan voimin (Ascher 1988, 7–8). Palvelujen ulkoistamisen taustalla on kaksi päätavoitetta; lisätä julkisen sektorin tehokkuutta sekä kannustaa yksityisen sektorin kasvua. Sosiaalipalveluissa, esimerkiksi ateriapalveluissa, ulkoistamista oli tehty Isossa-Britanniassa jo useita vuosia. Palveluntuottajina olivat pääasiassa vapaaehtoisjärjestöt. Palvelujen ulkoistamisen merkitys yksityistämisen muotona kasvatti laajemmin merkitystään Isossa-Britanniassa 1980-luvulla. Thatcherin hallitus esitteli pakollisen palvelujen kilpailuttamisen sairaaloiden siivous-, pyykkäys- ja ruokapalveluille 1980-luvun alussa. 1980-luvun loppupuolella kilpailuttamista laajennettiin sosiaalihuollon oheispalveluihin. (Butcher 2002, 122.) Pakollisen kilpailuttamisen (compulsory competitive tendering, CCT) avulla saatiin aikaan säästöjä. Merkittäväksi tulokseksi voidaan myös katsoa uudenlaisen johtamisen sekä markkinamekanismien ja sääntöjen tuominen julkisen sektorin toimintaan. (Emt. 123.) Toisaalta havaittiin myös ongelmia palvelujen laadussa. Palvelujen tuottamisen vastuun ja kontrollin muuttuminen suorasta

epäsuoraksi tuo myös ongelmia, koska puutteet palvelun tasossa pitää korjata palvelun tarjoajan kanssa.

Yksityisen sektorin toimijoiden kannustaminen hyvinvointipalvelujen tuottamiseen toteutettiin Isossa-Britanniassa keskittymällä aluksi erityisesti yksityisiin terveyspalveluihin. Yksityistä terveydenhuoltoa tuettiin verohelpotuksilla, yhteistyöhön julkisen yksityisen terveydenhuollon välillä rohkaistiin ja yksityisestä terveysvakuutuksesta sai verohelpotuksia. Yksityistä palvelutuotantoa tuettiin erityisesti myös vanhusten palvelujen ja koulutuspalvelujen osalta. (Butcher 2002, 125–126.)

Hyvinvointipalvelujen markkinoistamisella tarkoitetaan palvelun rahoittajan ja tarjoajan erottamista toisistaan. Tarkoituksena on, että valtion ja kunnan tehtäväksi jää palvelun ostaminen palvelun tuottajilta, joita voivat olla yksityiset yritykset, järjestöt tai julkiset palvelun tuottajat, jotka kilpailevat keskenään. Isossa-Britanniassa pohja kvasi-markkinoiden kehittymiselle luotiin 1980-luvun alussa ulkoistamalla tiettyjä tehtäviä. (Le Grand 1991; ref. Butcher 2002, 127.) Varsinaisesti kvasi-markkinajärjestelmä esiteltiin vuonna 1991. Toimintaa voidaan kutsua markkinoiksi, koska hyvinvointivaltio palvelun tuottajana korvataan itsenäisillä kilpailevilla palveluntuottajilla. Koska palvelujen tuottaja ei välttämättä ole yksityisessä omistuksessa eikä tavoittele välttämättä voittoa toiminnasta, markkinoita kutsutaan kvasi- tai näennäis-markkinoiksi. Palvelun käyttäjä ei edusta normaalia markkinatoimijaa, koska välikätenä toimii jokin julkinen edustaja (Suomessa yleensä kunta). Raha ei myös normaalien markkinoiden tapaan siirry palvelun käyttäjältä suoraan palvelun tarjoajalle. Kvasi-markkinoilla tavoitellaan taloudellisten resurssien tehokkaampaa käyttöä sekä palvelujen käyttäjän mahdollisuuksia valita palveluntuottaja. Järjestelmän taloudellisuutta on arvosteltu, koska uuden palvelujen tuottamisen tavan muodostaminen vaatii investointeja. Myös asiakkaan valinnan vapauden merkitystä on arvosteltu. Terveyspalvelun asiakas ei esimerkiksi välttämättä ole kykenevä valitsemaan itselleen parasta palvelua. (Butcher 2002, 128–129.)

Vapaaehtoissektorin/järjestösektorin roolin kehittäminen on mahdollisuus vähentää julkisen sektorin vastuuta hyvinvointipalvelujen järjestämisessä. Isossa-Britanniassa

järjestösektoria on kannustettu palvelujen tuottamiseen valtion rahoituksella sekä myöntämällä veroalennuksia järjestöjen saamiin lahjoituksiin. 1990-luvun lopulla korostettiin julkisen ja järjestösektorin kumppanuutta ja yhteistyötä hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Järjestöjen roolin kasvattamiseen liittyy ongelmia. Järjestöjen tarjoamat palvelut eivät ole kattavia ja palveluntuottajan asemassa järjestöjen itsenäisyys saattaa vaarantua. (Butcher 2002, 130–133.) Vaarana on siis hyväntekeväisyyteen ja vapaaehtoisuuteen perustuvien järjestöjen muuttuminen yritysten kaltaisiksi toimijoiksi hyvinvointipalvelumarkkinoilla.

3.2 Rahallistaminen

Tässä tutkielmassa käytetään käsitettä rahallistaminen kuvaamaan palvelumuotoa, jossa annetaan rahaa palvelun sijaan. Rahan antaminen palvelun sijaan on yksi Neil Gilbertin (2005) jaottelun mukaisista yksityistämisen muodoista, jonka tavoitteena on lisätä yksityistä palvelutarjontaa ja tuotantoa (Gilbert 2005, 10). Kansainvälisessä tutkimuksessa rahallistamisesta on käytetty termejä *cash for care*, *direct payments* ja *monetization* (Ungerson & Yeandle 2007a, 4). Rahallistamiseksi lasketaan tässä tutkielmassa palvelusetelit ja erilaiset rahalliset tuet ja etuudet, kuten omaishoidontuki tai lasten kotihoidontuki, jotka tarjotaan vaihtoehtona kunnalliselle palvelulle.

Yhdysvalloissa palveluseteleitä on käytetty lasten päivähoidossa 1980-luvulta alkaen (Gilbert 2002, 122–124), mutta useimmissa maissa rahallistamisen muotoja on pääasiassa kehitetty kuitenkin vasta 1990-luvulla (Ungerson & Yeandle 2007b, 187). Suomessa hoitotukien kehittymiseen jo 1980-luvun puolivälissä vaikuttivat muihin maihin verrattuna erilaiset poliittiset lähtökohdat. Suomessa hoivan yhteiskunnallistaminen on ollut useimmille naisille tärkeä tavoite ja hoitotukien kehittämisen on katsottu edistävän asiaa. (Anttonen & Sipilä 2000, 134–136.) Maailmalla 1990-luvulla kehitetyt rahallistamisen muodot ovat luonteeltaan hoitotukia suuremmin rahaa antavia etuuksia, kuten palveluseteleitä. Palveluseteli annetaan palvelun tarvitsijalle, joka ostaa sillä palvelun. Hoitotuki sen sijaan maksetaan suoraan hoitajalle.

Rahallistamisen taustalla on tavallisesti kaksi päätarkoitusta, jotka ovat valinnanvapauden lisääminen ja hoitokustannusten pienentäminen (Ungerson & Yeandle 2007b, 187). Myös Suomessa valinnanvapauden tärkeyden korostuminen on ollut merkittävä tekijä hoitotukien yleistymiselle. Hyvinvointivaltiota on kritisoitu yksilöllisten valinnan mahdollisuuksien puutteesta. Palvelujen tuottaminen on myös kallista ja entistä haastavampaa julkistalouden kiristyneessä tilanteessa. Esimerkiksi rahan antaminen päivähoitopaikan sijaan tuottaa kunnalle merkittävän säästön ja mahdollisuuden säädellä päivähoiton tarjontaa. Vanhempia voidaan houkuttaa jäämään kotiin korottamalla kuntalisiä tai päinvastoin. (Anttonen & Sipilä 2000, 134–136.) Valinnanvapauden ja taloudellisuuden lisäksi hoitotuen suosion taustalla on kulttuurisia tekijöitä. (Anttonen & Sipilä 2000, 134–136.)

Suomessa rahallistamisella on pyritty tukemaan naisten kotona tekemää työtä. Lasten kotihoidon tuki ja omaishoidon tuki ovat Suomessa tukimuodot, joilla voidaan korvata julkista palvelua. Lasten kotihoidon tuen taustalla on osaltaan 1960-luvun keskustelu äidinpalkasta. Äidinpalkka keskustelussa kotiäitiys nähtiin työnä, josta tulee maksaa palkkaa. Äidinpalkan katsottiin lisäävän kotiäidin työn arvoa ja tarjoavan valinnan mahdollisuuden ansiotyön ja kodin välillä. Tärkeänä perusteluna keskustelussa oli myös päivähoitopolitiikan tasa-arvoistaminen maaseudun äitien kannalta, jotka eivät hyötyneet päivähoiton kehittämisestä. Äidinpalkka nähtiinkin alun perin vaihtoehtona päivähoiton kehittämiselle. Tukimuodosta alettiin käyttää nimitystä kotihoidon tuki 1970-luvulla. Lasten kotihoidon tuki edusti uutta ajattelutapaa, jossa palvelu ja raha alettiin nähdä toistensa vaihtoehtoina. Rahaa tarjottiin kompensationsa ihmisille, jotka eivät hyödy julkisesta palvelusta. (Anttonen & Sipilä 2000, 132–133.) Molemmilla palvelumuodoilla oli poliittinen kannatus. Oikeisto ja keskusta halusivat kunnallisen päivähoiton rinnalle kotihoidon tuen, kun taas sosiaalidemokraatit kannattivat kunnallista päivähoitoa. Neuvottelujen kompromissituloksena vuonna 1984 sovittiin sekä lasten kotihoidon tuesta että alle 3-vuotiaiden subjektiivisesta oikeudesta päivähoitoon. (Julkunen 2001, 192.) Lakisääteinen kotihoidon tuen maksu aloitettiin Suomessa vuonna 1985. (Anttonen & Sipilä 2000, 132–133.) Vaikka hoitotuilla on ajateltu tunnustettavan naisten suorittama näkymätön hoitotyö yhteiskunnallisesti merkittäväksi työksi, toisenlaisesta näkökulmasta

katsottuna kotihoidon tuki pitää yllä sukupuolijakoja ja heikentää naisten työmarkkina-asemaa, koska käytännössä vain naiset käyttävät periaatteessa sukupuolineutraalia järjestelmää. (Julkunen 2001, 192) Yli 90 prosenttia kotihoidon tuen saajista on naisia ja tuki tarjoaakin lähinnä äideille vaihtoehdon pienten lasten hoidossa. (Anttonen & Sipilä 2000, 134–136.)

Omaishoidon tuki poikkeaa perusteiltaan lasten kotihoidon tuesta, vaikka se on tullut osaksi suomalaista sosiaalipolitiikkaa samaan tapaan ja samoihin aikoihin kuin lasten kotihoidon tuki. Vuoteen 1993 saakka tukea kutsuttiin vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tueksi. Pääasiassa omaishoito on vanhusten hoidon tukimuoto. Omaishoidon tuki ei kuitenkaan ole universaali eikä valtakunnallinen etuus niin kuin lasten kotihoidon tuki, koska tuen taso ja saamisen ehdot vaihtelevat kunnittain. Tukimuotona omaishoito korvaa erityisesti kallista laitoshoidoa. Omaishoidon tuki on luonteeltaan tarkkaan kohdistettu etuus vain eniten apua tarvitseville ja niille, jotka ilman tukea hoidettaisiin laitoksissa. Tuesta ei ole muodostunut erityisen mittavaa vaihtoehtoa, vaikka sen poliittinen kannatus on laajaa. (Anttonen & Sipilä 2000, 136–138.)

Vuonna 1993 sosiaalipalvelulakiin sisällytettiin tarkemmat määräykset omaishoidosta. Lakiuudistuksen myötä omaishoitajille myönnettiin eläke ja oikeus vapaapäiviin. Omaishoitajat ovat kuitenkin usein puolisoaan hoitavia eläkeläisiä, joten eläkeoikeus ei kosketa kovin monia. Vapaapäivien järjestäminen on samoin käytännön tasolla hankala toteuttaa. Osassa kunnista vapaapäivät toteutetaan jakamalla palveluseleitä, joilla voi vapaapäivän voi ostaa, mutta kaikissa kunnissa tällaista järjestelyä ei ole. (Anttonen & Sipilä 2000, 138–139.)

Omaishoidon poliittisen kannatus on helppo ymmärtää, koska omaishoito vaikuttaa vastaukselta useampaan ongelmaan. Väestön ikääntymisen vuoksi on ollut pakko etsiä uudenlaisia sosiaalipoliittisia ratkaisuja vanhusten hoitoon. Vanhustenhoidossa ratkaisuksi on nähty mahdollisimman pitkä kotona asuminen ja hoidon ja avun tuominen kotiin, jota omaishoidon tuella toteutetaan. Omaisten, läheisten ja ystävien

vastuuntunnolla ja hoivamotivaatiolla hoito myös syntyy halvalla, kun työstä ei tarvitse maksaa täyttä palkkaa toisin kuin laitoshoidossa.

Neil Gilbert näkee rahallistamisessa sekä hyviä että huonoja puolia. Palvelusetelin etuina ovat suora yhteys palvelun ostajan ja käyttäjän välillä, toisin kuin tilaaja–tuottaja -mallissa, sekä asiakkaan valinnan vapauden lisääntyminen. Tilaaja–tuottaja -mallissa kunta toimii palvelun ostajana ja kansalainen palvelun käyttäjänä, jolloin odotukset palvelua kohtaan saattavat erota ostajan ja käyttäjän välillä. Kun palvelu ostetaan palvelusetelillä, ostaja ja käyttäjä ovat sama henkilö. Rahan antaminen palvelun sijaan saattaa kuitenkin tuottaa normatiivisen ongelman. Kun valtio tukee rahallisesti yhä enemmän ystävien ja sukulaisten tekemää hoivatyötä eli niin sanottua informaalia työtä, joka on aiemmin perustunut vastavuoroisuuteen ja perinteiden mukaiseen sukulaisuussuhteeseen, niin nämä suhteet muuttuvat. Hyväntahtoisuuteen perustuva toiminta vaihtuu tällöin sopimusperusteiseksi palveluksi, josta maksetaan tuntien mukaan. Rahan antaminen palvelun sijaan saattaa aiheuttaa tilanteen, jossa henkilöt, jotka edelleen jatkavat avustamista hyväntahtoisuudesta, kokevat tulevansa riistetyksi, kun toiset saavat samasta palvelusta korvausta. Sukulaisten ja ystävien tekemä työ muuttuu markkinaperusteiseksi, kun siitä maksetaan korvaus. Hyväntahtoisuus saattaa hävitä markkinaohjautuvan toiminnan tieltä. Rahallistamisen kehityksellä on siis ainakin kaksi puolta. Toisaalta se edistää yhtäläisten mahdollisuuksien ja palkkioiden toteutumista antamalla mahdollisuuden saada parempaa taloudellista korvausta tehdystä työstä tai korvausta ylipäänsä. Tällä on merkitystä erityisesti naisille, koska he yleensä tekevät suvun sisäistä hoivatyötä. Toisaalta ihmisten välisen palvelusopimusten rakentaminen saattaa muuttaa ihmissuhteet kovemmiksi, koska hoito ei perustu enää samalla tavalla perheen sisäiseen huolenpitoon ja vapaaehtoisuuteen. (Gilbert 2002, 122–124.)

Yhteenvetona voi todeta, että hoiva voi yhtäällä olla ensiluokkaista ja toisaalla olematonta. Julkisen ja yksityisen yhdisteleminen on uudenlaista sosiaalipolitiikkaa, jota lasten kotihoidon tuessa ja omaishoidon tuessa sovelletaan. Julkisella tarkoitetaan palvelujen kohdalla verorahoilla tuotettua, ammatillisuutta, koulutettua työvoimaa ja palvelujen tuottamisen valvontaa. Yksityistä on periaatteessa kaikki se, mikä ei ole

julkista. Esimerkiksi yritysten, järjestöjen ja kirkkojen lisäksi perhe ja ystävät edustavat yksityistä. Näissä kahdessa tuessa on siis kysymys siitä, että julkinen rahoittaa, mutta yksityinen hoitaa. Valvonta ja ohjaus on rahoittajan osalta kuitenkin hyvin vähäistä. Omaishoitajat kokevat kunnissa rahallisen tuen saamisen jälkeen jäävänsä yksin ja että heidän jaksamisensa ei kiinnosta kuntaa. (Anttonen & Sipilä 2000, 140.)

3.3 Vastuu sosiaalipalveluissa

Vastuu osoittautui vasta tutkielman analyysivaiheessa merkittäväksi käsitteeksi, vaikka yksityistämiseen liittyikin keskeisesti vastuun siirtäminen julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille. Hyvinvointipluralismi on vakiintunut tapa tarkastella julkisen ja yksityisen hyvinvointivastuun suhteita jaottamalla hyvinvoinnin tuottajat erilaisiin sektoreihin tai pilareihin (Julkunen 2006, 105). Pilarijakoja on useita. Jaottelun voi tehdä pelkästään julkisen ja yksityisen välillä, mutta tavallisesti hyvinvointipluralismissa erotetaan neljä pilaria, jotka ovat markkinat, valtio, perhe ja kolmas sektori, jolla tarkoitetaan vapaaehtois- ja järjestötoimintaa (emt., 107). On ajateltu, että pilarit tarjoavat keskenään erilaista apua ja tukea, joiden välillä kansalainen voi valita. Julkunen (2006, 105) mukaan ideologia on kuitenkin epäselvä. Julkunen mukaan vallalla on ajattelutapa, jonka mukaan julkista vastuuta voidaan vähentää siten, että markkinat, perhe ja kolmassektori ottavat vastuulleen julkisten toimijoiden tehtäviä.

Julkisen vallan vastuut on säädetty lailla. Perheen vastuu rajoittuu ydinperheeseen siten, että vanhemmat ovat vastuussa lapsistaan ja puoliset toistensa elatuksesta. Ydinperheen ulkopuolella olevilla omaisilla ei ole juridisesti velvoittavia vastuita, mutta heillä on elatus- ja hoivasuhteeseen liittyviä moraalisia ja emotionaalisia siteitä. (Julkunen 2006, 110.) Stakesin *Oikeus ja kohtuus* -raportissa vastuu hyvinvoinnista on jaettu moraaliseen vastuuntuntoon perustuvaan ja lakisääteiseen vastuuseen. Raportissa perheen vastuut jaetaan sekä lakisääteiseen että moraalisen vastuuntunnon piiriin kuuluviin vastuisiin. Myös vapaaehtoistoiminnan katsotaan perustuvan moraaliseen vastuuntuntoon. (Oikeus ja kohtuus 2006, 23.)

Karkeasti ajatellen hyvinvointivastuu muodostuu kansalaisen lakisääteisistä oikeuksista palveluihin ja julkisen vallan lakisääteisistä velvoitteista tarjota palveluja. Tämän lisäksi julkisen vallan toiminnalle voi määritellä eettisen periaatteen. Stakesin *Oikeus ja kohtuus* -raportissa on määritelty sosiaaliturvan eettinen periaate seuraavasti: ”Mitä perustavammanlaatuiset inhimilliset tarpeet ovat uhattuina ja mitä heikommat ovat yksilön omat voimavarat selvitä, sitä vahvemmat ovat yksilön oikeudet ja sitä selkeämpi on julkisen vallan velvollisuus järjestää toimeentulo ja sosiaali- ja terveystalvet.” Periaate on johdettu perustuslaista ja perusoikeuksista, joiden tulisi heijastaa yhteiskunnan vallitsevia arvoja. (Oikeus ja kohtuus 2006 26.) Hyvinvointivastuu saattaa siis näyttää yksiselitteiseltä lakiin perustuvalta asialta.

Vastuusta on kuitenkin jo ennen yksityistämisen aaltoa oltu kahta mieltä. Yhtäältä pohjoismaisia hyvinvointivaltioita on pidetty esimerkkeinä kehittyneestä sosiaalisesta vastuusta ja toisaalta on väitetty, että ihmiset ostavat vapauden henkilökohtaisesta vastuusta maksamalla veroja. (Wolfe 1989 ref. Julkunen 2001, 261; Julkunen 2001, 261.) 1990-luvun säästöpolitiikan seurauksena omavastuu palveluissa, kuten hoivassa ja toimeentulossa, lisääntyi. Kansalaiset ovat kuitenkin myös painottaneet oman vastuun lisäämistä, vaikka samaan aikaan julkisia palveluja kannatetaan laajalti. Julkusen (2001) mielestä vaatimus omavastuun lisäämisestä todennäköisesti kohdistuu pääasiassa ihmisiin, joiden elämänhallinta ei ole kunnossa. (Emt. 261–262.) Vastuu sosiaalipalvelujen yhteydessä ei siis ole yksiselitteisesti määriteltävissä.

Kritiikki laajaa julkista vastuuta kohtaan on lisääntynyt 1990-luvun laman jälkeen. 2000-luvulla on alettu myös miettiä, onko julkinen vastuu oikein mitoitettu kustannusten noustessa talouskasvua nopeammin. Väestön koko ajan vanhetessa palvelujen tarve tulee vain lisääntymään. (Kautto 2005, 11.) Pohjoismaisen hyvinvointivaltioprojektin tunnusmerkiksi on kuitenkin katsottu hoivan muuttuminen yksityisestä yhteiskunnalliseksi kysymykseksi (Anttonen & Sipilä 2000, 82). Hoivaa yhteiskunnallistettiin etenkin 1970- ja 1980-luvuilla. Nyt 2000-luvulle tultaessa hoivaa palautetaan takaisin omaisille ja ystäville. Kopperin (2000) mukaan hyvinvointivaltiota on kritisoitu sen oletetusta passivoivasta vaikutuksesta. Ihmisten ei anneta ottaa vastuuta

omasta elämästään, koska hyvinvointivaltio pyrkii korjaamaan ihmisten hyvinvoinnin epäkohdat. Hyvinvointivaltion väitetään näin myös vievän halun ja kyvyn omaehtoiseen vastuunottoon. Tähän näkökulmaan perustuen valtion roolin kaventamisen uskotaan edistävän yksilöiden vapaaehtoista toimintaa ja moraalisen vastuuntunnon kehittymistä. (Kopperi 2000, 15.)

Hyvinvointivastuun jakamisesta yksityisten ja julkisten toimijoiden välillä ollaan montaa mieltä. Vastuun paikka on periaatteessa laissa selkeästi määriteltynä sekä julkisille toimijoille että yksilölle, mutta esimerkiksi rahallistamiseen perustuvat palvelut sekoittavat rajaa, koska esimerkiksi omaishoidossa vastuu rahoituksesta on kunnalla, mutta vastuu hoidosta omaisella. Vaikka kansalaiset kannattavat laajaa julkista vastuuta, julkisen vastuun laajuutta myös kritisoidaan ja toivotaan yksilön vastuun lisäämistä.

4 Tutkimusasetelma

4.1 Tutkimuskysymykset

Tutkielmani kiinnostuksen kohde on sosiaalipalvelujen yksityistämiseen liittyvä palvelujen tuottamisen muutos, jota tarkastelen sosiaalihuollon suunnitelma-asiakirjoista. Tutkimusongelma on syntynyt kiinnostuksesta tarkastella lähemmin sitä, miten valtio on ohjannut sosiaalihuollon yksityistämistä. Olen rajannut tarkasteluni koskemaan vain yhtä yksityistämisen muodoista eli rahallistamista. Muodoista on erilaisia jaotteluja (esim. Gilbert 2002; Butcher 2002), joita olen käsitellyt luvussa 3.2. Tarkastelen rahallistamista kuitenkin Neil Gilbertin (2002) yksityistämisen muotojen jaotteluun perustuen. Gilbertin mukaan yksi yksityistämisen keinoista on rahan antaminen palvelun sijaan joko palvelusetelin tai hoitotukien muodossa. Mielenkiintoisen tästä yksityistämisen muodosta tekee erityisesti se, että sen piiriin kuuluvia palveluja on pidetty jo pitkään osana perinteistä suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Näiden palvelujen mahdolliset vaikutukset sosiaalipalvelujen yksityistämislle ovat kuitenkin merkittävät, koska rahallistamisen avulla voidaan rakentaa markkinoita yksityisille palvelun tarjoajille. Mielestäni rahallistamisen etenemisen tarkastelu on tärkeää ja kertoo järjestelmän kehityssuunnasta.

Aineisto on rajattu vain rahallistamista koskevaan keskusteluun. Koko tutkimusta ohjaava tutkimuskysymys on, miten rahallistaminen palvelujen tuottamisen muotona näkyy, miten sitä perustellaan ja millaisen sisällön se saa sosiaalihuollon valtakunnallisissa suunnitelma-asiakirjoissa

Analyysiä ohjaavat tarkemmat tutkimuskysymykset ovat:

- millaisia merkityksiä rahallistaminen saa,
- millaisia diskursseja rahallistamiseen liittyy ja
- miten nämä diskurssit muuttuvat ajallisesti.

4.2 Aineisto

Tutkimusaineistona ovat sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Suunnitelmat ovat lakisäätteisiä ohjausasiakirjoja, jotka ovat julkisia. Ohjaus määrittellään asemaan tai asiantuntemukseen perustuvaksi oikeudeksi, jossa ohjaava taho, kuten ministeriö, pyrkii vaikuttamaan ohjattavan tahon esimerkiksi kunnan toimintaan. Ohjaus on keskeinen osa julkisen politiikan toteuttamista. (Jalonen 2008, 2.)

Valtion ohjauskeinot jaotellaan yleensä normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaukseen. Normiohjaus on eduskunnan laeissa ja asetuksissa sekä alemman asteisissa säädöksissä ja määräyksissä säädettyä ohjausta, joka velvoittaa asiasta vastuussa olevaa toimijaa toimimaan tietyllä tavalla. Ohjauksen noudattamatta jättäminen on usein sanktioitu. Resurssiohjauksella päätetään voimavarojen jakautumisesta eri tehtäviin. Resurssiohjauksen tärkein väline on eduskunnan talousarvio, jossa päätetään valtion käytettävissä olevien voimavarojen tasosta ja suuntaamisesta valtakunnan tasolla. Kunnissa voimavarojen jaosta eri tehtäviin päättävät kunnanvaltuustot kunnan budjetin yhteydessä. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen resurssiohjauksen merkitys on pienentynyt, koska kunnat voivat päättää nykyisin suhteellisen vapaasti voimavarojen jakautumisesta eri tehtävien välillä edellyttäen, että lakisäätteiset tehtävät tulevat hoidetuiksi käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa.

Informaatio-ohjaus on toimintaa, jossa ohjattavan käyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan tiedon avulla. Tiedon jakaminen, kouluttaminen sekä erilaiseen kehittämistoimintaan osallistuminen tai sen tukeminen kuuluvat informaatio-ohjauksen piiriin. (Hansson 2002, 15.) Informaatio-ohjaus ei ole sitovaa vaan ohjauksen kohde voi joko noudattaa tai olla noudattamatta ohjeita tai päätyä eri ratkaisuun kuin mitä ohjaava taho toivoo. Vaikka ohjauksen eri muodot voi luokitella, myös resurssi- ja normiohjaus sisältävät tavalla tai toisella myös informaatiota. Suunnitelma-asiakirjat ovat osa valtion informaatio-ohjausta, mutta ne sisältävät varsinkin 1980-luvun puolella runsaasti myös resurssi- ja normiohjausta. Informaatio-ohjaus on vahvistunut ja osittain myös korvannut perinteistä

resurssi- ja säädösohjausta valtiosuusuuudistuksen jälkeen vuonna 1993. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 17–18; Hansson 2002, 26.)

Ensimmäinen valtakunnallinen suunnitelma sosiaalihuollon osalta perustui vuonna 1982 voimaan tulleeseen lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (677/1982). Ensimmäinen suunnitelma julkaistiin 1983 ja se kattoi vuodet 1984–1988. Suunnitelmat laadittiin vuosittain aina viisivuotiskausiksi. Terveysdenhuollon puolella valtakunnalliset suunnitelmat oli kirjattu jo vuoden 1972 kansanterveyslakiin (66/1972). Laki velvoitti lääkintöhallituksen kokoamaan vuosittain valtakunnallisen suunnitelman kansanterveystyön järjestämiseksi viittä seuraavaa vuotta varten. Ensimmäinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä julkaistiin vuonna 1973 ja se kattoi vuodet 1974–1978. Suunnitelmat ovat valikoituneet aineistoksi, koska ne ovat lakisääteisiä sosiaalihuollon ohjauksesta ja kehittämisestä kertovia asiakirjoja. Sosiaalihuollon valtion ohjaaman kehittämisen ja sosiaalihuollon suuntaamisen tulisi siis näkyä näissä asiakirjoissa.

Ensimmäinen valtakunnallinen suunnitelma, joka sisältää suunnitelmat sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolelta on laadittu vuosille 1984–1988. Asiakirja sisältää sosiaalihuollon suunnitelman ja perustelumuietion sekä terveydenhuollon suunnitelman ja perustelumuietion. Perustelumuietiot on liitetty suunnitelma-asiakirjaan vuoteen 1990 saakka. Vuoden 1988 lakimuutoksen (300/1988) jälkeen suunnitelmat on yhdistetty siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto eroaa asiakirjassa otsikkotasolla. Ennen vuotta 1993 laaditut valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä (VALSU) olivat osa valtiosuusjärjestelmää. Suunnitelmat sisälsivät valtioneuvoston kuntia sitovat päätökset tehtävryhmittäisten uusien virkojen ja tehtävien määräistä sekä investoinneista ja muusta voimavarojen suuntaamisesta. (Hansson 2002, 25.)

Vuoden 1998 lakimuutoksella (1114/1998) valtakunnallinen suunnitelma muuttui nimeltään sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi, joka valmisteltiin neljän vuoden välein. Vasta nämä vuosien 2000–2007 tavoite- ja toimintaohjelmat on esitetty näkyvimmiiksi esimerkeiksi pyrkimyksestä ohjata toimintaa informaatio-

ohjauksen keinoin (Stenvall & Syväjärvi 2006, 31). Tavoite- ja toimintaohjelmien on arvioitu olleen ohjausvaikutukseltaan heikkoja. Ongelmat ovat liittyneet ohjelmien yleisluontoisuuteen sekä siihen, että ohjelmat on valmisteltu liki yksinomaan valtion keskushallinnon virkamiesten toimesta. Tavoite- ja toimintaohjelmat eivät ole olleet, valmistelutavastaan johtuen, vuorovaikutteisia ohjausmuotoja, minkä vuoksi kuntajohtajat ovat sitoutuneet ohjelman toteuttamiseen heikosti. Stenvallin ja Syväjärven (2006) mukaan tavoite- ja toimintaohjelmat onkin mielletty epäonnistuneeksi kokeiluksi. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 42).

Tavoite- ja toimintaohjelma muuttui vuoden 2007 lakimuutoksessa (253/2007) sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseksi kehittämisohjelmaksi. Kansallisen kehittämisohjelman valmistelussa on otettu opiksi tavoite- ja toimintaohjelmien kritiikistä ja erityisesti korostettu, että ohjelma on valmisteltu laajassa yhteistyössä koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentän toimijoiden kanssa. (Kaste-ohjelma 2008, 17–19.)

Vaikka suunnitelmat ovat muuttaneet ulkomuotoaan ja nimeään useampaan kertaan, asiakirjan tarkoitus on pysynyt samana. Sen tarkoitus on ohjata kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä. Sosiaalihuollon osalta suunnitelmat ovat perustuneet aina samaan lakiin ja valtioneuvosto on hyväksynyt ne.

Aineistoni koostan siten, että se sisältää kaikki sosiaalihuollon osalta julkaistut valtakunnalliset suunnitelma-asiakirjat. Koska tarkoituksena on kuvata rahallistamiseen liittyvien diskurssien kehittymistä, kaikkien suunnitelmien sisällyttäminen aineistoon on mielekästä. Aineistoa kertyi kolmen vuosikymmenen ajalta, joista jokaisella on tapahtunut selkeää yhteiskunnallista muutosta. 1980-luku oli voimakasta nousukautta sekä hyvinvointivaltion rakennuskautta, 1990-lukua leimasi syvä lama sekä julkisten palvelujen karsiminen ja 2000-luvulla aletaan etsiä uusien palvelujen tuottamisen tapoja.

Aineistooni kuuluu yhteensä 18 suunnitelma-asiakirjaa. Valtakunnallisia suunnitelmia (Valsu) on 15, tavoite- ja toimintaohjelmia (Tato) kaksi (vuodet 2000–2003 ja 2004–2007) ja kansallisia kehittämisohjelmia (Kaste) yksi (vuodet 2008–2011). Ensimmäisten

Valsujen osalta sosiaalipalvelujen osio on helppo erottaa suunnitelmasta, koska se on omana osionaan. Myöhemmin, kun sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet on esitetty osittain samoina, sosiaalipalveluja koskevan puheen erottaminen saattaa olla hankalampaa.

Aineistoa on sivumäärällisesti melko paljon mutta yhtä suunnitelmaa kohden tarkempaan analyysiin tulevaa tekstiä on noin sivun verran. Aineiston sivumäärä on 465 sivua siten, että poistetut osiot koskevat selkeästi terveydenhuoltoa tai ympäristöterveydenhuoltoa. Tämä sivumäärä sisältää vielä paljon materiaalia, jota en sisällyttänyt aineistoon, kuten erilaisia taulukoita ja kehittämishankkeita sekä henkilökuntaa koskevia ohjeita.

Aineistoni vahvuus on sen ajallinen kattavuus. Mukana ovat kaikki sosiaalihuollon valtakunnalliset suunnitelmat, tavoite- ja toiminta-ohjelmat sekä viimeisenä kansallinen kehittämisohjelma. Koska tämänkaltainen aineisto on valmiina olemassa, aineistoa ei ole voinut muuttaa tai vaikuttaa sen sisältöön aineiston kokoamisvaiheessa. Aineiston heikkoutena on tekstin virkakieliyys, joka ei tarjoa analyysiin kovin rikasta tulkintapohjaa.

4.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukseni teoreettis-metodologinen lähtökohta on sosiaalinen konstruktionismi. Sosiaalinen konstruktionismi toimii kielellisten lähestymistapojen laajempaan viitekehyksenä kulttuuristen ilmiöiden ja diskursiivisten menetelmien käyttämisessä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Konstruktionismia on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Burr (1995) on kuitenkin listannut neljä sosiaalisen konstruktionismin yhteistä piirrettä. Hänen mukaansa ensimmäinen yhteinen ajatus on suhtautua kriittisesti valmiiseen tietoon. Toinen piirre on ymmärtää historian ja kulttuurin vaikutusta tapamme ymmärtää maailmaa. Kolmas konstruktionismin piirre on ymmärtää todellisuuden rakentuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Neljäntenä yhdistävänä piirteenä on ymmärtää tiedon ja sosiaalisen toiminnan yhteys. (Burr 1995, 2–4.) Kieli

itsessään on siis osa todellisuutta eikä vain väline todellisuuden käsittämiseen. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 7.) Puhetta ja tekstiä ei tulkita suorana totuutena vaan todellisuuden versioina. Tutkimuksen aineisto tarjoaa erilaisia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja käytänteissä konstruoituja näkökulmia ja versioita todellisuudesta. Tarkoituksena on etsiä ja luoda tulkintoja todellisuudesta. (Metsämuuronen 2008, 12; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausasiakirjojen kohdalla kieltä on mielekästä tutkia juuri todellisuuden rakentajana eikä absoluuttisena totuutena. Kyse on ohjaavista asiakirjoista, jotka eivät suoraan lakisääteisesti velvoita kuntia toimimaan. Ohjausasiakirjoilla on luonnollisesti kuitenkin vähintään ajattelua muokkaava vaikutus, jolloin on mielekästä tutkia niitä useampien vuosien ajalta ja tarkastella tekstin diskurssien muuntumista ja tulkita sen pohjalta todellisuuden rakentumista.

Varsinaisena käytännön tutkimusmenetelmänä sovellan diskurssianalyysiin pohjautuvaa lähilukua. Diskurssianalyysistä poimin ajatuksen siitä, että tarkastelun kohteena eivät ole tekstin substantiaalinen sisältö kuten teemoitteluun perustuvassa analyysissä, vaan se, miten kieltä käytetään asioiden ymmärrettäväksi tekemisessä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Hyödynnän tutkielmassani myös diskurssin käsitettä. Jokinen, Juhila ja Suoninen määrittävät diskurssin säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemiksi, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja rakentaa sosiaalista todellisuutta (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 27).

Diskurssin voi myös määritellä ryhmäksi lausumia, jotka tarjoavat kielen sitä varten, että voitaisiin puhua tietynlaisesta jotakin aihetta koskevasta tiedosta (Hall 1992; ref. Lehtonen 1998, 67). Lehtosen (1998) mukaan diskurssilla tarkoitetaan vuorovaikutuksellista prosessia, jossa diskurssi tuotetaan, mutta myös tämän prosessin lopputulosta (emt, 69). Jo näistä diskurssin määritelmistä huomaa, että diskurssin käsitettä käytetään nykyisin varsin väljästi ja sillä saatetaan tarkoittaa mitä tahansa kielen käyttöä ja keskustelua. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 27). Tässä tutkielmassa

diskurssin käsitettä käytetään kuvaamaan suunnitelma-asiakirjojen rahallistamista koskevasta puheesta hahmotettuja ajallisesti jatkuvia ulottuvuuksia.

Remeksen (2006) mukaan diskursseja voi esiintyä yhteiskunnan käytänteissä tai jonkun yhteiskunnallista toimintaa ohjaavan tahon toiminnassa, esimerkiksi yhteiskunnan ohjauksessa, samoin kuin ihmisten välisissä keskusteluissa (Remes 2006, 296). Diskurssianalyysiä on käytetty paljon instituutioiden tutkimuksessa. Sen tehtävänä on osoittaa instituutioiden käytänteiden takana olevia merkitysrakenteita, jotka usein ovat piilossa ihmisiltä. Nämä merkitysrakenteet ovat diskurssien elementtejä. Remes (2006) toteaa, että tosiasiat tai päättäjät eivät niinkään määrittele yhteiskunnallisia päätöksiä tai suhtautumistapoja, vaan diskurssit. Tämän takia diskurssien tarkastelu on tärkeää. (Remes 2006, 313.) Siihen, mitä diskurssi on tai miten se vaikuttaa, ihminen ei voi paljoa vaikuttaa. Tämän vuoksi on tärkeää, että diskursseja tutkitaan ja tehdään ihmiset tietoisiksi niistä. Diskurssien tutkimus mahdollistaa tulevaisuuden diskursseihin vaikuttamisen. (Remes 2006, 339.) Oman tutkimukseni tulosten merkittävyys on mielestäni juuri siinä, että nostan esiin sosiaalihuollon rahallistamiseen liittyviä diskursseja. Diskurssien tulevaisuutta on näin mahdollista ennakoida ja kenties niihin voidaan vaikuttaakin.

Lähiluvun avulla olen päässyt käsiksi diskursseihin ja saanut tiivistettyä ja järjestettyä aineiston paremmin tulkintoja mahdollistavaan muotoon. Lähiluku analyysimenetelmänä tarkoittaa käytännössä kirjallisen aineiston hyvin tarkkaa ja huolellista lukemista. Tutkimuskohdetta lähestytään omasta esiymmärryksestä käsin, joka vaikuttaa sekä ymmärrystä edistävästi että rajaavasti. Ensimmäisten aineistonlukukertojen aikana kiinnitetään huomiota silmiinpistäviin seikkoihin ja näiden esihavaintojen jälkeen siirrytään systemaattisempaan lähilukuun (Nousiainen 2004, 50). Aineisto käydään tällä menetelmällä läpi sana sanalta ja lause lauseelta. (Lehtimäki 2000, 40). Nousiainen on kuvannut lähestymistapaa matkaksi, joka tehdään yhä uudelleen samaan kohteeseen eri reittejä käyttäen (Nousiainen 2004, 172). Näin jokaisella matkalla eli lukukerralla tulee esiin uusia ulottuvuuksia ja yksityiskohtia. Oman esiymmärryksen ja huolellisen luennan

lopputuloksena on tarkoitus tuoda aktiivisesti aineistosta esiin sen mahdollistamia tulkintoja ja pohtia niiden rakentamaa sosiaalista todellisuutta. (Lehtimäki 2000, 39–40.)

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Lähdin liikkeelle siitä oletuksesta, että aineistosta nousisivat analyysiyksiköiksi lasten kodinhoidon tukeen ja vanhusten kodinhoidon tukeen (myöhemmin omaishoidon tukeen) sekä palveluseteliin liittyvät kohdat. Mahdollisena pidin myös sitä, että asiakirjoissa mainittaisiin kotitalousvähennys. Odotuksena tai toiveena oli myös, että näiden ennalta pääteltävien kohtien lisäksi löytyisi viittauksia muihin tulevaisuuden sosiaalipoliittisiin vaihtoehtoihin, näin etenkin 2000-luvun suunnitelmien osalta.

Tutkimusprosessin analyysivaiheen käynnistin lukemalla koko aineiston kahdesti läpi. Koko aineiston sivumäärä on 465 sivua. Ensimmäisellä lukukerralla poimin aineistosta kohtia, joissa puhutaan rahan antamisesta palvelun sijaan. Kohdat on valittu siten, että niissä mainitaan suoraan rahallinen tuki, joka on vaihtoehto palvelulle ja puhutaan valinnan mahdollisuudesta, palvelurahasta tai palvelusetelistä. Nimitän näitä kohtia analyysiyksiköiksi. Esimerkkinä analyysiyksiköstä on ote vuoden 1987 suunnitelmasta: *”Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuen määrä on hoidon ja avun tarpeen määrästä riippuen vuonna 1987 enintään 2350 markkaa kuukaudessa.” Suunnitelma 1987–1991 s. 6.*

Toisella lukukerralla varmistin, että mitään ei jäänyt huomaamatta ja keräsin analyysiyksiköt yhdeksi tiedostoksi, joka on rivivälillä 1,5 ja fontilla 12 sivumäärältään 20 sivua. Analyysiyksiköitä on noin 92 kappaletta. Analyysiyksiköiden pituus vaihtelee yhden ja kahdeksan rivin välillä. 1980-luvun suunnitelmissa suunnitelmaosuuden ohjekohdat sekä perustelumuiiston yksityiskohtaiset perustelut kohdat pysyivät samanlaisina, ellei niihin tullut lainsäädäntöön perustuvia muutoksia, joten osa analyysiyksiköistä on keskenään identtisiä. Lisäksi joukossa on materiaalia, joka ei analyysin kannalta ole mielenkiintoista. Esimerkiksi joukossa on kohtia, joissa on vain

maininta esimerkiksi tuesta tai palvelusetelistä. Tällaisena esimerkkinä toimii ote vuodelta 1985, jossa kotihoidon tuki on vain mainittuna: *”Kodinhoitaja- ja kotiavustajatoiminnan lisäksi kotipalveluihin kuuluvat erilaiset tukipalvelut sekä vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki.” Suunnitelma 1985–1989, s. 47*

Analyysiyksiköt käsittelevät vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukea, omaishoidon tukea, lasten kotihoidon tukea ja palveluseteliä. Myös kohdat, joissa puhutaan omaishoitajista, mutta ei varsinaisesti omaishoidon tuesta, on sisällytetty aineistoon, koska katson, että tässä aineistossa omaishoidon tuki luo omaishoitajan position. Omaishoitajia ovat siis vain henkilöt, jotka saavat omaishoidon tukea. Aineisto ei valitettavasti sisältänyt sellaista materiaalia, että sen perusteella pystyisi tarkastelemaan rahallistamisen muotoja tulevaisuudessa.

Varsinaisen analyysin aloitin lukemalla useita kertoja analyysiyksiköt kronologisessa järjestyksessä läpi siten, että pohdin, miten niissä perustellaan tai esitetään syy palvelumuodolle eli rahallistamiselle. Analyysi on toteutettu aineistolähtöisesti kuitenkin niin, että oma sekä yleisesti että kirjallisuudesta saamani ennakkokäsitys aiheesta on ohjannut tarkastelua (ks. Lehtimäki 2000, 40). Analyysiyksiköiden perusteluista ja syistä olen etsinyt tekstissä itsessään olevia toistuvia erotteluja ja samankaltaisuuksia. Erottelujen ja samankaltaisuuksien tunnistamista en ole tehnyt tiettyjen sanojen perusteella vaan tarkastellen tekstin merkitysrakenteita. (ks. Alasuutari 1999, 120–121.) Aineistoa olen kuitenkin lukenut hyvin tarkkaan kielen käytön ja sanavalintojen muutosta havainnoiden. Erottelujen ja samankaltaisuuksien tarkastelun avulla olen hahmottanut rahallistamisen puheen ulottuvuudet, joita kutsun diskursseiksi. Diskursseja olen tarkastellut edelleen siten, että olen kuvannut niiden ajallisen etenemisen ja muuntumisen sekä osoittanut diskursseissa tapahtuvat muutokset. Ajallisen etenemisen kuvaaminen tuo esille rahallistamisen kehittymisen etenemisen sosiaalihuollossa ja siihen liittyvät suunnitelmissa eri aikoina esiintyvät perustelut. Diskurssien muutoskohdiksi olen määrittänyt selkeät muutokset rahallistamisen mukaisen palvelun perusteluissa tai puhettavan muutoksissa. Muutoskohdissa ajallinen muuntuminen poikkeaa siihenastiselta

kehityspolulta. Suurempien muutosten paikantaminen tuo esiin kokonaiskuvaan muutoksen suunnasta ja tärkeimmät vaikuttimet palvelujen taustalla.

5 Julkisesta yksityiseen vastuuseen

Analyysissä on hahmotettu huolellisen lähiluvun avulla rahallistamispuheen tärkeimmät ulottuvuudet, joita nimitän diskursseiksi. Rahallistamisen diskurssien kautta tarkastellaan sosiaalipalvelujärjestelmän monimuotoistumista, jossa analyysini perusteella vaikuttaisi näkyvän luvun otsikon mukainen suuntaus julkisesta yksityiseen vastuuseen. Diskurssien avulla voidaan nostaa esiin keskeisiä kysymyksiä ja ongelmia, joita rahallistamisen tuominen palvelujen rinnalle on synnyttänyt ja tulee synnyttämään. Tässä tulosluvussa käsitelen jokaisen diskurssin omana alalukunaan siten, että esittelen ensin diskurssin ja sen ajallisen etenemisen, jonka jälkeen havainnollistan diskurssin vaiheita aineistototteiden avulla. Lopuksi tuon esiin diskurssin muutoskohdat. Varsinaisen syvemmän rahallistamisen diskurssien merkityksen pohdinnan sekä aiempaan kirjallisuuteen sidotun keskustelun olen kirjoittanut omaksi osiokseen luvussa kuusi.

Analyysiin perustuen rahallistamisen diskursseja muodostui yhteensä neljä. *Muuttuvan hoitovastuun diskurssi* on muodostettu vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukeen liittyvistä keskusteluista. Ajallisesti se sijoittuu tarkastelujakson alkuvuosiin eli vuosiin 1984–1996. Diskurssi käsittelee kysymystä siitä, onko viimesijainen hoidosta vastaava taho kunta vai omaiset. *Valinnan vastuun diskurssi* koskee palvelumuodoista pääasiassa lasten kotihoidon tukea sekä palveluseteliä ja niitä koskevia keskusteluja. Ajallisesti diskurssi kattaa liki koko tarkastelujakson. Keskustelu etenee diskurssissa valinnan vapauden lisäämisestä tilanteeseen, jossa kuntalainen on vastuussa itselleen sopivimman palvelun valinnasta. *Omaisten vastuullistamisen diskurssi* rakentuu pääasiassa vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuen ja omaishoidon tuen keskusteluille. Tässä diskurssissa tarkastelun näkökulma eroaa hoitovastuun diskurssista siten, että *omaisten vastuullistamisen diskurssissa* puhutaan fyysisestä hoitovastuusta eli siitä kuka hoidon antaa. *Korvaus hoivasta diskurssi* käsittelee kysymystä siitä, onko palvelun sijaan annettu raha palkkaa hoitotyöstä vai rahallinen etuus. Diskurssi koskee ajallisesti vain tarkastelujakson ensimmäisiä vuosia.

Vuonna 1993 voimaan tulleiden omaishoitoa koskevien säännöksiä jälkeen diskurssi ei enää esiinny suunnitelmissa.

5.1 Muuttuvan hoitovastuun diskurssi

Muuttuvan hoitovastuun diskurssi alkaa erottua aineistossa omaksi keskusteluksi diskursseista ajallisesti ensimmäisenä. Määrällisesti tätä teemaa koskeva puhe ei ole laajaa, mutta se on mielestäni merkittävä, sillä siinä näkyy vahvoja merkkejä hoitovastuun siirtymisestä valtiolta ja kunnilta yksilölle ja läheisille. Diskurssissa käsitellään siis kysymystä siitä, kenelle hoitovastuu kuuluu. Olen diskurssissa tulkinnut hoitovastuun paikkaa vahvasti hoidon laatua koskevan keskustelun kautta. Kun kunta korostaa hoidon laadun varmistamista kotihoidossa, vastuu on tulkintani mukaan kunnalla. Silloin, kun kotihoidon tuen perustelu suunnitelmissa ei liity hoidon laatuun, vastuu näyttäisi olevan omaisilla. Laatu-sanalla omaishoidon laadusta puhutaan vasta vuoden 1994 suunnitelmassa, sitä ennen laatua kuvataan muilla sanoilla. Aineisto-otteissa olen seurannut puheen muutoksia hoidon laatukseskustelussa ja tulkinnut hoitovastuun muutosta näiden keskustelujen pohjalta.

Keskustelu hoitovastuusta jakaantuu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa vuosina 1984–1987 kotihoidon tuki on uusi palvelu, joten sen tavoitteita ja myöntämistä ohjataan suunnitelmissa melko tarkasti. Suunnitelmista käy ilmi, että kunta kantaa vastuun hoidosta kohdentamalla kotihoidon tuen erityisesti hoidon laadun parantamiseen. Toisessa vaiheessa vuosina 1988–1993 hoitovastuuseen liittyvää keskustelua ei näy suunnitelmissa lainkaan. Kolmannessa vaiheessa vuosina 1994–1996 hoidon laatu nousee uudelleen keskusteluun laman myötä. Kotihoidon tuen perusteet kuitenkin muuttuvat, kun palvelurakennemuutoksen myötä laitospaikkoja aletaan vähentää. Kotihoidon tuki luo osaltaan edellytykset palvelurakennemuutukselle. Samalla näyttäisi siltä, että vastuu hoidosta siirtyy kunnilta koteihin, koska tuen myöntämistä ei suunnitelmissa enää liitetä hoidon laadun parantamiseen, vaan taloudellisten edellytysten luomiseen kotihoidolle.

Diskurssin ensimmäinen aineisto-ote on vuodelta 1984, joka on samalla ensimmäinen vuosi, kun vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukea on ohjeistettu valtakunnallisessa suunnitelmassa.

”Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotona annettavaa hoitoa ja huolenpitoa edistävän kotihoidontuen piiriin otetaan ensisijaisesti ne eniten hoitoa tarvitsevat henkilöt, joiden toimintakyky ja suoriutuminen ovat siinä määrin alentuneet, että he kotona asumisen turvaamiseksi tarvitsevat päivittäistä jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa. Sosiaalilautakunnan ja hoitajan välillä tehtävällä sopimuksella varmistetaan, että vanhus, vammainen tai pitkäaikaissairas saa riittävän ja asianmukaisen hoidon tai muun huolenpidon. Hoitajalle maksettavan tuen suuruus on hoitotyön määrästä ja vaikeusasteesta riippuen vuonna 1984 enintään 1300 markkaa kuukaudessa.”

Suunnitelma 1984–1988, s.8

Otteessa kotihoidon tuen perusteluksi esitetään hoidon ja huolenpidon edistäminen. Toinen tärkeä seikka on sosiaalilautakunnan ja hoitajan välillä tehtävä sopimus, jolla pyritään varmistamaan riittävä ja asianmukainen hoito. Tämän perusteella näyttää siltä, että tuen ensisijaiseksi tehtäväksi on määritelty hoidon laadun parantaminen. Kuitenkin myös ajatus kotona asumisesta mahdollisimman pitkään on esillä jo tässä otteessa, mutta toissijaisessa asemassa. Otteen perusteella vaikuttaisi siltä, että hoidon laatua on pyritty rahallisen tuen lisäksi varmistamaan myös hoitajan ja sosiaalilautakunnan välisellä sopimuksella. Hoitoa pyritään sopimuksen kautta myös valvomaan. Saman suunnitelmavuoden perustelumuihistiossa kotihoidon ohjeistusta tarkennetaan siten, että tuen piiriin pyritään ottamaan henkilöt, jotka jo sillä hetkellä hoitavat kotona huonokuntoisia omaisiaan.

”Suunnitelmakauden aikana on tarkoituksenmukaista saada ainakin vaikeasti hoidettavat kotona olevat henkilöt kotihoidon tuen piiriin. Tukea annetaan, mikäli sosiaali- ja terveysviranomaisten yhdessä tekemä arviointi sekä hoitosuunnitelma sitä edellyttävät. Samalla varmistetaan, että hoito tulee asianmukaisesti järjestetyksi.”

Suunnitelma 1984–1988, s. 47

Otteessa korostetaan hoidon asianmukaista järjestämistä, minkä voi edelleen tulkita siten, että kotihoidon tuella pyritään ensisijaisesti parantamaan hoidon laatua sekä

taloudellisesti helpottamaan kotona tapahtuvaa hoitoa. Tulkintani mukaan kotihoidon tuen ensimmäisinä vuosina vastuu hoidosta on vahvemmin kunnalla kuin kodeissa, koska tuki kohdistuu jo kotona tapahtuvaan hoitotyöhön sen sijaan, että kotihoitoa pyrittäisiin lisäämään. Hoidon laatu nousee esiin, koska kunta kustantaa hoidon, mutta ei voi valvoa kotihoitoa samoin kuin laitoshoidon.

Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuen ohjeistus ja perustelut pysyvät suunnitelmissa samanlaisina vuosina 1984–1986. Vuoden 1987 suunnitelmassa kotihoidon tuen ohjeistuksessa puhutaan enää tuen korottamisesta. Tuen tarkoitusta ei enää perustella eikä hoitajan kanssa tehtävää sopimusta mainita. Tämän voisi selittää siten, että uusi tukimuoto oli tässä vaiheessa ollut jo muutaman vuoden käytössä, joten tarkemmalle ohjaukselle ei ollut alkuvuosien tapaan tarvetta. Pidän toisaalta myös mahdollisena, että tuen tavoitteet ovat olleet jo muuttumassa hoidon laadun edistämisestä kotihoidon määrälliseen lisäämiseen. Hoidon laatuun viitataan kuitenkin vuoden 1987 suunnitelmassa vielä henkilöstöön liittyvässä kohdassa, jossa nousee esiin myös kotipalvelujen, joihin kotihoidon tuki kuuluu, kehittäminen ja laajentuminen.

”Kotipalveluhenkilöstön tarkoituksenmukainen käyttö ja tukipalvelujen kehittäminen, kotipalveluhenkilöstön työnohjaus samoin kuin tuen ja ohjauksen antaminen kotihoidon tuella vanhuksia, vammaisia ja pitkäaikaissairaita henkilöitä hoitaville sekä vapaaehtoistyöntekijöille edellyttää, että kotipalvelun ohjaushenkilöstöä on toiminnan laatuun ja laajuuteen nähden riittävästi.”

Suunnitelma 1987–1991, s. 44

Otteessa kotihoidon edellytyksiä pyritään tukemaan kotipalveluhenkilöstön toimintamahdollisuuksia kehittämällä. Tulkitsen henkilöstön kehittämisellä välillisesti pyrittävän hoidon laadun edistämiseen. Koska laatua ei enää mainita kotihoidon tuen yhteydessä, oletan, että kotihoidon tuella ei enää pyritä vaikuttamaan hoidon laadun parantamiseen vaan tarkoituksena on ensisijaisesti parantaa hoitajan taloudellista tilannetta. Hoitovastuun siirtymisestä pois kunnalta ei kuitenkaan tässä vielä perustella, vaikka puhe onkin jo muuttunut. Hoidon laatua ei tämän jälkeen mainita lainkaan vuosien 1988–1993 suunnitelmissa. Vuoden 1987 jälkeen kotihoidon tuki vaikuttaa esiintyvän suunnitelmissa vakiintuneena tukimuotona, jota on tarkoitus kehittää tukea korottamalla.

Tukimuodon vakiintuneisuus selittää osaltaan laatukeskustelun puuttumisen vuosina 1988–1993. Tarkempaa ohjausta ei nähty tarpeellisena. Hoidon laatu nousee uudelleen keskusteluun vuoden 1994 suunnitelmassa.

”Vallitsevan suurtyöttömyyden aikana omaisten kiinnostus omaishoitoon todennäköisesti kasvaa. On tärkeää, että omaishoitajien hoito-olosuhteita parannetaan siten, että omaishoidon laatu ja jatkuvuus voitaisiin turvata kaikissa olosuhteissa.”

Suunnitelma 1994–1997, s. 11

Otteen mukaan laman ja työttömyyden uskottiin lisäävän kiinnostusta omaishoitoa kohtaan. Hoitajan olosuhteita parannettiin, jotta hoidon laatu säilyisi. Saman otteen perusteella hoitovastuu vaikuttaisi olevan kuitenkin edelleen kunnalla, koska omaishoidon kasvu nähdään kunnan kannalta muutosta edellyttävänä asiana. Tulkitsen, että laatuun ei kuitenkaan pyritä vaikuttamaan ensisijaisesti taloudellisella tuella, koska otteessa todetaan vain yleisesti hoito-olosuhteita parannettavan eikä liitetä laatua kotihoidon tukeen. Selkeä muutos hoidon laatukeskustelussa tapahtuu vuoden 1995 suunnitelmassa, jossa palvelurakennemuutoksen vaikutus alkaa näkyä kotihoidon ohjeistuksessa.

”Pyrkimys laitoshoidon vähentämiseen ja tehostuva hoidon porrastaminen korostavat entisestään kotihoidon merkitystä ja osuutta. Laitoshoidon vähentäminen ja kotona annettavien palvelujen lisääminen edellyttävät riittävää eri auttamis- ja palvelumuotojen yhteensovittamista.

Osana kotihoidon kehittämistä on tärkeää parantaa omaishoitajien hoito-olosuhteita siten, että omaishoidon laatu ja jatkuvuus voidaan turvata.”

Suunnitelma 1995–1998, s. 14

Otteessa korostetaan kotihoitoa keinona laitoshoidon vähentämiseen. Hoidon laadun näkökulmasta otteen puhe on hyvin samankaltaista kuin vuoden 1994 suunnitelmassa, mutta laatu on jäänyt toissijaiseksi laitospaikkojen vähentämisen muuttuessa kaikkein keskeisimmäksi tavoitteeksi. Kotihoidon tuen tavoitteeksi näyttäisi muodostuneen laitospaikkojen vähentämisen mahdollistaminen. Hoitovastuun voi tulkintani mukaan katsoa siirtyvän tässä kunnalta kodeille, koska hoidon valvontaan ei viitata otteessa lainkaan.

5.2 Valinnan vastuun diskurssi

Valinnan vastuun diskurssi esiintyy suunnitelmissa ajallisesti järjestyksessä toisena keskusteluna. Diskurssi kattaa lähes kaikki suunnitelmavuodet ja on määrällisesti laaja. Analyysiyksiköitä tähän diskurssiin liittyy liki kolmekymmentä. *Valinnan vastuun diskurssi* koskee pääasiassa lasten kotihoidon tukea sekä palveluseteliä, mutta myös muutamassa omaishoidon tukea käsittelevässä kohdassa viitataan mahdollisuuteen tehdä valinta. Valinnan mahdollisuus lasten kotihoidon ja kunnallisen päivähoiton välillä on lakiin perustuva oikeus. Palveluseteli on kehitetty lisäämään valinnan mahdollisuutta erilaisissa palveluissa. Omaishoidon tukeen sen sijaan ei suoraan liitetä mahdollisuutta valintaan vaan valinta liittyy tukeen siten, että omaishoitajille annetaan mahdollisuus tuen lisäksi valita joitain palveluita. Olen nimennyt diskurssin *valinnan vastuun diskurssiksi*, koska valinnan lisääminen palveluissa on edennyt tasa-arvoa lisäävien vaihtoehtojen tarjoamisesta kansalaisille tilanteeseen, jossa asiakkaalle annetaan palvelusetelin muodossa rahaa, jolla valita palvelu. Vastuu oikeasta valinnasta on näin kansalaisella. Valinta on muuttunut mahdollisuudesta vastuuksi. Vastuu on kaikille palvelusetelin käyttäjille sama, mutta toisille käyttäjille valinta on etu ja mahdollisuus, kun taas toisille palvelun tasoa mahdollisesti heikentävä tekijä. Valinnan mahdollisuus sanatarkasti mainitaan vasta viimeisessä vuoden 2008 suunnitelmassa. Sitä ennen suunnitelmissa on käytetty useita valintaa merkitseviä termejä kuten valintaoikeus, vaihtoehto ja oikeus valintaan.

Valinnan vastuun diskurssista voi hahmottaa neljä vaihetta. Ensimmäistä vaihetta voi kutsua *valintaoikeuspuheeksi* ja se koskee vuosia 1986–1990. Näinä vuosina mahdollisuus valintaan on lasten kotihoidon tuen ja kunnallisen päivähoiton välillä. Lasten kotihoidon tuelle ei aluksi ole suunnitelmista luettavissa selkeitä perusteluja, vaan tuki esitellään lakisääteisenä vanhempien oikeutena. Oleellista ensimmäisessä vaiheessa on myös päivähoiton korostuminen. Kotihoidon tuki mainitaan suunnitelmissa vain muutaman kerran ja vaihtoehtoihin viitataan vain hoitomuotoina. Vuoden 1989 suunnitelmasta käy ilmi, että kotihoidon tuen toivotaan vähentävän kunnallisen päivähoiton tarvetta. Uutena perusteluna on näin päivähoitotilanteen helpottaminen.

Saman vuoden suunnitelmassa todetaan, että kotihoidon tukea pyritään kehittämään todelliseksi vaihtoehdoksi päivähoiton rinnalle.

Diskurssin toinen vaihe liittyy vuosiin 1992–1996 ja sitä voi nimittää *oikeus valintaan-puheeksi*. Tiukka vanhempien oikeuden korostaminen valintaan vähenee. Valintaoikeus-termi on muutettu muotoon oikeus valintaan. Myös molemmat hoitomuodot esitellään aina valintaan viitattaessa. Lasten kotihoidon tuki nostetaan aiempaa selkeämmin esiin kunnallisen päivähoiton rinnalle. Lasten kotihoidon tukea halutaan laajentaa ja tarveharkinta poistaa. Kotihoidon tuki esitetään vaihtoehtona päivähoitopaikkojen lisäämiselle.

Diskurssin kolmannen vaiheen katson liittyvän vuosiin 1997–2007. Keskustelun voi nimetä *valinnanvapauspuheeksi*. Vuosina 1997–1998 suunnitelmissa ei valintaa mainita lainkaan, mutta vuonna 1997 omaishoidon tuen yhteydessä mainitaan palveluvaihtoehtoja omaishoidon lisäksi. Vaikka valinta-sanaa ei käytetä, puhe liittyy mielestäni valinnasta puhumisen lisääntymiseen. Selkein valintapuheen muoto alkaa vuodesta 2000, kun ensimmäisen kerran suunnitelmassa puhutaan palvelusetelistä pysyvänä osana sosiaalipalvelujärjestelmää. Vaikka valinnan mahdollisuudesta on eri tavoin puhuttu vuodesta 1986, vasta 2000-luvulla puhutaan asiakkaan vapaudesta valintaan. Diskurssin neljännen vaiheen alun hahmotan vuoden 2008 suunnitelmaan, jossa valintapuhe jälleen muuttuu. Neljännen vaiheen voisi nimetä *markkinoistamispuheeksi*, koska asiakkaan valinnan lisäämisen rinnalle nostetaan perusteluiksi palvelujärjestelmän monipuolistaminen ja yksityisen sektorin palvelujen kehittäminen.

Muutoskohdista toisessa ja neljännessä on nähtävissä samankaltainen suuntaus. Uusi palvelumuoto perustellaan ensin kansalaisen tai asiakkaan valinnan mahdollisuuksien lisäämisellä. Kun palvelumuoto on jossain määrin vakiintunut, sen käyttöä pyritään lisäämään ja perustelut muuttuvat. Hyvä esimerkki tästä on, että lasten kotihoidon tuella voidaan vähentää päivähoitopaikkoja tai niiden lisäämistä. Palvelusetelillä voidaan taas lisätä yksityisten palvelujen käyttöä ja niiden saatavuutta.

5.2.1 Valintaoikeus

Ensimmäisen kerran valinnasta puhutaan vuoden 1986 suunnitelmassa ja terminä käytetään sanaa valintaoikeus.

”Lasten päivähoitoa lisätään suunnitelmakaudella vuosittain 7000 paikalla. Alle kolmivuotiaille tarkoitettuja päivähoitopaikkoja on lisättävä kunnissa niin, että lasten vanhempien valintaoikeus hoitomuotojen suhteen voi toteutua myös lasten päivähoidon osalta viimeistään vuonna 1990.”

Suunnitelma 1986–1988, s.8

Otteessa mahdollisuus valita lasten päivähoidon palvelumuoto on sidottu tiukasti lakiin, johon viitataan termillä valintaoikeus.¹ Vaikka valinnan vaihtoehdot ovat kunnallinen päivähoito ja lasten kotihoidon tuki, otteessa puhutaan pelkästään päivähoidosta. Vaihtoehtoihin viitataan vain ”hoitomuotoina”. Palvelun kehittämisen painopiste vaikuttaisi kuitenkin olevan päivähoidossa. Muutamaa sivua myöhemmin suunnitelmassa keskustellaan valinnasta lasten kotihoidon tuen kautta.

”Lasten kotihoidon tukea laajennetaan suunnitelmakaudella siten, että lasten vanhempien valintaoikeus alle kolmivuotiaiden lasten hoitomuotojen suhteen voi toteutua lasten kotihoidon tuen osalta viimeistään vuonna 1990.”

Suunnitelma 1986–1990, s. 16

Kotihoidon tuesta puhutaan otteessa samansuuntaisesti kuin päivähoidosta, vaikka kotihoidon tuen kehittäminen esitetään otteessa päivähoitoa epämääräisemmin. Otteessa kotihoidon tuen osalta ei esitetä mitään konkreettista, vaan todetaan tukea laajennettavan. Päivähoidon kohdalla määritellään tarkasti vuosittainen hoitopaikkojen lisäys. Joka tapauksessa otteiden perusteella vuoden 1986 suunnitelmassa palvelumuotojen kehittäminen kuvataan tapahtuvaksi kuitenkin samanaikaisesti. Vuoden 1986 suunnitelman jälkeen kotihoidon tuki mainitaan seuraavan kerran vasta vuoden 1989

¹ Vanhempien valintaoikeus kunnallisen päivähoidon ja lasten kotihoidon tuen välillä lisättiin lakiin lasten päivähoidosta uutena pykälänä 11a§ vuonna 1985 (Laki lasten päivähoidosta annetun lain muuttamisesta 28/1985).

suunnitelmassa. Vuosina 1987–1988 kehittäminen painottuu selkeästi kunnalliseen päivähoitoon ja lähinnä hoitopaikkojen määrän lisäämiseen. Näissä suunnitelmissa valintaoikeuden valinnan mahdollisuuden lakisääteisyttä korostetaan viittaamalla, valintaoikeus sanan käytön lisäksi, aina lakiin lasten päivähoidosta 11 a §:n 28/85. Vuoden 1989 suunnitelmassa kotihoidon tuki tuodaan esiin uudessa sävyssä.

”Kotihoidon tuki -järjestelmän kehittäminen ei näytä merkittävästi vähentäneen päivähoiton tarvetta. Päivähoitojärjestelmää monipuolistamalla alle 3-vuotiaiden hoitoa koskeva velvoite on kuitenkin mahdollista toteuttaa vuoden 1990 alussa heikentämättä kuitenkaan yli 3-vuotiaiden lasten hoitotilannetta.”
Suunnitelma 1989–1993, s. 24

Vuoteen 1989 saakka suunnitelmissa puhuttiin kotihoidon tuesta siten, että sen tarkoituksena oli puhtaasti tarjota vaihtoehtoja lasten vanhemmille. Kun tätä otetta lukee tarkasti, niin otteessa kotihoidon tuen taustalla vaikuttaisi olevan ajatus siitä, että lasten kotihoidon tuella voitaisiin vähentää kunnallisten päivähoitopaikkojen tarvetta. Tukea esittämäni väite saa parikymmentä sivua myöhemmin saman vuoden suunnitelmassa.

”Samanaikaisesti lasten kotihoidon tukea kehitetään siten, että se tarjoaa entistä paremmin vaihtoehdon lasten päivähoiton järjestämiseksi.”
Suunnitelma 1989–1993, s. 40

Tämä argumentaation muutos on mielestäni mahdollista tulkita siten, että lasten kotihoidon tukea pyritään kehittämään siten, että sitä pidettäisiin jatkossa todellisena vaihtoehtona kunnalliselle päivähoidolle. Vuodesta 1989 alkaen kotihoidon tukea alettiinkin kehittää voimakkaammin. Vuoden 1990 suunnitelma oli viimeinen, jossa käytettiin muotoa valintaoikeus hoitomuotojen suhteen.

5.2.2 Oikeus valintaan

Valintaoikeus termiä lievennetään suunnitelmissa vuodesta 1992 alkaen ja aletaan puhua oikeudesta valintaan. Kotihoidon tuen kehittämisessä tapahtuu myös merkittävä muutos vuoden 1992 suunnitelmassa.

”Laajennetaan lasten kotihoidon tukijärjestelmää siten, että vuoden 1995 elokuun alusta lukien kaikki alle kouluikäiset lapset ovat vanhempien valinnan mukaan, joko kotihoidon tuen tai kunnallisen päivähoiton piirissä ja vuoden 1993 alusta lukien poistetaan lasten kotihoidon tuen perheen tuloihin perustuva lisäosan tarveharkinta., mikäli uudistusten toteuttaminen on mahdollista ja perusteltua valtiontalouden tila huomioon ottaen.”

Suunnitelma 1992–1996, s.4

Lasten kotihoidon tuen tarveharkinnan poistaminen oli selkeä kannuste kotihoidon tuen käyttöön kunnallisen päivähoiton sijaan. Tässäkin tapauksessa 1990-luvun lamalla lienee ollut vaikutusta, koska kotihoidon tuen katsotaan usein olevan kunnalle päivähoitoa edullisempi ratkaisu. Vuodesta 1992 suunnitelmissa on puhuttu useammin vanhempien valinnasta ja oikeudesta valintaan valintaoikeustermiin sijaan. Valinnan kohteena mainitaan poikkeuksetta sekä kunnallinen päivähoito että lasten kotihoidon tuki useimmin kuitenkin niin, että kunnan päivähoito mainitaan ensimmäisenä ja ikään kuin ensisijaisena. Vuoden 1993 suunnitelmassa todetaan myös, että alle 3-vuotiaiden osittainen kotihoidon tuki on tarkoitus säätää pysyväksi. Osittainen kotihoidon tuki toi lisää mahdollisuuksia hyödyntää kotihoidon tukea. Suunnitelmien sävy on tulkintani mukaan kokonaisuudessaan muuttunut vahvemmin valintaa kannustavaksi. Lasten päivähoiton valinnan mahdollisuuksia avataan vielä vuoden 1995 suunnitelmassa, jossa mainitaan palvelurahakokeilu.

”Lasten päivähoitossa selvitetään vuosina 1995–1997 valtakunnallisena kokeiluna yksityisen hoidon tukemista palvelurahan avulla.”

Suunnitelma 1995–1998, s. 16

Keskustelu valinnasta alkaa suunnitelmissa vähitellen siirtyä lasten kotihoidon tuesta palvelurahaa ja palveluseteliä koskevaan keskusteluun kuten edellisestä otteesta voi huomata. Lasten kotihoidon tuki mainitaankin viimeisen kerran vuoden 1996 suunnitelmassa ja viimeisen kerran lasten päivähoiton vaihtoehtoista puhutaan vuoden 2004 suunnitelmassa, jossa todetaan lasten päivähoiton käytännön järjestämisen vaihtoehtojen olevan monipuoliset ja riittävät.

5.2.3 Valinnan vapaus

Valinnanvapauspuhetta koskeva vaihe *valinnan vastuun diskurssissa* alkaa suunnitelmissa 1990-luvun puolivälin jälkeen, kun valinnan mahdollisuudet suunnitelmissa näyttävät monipuolistuvan ja myös omaishoitajille luodaan mahdollisuuksia valintaan.

”Kun laitoshoidon osuutta vähennetään, lisääntyy useimmiten omaisten hoito- ja huolenpitovastuu. Kantaakseen tämän vastuunsa omaiset tarvitsevat monenlaista tukea. Kunnan tarjoama tuki tyydyttää parhaiten todellisen tarpeen, kun omaiset otetaan mukaan tuen suunnitteluun. Pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta voidaan vähentää tarjoamalla omaishoitajille rahallisen korvauksen lisäksi mahdollisuus saada tuekseen kotipalvelu, kotisairaanhoido, päiväsaairaala, päiväkeskustoiminta tai vanhusten perhepäivähoito.”
Suunnitelma 1997–2000, s. 13

Omaishoitajille tarjotaan mahdollisuutta valita omaishoidon tuen lisäksi jokin aineisto-otteessa luetelluista palveluista. Valinta koskee siis omaishoidon tukipalveluja ja on siten lasten kotihoidon tukeen tai palveluseteliin verrattuna erilaista, koska valinta ei liity tilanteeseen, jossa palvelun voisi valita vaihtoehdoista eri palvelumuotojen tai palveluntarjoajan välillä. Nostan tämän esiin, koska tulkitseen sen osoittavan valinnanmahdollisuuspuheen lisääntymistä ja laajentumista 2000-lukua lähestyttäessä.

Suunnitelmien perusteella voi todeta, että kaikkein selkeimmin valinnan mahdollisuutta palvelumuodoissa edistää palveluseteli. Ennen varsinaisen palvelusetelitermin käyttöä suunnitelmissa mainitaan kaksi palvelurahakokeilua. Vuoden 1995 suunnitelmassa mainitaan lasten päivähoitoon liittyvästä kokeilusta, jossa tuetaan lasten yksityistä hoitoa palvelurahalla. Vuoden 1998 suunnitelmassa mainitaan, että omaishoidossa on ollut palvelusetelikokeilu, jota ei kuitenkaan aiemmissa suunnitelmissa ole mainittu. Palveluseteli mainitaan sanana suunnitelmissa ensimmäisen kerran vuonna 2000.

”Toimenpide 51: Asiakkaiden valinnanvapautta lisätään uudistamalla työjärjestelyjä asiakaspalautteen ja arvioinnin perusteella sekä ottamalla käyttöön palveluseteleitä silloin, kun asiakas voi arvioida palvelujen vaikuttavuutta, laatua ja kustannuksia suhteellisen helposti. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla

arvioidaan vuosina 2000-2001 eri kokeilujen tulokset ja valmistellaan esitys palvelusetelikäytäntöjen soveltamisesta.”

Suunnitelma 2000–2003, s. 21

Otteessa palvelusetelin kehittäminen on perusteltu nimenomaan palvelun käyttäjän valinnan vapauden lisäämisellä. Palveluseteli näyttäisi otteen perusteella edustavan kansalaisen kannalta selkeämpää valinnan mahdollisuuksien lisäämistä kuin lasten kotihoidon tuki, jota osaltaan on kehitetty helpottamaan myös päivähoiton järjestämistä. Palveluseteli sen sijaan tuodaan tulkintani mukaan suunnitelmissa esiin palveluna, joka on kehitetty kansalaisen eduksi. Lisäksi vuoden 2000 suunnitelmassa palvelusetelistä kirjoitetaan mielestäni varovaisesti, esimerkiksi toteamalla, että sitä tulee soveltaa vain palveluihin, joiden sopivuutta asiakas eli kansalainen pystyy arvioimaan. Vuoden 2004 suunnitelmassa sävy on erilainen. Palvelusetelin yhteydessä ei puhuta enää valinnan mahdollisuuksien lisäämisestä vaan pyritään palvelusetelin käytön laajentamiseen, myöskään varovaista puhesävyä ei enää käytetä.

“Palveluseteli otetaan käyttöön vuoden 2004 alusta vanhusten kotipalveluissa.

Lisäksi selvitetään setelin käyttömahdollisuuksia muissa sosiaalihuollon avopalveluissa.

Ohjelmakauden aikana arvioidaan mallin käytöstä saatavia kokemuksia.

Uusia kokeiluja voidaan käynnistää.”

Suunnitelma 2004–2007, s. 21

Vuoden 2004 suunnitelmassa palvelusetelipuheen sävy on edelleen kehittämispainotteinen, mutta edellistä suunnitelmaa voimakkaammin. Vuoden 2004 suunnitelmassa yksiselitteisesti ilman ohjeistusta todetaan, että palveluseteli otetaan käyttöön vanhusten kotipalveluissa. Kansalaisen tai asiakkaan valinnan mahdollisuuteen otteessa ei viitata lainkaan. Otteen perusteella näyttäisi siltä, että asiakas ei voi valita haluaako hän valita palvelun itse. Kunta sen sijaan saa lisää mahdollisuuksia palvelujen järjestämiseen. Vuoden 2008 suunnitelman tekstissä valinnan mahdollisuuksien lisääminen on liitetty yksityisten palvelujen käytön lisäämiseen.

”20. Palvelusetelin käyttöä laajentamalla lisätään asiakkaan vaihtoehtoja palvelujen valinnassa, monipuolistetaan ja tehostetaan palveluja. Yksityinen sektori täydentää kunnallista palvelutuotantoa nykyistä vahvemmin. (STM:n johdolla)”

Suunnitelma 2008–2011, s.40

Vuoden 2008 suunnitelmassa palveluseteli esitetään myönteisenä monipuolisia hyötyjä tuovana palveluna. Otteen mukaan asiakkaan näkökulmasta palvelujen valinnan vapaus lisääntyy ja palvelujen järjestäminen tehostuu. Lisäksi otteessa kannustetaan yksityisen sektorin käyttöä ja osallistumista palvelujen tuottamiseen. Otteen puhesävy on hyvin yksiselitteinen ja suora eikä se sisällä lainkaan aiemmissa suunnitelmissa esiintynyttä varovaisuutta tai kehittävää otetta. Tässä aineisto-otteessa viittauksen yksityiseen sektoriin voi tulkita palvelumuodon tavoitteen muutokseksi. Asiakkaan valinnan vapauden lisäämisen varjolla päästään palvelusetelin avulla kehittämään yksityisiä sosiaalipalvelumarkkinoita ja luomaan mahdollisuuksia yksityisille sosiaalipalveluyrityksille. Vuoden 2000 suunnitelmassa pohdittiin valintaa palvelujen välillä vahvemmin kansalaisen näkökulmasta, mutta vuoden 2008 suunnitelmassa kansalaisen mahdollisista vaikeuksista valinnassa ei puhuta. Valinta on siis samaan aikaan sekä mahdollisuus että vastuu. Mikäli valinnan tekijällä on edellytykset valita itselleen paras mahdollinen palvelu, valinta on positiivinen mahdollisuus. Valinnan vastuun merkitys sen sijaan korostuu, jos valinnan tekijä ei pysty hyödyntämään mahdollisuutta valintaan eli ei kykene valitsemaan itselleen sopivinta palvelua.

5.3 Omaisten vastuullistamisen diskurssi

Omaisten vastuullistamisen diskurssi ei ole yhtä selvärajainen kuin hoidon laadun varmistamisen ja valinnan mahdollisuuksien diskurssit. Omaisten vastuullistamisen teema näkyy kuitenkin selkeästi aineistossa, ja sitä koskevaa puhetta on melko paljon eli noin kaksikymmentä analyysiyksikköä. Sanaa vastuu käytetään suunnitelmissa ensimmäisen kerran vuonna 1997 liitettynä omaisten hoito- ja huolenpitovastuuseen. Tässä luvussa vastuuta käsitellään omaisten ja muiden kunnan ulkopuolisten toimijoiden vastuullistamisena. Analyysin ensimmäisessä diskurssissa käsiteltiin hoitovastuun siirtoa

kunnan sekä hoidettavan omaisten välillä. Vaikka tässä diskurssissa käsitellään samankaltaista asiaa, näkökulma on kuitenkin eri. *Muuttuvan hoitovastuun diskurssissa* käsitellään sitä, kenelle vastuu hoidosta kuuluu eli kuka viimekädessä hoidosta vastaa ja kuka sitä valvoo. *Omaisten vastuullistamisen diskurssissa* on enemmänkin kyse siitä, miten hoito toteutetaan ja kuka sen tekee. Suurin osa keskustelusta liittyy vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukeen ja omaishoidon tukeen. Valinnan mahdollisuuksien diskurssin ja *omaisten vastuullistamisen diskurssin* aineisto on osin päällekkäistä. Niissä kohdissa, joissa selkeästi puhutaan valinnasta, myös usein viitataan omaisten vastuun lisääntymiseen.

Omaisten ja muiden kunnan ulkopuolisten toimijoiden vastuullistamispuheessa on kaksi päälinjaa. Linjoilla tarkoitan sitä, että omaisten vastuusta puhuttaessa vastuullistaminen muodostuu joko palvelurakennemuutoksen seurauksena tai kunnan ulkopuolisten toimijoiden vastuullistamisena. Ensimmäinen selkeä linja on palvelurakennemuutos, josta ensimmäiset viitteet suunnitelmiin tulevat jo 1980-luvun lopulla, vaikka varsinainen uudistus käynnistettiin 1990-luvun alussa. Toinen puhelinja liittyy kunnan ulkopuolisten toimijoiden vastuullistamiseen. Molemmat linjat kuuluvat vastuullistamispuheeseen alusta alkaen mutta palvelurakennemuutos hallitsee keskustelua pitkään. Vuodesta 1997 lähtien palvelurakennemuutoksen merkitys vähenee. Diskurssissa on kaksi mielenkiintoista muutoskohtaa. Ensimmäinen tapahtuu vuonna 1993, jolloin omaisten vastuullistaminen ja kunnan toiminnan vähentäminen alettiin esittää suuremmin. Toinen sijoittuu vuoden 2004 suunnitelmaan, jossa palvelurakennemuutosta ei enää mainita vaan keskitytään omaishoidon kehittämiseen osana kunnallista palvelujärjestelmää.

Vuoden 1987 suunnitelma on ensimmäinen, josta tunnistan omaisten vastuullistamiseen viittaavaa puhetta.

”Koska vanhusten laitospaikkoja ei ole tarkoitus merkittävästi lisätä, kasvaa kotipalvelujen tarve edelleen oleellisesti. ... Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukijärjestelmää kehitetään ja erityistä huomiota kiinnitetään kotona vammaista tai pitkäaikaissairasta henkilöä tai vanhusta hoitavien perheiden hoitotyön tukemiseen.”

Suunnitelma 1987–1991, s. 40

Otteen mukaan tavoitteena on, että laitospaikkoja ei enää lisättäisi. Laitospaikkojen tilalle esitetään kotipalveluja, jonka yhtenä palvelumuotona on kotihoidon tuki. Kotipalvelujen käytön lisääntyessä omaisten vastuu lisääntyy laitoshoidon verrattuna joka tapauksessa, vaikka hoitoa ei edes annettaisi kotihoidon tuella. Omaisten vastuun ottoa pyritään myös lisäämään kehittämällä kotihoidon tuki -järjestelmää. Seuraavan vuoden suunnitelmassa tulee esiin pyrkimys vastuullistaa omaisten lisäksi myös muita kunnan ulkopuolisia toimijoita.

”Yhteistyössä omaisten, naapurien ja yhdistysten kanssa pyritään laajentamaan ja monipuolistamaan lähiyhteisökohtaisia tukipalveluja ja kotihoidon tuen käyttöä.”

Suunnitelma 1988–1992, s. 41

Otteen mukaan kotihoito ei ole enää pelkästään kunnan, omaisten ja hoidettavan välinen asia vaan kotihoitoa pyritään lisäämään myös naapurien ja yhdistysten avulla. Kaikki muut mahdolliset tahot paitsi kunnat pyritään vastuullistamaan hoidosta. Diskurssin kaksi päälinjaa, jotka ovat palvelurakennemuutos ja kunnan ulkopuolisten toimijoiden vastuullistaminen, alkavat molemmat samoihin aikoihin. Myöhemmin saman vuoden suunnitelmassa kannustetaan myös perheen ulkopuolisen hoitajan käyttöön.

”Sosiaalihuollituksen tuoreen selvityksen mukaan suurin osa kotihoidon tukea saavien henkilöiden hoitajista on hoidettavan kanssa samassa taloudessa eläviä omaishoitajia ja ulkopuolisten hoitajien käyttö on varsin vähäistä. Kuitenkin myös sellaisten henkilöiden kotona suoriutumista, joilla ei ole käytettävissä omaishoitajaa, on tarkoituksen mukaista tukea muiden kotipalvelujen ohella kotihoidon tukea maksamalla. Ulkopuolisten hoitajien käyttöä lienee mahdollista laajentaa erityisesti tilanteissa, joissa apua tarvitaan vain joissakin päivittäisissä toiminnoissa.”

Suunnitelma 1988–1992, s. 44

Suunnitelmassa suositellaan varsin voimakkaasti omaishoidon tuen käyttöä palvelumuotona, vaikka omaiset eivät hoitoa pystyisikään järjestämään. Tämä aineisto-ote sisältää myös suunnitelmien ensimmäisen viittauksen yksityisiin palvelumarkkinoihin. Palkan maksu ulkopuoliselle hoitajalle omaishoidon tukena luo mahdollisuuden yksityisten hoivapalvelujen syntymiselle. Vuosina 1987–1989 keskustelu omaisten vastuusta liittyy vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuen

käytön lisäämiseen. Vuodesta 1988 korostuu lisäksi myös muiden kunnan ulkopuolisten tahojen kannustus kotihoidon tuen käytön lisäämisen hyväksi. Vuosina 1990–1992 omaisten vastuullistamiseen viittaavaa puhetta ei löydy suunnitelmista lainkaan.

Vuoden 1993 suunnitelmasta alkaen on nähtävissä palvelurakennemuutoksen tuoma voimakas vaikutus keskusteluun kotihoidon tuesta sekä omaisten vastuusta. Vaikka laitospaikkojen vähentämiseen oli viitattu jo 1980-luvulla, palvelurakennemuutos muutti puhetapaa.

”Sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimpiä tehtäviä lähivuosina on vähentää laitოსvaltaisuutta kehittämällä avohuoltoa, kotona asumista tukevia palveluja ja asumispalveluja sekä tukemalla koti-, omais- ja perhehoitoa.”

Suunnitelma 1993–1996, s. 4

Laitosvaltaisuuden vähentäminen on nimetty otteessa yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimmistä tehtävistä. Omaiset ovat keskeisenä toimijana laitოსvaltaisuuden purkamisessa, vaikka avohuollon palveluita esitellään otteessa aiempaa enemmän. Puhetapa muuttui vuoden 1993 suunnitelmassa melko radikaalisti uuteen suuntaan, kun laitoshoidon vähentäminen nimettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimmäksi tavoitteeksi. Samassa yhteydessä korostettiin avohuollon palveluiden, erityisesti kotihoidon tuen kehittämistä. Vähän myöhemmin saman vuoden suunnitelmassa todetaan vieläkin suuremmin kotihoidon tuen olevan keskeisin palvelumuoto vanhusten ja vammaisten kotona asumisen mahdollistamiseksi.

”Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki tekee yhä useamman vanhuksen ja vammaisen kotihoidon mahdolliseksi.”

Suunnitelma 1993–1996, s. 6

Ote liittyy palvelurakennemuutosta koskevaan puheeseen. Kotihoidon tukea ei otteessa vielä liitetä suoraan samaan ohjeeseen laitოსvaltaisuuden vähentämisen kanssa vaan todetaan vain tuen lisäävän vanhusten kotihoitoa ja sen kautta vähentävän laitoshoidon tarvetta. Seuraava ote edustaa kunnan ulkopuolisten toimijoiden korostamisen linjaa.

”Lainmuutoksella laajennetaan kotihoidon tuen määrittelyjä ja sisältöä siten, että hoitopalkkion lisäksi tai sen sijasta voitaisiin järjestää myös erilaisia palveluja. Tavoitteena on myös, että omaisen vakavan sairauden, tapaturman tai saattohoidon yhteydessä olisi mahdollista tukea omaisen jäämistä kotiin myös lyhytaikaisesti.”

Suunnitelma 1993–1996, s. 6

Omaishoitoon kannustetaan vuodesta 1993 alkaen myös lyhytaikaista hoitoa vaativissa tilanteissa. Vuoden 1993 suunnitelma oli omaishoidon kehittämisen kannalta merkittävä vuosi ja käännekohta. Sosiaalihuoltolakiin lisättiin vuonna 1993 omaishoitoa koskevat säännökset. Saman vuoden suunnitelmassa säännökset esiteltiin hoitajan olosuhteita parantavana uudistuksena. Vuoden 1994 suunnitelmassa sen sijaan säännöksistä puhutaan aivan toisesta näkökulmasta.

”Sosiaalihuoltolakiin on 1.7.1993 alkaen sisällytetty omaishoidon tukea koskevat säännökset. Uudistus on osa sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutosta edistäviä toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on vähentää laitoshoidon ja lisätä avohuollon mahdollisuuksia ottaa vastuu vammaisten ja ikääntyvän väestön hoidosta ja huolenpidosta. Omaishoidon tuella ei voida korvata kunnallisia koti-, tai asumispalveluja, mutta omaishoidon tuki on eräs niistä välimuotoisista palveluista, joilla voidaan korvata laitospalvelujen käyttöä.”

Suunnitelma 1994–1997, s. 11

Omaishoidon tuen tarkoitus ja merkitys liitetään tässä otteessa suoraan rakennemuutokseen. Aiemmissa suunnitelmissa on usein todettu laitospaikkojen vähentämisen yhteydessä, että omaishoitoa kehitetään. Tässä kohtaa nousee esiin kysymys siitä, muuttuvatko omaishoidon tuen perustelut vai tuodaanko palvelumuodon taustat vain suuremmin esiin. Vaikka tämä diskurssi käsittelee omaisten vastuullistamista, sanaa vastuu käytetään varsinaisesti vasta vuoden 1997 suunnitelmassa.

”Kun laitoshoidon osuutta vähennetään, lisääntyy useimmiten omaisten hoito- ja huolenpitovastuu. Kantaakseen tämän vastuunsa omaiset tarvitsevat monenlaista tukea. Kunnan tarjoama tuki tyydyttää parhaiten todellisen tarpeen, kun omaiset otetaan mukaan tuen suunnitteluun. Pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta voidaan vähentää tarjoamalla omaishoitajille rahallisen korvauksen lisäksi mahdollisuus saada tuekseen kotipalvelu, kotisairaanhoido, päiväsairala, päiväkeskustoiminta tai vanhusten perhepäivähoito.”

Suunnitelma 1997–2000, s. 13

Vuoden 1997 suunnitelmassa todetaan ensimmäistä kertaa laitoshoidon vähentämisen lisäävän omaisten hoito- ja huolenpitovastuuta. Puhe omaisten vastuullistamisesta on selkeästi aiempaa suurempaa. Suunnitelmissa on tätä ennen kirjoitettu omaishoidon olevan väline laitoshoidon vähentämiseen, mistä voi vain rivien välistä lukea omaisten vastuun lisääntymisen. Tämän otteen jälkeen palvelurakennemuutokseen liittyvä vastuullistamiskeskustelu vähenee ja kunnan ulkopuolisten toimijoiden roolia korostetaan enemmän.

”Omaishoidon tukea voidaan käyttää myös lyhytaikaisen hoidon järjestämiseksi äkillisessä vakavassa sairastapauksessa tai saattotilanteessa. Vaikka nykyinen lainsäädäntö mahdollistaa lyhytaikaisenkin omaishoidon tuen, tätä mahdollisuutta on käytetty hyvin vähän.”

Suunnitelma 1997–2000, s. 13

Vuoden 1993 suunnitelmassa ensimmäisen kerran mainittu mahdollisuus lyhytaikaiseen omaishoidon tuen käyttöön nostetaan uudelleen esiin vuoden 1997 suunnitelmassa. Vuonna 1993 omaishoidon tuen lyhytaikaisesta käytöstä puhuttiin tavoitteena. Tavoitetta ei kuitenkaan oltu saavutettu vuonna 1997, jolloin palvelumuotoa korostettiin uudelleen sen vähäisen käytön vuoksi. Seuraavat kaksi otetta ovat vuoden 2004–2007 suunnitelmasta. Vuosien 2000–2003 ja 2008–2011 suunnitelmissa ei ollut merkittävää keskustelua omaisten vastuullistamiseen liittyen. Seuraavassa otteessa näkyy järjestöjen ottaminen mukaan omaishoidon tuen käytön lisäämisessä.

“33. Kuntien tulee yhteistyössä järjestöjen kanssa parantaa omaishoidon tuen kattavuutta ja lisätä hoitoa tukevia ja hoitajien jaksamista edistäviä palveluja.”

Suunnitelma 2004–2007, s. 22

Tämä ote on hyvin samankaltainen kuin ote vuoden 1988 suunnitelmasta, jossa kotihoidon tuen käyttöä pyritään edistämään kunnan ulkopuolisten toimijoiden avulla. Tämän otteen mukaan kunta on kuitenkin selkeästi järjestöjen rinnalla kehittämässä palveluita, vaikka samalla järjestöille jaetaan myös vastuuta. Edellisessä ja seuraavassa otteessa voi olla hahmotettavissa tulkintani mukaan uudenlainen suuntaus, jossa

omaishoitoa aletaan liittämään kunnalliseen palvelujärjestelmään, kuten seuraavassa otteessa todetaan.

“36. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman selvityshenkilön tehtävänä on selvittää toimenpiteet, joilla omaishoidon tukea voidaan kehittää osana kunnallisen palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Tavoitteena on, että tarvittavat lainsäädännölliset muutokset voidaan saattaa voimaan vuonna 2005. Maksujen perimistä omaishoitajan vapaan aikaisista palveluista pyritään rajoittamaan lainmuutoksella, jonka on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2004.”

Suunnitelma 2004–2007, s. 22

Omaisten vastuullistamisen diskurssissa näkyy selvä suunta vastuun siirtoon pois kunnalta. Tässä otteessa vastuu näyttäisi siirtyvän osittain kunnalle takaisin, kun omaishoidon tuki pyritään liittämään osaksi kunnallista palvelujärjestelmää. Toisesta näkökulmasta asiaa voi katsoa niin, että kunnalliseen järjestelmään liitetään pala yksityistä palvelutuotantoa. Esimerkiksi vuosien 1988 ja 1989 suunnitelmissa on kannustettu ulkopuolisen hoitajan käyttöön.

5.4 Korvaus hoivasta diskurssi

Rahan antaminen sosiaalietuutena sosiaalipalvelun sijaan nostaa esiin kysymyksen siitä, onko kunnan maksama raha korvaus hoitotyöstä vai taloudellinen tukimuoto. Suunnitelma-asiakirjoissa ei suoraan oteta kantaa siihen, ajatellaanko palvelun korvaavaa rahaa palkkana vai tukena. Periaatteessa kunnan työntekijän tekemä työ siirtyy tehtäväksi kodeissa, joissa vastaavan työn tekee omainen. Kunta siis maksaa omaiselle palkkaa hoitotyöstä. Mielenkiintoista on, että suunnitelmissa ei käytetä lainkaan termiä hoiva vaan puhutaan aina hoidosta ja avusta. Lasten, vanhusten ja vammaisten hoitoon hoiva kuitenkin kuuluu olennaisena osana. Pelkällä termin hoito käytöllä saatetaan korostaa hoidon ammatillisuutta ja suorittavuutta.

Vuosien 1984 ja 1985 suunnitelmat olivat ensimmäiset, joissa kiinnitettiin huomiota siihen, onko kunnan antama raha palkkaa vai tukea. Vuosien 1984 ja 1985 suunnitelmissa

vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukea koskevat ohjeistukset ovat liki samanlaiset. Ainoa muutos on vuoden 1985 suunnitelmassa tuen maksuperuste, joka vuoden 1984 suunnitelmassa oli ”Hoitajalle maksettavan tuen suuruus on hoitotyön määrästä ja vaikeusasteesta riippuen...” ja muuttuu vuoden 1985 suunnitelmassa muotoon: ”Hoitajalle maksettavan tuen suuruus on hoidon ja avun määrästä ja vaikeusasteesta riippuen...”. Sana hoitotyö on muutettu hoidoksi ja avuksi. Muutoksen voi tulkita niin, että kotona tapahtuvaa hoitoa ei ole haluttu nimetä työksi, jonka palkan kunta maksaa. Vuoden 1986 suunnitelmassa sen sijaan puhutaan hoitotyöstä.

”Kotihoidon tuen enimmäismäärää on korotettu, jotta runsasta hoitopanosta tarvitsevien henkilöiden kotihoidosta aiheutuva työmäärä tulisi kohtuullisella tavalla korvatuksi.”

Suunnitelma 1986–1990, s. 50

Otteessa viitataan sekä palkkaan että tukeen. Toisaalta puhutaan kotihoidon työmäärästä ja sen korvaamisesta, mutta kuitenkin kohtuullinen-sanankäyttö viittaa tulkintani mukaan ennemmin hoidon mahdollistavaan tukeen. Vuotta myöhemmin vuoden 1987 suunnitelmassa kohtuullisen korvauksen sijaan puhutaan riittävästä korvauksesta.

”Kotihoidon tuen enimmäismäärää on korotettu 2350 markkaan kuukaudessa, jotta runsasta hoitopanosta tarvitsevien henkilöiden kotihoidosta aiheutuva työmäärä tulisi riittävällä tavalla korvatuksi. Sosiaalhallitus on antanut vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidontuesta yleiskirjeen (A10/1985/hu).”

Suunnitelma 1987–1991, s. 45

Otteessa todetaan, että työmäärä, joka hoidosta aiheutuu, tulee korvata riittävällä tavalla. Tulkintani mukaan tässä otteessa kotihoidon tuki määritellään palkaksi hoitotyöstä. Tuen myöntämistä koskevat määritelmät ovat kuitenkin hyvin vaihtelevia. Vuonna 1988 kotona omaisiaan hoitavien tukemisessa rahan käyttö oli ensimmäisenä vaihtoehtona.

”Vanhuksia ja vammaisia kotona hoitavien henkilöiden työ on hyvin sitovaa ja raskasta. Tästä syystä vanhuksia, vammaisia ja pitkäaikaissairaita lapsia ja aikuisia kotona hoitavia omaisia ja muita tulisi tukea rinnakkaisilla palvelumuodoilla. Tällöin tulee kysymykseen ennen kaikkea rahallisen tuen myöntäminen kotihoidon tuen muodossa ja kotipalvelutoiminnan ulottaminen kyseisten hoitajien lepoaikoja varten.”

Otteessa todetaan, että omaisia tulisi tukea rinnakkaisilla palvelumuodoilla ja ensisijaisin näistä olisi kotihoidon tuki. Omaishoitoa ei voi ilman yhteiskunnan tukea pitää rinnakkaisena palveluna esimerkiksi laitoshoidolle. Kuitenkin rinnakkaiseksi palvelumuodoksi esitetään kotihoidon tuki. Seuraavan vuoden suunnitelmassa omaisten tukemisen vaihtoehdot esitettiin toisin.

”Vanhuksia ja vammaisia kotona hoitavien henkilöiden työ on sitovaa ja raskasta. Tästä syystä vanhuksia, vammaisia ja pitkäaikaissairaita lapsia sekä aikuisia kotona hoitavia omaisia ja muita tulisi tukea rinnakkaisilla palvelumuodoilla. Tällöin tulee kysymykseen muun muassa rahallisen tuen myöntäminen kotihoidon tukena, kotipalvelutoiminnan ulottaminen kyseisten hoitajien lepoaikoja varten sekä lyhytaikaisten hoitajaksojen järjestäminen terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa sekä kehitysvammalaitoksissa.”

Kotihoidon tukea ei esitetty enää vuoden 1989 suunnitelmassa ensisijaisena tukimuotona vaan tuki tuotiin esiin vaihtoehtona muiden joukossa. Vuosien 1984–1989 suunnitelmissa näkyy kotihoidon tuen aseman vaihtelu osana sosiaalipalveluita. Vuoden 1985 suunnitelmassa hoidon määrittely työksi oli poistettu, mutta vuosina 1986 ja 1987 jälleen puhuttiin työmäärästä sekä sen korvaamisesta ensin kohtuullisesti ja sitten riittävästi. Vuosien 1988 ja 1989 suunnitelmissa hoito määriteltiin työksi, mutta termiä ei liitetty kotihoidon tuen maksamiseen. Keskustelu ei etene loogisesti vaan ennemminkin luo kuvaa kotihoidon tuesta outona palikkana palvelujärjestelmässä. Viimeisen kerran tuesta puhutaan palkkana vuoden 1993 suunnitelmassa, jossa esitellään omaishoidon tuen säännöksiä.

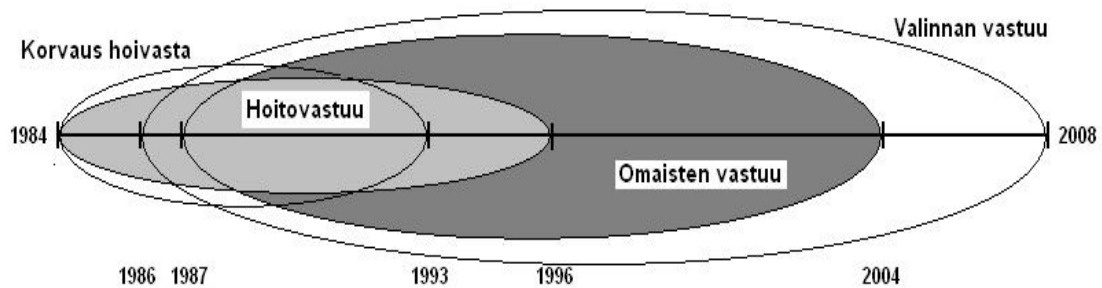
”Sosiaalihuoltolakia on tarkoitus muuttaa 1.7.1993 alkaen siten, että lakiin lisätään omaishoitoa koskevat säännökset. Näillä säädetään omaishoitajien oikeudellisesta asemasta, mahdollisuudesta vapaaseen sekä eräistä sosiaaliturvaetuksista. Lain muuttamisella pyritään luomaan kunnille vaihtoehtoisia omaisten ja läheisten kotihoitoa tukevia toimintamalleja, joiden avulla löydettäisiin kuhunkin hoitotilanteeseen sopivin ratkaisu ja voitaisiin myös ratkaista hoitoon liittyvät työoikeudelliset ongelmat. Tavoitteena on myös parantaa omaisten taloudellisia ja toiminnallisia mahdollisuuksia järjestää vanhuksen ja vammaisen hoito kotona.”

Otteessa omaishoito rinnastetaan työhön viittaamalla työoikeudellisiin ongelmiin, joita hoitotyöhön on liittynyt. Kaiken kaikkiaan säännöksen määrittävät omaishoidon lähelle työtä. Kuitenkin aineisto-otteen viimeisessä lauseessa tavoitteeksi esitetään kotihoidon taloudellisten ja toiminnallisten mahdollisuuksien parantaminen, mikä kertoo tulkintani mukaan siitä, että hoito ei riitä työksi vaan perustuu omaisten vapaaehtoisuudelle.

Palkka vai tuki -keskustelu on liitetty tässä vain omaishoidon tukeen, mutta sama keskustelu koskee myös lasten kotihoidon tukea. Omaishoidon tuki poikkeaa kuitenkin lasten kotihoidon tuesta siinä, että hoito on periaatteessa lasten hoitoa pidempikestoisempaa. Lasten kokopäiväinen kotihoito päättyy lapsen kouluikänsä mennessä. Merkityksellistä palkka vai tuki -puheessa on se, että jos tuella tehty hoito rinnastetaan työksi, tulisi korvauksen eli tuen myös vastata palkkaa, jota vastaavasta tehtävästä esimerkiksi laitoksessa maksetaan. Suunnitelmissa kuitenkin ei selkeästi määritellä omaishoitajan asemaa. Tuki rinnastetaan palkkaan silloin tällöin ja epämääräisesti.

6 Keskustelu

Tässä luvussa esittelen analyysin tulokset ja pohdin niitä teorian kannalta. Analyysiä ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset: mitä merkityksiä rahallistaminen saa, millaisia diskursseja rahallistamiseen liittyy, miten nämä diskurssit muuttuvat ajallisesti. Rahallistamisesta muodostui neljä diskurssia: 1) *muuttuvan hoitovastuun*, 2) *valinnan vastuun*, 3) *omaisten vastuun* sekä 4) *korvaus hoivasta -diskurssit*. Alla olevassa kuviosta käyvät ilmi diskurssien ajalliset kestot ja samanaikaisuudet. Diskurssien ajalliset kestot on määritelty sen mukaan, miten diskursseja koskeva keskustelu suunnitelmissa näkyy.



Kuvio 1. Diskurssien ajallinen kesto suunnitelmissa

Muuttuvan hoitovastuun ja *korvaus hoivasta -diskurssit* voidaan tunnistaa omiksi keskusteluikseensä vuodesta 1984 alkaen ja niihin liittyvä keskustelu jatkuu suunnitelmissa 1990-luvun puolivälin paikkeille. *Omaisten vastuun* ja *valinnan vastuun -diskurssit* muodostuvat hieman myöhemmin ja niihin liittyvä keskustelu jatkuu vielä 2000-luvun puolelle. Kaikki neljä diskurssia ovat voimassa samanaikaisesti vuodesta 1986 vuoteen 1993. *Muuttuvan hoitovastuun* ja *korvaus hoivasta -diskurssit* kuvaavat aikaa, jolloin hyvinvointivaltio oli vielä kasvuvaiheessa, mutta sosiaalipolitiikan suunnan vähittäinen muutos oli alkamassa (esim. Julkunen 2001.) *Valinnan vastuun* ja *omaisten vastuullistamisen -diskurssit* sen sijaan luovat kuvaa palvelujen monimuotoistumisen

etenemisestä. Tutkielman keskeisin tulos on havainto siitä, että rahallistamiseen liittyy puhe vastuusta ja etenkin omaisten vastuuttamisesta. Kaikki diskurssit lopulta käsittelevät vastuuta, mutta hieman eri näkökulmista. Seuraavissa alaluvuissa pohdin kirjallisuuteen tukeutuen jokaisen diskurssin tuottamia keskeisiä havaintoja ja tuloksia.

6.1 Hoitovastuu kunnalta koteihin

Muuttuvan hoitovastuun diskurssi käsittelee hoidon viimesijaista vastuuta eli sitä, onko vastuu vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotona annettavasta hoidosta kodeilla vai kunnalla. Diskurssi jakaantuu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen jakso koskee vuosia 1984–1987. Rahallistamisella pyrittiin parantamaan vanhusten vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon olosuhteita ja tasoa. Tässä diskurssin ensimmäisessä vaiheessa näkyy selvästi uuden palvelumuodon sopimattomuus järjestelmään. Uudessa tilanteessa ongelmaksi muodostui se, kenelle hoitovastuu viimekädessä kuuluu, jos kunta maksaa hoidon, mutta ei itse suorita sitä. Diskurssin toinen vaihe vuosina 1988–1993 on oikeastaan sopeutumisjakso kahden muutoksen välissä. Hoitovastuuseen ei viitata eikä hoidon tasosta tai laadusta puhuta. Olen tulkinnut tämän siten, että palvelumuoto vakiintui eikä tarkkaa ohjausta enää tarvittu. Diskurssin kolmas vaihe vuosina 1994–1996 nostaa hoitovastuun jälleen esiin. Palvelurakennemuutos ja lama vaikuttivat voimakkaasti diskurssin kolmannessa vaiheessa. Rahallistamisella ei enää pyritty hoidon parantamiseen vaan nähtiin se keinona lisätä kotihoitoa, jotta palvelurakennemuutoksen edellyttämä laitospaikkojen vähentäminen mahdollistui.

Julkusen (2006) mukaan rahallistamisen mukaiset palvelut yhtenä tekijänä sekoittavat yksityisen ja julkisen rajaa (Julkunen 2006, 107–108). Kun raja yksityisen ja julkisen välillä on epäselvä, myös vastuun paikka rahallistamisen mukaisissa palveluissa on epäselvä. Lainsäädäntö ei määritä selvästi hoidosta vastuullista tahoja. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaan kotipalveluihin on oikeutettu, jos tarvitsee apua kotona

päivittäisiin toimintoihin (710/1982)². Sosiaalihuoltoasetuksessa vuodelta 1983 todetaan, että kotihoidon tuesta tehtävään sopimukseen määritellään hoitajan oikeudet ja velvollisuudet (607/1983). Vuoden 1993 asetuksella velvollisuus sopimuksen tekemiseen poistettiin (320/1993). Heikkilä, Kautto ja Teperi (2005) toteavatkin, että vanhusten palveluissa julkinen vastuu on paljon epämääräisempi kuin lasten päivähoitopalveluissa. Vanhusten palvelut ovat määrärahasidonnaisia palveluja, jotka on säädetty kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin erillislainsäädännöllä. Lasten päivähoitopaikkaan on sen sijaan laissa säädetty yksiselitteinen oikeus. (Heikkilä, Kautto & Teperi 2005, 93.)

Muuttuvan hoitovastuun diskurssi kertoo sopeutumisvaikeudesta uuteen palvelumuotoon, joka ei ole yksiselitteisesti julkinen tai yksityinen palvelu. Diskurssin keskeisin havainto liittyy juuri tähän yksityisen ja julkisen väliseen jaotteluun. Olen analyysissäni tulkinnut hoitovastuun olevan kunnalla diskurssin ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa eli vuosina 1984–1993. Palvelu on nähty tässä vaiheessa selkeästi kunnan julkisena palveluna. Diskurssin kolmannessa vaiheessa 1994–1996 hoitovastuu siirtyy tulkintani mukaan hoidettavan omaisille. Palvelu aletaan nähdä enemmän yksityisenä palveluna, jota kunta rahoittaa.

Suomalaisen sosiaalipolitiikan ideologiana on ollut edesauttaa julkisten palvelujen avulla muun muassa naisten siirtymistä työmarkkinoille, kansalaisten alueellista ja sosiaalista yhdenvertaisuutta ja ammatillista osaamista (Julkunen 2006, 179). Kotihoidon tuen tuominen julkisen palvelun rinnalle oli iso muutos aiempaan ajatteluun. Hoitovastuun siirtymistä kunnalta kodeille olen tulkinnut hoidon tasoon liittyvän puheen kautta. Tulkitsin vastuun hoidosta olevan kunnalla niin kauan kun hoidon tasosta puhuttiin suunnitelmissa kotihoidon yhteydessä. Julkunenkin (2006) toteaa, että kotihoidon tukemisessa on riskinä, että raha otetaan vastaan, mutta vastineeksi annetaan huonoa hoitoa. Perheen sisällä tapahtuvan hoidon ajatellaan olevan itsestään selvästi korkeatasoista. Hoidon ajatellaan myös olevan perheen yksityisasiasta, johon on vaikea ulkopuolelta puuttua, ellei selviä väärinkäytöksiä tapahdu. (Julkunen 2006, 180.)

² Vuoden 1982 sosiaalihuoltolakiin ei ole tehty kotipalveluja koskevia muutoksia

Julkusen mukaan palveluseteli mahdollistaa paremmin palvelujen tuottamisen valvomisen, koska se synnyttää todennäköisemmin ammattimaista palvelun tuottamista. (Julkunen 2006, 180.) Hoidon tasosta puhuminen loppui suunnitelmissa kuitenkin paljon ennen palvelusetelien käyttöönottoa koskevaa puhetta. Hoitovastuun tulkitsin siirtyneen koteihin, kun hoidon tasosta ei enää puhuttu. Tulkintaa vahvistivat myös kasvava kannustus kotihoidon lisäämiseen ja tarve vähentää laitospaikkoja.

Diskurssin suunnitelmissa esiintymisen aikana vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuen perustelut muuttuivat. Kotihoidon tuki esiteltiin aluksi suunnitelmissa puhtaasti hoidon tasoa edistäväksi tueksi. Kuitenkin palvelurakennemuutoksen käynnistyttyä tuen tärkein tehtävä vaikuttikin olevan laitospaikkojen vähentämisen mahdollistaminen.

6.2 Valinnan mahdollisuudesta valinnan vastuuseen

Valinnan vastuun diskurssi käsittelee mahdollisuutta valita palvelumuotojen välillä. Diskurssi liittyy pääasiassa lasten kotihoidon tukeen ja palveluseteliin, mutta myös joissain omaishoitoon liittyvissä teksteissä valinta nousee esiin. Diskurssi jakaantuu neljään vaiheeseen. Kahdessa ensimmäisessä vaiheessa vuosina 1986–1996 puhutaan pelkästään lasten kotihoidon tuesta. Mahdollisuus valintaan kunnallisen päivähoiton ja kotihoidon tuen välillä liitetään tiukasti lakiin toteamalla esimerkiksi, että ”vanhemmilla on lakiin perustuva oikeus valita hoitomuotojen välillä”. Suunnitelmissa korostettiin kuitenkin 1980-luvun puolella selkeästi kunnallista päivähoitoa. Vuodesta 1992 lasten kotihoidon tukea vaihtoehdona alettiin korostaa. Kotihoidon tuki esitettiin myös vaihtoehdoksi päivähoitopaikkojen lisäämiselle. Diskurssin kolmas vaihe sijoittuu vuosiin 1997–2007. Mahdollisuudet valintaan lisääntyivät suunnitelmissa, vaikka varsinaista valinta-sanaa käytettiin suunnitelmissa vasta vuonna 2000 palvelusetelipuheen yhteydessä. Suunnitelmissa palveluseteli esitetään niin, että se on ainoa kansalaisen selkeää valinnan vapautta lisäävä palvelumuoto. *Valinnan vastuun diskurssin* ehkä keskeisin vaihe on kuitenkin viimeisin neljäs vaihe, jonka olen erottanut viimeisestä

vuoden 2008 suunnitelmasta. Neljännessä vaiheessa palvelumuotoa ei perustella enää ensisijaisesti kansalaisen valinnan vapauden lisäämisellä vaan perusteluiksi esitetään tarve monipuolistaa palvelujärjestelmää ja kehittää yksityisiä palvelumarkkinoita.

Julkusen (2006) mukaan valinnan mahdollisuutta, johon kuuluu valinta sekä mahdollisuus palveluntuottajan vaihtamiseen, on Suomessa perusteltu kahdesta näkökulmasta. Ensinnä keskiluokan katsotaan haluavan vaikuttaa aktiivisesti itse omiin hyvinvointipoliittisiin valintoihin. Koulutetun keskiluokan mahdollisuudet saada tietoa esimerkiksi sairauksista ja niiden hoidosta on pienentänyt kuilua keskiluokan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Tämä on lisännyt sekä kykyä että halua tehdä itse valinta. Toisena perusteluna on esitetty valinnan ohjaava vaikutus palvelujen kehittämiseen. Valinnan kautta ohjausta palvelujen kehittämiseen tulisi päättäjien ja poliitikkojen lisäksi muiltakin tahoilta. (Julkunen 2006, 203.)

Valinnan vastuun diskurssi kuvaa valinnanvapausretoriikan sekä valinnan mahdollisuuksien vähittäistä mutta jatkuvaa lisääntymistä. Diskurssi koski 1990-luvun puoliväliin saakka pelkästään lasten päivähoitoa. Heikkilä, Kautto ja Teperi (2005) toteavatkin, että valinnanvapausretoriikka on voimakkaasti sävyttänyt suomalaista lastenhoitoprojektia. (Heikkilä, Kautto & Teperi 2005, 93.) Lasten päivähoitoon liittyvä puhe on suunnitelmissa hyvin lakisidonnaista. Vuoden 1997 suunnitelma oli valintapuheessa käännekohta, josta lähtien valinnasta puhuminen laajenee ja saa positiivisemmän sävyn verrattuna aiemman lakisidonnaisen puheen neutraaliin sävyyn. Samalla valintapuhe painottuu lasten hoidon sijaan palvelusetelikeskusteluun.

Valinnan vastuun diskurssin tärkeimmät havainnot tulevat hyvin esiin diskurssin kahdessa muutoskohdassa. Molemmat muutoskohdat noudattavat samaa kaavaa. Ensimmäinen muutos koskee lasten päivähoitoon liittyvää valintapuhetta. Kotihoidon tuki perustellaan siten, että se tuo vaihtoehtoja vanhemmille lasten päivähoitoon järjestämiseen. 1990-luvun alussa perustelut kuitenkin muuttuivat siten, että kotihoidon tuki esitettiin vaihtoehdoksi kunnallisten päivähoitopaikkojen lisäämiselle. Laman aikaan kunnille oli hyötyä vaihtoehdoista, koska vanhempien valintaan oli jossain määrin

mahdollista vaikuttaa kannustamalla kuntalisän avulla kotihoidon tuen käyttöä kunnallisen päivähoidon sijaan.

Toinen muutoskohta koskee palvelusetelikeskustelua, jossa 2000-luvun alussa korostetaan kansalaisten valinnan vapauden lisäämistä. Vuoden 2008 suunnitelmassa palvelusetelin käyttöä pyritään laajentamaan, jotta palvelujärjestelmä monipuolistuu ja yksityisen sektorin palvelutarjonta paranee. Palvelumuoto perustellaan ensin puhtaasti kansalaisen edulla ja myöhemmin palvelumuotoa hyödynnetään taloudellisen säästön saavuttamiseksi. Kansalaisten valinnan mahdollisuuksien lisääminen lisää siis myös kunnan mahdollisuuksia järjestää sosiaalipalveluja. Julkusen (2006) mielestä yksityisten vaihtoehtojen tarjontaa on perusteltu valinnan vapauden lisäämisellä. Ongelmaksi saattaa muodostua se, että valinnan mahdollisuuksia julkisissa palveluissa ei lisätä, jos pelkästään yksityiset palvelut nähdään ratkaisuna palvelujen ongelmiin ja valinnan lisäämiseen. (Julkunen 2006, 205.) Vuoden 2008 suunnitelma vaikuttaisi vahvistavan tätä Julkusen näkemystä valinnan vapauden lisäämisen perusteluista. Valinnan vapaus nähdään vuoden 2008 suunnitelmassa palvelujärjestelmän monipuolistumisen edellytyksenä.

Oikeus tai mahdollisuus valintaan rahan ja palvelun välillä koskee vain joitakin sosiaalipalveluita, joissa annetaan rahaa palvelun sijaan, jotta luonnollinen valintatilanne syntyisi. Lasten vanhemmat saavat mahdollisuuden valita kunnallisen päivähoiton ja kotihoidon tuen välillä, mutta vanhuksille tai heidän omaisille palvelujärjestelmä ei suunnitelmissa tarjoa samanlaista valinnan mahdollisuutta kotihoidon tai laitoshoidon välillä. Suunnitelmissa omaishoidosta puhuttaessa varsinaista valinnan vapautta ei nosteta esiin lainkaan. Periaatteessa omaisiaan hoitavilta henkilöiltä ei kysytä, haluavatko he omaisensa laitokseen vai haluavatko he hoitaa heitä itse. Laitospaikkaan ovat oikeutettuja vain vanhukset, jotka tarvitsevat sellaista hoitoa, jota kotona ei voida antaa. Samassa taloudessa hoidettavan kanssa asuva henkilö on liki välttämättä hoitajan tehtävässä, vaikka hoito periaatteessa tulisi kotipalvelun kautta. Kotipalvelun kautta tulevat palvelut perustuvat tarpeeseen eli niitäkään ei voi valita. Myös Julkunen (2006) toteaa, että vanhus tai hänen omaisensa eivät voi valita, tapahtuuko hoito esimerkiksi kotona,

palvelukeskuksessa vai sairaalassa. Asiantuntijat tekevät hoitomuodosta päätökset, jotka perustuvat hoitotarpeen arviointiin ja sen mukaiseen palvelun mitoittamiseen. (Julkunen 2006, 205.)

Mahdollisuus valintaan mielletään yleensä positiiviseksi asiaksi, koska omalla valinnalla voidaan mahdollistaa itselleen parhaiten sopiva vaihtoehto, samalla kuitenkin myös vastuu valinnan sopivuudesta on valinnan tekijällä. Vastuu valinnasta tulee keskeiseksi kysymykseksi vasta palvelusetelipuheen yhteydessä, koska tällöin vaihtoehtoja on useampia ja niistä pitää pystyä valitsemaan sopivin.

6.3 Omaisten vastuullistaminen keinona monimuotoistaa palveluja

Omaisten vastuullistamisen diskurssissa keskeistä on se, miten omaisen hoito toteutetaan ja kuka hoidon fyysisesti tekee. Diskurssista olen hahmottanut kaksi keskustelulinjaa, jotka ovat palvelurakennemuutoksen ja kunnan ulkopuolisten toimijoiden linjat. Palvelurakennemuutoksen linjassa omaisten vastuullistaminen muodostuu palvelurakennemuutoksen seurauksena. Palvelurakennemuutos hallitsee pitkään keskustelua suunnitelmissa, koska ensimmäiset palvelurakennemuutosta pohjastavat uudistukset alkoivat jo 1980-luvun lopulla ja varsinaiset muutokset alkavat näkyä suunnitelmissa vuodesta 1993. Kunnan ulkopuolisten toimijoiden linjassa hoidosta ja hoivasta vastuullistetaan kunnan sijaan kaikki muut mahdolliset toimijat. Diskurssissa on mielenkiintoista se, että se liittyy liki pelkästään vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukeen ja myöhemmin omaishoidon tukeen, vaikka periaatteessa lasten kotihoidon tuki on peruseriaatteeltaan omaishoidon tuen kanssa samanlainen.

Omaisten vastuullistamisesta puhuttaessa on kyse omavastuun ja yhteisvastuun rajan määrittelystä. Yhteisvastuun piiriin kuuluvat lakisääteisesti valtiolle ja kunnille määritellyt hyvinvointitehtävät. Omavastuun ja yhteisvastuun raja ei ole silti

yksiselitteinen. Omavastuun voi kuitenkin määritellä vapaaehtoisuuteen ja omaan sosiaaliseen vastuuntuntoon perustuvaksi toiminnaksi. Lasten hoitaminen ja kasvattaminen sekä vanhuksen, joka on lähisukulainen, hoitaminen kuuluvat omavastuun piiriin, koska työ on vastikkeetonta eli työstä ei peritä korvausta. (Lehto 2003, 27–28.) Myös laki määrittää omavastuuta. Vastuu elatuksesta ja hoivasta rajoittuu lain mukaan Suomessa ydinperheeseen siten, että vanhemmat ovat vastuussa lapsistaan ja puoliset toistensa elatuksesta (Julkunen 2006, 110). Lehdon mukaan hoitotukia on otettu käyttöön omavastuun laajentamiseksi. Hoitotukien ajatuksena on ollut tarjota taloudellinen mahdollisuus jäädä kotiin hoitamaan omaista. (Lehto 2003, 28.) Hoitotuen summa voi tällöin olla pieni, koska tarkoituksena on vain mahdollistaa taloudellisesti sosiaaliseen vastuuntuntoon perustuva toiminta. Suunnitelmien perusteella hoitotukien perustelut ja käsitykset omavastuusta ovat kuitenkin muuttuneet hoitotukien 1980-luvun alkuvuosien jälkeen.

Omaisten vastuullistamisen diskurssissa on kaksi merkittävää muutoskohtaa, joista ensimmäinen vuoden 1993 suunnitelmassa näkyvä muutos liittyy omaisten vastuullistamisen retoriikan vahvistumiseen. Toinen muutoskohta on vuoden 2004 suunnitelmassa, jossa kunnalta aiemmissa suunnitelmissa muille siirretty vastuu vaikuttaisi siirtyvän osittain takaisin kunnalle, kun omaishoitoa aletaan kehittää osana kunnallista palvelujärjestelmää. Vuoden 1993 muutoksessa on kolme vaikuttavaa tekijää. Ensimmäiseksi palvelurakennemuutos muutti omaisten vastuullistamiseen ja laitospaikkojen vähentämiseen liittyvää puhetta paljon aiempaa suuremmaksi. Laitospaikkojen vähentäminen nostettiin vuoden 1993 suunnitelmassa yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimmistä tehtävistä ja keinoiksi esitettiin suoraan koti- ja omaishoidon lisääminen. Toinen muutokseen vaikuttava tekijä oli Suomen vaikea taloudellinen tilanne. Suomi oli syvän laman kourissa ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto oli pahoissa ongelmissa. Ilmapiiri muutoksien toteuttamiseen oli myönteisempi kuin tasapainoisessa taloustilanteessa (ks. Julkunen 2001). Olosuhteistakin huolimatta suunnitelmien retoriikan muutos on huomattava. Kolmas selitys muutokseen on valtionosuusjärjestelmän uudistus, joka astui voimaan vuonna 1993. Koska suunnitelma-asiakirjat tämän jälkeen keskittyivät pääasiassa informaatio-ohjaukseen

resurssiohjauksen sijaan, kuntien retorisesti voimakkaampi ohjaus mahdollistui. Julkunen toteaa myös, että valtionosuusuudistus antoi kunnille puitteet panna toimeen laman aikaisen ja jälkeisen kriisipolitiikan (Julkunen 2006, 263).

Diskurssin toinen muutoskohta liittyy palvelujärjestelmän monimuotoistumisen tavoitteluun. Kunnan ulkopuolisten toimijoiden vastuullistamisen linjassa näkyy 1980-luvun lopun sosiaalipalvelujärjestelmän yhteisöllistäminen, jossa tarkoituksena oli luoda yhteisöllisesti organisoitu sosiaalipalvelu- ja hoivajärjestelmä julkisen sosiaalipalvelujärjestelmän rinnalle (Anttonen 1989, 2). Yhteisöllisyys voidaan määritellä kolmella ulottuvuudella: sosiaalisiksi verkostoiksi, yhteisille intresseille perustuvaan yhteisöllisyyteen ja alueelliseen sosiaaliseen sidokseen. (Anttonen 1989, 139). Ensimmäisen kerran kunnan ulkopuolisista toimijoista puhuttiin suunnitelmissa vuonna 1988, jolloin puheesta oli tunnistettavissa omaisten eli sosiaalisten verkostojen ulottuvuus sekä alueellinen sosiaalisen sidoksen ulottuvuus, johon lukeutuvat naapurit sekä alueellisesti toimivat järjestöt. Omaisten vastuullistaminen nousee kunnan ulkopuolisten toimijoiden linjassa esiin aiemmin, mutta järjestöjen vastuullistamisesta puhutaan seuraavan kerran vasta vuoden 2004 suunnitelmassa. Järjestöjä kehoitetaan suunnitelmassa kehittämään yhdessä kuntien kanssa omaishoidon tukea.

Tulkitsin vuoden 1988 suunnitelman järjestöjen vastuullistamiseen viittaavan puheen liittyvän yhteisöllistämiskeskusteluun. Vuoden 2004 suunnitelmassa ei enää kuitenkaan ole kysymys yhteisöllistamisestä vaan palvelujen monimuotoistamisesta. Suunnitelmassa järjestöjä kehoitetaan toimimaan yhteistyössä kuntien kanssa. Samassa suunnitelmassa todetaan myös, että omaishoidon tukea on tarkoitus jatkossa kehittää osana kunnallista palvelujärjestelmää. Vastuu palveluista vaikuttaisi siirtyvän osittain takaisin kunnalle. Omaishoidon kehittämisen perustelut muuttuvat diskurssin toisessa muutoskohdassa palvelurakennemuutoksen mahdollistamisesta palvelujen monimuotoistamiseen. Näkisin, että järjestöjen velvoittaminen omaishoidon kehittämiseen edistää myöhemmin järjestöjen toimintaa omaishoidon palvelujen tuottajina kunnille.

6.4 Ovatko hoitotuet ja palvelusetelit palkkaa vai tukea?

Korvaus hoivasta diskurssi käsittelee keskustelua siitä, onko hoitotuki palkkaa hoivatyöstä vai taloudellinen tukimuoto. Ensimmäisen kerran suunnitelmissa hoitotuesta puhutaan palkkana vuonna 1984. Olen tulkinut kohdat, joissa käytetään termiä ”työ” hoitotuen yhteydessä siten, että tuki on työstä maksettavaa palkkaa. Vuoden 1985 suunnitelmassa vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukea koskevan kohdan teksti on muuten samanlainen kuin vuonna 1984, mutta hoitotyö-termin sijaan puhutaan vain hoidosta ja avun tarpeesta. Vuosina 1986 ja 1987 puhuttiin jälleen työmäärän korvaamisesta, minkä tulkitsen palkkapuheeksi. Vuosina 1988–1989 sen sijaan omaisten hoitamisesta puhuttiin työnä, mutta kotihoidon tuesta ei puhuttu samassa yhteydessä. Omaishoitajan työtä ja kotihoidon tukea ei siis liitetty suunnitelmissa suoraan yhteen siten, että tuki saisi palkan merkityksen. Eräänlainen päätös keskustelulle on vuoden 1993 suunnitelmassa. Suunnitelmassa puhutaan omaishoitoon liittyvistä työoikeudellisista ongelmista, joka mielestäni osoittaa, että tuki mielletään palkaksi.

Keskustelu siitä, onko hoitotuki palkkaa vai ei, on ollut suunnitelmissa vaihtelevaa eikä kovin selkeää. Osaltaan tämä mielestäni kertoo hoitotukien sopeutumattomuudesta palvelujärjestelmään. Lehdon (2003) mukaan hoitotukien lähtökohtana on ollut omavastuisten hoitomotiivin mahdollistaminen. Koska hoito perustuu omavastuisten hoitomotiivin toteuttamiseen, tuen ei tarvitse vastata palkkaa, joka vastaavasta työstä työehtosopimuksen mukaan maksetaan. (Lehto 2003, 28.) Lehdon mukaan hoitotukia ei ainakaan aluksi ole ollut tarkoitus määritellä palkaksi työstä. Tämä on mielestäni kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että vuoden 1993 suunnitelmassa puhutaan työoikeudellisista ongelmista, joita ei pitäisi olla, jos hoito perustuu omavastuiseen hoitomotiiviin. Hoitotukien lähtökohta vaikuttaisi siis muuttuneen. Kansainvälisesti katsottuna rahaa palvelujen sijaan -ohjelmat on pääasiassa kehitetty vähentämään kustannuksia, joita laitoshoidosta erityisesti katsotaan aiheutuvan. Osittain rahallistaminen on edullinen ratkaisu, koska hoivatyötä tehdään usein suhteellisen pienellä palkalla ja huonoilla työhön liittyvillä etuuksilla, kuten heikoilla sosiaalivakuutuksilla. (Ungerson & Yeandle 2007b, 198.)

Suunnitelmien perusteella hoitotukia ei ole selkeästi määritelty palkaksi, mutta kuitenkin monessa kohtaa suunnitelmissa tukeen suhtaudutaan kuten palkkaan. Määrittely ei välttämättä tällä hetkellä ole ongelma, koska hoitotukien saajat ovat useimmiten Suomessa hoidettavan omaisia. Ungersonin ja Yeandlen (2007b) mukaan viimeaikaisena suuntauksena on kansainvälisesti ollut rahaa palvelun sijaan -poliitikoiden kaksisuuntaisuus. Samaan aikaan pyritään kehittämään koulutettua hoivatyövoimaa ja suositaan tai pyritään kasvattamaan omaishoitajien sekä tyypillisesti kouluttamattoman palkkatyövoiman osuutta hoivatyössä. Rahallistamiseen perustuvissa palveluissa tulevaisuus vaikuttaa kaksijakoiselta. Hoiva jakaantuu kahdeksi maailmaksi. Toisaalta syntyy ammatillisesti korkeatasoinen palvelu, jonka käyttäjiksi pääsevät ne, joilla siihen on varaa, tai ne, jotka ovat tarpeessa hyvinvointivaltion näkökulmasta. Tässä skenaariossa työntekijät saavat kunnolliset työolosuhteet ja hoidettavat tarvitsemansa hoidon. Toisessa maailmassa sekä hoidettava että hoitaja ovat vähävaraisia. Hoitosuhteesta puuttuu turvallisuus, tuki ja läpinäkyvyys. (Ungerson & Yeandle 2007b, 202-203.) Jos jako toteutuu, hoivamarkkinoille muodostuu kahdenlaisia työntekijöitä ja eriarvoisuus lisääntyy. Ungerson ja Yeandle (2007b) näkevät rahaa palvelujen sijaan ohjelmien suurimpana ongelmana työntekijöiden oikeudet (Ungerson & Yeandle 2007b, 203). Jos Suomessakin tulevaisuudessa hoitotuilla ja palveluseleillä aletaan palkata enemmän perheen ulkopuolisia työntekijöitä tai yksityisiä palveluntarjoajia, on työn määrittelyn ja koko järjestelmän oltava selkeämpi.

7 Johtopäätökset

Kertaan tässä tutkielman viimeisessä luvussa lyhyesti tutkielman lähtökohdat ja esittelen diskurssit sekä niiden keskeisimmät ajatukset. Tämän jälkeen pyrin pohtimaan yleisempiä havaintoja tutkielman tuloksista ja pohdin niiden merkitystä. Tutkielmassa on tarkasteltu sosiaalipalvelujen yksityistämiseen liittyvää palvelujen monimuotoistumista. Tarkemman tarkastelun kohteeksi valittiin palvelumuoto, jossa annetaan palvelun sijaan rahaa. Tarkoituksena oli selvittää, miten rahallistaminen palvelujen tuottamisen muotona näkyy, miten sitä perustellaan ja millaisen sisällön se saa sosiaalihuollon suunnitelma-asiakirjoissa. Tutkimuskysymykset olivat: mitä merkityksiä rahallistaminen saa, millaisia diskursseja rahallistamiseen liittyy, ja miten nämä diskurssit muuttuvat ajallisesti. Tutkielman tavoitteena oli luoda kuva sosiaalipalvelujen yksityistämiseen liittyvän monimuotoistumisen kehittymisestä Suomessa ja sen merkityksestä sosiaalipoliittiselle järjestelmälle ja kansalaiselle. Rahan antaminen palvelun sijaan muodostui tutkimuksen kohteeksi, koska sen mukaisia muutoksia palvelujärjestelmään oli tehty jo 1980-luvulla. Näitä muutoksia ei mielletä samalla tavalla osaksi yksityistämistä kuten esimerkiksi tilaaja–tuottaja -mallia, minkä takia aiheen tarkastelu on mielenkiintoista.

Tutkielman aineistona olivat sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelma-asiakirjat. Muodostin aineistosta neljä diskurssia, jotka ovat *muuttuvan hoitovastuun diskurssi*, *valinnan vastuun diskurssi*, *omaisten vastuullistamisen diskurssi* ja *korvaus hoivasta diskurssi*. Tutkielman analyysi onnistui hyvin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Keskeisin havainto, mitä aineiston perusteella voi todeta, on se, että rahallistamiseen liittyy kysymys vastuusta ja sen uudelleenmäärittelystä. Kaikki diskurssit käsittelevät vastuuta hieman eri näkökulmista. *Muuttuvan hoitovastuun diskurssista* hahmottuu kuva vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden sekä omaishoidon tuen epäselvästä asemasta ja tarkoituksesta osana palvelujärjestelmää. *Valinnan vastuun diskurssista* huomaa valinnanvapauspuheen voimakkaan lisääntymisen 2000-luvulle tultaessa. Mahdollisuus valintaan esitetään kansalaisen perusoikeudeksi, mutta samalla kansalaisen vastuu valinnan sopivuudesta kasvaa. *Omaisten*

vastuullistamisen diskurssissa vastuun lisääntymiseen voi nähdä kaksi reittiä. Ensinnäkin omaisten vastuun lisääntyminen on ollut välttämätöntä, jotta laitoshoitopaikkoja on voitu vähentää. Toisena vastuun lisääntymisen muotona suunnitelmissa näkyy kaikkien kunnan ulkopuolisten toimijoiden värvääminen kunnan vastuun vähentämistalkoisiin. *Korvaus hoivasta diskurssista* hahmottuu ongelma siitä, onko rahallistamisen mukaiset palvelut palkkaa vai tukea ja kuinka vahvasti sosiaalipalvelu voi olla työoikeudellinen kysymys.

Tutkielman perusteella saa kuvan siitä, että rahallistaminen on tuotu suomalaiseen sosiaalipalvelujärjestelmään yllättäen. Rahallistamisen sopeutumattomuus järjestelmään näkyi erityisesti *muuttuvan hoitovastuun diskurssissa*, jossa suunnitelmien ensimmäisinä vuosina ihmeteltiin, kenellä vastuu hoidosta viimekädessä on, kun kunta antoi rahaa hoitoa varten kotiin, jossa hoidon tuloksia ei voinut valvoa. Toinen sopeutumattomuudesta kertova vaihe liittyy keskusteluun siitä, onko hoitotuki palkkaa. Vuoden 1984 suunnitelmasta kotihoidon tukea maksettiin hoitotyöstä mutta vuonna 1985 nimenomaan työ-sanana sijaan käytettiin toista ilmaisua. Tämän jälkeen keskustelu on vaihdellut työn ja tuen välillä. Jos perheen ulkopuolelta palkattujen hoitajien käyttö tulevaisuudessa lisääntyy Suomessakin, omaishoidon ja hoitotuella tehdyn hoidon määrittely on tärkeää työoikeudellisten ongelmien välttämiseksi.

Rahallistaminen näyttäisi tutkielman perusteella lisäävän puhetta vastuusta. Tutkielman tarkastelujakson aikana vuodesta 1984 vuoteen 2011 useat tekijät ovat vaikuttaneet voimakkaasti sekä rahallistamisen mukaisten palvelujen muotoutumiseen että sosiaalipoliittisen järjestelmän peruseräisiin. Vastuusta puhumisen retoriikka voimistui ensin palvelurakennemuutoksen myötä ja erityisesti 1990-luvun laman aikana. Rahallistamisen mukaiset palvelut on perusteltu aluksi kansalaiselle vaihtoehtoja ja joustavuutta tuovina ratkaisuin, mutta ajan kuluessa perustelut ovat muuttuneet siten, että rahallistaminen perustellaan keinona pienentää sosiaalihuollon kustannuksia ja uudistaa järjestelmää. Järjestelmää on uudistettu monelta osin markkinaperusteiseen suuntaan. Rahallistamalla voidaan esimerkiksi edistää yksityisten palvelumarkkinoiden syntymistä, jotka tukevat myöhemmin entistä laajempaa ostopalvelujen käyttöä kunnissa. Vuoden 2004 suunnitelmassa todetaan omaishoidon tuen olevan osa kunnallista

järjestelmää, mikä saattaa olla merkittävä avaus tulevaisuuden sosiaalipolitiikan kehittymisen kannalta. Muuttuvatko palvelut tulevaisuudessa siten, että vastuu siirtyy yksilölle ja julkinen valta kantaa vastuunsa erilaisten setelien kautta?

Tutkielma on tuonut esille rahallistamisen ulottuvuudet ja sitä koskevien diskurssien muotoutumisen suomalaisessa sosiaalihuollossa valtion ohjauksen näkökulmasta. Mielenkiintoinen jatkotutkimus olisi tarkastella vertaillen eri maiden rahallistamisen mukaisten palvelujen kehittymistä, suuntaa ja siitä saatuja kokemuksia. Tämän tutkielman merkitys on toimia keskustelun herättäjänä pohdittaessa, mihin suuntaan sosiaalipoliittista järjestelmää ollaan kehittämässä ja mihin suuntaan sitä halutaan kehittää.

Lähteet:

Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, Pertti & Lampinen, Marjaana (2006) OECD ja suomalaisen projektiyhteiskunnan synty. Teoksessa Kati Rantala & Pekka Sulkunen (toim.) Projektiyhteiskunnan käänköpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 56–68.

Alavaikko, Mika (2006) Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu –keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Teoksessa Kati Rantala & Pekka Sulkunen (toim.) Projektiyhteiskunnan käänköpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 39–55.

Anttonen, Anneli (1989) Valtiollisesta yhteisölliseen politiikkaan. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.

Anttonen, Anneli & Baldock, John & Sipilä, Jorma (2003) Patterns of Social Care in Five Industrial Societies: Explaining Diversity. Teoksessa Anneli Anttonen & John Baldock & Jorma Sipilä (toim.) The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations, 167–197.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.

Ascher, Kate (1988) The Politics of Privatisation. Contracting Out Public Services. Basingstoke: Macmillan

Asetus sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n 1 momentin 3 kohdan ja 2 momentin kumoamisesta. 2.4.1993/320

Burr, Vivien (1995) An Introduction to Social Constructionism. London: Routledge.

Butcher, Tony (2002) Delivering Welfare, 2. painos. Buckingham: Open University Press.

Eräsaari, Leena (2007) New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kela, 87–101.

Gilbert Neil (2005) The ”Enabling State?” From public to private responsibility for social protection: Pathways and pitfalls, OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 26.

Gilbert, Neil (2002) Transformation of the Welfare State. New York: Oxford University Press.

Hall, Stuart (1992) *The West and the Rest: Discourse and Power*. Teoksessa Stuart Hall & Bram Gienben (toim.) *Formations of modernity*. Cambridge: Polity Press, 275–332.

Hansson, Aino-Inkeri (2002) *Selvitys sosiaali- ja terveystalouden ohjauksesta ja valvonnasta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiota 8.

Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha (toim.) (2005) *Julkinen hyvinvointivastuu julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) (2007) *Vääryyskirja*. Helsinki: Kela.

Jalonen, Harri (2008) *Informaatio-ohjaus tietojohdamisen näkökulmasta*. Informaatiotutkimus 27 (2), 2008, 41–54.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen Eero (1993) *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.

Julkunen Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Stakes: Helsinki.

Julkunen Raija (2001) *Suunnanmuutos*. Tampere: Vastapaino.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kaste-ohjelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. (2008) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisu 2008:6.

Kauppinen Ilkka (2008) *Tiedon omistaminen on valtaa. Globalisoituvan patenttijärjestelmän poliittinen moraalitalous ja globaali kapitalismi*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kautto, Mikko (2005) *Kasvun jälkeen – Suomi pohjoismaisena hyvinvointivaltiona*. Teoksessa Matti Heikkilä, Mikko Kautto & Juha Teperi: *Julkinen hyvinvointivastuu julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 11–34.

Kopperi, Marjaana (2000) *Vastuu hyvinvoinnista. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 22*. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.

Koskiahho, Briitta (2008) *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

Koskiahho, Briitta (2006a) *Sosiaalipolitiikka yksityistämisenä polun alussa*. *Sosiaaliturva* 94, 3, 16–19.

Koskiahho, Briitta (2006b) Tampere avaa tietä yksityistämiselle. *Sosiaaliturva* 94, 7, 20–21.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169.

Laki lasten päivähoidosta annetun lain muuttamisesta 11.1.1985/28.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain muuttamisesta. 2.3.2007/253.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain muuttamisesta. 23.12.1998/1114.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain muuttamisesta. 31.3.1988/300.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 17.9.1982/677.

Laki valtion liikelaitoksista 10.7.1987/627.

Le Grand, Julian (1991) Quasi-markets and social policy. *Economic Journal*, 101 (408), 1256-1267.

Lehtimäki, Hanna (2000) Strategiatarina kaupungista ja sen toimijoista. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lehto, Juhani & Kananoja, Aulikki & Kokko, Simo & Taipale, Vappu (2003) Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.

Lehto, Markku (2003) Sosiaalipolitiikka ja hyvinvointivaltion tulevaisuus. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus, 15–34.

Leppo, Kimmo (1996) Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Teoksessa Riitta Viialainen & Juhani Lehto (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Helsinki: STM ja Stakes, raportteja 192, 9–15.

Metsämuuronen, Jari (2008) Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. International Methelp: Helsinki.

Nousiainen, Kirsi (2004) Lapsistaan erillä asuvat äidit. Jyväskylä: Minerva.

Oikeus ja kohtuus. (2006) Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Helsinki: Stakes.

Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) (2006) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus

Remes, Liisa (2006) Diskurssianalyysin perusteet. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp: Helsinki, 288–374.

Saari, Juho (2001) Reformismi. Sosiaalipolitiikan perusteet 2000-luvun alussa. Helsinki: Gaudeamus.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006) Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Helsinki: Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämisosasto.

Ungerson, Clare & Yeandle, Sue (2007a) Conceptualizing Cash and Care: The Origins of Contemporary Depates. Teoksessa Clare Ungerson & Sue Yeandle (toim.) Cash for Care in Developed Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1–12.

Ungerson, Clare & Yeandle, Sue (2007b) Conclusion: Dilemmas, Contradictions and Change. Teoksessa Clare Ungerson & Sue Yeandle (toim.) Cash for Care in Developed Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 187–206.

Viinamäki, Olli-Pekka (2007) Eurooppahallinto ja Suomi. Helsinki: Gaudeamus.

Väyrynen, Raimo (1998) Globalisaatio. Uhka vai mahdollisuus? Jyväskylä: Atena

Wolfe, Alan (1989) Whose keeper. Social Science and Moral Obligation. Berkeley: University of California Press.

Young, S. (1986) The nature of privatisation in Britain 1979-1985. West European Politics, 9 (2), 235-252.

Elektroniset lähteet:

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Viitattu 22.5.2009.

Liitteet

LIITE 1. TUTKIELMASSA KÄYTETTY AINEISTO

- 1 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984 – 1988.
- 2 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1985 – 1989.
- 3 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1986 – 1990.
- 4 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987 – 1991.
- 5 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1988 – 1992.
- 6 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1989 – 1993.
- 7 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1990 – 1994.
- 8 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1991 – 1995.
- 9 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1992 – 1996.
- 10 Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993 – 1996.
- 11 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994 – 1997.

- 12 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995 – 1998.
- 13 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1996 – 1999.
- 14 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997 – 2000.
- 15 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1998 – 2001.
- 16 Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite ja toimintaohjelma 2000–2003.
- 17 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite ja toimintaohjelma 2004–2007.
- 18 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008–2011.