

LINA VAN AERSCHOT

Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus

Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys
avun saamiseen ja palvelujen käyttöön

English abstract

Acta Universitatis Tamperensis 1971
Tampere University Press
Tampere 2014



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2014 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Myynti:
kirjamyynti@juvenes.fi
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1971
ISBN 978-951-44-9567-0 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1458
ISBN 978-951-44-9568-7 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2014



Kiitokset

Tätä väitöskirjaa ei olisi syntynyt ilman tukea ja apua, jota olen saanut ihanilta ihmisiltä ympärilläni. Kaikkein suurimmat kiitokset kuuluvat ohjaajalleni Anneli Anttoselle. Olet ollut tarkka ja kärsivällinen, innostava ja kannustava ohjaaja. Olet aina ollut valmis lukemaan, kommentoimaan ja auttamaan tekstin parantamisessa. Olet antanut paljon aikaasi ja nähnyt valtavasti vaivaa. Lämmin kiitos, Anneli! Kiitokset myös työni toiselle ohjaajalle Jouko Nätille. Panoksesi oli tärkeä erityisesti kvantitatiivisen aineiston analyysien tarkistamisessa. Lämpimät kiitokset kuuluvat myös työni esitarkastajille Antti Karistolle ja Jyrki Jyrkämälle, joilta sain hyviä, oivaltavia kommentteja, parannusehdotuksia ja osuvaa kritiikkiä. Esitarkastuslausunnot auttoivat parantamaan käsikirjoitusta merkittäväällä tavalla.

Minna Zechner luki käsikirjoitukseni helteisen heinäkuun lopulla, korjasi kirjoitusvirheitäni, huomautti epäloogisuuksista ja osoitti monia tarkennusta vaativia kohtia. Kiitos Minna! Työtäni luki loppuvaiheessa myös Tiina Saari, jonka terävä katse huomaa paljon. Kiitos Tiina, että sain apuasi johdannon kanssa, käytit aikaasi lähdeluetteloni siistimiseen ja kiitos myös kaikesta muusta tuesta. Pohjalainen huumorisi ja elämänasenteesi pelastavat päivän kuin päivän.

Esitarkastusvaiheessa työni luki Paul Van Aerschot, joka korjasi paljon epätarkkoja ilmaisujani, kielioppivirheitäni ja esitti monia hyviä parannusehdotuksia. Kiitos, isä, niin käsikirjoituksen kommentoinnista kuin lukuisista tutkijan työtä koskevista keskusteluista ja kaikesta muusta tuesta. Kiitos myös Elina Joensuulle oikoluvusta, jota kipeästi viime talvena tarvitsin. Se oli oleellinen osa käsikirjoituksen saattamista esitarkastukseen.

Liina Sointu ja Olli Karsio ovat olleet mahtavia projektikollegoja, joiden kanssa tutkijan työ on ollut hauskaa ja opettavaista. Kiitos Liina, että olet juuri sellainen lämmin, huomaavainen ja fiksu kuin olet. Kiitos Olli, että olet tuonut yhdessä tekemisen taitoja joukkoomme ja olet ollut aina reilu ja kannustava työkaveri. Yhteistyö toivottavasti jatkuu vielä pitkään teidän molempien kanssa!

Liisa Häikiö, sinun kanssasi on ollut ilo tehdä töitä ja niin tulee olemaan jatkossakin. Arvostan todella paljon kykyäsi keskittyä olennaiseen ja nähdä rakennetta siellä, missä joku muu näkee vain sotkun. Olet myös loistavaa seuraa tanssilattialla. Niina Viitasalo, sinun aitoa ihanaa nauruasi sain kuunnella usein, kun olit huonekaverini. Autoit niin aineiston analyyseissä kuin yliopiston ulkopuolisen elämän analyyseissä, kiitos kaikesta. Satu Ojala, olet monella tavalla kulkenut rinnallani väitöskirjan teossa ja muissa asioissa. Olet monesti saanut minut uskomaan, että kaikesta selvitään. Ja niin selvitäänkin!

Siitä, että tätä työtä on konkreettisesti ollut mahdollista tehdä, kuuluu suuri kiitos Suomen Akatemialle ja jälleen Anneli Anttoselle. Tutkimukseni aihe syntyi Annelin johtamassa ja Akatemian rahoittamassa tutkimusprojektissa Vanhuus, hoiva ja kuluttajuus ja siinä kerättiin myös tämän tutkimuksen empiiriset aineistot. Toinen vastaava kiitos kuuluu ensin JP Roosin ja sitten Ulla-Maija Seppälän johtamalle VASTUU-tutkijakoululle, jota niin ikään rahoitti Suomen Akademia. VASTUUn täysipäiväisenä tohtorikoulutettavana oleminen mahdollisti kaksi vuotta väitöskirjan tekemistä. VASTUU tarjosi myös hienoja kokemuksia kesä- ja syyskouluihin sekä tilaisuuksia tutustua kiinnostaviin ja kivoihin ihmisiin. Kiitos kaikki vastuulaiset, erityisesti Jyri, Anne, Karoliina, Emilia ja Jenni, teidän kanssanne on ollut ilo taivaltaa tätä polkua. Kiitos vielä aivan erityisesti Anna-Maria, olet mahtavaa matkaseuraa ja olen iloinen, että olen saanut tutustua sinuun.

Sosiaalitieteellinen työyhteisö Linnassa on ollut mitä parhain paikka tehdä väitöskirjatutkimusta ja kehittää lukuisia muita taitoja, joita yliopistouralla tarvitaan. Kahvihuoneessa kuuluu usein nauru ja vähintään yhtä usein siellä keskustellaan maailman menosta. Eikä ole sellaista asiaa, johon ei saisi apua kysymällä kollegalta Linnan 5. krs:ssa. Kiitos erityisesti Kirsi, Aart-Jan, Mikko, Aku, Katri ja Laura N. Olette niitä syitä, joiden takia on ollut aina kivaa tulla töihin.

Olen saanut paljon tukea, onnea ja iloa myös muilta läheisiltäni näiden vuosien aikana. Suurin kiitos siitä kaikesta kuuluu äidilleni Anjalle. Olet mahtava ihminen! Lämpimän halauksen haluan lähettää ihanille ystäväilleni Tiinalle, Tipille, Ellulle, Niinalle, Piialle ja Elisalle. Kiitos, että olette olemassa. Ja lopuksi tärkein asia, rakkaimpani Niila ja Jooa. Teidän kanssanne ei tarvitse miettiä elämän tarkoitusta.

Kaukajärvellä elokuun lopussa,
Lina Van Aerschot

Abstract

This doctoral thesis is about the care of older people and inequality in Finland. My primary research question asks whether meeting older people's care needs is related to their personal economic and social resources. To answer this question, I begin by providing an overview of the societal context in which care is organized. First I examine for what purposes care is supported and how it is related to promoting wellbeing on a societal level. Secondly, I consider the changes that have taken place during the last 20 years with regards to the Finnish welfare state and the provision of social services. Thirdly, I examine what can be interpreted as the main principles from the national policy documents that give guidelines for care policies, and what the main features of the current provision of care are. Based on this background I make use of two different empirical datasets, a survey and interviews collected in Tampere and Jyväskylä, in order to deepen our understanding of the current state of providing and receiving care, help and services. In addition, I explore how care and services are organized on the practical level.

Originally, care has been included in social policy because it has been considered as one of the essential components of wellbeing. The fact that care services have been financed and organized by the public sector is based on the idea that public care services offer a way to promote equality, sharing responsibility, and people's autonomy. Public services were expanded in Finland from the 1960's but then cut back after the economic recession in the 1990's. In a similar vein the responsibility shifted first from the family to the public sector, and then back to the family again. This is related to a set of larger changes that are taking place in Western and Nordic welfare states. The role of the public sector is narrowing and the responsibility of social wellbeing is being increasingly shifted to individuals and families. Citizens, including older people, are expected to be active and to take part in society, and this includes making choices and taking responsibility concerning their lives and their care. Developments in the provision of public services have moved in the direction of promoting choice and consumerism, even though the financing and allocation of services still remain public responsibilities. However, alongside marketization a concern about social inequality is rising. When the privatization of responsibility is

combined with the marketization of services there is a risk of personal resources becoming key to having care needs met. At the same time social inequality has been increasing. In the policy documents both individuals' own responsibility and the problem of rising inequality are emphasized, which can be considered somewhat contradictory.

According to the findings of my empirical research, older people most often receive care from their family, but they would wish that if their needs become more demanding, it would instead be received through public services. The responsibility is therefore already on the private sphere or family, but at the same time older people wish not to be dependent on their close ones with their care needs. My research shows that the majority of older people in Tampere and Jyväskylä are either able to take care of themselves or receive enough help. However, 14 percent considered the help and care that they received as insufficient. This was most common for women who had a poor status of health and who lived alone.

Inequality regarding care and services was most clearly related to the use of private services and level of income. Informal help and public services seemed to be received according to need, i.e. their provision related to poor status of health, and living alone. These factors were also related to the use of private services, but level of income was a stronger predictor here. The interview data also showed that level of income was a major factor in determining the use of private services. Thus, if the role of privately purchased services increases and people are expected to extend their personal responsibility to acquiring services from the private sector, it can be assumed that inequality among older people will increase. Until now guaranteeing indispensable subsistence and care is still a public responsibility, but given the changes that have taken place in the Finnish welfare state, and in values, attitudes, public service provision and the political principles guiding care policies, there is reason to worry about future developments.

Tiivistelmä

Kysyn tässä tutkimuksessa asettuvatko vanhukset taloudellisten ja sosiaalisten resurssiensa perusteella eriarvoisiin asemiin tarvitessaan hoivaa. Hoivaa tuetaan yhteiskunnallisella tasolla siksi, että hoivan tarpeisiin vastaamista pidetään yhtenä hyvinvoinnin edellytyksenä. Tuottamalla hoivaa julkisin palveluin halutaan edistää oikeudenmukaisuutta, vastuun jakamista sekä ihmisten riippumattomuutta ja itsemääräämisoikeutta. Suomessa julkisia hoivapalveluja ensin laajennettiin voimakkaasti 1900-luvun jälkipuoliskolla, sittemmin niitä on supistettu. Samalla vastuun hoivasta voidaan sanoa ensin siirtyneen lähiyhteisöiltä julkiselle sektorille ja viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana taas alkaneen liukua takaisin julkiselta sektorilta perheille ja läheisille.

Hoivavastuun painopisteen siirtyminen liittyy laajempiin hyvinvointivaltioissa käynnissä oleviin muutoksiin. Valtion ja julkisen sektorin roolia ja vastuuta on alettu supistaa palvelujen järjestämisessä. Ihmisten, muun muassa hoivaa tarvitsevien vanhusten, odotetaan toimivan aktiivisina, valintoja tekevinä ja osallistuvina kansalaisina. Hoivapalvelujen rahoittaminen ja allokoiminen on edelleen julkisen sektorin vastuulla, mutta niitä järjestetään yhä useammin yksityisten palveluntuottajien toimesta ja ihmisiä ohjataan ostamaan tarvitsemiaan hoivapalveluja yksityiseltä sektorilta kotitalousvähennystä hyödyntäen. Samaan aikaan sosiaalinen eriarvoisuus on yhteiskunnassa lisääntynyt, tuloerot ovat kasvaneet ja vanhojen ihmisten pienituloisuus on yleistä. Siksi on ajankohtaista kysyä, miten paljon henkilökohtaiset resurssit vaikuttavat hoivan järjestämiseen ja ovatko vanhukset taustatekijöistään riippumatta tasa-arvoisessa asemassa hoivaa tarvitessaan.

Empiirinen tutkimukseni osoittaa, että vanhukset saavat useimmiten apua läheisiltään, mutta toivoisivat avun tarpeiden mahdollisesti lisääntyessä saavansa apua julkisista palveluista. Oma ja lähipiirin ensisijainen vastuu siis toteutuu jo nyt, mutta ihmiset eivät kuitenkaan haluaisi olla läheisistään riippuvaisia, jos avuntarpeet lisääntyvät. Tutkimukseni mukaan pieni, mutta kuitenkin huomionarvoinen osa vanhuksista, 14 prosenttia, koki jäävänsä ilman riittävää apua. Tämä joukko koostui

pääosin yksinasuvista, terveydentilaltaan huonokuntoisista naisista. Myös tulotaso oli yhteydessä avun riittämättömyyteen. Pienituloisista noin 20 prosenttia kertoi jäävänsä ilman riittävää apua kun parempituloisista vain 7 prosenttia ei saanut tarpeeksi apua.

Tutkimukseni mukaan hoivaan, apuun ja palveluihin liittyvä eriarvoisuus on yhteydessä sekä taloudellisiin että sosiaalisiin resursseihin. Informaalia apua saavat eniten huonokuntoiset vanhuksset, mikä on loogista. Julkiset palvelut kohdistuvat niin ikään paljolti niitä eniten tarvitseville, huonokuntoisille ja yksinasuville vanhuksille. Nämä hoivan tarpeita selittävät taustatekijät ovat yhteydessä myös yksityisten palvelujen käyttöön, mutta vielä merkittävämpi yhteys on korkealla tulotasolla ja yksityisten palvelujen käytöllä. Yksityisiä palveluja ostavat siis varakkaammat, kuten voi olettaa. Tutkimukseni osoittaa myös, että apua ja hoivaa saadaan usein eri lähteistä eli kunnallisten palvelujen saaminen ja yksityisten palvelujen käyttö on yhteydessä informaalin avun saamiseen ja päinvastoin. Voidaan siis olettaa, että omaiset ja läheiset sekä heidän käytössään olevat tiedolliset, taidolliset ja taloudelliset resurssit ovat tärkeä osa palvelujen hankkimista vanhuksille, olivatpa palvelut julkisia tai yksityisiä.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	13
	Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävä.....	14
	Työn keskeiset käsitteet.....	16
	Tutkimuksen rakenne	18
2	Julkiset hoivapalvelut tasa-arvoisen hyvinvoinnin edistäjinä.....	20
2.1	Hoiva hyvän elämän ja hyvän yhteiskunnan osana	21
	Hyvinvointivaltion rooli tasa-arvoisen hyvinvoinnin edistämässä.....	25
	Sosiaaliset oikeudet	28
	Oikeus hoivaan ja huolenpitoon.....	30
2.2	Hoivan yhteiskunnallisen tukemisen tavoitteet ja keinot	33
	Julkis palvelut ja yhdenvertaisuus hoivassa	36
3	Muutoksia yhteiskunnassa ja hoivan järjestämisessä.....	39
3.1	Hyvinvointivaltio muutoksessa	40
	Tehokkuutta ja taloudellisuutta markkinoilta.....	43
	Palvelumarkkinat, vapaat kuluttajat ja hoiva	46
	Kansalaiset oman elämänsä yrittäjinä.....	51

3.2	Markkinoistaminen ja yksityistämisen muodot.....	54
	Hoiva ja markkinat.....	59
3.3	Eriarvoisuus yksilöllisyyden, vapauden ja oman vastuun rinnalla.....	61
	Taloudellinen eriarvoisuus ja pienituloisuus	65
	Eriarvoisuus ja vanhojen ihmisten pienituloisuus.....	67
	Julkisten palvelujen merkitys eriarvoisuuden vähentämisessä.....	71
4	Hoiva, apu ja palvelut.....	74
4.1	Vanhushoivan poliittinen ohjaus, oma vastuu ja oikeudenmukaisuus	75
	Yhdenvertaisuus: eriarvoisuuden vähentäminen.....	78
	Omaisten ja hyväkuntoisten vanhusten resurssit käyttöön	80
4.2	Köyhäinhoito, kattava kotihoito, karsittu ja kohdennettu kotihoito.....	83
4.3	Hoiva 2000-luvulla: mahdollisimman pitkään kotona omaisten tuella	86
4.4	Yksityinen palveluntuotanto kasvussa.....	90
4.5	Avun saaminen, palvelujen käyttö ja avun riittävyys.....	93
	Hoivan järjestämisen yhteiskunnallinen konteksti: yhteenveto luvuista 2-4	97
5	Tutkimuksen toteutus: Aineistot, menetelmät ja metodologia	100
5.1	Kyselyaineisto.....	101
5.2	Haastatteluaineisto.....	105
5.3	Monimetodisuus	108

5.4	Metodologiana kriittinen realismi.....	112
	Todellisuus on olemassa tulkinnasta riippumatta.....	113
6	Vanhusten avun lähteet, palvelujen käyttö ja avun riittävyys	117
6.1	Eniten apua saadaan läheisiltä, toivotaan julkisista palveluista.....	118
6.2	Avun tarpeet, avun riittävyys ja riittämättömyys.....	125
	Palvelumaksut avun riittämättömyyden syynä.....	128
	Avun riittämättömyys vanhusten kertomana.....	130
6.3	Informaali apu palvelujen koordinoointia ja täydentämistä tai kokonaisvaltaista vastuuta.....	139
	Informaalia apua halutaan palkita tavalla tai toisella.....	144
	Ostettu informaali apu.....	146
	Yhteenveto: informaalin hoivan suuri rooli.....	149
7	Taustatekijät, apu ja palvelut.....	153
7.1	Palvelujen käyttö.....	154
7.2	Taustatekijät, avun saaminen ja palvelujen käyttö.....	158
	Informaalia apua huonokuntoisille.....	161
	Kunnallista kotihoitoa yksinasuville ja huonokuntoisille	163
	Yksityisiä palveluja varakkaammille.....	165
	Siivouspalvelu usein yksityistä.....	167
	Tulotaso ja palvelujen käyttö vanhusten kertomana.....	169

	Yhteenveto: kotona pitkään jos omaiset auttavat ja rahat riittävät palveluihin ...	173
8	Yksilön vastuu, eriarvoisuus ja hoiva	178
8.1	Valtaosalla vanhuksista menee hyvin – riittääkö se?	180
8.2	Tutkimustulosten suhde todellisuuteen	183

1 Johdanto

Tutkimukseni käsittelee vanhusten hoivaa ja eriarvoisuutta. Kysyn, mistä vanhat ihmiset saavat tarvitsemansa avun ja hoivan ja millaista on hoivaan sisältyvä eriarvoisuus käyttämieni aineistojen ja niihin pohjaavien empiiristen analyysien valossa. Tutkimuksen empiirinen analyysi perustuu kysely- ja haastatteluaineistoille. Tarkastelen työni alkuosassa myös laajasti hoivan yhteiskunnallista kontekstia. Olen kiinnostunut siitä, millaiset rakenteet ja prosessit muovaavat vanhusten hoivaa tällä hetkellä Suomessa ja millaista eriarvoisuutta hoivan saamiseen mahdollisesti sisältyy. Vanhusten hoivan tutkiminen eriarvoisuuden näkökulmasta on tärkeää ja ajankohtaista, koska hoivan järjestämisen tavat muuttuvat. Hyvinvointivaltion rakenteet ja palvelujärjestelmät, yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja asenteet sekä erilaiset kulttuuriset käytänteet luovat reunaehdot sille, miten ja millaista hoivaa sekä apua ja millaisia palveluja on vanhusten saatavilla. Tämä konteksti on viimeisen kahden vuosikymmenen aikana muuttunut olennaisella tavalla.

Aiemmin suomalaisen sosiaalipolitiikan ja palvelujärjestelmän lähtökohtina pidettiin sosiaalisia oikeuksia, yhteiskunnan vastuuta ja julkisen sektorin vahvaa roolia. Näiden periaatteiden rinnalle ja osin niitä korvaamaan on viime vuosina tullut tehokkuutta, kilpailukykyä, ihmisten omaa aktiivisuutta ja yksilöllisyyttä painottavia ideoita (Barbier 2001; Clasen & Clegg 2003; Morel, Palier & Palme 2012; Julkunen 2006, 206–210). Sosiaalisten oikeuksien sijaan korostuvat menettelylliset oikeudet (Kotkas 2009) ja ajatukset ihmisten omasta vastuusta, osallistumisesta ja yksilöllisten valintojen tekemisestä (Newman & Tonkens 2011; Julkunen 2006; Anttonen, Häikiö & Valokivi 2012). Julkista palvelujärjestelmää on alettu kehittää markkinoilta omaksuttujen toimintatapojen mukaisesti tavoitellen ennen kaikkea kustannustehokkuutta (Clarke & Newman 2007). Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana julkisia palveluja on alettu markkinoistaa eli aiemmin julkisen sektorin tuottamien ja rahoittamien palvelujen sijaan kunta ostaa niitä yksityisiltä palveluntuottajilta kilpailutusten ja ostopalvelusopimusten kautta ja

palveluntarvitsijoita kannustetaan suoraan hankkimaan palveluja yksityisesti kotitalousvähennyksen avulla.

Samaan aikaan eriarvoisuus on kasvanut. Varallisuus on keskittynyt entistä enemmän kaikkein vauraimmille (Riihelä, Sullström & Tuomala 2007, 89–91) ja tuloerot ovat kasvaneet (Suomen virallinen tilasto, tulonjaon kokonaistilasto 2012). Yli 65-vuotiaista suomalaisista noin kolmannes on pienituloisia ja pitkittynyt köyhyys on tässä ikäluokassa Suomessa yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa (Fritzell, Bäckman & Ritakallio 2012, 178–181). Ihmiset asettuvat tulojensa perusteella hyvin erilaisiin asemiin yhteiskunnassa, ja tulot ovat yhteydessä hyvinvoinnin kannalta oleellisiin asioihin, kuten terveyteen ja erilaisten hyvinvointipalvelujen käyttöön (Tarkiainen ym. 2011; Bambra 2012; Murto ym. 2014).

Eriarvoisuuden lisääntyminen yhteiskunnassa ja palvelujärjestelmässä tapahtuneet muutokset pakottavat kysymään, millainen on tämänhetkinen vanhusten hoivan järjestämisen konteksti, mistä lähteistä vanhukset 2010-luvulla saavat hoivaa ja palveluja sekä miten tasa-arvoisuus tai eriarvoisuus hoivan saamisessa ilmenevät.

Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävä

Lähestyn tutkimuksessani vanhusten avun ja hoivan saamista sekä siihen liittyvää eriarvoisuutta tutkimuskirjallisuuden, hoivan ja palvelujen järjestämistä ohjaavien poliittisten asiakirjojen sekä empiiristen aineistojen, kyselyn ja haastattelujen, avulla.

Tarkastelen työni alkuosassa luvuissa 2-4 hoivan järjestämisen yhteiskunnallista kontekstia, sillä se luo puitteet hoivan antamisen ja saamisen käytännöille sekä hoivapalvelujen järjestämiselle. Käyn läpi perusteet ja tavoitteet, joita hoivan yhteiskunnalliselle tukemiselle asetetaan. Samalla muodostan teoreettisen taustan sille, miksi ylipäätään vanhusten hoiva on yhteiskunnallinen kysymys. Tarkastelen myös sitä, miten hoivan järjestämisen yhteiskunnallinen konteksti on viimeisten kahden vuosikymmenen aikana muuttunut. Hyvinvointivaltion muutosta koskeva teoreettinen ja poliittinen keskustelu tekee mahdolliseksi ymmärtää hoivan eriarvoistumista, joka on tutkimukseni pääteema. Hieman konkreettisemmalla tasolla tarkastelen hoivapalvelujen järjestämistä ja poliittisen ohjauksen periaatteita.

Työni alkuosa muodostuu kolmesta laajasta teemasta ja niihin liittyvistä kysymyksistä. Ensin tutkin, miksi hoiva on yhteiskunnallinen kysymys ja esitän, mitkä ovat hoivan yhteiskunnallisen tukemisen lähtökohdat. Toiseksi kysyn, millä tavalla nämä lähtökohdat ovat viimeisten kahden vuosikymmenen aikana muuttuneet. Kolmanneksi tarkastelen sitä, millainen hoivapalvelujärjestelmä on tällä hetkellä ja mitä viimeaikaisen tutkimuksen perusteella tiedetään hoivan ja avun saamisesta sekä palvelujen käytöstä.

Nämä kolme teemaa muodostavat taustan, jota vasten tutkin empiirisesti vanhojen ihmisten saamaa hoivaa, apua ja palvelujen käyttöä. Empiirinen tutkimukseni jakautuu kahteen osaan. Muodostan ensin aineistojeni mahdollistamissa rajoissa kokonaiskuvan siitä, miten vanhusten hoivan tarpeisiin vastataan. Tarkemmat tutkimuskysymykseni ovat:

- Mistä apua ja hoivaa saadaan?
- Mistä apua ja hoivaa haluttaisiin saada?
- Millaisiin tarpeisiin ja miten paljon palveluja käytetään?
- Millaisiin tarpeisiin ja miten paljon saadaan informaalia apua?
- Saadaanko apua ja hoivaa riittävästi?

Toiseksi tarkastelen sitä, millä tavoin taloudelliset ja sosiaaliset taustatekijät ovat aineistojeni perusteella yhteydessä hoivan saamiseen ja palvelujen käyttöön. Kysyn:

- Mitä palveluja vanhukset käyttävät ja minkä tahon tuottamia ne ovat?
- Mitkä sosiaaliset ja taloudelliset taustatekijät ovat yhteydessä erilaisiin avun ja hoivan lähteisiin: informaaliin apuun, julkisten palvelujen saamiseen ja yksityisten palvelujen käyttöön?
- Miten vanhukset kuvailevat tulojen vaikutusta palvelujen hankkimiseen?

Tutkimukseni empiirinen osa mahdollistaa hoivaan, apuun ja palveluihin liittyvien kysymysten monipuolisen tarkastelun. Käytössäni olevien aineistojen avulla saa kuvan siitä, mistä vanhusten saama hoiva ja apu muodostuvat ja minkälaisia asioita liittyy palvelujen käyttöön. Lisäksi aineistot mahdollistavat sosiaalisten ja taloudellisten taustatekijöiden ja avun lähteiden yhteyksien tarkastelemisen. Tutkimukseni alkuosassa tarkastellaan hoivan järjestämisen yhteiskunnallista kontekstia, loppuosassa tutkitaan hoivan tarpeisiin vastaamisen käytännön tasoa vanhusten omasta tai heidän omaistensa näkökulmasta. Näiden eri tasojen ja

kysymysten avulla pyrin muodostamaan mahdollisimman laajan ymmärryksen siitä, millä tavalla vanhusten hoivan saamiseen ja palvelujen käyttöön mahdollisesti liittyy eriarvoisuutta tai sen riskiä ja mihin laajempiin yhteiskunnallisiin seikkoihin se kytkeytyy.

Empiiristä tutkimusta eriarvoisuudesta sekä hoivan ja avun saamisesta on tehty hyvin vähän, vaikka palvelujärjestelmässä on tapahtunut melko suuria muutoksia. Myöskään tutkimuksia, joissa yhdistettäisiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista aineistoa, ei avun ja palvelujen käytöstä Suomessa ole tehty. Siksi väitöskirjani tuo paitsi uudenlaista tietoa aihepiiristä, myös uudenlaisen tavan tutkia vanhushoivaan, eriarvoisuuteen ja hyvinvointivaltion muutokseen liittyviä kysymyksiä

Työn keskeiset käsitteet

Käytän työssäni käsitteitä vanhukset tai vanhat ihmiset viitattessani yli 75-vuotiaisiin. Yleisesti ihmisistä tulee vanhuspolitiikan kohteita eläkeiässä, yli 65-vuotiaina, mutta ihmiset eivät itse määrittele itseään vanhoiksi vielä tuossa iässä, vaan vanhuuden katsotaan alkavan vasta 80 ikävuoden jälkeen (Jyrkämä 2003, 281–285). Sanalla vanhuus on joskus ihmisten mielissä negatiivinen kaiku eivätkä ihmiset välttämättä pidä siitä, että heidät luokitellaan joukkoon, josta käytetään nimitystä vanhat ihmiset tai vanhukset. On kuitenkin perusteltua käyttää sanaa vanhuus. Se voidaan ymmärtää ikäkategoriana, johon on luokiteltu joukko ihmisiä, jotka ovat tietynlaisten palvelujen ja etuuksien saajia. Vanhustenhuolto on tämän politiikan ilmentymä, vaikka vanheneminen ei automaattisesti tarkoita sitä, että ihmisestä tulisi vanhuspolitiikan kohde tai vanhustenhuollon palvelujen käyttäjä. (Tedre 2007, 96, 99.)

Vanhenemiseen liitetään usein toimintakyvyn heikkeneminen ja ”raihnaistuminen” (Jyrkämä 2003, 268), jotka kuitenkin etenevät ihmisillä eri tahtiin ja vaikuttavat elämään eri tavoin. Ihmiset saattavatkin olla erilaisissa tilanteissa ja asemissa sekä tuntea itsensä eri-ikäisiksi, vaikka kuulusivatkin ikävuosina mitattuna vanhojen ihmisten joukkoon. Vanhuuden määrittelemisen ei siis ole yksiselitteistä ja se voidaan tehdä monin eri kriteerein. Ihmisellä voi olla erilainen sosiaalinen ikä, kalenteri-ikä, biologinen ikä tai koettu ikä. (Karisto 2004.) Tarvitsen kuitenkin tässä työssä sanoja vanhus, vanhuus ja vanhat ihmiset, koska niiden avulla pystyn viittamaan tiettyyn väestönosaan, niin moninaiset elämäntilanteet kuin siihen

kuuluvilla saattaakin olla. Työni kannalta oleellista onkin kiinnittää huomiota siihen, että vanhuus muotoutuu yhteiskunnallisissa käytännöissä (Jyrkämä 2007, 100) ja ihmiset vanhenevat yhteiskunnan luomissa puitteissa, jotka paitsi muuttuvat ajassa myös vaihtelevat esimerkiksi ihmisten yhteiskunnallisen aseman tai asuinpaikan mukaan (Jyrkämä 2003, 276–277).

Hoivalla tarkoitetaan yleensä kokonaisvaltaista huolenpitoa, jota ihminen tarvitsee oman toimintakykynsä heikentymisen vuoksi (Sipilä 2003, 23). Sen voi ymmärtää myös toiminnaksi, johon osallistuvat ainakin hoivaaja ja hoivan tarvitsija, ja jonka tavoitteena on tuottaa hyvinvointia hoivan tarvitsijalle (Zechner 2010, 19). Hoiva on toisen tarpeista huolehtimista sekä fyysisesti että psyykkisesti ja se voi olla niin ruumiillista työtä kuin läsnäoloa (Anttonen & Zechner 2009, 17). Tässä työssä erotan hoivan ja avun käsitteet. Pidän hoivaa laajempänä käsitteenä kuin apu siten, että se on huolehtimista ja vastuuta ihmisen hyvinvoinnista, kuten hygieniasta, ravitsemuksesta tai terveyteen liittyvistä asioista, kuten lääkityksestä. Näihin usein liittyy monenlaisten käytännön toimien hoitamista, jotka luokittelevat avuksi. Apu, joka siis voi joko kuulua hoivaan tai jota voidaan antaa ilman hoivaakin, tarkoittaa tutkimuksessani käytännöllisiä askareita kuten pihatyöt, pankki- ja kauppa-asioiden hoitaminen tai kuljettaminen erilaisiin paikkoihin kodin ulkopuolella. Hoivaa ja apua voidaan saada läheisiltä tai niitä voidaan hankkia palveluina, jotka tuotetaan joko julkisesti rahoitettuina tai subventoituina tai yksityisesti ostettavina. Useimmiten julkisen sektorin tuottamana tai rahoittamana saaduista palveluista maksetaan asiakasmaksu.

Hyvinvoinnilla tarkoitetaan usein sitä, että ihmisillä on käytössään resursseja, joilla he voivat ohjata omaa elämäänsä. Tällaisia resursseja ovat esimerkiksi taloudellisen toimeentulon edellytykset, tiedollinen pääoma, sosiaaliset suhteet ja turvallisuus (Heikkilä & Kautto 2002, 20). Hyvinvointiin kuuluu myös perustarpeista huolehtiminen eli muun muassa apu ja hoiva silloin, kun niitä tarvitaan. (Sihvola 2004). Hyvinvoinnin edistäminen yhteiskunnallisella tasolla tarkoittaa turvallisuuden ja osallisuuden lisäämistä, köyhyyden ja syrjäytymisen torjumista, terveellisten elintapojen suosimista, sairauksien ja terveyserojen vähentämistä sekä terveellisestä elinympäristöstä huolehtimista (STM 2014).

Eriarvoisuudella viitataan tarkkaan ottaen sosiaaliseen eriarvoisuuteen. Sitä ilmenee yhteiskunnassa, jossa erilaiset hyvinvointiin vaikuttavat resurssit ovat jakautuneet epätasa-arvoisesti. Resurssit voivat olla joko materiaalisia resursseja tai

mahdollisuuksia. Usein eriarvoisuudesta puhutaan taloudellisten resurssien yhteydessä ja silloin eriarvoisuus tarkoittaa kulkua rikkaiden ja köyhien välillä. Epätasa-arvon on myös väitetty olevan epäoikeudenmukaisuuden edeltäjä ja seuraus. Tällä tarkoitetaan sitä, että sosiaalinen eriarvoisuus yhtäältä johtuu ja toisaalta pysyy olemassa siksi, että epäoikeudenmukaisuutta pidetään yhteiskuntaan kuuluvana luonnollisena asiana. (Dorling 2010, 13.)

Tutkimuksen rakenne

Tutkimukseni alkuosa käsittelee laajemmin hoivaetiikkaa, sosiaalisia oikeuksia, hoivan ja hoivapalvelujen järjestämistä ja siinä tapahtuneita muutoksia kuten markkinoistamista, eriarvoisuutta, sekä niitä ajatuksia ja ideoita, joita uudenlaisten, yksilöllisyyttä ja omaa vastuuta korostavien hoivan järjestämisen tapojen taustalla on. Työn empirinen osuus käsittelee avun tarpeita, avun lähteitä, avun riittävyttä sekä sosiaalisten ja taloudellisten taustatekijöiden yhteyttä avun saamiseen ja palvelujen käyttöön.

Työni etenee niin, että tarkastelen ensin luvussa kaksi tutkimuskirjallisuuden perusteella kysymyksiä siitä, mihin julkinen vastuu hoivasta ja hoivapalvelujen tuottamisesta perustuu teoreettisella ja käsitteellisellä tasolla. Käyn läpi perusteluja sille, miksi hyvinvointivaltion rooli on oleellinen hyvinvoinnin tasa-arvoisessa tuottamisessa. Tarkastelen sosiaalisia oikeuksia teoreettisena lähtökohtana ihmisten oikeuksille saada hoivaa ja huolenpitoa yhteiskunnan taholta. Luvun lopussa tarkastelen vielä mitä hoivan yhteiskunnallisella tukemisella tavoitellaan ja millaisin keinoin tavoitteisiin pyritään. Tässä yhteydessä tarkastelen erityisesti julkisten palvelujen roolia hoivan tuottamisessa.

Kolmannessa luvussa tutkin yhteiskunnallisia muutoksia, jotka ovat muovanneet hoivan tuottamisen, antamisen ja saamisen kontekstia. Tarkastelen hyvinvointivaltiota ja laajaa julkista sektoria kohtaan esitettyä kritiikkiä, johon on vastattu erilaisin tehokkuutta ja taloudellisuutta tavoittelevin toimenpitein. Tutkimuskirjallisuuteen nojautuen käyn läpi yhteiskunnassa ja politiikassa vallitsevien arvojen, ajatusten ja ideoiden muutoksia, joihin kuuluu markkinoiden ja kuluttajuuden korostaminen sekä aktiivisen kansalaisuuden eli ihmisten oman vastuun, valintojen tekemisen ja osallistumisen painottaminen. Kysyn myös mitä markkinoistaminen tarkoittaa ja miten sitä voidaan sovittaa hoivan järjestämiseen.

Luvun lopussa arvioin kirjallisuuden ja tilastojen perusteella eriarvoistumista. Tarkemmin käyn läpi vanhusten pienituloisuutta sekä julkisten palvelujen merkitystä eriarvoisuuden vähentämisessä.

Neljännessä luvussa tarkastelen hoivan järjestämisen suuntaviivoja poliittisissa ohjausasiakirjoissa. Sitten keskustelen siitä, miten hoivapalvelut suomalaisessa yhteiskunnassa ovat kehittyneet osaksi sosiaalipoliittista järjestelmää sekä millainen järjestelmä on tällä hetkellä. Tarkastelen myös palvelujärjestelmässä viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia. Luvun lopussa käyn läpi aikaisempaa tutkimusta hoivan ja avun saamisesta sekä palvelujen käytöstä.

Viidennessä luvussa esittelen työni empiirisen osan aineistot, menetelmät ja empiiriseen tutkimukseen liittyvän metodologisen lähestymistapani. Luvuissa kuusi ja seitsemän raportoin empiirisen tutkimukseni tuloksia. Ensin, luvussa kuusi, vastaan kysymyksiin, mistä vanhukset saavat apua, missä he tarvitsevat apua ja miten hyvin he kokevat avun riittävän. Lisäksi tarkastelen informaalin avun muotoja ja arvioin sen osuutta hoivan ja avun saamisessa. Seitsemännessä luvussa vastaan kyselyaineistoon perustuen, mitä palveluja vanhukset käyttävät ja minkä tahon tuottamina he niitä saavat tai hankkivat. Sitten tarkastelen yksityiskohtaisemmin mitkä sosiaaliset ja taloudelliset taustatekijät ovat yhteydessä avun ja hoivan saamiseen erilaisista lähteistä, omaisilta ja läheisiltä eli informaalisti, kunnallisista palveluista ja yksityisistä palveluista. Kahdeksannessa luvussa vedän yhteen tutkimukseni keskeisimmät tulokset, ensin teoreettiset ja sitten empiiriset. Pohdin tutkimustuloksiani laajemmin sosiaalipolitiikan ja erityisesti hoivapolitiikan sekä hoivaa tarvitsevien vanhusten kannalta. Lopuksi pohdin lyhyesti miten itse arvioin tiedon tuottamista oman tutkimukseni osalta.

2 Julkiset hoivapalvelut tasa-arvoisen hyvinvoinnin edistäjinä

Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa sosiaalipolitiikan eli kattavan sosiaaliturvan ja -etuuksien sekä julkisten palvelujen tarkoituksena on ollut suojata ihmisiä erilaisilta sosiaalisilta riskeiltä, joita elämän varrella kuka tahansa voi kohdata ja joihin kaikki eivät vapaan, markkinoilla tapahtuvan kilpailun vallitessa pysty varautumaan (Esping-Andersen 1985; Kildahl & Kuhnle 2005, 22). Sosiaaliturvan ja -palvelujen tavoitteena on myös tasata erilaisista sosioekonomisista lähtökohdista juontuvia eroja ja epätasa-arvoisuuksia ja edistää tasa-arvoa (Anttonen ym. 2012). Tasa-arvo viittaa siihen, että hyvä elämä ja sen tavoittelemine on mahdollista kaikille kansalaisille (Anttonen & Sipilä 2010; Lister 2009; Ellingsaeter & Leira 2006).

Pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin keskeisimmiksi tunnusmerkeiksi nimetään yleensä universalismi, solidaarisuus ja dekommodifikaatio (Kautto ym. 1999; Cox 2004). Universalismi tarkoittaa, ettei apua tarvitsevia erotella muista ja kohdella eri tavoin. Sen sijaan kaikkia pyritään kohtelemaan samoin periaattein ja kaikille yritetään luoda lähtökohdat itsenäiseen elämään. (Anttonen & Sipilä 2012, 19.) Solidaarisuus perustuu universalismin ajatukseen, sillä se toteutuu, kun kaikki kansalaiset luokka-asetmasta tai maantieteellisestä sijainnista riippumatta ovat oikeutettuja sosiaaliturvaan ja -palveluihin (Cox 2004, 209). Dekommodifikaatio puolestaan tarkoittaa riippumattomuutta markkinoista siten, että ihmisten sosiaaliset oikeudet ovat julkisen vallan turvaamia. Dekommodifikaatio tekee ihmisistä riippumattomia markkinoista niin, että esimerkiksi sairauden tai työttömyyden ajalta toimeentulo turvataan ainakin minimitasolla (Esping-Andersen 1990).

Näiden periaatteiden voidaan ajatella olevan pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin ideaaleja, jotka luovat käytännön sosiaalipolitiikan suuntaviivat ja asettavat sille periaatteelliset tavoitteet (Cox 2004). Tämän tutkimuksen kannalta hyvinvointivaltion ideaalit ovat oleellisia, koska ne ovat osaltaan vaikuttamassa siihen, miten sosiaalista hyvinvointia tuetaan ja organisoidaan. Kun järjestämme tukea, apua ja palveluja yhteiskunnassa heikommassa asemassa oleville

ihmisryhmille, kuten hoivaa tarvitseville vanhuksille, taustalla vaikuttavat hyvinvointivaltion rakenteet, niitä linjaavat ja määrittävät periaatteet, ideat ja tavoitteet sekä käsitykset siitä, mihin ihmisillä kansalaisina on oikeus.

Seuraavaksi luvussa 2.1 tarkastelen ensin hoivaetiikkaan pohjautuvia moraalikäsitteitä ja ihmiskuvaa sekä perusteluja sille, miksi hoiva on yhteiskunnallinen kysymys. Sitten tarkastelen, miten valtion ja yhteiskunnan rakenteet ovat oleellisia hoivan kannalta ja tasa-arvon edistämiseksi. Hoivan ja tasa-arvon yhteiskunnallisen edistämisen voidaan ajatella perustuvan sosiaalisille oikeuksille, joita tarkastelen omassa alaluvussaan. Tämän jälkeen käyn läpi tavoitteita, joita yhteiskunnassa pyritään hoivan tukemisella saavuttamaan.

Luvussa 2.2 käyn läpi sosiaalipalveluja ja julkisesti palkkatyönä tuotettuja hoivapalveluja pohjoismaisen hyvinvointivaltion erityispiirteinä ja universalismia niiden taustalla vaikuttavana periaatteena. Sitten kerron lyhyesti, miten hoivapalvelut ovat Suomessa kehittyneet osaksi sosiaalipoliittista järjestelmää ja miten niitä tällä hetkellä kunnissa organisoidaan. Lopuksi keskustelun siitä, millä tavalla oikeudesta hoivaan ja huolenpitoon on Suomessa säädetty perustuslaissa ja muualla lainsäädännössä.

2.1 Hoiva hyvän elämän ja hyvän yhteiskunnan osana

Joitakin kymmeniä vuosia sitten hoivaa tarvitsevilla ihmisillä ei ollut täysiä kansalaisoikeuksia vaan heitä pidettiin muiden avusta riippuvaisina perheenjäseninä tai sosiaalihuollon kohteina, jotka vaihtoivat autonomiansa yhteiskunnan taholta tulevaan tukeen. (Saraceno 2008.) Vasta hyvinvointivaltion järjestelmien kehittyttyä riittävästi hoivaa tarvitsevat ihmiset on alettu nähdä täysivaltaisina kansalaisina, joilla on oikeus saada tiettyjä etuuksia ja palveluja. Useissa Etelä-Euroopan maissa, kuten Italiassa, lakiin on kirjattu lasten velvollisuus huolehtia ikääntyvistä vanhemmistaan. Ihmisillä on siis oikeus saada hoivaa ja huolenpitoa, mutta vastuu sen antamisesta tai organisoimisesta on perheenjäsenillä. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa vastuu hoivan antamisesta ei ole lain mukaan ensisijaisesti perheillä vaan yhteiskunnalla. (Anttonen & Sointu 2006, 81.)

Kun hoivaa pidetään yhteiskunnallisena kysymyksenä eikä perheen sisäisenä ja yksityisenä asiana, taustalla vaikuttavat hoivaetiikka ja sellainen moraalinen käsitys,

että apua tarvitsevia tulee auttaa (Leira & Saraceno 2002, 73). Hoivaetiikan voidaan myös ajatella olevan moraaliteoria (Held 2006). Keskeistä hoivaetiikassa on näkemys siitä, että ihminen ei ole omaa etuaan tavoitteleva individualisti vaan erilaisten yhteisöjen jäsen ja aina suhteessa muihin ihmisiin. Hoivaetiikka haastaa liberalistisen individualismin ajattelutavan, jonka mukaan ihmiset ovat itsenäisiä, riippumattomia ja rationaalisia toimijoita. Tällaisessa ajattelutavassa jätetään huomiotta hoivaan liittyvät realiteetit. Ihmisille on olennaista itselle tärkeiden ihmisten tarpeiden huomioiminen ja täyttämisen eli vastuun ottaminen läheisistä (particular others). Hoivaetiikka edellyttää sen tunnustamista, että kaikki tarvitsevat hoivaa jossakin vaiheessa elämää. Ihmiset eivät aina pysty olemaan itsenäisiä ja riippumattomia vaan kohtaavat elämässä tilanteita, joista ei selviä ilman muiden apua. Hoivaetiikka on oleellista niin yksityisen elämän, perheen ja läheissuhteiden kannalta, kuin myös muilla yhteiskunnan osa-alueilla, kuten politiikassa, yhteiskunnan organisoimisessa, oikeusjärjestelmässä ja terveydenhuollossa. (Held 2006, 13–14.)

Moraalista pohdintaa vaativissa kysymyksissä hoivaetiikka painottaa tunteiden merkitystä. Jotta pystymme arvioimaan, mikä on oikein ja mitä pitäisi tehdä, sympatia, empatia, sensitiivisyys ja vastaanottavaisuus auttavat meitä tekemään moraalisesti kestäviä ratkaisuja. Jos päätöksiä tehdään yksinomaan rationaalisen punninnan ja laskelmien pohjalta, ei voida saavuttaa hoivaettisesti kestäviä ratkaisuja. Lisäksi hoivaetiikka tunnustaa partikulaaristen suhteiden ja tilanteiden merkityksen. Tavoitteena ei ole luoda mahdollisimman abstrakteja ohjeita, jotka sopisivat mahdollisimman moniin tilanteisiin. Elämässä on kyse todellisista ihmisistä ja heidän välisistään suhteista. Moraalisten ohjenuorien ei tarvitse olla universaalisti päteviä, sillä ihmisten välisessä kanssakäymisessä on aina huomioitava tilannekohtaiset seikat. Hoivaetiikkaa ja moraalista punnintaa tarvitaan myös hoivan käytäntöjen arvioimiseen ja tarkastelemiseen. Ei riitä, että hoivaa havainnoidaan ja kuvaillaan. (Held 2006, 9-13.)

Hoivan etiikkaa ja moraalisia rajoja voidaan pohtia tarkastelemalla hoivaa prosessina, kuten Joan Tronto (1993, 105–107), joka erottelee siinä neljä vaihetta. Ensimmäinen vaihe liittyy hoivan tarpeen havaitsemiseen (caring about). Toinen vaihe liittyy vastuun ottamiseen ja sen määrittämiseen, kuinka havaittuun hoivan tarpeeseen vastataan (taking care of). Kolmas vaihe käsittää itse hoivan antamisen eli havaitun hoivatarpeen tyydyttämisen (care-giving). Neljäs vaihe on lopputulos hoivan saajan kannalta eli hoivan arkinen ja hoivan vastaanottamisen taso (care-

receiving). Tronton jaottelu auttaa hahmottamaan hoivan reunaehdoja, sillä se nostaa esiin sen, että kyse ei ole vain jonkun ihmisen avuntarpeesta, johon joku jossain vastaa, vaan kyse on prosessista, johon liittyy erilaisia vaiheita ja jossa on mahdollisesti osallisena monia ihmisiä ja myös yhteiskunnan insituutioita.

Kari Waernessin (1984) käsite hoivarationaliteetti (rationality of care) niin ikään konkretisoi hoivaa tuomalla esiin, että hyvä hoiva koostuu tavoitteellisesta toiminnasta, järjestä ja tunteista. Laadukas hoiva edellyttää tilannekohtaista harkintaa ja kykyä ymmärtää, mikä on tarpeen kussakin tilanteessa. Siksi hoivaa ei voi normittaa ja järjestää abstrakteilla ja muodollisilla ohjeilla tai ehdoilla. Jotta tilannekohtainen harkinta olisi mahdollista, hoivan antajalla pitää olla riittävästi aikaa hoivan tarvitsijan tilanteen kunnolliseen hahmottamiseen.

Huolimatta siitä, että tarpeenmukainen ja laadukas hoiva edellyttää kykyä arvioida avun tarvitsijan partikulaarinen tilanne ja henkilökohtaiset tarpeet, joitakin yleisiä hyvän hoivan kriteerejä on mahdollista listata: kärsivällisyys, empatia, huomaavaisuus ja toisen tarpeiden havaitseminen, läheisyys sekä kyky ja halu vastata toisen ihmisen sellaisiinkin tarpeisiin, jotka saattavat vaikuttaa vähäpätöisiltä. Hoivaetiikassa on paljolti kyse siitä, miten suhtaudutaan riippuvuuteen muista ihmisistä, haavoittuvuuteen, vastuuseen ja luottamukseen, mitä ajatellaan läheisyydestä ja miten suhteutetaan itse muihin ja muut itseän. (Sevenhuijsen 1998, 1–3.)

Hoivaetiikan näkökulmasta ihmisyyden ja elämän tärkeimmät asiat asettuvat erilaiseen valoon kuin liberalistinen, individualismia ja rationaalisia valintoja hyvinvoinnin edellytyksenä pitävä ajattelu. Samoin viime vuosina korostuneet yhteiskunnan toimintaa ohjaavat aktiivisen kansalaisuuden ideat ihmisten omasta vastuusta, valinnoista ja osallistumisesta (ks. luku 3.1) ovat erilainen näkökulma kuin hoivaetiikan korostamat ihmisyyden osatekijät eli empatia, sensitiivisyys muiden tarpeille, tiettyihin elämänvaiheisiin kuuluva riippuvuus muista ihmisistä tai tarve saada ja antaa apua ja hoivaa.

Hoivan yhteiskunnallinen tukeminen voidaan ymmärtää siten, että hoivaetiikassa esiin tuotu käsitys ihmisistä toisistaan riippuvaisina sekä osana yhteisöjä, on otettu yhdeksi sosiaalipolitiikan lähtökohdaksi. Hoivaetiikan mukaan hyvinvointi sekä yksilöllisellä että yhteisöllisellä ja yhteiskunnallisella tasolla on mahdollista

ainoastaan, jos avun ja hoivan antaminen ja saaminen on tunnustettu ja tunnistettu osaksi ihmisenä olemisen ydintä.

Hyvinvointiin ja hyvän elämän edellytyksiin ajatellaan yleisesti kuuluvan yhtäältä perustarpeista huolehtiminen eli taloudellinen perustoimeentulo, asunto sekä apu ja hoiva silloin, kun niitä tarvitaan. Toisaalta hyvinvointiin katsotaan liittyvän myös mahdollisuus toteuttaa itseään ja tyydyttää tarpeitaan ihmisenä monin tavoin. (Erikson 1993; Allardt 1976, 1993.) Viime aikoina hoivan saaminen ja turvallisuudesta huolehtiminen, kun ihminen on haavoittuvassa tilassa, kuten vanhuksena, on alettu entistä selkeämmin lukea sellaisiin hyvän elämän edellytyksiin, jotka poliittisen järjestelmän täytyy mahdollistaa (Sihvola 2004, 64).

Usein hyvinvointiin ja hyvään elämään liitetään ajatus ihmisarvoisesta elämästä, joka puolestaan on osa kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia. Tästä hyvä esimerkki on Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksessa hyväksytty Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva yleissopimus (1966) ja Euroopan Unionin perusoikeuskirja vuodelta 2007. Hoivan voi sanoa olevan yksi ihmisarvoisen elämän mahdollistaja, koska jokainen ihminen tarvitsee hoivaa jossakin elämänsä vaiheessa. Ne vaiheet ovat sellaisia, jolloin ihminen on enemmän tai vähemmän hauras ja haavoittuvainen eikä selviä ilman toisten ihmisten apua. Hauraus ja haavoittuvuus liittyvät erityisesti lapsuuteen, fyysisesti sairaana olemiseen, mielenterveyden järkkymiseen ja vanhuuteen.

Jos hoivaetiikan mukainen käsitys ihmisenä olemisesta ja hoivasta osana perustarpeita otetaan lähtökohdaksi, hoivan tarpeista huolehtimisesta tulee hyvinvoinnin edellytys. Se, että hauraana vanhuksena saa apua ja hoivaa, tunnustetaan siis osaksi hyvää elämää. Jos taas kansalaisten hyvinvoinnista huolehtiminen otetaan yhteiskunnassa tavoitteeksi, hoiva tulee sisällyttää osaksi sosiaalipolitiikkaa ja siitä täytyy tavalla tai toisella kantaa vastuuta koko yhteiskunnan tasolla. Erityisesti silloin, kun halutaan edistää kaikkien yhteiskunnan jäsenten hyvinvointia ja tasata mahdollista eriarvoisuutta, hyvinvointivaltiolla ja sen rakenteilla voidaan nähdä olevan suuri merkitys hoivaan liittyvän vastuun ottamisessa.

Hyvinvointivaltion rooli tasa-arvoisen hyvinvoinnin edistämisessä

Kun hoiva nähdään hyvän elämän osana ja hoivan tukeminen otetaan osaksi hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikkaa, on punnittava miten heikommassa asemassa olevia ihmisiä voidaan tukea ja tasa-arvoa edistää. Bo Rothsteinin (1998, 157) mukaan valtion tehtäviin kuuluu kohdella kaikkia kansalaisia yhtäläisellä huolenpidolla ja kunnioituksella sekä taata kaikille yhtäläiset edellytykset käyttää kykyjään ja elää itsenäistä elämää sekä tehdä sitä koskevia päätöksiä. Hyvinvointivaltion moraalisen logiikan tulee painottaa yleistä oikeudenmukaisuutta (substantive justice), formaalista oikeutta sekä vastuun ja riskien (burdens) oikeudenmukaista jakamista. Kansalaisten luottamus järjestelmän oikeudenmukaisuuteen ja siihen, että kaikkia kohdellaan samoin, yleisesti tiedossa olevin kriteerein, toteutuu formaalisen oikeuden kautta. Se liittyy politiikan implementointiin ja siihen, että valtio ja viranomaiset panevat hyvinvointivaltion poliittiset päätökset täytäntöön luotettavasti ja tarkoituksenmukaisesti. Tähän liittyy myös vastuun ja riskien oikeudenmukainen jakaminen, joka palautuu universalismin ajatukseen, että kaikki kansalaiset osallistuvat yhteisen hyvän tuottamiseen ja myös luottavat siihen, että valtaosa muistakin ihmisistä osallistuu talkoisiin (Rothstein 1998, 160–161).

Hyvinvointivaltion rakenteiden merkitystä köyhyyden ja eriarvoisuuden poistamisessa voi tarkastella David Bradyn (2009, 6–11) kehittämän institutionalisoitujen valtasuhteiden teorian¹ mukaisesti kolmella tasolla. Ensinnäkin merkityksellistä on sosiaalipolitiikka: miten kattavaa hyvinvointivaltion tarjoama turva on, esimerkiksi sairauden, vanhuuden tai lapsen syntymän aikana, ja kuinka laajasti valtio suojelee kansalaisiaan taloudelliselta epävarmuudelta. Toiseksi hyvinvointivaltiot vaikuttavat siihen, miten taloudelliset resurssit yhteiskunnassa jakautuvat. Tämä tapahtuu päättämällä kaupan ja vaihdon säännöistä, valuutan² ja liike-elämän sääntelyllä, rakentamalla ja ylläpitämällä infrastruktuuria, luomalla työpaikkoja, tarjoamalla koulutuksen, ja terveydenhuollon kaltaisia palveluja sekä säätelemällä taloudellisen tuoton ja tulojen kasautumista ja verotusta. Valtiot eivät toimi markkinoiden luomassa tilassa, vaan valtiot luovat markkinat tai ainakin markkinoiden toiminnan raamit. Kolmanneksi hyvinvointivaltiot institutionalisoivat

¹ Nostan esiin sellaiset kohdat Bradyn teoriasta, jotka suoraan liittyvät hyvinvoinnin turvaamiseen ja jätän niihin vaikuttavien poliittisten toimijoiden tarkastelun pois.

² Brady kirjoittaa USA:n kontekstissa. Euroopan rahaliiton jäsenmaissa valuutan sääntely ei enää tapahdu kansallisvaltioiden tasolla.

ajatuksen tasa-arvosta. Ne vaikuttavat rakenteidensa kautta siihen, mitä ideologisella tasolla pidetään hyväksyttävänä tai sopivana. Valtiossa kulminoituvat yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset siitä, minkälainen taloudellinen ja sosiaalinen tasa-arvo on oikeudenmukaista ja toivottavaa.

Hoivan kannalta kaikki kolme Bradyn esittämää institutionalisoitujen valtasuhteiden tasoa ovat merkityksellisiä. Ensimmäinen taso, sosiaalipolitiikka, on se, jolla määritellään hoivaan tarvittavat ja siihen liittyvä konkreettiset palvelut ja rahalliset tai muut etuudet. Tämä taso näkyy selkeimmin hoivan saamisen ja antamisen käytännöissä, sillä se määrittää kuinka paljon hoivaa tuetaan yhteiskunnan taholta ja kuinka paljon jää hoidettavaksi yksityisesti perheen, läheisten tai yksityisten palvelujen avulla. Bradyn kuvaama toinen, taloudellisten resurssien jakamisen taso, on niin ikään oleellinen hoivan kannalta. Yhteiskunnallisella tasolla määritellään julkisten ja yksityisten palvelujen suhteet, vaikutetaan koulutetun työvoiman saatavuuteen ja luodaan esimerkiksi hoivapalveluja tuottavien yritysten toiminnan puitteet. Kolmanneksi valtiollisilla rakenteilla voidaan tukea hoivaetiikkaan perustuvia ajatuksia ihmisistä apua ja huolenpitoa tarvitsevina kansalaisina. Lisäksi instituutioilla vaikutetaan tasa-arvoon ja käsityksiin siitä, miten haavoittuvassa tai heikossa asemassa olevia ihmisiä tulee kohdella tai miten heistä huolehditaan. Instituutionalisoitujen valtasuhteiden teoria osoittaa hyvin sen, että valtiolla ja sen luomilla rakenteilla ja järjestelmillä on oleellinen vaikutus siihen, miten yhteiskunnan jäsenistä huolehditaan, miten hoivan tarpeisiin vastataan sekä kuinka tasa-arvoisesti nämä asiat halutaan tai pystytään tekemään.

Bradyn teoriasta ei voida vetää sellaista johtopäätöstä, että hyvinvointivaltio olisi instituutio tai kokoelma instituutioita, joiden avulla voitaisiin tai edes täysin haluttaisiin päästä eroon yhteiskunnallisesta eriarvoisuudesta. Vahvimmatkaan hyvinvointivaltion rakenteet ja sosiaaliset turvajärjestelmät eivät ulotu kaikkiin ihmisiin tai kaikkiin tilanteisiin elämässä. Hyvinvointivaltion rakenteilla, sosiaaliturvalla ja hyvinvointipalveluilla vaikutetaan siihen, kuinka pitkälle erilaisiin sosiaalisiin riskeihin yhteiskunnan taholta varaudutaan, mutta täyttä tasa-arvoa kaikilla elämän osa-alueilla ei koskaan voida turvata, eikä se ole tavoitteenakaan. Taloudellisen tehokkuuden ja kilpailukyvyn vuoksi halutaan pitää kiinni siitä, että ihmisiä palkitaan yritteliäisyydestä. Talousjärjestelmä halutaan siis pitää sellaisena, että ihmisillä on mahdollisuus myös rikastua, ja se tarkoittaa jonkinlaisen eriarvoisuuden hyväksymistä osana järjestelmää. Toimivilla hyvinvointivaltion

sosiaalisilla turvaverkoilla voidaan kuitenkin taata se, että kukaan ei jää täysin heitteille eivätkä sosiaaliset riskit toteutuessaan johda kohtuuttomuuksiin.

Hyvinvoinnin organisoimisen ja jakamisen tavat kertovat hyvin paljon yhteiskunnasta ja sen ihmisistä arvojen tasolla. Se, miten sosiaalista hyvinvointia turvataan yhteiskunnassa, kertoo Chris Millerin (2004, 11) mukaan seuraavista asioista:

- priorisoidaanko julkista sosiaaliturvajärjestelmää, markkinoita vai informaalia auttamista
- millaisia käsityksiä kansalaisuudesta, osallisuudesta, identiteeteistä ja riskien jakamisesta yhteiskunnassa vallitsee
- kuinka sitoutuneita sosiaalisiin oikeuksiin yhteiskunnassa ollaan ja miten paljon epäoikeudenmukaisuutta siedetään
- miten pitkälle ollaan sitoutuneita tasa-arvoon ja demokratiaan
- millaiset ovat sosiaalisten oikeuksien, velvollisuuksien ja vastuiden väliset suhteet
- millainen on suhtautuminen ihmisten keskinäiseen riippuvuuteen, ihmisten haavoittuvuuteen ja tarpeeseen saada apua toinen toisiltaan
- miten suhtaudutaan hoivan antamiseen ja tarvitsemiseen
- millaiset ovat käsitykset palvelujen käyttäjistä sekä universaalina kategoriana että erityistarpeita omaavina ryhminä.

Bradyn (2009) institutionalisoitujen valtasuhteiden teoria tulee lähelle Millerin ajatuksia sosiaalisista oikeuksista, mutta Brady paikantaa periaatteet, arvot ja oikeudet hyvinvointivaltion rakenteisiin, toimintatapoihin ja instituutioihin ja korostaa niiden merkitystä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden luomisessa. Millerin ajattelussa korostuvat enemmän arvot ja periaatteet, jotka tulevat sosiaalisten oikeuksien kautta määritellyiksi ja konkretisoiduiksi.

Miller nostaa hyvinvoinnin organisoimisen ja jakamisen yhteydessä esiin kansalaisuuden, joka on oleellinen käsite siksi, että sitä vasten voidaan arvioida, miten hyvin erilaisten yksilöiden ja ryhmien oikeudet toteutuvat. Jos kansalaisille kuuluvat tietyt oikeudet ja etuudet, kuten sosiaaliturva tai pääsy palvelujen piiriin, valtion tai muun tahon täytyy pitää huolta, etteivät mitkään kansalaisten ryhmät tai yhteisöt tule suljetuiksi niiden ulkopuolelle. Samalla tavalla kansalaisuutta voidaan

pitää keskeisenä käsitteenä pohdittaessa hyvinvointipalvelujärjestelmän uudistumista. Kansalaisuuden käsitteen määritelmään ja sisältöön liittyvät oleellisesti kysymykset siitä, kenen tai millaisten instituutioiden pitäisi järjestää sosiaaliturva, siihen liittyvät palvelut ja etuudet sekä kuinka pitkälle hyvinvointiin liittyvien oikeuksien³ pitäisi olla ehdollisia ja suhteutettu siihen, että ihmiset suostuvat täyttämään niihin vaadittavat yhteiskunnalliset ehdot ja velvollisuudet. Siihen liittyvät myös kysymykset siitä, kenellä tai keillä on oikeus vaatia hyvinvointiin liittyvien oikeuksien toteutumista tai toteuttamista ja kenellä ei. (Dwyer 2000, 3–5.)

Teoriat hyvinvointivaltion rakenteiden, moraalisen logiikan ja hyvinvoinnin tukemisen tapojen ja järjestelmien merkityksestä oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon edistämässä liittyvät sosiaalsiin oikeuksiin. Yhtäältä sosiaalisten oikeuksien kautta määritellään sitä, millaisin rakentein tasa-arvoisuutta ja sosiaalista hyvinvointia tulee tukea, järjestää ja pitää yllä. Toisaalta sosiaalisten oikeuksien toteutumisen mahdollistavat hyvinvointivaltion rakenteet eli sosiaalipoliittiset instituutiot ja järjestelmät sekä niiden toimintaa ohjaava moraalinen logikka.

Sosiaaliset oikeudet

Kansalaisuuden sosiaalinen ulottuvuus pohjautuu Peter Taylor-Goobyn (2009, 5–11) mukaan vastavuoroisuuden, inklusion ja luottamuksen arvoille. Vastavuoroisuus (jota usein Pohjoismaissa kutsutaan solidaarisuudeksi) toteutuu, kun ihmiset ovat valmiita jakamaan hyvinvointia yhteiskunnassa eri ihmisryhmien kesken, Taylor-Goobyn mukaan horisontaalisesti. Inklusio edellyttää hyvinvoinnin uudelleenjakamista siten, että heikommassa asemassa olevat ihmiset ja ihmisryhmät pääsevät osallisiksi hyvinvoinnista. Tämä on vertikaalista uudelleenjakoa. Luottamus puolestaan on edellytys sille, että systeemi kokonaisuudessaan voi toimia. Ihmisten täytyy ajatella niin, että hyvinvointijärjestelmää kokonaisuudessaan kannattaa tukea, koska siten etuudet ja palvelut ovat olemassa silloin, kun niitä itse tarvitsee. Kaikkiaan on oleellista, että sosiaalisilla oikeuksilla ja niiden turvaamiseen liittyvillä instituutioilla ja järjestelyillä on kansalaisten tuki.

³ Dwyer käyttää termiä “welfare rights” eikä termiä “social rights”, mutta kyse on sisällöllisesti samasta asiasta.

Sosiaaliset oikeudet perustuvat sosiaalisen kansalaisuuden ajatukseen, joka pohjautuu ennen muuta T.H. Marshallin 1950-luvulla muotoilemaan teoriaan kansalaisuudesta. Sen mukaan kansalaisoikeudet ovat kehittyneet lineaarisesti eri vuosikatojen aikana. 1700-luvulla laajenivat yksilöoikeudet kuten henkilökohtainen vapaus, sananvapaus, mielipiteen ja uskonnon vapaus, omaisuuden suoja, sopimusvapaus ja oikeus oikeudenmukaiseen kohteluun. Poliittiset oikeudet, eli oikeus osallistua poliittiseen päätöksentekoon joko valitsemalla edustajia tai asettumalla ehdolle, laajenivat 1800-luvulla, vaikka yleinen ja yhtäläinen äänioikeus otettiinkin useimmissa maissa käyttöön vasta seuraavalla vuosikadalla. Viimeisenä kansalaisuuden elementtinä kehittyivät sosiaaliset oikeudet 1900-luvulla. (Marshall 1964, 71–74.)

Sosiaalisella elementillä tarkoitan kokonaista oikeuksien kirjoa, alkaen oikeudesta tiettyyn hyvinvointiin ja turvallisuuteen, oikeuteen osallistua täydesti yhteiskunnalliseen perintöön ja elää sivistisyhteiskunnan jäsenenä sen vallitsevien käytäntöjen mukaisesti. Instituutiot, jotka ovat lähinnä tätä elementtiä, ovat koulutusjärjestelmä ja sosiaalipalvelut.” (Marshall 1964, 72, käännös LVA.)

François Ewald (1986) on kuvannut hyvinvointivaltiolla tyypillistä sosiaalioikeutta kolmella tunnusmerkillä. Ensinnäkin se on enemmän ryhmien kuin yksilöiden oikeutta ja perustuu ryhmien välillä käydyille neuvotteluille. Toiseksi se pyrkii poistamaan epätasa-arvoisuutta positiivisten syrjäntämekanismien kautta puuttamalla ryhmien välisiin epätasaisiin neuvotteluasemiin. Kolmanneksi sosiaalioikeus perustuu sosiologiselle tiedolle yhteiskunnallisista (luokka)eroista ja jaoista, sosiaalisista tarpeista ja epäoikeudenmukaisuuksista eikä esimerkiksi liberalistien filosofiselle ajatukselle yksilön vapaudesta. (Ewald 1986, 451–452.) Sosiaalisia oikeuksia on määritelty muun muassa siten, että niiden erityispiirre on hyvinvoinnin jakaminen kaikille kansalaisille ja erilaisten yhteiskunnassa olevien ryhmien välisen hyvinvointierojen tasaaminen (Dwyer 2004, 7).

Voidaan ajatella, että sosiaaliset oikeudet ovat teoreettinen perustelu hyvinvointivaltiollisille rakenteille, eli sosiaaliturvalle, -etuksille ja -palveluille, joiden kautta hyvinvointia tasataan, jaetaan ja järjestetään. Sosiaalisissa oikeuksissa on kyse tavoista, joilla sosiaaliset instituutiot ja käytännöt jakavat erilaisia resursseja ihmisten saataville. Sosiaaliset oikeudet siis määrittelevät, minkälaiset perusrakenteet yhteiskunnassa on hyvinvoinnin jakamista ajatellen. Valtio on keskeisessä roolissa, sillä nimenomaan valtiollisen tason poliittiset päätökset ja käytännöt vaikuttavat sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen tai epäoikeudenmukaisuuteen. Oleellisia ovat

valtion instituutiot ja valtion valta lakien, verotuksen sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen kautta. Toisaalta niihin vaikuttavat aina myös muut tekijät, kuten markkinat, joilla niin raha kuin osin palvelutkin liikkuvat, eikä siksi yksinomaan valtiollisilla instituutioilla voida rakentaa tai ylläpitää sosiaalisesti oikeudenmukaista yhteiskuntaa. Tärkeää on myös sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kulttuuri eli se, että toimiessaan erilaisissa instituutioissa ja tilanteissa ihmiset noudattavat sellaisia periaatteita, jotka tukevat yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Jos korruptio ja kaikenlainen sääntöjen rikkominen oman edun tavoittelun nimissä yleistyvät yhteiskunnassa kovin paljon, valtion luomat institutionaaliset raamit eivät pysty pitämään yllä oikeudenmukaista yhteiskuntaa. (Miller 1999, 11–13.)

Hyvinvointivaltion ytimessä voidaan nähdä olevan joukko arvoja ja asenteita, jotka ilmenevät sosiaalisissa oikeuksissa tai niiden puutteessa. Edelleen arvot ja asenteet näkyvät sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja hyvinvointia edistävässä sosiaaliturvassa ja palveluissa tai niiden puutteessa. Suomessa sosiaaliset oikeudet on turvattu perustuslaissa ja oikeutta hoivaan määritellään tarkemmin muualla lainsäädännössä.

Oikeus hoivaan ja huolenpitoon

Suomessa on ainakin aikaisemmin ajateltu olevan pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon kuuluvat vahvat sosiaaliset oikeudet. Niiden toteutumisesta huolehtiminen on perustuslaissa määritelty julkisen vallan vastuulle (Kallioma-Puha 2007, 44). Sosiaalisista oikeuksista säädetään perustuslain pykälässä 19 (11.6.1999/731):

Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Lainkohta on Suomessa laajasti tulkittu niin, että ihmisillä on velvollisuus huolehtia itsestään, mutta silloin kun he eivät siihen syystä tai toisesta pysty, julkisen vallan tehtävänä on tarjota heille apua. Tämä tapahtuu pääpiirteittäin kahdella tavalla: perustoimeentulon turvan ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen kautta. Apu ja huolenpito ovat tarkentuneet edelleen terveyden ja elinkyvyn säilymiseksi,

välttämättömän ravinnon ja asumisen järjestämiseksi sekä tarvittavaksi hoivaksi joko kotona tai laitoksessa. Vanhustenhuollossa perustuslailla on periaatteellinen merkitys, mutta subjektiivisia oikeuksia ei hoivan tarpeiden tai hoivapalvelujen suhteen toistaiseksi ole olemassa vaan palveluissa ja etuuksissa sovelletaan tarveharkintaa. Perustuslain takaama oikeus ihmisarvoiseen elämään on kuitenkin subjektiivinen oikeus, johon voidaan vedota silloin, kun ihmisarvoisen elämän turvaaminen on vaarassa. (Kalliomaa-Puha 2007, 44–47.)

Perustuslaissa säädettyjen taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien lisäksi sosiaalisia oikeuksia on määritelty kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa ja Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa. Sosiaalisia oikeuksia ovat myös tavallisen lainsäädännön takaamat sosiaaliset oikeudet kuten sosiaaliturvalainsäädännön sisältämät sosiaalietuudet. Sosiaalisia oikeuksia panevat täytäntöön kotimaiset viranomaiset kuten Kansaneläkelaitos (Kela), kunnat ja eläkelaitokset. Niiden toteutumista valvovat muutoksenhaku- ja valvontaelimet eli tuomioistuimet ja muutoksenhakuinstanssit, eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri ja lopulta kansainväliset ihmisoikeuselimet.

Kunnat vastaavat pitkälti käytännön tasolla sosiaalisten oikeuksien toteutumisesta palvelujen osalta. Ne järjestävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut joko tuottaen niitä itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla niitä muilta palveluntuottajilta. Aikaisemmin Suomessa valtiolla on ollut vahva rooli palvelujen määrittämisessä, mutta se on vähentynyt viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana ja kuntien autonomiaa on lisätty. (Temmes & Kiviniemi 1997; Sutela 2001.) Keskeistä kuntien ja valtion roolien ja vallanjaon muutoksessa oli vuoden 1993 valtiosuusuudistus, jonka myötä purettiin palvelujen rahoitusjärjestelmä, joka perustui todellisiin kustannuksiin ja tarkoin määriteltyihin tehtäviin. Tämän ei enää katsottu kannustavan kuntia taloudelliseen tehokkuuteen parhaalla mahdollisella tavalla, ja kunnille haluttiin antaa enemmän vapauksia kehittää palveluja itsenäisesti ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Siirryttiin järjestelmään, jossa kunnat saavat valtiosuusia, jotka on laskettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden perusteella. (Mattila 2011, 193–200.) Valtion ohjauksesta huolimatta kunnat päättävät viime kädessä itsenäisesti, miten palvelut organisoidaan.

Vastuun ja päätöksenteon siirtämisessä valtiolta kunnille on ajateltu demokratian lisääntymistä. Kun kansalaisia koskevat päätökset tehdään heidän kotikunnassaan,

poliittinen osallistuminen ja päätöksenteon seuraaminen on helpompaa. Samalla kunnille on kuitenkin annettu melko itsenäisinä demokraattisina yksikköinä paljon valtaa määrittellä mitä ja millaisia sosiaalipalveluja ne asukkailleen tarjoavat. Tämä koskee erityisesti sellaisia palveluja, joiden saamista ei ole laissa määritelty kansalaisten subjektiivisiksi oikeuksiksi. Tästä johtuen vanhusten palvelut ovat pitkään olleet nimenomaan sellaisia palveluja, joiden saatavuus ja sisältö ovat voineet kuntien välillä vaihdella radikaalistikin kansallisen erityislainsäädännön puuttuessa. (Kröger 2009, 101–102; Vuorento & Kiander 2010, 132–133.)

Periaatteellisella tasolla oikeudesta hoivaan ja huolenpitoon on säädetty perustuslaissa, mutta hoivan ja avun tarpeenmukaisuutta ja kuntien toimintaa säädellään sosiaalilainsäädännöllä (Sosiaalihuoltolaki 710/1982). Lisäksi kesällä 2013 voimaan astui laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (28.12.2012/980), joka nimitettiin valmisteluvaiheessa vanhuspalvelulaksi. Sen tarkoitus oli korjata lainsäädännön puutteita ikääntyneiden ihmisten hoivan, avun ja palvelujen saamisen osalta. Ensimmäiseen pykälään on kirjattu lain tarkoitus:

1. tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista;
2. parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa;
3. parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvuluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä
4. vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvulujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.

Laila siis tavoitellaan vanhojen ihmisten osallistumista itseään koskeviin hoivan ja hoidon päätöksiin, itsenäisyyttä sekä laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen saamista. Vanhuspalvelulakia moitittiin heti alkuun puutteelliseksi muun muassa siksi, että siihen ei kirjattu hoitajien minimimäärää laitoshoidossa, palveluasumisessa ja kotihoidossa. Tähän liittyen muun muassa perus- ja lähihoitajien ammattiliitto Super ilmaisi tyytymättömyytensä (HS Kotimaa 7.7.2013; HS Kotimaa 10.6.2013).

Kunnille ei myöskään kirjattu sanktioita mahdollisesta hoitajien suositusmäärän alittamisesta, joka nykyisellään on 0,5 hoitajaa vanhusta kohden tehostetun palveluasumisen yksiköissä, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Myöskään mitään subjektiivisia oikeuksia ei vanhushoivulakiin kirjattu, joten muutosta aikaisempaan tarveharkintaan perustuvaan järjestelmään ei tältä osin tullut. Uusia lakisääteisiä palveluja lakiin ei kirjattu, ja oleellimmat palvelut, kuten kotihoito, omaishoidon tuki, palveluasuminen ja laitoshoido ovat edelleen riippuvaisia kuntien määrärahoista (Virnes 2013: Kunnat.net, vanhushoivulaki).

Vanhushoivulakiin on kirjattu aikaisempaa tarkemmin vanhusten palvelujen järjestämiseen liittyvät kuntien velvollisuudet, mutta mitään erityistä lisää tälläkään asia ei tuonut palveluja tarvitsevien vanhusten tai heidän omaistensa kannalta. Vanhushoivulaki oli kuitenkin osaltaan vastaus tarpeeseen parantaa vanhusten sosiaalisten oikeuksien toteutumista ja mahdollisuuksia saada hoivaa tasa-arvoisesti silloin, kun siihen on tarve. Lait ovat osa hoivan tukemista hyvinvointivaltion tasolla, jolla on selkeitä yhteiskunnallisia päämääriä.

2.2 Hoivan yhteiskunnallisen tukemisen tavoitteet ja keinot

Sosiaalipolitiikka ja sitä toteuttava lainsäädäntö luovat raamit läheisten mahdolliselle velvollisuudelle hoivata ja hoivaa tarvitsevan oikeuksille (Phillips 2007, 33) sekä, erityisesti Pohjoismaissa, sille, mikä kuuluu julkisen sektorin eli viranomaisten vastuulle. Sillä, että hoivaa tuetaan ja järjestetään yhteiskunnan taholta, voidaan ajatella olevan kolme tavoitetta. Ensimmäinen on hoivaan liittyvän vastuun jakaminen esimerkiksi tasaamalla hoivasta aiheutuvia taloudellisia kustannuksia. Toisena tavoitteena on parantaa hoivan laatua ja mahdollisuuksien mukaan kehittää hoivatyön ammatillistumista. Kolmantena tavoitteena voidaan ajatella olevan riippuvuuden vähentäminen ja autonomian lisääminen siten, että vanhukset eivät ole riippuvaisia perheeltä tai muilta läheisiltä saatavasta taloudellisesta tuesta tai hoivasta. (Jenson & Sineau, 2001, 7.)

Ensimmäinen tavoite liittyy oikeudenmukaisuuteen: hoivan tuottamista ja tukemista sosiaalipoliittisin järjestelmin voidaan perustella sekä sosiaalisin, taloudellisin että moraalisin argumentein. Ensinnäkin, jos hoiva täytyy maksaa kokonaan itse, on selvää, että ihmiset ovat varallisuutensa perusteella hyvin eriarvoisessa asemassa. Osa huonokuntoisista vanhuksista saattaisi rahan puutteen vuoksi jäädä ilman

hoivaa, vaikka se olisi edes kohtuullisen hyvinvoinnin välttämätön edellytys. Lisäksi monen vanhuksen pienempiä hoivatarpeita saattaisi jäädä täyttämättä, mikä heikentäisi heidän hyvinvointinsa tasoa, toimintakykyä ja elämän laatua. Oikeudenmukaisuus on siis ensimmäinen perustelu hoivan yhteiskunnalliselle tukemiselle, tai yhtä hyvin hoivan tukemisen yhteiskunnallinen tavoite (Jenson & Sineau 2001). On moraaliselta kannalta reilua, että yhteiskunnallisin järjestelmin tasataan hoivasta aiheutuvia kustannuksia ja vastuita, ettei yhden henkilön tai perheen tilanne käy kohtuuttomaksi. Hoivaan panostamista yhteiskunnan taholta voidaan lisäksi perustella oikeudenmukaisuuden nimissä sillä, että myös terveydenhuolto on useimmiten järjestetty niin, että tarpeelliseksi katsottua hoitoa saa joko ilmaiseksi tai nimellisellä kustannuksella. Siten on loogista, että hoivaakin tarjotaan riippumatta maksukyvyistä. Hoivapalvelujen tarjoaminen säästää usein myös rahaa sitä kautta, että huolenpitoa ja apua tarvitsevat ihmiset eivät joudu hakeutumaan kalliiden terveyspalvelujen piiriin, esimerkiksi sairaalaan, vain siksi ettei tarjolla ole kotihoitoa tai muita hoivapalveluja. (Timonen 2009, 122.)

Hoivan yhteiskunnallisen tukemisen toinen tavoite, hoivan laadun parantaminen, liittyy hoivatyön ammatillistumiseen ja siihen, että suuri osa hoivasta tuotetaan palvelujen kautta eli ansiotyönä. Hoivan laatua on mahdollista valvoa paremmin, kun sitä tekevät etupäässä ammattilaiset tiettyjen työhönsä kuuluvien kriteerien ja periaatteiden mukaisesti. Hoivan ammatillistumiseen liittyy myös se, että yhteiskunnan rakenteet ja instituutiot ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä siten, että vanhat informaalin hoivan edellytykset ja vastuunjaot eivät enää päde. Perheen ja suvun merkitys taloudellista ja sosiaalista turvaa tarjoavana yksikkönä on heikentynyt, kun ihmiset muuttavat työn perässä maalta kaupunkeihin ja yhä useammin myös muihin maihin. Naisten työssäkäynti on yleistynyt niin, että kokonaisvaltaista hoivaa on yhä harvemmin mahdollista järjestää kotona. Lisäksi kotityön arvostus on matala, ja yleinen korkea elintaso sekä lisääntyneet kulutustottumukset ovat mahdollisia tavallisesti vain kahden ihmisen palkan turvin. Naiset ovat yhä useammin mukana ansiotyön lisäksi myös muilla yhteiskunnallisen elämän alueilla siinä missä miehetkin, ja hoivaan liittyvät kysymykset ovat politisoituneet. Ei ole enää itsestään selvää, että vastuu hoivasta kuuluu naisille, jotka tarvittaessa jäävät kotiin. Kotiapulaisen tai ”piian” palkkaaminen edullisesti ei ole ole viimeisten vuosikymmenien aikana ollut Pohjoismaissa yleistä eikä sellaista työvoimaa ole ollut tarjolla. (Anttonen 2009, 58–59.)

Julkisten hoivapalvelujen kautta voidaan tavoitella myös työllisyysasteen nousua. Kattavat ja helposti saatavilla olevat julkiset hoivapalvelut vähentävät perheen sisäistä, informaalia hoivaa, joka yleensä on naisten vastuulla. (Pavolini & Ranci 2008, 247–249). Tämä mahdollistaa naisten työssäkäynnin, mikä on Pohjoismaissa yleistä ja selittää korkean työllisyysasteen. Korkealla työllisyydellä ja suhteellisen korkealla veroasteella julkiset palvelut pystytään rahoittamaan. Naisten työssäkäynti myös laajentaa julkisten palvelujen ja etenkin hoivapalvelujen kysyntää. Samalla naiset ovat muodostaneet ja muodostavat edelleen merkittävän osan julkisen sektorin ja hoivapalveluiden työvoimasta. (Anttonen 1990,18; Ailasmaa 2012).

Julkiset palvelut ja eläkejärjestelmät ovat myös tukeneet yksilöllistymistä ja riippumattomuutta perheestä, mikä on yhteiskunnallisesti järjestetyn hoivan kolmas tavoite. Julkiset, kaikille hoivaa tarvitseville tarkoitetut hoivapalvelut voidaan nähdä hoivaa tarvitsevan ihmisen itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa edistävinä, sillä ne vähentävät riippuvuutta läheisten antamasta avusta. Samaan aikaan julkiset hoivapalvelut myös vapauttavat ihmiset, useimmiten naiset, jotka ilman palveluja tuottaisivat hoivan itse, osallistumaan työmarkkinoille ja muille yhteiskunnan osaluueille. (Hernes 1987, 32, 37–39; Orloff 1993.) Ikääntyneet ihmiset ovat myös jo tottuneita palveluihin ja turvautuvat niihin jopa mieluummin kuin informaaliin apuun, vaikka sitä olisi saatavillakin.

Hoivan tukemisen keinot ovat käytännössä sosiaalipoliittisia järjestelmiä, jotka voidaan jakaa neljään ryhmään. Ensinnäkin hoivaa voidaan tukea rahallisilla tai verotuksellisilla etuuksilla, esimerkkinä Suomessa käytössä olevat hoitotuet ja eläkkeet. Toinen tuen tyyppi ovat työhön liittyvät joustot, kuten hoitovapaat, työajan lyhentäminen tai työajan joustot, joita Suomessa ei sovelleta juurikaan vanhusten hoivaan vaan ne ovat käytössä lasten hoidossa. Kolmas tuen muoto ovat erilaiset palvelut, kuten kotihoito ja päiväkeskukset. Neljänneksi hoivaa voidaan edistää yksityisten hoivapalvelujen tarjonnan kasvua kiihdyttämällä ja työpaikkojen syntymisellä hoiva-alalle esimerkiksi palvelusetelijärjestelmillä tai muutoin subventoimalla hoivapalvelujen ostamista yksityisesti, kuten Suomessa tehdään kotitalousvähennyksen avulla. (Daly 2002, 255.) Suomessa ja muissa Pohjoismaissa hoivan yhteiskunnallisen tukemisen keinoista ovat korostuneet palvelut. Ne on mielletty myös tavaksi edistää yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa.

Julkispalvelut ja yhdenvertaisuus hoivassa

Pohjoismaita on nimitetty julkispalveluvaltioiksi (social service state), koska merkittävä osa sosiaali- ja terveysturvasta kanavoidaan nimenomaan palvelujen muodossa (Anttonen 1990). Kattavien julkisesti rahoitettujen ja tuotettujen palvelujen tehtävä on taata kaikissa elämänkulun vaiheissa perustavien tarpeiden tyydyttäminen. Niitä ei ole suunnattu valikoiden tietyille kansanryhmille vaan kaikille sosioekonomisesta taustasta, asuinkunnasta ja muista taustatekijöistä riippumatta. (Kildahl & Kuhnle 2005, 13–14; Kautto ym. 1999.) Näin eri sosiaaliluokkiin kuuluvat ihmiset ovat pitkälti käyttäneet samoja palveluja. (Sipilä ym. 1997; Anttonen 2002).

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion erityispiirteeksi on nimetty se, että asumisen, koulutuksen, toimeentuloturvan ja terveydenhoidon lisäksi myös hoivan katsotaan kuuluvan kansalaisten perustarpeisiin, kuten hoivaetiikassa esitetään, ja näin ollen myös hoivapalveluja tuotetaan julkisen sektorin toimesta (Abrahamson 1997; Sipilä 1997). Hoivapolitiikan vakiintuminen osaksi sosiaalihuoltoa tapahtui Suomessa 1900-luvun puolivälin jälkeen, kun julkinen sektori alkoi ottaa vastuuta niin pienten lasten kuin vanhusten hoivasta. Erityisesti 1960–1970-luvuilla julkiset palvelut kehittyivät ja pitkälti juuri universalismin periaatteen mukaisesti. (Anttonen 2009, 66–67.) Tälle ajatukselle perustuva hoivapolitiikan jakso jäi Suomessa melko lyhyeksi, sillä 1990-luvulta alkaen yksityisen ja julkisen hoivan rajoja ja vastuita alettiin määritellä uudelleen siten, että yhä enemmän vastuuta on siirretty omaisille ja julkisista yksityisiin palveluihin (Anttonen 2009, 60–61).

Palvelujen jakamisen periaatteena universalismi tarkoittaa sitä, että niitä tarjotaan kaikille kansalaisille tarpeen mukaan ja samassa tilanteessa jokainen tulee kohdelluksi jokseenkin samalla tavalla. Sosiaaliturva ja -palvelut eivät Pohjoismaissa ole leimautuneet köyhäinhoidoksi vaan niitä tukevat ja niistä hyötyvät kaikki kansalaiset tai maassa pysyvästi asuvat. (Kildahl & Kuhnle 2005, 14.) Universalismin periaate on kuitenkin myös tulkinnanvarainen, koska käytännössä tilanteet vaihtelevat eivätkä ihmisten tarpeetkaan ole täysin identtisiä. (Anttonen ym. 2012, 6.) Todellisuudessa ihmisiä ei aina kohdella samoin eikä samoihin tarpeisiin esimerkiksi aina saada apua samalla tavalla. Esimerkiksi tarveharkintaa on mahdotonta toteuttaa täysin yhdenvertaisesti, sillä ihmisten tavoissa kertoa ongelmistaan tai määritellä tarpeitaan on suuria eroja samoin kuin ihmisten tavoissa ymmärtää niitä. Erityisen tärkeässä roolissa ovat hoivapalveluja allokoivat

palvelutarpeiden arviointeja tekevät ammattilaiset ja hoivatyöntekijät (Vabø & Szebehely 2012, 123).

Universalismin ajatusta sosiaalipalvelujen järjestämisessä on myös kritisoitu väittämällä, että kattavat julkiset palvelut hyödyttävät eniten keskiluokkaa, jolle laaja julkinen sektori tarjoaa hyviä työpaikkoja ja uramahdollisuuksia (Kosonen 1998, 142). Kriitikkojen mukaan tuki ja palvelut eivät välttämättä kohdistu niitä kaikkein eniten tarvitseville, kun niiden piirissä ovat myös ylemmät sosiaaliluokat. Toisaalta keskiluokan pitämistä palvelujen piirissä on perusteltu sillä, että näin laaja-alainen, julkinen rahoitus- ja kannatuspohja on turvattu. Ihmiset eivät välttämättä olisi motivoituneita rahoittamaan palveluja maksamalla veroja, mikäli he eivät kokisi saavansa palveluista hyötyä itselleen (Korpi & Palme 1998; Taimio 2010).

Koska oikeus hoivaan on Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa osa sosiaalisia oikeuksia ja hoivaa tarjotaan julkisin palveluin, maita on kutsuttu julkispalveluvalltion lisäksi myös hoivavaltioiksi (caring states) (Leira 1994; Daly 2001, 46). Julkisen vallan vahvaa roolia sosiaalipalvelujen rahoittamisessa ja tuottamisessa on perusteltu sillä, että se takaa parhaiten tasa-arvoisen, demokraattisen, tehokkaan ja reilun palvelujärjestelmän. Suurin ero vapailla markkinoilla toimiviin palveluihin nähdään olevan se, että julkiset palvelut on lähtökohtaisesti rakennettu edistämään sosiaalisia ja yhteiskuntapoliittisia päämääriä. (Greve 2007, 44.) Markkinoilla toimivat yritykset pyrkivät tuottamaan voittoa ja edistämään jonkin tietyn toimijan tai ryhmittymän etuja. Kun palvelut ovat julkisen vallan järjestämiä ja siten kollektiivisen ja julkisen kontrollin alaisia, kansalaiset palvelujen käyttäjinä ovat paremmin suojattuja mahdollista, esimerkiksi hallitsevan markkina-aseman mahdollistamaa, ylihinnittelua ja hyväksikäyttöä vastaan. Sosiaalisten ja yhteiskunnallisten päämäärien mukaan toteutettujen julkisten palvelujen saamisen kriteerinä on aina tarve, ei maksukyky, kuten markkinoilla. (Walker 1984, 20–21.)

Julkisilla palveluilla voidaan vaikuttaa monenlaisiin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin ja ihmisten, alueiden ja etenkin sukupuolten väliseen tasa-arvoon. Palvelut ovat keino synnyttää erityistä, universalismin ajatuksen mukaista yhdenvertaisuutta, sillä parhaimmillaan ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti niin, että heidän erityiset ja yksilölliset tarpeensa tulevat samanaikaisesti huomioiduiksi (Vabø & Szebehely 2012). Hyvinvointivaltio ja sen rakenteet ovat näin oleellinen osa ihmisten

hyvinvoinnista huolehtimista ja tasa-arvon edistämistä tai epätasa-arvon vähentämistä koko yhteiskunnan tasolla.

Hyvinvointivaltio ja sen järjestelmät ovat kulttuurisia ja poliittisia rakenteita. Yhteiskunnassa vallitsevat tavat ja käytännöt hoivan antamisessa ovat samalla sekä järjestelmien muovaajia että niiden muovaamia. Taustalla vaikuttavat arvot, asenteet ja käsitykset siitä, kenen vastuulle hoivan antaminen kuuluu ja kenellä on oikeus saada hoivaa eli millaiset ovat sosiaaliset oikeudet. Käytännössä hoivan saamisen ja antamisen kokonaisuus muodostuu yksityisen ja julkisen, ilmaisen ja maksullisen, sekä läheisten antaman että palveluista saatavan avun yhdistelmästä (Leira & Saraceno 2002, 58). Tässä mielessä kaikissa hyvinvointivaltioissa vallitsee jonkinlainen hoivan monituottajamalli tai hoivan sekatalous (welfare mix). Universalismin ja tasa-arvon ajatuksia on korostettu suomalaisessa hyvinvointivaltiossa ainakin periaatteiden tasolla ja hoivan sekataloudessa julkisilla palveluilla on ollut keskeinen rooli.

3 Muutoksia yhteiskunnassa ja hoivan järjestämisessä

Edellisessä luvussa tarkastelin julkisia palveluja sellaisena hoivan järjestämisen tapana, joka perustuu yhtäältä hoivaetiikan mukaiseen ajatukseen siitä, että hoiva kuuluu ihmisen perustarpeisiin ja toisaalta sosiaalisiin oikeuksiin sekä yhteiskunnalliseen tavoitteeseen lisätä hyvinvointia ja sosiaalista tasa-arvoa. Tämä on Pohjoismaissa tarkoittanut sitä, että huomattava osa vanhusten tarvitsemasta hoivasta on tuotettu julkisen sektorin toimesta palveluin, jotka on tarkoitettu kaikille. Oikeus hoivaan ja huolenpitoon on kirjattu perustuslakiin ja kunnat vastaavat käytännössä palvelujen järjestämisestä apua tarvitseville vanhuksille. Käytännössä hoivasta huolehtimisen vastuu on viimeisen 20 vuoden aikana siirtynyt yhä enemmän julkiselta sektorilta yksityisille ihmisille ja perheille. Yhteiskuntatieteilijät ovat melko yksimielisiä siitä, että keskeisiä hyvinvointivaltion osa-alueita ja koko julkista sektoria ollaan organisoimassa uusin tavoin niin laajasti, että voidaan puhua hyvinvointivaltion muutoksesta.

Tarkastelen tässä luvussa tarkemmin sitä, minkälaisia asioita hyvinvointivaltion muutokseen katsotaan kuuluvan ja mitä hoivan järjestämiseen liittyviä yhteiskunnan osa-alueita muutokset koskevat. Seuraavassa luvussa 3.1 käyn läpi kekeisimpiä yhteiskuntatieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa esiin nostettuja taloudellisia ja poliittisia syitä, joilla muutoksia selitetään. Lisäksi käyn läpi hyvinvointivaltioon kohdistunutta kritiikkiä, joka on ollut yksi muutoksia alulle pannut voima. Sitten tarkastelen, miten talouden ja politiikan sekä hyvinvointivaltioon kohdistetun kritiikin luomiin paineisiin on vastattu. Tutkin kirjallisuuden perusteella miten julkista sektoria on alettu mukauttaa tehokkuuden ja taloudellisuuden vaatimuksiin sekä miten kansalaisten ja asiakkaiden rooli on muuttunut, kun julkisten palvelujen sijaan markkinat ovat korostuneet ja asiakkaiden edellytetään toimivan kuluttajina. Muutokset liittyvät aktiivisen kansalaisuuden ideaan, johon paneudun luvun lopussa.

Seuraavaksi, luvussa 3.2, käsittelen markkinoistamista ja erilaisia julkisten palvelujen yksityistämisen tapoja ja selvitän tutkimuskirjallisuuden pohjalta mitä niillä tarkoitetaan. Sitten käsittelen hoivaa ja hoivapalveluja suhteessa markkinoihin. Käyn

läpi kirjallisuudessa esitettyjä näkemyksiä hoivan erityisestä luonteesta, joka markkinoistamisessa pitäisi ottaa huomioon. Luvussa 3.3 käsittelen viime vuosikymmeninä kasvanutta sosiaalista eriarvoisuutta, joka liittyy oleellisesti hyvinvointivaltion muutokseen ja edelleen vanhusten hoivaan, avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Tarkastelen ensin eriarvoisuuden ja tasa-arvon yhteiskunnallisia merkityksiä. Sitten käyn läpi pienituloisuuden ja köyhyyden määritelmiä sekä suhteellisen köyhyyden käsitettä. Tämän jälkeen arvioin missä määrin taloudellinen eriarvoisuus on Suomessa kasvanut ja mitä merkitystä sillä on ihmisryhmien väliselle eriarvoisuudelle. Lisäksi käyn läpi tutkimuksia suomalaisen vanhusväestön pienituloisuudesta ja sen syistä. Luvun lopuksi tarkastelen julkisten tai julkisesti rahoitettujen, kaikkien saatavilla olevien palvelujen merkitystä eriarvoisuuden vähentämisessä ja tasa-arvoisuuden lisäämisessä.

3.1 Hyvinvointivaltio muutoksessa

Keskeiseksi hyvinvointivaltion uudistusten ja muutosten syyksi esitetään usein globalisoituneen talouden mukanaan tuomaa maiden välistä kilpailua. Hyvinvointivaltioiden muutoksen jälkeistä uutta vaihetta on nimetty pysyvän niukkuuden tilaksi, joka aiheutuu paitsi globaalista taloudellisesta kilpailusta myös vauraiden teollisuusmaiden sisäisistä taloudellisista paineista: väestön ikääntymisestä, nousukauden päättymisestä ja yhteiskunnallisesta paineesta vähentää valtion vastuuta ja roolia hyvinvoinnin turvaamisessa ja tuottamisessa (Pierson 2002). Hyvinvointivaltioissa tapahtuneita muutoksia on kuvattu myös karsimisen teorialla, jossa säästämiseen on listattu neljä syytä (Bonoli, George & Taylor Gooby 2000). Ne liittyvät valtionaloutta koskeviin kysymyksiin ja erityisesti verotukseen. Ensinnäkin globaali talouskilpailu asettaa kansallisvaltioille painetta keventää verotusta, etteivät yritykset ja koulutetut työntekijät muuta ulkomaille. Toinen syy on vallalla oleva käsitys, että ihmiset kansalaisina ja äänestäjinä haluavat verotusta kevennettävän eivätkä halua enää rahoittaa kallista hyvinvointivaltiota korkeilla veroilla. Kolmas syy on uusliberalistinen poliittinen taloustiede, jonka mukaisia talouspoliittisia ohjenuoria on käytetty perusteena verotuksen keventämiselle. Neljäs muutoksen syy on ristiriitainen sosiaalipoliittinen paine, joka johtuu siitä, että samaan aikaan kun väestö ikääntyy ja työttömyys on korkealla, pitäisi löytää rahaa esimerkiksi koulutukseen ja terveydenhuoltoon liittyviin investointeihin. Veropaineet ja talousliberalistisen ajattelun yleistyminen vaativat nimenomaan

kaventamaan julkista sektoria, mikä puolestaan johtaa siihen, että on löydettävä uusia tapoja järjestää hyvinvointipalveluja liberalismiin ajatusmaailmaan ja kiristyviin veropaineisiin soveltuvoin tavoin. (Bonoli, George & Taylor-Gooby 2000, 2.)

Valtion roolin ja vastuun on nähty yleisesti ottaen hyvinvointivaltioissa heikentyneen ja sen sijaan markkinoille, perheille ja yhteisöille asetetun vastuun kasvaneen (Jenson 2009, 27; Gilbert 2002, 4). Tätä on nimitetty muun muassa vastuun yksityistymiseksi (Rodger 2000, 3: ”privatisation of responsibility”), millä viitataan siihen, että yhteiskunnan sijaan ihmiset ovat ensisijaisesti itse vastuussa hyvinvoinnistaan. Muutosta voi myös nimittää liberalisoitumiseksi, mikä tarkoittaa markkinasuhteiden ja -logiikan ulottamista yhteiskunnassa sellaisille osa-alueille, jotka aikaisemmin kuuluivat poliittisen päätöksenteon ja kollektiivisen toiminnan piiriin (Streeck & Thelen 2005).

Liberalisaatio, julkisen vastuun kapeneminen ja yksityisen vastuun lisääntyminen ovat vastauksia hyvinvointivaltiota kohtaan esitettyyn kritiikkiin, joka on kohdistunut ennen kaikkea laajaan julkiseen sektoriin ja palveluihin. Niitä on arvosteltu tehottomuudesta, byrokraattisuudesta, kalleudesta ja tasapäästävästä luonteesta. Pelkät taloudellisen kilpailun luomat poliittiset reunaehdot ja demografiset muutokset eivät siis selitä muutoksen syitä.

Hyvinvointivaltioon kohdistunut kritiikki on koskenut ensinnäkin raskasta julkista sektoria, jonka on sanottu olevan passivoivaa tuhlausta. Kriitikoiden mukaan yhdessä korkean veroasteen kanssa paljon rahaa vaativa, kankea ja byrokraattinen julkinen sektori vaikeuttaa kansainvälistä kilpailukykyä. Laajojen ja liiallisten julkisten palvelujen on arveltu vähentävän motivaatiota tehdä työtä ja yrittää ja saavan ihmiset riippuvaisiksi valtiosta, jolloin oma aloitekyky ja vastuu jäävät puuttumaan. Ihmiset passivoituvat ja alkavat nojata yhteiskunnallisiin turvajärjestelmiin sen sijaan, että yrittäisivät ensisijaisesti itse ratkaista ongelmansa. Sosiaalietuuksia on myös väitetty olevan liian helppo saada ja niitä käytetään väärin (”sosiaalipummit”, ”työhaluttomat”). Hyvinvointivaltiossa nimenomaan valtiolla on katsottu olevan liiallista valtaa puuttua ja määrätä ihmisten elämästä, mutta se ei kuitenkaan pyri tai se ei pysty oikeasti auttamaan vaan ainoastaan valvomaan ja kontrolloimaan kansalaisiaan sekä tukahduttamaan poikkeavuutta. Hyvinvointivaltion on sanottu asettavan ihmiset byrokraattisen julkisen sektorin armoille ilman, että he pystyisivät valvomaan sitä tai vaikuttamaan joustavasti sen toiminnan kehittämiseen tai muuttamiseen. On myös väitetty, että riittäviä toimia

esimerkiksi köyhyyden poistamiseksi ei ole pystytty saamaan aikaan eikä toimeentuloturvan taso ole noussut väestön yleisen vaurastumisen tahdissa, joten universalismin lupauksia ei todellisuudessa ole saavutettu. Kriitikoiden mukaan myöskään naisten intressejä ei ole pystytty huomioimaan tarpeeksi, jotta sukupuolten välinen tasa-arvo todella toteutuisi. Eroja ja erilaisuutta ei pystytä ottamaan huomioon kankeissa ja byrokraattisissa hyvinvointivaltion järjestelmissä, jolloin vähemmistöjen asema jää heikoksi. (Walker 1984, 29; Karisto, Takala & Haapola 1997, 313–314; Miller 2004, 1-2; Anttonen & Sipilä 2010, 107–108.)

Feministinen hyvinvointivaltion kritiikki on kohdistunut siihen, että universalismin idea on rakennettu työssäkäyvän, perheenelättäjämiehen ehdoille. Perinteinen ydinperhe oli kuitenkin jo 1990-luvun alkupuolella käynyt yhä harvinaisemmaksi, ja hyvinvointivaltion haasteeksi tuli vastata yksinhuoltajien, kahden työssäkäyvän vanhemman, monikulttuuristen perheiden ja etnisten vähemmistöjen tarpeisiin. Jotta universalistinen sosiaalipolitiikka todella olisi universalistista, naiset tulisi ottaa huomioon yhteiskunnan jäseninä muutoinkin kuin äiteinä ja hoivaajina. (Anttonen ym. 2012, 9.)

Kritiikkiä on kohdistunut myös siihen, että hyvinvointivaltion kankeat professionalismin ja byrokraattiaan nojaavat rakenteet eivät ole antaneet tilaa kansalaisten omalle aktiivisuudelle ja mahdollisuuksille vaikuttaa asioihin. Järjestelmät on rakennettu sille olettamukselle, että ammattilaiset ja asiantuntijat tietävät kansalaisia itseään paremmin, mikä on parasta palvelua ja kuinka asiat tulee hoitaa. Palvelujen laatu ja ihmisten yksilölliset toiveet tai tarpeet ovat olleet palvelujärjestelmässä lähtökohtaisesti vähemmän keskeisiä kuin perustason universalistiset palvelut. Kriitikkojen mukaan byrokraattiset palvelujärjestelmät ja hierarkkinen hallinto eivät ole pystyneet vastaamaan kansalaisten yksilöllisiin tarpeisiin ja preferensseihin (Miller 2004, 15; Wistow ym. 1996, 5).

Hyvinvointivaltioon, laajaan julkiseen sektoriin ja julkisten palvelujen järjestämisen tapoihin kohdistuneet muutospaineet ja uudistamisvaatimukset ovat tuoneet esiin, että universalismin ja tasa-arvon ihanteista huolimatta kansalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi ei ole kaikilta osin onnistuttu, ainakaan riittävän tehokkaasti ja taloudellisesti. Kannatusta ovat saaneet viime vuosina erityisesti tiukkaan julkiseen talouskuriin nojaavat näkemykset siitä, millainen julkisen sektorin rooli tulisi olla ja millaisin periaattein koko sen toiminta pitäisi järjestää.

Tehokkuutta ja taloudellisuutta markkinoilta

Hyvinvointivaltioon kohdistuneisiin muutospaineisiin ja kritiikkiin on vastattu julkisen vallan taholta etupäässä kaventamalla julkisen sektorin tehtäväkenttää ja siirtämällä vastuita ja tehtäviä yksityisesti, markkinoilla sekä ihmisten itsensä ja heidän lähipiirinsä hoidettaviksi. Julkisen sektorin tehtäväksi on määritelty ”pitää vene kurssissa soutamisen sijaan” (Osbourne & Gaebler 1993). Toisin sanoen valtio tarjoaa puitteet, muttei puutu yksityiskohtiin. Tämä mahdollistava valtio (”enabling state” ks. Gilbert & Gilbert 1989; Bevir 2009) luo rakenteita ja mahdollisuuksia markkinatoimijoille ja itsenäisille kuluttajille, mutta jättää yksityiskohdat määritettäväksi sopimuksin palvelun tuottajan ja palvelun käyttäjän välillä (Deakin & Walsh 1996). Koska hyvinvointivaltioon kohdistunut kritiikki koskee muun muassa julkisen hallinnon hierarkiaa, sopimukset on nähty keinona uudistaa järjestelmää ja päästä eroon hierarkiasta (Wistow ym. 1996, 7). Hierarkisen julkisen sektorin tarjoamien palvelujen sijaan yksityisten palveluntuottajien ja ihmisten välisten sopimusten on nähty lisäävän kansalaisten mahdollisuuksia olla itse aktiivisia toimijoita, tehdä valintoja ja vaikuttaa omiin asioihinsa. Samalla laajempi käsitys kansalaisuudesta on muuttunut sosiaalisia oikeuksia painottavasta ymmärryksestä ihmisten omaa aktiivisuutta korostavaan käsitykseen (Newman & Tonkens 2011; Häikiö, Van Aerschot & Anttonen 2011).

Yksityistäminen laajassa mielessä perustuu sille ajatukselle, että joitakin hyvinvointivaltion tehtäviä voidaan tehokkaammin hoitaa markkinaperustaisin ratkaisuin. Kun hyvinvointivaltion on väitetty epäonnistuneen taloudellisessa tehokkuudessa ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden tuottamisessa ja olleen kyvytön vastaamaan ihmisten yksilöllisiin tarpeisiin, mutta kuitenkin puuttuneen yksilönvapauteen, ratkaisuksi on esitetty markkinoilta omaksuttuja toimintatapoja, jotka nähdään paitsi tehokkaina ja tasa-arvoisina myös yksilönvapauden takaavina. (Le Grand & Robinson 1984, 7.) Kustannustehokkuus on se perustelu, jolla palvelujen tuottamisen siirtämistä yksityisten yritysten hoidettavaksi argumentoidaan ehkäpä kaikkein eniten (Ascoli & Ranci 2003). Kilpailun oletetaan ratkaisevasti vaikuttavan tehokkuuden toteutumiseen, ja sitä tarjoavat nimenomaan markkinat, joilla yritykset kilpailevat asiakkaista. Tällainen markkina-ajatteluun perustuva toimintalogiikka on tuotu myös julkiselle sektorille, minkä vuoksi hyvinvointivaltion muutokset ainakin osittain kulmineituvat liberalisoitumiseen (Streeck & Thelen 2005).

Yhtenä keskeisenä välineenä markkinoilta omaksuttujen toimintatapojen käyttöönnotossa on toiminut uusi julkisjohtaminen eli NPM (new public management). NPM on tuonut yksityisen sektorin toimintaperiaatteet julkiselle sektorille hyvin konkreettisesti. Tavoitteena on kustannustehokkuus, johon pyritään liikkeenjohdon oppien mukaisesti tulosohjauksen ja erilaisten kannustinjärjestelmien avulla sekä luomalla mittareita ja standardeja, joilla tehokkuutta ja tuottavuutta mitataan. (Eräsaari 2002, Clarke & Newman 2007, Vabø 2009) Uusi julkisjohtaminen tarkoittaa ensinnäkin julkisten organisaatioiden pilkkomista toiminta- tai tulosyksiköihin sekä politiikan, valvonnan ja palveluiden jakamisen erottamista. Toiseksi se tarkoittaa tehokkuutta ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia lisäävää kilpailullisuutta, joka toteutetaan suoraan markkinoilla tai näennäismarkkinoiden (quasi-markets) avulla (Hagen & Sitter 2006).

Oleellista on, että universalismin periaatteelle organisoitujen julkisten palvelujen keskeytyksestä on pitkälti siirrytty selektiivisempiin, yksityisten tahojen tuottamiin palveluihin ja ihmisten oman vastuun korostamiseen (Gilbert 2002, 4; Potter 1988.) Universalistiseksi ajatellun perusturvan ja palvelujärjestelmän tilalle on tullut liberalistiseen perinteeseen pohjautuva ajatus siitä, että ihmiset ovat itse vastuussa omasta hyvinvoinnistaan ja myös ansiot menestyksestä kuuluvat jokaiselle yksilölle itselleen. Näitä muutoksia vahvistaa ajattelutapa, jonka mukaan julkisen sektorin rahoituspohja on jatkuvasti niukkenemassa ja sen toimintaa täytyy tehostaa, mikä taas onnistuu parhaiten avaamalla tilaa vapaalle markkinataloudelle. (Crouch 2011) Liberalistisen ajattelun mukaan vain mahdollisimman vähän säännelty markkinatalous voi tarjota ihmisille vapautta, jakaa resurssit tehokkaasti ja motivoida ihmisiä menestyksekkäästi. Yksilö on yhteiskunnan keskeisin yksikkö, ja valtion tulee puuttua talouteen tai muihin aktiviteetteihin mahdollisimman vähän. (Hayek 1960, 114; Friedman 2009, 5-6, alkuperäinen teos 1964).

Streeck ja Thelen (2005) kiteyttävät liberalisaation tarkoittavan markkinoiden merkityksen kasvua yhteiskuntien sisällä ja politiikan alueella. Asiat, jotka aikaisemmin ratkaistiin poliittisen päätöksenteon areenoilla, ovat siirtyneet suuressa määrin markkinoilla hoidettaviksi (emt., 46). Liberalisaatio on ollut asteittainen muutos, joka on tapahtunut toisen maailmansodan jälkeen hyvinvointivaltion rakennuskaudella luotujen instituutioiden puitteissa. Se ei ole ollut vallankumouksellista vaan ennemminkin vähittäistä muutosta, mutta silti perustavanlaatuisia. Liberalisaatio on osoittautunut selkeäksi irtiotoksi aikaisemmin

pohjoismaisen hyvinvointivaltion poliittiseksi kulmakiviksi miellettyistä asioista, kuten sosiaalisesta integraatiosta ja poliittis-taloudellisten eturistiriitojen ja konfliktien sovittamisesta. Se on ollut hidas ja hiipivä, mutta syvä muutos. (Streeck & Thelen 2005, 7.)

Käsitteellisesti julkisen vallan ja julkisen sektorin tehtävien kaventamista on tarkasteltu monella tavalla. Yhtäältä niitä on kuvattu rekaliibrointina, jolla viitataan siihen, että hyvinvointivaltioiden rakenteita, taloudellisia ja poliittisia järjestelmiä ja sosiaalipolitiikkaa on lähinnä mukautettu yhteiskunnallisiin muutoksiin, kuten uudenlaisiin sosiaalisiin riskeihin, eivätkä ne siksi ole niinkään perustavanlaatuisia uudistuksia (Ferrera & Rhodes 2000; Pierson 2001; Bonoli 2007). Lisäksi painopisteen siirtymistä valtiolta ja julkiselta sektorilta markkinoille ja yksityiselle sektorille on käsitelty muun muassa hyvinvointivaltion restrukturointina, purkamisena, muutoksena, reformina, supistamisena ja re-kommodifikaationa (ks. Clayton & Pontussen 1998; Goul Andersen 2007; Powell & Hewitt 2002, 2). Muutoksia voidaan kuvata myös siirtymiseksi hyvinvointivaltiosta hyvinvointiyhteiskuntaan (Rodger 2000).

Hyvinvointivaltion muutosta on siis yritetty tehdä ymmärrettäväksi monin tavoin ja eri käsitteillä pyritään kuvaamaan sen eri puolia ja ulottuvuuksia. Palvelujärjestelmän uudistamista tarkasteltaessa oleellista on kiinnittää huomiota vastuun- ja työnjakoon liittyviin muutoksiin: miten pitkälle sosiaaliset riskit ovat ihmisten yksityisasiota ja mihin ulottuu yhteiskunnan mahdollisesti tarjoama turva, miten vastuut jaetaan ja kenen tehtäviin kuuluu esimerkiksi hoiva. (Goul Andersen 2007).

Suomessa muutosta on nimitetty ainakin suunnanmuutokseksi (Julkunen 2001), siirtymäksi hyvinvointivaltiosta valmentajavaltioon (Heiskala & Kantola 2010, 124) ja siirtymäksi suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen (Alasuutari 2004), kilpailukyky-yhteisön (Kettunen 2008, 168) tavoitteluun tai kilpailukyky-yhteiskuntaan (Heiskala & Luhtakallio 2006). Muutokseen liittyviksi osatekijöiksi on mainittu muun muassa rahamarkkinoiden sääntelyn purkaminen ja työmarkkinoiden joustavoittaminen (Julkunen 2001) sekä verotuksen muuttaminen kannustavampaan suuntaan niin, että hyvätuloiset tai paljon omaisuutta omaavat eivät joudu maksamaan veroja niin paljoa, ettei heillä olisi enää kannustimia varallisuuden hankkimiseen (Kananen 2008).

Uudenlaisen hyvinvointivaltioiden politiikan taustalla voidaan nähdä vaikuttavan ennen kaikkea uudenvuodenlainen käsitys ihmisistä toimijoina. Työvoima, palvelut ja muut hyödykkeet laitetaan kilpailemaan markkinoilla, ja hallinta perustuu tavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen. Ihmisiin kohdistetaan erilaisia aktivointitoimenpiteitä asettamalla heille taloudellisia tai muita kannustimia. Taustalla vaikuttaa sellainen käsitys, että ihmisten toimintaa ohjaavat ennen kaikkea rationaaliset ja individualistiset motiivit. (Taylor-Gooby 2009, 55.)

Palvelumarkkinat, vapaat kuluttajat ja hoiva

Kun ihmisen toiminnan keskeisimpinä vaikuttimina nähdään rationaaliset ja individualistiset motiivit, heidän ajatellaan edistävän hyvinvointiaan parhaalla mahdollisella tavalla tehdessään vapaita valintoja. (Scott 2000.) Valitessaan vapaasti omia tarpeitaan vastaavia tuotteita, palveluja ja hyödykkeitä ihmiset toimivat kuluttajina. Kuluttajat ohjaavat markkinoita, sillä palvelujen tuottajien intresseissä on vastata kuluttajien tarpeisiin. Vapailla markkinoilla toimivien kuluttajien ajatellaan muokkaavan palvelujärjestelmän toimivaksi, sillä asiakkaista kilpailevat yritykset ovat pakotettuja pitämään yllä hyvää hinta-laatusuhdetta ja tarjoamaan ihmisille sitä mitä he haluavat. Näin ihmiset saavat sitä mitä he toivovat ja tarvitsevat samalla kun toteutuu vapaus niin kuluttamisen kuin markkinatuotannon alueilla.

Käsite kuluttaja pitää sisällään ajatuksen siitä, että ihmiset tietävät mitä he tarvitsevat, mitä on saatavilla ja mistä sekä mikä heille henkilökohtaisesti on paras vaihtoehto (Blom 2001; Kremer 2006; Clarke, Newman & Westmarland 2008). Kuluttaja voidaan myös yksinkertaisesti määritellä henkilöksi, joka ”käyttää hyödykkeitä omien tarpeidensa tyydyttämiseen” (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009). Viime vuosina julkisen sektorin toiminnan muututtua siihen suuntaan, että aiemmin yksinomaan julkisin voimin tuotettuja palveluja on alettu yksityistää, ulkoistaa, tuottaa erilaisin julkisen ja yksityisen tai kolmannen sektorin kumppanuuksien, palvelujen käyttäjillä on alkanut olla niin vaikutusmahdollisuuksia, kuin entistä enemmän valinnanmahdollisuuksia.

Julkisen sektorin uudistamiseen on liittynyt myös lisääntyvä palvelumaksujen käyttöönotto. Tämä on edesauttanut sellaista ajattelutapaa, että palvelujen käyttäjistä on tullut kuluttajia, jotka vaativat rahalleen vastinetta. Koska ihmiset useimmiten

maksavat jollakin tavalla käyttämistään palveluista, joko asiakasmaksuina tai osittain tai kokonaan omasta pussistaan, he myös haluavat oikeuden vaikuttaa käyttämiinsä palveluihin. (Eriksen & Weigård 1999.)

Kansalaisjärjestöjen ja erilaisten yhteiskunnallisten intressiryhmien vaatimukset ihmisten vaikutusmahdollisuuksien eli kuluttajana toimimisen edellytysten lisäämisestä on osittain juontunut näkemyksestä, jonka mukaan palveluja järjestävän tahon, eli julkisen sektorin ja siellä toimivien asiantuntijoiden, ja palvelujen käyttäjän välillä vallitsee vallan epätasapaino (Potter 1988). Julkisen sektorin hierarkkista, professionalistiseen päätöksentekoon perustuvaa järjestelmää on vaadittu muutettavan niin, että ihmisten yksilölliset toiveet ja tarpeet huomioidaan ja heidän oma asiantuntijuutensa tunnustetaan. Newmanin ja Tonkensin (2011) mukaan hallinnollinen ja poliittinen vastaus tähän on ollut kehittää julkista sektoria aktiivisen kansalaisuuden ajattelutavan mukaisesti. Sen myötä julkista sektoria uudistetaan niin, että palveluja käyttävien ihmisten vaikutus-, valinnan- ja osallistumismahdollisuuksia parannetaan ja samalla vastuuta palvelujen hankkimisesta ja hyvinvoinnista huolehtimisesta laitetaan enemmän ihmisille itselleen.

Erik Oddvar Eriksen ja Jarle Weigård (1999) ovat hahmottaneet palvelunkäyttäjän asemaan liittyvää muutosta suurten linjojen tasolla. Heidän mukaansa sen voidaan kuvata edenneen kolmivaiheisesti kansalaisista asiakkaiksi, palvelunkäyttäjiksi ja edelleen kuluttajiksi. Ensimmäisessä vaiheessa kansalaisista tuli hyvinvointivaltion asiakkaita, kun palveluja ja etuuksia laajennettiin niin paljon, että julkiset palvelut alkoivat merkittävässä määrin vastata kansalaisten hyvinvoinnista korvaamalla, täydentämällä ja paikkaamalla markkinoilta saatavia tai yksityisesti perheen piirissä tuotettavia palveluja. Myöhemmin tiettyjen universaalien palvelujen, kuten koulutuksen, laajetessa koskemaan kaikkia kansalaisia, hyvinvointivaltion asiakkuus alkoi koskea kaikkia tietyn valtion alueella pystyvästi asuvia ihmisiä. Osa palveluista oli aluksi suunnattu tietyille ihmisryhmille, kuten vammaisille, vanhuksille tai työttömille. Niitä leimasi paternalistisuus siinä suhteessa, että palvelujen sisältö ja ehdot olivat pitkälti ylhäältä päin annettuja ja niihin vaikuttaminen oli ihmisten omien vaikutusmahdollisuuksien ulottumattomissa. Palvelujen piirissä olevat ihmiset olivat asiakkaita ilman kuluttajan oikeuksia tai velvollisuuksia.

Myöhemmin monet hyvinvointipalvelut, kuten koulutus, päivähoito ja terveydenhuolto ulotettiin kaikille kansalaisille. Koska julkiset palvelut eivät enää

olleet tietyille erityisryhmille, niiden käyttöön aiemmin liittynyt stigma poistui. Kun palvelut alettiin mieltää ihmisten tarpeisiin tarkoitetuiksi, niiltä alettiin odottaa joustavuutta ja taipumista yksilöllisiin tilanteisiin. Alkaessaan vaatia palvelujen muokkaamista jokaisen henkilökohtaisia tarpeita vastaaviksi ja käyttäjäystävällisiksi asiakkaista tuli palvelujen käyttäjiä, jotka vaativat laatuja ja joustoa. Palvelujen sisältöön vaikuttamisen mahdollisuus liittyy myös nykyiseen käsitykseen toimivasta demokratiasta, johon kuuluu osallistuminen. Ihmiset sekä saavat että heidän myös oletetaan antavan palautetta ja osallistuvan itseään koskevien päätösten ja palvelujen suunnitteluun. (Eriksen & Weigård 1999; Hvinden & Johansson 2007b.)

Toinen tapa tarkastella muutosta kansalaisista kuluttajiksi on valtion ja julkisen sektorin roolin ja toimintakentän näkökulma. Talouden globalisaation vuoksi yritykset voivat nykyään helposti siirtää toimintojaan ja pääomaansa verojen kannalta edullisempiin paikkoihin ja kansallisvaltioilla on entistä kapeammat mahdollisuudet toteuttaa aikaisempia perustehtäviään, eli vaurauden tasaamista (uudelleenjakamista) ja talouden tasapainottamista valuutan sääntelyn ja verotuksen kautta. Julkiselle sektorille jää vain erilaisten palveluntuottajien sääntely. Näin julkinen vastuu hyvinvoinnin tuottamisesta ja säännöstelystä hiipuu pois. Samalla kansalaiset ovat entistä vähemmän veronmaksajia, joilla on tietyt poliittisten prosessien kautta taatut oikeudet, ja entistä enemmän yksityisiä asiakkaita ja kuluttajia. (Baldock 2003, 69.)

Kolmanneksi kansalaisuuden käsitteen ja sisällöllisen merkityksen muutos voidaan nähdä niin, että hyvinvointivaltiot kattavine sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmineen ovat osaltaan edistäneet kuluttamisen kulttuurin muodostumista. Luomalla vaurautta koulutuksen, terveydenhuollon, työllisyyden ja toimeentuloturvan kautta hyvinvointivaltioiden järjestelmät ovat samalla edistäneet tarjoamiensa perustasoisten etuuksien ja palvelujen arvostuksen laskua. Ihmiset vaativat palveluilta entistä enemmän samalla kun yleinen elintaso nousee. Tätä ilmiötä kuvaa Wagnerin laki, joka viittaa siihen havaintoon, että kun tulotaso kohoaa, palvelujen kysyntä ja laatuvaatimukset kasvavat. Paine kasvattaa julkisia menoja kasvaa sitä mukaa kun palveluja julkisin voimavaroin tuotetaan. Esimerkiksi koulutuksen ja terveydenhuollon kasvupaineita on silloinkin, kun palvelutaso on jo korkea. (Korkman 2011, 43.) Koska ihmiset ovat tottuneet toimimaan kuluttajina muilla elämän osa-alueilla, eli tekemään valintoja ja saamaan omiin preferensseihinsä sopivia palveluja, ajatellaan tämän toimintatavan siirtyneen myös julkisten palvelujen käyttämiseen.

Jos ajatellaan, että ihmisten toimintaa ohjaa ennen muuta omien intressien ajaminen rationaalisten valintojen kautta, myös julkiset hyödykkeet tulevat markkinoistaa, mikäli se on mahdollista. Tällaisen ajattelun mukaan on tehokkainta luoda yksityinen omistusoikeus julkisesti tuotettuihin hyödykkeisiin, jos se vain on mahdollista. Näin syntyy markkinat niille tuotteille, joilla on tarpeeksi kysyntää. Tämän jälkeen jokainen yksilö voi omaan valintansa mukaan osallistua yksityisomistukseen perustuvilla markkinoilla joko tavaroiden tuottamiseen (ja myymiseen) tai kuluttamiseen. Näitä päätöksiä voi tehdä välittämättä muiden tekemistä valinnoista sillä edellytyksellä, että kukaan ei osta tai myy markkinoilla niin paljoa, että kysyntä tai tarjonta vinoutuisivat. (Jordan 1996.)

Sen sijaan sellaisten hyödykkeiden kohdalla, joissa yksityisen omistusoikeuden synnyttäminen olisi liian kallista tai joita voi kuluttaa ilman, että ne vähenevät, sen paremmin yksityisomistusta kuin markkinoitakaan ei synny. Näistä hyödykkeistä nauttiminen tai niiden käyttäminen hoidetaan (poliittisin) sopimuksin. Sellaiset asiat kuin vesi, viemäröinti, toimeentuloturva tai peruskoulu, joista ei ole katsottu luontevasti syntyvän markkinoita tai joita ei ole haluttu jättää markkinoiden hoidettaviksi, on usein järjestetty julkisen sektorin toimesta. (Jordan 1996, 45–47; ks myös Julkunen 2001, 96; Crouch 2011, 74–75).

Hoivapalvelut ovat esimerkki hyödykkeestä, josta ei aikaisemmin katsottu olevan yhtäältä mahdollista ja toisaalta järkevää luoda markkinoita. Hoivan tuottaminen on joko hoidettu yksityisesti perheen tai lähiyhteisön sisällä, hyväntekeväisyyden tai vapaaehtoistyön avulla ja/tai julkisesti, kuten Pohjoismaissa, verovaroin rahoitettuna julkisena palveluna. Yksityiset palvelut ovat toimineet hoivaa täydentävinä. Markkinalogiikan on ajateltu lähtökohtaisesti olevan vierasta hoivan järjestämiselle, sillä ihmisestä huolehtimiseen tarvitaan aikaa ja välittämistä, joita on vaikea muuntaa rahaksi ja hankala tehostaa.

Kuitenkin, kun lähtökohdaksi otetaan se, että ihmiset edistävät parhaiten hyvinvointiaan markkinoilla tehtävillä vapailla valinnoilla, katsotaan että hoivaa ja siihen liittyviä palveluja pitää saada ostaa ja myydä markkinoilla. Hoivapalveluilla uskotaan olevan tarpeeksi kysyntää, jotta kilpailulliset markkinat syntyvät. Tasa-arvokysymysten ei ajatella muodostuvan ongelmaksi, jos ihmisillä on vapaa pääsy markkinoille ja vapaat mahdollisuudet tehdä siellä valintoja. Tasa-arvo toimii, kun ketään ei rajoiteta ja kaikki saavat täyttää tarpeitaan omien preferenssiensä mukaan eli toimia kuluttajina.

On kuitenkin aiheellista kysyä mahdollistavatko vapaat markkinat ja ihmisten vapaus kuluttajina toimimiseen tasa-arvon. Kuluttajuuden korostumisen mahdollisia seurauksia on pohdittu muun muassa eriarvoisuuden näkökulmasta. Kaikki kansalaiset eivät kykene pitämään huolta omasta hyvinvoinnistaan parhaalla mahdollisella tavalla ilman apua, ja ihmisten taidot, tiedot, resurssit ja käytettävissä olevat palvelukanavat poikkeavat toisistaan merkittävästi (Taylor-Gooby 1999; Topo 2009). Kuluttajana toimiminen itselle edullisimpien ja parhaiden valintojen tekemisen mielessä voi olla myös vaikeaa. Henkilökohtaisten resurssien ja ominaisuuksien merkitys korostuu kuluttajuuden ihanteen myötä aiempaa enemmän. Rationaalisen kuluttajan status on ongelmallinen erityisesti toimintakyvyltään heikompien vanhojen ihmisten kohdalla, koska he usein tarvitsevat apua perustarpeiden tyydyttämisessä (Anttonen 2009; Himmelweit & Land 2007). Taloudellinen toimijuus edellyttää kykyä tehdä päätöksiä sopimusten solmimisesta ja kykyä valvoa sopimusten ehtojen toteutumista. Tämä on erityisen haasteellista ihmisille, joiden toimintakyky on syystä tai toisesta heikentynyt ja siksi voidaan sanoa, että jollakin tavalla muista riippuvaisten ihmisten ”suvereeni kuluttajuus” ei oikeastaan ole mahdollista tai se on rajoittunutta. (Eika 2009.)

Eriarvoisuuden mahdollisuuden ja riskin voi siis sanoa pätevän etenkin hoivapalveluiden hankkimiseen ja saamiseen silloin, kun siihen tarvitaan henkilökohtaisia resursseja ja niiden puuttuminen estää avun saamisen. Sosioekonominen tausta, fyysinen ja psyykinen kunto, informaalin avun saatavuus ja lähiverkostojen tuki vaikuttavat kykyyn ja mahdollisuuksiin toimia järjestelmässä, jossa yksittäisten kansalaisten vastuu omasta elämästään painottuu sosiaalisten oikeuksien sijaan. Ikääntyneillä ihmisillä toimintakyvyn ja muistin mahdollisesti heikentyessä ja sairastavuuden lisääntyessä kyky toimia itsenäisinä kuluttajina laskee tai sitä ei aina edes ole. Aktiivisuus, vastuullisuus ja osallistuminen ovat asioita, joiden yhteensovittaminen vanhusten hoivan kanssa ei ole itsestään selvää tai helppoa (Kröger, Karisto & Seppänen 2007, 12). Apua ja hoivaa tarvitsevat ihmiset tarvitsevat useimmiten apua myös palvelujen hankkimiseen joltakin sellaiselta ihmiseltä, joka pystyy huomioimaan heidän tilanteensa ja arvioimaan heidän tarpeensa kokonaisuutena. Kun toimintakyvyn erilaisiin tasoihin lisätään vielä ihmisten käytössä olevat hyvin erilaiset resurssit, niin eriarvoisuus ilmenee helposti hyväosaisten palvelujen eriytymisenä ja heikompiosaisten palvelujen laadun heikkenemisenä, ellei eroa tasata julkisista varoista ja politiikan keinoin. (Newman & Vidler 2006; Egger de Campo 2007.)

Käsitykseen markkinoilla toimivista vapaista kuluttajista liittyy ajatus aktiivisesta kansalaisuudesta. Siirtymä sosiaalisia oikeuksia korostavasta, vahvaan hyvinvointivaltioon nojaavasta sosiaalipolitiikasta on tarvinnut teoreettista ja ajatuksellista vahvistusta. Voidaan olettaa, että hyvinvointivaltioon kohdistettuun kritiikkiin on pitänyt vastata myös periaatteiden tasolla. Samalla on voitu perustella sitä, että valintojen tekeminen ja kuluttajana toimiminen on paitsi sitä mitä ihmiset haluavat, myös sitä mitä heiltä voidaan odottaa. Molempiin tarkoituksiin sopii aktiivisen kansalaisuuden korostaminen.

Kansalaiset oman elämänsä yrittäjinä

Tutkijat ovat paikantaneet yhdeksi hyvinvointivaltion muutoksen osa-alueeksi sellaisen kansalaisuustulkinnan ja -ymmärryksen, jossa on korostuu ihmisten oman vastuun ja valinnanmahdollisuuksien lisäämisen ohella aktiivisuus. Kansalaisuudesta on tullut tärkeä osa muutosten ja uudistamisen prosesseja ja kamppailuja, joita hyvinvointivaltioissa käydään. Uudenlaisia tapoja tulkita ja määritellä kansalaisuutta ovat aktiivisen, vastuullisen ja kuluttajakansalaisuuden diskurssit sekä puhe voimaannuttamisesta (empowerment) ja osallistumisesta. (Newman ja Clarke 2009, 154–155.)

Aktiivisen kansalaisuuden juuret voidaan suurelta osin paikantaa hyvinvointivaltioon kohdistuneeseen kritiikkiin. Monet kansalaisliikkeet, aktivistit ja erityisryhmien etujärjestöt vaativat ihmisten omien vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä ja ihmisten itseään koskevan asiantuntijuuden tunnistamista ja huomioimista. Byrokraattista ja hierarkista julkista palvelujärjestelmää on pidetty tasapäistävänä ja kyvyttömänä vastaamaan ihmisten yksilöllisiin toiveisiin ja tarpeisiin. Hyvinvointivaltiolta ja sen tarjoamalta sosiaaliturvalta ja palveluilta vaadittiin erojen ja erilaisuuden huomioimista. Sinänsä käsite aktiivinen kansalaisuus ei ole kuitenkaan lähtöisin kansalaisliikkeistä, vaan se on hallinnollinen ja poliittinen vastaus kansalaisyhteiskunnasta nousseisiin vaatimuksiin ihmisten omien vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä. Vaikutusmahdollisuudet ja kuulluksi tuleminen ovat kääntyneet valinnanvapaudeksi (tai valinnan pakoksi) ja vastuuksi, mitkä ovat olleet oleellisia keinoja purkaa vahvalle julkiselle vallalle perustuneita hyvinvointivaltion rakenteita. (Newman & Tonkens 2011, 10–11; Newman & Clarke 2009.)

Aktiivista kansalaisuutta korostava ajattelutapa pitää sisällään sosiaaliturvan ja erilaisten etuuksien vastikkeellistamisen, aktivointia sisältävän työvoimapolitiikan (Clasen & Clegg 2003; Barbier 2001) ja ajatukset etuuksista ja palveluista sosiaalisina investointeina (Morel, Palier & Palme 2012). Raija Julkusen (2006, 206–210) mukaan juuri aktiivisuus luonnehtii parhaiten suomalaisenkin sosiaalipolitiikan kansalaisuuskäsityksen 1990-luvulta alkanutta muutosta. Se näkyy erityisesti vastikkeellisuuden tai ehdollisuuden sisällyttämisestä työttömyysetuuksien saamiseen sekä erilaisten toimeentulotukeen liittyvien sanktioiden käyttöönotossa (Kotkas 2009, 209; Pajukoski 2011, 92- 95; Van Aerschoot 2011).

Hallinnan tapaa, jossa korostetaan aktiivista kansalaisuutta, on nimetty edistyneen liberaaliksi (Rose 1999). Aktiivinen kansalainen ei tarkoita yhteisön aktiivista jäsentä, joka ottaa osaa yhteisten asioiden hoitamiseen käyttäen kaikkia poliittisia oikeuksiaan. Enemmänkin aktiivinen kansalainen on yrittäjä, jossa itsenäisyys, oma vastuu ja autonomia sekä erilaiset itseen liittyvät edistymispyrkimykset korostuvat. Aktiivisten kansalaisten odotetaan hoitavan omaa ja perheensä elämää kuin liikeyritystä: suunnitelmallisesti investoimalla hyvinvointiin ja vaurauteen. Aktiivisen kansalaisen tulee toimia kuten kuluttaja markkinoilla, omia mielihalujaan toteuttaen ja omaa parastaan ajaen. Käytännössä välineenä tähän ihmisten omaan vastuun ottamiseen toimivat sopimukset, joita tehdään kaikenlaisten hyödykkeiden hankkimisesta ja esimerkiksi vanhempien kanssa lasten päivähoidosta tai vanhusten kanssa palvelutalossa asumisesta. (Emt. 164–165.)

Viimeaikainen kehitys kohti aktiivista kansalaisuutta voidaan kiteyttää kolmeen osa-alueeseen (Newman & Tonkens 2011): valintojen tekemiseen hyvinvointipalvelumarkkinoilla, entistä suurempaan vastuuseen itsestä, läheisistä ja lähiyhteisöstä sekä osallistumiseen yhteiskunnassa palvelujen jakamisen, politiikan, hallinnan ja hallinnon alueilla. Ensimmäinen osa-alue, valinta (choice) ja valintojen tekemisen mahdollisuuksien lisääminen, on vastaus kansalaisten vaatimukselle joustavammista ja helpommin saatavilla olevista palveluista. Hallinnossa ja politiikassa ei kuitenkaan tunnisteta kansalaisten yhteenliittymiä tai oikeuksia omaavia kansalaisia valintojen tekijöiksi. Valintojen tekemisen mahdollisuus suunnataan ihmisille yksittäisinä kuluttajina, jotka valitsevat itselleen sopivia palveluja ja hyödykkeitä. Newmanin ja Tonkensin mukaan kritiikkinä esitetty hyvinvointivaltion rakenteiden muutoksen vaatimus on siis de-kollektivisoitu ja de-politisoitu. Toinen osa-alue, vastuu (responsibility), on nostanut aiemmin vahvasti sukupuolittuneet hoivan ja huolenpidon muodot osaksi aktiivista kansalaisuutta.

Taustalla on ajatus siitä, että ihmisillä on omasta hyvinvoinnistaan suurempi vastuu sekä velvollisuus huolehtia itsestään, läheisistään ja yhteisöstään. Kolmas aktiivisen kansalaisuuden osa-alue, osallistuminen (participation) on vastaus vaatimukseen siitä, että ihmisten pitää saada itse vaikuttaa omaan elämäänsä. Aktiivisia kansalaisia kannustetaan osallistumaan itseään ja yhteisöään koskevien päätösten tekemiseen ja esimerkiksi palvelujen kehittämiseen. Erilaiset kansalaisliikkeet ja -aktivistit ovat kritisoineet hyvinvointivaltiota ja perinteistä kansalaisosallistumista, joka rajoittuu vain äänestämiseen ja muodolliseen poliittiseen vaikuttamiseen. He vaativat, että päätöksen kohteina olevista ihmisistä tulisi objektien sijaan subjekteja ja he voisivat itse vaikuttaa asioihinsa. (Newmn & Tonkens 2011, 12–15.)

Hyvinvointivaltioon kohdistuvaan kritiikkiin on siis yhtäältä löydetty aktiivisen kansalaisuuden myötä liberalistiseen ajatteluun pohjautuvia vastauksia, yksilönvalinnat ja vastuu. Toisaalta aktiivisen kansalaisuuden ajatukset ovat vastanneet kansalaisliikkeiden vaatimuksiin ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä kommunitarismiin ja lähidemokratian ihanteisiin sopivalla osallistumisen ajatuksella. Aktiivisen kansalaisuudella, erityisesti vastuulla ja osallistumisella, on kuitenkin kannatusta myös politiikan konservatiivisella laidalla, jolloin mukaan tulee ajatus hyväntekeväisyydestä: hyväosaisten tulee auttaa köyhiä moraalisista syistä (Hvinden & Johansson 2007a, 32) ja ottaa siten vastuuta yhteisön hyvinvoinnista ja osallistua aktiivisesti sen edistämiseen auttamalla heikompiosaisia. Tällainen näkemys on mukana brittiläisessä pääministeri David Cameronin alulle panemassa Big Society – hankkeessa, jossa yhtenä keskeisenä ajatuksena on, että ihmisten tulisi antaa yhteisössään ja sen kehittämisessä omien resurssiensa mukainen panos. Big Societyssä tarkoituksena on siirtää päätösvaltaa ja resursseja keskushallinnolta paikallishallinnolle, yhteisöille, yrityksille, julkisen sektorin työntekijöille sekä kansalaisille. Keskeistä on siis supistaa vahvaa keskushallintoa ja julkista sektoria ja hajauttaa vastuuta erilaisille ihmisten muodostamille yhteenliittymille ja tavallisille kansalaisille. Tavoitteena on erityisesti julkisten menojen karsiminen. Ero markkinaorientoituneeseen ajatteluun on siis siinä, että moraaliset ja sosiaaliset näkökohdat otetaan mukaan asettamalla painoarvoa ihmisten osallistumiselle. (Jordan 2012.) Aktiivinen kansalaisuus tulee lähelle Big Society –ajattelua ja kommunitarismia nimenomaan siinä, että ihmisten nähdään olevan vastuussa omasta ja lähipiirinsä hyvinvoinnista ja kykeneviä edistämään sitä paremmin kuin julkinen hallinto ja ”ylhäältä päin” tarjotut palvelut.

Käytännön tasolla menettelyllisillä oikeuksilla on merkittävä osa kansalaisuuden kehityksessä kohti aktiivista kansalaisuutta (Kotkas 2009, 210–212). Tämä näkyy sosiaalioikeuden alan lainsäädännön kehityksessä 1990-luvun puolivälin jälkeen. Itse sosiaalisia oikeuksia on alettu tulkita väljemmin ja niitä saatetaan asettaa kyseenalaisiksi vedoten esimerkiksi yleiseen etuun tai taloudelliseen tehokkuuteen. Sen sijaan menettelyllisiä oikeuksia, jotka liittyvät sosiaalisten etuuksien hakemiseen tai jonkin myönnetyn palvelun toteuttamisen tapaan, on vahvistettu. Esimerkkejä menettelyllisistä oikeuksista ovat potilaslakiin ja sosiaalihuoltolakiin kirjatut vaatimukset potilaiden/asiakkaiden itsemääräämisoikeudesta ja tiedonsaantioikeudesta. Sosiaalisia oikeuksia tukevia menettelyllisiä oikeuksia ovat puolestaan esimerkiksi hoitotakuun, hoivatakuun ja sosiaalitakuun kaltaiset määräaika- ja enimmäisaikasäädökset, joilla pyritään varmistamaan perustuslain myöntämät oikeudet riittävään toimeentuloon ja huolenpitoon. (Emt. 213–214.)

Menettelylliset oikeudet on kuitenkin haluttu selkeästi erottaa oikeudesta saada jotain tiettyä terveyden- tai sosiaalihuollon palvelua. Menettelylliset oikeudet eivät siis millään tavoin lisää subjektiivisia oikeuksia tai materiaalisia oikeuksia, mikä on linjassa sen näkemyksen kanssa, että hyvinvointivaltion laajentamisen vaihe on ohi ja olemme siirtyneet ”laadullisesti uudentyypin hyvinvointivaltion aikakauteen” (Kotkas 2009, 217.) Menettelyllisten oikeuksien kautta tuotetaan aktiivista kansalaisuutta ja yksilön omaa vastuuta korostavaa subjektiivista (emt. 225).

Aktiivisen kansalaisuuden osa-alueet, vastuun ottaminen, valintojen tekeminen ja osallistuminen, kiteytyvät kuluttajuuden ajatuksessa. Siihen kuuluu oletus ihmisten halusta ja oikeudesta itse päättää, määrittellä ja valita tarvitsemansa hyödykkeet. Tällainen on mahdollista markkinoilla, joten aktiivisen kansalaisuuden ja kuluttajuuden edistäminen on tarkoittanut julkisten palvelujen kommodifioimista lisääntyvissä määrin, eli niiden muuttamista markkinoilla ostettavaksi ja myytäväksi.

3.2 Markkinoistaminen ja yksityistämisen muodot

Julkisen sektorin uudistaminen on tarkoittanut Suomessa, kuten muissakin läntisissä hyvinvointivaltioissa, markkinamekanismien tai markkinoilta omaksuttujen toimintamallien käyttöönottoa palveluntuotannossa. Käytän tästä markkinaehtoisesta logiikan, ajattelun ja toimintatapojen lisääntymisestä termiä markkinoistaminen. Se on eräänlainen yläkäsite, jolla tarkoitetaan julkisen sektorin kehittämistä yksityisten

markkinoiden periaatteiden mukaan. Keskeistä on palvelutuotannon alistaminen kilpailulle, joka pääasiassa tapahtuu yksityistämisen, ulkoistamisen ja ostopalvelusopimusten kautta (Kallio 2007, 239). Kyse on siitä, että aikaisemmin julkisen sektorin vastuulla oli järjestää verovarojen avulla palveluja kaikille kansalaisille, myös ja ehkä erityisesti kaikkein haavoittuvimmassa asemassa oleville, kuten huonokuntoisille vanhuksille, vammaisille, sairaille ihmisille tai lapsille. Nyt julkinen sektori on alkanut edistää sitä, että muut kuin julkisen sektorin organisaatiot tuottavat näitä palveluja (vrt. mahdollistava valtio). Tämän muutoksen mukana tulee väistämättä palvelujen järjestämisen logiikkaan liittyvä muutos: uusilla palveluja tuottavilla yksityisillä tahoilla päällimmäinen intressi on oma etu eli menestyminen markkinoilla, kun julkisen palvelutuotannon tavoite on yleisesti ollut kokonaisvaltainen yhteiskunnallinen etu. (Wistow ym. 1996, 3–4.)

Valtiot voidaan sijoittaa palvelujen järjestämisen periaatteiden perusteella teoreettiselle jatkumolle, jonka toisessa päässä ovat vapaat markkinat ja toisessa päässä julkisesti tuotetut palvelut (Walker 1984, 27). Kaikki valtiot sijoittuvat ääripäiden sijasta johonkin jatkumon vaiheille, sillä täysin markkinaperustaisia tai täysin valtiollisia järjestelmiä ei oikeastaan esiinny. Alan Walkerin mukaan sijoittuminen tällä jatkumolla pohjautuu ennen kaikkea yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin, ideologioihin ja näkemyksiin valtion roolista ja yksilönvapaudesta. Markkinoistumisen aste tai julkisten palvelujen mahdollinen universalistinen luonne heijastelevat myös sitä, miten yhteiskunnassa suhtaudutaan vanhuksiin, vammaisiin tai muutoin heikommassa asemassa oleviin ihmisryhmiin, joiden oikeudet tai mahdollisuudet käyttää valtaa itseään koskevissa asioissa ovat keskimääräistä vähäisemmät. Walkerin teoreettisella jatkumolla Pohjoismaiden voidaan ajatella sijoittuneen aina 1990-luvulle asti siihen päähän, jossa valtaosa palveluista on tuotettu julkisesti. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana maat ovat eri tahtiin liikkuneet jatkumon toista päätä kohti, Suomi erityisesti vanhushoivassa (ks. tarkemmin luku 4.4).

Yksityistäminen merkitsee laajasti ymmärrettyinä sitä, että valtion roolia ja osallisuutta sosiaalisessa ja taloudellisessa toiminnassa, esimerkiksi palvelutuotannossa, vähennetään. Valtio voi osallistua sosiaaliseen ja taloudelliseen toimintaan periaatteessa kolmella tavalla: tarjoamalla palveluja, tukemalla (rahoittamalla) tai sääntelemällä. Ensinnäkin palveluja voidaan siis tuottaa valtion omistamissa tai subventoimissa instituutioissa, kunnissa tai kuntayhtymissä, joiden henkilökunta työskentelee julkisen sektorin palveluksessa. Tukeminen puolestaan

tarkoittaa sitä, että valtio rahoittaa joitakin palveluja tai hyödykkeitä joko kokonaan tai osittain. Kolmas vaihtoehto, sääntely, tarkoittaa palvelun tai hyödykkeen valmistamisen, hinnan tai saatavuuden rajoittamista laein ja asetuksin. Vastaavasti yksityistäminen voi liittyä johonkin näistä kolmesta. Se voi tarkoittaa julkisen vallan tuottamien palvelujen vähentämistä ja toimintojen jättämistä ei-valtiollisten toimijoiden tuotettaviksi tai ihmisten omalle kontolle. Toinen tapa yksityistää on vähentää valtion tukea, esimerkiksi leikata erilaisia sosiaaliturvan etuuksia tai vaikkapa joukkoliikenteen tukea. Kolmas tapa on purkaa valtion sääntelyä ja antaa tilaa vapaalle kilpailulle ja markkinataloudelle. On kuitenkin erilaisia näkemyksiä siitä, mitä voisi tulla tilalle, jos valtion sääntelymekanismeja puretaan ja julkisia palvelujärjestelmiä vähennetään. Toiset kannattavat asioiden jättämistä vapaiden markkinoiden ratkaistaviksi, toiset ehdottavat valtion toiminnan korvaamista esimerkiksi yksityisten yritysten sääntelyllä. Jotkut muut puolestaan kannattavat toimintatilan luomista järjestöjen ja voittoa tavoittelemattomien yhdistysten toiminnalle. (Le Grand & Robinson 1984, 4–6.) Varsinaisesti yksityistämisestä on järkevää puhua vasta silloin kun vastuu jonkin palvelun tuottamisesta siirtyy osittain tai kokonaan yksityisen toimijan vastuulle ja palvelun jakamisessa tai säännöstelyssä käytetään kriteereinä voittoa tai maksukykyä (Walker 1984, 25).

Usein yksityistämisenä viitataan erilaisiin markkinoistamisen muotoihin, ilman että tarkennetaan mistä on kyse. On kuitenkin tärkeää erottaa toisistaan jonkin toiminnan siirtäminen kokonaan yksityisen yrityksen tuotamaksi, eli se että valtio täysin yksityistää jonkin asian, ja jonkin osa-alueen ulkoistaminen, mikä on yksityistämisen eräs muoto. Jälkimmäinen tarkoittaa organisaation tai yrityksen tietyn osan tai toiminnon siirtämistä oman toiminnan tai tuotannon sijaan hankittavaksi ulkopuoliselta yritykseltä alihankintana. Tällaiseen ulkoistamiseen liittyy ensiksikin kyseessä olevan toiminnon lopettaminen omasta tuotannosta, mihin kuuluu mahdollisten tuotantovälineiden myynti ja työntekijöiden siirtyminen uuden palveluntuottajan palvelukseen tai muualle. Toiseksi ulkoistamiseen kuuluu sopimussuhde, joka syntyy toiminnon tai palvelun ostajan ja sen tuottajan välille.

Yksityistämistä voi analysoida myös erottamalla sen kaksi eri muotoa. Yksityistäminen voi tapahtua kysyntälähtöisesti eli siten, että palvelujen kysyntää suunnataan pois julkiselta sektorilta kohti markkinoita. Käytännön keinoina tässä on vähentää julkista ja edistää yksityistä palveluntuotantoa kannustamalla ihmisiä hankkimaan yksityisesti tuotettuja palveluja kotitalousvähennyksen tai muiden verohelpotusten sekä palvelusetelien avulla. Toinen yksityistämisen muoto lähtee

tuotannosta ja sen järjestämisestä uudelleen siten, että valtion ja kuntien rooli rahoittajana säilyy, mutta yksityisen palvelutuotannon osuutta kasvatetaan. Julkinen sektori säilyttää tässä yksityistämisen tavassa edelleen sääntelyn ja valvonnan itsellään. Keinoja tällaiseen yksityistämiseen ovat esimerkiksi ostopalvelusopimukset ja muu ulkoistaminen. (Ascoli & Ranci 2003, 6–10.)

Näiden kahden erilaisen yksityistämisen muodon välillä on suuri ero. Ensiksi mainittu yksityistämisen tapa pyrkii vahvistamaan kuluttajuutta ja palvelujen vaihtoa markkinoilla ja vähentämään valtion osuutta ja puuttumista yksityisten ihmisten ja palveluntuottajien väliseen vaihtoon. Jälkimmäinen yksityistämisen muoto puolestaan tavoittelee yksityisen palvelutarjonnan ja yksityisten markkinoiden tehokkuuden hyödyntämistä julkisen sektorin tarpeisiin. Tämä kuitenkin halutaan tehdä kontrolloidusti niin, että kilpailua säännellään ja palvelujen järjestämisessä korostetaan kollektiivista vastuuta ja yhteistä hyvää. (Emt.)

Jane Gingrich (2011, 3–7) tarjoaa hyvinvointipalvelujen markkinoiden analysoimiseen välineitä teoriassaan, jonka mukaan erilaiset markkinat eroavat toisistaan siinä, miten kulut ja kustannukset eli palvelujen rahoittaminen jakautuu palvelunkäyttäjien ja julkisen sektorin välillä sekä miten valta jakautuu valtion, palvelunkäyttäjien ja palveluntuottajien välillä. Yksityisen palvelutuotannon kasvaessa valtaa siirtyy pois viranhaltijoilta ja ammattilaisilta, jotka aiemmin toimivat julkisen sektorin tehtävissä ja asiantuntijoina vastasivat esimerkiksi palvelujen tarpeiden ja niiden saamisen arvioinnista ja toimivat näin portinvartijoina. Riippuen siitä, millaiset markkinat hyvinvointipalveluissa luodaan, valta voi siirtyä joko kuluttajille tai palveluntuottajille. Se, millaiset markkinat luodaan, on aina myös poliittinen prosessi eli tulosta poliittisesta päätöksenteosta. Mielekästä on siis Gingrichin mukaan tarkastella sitä, miksi poliitikot ovat tehneet tilaa ja luoneet yhdenlaiset hyvinvointipalvelujen markkinat eivätkä toisenlaisia.

Myös Ascolin ja Rancin (2003, 11–14) mukaan yksityistäminen on ennen kaikkea poliittinen prosessi, vaikka se usein esitetään vain taloudelliseen tehostamiseen ja tuotannon tehokkuuteen liittyvänä kysymyksenä. He esittivät jo ennen Gingrichiä saman argumentin siitä, että tämän poliittisen prosessin myötä valtaa jaetaan uudelleen ja yksityistäminen muuttaa toimijoiden välisiä suhteita. Hyvinvointipolitiikan strategiat ja tavoitteet muuttuvat, politiikan teossa huomioitavat sosiaaliset ja poliittiset intressit muuttuvat, samoin kriteerit, joilla ihmiset pääsevät etuuskien ja palvelujen piiriin tai jäävät niiden ulkopuolelle. Tässä

prosessissa muotoutuu uudelleen koko se konteksti, jossa hyvinvointipolitiikka tehdään ja julkisen sektorin, markkinatoimijoiden ja kolmannen sektorin toimijoiden väliset suhteet muotoillaan uudestaan. Näin syntyy uudenlainen hyvinvoinnin sekatalous, jossa entinen vallan- ja vastuunjako julkisen ja yksityisen sektorin välillä ei enää päde.

Vallan- ja vastuunjakoon liittyen Colin Crouch (2011, 71) nostaa esiin sen, että yksityistämisen prosesseissa ajatellaan usein olevan kyse siitä, että valtion tai julkisen sektorin toimintaa mukautetaan markkinoiden toimintaan. Todellisuudessa nämä toimet, joita Crouchin mukaan on tehty uusliberalististen ajatusten ja arvojen pohjalta, johtavat kuitenkin usein valtioiden sopeuttamiseen suuryritysten toimintaan – mikä puolestaan tekee monikansallisista jättikorporaatioista poliittisia toimijoita. Näin poliittinen ja taloudellinen valta sekoittuvat. Suuryritykset alkavat vaikuttaa esimerkiksi kaavoittamiseen, liiketilojen rakentamiseen, palvelutarjontaan, hintoihin ja ihmisille jaettavaan tai heidän saatavillaan olevaan tietoon tai jopa erilaisiin viranomaisten suosituksiin. Alun perin ihmisten valinnanmahdollisuuksiin ja omaan osallistumiseen perustuviin argumentteihin nojaava markkinoistaminen alkaa näin palvella yrityksiä, joilla on huomattavasti enemmän yhteiskunnallista valtaa kuin asiakkailla. (Crouch 2011, 55–58, 62–70.)

Markkinoistaminen on poliittinen prosessi, joka muotoutuu viranhaltijoiden, mahdollisesti asiantuntijoina kuultujen konsulttien ja poliittisten päättäjien työn seurauksena. Se ei pelkisty taloudellisiin välttämättömyyksiin tai tuotannon tehostamiseen vaan vaikuttaa valtasuhteisiin ja muokkaa yhteiskunnallista kontekstia, jossa palveluja rahoitetaan, tuotetaan ja allokoidaan. Jos hoivan yhteiskunnallisen tukemisen taustalta voidaan löytää hoivaetiikan periaatteita ja sen tavoitteena on muun muassa oikeudenmukaisuuden edistäminen, lisää markkinoistaminen tähän kuvaan uusia lähtökohtia ja päämääriä, kuten menestyminen markkinoilla tapahtuvassa kilpailussa ja voiton tuottaminen. Tämän tutkimuksen aiheena oleva vanhusten hoiva on esimerkki sellaisesta toiminnasta, jonka suhteen markkinaehtoisten toimintatapojen käyttöönottoa on tarpeen pohtia niin käytäntöjen kuin periaatteiden tasolla.

Hoiva ja markkinat

Kun hoivapalveluja halutaan siirtää ja siirretään julkisen sektorin tuotannosta markkinoilla tuotettaviksi, hoivaan usein suhtaudutaan kuten mihin tahansa palveluun tai hyödykkeeseen, jota ajatellaan tehokkaimmin tuotettavan ja jaettavan voittoa tavoitellen. Gabrielle Meagherin ja Natasha Cortisin (2009) mukaan markkinoistamisen perusteluna käytetään usein argumenttia, jonka mukaan voiton ja hyödyn tavoittelu kuuluvat yksilönvapauteen ja markkinaehtoinen palvelujen vaihdanta palvelee sekä asiakkaiden että palveluntuottajien valinnanvapautta ja autonomiaa. Talouden näkökulmasta katsottuna hoivan tuotannon markkinoistamista voidaan lisäksi perustella sillä, että markkinat toimivat julkista tuotantoa joustavammin sekä sillä, että hoivan kommodifikaatio on yksi tapa edistää talouskasvua. Meagher ja Cortis esittävät myös täysin toisenlaisen perspektiivin hoivan markkinoistamisen tarkasteluun. Hoiva voidaan ymmärtää oleellisella tavalla erilaiseksi hyödykkeeksi tai aktiviteetiksi kuin yleensä markkinoilla ostettavat ja myytävät asiat. Tästä näkökulmasta hoivan markkinoistamisen nähdään alistavan niin inhimilliset kuin yhteiskunnalliset ja sosiaaliset tarpeet voiton tavoittelulle. (Meagher and Cortis 2009; Szebehely 2011.)

Ajatusta, että hoiva ei sovi markkinoistettavaksi, perustellaan sillä, että toisin kuin muiden hyödykkeiden kohdalla, hoivan laadussa ja tarpeenmukaisuudessa on ratkaisevaa hoivaan käytetty aika sekä hoivaajan ja hoivan tarvitsijan välinen suhde ja vuorovaikutus. Tämän vuoksi hoivaa voidaan tuottaa tehokkaammin eli tehostaa vain tiettyyn rajaan asti ilman, että hoivan laatu alkaa heiketä. Koska yritysten tarkoituksena on harjoittaa kannattavaa liiketoimintaa ja osakeyhtiöiden tavoitteena on tuottaa voittoa osakkeenomistajille, laadukkaan hoivan tuottaminen ei sovi niiden toimintaan. (Himmelweit & Land 2007.)

Hoiva voidaan myös nähdä prosessina, jolle on hankalaa määritellä alkua ja loppua (Mol 2006, 18–20). Se ei ole tuote, joka voidaan siirtää yhdeltä ihmiseltä toiselle ihmiselle vaan asioiden tekemistä yhdessä, vuorovaikutuksessa hoivaajan ja hoivattavan välillä. Hoivaa tarvitsevan ihmisen tilanne on usein ennalta-arvaamaton, joka tekee hoivasta olennaisesti sopimatonta markkinoille, missä tehdään yksityiskohtainen sopimus siitä, mitä ostetaan ja millä hinnalla. Oleellista hoivan prosessissa ovat sille asetetut tavoitteet ja hoivan antamisella saavutetut tulokset, mutta ne eivät välttämättä korreloi hoivan laadun kanssa. Joskus hyvää hoivaa on sellainen, joka estää avun tarvitsijan tilanteen huononemisen tai pelkästään

helpottaa hänen oloaan. Näin voi olla silloin, kun hoivan saajan tilanteen paranemiseksi mitään ei ole tehtävissä, eikä hoivalle voida siksi asettaa tulostavoitteita. (Emt.)

Hoivan perimmäisen luonteen pohdinnan sijaan tai lisäksi voidaan myös tarkastella markkinoita ja niihin liitettyjä oletuksia suhteessa hoivaan. Markkinoita kuvataan usein vapauden, tehokkuuden ja kilpailun kautta: kun ihmisten annetaan vapaasti tuottaa, myydä, ostaa, hankkia ja tarjota tietoa sekä tehdä valintoja, markkinoilla vallitsee tasapaino niin kysynnän ja tarjonnan kuin hintojen suhteen. Tällaisia ideaalimarkkinoita ei kuitenkaan todellisuudessa ole olemassa. (Aldridge 2005.) Syyt siihen, miksi markkinat teoriassa ja käytännössä ovat kovin kaukana toisistaan, liittyvät tietoon, kilpailuun ja valintoihin (Greener 2008, 94–97). Markkinoilla vallitsee teoriassa (ideaali)tilanne, jossa sekä kuluttajilla että tuottajilla on saatavillaan kaikki oleellinen tieto ja kyky ennakoida tekojensa ja valintojensa seuraukset. He voivat vapaasti tulla markkinoille ja lähteä sieltä pois. Markkinat ovat tarpeeksi pienet ja hajautuneet, jotta monopoleja, kartelleja tai jättikorporaatioita ei ole ja jotta hintojen vääristelyä ei esiinny. Todellisuudessa asiakkailta ja kuluttajilla on aniharvoin käytössään kaikkea valintojen kannalta oleellista tietoa, kykyä soveltaa sitä käytännössä tai mahdollisuuksia ymmärtää valintojensa seurauksia pitkällä aikavälillä. Hoivan ja avun tarvitsijoiden tilanteissa ei myöskään ole realistista olettaa palveluntuottajan vaihtamista ainakaan kovin tiuhaan. Markkinoille tuleminen ja sieltä poistuminen ei siis ole aivan niin yksinkertaista kuin teoriassa ajatellaan. Lisäksi käytäntö osoittaa, että suuryrityksiä muodostuu, ja niillä on tavoitteena saavuttaa markkina-asemia, jotka vaikuttavat kilpailuun niille edullisella tavalla ja jotka rajoittavat tai haittaavat pienempien yrittäjien toimintamahdollisuuksia. (Scourfield 2006, 10–12; Szebehely 2011.)

Arvioitaessa markkinoistamisesta saatavia hyötyjä hoivan tuottamisessa on otettava huomioon ne tavoitteet ja periaatteet, joita toiminnalle yhteiskunnassa ja politiikassa asetetaan. Julkinen palvelujärjestelmä on rakennettu kattavaksi siten, että palvelut ovat paitsi kaikkien saatavilla myös soveltuvia haastavimpien ja kaikkein eniten apua tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin. Yksityiset palveluntuottajat sen sijaan voivat suunnata palveluja haluamilleen asiakkaille ja keskittyä siten taloudellisesti tuottavampaan toimintaan. Yritykset voivat harjoittaa niin sanottua kermankuorintaa ja olla hoitamatta kaikkein vaikeimpia ja vaativimpia tapauksia ja keskittyä sen sijaan asiakkaisiin, joiden tarpeisiin on kohtuullisen helppo vastata ja joilla on varaa maksaa palveluista (Blom 2001).

Jotta yllä mainittuja ongelmia voitaisiin välttää ja julkisten palvelujen markkinoistamisesta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty mahdollisimman pienillä haittavaikutuksilla, palvelujen rahoittaminen pidetään usein edelleen julkisen sektorin hoidossa ja vain palvelujen tuottaminen ulkoistetaan. Julkiset toimijat, kuten kunnat, tekevät siis palvelujen tuottamisesta sopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa. Tämän ajatellaan tuovan kilpailun edut julkisen palveluntarjonnan hyödyksi ja lisäksi parhaimmillaan luovan sekä tehokkuutta että läpinäkyvyyttä, kun sopimuksissa tarkasti eritellään mitä tilataan ja mitä maksetaan. On kuitenkin vaikeaa suunnitella palvelukokonaisuuksia niin tarkasti ja laatia niin yksityiskohtaisia sopimuksia vastuista ja velvollisuuksista, että sopimukset todella tuottaisivat toivottuja etuja. Hoiva on tyypillisesti sellainen asia, joka vaatii tilannekohtaista harkintaa ja tilanteen mukaan toimimista ja josta on siksi lähes mahdotonta sopia täysin tarkasti. Sopimuksen perusteella tehtävä hoiva on usein joustamatonta eikä siksi vastaa hoivan tarvitsijan kulloisiin, mahdollisesti kovin vaihteleviin tarpeisiin. (Knijn & Selten 2006.)

Hoivapalvelujen markkinoistamisen suhteen on siis nostettu esiin ongelmia, jotka liittyvät siihen, että hoivan laatu kärsii helposti, jos sitä yritetään tehostaa. Heikon ja hauraan ihmisen hoivaaminen voi olla vaikeaa pilkkoa yksittäisiksi toimenpiteiksi, jotka hinnoitellaan ostettaviksi ja myytäviksi, ilman, että osa hoivan tarvitsijan tarpeista jäisi huomiotta. Toinen palvelujen markkinoistamiseen ja myös hoivan markkinoistamiseen liittyvä huoli on ihmisten henkilökohtaisten resurssien nouseminen entistä tärkeämmiksi hoivan hankkimisessa. Tämä huoli pohjautuu ennenkaikkea ihmisten ja ihmisryhmien väliseen eriarvoisuuteen, joka on viime vuosina lisääntynyt.

3.3 Eriarvoisuus yksilöllisyyden, vapauden ja oman vastuun rinnalla

Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana hyvinvointivaltion peruseriaatteiksi mielletyt arvot ovat saaneet uusia tulkintoja, ja niitä on alettu osittain korvata uudenlaisilla käsityksillä yhteiskunnasta, valtion ja yksilön roolista ja ihmisen toiminnan motiiveista (Taylor-Gooby 2009, 5-10). Jos aiemmin universalismi, tasa-arvo ja solidaarisuus olivat hyvinvointivaltion kantavia arvoja, on viime aikoina korostettu yksilöllisyyttä, valinnanvapautta ja ihmisten omaa vastuuta (Rodger

2000). Samaan aikaan useissa eurooppalaisissa hyvinvointivaltioissa eriarvoisuus on kasvanut, ja tulonjakotilastoissa näkyy hyväosaisten aseman paranemisessa entisestään sekä heikoimmassa asemassa olevien suhteellisen aseman heikkenemisessä. (Fritzell, Bäckman & Ritakallio 2012).

Usein yhteiskunnallisella tasolla eriarvoisuutta mitataan tarkastelemalla tulonjakoa ja sen tasa-arvoisuutta. Eriarvoisuutta voi kuitenkin esiintyä monella tavalla ja sitä voidaan myös tutkia eri tavoin ja erilaisista näkökulmista. Ihmisten välistä eriarvoisuutta voidaan arvioida tarkastelemalla ovatko esimerkiksi oikeudet etuuksien, hyödykkeiden tai palveluiden saamiseen tai pääsy niiden piiriin tasa-arvoisia, onko ihmisillä tasa-arvoiset mahdollisuudet toteuttaa itseään ja kykyjään tai ovatko sosiaalipolitiikan tulokset (outcomes) tasa-arvoisia (Platt 2011, 1, 7). Jos tarkastellaan tasa-arvon toteutumista hyvinvointiin liittyvien oikeuksien tai sosiaalipolitiikan tulosten kannalta, täytyy miettiä, mitä oikeastaan tavoiteltiin. Millaisia (sosiaalisia) oikeuksia ihmisille on annettu tai määritelty kuuluvan ja millaisia tavoitteita sosiaalipolitiikalle on asetettu? Esimerkiksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion taustalla vaikuttavia perusarvoja olisi virheellistä pitää muuttumattomina tai olettaa, että niitä tulkitaan samalla tavalla ajan kuluessa. Se, mitä aikaisemmin on ajateltu kohtuulliseksi tai oikeudenmukaiseksi voi tänä päivänä näyttytyä eri valossa ja saada uusia tulkintoja, ulottuvuuksia tai painotuksia

Joidenkin tutkijoiden mukaan politiikan julkisuudessa korostuvat nykyään tasa-arvon ja universalismin ajatukselle perustuvan sosiaalipolitiikan ja sosiaalisten oikeuksien sijaan sellaiset käsitykset, että valtiojohtoista tuloerojen tasaamista ei enää tarvita kuten ennen. Yhtäältä sosiaalisia luokkia ja niihin perustuvaa epätasa-arvoisuutta ei enää ajatella esiintyvän. Toisaalta globaalin talouden asettamien ehtojen nähdään radikaalisti vähentävän mahdollisuuksia verovaroin rahoittaa tasa-arvon edistämistä sosiaalipolitiikalla ja siten globaalin talouskilpailun nähdään haastavan hyvinvointivaltioiden perustan. (Newman & Tonkens 2011, 17; ks. myös Kananen & Kantola 2009, 120–121.)

Edellä esitetty Janet Newmanin ja Evelien Tonkensin (2011) luonnehdinta, että vaurauden uudelleenjakaminen ei enää ole poliittinen tavoite tai ainakaan kovin keskeinen sellainen, selittänee osaltaan kahden viime vuosikymmenen aikana tapahtunutta tuloerojen kasvua. Vuonna 2011 rikkain kymmenes ansaitsi OECD-maissa keskimäärin yhdeksän kertaa enemmän kuin köyhin kymmenes. Ginikerroin, joka kuvaa tulonjaon tasaisuutta, nousi 1980-luvun puolivälin 0,29:stä kymmenellä

prosentilla 2000-luvun loppuun, jolloin se oli 0,32⁴. (OECD 2011, 22.) Tuloerojen kasvu on ollut voimakkainta Euroopan maista Ruotsissa ja Suomessa, joissa ginikerroin on kasvanut noin 0,20:sta yli 0,25:een. Yhä edelleen Suomi ja muut Pohjoismaat ovat OECD-maiden vertailussa pienten tuloerojen maita, mutta viime vuosien kehitys on lisännyt kansalaisten eriarvoistumista Pohjoismaiden sisällä. (OECD 2011; Fritzell, Bäckman & Ritakallio 2012; Hiilamo 2010.)

Eriarvoisuuden lisääntymisen ja sosiaalipolitiikassa tapahtuneiden muutosten myötä hyvinvointivaltioissa tapahtuvaa kehitystä on nimitetty myös dualisaatioksi, jolla viitataan yhteiskunnan polarisoitumiseen. Tämän taustalla on näkemys siitä, että tuloerojen kasvun lisäksi on tapahtunut ihmisryhmien välistä kahtiajakoa, joka liittyy työmarkkina-asemaan ja laajemmin sosioekonomiseen taustaan. Ne, joilla sujuu hyvin työmarkkinoilla tai joilla on takanaan pitkä työura, nauttivat edelleen kohtalaisen hyvää sosiaaliturvasta ja korkeista etuuksista. Sen sijaan ne, jotka ovat jääneet pelkän perusturvan varaan tai selviytyvät erilaisten pätkätöiden ja tukien viidakossa, ovat entistä heikommassa asemassa. (Kvist ym. 2012, 1.) Näin muutos on tarkoittanut entistä tiukempaa jakoa niihin, jotka ovat yhteiskunnassa ja sen järjestelmissä sisällä (insiders) ja niihin, jotka ovat niiden ulkopuolella (outsiders) (Emmenegger ym. 2010).

Pohjoismaidenkin on nähty dualisoituneen niin, että universaalismin ajatukselle rakennettu hyvinvointivaltio on vähittäin muuntunut kaksikerroksiseksi siten, että hyväosaiset käyttävät erilaisia omaan rahaan, työsuhteeseen tai vakuutuksiin perustuvia eläke- ja palvelujärjestelmiä ja huonompiosaiset jäävät joko täysin ilman tai heikentyneiden julkisten etuuksien ja palvelujen piiriin (Kvist ja Greve 2011). Myös Suomessa tapahtunutta yhteiskunnan polarisoitumista, eli rikkaiden rikastumista ja köyhien köyhtymistä on pohdittu samaan tapaan:

[V]oimavarojen jako on eriarvoistunut sekä alueellisesti että yhteiskunnallisten ryhmien välillä. Kortit on maan sisällä jaettu uudelleen niin, että vaikka joillakin käsillä on entistä parempi pelata, toisilla ei pääse edes pelipöytään. (Heiskala & Luhtakallio 2006, 9)

⁴ Ginikerroin vaihtelee 0 ja 1 välillä nollan kuvattessa täydellisen tasaista tulonjakoa ja ykkösen sitä, että kaikki tulot menevät yhdelle henkilölle.

Sosiaalisten ryhmien välisen eriarvoisuuden tarkastelussa voidaan kiinnittää huomiota kolmeen eri osa-alueeseen. Ensinnäkin on tärkeää kuvata millaisesta ja kuinka laajasta eriarvoisuudesta on kyse. Toiseksi on oleellista määritellä, mitkä ovat ne piirteet tai ominaisuudet jossakin tietyssä sosiaalisessa ryhmässä, jotka vaikuttavat epätasa-arvoisuuden muodostumiseen. Kolmanneksi pitäisi paikantaa ne kohdat, joissa jonkin sosiaalisen ryhmän kohtaama eriarvoisuus muodostuu tai joissa tietynlaisen taustan omaavat ihmiset tulevat kohdelluiksi epätasa-arvoisesti muihin verrattuna. (Platt 2011, 13.)

Eriarvoisuus on tärkeä tutkimuksen kohde ja sen huomioiminen politiikassa kautta linjan ja erityisesti sosiaalipolitiikassa on oleellista, koska niin eriarvoisuudella kuin tulonjaon epätasaisuudella on yhteys yhteiskunnan oikeudenmukaisuuteen, tasa-arvoon sekä kansalaisten hyvinvointiin. Pyrkimystä tasa-arvoiseen yhteiskuntaan ja eriarvoisuuden poistamiseen voidaan yhtäältä tarkastella punnitsemalla, mikä on oikeudenmukaista ja eettistä periaatteellisella tasolla. Perusteita tasa-arvoon tähtäävälle sosiaalipolitiikalle voidaan etsiä moraalifilosofiasta. Toisaalta voidaan punnita, mikä on mahdollisimman tehokasta ja rationaalista yhteiskunnan resurssien ja niiden avulla luotavan aineellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Väitän, että jälkimmäinen on politiikan ydintä kaikissa demokraattisissa yhteiskunnissa, vaikka eriarvoisuuden taso voi maiden välillä vaihdella paljonkin ja eriarvoisuutta sinänsä kitketään vaihtelevissa määrin. (Ks. myös Saari 2005, 7.)

Tutkittaessa eriarvoisuutta resurssien käytön ja tehokkaan yhteiskuntapolitiikan kannalta on havaittu, että yhteiskunnan sisäinen tasa-arvo on yhteydesstä hyvinvointiin lukuisilla muilla yhteiskunnan osa-alueilla (Wilkinson & Pickett 2009). Tarkasteltaessa terveys- ja sosiaalisia ongelmia monilla eri indikaattoreilla on todettu, että mitä pienemmät tuloerot, sitä vähemmän ongelmia ja päinvastoin (emt., 200). Tasa-arvoisten yhteiskuntien on väitetty todennäköisemmin olevan myös oikeudenmukaisempia ja lisäksi muutkin tekijät puoltavat köyhyyden kitkemistä: niissä maissa, joissa on paljon köyhyyttä, rikollisuus, kansalaisten terveysongelmat, taloudellinen tuottavuus ja kehitys sekä lasten hyvinvointi ovat tilastojen mukaan heikolla tolalla. (Brady 2009, 4.) Köyhyys on taloudellisten resurssien niukkuutta ja liittyy usein siihen, että vauraus on yhteiskunnassa epätasaisesti jakautunutta.

Taloudellinen eriarvoisuus ja pienituloisuus

Sosiaaliset ja taloudelliset taustatekijät vaikuttavat merkittävästi ihmisen asemaan yhteiskunnassa, hyvinvointiin, terveyteen ja muihin seikkoihin. Tulotason on huomattu olevan yhteydessä niin elinajanodotteeseen kuin terveys- ja hoivapalvelujen käyttöön. Ihmiset siis asettuvat sosiaalisten ja taloudellisten taustatekijöidensä perusteella hyvin erilaisiin ja myös eriarvoisiin asemiin yhteiskunnassa. Jotta voidaan tarkastella lähemmin, millä tavalla eriarvoisuus mahdollisesti on yhteydessä vanhojen ihmisten avun saamiseen ja palvelujen käyttöön, on tärkeää ensin määritellä mitä eriarvoisuudella tarkoitetaan ja miten määritellään pienituloisuutta tai köyhyyttä.

Ei ole yhtä oikeaa sanaa kuvaamaan ihmisiä, joilla on keskimääräistä pienemmät tulot. Termejä köyhä ja pienituloinen käytetään usein tarkoittamaan samaa asiaa. Eurostatin vakiinnuttaman ja laajemmin tilastoissa ja tutkimuksissa käytetyn suhteellisen köyhyyden rajan perusteella saatetaan yhtä hyvin nimittää ihmisiä köyhiksi tai pienituloisiksi. Usein näkee käytettävän myös termejä huono-osainen ja heikommassa asemassa oleva, jotka viittaavat taloudellisten tekijöiden lisäksi sosiaalisiin seikkoihin sekä muihin tekijöihin, kuten terveydentilaan ja toimintakykyyn.

Tilastokeskus käyttää tulonjakotilastoissaan termiä pienituloisuus, jonka määritelmä on identtinen Eurostatin suhteellisen köyhyyden mittarin kanssa. Se tarkoittaa, että ne, jotka ansaitsevat alle 60 prosenttia⁵ väestön keskimääräisistä tuloista, luokitellaan suhteellisesti köyhiksi (Eurostat, Statistical books 2010, 39; Moisio 2006, 639.) Ihminen siis määritellään suhteellisesti köyhäksi, kun hänen tulonsa yltyvät korkeintaan 60 prosenttiin kyseisen maan asukkaiden keskimääräisistä tuloista. Tämän rajan alle jäävillä tuloilla ihmisten katsotaan jäävän ilman mahdollisuuksia kuluttaa ja osallistua yhteiskuntaan vallitsevan minimitaso standardien mukaan. Eurostat käyttää tilastoissaan ja julkaisussaan termiä ”at-risk-of-poverty”, mikä suomentuu hieman kömpelösti köyhyysriskiksi. Termi on kuitenkin kuvaavampi ja laajempi kuin sana köyhä, sillä ei voida yksiselitteisesti sanoa, että tietyn tulorajan alle jäävät ovat köyhiä. Heillä saattaa olla tilastoissa näkymättömäksi jääviä tapoja kompensoida pieniä tuloja tai poikkeuksellisen pienet menot. Voidaan sanoa, että

⁵ Toisinaan raja asetetaan myös 50 prosenttiin, mutta yleisemmin 60:een

on valintakysymys käytetäänkö termiä pienituloinen vai köyhä. Tässä työssä käytän termiä pienituloinen paitsi silloin kun viitataan lähdekirjallisuuteen ja siellä on käytetty sanaa köyhä. Pienituloinen on hyvä termi siksi, että sillä ei yksiselitteisesti tulojen perusteella kategorisoida ketään köyhäksi, mutta osoitetaan se, että kyse on ihmisestä, joka tulee tai jonka on tultava toimeen keskimääräistä pienemmillä tuloilla.

Köyhyyden määrittely ja mittaaminen on aina hankalaa, sillä menot vaikuttavat todelliseen toimeentuloon ainakin yhtä paljon kuin tulot, ja terveydestä sekä muusta elämäntilanteesta riippuen ihmisillä on erilaisia tarpeita ja kuluja. Lisäksi epäviralliseen talouteen tai kotitalouksien väliseen vaihtoon osallistuminen voi muodostaa merkittävän osan toimeentuloa tai ihmisillä voi olla paljon niin sanottuja ulkoisia resursseja, jotka ovat heidän käytössään tai hyödyttävät heitä erilaisten läheissuhteiden ja sosiaalisten verkostojen kautta (Foster & Handy 2008). Pelkkiin tuloihin keskittyminen ei siis välttämättä anna totuudenmukaista käsitystä toimeentulosta.

Köyhyyttä pohdittaessa on oleellista kiinnittää huomio elintason. Rahalliset tulot tai tulojako sinällään eivät ole arkielämässä oleellisia. Merkittävää sen sijaan on elintaso ja sen jakautuminen eri yhteiskuntaluokkien välillä. Elintaso liittyy ihmisen mahdollisuuksiin tyydyttää omat tarpeensa ja nimenomaan se on tärkeää. (Riihelä 2009, 9). Yleensä köyhyys määritellään joko absoluuttiseksi tai suhteelliseksi, yllä esitettyjen mittaustapojen kaltaisilla menetelmillä. Absoluuttinen köyhyys tarkoittaa puutetta elämisen ja hyvinvoinnin kannalta välttämättömistä asioista, kuten ravinnosta, vaatetuksesta tai lämmöstä. Suhteellinen köyhyys puolestaan tarkoittaa sitä, ettei pysty saavuttamaan yleisesti yhteiskunnassa vallitsevaa elintasoa (Kangas & Ritakallio 2008, 3-4). Zygmunt Bauman (1998, 37) määrittelee köyhyyttä seuraavalla tavalla:

Köyhyys ei kilpisty materiaaliseen deprivatioon tai fyysiseen ahdinkoon. Köyhyys on myös sosiaalinen ja psykologinen tila. Koska säädyllinen elämä määrittyy niiden standardien mukaan, jotka yhteiskunnassa vallitsevat, kyvyttömyys saavuttaa yleistä elintasoa jo sinällään aiheuttaa vaikeuksia, kärsimystä ja häpeää. Köyhyys tarkoittaa yleisesti normaalina pidetyn elämän ulkopuolelle jäämistä.

Baumanin määritelmä tulee hyvin lähelle Marshallin sosiaalisten oikeuksien määritelmää, jonka mukaan ihmisillä tulee olla oikeus elää yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä siinä vallitsevien standardien mukaan (Marshall 1950). Modernissa yhteiskunnassa kuluttaminen on oleellinen osa vallitsevaa käsitystä normaalista elämästä, joten kuluttamisen ulkopuolelle jäävät voidaan määritellä suhteellisesti köyhiksi. Baumanin (1998, 38) mukaan nämä ihmiset määrittyvät sosiaalisesti ja määrittävät usein myös itse itsensä puutteellisiksi, viallisiksi ja vääränlaisiksi. Tähän liittyy se, että taloudellinen epätasa-arvoisuus ei yhdisty vain kykyyn ostaa hyödykkeitä vaan se johtaa epätasa-arvoisuuteen myös muilla elämänalueilla, sellaisillakin, joilla tulotason kaltaiset kriteerit pitäisi unohtaa. Esimerkistä käyvät terveys- tai hoivapalvelut: niitä pitäisi saada tarpeen mukaan, ei sen perusteella, onko niistä varaa maksaa. (Miliband 2005.)

Eriarvoisuus ja vanhojen ihmisten pienituloisuus

Suomessa hyvätuloisten tulot ovat kasvaneet pienituloisiin nähden paljon nopeammin 1990-luvulta lähtien (Suomen virallinen tilasto, tulonjaon kokonaistilasto 2012). Tuloerojen kasvuun on osaltaan vaikuttanut se, että tuloverotusta on kevennetty. Suomessa tuloerot ovat Ruotsin ohella kasvaneet OECD-maiden kiivainta tahtia (OECD 2008; Kangas 2009, 36). Tämä johtuu verotuksen progressiivisuuden vähenemisestä, palkka- ja palkkiojärjestelmän muuttumisesta yksittäisiä johtajia tai johtoasemassa olevia ylenmääräisesti palkitsevaksi, pääomatulojen keskittymisestä suurituloisille entistä vahvemmin ja erilaisten sosiaaliturvaetuuksien suhteellisesta heikkenemisestä (Tuomala 2009, 362–368). Myös varallisuuserot ovat olleet kasvussa 1980-luvun lopulta 2000-luvulle, ja erityisesti kaikkein hyväosaisin prosentti suomalaisista on kasvattanut varallisuuttaan huomattavasti (Riihelä, Sullström & Tuomala 2007, 89–91). Suomi on näin talouden rakenteissa lähentynyt muita OECD-maita, ja tämä on nähty, ainakin vallitsevan poliittisen ja taloudellisen eliitin puheissa kilpailukyvyn kannalta välttämättömänä kehityksenä. Toisaalta voidaan myös väittää, että kyse on perustavanlaatuisesta paradigman muutoksesta, joka on pantu käytäntöön selkeillä poliittisilla päätöksillä ja linjanvedoilla, tai niiden puuttumisella, kuten Janet Newman ja Evelien Tonkens (2011) kirjoittavat (ks. edellä). Voidaan esimerkiksi nähdä, että köyhyyden lievittämisen ja vähentämisen suhteen universalismin periaatteesta on Suomessa siirrytty selektivismiin, mikä on aikaisemmin ollut pohjoismaiselle hyvinvointimallille vieras ajatus (Kuivalainen & Niemelä 2010).

Erilaisissa hyvinvointi-indekseissä, joissa on mukana useita maita, Suomi ja muut Pohjoismaat sijoittuvat hyvin. Näissä on useimmiten kuitenkin käytössä makrotason mittareita, kuten bruttokansantuote, tai mikrotason aineistojen keskiarvoja. Onkin tärkeää kiinnittää huomiota sisäiseen eriarvoisuuteen niissä maissa, joissa keskimääräinen hyvinvoinnin taso on korkea. Hajonta maan sisällä voi antaa hyvinvoinnista hyvinkin toisenlaisen kuvan kuin makrotason indikaattorit. (Saari 2011a, 77–78.) Näyttääkin siltä, että vaikka Suomi on edelleen kansainvälisessä vertailussa suhteellisen tasa-arvoinen maa, tuloerot ovat viime vuosina kasvaneet ja tiettyjen ihmisryhmien, kuten pitkäaikaistyöttömien ja pitkäaikaisen toimeentulotuen tarvitsijoiden asema on heikentynyt huolestuttavasti (Hilamo 2010, 89). Myös ikääntyneistä merkittävä osa on Suomessa pienituloisia (Fritzell, Bäckman & Ritakallio 2012).

Vuonna 2010 Suomen pienituloisuusaste, eli pienituloisen väestön osuus koko väestöstä, oli Tilastokeskuksen mukaan 13,3 prosenttia. Tämä tarkoittaa yli 700 000 henkilöä. Kasvua oli tapahtunut kaksi prosenttia verrattuna vuoteen 2000 ja kuusi prosenttia verrattuna vuoteen 1993, jolloin pienituloisuusaste on ollut Suomessa pienimmillään 1960-luvun jälkeen. (Tulonjakotilasto 2010, 20, 23.) Pienituloisuusaste kuitenkin on ollu laskusuunnassa aivan viime vuosina. Vuonna 2012 pienituloisten henkilöiden määrä oli 635 000 ja pienituloisuusaste oli 12 prosenttia (Findikaattori 2014, Pienituloiset).

Pienituloisuus ja kasvavat tuloerot vaikuttavat muun muassa sairastavuuteen ja kuolleisuuteen ja terveyspalvelujen käyttöön. Kansainvälisissä lääke- ja terveystieteen tutkimuksissa on todettu, että heikolla sosioekonomisella asemalla on yhteys suurempaan sairastavuuteen (Craig & Mindell 2007). On myös todettu, että Pohjoismaissa, missä sosioekonomiset erot ovat yleisesti melko alhaisella tasolla, terveyserot eri sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kuitenkin yhtä merkittäviä kuin muissakin Euroopan maissa (Bambra 2012).

Tulotasolla on todettu olevan yhteys elinajanodotteeseen, ja viime vuosina eri tuloryhmien elinajanodotteissa on tapahtunut eriytymistä. Suomalaisten elinajanodote on kasvanut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana kaikissa muissa tuloryhmissä paitsi vähiten ansaitsevan 20 prosentin joukossa. Ylimmän ja alimman tuloviidenneksen, eli väestöstä eniten ansaitsevan 20 prosentin ja vähiten ansaitsevan 20 prosentin, välinen ero elinajanodotteessa kasvoi Suomessa vuosina

1988–2007 miehillä 7,4 vuodesta peräti 12,5 vuoteen ja naisillakin 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen. (Tarkiainen ym. 2011.)

Erilaiseen elinajanodotteeseen ovat yhteydessä paitsi eri tuloluokkiin kuuluvien ihmisten elintavat (Helldán ym. 2013) myös terveyspalvelujen käyttö. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan parempituloiset ihmiset käyttävät terveyspalveluja suhteellisesti eniten kun taas pienituloiset käyttävät niitä vähiten (Hänninen 2009, 49). Kun pienituloisilla ja työttömillä on mahdollisesti käytössään ainoastaan julkinen terveydenhuolto, on hyvätuloisilla ja/tai kattavasta työterveyshuollosta nauttivilla käytössään paitsi julkinen järjestelmä ja työssä käydessään työterveyshuolto sekä yksityiset palvelut (Hänninen 2009; Palosuo ym. 2007, 228).

Tarkasteltaessa köyhyyttä erilaisten riskiryhmien kesken ikääntyneiden ihmisten köyhyys on Suomessa muihin Pohjoismaihin verrattuna korkealla tasolla, vaikka köyhyys Suomessa yleisesti ottaen asettuu jotakuinkin samalle tasolle Ruotsin, Norjan ja Tanskan kanssa (Fritzell, Bäckman & Ritakallio 2012, 175). Tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaista suomalaisista jopa 33 prosenttia on pienituloisia, kun muissa Pohjoismaissa luku vaihtelee Norjan 22 prosentista Ruotsin 23:een ja Tanskan 29 prosenttiin. Myös pitkittynyt köyhyys on ikääntyneiden keskuudessa Suomessa yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa. (Emt. 178–181.)

Vuonna 2010 pienituloisten yli 75-vuotiaiden suomalaisten määrä oli 81 000 henkilöä eli 20 prosenttia ikäluokasta. Tilastojen mukaan eniten pienituloisuuden riskiä ikääntyneillä ihmisillä lisäsi yksinasuminen: jopa kolmannes yksinasuvista oli pienituloisia. Ikääntyneet naiset, joiden pienituloisuusaste oli 25 prosenttia, olivat keskimäärin heikommassa asemassa kuin miehet, joista 9 prosenttia oli pienituloisia. Tutkimuksen perusteella suurin köyhyysriski Suomessa onkin juuri ikääntyneillä, yksinelävillä naisilla. (Tulonjakotilasto 2010, 13–14; Ahonen & Bach-Othman 2009.) Köyhyysriskiä etenkin naisilla kasvattavat lyhyt työhistoria, yksin eläminen, omaishoitajana toimiminen, suuret hoivatarpeet ja/tai suuret lääkemenot. Usein köyhyyttä aiheuttavat tai siihen johtavat erilaiset, myös toisiinsa kietoutuvat elämänvaiheet, jotka ovat ominaisia iäkkäille naisille: vähäinen koulunkäynti, kotiäitiys, lyhyet työsuhteet, avioliiton loppuminen eroon tai puolison kuolemaan, yksinhuoltajuus ja puolison alkoholismi. (Ylinen & Rissanen 2012, 309–315.)

Ikääntyneet naiset asuvat miehiä useammin yksin, koska he elävät miehiin verrattuna keskimäärin pidempään ja ovat siksi useammin leskiä. Yksinasuminen

asettaa pienten tulojen lisäksi iäkkäät naiset heikkoon asemaan siksi, että puoliso on usein merkittävä avun ja hoivan resurssi. Tarve palveluille voi siis olla suuri juuri yksinasuvilla ja kun siihen yhdistyy pienituloisuus, saattaa tilanne olla erityisen huono. Pienituloisuus voi tehdä ainakin yksityisten palvelujen hankkimisen mahdottomaksi. Nämä ovat tärkeitä seikkoja oman tutkimuksen kannalta. Hyvinvointi ei jakaudu tasapuolisesti kaikille, vaikka tilastojen mukaan ikääntyneiden keskimääräinen koulutus- ja tulotaso kasvavat tulevaisuudessa. On oleellista huomioda nimenomaan se, että maan sisällä ja eri väestöryhmien keskuudessa on eriarvoisuutta, joka jakautuu ja ryhmittyy tiettyjen sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden, kuten sukupuolen, tulojen ja asumiseen liittyvien asioiden, mukaan. Niillä ihmisillä, jotka tilastojen mukaan ovat köyhyysrajalla, monet hyvinvointia uhkaavat osatekijät ovat jo valmiiksi olemassa, esimerkiksi alhainen koulutus- ja tulotaso. Muita hyvinvointiin mahdollisesti negatiivisesti vaikuttavia riskitekijöitä ovat ikääntyneillä jo mainittujen naissukupuolen, heikoksi koetun terveyden ja huonon toimintakyvyn lisäksi yksinäisyys, masennus, puutteellinen asunto ja asuinympäristöt, lähipalvelujen ja julkisen liikenteen heikko saatavuus. Hyvä vanhuus ja mahdollisuudet hankkia tarvittavaa apua ja palveluja ovat siis mahdollisia vain osalle vanhuksista. (Vaarama 2008, 53–54.)

Tutkimuksen mukaan vanhusten pienituloisuus selittyy pääosin sillä, että vanhusväestön suhteellinen tulotaso on laskenut verrattuna palkansaajien tulotasoon (Rantala & Suoniemi 2007, 26). Ikäihmisten köyhyyttä ja huono-osaisuutta Päijät-Hämeessä pitkittäisaineistolla tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että vanhusväestön köyhyys ja toimeentulovaikeudet ovat 2000-luvulla lisääntyneet (Haapola, Karisto & Seppänen 2012, 286–288). Köyhänä tai pienituloisena itseään pitävien osuus oli kasvanut 33 prosentista 46 prosenttiin vuodesta 2002 vuoteen 2008. Tämä osoittaa, että verratessaan taloudellista asemaansa muuhun väestöön vanhukset itse katsoivat tilanteensa heikentyneen. Samassa tutkimuksessa (emt., 290–294) tarkasteltiin myös köyhyyden yhteyttä koettuun hyvinvointiin. Tosiasiallisella köyhyydellä ja koetulla hyvinvoinnilla huomattiin olevan yhteys. Köyhiksi luokitellut vastaajat kokivat terveydentilansa ja fyysisen kuntosensa heikommaksi kuin parempituloiset. Tutkimuksen mukaan pienituloiset vanhat ihmiset olivat myös suuremmassa riskissä syrjäytyä yhteiskunnasta ja lähiyhteisöstään, sillä osallistuminen, auttaminen, vapaaehtoistyö ja paikallinen vaikuttaminen oli heillä parempituloisia vähäisempää. Niin ikään mahdollisuudet harrastaa, opiskella ja oppia uutta olivat pienituloisten vastaajien

omien arvioiden mukaan muita heikkomat. Sen sijaan läheissuhteiden, asumisolojen ja asuinympäristön osalta erot eivät olleet suuria tuloryhmien välillä.

Niin tuloeroihin kuin muihin eriarvoisuuden osa-alueisiin on mahdollista vaikuttaa yhteiskuntapolitiikalla. Tuloeroja voidaan tasata verotuksella ja tulonsiirroilla ja eriarvoisuutta voidaan vähentää kaikille saatavilla olevilla palveluilla, joiden avulla voidaan lisätä myös heikommassa asemassa olevien ihmisryhmien hyvinvointi.

Julkisten palvelujen merkitys eriarvoisuuden vähentämisessä

Edellä olen esittänyt, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion sosiaaliturvajärjestelmä, jonka rahoittamiseen kaikki osallistuvat ja josta kaikki hyötyvät, nojaa universalismin periaatteeseen. Universalismiin liittyy Pohjoismaissa hyvinvoinnin kannalta tärkeiden tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen kollektiivisesti rahallisten etuuksien sekä nimenomaan Pohjoismaissa myös palvelujen kautta. Universalistisessa järjestelmässä ihmisiä ja ihmisryhmiä ei välttämättä tarvitse kohdella samoin, mutta tavoitteena on taata kaikille yhtäläinen oikeus saada tarpeen mukainen huolenpito. (Stefansson 2012, 64.)

Rahallisilla etuuksilla ja veropolitiikalla voidaan vaikuttaa epätasaiseen tulonjakoon yhteiskunnassa ja kaventaa siis tuloeroja. Niiden avulla ihmisiä voidaan auttaa hankkimaan erilaisia hyödykkeitä ja näin tasata elintasoon liittyviä eroja ihmisten ja ihmisryhmien välillä. Palvelut puolestaan tuottavat ihmisille ensi sijassa muita kuin taloudellisia resursseja, esimerkiksi koulutusta, terveyttä ja toimintakykyä. Palvelut myös mahdollistavat erilaisia asioita kuin rahalliset etuudet. Esimerkiksi päivähoito mahdollistaa vanhempien työssäkäymisen ja vanhusten hoiva aikuisten lasten vapautumisen hyvinkin vaativista hoivavastuista ja tätä kautta täysipainoisen osallistumisen työelämään. Palvelujen avulla tasoitetaan myös ihmisten välisiä eroja, mutta eri tavalla kuin rahalla, sillä palvelujen kautta pyritään vahvistamaan ihmisten terveyttä ja erilaisia kykyjä. Esimerkiksi tasa-arvoiseksi suunnitellun peruskoulun on ajateltu tasaavan erilaisista taustoista tulevien lasten mahdollisuuksia hankkia myöhempää koulutusta varten tarvittavia taitoja ja näin mahdollistaa kaikille yhtäläiset mahdollisuudet edetä opinnoissaan ja myöhemmin työelämässä. Vanhusten hoivapalvelujen tarkoitus on paitsi vapauttaa heidän läheistensä resursseja hyödynnettäväksi muualla yhteiskunnassa, myös taata se, ettei kukaan jää heitteille ja kaikkien välttämättömistä tarpeista pidetään huolta. Palvelut ovat siis

erittäin tärkeä osa sitä kokonaisuutta, jolla kansalaisten tasa-arvoa edistetään ja hyvinvointia luodaan. (Anttonen 2002.)

Mia Vabøn ja Marta Szebehelyn (2012, 121–122) mukaan universalismi palvelujen suhteen on erityinen, monimutkainen universalismin muoto, johon liittyy muutakin kuin oikeus ja mahdollisuus saada palveluja. Universalismi hyvinvointipalvelujen jakamisen periaatteena tarkoittaa, että palveluntuotanto onnistuu tarjoamaan tarpeenmukaisia, kohtuuhintaisia ja joustavia palveluja. Palveluntuotanto onnistuu siis olemaan universalistista silloin, kun ihmiset haluavat käyttää palveluja, heillä on niihin varaa ja palvelut vastaavat heidän henkilökohtaisiin tarpeisiinsa ja preferensseihinsä. Palvelujärjestelmä on myös altis kiistoille ja erilaisille tulkintoille tarpeista juuri siksi, että palvelujen on tarkoitus vastata ihmisten tarpeisiin, jotka on yhteiskunnallisella tasolla määritelty hyvinvoinnin kannalta oleellisiksi. Ihmisten omat määritelmät avun ja palvelujen tarpeista voivat olla erilaisia.

Julkisilla palveluilla vähennetään köyhyyttä ja niille voidaan laskea rahallinen arvo. Jos katsotaan esimerkiksi palvelujen vaikutusta tulonjaon tasaisuutta kuvaavaan Ginikertoimeen OECD-maissa, huomataan, että ennen palvelujen huomioimista Ginikerroin on jopa noin viidenneksen suurempi kuin palvelujen arvon huomioimisen jälkeen. Julkisten palvelujen vaikutus tulonjaon tasaamiseen on merkittävämpi maissa, joissa tuloerot ovat suuria, kuten Meksikossa, USA:ssa ja Portugalissa, mutta niillä on huomattava merkitys myös Pohjoismaiden kaltaisissa, suhteellisen pienten tuloerojen maissa. Julkisilla palveluilla on tuloerojen tasaamisen lisäksi vaikutus myös köyhyyden vähentämiseen, vaikka se ei varsinaisesti kuulukaan palvelujen järjestämisen alkuperäisiin tavoitteisiin. (Verbist, Föster & Vaalavuo 2012, 35–37.)

Julkisesti tuotettujen tai subventoitujen palvelujen merkitystä tulonjaon tasaamisessa on tutkittu laajalla, 13 Euroopan maata kattavalla aineistolla (Vaalavuo 2011). Vanhusten hoivapalvelut ovat tutkimuksessa mukana. Tulosten mukaan palveluilla on joissakin maissa todella suuri merkitys tuloerojen tasaamisessa. Suomessa vanhusten palveluilla ei onnistuta vähentämään eriarvoisuutta läheskään yhtä tehokkaasti kuin muissa Pohjoismaissa ja Hollannissa. Tutkimuksen mukaan Ruotsissa, missä palvelujen merkitys on suurin, alimman tuloviidenneksen suhteellinen asema paranee 19 prosenttia käytössä olevien vanhusten palvelujen myötä. Suomessa vastaava luku on 5 prosenttia. Vanhusväestön vähiten tuloja saava viidennes käyttää eniten julkisia palveluja Pohjoismaissa eli ne kohdentuvat ainakin

osittain kaikkein köyhimmille. (Vaalavuo 2011, 172–173.) Tulosten perusteella on tehty johtopäätös, että vanhusten hoivapalveluilla on merkitystä paitsi yksittäisten perheiden hoivavastuiden keventämisen kannalta myös köyhyyden vähentämisessä. Koska palvelut kohdentuvat merkittävässä määrin kaikkein pienituloisimmille, ne voivat mahdollisesti jopa vähentää sosiaalietuuksien tarvetta. Huomio pitäisi nyt kiinnittää palvelujen tasa-arvoiseen saatavuuteen ja siihen, onko vanhoilla ihmisillä yhtäläiset mahdollisuudet saada hoivaa. (Emt., 178.)

Tutkimusten perusteella voidaan siis päätellä, että julkisesti tuotetuilla tai ainakin julkisin varoin subventoiduilla palveluilla on oleellinen merkitys eriarvoisuuden vähentämisessä. Ihmisten välistä tasa-arvoa voidaan merkittävästi lisätä takaamalla pääsy terveys-, koulutus- ja hoivapalveluihin kaikille ihmisille riippumatta heidän tulotasostaan, muista henkilökohtaisista resursseistaan tai asuinpaikastaan. On myös todettu, että pienituloiset ihmiset käyttävät ainakin Suomessa nimenomaan julkisia palveluja enemmän kuin parempituloiset (Vaalavuo 2014). Tämä vahvistaa entisestään sitä päätelmää, että julkiset palvelut ovat erittäin tärkeässä roolissa hyvinvoinnin tasa-arvoisessa jakamisessa. Tämä ei kuitenkaan ole uusi asia, sillä universalistiset, kaikille saatavilla olevat palvelut ovat olleet yksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion kulmakivi. Julkispalvelut ovat tärkeä keino lisätä kaikkien kansalaisten tasa-arvoa, hyvinvointia ja edellytyksiä elää täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä.

4 Hoiva, apu ja palvelut

Tutkimusten perusteella tiedetään, että viimeaikaisten hoivan järjestämiseen liittyvien muutosten, eli markkinoistamisen ja ihmisten oman vastuun lisääntymisen rinnalla myös eriarvoisuus on kasvanut. Jotta vanhusten hoivan nykytilasta saisi kokonaisvaltaisen käsityksen, on tärkeää arvioida, miten vanhushoivapolitiikkaa linjataan valtion tasolla ja mitä viimeaikaisten tutkimusten perusteella tiedetään vanhusten hoivan tarpeisiin vastaamisesta avun saamisesta ja palvelujen käytöstä.

Vanhusten hoiva ja sen järjestämiseen liittyvät kysymykset ovat tällä hetkellä erittäin oleellisia yhteiskunapolitiikan kannalta, koska väestö ikääntyy nopeasti. Ikääntyneiden osuuden väestöstä ennustetaan Suomessa lisääntyvän merkittävästi tulevana vuosikymmeninä. Vuonna 2012 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 18 prosenttia ja sen arvioidaan nousevan 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Tämä tarkoittaa 65 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien määrän lähes kaksinkertaistumista 1,75 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä. (Suomen virallinen tilasto 2012, Väestöennuste; Suomen virallinen tilasto, Väestö 2012.) Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä on ennustettu kasvavan samassa ajassa 2 prosentista 7 prosenttiin ja heidän määränsä lisääntyvän nykyisestä 108 000:sta 463 000:een. Samalla työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuuden on ennustettu pienenevän vuosien 2009 ja 2040 välillä 66 prosentista 58 prosenttiin ja edelleen 56 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. (Suomen virallinen tilasto 2009.)

Väestön ikääntyessä palvelujen kysyntä tulee kasvamaan merkittävästi, sillä entistä suurempi vanhojen ihmisten joukko tarvitsee niin apua, hoivaa kuin terveyspalveluja. On siis odotettavissa, että vanhusten määrän kasvaessa myös heille suunnattujen palvelujen tarve kasvaa. Vanhusten määrän kasvu lisää palvelujen kysyntää siitä huolimatta, että tutkimusten mukaan ihmiset elävät yhä pidempään niin hyväkuntoisina, että tulevat toimeen pääosin itsenäisesti tai tarvitsevat vain vähän apua (Sulander 2005, 39–40, 55–56).

Ikääntyneiden määrän kasvaessa ja palvelujen kysynnän lisääntyessä hoivan kustannuksista ja niiden kasvun hillitsemisestä on tullut kiperä

yhteiskuntapoliittinen kysymys. Samalla kuitenkin myös hoivan laatu ja vanhuksista huolehtiminen hoivaetiikan periaatteiden suuntaisesti on erittäin ajankohtainen kysymys niin politiikassa kuin mediassa. Millaisin periaatein vanhushoivan palvelujärjestelmää sitten ohjataan nykyisessä yhteiskunnallisessa kontekstissa? Seuraavassa luvussa tarkastelen millaisten tavoitteiden mukaan vanhusten tarvitsema apu, hoiva ja palvelut tulisi hoivapolitiikkaa ohjaavien ministeriöiden politiikkadokumenttien ja hallitusohjelman mukaan järjestää. Olen lukenut keskeisiä poliittisia vanhushoivan ohjausasiakirjoja ja tarkastellut millaisia tavoitteita vanhushoivalle niissä asetetaan.

Luvussa 4.2 tarkastelen lyhyesti miten vanhusten hoivapalvelut, erityisesti kotihoito, kehittyivät osaksi Suomen sosiaalipalveluja. Luvussa 4.3 käyn läpi vanhusten palvelujen tuottamisen nykytilaa ja muutoksia. Luvussa 4.4 tarkastelen yksityistä palveluntuotantoa ja hoivapalvelujen markkinoistamista Suomessa. Luvussa 4.5 tutkin millainen kuva muodostuu vanhojen ihmisten avun saamisesta ja palvelujen käytöstä viimeaikaisten tutkimusten perusteella. Tarkastelen sitä, miten paljon ja mistä vanhusten on todettu saavan apua ja miten hyvin avun koetaan riittävän. Lopuksi pohdin eroavatko yksityisiä ja julkisia palveluja käyttävät vanhukset ryhminä ja kysyn, mitä tutkimuksen perusteella tiedetään sosiaalisten taustatekijöiden vaikutuksesta vanhusten avun saamiseen ja palvelujen käyttöön.

4.1 Vanhushoivan poliittinen ohjaus, oma vastuu ja oikeudenmukaisuus

Suomessa kunnat ovat julkista valtaa edustavia toimijoita, joiden lain mukaan pitää valvoa kansalaisten oikeuksien toteutumista. Sitä kautta ne ovat myös vastuussa hyvinvoinnin kannalta välttämättömien palvelujen järjestämisestä (Julkunen 2008, 163–166). Valtio ohjaa kuntia palvelujen järjestämisen periaatteissa, mutta käytännön tasolla kunnat voivat järjestää palvelut eri tavoin ja painottaa erilaisia asioita. Kyse on niin sanotusta epäsuorasta ohjauksesta, jonka voi määritellä ohjeiksi, suosituksiksi ja toivomuksiksi erotuksena suorasta ohjauksesta, jonka keinoja ovat käyttötarkoitukseen sidotut määrärahat, käskyt ja säännöt (Nylander 2008).

Hyvinvoinnista huolehtiminen hoivan tarpeisiin vastaamalla edellyttää ennen kaikkea sitä, että jollakin on aikaa katsoa ja kuunnella hoivaa tarvitsevaa ihmistä,

auttaa häntä ja huolehtia hänen tarpeistaan. Käytännössä tämä kuitenkin tuntuu olevan vaikeaa järjestää. Sosiaalipoliittisista tavoitteista ja olemassa olevista järjestelmistä huolimatta ei ole lainkaan itsestään selvää, kenelle vastuu huolenpidosta yhteiskunnassa kuuluu, kuka tekee työn käytännössä ja kuka sen maksaa. Suomessa lain mukaan julkiselle vallalle kuuluu viime kädessä vastuu myös hoivasta, mutta kuten aikaisemmin (luvussa 2.2) esitin, vastuun ajatellaan silti olevan ensisijaisesti ihmisillä itsellään. Usein on hankala tietää tai määrittellä näiden vastuiden, yksityisen ja julkisen rajat.

Vaikka saisimme vastuukysymykset ratkaistua ja olisimme periaatteessa yksimielisiä siitä, että jokaisen ihmisen perustarpeista tulee huolehtia, vaikeampaa on määrittellä, mitä perustarpeet sisältävät ja mikä on se tarpeentyydytyksen taso, joka kaikille ihmisille pitää taata. Riittääkö, että ihmisen fyysisestä kunnosta ja lääketieteellisestä terveydestä huolehditaan vai pitääkö taata, että hän voi kokonaisvaltaisesti hyvin? Kuinka pitkälle voidaan huomioida ihmisen subjektiiviset toiveet ja oma tarpeiden määrittely? Ovatko esimerkiksi sosiaaliset tarpeet sellaisia, jotka pitää huomioida hoivassa? Nämä kysymykset ovat oleellisia, kun pohditaan informaalin hoivan, julkisten palvelujen ja yksityisen eli markkinoilta ostettavan hoivan rajanvetoa. Ei ole yksinkertaista vastausta siihen, miten paljon julkisen järjestelmän pitää kattaa esimerkiksi juuri hoivasta ja mitkä asiat voidaan jättää ihmisten omalle vastuulle.

Hoivaa ja palveluja linjaavissa politiikkadokumenteissa ja ohjausasiakirjoissa määritellään hyvin vähän, jos ollenkaan, sitä, mitkä tarpeet ovat ensisijaisia ja mihin tai millaiseen hoivaan ihmisillä on oikeus. Asiakirjoissa ei myöskään tarkenneta miten palveluja tulisi järjestää käytännön tasolla tai millaisiin lopputuloksiin erilaiset valinnat johtavat. Asiakirjoissa linjataan hoivan yleisiä suuntaviivoja ja nostetaan esiin niitä yhteiskunnallisesti merkittäviä kehityskulkuja, joita tulisi huomioida hoivaa järjestettäessä. Tätä kautta luodaan vanhushoivapolitiikan periaatteet ja tavoitteet. Ne ovat erittäin tärkeitä poliittisia suuntaviivoja, vaikka saattavatkin jäädä joskus melko yleiselle tasolle ja tavoitteiden saavuttaminen onnistuu käytännössä vaihtelevasti.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan 2000-luvun poliittisissa ohjausasiakirjoissa on havaittavissa yksilöiden ja julkisen vallan välisen vastuunjaon muutos, joka näkyy oman vastuun korostumisessa. Poliitiikkadokumenteissa on alettu korostaa yksilöiden ja heidän lähipiirinsä vastuuta hyvinvoinnista huolehtimisessa: ensisijaisesti ihmiset itse vastaavat tarvitsemansa avun ja palvelujen hankkimisesta

sekä niiden mahdollisista kustannuksista. Julkisen palvelujärjestelmän vastuulle jää mahdollistaa kansalaisten oman vastuunoton toteutumisen koordinoimalla ja kehittämällä uusia käytäntöjä avun ja palvelujen tuottamiseksi: valtio ja kunnat luovat puitteet kansalaisten aktiivisuudelle ja oman vastuun ottamiselle (Aaltonen ym. 2009; Heiskala & Kantola 2010, Anttonen & Häikiö 2011b; Häikiö, Van Aerschoot & Anttonen 2011). Tämän perusteella voidaan väittää, että tietyistä sosiaalisen kansalaisuuden ja pohjoismaisen hyvinvointipolitiikan perinteistä on irtauduttu.

Olen tarkastellut viittä poliittista ohjausasiakirjaa tarkastellakseni millaisia linjauksia ja periaatteita suomalaisen hoivapolitiikkaan valtiollisen tason poliittisessa ohjauksessa luodaan ja painotetaan. Otin lähilukuun viimeaikaisia asiakirjoja, joita pidän keskeisinä vanhusten hoivan poliittisen ohjauksen kannalta. Tällä perustella valitsin tarkasteluun mukaan seuraavat asiakirjat

- Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma 2012–2015, Kaste (viitattaessa Kaste),
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia 2011, Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 (viitattaessa Strategia 2011),
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – Kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (viitattaessa Strategia 2015),
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008 (viitattaessa Laatusuositus)
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011, Avoin, oikeudenmukainen ja rohkea Suomi (viitattaessa Hallitusohjelma)

Tutkimuskirjallisuudessa analysoidaan hyvinvointivaltion muutosta, jonka sanotaan näkyvän esimerkiksi aktiivisuuden ja oman vastuun korostumisena sosiaalisten oikeuksien sijaan, valtion ja julkisen sektorin tehtävien ja vastuiden kapenemisena, hyvinvointipalvelujen markkinoistumisena ja kilpailun korostumisena palveluntuotannossa (Jenson 2009, 27; Gilbert 2002, 4; Rodger 2000; Koskiahho 2008). Lukiessani valitsemiani poliittisia ohjausasiakirjoja tarkastelin näiden ajatusten ja ideoiden mahdollista konkretisoitumista ja muotoutumista. Tavoitteeni oli saada kokonaiskuva siitä, mitkä asiat ohjausasiakirjoissa nostetaan palvelujen kehittämisessä oleellisimmiksi, millä tavoin tasa-arvo huomioidaan ja kenellä asiakirjojen mukaan nähdään olevan vastuu vanhusten hoivasta.

Yhdenvertaisuus: eriarvoisuuden vähentäminen

Ohjausasiakirjoissa korostetaan yhtäältä sitä, että eriarvoisuus yhteiskunnassa on lisääntynyt, ja tämä kehitys haluttaisiin kääntää. Palvelujärjestelmää tulisi kehittää yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden periaatteiden mukaan. Toisaalta asiakirjoissa korostetaan niin osallistumista, vaikuttamista kuin valinnanvapautta sekä palvelujärjestelmän kehittämistä siten, että ihmisten mahdollisuudet edellä mainittuihin seikkoihin toteutuvat tai paranevat. Vanhushoivapolitiikan asiakirjojen kuvaamat vanhat ihmiset ovat siis aktiivisia ihmisiä, joille pitää tarjota mahdollisuus itse vaikuttaa omaan elämäänsä sekä tarvitsemiensa palvelujen sisältöön ja laatuun. Vanhuksille halutaan siis mahdollistaa vastuun ottaminen omasta hyvinvoinnistaan ja siihen tarvittavista avusta ja palveluista.

Yhdenvertaisuuden teema on selkeästi esillä kaikissa asiakirjoissa, mutta erityisesti se nousee esiin hallitusohjelmassa ja Kaste-ohjelmassa. Hallitusohjelmassa tärkeimmiksi hallituksen toimintaa ja päätöksentekoa koskeviksi painopistealueiksi nimetään köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen, julkisen talouden vakauttaminen sekä kestävä talouskasvu, työllisyyden ja kilpailukykyyn vahvistaminen (Hallitusohjelma, 7). Vanhushoivapolitiikan ja julkisten palvelujen kannalta on keskeistä, että eriarvoisuuden vähentäminen on nostettu ensimmäiseksi tavoitteeksi. Hallitusohjelmassa painotetaan ”julkisten palvelujen merkitystä tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden takaajana” (emt, 55).

Myös tärkein sosiaali- ja terveyspolitiikkaa linjaava politiikkaohjelma, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012–2015 eli Kaste, jossa yhdistetään hallitusohjelma ja Sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukainen ohjaus, asettaa tavoitteeksi ”eriarvoisuuden vähentämisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestämisen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi”. Tavoitteiden saavuttamista tuetaan jakamalla rahaa kehityshankkeisiin. (Kaste, 13–14.) Ylipäätään Kaste-ohjelman tarpeellisuutta perustellaan sillä, että hyvinvointi- ja terveyserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet.

Suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat jatkuvasti parantuneet, mutta sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat kasvaneet lähes kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden ulottuvuuksilla (Kaste, 15)

Jo vuonna 2006 julkaistussa sosiaali- ja terveystalouden strategiassa puhuttiin hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämisestä sekä yhdenvertaisuudesta ja kaikkien oikeudesta sosiaaliseen hyvinvointiin (Strategia 2015, 4). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksissa (2008, 13) puhutaan eriarvoisuuden tai tasa-arvon sijaan oikeudenmukaisuudesta, joka liitetään inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Asiakirjassa palvelujärjestelmän kehittämisen perusarvoksi mainitaan ihmisarvon kunnioittaminen, joka tarkoittaa oikeutta ”arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta” (Laatusuositus, 12).

Uusimmassa sosiaali- ja terveystalouden strategiassa vuodelta 2011, puhutaan kansalaisten yhdenvertaisuudesta eriarvoisuuden vähentämisen sijaan. Strategian mukaan sosiaalisesti kestävä yhteiskunta ”kohtelee kaikkia jäseniään reilusti, vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä, tukee terveyttä ja toimintakykyä, antaa tarvittavan turvan ja palvelut” (Strategia 2011, 4). Yhdenvertaisuuden rinnalla strategiassa nousee vahvasti esiin kansalaisten oma vastuu. Kansalaisten yhtäläiset oikeudet ja mahdollisuudet hyvinvointiin perustellaan perustuslailla ja yhdenvertaisuusperiaatteella, mutta samalla mainitaan, etteivät ne poista yksilön omaa vastuuta hänen tekemistään valinnoista (emt, 10–11).

Yhdenvertaisuuden edistäminen siis linkittyy asiakirjoissa osallistumiseen ja omaan vastuunottoon. Oman vastuun ottamisen edistämiseksi oleellista on yhtäältä palvelujärjestelmän kehittäminen siten, että vastuun ottaminen mahdollistuu. Ihmiset voivat itse päättää asioistaan ja sitä kautta ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, kun heidät otetaan mukaan kehittämään palveluja ja heille annetaan tietoa eri vaihtoehdoista, kuten Strategiassa 2015 (s. 12) todetaan:

Palvelujen saatavuutta koskevat tiedot tarjotaan kansalaisten käyttöön. Varmistetaan asiakkaiden ja omaisten mahdollisuus osallistua hoidon ja hoitojärjestelyjen suunnitteluun. Hyvin laadituilla suunnitelmissa varmistetaan laadukas ja yksilöllinen hoito sekä hoidon vaikuttavuus ja tehokkuus. Suunnitelmien sitovuutta korostetaan. (Strategia 2015, 11–12.)

Toisaalta oman vastuunoton mahdollistamiseen liittyy toimintakyvyn ylläpitäminen, jonka motiivina on se, että vanhuksat pystyisivät asumaan entistä pidempään kotona (Strategia 2015, 25; Hallitusohjelma, 60). Kaikki tämä säästää hoivaan tarvittavia varoja, sillä laitoshoidon tulee useimmiten kotihoitoa kalliimmaksi. Sosiaali- ja terveyspalvelujen strategiassa 2015 toimintakyvyn ylläpitämisestä kirjoitetaan näin:

Ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi lisätään riittävän varhaista ja monipuolista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. [...] Ikääntyneitä motivoidaan ja tuetaan ottamaan vastuuta oman terveyden ja toimintakyvyn säilyttämisestä. Tavoitteena on vanhuuden toimintakyvyn kohentaminen. (Strategia 2015, 10.)

Selkeimmillään vanhusten oma vastuu tiivistetään näin: ”Ikäihmiset vastaavat omasta hyvinvoinnistaan ensisijaisesti itse ja lähiverkostonsa avulla” (Laatusuositus, 22). Oma vastuu siis ulotetaan myös vanhusten läheisiin, joiden oletetaan osallistuvan tarvittavan avun ja hoivan järjestämiseen.

Omaisten ja hyväkuntoisten vanhusten resurssit käyttöön

Eriarvoisuuden vähentämisen ja oman vastuunoton rinnalle kolmanneksi vanhushoivan poliittisen ohjauksen tavoitteeksi asiakirjoista nousee perheiden ja muiden ihmisten välisten verkostojen hyödyntämisen. Tämä tarkoittaa sitä, että apua tarvitsevien vanhojen ihmisten läheisiä pyritään saamaan mukaan hoivan antamiseen ja järjestämiseen sekä sitä, että vanhojen ihmisten mahdollinen potentiaali saataisiin hyödynnettyä muiden auttamiseksi.

Omaisten antama avun katsotaan useimmiten olevan yhteiskunnalle ilmaista tai, jos kyse on omaishoidosta, jota kunta tukee rahallisesti, huomattavasti julkisten palvelujen kustannuksia edullisempaa. Siksi myös vanhushoivapolitiikkaa linjaavissa asiakirjoissa on huomioitu se, että omaisten panosta hoivassa tulisi tukea. Asiakirjoissa asiasta kirjoitetaan näin:

Omaiset, läheiset ja muu lähiyhteisö ovat tärkeitä ikäihmisten hyvinvoinnin turvaajia” (Laatusuositus, 22).

Sosiaaliturva osaltaan vahvistaa yhteisöllisyyttä sekä rohkaisee edistämään omaa hyvinvointia ja ottamaan vastuuta itsestä ja lähimmäisistä (Hallitusohjelma, 55).

Vanhuksen toimintakyky, omat voimavarat ja läheisverkosto ovat palveluiden lähtökohdana. Kunnat tukevat yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa omaisten panosta ja jaksamista.” (Strategia 2015, 19.)

Ihmisiä halutaan aktivoida ottamaan itse vastuuta ja siihen voidaan päästä aktiivomalla erilaiset vanhusten voimavarat (Laatusuositus, 14). Asiakirjassa puhutaan siitä, että kuntalaisille on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa, mikä yhdessä mielekkään tekemisen kanssa on ikääntyvien hyvinvoinnille tärkeää.

Tässä viesti on siis se, että kun ihmiset ovat itse aktiivisia, käyttävät omia voimavarojaan ja auttavat vielä kenties läheisiäänkin, he elävät itsenäisesti ja heistä on lisäksi hyötyä omassa yhteisössään. Tästä puhutaan myös sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 –asiakirjassa:

Hyväkuntoisten eläkeläisten voimavaroja hyödynnetään aktiivisesti yhteiskuntaelämän eri alueilla vapaaehtoisuuden pohjalta.” (Strategia 2015, 10)

Poliittisissa ohjausasiakirjoissa vedetyt vanhushoivapolitiikan suuntaviivat ovat hyvin samankaltaisia aktiivisen kansalaisuuden ideoiden (ks. luku 3.1) kanssa: valintojen tekemistä hyvinvointipalvelumarkkinoilla, entistä suurempaa vastuuta itsestä, läheisistä ja lähiyhteisöstä sekä osallistumista palvelujen jakamisen, politiikan, hallinnan ja hallinnon alueilla (Aaltonen ym. 2014). Kaikkiin näihin seikkoihin liittyviä esimerkkejä asiakirjoista löytyy. Valintojen tekemisen tärkeyttä ja sen mahdollistamista käsitellään asiakirjoissa palvelujärjestelmän kehittämisen yhteydessä. Vastuun ottamisen teema on asiakirjoissa yksi tärkeimmistä, kuten yllä esitin. Osallistumista halutaan kannustaa ja lisätä, ikääntyneiden toivotaan sitä kautta tuovan oman panoksensa sekä omaan että läheistensä ja lähiyhteisönsä hyvinvointiin.

Kuntalaisille on turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa ikääntymispolitiikan strategiseen suuntaamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen. Tämä edellyttää, että kunnan ikäihmisten erilaiset voimavarat, kuten poliittiset, sosiokulttuuriset ja taloudelliset voimavarat, otetaan paremmin huomioon niin paikallisella kuin laajemmalla tasolla. Aktiivinen osallistuminen ja mielekäs tekeminen ovat myös onnistuvan ikääntymisen keskeisiä osatekijöitä. (Laatusuositus, 14)

Yllä olevasta sitaatista käy ilmi, että ikääntymisen toivotaan ”onnistuvan” ja se edellyttää aktiivista osallistumista ja mielekästä tekemistä. Heikkenevä toimintakyky ja hauraus eivät ole toivottavia eivätkä ne kuulu siihen kuvaan vanhuudesta, jota asiakirjoissa esitetään. Tästä on aikaisemmin kirjoittanut Silva Tedre (2007, 100), jonka mukaan vanhuspoliittisessa keskustelussa ei ole esillä apua tarvitsevia vanhoja ihmisiä, jotka kuitenkin olisivat toimijoita. Jos vanhat ihmiset halutaan esittää aktiivisina toimijoina, heidän avuntarpeensa häivytetään. Jyrki Jyrkämä (2004, 158) pohtii toimijuutta ja toimintakykyä esittäen, että oleellista on se miten erilaiset sosiaaliset, fyysiset ja paikalliskulttuuriset tilat mahdollistavat ja muotoilevat toimintaa tai toimintakykyä. Toiminta edellyttää tai siihen liittyy osaamista, kykenemistä, haluamista ja täytymistä, jotka eri tilanteissa ja ympäristöissä vaikuttavat toimintaan ja ohjaavat sitä. Näiden ajatusten pohjalta poliittisia ohjausasiakirjoja pitäisi täydentää sikäli, että vanhusten aktiivisuudessa ja

toiminnassa on kyse monitasoisesta ja vaihtelevista kyvyistä, motiiveista tai pakoista toimia. Ei ole vain joko innokkaita ja kyvykkäitä vanhuksia, joiden osallistumista ja aktiivisuutta tulee kaikin keinoin lisätä, tai sitten sairaita ja huonokuntoisia toimintakyvyttömiä vanhuksia, joiden perustarpeista on oikeudenmukaisuuden nimissä huolehdittava. Suurin osa ihmisistä ja tilanteista sijoittuu johonkin näiden ääripäiden välille ja tärkeää on tunnistaa yhdessä sekä avun tarvitseminen että halu ja oikeus toimia (Tedre 2007, 101).

Asiakirjoista löytyy sosiaalisten oikeuksien näkökulma oikeudenmukaisuuden ja kansalaisten yhdenvertaisuuden edistämisen tavoitteiden kautta. Rinnalla kulkee kuitenkin koko ajan oma vastuu, jota vanhuksilta ja heidän läheisiltään edellytetään. Yksityisen vastuun korostaminen voidaan nähdä lähes päinvastaisena sosiaalisia oikeuksia korostavalle universalistiselle hyvinvointivaltioajattelulle ja siksi on merkittävää, että ihmisten omaa vastuuta tuodaan näkyvästi esiin poliittisessa ohjauksessa.

On kuitenkin tärkeää ja huomionarvoista, että yhdenvertaisuus on poliittisen ohjauksen keskeinen tavoite. Tämä on linjassa myös aikaisemman, Suomen julkisen sektorin uudistamista koskevan tutkimuksen kanssa. Vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden ideoiden on todettu tulleen julkisen sektorin toimintaa ohjaaviksi ideoiksi 1990-luvun taloudellisen laman myötä, mutta niiden merkitys konkreettisesti uudistamisessa jäi kuitenkin vähäiseksi. Voidaankin ajatella, että hyvinvointivaltion ideaalit ja laaja julkinen sektori ovat Suomessa syvälle juurtuneita instituutioita eivätkä markkinoistaminen tai siihen liittyvät ideat ole tätä toistaiseksi merkittäväällä tavalla muuttaneet. (Niemelä & Saarinen 2012.) Voidaan kuitenkin kysyä, millä tavoin poliittisissa ohjausasiakirjoissa näkyvä ihmisten oman vastuun painotus näkyy konkreettisesti tasolla. Kun tarkastellaan miten vanhusten palvelujen tuottamista on viime vuosikymmeninä uudistettu ja miten markkinoistuminen palvelujen tuotannossa näkyy, merkittäviä muutoksia on tapahtunut. Palaan näihin muutoksiin luvuissa 4.3 ja 4.4. Ensin kuitenkin käyn lyhyesti läpi miten hoivapalvelujen kehittyminen osaksi sosiaalipoliittisia järjestelmiä on tapahtunut.

4.2 Köyhäinhoito, kattava kotihoito, karsittu ja kohdennettu kotihoito

Ikääntyneiden ihmisten tarpeista huolehtimisessa kotihoidolla on Suomessa, kuten muissakin Pohjoismaissa, ollut oleellinen osa jo useita vuosikymmeniä. Ennen kunnallista, verovaroin kustannettua kotihoitoa samoista asioista, eli vanhuksen henkilökohtaisesta hygieniasta, ravitsemuksesta ja siisteydestä, huolehdittiin perheiden ja sukulaisten kesken tai muuten informaalien hoivajärjestelyjen avulla (Szebehely 2003, 23–24). Mikäli perhettä tai sukua ei ollut, ihmiset turvautuivat joko köyhäinhoitoon tai hyväntekeväisyyteen. Hyvinvointivaltion sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän myötä yhteiskunta on alkanut ottaa vastuuta vanhusten hoivasta ja kunnallisesti järjestetystä kotihoidosta on tullut kotona asuville vanhuksille tärkein julkisen avun muoto.

Hoivapalvelut kuuluvat Suomessa sosiaalipoliittisiin järjestelmiin, jotka ovat kehittyneet 1900-luvun puolivälistä alkaen, jolloin moderni sosiaaliturva nousi vahvasti yhteiskuntapolitiikan agendalle. Hoivapolitiikan alku voidaan haluttaessa kuitenkin sijoittaa 1800-luvun lopulle, jolloin Suomessa alettiin rakentaa köyhäinhoitolaitoksia valtion tuella. Ennen sitä köyhiä, joista suvut tai lähiyhteisöt eivät syystä tai toisesta huolehtineet, avustivat pääosin seurakunnat (Anttonen 2009, 62–67; Topo 2011, 879–881) sekä useisiin kaupunkeihin perustetut köyhäintalot ja yksityinen hyväntekeväisyys (Karisto & Takala 1990, 138). Köyhäinhoidon ohella Suomessa oli käytössä eläkesopimuksia, jotka turvasivat vanhuutta ja työkyvyn menetystä. Ne muotoutuivat erilaisiksi riippuen ihmisen yhteiskuntaluokasta. Talonpoikien eläkejärjestelmä, syytinki, perustui sopimukselle, jossa isännän ja emännän omistuksessa oleva tila siirrettiin nuoremmalle sukupolvelle sillä edellytyksellä, että uusi tilallinen turvasi vanhuuden ajan toimeentulon vanhemman sukupolven loppuelämän ajan. Syytinkisopimukset aiheuttivat kuitenkin sekä moraalisia että taloudellisia ongelmia ja niistä pääosin luovuttiin 1900-luvulle tultaessa. (Karisto & Takala 1990, 147–149.) Ennen 1900-luvun puoltaväliä hoivaa tuotettiin lähiyhteisöissä perheen ja suvun piirissä tai hyväntekeväisyytenä sekä köyhäinhoidon muodossa. Toki kaikkina aikoina pieni osa ihmisistä on voinut palkata apulaisia omin varoin tekemään koti- ja hoivatyötä. Kaikkien ihmisten kohdalla mikään mainituista vaihtoehtoista ei kuitenkaan välttämättä taannut huolenpitoa, saati hyvää hoivaa, ja osa ihmisistä jäi tyystin vaille tarvitsemaansa apua.

Köyhäinhoidosta erillistä vanhainkotihoitoa alettiin kehittää 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla ja vanhukset, vammaiset ja muut apua tarvitsevat eriytettiin omiin laitoksiinsa. Kunnalliskotien muuttaminen vanhainkodeiksi asetettiin vanhustenhuollon kehittämisen tavoitteeksi 1940-luvun lopulla. Tähän kehityskulkuun yhdistyivät 1950-luvulla esiin nostetut vanhustenhuollon uudet linjaukset. Vanhusten sosiaaliseen asemaan kiinnitettiin huomiota muuttuvassa, rahataloutta painottavassa yhteiskunnassa. Uudistusehdotusten lähtökohdaksi otettiin vanhusten taloudellisen ja sosiaalisen itsenäisyyden turvaaminen, jotta vanhat ihmiset eivät olisi riippuvaisia perhesuhteista tai köyhäinhoidosta. (Rauhala 1996, 103–104.) Varsinaisesti vanhustyöstä tuli kuitenkin yksi sosiaalihuollon ja vähitellen myös sosiaalityön osa-alue vasta 1960-luvulta alkaen ja siihen katsottiin kuuluvan kotiapu, henkilökohtaisesta hygieniasta ja terveydestä huolehtiminen, kuntoutus ja avustaminen päivittäisten asioiden, kuten ostosten, pankkiasioiden ja ajanvietteiden hoitamisessa (Topo 2011, 883).

Vanhusten hoivan kannalta tärkeä ajanjakso on 1960-luku, jolloin kunnallinen kotiapu alkoi laajeta. Säädetäessä kunnallisesta kodinhoitoavusta etuuden saaminen kytkettiin yksilölliseen avuntarpeeseen ja palvelun määriteltiin kuuluvan myös vanhuksille. Varsinaisesti laki kunnallisesta kodinhoitoavusta astui voimaan 1967 ja samalla palvelulle määriteltiin asiakasmaksut. Palvelun saamisen kriteeriksi asetettiin tarve. Vähävaraisuus ei näin ollut syy saada kotipalvelua, muttei saanut myöskään olla palvelun saamisen esteenä. (Rauhala 1996, 111, 139.) Kotiavusta tuli palvelu, jota kehitettiin samansisältöisenä koko maassa ja joka perustui vahvasti ammatilliseen osaamiseen eli samaan aikaan panostettiin kodinhoitajien ja kotiavustajien koulutukseen. Kotipalvelu laajeni nopeasti 1960-luvun loppua kohden ja edelleen 1970-luvulla, jolloin valtio lisäsi kunnallisen sosiaalihuollon rahoitusta ja valtionosuuksia. Yksi seuraus oli, että hoivapalvelujen piiriin pääsi 1970- ja 1980-luvuilla suhteellisen helposti, vaikka hoivan tarpeet olisivat olleet melko pieniäkin. Myös julkisen sektorin työntekijöiden määrä kasvoi voimakkaasti 70-luvulta aina 80-luvun puoliväliin ja kasvusta suuri osa johtui nimenomaan sosiaalipalvelujen määrän lisääntymisestä. Alun perin lapsiperheiden tukemiseen tarkoitettu kotipalvelu oli 1990-luvulle tultaessa muuttunut pääosin vanhusten kotona asumista mahdollistavaksi palveluksi. Tähän vaikuttivat osaltaan laitoshoidon purkaminen ja vanhusten määrän kasvu (Anttonen & Sipilä 2000, 114, 117.)

Vuonna 1990 kotipalvelua saavien vanhusten osuus oli Suomessa maailman kärkeä. Palveluina tarjottava vanhusten hoiva oli suurelta osin julkisen sektorin tuottamaa. Toisaalta apua ei määrällisesti Suomessa annettu erityisen paljoa, vaan kotipalvelua saivat useammat ihmiset mutta pienempiä määriä kuin Ruotsissa ja Tanskassa. Joka tapauksessa kotiavun saajien osuudet alkoivat laskea 1990-luvun edetessä, kun taloudellisen laman ja poliittisten voimasuhteiden muutosten myötä menojen karsimisesta tuli keskeinen tavoite kunnissa. Palveluja alettiin kohdentaa paljon apua tarvitseville ja kotihoidon kattavuus laski 1990-luvun alkuvuosina eikä ole noussut entiselle tasolle enää sen jälkeen. Vanhuksia ja omaisia alettiin kannustaa yksityisten palvelujen hankkimiseen etenkin 2000-luvulla ennen kaikkea kotitalousvähennyksen avulla, ja julkisia palveluja taasen alettiin tuottaa yksityisten yritysten ja järjestöjen toimesta. (Anttonen & Sipilä 2000, 117–118; Anttonen 2009, 70–76; Anttonen & Häikiö 2011a, 69; Kröger & Leinonen 2011.)

Tällä hetkellä julkisesti, verovaroin rahoitetut vanhuksille suunnatut palvelut järjestetään Suomessa osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja vastuu niistä on kunnilla. Palveluja myönnetään tarveharkinnan perusteella, jonka kunnan viranomaisen tekee jokaisen kunnallisia palveluja hakevan ihmisen osalta. (STM, Palvelut ja etuudet ikääntyneille 2011.) Kokonaisuutena järjestelmä koostuu paitsi julkisista, kuntien tuottamista palveluista, myös julkisesti rahoitetuista, yritysten tai järjestöjen tuottamista palveluista ja tuetusta informaalista hoivasta (Kröger ym. 2003, 25, 36). Kotona asuvien ihmisten kannalta keskeisintä on kotihoito ja siihen liittyvät tukipalvelut, joita ovat esimerkiksi ateria-, vaatehuolto-, siivous- ja kuljetuspalvelut. Tukipalveluja on laajasti ulkoistettu, niitä hankitaan kuntien kilpailutuksien kautta tai ihmisiä ohjataan hankkimaan niitä yksityisesti palvelusetelien tai kotitalousvähennystä hyödyntäen (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002; Vaarama ym. 2000). Kotihoidosta ja sen tukipalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa, mutta subjektiivisia oikeuksia niihin ei ole. Sen sijaan ministeriöt ja valtioneuvosto tuottavat kansallisia suosituksia ja poliittista ohjausta kunnille, kuten luvussa 4.1 esitin.

Yhteiskunnallisena kysymyksenä hoivaa ja sen kehittymistä voidaan tarkastella hoivan tuotannon painopisteiden kautta. Eri aikakausina on korostettu erilaisia hoivan tuottamisen tapoja: insitutionaalista hoivaa, informaalista hoivaa, kotihoitoa tai monen eri tuottajan welfare mixiä eli monituottajamallia. Adalbert Evers (1993, 4) ennusti kaksikymmentä vuotta sitten, että nelitahoinen monituottajamalli, jossa yhdistyvät julkisen sektorin, markkinatoimijoiden, kolmannen sektorin eli järjestöjen

tuottamat palvelut sekä informaali apu ja hoiva, on tulevaisuuden tapa huolehtia vanhuksista. Eversin mukaan hoivan tuotannossa ei ole kyse poliittisesta valinnasta näiden välillä vaan siitä, että niiden erilaiset roolit ja vastuut on sovitettava yhteen. Evers oli näkemyksessään oikeassa ainakin siltä osin, että palvelujärjestelmä on uudistunut hyvinvointivaltion laajempien muutosten myötä merkittävästi viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana ja sen mukana vastuunjako julkisen, yksityisen ja informaalin hoivan välillä on tullut uudelleen muovatuksi. Nyt todella ollaan tilanteessa, jossa yksityistä ja julkista vastuuta neuvotellaan ja sovitetaan yhteen uusin tavoin. Olennainen syy uusien neuvottelujen tarpeelle on käsitys siitä, että hoiva on ennenkaikkea taloudellinen yhteiskunnallinen kysymys, sillä se on aktiiviteetti, joka maksaa (ks. Daly & Lewis 2000). Julkisen sektorin säästöpainneiden vuoksi hoivan rahoittamisesta on tullut päivänpoliittinen kysymys. Nimenomaan julkisen rahoituksen niukkuuden vuoksi valtiolla ja kunnilla on paineita säästää menoissa ja tuottaa hoivaa entistä taloudellisemmin. Ihmisten itsensä ja heidän lähipiirinsä vastuun kasvattaminen on ollut yksi säästämisen keino, toinen on mahdollisimman pitkä kotona asuminen.

4.3 Hoiva 2000-luvulla: mahdollisimman pitkään kotona omaisten tuella

Tällä hetkellä vanhusten hoivapalvelut muodostuvat kotihoidosta, johon kuuluu omaishoidon tuki, tukipalvelut, kotihoito ja palveluasuminen, sekä pitkäaikaisesta laitoshoidosta, joka voi olla joko vanhainkotihoitoa tai hoitoa terveyskeskusten vuodeosastolla (Noro ym. 2014, 20). Yli 75-vuotiaiden terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen menot jakautuvat siten, että erikoissairaanhoidon osuus on noin 23 prosenttia, perusterveydenhuollon osuus 26 prosenttia, laitoshoidon osuus noin 15 prosenttia ja palveluasumisen osuus noin 22 prosenttia. Loput kustannukset menevät muun muassa lääkkeisiin ja kotisairaanhoitoon. Kotihoitoa ei tutkimuksessa ole mukana, sillä sitä koskevia lukuja ei ole ollut saatavilla. Todellisuudessa kotiin annettavien palvelujen osuus menoista on siis suurempi, kuin luvut osoittavat. (Rättö, Linnosmaa & Kapiainen 2014, 48–49.)

Hoivapolitiikan painopiste on viime vuosina ollut mahdollisimman pitkä kotona asuminen, ja laitoshoidon on korvattu tehostetulla palveluasumisella. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ohjausasiakirjoissa tavoitteeksi on asetettu, että 91–92 prosenttia

yli 75-vuotiaista asuu kotona, viidestä kuuteen prosenttia tehostetun tai tavallisen palveluasumisen piirissä ja kolme prosenttia vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Laitoshoidossa olevien vanhusten määrä onkin vähentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana. Kun vuonna 2000 vähän yli viisi prosenttia yli 75-vuotiaista suomalaisista oli laitoshoidossa, vuonna 2010 osuus oli pudonnut reiluun kolmeen prosenttiin (Sotkanet 2012, Vanhainkotien 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä).

Koska kotona asumista halutaan tukea, poliittisten ohjausasiakirjojen mukaan palvelujen painopiste on kotiin annettavassa tuessa eli kotihoidossa ja sen tukipalveluissa sekä hyvin toimivissa terveydenhuollon palveluissa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008; KASTE 2012–2015, 24). Poliittinen tavoite kotihoidon lisäämisestä ei kuitenkaan näytä käytännössä toteutuneen, sillä tutkimusten mukaan suomalaisen kotihoidon kattavuus on 1990-luvulta alkaen laskenut eikä noussut (Noro ym. 2014, 23; Kröger & Leinonen 2011). Kattavuuden lasku on merkittävää etenkin, jos huomioidaan kotihoidon tukipalvelut osana kotihoitoa. Niiden piirissä olevien ikääntyneiden prosentuaalinen osuus on kahdessakymmenessä vuodessa laskenut huomattavasti (Karsio & Anttonen 2013, 90). Kotihoitoa on tutkimusten mukaan alettu kohdentaa entistä huonokuntoisimmille vanhuksille ja sitä saa nykyään yhä useampi yli 85-vuotias ja yhä harvempi 65–84-vuotias (Noro ym. 2014, 23–24). Vuosina 2008–2013 kotihoidossa kaikkein huonokuntoisimpien hoidettavien osuus lisääntyi 48 prosentista 55 prosenttiin (Finne-Soveri ym. 2014, 60–61).

Laitoshoidossa on tapahtunut todella merkittävää vähenemistä 2000-luvulla ja sitä on korvattu pitkälti tehostetulla palveluasumisella, jota ei lasketa laitoshoidoksi. Vuosina 2001–2012 vanhainkotihoito väheni 55 prosenttia ja hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla jopa 70 prosenttia. Samaan aikaan tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt 140 prosenttia. Kokonaisuutena ympärivuorokautinen hoito väheni 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä, kun lasketaan yhteen tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastohoito. Kehityslinjat viimeiseltä 10 vuodelta tiivistyvät siihen, että kaikki vanhuksille suunnatut säännölliset palvelut, eli kotihoito ja sen tukipalvelut sekä ympärivuorokautinen hoiva, ovat vähentyneet. Ainoastaan omaishodon tuen asiakkuuksien määrä on kasvanut vuosina 2001–2012. (Noro ym. 2014, 24–27; Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010, 92). Omaishoidon

tuen jakamisesta vastaavat kunnat ja se voi olla joko rahaa tai palveluja tai molempia.

Se, että julkisella rahalla tuetuissa vanhusten palveluissa kasvua on tapahtunut ainoastaan omaishoidon tuen osalta, sopii yhteen mahdollisimman pitkän kotona asumisen tavoitteen kanssa sekä ihmisten oman vastuun ja aktiivisuuden korostamisen kanssa. Omaishoidon tukeminen ja edistäminen näkyy poliittisessa ohjauksessa ja se on kirjattu paitsi erilaisiin ministeriötason ohjausasiakirjoihin myös hallitusohjelmaan (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22; Pääministeri Jyrki Kataisen Hallituksen ohjelma 2011, 60–61).

Omaishoito on luotu järjestelmäksi, joka vähentää kunnalliseen kotihoitoon ja sen tukipalveluihin kohdistuvaa kysyntää. Toisaalta omaishoidon tukeminen sosiaalipoliittisin etuuksin, eli rahallisesti ja erilaisten palvelujen kautta, on tehnyt näkyväksi ja tunnustetuksi sen vaativan ja yhteiskunnallisesti merkittävän työn, jota läheisiään hoivaavat tekevät. Niin kunnilla kuin valtiolla on vahva motiivi omaishoidon tuen kehittämiseen ja omaishoidon määrän lisäämiseen, sillä omaishoito säästää verorahoja. Omaishoidon tuen avulla kodeissa tuotettu hoiva on kustannuksiltaan paljon kotihoidon palveluja ja erityisesti laitoshoidtoa edullisempaa. (Zechner 2010, 28–29.)

Vuodesta 2000 vuoteen 2010 omaishoidon tuen saajien osuus yli 75-vuotiaista suomalaisista kasvoi kolmesta prosentista 4,2 prosenttiin (Sotkanet 2011, Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä). Vuonna 2012 omaishoidon tukea sai 40 600 suomalaista ja heistä hieman yli puolet oli yli 65-vuotiaita (Virnes 2013, Kunnat.net, Omaishoidontuki).

Määritelmällisesti omaishoito asettuu johonkin sosiaalipoliittisen palvelujärjestelmän ja läheisavun välimaastoon. Se voi olla julkisin varoin tuettua, jolloin se perustuu omaishoitosopimukseen joka tehdään hoivan antajan ja kunnan välille. Sopimuksessa määritellään hoivan tarvitsijan tilanne ja annettava hoiva. Ympäri vuorokautista hoivaa antavien omaisten tai läheisten määrän arvioidaan olevan noin 60 000 henkilöä, joista 36 000 sai omaishoidon tukea vuonna 2010. Tämä tarkoittaa, että virallisten tai kunnan hyväksymien omaishoivaajien rinnalla kymmenet tai jopa sadattuhannet suomalaiset huolehtivat läheisistään ilman tukea. Erilaisista lähteistä koostuvien arvioiden mukaan Suomessa on noin 300 000

omaishoitajaa. (Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry 2012; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Kattainen ym. 2008; Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010).

Kuten Omaishoitajat ja Läheiset –liiton arvio omaishoitajien määrästä verrattuna virallisesti tilastoituun omaishoitajien määrään kertoo, omaishoitajuutta on paljon enemmän kuin mitä sitä julkisesti tuetaan. Onkin vaikeaa yksiselitteisesti erotella, koska on kyse tavallisesta auttamisesta, informaalista avusta, jota ihmiset toisilleen antavat ja koska kyseessä on varsinainen omaishoiva. Aina hoivaa antavat omaiset eivät itse miellä itseään omaishoitajiksi, vaikka todellisuudessa heidän antamansa panos olisi täysin verrattavissa tuen piiriin kuuluvaan omaishoivaan. Ihmiset saattavat ajatella, että omaishoitoa on vain julkisesti tuettu hoiva ja ammattimainen tai ammattilaisten antama hoiva. (Aaltonen 2005.) Yksi tapa määritellä omaishoitajuutta on liittää se perheenjäsenen tai omaisen terveydentilassa tai toimintakyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin, jolloin se erottuu muusta ihmisten keskinäisestä avusta (Aaltonen 2004). Kaikenlainen informaalinen apu ja omaishoito voidaan ajatella samalle jatkumolle siten, että alkupäässä on pienimuotoinen auttaminen ja loppupäässä kokonaisvaltainen hoivaaminen ja huolenpito. Niiden välille mahtuu lukematon määrä erilaista ja eritasoista auttamista, huolehtimista ja hoivaamista.

Vaikka erityisesti Pohjoismaissa hoivasta tuli julkisen palvelujärjestelmän kehittämisen myötä nimenomaan julkisen sektorin vastuulla oleva alue, on informaalilla hoivalla yhä edelleen erittäin keskeinen rooli hoivan kokonaisuudessa (Timonen 2009, 111). Omaisten ja läheisten antama informaalinen hoiva on huomattava hoivan ja samalla hyvinvoinnin tuottamisen muoto koko yhteiskunnan tasolla. Muiden kuin omien lasten hoiva ei ole Suomessa lain mukaan oikeudellinen velvollisuus, mutta informaalinen hoivan laajuudesta (Vaarama ym. 1999; Blomgren ym. 2006; Van Aerschot & Valokivi 2012) voidaan päätellä, että se on vähintään jonkinasteinen sosiaalinen normi. Huolimatta pohjoismaisen hyvinvointivaltion vahvoista julkisista palveluista, informaalinen hoivan on arvioitu lähes kaikissa maissa, ehkä Tanskaa lukuun ottamatta, olevan keskeisin hoivan muoto (Anttonen & Sipilä 2000, 104; Timonen 2009, 111).

4.4 Yksityinen palveluntuotanto kasvussa

Sen lisäksi, että vanhusten palvelujen rakenne on muuttunut painopisteen osalta laitoksista yhä enemmän kotiin annettaviin palveluihin ja omaisten panoksen hyödyntämiseen, on Suomessa meneillään merkittävä hyvinvointipalvelujen tuottamisen muutos. Julkisia kuntien tuottamia palveluja, joita on aikaisemmin täydennetty pääosin voittoa tavoittelemattomien kolmannen sektorin toimijoiden tuottamilla palveluilla, on viimeisen parinkymmenen vuoden aikana alettu lisääntyvässä määrin kilpailuttaa ja ulkoistaa. Julkista tuotantoa on supistettu ja palveluja on alettu entistä enemmän hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Tilastoista käy ilmi, että yksityisten sosiaalipalvelujen tarjonta on kasvanut huomattavasti viimeisen vuosikymmenen aikana. Muutoksia on tapahtunut ensinnäkin lainsäädännön tasolla, toiseksi käyttöön on otettu palvelusetelin kaltaisia markkinoistamista edistäviä välineitä ja kolmanneksi muutokset näkyvät yksityisen palveluntuotannon lisääntyneessä määrässä (Karsio & Anttonen 2013).

Käynnissä olevista muutoksista puhuttaessa on hyvä kuitenkin muistaa, että sosiaali- ja terveyspalveluja on jo pitkään niin Suomessa kuin muualla tuotettu muidenkin toimijoiden kuin julkisen sektorin toimesta (Kröger, Anttonen & Sipilä 2003). Suomessa voittoa tavoittelemattomilla järjestöillä on ollut jo usean vuosikymmenen ajan tärkeä rooli esimerkiksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palvelujen tuotannossa. Viime vuosina tapahtuneet muutokset liittyvätkin ennen kaikkea erilaisten yksityistämisen muotojen lisääntymiseen, mikä on saanut pontta hyvinvointivaltioon kohdistuneesta kritiikistä. Keskeinen muutos on siis tapahtunut siinä, että aikaisemmin sosiaalipalveluja ja vanhusten hoivaa ei tuotettu markkinaehtoisesti eikä tavoitteena ollut saada niistä voittoa, mikä kuuluu lähtökohtaisesti yritystoimintaan.

Perustuslaki ei velvoita julkisia viranomaisia tuottamaan palveluita itse vaan vain takaamaan niiden saatavuuden (Tritter ym. 2010, 136). Käytännössä jo 1980-luvulta lähtien kunnat ovat voineet organisoida lakien edellyttämät palvelut monella tavalla, mutta yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveyspalveluissa on lisääntynyt kunnissa voimakkaammin vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen (Koskiahho 2008, 174). Varsinaisesti ulkoistaminen ja muut markkinoistamisen keinot ovat olleet kuntien vapaasti toteutettavissa vuodesta 1992, jolloin voimaan astui Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992). Tämä purki

aikaisemman valtionosuusjärjestelmän ja toi kunnille entistä selkeämmän vastuun palvelujen järjestämisestä, mutta myös entistä suuremman vapauden päättää miten palvelut järjestetään. Aikaisemminkin esimerkiksi ulkoistaminen oli ollut mahdollista, mutta se oli valtion tiukasti sääntelemää. Ulkoistaminen tai ostopalvelusopimukset tehtiin 2000-luvun alkuun asti lähes kokonaan kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, jotka saivat tukea Raha-automaattiyhdistykseltä ja joiden toiminnassa ei tavoiteltu voittoa. (Karsio & Anttonen 2013, 92–93.)

Lainsäädännöllä on mahdollistettu kunnille myös käytännöllisiä välineitä palvelujen markkinoistamiseen. Palvelusetelistä säädettiin vuonna 2004 ja uudelleen 2009 (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009). Palveluseteli toimii vaihtoehtona kunnan tuottamille palveluille. Sen avulla palveluihin oikeutetut asiakkaat voivat valita kunnan valitsemien palveluntuottajien joukosta haluamansa yrityksen ja ostaa palvelun tältä tuottajalta. Palvelunkäyttäjät eivät kuitenkaan ole pakotettuja ottamaan vastaan palveluseteliä vaan voivat halutessaan pyytää kuntaa tarjoamaan palvelun muulla tavoin. Kunnat eivät myöskään ole velvoitettuja tarjoamaan palveluseteliä tai käyttämään muitakaan markkinoistamisen keinoja vaan palvelujen markkinoistaminen on aina kunnallisella tasolla tehtävä poliittinen päätös. (Karsio & Anttonen 2013, 94–96; Zechner 2012.)

Palvelusetelin lisäksi toinen markkinoistamisen väline on kotitalousvähennys, jota saa käyttää kotitalous-, hoiva- ja hoitotyön teettämiseen sekä asunnon kunnossapitoon tai perusparannukseen liittyvään työkorvaukseen ja palkkaan. Kotitalousvähennys otettiin käyttöön 2001 ja laajennettiin vuonna 2005 koskemaan myös työtä, joka on tehty omien tai puolison vanhempien kodissa. (Vero.fi 2013, Kotitalousvähennys.) Kotitalousvähennyksen tarkoituksena on kannustaa ihmisiä ostamaan palveluja yksityisiltä tuottajilta. Kunnissa, esimerkiksi Tampereella, yksityiset palvelut ovat jo vakiintuneet osaksi kotona asuvien vanhusten palvelutarjontaa, etenkin siivouspalvelun osalta, ja myös asiakasohjausta on ulkoistettu. Yksityisten palvelujen käyttöä halutaan edistää, ja kotitalousvähennyksen hyödyntämistä suositellaan muun muassa kotihoidon tukipalveluja hankittaessa (Tampereen kaupunki 2012, Opas ikäihmisille; Kotitori, avain palveluihin 2013). Kunta siis välillisesti ohjaa palvelunkäyttäjää kunnallisten palvelujen sijaan kääntymään markkinoiden puoleen ja perustelee sen kannattavuutta sillä, että kotitalousvähennyksen turvin yksityiset palvelut tulevat jopa kunnallisten palvelujen asiakasmaksuja halvemmiksi.

Vaikka kunnissa ei ole pakkoa eikä velvollisuutta ottaa käyttöön palveluseteleitä tai markkinoistaa palveluja millään tavalla, valtakunnallinen poliittinen ohjaus on kuitenkin kannustanut sekä kuntia omaksumaan kilpailuttamiskäytäntöjä että palvelujen ostamista yksityisiltä palveluntuottajilta. Esimerkiksi vuonna 2007 laaditussa Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmassa (s. 23) lukee näin:

Hallitus edistää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta palvelutuotannossa. Kannustetaan tilaajatuottajamallien käyttöönottoa. Laajennetaan palvelusetelijärjestelmän ja kotitalousvähennyksen käyttöalaa, minkä avulla edesautetaan toimivien palvelumarkkinoiden syntyä.

Yksityisen palveluntuotannon kasvattaminen ja ihmisten ohjaaminen julkisen sektorin sijaan markkinoille on siis ollut poliittinen tavoite. Noin kolmanneksessa Suomen kunnista onkin siirrytty tilaaja-tuottaja-malliin (Kokko ym. 2009, 82), jossa kunta toimii palvelujen tilaajana ja hankkii tarvitsemansa palvelun joltakin tuottajalta, joka sinänsä voi olla julkinen tai yksityinen organisaatio. Niissäkin kunnissa, joissa ei ole otettu käyttöön tilaaja-tuottaja-mallia, on lisätty ostopalveluita eli sitä, että julkisesti tarjottavia ja rahoitettavia palveluja ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Kuntien roolin muutosta on luonnehdittu siirtymäksi palvelujen tuottajasta palvelujen mahdollistajaksi, sillä julkisen sektorin rooli on nyt ennen muuta paikallisen palvelutuotannon koordinointi ja yritysten toimintaedellytysten turvaaminen. (Anttonen & Häikiö 2011a, 69.)

Palvelujärjestelmän muutos näkyy selkeästi yksityisen sosiaalipalvelujen tuotannon määrän kasvuna. Vuonna 2000 yksityisiä sosiaalipalveluntoimintayksiköitä oli 2 700 ja vuosikymmen myöhemmin 4 350. Lähes kolme neljäsosaa näistä palveluntuottajista myi ainakin puolet tuotannostaan kunnille ostopalvelusopimusten tai maksusitoumusten kautta. (Väyrynen 2011, 1-2.) Sosiaalipalvelujen kustannuksia tarkasteltaessa yksityisille palveluntuottajille maksettu määrä puolestaan nousi vuosina 2000–2009 jopa 96 prosenttia (Arajärvi & Väyrynen 2011, liitetaulukko 2). Myös henkilöstön määrällä mitattuna yksityisten palveluntuottajien osuuden kasvu on ollut huomattavaa. Kun vuonna 2000 yksityisissä sosiaalipalveluyrityksissä työskenteli 37 700 ihmistä, vuonna 2009 niissä oli palkattuna 54 100 henkilöä (emt., liitetaulukko 3).

Taulukko 1. Henkilöstön osuus julkisessa, yksityisessä ja kolmannen sektorin sosiaalipalvelujen tuotannossa, prosenttia koko henkilöstöstä (Karsio & Anttonen 2013, 107)

Palveluntuottaja	1990	2000	2009
Julkinen	87,9	79,9	68,3
Yksityinen (järjestöt ja yritykset)	12,1	20,7	31,7
Järjestöt	11,6	16,2	17,2
Yritykset	0,5	4,5	14,5

Taulukosta näkyy selvästi, että palveluntuotannossa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana tapahtuneet muutokset ovat olleet huomattavia. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan vuonna 2013 yli neljännes palveluista tuotettiin yksityistellä sektorilla, kun mukaan lasketaan sekä sosiaali- että terveyspalvelut (STM 2013, Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut). Yksi kaikkein nopeimmin kasvaneita yksityisten palvelujen alueita ovat nimenomaan vanhusten asumis- ja hoivapalvelut. Tämä tulee selkeästi esiin myös tarkasteltaessa julkisen ja yksityisen palveluntuotannon suhteita asiakasmäärillä. Kotihoidosta, vanhainkotihoitosta ja terveyskeskusten hoidosta julkinen sektori tuottaa valtaosan ja yksityisten palveluntuottajien osuus on pieni. Sen sijaan tehostetussa palveluasumisessa asiakkaita on julkisella ja yksityisellä sektorilla lähes yhtä paljon (Noro ym. 2014, 27).

4.5 Avun saaminen, palvelujen käyttö ja avun riittävyys

Suomalaisten ikääntyneiden avun saamista koskeneen tutkimuksen mukaan apua arjen toiminnoissa sai yli 70-vuotiaista naisista 43 prosenttia ja miehistä 28 prosenttia siksi, että heidän oma toimintakykynsä oli heikentynyt. Tähän sisältyi sekä palveluista saatava että informaali apu, ja jälkimmäisen osuus oli selvästi suurempi. Tutkimuksen aineisto oli kerätty vuosina 2000–2001. (Blomgren ym. 2006, 170.) Hyvin samansuuntaisia tuloksia on saatu toisessa tutkimuksessa, jossa aineistona oli vuonna 1998 kerätty Vanhusbarometri (Vaarama ja Kaitsaari 2002). Kolmannessa suomalaistutkimuksessa 75–84-vuotiaista naisista 52 prosenttia ja miehistä 34 prosenttia sai apua arkitoiminnoista selviytymiseen. Tätä vanhemmista ihmisistä apua sai jo lähes 80 prosenttia (Koskinen, Sainio & Aromaa 2002, 89). Myös Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -aineistolla tehdyn tutkimuksen

mukaan noin puolet ikäihmisistä tarvitsee jotakin apua arjessaan, naiset miehiä useammin (Vaarama & Ollila 2006, 118). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemien Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan vuonna 2013 yli 80-vuotiaista naisista 63 prosenttia ja miehistä 51 prosenttia tarvitsi apua. Kun mukana tarkastelussa on kaikki yli 63-vuotiaat suomalaiset, avun tarpeita oli eniten niillä, joilla oli matala koulutustaso. Miehillä koulutustason merkitys oli erittäin suuri. Korkeasti koulutetut miehet tarvitsivat kaikkein vähiten apua. Naisista ne, joilla oli matala tai keskitason koulutus, tarvitsivat yhtä paljon apua, mutta korkeasti koulutetut sen sijaan tarvitsivat vähemmän apua. (Murto ym. 2014).

Yli 70-vuotiaiden suomalaisten on todettu saavan enemmän informaalia apua kuin virallista apua ja lisäksi virallinen apu on informaaliin apuun verrattuna vähemmän taajaa. Eniten vanhat ihmiset, erityisesti miehet, saavat informaalia apua puolisoiltaan sekä lapsiltaan ja heidän puolisoiltaan. 2000-luvun puolivälissä tehdyn tutkimuksen mukaan puoliso ja lapset usein auttavat päivittäin tai joitakin kertoja viikossa, virallista apua saadaan kerran viikossa tai harvemmin. (Blomgren ym. 2006, 170.) Hyvin samanlaisia tuloksia saatiin vuoden 1998 Vanhusbarometrissa, jonka mukaan puolisolta ja lapsilta saatu apu oli huomattavasti kunnallista kotihoitoa yleisempää. Vanhusbarometri mahdollisti ajallisen vertailun vuosien 1994 ja 1998 välillä ja aineistot osoittivat, että puolisoitten antama apu sekä naapurien ja ystävien antama apu olivat lisääntyneet neljässä vuodessa. Kunnallinen kotihoito sen sijaan oli vähentynyt huomattavasti. (Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999.)

Vuonna 2013 toteutetussa tutkimuksessa (Finne-Soveri ym. 2014) on tarkasteltu miten virallisen kotihoidon henkilöstön asiakkaille kohdentama aika suhteutuu läheisten antaman avun määrään. Tulokset osoittavat, että mitä enemmän apua tarvitaan eli mitä huonokuntoisemmasta vanhuksesta on kyse, sitä enemmän apua saadaan sekä kotihoidosta että läheisiltä. Läheisten antaman avun määrä oli kuitenkin huomattavasti virallista apua suurempi. Kaikkein huonokuntoisimmat vanhuksat saivat läheisiltään jopa kolme kertaa enemmän apua kuin säännöllisestä kotihoidosta. Puolisolta saatu apu ylitti virallisen avun jopa kymmenkertaisesti, kun sitä mitattiin avun antamiseen käytettyinä tunteina viikon aikana. Kaikkein huonokuntoisimpien avun tarvisijoiden puoliso antoivat kumppanilleen apua yli 70 tuntia viikossa. Heistä valtaosa koki olevansa avun antamisen johdosta kuormittunut. (Finne-Soveri ym. 2014, 64–66.)

Hieman eri tavoin toteutettujen tutkimusten tulokset poikkeavat jonkin verran toisistaan, mutta niiden perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että huomattavan suuri osa ikääntyneistä ihmisistä tarvitsee apua tavalla tai toisella selvitäkseen päivittäisistä toimistaan. Tutkimusten perusteella tiedetään myös, että vanhusten saamasta avusta informaalin avun osuus on suurin. Avun antaminen saattaa läheisille, erityisesti puolisoille, olla myös kuormittavaa, varsinkin jos avun tarvitsija on huonokuntoinen ja avun tarpeet suuria.

Ikääntyneet antavat usein itsekin apua omaisilleen ja läheisilleen. Vanhusbarometrin mukaan yli 60-vuotiaista 16 prosenttia auttoi säännöllisesti jotakin apua tarvitsevaa henkilöä ja yli 75-vuotiaistakin 9 prosenttia antoi tällaista apua jollekin. Naiset antoivat informaalia apua miehiä useammin. Useimmiten ikääntyneiden antama apu oli taloudellista tukea omille lapsille, pienten lasten hoitoa tai kodin taloustöitä kuten korjaus-, rakennus- tai pihatöitä. (Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999; Haavio-Mannila ym. 2009, 78; myös Vaarama & Ollila 2006, 116.)

Avun riittävyttä on Suomessa tutkittu jonkin verran. Vuonna 1998 kerätyn vanhusbarometriaineiston perusteella 6-7 prosenttia eli alle kymmenesosa yli 75-vuotiaista naisista ja miehistä koki saamansa avun olevan riittämätöntä. (Vaarama & Kaitsaari 2002, 138). Vuonna 2004 kerätyn aineiston perusteella viidesosa ikääntyneistä koki saamansa avun liian vähäiseksi ja kokemus avun riittämättömyydestä yleistyi iän kasvaessa. Vuosien 1998 ja 2004 välillä kokemukset avun riittämättömyydestä siis yleistyivät. Yleisesti ikäihmisten kokema elämänlaatu kuitenkin parani samalla aikavälillä jonkin verran (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006, 121–122). Vuonna 2013 kerättyyn aineistoon perustuvien Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tulosten mukaan yli 63-vuotiaiden apua riittämättömästi saavien osuus oli reilu 6 prosenttia (Murto ym. 2014). Tutkimustulosten suhteen on tärkeä huomata ero ikärymissä, joita tutkimukset koskivat. On odotettavaa, että avun riittämättömyyttä kokeneiden osuus on suurempi iäkkäämpiä ihmisiä koskevissa tutkimuksissa.

Kotihoidon suhteen yli 75-vuotiaista suomalaisista noin 6 prosenttia koki, ettei ollut saanut palveluja riittävästi. Niistä yli 75-vuotiaista, jotka tarvitsivat palveluja, neljännes eli 25 prosenttia ei ollut ATH-kyselyn mukaan saanut riittävästi kotihoitoa. (Murto ym. 2014)

Päivittäisiin toimintoihin liittyviä avuntarpeita ikääntyneillä on tutkimusten mukaan eniten raskaissa kotitöissä, mukaan lukien siivous (Vaarama & Ollila 2006, 118). Päijät-Hämeessä vuonna 2005 kerätyn aineiston perusteella ikääntyvien eniten käyttämä palvelu onkin siivous, jota ostetaan pääsääntöisesti yksityisiltä palveluntuottajilta. Kunnallisesta kotihoidosta siivous on useimmiten rajattu pois. Tutkimukseen osallistuneista 17 prosenttia osti siivouspalvelua, ja kotitalousvähennys on ollut vaikuttamassa siihen, että niin suurella osalla vanhuksista on palvelun ostamiseen mahdollisuus. (Mäkelä ym. 2008).

Palvelujen ostaminen on tullut merkittävämmäksi osaksi vanhusten avun hankkimista viimeisten parinkymmenen vuoden aikana ja erityisesti sen osuus on lisääntynyt aivan viime vuosina. Kotihoidon suhteen on havaittu, että julkinen ja yksityinen sektori eroavat siten, että asiakkaat julkisella puolella ovat huonokuntoisempia ja pienituloisempia kuin yksityisten palvelujen asiakkaat (Rissanen ym. 2001). Kunnallisen kotihoidon asiakkaista suuri osa on ikääntyneitä, pienituloisia naisia ja yksinäisiä miehiä, jotka ovat joko leskiä, naimattomia tai eronneita (Sulander ym. 2006; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006). Laitoshoidon ja palveluasumisen suhteen polarisaatiota oli havaittavissa jo 1990-luvun lopussa siten, että parempituloiset käyttivät yksityisiä ja pienituloiset julkisia palveluja (Vaarama ym. 1999; ks. myös Vaarama 2008, 53).

Tarkemmin yksityisten palvelujen käyttäjien sosiaalisia ja taloudellisia taustamuuttujia huomioineessa tutkimuksessa todettiin, että yksityisiä palveluja käyttävät paremmin koulutetut, yksinasuvat ihmiset, joilla on kohtalaisia, muttei kovin vaativia avuntarpeita. Ne ihmiset, joilla oli suuria avuntarpeita eli jotka eivät selvinneet ruokailun ja peseytymisen kaltaisista asioista itse, olivat useammin kunnallisten kotipalvelujen piirissä. Tämä voi kertoa siitä, että kunnallisia palveluja kohdennetaan paljon apua tarvitseville. Ehkä yksityisten palvelujen käyttö ei ole aina huonokuntoisimmille vanhuksille vaihtoehto, sillä se edellyttää kykyä hankkia palveluja ja maksaa niistä. Vanhuksella, joka haluaa palveluja käyttäen, pitäisi siis olla sekä kykyä, taitoa ja mahdollisuuksia hankkia palveluja että varaa maksaa niistä. (Vaarama 2004, 156.) Vaikka olisi rahaa, ei se ei yksin vielä riitä.

Myös muissa Pohjoismaissa tehdyn tutkimuksen mukaan taloudelliset ja sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat ikäihmisten avunlähteisiin. Tarkasteltaessa vanhusten avun saamista ja palvelujen käyttöä Ruotsissa on todettu, että ne, joilla on korkeampi koulutus (ja oletettavasti myös tulotaso) käyttävät useammin yksityisiä palveluja, kun

taas alemman koulutuksen (ja tulotason) omaavat ihmiset turvautuvat useammin läheisten antamaan informaaliin apuun. (Szebehely 2005.) Myös uudemman, Ruotsia ja Tanskaa koskevan tutkimuksen mukaan ikääntyneistä ne, joilla on parempi koulutus, käyttävät yksityisiä hoivapalveluja useammin kuin ne, joilla ei ole koulutusta tai se on vähäinen (Rostgaard & Szebehely 2012). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Hollannissa (Geerlings ym. 2005). Nämä viimeisten 20 vuoden aikana tehdyt tutkimukset osoittavat, että ihmisten sosiaalisilla ja taloudellisilla taustatekijöillä on vaikutusta siihen, mistä ja millaista apua ja palveluja saadaan.

Hoivan järjestämisen yhteiskunnallinen konteksti: yhteenveto luvuista 2-4

Olen tutkimukseni alkuosassa tarkastellut vanhusten tarvitseman avun, hoivan ja palvelujen järjestämisen yhteiskunnallista kontekstia ja siinä tapahtuneita muutoksia. Hoivan ja huolenpidon saaminen on Suomessa määritelty sosiaalisesti oikeudeksi, jonka toteutumisesta vastaa viime kädessä julkinen valta. Hoivan tarpeet on nähty osaksi ihmisen perustarpeita ja hoivan tarjoaminen julkisesti tuotetuina tai ainakin suurimmaksi osaksi julkisesti rahoitettuin palveluin on osa sosiaalipoliittista järjestelmää.

Hyvinvointivaltion rakenteilla, instituutioilla ja järjestelmillä, kuten sosiaalipoliittisilla etuuksilla ja palveluilla, on tärkeä rooli tasa-arvon ja kaikkien yhteiskunnan jäsenten hyvinvoinnin edistämässä. Hyvinvointivaltion rakenteiden, instituutioiden ja järjestelmien avulla luodaan puitteet yhteiskunnassa tapahtuvalle toiminnalle verotuksen, markkinoiden toimintaedellytysten luomisen, lainsäädännön ja erilaisten instituutioiden kautta. Hyvinvointivaltion rakenteiden ja järjestelmien kautta määritellään myös periaatteellisella tasolla esimerkiksi se, miten sosiaalista ja taloudellista vastuuta jaetaan julkisen sektorin, markkinoiden ja yksilöiden välillä tai miten epätasa-arvoon suhtaudutaan.

Julkisen vallan tarjoama turva ja huolenpito määrittävät sosiaalisten oikeuksien kautta. Niiden kautta määritellään miten hyvinvointia jaetaan kaikille yhteiskunnan jäsenille ja miten erilaisten ihmisryhmien välistä eriarvoisuutta tasataan. Käytännössä hoivan tarpeisiin vastaaminen on Suomessa, kuten muissakin Pohjoismaissa, tarkoittanut kattavan julkisesti rahoitettujen ja tuotettujen

hoivapalvelujen järjestelmän luomista. Palvelujen tarkoituksena on ollut edistää sosiaalisia ja yhteiskunnallisia päämääriä, kuten tasa-arvoa ja hyvinvointia. Hoivaa siis tuetaan yhteiskunnallisella tasolla siksi, että hoivan tarpeisiin vastaaminen on nähty yhtenä hyvinvoinnin edellytyksenä. Tuottamalla sitä julkisin palveluin halutaan edistää oikeudenmukaisuutta, vastuun jakamista, ihmisten autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. Hoivapalvelujen laatua on myös helpompi valvoa kuin informaalia hoivaa.

Vanhusten hoivan kannalta oleellisin julkisen hoivapalvelun muoto on 1960-luvulta lähtien kehitetty kotipalvelu, jota oli saatavilla useimmille sitä tarvitseville vanhuksille aina 1990-luvun alkupuolelle asti. Sitten avun saamisen kriteerejä on alettu tiukentaa ja apua kohdentaa niille, joilla on paljon avuntarpeita. Julkisia hoivapalveluja ensin laajennettiin voimakkaasti 1900-luvun jälkipuoliskolla ja sitten niitä on taas alettu supistaa. Samalla vastuun hoivasta voidaan sanoa ensin siirtyneen lähiyhteisöiltä julkiselle sektorille ja viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana taas alkaneen liukua takaisin julkiselta sektorilta perheille ja läheisille.

Hoivavastuun painopisteen siirtymiseen liittyvä kehitys liittyy lajempiin hyvinvointivaltioissa käynnissä oleviin muutoksiin. Valtion ja julkisen sektorin roolia ja vastuuta on alettu supistaa palvelujen tuotannossa ja monet aikaisemmin poliittisin päätöksin ratkaistut asiat ovat siirtyneet markkinoilla hoidettaviksi (Streeck & Thelen 2007). Ihmisten, muun muassa hoivaa tarvitsevien vanhusten, odotetaan toimivan aktiivisina, valintoja tekevinä ja osallistuvina kansalaisina (Newman & Tonkens 2011). Se, että myös hoivapalveluja on alettu markkinoistaa, on herättänyt keskustelua niin tutkijoiden keskuudessa kuin yhteiskunnallisesti. Ensinnäkin esiin on nostettu kysymys siitä, sopiiko hoiva ylipäätään myytäväksi ja ostettavaksi, sillä ihmisen hoivan tarpeisiin vastaaminen on vaikeasti tuotteistettavissa ja hinnoiteltavissa. Lisäksi voidaan kysyä, onko eettisesti oikein, että markkinatoimijat tavoittelevat voittoa tuottamalla hoivaa haavoittuvassa asemassa oleville vanhuksille. Markkinoistamisen ja oman vastuun korostumisen myötä on myös nostettu esiin huoli eriarvoistumisesta hoivan ja palvelujen saamisen suhteen. Huoli kumpuaa siitä, että yksityisten palvelujen pelätään kohdentuvan ennenkaikkea niille, joilla on rahaa maksaa niistä ja kykyä hankkia niitä. Hoivan ja huolenpidon tarjoaminen on Suomessa viime kädessä edelleen julkisen sektorin vastuulla, mutta ihmisiä ohjataan ensisijaisesti huolehtimaan hyvinvoinnistaan itse ja omaistensa avulla tai hankkimaan apua yksityisesti.

Eriarvoistuminen on nostettu esiin keskeisenä ongelmana myös hoivapolitiikkaa linjaavissa ohjausasiakirjoissa ja epätasa-arvoisuuden vähentäminen on asetettu yhdeksi palvelujärjestelmän kehittämisen tavoitteeksi. Samalla kuitenkin poliittinen ohjaus korostaa sitä, että ihmisten tulee ensisijaisesti ottaa vastuuta hyvinvoinnistaan itse ja omaistensa avulla. Tavoitteena on, että ihmiset asuvat mahdollisimman pitkään kotona ja tarvittavat palvelut hankitaan sinne, mieluiten yksityisesti kotitalousvähennyksen avulla. Kunnallisia kotihoidon palveluja on alettu kohdentaa kaikkein huonokuntoisimmille vanhuksille ja kotihoidon kattavuus on laskenut. Mahdollisimman pitkää kotona asumista ei siis ole alettu edistää lisäämällä kotiin saatavia julkisesti rahoitettuja palveluja. Ainoastaan omaishoittoon on satsattu aiempaa enemmän resursseja 2000-luvun aikana. Julkisen sektorin tarjoaman kotihoidon ja muiden vanhusten palvelujen pelätään heikkenevän ja jäävän kenties vain heikommassa asemassa olevien ihmisten minimitason palveluiksi, jos ne, joilla on rahaa ja muita resursseja, alkavat hankkia palvelut valtaosin yksityisesti.

Nimenomaan oman vastuun ja valintojen korostuminen sekä samanaikainen sosiaalinen eriarvoistuminen ovat keskeisimpiä muutoksia hoivan järjestämisen yhteiskunnallisessa kontekstissa. Itse hoivan järjestämisessä keskeisin muutos on sen sijaan aikaisemmin pääosin julkisesti tuotettujen ja rahoitettujen palvelujen markkinoistaminen, joka on tuonut hoivan tuotantoon uudenlaisia tavoitteita. Jos julkisten palvelujen tarkoitus on ollut tasata tuloeroja ja lisätä hyvinvointia tasa-arvoisesti, yksityisten palveluntuottajien tavoitteena on aina myös tuottaa voittoa. Uutta on myös odotus siitä, että vanhuksot toimivat aktiivisina valintoja tekevinä kuluttajina sen sijaan, että he olisivat ennenkaikkea sosiaalisia oikeuksia omaavia kansalaisia ja hoivaan oikeutettuja julkisen sektorin asiakkaita. Tutkimusten perusteella tiedetään, että kuluttajana toiminen ja yksityisten palvelujen hankkiminen on yhteydessä henkilökohtaisiin resursseihin. Vanhusten hoivan ja palvelujen suhteen on todettu, että paremmin koulutetut ja parempituloiset hankkivat useammin yksityisiä palveluja ja ne, joilla resursseja on vähemmän, ovat useammin julkisen sektorin asiakkaita tai, esimerkiksi Ruotsissa, saavat enemmän informaalia apua (Szebehely 2005).

Tätä taustaa vasten lähden tarkastelemaan käytössäni olevien empiiristen aineistojen avulla vanhusten hoivaa, avun saamista ja palvelujen käyttöä. Tarkastelen erityisesti myös kysymystä mahdollisesta eriarvoisuudesta hoivan saamisessa ja palvelujen käytössä. Ensin kuitenkin esittelen tarkemmin miten toteutan empiirisen tutkimukseni.

5 Tutkimuksen toteutus: Aineistot, menetelmät ja metodologia

Suomessa vanhusten palvelujen ja avun järjestäminen on ollut muutosten kohteena viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Erityisen nopeaa muutos on ollut aivan viime vuosina, esimerkiksi juuri markkinoistumisen ja palvelujen ulkoistamisen kiihtyessä. Uudistuksista ja niiden vaikutuksista vanhojen ihmisten elämään, arjen sujumiseen ja avun saamiseen keskustellaan paljon, mutta empiiristä tutkimusta aiheesta on suhteellisen vähän. Siksi juuri nyt on tärkeää tutkia vanhusten hoivan ja avun saamista sekä palvelujen käyttöä ja niihin liittyviä taustatekijöitä ja reunaehtoja.

Tässä luvussa esittelen empiiriset aineistoni, niiden analysoimisessa käyttämäni menetelmät sekä metodologisen lähtökohtani, kriittisen realismin. Aineistona käytän vuonna 2010 Tampereella ja Jyväskylässä kerättyä kyselyaineistoa ja 2011 Pirkanmaan alueella tehtyjä haastatteluja. Avun saamista ja hoivapalvelujen käyttöä on Suomessa tutkittu aikaisemminkin⁶, mutta tutkimusta, jossa yhdistettäisiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa ja jossa niin palveluista, avusta kuin vastaajien sosiaalisista ja taloudellisista taustatekijöistä olisi kysytty yhtä tarkasti kuin käyttämässäni kyselyssä, ei ole tehty. Koska hyödynnän menetelmällisesti sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia tutkimustapoja, tutkimusotettani voi kuvata monimetodiseksi.

Empiirinen tutkimukseni jakautuu kahteen osaan, joista kummassakin hyödynnän sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoani. Muodostan ensin aineistojeni mahdollistamissa rajoissa kokonaiskuvan siitä, miten vanhusten hoivan tarpeisiin vastataan. Tarkemmat tutkimuskysymykseni ovat:

- Mistä apua ja hoivaa saadaan?
- Mistä apua ja hoivaa haluttaisiin saada?
- Millaisiin tarpeisiin ja miten paljon palveluja käytetään?

⁶ Esim. Blomgren ym. 2006; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010.

- Millaisiin tarpeisiin ja miten paljon saadaan informaalia apua?
- Saadaanko apua ja hoivaa riittävästi?

Toiseksi tarkastelen sitä, millä tavoin taloudelliset ja sosiaaliset taustatekijät ovat aineistojeni perusteella yhteydessä hoivan saamiseen ja palvelujen käyttöön. Kysyn:

- Mitä palveluja vanhukset käyttävät ja minkä tahon tuottamia ne ovat?
- Mitkä sosiaaliset ja taloudelliset taustatekijät ovat yhteydessä erilaisiin avun ja hoivan lähteisiin: informaaliin apuun, julkisten palvelujen saamiseen ja yksityisten palvelujen käyttöön?
- Miten vanhukset kuvailevat tulojen vaikutusta palvelujen hankkimiseen?

5.1 Kyselyaineisto

Kyselyaineisto Arki, apu ja palvelut kerättiin keväällä 2010 Jyväskylässä ja Tampereella satunnaisotantana. Kysely toteutettiin Tampereella osana professori Anneli Anttosen johtamaa ja Suomen Akatemian rahoittamaa tutkimushanketta Vanhuus, hoiva ja kuluttajuus⁷. Jyväskylässä kysely tehtiin osana professori Teppo Krögerin johtamaa tutkimusprojektia ja se toteutettiin Suomen Akatemialta saatujen tutkimusvarojen avulla⁸. Molemmilla paikkakunnilla kyselylomake postitettiin tuhannelle yli 75-vuotiaalle kotona asuvalle iäkkäälle ihmiselle. Ensimmäinen postituskierron tehtiin toukokuun alkupuolella, ja noin kuukauden kuluttua lomake lähetettiin uudelleen niille otokseen valikoituneille, joilta vastausta ei oltu saatu. Vastausprosentti oli lopulta 72 (n=1436); Jyväskylässä 69 ja Tampereella 74. Lomakkeessa kysyttiin avun lähteistä ja avun tarpeista, informaalin avun korvaamisesta, avun riittävydestä ja riittämättömyydestä sekä riittämättömän avun syistä, avun lähteiden preferensseistä, avun antamisesta itse, palvelujen käytöstä ja syistä valita tai olla valitsematta tiettyjä palveluja sekä palvelujen rahoittamisesta. Kyselylomake on työn lopussa, liite 1.

⁷ Tutkimusryhmään kuuluivat Professori Anttosen lisäksi tutkijat Liina Sointu, Lina Van Aerschot, Heli Valokivi ja Minna Zechner sekä tutkimusavustaja Olli Karsio (projekti 2501127492).

⁸ Teppo Krögerin tutkimusryhmässä työskentelivät Outi Jolanki, Anu Leinonen ja tutkimusavustaja Salla Majanen

Kyselyvastaajista 66 prosenttia oli naisia ja 34 prosenttia miehiä, mikä likimain vastaa ikäluokan todellista sukupuolijakaumaa. Reilu kolmannes vastaajista oli 75–79-vuotiaita, toinen kolmannes 80–84-vuotiaita ja loput yli 85-vuotiaita. Kyselyyn osallistuneista ikäihmisistä puolet asui yksin, runsas 40 prosenttia puolison kanssa ja lopusta 10 prosentista suurin osa lastensa kanssa. Vastaajat asuivat kotona lukuun ottamatta muutamaa hoivasairaalassa asunutta jyvaskyläläistä (joiden vastauslomakkeet ovat myös mukana aineistossa). Hoivasairaalassa hoidetaan pitkäaikaissairaita vanhuksia, jotka eivät enää tule toimeen kotona tai palveluasumisessa. Kyselyyn vastanneista kaksi kolmasosaa asui omassa omistusasunnossaan ja reilu kymmenes asui vuokralla. Niin ikään reilu kymmenes asui palvelutalossa joko vuokralla tai omassa asunnossaan. Yli 90 prosenttia vastaajista asui joko kaupungin keskustassa, sen välittömässä läheisyydessä tai lähiössä eli vastaajat asuivat valtaosin urbaanissa ympäristössä.

Terveydentilansa arvioi hyväksi tai melko hyväksi noin kolmannes vastaajista, keskimääräiseksi vajaa puolet ja melko huonoksi tai huonoksi runsas viidennes kaikista vastaajista. Naiset olivat miehiä useammin huonokuntoisia, mutta sukupuolten välinen ero oli pieni eikä tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan tulotaso oli yhteydessä terveydentilaan: pienituloiset vastaajat olivat terveydentilaltaan keskimäärin huonokuntoisempia kuin parempituloiset ja erot olivat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 2. Vastaaajien jakaumat tärkeimpien taustamuuttujien osalta

Sukupuoli	Mies	34 %
	Nainen	66 %
Ikä	75–79 –v	35 %
	80–84 –v	35 %
	85–89 –v	18 %
	90- v	12 %
Terveystila (oma arvio)	Hyvä tai melko hyvä	33 %
	Keskinkertainen	45 %
	Huono tai melko huono	22 %
Kenen kanssa asuu	Yksin	52 %
	Puolison	43 %
	Lapsen tai jonkun muun kanssa	5 %
Käytettävissä olevat tulot / kotitalous / kk	Alle 1000 € / kk	29 %
	1000–1500 € / kk	33 %
	1500–2000 € / kk	16 %
	Yli 2000 € / kk	22 %
Pienituloisten osuus ⁹ (~60% tai alle suomalaisten keskitulosta)	Pienituloinen	38 %
	Parempituloinen	62 %
Asuinalue	Keskusta tai sen välitön läheisyys	46 %
	Lähiö	47 %
	Haja-asutusalue	7 %

Vaikka Arki, apu ja palvelut -aineisto on kerätty kahdessa kaupungissa eikä se ole valtakunnallisesti edustava otos, tulokset ovat monilta osin hyvin samanlaisia kuin valtakunnallisissa tutkimuksissa saadut tulokset. Esittelen muiden tutkimusten tuloksia jonkin verran omien tulosteni rinnalla. Tamperelais- ja jyväskyläläisvastaajat olivat myös monilta taustatekijöiltään paljolti samankaltaisia kuin vastaajat valtakunnallisissa kyselyissä. Tästä kertoo esimerkiksi se, että valtakunnallisen HYPA-aineiston perusteella yli 75-vuotiaista naisista 31 prosenttia ja miehistä 36

⁹ Virallinen 60% köyhyysraja oli vuonna 2010 Suomessa 1230 euroa / kk. Tässä artikkelissa raja on asetettu yksin asuvan henkilön kohdalla 1250 euroon ja kahden hengen kotitalouden kohdalla 2000 euroon. Tämä johtuu siitä, että tuloja koskevan kysymyksen vastausvaihtoehdot eivät mahdollista tulojen tarkempaa erittelyä

prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Vaarama & Kaitsaari 2002, 128), mikä vastasi Arki, apu ja palvelut – aineiston tuloksia tismalleen.

Tuloksia tarkasteltaessa on hyvä muistaa, että kyselytutkimuksella on menetelmän omat erityispiirteensä. Postikyselyyn tuskin vastaavat terveydentilaltaan kaikkein heikoimmassa kunnossa ja asemassa olevat ikäihmiset tai esimerkiksi muistisairaat. Oletettavasti emme siis kyselyn kaltaisella menetelmällä tavoita niitä vastaajia, joilla on eniten avun, hoivan ja palvelujen tarpeita (ks. myös Vilkkonen, Muuri & Finne-Soveri 2010, 65). Kyselytutkimukseen liittyy vastaajien valikoitumisen lisäksi joitakin mahdollisia ongelmia. Lomakkeen mallina käytettiin useita aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä kyselylomakkeita, mutta lopulta suurin osa kysymyksistä muotoiltiin uudelleen ja niistä tuli uusia ja erilaisia kysymyksiä. Halusimme omassa tutkimuksessamme keskittyä nimenomaan hoivapalveluihin, kun useimmissa aikaisemmissa kysymyksissä on ollut paljon terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä kysymyksiä. Halusimme myös aikaisempia tutkimuksia hienojakoisempaa tietoa avun saamisesta ja palvelujen käytöstä. Hyvien ja toimivien kysymysten laatiminen on kuitenkin useimmiten lomaketutkimusten haastavin vaihe. Väärin tehty kysymys voi vääristää tuloksia jopa kymmenillä prosenteilla. Suurin haaste on laatia kysymys, jonka vastaajat ymmärtävät halutulla tavalla, sillä lomakekysymykset ovat aina tulkinnanvaraisia. (Heiskanen 1998, 195.)

Arki, apu ja palvelut -kysely oli sikäli onnistunut, että vastausprosentti ylitti kaikki odotukset. Toisaalta yksittäisten kysymysten kohdalla oli suurtakin vastauskatoa ja yksi kysymyspari (kysymykset nro 28 ja 29) oli epäonnistunut siten, että vastaajat eivät olleet ymmärtäneet jälkimmäisen kysymyksen olevan jatkoa edelliselle, vaikka tutkijat olivat sen parhaansa mukaan lomakkeessa eksplikoineet. Vastauskato johtui myös osittain siitä, että kysymykset monin osin koskivat avun tarpeita ja palvelujen käyttöä. Vastaajat olivat yli 75-vuotiaita kotona asuvia ihmisiä, joista kaikilla ei ollut avuntarpeita, eivätkä he siten saaneet apua tai käyttäneet tai tarvinneet palveluja. On siis loogista, että vastaajat ovat kokonaan hypänneet niiden kysymysten yli, joiden he eivät katsoneet koskettavan itseään. Vastaajien määrät ja vastaamatta jättäneiden osuudet kerron tulosten yhteydessä.

Kyselyaineistoa analysoidessani tarkastelin aluksi suoria jakaumia analyysin kannalta keskeisten muuttujien osalta. Sitten tein ristiintaulukointeja voidakseni tutkia, miten jakaumat vaihtelivat eri taustatekijöiden mukaan. Ryhmien välisten erojen merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö –testillä, jonka mukaan merkitsevyys on suurin

lähellä nolaa olevilla arvoilla aina 0,05:een asti. Tutkimuksessa esitetyt tulokset ovat kaikki tilastollisesti merkitseviä, ellei asiasta ole erillistä mainintaa. Lisäksi käytin logistista regressioanalyysia tarkastellakseni erilaisten taustatekijöiden yhteyttä avun ja palvelujen lähteisiin. Esittelen sen tarkemmin tulosten yhteydessä. Analyysit on tehty PASW statistics 18 –ohjelmalla.

5.2 Haastatteluaineisto

Toinen käyttämäni aineisto koostuu haastatteluista, jotka kerättiin Tampereella keväällä ja alkusyksyllä 2011. Haastatteluja tehtiin yhteensä 16 ja ne olivat kestoltaan 1-1,5 tuntia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin¹⁰. Useimmat haastattelut tehtiin haastateltavien kotona, mutta joissakin tapauksissa tapaaminen sovittiin kahvilaan ja yksi keskustelu käytiin yliopiston tiloissa. Haastattelijat olivat Lina Van Aerschot, Heli Valokivi ja Anneli Anttonen.

Haastatteluja voi kuvata puolistrukturoiduiksi. Ne suunniteltiin siten, että samat aiheet tulivat käsiteltyä kuin kyselylomakkeessa, mutta niitä syvennettiin. Haastattelut toteutettiin siis niin, että kaikissa haastatteluissa käytiin läpi suunnilleen samat asiat, mutta varsinaista kysymyspatteristoa ei käytetty, mikäli aiheet tuli käsiteltyä muutoinkin haastattelun kuluessa.

Suurin osa haastateltavista valikoitiin niiden Arki, apu ja palvelut -kyselyyn vastanneiden ihmisten joukosta, jotka olivat jättäneet yhteystietonsa ja kertoneet olevansa suostuvaisia haastatteluun. Valitsimme joukon ihmisiä käyttäen apuna kyselylomakkeen vastauksia liittyen avuntarpeisiin, avun riittävyteen, palvelujen käyttöön ja taustatietoihin. Muodostimme haastateltavien joukon siten, että otimme mukaan ihmisiä, joilla oli ainakin jonkin verran avun tarpeita, mutta joiden elämäntilanteet ja avunlähteet muutoin vaihtelivat. Kyselylomakkeen kautta tavoitettujen haastateltavien lisäksi lumipallomenetelmällä tavoitettiin kaksi omaista, joiden haastattelut toteutettiin Tampereen seudulla, mutta joissa oli kyse muilla paikkakunnilla asuvien ikääntyneiden vanhempien tilanteesta.

¹⁰ Aineistoa kertyi 308 sivua word-tiedostona, times new roman-fontilla koko 12, rivivälillä yksi tallennettuna

Nämä kaksi haastateltavaa haluttiin ottaa mukaan tutkimukseen siksi, että molempien kohdalla oli kyse tavallisuudesta poikkeavista hoivajärjestelyistä. Yksi heistä oli järjestänyt vanhempiansa tarvitseman avun ja palvelut yksinomaan yksityisin palveluin ja yhdistäen monenlaisia avunlähteitä. Toinen haastateltava oli järjestänyt vanhemmilleen apua niin kunnallisten, yksityisten kuin palvelun ja informaalin avun epävirallisella välimuodolla.

Kaikki haastatellut omaiset olivat parhaillaan tai olivat olleet erittäin suuressa roolissa vanhempiansa avun järjestämisessä joko hoivaamalla itse tai organisoimalla palveluja. Haastatteluja tehtiin yhteensä 16, joista 12 oli vanhan ihmisen tai pariskunnan kanssa tehtyä haastattelua ja neljä omaisten haastattelua. Olen listannut haastattelut taulukkoon 3. Annoin haastateltaville pseudonyymit, jotta haastatteluihin olisi helpompi viitata ja lukija voisi mahdollisesti seurata mitkä sitaatit ovat samasta haastattelusta. Niissä haastatteluissa, joissa haastateltava oli omainen, olen antanut pseudonyymin vanhukselle tai pariskunnalle, jonka asioita haastattelu koskee. Taulukkoon on koottu haastateltavista muutamia taustatietoja, jotka oli mahdollista yhdistää heihin kyselylomakkeista. Koska kaksi haastateltavaa valikoitui mukaan muualta, heidän kanssaan tehtyjä haastatteluja koskevat tiedot peräisin haastatteluista.

Taulukko 3. Haastattelut (taustatiedot kyselylomakkeesta)

"Salme"	83-v, asuu yksin, pienituloisen ¹¹ , vähän avuntarpeita
"Saimi"	97-v, asuu yksin, pienituloisen, paljon avuntarpeita
"Aila"	88-v, asuu yksin, pienituloisen, jonkin verran avuntarpeita
"Hanna ja Reino"	87-v ja 86-v, keski- tai hyvätuloisia, jonkin verran avuntarpeita
"Elma"	87-v, pienituloisen, asunut yksin, paljon avuntarpeita (haastateltavana tytär)
"Alpo"	83-v, asuu yksin, pienituloisen, jonkin verran avuntarpeita
"Raakel"	88-v, asunut yksin, keski- tai hyvätuloisen, paljon avuntarpeita
"Aili ja Sakari"	85- ja 87-v, keski- tai hyvätuloisia, paljon avuntarpeita (ei Treen seudulta, eivät vastanneet kyselyyn, haastateltavana tytär)
"Elsa ja Erkki"	87- ja 89-v, keskituloisia, jonkin verran avuntarpeita
"Heta"	Nainen 92-v, asuu yksin, keski- tai hyvätuloisen, paljon avuntarpeita
"Keijo"	82-v, asuu yksin, pienituloisen, paljon avuntarpeita
"Hilma"	85-v, asuu yksin, keskituloisen, paljon avuntarpeita
"Ellen"	76-v, asuu yksin, pienituloisen, vähän avuntarpeita
"Aino ja Asko"	haastateltavana "Asko" 83-v, keski- tai hyvätuloisen, jonkin verran avuntarpeita
"Signe"	90-v, asuu yksin, pienituloisen, paljon avuntarpeita (haastateltavana poika ja miniä)
"Marja ja Matti"	86-v ja isä 87-v, mies vaimonsa omaishoitaja, keskituloisia, paljon avuntarpeita (ei Treen seudulta, eivät vastanneet kyselyyn, haastateltavana tytär)

Aloitin haastatteluaineiston analyysin luokittelemalla ja teemoittelemalla aineistoa. Ensinnä tutustuin aineistoon tiivistämällä, tyypittelemällä ja luokittelemalla tekstiä eri tavoin. Luin kaikki haastattelut ja tein niistä tiivistelmät hahmottaakseni millainen kunkin haastateltavan tilanne oli peruslähtökohdiltaan. Sitten analysoin aineistoa järjestelemällä sen erilaisten teemojen alle, jotka olivat peräisin kyselylomakkeesta. Poimin tekstistä kohdat, joissa käsiteltiin niitä asioita, joita oli kyselylomakkeessa kysytty ja joita olin kyselyaineistosta analysoinut. Teemoja olivat avun tarpeet, avun

¹¹ Tulojen luokittelu: erittäin pienituloisen: käytettävissä alle 750e/kk; pienituloisen: 750–1250 e/kk; keskituloisen: 1250-2000e/kk; keski- tai hyvätuloisen: yli 2000e/kk.

lähteet ja avun hankkimiseen liittyvät seikat, avun riittävyys, informaalin avun merkitys ja osuus avun lähteenä ja hoivan kokonaisuudessa, informaalin avun palkitseminen, palvelujen rahoittamisen tavat sekä haastateltavan taloudellisen tilanteen vaikutus avun riittävyyteen ja palvelujen käyttöön.

Analyysin kuvataan koostuvan luokittelusta, analysoinnista ja tulkinnasta, joiden osuus ja painotus voivat vaihdella riippuen esimerkiksi tutkimuskohteesta ja tutkimusvälineistöstä. Luokittelu ja teemoittelu ei vielä ole analyysiä vaan yksi osa sitä. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11–12.) Omassa tutkimuksessani ensimmäinen vaihe, haastatteluaineiston luokittelu ja teemoittelu, eteni ennalta suunnitellusti, sillä teemat noudattivat kyselytutkimusta eivätkä nousseet lukemisen ja lajittelun tuloksena haastatteluaineistosta itsestään. Samoin oli analysoinnin suhteen, koska halusin haastatteluaineiston avulla ennen kaikkea syventää kvantitatiivisen aineiston analyysin tuloksia. Analyttiset kysymykseni nousivat näin ollen tavoitteesta saada enemmän tietoa ilmiöistä, joita kvantitatiivisella aineistolla olin tarkastellut. On suositeltavaa, että analyttiset kysymykset ovat avoimia mitä ja miten –kysymyksiä, koska tavoitteena on löytää uusia jäsenyyksiä ja uusia merkityksiä, joiden kautta voidaan ymmärtää inhimillistä todellisuutta (emt. 16). Tämä sinänsä sopi kahta aineistoa yhdistävään tutkimusotteeseeni, sillä haastatteluaineistoon kohdistamani kysymykset olivat nimenomaan avoimia kysymyksiä. Esimerkiksi avun riittävyyteen ja riittämättömyyteen liittyvää haastatteluk tekstiä analysoin kysymällä millaista avun riittämättömyys on ja miten se haastateltavien vanhusten jokapäiväisessä elämässä ilmenee. Samoin palvelujen hankkimisen ja siihen tarvittavien resurssien suhteen halusin tarkastella hienojakoisemmin niitä seikkoja, joita kyselyaineistosta nousi esiin kysymällä miten palveluja hankittiin. Tällaista kahden aineiston yhdistämistä kutsutaan monimetodiseksi tutkimusotteeksi.

5.3 Monimetodisuus

Tässä työssä yhdistän kahta erilaista aineistoa, koska ne täydentävät toisiaan. Aineistoni valottavat ikääntyneiden ihmisten avun saamista ja palvelujen käyttöä sekä niihin liittyviä taloudellisia ja sosiaalisia seikkoja ei puolilta. Kysely- ja haastatteluaineistot vastaavat hieman erilaisiin kysymyksiin. Kyselyaineisto vastaa kysymykseen ”miten paljon?” ja mahdollistaa taustatekijöiden tarkastelun erilaisten muuttujien yhteydessä ja sitä kautta auttaa osaltaan vastaamaan kysymykseen

”miksi” (Raunio 1999, 346; Töttö 1996, 126–127). Taustatekijöiden ja muuttujien väliset yhteydet mahdollistavat kuitenkin usein ilmiöiden selittämisen vain osittan. Taustalla voi vaikuttaa paljon sellaisia seikkoja, joita ei kyselylomakkeen kysymyksissä ole huomattu tai pystytty huomioimaan. Kvalitatiivinen aineisto mahdollistaa tämän katvealueen täydentämisen ja siten auttaa osaltaan selittämään ilmiöitä. Lisäksi haastatteluaineiston avulla voidaan etsiä vastauksia kysymyksiin mitä ja miten.

Kahden aineiston yhdistäminen tuo tutkimukseeni ulottuvuuksia, joita muutoin en voisi saavuttaa. Kvantitatiivinen aineistoni mahdollistaa avun saamiseen, palvelujen käyttöön ja eriarvoisuuteen liittyvien kysymysten tarkastelemisen horisontaalisesti. Tämä antaa tietoa keskimääristä ja tilastollisista todennäköisyyksistä, ilmiöiden laajuudesta ja yleisyydestä sekä tilastollisesti merkitsevistä yhteyksistä asioiden välillä. Kvalitatiivinen aineistoni mahdollistaa puolestaan avun saamiseen ja palvelujen käyttöön liittyvien seikkojen vertikaalisen tarkastelun. Samat asiat valottuvat haastatteluaineiston avulla monisävyisempinä, kun haastateltavat kuvailevat kokemuksiaan, kertovat mitä ne tarkoittavat tai miten avun, hoivan ja palvelujen tarpeisiin vastaaminen konkreettisesti sujuu heidän omassa ja heidän läheistensä elämässä. Toisaalta haastatteluaineisto kattaa vain pienen joukon ihmisiä. Käyttämällä vain sitä en tavoittaisi ilmiöiden laajuutta ja mahdollista yleistettävyyttä.

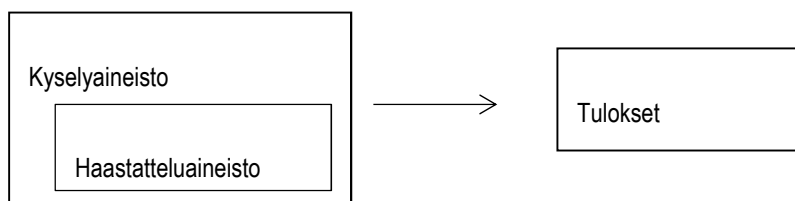
Vanhuus, hoiva ja kuluttajuus –tutkimusprojektissa haluttiin kerätä kahdenlaista aineistoa, mutta mielessä ei erityisesti ollut monimetodinen tutkimus (mixed methods research, ks. Creswell & Plano Clark 2007; Teddlie & Tashakkori 2009), vaikka sellaiseksi erilaisten aineistojen yhdistämistä usein kutsutaan. Manfred Max Bergmanin (2011, 273) mukaan hyvässä monimetodisessa tutkimuksessa sekä epistemologiset että ontologiset lähtökohdat, tutkimuskysymykset ja teoreettinen viitekehys, aineiston keräämisen tavat ja aineiston tulkinta sopivat niin kvantitatiivisiin kuin kvalitatiivisiin metodeihin. Tällainen lähestymistapa sopii yhteen kriittisen realismin metodologian kanssa (Danermark ym. 2002, 4). Kriittisen realismin käsitys, että todellisuus on olemassa riippumatta sen havainnoimisesta ja havaittajasta, mutta tulee ymmärrettäväksi vain käsitteiden kautta (ks. seuraava luku 5.4), tarjoaa ontologisen lähtökohdan, johon molemmat käyttämäni aineistot sopivat. Epistemologisesti ajateltuna lähtökohtanani on, että voimme saada tietoa olemassa olevasta todellisuudesta pyytämällä ihmisiltä vastauksia sitä koskeviin kysymyksiin, kuten kyselylomakkeessa, ja haastatteleamalla heitä. Erilaiset aineistot eivät sulje toisiaan pois siten, että vain toisen aineiston

tuottamat tulokset olisivat totta tai oikeampaa tietoa kuin toisen aineiston perusteella saadut tulokset.

Tutkimuskysymyksiini voin vastata molemmilla aineistoilla, ja sama yhteiskunnallinen, sosiaalipoliittinen ja teoreettinen viitekehys pätee molempiin. Aineistojen keräämisen suhteen ei ollut ristiriitoja, ja aineistojen tulkinnessa aineistot pitkälti tukevat toisiaan sen sijaan että ne olisivat ristiriitaisia. Objektivismiin ja subjektivismiin tai positivismiin ja konstruktivismiin usein vastakkaisina nähtyjä lähtökohtia ei ole syytä pitää ongelmana tässä tutkimuksessa. Kuten Danermark ym. (2002, 2-4) esittävät, kriittisen realismin metodologian mukaan tällaisista tieteenfilosofiaan liittyvistä kahtiajajoista ja vastakkainasetteluista kannattaisi mieluummin päästä eroon.

John Creswell ja Vicki L. Plano Clark (2007, 5) määrittelevät monimetodisen tutkimusotteen metodiksi, jolle on ominaista kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston yhdistäminen siksi, että näin tutkimuskohteesta voi saavuttaa enemmän tietoa kuin vain yhden menetelmän avulla. He esittelevät viisi erilaista tapaa, joilla tutkimusaineistoja voi yhdistää. Oma tapani on heidän jäsennyksensä mukaan aineistojen upottamista (embedding), joka tarkoittaa sitä, että toinen aineisto tarjoaa pääaineistolle tukea.

Kuvio 1: Aineistojen upottaminen (Creswell & Plano Clark 2007, 7)



Aineistoa kerätessä tutkimusryhmän tavoitteena oli kyselyn avulla tuottaa lisää tietoa ikääntyneiden ihmisten arjesta, avun tarpeista ja avun saamisesta. Haastattelujen tavoitteena puolestaan oli syventää ja tarkentaa tietoa näistä asioista kyselyaineiston jättämien aukkojen osalta. Näiden tavoitteiden kautta olen aineistoja analysoinut.

Yhdistettäessä kahta aineistoa, kyselyä ja haastatteluja, on aiheellista pohtia tiedon ja tietämisen rajoja. Mitä voin tietää kyselyyn vastanneiden ikäihmisten elämästä ja

erilaisista arkeen, apuun ja palveluihin liittyvistä tarpeista tai ratkaisuksista? Entä sitten haastattelut, antavatko ne paremman mahdollisuuden ymmärtää ihmisten tilanteita kokonaisvaltaisesti jäädessä silti yksittäisiksi kertomuksiksi vailla yleisempää merkitystä? Minkälaista tietoa voin näiden aineistojen perusteella saavuttaa?

Olen jotakuinkin samoilla linjoilla kuin Suvi Ronkainen (1999, 114), joka tarkastelee väitöskirjassaan merkitysten ongelmaa lomaketutkimuksen yhteydessä ja sitä, miten voidaan tehdä empiiristä tutkimusta, kun ei voida olla varmoja että tutkittavat ymmärtävät empiirisen maailman samoin kuin tutkija:

Ajattelemalla aineistoa mieluummin todellisuudessa annettuina selontekoina kuin havaintoina todellisuudesta käynnän nurinpäin kriittisten survey-tutkijoiden esiin nostaman merkitysten ongelman.[...] En oleta, että tutkittavat ymmärtävät kysymykset oikein eli siis vastaavat juuri sellaisen merkitysmaailman sisältä kuin tutkija kuvittelee. Heidän vastauksensa pohjautuvat heidän kokemusmaailmaansa, joskin selonteko, vastaus, muotoutuu lomakehaastattelun vuorovaikutustilanteen ja itse lomakkeen esiin kutsuman kehyksen ehdoilla. [...] Tutkija ei mittaa ominaisuutta eikä tavoita ilmiötä sellaisenaan. Kuitenkin aineisto kantaa muassaan todellisuuden sosiaalisia suhteita. Siitä ei konstruoida mitä tahansa. Se vihjaa todellisuudesta, joka on myös muuta kuin surveyn ja tutkijan konstruoiman sosiaalisen maailman todellisuus.

Kyselyaineiston avulla voin saavuttaa Ronkaisen tavoin tietoa todellisuudesta, vaikkakaan en pysty tavoittamaan universaalia, objektiivista todellisuutta koskevaa tietoa. Haastatteluaineiston avulla tarkastelen todellisuudessa ilmeneviä, minulle ihmisten itsensä kertomana välittyviä kokemuksia. Suhtaudun aineistoon jälleen kuten Ronkainen: se kantaa muassaan todellisuuden sosiaalisia suhteita ja vihjaa todellisuudesta, siitä ei voi konstruoida mitä tahansa. Samalla tiedostan, että ihmisten kertomana todellisuus välittyy sellaisena kun haastateltavat ovat sen haastatteluissa halunneet, pystyneet tai sattuneet tuottamaan. Tutkijana tulkitseen aineistot omien lähtökohtieni, kykyjeni ja mahdollisuuksieni puitteissa, en täysin objektiivisesti, vaikka siihen pyrkisinkin. Suhtaudun haastatteluihin ihmisten henkilökohtaisena kuvauksena heidän omasta arjestaan, avun tarpeistaan ja avun saamisesta sekä niihin liittyvistä reunaehdoista. Pyrin mahdollisimman pitkälle ymmärtämään jokaisessa haastattelussa kerrotut asiat ja kokemukset haastateltavan lähtökohdista ja muodostamaan niistä käsityksen, jonka oletan vastaavan hänen tavoittelemaansa kertomusta. Suhtaudun haastatteluihin subjektiivisina totuuksina, mutta kuitenkin osana yhteisesti jaettua, olemassa olevaa todellisuutta, kriittisen realismin metodologian mukaisesti.

5.4 Metodologiana kriittinen realismi

Usein kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston nähdään edustavan metodologisesti erilaisia, jopa vastakkaisia, epistemologisia perinteitä. Kvantitatiivinen tutkimus liitetään objektivistiseen metodologiaan ja kvalitatiivinen puolestaan subjektivistiseen metodologiaan (Raunio 1999, 77–81). Eroa luonnehditaan siten, että kvantitatiivinen tutkimus tarkastelee mitattavia syy-suhteita kun taas kvalitatiivinen tutkii merkityksiä ja kulttuuria (Töttö 1996, 124). Kvantitatiivinen tutkimus nimetään usein positivistiseksi, millä viitataan sen empiristisyyteen (Raunio 1999, 19). Yleisesti positivismilla tarkoitetaan tieteessä 1800-luvulta alkaen vallinnutta ”tieteellisen metodologian normatiivista ihannetta” (emt, 16), sitä, että tieteellistä tietoa uskotaan saavutettavan testaamalla teorioita tiukkojen tieteellisten menetelmien avulla ja painottamalla havaintoja käsitteellisten oletusten sijaan. Lähtökohta positivismille on luonnontieteellisessä tutkimuksessa ja sen koeasetelmissa.

Objektivistiseen metodologiaan kuuluvan totuuden korrespondenssiteorian mukaan tulkinta on tosi vain, jos se vastaa objektiivista todellisuutta, joka ei ole subjektista riippuvaista. Objektivistisesta näkökulmasta katsottuna tieto ei ole suhteessa sen tuottajaan vaan sen oletetaan olevan riippumaton tekijästä, arvoista ja empirisestä maailmasta. Samoin objektivismi irrottaa havainnot teoriasta ja tutkijan aineistosta: ”tietäjän paikka nähdään irrallisena tutkittavasta maailmasta, viileän objektiivisena”. (Ronkainen 1999, 98–100.)

Objektivismille vastakkaisen näkemyksen tarjoaa subjektivistisen metodologian piiriin kuuluva konstruktionismi, jonka näkökulmasta todellisuudelle ei ole olemassa standardeja, jotka olisivat riippumattomia ja erillään tutkijoiden (tai ylipäätään ihmisten) tekemistä tulkinnoista. Konstruktionismin mukaan tutkimuskin tuottaa yhden tulkinnan tai version todellisuudesta, ei yksiselitteistä objektiivista totuutta (Raunio 1999, 83). Konstruktionismin teeseihin kuuluu ensinnäkin kriittinen suhtautuminen itsestään selvänä pidettyyn tietoon, joka tarkoittaa positivismin ja empirismin haastamista. Olemassa olevaa ei välttämättä ole se mitä havainnoimme. Käsitteillä, erotteluilla tai teorioilla, joiden kautta teemme maailman ymmärrettäväksi itsellemme, ei ole aina vastineita todellisuudessa. Toiseksi konstruktionismin lähtökohtana on, että ihmisten ymmärrys maailmasta ja todellisuudesta on kulttuurisesti ja historiallisesti muotoutunutta ja määrittynyttä.

Tämä tarkoittaa, että tieto on historiallisesti ja kulttuurisesti relativistista. Kolmanneksi tietoa muodostetaan, edistetään ja pidetään yllä sosiaalisessa kanssakäymisessä, erityisesti kielen kautta. Siten se, mitä pidämme ”totuutena”, on seurausta sosiaalisista prosesseista ja vuorovaikutuksesta, ei objektiivisesta havainnoinnista. Neljäs sosiaalisen konstruktionismin teesi koskee tiedon ja sosiaalisen toiminnan yhteyttä. Maailmasta muodostettavaa tietoa ei ole koskaan vain yhdenlaista vaan erilaisia sosiaalisia konstruktioita on aina lukuisia. Erilaiset konstruktiot nostavat tai houkuttelevat esiin niiden kanssa linjassa olevaa toimintaa. (Burr1995, 3–5.)

Konstruktivistisen näkemyksen mukaan totuutta ei voida saavuttaa tulkinnosta erillään eikä totuutta objektiivisena tosiasiana ole olemassa. Todellisuutta koskevat väitteet eivät kuvaile todellisuutta vaan konstituivat sitä ja ”se, mitä tiedetään, ei ole irrallaan siitä kuka tietää, kuinka tiedetään, mistä lähtökodista tiedetään.” (Ronkainen 1999, 103–104.) Itse paikannan lähtökohtani johonkin objektivismin / positivismin ja subjektivismin / konstruktionismin välimaastoon kriittisen realismin avulla, joka mielestäni ammentaa lähtökohtansa kummastakin. Todellisuus on olemassa myös ihmisistä riippumatta, ei vain sosiaalisina konstruktioina, mutta todellisuutta koskeva tieto on mahdollista vain käsitteiden ja teorioiden kautta. Sikäli myös sosiaalisilla konstruktioilla on oma osansa tiedon tuottamisessa ja ylläpitämisessä.

Todellisuus on olemassa tulkinnasta riippumatta

Todellisuudesta havainnoimalla ja päättelämällä saatavaa tietoa kutsutaan faktoiksi, totuudeksi. Ajatusta, että tiedolla on perusteensa todellisuudessa, kutsutaan myös foundationalismiksi (Ronkainen 1999, 98). Tämän lähtökohdan myötä asetun (kriittisen) realistisen metodologian kannalle, jonka mukaan pidän ”tieteen tutkimaa todellisuutta todellisena ja osin ihmismielestä riippumattomana” (Kuusela 2006, 13). En ole kuitenkaan empiristi, eli en katso että olemassa olevaa, todellista ja tutkimuksella saavutettavaa olisi vain se mitä voidaan havaita vaan katson, että todellisuus ulottuu myös havaittavissa olevan tuolle puolen (Töttö 2006, 46). Realismi eroaa positivismista ja empirismistä siinä, että realismin käsitys todellisuudesta on kerrostunut. Todellisuuden ymmärretään muodostuvan toisiaan täydentävistä tasoista: aktuaalisesta tasosta eli tapahtumien maailmasta, empirisestä tasosta eli kokemusten alueesta ja syvärakenteista eli käsitteellisestä ymmärryksestä.

Näitä voidaan kuvata seuraavasti: a) empiirinen taso muodostuu havainnoista, vaikutelmista ja tuntemuksista, b) aktuaalisella tasolla tarkoitetaan tapahtumia ja asiain tiloja ja c) reaalilla tasolla (syvärakenteilla) tarkoitetaan sosiaalisia rakenteita ja mekanismeja. Kriittiset realistit ovat kiinnostuneita ennen muuta rakenteista ja mekanismeista. Rakenteilla tarkoitetaan objektin osien välisiä suhteita, jotka ovat olemassa tietoisuudestamme riippumatta. Mekanismit ovat tapoja, joilla objektin rakenteet voivat tietyin edellytyksin aikaansaada havaittavissa olevia tapahtumia. Yhteiskuntatutkimuksen tehtävänä on pyrkiä empiirisen ja aktuaalisen tason taakse reaalille eli intransitiiviselle alueelle. Toisin sanoen sen tehtävänä on paljastaa niitä rakenteita ja mekanismeja, jotka määrittävät aktuaalisen tason ilmiöitä. Tämä tapahtuu käsitteellistämisen ja teorian muodostuksen kautta. (Smith 1998, 299.) Kriittisen realismin lähtökohtana onkin, että teoria on välttämätön edellytys todellisuuden tutkimisessa. (Kuusela 2006, 10.)

Danermark ym. (2002, 15) selventävät (kriittisen¹²) realismin ajatusta todellisuudesta ja teorian merkityksestä siten, että todellisuus on objektiivisesti olemassa, mutta meidän sitä koskeva ymmärryksemme on käsitteiden välittämää. Pääsemme siis tarkastelemaan todellisuutta vain käsitteiden kautta, vaikka se on olemassa ilman meitäkin. Todellisuutta koskeva tieto on täten riippuvaista teoriasta (käsitteellistämisestä) mutta se ei ole teorian määrittämää. Eli olemassa ei ole vain se, minkä olemme käsitteellisesti tai teoreettisesti tehneet todelliseksi, mutta meidän ymmärrettäväksemme olemassa oleva välittyy vain teoretisoinnin kautta. Tämä tarkoittaa loogisesti, että tieto on epätäydellistä ja avointa tarkennuksille.

Realismin suhde tietoon selkenee, kun sitä havainnollistetaan määrittelemällä tiedolle kaksi puolta, transitiivinen ja intransitiivinen. Voidaan ajatella, tieto on ihmisen luomaa konstruktioita siinä missä mitkä tahansa muutkin artefaktit tai hyödykkeet, joita eri ammattilaiset ja osaajat tuottavat ja jotka ovat alttiita muutoksille. Transitiivinen tieto koskee materiaalisia asioita, joista meillä on tietoa havaintojen, tulkinnan ja teorioiden kautta. Intransitiivista tietoa hankitaan sellaisista asioista, jotka eivät ole ihmisten tuottamia eivätkä riippuvaisia ihmisten toiminnasta vaan olemassa riippumatta siitä, tiedämmekö niiden olemassaolosta ja havaitsemmeko niitä. (Bhaskar 2008, 11 & 1978, 21–23.)

¹² He käyttävät termiä kriittinen realismi, mutta tarkoittavat samaa tai hyvin samankaltaista metodologiaa kuin Kuusela, Töttö ym. (2006)

Danermark ym. (2002) tiivistävät oman näkemyksensä kriittisestä realismista metodologisena lähestymistapana tutkimukseen listaamalla tutkimuksen ohjenuorina käytettäviä periaatteita: Tieteessä pitäisi pyrkiä tekemään yleistyksiä (generalizing claims). Tieteen tarkoitus on selittää syitä sosiaalisten ilmiöiden taustalla: sosiaalista todellisuutta pyritään siis ymmärtämään kausaalisuhteiden kautta selvittämällä mikä tuottaa sosiaalisia ilmiöitä. Kausaalisuhteiden selittämisen tärkeät työkalut ovat abduktio ja retroduktio¹³ (abduction ja retrodution). Näistä jälkimmäinen on erityisen oleellinen kriittisessä realismissa ja viittaa sellaisten edellytysten tai perusehtojen löytämistä, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiön olemassaoloon. Teorialla on ratkaiseva rooli tutkimuksessa eli teorian pitäisi ohjata tutkimusta. Lisäksi Danermark ym. edellyttävät kriittiseen realismiin pohjaavalla tutkimuksella useiden metodologisten lähestymistapojen käyttämistä, mikä tarkoittaa usein monimetodisuutta ja kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten metodien kategorisoinnista luopumista. Tärkeämpää on pohtia tiedon ontologisia ja epistemologisia edellytyksiä. (Danermark 2002, 1-2.)

Lähestymistapani tutkimuksen tekemiseen sopii kriittisen realismin lähtökohtiin, sillä ajattelen, että vaikkakin tutkimukseni tuottaa tutkimistani ilmiöistä tietoa, joka voisi erilaisten tulkintojen ja käsitteellistämisen kautta olla myös toisenlaista, se ei ole vain konstruktioita. Ymmärrän sosiaalisen todellisuuden olevan sekä objektiivisina tosiasioina ilmenevää että subjektiivisesti tuotettua (ks. Raunio 1999, 104–107). Pyrin mahdollisimman lähelle objektiivista totuutta sikäli, että yritän kuvata tutkimuskohteitani mahdollisimman pitkälle sellaisina kuin ne aineiston kautta ovat tavoitettavissa. Väitän, että tutkimuskohteeni ovat sikäli objektiivisesti tutkittavissa, että ne ovat reaalisesti olemassa ja havaittavissa sellaisessa todellisuudessa, joka on yhteisesti jaettu, ei vain minun tutkimuksen kautta tuottamani. Toisaalta pidän selvänä sitä, että tutkimuskohteeni ovat niin yhteiskunnallisten, sosiaalisten kuin yksilöllisten suhteiden, niille annettujen merkitysten ja niistä tehtyjen tulkintojen lävistämiä. Sitä ei voi tavoittaa tai havainnoida sellaisenaan kuten mustikanvarpua metsässä, vaan erilaisten käsitteiden ja tulkintojen avulla, joiden kautta tutkimuskohteeni ja sen ulottuvuudet tulevat konstruoiduiksi.

¹³ Abduktiolla tarkoitetaan yritystä ymmärtää jotakin empiirisesti havaittavissa olevaa sosiaalista ilmiötä hypoteettisella selityksellä jota sitten muokataan ja muutetaan uusien, parempien selitysten ilmaantuessa tai tiedon lisääntyessä. Retroduktio puolestaan kuvaa prosessia, jossa yhdistetään erilaisia tapoja tuottaa tietoa, induktiivisia,deduktiivisia ja abduktiivisia, ja liikutaan edes takaisin niiden välillä. (Miller 2003.)

Mitä ajattelen tutkimuksellani voivani saavuttaa? Minkälaiseen tai kenen totuuteen pyrin asettumalla yhtäältä sille kannalle, ettei yhtä yksiselitteistä objektiivista totuutta sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa voi saavuttaa, ja toisaalta sille kannalle, että tutkimukseni sijoittuu todellisuuteen, joka on olemassa kaikkien ihmisten jakamana ainakin osittain ihmismielestä, eli todellisuudesta tehdyistä tulkinnoista, riippumatta? Linaan Ilkka Niiniluodon (2006, 26–28) kriittisen realismin teeseiksi listaamia ajatuksia: Totuus on olennainen osa tieteen tavoitetta, se on vaikea saavuttaa ja tavoittaa, jopa parhaat teoriat voivat olla epätosia. Totuutta on silti mahdollista lähestyä tieteellisen tutkimuksen avulla. Tutkimuksen kautta saavutettua tieteellistä edistystä voidaan arvioida, ja kriittisen arvioinnin kautta tieteellinen tieto täydentyy. Tieteellinen totuuden lähestymisen tapa eroaa muista kulttuurin muodoista sen soveltaman kriittisen menetelmän vuoksi. Tieteellä ei ole hallussaan lopullisia totuuksia, mutta tieteen toistaiseksi saavuttamat tulokset ovat paras perusta rationaaliselle maailmankuvalle ja toiminnalle.

6 Vanhusten avun lähteet, palvelujen käyttö ja avun riittävyys

Tässä ja seuraavassa luvussa tutkin empiiristen aineistojeni pohjalta, millaista on vanhojen ihmisten hoivan järjestäminen, avun saaminen ja palvelujen käyttö 2010-luvun Suomessa. Hyvinvointivaltion palvelujärjestelmät ovat muuttumassa niin periaatteiden kuin organisoinnin tasolla ja samaan aikaan eriarvoisuus on lisääntynyt, tuloerot kasvaneet ja erityisesti vanhojen ihmisten pienituloisuus on yleistä. Tutkin, miten palvelujärjestelmän muutokset, palvelujen saamisen ehtojen tiukkeneminen, tehostaminen ja kohdentaminen mahdollisesti näkyvät vanhojen ihmisten avun ja hoivan kokonaisuudessa. Tarkastelen myös, millainen vastuunjako vallitsee julkisen ja yksityisen sektorin sekä informaalin avun välillä ja millaisia palveluja erilaiset ihmiset käyttävät.

Seuraavaksi, luvussa 6.1, tarkastelen kysely- ja haastatteluaineistojen perusteella yli 75-vuotiaiden vanhusten avun ja hoivan saamista ja palvelujen käyttöä Tampereella ja Jyväskylässä. Aineistonani olevassa Arki, apu ja palvelut -kyselyssä useita avun saamiseen ja palvelujen käyttöön liittyviä asioita on kysytty aikaisempia suomalaisia tutkimuksia tarkemmin. Tämän vuoksi aineisto mahdollistaa avun saamiseen liittyvien seikkojen tarkastelemisen aikaisempaa hienojakoisemmin ja tarjoaa mahdollisuuden saada tietoa sellaisistakin asioista, joita ei aikaisemmissa kyselytutkimuksissa ole kysytty. Koska kvantitatiivista aineistoa on lisäksi täydennetty haastatteluaineistolla, avun saamisen ja palvelujen käytön kokonaisuudesta on mahdollista muodostaa moniulotteisempi käsitys kuin pelkän kyselyaineiston perusteella.

Tarkastelen ensin kyselyaineiston avulla mistä tamperelais- ja jyväskyläläisvanhukset saavat apua ja mistä he haluaisivat saada apua. Sitten tutkin mihin tutkimukseen osallistuneet vanhat ihmiset tarvitsevat apua sekä tarkastelen avun riittävyttä ja riittämättömyyttä molempien aineistojen perusteella. Kolmanneksi tarkastelen informaalin avun osuutta avun saamisen kokonaisuudessa. Katson keneltä informaalia apua saadaan ja millä tavoin sitä palkitaan. Tarkastelen myös

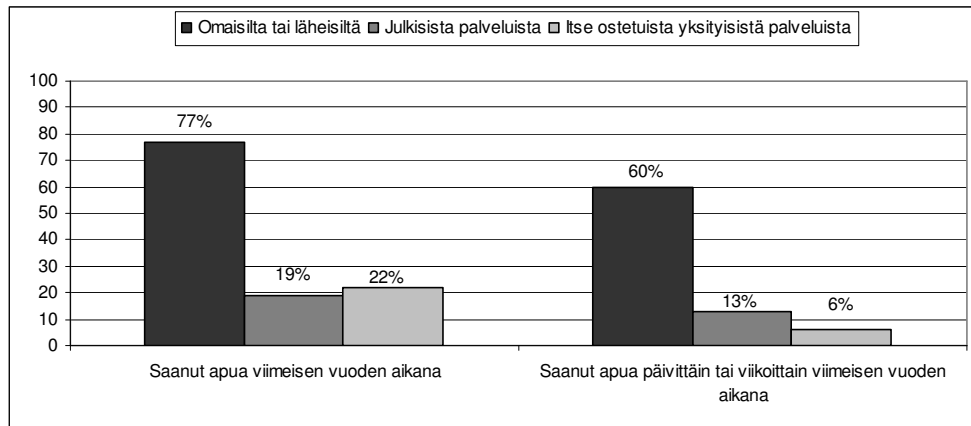
haastatteluaineiston kautta tilanteita, joissa informaalin avun palkitseminen perustuu sopimukseen ja muistuttaa siten palvelun ostamista informaalisissa kontekstissa. Tässä luvussa tutkimuskysymyksiäni ovat: Mistä apua ja hoivaa saadaan? Mistä apua ja hoivaa haluttaisiin saada? Millaisiin tarpeisiin ja miten paljon käytetään palveluja? Millaisiin tarpeisiin ja miten paljon saadaan informaalia apua? Saadaanko apua ja hoivaa riittävästi?

6.1 Eniten apua saadaan läheisiltä, toivotaan julkisista palveluista

Arki, apu ja palvelut –kyselyssä avun saamisesta kysyttiin näin: Jos olette tarvinnut viimeisen vuoden aikana apua, ketkä teitä ovat auttaneet ja kuinka usein? (kysymys 15, liite 1). Kun huomioidaan kaikki erilaiset avunlähteet, kyselyyn vastanneista 73 prosenttia sai jotakin apua ja hoivaa ainakin joskus ja täysin ilman apua selviytyi 27 prosenttia vastaajista. Ainakin jotakin palvelua eli kunnallista kotihoitoa tai itse ostettua palvelua käytti 48 prosenttia kaikista vastaajista. Useimmiten vastaajat saivat kuitenkin apua läheisiltään. Kun avun lähteet jaettiin siten, että omaiset ja läheiset yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi ja kunnallinen apu ja itse ostettu apu säilytettiin erillisinä, viimeisen vuoden aikana kolme neljästä vanhuksesta oli saanut informaalia apua. Vajaa viidennes vastaajista oli saanut kunnallista apua ja reilu viidennes oli ostanut apua itse. Informaalin avun merkitys oli siis Arki, apu ja palvelut –kyselyyn vastanneille huomattava, sillä sitä sai ainakin jossain muodossa ja ainakin joskus 77 prosenttia vastaajista.

Läheisten antama apu erottui julkisista ja yksityisistä palveluista siten, että sitä saatiin paljon useammin päivittäin tai viikoittain, kun taas kaupungin palveluja tai yksityisiä palveluja saatiin tai ostettiin viikoittain tai kuukausittain. Päivittäin tai viikoittain toistuvaa informaalia apua sai 60 prosenttia kaikista vastaajista. Apua kunnallisesta kotipalvelusta tai –sairaanhoidosta sai päivittäin tai viikoittain 13 prosenttia vastaajista ja itse ostettua yksityistä apua hankki 6 prosenttia päivittäin tai viikoittain.

Kuvio 2: Avun lähteet viimeisen vuoden aikana kokonaisuuksena sekä päivittäin ja viikoittain toistuvana



Tarkasteltaessa hienojakoisemmin keneltä tai mistä apua saatiin ja kuinka usein käy ilmi, että noin neljännes vastaajista sai apua puolisoiltaan ja valtaosin sitä saatiin päivittäin. Voidaan kysyä, pitäisikö tätä varsinaisesti laskea informaaliksi avuksi, sillä usein on itsestään selvää, että puoliset auttavat toisiaan, ja että perheissä on jonkinlaista työnjakoa. Kyselylomakkeessa kysymys oli kuitenkin nimenomaan muotoiltu siten, että siinä tiedusteltiin apua, jota oli saatu tarpeeseen. Se on eri asia kuin yhteisestä sopimuksesta syntynyt työnjako, jossa toinen vaikka laittaa ruoan ja toinen huolehtii haravoinnista. Silloin kun avuntarpeita oikeasti on, puolisoiden välinen auttaminen on usein hoivaa ja huolenpitoa, jota annetaan tilanteissa, joissa toinen ei enää itse selviä askareista tai pysty huolehtimaan itsestään joiltakin osin tai kokonaan. Pidän siis puolisoilta saadun avun informaalia hoivaa koskevissa analyyseissä mukana. Puolisoiden välinen hoiva ja auttaminen on hyvin tärkeää ja yleistä informaalia apua, eikä se luonteeltaan sinänsä poikkea muilta läheisiltä saadusta avusta. Tulokset eivät kuitenkaan olisi oleellisesti erilaisia, vaikka puolisoiden välistä apua ja hoivaa ei huomioitaisi, sillä noin 70 prosenttia vastaajista sai ainakin joskus informaalia apua joltakin muulta läheiseltään.

Lähes 90 prosentilla vastaajista oli lapsia, ja informaalia apua saatiin puolison lisäksi useimmiten heiltä. Viimeisen vuoden aikana omalta lapselta apua oli saanut ainakin joskus 70 prosenttia vastaajista, tyttäriltä ja pojilta suurin piirtein samassa suhteessa. Noin joka viidennellä vastaajalla lapselta saatava apu oli päivittäistä tai viikoittaista. Miniältään apua sai ainakin joskus 16 prosenttia ja vävyiltään 18 prosenttia. Lapsenlapset auttoivat 28 prosenttia vastaajista ainakin joskus. Muilta omaisilta apua

sai reilu kymmenes ja ystäviltä, tuttavilta tai naapureilta joka neljäs vastaaja. Vapaaehtoistyöstä saadun avun osuus oli melko pieni. Viimeisen vuoden aikana sitä oli saanut 5 prosenttia vastaajista, joista 2 prosenttia päivittäin tai viikoittain.

Taulukko 4. Apu eri lähteistä ja sen taajuus, prosenttia kaikista vastaajista

	Päivittäin tai viikoittain	Kuukausittain tai harvemmin	Ei koskaan/ei vastausta	Yhteensä
Puolisolta	26	1	73	100
Tyttäreltä	22	17	61	100
Pojalta	20	19	61	100
Miniältä	5	11	84	100
Vävyiltä	5	14	81	100
Lastenlapsilta	7	22	71	100
Muilta sukulaisilta	4	8	88	100
Ystäviltä, tuttavilta, naapureilta	11	14	75	100
Kaupungin kotipalvelusta tai kotisairaanhoidosta	13	5	82	100
Itse ostetuista yksityistä palveluista	6	16	78	100
Vapaaehtoistyöstä	1	4	95	100

Sukupuolten välillä oli jonkin verran eroja avun lähteiden suhteen. Ensinnäkin miehet saivat naisia useammin apua puolisoltaan, mikä selittyy ainakin osittain sillä, että vastaajien joukossa miehillä oli useammin puoliso. Pojilta ja tyttäriltä sekä vävyiltä ja miniöiltä sen sijaan saatiin lähes yhtä paljon apua. Tämä tulos eroaa aikaisemmissa tutkimuksissa saaduista tuloksista, joiden mukaan hoivatyö on yleensä naisten tekemää (Zechner & Valokivi 2009, 131). Voi olla, että hoivan antaminen ei enää 2010-luvulla ole yhtä sukupuolittunutta ja avun antaminen omille

vanhemmille tai appivanhemmille on jo yhtä yleistä sekä naisten että miesten keskuudessa.

Siihen, minkälaista apua keneltäkin saadaan ja onko annetun avun laadussa tai siihen käytetyssä ajassa eroa sukupuolten välillä, ei aineistosta ikävä kyllä saa vastausta. Sukupuolten väliset erot voisivat tulla esiin avun saamisen hienojakoisemmassa tarkastelussa, mutta siihen tarvittaisiin erilaisia kysymyksiä kuin mitä Arki, apu ja palvelut – kyselyssä oli.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella kuitenkin tiedetään, että miesten ja naisten kodin piirissä tekemät askareet eroavat laadullisesti. Miehet usein kuljettavat, tekevät pihatöitä tai kodin kunnostustöitä. Naiset taas antavat henkilökohtaista hoivaa, huolehtivat ruoanlaitosta ja siivouksesta. (Miettinen 2008, 50). Alussa kuvaamani avun ja hoivan määritelmällisen erottelun mukaisesti siis miehet antavat enemmän apua ja naiset enemmän hoivaa.

Kyselyyn vastanneiden joukossa naiset saivat miehiä useammin apua kaupungin kotipalvelusta tai kotisairaanhoidosta ja ostivat jonkin verran miehiä enemmän yksityistä apua. Sukupuolten välinen ero kotihoidon saamisessa ja yksityisten palvelujen käytössä selittyy sillä, että naiset olivat keskimäärin miehiä huonokuntoisempia ja selvisivät raskaammista kotitöistä miehiä harvemmin ilman apua.

Avun lähteitä koskevat tulokseni ovat samansuuntaisia muiden tutkimusten kanssa (Blomgren ym. 2006; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010). Erojakin oli eri tavalla muotoiltujen kysymysten kohdalla, kuten voidaan olettaa. Esimerkiksi Arki, apu ja palvelut –aineistossa avun saamista koskeva kysymys käsitti kaikenlaisen avun, jota vastaajat olivat saaneet viimeisen vuoden aikana. Mainituissa tutkimuksissa kysymys on muotoiltu niin, että sillä tarkoitettiin apua päivittäisissä toimissa ja/tai toimintakyvyn alenemisesta johtuvaa avuntarvetta¹⁴. Näin ollen on loogista, että Arki, apu ja palvelut –kyselyn vastaajat näyttävät saaneen enemmän apua kuin muihin tutkimuksiin osallistuneet vanhukset.

¹⁴ Blomgrenin ym. käyttämän Terveys2000 -lomakkeen kysymys oli ”saatteko toimintakykyne heikkenemisen takia toistuvaa apua tavallisissa toimissanne, esim. kodinhoitotöissä, peseytymisessä, kaupassa käynnissä?”. HYPA 79+ -aineistoon perustuvassa artikkelissa puhutaan päivittäisestä selviytymisestä (Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010, 70).

Joka tapauksessa informaalin avun saaminen on ollut palvelujen saamista yleisempää myös aikaisemmissa tutkimuksissa.

Kunnallista kotiapua koskevat osuudet olivat tamperelais- ja jyvaskyläläisvastaajilla (yhteensä 19 prosenttia) melko yhteneviä Blomgrenin ym. (2006, 167) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan 21 prosenttia vastaajista oli saanut viimeisen vuoden aikana kunnallista kotiapua tai kotisairaanhoidoa. Valtakunnallisten tilastojen mukaan yli 75-vuotiaista suomalaisista 12 prosenttia oli säännöllisen, verovaroin kustannetun kunnallisen kotihoidon piirissä vuonna 2012 (Sotkanet, Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä). Kunnallisesti rahoitettujen kotihoidon tukipalvelujen piirissä sen sijaan oli vuonna 2010 reilut 20 prosenttia yli 75-vuotiaista suomalaisista, mikä vastaa melko tarkalleen kyselytutkimusten tuloksia (Sotkanet, Tukipalvelua vuoden aikana saaneet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä, kunnan kustantamat palvelut)

Monissa tutkimuksissa ikääntyneiden on todettu myös itse antavan apua ja hoivaa. Erityisesti he antavat hoivaa puolisoilleen ja auttavat lapsiaan tai hoivaavat lastenlapsiaan (Mikkola 2009; Haavio-Mannila ym. 2009, 78; Karisto, Koskimäki & Seppänen 2013, 48). Aineistossani vajaa neljännes kertoi itse antavansa säännöllistä apua tai hoivaa jollekin, ja useimmiten sitä annettiin omalle puolisolle. Kunnan myöntämää omaishoidon tukea sai 2 prosenttia vastaajista. Voidaan kuitenkin olettaa, että omaishoivaan rinnastettavaa hoivaa antoi paljon useampi vastaaja. Kymmenen prosenttia kaikista vastaajista antoi päivittäistä apua, joka liittyi henkilökohtaiseen hoivaan tai avustamiseen. Vaaraman ja Ollilan (2008, 129) valtakunnallisesti edustavan tutkimuksen mukaan 27 prosenttia 60–79-vuotiaista suomalaisista auttoi sukulaista tai ystävää ja 41 prosenttia omia vanhempia, puolisoa tai lapsia. Ero valtakunnallisesti edustaviin tuloksiin saattaa johtua siitä, että vastaajajoukko koostui nuoremmista ihmisistä, kuin Arki, apu ja palvelut -otoksen yli 75-vuotiaat.

Tulevaisuudessa, avun tarpeiden mahdollisesti lisääntyessä, apua toivottiin useimmiten kunnallisista palveluista.¹⁵ Vastaajat saivat valita listasta tärkeimmän tai kaksi tärkeintä vaihtoehtoa, joita ei laitettu tärkeysjärjestykseen, joten tulosten ei voi

¹⁵ Tästä kirjoitettu myös vakuutusyhtiö Ilmarisen tekemässä tutkimuksessa (HS, Kotimaa, 8.2.2013) <http://www.hs.fi/kotimaa/Kysely+El%C3%A4kel%C3%A4iset+odottavat+yhteiskunnan+huolenpitoa/a1360291177181>

tulkita kertovan preferenssien suorista jakaumista. Joka tapauksessa vastausvaihtoehtojen kannatuksesta voidaan tulkita eri avunlähteiden preferoimista. Lähes puolet kaikista vastaajista oli valinnut vaihtoehdon lisäapua kaupungin kotipalvelusta / kotisairaanhoidosta. Noin neljännes vastaajista oli valinnut toivovansa mahdollista lisäapua puolisolta, tyttareltä tai pojalta. Muilta omaisilta tai läheisiltä mahdollista lisäapua toivottiin huomattavasti harvemmin. Palvelujen ostamista ei vastaajista kovinkaan moni pitänyt toivottavana vaihtoehtona. Vain joka kymmenes vastaaja oli valinnut vaihtoehdon haluaisin ”lisäapua itse ostettavista yksityisistä palveluista” mikäli avuntarpeet lisääntyisivät.

Avun lähteiden preferensseissä oli sukupuolten välillä eroja. Miehistä jopa 45 prosenttia toivoi mahdollista lisäapua puolisoltaan ja naisista vastaavasti vain 15 prosenttia. Tämä tulos on linjassa sen kanssa, että miehet myös useammin saavat apua puolisoltaan (taulukko 4) ja heillä on naisia useammin puoliso. Muiden omaisten ja läheisten suhteen molemmat sukupuolet olivat vastanneet jokseenkin samalla tavalla. Naiset toivoivat jonkin verran miehiä useammin apua julkisista palveluista, mutta yksityisten palvelujen suhteen eroa ei juuri ollut.

Taulukko 5. Mistä tai keneltä vastaajat haluaisivat mieluiten saada apua avuntarpeen mahdollisesti lisääntyessä, prosenttia kaikista vastaajista yhteensä ja sukupuolen mukaan.

	Kaikki	Naiset	Miehet
Puolisolta	25	15	45
Tyttareltä / pojalta	27 / 24	29 / 23	24 / 25
Lapsenlapsilta	8	9	8
Muilta sukulaisilta / ystävilta, tuttavilta, naapureilta	3 / 5	3 / 5	3 / 5
Kaupungin kotipalvelusta tai kotisairaanhoidosta	47	50	41
Itse ostetuista yksityisistä palveluista	10	11	10
Järjestöiltä tai vapaaehtoistyöstä	6	6	4

Koulutustaustalla tai tuloilla ei ollut vaikutusta julkisten palvelujen preferointiin, toisin kuin voisi olettaa. Pienituloiset ja parempituloiset sekä ammatillisen tai korkeakoulututkinnon suorittaneet ja ilman tutkintoa olevat toivoivat yhtä usein mahdollista lisäapua kunnallisista palveluista. Sitä vastoin yksityisten palvelujen suhteen nämä taustatekijät vaikuttivat preferensseihin. Pienituloisista 5 prosenttia ja parempituloisista 15 prosenttia toivoi apua yksityisistä palveluista. Ilman ammatillista tai ylempää koulutusta olevista 8 prosenttia toivoi mahdollista lisäapua yksityistä palveluista ja tutkinnon omaavista 18 prosenttia. Tämä selittynee sillä, että parempituloiset ja paremmin koulutetut myös käyttävät enemmän yksityisiä palveluja ja niiden hankkiminen saattaa olla heille sekä taloudellisesti että palvelujen hankkimiseen tarvittavien tietojen ja taitojen osalta tutumpaa ja helpompaa.

Henkilökohtaisten avunlähteiden preferenssien lisäksi kyselyssä kysyttiin minkä tahon tuottamia palveluja ikäihmisille tulisi vastaajien mielestä lisätä nykyiseen verrattuna. Vaihtoehtoina olivat myös ”ei minkään” tahon ja ”en osaa sanoa”. Selvästi eniten toivottiin julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen lisäämistä. Tätä toivoi 43 prosenttia kaikista vastaajista. Palvelusetelillä saatavia kunnan maksamia ja yksityisen tahon tuottamien palvelujen lisäämistä toivoi 15 prosenttia ja itse ostettavien yksityisten palvelujen lisäämistä 4 prosenttia vastaajista. Vapaaehtoistyötä tekevien järjestöjen ja seurakuntien palveluja toivoi kumpiakin 3 prosenttia vastaajista. Kuten avun lähteiden preferoinnin suhteen, tulotasolla ei ollut vaikutusta siihenkään, mitä palveluja toivottiin lisättävän. Sekä pieni- että parempituloiset vastasivat lähes yhtä usein toivovansa julkisten ja yksityisten palvelujen lisäämistä. Sukupuoltenkaan välillä erot eivät olleet suuria, mutta miehet hieman useammin toivoivat lisää julkisia palveluja ja naiset puolestaan järjestöjen vapaaehtoispalveluja ja seurakuntien palveluja. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Suomalaisten mielipiteitä julkisesta ja yksityisestä sektorista hyvinvointipalvelujen tuottajana on tutkittu aiemmin. Vanhusten palvelujen kohdalla 2004 ja 2006 kerättyjen edustavien aineistojen perusteella jopa kolme neljästä suomalaisesta kannatti julkisen sektorin vastuuta, neljännes kannatti omaisten ja läheisten ensisijaista vastuuta ja vain yksi prosentti yksityisen sektorin vastuuta (Vaarama & Moisio 2009, 22). Iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman on todettu olevan mielipiteisiin vaikuttavia taustatekijöitä (Kallio 2007, 240). Pienituloisten ja vähän koulutettujen on monissa tutkimuksissa todettu kannattavan eniten julkisen sektorin tuottamia palveluja, kun taas parempituloiset ja paremmin koulutetut kannattavat

enemmän yksityistä palveluntuotantoa (Forma 2006, 176; Blomberg & Kroll 1999, 330), kuten Arki, apu ja palvelut –aineistossa. Joissakin tutkimuksissa on saatu myös toisenlaisia tuloksia. Aina sosioekonomisen taustan vaikutus hyvinvointivaltioon ja palvelujärjestelmään kohdistuviin asenteisiin ei ole yksiselitteinen (Kallio 2007, 248–249). Vuonna 2002 kaikissa ikäluokissa vähintään 80 prosenttia vastaajista ja yli 65-vuotiaista jopa yhdeksän kymmenestä oli sitä mieltä, että julkisen sektorin tulisi tuottaa hyvinvointipalvelut (Forma 2002, 305–306). Toisaalta nuoret suhtautuvat yksityisiin palveluihin positiivisemmin: heidän on todettu pitävän yksityisiä palveluja tehokkaampina kuin julkisia (emt.) ja suhtautuvan markkinoistamiseen myönteisemmin kuin muut (Kallio 2007, 247–248; myös Vaarama & Moisio 2009). Käytössäni oleva Arki, apu ja palvelut –aineisto koostui yksinomaan vanhemmista ihmisistä, joten ikäluokkien välisiä vertailuja ei tehty. Joka tapauksessa tulokseni ovat yhteneviä aikaisemman tutkimuksen kanssa siinä, että ikääntyneiden ihmisten keskuudessa hyvinvointivaltion ja julkisten palvelujen kannatus on vahvaa.

6.2 Avun tarpeet, avun riittävyys ja riittämättömyys

Arki, apu ja palvelut –lomakkeessa avun tarpeita ja avun riittävyyttä kartoitettiin siten, että vastaajilta kysyttiin, miten he selviytyvät arjen askareista ja henkilökohtaisista toimista (kysymys nro 14). Kysymyksessä oli listattu 13 erilaista asioiden hoitamiseen ja päivittäisiin toimiin liittyvää kohtaa kodin ulkopuolella liikkumisesta ja siivouksesta aina wc:ssä käymiseen ja syömiseen. Vastausvaihtoehdot olivat ”selviydyn ilman vaikeuksia”, ”en selviydy itse, mutta saan riittävästi apua” ja ”en selviydy itse ja tarvitsisin enemmän apua”.

Aineiston perusteella ikäihmiset tarvitsivat useimmiten apua kodin kunnostus- ja pihatöissä, siivouksessa sekä kulkemisessa kodin ulkopuolella. Se, että pihatyöt ja kulkeminen kodin ulkopuolella ovat asioita, joihin perinteisesti miehet osallistuvat ja joissa he auttavat, saattaa selittää ainakin osittain sen, että tässä tutkimuksessa avun saaminen pojilta ja vävyiltä oli niin yleistä. Kodin kunnostustöiden, siivouksen ja kodin ulkopuolella kulkemisen suhteen apu oli myös useimmin riittämätöntä eli sitä kaivattiin enemmän kuin mitä kyselyyn vastaamisen hetkellä saatiin. Kotiavun ja palveluiden hankkiminen poikkesi muista vastausvaihtoehdoista siten, että vastaajilla oli vaikeuksia selvittää siitä itse, mutta lisää apua sen suhteen ei kuitenkaan kaivannut kovinkaan moni. Henkilökohtaisista toimista, syömisestä, wc:ssä käymisestä, pukeutumisesta ja vuoteeseen menosta, yli 90 prosenttia selvisi ilman

vaikeuksia ja vain kymmenkunta vastaajaa ilmoitti kunkin asian kohdalla, että lisäapu olisi tarpeen.

Taulukko 6. Selviytyminen päivittäisistä asioista ja henkilökohtaisista toimista, prosenttia kaikista vastaajista

	Selviydyn ilman vaikeuksia	En selviydy itse, mutta saan riittävästi apua	En selviydy itse ja tarvitsisin enemmän apua	Ei vastausta	Yhteensä
Kodin korjaus ja kunnostus, pihatyöt	30	36	12	22	100
Siivous	46	36	12	6	100
Kulkeminen harrastuksiin, tapaamisiin tai kylään	61	23	8	8	100
Kotiavun tai palvelujen hankkiminen	39	22	6	33	100
Ruokaostokset	62	25	6	7	100
Pankkiasiat	65	25	4	6	100
Ruoanlaitto	69	20	4	7	100
Lääkkeiden ottaminen	79	13	2	6	100
Peseytyminen	82	13	2	5	100

Miehet selvisivät naisia useammin itse raskaammista kotitöistä, kodin ulkopuolella liikkumisesta ja pankkiasioiden hoitamisesta. Sen sijaan ruoanlaitosta naiset selvisivät huomattavasti useammin itse ja myös lääkkeiden ottaminen sujui naisilta useammin itsenäisesti. Tilastollisesti sukupuolten väliset erot olivat jopa erittäin merkitseviä suurempaa toimintakykyä vaativien toimien kohdalla, joista kaikista ruoanlaittoa lukuun ottamatta miehet selvisivät naisia useammin itsenäisesti. Vain lääkkeiden ottamisen ja peseytymisen osalta sukupuolten väliset erot eivät olleet kovin merkitseviä.

Yllä esitellyn askarekohtaisen erittelyn lisäksi avun riittävydestä kysyttiin myös yleisellä tasolla (kysymys nro 18, ”saatteko riittävästi apua?”). Vastaajista 31 prosenttia kertoi, ettei tarvitse lainkaan apua, 45 prosenttia sanoi saavansa tarpeeksi apua ja 14 prosenttia kertoi, ettei saa tarpeeksi apua. Miehet selvisivät naisia useammin ilman apua. Ilman riittävästi apua jääminen lisääntyi iän kasvaessa.

Poikkeuksena tästä olivat yli 90-vuotiaat miehet, joista yhtä moni kuin 80–84-vuotiaista miehistä selvisi ilman apua, eli 40 prosenttia.

Kysymys yleisestä avun riittävydestä on sikäli monitulkintainen, että riittävä apu tai ilman sitä oleminen voi merkitä ihmisille kovin erilaisia asioita. Joku voi kokea jäävänsä ilman riittävää apua, jos pölyjä ei pyyhitä huolellisesti joka viikko. Toisella kysymys voi olla siitä, että joutuu olemaan 14 tuntia syömättä, koska kotihoidon iltakäynti on aikaisin ja aamukäynti vastaavasti myöhään. Kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä avun riittävydestä ei siis tämän yhden kysymyksen perusteella voi tehdä. Jotakin asiasta voidaan kuitenkin päätellä vertaamalla avun riittävyttä koskevia vastauksia muihin vastauksiin. Esimerkiksi raskaampien kotitöiden, kuten siivouksen tai kodin kunnostus- ja pihatöiden suhteen ilman riittävää apua oli 12 prosenttia (taulukko 5). Kokonaisuudessaan ilman riittävää apua jääneiden osuus, 14 prosenttia kaikista vastaajista, vaikuttaa uskottavalta. Toisaalta, kaikista vastaajista kolmannes oli terveydentilaltaan vähintään melko hyvässä kunnossa ja avun riittävyteen liittyen 31 prosenttia ilmoitti, ettei tarvitse ollenkaan apua. Tämä käy hyvin yhteen, sillä oman kuntonsa ainakin melko hyväksi arvioivien ikäihmisten voi olettaa selviävän arjestaan ilman apua.

Ristiintaulukoimalla avun riittävyttä koskevat vastaukset eri taustatekijöiden kanssa sain myös loogisia tuloksia. Naiset (18 prosenttia) vastasivat miehiä (10 prosenttia) useammin, etteivät saa tarpeeksi apua. Tämä käy yksiin tarvekohtaisesti kysytyjen avuntarpeiden kanssa, sillä naiset tarvitsivat miehiä useammin apua kaikessa muussa paitsi ruoanlaitossa. Lisäksi terveydentilan voi olettaa olevan yhteydessä avun riittävyteen ja tarkastelin sitäkin sukupuolittain. Naisista, jotka olivat vastanneet terveydentilansa olevan melko huono tai huono, jopa 40 prosenttia sanoi avun olevan riittämätöntä. Vastaava luku miehillä oli 28 prosenttia. Yksinasuminen lisäsi todennäköisyyttä avun riittämättömyyteen, mikä niin ikään on loogista. Noin joka viides kaikista yksinasuvista vastasi, ettei saa riittävästi apua. Yksinasuvista valtaosa (84 prosenttia) oli naisia.

Tämän perusteella pidän luotettavana tulosta, jonka mukaan apu on yleisellä tasolla riittämätöntä 14 prosentilla vastaajista. Tamperelais- ja jyväskyläläisvanhuksista noin joka seitsemäs kotona asuva yli 75-vuotias oli tutkimukseni mukaan jäänyt ilman riittävää apua. On kuitenkin oleellista kiinnittää huomiota myös siihen, että melkein puolet kyselyyn vastanneista vanhuksista kertoi saavansa tarpeeksi apua ja lähes kolmannes vastasi, ettei tarvitse apua. Valtaosalla vanhuksista siis menee hyvin ja he

ovat joko riittävän hyväkuntoisia huolehtimaan itse asioistaan tai saavat tarpeeksi apua ja hoivaa joko läheisiltään, palveluista tai molemmista.

Ilman riittävää apua olevien joukko on kuitenkin melko suuri ajatellen sitä, että postikyselyn kaltaisella tutkimusmenetelmällä ei kuitenkaan tavoiteta kaikkein huonokuntoisimpia vanhuksia, ainakaan jos heillä ei ole läheisiä, jotka vastaisivat kysymyksiin heidän kanssaan tai heidän puolestaan. Jotta saadaan tarkempaa tietoa avun riittämättömydestä, on tärkeää katsoa mistä syistä vanhukset jäävät ilman apua ja millaisiin tilantesiin avun riittämättömyys voi liittyä. Tarkastelen seuraavassa alaluvussa syitä avun riittämättömyyteen ja sen jälkeen tutkin miten avun riittämättömyyttä kuvataan haastatteluaineistossa.

Palvelumaksut avun riittämättömyyden syynä

Riittävän avunsaamisen aukkoja kartoitettiin kyselylomakkeessa kysymällä syitä siihen, miksi vastaajat jäävät ilman riittävää apua. Lomakkeen kysymys oli muotoiltu niin, että syitä avun riittämättömyyteen kysyttiin nimenomaan niiltä vastaajilta, jotka olivat kertoneet, etteivät saa tarpeeksi apua. Käytännössä vastausten määrästä näkyi, että tähän kysymykseen olivat kuitenkin vastanneet myös muut. Jos tarkastellaan vain niitä vastaajia, jotka olivat kertoneet, etteivät saa tarpeeksi apua, yleisin syy avun riittämättömyyteen olivat korkeat palvelumaksut, 38 prosenttia vastaajista, ja toiseksi yleisin syy oli se, että avun ja palveluiden hankkiminen tuntui liian työläältä, 29 prosenttia. Myös kaikkien vastaajien osalta yleisin syy riittämättömään apuun oli liian korkeat palvelumaksut, näin vastasi 12 prosenttia.

Eniten ilman riittävää apua olevia vastaajia oli niissä kotitalouksissa, joissa oli alhainen tulotaso. Tämä osaltaan vahvistaa sitä tutkimustulosta, että yleisin syy avun riittämättömyyteen on tamperelais- ja jyvaskyläläisvanhuksilla palvelumaksujen kalleus. Vastaajista, joiden kotitalouksissa nettotulot jäivät kuukaudessa alle 1000 euron, 19 prosenttia ilmoitti, ettei saa tarpeeksi apua. Sen sijaan yli 2000 euron kuukausituloilla ilman riittävää apua jäi vain 7 prosenttia. On hyvä panna merkille, etten tässä ole huomionnut varsinaista pienituloisuuden eli suhteellisen köyhyyden rajaa vaan pelkästään kotitalouden yhteenlasketut tulot.

Pienituloisuuden ja avun riittämättömyyden yhteyteen vaikuttaa osaltaan yksityisten palvelujen käyttö, joka on harvinaisempaa pienituloisilla ja yleisempää

parempituloisilla vanhuksilla. Tästä on erillinen analyysi seuraavassa eli kuudennessa luvussa.

Taulukko 7. Avun riittävyys prosentteina eri tuloluokissa

	En tarvitse apua	Saan tarpeeksi apua	En saa tarpeeksi apua	Yhteensä
kotitalouden tulot alle 1000e/kk	30 (95)	51 (162)	19 (62)	100 (319)
1000-1500e/kk	30 (114)	55 (210)	15 (60)	100 (384)
1500-2000e/kk	40 (81)	45 (90)	15 (30)	100 (201)
yli 2000e/kk	40 (109)	53 (145)	7 (21)	100 (275)
Kaikki	34 (338)	51 (607)	15 (173)	100 (1179)

p=0,000

Riittämätöntä apua pohdittaessa on huomioitava tulojen lisäksi myös avun ja palvelujen hankkimiseen liittyvät asiat, sillä vaikka palveluja tarvitsisi ja haluaisi käyttää ja niistä olisi varaa maksaa, ei välttämättä ole itsestään selvää, että niitä saa hankittua. Kyselyyn vastanneiden toiseksi useimmin nimeämä syy avun riittämättömyyteen olikin palvelujen hankkimisen työläys. Niin kunnallisten kuin yksityistenkin palvelujen suhteen pitää tietää mihin tai kehen ottaa yhteyttä, jotta palvelun piiriin pääsee. Vastaaajista, joiden kotitaloudessa oli käytössä alle 1000 euroa kuussa 46 prosenttia kertoi selviytyvänsä avun ja palvelujen hankkimisesta itse (kysymys nro 14, kolmas kohta) ja 12 prosenttia tarvitsisi enemmän tukea kuin sai. Sen sijaan paremmin toimeentulevista vastaaajista, joiden kotitalouden käytettävissä olevat tulot olivat yli 2000 euroa kuussa, 71 prosenttia selviytyi avun hankkimisesta itse ja 4 prosenttia kaipasi lisäapua (p=0,000). Koska tulotaso korreloi yleensä koulutustason kanssa, ristiintaulukoin avun ja palvelujen hankkimisen myös koulutusta koskevasta kysymyksestä muokatun taustamuuttujan kanssa, joka jakaa vastaajat niihin, joilla ei ole ammatillista koulutusta, ja niihin, joilla sellainen on. Ristiintaulukoinnin perusteella vastaaajista, joilla ei ammatillista koulutusta ole, puolet selviytyi avun ja palvelujen hankkimisesta itse. Tutkinnon omaavista sen sijaan lähes 70 prosenttia selviytyi ilman vaikeuksia.

Niin ikään ero oli selkeä, kun kysyttiin mistä tai keneltä vastaajat olivat hankkineet tietoa palveluista (kysymys nro 31). Pienituloisista vastaaajista 13 prosenttia ja parempituloisista 23 prosenttia oli hankkinut tietoa itse. Usein tietoa saatiin myös omaisilta ja läheisiltä tai terveyskeskuksen omalääkäriltä ja jonkin verran kotihoidon

työntekijöiltä, mutta näissä eri tuloluokkien välillä oli vain vähän eroja. Avun hankkimiseen liittyy tiedonhankinnan lisäksi vertaamisen, kontaktien ottamisen, tarpeen määrittelyn ja priorisoinnin taitoja, joita paremmin koulutetuilla ihmisillä saattaa olla enemmän kuin heikommin koulutetuilla. Jos verrataan vastaajia, joilla on ammatillinen tutkinto niihin vastaajiin, joilla tutkintoa ei ole, koulutuksen vaikutus tulee esiin. Tutkinnon omaavista 27 prosenttia oli hankkinut tietoa palveluista itse, kun niistä, joilla ammatillista tutkintoa ei ollut, vain 14 prosenttia oli itse hankkinut tietoa.

Riittämättömän avun syitä koskevaan kysymykseen oli vastaajista vain alle viisi prosenttia valinnut vaihtoehdon ”minulla ei ole omaisia tai läheisiä, jotka voisivat auttaa”, vaikka omaisten on sekä tässä että monissa muissa tutkimuksissa todettu olevan ikääntyneille ihmisille yksi tärkeimmistä avun lähteistä. Ehkä tämä johtuu siitä, että huolimatta omaisten ja läheisten antaman avun suuresta määrästä, vanhukset eivät kuitenkaan odota omaisten ja läheisten toimivan ensisijaisina auttajina. Apua saatetaan odottaa etupäässä palveluista (ks. luku 6.1) ja siksi niihin liittyvillä syillä selitetään useimmiten avun riittämättömyyttä.

Avun riittämättömyys vanhusten kertomana

Haastattelujen perusteella avun riittämättömyyttä voi tarkastella hienojakoisemmin kuin kyselyaineiston pohjalta. Ihmisten haastatteluissa kertomista hoivajärjestelyistä ja kuvaamista elämäntilanteista saa käsityksen siitä, mitä kyselyn perusteella kohtuullisen yleinen ilmiö, avun riittämättömyys, voi tarkoittaa ja millaisten asioiden suhteen avun riittämättömyyttä voi esiintyä. Haastatteluaineiston avulla voi myös arvioida sitä, milloin avun riittämättömyys on vakavaa ja miten eriarvoisiin asemiin vaativat avuntarpeet voivat ihmisiä asettaa silloin, kun avuntarpeisiin vastaaminen edellyttää henkilökohtaisia taloudellisia tai sosiaalisia resursseja. Toisaalta haastatteluista saa myös tietoa siitä, millaisia järjestelyjä ja eri avunlähteiden yhdistelmiä riittävä apu joskus edellyttää.

Haastatteluaineistossa kuvataan monenlaista avun riittävyttä ja riittämättömyyttä. Osa haastateltavista tuli toimeen hyvin omatoimisesti, osalla oli apua riittävästi ja joillakin apu taas oli täysin riittämätöntä. Joidenkin haastateltavien kuvaamien tilanteiden suhteen on vaikeaa sanoa, oliko apu objektiivisesti ajatellen riittävää eli oliko kyse siitä, että haastateltavan kokema avun riittämättömyys oli riski arjessa

selviytymiselle. Jos esimerkiksi lampun vaihtaminen, lumityöt tai painavien kauppatarvikkeiden kantaminen tuottavat vaikeuksia eikä niissä saa aina apua niin paljon kuin haluaisi tai itse kokisi tarvitsevansa, voidaan ajatella avun olevan riittämätöntä. Tällainen avun riittämättömyys ei kuitenkaan välttämättä uhkaa toimintakykyä tai hyvinvointia, vaikka vaikeuttaakin selviytymistä arjessa. Toisissa tapauksissa avun riittämättömyys oli selkeästi riski johon pitäisi puuttua. Näin oli esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa ravitsemuksesta ei huolehdittu riittävästi, liikkuminen rajoittui merkittävästi tai hygieniasta huolehtiminen oli puutteellista. Tutkiessani millaista avun riittämättömyyttä haastatteluaineistossa kuvailtiin otin jokaisesta haastattelusta keskeiset avun riittävyteen tai riittämättömyyteen liittyvät tekstikatkelmat huomioon ja tarkastelin niiden perusteella erilaisia avun riittämättömyyden kuvauksia.

Useilla haastateltavilla oli melko vähäisiä riittämättömän avun kokemuksia ja myös avun tarpeita oli suhteellisen vähän. He selvisivät vielä itse henkilökohtaisista toimista ja avuntarpeet liittyivät tyypillisesti fyysisesti raskaampiin kotitöihin, kuten siivoukseen. Useimmat tällaisessa tilanteessa olevat haastateltavat ostivat siivouspalvelua (9 haastattelua) ja lisäksi omaiset auttoivat esimerkiksi kauppa-asioissa, pihatöissä ja kodin pienissä kunnostustöissä. Ne, joilla oli omia lapsia, saivat useimmiten apua heiltä. Jos lapset asuivat kaukana, infomaalia apua saatiin esimerkiksi naapureilta.

Eräällä haastateltavalla, jolla oli suhteellisen vähäisiä avuntarpeita, ei ollut lainkaan omaisia tai läheisiä auttamassa. Hän tuli vielä toistaiseksi toimeen saamiensa ja hankkiemiensa palvelujen turvin. Hän tarvitsi apua kodin kunnostus- ja pihatöissä sekä siivouksessa. Niiden hoitamatta jättäminen ei ole terveyttä vaarantavaa, ainakaan lyhyellä aikavälillä, mutta ne ovat kuitenkin asioita, joita täytyy hoitaa. Haastateltava oli toistaiseksi selvinnyt kotihoidon kautta järjestetyn siivouspalvelun, naapuriavun sekä satunnaisten muiden informaaliavunlähteiden turvin, vaikka omat lapset asuivatkin kaukana. Apua hän oli aina saanut, mutta koki kuitenkin pyytämisen vaikeaksi. Joka tapauksessa arki vielä sujui kotona ja avun riittämättömyys oli lähinnä satunnaista eikä se liittynyt oleellisiin terveydellisiin perustarpeisiin.

Mutta tosiaan, tervekin 65-vuotias nainen, joka asuu yksin niin tarvitsee apua, tarvitsee pihatöissä. ruohonleikkaus, lumityöt [...] ne on kyllä aika rankkoja juttuja. Jossei tässä olis niin hyvät naapurit ja jos ei meillä olis niin hyvä henki tässä talossa niin ei tässä kyllä selviäis. (Salme)

Haastateltavan puheesta voi huomata, että kotona asumisen mahdollisuus edellyttää usein monenlaisia avun muotoja, kuten lumenluontia, joka harvalta vanhemmalta naiselta onnistuu. Toinen samankaltaisessa tilanteessa oleva haastateltava harkitsi yksityisen avun hankkimista siivoukseen, joka hänelle oli jo liian raskasta, mutta piti palvelumaksuja korkeina. Hän pohtii sitä, että muiden asumiskustannusten lisäksi ison asunnon siivoamismaksut olisivat melkoiset, mutta toteaa samalla pitkäaikaisesta kodistaan, että ”kun en mä osaa lähteä tästä” (Ellen). Molemmilla haastateltavilla olisi vaihtoehtona se, että koti muutettaisiin sellaiseen paikkaan, jossa lumitöistä ei tarvitse itse huolehtia tai siivoamista olisi vähemmän. Sellaiset ratkaisut ovat kuitenkin vaikeita sillä koti on tärkeä ihmiselle (Sointu 2009) ja muuttojärjestelyt vaatisivat melko suuriakin ponnistuksia, etenkin ilman omaisten ja läheisten apua. Muuttaminen ei ole myöskään helppo päätös, vaikka asunnossa tai asumismuodossa olisi selkeitä huonojakin puolia. Avun riittämättömyyden näkökulmasta voi kuitenkin päätellä, että kyse ei ole päivittäisen elämän ja hyvinvoinnin kannalta niin tärkeistä asioista tai hankalista tilanteista, että niiden suhteen olisi välttämätöntä löytää uusia ratkaisuja. Kuitenkin, jos ja kun tällä hetkellä halutaan tukea pitkää kotona asumista, tulisi yllä esitetyn kaltaisiin, pienempiinkin avuntarpeisiin kiinnittää riittävästi huomiota.

Monilla haastateltavilla, joiden avun tarpeet olivat suurempia kuin edellä lainatuilla haastateltavilla, avun ja hoivan kokonaisuudet muodostuivat useista osista. Apu saattoi silti olla riittävää, kun eri avunlähteet pystyttiin koordinoimaan toimivaksi kokonaisuudeksi. Eräällä haastateltavalla kävi kaupungin kotihoito, jonka kautta hoidettiin kauppapalvelu, vapaaehtoistyön kautta oli järjestetty siivousapu, hänellä oli turvapuhelin ja lisäksi omaiset auttoivat paljon ja joskus viipyivät pitkiäkin aikoja haastateltavan luona niin, että kaikki palveluista saatava apu voitiin siltä ajalta keskeyttää. Omaiset olivat haastateltavan mukaan järjestelleet hoivan keskenään niin, että lapsista tai lapsenlapsista aina joku käy auttamassa, katsomassa ja vaikkapa viemässä saunaan.

[N]yt kun mä oon tullu vanhemmaks, niin ne on huomannu, että minua pitää auttaa ja itse ne on omasta päästään tän, en minä oo niitä pyytäny mutta ne on itse tän suunnitellu, että aina jonkun täytyis täällä vähän olla. (Saimi)

Tämän haastateltavan kohdalla oli kyse suurista avuntarpeista, sillä hän oli hyvin iäkäs ja toimintakyky oli heikko muun muassa varsin huonon näkökyvyn vuoksi. Kotona asuminen oli kuitenkin mahdollista, sillä omaiset auttoivat palvelujen rinnalla hyvinkin paljon, eikä avun riittämättömyyttä siitä syystä ollut. Kuten

haastateltava itse sanoi, omaiset olivat huomanneet, että heidän osuuttaan tarvitaan palvelujen lisäksi.

Toisessa samankaltaisesta tilanteesta kertoneessa haastattelussa vanhempiensa asioita järjestänyt tytär oli organisoinut kaiken avun yksityisiltä palveluntuottajilta. Tytär hoiti vanhempiensa raha-asiat, maksoi laskut heidän tililtään ja hyödynsi myös vanhempiensa puolesta kotitalousvähennystä, kun huolehti veroilmoituksesta. Vanhemmat tarvitsivat ateriapalvelua, siivousta ja kotihoitoa, johon kuului apua lääkkeiden ottamiseen, ruokailuun ja muihin askareisiin, kuten pyykinpesuun. Haastateltava oli ostettavien palvelujen lisäksi hyödyntänyt vapaaehtoistyötä, jotta hänen vanhempansa pääsevät liikkumaan ja ulkoilemaan sekä koordinoitua kauppapalveluja sukulaisten kanssa, kun kaukana asuvat vanhemmat eivät enää itse kyenneet hoitamaan ruoan tilaamista. Monien avuntarpeiden johdosta haastateltavan vanhempien tarvitseman hoivan ja avun kokonaisuus vaati asioiden selvittämistä, yhteydenottoja, raha-asioiden hoitamista, koordinoitua ja muita järjestelyjä, mutta toisaalta kokonaistilanne oli monien eri avunlähteiden ansiosta kohtuullisen toimiva ja apu oli saatu järjestettyä riittäväksi. (Aili ja Sakari)

On kiinnostavaa, että molemmissa esimerkeissä, joissa vanhusten melko suuristakin avuntarpeista huolimatta kotona asuminen on saatu järjestettyä hyvin, omaisten rooli on keskeinen. Esimerkeistä näkyy, että riittävä apu voi muodostua monista eri lähteistä, jos kunto ei ole liian heikko ja omaiset pystyvät ottamaan osaa avun ja palvelujen järjestämiseen. Paljon apua ja hoivaa tarvitsevan vanhuksen voi olla vaikeaa koordinoita monista lähteistä tulevaa apua ja ilman omaisten osallistumista useista lähteistä muodostuva hoiva voi olla hankalaa saada toimimaan riittävän hyvin.

Haastatteluissa kerrottiin myös vakavammista riittämättömän avun kokemuksista, jotka voidaan vielä erotella kahteen ryhmään sen mukaan, onko kyse vain kotona pärjäämistä ja/tai itsenäistä selviämistä vaikeuttavasta avun riittämättömyydestä vai vakavasta hoivan laiminlyönnistä. Kolmessa haastattelussa, joissa kuvattu avun riittämättömyys vaikeutti kotona asumista ja yksin pärjäämistä, puutteet avun saamisessa koskivat asioita, joita ilmeisesti pärjäsi, mutta jotka tuntuivat inhimilliseltä kannalta kohtuuttomilta. Tällaiset haastateltavat olivat melko huonokuntoisia, heidän toimintakykynsä oli heikentynyt huomattavasti ja heillä oli päivittäisiin perustoimiin liittyviä avuntarpeita. Näistä haastatteluista kahdessa vanhus kertoi itse omasta tilanteestaan (Heta, Keijo) . He pystyivät arvioimaan avuntarpeitaan ja niihin

tarvittavaa hoivaa sekä kuvaamaan avun riittämättömyyttä. Kolmannessa haastattelussa omainen kertoi vanhempiansa tilanteesta, erityisesti äidistään, jolla avuntarpeita oli jo paljon (Marja ja Matti). Kotona asuminen oli kuitenkin mahdollista monen eri avunlähteen, palvelujen ja informaalin avun yhdistelmän avulla. Täysin turvallista tai sujuvaa kotona asuminen ei kuitenkaan ollut eikä apu ollut kaikilta osin riittävää.

Yksi jo huonokuntoinen haastateltava kertoi, ettei saa itse vaatteita päälleen. Kotihoidon työntekijät auttoivat vaatteet päälle tarvittaessa, mutta jos hän ei ollut menossa mihinkään, hän oli alusvaatteisillaan koko päivän. Iltaisin haastateltava pääsi vuoteeseen itse, mutta olisi ottanut mielellään apuakin, sillä toispuoleisen halvaantumisen takia ei tahtonut saada peittoa päälleen. Hänen luonaan kävi kotihoidon työntekijä kaksi kertaa päivässä, mutta käynnit olivat lyhyitä ja tuntuivat riittämättömiltä: ”Kymmenen minuuttia kun keittiössä, lähtivät pois, ne sano että täytyy lähteä”. Haastateltava oli soittanut kotihoitoon ja valittanut, että kymmenen minuutin käynnit olivat riittämättömiä. Jotain parannusta asiaan oli tullut, mutta silti apu tuntui liian vähäiseltä ja haastateltava koki olonsa petetyksi.

Kyllähän ne siitä muuttu vähän, mutta ei se, kun minä aattelen sitä, että kun mä kerran maksan siitä ja sitte viel maksan veroina että pitäishän mun saada se palvelu kun kerran aikoinaan, kun rutsin siitä verosta, 'juu sä maksat vanhuuden turvaa'. Mut ei tää mitään vanhuuden turvaa ookaan. (Keijo)

Sama haastateltava oli lopettanut voimistelussa käymisen, koska ei saanut siellä enää apua vaipanvaihtoon. Avun loppumista oli haastateltavan mukaan perusteltu sillä, että hän vaihtoi kotonakin itse vaippansa. Oman kertomansa mukaan hän onnistui vaihtamaan vaipan kotona apuvälineiden turvin, joita taas voimistelupaikassa ei ollut saatavilla.

Toinen haastateltava kertoi, että kotiuduttuaan lonkkaleikkauksesta hänen kotiinsa luvatut apuvälineet oli toimitettu paikalle, muttei asennettu. Hän ei kertomansa mukaan pystynyt juuri liikkumaan kodissaan eikä päässyt ulos, edes parvekkeelle, kynnysten vuoksi.

Tänne oli ennen leikkausta tuotu jotain välineitä, mutta ne oli kaapissa tuolla vaatehuoneessa [...] Sitten täällä ei ollu minkäänlaisia asioita huomioitu, että tänne pitäis lonkkaleikatun ihmisen, jonka pitäis kävellä, kävellä ja kävellä. Täällä oli kaikki kynnykset paikoillaan, ei ollu kahvoja, sitten tuonne parvekkeelle ei päässy ollenkaan, siinä oli niin korkea kynnyks. Ja kaikkein hulluinta vielä silloin sattui olemaan, että mejän rapusta ei päässy ulos [...] kun siis rollaattorilla minä en olis pystyny menemään. [...] Ja sitte kun tää

[sukulainen] otti yhteyttä vammaishuoltoon, niin tulihan ne, mutta ne tuli vissiin pari kolme kuukautta myöhemmin. (Heta)

Haastateltavan mukaan lonkan kuntouttaminen olisi edellyttänyt päivittäistä kävelyä, mikä ei ollutkaan mahdollista apuvälineiden puuttuessa ja ulos menemisen ollessa mahdotonta. Apuvälineet asennettiin pari kuukautta kotiutumisen jälkeen, mutta ne olisi tarvittu heti sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Kolmas haastateltava kertoi äidistään, jolla avun riittämättömyys liittyi siihen, että hoiva koostui niin monesta palasta, että kokonaisuuden hallitseminen vaati omaisilta huomattavaa panostusta koordinointiin eikä vanhuksen tilanne silti ollut kaikilta osin enää turvallinen. Alzheimerin tautia sairastava vanhus oli esimerkiksi kaatunut vakavasti joitakin kertoja ja kerran ollut kotona useita päiviä valtavissa kivuissa, kun kukaan ei tajunnut, että hänen selkänsä oli murtunut kaatumisen seurauksena. Omaishoitajana toimiva mies oli antanut selkäänsä valittavalle vaimolleen vahvoja kipulääkkeitä, mutta lopulta tilanne meni mahdottomaksi.

Isä toi sitten äitin meille, ja se oli ihan tillin tallin se äiti. Mä aattelin, et mikä hyvänen aika sil on, kun ei se ollu tässä maailmassa. [...] Sillon ei tiedetty viel, et se selkä on murtunu. (Marja ja Matti)

Näissä kolmessa haastattelussa riittämätön apu todennäköisesti haittasi kotona pärjäämistä yleisellä tasolla ja teki arjesta hankalampaa. Välillä tilanteet olivat vakavia, kuten selkänsä loukanneella vanhuksella, vaikkakin esimerkissä oli kyse myös yksinkertaisesti siitä, etteivät omaiset heti huomanneet tilanteen vakavuutta. Useammin riittämätön apu ja siihen liittyvät olosuhteet olivat kuitenkin yksinkertaisesti hoivan ja huolenpidon laiminlyömistä tavalla tai toisella ja kokonaisuuden kannalta monin tavoin haitallisia. Ei kukaan toivoisi itselleen tai läheiselleen lonkan kuntouttamisen jättämistä puolitiehen tai turhautumisen tunnetta suurten avun tarpeiden kanssa, kun kotihoito tuntuu käyvän vain kääntymässä. Avun riittämättömyys ja kuntoutuksen laiminlyöminen voivat myös edistää toimintakyvyn nopeampaa heikkenemistä. Voimistelussa käyminen tai lonkan kuntouttaminen mahdollisimman nopeasti voisivat pitää yllä toimintakykyä niin, että pidempi tai ainakin ihmisen omalta kannalta mielekkäämpi kotona asuminen olisi mahdollista.

Vakavasta avun riittämättömyydestä kerrottiin kahdessa haastattelussa. Näissä haastatelussa kuvattujen vanhusten avun tarpeet koskivat päivittäisiä henkilökohtaisia perustarpeita, kuten syömistä ja peseytymistä, ja hoivaa tarvittiin

ympäri vuorokautisesti. Molemmissa haastatteluissa haastateltavana oli tytär, joka kertoi äitinsä tilanteesta. Haastatteluissa käsiteltiin kotona asumisen aikaista tilannetta, mutta haastatteluhetkellä molemmat olivat jo siirtyneet kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoitoon, toinen tehostettuun palveluasumiseen ja toinen vanhainkotiin. Toisessa haastattelussa oli kyse pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavasta vanhuksesta, joka ei enää syönyt eikä juonut mitään ilman kehotusta ja asian varmistamista seuraamalla vierestä. Hän ei myöskään pukeutunut, käynyt suihkussa tai muutenkaan kyennyt huolehtimaan itsestään, eikä näin ollen myöskään kodistaan ja asioistaan. Hän sai paljon apua ja palveluja, joiden lisäksi tytär kävi hänen luonaan lähes joka päivä. Tytär myös huolehti raha-asiat, lääkärikäynnit, hiustenleikkuun, jalkahoidon ja muut palvelut, joita aina silloin tällöin tarvittiin. Ongelmaksi kuitenkin muodostui kotona yksin vietetty aika. Vaikka kotihoidosta käytiin kolme kertaa päivässä vanhuksen luona, aamulla, päivällä ja illalla, vuorokaudessa tuli valtavan pitkiä jaksoja yksinoloa. Ongelmana olivat toisinaan kotihoidon aikataulut, jotka saattoivat olla sellaiset, että päivässä tuli pitkä jakso ilman ravintoa tai nestettä.

Kotihoito katto aamulla, et hän ottaa lääkkeitä ja syö. Ja sit päivällä ne katto, että se syö taas. Niin ja aamulla ne katto, et se pukee päällensä. Ja sitten illalla katsottiin, et se ottaa iltalääkkeet ja jotain iltapalaa. Huono puoli oli, että usein se niitten iltakäynti oli jo esimerkiksi 16:30, taikka jopa niin, että kun mä tulín usein äitiä katsomaan töistä tullessani, mä olin siis siellä vähän yli neljä, niin se oli jo ollu se niin kutsuttu iltakäynti, ja ku se ei ite osaa syödä, niin se meinas, että sinne tuli 16 tunnin paasto, koska ne teki sille voileivät, mutta ei se osannu niitä syödä itse. (Raakel)

Jos muistisairaana ei pysty huolehtimaan itsestään niin, että söisi tai joisi riittävästi tai pukisi päälleen, on vaarallista olla yksin 16 tuntia. Vaikeaa muistisairautta sairastavan vanhuksen kohdalla on kyse avuntarpeista, joita voi verrata pienen lapsen tarpeisiin. Yksin oleminen ei ole inhimillistä eikä turvallista, kun itsestään ei enää ymmärrä huolehtia esimerkiksi ravitsemuksen tai muiden perusasioiden kannalta.

Toisessa haastattelussa, jossa kuvattiin vakavaa avun riittämättömyyttä, oli myös kyse vanhuksesta, jonka kunto oli jo jonkin aikaa ennen laitokseen pääsyä niin huono, että useista kotihoidon käynneistä huolimatta apu ei riittänyt.

V: Liikkuminen ja jaksaminen, ja sitten ku särki kauheesti, näitä, ni ei kato saanu, ei omaa korvaansa voinu kutittaa, eikä esimerkiksi syöminen ja kaikki, kun ei se käsi noussu. Ja sit kun hän rupes painuu, hän nukahteli, niin mähän et se putoo

justiin tosta tuoilta. Et se oli, siis se oli heitteillejättö joka kerta kun mä lähdin sieltä.

K: Niin, että hän olis todella tarvinnu sitä ympärivuorokautista..?

V: Kyllä, kyllä. Ja se yöpartio kävi mutta, siis se kävi aamulla, päivällä, iltapäivällä, illalla ja yöllä, viis kertaa. Mutta kuitenkin äiti oli yksin siellä. (Elma)

Vaikka kotihoitoa saatiin suurin mahdollinen määrä, eli viisi käyntiä vuorokaudessa, suurimman osan ajasta vanhus vietti yksin. Omaisen näkökulmasta tilanne oli kuin heitteillejättö, sillä kotona oleminen yksin ei tuntunut enää hetkeäkään turvalliselta.

Avun määrällisen riittämättömyyden lisäksi palvelujen kanssa oli haastateltavan mukaan myös muita vaikeuksia. Palveluntuottajia oli useita ja vuorokauden mittaan vanhuksen luona kävi useita eri hoitajia tai heidän sijaisiaan. Tämä aiheutti epäluotettavuutta palvelujen toimivuuden suhteen, sillä joskus esimerkiksi vanhuksen vuotavia säärihaavoja ei osattu sitoa, vaikka niin olisi pitänyt tehdä joka päivä ennen sängystä nousemista. Lääkkeiden ottamista ei aina valvottu eikä ruokailua hoidettu niin, että vanhus olisi todella syönyt ja juonut. Omaiset eivät siis voineet luottaa siihen, että apu oli riittävää ja asianmukaista, vaikka määrällisesti sitä tulikin paljon. Lisäksi ongelmana olivat toistuvat kaatumiset, joita tapahtui vanhuksen ollessa yksin, ja joista seurasi usein sairaalahoidon tarve.

Toinen vakavasta avun riittämättömyydestä ja muistisairaana äitinsä tilanteesta kertonut haastateltava arvioi, että ajoissa aloitettu hoivan tuloksellisuuden ja hyvän laadun tavoittelu olisi saattanut johtaa pidempään kotona asumiseen. Alussa kotihoito oli toiminut jotakuinkin kiitettävästi, mutta palveluntuottajan vaihduttua taso alkoi vaihdella niin paljon, ettei kotona asuminen enää ollut mahdollista. Haastateltava alkoi vaatia äidilleen laitoshoitopaikkaa, kun kotihoidon kokonaisuutta ei ulkoistamisen jälkeen monista yrityksistä huolimatta saatu toimimaan.

Eiku sitte mä rupesin hakee sitä [laitushoito- / tehostetun palveluasumisen paikkaa]. Mutta jos se hoito olis ollu koko ajan hyvää, jos se olis pysyny sellasena ku mitä se kaupungin hoito oli, niin äiti olis todennäköisesti ollu kauemmin kotona, että vaikka se olikin huonokuntonen, niin tää huono hoito yhdessä huonon kunnon kanssa teki sen, et se oli pakko hakee sitä, koska sen näki, että tolla hoidolla toi ihminen ei pärjää kotona. (Raakel)

Tässä tilanteessa avun ja hoivan kokonaisuuden arvioiminen olisi ollut oleellista. Kari Waernessin (1984, 2005) kuvaama hoivarationaliteetin ajatus tarjoaa yhden

näkökulman nimenomaan kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnin arvioimiseen, joka voisi edesauttaa vanhushoivapolitiikan kotona asumisen tavoitetta. Välttämättömän hengissäpysymisen lisäksi myös kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin olisi panostettava, mutta se vaatisi enemmän Annemarie Molin (2008) kuvaamaa tapaa ymmärtää hoiva prosessina, jolle on vaikea määritellä tarkkaa alkua tai loppua ja jota on vaikeaa pelkistää ennalta sovituiksi toimenpiteiksi. On nurinkurista, että kotihoito on haluttu kustannustehokkaasti räätälöidä siten, että hoitaja käy vanhuksen luona suorittamassa tietyt asiat ja katsomassa, että vanhus on hengissä. Kuitenkin pitemmällä tähtäimellä rahaa voitaisiinkin säästää sillä, että kotihoitoon olisi enemmän resursseja. Tällaisesta tilanteesta kertoo viimeisimmäksi siteerattu haastateltava, joka arvioi, että mikäli hoidon laatu olisi ollut parempi ja se olisi toiminut joustavammin, pitempi kotona asuminen olisi saattanut säästää rahaa verrattuna kalliimpaan laitoshoitoon.

Tässä aluvuussa olen kuvannut avun riittämättömyyden eri ulottuvuuksia ja vakavuusasteeltaan erilaisia tilanteita, joissa kotona asuvat vanhukset jäävät ilman riittävää apua ja toisaalta tilanteita, joissa apu on riittävää kohtuullisen suurista avuntarpeista huolimatta. Avun riittämättömyys oli tai oli ollut todellinen ongelma viidessä haastattelussa (Heta, Keijo, Marja ja Matti), joista kahdella (Elma, Raakel) avun riittämättömyys oli vakavaa. Nämä kaksi olivatkin muuttaneet hieman ennen omaisten haastatteluajankohtaa kotoaan pois, vanhainkotiin tai tehostettuun palveluasumiseen. Molemmissa näistä haastatteluista tyttäret kuvasivat oman aktiivisen roolinsa olleen erittäin oleellinen ympärivuorokautisen hoitopaikan järjestämisessä. Herää kysymys siitä, miten käy niille vanhuksille, joilla ei ole omaisia taistelemassa oikeudesta hoitoon. Kuinka pitkään he asuvat kotona riittämättömän hoivan turvin?

Haastatteluaineistosta saatava tieto käy yksiin kyselyaineiston tuloksen kanssa, jonka mukaan 14 prosenttia tamperelais- ja jyvaskyläläisvanhuksista oli tutkimuksen teon hetkellä ilman riittävää apua. Yhdistäen sekä kyselylomakkeesta että haastatteluista saatua tietoa voin arvioida, että ikääntyneistä lähes joka seitsemäs jää Tampereella ja Jyväskylässä ilman riittävää apua ja kyse on täyttymättömistä avuntarpeista, ei vain vanhuksen tai omaisten asettamasta vaatimustasosta. Osassa tapauksista on kyse tilanteista, joissa vanhuksilla on jo paljon avuntarpeita eivätkä he pysty huolehtimaan itsestään perustarpeiden tasolla, eli siis syömisen, peseytymisen, pukeutumisen ja lääkkeiden ottamisen osalta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet saivat kyllä apua, mutta niillä, joilla avuntarpeita oli paljon ja ne liittyivät

oleellisimpiin perusasioihin, kuten syöminen ja peseytyminen, apu oli paikoittain täysin riittämätöntä.

6.3 Informaali apu palvelujen koordinoitua ja täydentämistä tai kokonaisvaltaista vastuuta

Kyselytutkimuksen tulos, jonka mukaan vanhusten yleisin avun lähde ovat omaiset ja läheiset (ks. luku 6.1), saa tukea haastatteluaineistosta. Informaalin avun suuri merkitys ilmenee haastatteluaineistosta, jossa kerrotaan myös millaista informaalia apua ihmiset saavat ja mikä merkitys sillä on hoivapalvelujen järjestämisessä. Tarkastelen seuraavaksi näitä seikkoja.

Haastatteluaineistosta tuli selvästi esiin ensinnäkin omaisten rooli avun ja palvelujen hankkimisessa sekä niiden koordinoimisessa. Toiseksi omaiset täydensivät muualta saatavaa apua tai vastasivat pieniin avuntarpeisiin niin, ettei palveluja tarvittu. Kolmanneksi, kaikkein huonokuntoisimpien vanhusten elämässä palvelujen hankkimisen, koordinoimisen ja täydentämisen lisäksi, omaisten rooli oli tärkeä kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimisessa. Vaikka juuri huonokuntoisimmat vanhuksat olivat jo kotihoidon palvelujen piirissä ja saivat usein muutakin apua palveluista, omaiset olivat ratkaisevassa roolissa kokonaisuudesta huolehtimisessa ja mahdollisten palvelujen jättämien aukkojen paikkaamisessa.

Ensiksi mainittu informaalin avun muoto, palvelujen ja avun hankkimisessa auttaminen, koski suurinta osaa haastateltavista. Kuudestatoista haastateltavasta yhtä lukuun ottamatta kaikilla oli käytössään jotain palveluja, joko kunnallisia, yksityisiä tai kolmannelta sektorilta hankittuja. Lähes kaikissa tapauksissa omaisilla ja läheisillä oli ollut keskeinen rooli avun hankkimisessa. Vain kolmen haastattelun osalta näin ei ollut. Tilanteet ja avun muodot vaihtelivat vinkkien antamisesta palvelutuottajan valitsemiseen, sopimusten tekemiseen ja niiden noudattamisen valvomiseen, tarkistamiseen, muuttamiseen ja pitämiseen ajan tasalla sekä kotitalousvähennyksen hyödyntämiseen. Esimerkiksi haastateltava, joka oli järjestänyt vanhempiansa hoivan ja avun kokonaisuuden yksinomaan yksityisten palvelujen turvin, oli hoitanut käytännössä kaiken alusta loppuun. Koska haastateltava hoiti vanhempiansa raha-asiat ja pankkitilit, hän pystyi vastaamaan kaikesta yksityisen avun hankkimiseen liittyvästä aina laskujen maksamista myöten.

Omaisilta ja läheisiltä hoivan järjestämiseen saatava apu kertoo, että ihmiset hyötyvät niistä resursseista, joita heidän omaisillaan ja läheisillään on, eli heidän edukseen käytetään muiden ihmisten taitoja ja tietoja. Hyvä esimerkki tästä on tietotekniikan hyödyntäminen, josta muutamat haastateltavat kertoivat.

Ainakin siis tää siskontyttö, [...] nii hän sitten koitti auttaa sillä lailla, että hän otti vähän selvää näistä. Ne on se nykyajan internetti ja mitä kummia niitä on, niin että hän niistä valitsi tän [palveluntuottajan] sitten. Niitähän on useita tarjolla näitä yksityisiä firmoja. (Heta)

Katkelma kuvastaa sitä, että avun hankkimisessa on hyötyä taidoista, joita vanhuksilla ei aina itsellään ole. Toisaalta ihmiset eivät tule aina edes huomanneeksi, että itse asiassa joku hoitaakin monenlaisia asioita heidän puolestaan. Eräs haastateltava kertoi, että hänen tyttärensä pesee heidän puolestaan pyykkiä ja toteaa, ettei sitten auta muussa. Haastattelussa käy kuitenkin ilmi, että tyttärellä on paljonkin resursseja ja kykyjä, jotka hyödyntävät haastateltavaa asioiden hoitamisessa ja avun saamisessa.

V: Niin, tää asia on, tää pyykkihomma on järjestyny näin.

K: Auttaakos sitten muissa asioissa teillä lapset tai lapsenlapset?

V: Ei, ei auta missään, tää [pyykkihuolto] on ainoo mitä hän, ja sitten jos on jotain asioita niin hän toimittaa, ja sitten kun mulla on nää, tää vapina, tämmöstä jos mulla on jotain erikoista niin hän ottaa ja soittaa. Että kato, hän osaa näitä vempaimia käyttää. Ja sit hän maksaa meiän laskut netissä ja, et siis, hän on ottanu siis tän puolen käyttääkseen kun hän on vapaalla, että hän ei oo töissä. Ja sitten jos jotain tulee niin hän pitää hirveesti mun ja meidän puolia, millon mitäkin asioita hoitaessaan.

[...]

K: Niin. Miten muuten se on, sitte ku te ootte tarvinnu niitä apuvälineitä niin ootteko te ite ottanu yhteyttä sinne vai miten te ootte keksiny että mistä sitä pyytää?

V: Mä en, oon mä ehkä itekin, siis lähinnä mä olen kai ajatellu että mä tarttis jotain nyt, seinään jotain. Mutta, tää mun, just tää tyttäreni, niin hän on niin hirveesti selvillä kaikista tämmösistä asioista, se johtuu siitä, että hänellä on mua kaks vuotta nuorempi anoppi, joka on hyvin sairaaloinen. (Hanna ja Reino)

Molemmissa haastatteluissa avun saamista selitettiin sillä, että nuoremmat osasivat käyttää tietotekniikkaa apuna tiedon hankkimisessa ja palvelujen, kuten verkkopankin, käytössä. Esimerkeistä tulee esiin se, että monenlaisista taidoista ja tiedoista, joita ei heti tule ajatelleeksi, on paljon hyötyä kun palveluja hankitaan ja järjestellään.

Palveluista saatavan avun täydentäminen on informaalin hoivan kokonaisuudessa toinen tärkeä ulottuvuus. Eräs haastateltava oli järjestellyt vanhempiansa avun ja hoivan kokonaisuuden pääosin erilaisten palvelujen ja ostettavan avun turvin, mutta silti paikattavia aukkoja jää.

Mä oon koordinaattori, joka soittaa, et voisiks sä mennä silloin kun äiti tarvii semmost apua ja isä lähtee sinne, et voisiks sä silloin mennä äitin kans siks aikaa. Ja sitten, kyllä sitä koordinoitihommaa tekee mun veljenikin kyllä, joka pääs eläkkeelle. Ja hän käy siellä melkein joka torstai. Jos mä en pääse, niin hän on siellä, joka torstai pistämässä äidin aina, lukemassa ja taluttamassa taksiin, kun äiti lähtee päivähoitoon. Ja sitten on yleensä vastassakin siellä, se mun veli, kun hän tulee kolmen aikaan [...] Että sitte taas, mun sisko, joka asuu siinä 20 kilometrin päässä, ni se on semmonen, joka käy siel sitte ja siivoo jääkaapin ja vie kukkaset, istuttaa kukkaset ja nyppii kukkapenkit. [...] Ja veljen vaimo asuu siinä lähellä, ni hän vie ruokaa sinne usein. Ja kun he ei oo ottanu ku kahtena päivänä kunnallisen ruuan. (Marja ja Matti)

Sitaatissa käy ilmi monia tapoja, joilla omaiset täydentävät palveluja ja mahdollistavat arjen sujumista ja kotona pärjäämistä. Vaihtoehtoisesti voisi ajatella, että haastattelussa kerrotaan omaisten tekemästä hoivatyöstä, jota täydennetään palveluilla. Esimerkkejä tällaisesta avusta ovat palvelujen koordinoimisen lisäksi päiväkeskukseen lähdöstä ja sieltä paluusta huolehtiminen, siivous ja pihan siistiminen sekä ruoan vieminen ateriapalvelun täydennykseksi. Haastateltava nimittää omaa rooliaan koordinaattoriksi ja sanoo sovittavansa yhteen apua muilta läheisiltä tai palveluista tarpeen mukaan. Lisäksi hän kertoi hoitavansa yhteydet viranomaisiin ja esimerkiksi erilaisten etuuksien hakemisen, lääkärikäynnit ja monet muut asiat. Tällainen avun aukkojen kartoittaminen ja niiden täydentämisen koordinoiminen sekä viranomaisyhteyksistä ja muista vastaaminen on erittäin tärkeä osa hoivaa. Tämytyypistä apua saadaan vähän kotihoidosta eikä muuta vastaavissa asioissa auttavaa virallista tahoa oikein ole, joten omaisia todella tarvitaan. On todettu myös, että usein omaiset ovat paljon vanhuksia itseään useammin yhteydessä palveluntuottajiin (Zechner 2010, 24–25; Zechner & Valokivi 2012). Haastattelujen perusteella vaikuttaa, että jos asioita hoitavia omaisia on, päävastuu koordinoimisesta jää nimenomaan heille ja joskus se laajenee kokonaisvaltaiseksi vastuun ottamiseksi.

Kolmas informaalin avun muoto, kokonaisvaltaisen vastuun ottaminen, kertoo tilanteista, joissa omaisten rooli huonokuntoisten vanhusten auttamisessa on paljon suurempi kuin avun hankkimisessa auttaminen tai palvelujen täydentäminen. Silloin, kun ihminen itse ei enää kykene huolehtimaan itsestään edes perustarpeiden osalta,

jonkun toisen täytyy ottaa vastuuta hänen asioistaan, terveydestään ja arjestaan. Kotihoidon ja palvelujen tarjoama apu ja hoiva ovat toimivia vain, jos niihin liittyä asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen ja hänen hyvinvoinnistaan huolehtiminen. Periaatteessa silloin, kun vanhus on kotihoidon asiakas, tämä vastuu on viime kädessä kotihoidon työntekijöillä, omahoitajalla ja palveluohjaajalla. Usein vastuun kantaminen nimenomaan kokonaisuudesta voi kuitenkin olla juuri niitä asioita, joista huolehtivat omaiset, kuten muutamista haastatteluista ilmeni.

Kahdessa haastattelussa, joita kuvasin alaluvussa Avun riittämättömyys vanhusten kertomana, kerrottiin omaisten erittäin suuresta vastuusta paljon apua tarvitsevan ikääntyneen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimisessa. Vaikka apua olisi tarjolla suurin mahdollinen määrä, se ei aina ole riittävää, etenkin jos lyhyillä käynneillä hoidetaan vain välttämättömyydet. Esimerkiksi muistisairaana elämässä ruokahuollon suhteen ei riitä, että ateriapalvelu toimittaa ruoan ja kotihoidon työntekijä lämmittää sen ja kattaa pöytään. Voi olla, että vanhus ei syö ellei kukaan sitä valvo. Samoin lääkkeiden antamisessa ei riitä, että ne annostellaan valmiiksi vaan niiden ottamisesta tulee huolehtia.

V: Oli ne käyntikerrat oli varsin riittäviä. Tosin sehän meni siihen että ne mikrossa käytti sen ja jätti siihen, ja sitten mä halusin sen, kirjoitan aina vihkoon että pitää sen aikaa olla siinä kun äiti syö, koska hän hyvin helposti, sitä oli vessanpöntössä ja sitä oli, sillai hän pääsi tekemään sellasta jos ei siinä oo, kun hän oli nimittäin aliravittu tässä välillä.”

K: Että se ei oikein toiminu se kokonaisuus?

V: Ei, mutta mulle, siis kun aikuinen ihminen, oltiin tälleen vastakkain ja mulle luvattiin, mähän uskoin. Niin. Ja sitte kuitenkin ei ollu, ni sitä sattu ihan kaiken aikaa. Ja sitten ostettiin niitä ostopalveluita [...] oli tietysti päiviä että ne tuli ja hoitikin, mutta oli päiviä jotka oli lääke siinä kipossa ja vihkossa luki, että hän on saanut lääkkeensä. Mä sanoin et eihän oo saanu, ku se on tässä. Ja sitten ruokaa tilattiin liian vähän, äiti on pieniruokanen ollu aina, mutta lauantaina loppu ruoka ja [...] tiistaina oli seuraava ruokapäivä. [...] Ai noni, tietysti mä hain kotoo pakkasesta, enhän mä ilman ruokaa äitin antanu olla, mutta mä luotin siihen että ne hoitaa. Äiti makso siitä, ja niitten piti hoitaa. (Elma)

Kotihoidosta siis kyllä käytiin vanhuksen luona, mutta koska ruokailusta ja lääkkeiden ottamisesta ei huolehdittu loppuun asti, käyntien päämäärät jäivät toteutumatta. Palveluja käyttävä vanhus on oikeutettu siihen palveluun joka hänelle on luvattu ja joka hänelle kuuluu, mutta tilannetta on hankala valvoa. Erittäin huonokuntoinen vanhus ei pysty itse arvioimaan avun laatua tai riittävyttä tai edes sitä, tulevatko ravinnon ja lääkkeiden ottamisen kaltaiset perusasiat hoidetuiksi. Tämä valvonta jää omaisten vastuulle, mutta se on työlästä ja hankalaa heillekin.

Palveluntarjoajan vaihtaminen voi tuntua ylivoimaiselta muutoinkin hankalassa tilanteessa.

Toinen muistisairaana äitinsä tilanteesta kertonut haastateltava korosti, ettei kotihoidon käynneillä voida saavuttaa tyydyttävää hoivan tasoa, ellei vastuuta ikääntyneen hyvinvoinnista todella kanneta. Yhtenä suurimmista epäkohdista hänkin nosti ruokailusta ja nesteen saannista huolehtimisen.

Sit rupes esimerkiksi kertyyn pillimehuja ja mehuja jääkaappiin, joka meil tarkoittaa sitä, et äidin juomisesta ei huolehdittu, ku dementikkohan on tämmönen näin, että ku sille panee näin lasin, sille pitää koko ajan sanoo, et ”no niin, ryypääs nyt vielä”, ”otapas nyt vielä”, et jos sille vaan sanoo, että ”juopa toi”, niin sit [se jää juomatta]. Joskus oli sillai, että ku mä tulin käymään illalla, niin ne oli pistäny sille kyllä juomalasit illaks, mut siinä se oli koskemattomana, että ku ei se ymmärrä. Et semmonen jäi. Sitte äiti rupes laihtuu [...] näillä oli ilmeisesti niin kiire, et ne vaan pisti sen ruoan eteen, äiti laihtu. (Raakel)

Kokonaisvaltainen vastuu vanhuksen hyvinvoinnista puuttuu, kun ravitsemuksen tai nesteytyksen kaltaiset perusasiat jäävät hoitamatta. Kun tällainen vastuun ottaminen puuttuu palveluntarjoajalta, omaisten rooliksi jää paikata palvelujen jättämiä aukkoja, antaa palautetta ja vaatia muutosta palvelujen järjestäjältä. Mittavakaan palveluista saatava apu ei siis välttämättä riitä korvaamaan informaalia apua vaan omaiset saattavat auttaa huomattavan paljon kattavienkin palvelujen ohella. Voidaan ajatella, että omaiset ja läheiset ottavat kokonaisvaltaista vastuuta palvelujen rinnalla ja niiden lisäksi myös siksi, että he haluavat varmistaa kaiken sujuvan hyvin heille tärkeästä ihmisestä huolehdittaessa. Minna Zechner (2007, 139) kirjoittaa luottamuksen olevan olennainen osa hoivapalvelujen käyttämistä. Ihmiset luovuttavat jotakin itselleen hyvin tärkeää palvelun tuottajalle ja antajalle uskoessaan heille omaisensa terveydestä tai hoivatarpeista huolehtimisen. Avun ja palvelujen kokonaisuudesta huolehtiminen saattaa usein perustua haluun varmistaa, että kaikki on hyvin. Kun hoivan tarpeet lisääntyvät ja niitä alkaa olla paljon, tämä varmistaminen saattaa muuttua vaativaksi ja työlääksi vastuun kantamiseksi.

Usein vanhuksot eivät halua olla riippuvaisia läheisistään ja useimmin apua toivottaisiin omaisten sijaan palveluista, jos avuntarpeet kasvavat (ks. luku 6.1). Sillon, kun avuntarpeita on jo paljon ja oma toimintakyky on heikko, valinnanmahdollisuuksia tuskin on enää paljoakaan ja apua on otettava vastaan sieltä mistä sitä saadaan. Jos omaisten rooli avun ja hoivan kokonaisuudessa on

suuri, sen vastaanottaminen saattaa kuitenkin olla vaikeaa etenkin silloin, kun sitä ei ole mahdollista korvata tai palkita.

Informaalia apua halutaan palkita tavalla tai toisella

Kyselylomakkeessa kysyttiin, korvaavatko tai palkitsevatko vastaajat läheisiltään saamansa avun jollakin tavalla. Viidennes kaikista vastaajista kertoi tekevänsä vastapalveluksen ja yhtä moni maksoi avusta korvauksen. Vastaajista 15 prosenttia antoi kiitokseksi jonkin lahjan. Miehet tekivät useammin vastapalveluksia kun naiset puolestaan korvasivat avun rahalla tai lahjalla.

Taulukko 8. Avun palkitseminen tai korvaaminen, prosenttia kaikista vastaajista ja sukupuolen mukaan

	Kaikki	Naiset	Miehet
En palkitse saamaani apua	26	26	27
Vastapalvelus	19	16	25
Lahja	15	16	12
Korvaus	20	22	17
Jokin muu	7	8	5

Tulotasolla ei ollut merkitystä informaalin avun palkitsemisessä, mikä on hieman yllättävääkin, sillä hyvätuloisten voisi olettaa useammin antavan rahaa tai lahjoja. Voi kuitenkin olla niin, että lahjan tai korvauksen ei tarvitse välttämättä olla rahallisesti arvokasta vaan sillä on enemmänkin symbolinen arvo. Avun palkitseminen jollakin tavalla kertoo ehkä siitä, että ihmiset eivät halua vastaanottaa informaaliakaan apua täysin vastikkeettomasti. Voi olla helpompaa ottaa vastaan apua, kun antaa jotakin kiitokseksi. Saadessaan apua ihmiset voivat kokea helposti olevansa vaivaksi, vaikka auttaja ei mitään sellaista toisikaan esiin. Tätä tukee myös aikaisempi tutkimus (Finch & Mason 1993, 37), jonka mukaan läheissuhteissa tärkeintä on tasapaino antamisen ja saamisen välillä, koska se heijastaa itsenäisyyden ja riippuvuuden suhdetta. Kun palkitsee saamaansa epävirallista apua, sitä voi ottaa vastaan jatkossakin ilman, että auttamissuhteesta muodostuu riippuvuussuhde.

Saman tutkimuksen mukaan ihmiset yleensä kannattavat vastavuoroisuuden periaatetta läheisten välisissä auttamissuhteissa (emt. 34–36). Kun saa joltakin apua, on vastavuoroisuuden periaatteen mukaisesti reilua, että antaa vuorostaan apua takaisin. Vanhuksille vastavuoroisuus ei aina ole mahdollista, etenkin jos kyse on toimintakyvyn heikentymisestä johtuvasta avuntarpeesta. Vastavuoroista apua ei tietenkään silloin voi odottaa eikä tarjota, joten on luontevaa, että epävirallista apua palkitaan rahalla tai lahjoilla. Toisaalta vastavuoroisuutta voi olla esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, jossa vanhus saa käytännön apua ja antaa puolestaan läheiselleen vaikka henkistä tukea. Lisäksi vastavuoroisuus saattaa toteutua ajallisesti pitkällä välillä, sillä usein ikääntyneet ihmiset ovat jo aiemmin antaneet panoksensa huolehtimalla omista lapsistaan ja kenties lapsenlapsistaan ja muista läheisistään.

Haastatteluaineistosta sekä tasapainon että vastavuoroisuuden periaatteet saivat empiiristä tukea. Muutamat haastateltavat kertoivat miettineensä, ettei ole hyvä olla kovin paljon vaivaksi. Haastateltavat ajattelivat, että nuoremmat ihmiset ovat kiireisiä töidensä ja muiden velvoitteidensa kanssa, eivätkä halunneet kuormittaa heitä enempää. Eräs haastateltava käytti sanaa rangaista ja ilmeisesti ajatteli, että avun antaminen on läheisille raskas lisätaakka.

V: Joo, se on ainoa ensimmäinen mikä mulla tulee, et pitää saada kerran kuussa siivooja. Sitä mä oon aatellu, että mä en nyt viitti noitakaa rankaista ihan loputtomiin noita omiakaan.

K: Nii, vaikka he ei ilmeisesti oo sanonu et se on rankaisu, mut ite arvelette?

V: Ei, mut kumminki ku kiireellisiä ovat. Töissä käyvät. (Ellen)

Toinen haastateltava kertoo, että hänen on vaikea pyytää apua, koska ihmisillä on ”omat kiireensä”. Hänen mielestään vuodessa ei samoilta ihmisiltä viitsi kovin montaa asiaa pyytää.

K: Onko teillä muuten tällasta, kun sanoitte noista pienistä asioista, joissa tarvitsee apua, niin naapureitten lisäksi, kun lapset asuu kauempana ja sisar vanhainkodissa niin sitten muita joilta vois sellasia pieniä juttuja tai..?

V: Kuule mulla on kyllä sisarenpoika, mutta yks juttu on myöskin uus, nimittäin se, että kuinka vaikea on vaivata näitä ihmisiä, kun niillä on omat kiireensä. Tän päivän ihmiset on kiireisiä. Niillon omat hommansa. Ja sitte kun esittää jonkun jutun, niin... Mua on kyllä autettu hirveen hyvin, mutta ei se niin helppoa oo se pyytämisen. [...] Ja niiden täytyy olla sitten aika hyviä tuttavuuksia, keltä voi pyytää, että ei sitä nyt ihan kättelyssä viitti sanoa, että voiksä lapioida. (Salme)

Vanhojen ihmisten näkökulmasta omaiset ja läheiset ovat kovin kiireisiä eikä heiltä siksi haluta pyytää liian paljon apua. On siis luonnollista, että ainakin ne joilla on

mahdollisuus, palkitsevat auttajiaan. Eräs haastateltava korvasi auttajilleen aiheutuneita kuluja ja kun rahan antaminen ei ole soveliaista, hän muistaa auttajaansa lahjalla.

V: Ja kyllähän kuitenkin on paljon semmosia auttajia, joille ei voi maksaa palkkaa, mut täytyyhän heitäkin jotenkin huomioida [...] Eihän niille mitään makseta, mut täytyyhän heidän kulut maksaa, jos he jotakin käyvät tekemässä ja auttamassa.

[...]

K: Mitäs tämän tuttavan kanssa, joka on Mummon Kammarissa ollu töissä, niin mihin hän, viekö hän teitä lääkäriin vai onko..

V: Juu, hän kyllä. Hän on siis, meil oli alun [...] oli sopimus vain yhdestä viikonpäivästä [...] Mutta se ei oo riittäny mihinkään, ja ku hän huomaa, että minun pitää päästä millon lääkäriin, millon laboratorioon, millon jalkahoitoon, millon minnekin, nii hän on vaan tarjoutunu että hän tulee. Että se on ollu aivan suurenmoinen[...]

K: Mutta sekin on kuitenkin vapaaehtoistyötä täysin.

[...]

K: Miten tämä tuttava, tietenkin hän saa siitä aina itselleen toki kun hän teidän kanssa on mut et te sitte korvaatte hänelle aiheutuvia kuluja vai miten?

V: Niin, sitä ei tietenkään voi, kun eihän hänelle voi mitään palkkaa maksaa. Mutta tää sisarentytär joka näitä raha-asioita hoitelee, nii yrittää sitten aina jotain lahjaa. (Heta)

Informaalinen avun palkitseminen tai avun antajan muistaminen jollakin tavalla voi olla avun saajalle tärkeää monella tavalla. Finchin ja Masonin (1993) tutkimuksen mukaan vastavuoroisuus ja itsenäisyys / riippumattomuus toteutuvat silloin, kun avun saaja kokee voivansa itsekin antaa jotain. Halu avun palkittamiseen kertoo myös siitä, ettei ihmisille ole helppoa ottaa vastaan sellaista, jota he eivät koe voivansa hyvittää millään tavalla.

Ostettu informaali apu

Jako informaaliin eli läheisiltä saatavaan ja formaaliin eli palveluista saatavaan apuun on sikäli hieman hankala, että esimerkiksi kunnallisesti tuettu omaishoito sijoittuu johonkin näiden kahden välille (Aaltonen 2005). Lisäksi informaalia apua voi antaa palvelun muodossa niin, että ostaa vaikkapa siivousapua läheiselleen. Sitä tuetaan myös julkisin varoin, sillä omalle vanhemmalle ostetusta kotityöstä saa tehdä verotuksessa kotitalousvähennyksen (Veronmaksajain keskusliitto 2010). Oman aineistoni suhteen määrittelen informaaliksi avuksi kaiken omaisilta ja läheisiltä saatavan avun. Joskus palveluja kuitenkin täydennetään informaalin avun ja

palvelujen välimuodoilla, jotka eivät ole ihan sama asia kuin informaalin avun palkitseminen, mutta eivät palvelujen ostamistakaan. Haastatteluaineistossa oli yksi tapaus, joissa järjestely oli jotakin informaalin auttamisen ja palvelun välillä ja muutama tapaus, jossa läheisiltä saatavan avun palkitseminen oli jo lähellä avun ostamista informaalisissa kontekstissa.

Vanhempiensa tilanteesta kertonut haastateltava kuvasi äitinsä avun kokonaisuutta, joka koostui monesta eri lähteestä: kunnallisesta kotipalvelusta, järjestöltä ostettavasta siivouksesta, puolisolta saatavasta omaishoidosta sekä lasten ja heidän puolisoidensa antamasta avusta ja hoivasta sekä kaiken koordinoimisesta, josta huolehti oman kertomansa mukaan haastateltava itse. Näistä eri lähteistä saatavan avun lisäksi tarvetta oli vielä henkilökohtaiselle avulle jokapäiväisissä iltatoimissa, joihin kuului muun muassa peseytyminen, jalkojen rasvaaminen ja nukkumaanmenoon liittyvät asiat. Näiden tarpeiden vuoksi haastateltava oli järjestänyt äidilleen maksullista naapuriapua, joka oli jonkinlainen informaalin ja formaalin hoivan välimuoto. Tämä epävirallinen apu oli järjestynyt haastateltavan oman aktiivisuuden kautta, sillä hän otti äitinsä tilanteesta paljon vastuuta avun kokonaisuuden osalta sovittaen eri lähteistä tulevaa hoivaa ja apua yhteen.

K: Mites tää T tuli mukaan kuvioon?

V: Mä kuulin, että siinä asuu semmonen [nuori, muualta muuttanut] rouva [...] Ja mä soitin sille T:lle. Nii, äidin siskoo se kävi myöskin sit iltasin katsomassa ja vissiin joskus aamusinkin [...] Niin mä soitin T:lle että, sopisko semmonen, et sä tulisit meiänkin äidin pistään aina illal nukkumaan. Ni T sano, et ”totta kai minä tulen” [...] Niin me tehtiin T:n kanssa sitten treffit ja se oli heti, sen näki, että tää on T:n juttu. Se ties heti, miten käsitellä. Siis sekä puheen tasolla että tekojen tasolla.

K: Ja sun äiti tykkää?

V: Tykkää, ja isä tykkää niin kauheesti. Ja ne, se T on oikein semmonen turva. [...] Ja se ihan tosissaan on huolissaan. [...] Ja sit se kyllä soittaa mulle, että nyt on äiti huonossa kunnossa, että ei muista mitään, puhuu hulluja. (Marja ja Matti)

Haastattelu kertoo tilanteesta, jossa avun ja hoivan tarpeita on paljon ja kotona asuminen jo melko hankalaa. Toistaiseksi se on vielä onnistunut monen avunlähteen turvin, mutta epävirallisten järjestelyjen osuus on ratkaiseva. Nämä järjestelyt paikkaavat sellaista aukkoa kokonaisuudessa, jota ei usein saa järjestymään kunnallisten palvelujen avulla ja joka yksityisesti ostettuna olisi todella kallista tai vaatisi omaisilta hyvin pitkälle menevää sitoutumista. Usein tällaisen avun vaihtoehtona olisi laitoshoido, joka saattaa olla vanhukselle itselleen epämieluisa ajatus ja myös kalliimpi ratkaisu ainakin yhteiskunnalle.

K: [...] niin sä järjestit yksin tän T:n. Mitäs muut sisarukset siitä sano?

V: Ne sano tosi hyvä, et sehän helpottaa meitä kaikkia kamalasti.

[...]

K: Luuleks, että ilman tätä järjestelyä tää ois toiminu?

V: Ei olis. Ei millään. Isä ei pysty niit iltahommia hoitaan.

K: Mitäs sit jos tää T lähtis pois?

V: Sitähän täs on pelätty [...] En tiedä, pitäskö ne kummatkin sitten järjestää laitokseen yhdessä. Erottaa niit ei voi, ei siis millään. (Marja ja Matti)

Haasteltavan kertomuksesta käy ilmi, että päivittäinen peseminen, rasvaaminen, sänkyyn laittaminen sekä lähistöllä saatavilla oleminen on sellaista ylimääräistä apua, jota ilman vanhus täytyisi saada laitoshoitoon. Epävirallinen hoiva ja apu mahdollistavat usein kotona asumisen ja naapureiden kesken järjesteltyä apu voi myös olla joustavampaa kuin palveluina hankittu apu. Tätä epävirallista ostamisjärjestelyä voisi yhtäältä kuvata jonkinlaiseksi harmaan talouden hoivapalveluksi. Toisaalta sitä voisi ajatella myös eräänlaisena naapuriapuna, jota rahallisesti palkitaan. Näin suurta määrää apua ei naapurilta voisi pyytää eikä ottaa vastaan ilman korvausta.

V: Se on ihan ehdoton osa tät pakettia.

[...]

V: Ja isä maksaa T:lle sitte ja.

K: Onks se kallista?

V: Mun mielest se ei oo kallista, se on kymppin päivä. (Marja ja Matti)

Virallisena ostopalveluna vastaava apu olisi huomattavasti kalliimpaa¹⁶ kuin 10 euroa päivässä. Omaisapuna päivittäinen huolehtiminen ja saatavilla oleminen taas on kovin sitovaa. Tällaisena epävirallisena järjestelynä hoivan tarpeita ei kuitenkaan voida ajatella tyydytettävän laajemmin yhteiskunnassa. Kyse on tässäkin aineistossa yksittäisestä tapauksesta. Kyseinen järjestely kuvaa hyvin millaisia aukkoja hoivan kokonaisuudessa saattaa olla, silloin kun kotona asuvan vanhuksen avun tarpeet ovat jo suuria.

Aineistossa oli myös muutama tapaus, joissa informaalin hoivan ja palvelujen välimuoto oli oikeastaan avun ostamista omaisilta. Näissä tapauksissa oli kyse siitä, että sukulaislapsen tai -nuoren kävivät korvausta vastaan siivoamassa. Ensimmäisen

¹⁶ Kotihoidon ostaminen yksityiseltä palveluntuottajalta maksoi Tampereella vuonna 2013 noin 30–40 euroa/tunti (Elias.fi-nettitori)

haastateltavan kohdalla kyse oli siitä, että sukulaistytöt kävivät muutenkin ja siivosivat sitten maksua vastaan.

K: Miten se eteni sitte, ensinhän hänellä oli näitä haavahoitojuttuja, ja siitä alko sitten ateria, ja saiko hän sit siivousapua?

V: Ei, me hoidettiin se sillain että mun enon tytöt asu siinä vastapäätä, ni he kävi kattomassa äitiä muutenki, ni äiti sitte makso niille, ni ne siivos. (Elma)

Eräällä toisella haastateltavalla järjestely oli sellainen, että avun ostamisesta omaisilta oli hyötyä molemmin puolin. Lastenlapset tulivat auttamaan kun tarvitsivat rahaa ja samalla haastateltava sai siivouksen hoidettua. Haastattelusta ei kuitenkaan selviä, antaisiko ”vaari” lastenlapsille rahaa muutenkin tai onko hän antanut sitä jo ennen kuin alkoi tarvita apua. Ehkä järjestely oli syntynyt, kuten sanottu, molemminpuolisen hyödyn vuoksi.

K: Niin siivoukseen saatte apua, niin mistäs sitä apua tulee?

V: Nää mun omat tenavani siinä, tai ei ne oikein käy kun niitten tenavat.

K: Niin, lapsenlapset sitten?

V: Niin. Kun ne käy koulua, niin ne tarttee aina sitä koulurahaa ja ne ei kotoo pysty niin paljon niille antaa kun ne tarttis. Kato tänä päivänä nuoret, ne tarttee paljon.

K: Niin ne pientä korvausta vastaan sitten tekee?

V: Niin. (Alpo)

On vaikea sanoa, milloin avun ostaminen epävirallisesti on harmaata taloutta ja milloin kyse on vain avun palkitsemisemisestä. Rahan antaminen esimerkiksi lapsenlapsille on muutenkin yleistä ja sen antaminen palvelua vastaan voidaan yhtä hyvin tulkita avun palkitsemiseksi. Näiden siivousapujärjestelyistä kertoneiden haastateltavien siivous olisi todennäköisesti jouduttu ostamaan joltakin palveluntarjoajalta, ja siksi sukulaisten kesken sovittu järjestely oli tilanteeseen sopiva ratkaisu. Haastatteluissa ei kuitenkaan yhtä lukuunottamatta keskusteltu siitä, kuinka suuria korvaukset olivat suhteutettuna ostettujen palvelujen hintoihin. On siis vaikea arvioida, missä määrin epävirallinen apu, josta maksettiin, oli saanut alkunsa taloudellisista syistä ja missä määrin muista syistä.

Yhteenveto: informaalin hoivan suuri rooli

Tarkastelin kuudennessa luvussa empiiristen aineistojeni avulla, millaisia asioita avun saamiseen ja palvelujen käyttöön liittyy vanhojen ihmisten itsensä vastaamana ja kertomana. Etsin tässä ensimmäisessä empiirisessä luvussa vastauksia seuraaviin

kysymyksiin: mistä apua saadaan, mistä sitä haluttaisiin saada, saadaanko sitä riittävästi, ja mikä merkitys informaalilla avulla on hoivan kokonaisuudessa ja miten informaalia apua palkitaan.

Kaikkein yleisin avun muoto kyselyyn vastanneilla tamperelais- ja jyväskyläläisvanhuksilla oli informaali apu. Toiseksi eniten saatiin julkisia palveluja ja kolmanneksi ostettiin yksityisiä palveluja. Paitsi että vastaajista suurin osa sai informaalia apua, sitä saatiin myös taajimmin. Myös aikaisemman tutkimuksen perusteella (Blomgren ym. 2006) informaali apu on vanhuksilla yleisempää kuin palvelujen saaminen. Eniten avun tarpeita kyselyyn vastanneilla oli liikkumisessa ja raskaammissa kotitöissä, kuten kodin kunnostus- ja pihatöissä ja siivoamisessa. Miehet selvisivät naisia paremmin raskaammista kotitöistä, naiset taas miehiä paremmin ruoanlaitosta.

Yleisesti avun riittämättömyydestä kärsi noin joka seitsemäs vastaaja Tampereella ja Jyväskylässä. Henkilökohtaisten toimien, kuten syömisen, peseytymisen tai vessassa käymisen suhteen vain harvat kyselyyn vastanneet jäivät ilman riittävää apua. Sen sijaan siivouksessa, kodin kunnostus- ja pihatöissä useampi kuin joka kymmenes katsoi, ettei saa riittävää apua. Yksinasuvat ja terveydentilaltaan huonokuntoiset naiset olivat useimmiten edustettuina niiden vastaajien joukossa, jotka eivät saaneet tarpeeksi apua. Avun riittämättömyyteen voitaisiin vaikuttaa kiinnittämällä erityishuomiota nimenomaan heihin. Syynä avun riittämättömyyteen oli kyselyyn vastanneiden mukaan korkeat palvelumaksut ja palvelujen hankkimisen työläys, mikä kertoo siitä, että avun hankkimiseen palveluista vaaditaan sekä taloudellisia resursseja että kykyä ottaa selvää tarjolla olevista mahdollisuuksista ja hankkia, pyytää ja tehdä sopimuksia avun saamisesta.

Ilman riittävää apua olleiden ikääntyneiden lukumäärä tässä tutkimuksessa ei ole huomiota herättävän korkea, mutta kuitenkin merkittävä, 14 prosenttia. Luku on paljon suurempi kuin Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 136) tutkimuksessa, jonka mukaan yli 75-vuotiaista suomalaisista noin 6 prosenttia koki, ettei saa riittävästi apua. Selitys voi olla se, että aikaisemmassa tutkimuksessa palveluja käyttävien vastaajien joukko oli huomattavasti suurempi. Jopa reilu kolmannes sai Vaaraman ja Kaitsaaren tutkimuksen mukaan julkiselta sektorilta kotihoidon tukipalveluja kuten siivousta ja asiointiapua, kun Arki, apu ja palvelut –kyselyyn vastanneista vain joka kymmenes sai julkisesti allokoitua siivouspalvelua ja kauppapalvelua.

Haastatteluaineiston avulla avun riittämättömyydestä saatiin tarkempaa tietoa. Vakavia riittämättömän avun tilanteita oli kuudessatoista haastattelussa vain kaksi, mutta lisäksi kolmen tilanne oli hoivaetiikan kannalta ongelmallinen. Puuttamalla kaikenlaisiin avun riittämättömyyden tilanteisiin ajoissa voitaisiin todennäköisesti pidentää ikääntyneiden kotona asumista ja näin tavoittaa sekä kustannustehokkuuden että kotona asumisen prioriteetin kannalta katsottuna parempia tuloksia. Näin olisi mahdollista yhdistää ikääntyneen oma hyvinvointi, omaisten joskus liian suureksi kasvavan vastuun ja huolen pienentäminen sekä kustannusten hillintä. Kuitenkaan tällaiseen lopputulokseen ei aina päästä, kuten aineistoista käy ilmi.

Haastatteluaineiston perusteella informaali apu vaihteli avun ja palvelujen hankkimisesta siivoukseen ja hyvinkin kokonaisvaltaiseen avun ja hoivan kokonaisuudesta huolehtimiseen ja erilaisten aukkojen paikkaamiseen. Useammassa haastattelussa tuli esiin omaisten erittäin suuri rooli avun ja hoivan kokonaisuudesta huolehtimisessa. Palvelujen hankkiminen ja koordinoiminen oli yksi asia, jossa omaiset usein auttoivat ja siinä oli apuna tietotekniikka. Se onkin yksi keskeinen kanava palveluihin liittyvän tiedon hankkimiseen ja toisaalta juuri sellainen kanava, joka ei välttämättä ole vanhusten käytössä, etenkin kaikkein iäkkäimpien ja eniten apua tarvitsevien vanhusten (Karisto & Haapola 2013, 31).

Omaisten suuresta roolista paljon apua tarvitsevien vanhusten hoivassa voidaan päätellä, että kunnalliset palvelut ovat toisinaan riittämättömiä. Varsin paljon apua tarvitsevien ja toimintakyvyltään heikkojen vanhusten kohdalla julkiset palvelut eivät aina yksinkertaisesti taivu ja riitä niin kokonaisvaltaiseen hoivaan, kuin mitä tarvittaisiin turvalliseen kotona-asumiseen. Omaisten ja läheisten antama panos hoivan kokonaisuudessa on oleellisesti tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen vaikuttava seikka. Vanhan ihmisen hoivassa ja avun riittävydessä voi olla suuria eroja, jotka saattavat ainakin osin johtua heidän läheistensä antaman avun ja hoivan määrästä tai sen puuttumisesta.

Vaikka informaalin avun osuus on hoivan kokonaisuudessa suuri ja sen merkitys vanhusten kotona asumiselle on jo nyt huomattava ja saattaa tulevaisuudessa vielä kasvaa, ei ole itsestään selvää, että ikääntyneet haluavat turvautua omaisiinsa ja läheisiinsä tarvitessaan apua. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että reilusti yli puolet vanhuksista toivoisi saavansa apua kunnan kotipalvelusta tai kotisairaanhoidosta ja reilusti alle puolet puolisolta tai lapsilta (Vaarama,

Hakkarainen & Laaksonen 1999). Myös Arki, apu ja palvelut –kyselyn vastaajat toivoivat avuntarpeiden mahdollisesti lisääntyessä ensisijaisesti apua julkisista palveluista. Näin ajatteli noin puolet vastaajista, vaikkakin miehet lähes yhtä usein myös toivoivat saavansa apua puolisoiltaan. Yksityisistä palveluista apua halusi joka kymmenes, erityisesti parempituloiset ja korkeammin koulutetut vastaajat. Palvelujen lisäämisen suhteen kannatettiin niin ikään eniten panostamista julkisiin palveluihin. Reilu 40 prosenttia halusi niitä lisää. Tulo- tai koulutustaso ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi siihen, mistä apua toivottiin tulevaisuudessa tai minkä tahon tuottamia palveluja haluttiin lisätä.

Yhtenä vanhushoivapolitiikan keskeisimpänä tavoitteena voi ministeriöiden ohjausasiakirjoista ja hallitusohjelmasta lukea ihmisten oman vastuun ottamisen. Palveluja tuotetaan kustannustehokkuutta tavoitellen ja sen osana pyritään edistämään sitä, että vanhukset ottavat mahdollisimman paljon itse vastuuta omasta tilanteestaan ja asuvat mahdollisimman pitkään kotona (esim. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008). Tätä voidaan edistää pitämällä huolta vanhojen ihmisten toimintakyvystä ja kuntouttamalla heitä mahdollisuuksien mukaan. Esimerkiksi haastatteluaineistossani esille tulleet lonkan kuntouttamisen ja voimistelussa käymisen kaltaisten asioiden olettaisi olevan juuri niitä seikkoja, joita palvelujärjestelmän tulisi ehdottomasti tukea vanhuksen toimintakyvyn edistämiseksi sekä osallistumisen, aktiivisuuden ja valintojen tekemisen mahdollistamiseksi. Tässä valossa oman vastuun ottamisen poliittinen tavoite näyttää kohtuuttomalta, sillä tavoitteen tukeminen käytännössä voi pahasti ontua.

Poliittista tavoitetta oman ja läheisten vastuun ensisijaisuudesta on hyvä tarkastella tutkimustulosteni valossa, joiden mukaan informaali hoiva on jo nyt sekä useimpien vanhusten avunlähde että monille ratkaiseva osa hyvinvoinnista huolehtimista. Haastatteluaineistossani kuvatuissa tilanteissa omaisten antama hoiva oli toisinaan ensisijaista ja palvelut täydensivät sitä. Ei voi olla kysymättä kuinka laajasti ihmisten oman vastuun lisääminen on todella realistinen tavoite. Tämä kysymys on oleellinen myös ajatellen sitä kuinka erilaisia sosiaalisia ja taloudellisia resursseja ihmisillä itsellään ja heidän läheisillään on avun ja hoivan järjestämisessä. Tätä käsittelem seuraavassa luvussa.

7 Taustatekijät, apu ja palvelut

Koska pohjoismaisen hyvinvointivaltion peruslähtökohdat ovat voimakkaasti liittyneet universalismin, tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden periaatteisiin, on erittäin oleellista pohtia hyvinvointivaltion muutosten suhdetta ja yhteyttä eriarvoisuuteen sekä edelleen eriarvoisuuden ilmenemistä tai mahdollista lisääntymistä vanhojen ihmisten hoivan järjestämisessä. Viime vuosina on paljon keskusteltu siitä, että hoivapalvelujen markkinoistaminen saattaa asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan hoivan järjestämisessä. Tutkimuksissa on osoitettu, että koulutus- ja tulotasolla tai muilla taustatekijöillä on yhteys ikääntyneiden avun tarpeisiin, avun saamiseen, toimintakykyyn tai arjessa selviytymiseen¹⁷. Kun ihmisten omaa vastuunottoa korostetaan ja avun ostamisesta omin varoin tulee ainakin paikoittain hoivan järjestämisen edellytys, on todennäköistä, että eriarvoisuuden riski kasvaa. Myös informaalinen hoivan tarve saattaa tulla entistä suuremmaksi, jos palvelujen hankkimiseen ei ole varoja. (Ks. luku 4.4) Lääke- ja terveystieteiden piirissä tehdyissä tutkimuksissa on myös osoitettu, että terveydellä ja tulotasolla on selvä yhteys (esim. Tarkiainen ym. 2011, Bambra 2012).

Hoivan ja eriarvoisuuden yhteyksiin liittyvää uutta tutkimusta tarvitaan juuri nyt, sillä aiemmissa tutkimuksissa käytetyt aineistot ovat suurimmaksi osaksi 1990-luvun lopulta¹⁸. Koska julkisten palvelujen järjestäminen on uudistunut paikoin radikaalistikin viimeisen vuosikymmenen aikana, on tärkeää saada aiheesta uutta tutkimustietoa. Tässä luvussa tarkastelen empiiristen aineistojeni pohjalta nimenomaan tätä aihetta, vaikka aineistoni eivät mahdollistakaan ajallista vertailua tai muutosten tutkimista. Voin kuitenkin tarkastella sitä, miten asiat ovat vuosina 2010–2011, jolloin aineistoni on kerätty, ja peilata tuloksiani aikaisempaan tutkimukseen. Tässä luvussa etsin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mitä palveluja vanhuksat käyttävät ja minkä tahon tuottamia ne ovat? Miten vanhuksat rahoittavat käyttämänsä palvelut? Mitkä sosiaaliset ja taloudelliset taustatekijät ovat yhteydessä

¹⁷ Vaarama ym. 1999, Rissanen 2001, Sulander ym. 2006, Vaarama, Luoma & Ylönen 2006, Murto ym 2014, Szebehely 2005 ja Rostgaard & Szebehely 2012

¹⁸ Esim. Vaarama ym. 1999; Vaarama 2004, aineisto kerätty 1998; Rissanen ym. 2001, aineisto kerätty 90-luvun lopulla.

erilaisiin avun ja hoivan lähteisiin: informaaliin apuun, julkisten palvelujen saamiseen ja yksityisten palvelujen käyttöön? Miten vanhukset itse kuvailevat tulojen vaikutusta palvelujen hankkimiseen?

7.1 Palvelujen käyttö

Kyselyaineistoni mukaan yleisimpiä syitä ilman apua jäämiseen olivat palvelumaksujen kalleus ja palvelujen hankkimisen työläys. Avun lähteisiin liittyvät toiveet puolestaan osoittivat, että avun tarpeiden mahdollisesti lisääntyessä useammat ihmiset haluaisivat apua mieluummin kunnallisista palveluista kuin omaisilta tai itse ostetuista yksityisistä palveluista. Näin siitäkkin huolimatta, että omaisilta saatava apu oli kyselyvastaajien keskuudessa palvelujen saamista tai käyttöä yleisempää. (Luku 6.2)

Palvelujen käyttöön liittyen Arki, apu ja palvelut –lomakkeessa kysyttiin, mistä vastaajat saivat tai hankkivat käyttämänsä palvelut (kysymys 27). Kysymyksessä oli listattu 12 palvelua, joita vanhukset yleensä heikentyneen toimintakyvyn takia tarvitsevat. Mukana oli kotihoidon tukipalveluihin kuuluvia palveluja, kotihoito, terveyskeskuksen lyhytaikaishoito ja palvelutalo. Vastausvaihtoehdot olivat kunnallinen palvelu, palveluseteli, yksityinen palvelu tai ei osaa sanoa, kuka palvelun tuottaa. Kunnallinen kotihoito kattoi aikaisemmin monet niistä palveluista, joita nykyään nimitetään tukipalveluiksi ja joita vanhusten on haettava tai hankittava erikseen. Osaa näistä palveluista tarjotaan kunnallisena palveluna enää hyvin harvoille tai ei lainkaan. Näin on esimerkiksi siivouspalvelun osalta, jota ohjataan ostamaan yksityisesti kotitalousvähennyksen avulla. Myöskään palvelusetelitä ei läheskään kaikkien palvelujen osalta ole tarjolla, joten vastausvaihtoehto palvelun hankkimisesta palvelusetelillä ei kaikkien palvelujen kohdalla ollut relevantti.

Kyselylomakkeessa kysyttiin yhtenä palveluna vaihtoehtoa ”kunnallinen kotipalvelu tai kotisairaanhoido”. Nykyään puhutaan kuitenkin useammin kotihoidosta, mikä heijastaa parin viime vuosikymmenen aikana suomalaisessa vanhuksille kotiin annettavassa avussa tapahtunutta muutosta. Kotiapu on useimmissa kunnissa liitetty kotisairaanhoidoon, ja tämä yhdistetty terveydenhoidollinen ja päivittäisissä toimissa auttaminen on nimetty kotihoidoksi (STM 2013, Ikäihmiset). Tampereella ja Jyväskylässä, missä Arki, apu ja palvelut -aineisto kerättiin, on toimittu nimenomaan näin.

Olen ottanut mukaan palvelujen käyttöä koskevan kysymyksen tarkasteluun kaikki vastaajat, vaikka puuttuvia tietoja oli paljon. Puuttuvan tiedon suurehko määrä johtuu siitä, että kaikilla vastaajilla ei yksinkertaisesti ollut tarvetta palveluille ja he olivat jättäneet vastaamatta kysymykseen. Lisäksi lomaketutkimuksissa puuttuvia tietoja on muutoinkin, sillä ihmiset eivät aina halua, jaksata tai viitsi vastata kaikkiin kysymyksiin.

Voisi olla loogista tarkastella palvelujen käyttöä vain niiden vastaajien osalta, joilla on avuntarpeita. En kuitenkaan halunnut omavaltaisesti seuloa vastaajista tällaista joukkoa, sillä sellaista kysymystä, joka objektiivisesti olisi mitannut palvelujen tarvetta, ei lomakkeessa ollut. Sellaista kysymystä ei ehkä olisi mahdollista laatiakaan, sillä kyselylomakkeella saadaan tietää vastaajan oma käsitys asiasta, ei objektiivista arviota. Tarkastelemalla koko vastaajajoukkoa saadaan joka tapauksessa tietoa siitä, mitä palveluja yli 75-vuotiaat ylipäättään käyttävät.

Kyselyyn vastanneiden keskuudessa useimmiten käytettyjä palveluja olivat siivous, apuvälineet, kuljetuspalvelu sekä kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Siivous oli useimmiten yksityisesti hankittua kun sitä vastoin kolme jälkimmäistä saatiin yleensä kunnallisena palveluna.¹⁹ Vastaajista vajaa puolet käytti ainakin jotakin taulukossa 9 listatuista hoivapalveluista. Neljännes oli käyttänyt yksityisiä palveluja ja viidennes julkisia palveluja. Kysymyksessä mukana ollutta vastausvaihtoehtoa ”olen saanut palvelusetelin” ei ole otettu taulukkoon mukaan erillisenä kohtana, sillä palvelusetelin saaneita oli ainoastaan ateria- ja siivouspalvelun osioissa ja niissäkin vain kymmenkunta vastaajaa.

¹⁹ Palvelujen käyttö on hyvin samansuuntaista Mäkelän ym. (2008) Päijät-Hämeessä vuonna 2005 kerättyyn aineistoon perustuvan tutkimuksen kanssa. Vertailu on mahdollista kun erottaa saman ikäryhmän, 75–79-vuotiaat, Arki, apu ja palvelut -aineistosta. Vain kotiapua käyttävien 75–79-vuotiaiden tamperelais- ja jyvaskyläläisvanhusten osuus oli päijäthämäläisiä pienempi.

Taulukko 9. Palvelujen käyttö tuottajatahon mukaan, prosenttia kaikista vastaajista

	Käytän kunnallista palvelua	Ostan yksityisen yrityksen tai järjestön tuottamaa palvelua	Olen saanut palvelusetelin / En osaa sanoa kuka käyttämäni palvelun tuottaa	Palvelun käyttäjien osuus kaikista vastaajista (n)
Ateriapalvelu	9	4	2	15 (219)
Siivous	6	18	1	25 (372)
Kauppapalvelu	3	3	2	8 (113)
Turvapuhelin tai -ranneke	9	3	1	13 (193)
Sauna- tai kylvetyspalvelu	8	1	1	10 (150)
Apuvälineet	18	1	1	20 (283)
Kuljetuspalvelu	14	3	3	20 (282)
Kodin muutostyöt	2	5	1	8 (117)
Palvelu- tai päiväkeskus	7	1	1	9 (129)
Kotipalvelu tai kotisairaanhoido	12	1	1	14 (207)
Vanhainkodin tai terveyskeskuk-sen lyhytaik.hoito	6	-	1	7 (103)
Palvelutalopaikka	4	1	1	6 (101)

Palvelujen käyttö ymmärrettävästi lisääntyy iän myötä, koska iäkkäämmät vanhukset ovat useammin huonokuntoisia ja usein asuvat yksin. Esimerkiksi kaikista kyselyymme vastanneista kunnallista kotiapua sai harvempi kuin joka kymmenes alle 85-vuotias, kun yli 85-vuotiaista sitä sai jo joka neljäs. Siivouspalvelua käytti alle 85-vuotiaista vajaa viidennes ja yli 85-vuotiaista jo reilu kolmannes. Myös yksinasuminen lisäsi palvelujen käyttöä. Yksinasuvista vähintään kuukausittaista kunnallista kotiapua sai viidennes kun puolison tai muiden kanssa asuvista sitä sai harvempi kuin joka kymmenes.

Lomakkeessa kysyttiin vastaajilta miten he rahoittivat yksityiset palvelut ja miksi he käyttivät yksityisiä palveluja sekä syitä siihen, miksi he eivät käyttäneet yksityisiä palveluja tai miksi he eivät käyttäneet julkisia palveluja. Yksityisten palvelujen rahoittamisen suhteen vastausvaihtoehdoista pyydettiin valitsemaan kaikki ne, jotka omalla kohdalla pitivät paikkansa. Niistä vastaajista, jotka kyselyssä olivat

ilmoittaneet käyttävänsä jotakin yksityistä palvelua (n=343), kotitalousvähennystä oli hyödyntänyt 60 prosenttia. Parikymmentä vastaajaa kertoi läheisensä maksaneen palvelun ja niin ikään parikymmentä oli hyödyntänyt palveluseteliä, jolloin palvelun tuottaa yksityinen yritys, mutta maksaa ainakin osittain julkinen sektori. Palveluseteliä varten tehdään myös tarpeenarvointi, eli seteleitä saa vain tiettyihin palveluihin, joihin pääsemisen tarve määritellään kunnan taholta tietyin kriteerein.

Yksityisten palvelujen käyttöä selitettiin listatuista syistä yleisimmin sillä, että se on vaivattomampaa kuin julkisten palvelujen käyttö. Kaikista vastaajista tämän vaihtoehdon valitsi 11 prosenttia. Lisäpalveluja, joita kaupunki ei ollut tarjonnut, oli halunnut kuusi prosenttia ja viisi prosenttia koki yksityisten palvelujen olevan laadukkaampia kuin julkiset palvelut.

Syyksi siihen, miksi yksityisiä palveluja ei käytetty, vastaajat valitsivat useimmiten ”en tarvitse palveluja”, 29 prosenttia ilmoitti näin. Varsinaisia syitä olivat ”yksityiset palvelut ovat liian kalliita”, jonka oli valinnut 16 prosenttia vastaajista, sekä ”saan kaikki tarvitsemani palvelut kaupungilta” ja ”käytän mieluummin julkisia palveluja”, kummankin oli valinnut yhdeksän prosenttia vastaajista.

Kysymykseen ”jos ette käytä kunnallisia palveluja niin miksi?” vastaajista seitsemän prosenttia oli valinnut vaihtoehdon ”en tiedä mistä palvelua saisi” yhtä moni oli vastannut, ettei uskonut saavansa palvelua, vaikka mielestään tarvitsisi sitä. Lisäksi kuusi prosenttia oli valinnut vaihtoehdon ”asiakasmaksut ovat liian kalliita”.

Tarkastelin kyselyaineiston perusteella syitä yksityisten ja julkisten palvelujen käyttöön tai käyttämättä jättämiseen kaikkien vastaajien joukosta, enkä erotellut esimerkiksi yksityisten palvelujen käyttäjiä omaksi ryhmäkseen. Osuudet eri vastausten kohdalla olivat melko pieniä. On loogista, että yksityisten palvelujen käyttö koettiin vaivatomaksi (11 prosenttia vastaajista), sillä niitä saadakseen ei tarvita tarpeenarvointia ja kotitalousvähennyksen avulla hintakin pysyy usein kohtuullisena. Toisaalta on myös huomionarvoista, että seitsemän prosenttia vastaajista sanoi, ettei käytä julkisia palveluja, koska ei tiedä mistä niitä saisi. Lähes yhtä moni sanoi, ettei käytä niitä, koska asiakasmaksut ovat liian kalliita. Kunnallisten palvelujen tulisi kuitenkin olla kaikkien hoivaa tarvitsevien vanhusten saatavilla tasapuolisesti. Kenenkään ei pitäisi olla epätietoinen siitä, mistä palveluja voi pyytää tai jäädä niitä vaille asiakasmaksujen vuoksi.

7.2 Taustatekijät, avun saaminen ja palvelujen käyttö

Tässä alaluvussa tarkastelen, mikä yhteys tulo- ja koulutustasolla sekä muilla tässä tutkimuksessa käytetyillä taustatekijöillä on ikäihmisten avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Mitä eroa on ihmisten sosiaalisissa ja taloudellisissa taustoissa, jos verrataan informaalien avun saamista, kunnallisten palvelujen saamista ja yksityisten palvelujen käyttöä?

Arki, apu ja palvelut –kyselyn vastaajilta kysyttiin kuukausittain kotitaloudessa käytettävissä olevaa rahamäärää, ja kaikki tulot eri lähteistä pyydettiin huomioimaan. Vastausvaihtoehdot oli lomakkeessa luokiteltu valmiiksi 13 luokkaan alkaen alle 500 eurosta ja päättyen yli 5000 euroon. Olen luokitellut ne uudestaan neliluokkaisiksi. Merkittävä osa Arki, apu ja palvelut -kyselyyn vastanneista oli pienituloisia, kun raja asetettiin mukailemaan Eurostatin suhteellisen köyhyden rajaa, jonka mukaan ne kotitaloudet, joissa on käytössä alle 60 prosenttia samanlaisten kotitalouksien keskimääräisestä nettotulojen tasosta, ovat pienituloisia. Aineistossani rajasin pienituloisiksi kaikki alle tuhat euroa kuussa ansaitsevat yksin asuvien kotitaloudet ja 1000–1500 euroa ansaitsevista kotitalouksista ne, joissa elää kaksi ihmistä. Näin tarkastellen vastaajista noin 30 prosenttia eli suhteellisen köyhyden mittarin mukaan köyhyysrajalla tai sen alapuolella.

Taulukko 10. Tulotason jakautuminen yksinasuvien, puolison kanssa asuvien ja muiden kanssa asuvien ryhmissä, prosenttia kaikista vastaajista

	alle 1000	1000–1500	1500–2000	yli 2000	Yht.
Yksin	36 (n236)	45 (295)	13 (83)	6 (37)	100 (651)
Puolison kanssa	17 (94)	18 (98)	21(115)	44 (239)	100 (546)
Lasten tai muiden kanssa	40 (22)	35 (19)	7 (4)	18 (10)	100 (55)

Suhteellisen köyhyden raja oli Suomessa yksinasuvilla noin 1000 euroa vuonna 2008 (SVT Tulonjakotilasto, Pienituloisuus 2009, 5). Koska suomalaisten tulot ovat kasvaneet tämän jälkeen, myös köyhyysraja on noussut. Vuonna 2010 pienituloisuuden raja oli 14 741 euroa/vuosi/henkilö. Toisin sanoen yhden hengen taloudessa asuva oli pienituloinen, jos hänen tulonsa olivat alle 1 228 euroa kuukaudessa. (Suomen virallinen tilasto 2012: Tulonjakotilasto). Samana vuonna pienituloisten ihmisten osuus oli Suomessa noin 13 prosenttia, mikä vastaa 700 000 henkilöä (Tulonjakotilasto 2010).

En kyennyt seuraamaan suhteellisen köyhyyden 60 prosentin määritelmää tarkalleen, koska tuloja koskeva kysymys sisälsi valmiiksi luokitellut vastausvaihtoehdot eikä minun ollut mahdollista erotella vastaajien tulotasoa tarkasti vastaamaan suhteellisen köyhyyden rajaa. Laskin siis omassa luokittelussani rajan alemmas kuin 1228 euroa. Minun oli myös luokiteltava tuloja koskeva muuttuja uudelleen, jotta ristiintaulukointi olisi mahdollista, koska muutoin vastaajia olisi ollut kussakin luokassa liian vähän. Sitä, että pienituloisuuden raja oli omassa tutkimuksessani vielä todellistakin matalampi, puolsi se, että vastaajien subjektiiviset arviot kotitaloutensa toimeentulosta olivat yleisesti ottaen kohtuullisia. Arki, apu ja palvelut –aineistossa vain pari prosenttia vastaajista valitsi toimeentuloa koskevan kysymyksen kohdalla vaihtoehdon ”rahat eivät riitä välttämättömään kulutukseen”. Kolmanneksella kaikista vastaajista rahat riittivät juuri ja juuri, vajaa puolet vastasi rahojen riittävän sopivasti ja kymmenesosalla rahaa jäi säästöön.

On tärkeää huomata, että ihmisten oma kokemus toimeentulostaan ei välttämättä käy yksiin yleisesti käytetylle köyhyysrajalle sijoittumisen kanssa. Nimenomaan vanhojen ihmisten kokemus toimeentulostaan on keskimäärin muuta väestöä myönteisempi (Palomäki 2009). Positiiviset arviot taloudellisesta tilanteesta tulojen pienuudesta huolimatta selittyvät ainakin osittain sillä, että vanhoilla ihmisillä on pienistä tuloista huolimatta usein oma asunto ja muita kestokulutushyödykkeitä, kuten auto ja tarvittavat kodinkoneet (Zaidi 2008, 51; Diener & Biswas-Diener 2002). Toisaalta ikäihmiset saattavat olla tottuneita niukkaankin toimeentuloon ja sovittamaan tarpeensa ja odotuksensa vastaamaan matalaa tulotasoa (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Kautto ym. 2009).

Käytin kyselyaineiston analyysissä Windowsin IBM SPSS STATISTICS 20 –ohjelmaa. Tein ristiintaulukointeja ja käytin logistista regressioanalyysiä tarkastellakseni, miten erilaiset sosioekonomiset taustatekijät ovat yhteydessä 1) informaalin avun saamiseen, 2) kunnallisen kotiavun/kotisairaanhoidon eli kotihoidon saamiseen ja 3) yksityisten palvelujen ostamiseen. Regressioanalyysissä on mahdollista analysoida taustatekijöitä samanaikaisesti ja vakioida ne suhteessa toisiinsa, mikä tuo esiin myös niiden keskinäisen vaikutuksen. Regressioanalyysin pitäisi siis kertoa, millä taustatekijöillä on selkein yhteys selitettävään muuttujaan, tässä tapauksessa avun saamiseen kolmen eri lähteen kohdalla. Dikotomiset muuttujat eli dummyt tein regressioanalyysia varten yhdistämällä kaikki informaalin avun lähteet ja erottamalla vastaajat, jotka saivat ainakin joskus jotain informaalia apua niistä, jotka eivät lainkaan saaneet informaalia apua. Samoin erotin kunnallista

kotiapua saavat niistä, jotka eivät sitä saaneet ja yksityisiä palveluja ostavat niistä, jotka eivät niitä ostaneet. Dummy-muuttajat olivat seuraavat: saa informaalia apua tai ei saa informaalia apua, saa kunnallista kotiapua tai ei saa kunnallista kotiapua, ostaa yksityisiä palveluja tai ei osta yksityisiä palveluja. Puuttuvat vastaukset on otettu mukaan luokkiin ”ei saa apua”.

Selittäviksi muuttujiksi valitsin sukupuolen, tulotason, koulutustason, subjektiivisen arvion terveydentilasta ja sen asuuko yksin vai ei. Kokeilin myös ikää ja vuokralla tai omistusasunnossa asumista selittävinä muuttujina, mutta ne eivät olleet edes lähellä tilastollista merkitsevyyttä ja siksi jätin ne lopullisesta mallista pois. Sen sijaan otin mukaan selittäviksi tekijöiksi sen, saatiinko apua muista lähteistä. Esimerkiksi informaalin avun saamisella voisi olettaa olevan yhteys sekä julkisten että yksityisten palvelujen käyttöön, sillä sen voisi päätellä joko laskevan palveluista saatavan avun tarvetta tai kenties nostavan niiden käytön todennäköisyyttä, koska läheiset voivat auttaa palvelujen hankkimisessa. Tuloja ja terveyttä koskevat kysymykset luokittelin uudelleen yhdistämällä luokkia. Alun perin 13-luokkaisen tuloja koskevan kysymyksen supistin viisiluokkaiseksi ja terveyttä koskevassa kysymyksessä yhdistin vaihtoehdot melko hyvä ja hyvä sekä vaihtoehdot melko huono ja huono. Koulutusta ja asumista koskevat kysymykset muutin kaksiluokkaisiksi. Erotin vastaajat joilla ei ollut lainkaan perusasteen jälkeistä tutkintoa niistä, joilla oli ammatillinen tai ylempi tutkinto. Asumista koskevasta kysymyksestä tein niin ikään kaksiluokkaisen siten, että erotin vastaajat, jotka asuivat yksin niistä, jotka asuivat puolison tai muiden kanssa.

Testasin menetelmän soveltuvuutta analysoitavaan aineistoon ja mallin toimivuutta Hosmer & Lemeshow -testillä, jonka mukaan toimivasta mallista kertovat p-arvot, jotka ovat suurempia kuin 0,05. Lisäksi käytän näennäisselitystasetta (Nagelkerke R Square), joka kertoo siitä, miten hyvin malli selittää tutkittavaa ilmiötä. Sosiaalitieteessä katsotaan, että yli 35 prosentin selitystasaste on erittäin hyvä (Jokivuori & Hietala 2007, 46, 68). Minun malleissani se oli alimmillaan 14 prosenttia, minkä voidaan katsoa olevan riittävä, ja ylimmillään 22 prosenttia, jonka voidaan katsoa olevan hyvä. Analyysitaulukossa ilmoitan jokaisesta tutkittavasta tekijästä p-arvon, mikä kertoo Wald -testisuureen tilastollisen merkitsevyyden. Taulukon keskeisin luku on OR, joka kuvaa vetosuhdetta. Tämä tarkoittaa, että kun mallissa mukana olevat tekijät on vakioitu, vetosuhde indikoi sitä miten voimakkaasti kukin taustatekijä ennustaa selitettävää muuttujaa. Tätä vetosuhdetta

kuvaavaa lukua käytän tulosten tulkinnassa²⁰. Taulukon viimeisessä sarakkeessa ilmoitan kaikille tutkittaville tekijöille 95 prosentin luottamusvälin. Se kuvaa minkä lukujen väliin vastausten testissä saamat arvot 95 prosentin todennäköisyydellä sijoittuvat (KvantiMOTV 2004, Tilastollinen päättely).

Logistisen regressioanalyysin selitysaste saattaa nousta liian korkealle, jos selittävät muuttujat korreloivat keskenään liian paljon. Tällöin puhutaan multikollineaarisuudesta. Valitseni taustamuuttujien kohdalla tämä ei ole ongelma, sillä kaikkien arvo jäi korrelaatiotestissä alle 0,5:n, mitä pidetään yleensä sopivana (Jokivuori & Hietala 2007).

Informaalia apua huonokuntoisille

Kuten edellä luvussa 6.1 kerroin, oman aineistoni perusteella voidaan todeta, että läheiset ja omaiset ovat ikäihmisten tärkein avunlähde. Tarkastellakseni eri taustamuuttujien ja informaalin avun saamisen yhteyksiä tein ristiintaulukointeja. Niiden mukaan vain huono tai melko huono terveydentila oli tilastollisesti merkitsevä taustatekijä informaalin avun saamisessa ($p=0,000$). Sukupuoli, tulotaso, koulutustaso, asuinalue tai yksinasuminen eivät ristiintaulukoinneissa olleet tilastollisesti merkitseviä. Eroja oli eri taustamuuttujien välillä jopa hämmästyttävän vähän. Esimerkiksi naisista ja miehistä lähes tismalleen yhtä suuri osuus sai apua omaisilta. Samoin oli tuloluokkien kanssa, erot pienituloisten ja parempituloisten välillä olivat todella pieniä.

Tutkin asiaa useampien taustamuuttujien osalta logistisen regressioanalyysin avulla ja tuloksena oli, että keskinkertainen terveydentila (OR 2,215) tai huono / melko huono terveydentila (OR 7,087) ennustivat informaalin avun saamista. Lisäksi informaalin avun saaminen oli yhteydessä avun saamiseen kunnallisista palveluista (OR 1,929) ja yksityisten palvelujen käyttöön (OR 2,139). Analyysi siis osoitti, että ne, jotka saavat apua, saavat sitä todennäköisesti monesta lähteestä.

²⁰ Odds ration eli vetosuhteen avulla kuvataan kahden todennäköisyyden tai suhteellisen osuuden eroavaisuutta toisistaan. Vetosuhteella operointi säilyttää osuudet osuuksina, eikä johda matemaattisesti virheellisiin tulkintoihin. (Rita, Töttö & Alastalo 2008, 75.)

Taulukko 11. Informaalin avun saamisen yhteydet taustatekijöihin ikäihmisillä, logistinen regressioanalyysi

Taustamuuttujat		n	sig.	Vetosuhde (OR)	95 % luottamusväli	
Sukupuoli	Nainen (ref. Mies)	730 (417)	,289	,823	,575	1,179
Kotitalouden kk-tulot	Alle 1000 e (ref.)	303	,301	1		
	1000-1500e / kk	379	,257	1,270	,840	1,920
	1500-2000 e /kk	191	,298	1,310	,788	2,180
Terveydentila	Yli 2000 e / kk	274	,059	1,665	,981	2,825
	Hyvä tai melko hyvä (ref.)	379	,000	1		
	Keskinkertainen	508	,000	2,215**	1,587	3,090
Huono tai melko huono	Huono tai melko huono	260	,000	7,087**	3,812	13,178
	Koulutus	Ei ammatillista koulutusta (ref. Ammatti- tai akateeminen tutkinto)	749 (398)	,380	,850	,592
Asuminen	Asuu yksin (ref. Ei asu yksin)	590 (557)	,060	1,453	,985	2,144
Kunnallinen apu	Saa kunnallista apua (ref. Ei saa kunnallista apua)	925 (222)	,020	1,929*	1,110	3,353
Ostetut palvelut	Ostaa yksityisiä palveluja (ref. Ei osta)	873 (274)	,003	2,139**	1,301	3,519
Nagelkerke R Square 15 % $\chi^2=112,449$ (p <0,001) Hosmer & Lemeshow: $\chi^2=14,124$ (p=0,79)						

Logistisen regressioanalyysin perusteella ei voi päätellä mitään syy-seuraussuhteista, joten ei voida osoittaa, saavatko ihmiset ensin informaalia apua ja sitä kautta apua myös kunnallisten ja/tai yksityisten palvelujen hankkimiseen. Voisi olettaa asian olevan näin. Uskoisin, että informaalia apua saavat saisivat muita todennäköisemmin apua myös palveluista, koska heitä autetaan niiden hankkimisessa.

Muut mallissa mukana olleet taustamuuttujat eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Informaalin avun saamiseen ei siis vaikuttanut sukupuoli, koulutus- tai tulotaso

vaan miehet ja naiset, ammatillisen tutkinnon omaavat ja ne, joilla ei ole tutkintoa sekä pienituloiset ja parempituloiset vastaajat saivat aineiston perusteella yhtä paljon apua omaisiltaan ja läheisiltään.

Koska läheisiltä saatava apu ei ollut yhteydessä koulutustaustaan, tulokset ovat erilaisia kuin Ruotsissa (Szebehely 2005) ja Ruotsissa ja Tanskassa saadut tulokset (Rostgaard & Szebehely 2012), joiden mukaan vanhukset, joilla on alempi sosioekonominen tausta saavat todennäköisemmin apua omaisilta kun taas korkeamman sosioekonomisen statuksen omaavat hankkivat tarvitsemaansa apua ostopalveluista. Jyväskyläläis- ja tamperelaisvanhusten vastausten perusteella näyttää siltä, että informaali apu on yhtä yleistä riippumatta koulutus- tai tulotasosta ja sitä saadaan enemmän silloin, kun terveydentilan vuoksi avuntarpeet ovat suurempia, mikä onkin looginen selitys.

Kunnallista kotihoitoa yksinasuville ja huonokuntoisille

Kunnallisen kotihoidon saamiseen näytti ristiintaulukoinnin perusteella vaikuttavan useammat taustatekijät kuin informaalin avun saamiseen. Ristiintaulukoinnin perusteella naiset, heikon terveydentilan omaavat, yksinasuvat, pienituloiset ja heikosti koulutetut saivat todennäköisemmin apua kotihoidosta.

Tarkastellakseni mitkä taustatekijät voimakkaimmin ennustivat kunnallisten palvelujen saamista käytin logistista regressioanalyysiä. Avun saaminen kunnallisesta kotipalvelusta/kotisairaanhoidosta oli myös sen perusteella yhteydessä useampiin taustatekijöihin kuin informaalin avun saaminen. Kaikkein merkitsevin yhteys oli huonolla tai melko huonolla terveydentilalla (OR 5,809), kun sitä verrattiin hyvään tai melko hyvään terveydentilaan. Tilastollisesti merkittävä yhteys oli myös seuraavilla taustamuuttujilla suhteessa verrokkeihinsa: keskinkertainen terveydentila (OR 2,615), yksinasuminen (OR 3,489) ja avun saaminen muista lähteistä eli informaali apu (OR 2,099) ja yksityisten palvelujen käyttö (OR 1,578). Kaikilla näillä taustatekijöillä oli siis logistisen regressioanalyysin perusteella yhteys siihen, saiko henkilö kunnallista kotihoitoa vai ei.

Taulukko 12. Julkisten palvelujen saamista ennustavat taustatekijät vanhuksilla, logistinen regressioanalyysi

Taustamuuttujat		n	sig.	Vetosuhde (OR)	95 % Luottamusväli	
Sukupuoli	Nainen (ref. Mies)	674 (389)	,451	1,162	,787	1,715
Kotitalouden kk-tulot	Alle 1000 e (ref.)	268	,483			
	1000-1500e / kk	355	,526	,883	,602	1,296
	1000-1500 e / kk	182	,125	,646	,369	1,129
	Yli 2000 e / kk	258	,359	,756	,415	1,375
Terveystentti-	Hyvä tai melko hyvä (ref.)	346	,000			
	Keskinkertainen	483	,000	2,615**	1,654	4,133
	Huono tai melko huono	234	,000	5,809**	3,570	9,451
Koulutus	Ammatti- tai akateeminen tutkinto (ref. Ei ammatillista koulutusta)	689 (374)	,070	,697	,472	1,029
Asuminen	Asuu yksin (ref. Ei asu yksin)	556 (507)	,000	3,489**	2,289	5,319
Informaali apu	Saa informaalia apua (ref. Ei saa inform. Apua)	190 (873)	,009	2,099**	1,207	3,651
Ostetut palvelut	Ostaa yksityisiä palveluja (ref. Ei osta)	873 (274)	,013	1,578*	1,100	2,264
Nagelkerke R Square 22 % $\chi^2 = 171,532$ ($p < 0,001$) Hosmer & Lemeshow $\chi^2 = 10,958$ ($p = 0,204$)						

Kunnallisen kotihoidon saamista koskevat tulokset ovat vastaavat Suomessa aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Kunnallisen kotihoidon asiakkaiden on aikaisemminkin todettu todennäköisimmin olevan pienituloisia, yksinasuvia ja terveydentilaltaan huonokuntoisia (Rissanen ym. 2001; Sulander ym. 2006; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006). Näin aikaisempien tutkimusten kuin oman analyysini perusteella kotihoito vaikuttaisi tavoittavan ne ihmiset, jotka sitä todennäköisimmin tarvitsevat: terveydentilaltaan heikompikuntoiset, yksinasuvat ja pienituloiset, eli ihmiset joilla on avuntarpeita sekä ne, joilla ei ole kotona ketään auttajaa ja joilla ei ole varaa ostaa yksityisiä palveluja. Kunnalliset palvelut

näyttäisivät näin ollen toimivan tuloeroja tasaavina, kuten tutkimuksissa on esitetty (Vaalavuo 2011; Verbist, Förster & Vaalavuo 2012).

Yksityisiä palveluja varakkaammille

Yksityisten palvelujen käytöllä oli ristiintaulukointien perusteella tilastollisesti merkitsevä yhteys yksinasumisen sekä korkeamman koulutuksen kanssa. Yllättäen ristiintaulukoinneissa ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä eroja eri tuloryhmien välillä. Tutkiessani asiaa tarkemmin logistisen regressioanalyysin avulla, eli vakioidessani muut taustatekijät, tulotason yhteys kuitenkin näyttäytyi aivan päinvastaisena.

Kaikista taustatekijöistä korkein vetosuhte yksityisten palvelujen käyttöön oli tuloilla eli korkeampi tulotaso ennusti voimakkaimmin yksityisten palvelujen käyttöä. Niillä vastaajilla, joiden kotitalouksissa oli käytettävissä kuukaudessa yli 2000 euroa, vetosuhte yksityisten palvelujen käyttöön oli huomattavasti korkeampi verrattuna vastaajiin, joiden kotitalouksissa oli käytössä alle 1000 euroa (OR 6,129). Myös 1000–1500 euron (OR 2,012) ja 1500–2000 euron kuukausituloilla (OR 3,148) yksityisiä palveluja käytettiin useammin verrattuna pienimpään tuloluokkaan. Niin ikään koulutustasolla oli yhteys yksityisten palvelujen käyttöön. Ne, joilla oli vähintään ammatillinen tutkinto, ostivat todennäköisimmin palveluja kuin ne, joilla tutkintoa ei ollut. Koulutuksen vetosuhte oli kuitenkin huomattavasti alhaisempi kuin tulojen (OR 1,912). Yksi palvelujen ostamiseen merkittävästi yhteydessä oleva taustatekijä oli terveys. Todennäköisimmin yksityisiä palveluja käyttivät ne vastaajat, joilla oli heikko tai melko heikko terveys (OR 4,161). Yksinasuvat käyttivät niin ikään useammin yksityisiä palveluja (OR 3,290), samoin ne, jotka saivat apua omaisilta (OR 2,385).

Koska vetosuhteet varakkaammilla, huonokuntoisemmilla ja yksinasuvilla olivat suhteessa pienituloisempiin, parempikuntoisiin ja puolison tai lasten kanssa asuviin korkeimmat, voisi päätellä, että yksityisiäkin palveluja käytetään paljolti tarpeeseen, ei esimerkiksi mukavuudenhalusta. Huonokuntoisimmat ja yksinasuvat ovat varmasti todennäköisimmin niitä ihmisiä, joilla on tarvetta palveluille. Koska kuitenkin korkea tulotaso ennusti kaikkein voimakkaimmin yksityisten palvelujen käyttöä, niiden voi päätellä vastaavan vain sellaisten vanhusten tarpeisiin, joilla on tarpeeksi rahaa.

Taulukko 13. Vanhusten yksityisten palvelujen käyttöä ennustavat taustatekijät, logistinen regressioanalyysi

Taustamuuttujat		n	sig.	Vetosuhde (OR)	95 % Luottamusväli	
Sukupuoli	Nainen (ref. Mies)	674 (389)	,006	1,647*	1,157	2,344
Kotitalouden kk-tulot	Alle 1000 e (ref.)	268	,000			
	1000-1500e / kk	355	,001	2,012*	1,324	3,057
	1000–1500 e / kk	182	,000	3,148**	1,860	5,329
	Yli 2000 e / kk	258	,000	6,129**	3,514	10,690
Terveystila	Hyvä tai melko hyvä (ref.)	346	,000			
	Keskinkertainen	483	,000	2,579**	1,744	3,814
	Heikko tai melko heikko	234	,000	4,161**	2,665	6,497
Koulutus	Ammatti- tai akateeminen tutkinto (ref. Ei ammatillista koulutusta)	689 (374)	,000	1,912*	1,370	2,668
Asuminen	Asuu yksin (ref. Ei asu yksin)	190 (873)	,000	3,290**	2,185	4,956
Informaali apu	Saa informaalia apua (ref. Ei saa inform. Apua)	556 (507)	,001	2,385**	1,445	3,935
Kunnallinen kotihoito	Saa apua kunnan kotihoidosta (ref. Ei saa kunnan kotihoitoa)		,024	1,522*	1,057	2,191
Nagelkerke R Square 22 % $\chi^2 = 183,638$ ($p < 0,001$) Hosmer & Lemeshow $\chi^2 = 6,462$ ($p = 0,569$)						

Arki, apu ja palvelut –aineistossa vajaa viidennes vastaajista oli saanut apua tai tietoja palvelujen hankkimisessa omaisiltaan tai läheisiltään. Siksi ei ole yllättävää, että logistisen regressioanalyysin perusteella omaisilta saatava apu ennusti yksityisten palvelujen käyttöä. Vaikka analyysi ei suoraan kerrokaan siitä, mikä oli syy ja mikä seuraus, on loogisesti todennäköisempää, että informaali apu edeltää palvelujen käyttöä eikä toisin päin, kuten yllä esitin. Se, että omaisilla on usein tärkeä rooli avun ja palvelujen hankkimisessa, myös julkisten palvelujen hankkimisessa, tukee

James E. Fosterin ja Christopher Handyn (2008) teoriaa ulkoisten resurssien merkityksestä (theory of external capabilities). Teorian keskeinen ajatus on se, että ihmisillä on omien kykyjensä ja resurssiensa lisäksi saatavilla koko joukko muita avuja läheistensä, omaistensa ja muiden sosiaalisten verkostojensa kautta. Ulkoisilla resursseilla tarkoitetaan sellaisia hyödykkeitä ja toimintoja, joihin ihmisillä on pääsy jonkun muun ihmisen kautta. Ne ovat siis joukko resursseja, joista ihminen hyötyy läheistensä ja sosiaalisten verkostojensa ansiosta. Fosterin ja Handyn teoriassa siis henkilökohtaisten ominaisuuksien ja yhteiskunnan instituutioiden ja rakenteiden lisäksi myös henkilökohtaiset sosiaaliset suhteet huomioidaan hyvinvoinnin osatekijänä.

Vanhat ihmiset hyötyvät niistä tiedoista, taidoista ja resursseista, joita heidän läheisillään on. Omaiset ja läheiset hyödyntävät etenkin huonokuntoisten vanhusten hoivassa käytössään olevia resursseja auttaakseen ja järjestääkseen heidän tarvitsemansa avun ja palvelut. Samalla kuitenkin on huomattava, että ne, joilla ei ole omaisia ja läheisiä auttamassa, ovat mahdollisesti kokonaan ilman tällaisia ulkoisia resursseja. Tätä paikkaa ainakin osittain se, että myös kaupungit tarjoavat vanhuksille palveluneuvontaa. Esimerkiksi Tampereella on perustettu Kotitori²¹, josta saa apua sekä yksityisten että julkisten palvelujen hankkimisessa ja kotitalousvähennyksen käytössä. Käytettävissä olevat tulot ovat silti oleellinen seikka palvelujen ostamisessa.

Siivouspalvelu usein yksityistä

Arki, apu ja palvelut –aineistossa siivous oli paitsi useimmiten käytetty yksityinen palvelu, myös yksi yleisimmistä asioista, joissa vastaajat eivät saaneet tarpeeksi apua. Kaikista vastaajista 25 prosenttia (352 henkilöä) käytti siivouspalvelua ja heistä kaksi kolmesta osti sitä kuukausittain yksityiseltä palveluntuottajalta. Siivouspalvelun käytön yleisyys selittyi sillä, että siivoaminen vaatii kohtuullisen hyvää fyysistä toimintakykyä ja siivousapu on usein se, jota voimien heiketessä ensimmäisenä tarvitaan (Vilkkö, Finne-Soveri & Heinola 2010, 45).

²¹ <http://www.tampereenkotitori.fi/>: "Mikä on paras vanhainkoti?" Oikein. Kyllä se on oma koti. Pysy kotona; kysy Tampereen Kotitorilta, miten se on mahdollista. Tampereen Kotitori neuvoo, miten ikäihminen ja tulevakin ikäihminen saa kaikki palvelut - kaupungin tai yksityisten. [15.8.2014]

Yksityisen siivouspalvelun hankkimisella oli yhteys kyselyvastaajien tulotasoon. Siivouspalvelua käyttävistä alle 1000 eurolla toimeen tulevista kotitalouksista reilu puolet osti palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta ja selvästi vajaa puolet oli vastannut käyttävänsä kunnallista siivouspalvelua. Niissä talouksissa, joissa on käytössä yli 2000 euroa kuussa ja joissa käytettiin siivouspalvelua, lähes 90 prosenttia osti sen yksityisesti ja reilu kymmenes sai kunnallista kotipalvelua. Erot eivät kuitenkaan ole selkeitä muissa tuloluokissa kuin ääripäissä. Kotitalouksissa, joissa tultiin toimeen 1000–1500 eurolla kuussa, ostettiin jopa useammin siivousta kuin seuraavassa tuloluokassa, 1500–2000 euroa kuussa. Tämä johtunee ainakin osittain kunnallisten palvelujen asiakasmaksuista, jotka määräytyvät palvelujen saajan tulojen mukaan. Käyttäessään kunnallisia palveluja, asiakas maksaa oman osuutensa kokonaan eikä voi hyödyntää kotitalousvähennystä verotuksessa. Yksityisten palvelujen ostamisesta on näin tehty kunnallisia palveluja edullisempaa myös melko pienituloisille. Kotitalousvähennyksen jälkeen yksityisesti ostetun siivouksen hinta on jopa huokeampi kuin julkisen palvelun maksu elleivät tulot ole todella pienet.

Taulukko 14. Siivouspalvelun tuottaja tulotason mukaan, prosenttia (n)

	Käytän kunnallista palvelua (sis. palveluseteli)	Ostan yksityistä palvelua	En osaa sanoa kuka käyttämäni palvelun tuottaa	Yhteensä
alle 1000 €	39 (29)	53 (40)	8 (6)	100 (75)
1000–1500 €	23 (29)	73 (94)	4 (5)	100 (128)
1500–2000 €	25 (12)	69 (33)	6 (3)	100 (48)
Yli 2000 €	10 (9)	87 (75)	2 (2)	100 (86)
Kaikki	23 (79)	72 (242)	5 (16)	100 (337)

$\chi^2 = 29,769$ ($P < 0,001$)

Kuten taulukosta 9 (luku 7.1) näkyy, joskus asiakas voi myös olla epätietoinen siitä, kuka palvelun oikeastaan tuottaa ja mistä se tulee. Luultavasti osa niistäkin, jotka olivat vastanneet käyttävänsä kunnallista siivouspalvelua, oli jossain määrin erehtynyt, sillä sitä ei kovin usein nykyään saa kunnallisena palveluna. Tosin sama palveluohjaaja, joka järjestää vanhukselle julkisen sektorin palveluja, joko julkisesti tuotettuja ja yksityiseltä palveluntuottajalta ostettuja, saattaa ohjata vanhuksen hankkimaan yksityisen siivouspalvelun. Tampereella siivouspalvelu ei juurikaan kuulu kotihoitoon vaan sitä ohjataan hankkimaan itse yksityiseltä palveluntuottajalta hyödyntämällä kotitalousvähennystä. Mikäli asiakas kuitenkin on kyvytön

huolehtimaan siivouksesta itse eikä syystä tai toisesta pysty hankkimaan palvelua yksityisesti, kaupunki hankkii siivousta kotihoidon tukipalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. Tällöin palvelu on julkisesti rahoitettua mutta yksityisesti tuotettua ja siitä maksetaan kunnan määrittämä hinta. Varsinaista kunnallista siivousta ei siis Tampereella tarjota, joten vastaajat, jotka ovat siivouksen kohdalla valinneet vaihtoehdon ”käytän kunnallista palvelua”, ovat ehkä ajatelleet kotihoidon jollakin tavalla palveluksi, johon myös siivous kuuluu.

Siivouspalvelun lisäksi myös turvapuhelin tai –ranneke ja kauppapalvelu olivat Arki, apu ja palvelut –aineiston mukaan parempituloisissa kotitalouksissa asuvien vastaajien kohdalla useammin yksityisesti hankittuja. Sen sijaan muiden palvelujen osalta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Sellaisissa palveluissa kuin kotipalvelu/kotisairaanhoido, apuvälineet, sauna- ja kylvetyspalvelu, kuljetuspalvelu ja palvelu- tai päiväkeskus julkisten palveluiden käyttö oli selvästi yksityisiä yleisempää. Usein vain muutama vastaaja ja korkeimmillaan parikymmentä vastaajaa käytti yksityisiä palveluja näiden kohdalla, joten tuloluokkien välisistä vertailuista ei saatu merkitsevää tietoa.

Myös aikaisemmassa tutkimuksessa sosiaalisten ja taloudellisten taustatekijöiden on todettu liittyvän yksityisten palvelujen käyttöön. Korkean koulutuksen on todettu olevan yhteydessä siivouspalvelun ja muiden kotona asumista tukevien palvelujen käyttöön. Sen on päätelty mahdollisesti liittyvän siihen, että korkeammin koulutetut osaavat hankkia yksityisiä palveluja ja heillä on useammin siihen varaa. (Mäkelä ym 2008). Siivouspalvelu on yksi esimerkki palvelusta, jonka hankkimisessa on hyötyä taidoista ja mahdollisuudesta käyttää internetiä. Tästä puhuttiin haastatteluaineitossani (ks. luku 6.3) ja se on nostettu esiin tutkimuksessa aiemminkin (Karisto & Haapola 2013, 31). Niin tiedon saaminen mahdollisista palveluntarjoajista kuin hintojen vertaileminen käy huomattavasti nopeammin internetin kautta kuin muutoin. Tällaisissa asioissa omaiset usein auttavat ja heidän resurssinsa ovat siis oleellisia vanhusten omien resurssien lisäksi.

Tulotaso ja palvelujen käyttö vanhusten kertomana

Tulotason vaikutus avun ja palvelujen ostamiseen tuli kyselyaineiston lisäksi esiin myös haastatteluaineistossa. Yleisesti ottaen palvelujen ostaminen ei ollut haastateltaville mitenkään itsestään selvä vaihtoehto, muutamaa poikkeusta lukuun

ottamatta. Niillä haastateltavilla, joilla oli pienet tulot, palvelujen ostaminen suoraan yksityiseltä palveluntuottajalta tuntui taloudellisesti epärealistiselta. Se on ymmärrettävää, sillä pienistä eläkkeistä avun ostaminen ei yksinkertaisesti ole mahdollista, ennen kuin on pakko, jos silloinkaan. Tällainen tilanne oli esimerkiksi haastateltavalla, jolla oli todella pieni eläke. Hän sai haastatteluhetkellä apua pienissä määrin eri lähteistä, kunnallisesta kotihoidosta ja itse ostaen yksityisiltä palveluntarjoajilta siltä osin kun katsoi sen välttämättömäksi. Haastateltava selväsi siltä toistaiseksi suurimmaksi osaksi päivittäisistä toimista itse. Hän pohti, ettei ole realistista lisätä ostettujen palvelujen määrää niin pienillä tuloilla kuin hänellä oli, mikäli avuntarpeet tulevaisuudessa kasvavat.

K: Niin. Onko teillä ollu sitten, kun tietysti kaupungilta tulee sitä apua, niin onko teillä ollu sellasta, että olisitte jostain selvittäny ihan palveluja, mitä voi ostaa

V: Kuinka siihen nyt sitten sanois. Mä olen enstekin hyvin nuuka ihminen. Mun eläkkeenä on 800 euroa niin siitä ei paljon ostella. (Salme)

Toisella haastateltavalla oli melko samankaltainen tilanne, vaikkakin hieman suuremmat tulot. Kuitenkin laskiessaan yhteen asumiskulunsa ja muut kiinteät menonsa hän näki ostettaville palveluille vain hyvin vähän mahdollisuuksia.

K: [...] jos semmosia [suurempia avuntarpeita] tulis niin, ostaisitteko sitten jotain palvelua tai kotihoitoa?

V: Siis semmosia että, tää siivousjuttu niin tää on mun mielestäni aika kallista, kerran kuussa. Että onks siinä mitään tuloajoja, kiinteitä omaisuuttahan mulla ei oo, mulla on vaan rahaa säästössä. Enhän mä pystyis, täs on yli 600 euroo vuokra, ja siihen sähkö ja puhelinlaskut, ja mä saan eläkettä tuhat euroo, että se on aika vähän. (Aila)

Myös hieman korkeampaakin eläkettä saavilla yksityisten palvelujen hankkimiseen voi olla vaikea suunnata rahaa. Eräs haastateltava tarvitsi terveydentilansa vuoksi lääkitystä ja hoitoa, johon rahaa kului niin, että sitä oli jostain muusta säästettävä.

K: Miltäs se tuntus ajatuksena [yksityisten palvelujen ostaminen]?

V: Miksei se varmaan niin, mutta siin on taas yksi pulma. Siinä on, että ei toi eläke sitten enää piisaa, kun kaikkea ostelee.

K: Niin. Tuntuuks se sitten kalliilta?

V: Kaikki ne on sit kalliita, että kun se raha.. Ei tähän elämiseen niin paljon rahaa mene, mutta tähän sairauksiin, tämmösiin, että menee sairaskuluihin. Tää on kuule kallis vehje [sairauden hoitoon käytettävä laite]. (Alpo)

Hyvätuloisenkin vanhuksen kohdalla yksityisten palvelujen käytössä on joku yläraja. Kun avuntarpeita alkaa olla paljon ja hoivaa tarvitaan monenlaisiin asioihin, kohtuullisen korkeatkin eläketulot käyvät helposti riittämättömiksi. Tällaisesta

tilanteesta kerrotaan haastattelussa, joka koskee vaikeaa muistisairautta sairastavaa vanhusta.

No ensinnäkin, ku sehän otettiin tää kotihoidon palvelumaksu, niin sehän otetaan kans prosentuaalisesti, eli äiti makso, sil oli hyvä eläke, se makso siit tosi paljon, et yhdessä tän ruokapalvelun kanssa nehän makso melkein 800 euroa kuussa, ja sit ku siihen lasketaan päälle, [...] sitte yhtiövastikkeet ja kaiken muun tämmösen, eli itte asiassa jo sillon äidiltä meni kaikki, mitä oli, mitä eläkettä tuli, meni vähän enemmänkin, [...] niin sitä syötiin niitä rahasaastöjä sillon [...] ja sitten siivous, joka makso vielä, et ei ollu semmosta rahaa, millä olis ostanu niit palveluja lisää. (Raakel)

Samankaltainen tilanne oli haastateltavalla, joka oli menettänyt näkökykynsä lähes täysin ja alkanut sen myötä tarvita apua melkein kaikessa. Hänen luonaan kävi kotiapu kaksi kertaa viikossa, mutta avuntarve oli hänen mielestään nykyisin paljon suurempi. Hän oli päättänyt ostamaan kotipalvelua yksityiseltä palveluntuottajalta, sillä kaupungin palveluohjaajan neuvon mukaan yksityinen apu tulisi halvemmaksi hyödyntämällä kotitalousvähennystä. Haastattelussa kävi kuitenkin ilmi, että haastateltava koki avun nyt jo kovin kalliiksi eikä hankkinut sitä siksi enempää, vaikka koki että tarvetta olisi ollut.

V: Itse asiassa minä tarvitsisin apua melkein kaikessa. Mutta ei ole mahdollisuutta ostaa niin paljon apua, ku apu on kallis, se on kolmekymment euroa tunti tämä [yksityisen palveluntuottajan] apu.

K: Eli teille tulee [yksityisiltä palveluntuottajalta] jonkin verran vai?

V: Joo, mulla on kaksi kertaa viikossa, tulee kotiapu. [...] viis tuntia...viikossa sitten.

K: Minkälaisia asioita sitte siinä viiden tunnin aikana ehditään tehdä?

V: Ihan kaikkein välttämättömimmät, minä en pysty esimerkiksi suihkua ottamaan itse. Että keskiviikko on se suihkupäivä, ja kahdessa tunnissa nyt sitten hän ehtii vähän jotain pientä tällasta ruuan lisuketta.

[...]

V: Juu, perjantaina sitten täytyy tehdä kaikki muu mitä minä tarvitsen. Ja nyt on uusi tilanne tämän maaliskuun jälkeen, kun tää näkö meni näin huonoksi, niin nythän minä tarvitsisin itse asiassa kamarineidon.

K: Nyt on näkö huonontunut aika yhtäkkiä sitten niin paljon?

V: Niin, hyvin nopeasti. Ja sitte esimerkiks tänään tuli posti. En minä pysty lukemaan minulle tullutta postia, että kyllähän minun nyt on pakko käyttää tätä [yksityisen palveluntuottajan] apua siihenkin perjantaina joskus. Mutta kyllä minä toivoisin että saisin sen järjestetyksi jotenkin muulla tavalla, se on hirveän kallista maksaa siitä minun postini lukemisesta kolmekymmentä euroa tunti. (Heta)

Apua oli hankittu sen verran kun haastateltava ajatteli kohtuudella pystyvänsä maksamaan. Toisaalta avun tarpeet eivät vielä olleet niin suuria tai kyse ei ollut niin vakavista asioista, että haastateltavan terveydentila olisi ollut vaarassa riittämättömän avun takia. Hetkellisesti näin oli ollut tilanteissa, joissa haastateltava oli joutunut sairaalaan, ollut lonkkaleikkauksessa ja kotiutunut sieltä (ks. luku 6.3). Mahdollisimman pitkää kotona asumista ajatellen tilanne kuitenkin vaatisi kokonaisvaltaista arviota siitä, miten pitkälle nykyisellä avun määrällä on mahdollista tulla toimeen sekä missä määrin ja millainen lisäapu olisi tarpeen.

Joskus avun hankkimista yksityisesti epäroitiin myös siitä syystä, että se tuntui ajatuksena epärealistiselta. Joillakin haastateltavilla oli toisen käden tietoa palvelujen kalleudesta ja apu jäi osittain tai kokonaan hankkimatta siksi, että maksut vaikuttivat muiden ihmisten kertomusten perusteella niin suurilta. Haastateltavat eivät siis aina selvittäneet itselleen sopivia vaihtoehtoja tai sitä, mihin he olisivat oikeutettuja kunnan taholta, vaan ajattelivat avun joka tapauksessa maksavan niin paljon, että siirsivät sen hankkimista mahdollisimman pitkälle.

Tossa naapuri tuli eilen tohon sellasen laskunsa kanssa [...] siinä oli kotihoito ja sitte siin oli siivous [...] puolitoista tuntia 45 euroo. Ja kotihoito oli 30 euroo tunti [...] Se oli yhteensä se lasku 188 ja sitte hänelle tulee ruoka, se on sitte 5,40 se ateria [...] Että kyllä se minusta aika paljon on, jos ihan näitten varassa on, että ruoka tuodaan ja siivotaan. Se on aika kallista. [...] Jos sä aattelet, että sä saat tonnin eläkettä ja maksat nää kaikki. [...] Ja sitte vuokravastikkeen. Että kyllä siinä aika kireellä on joka tonninki saa eläkettä, joka nää kaikki palvelut ottaa. (Ellen)

Toisaalta, haastateltavien joukossa oli myös paremmin toimeentulevia vanhuksia, joilla avuntarpeet eivät olleet kovin suuria ja joille yksityiset palvelut olivat sopiva tapa järjestää avun saaminen. Eräs haastateltava kertoi omasta ja miehensä tilanteesta, jossa he hankkivat yksityisiä palveluja siksi, että olivat tottuneet niin tekemään. Pariskunnalla oli avuntarpeita, mutta ne eivät olleet kovin suuria. Apua kuitenkin ostettiin siivoukseen ja ruoanlaittoon, sillä haastateltavan oma toimintakyky oli heikentynyt sen verran, ettei hän enää kyennyt hoitamaan kotitöitä, kuten oli aikaisemmin tehnyt. Terveyspalvelunsa haastateltava osti niin ikään yksityisesti, koska halusi niin ja se oli taloudellisesti mahdollista. Kunnallista apua haastateltava sai kuljetuspalvelun ja apuvälineiden muodossa

K: Tuntuuks se sitte ehkä vähän helpommalta vai, mikä siinä on, sitte, [...] onks siihen yksityisten palvelujen käyttöön sitte muuten [syynä]?

V1: Ei, mutta se että katsos, mä oon sen ikänen, et siihen aikaan kun mä olin nuori taikka oltiin työikäsiä ynnä muita, ne kaikki hoitu yksityisen kautta. Ei ollu

mitään yleistä, silloin kun me [pikkukaupungin nimi] asuttiin, ei siel mitään ollu terveystakeskusta. (Hanna ja Reino)

Kotitalousvähennyksen jälkeen siivous- ja ruoanlaittoapu tuntuivat pariskunnan mielestä kohtuuhintaisilta. He olivat tyytyväisiä palveluntarjoajiin ja arvelivat, että laatu ei olisi yhtä hyvä, mikäli he saisivat kunnallisia palveluja. Erityisesti pariskunnan toinen osapuoli korosti sen tärkeyttä, että aina sama ihminen tulee kotiin auttamaan.

V2: Niin no se se on että, nyt kun saa tämän, kotitalousvähennyksen. Niin se, se tekkee sen aika edulliseksi, ja suht, sanotaan nyt noin ”edulliseksi”.

[...]

V1: Ei se tunnu ylipääsemättömältä.

V2: Ei tunnu, ei tunnu.

V1: Kato asiaa näin sitten että jos se tuntuu sitten, ni sitten täytyy tyytyä siihen että ne käy tässä 15 minuuttia ja se on sillä siisti ja sit ne on ovesta ulkona. Että kyl mä oon monta tämmösiä juttuja kuullu että se on niin pieni aika mitä kaupunki antaa.

V2: Niin ne kunnalliset mitä on.

V1: Niin ne kunnalliset, niin. Että, ja sitte toisekseen niin, nekin on aina sit eri ihmisiä että mielellään, kun tulee tähän ikään niin mielellään on saman ihmisen kans tekemisissä.

V2: Ei tartte joka asiaan selittää sitten jotakin. (Hanna ja Reino)

Kotitalousvähennys on suora kannustin siirtää vanhusten hoivan hankkimista kunnallisista palveluista yksityisiin. Kotitalousvähennyksen hyödyntäminen ei kuitenkaan ole välttämättä yksinkertaista, jos toimintakyky on heikentynyt tai raha- ja veroasioiden hoitaminen ei ole ennestään tuttua. Veronpalautusta varten pitää muistaa ilmoittaa maksetut maksut ja säilyttää maksuista saadut kuitit. Lisäksi se, että laskut pitää ensin maksaa itse ja kotitalousvähennyksen osuudesta saatava palautus tulee takaisin vasta seuraavan veronpalautuksen yhteydessä, joka voi olla melkein kahden vuoden päästä, voi olla taloudellinen rajoite.

Yhteenveto: kotona pitkään jos omaiset auttavat ja rahat riittävät palveluihin

Tutkimuksen mukaan suomalaisen kotihoidon kattavuus laski vuosina 1990–2005, ja palvelua on suunnattu entistä huonokuntoisemmille vanhuksille (Kröger & Leinonen 2011, 120). Muutos on tapahtunut nimenomaan säännöllisessä kotihoidossa (Karsio & Anttonen 2013, 88–90). Koska kotihoidon asiakkaat ovat

entistä huonokuntoisempia, voisi olettaa, että asiakkaille annettu aika olisi pidentynyt. Tutkimuksen mukaan näin ei kuitenkaan ole. Peruspalvelujen tila - tutkimukseen (Heinola ym. 2010) osallistuneissa kunnissa kotihoidossa asiakkaille annettu aika väheni vuosina 2007–2009. Perus- tai lähihoitajien asiakkaille annettu aika lisääntyi jonkin verran, mutta samaan aikaan sairaanhoitajien ja kotiavustajien asiakkaille annettu aika väheni suhteessa enemmän. Koska kotihoidon asiakkaiden tarpeet eivät tutkimusaikana vähentyneet, vaan päinvastoin kasvoivat, mutta hoitoaika lyheni, oli seurauksena kotihoidon laadun heikkeneminen, mikä ilmeni erityisesti sosiaalisen ja fyysisen eristymisen lisääntymisenä. Käytettävissäni olevan aineiston perusteella en pysty tekemään ajallista vertailua.

Toisessa empiirisessä eli seitsemännössä luvussa tarkastelin palvelujen käyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja taloudellisia taustatekijöitä. Kyselyaineistosta ilmenee, että ikäihmiset Tampereella ja Jyväskylässä käyttävät palveluista eniten siivousta, apuvälineitä, kuljetuspalvelua sekä kotipalvelua/ -sairaanhoitoa eli kotihoitoa. Siivous ostettiin useimmiten yksityisesti ja muut eniten käytetyt palvelut saatiin kunnalta. Palvelujen käyttö lisääntyi iän myötä ja se oli yhteydessä yksin asumiseen ja melko huonoksi tai huonoksi koettuun terveydentilaan. Yksityisten palvelujen rahoittamisessa vastaajat hyödynsivät kotitalousvähennystä melko usein. Yksityisten palvelujen käyttöä perusteltiin vaivattomuudella ja toiseksi yleisimmin mainittiin halu saada lisäpalveluja, joita kunta ei tarjoa sekä halu saada laadukkaampia palveluja. Kunnallisten palvelujen hankkimisen esteenä oli useimmiten ollut tietämättömyys siitä, mistä palveluja saa sekä ajatus siitä, ettei niitä saa, vaikka tarvitsisikin.

Kyselyvastaajien taloudelliseen ja sosiaaliseen asemaan liittyvien taustatekijöiden ja avun lähteiden tarkastelun tuloksena oli, että sekä omaisilta ja läheisiltä että kunnan kotihoidosta saatava apu tuli paljolti tarpeen mukaan, sillä ne olivat yhteydessä heikkoon terveydentilaan. Kunnallisten palvelujen saaminen oli huonon terveydentilan lisäksi yhteydessä yksinasumiseen. Yksityisten palvelujen käyttöön sen sijaan tilastollisesti merkitsevä yhteys oli useammilla taustatekijöillä. Kaikkein suurin vetosuhde oli korkeilla tuloilla verrattuina pieniin. Eli yksityisiä palveluja hankittiin, kun niihin oli varaa. Lisäksi huono terveydentila, yksinasuminen, ammatillinen koulutus ja naissukupuoli olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksityisten palvelujen käyttöön.

Huomionarvoista oli, että kaikki avun saamisen muodot olivat yhteydessä muihin avun saamisen muotoihin, eli ne, jotka saivat informaalia apua, saivat todennäköisemmin kunnallista apua ja käyttivät yksityisiä palveluja. Kunnallista apua saavat saivat myös informaalia apua ja käyttivät yksityisiä palveluja ja yksityisiä palveluja käyttävät saivat informaalia apua ja julkisia palveluja. Logistinen regressioanalyysi ei osoita sitä, edeltääkö informaali apu muita avun muotoja, mutta aikaisemman tutkimuksen perusteella näin voisi päätellä asian olevan. Tällaista päätelmää tukee myös haastatteluaineistoni, jossa kerrotaan paljon omaisten panoksesta avun ja palvelujen hankkimisessa ja koordinoinnissa.

Tässä tutkimuksessa informaalin avun tärkeä merkitys avun ja palvelujen hankkimiselle ja hoivan kokonaisuuden koordinoimiselle kävi ilmi haastatteluaineistosta. Haastateltavat kertoivat siitä, miten omaiset ja läheiset auttoivat palvelujen ja niihin liittyvän tiedon hankkimisessa. Usein omaiset saattoivat jopa valita sopivan palvelun ja ottaa vastuulleen laskuista huolehtimisen vanhuksen puolesta ja kotitalousvähennyksen hyödyntämisen. Omaisten roolille löytyy selitys kyselyaineistosta, josta käy ilmi, että ihmiset kokevat usein palvelujen hankkimisen työlääksi. Vastajat nimesivätkin avun hankkimisen työläyden tärkeimmäksi avun riittämättömyyden syyksi yhdessä palvelumaksujen kalleuden kanssa. On siis perusteltua ajatella, että informaali apu on merkitsevä seikka niin kunnallisten kuin yksityisten palvelujen saamisessa ja hankkimisessa. Tämä puolestaan on yksi tekijä mahdollisessa eriarvoisessa vanhuudessa, sillä kaikilla ei ole omaisia ja läheisiä, jotka auttaisivat hoivan järjestämisessä.

Koska tulosteni mukaan kunnallisen kotihoidon saamista ennustaa melko huono tai huono terveydentila, kunnan palvelujen voi olettaa ainakin suurelta osin suunnatun niitä eniten tarvitseville Tampereella ja Jyväskylässä. Koska samalla voidaan kuitenkin todeta, että yksityisiä palveluja ostavat todennäköisimmin ne, joilla siihen on varaa, eriarvoisuuden riskin voi olettaa olevan olemassa. Kunnallisten palvelujen saamiseksi tehdään aina tarpeen arvioinnit ja selvitykset, mutta yksityisiä palveluja saa ostaa silloin, kun itse kokee tarvitsevänsä apua. Vaikka yksityisten palvelujen hankkimista tuetaan julkisin varoin kotitalousvähennyksellä, minkäänlaista tarveharkintaa ei niiden suhteen ole. Hyvätuloiset ihmiset voivat siis ostaa esimerkiksi siivousapua jo siinä vaiheessa, kun kokevat tarvitsevänsä jonkun imuroimaan sohvan takaa tai pyyhkimään pölyt korkeilta hyllyiltä. Kaikkein pienituloisimpien on sopeutettava avun tarpeensa kunnan tarpeen arviointeihin ja

odotettava, kunnes heidän toimintakykynsä on alentunut niin paljon, ettei siivous todellakaan ole enää mahdollista.

Se, että hyvätuloiset ostavat yksityisiä palveluja ei tietenkään sinänsä ole huono asia pienituloisten kannalta. Voidaan ajatella, että se ei ole keneltäkään pois vaan päinvastoin voidaan ajatella, että se saattaa vähentää julkisen sektorin palveluihin kohdistuvaa kysyntää. Eriarvoistumista tapahtuu silloin, jos osa vanhuksista kohtaa tilanteen, jossa kunnallisia palveluja ei ole saatavilla eikä yksityisiä palveluja ole mahdollista ostaa. Tämä voi olla todellinen tilanne joillekin jo nyt ja pahentua edelleen, mikäli esimerkiksi kotihoitoa supistetaan ja kohdennetaan entistä tiukemmin.

Jotta yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden mukainen vanhusten mahdollisimman pitkä kotona asuminen olisi mielekästä ja turvallista, voisi olettaa, että kotiin saatavaa apua ja palveluja tulisi lisätä. Tutkimusten mukaan näin ei kuitenkaan viime vuosina ole tapahtunut, vaan esimerkiksi julkista kotihoitoa saavien ikäihmisten osuus on pienentynyt tai pysynyt samana laskutavasta riippuen (Mäkelä ym. 2008, 609; Heinola ym. 2010, 34; Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010, 93, Karsio & Anttonen 2013). Ihmiset siis asuvat entistä pidempään kotona, mutta ainakin julkisia palveluja sinne tarjotaan vähemmän tai apu on kohdistettu vanhuksille, joilla on paljon avuntarpeita. Tähän liittyy yhtäältä se, että ihmiset saattavat säilyttää hyvän toimintakykynsä entistä kauemmin ja elää myös pidempään terveimpinä. Toisaalta informaali apu saattaa paikata kunnallisen avun jättämiä aukkoja aikaisempaa enemmän. Osittain saattaa olla myös niin, että ikääntyneiden on vain yksinkertaisesti tultava toimeen vähemmällä avulla. Kaikki palvelu on karsittu minimiin ja vain välttämättöimpiin avuntarpeisiin vastataan julkisen sektorin toimesta. Ihmisten omalle ja heidän läheistensä vastuulle jää järjestää tavalla tai toisella sellainen apu, jota tarvitaan, mutta joka ei ole arjessa selviytymisen kannalta ehdottoman tärkeää.

Avun riittävyyden, erilaisten avunlähteiden ja resurssien sekä ihmisten omien sosiaalisten ja taloudellisten taustatekijöiden rinnalla on tärkeää pohtia eriarvoisuutta myös informaalin avun yhteydessä. Kaikilla ei ole läheisiä ja omaisia, jotka voisivat, haluaisivat tai kykenisivät auttamaan ja tukemaan toimintakyvyltään heikentyneitä vanhusta. Lisäksi konkreettisen avun ohella omaisten ja läheisten resursseilla voidaan ajatella olevan huomattava merkitys ikääntyneen ihmisen avun saamisen ja palvelujen käytön kokonaisuudelle. Ikääntyneiden ihmisten hoivan ja avun saamisen

kannalta ulkoisten resurssien teoria (Foster & Handy 2008) on mielenkiintoinen ja hyödyllinen. Se kiinnittää huomion siihen, että sosiaaliset suhteet ja verkostot ovat koulutuksen, terveyden tai päätöksentekoon osallistumisen kaltaisia ominaisuuksia, resursseja ja kykyjä, jotka ovat ihmisillä hyvin erilaisia johtuen monista eri seikoista. Tämän huomioiminen on olennaista, kun avun saamista ja hoivan järjestämistä halutaan siirtää entistä enemmän ihmisten ja heidän perheidensä vastuulle. Jo lähtökohtaisesti ikääntyneet, kuten muutkin ihmiset, ovat eriarvoisessa asemassa, koska toisilla omaisia, läheisiä ja sosiaalisia suhteita on enemmän kuin toisilla. Lisäksi resurssit, joita ihmisillä on mahdollisesti käytössään sosiaalisten suhteiden kautta, vaihtelevat paljon.

8 Yksilön vastuu, eriarvoisuus ja hoiva

Tässä luvussa esitän ensin tutkimukseni keskeisiä tuloksia hoivan järjestämisen yhteiskunnallisen kontekstin osalta. Sitten kokoan yhteen empiirisen tutkimukseni keskeisimmät tulokset ja pohdin niiden kautta vastausta hoivaa ja eriarvoisuutta koskevaan tutkimuskysymykseeni. Lopuksi arvioin kriittisen realismin ja monimetodisen lähestymistavan mahdollistamaa tiedon tuottamista.

Hoivan yhteiskunnallinen tukeminen perustuu sosiaalisiin, taloudellisiin ja moraalisiin argumentteihin. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa on tuettu hoivaa ja tarjottu siihen liittyviä palveluja, koska niiden kautta on tavoiteltu yhteiskunnallisen tasa-arvon lisäämistä, perheiden hoivavastuiden keventämistä ja työikäisten ihmisten voimavarojen vapauttamista työmarkkinoille. Tärkeä tavoite on ollut myös hoivan tarvitsijoiden autonomian lisääminen. Taustalla vaikuttavat hoivaetiikka ja käsitys siitä, että heikommassa asemassa olevia ihmisiä pitää tukea ja auttaa. Avun ja hoivan antaminen käytännössä perustuu myötäelämiselle ja kyvylle aistia toisen tarpeita ja tunteita. On perusteltua pitää hoivaa oleellisena osana hyvinvointia siksi, että ilman sitä ihmisarvoinen elämä ei ole mahdollista elämänvaiheissa, joissa ihminen ei pysty huolehtimaan itsestään, kuten lapsuudessa, sairauden aikana tai vanhuudessa toimintakyvyn heikettyä.

Vanhusten hoivaa tuetaan yhteiskunnallisella tasolla sosiaalipoliittisin järjestelmin, joihin kuuluvat rahalliset etuudet, kuten omaishoidontuki, ja erilaiset julkisesti rahoitetut ja järjestetyt palvelut. Palveluja voi sinänsä tuottaa joku muukin taho kuin julkinen sektori. Oleellista pohjoismaisessa julkisesti tuetussa hoivassa on se, että tuki ja palvelut ovat periaatteessa kaikkien saatavilla riippumatta tulotasosta, asuinpaikasta tai sosiaalisista resursseista. Julkisten palvelujen tarkoituksena on tasata tuloeroja ja vähentää eriarvoisuutta. Viime vuosina eriarvoisuus on kuitenkin lisääntynyt ja tuloerot ovat kasvaneet. Samaan aikaan yhteiskunnassa on voimistunut myös ihmisen omaa vastuuta korostava eetos. Kilpailua ja tehokkuutta on alettu korostaa, ihmisille halutaan lisää valinnanvapautta ja samalla heidän oletetaan itse ottavan vastuuta omasta elämästään. Valtion ja julkisen sektorin roolia on tietoisesti supistettu.

Viime vuosina hyvinvointivaltion muutoksesta kirjoittaneiden tutkijoiden mukaan yksilön vastuun korostuminen tiivistyy ajatukseen aktiivisesta kansalaisuudesta. Aktiiviseen kansalaisuuteen kuuluvat valintojen tekeminen, vastuun ottaminen ja osallistuminen (Newman & Tonkens 2011) vastakohtana passiiviseksi miellettyyn palvelujen käyttämiseen hyvinvointivaltion etuuksia nauttivana potilaana tai asiakkaana. Julkista palvelujärjestelmää on alettu kehittää aktiivisen kansalaisuuden ajatuksen mukaisesti niin, että valinnanvapautta korostetaan ja kaikille tarjottavien julkisten palvelujen sijaan ihmisiä kannustetaan hankkimaan palveluja yksityiseltä sektorilta. Julkisten palvelujen kehittämisen sijaan viime aikoina on lisätty markkinoilla tuotettujen palvelujen osuutta, jotta syntyisi lisää kilpailua, tehokkuutta ja valinnanvapautta.

Yllä mainittujen muutosten ja uudistusten taustalla vaikuttavat sellaiset ajatukset, että ihmisten käytöksen ja motiivien oletetaan nykyään ohjautuvan ennen kaikkea itsekkyyden ja oman edun maksimoinnin mukaan (Le Grand 1997, 149–150). Kun päättäjät uskovat ihmisten toimivan etupäässä itsekkyyden ohjaamina, he muokkaavat yhteiskuntapolitiikkaa sen mukaan. Nyt jo tapahtuneet ja meneillään olevat muutokset sosiaalipalveluiden ja sosiaaliturvan järjestämisen periaatteissa johtuvat siitä, että usko ihmisten hyvään tahtoon ja hyviin pyrkimyksiin on vaihtunut käsitykseen ihmisistä ennen kaikkea oman edun tavoittelijoina (emt. 159–160).

Samansuuntaisesti muutosta voi hahmottaa kansalaisuuteen liitettävien asioiden kautta. Keskeisimmät hyvinvointivaltion kansalaisuuteen liitetyt arvot ovat olleet vastavuoroisuus, inklusio ja luottamus instituutioihin. Jos valtaosa ihmisistä ei enää pidä näitä tärkeinä arvoina eikä noudata niitä omassa elämässään, koko hyvinvointivaltion perusta muuttuu. Viime vuosina korostuneet yksilöllisyyden ja oman vastuun ottamisen prioriteetit sekä oletettu oman edun tavoittelu eivät sovi yhteen vastavuoroisuuden, inklusion ja luottamuksen kanssa vaan kyseenalaistavat, rajoittavat ja väheksyvät niitä (Taylor-Gooby 2009). Hyvinvointivaltioiden ovat jotakuinkin pysyneet vielä entisessä muodossaan päältäpäin katsottuna, sillä sosiaaliseen hyvinvointiin edelleen kanavoidaan rahaa ja ihmisille tarjotaan etuuksia ja palveluja. Kuitenkin ihmisten kannatus hyvinvointivaltion ylläpitämiselle on alkanut rapautua, koska etuuksien ja palvelujen yhteydessä painotetaan nyt ihmisten omaa vastuuta, rationaalisia valintoja ja yksilöllisyyttä. Se asettaa vaakalaudalle koko hyvinvointivaltion olemassaolon sellaisena kuin me sen tunnemme. (Taylor-Gooby 2009.)

Olisi tärkeää laajasti keskustella siitä, minkälainen hyvinvointivaltio halutaan ylläpitää tai tehdä. Miten haluamme esimerkiksi huolehtia vanhusten hoivan tarpeista? Hyvinvointivaltion rakenteilla ja sosiaalipoliittisilla järjestelmillä luodaan edellytykset oikeudenmukaisuudelle, tasa-arvolle ja hyvinvointia edistävälle sosiaalisille oikeuksille (Miller 2004; Brady 2009). Yhteiskunnallisilla toimenpiteillä ja sosiaalipolitiikalla voidaan oleellisesti vaikuttaa kasvavaan sosiaaliseen eriarvoisuuteen, joko sen vähentämiseen tai sen lisääntymiseen.

Aktiivisen kansalaisuuden ydinteemat eli vastuu, valinnat ja osallistuminen ovat erinomaisia kuluttajuuden rakennuspalikoita. Jos kuitenkin tavoitellaan ensisijaisesti oikeudenmukaisuutta ja kaikkien hyvinvoinnista huolehtimista, kuluttajuus ja siihen kuuluva oman vastuun ottamisen eetos eivät palvele parhaimmalla mahdollisella tavalla kaikkia eivätkä etenkin osaa vanhuksista. Ikääntyneillä ihmisillä avuntarpeiden olemassaolo tarkoittaa sitä, että heidän toimintakykynsä on tavalla tai toisella heikentynyt. Ihmiset eivät aina pysty ottamaan itse vastuuta, tekemään valintoja ja olemaan aktiivisia tai ainakaan kaikki eivät pysty siihen yhtä hyvin ja vain harva elämän loppuvaiheessa.

Yhteiskunnan tukeman ja tarjoaman sosiaaliturvan ja –palvelujen kehittäminen on tällä hetkellä ristiriitaista. Yhtäältä ollaan huolissaan siitä, että tuloerot ja eriarvoisuus kasvavat. Poliittisen ohjauksen tasolla kaikille saatavilla olevien palvelujen ajatellaan olevan yksi keino eriarvoisuuden vähentämisessä esimerkiksi vanhusten hoivassa. Kaikille saatavilla olevien palvelujen roolia hyvinvoinnin turvaamisessa halutaan kuitenkin vähentää painottamalla omaa vastuuta ja ohjaamalla ihmisiä hankkimaan palveluja yksityisesti esimerkiksi kotitalousvähennyksen avulla. On ristiriitaista, että samaan aikaan ollaan yhtäältä huolestuneita eriarvoisuuden kasvusta ja toisaalta julkisia palvelujärjestelmiä ja valtiollisia instituutioita uudistetaan siten, että eriarvoisuuden vähentämisen sijaan tai ainakin sen ohella korostuvat esimerkiksi taloudellisen hyödyn ja kilpailussa menestymisen tavoitteet.

8.1 Valtaosalla vanhuksista menee hyvin – riittääkö se?

Empiirisen tutkimukseni mukaan ensimmäinen taho, jonka puoleen vanhuksat kääntyvät apua tarvitessaan ei ole julkiset palvelut vaan lähipiiri. Yli 75-vuotiaat kotona asuvat vanhuksat Tampereella ja Jyväskylässä saivat selvästi eniten apua

omaisiltaan ja läheisiltään. Informaaliin apuun verrattuna kunnalliset ja yksityisesti ostetut palvelut olivat paljon pienemmässä roolissa hoivan järjestämisessä.

Tutkimukseni mukaan informaalin avun yleisyydestä huolimatta apua haluttaisiin mieluiten julkisista palveluista, jos avuntarpeet tulevaisuudessa lisääntyvät. Ainakaan vaativimpien avuntarpeiden kohdalla ihmiset eivät siis haluaisi tukeutua tai joutua tukeutumaan läheisiinsä ja omaisiinsa. Täytyy myös muistaa, ettei kaikilla ole läheisiä tai jos onkin, he saattavat asua kaukana tai elää muuten sellaisessa elämäntilanteessa, etteivät halua tai pysty auttamaan ja hoivaamaan. Vanhukset kertoivat haastatteluaineistossani siitä, että apua on vaikea pyytää, kun ihmisillä on omat työnsä, velvollisuutensa ja kiirensä. Saatua apua haluttiin myös mielellään palkita ja kompensoida.

Tutkimukseni mukaan noin joka seitsemäs tamperelais- ja jyvaskyläläisvanhus koki, ettei saa tarpeeksi apua. Useimmiten syyksi mainittiin korkeat palvelumaksut ja avun hankkimisen työläys. Kyselyaineiston taustatekijöistä alhaisempi koulutus- ja tulotaso sekä yksinasuminen olivat yhteydessä kokemukseen avun riittämättömyydestä. Suurin osa tähän joukkoon kuuluvista oli naisia. Haastatteluaineiston perusteella avun riittämättömyydessä on erilaisia tasoja. Joskus se liittyi käytännön asioihin, esimerkiksi raskaampiin kotitöihin kuten lumenluontiin, siivoukseen tai kodin kunnostustöihin. Tällöin riittämätön apu tarkoitti ennen kaikkea sitä, että poliittisten tavoitteiden mukainen mahdollisimman pitkä kotona asuminen ei välttämättä ole mahdollista pitkällä aikavälillä, koska apua ei ole saatavilla riittävästi. Aineisto toi esiin myös vakavia avun riittämättömyyden tilanteita, joissa niin eettisen, moraalisen kuin arjen empatiatajan kannalta oli selvää, ettei kotona asuminen enää ollut turvallista eikä sinne saatava apu riittänyt turvaamaan hyvinvointia.

Voidakseni empirisen aineiston pohjalta vastata kysymykseen hoivan saamiseen mahdollisesti liittyvästä eriarvoisuudesta tarkastelin erilaisten taloudellisten ja sosiaalisten taustatekijöiden yhteyttä avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Tutkimukseni osoittaa, että informaalin avun ja julkisten palvelujen saamiseen ovat yhteydessä hoivan tarpeita lisäävät tekijät. Huono terveydentila oli kyselyn mukaan yhteydessä molempiin avun lähteisiin ja julkisten palvelujen saamista ennusti lisäksi yksinasuminen. Yksityisten palvelujen käyttöön sen sijaan oli hoivan tarpeisiin liittyviä tekijöitä voimakkaammin yhteydessä korkea tulotaso. Analyysini osoittaa myös, että informaalin avun saaminen oli yhteydessä julkisten palvelujen saamiseen

ja yksityisten palvelujen käyttöön ja päinvastoin. Jos apua siis sai yhdestä lähteestä, sitä sai todennäköisemmin myös muista lähteistä.

Kaikkiaan vanhusten asettumista eriarvoisiin asemiin hoivan saamisessa voi arvioida tulotasoon, koulutukseen sekä informaaliin hoivaan tai ulkoisiin resursseihin (Foster & Handy 2008) liittyvänä kysymyksenä. Vanhukset, joilla on alhaisempi koulutus- ja tulotaso, kokevat tutkimukseni mukaan parempituloisia useammin avun riittämättömyyttä. Tämän voi ainakin osittain olettaa johtuvan siitä, ettei heillä ole mahdollisuutta käyttää yksityisiä palveluja, joita parempituloiset ja paremmin koulutetut vanhukset voivat tarpeen mukaan hankkia. Tätä tukee tutkimustulokseni, jonka mukaan parempituloiset käyttävät todennäköisemmin yksityisiä palveluja. Koska parempituloisilla on näin käytössään enemmän kanavia hoivan tarpeiden täyttämiseen kuin pienituloisilla, avun riittämättömyys ei muodostu ongelmaksi. Se, että parempituloiset ihmiset voivat hankkia yksityisiä hoivapalveluja, ei sinänsä heikennä tilannetta muiden kohdalla. Tutkimustulokseni kertovat ennemminkin siitä, että palvelujärjestelmässä on aukkoja, jotka koskevat nimenomaan pienituloisia ja heikommin koulutettuja ihmisiä. Saman asian voi ilmaista niin, että julkinen palvelujärjestelmä ei nykyisellään pysty tarjoamaan riittävää apua ja hoivaa kaikille vanhuksille. Apu ja hoiva riittävät sellaisten vanhusten kohdalla, jotka voivat lisätä niiden määrää tai laatua ostamalla palveluja.

Avun, hoivan ja palvelujen kasautumisesta en voi analyysini perusteella suoraan osoittaa syy-seuraus –suhteita. Omaisten ja läheisten avun merkitys palvelujen hankkimisessa tuli kuitenkin esiin sekä kyselyaineiston että haastattelujen analyysissä. Siksi on perusteltua olettaa, että omaisilta ja läheisiltä saadaan apua niin julkisten kuin yksityisten palvelujen hankkimiseen ja siten informaalin avun saajat saavat muita todennäköisemmin myös palveluja. Tämä liittyy kysymykseen eriarvoisuudesta siten, että vanhukset, joilla on hoivaa antavia läheisiä ovat muita paremmassa asemassa. Vanhukset eivät ainoastaan hyödy läheisiltään saamastaan avusta tai hoivasta vaan myös monista muista hoivan järjestämiseen liittyvistä resursseista, jotka tulevat hyödynnettäväksi läheisten ja omaisten kautta. Tällaisia ulkoisia resursseja ovat raha, erilaiset tiedot, taidot ja välineet kuten kyky hyödyntää tietotekniikkaa, sosiaaliset suhteet ja yhteiskunnallisen aseman mukanaan tuomat edut. Voidaan tietenkin ajatella, että omaisten rooli on aina ollut merkittävä, se ei ole uusi asia. Kuitenkin kaikille saatavilla olevat, julkisen sektorin järjestämät hoivapalvelut ovat onnistuneet jossain määrin tasaamaan eriarvoisuutta lisäämällä ihmisten riippumattomuutta ja autonomiaa. Nyt, jos ihmisten oma ja heidän

läheistensä vastuu ja käytävissä olevat resurssit korostuvat hoivan järjestämisessä, eriarvoisuus todennäköisesti lisääntyy.

8.2 Tutkimustulosten suhde todellisuuteen

Hyvinvointivaltiota ja sen muutosta koskevan keskustelun kautta tavoitetaan asioita, joita on havaittavissa yhteiskunnassa, mutta joita voidaan tehdä ymmärrettäväksi vain sanoin ja käsittein. Hyvinvointivaltiosta, sen rakenteista ja niissä tapahtuvista muutoksista voidaan siis keskustella vasta kun ne puetaan sanoiksi, ilmiöitä kuvaaviksi käsitteiksi ja teorioiksi. Kriittisen realismin lähtökohdan mukaan suhtaudun näihin keskusteluihin ja teorioihin siten, että ne käsittelevät yhteiskuntaa ja ilmiöitä, jotka ovat olemassa ilman kyseisiä teorioitakin. Toinen vaihtoehto olisi ajatella, että ilmiöt tuotetaan puheessa, käsitteissä ja teorioissa ja ne konstruoidaan osaksi todellisuutta vasta niissä. Uskon kuitenkin, että olemassa on myös jonkinlainen konstruktioista riippumaton todellisuus, jota voidaan havainnoida, tehdä ymmärrettäväksi ja josta voidaan saada tietoa. Siksi olen ottanut tehtäväkseni tässä tutkimuksessa luoda käsityksen hoivan tuottamisen yhteiskunnallisesta kontekstista.

En pysty tuottamaan täydellistä selvitystä siitä millaisista lähtökohdista hoivaa on alettu tukea yhteiskunnassa, miten periaatteet ovat viime vuosikymmeninä muuttuneet ja mikä tilanne on nyt. Olen kuitenkin tutkimuskirjallisuuden ja poliittisten ohjausasiakirjojen perusteella muodostanut mahdollisimman kattavan kuvan niistä asioista, joiden pohjalta hoivan järjestämisen yhteiskunnallinen konteksti voidaan ymmärtää. Jaettua todellisuutta on joka tapauksessa se, että on ihmisiä jotka vanhenevat ja heille saattaa tulla hoivan tarpeita. Nämä ihmiset elävät suhteessa toisiinsa monin erilaisin sitein ja muodostavat laajemmassa mittakaavassa yhteiskunnan, jossa on erilaisia rakenteita ja instituutioita. Näiden katsotaan myös muodostavan sellaisen asian kuin hyvinvointivaltio. Hyvinvointivaltion rakenteet ja instituutiot puolestaan tarjoavat tukea ja palveluja ihmisille, joilla on hoivan tarpeita. Ihmiset ovat yleisesti yksimielisiä siitä, että nämä asiat todella tapahtuvat ja ovat olemassa. Jos niitä halutaan tutkia, ei ole muuta vaihtoehtoa kuin pukea havaintoja sanoiksi, käsitteellistää ilmiöitä ja muodostaa todellisuutta kuvaavia teorioita. Näiden käsitteiden ja teorioiden perusteella olen tehnyt osan tutkimuksestani.

Hoivan tuottamisen yhteiskunnallisen kontekstin lisäksi tarkastelin tutkimuksessani avun ja hoivan saamista sekä palvelujen käyttöä kahdella empiirisellä aineistolla. Kysely- ja haastatteluaineistojen yhdistäminen tarjosi mielestäni mahdollisuuden tarkastella, miten vanhukset kahdessa suomalaiskaupungissa saavat apua ja hoivaa sekä miten he mahdollisesti järjestävät tarvitsemiaan palveluja. Kysymykseen eriarvoisuudesta hoivan ja palvelujen suhteen ei olisi ollut mahdollista muodostaa vastausta, joka kertoo jotain sekä sen määrällisestä luonteesta että sen laadusta ilman kahdenlaista aineistoa. Kyselyaineiston avulla saatoinkin tutkia sitä, kuinka yleistä avun riittämättömyys on, miten paljon apua saadaan eri lähteistä ja millaiset sosiaaliset ja taloudelliset taustatekijät ovat yhteydessä avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Ilman haastatteluaineistoa nämä tiedot yksin olisivat kuitenkin tarjonneet suppeamman näkökulman siihen miten vanhukset ja heidän omaisensa järjestävät apua, hoivaa ja palveluja, millaista on avun riittämättömyys ja miten sosiaaliset ja taloudelliset tekijät käytännössä vaikuttavat palvelujen hankkimiseen.

Kirjallisuus

- Aaltonen, Elli (2005) Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(4), 432–439.
- Aaltonen, Elli (2004) Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Selvityshenkilöraportti. Työryhmämuistioita 2004: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Aaltonen, Tarja & Henriksson, Lea & Karttunen, Aija & Kivimäki, Riikka & Palukka, Hannele & Silvennoinen-Nuora, Leena & Tiilikka, Tiina & Valokivi, Heli (2009). Toimijat vanhusten hyvinvointipalveluja ohjaavissa kehittämissuunnitelmissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 37(3), 336–352.
- Aaltonen, Tarja & Henriksson, Lea & Tiilikka, Tiina & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (2014) Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheessa. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus. 244–270.
- Abrahamson, Peter (1997) The Scandinavian social service state in comparison. Teoksessa Jorma Sipilä (toim.) *Social care services: The key to the Scandinavian welfare model*. Aldershot, Avebury. 156–176.
- Ahonen, Kati & Bach-Othman, Jarna (2009) Vanhuusköyhyyden jäljillä – kotitalouden rakenteen merkitys sukupuolten välisiin köyhyysriskieroihin kahdeksassa EU-maassa. *Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita* 2009:8. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Ailasmaa, Reijo (2012) Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2009. Tilastoraportti, THL, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80259/Tr06_12.pdf?sequence=1 [Haettu 15.12.2013.]
- Alasuutari, Pertti (2004) Suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen. Miten muutos oli ideologisesti mahdollinen? *Yhteiskuntapolitiikka* 69(1), 3–16.
- Aldridge, Alan (2005) *The Market*. Cambridge: Polity.
- Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Helsinki: WSOY.

- Allardt, Erik (1993) *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research*. Teoksessa Marta Nussbaum & Amartya Sen (toim.) *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press. 88–94.
- Anttonen, Anneli (1990) *The feminization of the Scandinavian welfare state*. Teoksessa Leila Simonen (toim.) *Finnish debates on women's studies : women's worlds, realities and choices*. Tampere: University of Tampere, Research Institute for Social Sciences.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) *Suomalaista Sosiaalipolitiikkaa*. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, Anneli (2002) *Universalism and social policy: A Nordic-feminist reevaluation*. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 10(2), 71–80.
- Anttonen, Anneli & Sointu, Liina (2006) *Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa*. Helsinki: Stakes.
- Anttonen, Anneli (2009) *Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen*. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva –Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino. 54–98.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2010) *Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa*. *Janus* 18(2), 104–120.
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa (2011a): *From social citizenship to active citizenship? Tensions between policies and practices in Finnish elder care*. Teoksessa Janet Newman & Evelien Tonkens (toim.) *Active Citizenship: Participation, Responsibility, and Choice*. Amsterdam: Amsterdam University Press. 67–86.
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa (2011b) *Care 'Going Market': Finnish elderly care policies in transition*. *Nordic Journal of Social Research*, Special issue, 70–90
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Valokivi, Heli (2012) *Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu*. Teoksessa Anneli Anttonen, Arto Haveri, Juhani Lehto & Hannele Palukka (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla, Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press. 19–46.
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Stefánsson, Kolbeinn & Sipilä, Jorma (2012) *Universalism and the Challenge of Diversity*. Teoksessa Anneli Anttonen, Liisa Häikiö & Kolbeinn Stefánsson (toim.) *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham: Edward Elgar. 1–15.

- Anttonen, Anttonen & Sipilä, Jorma (2012) Universalism in the British and Scandinavian Social Policy Debates. Teoksessa Anneli Anttonen, Liisa Häikiö & Kolbeinn Stefansson (toim.) *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham: Edward Elgar. 16–41
- Arajärvi, Esa & Väyrynen, Riikka (2011) Yksityinen palveluntuotanto sosiaali- ja terveystaloudessa 2009. Tilastoraportti, THL. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr33_11.pdf [Haettu 2.10.2013.]
- Ascoli, Ugo & Ranci, Costanzo (2003) *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Plenum Publishers.
- Baldock, John (2003) On Being a Welfare Consumer in a Consumer Society. *Social Policy and Society* 2(1), 65–71.
- Bambra, Clare (2012) Social Inequalities in Health: the Nordic Welfare State in a Comparative Context. Teoksessa Jon Kvist, Johan Fritzell, Björn Hviden & Olli Kangas (toim.) *Changing Social Inequality: The Nordic Welfare Model in the 21st Century*. Bristol: The Policy Press. 143–164.
- Barbier, Jean-Claude (2001) Activating social protection and employment insurance, tlm.net working paper, http://www.siswo.uva.nl/tlm/root_files/WorkP05-26Barbier.pdf [Haettu 8.4.2013.]
- Bauman, Zygmunt (1998/2005) *Work, Consumerism and the New Poor*. Buckingham: Open University Press.
- Bhaskar, Roy (2008) *A Realist Theory of Science*. London, New York: Verso.
- Bergman, Manfred Max (2011) The Good, the Bad, and the Ugly in Mixed Methods Research and Design, *Journal of Mixed Methods Research* 5(4), 271–275.
- Bevir, Mark (2009) Key Concepts of Governance, “Enabling State.” <http://knowledge.sagepub.com/view/key-concepts-in-governance/n13.xml>, Sage. [Haettu 19.11.2013.]
- Blom, Björn (2001) The Personal Social Services in a Swedish Quasi-Market Context. *Policy and Politics* 29(1), 29–42.
- Blomberg, Helena & Kroll, Christian (1999) Who Wants to preserve the "Scandinavian Service State"? Attitudes to welfare services among the citizens and local government elites in Finland 1992-6. Teoksessa

- Stefan Svallfors & Peter Taylor-Gooby (toim.) *The End of the Welfare State? Public Attitudes to State Retrenchment*. London New York: Routledge. 52–86.
- Blomgren, Jenni & Martikainen, Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2006) Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(2), 167–178.
- Bonoli, Giuliano (2007) Time matters: Postindustrialization, new social risks, and welfare state adaptation in advanced industrial democracies. *Comparative Political Studies* 40(5), 495–520.
- Bonoli, Giuliano & George, Vic & Taylor-Gooby, Peter (2000) *European welfare futures: towards a theory of retrenchment*. Cambridge: Polity Press.
- Brady, David (2009) *Rich Democracies, Poor People: How Politics Explain Poverty*. Oxford: Oxford University Press.
- Burr, Vivien (1995) *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge
- Clarke, John & Newman, Janet (2007) What's in a name? New Labour's citizen-consumers and the remaking of public services. *Cultural Studies* 21(4-5), 738–757.
- Clarke, John & Newman, Janet & Westmarland, Louise. (2008) The Antagonisms of Choice: New labour and the reform of public services. *Social Policy and Society* 7(2), 245–253.
- Clasen, Jochen & Clegg, Daniel (2003) Unemployment Protection and Labour Market Reform in France and Great Britain in the 1990s: Solidarity Versus Activation? *Journal of Social Policy*, 32(3) 361–381.
- Clayton, Richard & Pontussen, Jonas (1998) Welfare-state retrenchment revisited: entitlement cuts, public sector restructuring, and inegalitarian trends in advanced capitalist societies, *World Politics*, 51(1), 67–98.
- Cox, Robert (2004) The Path-dependency of an Idea: Why Scandinavian Welfare States Remain Distinct. *Social Policy & Administration* 38(2), 204–219.
- Craig, Rachel & Mindell, Jennifer (2007) *Health Survey for England 2005*. London: The Information Centre.
- Creswell, John W. & Plano Clark, Vicki L. (2007) *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.

- Crouch, Colin (2011) *The Strange Death of Neoliberalism*. Cambridge: Polity Press.
- Daly, Mary & Lewis, Jane (2000) The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281–298.
- Daly, Mary (2001) Care policies in Western Europe. Teoksessa Mary Daly (toim.) *Care work, The quest for security*. Geneva: International Labour Office. 33–56.
- Daly, Mary (2002) Care as a good for Social Policy. *Journal of Social Policy* 31(2), 251–270.
- Danermark, Berth & Ekström, Mats & Jakobsen, Liselotte & Karlsson, Jan Ch. (2002) *Explaining Society: An Introduction to Critical Realism in the Social Sciences*. London: Routledge.
- Deakin, Nicholas & Walsh, Kieron (1996) The Enabling role of markets and contracts. *Public Administration*, 74(1), 33–47.
- Diener, Ed & Biswas-Diener, Robert (2002) Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social indicators Research* 57, 119–169.
- Dorling, Daniel (2010) *Injustice*. Bristol: Policy Press.
- Dwyer, Peter (2000) *Welfare Rights and Responsibilities: Contesting Social Citizenship*. Bristol: The Policy Press.
- Dwyer, Peter (2004) *Understanding Social Citizenship: Issues for Policy and Practice*. Bristol: Policy Press.
- Egger de Campo, Marianne (2007) Exit and voice: an investigation of care service users in Austria, Belgium, Italy, and Northern Ireland. *European Journal of Ageing* 4(2), 59–69.
- Eika, Kari H. (2009) The Challenge of Obtaining Quality Care: Limited Consumer Sovereignty in Human Services. *Feminist Economics* 15 (1), 113–137.
- Ellingsaeter, Anne Lise & Leira, Arnlaug (2006) *Politicizing Parenthood in Scandinavia*. Bristol: The Policy Press.
- Emmenegger, Patrick & Häusermann, Silja & Palier, Bruno & Seeleib-Kaiser, Martin (2010) *The Dualisation of European Societies? Background paper*, http://www.spsw.ox.ac.uk/fileadmin/documents/pdf/Dualisation_Workshop_-

The_Dualisation_of_European_Societies__Emmenegger_Haeusermann_Palier__Seeleib-Kaiser.pdf [Haettu 19.3.2013.]

- Eräsaari, Leena (2002) *Julkinen tila ja valtion yhtiöittäminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Esping-Andersen Gösta (1985) *Politics against Markets*. Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen Gösta (1990) *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Eriksen, Erik Oddvar & Weigård, Jarle (1999) *The End of Citizenship? New Roles Challenging the Political Order*, ARENA Working Papers WP 99/26, http://www.sv.uio.no/arena/english/research/publications/arena-publications/workingpapers/working-papers1999/wp99_26.htm [Haettu 4.4.2013.]
- Erikson, Robert (1993) *Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research*. Tukholma: Swedish Institute for Social Research.
- Euroopan Unionin perusoikeuskirja, 2007/C 303/01, <http://eur-lex.europa.eu/fi/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303FI.010001.01.htm>. [Haettu 12.6.2013.]
- Eurostat, *Statistical books (2010) Combating poverty and social exclusion, a statistical portrait of the European Union 2010*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF. [Haettu 26.3.2012.]
- Evers, Adalbert (1993) *The Welfare Mix Approach. Understanding the Pluralism of Welfare Systems*. Teoksessa Adalbert Evers & Ivan Svetlijk (toim.) *Balancing pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. Aldershot: Avebury.
- Ewald, François (1986) *L'état providence*. Paris: B. Grasset
- Ferrera, Maurizio & Rhodes Martin (2000) *Building a sustainable welfare state*. *West European Politics* 23(2), 257–282.
- Finch, Janet & Mason, Jennifer (1993) *Negotiating Family Responsibilities*. London: Routledge.
- Findikaattori (2014) *Pienituloiset*. <http://www.findikaattori.fi/fi/103>. [Haettu 24.6.2014.]
- Finne-Soveri, Harriet & Heikkilä, Rauha & Mäkelä, Matti & Asikainen, Janne & Vilkkö, Anni & Andersson, Sirpa & Hammar, Teija & Jokinen, Sari &

- Noro, Anja (2014) Mitä on huomioitava vanhusten laitoshoidoa vähennettäessä. Teoksessa Anja Noro & Hanna Alastalo (toim.). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014. Helsinki: THL.
- Forma, Pauli (2002) Suomalaisten sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielipiteet vuonna 2002. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes. 292–311.
- Forma, Pauli (2006) "Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina: Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004". Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Jyväskylä: Gummerus. 160–184.
- Forma, Pauli & Kallio, Johanna & Pirttilä, Jukka & Uusitalo, Roope (2007) Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Foster, James E. & Handy, Christopher (2008) External Capabilities, Oxford Poverty & Human Development Initiative, OPHI Working papers, <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/OPHI-wp08.pdf>. [Haettu 12.6.2013.]
- Friedman, Milton (2009, alkup. teos 1964) Capitalism and Freedom: Fortieth Anniversary Edition. Chicago: University of Chicago Press.
- Fritzell, Johan & Bäckman, Olof & Ritakallio, Veli-Matti (2012) Income inequality and poverty: do the Nordic countries still constitute a family of their own? Teoksessa Jon Kvist, Johan Fritzell, Björn Hvinden & Olli Kangas (toim.) Changing Social Inequality: The Nordic Welfare Model in the 21st Century. Bristol: The Policy Press. 165–186.
- Geerlings, Sandra & Pot, Anne & Twisk, Jos & Deeg, Dorly (2005) Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing & Society*, 25(1), 111–130.
- Gilbert, Neil (2002) Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility. Oxford: Oxford University Press.
- Gilbert, Neil & Gilbert, Barbara (1989) The Enabling State: Modern Welfare Capitalism in America. Oxford: Oxford University Press.
- Gingrich, Jane (2011) Making markets in the welfare state: the politics of varying market reforms. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goul Andersen, Jørgen (2007) Conceptualizing Welfare State Change, CCWS, Aalborg University,

http://www.socialpolicy.ed.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0009/10161/andersen_07_conceptualizing-change.pdf. [Haettu 12.11.2012.]

- Greener, Ian (2008) Markets in the public sector: when do they work, and what do we do when they don't? *Policy & Politics* 36(1), 93–108.
- Greve, Bent (2007) What Characterises the Nordic Welfare State Model, *Journal of Social Sciences* 3(2), 43–51.
- Haapola, Ilkka & Karisto, Antti & Seppänen Marjaana (2012) Ikääntyvien köyhyys ja sen heijastumat hyvinvointiin. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyiden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. Kuopio: Unipress.
- Haavio-Mannila, Elina & Majamaa, Karoliina & Tanskanen, Antti & Hämäläinen, Hans & Karisto, Antti & Rotkirch, Anna & Roos, JP (2009) Sukupolvien ketju, Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 107, Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Haavisto, Ilkka & Kiljunen, Pentti & Nyberg, Matti (2007) Satavuotias kuntotesissä - EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2007. http://www.eva.fi/wp-content/uploads/files/1783_satavuotias_kuntotestissa.pdf. [Haettu 12.1.2013.]
- Haavisto, Ilkka (2013) Kadonneen kasvun metsästäjät. EVAn arvo- ja asennetutkimus 2013. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2013/03/Kadonneen-kasvun-metsastajat.pdf>. [Haettu 12.6.2013.]
- Hagen, Kåre & Sitter, Nick (2006) Public Sector Reform and Economic Success: Nordic lessons to be learnt? 20th IPSA World Congress: Explaining Institutional Changes in Public Administrations. www.sogrc27.org/Paper/Fukuoka/Hagen_Sitter_Norway-IPSA.pdf. [Haettu 1.11.2012.]
- Hallitusohjelma 19.4.2007, Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma, Valtioneuvoston kanslia, <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/vanhanenII/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>. [Haettu 13.5.2012.]
- Hallitusohjelma 22.6.2011, Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma Valtioneuvoston kanslia.

<http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>. [Hattu 28.2.2012.]

- Hayek, Friedrich (1960) *The Constitution of Liberty*. Chicago: University of Chicago Press.
- Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (2002) Sosiaalinen raportointi ja muuttuva hyvinvoinnin käsite. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Helsinki: Stakes. 18–31.
- Heinola, Reija & Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja & Kauppinen, Sari & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi (2010) Vanhusten kotiin annettavat palvelut ja omaishoidon palvelut. Teoksessa Sari Kauppinen (toim.) *Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalveluiden tila – raportin tausta-aineisto*. THL, Raportti 9, 34–43, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f7be8e6-0385-46a0-902d-c2f3602193a0>. [Haettu 14.6.2013.]
- Heiskala, Risto & Luhtakallio Eeva (2006) Teoksessa Risto Heiskala & Eeva Luhtakallio (toim.) *Uusi jako –miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta?* Helsinki: Gaudeamus.
- Heiskala, Risto & Kantola, Anu (2010) *Vallan uudet ideat: hyvinvointivaltion huomasta valmentajavaltion valvontaan*. Teoksessa Petteri Pietikäinen (toim.) *Valta Suomessa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Held, Virginia (2006) *The Ethics of care: Personal, Political and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- Helldán, Anni & Helakorpi, Satu & Virtanen, Suvi & Uutela, Antti (2013) *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013*. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110841/URN_ISBN_978-952-302-051-1.pdf?sequence=1. [Haettu 24.4.2013.]
- Hernes, Helga Maria (1987) *Welfare State and Woman Power, Essays in State Feminism*. Oslo: Norwegian University Press.
- Hiilamo, Heikki (2010) *Tuloerot repesivät - kärsivätkö kansalaiset?* Teoksessa Heikki Taimio (toim.) *Hyvinvointivaltion suunta –nousu vai lasku?* Helsinki: Työväen sivistysliitto. 72–89.
- Himmelweit, Susan & Land, Hillary (2007) *Change, Choice and Cash in Social Care Policies: Some Lessons from Comparing Childcare and Elder Care*. Paper for the ESPANET conference in Vienna, Sept. 2007.

- HS Kotimaa 7.7.2013, Ministeriö luopuu hyvän hoidon tarkasta hoitajarajasta
<http://www.hs.fi/kotimaa/Ministeri%C3%B6+luopuu+hyv%C3%A4n+hoidon+tarkasta+hoitajarajasta/a1373081871637> . [Haettu 12.11.2013.]
- HS Kotimaa 10.6.2013 Ikäihmisten kotihoitoon ei tule hoitajamitoitusta,
<http://www.hs.fi/kaupun,ki/Ik%C3%A4ihmisten+kotihoitoon+ei+tule+hoitajamitoitusta/a1370750739828> . [Haettu 12.11.2013.]
- Hvinden, Björn & Johansson, Håkan (2007a) Opening citizenship: why do we need a new understanding of social citizenship? Teoksessa Björn Hvinden & Håkan Johansson (toim.) *Citizenship in Nordic Welfare States, Dynamics of Choice, Duties and Participation in a Changing Europe*. London: Routledge. 3–17.
- Hvinden, Björn & Johansson, Håkan (2007b) What do we mean by active citizenship? Teoksessa Björn Hvinden & Håkan Johansson (toim.) *Citizenship in Nordic Welfare States, Dynamics of Choice, Duties and Participation in a Changing Europe*. London: Routledge. 32–49.
- Häikiö, Liisa & Van Aerschoot, Lina & Anttonen, Anneli (2011): Vastuullinen ja valitseva kansalainen: vanhushoivapolitiikan uusi suunta, *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3), 239–250.
- Hänninen, Sakari (2009) Johan on markkinat – eriarvoisuus Suomen terveyspolitiikassa Teoksessa Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi –markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus. 48–78.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3.
- Jenson, Jane (2009) Redesigning Citizenship Regimes after Neoliberalism. Moving Towards Social Investment. Teoksessa Natalie Morel, Joakim Palme & Bruno Palier (toim.) *What Future for Social Investment?* Research Report 2/2009. Tukholma: Institute for Future Studies.
- Jenson, Jane & Sineau, Mariette (2001) The Care Dimension in Welfare State Redesign. Teoksessa Jane Jenson & Mariette Sineau (with Franca Bimbi, Anne-Marie Daune-Richard, Vincent Della Sala, Rianne Mahon, Bérengère Marques-Pereira, Olivier Paye & George Ross) *Who Cares? Women's Work, Childcare, and Welfare State Redesign*. Toronto: University of Toronto Press. 3–18.
- Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto (2007) *Määrällisiä tarinoita: monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*, Porvoo: WSOY.

- Jordan, Bill (1996) *A Theory of Poverty and Social Exclusion*. Cambridge: Polity Press.
- Jordan, Bill (2012) Making sense of the 'Big Society': Social work and the moral order. *Journal of Social Work*, 12(6), 630–646.
- Jutila, Merja (2011) Narrowing of public responsibility in Finland, 1990-2010. *Social Policy & Administration*, 45 (2), 194–205.
- Julkunen, Raija (2001) *Suunnanmuutos. 1900-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.
- Julkunen, Raija (2008) Yhteisvastuusta julkisen vastuun prioriteetteihin. Teoksessa Petteri Niemi ja Tuija Kotiranta (toim.) *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Helsinki: Palmenia. 146–182.
- Jyrkämä, Jyrki (2003) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino.
- Jyrkämä, Jyrki (2004) Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme, Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: Stakes.
- Jyrkämä, Jyrki (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet –aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö, Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS-kustannus. 195–218.
- Kallio, Johanna (2007) Kansalaisten asennoituminen kunnallisten palvelujen markkinoistumiseen vuosina 1996–2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (3), 239–254.
- Kallio, Johanna (2010) Hyvinvointipalvelujen muutos ja suomalaisten mielipiteet, *Janus* 18 (2), 170–177.
- Kalliomaa-Puha, Laura (2007) Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. *Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 90.
- Kangas, Olli (2009) Onko Suomi enää pohjoismainen hyvinvointivaltio? Teoksessa Heikki Taimio (toim.) *Kurssin muutos: Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin*. Helsinki: Työväensivistysliitto. 23–42.

- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008) Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 61/2008. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kananen, Johannes (2008) Kilpailukyky ja tuottavuus 2000-luvun sosiaalipolitiikassa *Yhteiskuntapolitiikka* 73(3), 239–249.
- Kananen, Johannes & Kantola, Anu (2009) Kilpailukyky ja tuottavuus. Teoksessa Johannes Kananen & Juho Saari (toim.) *Ajatuksen voima*. Helsinki: Minerva Kustannus Oy.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008) Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 61/2008.
- Karisto, Antti & Takala, Pentti (1990) *Suomi muuttuu, Näkökulmia elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutokseen*. Porvoo: WSOY.
- Karisto, Antti, & Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (1997) *Matkalla nykyaikaan*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Karisto, Antti (2004) Kolmas ikä: Uusi näkökulma väestön vanhenemiseen. Ikääntyminen voimavarana. *Tulevaisuusselonteon liiteraportti*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.
- Karisto, Antti & Haapola, Ilkka (2013) Elinympäristö. Teoksessa Antti Karisto, Ilkka Haapola & Mikael Fogelholm (toim.) *Vanhuusikä muutoksessa: Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012*. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisuja 72: 2013. 27–40.
- Karisto, Antti & Koskimäki, Tiina & Seppänen, Marjaana (2013) Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Antti Karisto, Ilkka Haapola & Mikael Fogelholm (toim.) *Vanhuusikä muutoksessa: Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012*. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisuja 72: 2013. 41–50
- Karsio, Olli & Anttonen, Anneli (2013) Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services. Teoksessa Gabrielle Meagher & Marta Zebehely (toim.) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30, Stockholm University.
- Kattainen, Eija & Muuri, Anu & Luoma, Minna-Liisa & Voutilainen, Päivi (2008) *Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille*. Teoksessa Moisio, Pasi, Karvonen, Sakari, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) *Suomalaisen hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 218–231.

- KASTE. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. STM.
- http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. [Haettu 3.6.2012.]
- Kautto, Mikko & Heikkilä, Matti & Hvinden, Björn & Marklund, Staffan & Ploug, Niels (1999) Introduction: the Nordic Welfare States in the 1990's. Teoksessa Mikko Kautto, Matti Heikkilä, Björn Hvinden, Staffan Marklund & Niels Ploug (toim.) Nordic social policy: changing welfare states. Lontoo: Routledge. 1–18.
- Kautto, Mikko & Palomäki, Liisa-Maria & Rantala, Juha & Tuominen, Eila (2009) Eläkeläisten tulot ja kokemukset toimeentulosta. Yhteiskuntapolitiikka 74 (3), 290–302.
- Kettunen, Pauli (2008) Globalisaatio ja kansallinen me. Tampere: Vastapaino.
- Kildal, Nanna & Kunhle, Stein (2005) The Nordic welfare model and the idea of universalism. Teoksessa Nanna Kildal & Stein Kunhle (toim.) Normative foundations of the welfare state. The Nordic experience. London: Routledge, 13–33.
- Knijn, Trudie & Selten, Peter (2006) The rise of contractualisation in the public sector. Teoksessa J.W. Duyvendak, Trudie Knijn & Monique Kremer (toim.) People, Policy and the New Professional. Amsterdam: Amsterdam University Press. 19–33.
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. THL: Raportti 36/2009. Helsinki: THL.
- Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009) Johdanto. Teoksessa Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi, Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus. 9–20.
- Korkman, Sixten (2011) Onko hyvinvointivaltio tulevaisuutta? Helsinki: Eva, <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2011/03/Hyvinvointivaltio.pdf>. [Haettu 11.4.2013].
- Korpi, Walter & Palme, Joakim (1998) The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63(5), 661–687.

- Koskiaho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Aromaa Arpo (2002) Terveys2000-tutkimuksen perustulokset, 12.1. Toimintakyky ja 13.1. Apu. Julkaisussa Arpo Aromaa & Seppo Koskinen (toim.) Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/13.1.html>. [Haettu 20.9.2011.]
- Kosonen, Pekka (1998) Pohjoismaiset mallit murroksessa. Tampere: Vastapaino.
- Kotitori, avain palveluihin (2013) <http://www.tampereenkotitori.fi/>. [Haettu 2.1.2014].
- Kotkas, Toomas (2009) Terveiden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa -menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. *Lakimies* 2/2009, 207–225.
- Kremer, Monique. (2006) Consumers in charge of care: the Dutch Personal Budget and its impact on the market, professionals and the family. *European Societies* 8(3), 385–401.
- Kröger, Teppo & Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2003) Social care in Finland: stronger and weaker forms of universalism. Teoksessa Anneli Anttonen, John Baldock & Jorma Sipilä (toim.) *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Countries*. Cheltenham: Edward Elgar. 25–54.
- Kröger, Teppo & Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana (2009) Sosiaalityö vanhuuden edessä Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus. 7–18.
- Kröger, Teppo (2009) Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva –Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino.
- Kröger, Teppo & Leinonen, Anu (2011) Home care in Finland. Teoksessa *LIVINDHOME. Living independently at home, Reforms in home care in 9 European countries*. SFI – The Danish National Centre for Social Research, <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/LIVINDHOME/LIVINDHOME.pdf>. [Haettu 24.4.2012].

- Kuhnle, Stein (2000) The Scandinavian welfare state in the 1990s: Challenged but viable. *West European Politics* 23(2), 209–228
- Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko (2010) From universalism to selectivism: the ideational turn of the anti-poverty policies in Finland. *Journal of European Social Policy* 20(3), 263–276.
- Kuusela, Pekka (2006) Realismi, kriittinen realismi ja sosiaalitieteet teoksessa Pekka Kuusela & Vuokko Niiranen (toim.) *Realismin haaste sosiaalitieteissä*. Kuopio: Unipress. 9–22.
- KvantiMOTIV (2004) Tilastollinen päättely.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/paattely/paattely.html>
 [Haettu 2.7.2014.]
- Kvist, Jon & Greve, Bent (2011) Has the Nordic Welfare Model Been Transformed? *Social Policy & Administration* 45(2), 146–160.
- Kvist, Jon & Fritzell, Johan & Hvinden, Björn & Kangas, Olli (2012) Changing social inequality and the Nordic welfare model. Teoksessa Jon Kvist, Johan Fritzell, Björn Hvinden & Olli Kangas (toim.) *Changing Social Inequality: The Nordic Welfare Model in the 21st Century*. Bristol: The Policy Press.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, Finlex,
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. [Haettu 14.2.2014]
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992, Finlex, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920733>. [Haettu 30.4.2013]
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569,
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569> [Haettu 23.3.2012.]
- Le Grand, Julian & Robinson, Ray (1984) *The economics of social problems: the market versus the state*. Lontoo: Macmillan.
- Le Grand, Julian (1997) Knights, Knaves or Pawns? Human Behaviour and Social Policy. *Journal of Social Policy*, 26(2), 149–169.
- Leira, Arnlaug (1994) Concepts of Caring, Loving, Thinking and Doing. *Social Service Review* 2, 187–201.

- Leira, Arnlaug & Saraceno, Chiara (2002) Care: Actors, relationships and contexts. Teoksessa Barbara Hobson, Jane Lewis & Birte Siim (toim.) *Contested Concepts in Gender and Social Politics*. Cheltenham: Edward Elgar. 55–83.
- Lister, Ruth (2009) A Nordic Nirvana? Gender, Citizenship, and Social Justice in the Nordic Welfare States. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 16(2), 242–278.
- Marshall, T.H (1950/2009) *Citizenship and Social Class*. Teoksessa Manza, Jeff & Sauder, Michael (toim.) *Inequality and Society*. New York: W.W. Norton & Co.
- Marshall, T.H (1964) *Class, Citizenship, and Social Development*. Garden City: Doubleday & Company.
- Mattila, Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Meagher, Gabrielle & Cortis, Natasha (2009) The political economy of for-profit care: theory and evidence. Teoksessa Debra King & Gabrielle Meagher (toim.) *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practice*. Sydney: Sydney University Press.
- Mikkola, Tuula (2009) “Tätä meidän elämää” –Tutkimus puolisoivon arjesta. Helsingin yliopisto: Yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Miller, Chris (2004) *Producing Welfare, A Modern Agenda*, Basingstoke: Palgrave.
- Miller, Robert (2003) *Abduction and Retroduction*. Teoksessa Robert Miller & John Brewer (toim.) *The A-Z of Social Research*. <http://srmo.sagepub.com/view/the-a-z-of-social-research/n1.xml>. [Haettu 27.3.2013.]
- Miller, David (1999) *Principles of Social Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Miliband, Edward (2005) Does Inequality Matter? Teoksessa Anthony Giddens & Patrick Diamond (toim.) *The New Egalitarianism*. Cambridge: Polity Press.
- Miettinen, Anneli (2008) Kotityöt, sukupuoli ja tasa-arvo: Palkattomaan työn jakamiseen liittyvät käytännöt ja asenteet Suomessa. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja E32/2008. Helsinki: Väestöliitto.

- Moisio, Pasi (2006) Suhteellinen köyhyys Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (6), 639–645.
- Mol, Annemarie (2008) *The Logic of care, Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Morel, Nathalie & Palier, Bruno & Palme, Joakim (2012) *Beyond the welfare state as we knew it*. Teoksessa Natalie Morel, Bruno Palier & Joakim Palme (toim.) *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol: Policy Press.
- Murto Jukka & Sainio Päivi & Pentala Oona & Koskela Timo & Luoma, Minna-Liisa, Koponen Päivikki & Kaikkonen, Risto & Koskinen, Seppo (2014) Vanhuspalvelulain vaikutukset ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja koettuun palvelutarpeeseen. www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki. [Haettu 4.7.2014.]
- Mäkelä, Tiina & Karisto, Antti & Valve, Raisa & Fogelholm, Mikael (2008) Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), 609–624.
- Newman, Janet & Vidler, Elizabeth (2006) Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care. *Journal of Social Policy* 35(2), 193–208.
- Newman, Janet & Clarke, John (2009) *Publics, Politics and Power: Remaking the Public in Public Services*. Lontoo: Sage.
- Newman, Janet & Tonkens, Evelien (2011) Responsibility, choice and participation. Teoksessa Janet Newman & Evelien Tonkens (toim.) *Participation, Responsibility and Choice -Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*. Amsterdam: Amsterdam University Press. 179–200.
- Niemelä, Mikko & Saarinen, Arttu (2012) The role of ideas and institutional change in Finnish public sector reform. *Policy & Politics* 40(2), 171–191.
- Niiniluoto, Ilkka (2006) Kriittinen tieteellinen realismi. Teoksessa Pekka Kuusela & Vuokko Niiranen (toim.) *Realismin haaste sosiaalitieteissä*. Kuopio: Unipress. 23–44.
- Noro, Anja & Mäkelä, Matti & Jussmäki, Teppo & Finne-Soveri, Harriet (2014) Ikäihmistien palveluiden kehityslinjoja 2000-luvulla. Teoksessa Anja Noro & Hanna Alastalo (toim.) *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013*. Raportti 13/2014. Helsinki: THL.

- Nygren, Lennart & Andersson, Margit & Eydal, Gudnyi, Hammarqvist, Sten-Erik & Rauhala, Pirkko-Liisa & Warming Nielsen, Hanne (1997) New policies, new words –the service concept in Scandinavian social policy. Teoksessa Jorma Sipilä (toim.) Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model. Aldershot: Avebury.
- Nylander, Olli (2008) KASTE:n paikka : arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelman merkityksestä. Yhteiskuntapolitiikka 73(4), 438–445.
- OECD (2008) OECD: Growing Unequal? Income distribution and poverty in OECD countries. Pariisi: OECD.
- OECD (2011) An Overview of Growing Income Inequalities in OECD Countries: Main Findings. <http://www.oecd.org/dataoecd/40/12/49170449.pdf>. [Haettu 13.12.2011.]
- OECD (2014) Social expenditure, Aggregated data http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG. [Haettu 2.6.2014.]
- Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry. Mitä omaishoito on. <http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>. [Haettu 5.3.2012.]
- Orloff, Ann Shola (1993) Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States. *American Sociological Review*, 58(3), 303–328.
- Osbourne, David & Gaebler, Ted (1993) Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York: Plume.
- Pajukoski, Marja (2011) Muuttuvatko sosiaaliset oikeudet? Teoksessa Elina Palola & Vappu Karjalainen (toim.) Sosiaalipolitiikka –Hukassa vai uuden jäljillä? Helsinki: THL.
- Palomäki, Liisa-Maria (2009) Mitkä tekijät selittävät pienituloisten eläkeläisten toimeentulokokemusten eroja? *Yhteiskuntapolitiikka* 74(5), 542–553.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen

- muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2007: 3.
- Pavolini, Emmanuele & Ranci, Constanzo (2008) Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European Countries. *Journal of European Social Policy* 18(3), 246–259.
- Phillips, Judith (2007) *Care*. Cambridge: Policy Press.
- Pierson, Paul (2001) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Pierson, Paul (2002) Coping with Permanent Austerity: welfare state restructuring in affluent democracies. *Revue Française de Sociologie* 43(2), 369–406.
- Platt, Lucinda (2011) *Understanding Inequalities, Stratification & Difference*. Cambridge: Polity Press.
- Potter, Jenny (1988) Consumerism and the Public Sector: How Well Does the Coat Fit? *Public Administration* 66(2), 149–164.
- Powell, Martin & Hewitt, Martin (2002) *Welfare State and Welfare Change*. Buckingham: Open University Press.
- Rantala, Juha & Suoniemi, Ilpo (2007) Eläkeläisten toimeentulo tulonjaon kokonaisuudessa. *Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2007:2*.
- Rauhala, Pirkko-Liisa (1996) Miten sosiaalipalvelut tulivat sosiaaliturvaan? Teoksessa Jorma Sipilä, Outi Ketola, Teppo Kröger & Rauhala, Pirkko-Liisa (toim.) *Sosiaalipalvelujen Suomi*. Juva: WSOY. 87–120.65–84.
- Raunio, Kyösti (1999) *Positivismi ja ihmistiede, Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt*. Helsinki: Gaudeamus.
- Riihelä, Marja & Sullström, Risto & Tuomala, Matti (2007) Tuloerojen kehitys ja verotus. Teoksessa Taimio Heikki (toim.) *Taloukasvun hedelmät – kuka sai ja kuka jäi ilman?* Helsinki: Työväen sivistysliitto. 65–84.
- Riihelä, Marja (2009) *Essays on income inequality, poverty and the evolution of top income shares*. Julkaisu 52. Helsinki: VATT.
- Rissanen Sari, Rahkonen Terhi, Hämäläinen K., Vatanen A. Eloniemi-Sulkava Ulla & Sulkava Raimo (2001) Yli 75-vuotiaiden vanhusten yksityisten ja julkisten lääkäri- ja kotipalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 56(8), 925–928.

- Rodger, John J. (2000) *From a Welfare State to a Welfare Society, the Changing Context of Social Policy in a Postmodern Era*. Houndmills: Macmillan.
- Ronkainen, Suvi (1999) *Ajan ja paikan merkitsemät: subjektiviteetti, tieto ja toimijuus*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rostgaard, Tine & Szebehely, Marta (2012) Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing* 9(2), 101–109.
- Rothstein, Bo (1998) *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. New York: Cambridge University Press.
- Rose, Nicholas (1999) *Powers of Freedom*. New York: Cambridge University Press.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. 9–38.
- Rättö, Hanna & Linnosmaa, Ismo & Kapiainen, Satu (2014) Ikääntyneiden palvelujen käytön ja kustannusten kehityslinjoja. Teoksessa Anja Noro & Hanna Alastalo (toim.) *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saari, Juho (2005) *Köyhyyspolitiikka*. Teoksessa Saari, Juho (toim.) *Köyhyyspolitiikka*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Saari, Juho (2011) Eriarvoisuus kasvun ja työllisyyden Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(1), 76–84.
- Saraceno, Chiara (2008) Gender and care: old solutions, new developments? The Annual Hirschman Lecture delivered at the European University in Florence in April 22, 2008, http://www.socialpolicy.ed.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0006/15693/saraceno_2008_gender_and_care.pdf. [Haettu 11.12.2012.]
- Scourfield, Peter (2006) "What matters is what works"? How discourses of modernisation have both silenced and limited debate on domiciliary care for older people. *Critical Social Policy* 26 (1), 5–30.
- Sevenhuijsen, Selma (1998) *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*. London: Routledge.

- Scott, John (2000) Rational Choice Theory. Teoksessa Gary Browning, Abigail Halcli & Frank Webster (toim.) Understanding Contemporary Society: Theories of the Present. London: Sage.
- Sihvola, Juha (2004) Maailmankansalaisen etiikka. Helsinki: Otava.
- Sipilä, Jorma (1996) Aluksi. Teoksessa Jorma Sipilä, Outi Ketola, Teppo Kröger & Pirkko-Liisa Rauhala (toim.) Sosiaalipalvelujen Suomi. Juva: WSOY. 9–22.
- Sipilä, Jorma (1997) Introduction. Teoksessa Jorma Sipilä (toim.) Social care services: The key to the Scandinavian welfare model. Aldershot, Avebury. 1–8.
- Sipilä, Jorma (1997) Introduction. Teoksessa Jorma Sipilä (toim.) Social care services: The key to the Scandinavian welfare model. Aldershot, Avebury, pp. 1–8.
- Sipilä, Jorma (2003) Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi. Janus 11(1), 23–38.
- Smith, Mark J. (1998) Social Science in Question. London: SAGE Publications in association with The Open University.
- Sointu, Liina (2009) Koti hoivan tilana. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva –Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino. 176–199.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Finlex,
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710> [Haettu 24.4.2013.]
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2011:1. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:1.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf. [Haettu 17.4.2013.]
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2011:3. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:3.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2006: 14. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006: 14.
- Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja (2010) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012: 1, http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. [Haettu 17.4.2013.]
- Sotkanet, Ikääntyneiden omaishoidon tuki: Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä 2000–2010, <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu?group=358>. [Haettu 28.2.2012.]
- Sotkanet, Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä 2010, <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=newPermalink>. [Haettu 26.1.2014.]
- Sotkanet, Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä 2012, <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=newPermalink>. [Haettu 26.1.2014.]
- Sotkanet, Tukipalvelua vuoden aikana saaneet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä, kunnan kustantamat palvelut, 2012 <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=newPermalink>. [Haettu 26.1.2014.]
- Sotkanet, Vanhainkotien 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä, 2000–2010. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=newPermalink>. [Haettu 23.3.2012.]
- Stefansson, Kolbein (2012) What is in a word? Universalism, ideology and practice. Teoksessa Anneli Anttonen, Liisa Häikiö & Kolbeinn Stefansson (toim.) Welfare State, Universalism and Diversity. Cheltenham: Edward Elgar. 42–68
- Streeck, Wolfgang & Thelen, Kathleen (2005) Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. Teoksessa Wolfgang Streeck & Kathleen Thelen (toim.) Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies. Oxford: Oxford University Press.
- STM 2011, Palvelut ja etuudet ikääntyneille http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet [Haettu 3.1.2012.]

- STM 2013, Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/yksityinen_sektori. [Haettu 13.1.2013.]
- STM 2014, Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, <http://www.stm.fi/hyvinvointi>
 [Haettu 13.6.2014.]
- Sulander, Tommi (2005) Functional ability and health behaviours – trends and associations among elderly people, 1985-2003. KTL A3/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Sulander, Tommi & Helakorpi, Satu & Nissinen, Aulikki & Uutela, Antti (2006) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B1/2006.
- Suomen virallinen tilasto (2009) Tulonjakotilasto. Pienituloisuus. 2. Pienituloisuus väestöryhmittäin . Helsinki: Tilastokeskus.
http://www.tilastokeskus.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_kat_002_fi.html. [Haettu: 11.3.2011.]
- Suomen virallinen tilasto, Tulonjaon kokonaistilasto (2012) Tuloerot kasvussa myös vuonna 2011. Helsinki: Tilastokeskus.
http://www.stat.fi/til/tjkt/2011/tjkt_2011_2012-12-14_tie_001_fi.html. [Haettu 21.3.2013.]
- Suomen virallinen tilasto, Väestöennuste (2012) Helsinki: Tilastokeskus.
http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html. [Haettu 3.7.2014.]
- Suomen virallinen tilasto, Väestö (2012) Helsinki: Tilastokeskus
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoennuste.
 [Haettu: 3.7.2014.]
- Suomen virallinen tilasto, Tulonjakotilasto 2010 (2012) Pienituloisuus (ennakkotiedot).
http://www.stat.fi/til/tjt/2010/02/tjt_2010_02_2012-01-25_fi.pdf.
 [Haettu 14.3.2010.]
- Sutela, Marja (2001) Kuntalaisen roolin muutos: asukkaasta asiakkaaksi – tarkastelukohteena sosiaalihuollon asiakaslähtöisyys. Oikeus 30(4), 418–436.
- Szebehely, Marta (2003) Den nordiska hemjtänsten – bakgrund och omfattning. Teoksessa Marta Szebehely (toim.) Hembjälp i Norden –illustrationer och reflektioner. Lund: Studentlitteratur. 23–61.

- Szebehely, Marta (2005) Care as employment and welfare provision – Child care and elder care in Sweden at the dawn of the 21st Century. Teoksessa Hanne Marlene Dahl & Tine Rask Eriksen (toim.) *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. Continuity and Change*. Aldershot: Ashgate. 80–97.
- Szebehely, Marta (2011) Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Teoksessa Laura Hartman (toim.) *Konkurrenssens konsekvenser. Vad händer med Svensk välfärd?* Stockholm: SNS förlag. 215–257.
- Taimio, Heikki (2010) Johdanto. Teoksessa Heikki Taimio (toim.) *Hyvinvointivaltion suunta – nousu vai lasku?* Työväen sivistysliitto. 7–19.
- Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva yleissopimus (1966) 1976, Finlex
<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1976/19760006>.
 [Haettu 12.6.2013.]
- Tampereen kaupunki (2012) Opas ikäihmisille.
http://www.tampere.fi/material/attachments/o/662H1a3IE/opas_ik_aihmisille.pdf. [Haettu 21.11.2013.]
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 48/2011, 3651 – 3657.
- Taylor-Gooby, Peter (1999) Markets and Motives: Trust and Egoism in Welfare Markets. *Journal of Social Policy* 28(1), 97–114.
- Taylor-Gooby, Peter (2009) *Reframing Social Citizenship*. Oxford: Oxford University Press.
- Teddlie, Charles & Tashakkori, Abbas (2009) *Foundations of mixed methods research: integrating qualitative and quantitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: Sage.
- Tedre, Silva (2007) Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö, Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Temmes, Markku & Kiviniemi, Markku (1997) *Suomen hallinnon muuttuminen 1987–1995*. Helsinki: Edita.
- Timonen, Virpi (2009) *Ageing Societies: A Comparative Introduction*. Buckingham: Open University Press.

- Topo, Päivi (2009) Asiakkaana iäkkäille suunnatuissa palveluissa. Teoksessa Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi –markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus. 227–247.
- Topo, Päivi (2011) Social Protection of Older People in Finland from the Eighteenth to the Twenty-First Centuries: Messages for Current Policy and Practice from an Historical Analysis. *British Journal of Social Work*, 41(5), 876–893.
- Tritter, Jonathan & Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva (2010) *Globalisation, Markets and Healthcare Policy*. Lontoo: Routledge.
- Tronto, Joan (1993) *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tuomala, Matti (2009) *Julkistalous*. Helsinki: Gaudeamus.
- Töttö, Pertti (1996) Pirullinen positivismi, kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle, Jyväskylän yliopiston julkaisusarja n:o 41.
- Töttö, Pertti (2006) Kriittinen realismi ja sosiaalitieteiden menetelmät. Teoksessa Pekka Kuusela & Vuokko Niiranen (toim.) *Realismin haaste sosiaalitieteissä*. Kuopio: Unipress. 45–76.
- Vaalavuo, Maria (2011) *Towards an Improved Measure of Income Inequality. The Impact of Public Services on Income Distribution – An International Comparison*. European University Institute: Department of Political and Social Sciences. http://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/18644/2011_VAALA_VUO.pdf?sequence=2. [Haettu 16.6.2014.]
- Vaalvuo, Maria (2014) Ageing society, public spending and income distribution. Paper for FISS-conference, Sigtuna, 2.-4. June 2014
- Vaarama, Marja & Hakkarainen, Anne & Laaksonen, Seppo (1999) *Vanhusbarometri 1998*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vaarama, Marja & Kainulainen, Sakari & Perälä, Marja-Leena & Sinervo, Timo (1999) *Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu*. Aiheita 46/1999. Helsinki: Stakes.

- Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes. 120–143.
- Vaarama, Marja (2004) Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut –nykytila ja vuosi 2015. Julkaisussa Ikääntyminen voimavarana, Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, <http://vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>. [Haettu 4.5.2012.]
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes. 104–133.
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati (2008) Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes. 116–139.
- Vaarama, Marja (2008) Syvenevä jako hyvä- ja huono-osaisiin on ikääntyvän yksilön ja yhteiskunnan yhteinen riski. Futura 4/2008.
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi (2009) Hyvinvointivaltiomallin legitimitetti. Julkaisussa Marja Vaarama (toim.) Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009, <http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantyminen-riskina-ja-mahdollisuutena/pdf/fi.pdf>. [Haettu 24.5.2013.]
- Vabø, Mia (2009) New public Management: The neoliberal way of governance. Working paper no 4. University of Island, http://thjodmalastofnun.hi.is/sites/thjodmalastofnun.hi.is/files/skrar/working_paper_4-2009.pdf. [Haettu 19.11.2013.]
- Vabø, Mia & Szebehely, Marta (2012) A Caring State for all Older People? Teoksessa Anneli Anttonen, Liisa Häikiö & Kolbeinn Stefansson (toim.) Welfare State, Universalism and Diversity. Cheltenham: Edward Elgar.
- Valkonen, Pinja (2012) Mitä mieltä hyvinvointivaltiosta? Kuinka laajaa on hyvinvointivaltion kannatus Suomessa. Pro gradu –tutkielma, Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40400/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201211213052.pdf?sequence=1>. [Haettu 5.8.2013.]

- Van Aerschot, Paul (2011) *Activation Policies and the Protection of Individual Rights : A Critical Assessment of the Situation in Denmark, Finland and Sweden*. Farnham: Ashgate.
- Van Aerschot, Lina & Valokivi, Heli (2012) *Kuluttajuus ja pienet tulot -Ikäihmisten apu, hoiva ja palvelut Jyväskylässä ja Tampereella*. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) *Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja*. Kuopio: Unipress. 249–274.
- Verbist, Gerlinde & Förster, Michael J. & Vaalavuo, Maria (2012) *The Impact of Publicly Provided Services on the Distribution of Resources: Review of New Results and Methods*". OECD: Social, Employment and Migration Working Papers, No. 130. OECD Publishing.
- Veronmaksajain keskusliitto (2010) *Kotitalousvähennys ja työn tekemisaikaa*. <http://www.veronmaksajat.fi/omatveroasiat/kotitalousvahennys/tyontelemisaikaa/>. [Haettu 19.1.2011.]
- Vero.fi (2013) *Kotitalousvähennys*, <https://www.vero.fi/fi-FI/Henkiloasiakkaat/Kotitalousvahennys>. [Haettu 11.11.2013.]
- Vilkko, Anni & Finne-Soveri, Harriet & Heinola, Reija (2010) *Ikäihmisen palvelutarpeet ja saatu apu*. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 44–59.
- Vilkko, Anni & Muuri, Anu & Finne-Soveri, Harriet (2010) *Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa*. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 60–77.
- Virnes (2013) *Kunnat.net, Omaishoidontuki*, <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/omaishoidontuki/Sivut/default.aspx>. [Haettu 1.10.2013.]
- Virnes (2013) *Kunnat.net, Vanhuspalvelulaki*, <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhuspalvelulaki/Sivut/default.aspx>. [Haettu 1.10.2013.]
- Vuorento, Reijo & Kiander, Jaakko (2010) *Kuntatalous ja hyvinvointipalvelut*. Teoksessa Heikki Taimio (toim.) *Hyvinvointivaltion suunta – nousu vai lasku?* Helsinki: Työväen Sivistysliitto. 132–153.

- Väyrynen, Riikka (2011) Yksityiset sosiaalipalvelut 2010. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2011. THL. http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2011/Tr25_11.pdf. [Haettu 1.12.2013.]
- Walker, Alan (1984) Privatisation and the welfare state. Teoksessa Julian Le Grand & Ray Robinson (toim.). *Economics of Social Problems: the state versus the market*. Lontoo: Macmillan.
- Waerness, Kari (1984) The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy* 5, 185–211.
- Waerness, Kari (2005) Social Research, Political Theory and the Ethics of Care in a Global Perspective. Teoksessa Hanne Marlene Dahl & Tine Rask Eriksen (toim.) *Dilemmas of Care on the Nordic Welfare State: Continuity and Change*. Aldershot: Ashgate. 15–30.
- Wilkinson, Richard G. & Pickett, Kate (2009) *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. New York: Bloomsbury Press.
- Wistow, Gerald & Knapp, Martin & Hardy, Brian & Julien Forder & Kendall, Jeremy & Manning, Rob (1996) *Social Care Markets: Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press.
- Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2012) Vanhuusköyhyyden kokemus –Sosiaalityön tulkintaa. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) *Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja*. Kuopio: Unipress. 301–326.
- Zaidi, Asghar (2008) *Well-being of Older People in Ageing Societies*. Vienna: Ashgate.
- Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009) Ristiriitainen omaishoiva –läheisten auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva –Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino. 126–153.
- Zechner, Minna (2007) Puolisoietaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus. 139–166.
- Zechner, Minna (2010) Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1543.

- Zechner, Minna (2012) Palveluseteli vanhus­hoivan yksityistämisen välineenä. Teoksessa Minna Zechner (toim.) Julkiset sosiaalipalvelut muutoksessa: Markkinat, mittarit ja ennakointi. Seinäjoki: Anja Mäntylän rahasto. 47–66.
- Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2012) Negotiating care in the context of Finnish and Italian elder care policies. *European Journal of Ageing*, 9(2), 131–140.

Arki, apu ja palvelut

Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin rastittamalla sopivat vastausvaihtoehdot tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Täytättekö lomakkeen yksin vai jonkun toisen avustamana?

- 1 Täytän lomakkeen itse
- 2 Täytän lomakkeen yhdessä omaisen, ystävän tai avustajan kanssa
- 3 Lomakkeen täyttää vastaajan puolesta muu henkilö

2. Mikä on sukupuolenne?

- 1 Nainen
- 2 Mies

3. Mikä on syntymävuotenne? 19_____

4. Mikä on tämänhetkinen siviilisäätynne?

- 1 Naimisissa
- 2 Avoliitossa
- 3 Naimaton
- 4 Leski
- 5 Eronnut
- 6 Rekisteröity parisuhde

5. Kuinka monta elossa olevaa lasta Teillä on? _____ poikaa _____ tytärtä

6. Kuinka monta elossa olevaa sisarusta Teillä on? _____

7. Missä asutte?

- 1 Kaupungin keskustassa tai sen välittömässä läheisyydessä
- 2 Lähiössä tai esikaupungissa
- 3 Haja-asutusalueella

8. Minkälaisessa asunnossa asutte?

- 1 Vuokralla palvelu- tai senioritalossa
- 2 Ikäihmisille tarkoitettussa vuokra-asunnossa.
- 3 Vuokra-asunnossa muualla
- 4 Omistusasunnossa palvelu- tai senioritalossa
- 5 Omassa omistusasunnossa muualla
- 6 Jossain muualla, missä? _____

9. Millaisessa talossa asutte?

- 1 Omakotitalossa
2 Rivitalossa
3 Kerrostalossa
4 Muussa, missä? _____

10. Asutteko

- 1 Yksin
2 Puolison kanssa
3 Puolison kanssa, mutta hän asuu osan aikaa hoitolaitoksessa
4 Lasten/lapsen kanssa
5 Muiden ihmisten kanssa, kenen/keiden? _____

11. Montako ihmistä taloudessanne asuu yhteensä Teidät mukaan lukien? _____

12. Kuinka usein olette yhteydessä läheistenne kanssa?

Jos teillä on useita läheisiä samasta ryhmästä, vastatkaa kustakin ryhmästä sen henkilön mukaan, jonka kanssa olette tekemisissä useimmin.

	Lähes päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin	Minulla ei ole kyseistä läheistä
Tytär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lapsenlapsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miniä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vävy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sisarus / sisarukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut sukulaiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ystävät, tuttavat, naapurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys koskee vain niitä vastaajia, joiden puoliso asuu hoitolaitoksessa. Muut voivat siirtyä kysymykseen 14.

13. Jos puolisonne asuu hoitolaitoksessa, kuinka usein tapaatte häntä?

- 1 Lähes päivittäin
2 Viikoittain
3 Kuukausittain
4 Harvemmin

Arjen sujuminen

Toivomme teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin mahdollisimman tarkasti, vaikka kaikki niistä eivät tuntuisikaan kohdallanne ajankohtaisilta. Näin saamme kuvan kaikkien 75 vuotta täyttäneiden arkielämästä ja mahdollisesta avuntarpeesta.

14. Miten selviydte itse seuraavista asioista?

	Selviydyn ilman vaikeuksia	En selviydy itse, mutta saan riittävästi apua	En selviydy itse ja tarvitsisin enemmän apua kuin mitä saan nyt
Kulkeminen harrastuksiin, tapaamisiin tai kylään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokaostokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotiavun tai muiden palveluiden hankkiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pankkiasioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kodin pienet korjaus- ja kunnostustyöt tai pihatyöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruoanlaitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeiden ottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuoteesta nouseminen/vuoteeseen meno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC:ssä käyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen/riisuutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Jos olette tarvinnut viimeisen vuoden aikana apua, ketkä teitä ovat auttaneet ja kuinka usein?

Jos teillä ei ole kyseistä läheistä, voitte jättää rivin tyhjäksi.

	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin	En saa apua tältä taholta
Puoliso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tytär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miniä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vävy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lastenlapset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut omaiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ystävät, tuttavat, naapurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaupungilta saatu kotipalvelu, kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itse ostettu yksityinen palvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapaaehtois-työnä saatu apu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Korvaatteko tai palkitsetteko läheisiltänne saamanne avun jollakin tavalla?

- 1 En
- 2 Kyllä, teen vastapalveluksen
- 3 Kyllä, annan jonkin lahjan
- 4 Kyllä, maksan korvauksen
- 5 Muulla tavalla, millä? _____

17. Tarvitsetteko jotain apuvälineitä säännöllisesti?

- 1 En käytä apuvälineitä
- 2 Käytän seuraavia apuvälineitä: _____

18. Saatteko riittävästi apua?

- 1 En tarvitse apua
- 2 Saan tarpeeksi apua
- 3 En saa tarpeeksi apua.
Tarvitsisin lisää apua seuraavissa asioissa: _____

19. Jos valitsitte edellisessä kysymyksessä vaihtoehdon 'en saa tarpeeksi apua', niin mistä arvelette sen johtuvan?

Voitte valita useampia vaihtoehtoja

- 1 Minulla ei ole omaisia tai läheisiä, jotka voisivat auttaa
- 2 En halua apua
- 3 En tiedä mistä saisin apua
- 4 En tiedä, onko tarvitsemiani palveluja tai apuvälineitä tarjolla
- 5 Palvelumaksut ovat liian korkeita
- 6 Avun/palvelujen hankkiminen tuntuu minusta liian työläältä
- 7 Olen pyytänyt palveluja tai apuvälineitä, mutta en ole saanut
- 8 Palvelujen sisältö ja/tai laatu eivät vastaa toiveitani
- 9 Muu peruste, mikä? _____

20. Jos avuntarpeenne lisääntyy, mistä tai keneltä haluaisitte mieluiten saada apua? Valitkaa tärkein tai kaksi tärkeintä vaihtoehtoa.

- 1 Puolisolta
- 2 Tyttareltä
- 3 Pojalta
- 4 Muilta sukulaisilta
- 5 Ystäviltä, tuttavilta, naapureilta
- 6 Kaupungin kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta
- 7 Itse ostetuista yksityisistä palveluista
- 8 Järjestöjen tai yhdistysten vapaaehtoistyönä tarjoamasta avusta

21. Annatteko säännöllisesti apua tai hoivaa jollekin läheiselle?

- 1 Kyllä
- 2 En

22. Jos annatte apua tai hoivaa läheisellenne, niin saatteko kunnan myöntämää omaishoidon tukea?

Valitkaa vain yksi vastausvaihtoehto.

- 1 Saan omaishoidon tukea
- 2 Olen hakenut omaishoidon tukea, mutta sitä ei ole myönnetty
- 3 En ole hakenut omaishoidon tukea
- 4 En ole selvittänyt olisinko oikeutettu siihen

23. Jos annatte apua tai hoivaa, niin kenelle?

Seuraavat kysymykset 24 ja 25 ovat vain niille, jotka antavat apua tai hoivaa jollekin. Muut voivat siirtyä suoraan kysymykseen 26.

24. Kuinka usein annatte apua tai hoivaa?

- 1 Päivittäin
- 2 Viikoittain
- 3 Kuukausittain
- 4 Harvemmin

25. Onko antamanne apu

- 1 Taloudellisesta tukea
- 2 Pienten lasten hoitoa
- 3 Kodinhoitoa
- 4 Kotiavun tai muiden palveluiden hankkimista
- 5 Henkilökohtaista hoivaa tai avustusta
- 6 Korjaus-, rakennus- tai pihatöitä
- 7 Muuta, mitä? _____

Palvelut

Seuraavaksi pyydämme Teitä arvioimaan palveluja yleensä ja omia kokemuksianne niistä.

26. Mihin suuntaan Teidän mielestänne sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kehittyneet kymmenen viime vuoden aikana?

- 1 Kohentuneet
- 2 Pysyneet ennallaan
- 3 Huonontuneet
- 4 En osaa sanoa

27. Mistä saatte tai hankitte käyttämäne palvelut?

Palveluilla ei tarkoiteta läheisiltä saatua apua.

Vastatkaa niiden palveluiden osalta, joita käytätte.

	Käytän kunnallista palvelua	Olen saanut palvelusetelin, jolla hankin kunnan tukemaa yksityistä palvelua	Ostan yksityisen yrityksen tai järjestön tuottamaa palvelua	En osaa sanoa kuka käyttämäni palvelun tuottaa
Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauppapalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turvapuhelin tai -ranneke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauna- tai kylvetyspalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kodin muutostyöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelu- tai päiväkeskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotipalvelu tai kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhainkodin tai terveyskeskuksen lyhytaikaishoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelutalopaikka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Mikä näistä (ks. kysymys 27) palveluista on teille tärkein?

**29. Jos ajattelette edellisessä kysymyksessä (28) tärkeimmäksi valitsemaan-
ne palvelua, mitä mieltä olette seuraavista asioista?**

	Samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Eri mieltä
Palvelun hinta on sopiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelu on laadukasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelu on ollut luotettavaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelu on helppo saada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelua on helppo käyttää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelu vastaa avuntarvettani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. Jos käyttämissänne sosiaali- ja terveystalvuuissa on tapahtunut muutoksia,
niin millaisia ne ovat?**

1 Muutoksia laadussa _____

2 Muutoksia hinnassa _____

3 Muutoksia saatavuudessa _____

31. Mistä olette saanut tiedon niistä palveluista joita käytätte?

Valitkaa yksi tai kaksi kohdallanne sopivaa vaihtoehtoa.

- 1 Terveystalvuuksen omalääkäriltä
- 2 Terveystalvuuksen tai neuvolan sairaanhoitajalta
- 3 Kotihoidon henkilökunnalta
- 4 Sosiaalityöntekijältä
- 5 Kotitorilta (Tampere) / Seniori-infosta (Jyväskylä)
- 6 Olen itse hankkinut tietoa palveluista
- 7 Läheiseni tai omaiseni ovat neuvoneet minua tai hankkineet minulle tietoa ja palveluja
- 8 Järjestöltä tai vapaaehtoistyöntekijältä
- 9 Muualta, mistä? _____

32. Minkä tahon ikäihmisille tuottamia palveluja tulisi lisätä nykyiseen verrattuna?

Valitkaa mielestänne tärkein vaihtoehto.

- 1 Julkisia sosiaali- ja terveystalvaeluja
- 2 Palvelusetelillä hankittavia eli kunnan maksamia ja yksityisten tuottamia palveluja
- 3 Yksityisiä sosiaali- ja terveystalvaeluja
- 4 Vapaaehtoistyötä tekevien järjestöjen palveluja
- 5 Seurakuntien palveluja
- 6 Ei minkään
- 7 En osaa sanoa

Seuraavat kaksi kysymystä (33 ja 34) ovat vain niille, jotka ostavat yksityisiä palveluja yrityksiltä tai järjestöiltä.

33. Millä tavoin olette rahoittanut käyttämänne yksityiset palvelut?

Valitkaa kaikki Teidän kohdallanne paikkansa pitävät vaihtoehdot.

- 1 Olen hyödyntänyt kotitalousvähennyksen
- 2 Olen maksanut palvelun kokonaan itse
- 3 Läheiseni on maksanut palvelun
- 4 Olen hyödyntänyt palveluseteliä niin, että olen käyttänyt lisäksi omaa rahaani saadakseni lisäpalveluja

34. Miksi ostatte yksityisiä palveluja?

Valitkaa kohdallanne paikkansa pitävät vaihtoehdot.

- 1 Olen saanut kaupungilta kielteisen päätöksen koskien jotakin tarvitsemaani palvelua
- 2 En ole saanut tarvitsemiani palveluja kaupungilta riittävän nopeasti
- 3 Yksityiset palvelut ovat mielestäni laadukkaampia kuin julkiset palvelut
- 4 Yksityisten palvelujen käyttäminen on mielestäni vaivattomampaa kuin julkisten palvelujen käyttäminen
- 5 Olen halunnut lisäpalveluja, joita kaupunki ei tarjoa
- 6 Käytän mieluummin yksityisiä kuin julkisia palveluja
- 7 Muu syy, mikä? _____

Seuraava kysymys 35 on vain niille, jotka eivät käytä lainkaan yksityisten yritysten tai järjestöjen palveluja:

35. Miksi ette käytä yksityisiä palveluja?

Valitkaa kaikki Teidän kohdallanne paikkansa pitävät vaihtoehdot.

- 1 En tarvitse palveluja
- 2 Saan kaikki tarvitsemiani palvelut kaupungilta
- 3 Tarvitsemaani palvelua ei ole saatavilla yksityisellä sektorilla
- 4 Yksityiset palvelut ovat liian kalliita
- 5 Yksityisen sektorin palveluja on ollut liian hankala hankkia
- 6 En tiedä mitä palveluja yksityisellä sektorilla on tarjolla
- 7 Käytän mieluummin julkisia kuin yksityisiä palveluja
- 8 Muu syy, mikä? _____

Seuraava kysymys 36 on vain niille, jotka eivät käytä lainkaan kunnallisia palveluja:

36. Jos ette käytä kunnallisia palveluja, niin miksi?

Valitkaa kohdallanne kaikki paikkansa pitävät vaihtoehdot.

- 1 En tarvitse palveluja
 - 2 En usko saavani palveluja, vaikka mielestäni tarvitsisin niitä
 - 3 Olen hakenut palveluja, mutten ole saanut niitä
 - 4 Asiakasmaksut ovat mielestäni liian kalliita
 - 5 En halua kunnallisia palveluja
 - 6 En tiedä miten saisin kunnallisia palveluja
 - 7 Palvelut eivät vastaa tarpeitani tai toiveitani
 - 8 Muu syy, mikä? _____
-

37. Keneltä haluaisitte mieluiten saada apua arjen sujumiseksi, jos avuntarpeenne lisääntyy tulevaisuudessa?

Valitkaa yksi tai kaksi tärkeintä vaihtoehtoa.

- 1 Puolisolta
- 2 Tyttäreiltä
- 3 Pojalta
- 4 Lapsenlapsilta
- 5 Muilla omaisilta
- 6 Tuttavilta, naapureilta
- 7 Kaupungin kotipalvelulta tai kotisairaanhoidolta
- 8 Seurakunnalta tai järjestöltä
- 9 Yksityiseltä yritykseltä
- 10 Muulta taholta, keneltä tai mistä? _____

Lopuksi kysymme vielä joitakin taustatietoja.

38. Mikä seuraavista vaihtoehdoista parhaiten kuvaa tämänhetkistä terveydentilaanne?

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskinertainen
- 4 Melko huono
- 5 Huono
- 6 En osaa sanoa

39. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma, joka haittaa jokapäiväistä elämäännne?

- 1 Ei yhtään
- 2 Yksi
- 3 Useampia
- 4 En osaa sanoa

40. Jos teillä on sairaus tai vamma, kuinka paljon siitä on haittaa?

- 1 Vähän
- 2 Jonkin verran
- 3 Melko paljon
- 4 Erittäin paljon
- 5 En osaa sanoa

41. Onko Teillä muistamisvaikeuksia?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Jonkin verran
- 3 Paljon
- 4 En osaa sanoa

42. Mikä on Teidän peruskoulutuksenne?

- 1 Osa kansakoulusta, kiertokoulu tai vastaava
- 2 Kansakoulu kokonaan
- 3 Keskkoulu
- 4 Ylioppilastutkinto
- 5 En osaa sanoa

43. Mikä on Teidän ammatillinen koulutuksenne?

- 1 Ei ammatillista koulutusta
- 2 Ammattikurssi
- 3 Ammatillinen tutkinto
- 4 Korkeakoulututkinto

44. Miten kuvailisitte nykyistä taloudellista tilannettanne?

- 1 Rahat eivät riitä välttämättömään kulutukseen
- 2 Rahat riittävät juuri ja juuri
- 3 Rahat riittävät sopivasti
- 4 Rahaa jää säästöön
- 5 En osaa sanoa

45. Paljonko kotitaloudellanne on käytettävissä rahaa kuukaudessa (nettotulot), kun otetaan huomioon kaikki tulot eri lähteistä?

- 1 Vähemmän kuin 500 euroa
- 2 500 – alle 750 euroa
- 3 750 – alle 1000 euroa
- 4 1000 – alle 1250 euroa
- 5 1250 – alle 1500 euroa
- 6 1500 – alle 2000 euroa
- 7 2000 – alle 2500 euroa
- 8 2500 – alle 3000 euroa
- 9 yli 3000 euroa
- 10 En osaa sanoa

Jos haluatte kertoa muita näkemyksiänne tai kokemuksiänne sosiaali- tai terveyspalveluista, seuraavilla riveillä on siihen tilaa.

Suuret kiitokset vastauksestanne!

Olemme erittäin kiinnostuneita kuulemaan kokemuksianne sosiaali- ja terveyspalveluista, esim. tilanteista joissa ette ole saaneet riittävästi apua. Mikäli olette halukas kertomaan näkemyksistänne lisää, kirjoittakaa nimenne ja puhelinnumeronne tähän, niin saatamme ottaa yhteyttä. Yhteystietonne jäävät vain tutkijoiden tietoon eikä niitä liitetä lomakkeeseen.

Kyllä

Nimi: _____

Puhelinnumero: _____