

## HYVÄÄ ELÄMÄÄ EI VOI MITATA RAHASSA?

Tutkielma vaikeasti vammaisen lapsen perheen  
kunnallisten hyvinvointipalveluiden taloudellisista  
vaikutuksista

Maarit Nyman  
Pro gradu tutkielma  
Eriyispedagogiikka  
Kasvatustieteiden laitos  
Turun yliopisto  
Huhtikuu 2010

Totisesti, etsimme toimeentuloa pääasiassa sen avun vuoksi, joka sillä on tarjota hyvän elämän saavuttamiseksi – elämän jota meidän on syytä arvostaa.

- Amartya Sen, 1995 Innocenti Lecture of UNICEF

TURUN YLIOPISTO

Kasvatustieteiden laitos/ Kasvatustieteellinen tiedekunta

MAARIT NYMAN:

Hyvää elämää ei voi mitata rahassa? Tutkielma vaikeasti vammaisen lapsen perheen kunnallisten hyvinvointipalveluiden taloudellisista vaikutuksista

Tutkielma, 84 s., 1 liites.

Erityispedagogiikka

Maaliskuu 2010

---

Tarkastelen pro gradussani vaikeasti vammaisen lapsen perheen kunnallisten palveluiden järjestämisen kontekstissa, onko hyvä elämä rahassa mitattavissa.

Aloitan tutkimukseni tarkastelemalla hyvä elämä- paradigmojen moninaisuutta ja siirryn sitten tutkimaan, millainen on hyvinvointivaltio Suomi. Keskeisen kiinnostuksen kohteena on, miten sen kunnallisia palveluja järjestetään. Tarkastelen erilaisia yhteiskuntamalleja, vallitsevaa aihetta koskevaa lainsäädäntöä ja sen tulkinnan kautta syntyneitä toimintatapoja. Jatkan tuomalla esiin kunnallisten palveluiden järjestämistä koskevia kansallisia ja globaaleja talouskysymyksiä sekä tarkastelemalla aiempaa tutkimusta taloudellisesta vaikuttavuudesta niin terveydenhuollon, sosiaalihuollon kuin koulutuksen parissa.

Kuvaan sen jälkeen kahden hypoteettisen vaikeasti vammaisen lapsen perheen Mäkisten ja Virtasten saamia kunnallisia palveluita. Sitten tarkoitukseni on ”eurottaa” tarinat. Tällä tarkoitan sitä, että tarkastelemalla tarinoissa ilmenevien palveluiden kustannuksia sekä vaikutuksia, voisi olla mahdollista mitata hyvää elämää rahassa. Teen tarinoiden pohjalta myös kustannus-hyötyanalyysin ja vertaan sitten näitä laskentatapoja toisiinsa.

Tarina-aineiston keruumenetelmänä käytän eläytymismenetelmää soveltaen sitä siten, että käytän omia kokemuksiani vaikeasti vammaisten lasten perheiden tilanteista luodessani itse kaksi ääripäitä kuvaavaa tarinaa. Perheen aikuisten täysyöllistyminen tai sen estyminen ovat tarinoita erottava tekijä. Työelämään osallistuminen on yleisin suomalaisen hyvän elämän rakennusaine.

Laskelmat osoittavat, että hyvän elämän mittaaminen rahassa on mahdollista. Asenteet vaikuttavat päätöksentekoon ja vaikeasti vammaisen hyvä elämä rakentuu useimmin muista lähtökohdista kuin hänen omistaan. Tärkeää on tunnistaa, kenen hyvä elämä-käsityksiin perustuen kunnallisia palveluja järjestetään.

Taloudellisen vaikuttavuuden arviointia on tehty sosiaalialalla hyvin vähän ja sen tarve on ilmeinen. Helppokäyttöisten arviointimenetelmien kehittäminen lisäisi niiden käyttöä arjen palvelupäätöksiä tehtäessä.

---

Asiasanat: hyvä elämä, vaikeavammaisuus, taloudellinen vaikuttavuus, kunnalliset hyvinvointipalvelut

## SISÄLLYS

JOHDANTO.....	1
1 HYVÄN ELÄMÄN PARADIGMOJA.....	4
1.1 Etiikka, filosofia ja yhteiskunta	6
1.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto	12
1.3 Lapsi, vaikeavammaisuus ja perhe	15
2 HYVINVOINTIPALVELUISTA.....	18
2.1 Hyvinvointivaltiosta Suomi	18
2.2 Suomalainen hyvinvointivaltio pohjoismaisessa vertailussa	21
2.3 Globaalista hyvinvoinnista ja vammaisuudesta	23
2.4 Kunnallisista hyvinvointipalveluista ja niiden järjestämisestä	27
2.5 Hyvinvointipalveluiden taloudesta Suomessa	33
2.6 Palveluiden arvioinnista	36
2.7 Sosiaalibarometri 2008 ja 2009	38
2.8 Tulevaisuuden näkymiä	44
3 TALOUDELLINEN VAIKUTTAVUUSTUTKIMUS.....	46
3.1 Sosiaalipalvelut	46
3.2 Terveydenhuolto	49
3.3 Sivistyspalvelut	53
4 TUTKIMUSASETELMA.....	55
4.1 Tutkimuksen taustaa	59
4.2 Tutkimusmenetelmät	59
5 TUTKIMUSTARINAT.....	61
5.1 Perhe Mäkinen	63
5.2 Perhe Virtanen	64
6 TULOKSIA.....	66
6.1 Kustannus-hyötyanalyysi	66
6.2 Tarinoiden eurottaminen	70
7 POHDINTA.....	72
LÄHTEET.....	76
LIITE.....	85

## JOHDANTO

Tarkastelen pro gradussani vaikeasti vammaisen lapsen perheen kunnallisten palveluiden järjestämisen kontekstissa, onko hyvä elämä rahassa mitattavissa. Aiheeseen päädyin kandidaatin tutkintoon kuuluvan harjoitteluni myötä, jossa painuoin palveluntuottamisen taloudelliseen vaikuttavuuteen. Talouskysymykset ovat olleet viime vuosien kuuma puheenaihe keskustelussa, jota käydään kunnalle annettujen ja sen itselleen ottaminen palveluiden järjestämistä, eikä keskustelu ole ainakaan laantumaan päin. Esillä ovat olleet vaihtelevasti päivähoitokysymykset, vanhustenhoito, vammaispalvelut, koulukysymykset sekä terveydenhoitopalvelujen ja sosiaalipalvelujen järjestäminen. Yleensä keskustelua on käyty sen kriisinpoikaisen ympärillä, jollaiseksi näiden palveluiden järjestäminen taloudellisessa mielessä usein nähdään. On todettu, että palveluresursseja ei ole riittävästi vastamaamaan kaikkien palvelun tarvitsijoiden tarpeisiin. Vai onko asia todella niin? Vai onko vaikka niin, että palveluverkosto ei tule onnistumaan tuottavassa palvelujen tarjonnassa, koska se ei rakennu tarvelähtöisesti? Onko mietitty liiaksi, että tehdäänkö asioita oikein, miettimättä riittävästi tehdäänkö oikeita asioita?

Jo ennen tämänhetkistä taantumaa lehdissä ovat tulleet tutuksi seuraavankalaiset otsikot: Hallitus patistaa kuntia lisäämään tuottavuuttaan, Missä hyvä hoito?, Lisää laatua elämään, Vammaisten palveluissa eriarvoisuutta. Stakes (nykyinen THL) on ollut vahvasti mukana niin ongelmien nimeämisessä kuin niiden ratkaisussa. Stakesin kehittämispäällikkö Perttilä toteaa mm. (ks. Pelttonen 2007, 52 ), että erilliset terveyden edistämisen yksiköt eivät ole hänen mielestään ratkaisu, koska silloin kaikki hallinnonalat eivät ehkä pohdi ehkäisevää työtä koko kunnan toimintana. Tutkimusprofessori Pekuri (2007, 1) Stakesilta puolestaan pitää tärkeimpänä sitä, kuinka paljon terveyspalvelujen järjestämiseen halutaan käyttää verovaroja. Siinänsä keskustelu palvelujen järjestämisestä ei ole mikään uusi ilmiö, vaan esimerkiksi Jorma Sipilä kirjoitti vuonna 1983 artikkelissaan Sosiaaliset ongelmat - sosiaalipoliittiset toimenpiteet seuraavaa:” Nykyisten sosiaalisten ongelmien pohjimmainen ydin on omassa kulttuurissamme ja siihen sisältyvässä ihmiskäsityksessä. Meidän hyvinvointivaltio käsityksessämme korostuvat elintaso, oman itsensä toteuttaminen sekä ihmissuhteet oman tyydytyksen välineenä: having – being – loving myself! Paljon hyvän ohessa hyvinvoinnin tavoittelu on johtanut narsismiin ja

vaikeutuviin yhteisyyssuhteisiin. Ja kun vaikeimmat sosiaaliset ongelmat liittyvät yhteisyyssuhteiden epäonnistumiseen, ei meidän tavoittelemamme narsistinen hyvinvointi voi ongelmia vähentää, kohosipa se kuinka korkealle tahansa.” Edelleen ajankohtaista asiaa edellinenkin. Tällä hetkellä keskustelu ongelmista ja niiden ratkaisusta saa kuitenkin voimakkaan taloudellisen painotuksen. Eettiset ja moraaliset keskustelut käydään niistä erillään ja näitä teemoja yhdistävät keskustelut ovat vasta alkamassa. Mielipiteitä on varmasti yhtä monta kuin on niiden esittäjää. Voimme kuitenkin olla varmoja siitä, että kunnallisten palvelujen järjestämisessä ollaan aivan uudenlaisten kysymysten ja haasteiden edessä.

Suomessa on meneillään kunta- ja palvelurakennemuutos Paras-hanke, jossa kuntia yhdistetään, niiden välistä yhteistyötä tiivistetään ja palvelurakennetta uudistetaan. Monissa kunnissa sosiaali- ja terveyspalvelut ollaan yhdistämässä hallinnollisesti yhdeksi kokonaisuudeksi ja esim. päivähoitotoiminta ollaan siirtämässä sivistystoimen vastuulle. Tavoitteena mittavassa uudistuksessa on tehostaa kuntien toimintaa ja lisätä niiden kannattavuutta. Suomi on lisäksi 1990-luvulta alkaen ollut kilpailukyky yhteiskunta ja nyt halutaan lisätä kilpailukykyä myös kunnissa. Samalla on tarkoitus edistää kansalaisten yhdenvertaisuutta palvelujen saamisessa, sillä mm. vammaisten palveluiden saatavuudessa on jo pitkään ollut suuria kuntakohtaisia eroja. Kunnilta siirtyy samalla valtion järjestettäväksi ja rahoitettavaksi kuluttajaneuvonta, elatusturvalaissa säädetyt tehtävät paitsi sen nimeäminen, holhoustoimen edunvalvontapalvelut sekä erikseen määritellyt erikoissairaanhoidolliset tehtävät. (SM 2007) Tämä rakenteita koskeva uudistus on Suomen historian merkittävin ja kattavin.

Samanaikaisesti on meneillään sosiaaliturvan kokonaisuudistus, jota valmistelemaan asetettu SATA-komitea miettii linjauksia, joilla työn vastaanottaminen tehdään aina kannattavaksi, vähennetään köyhyyttä ja turvataan perustoimeentulo kaikissa elämäntilanteissa. Komitean työ alkoi kesäkuussa 2007 ja esitys valmistui vuoden 2009 lopussa ja sen jäseninä on virkamiehiä valtionvarainministeriöstä, sosiaali- ja terveysministeriöstä, työ- ja elinkeinoministeriöstä, Kansaneläkelaitoksesta sekä kansanedustajia ja eri järjestöjen sekä ammattiyhdistysten edustajia. Uudistuksessa uudistetaan myös sosiaaliturvaa koskevaa lainsäädäntöä. (STM 2009:10, 13–14)

Vielä vuoden 2008 alussa Suomen talouden sanottiin olevan paremmalla tolalla kuin koskaan. Palveluita ei kuitenkaan saatettu 1990-luvun lamaa edeltävälle tasolle. (Heikkilä & Parpo 2002) Sosiaali- ja terveystalouteen käytetty osuus BKT:stä on eurooppalaisittain tarkasteltuna maiden keskiarvoa. Olennaista näissä luvuissa kuitenkin on, mitä tällä rahalla saadaan. Nyt olemme uuden laman syvimmässä kurimuksessa ja vasta aika näyttää, millaisia ovat tämän taantuman seuraukset.

Suomessa kuntien palveluiden taloudellisia vaikutuksia on tutkittu sangen vähän, vaikka hyvin yleinen argumentti palveluiden puuttumiseen, niiden alasajoon tai niiden heikkoon laatuun on juuri taloudellisten voimavarojen puute. Se tekeekin aiheesta kiinnostavan. Aiheesta on tehty yksi laajempi tutkimus: Paljonko on paljon? Sosiaalipalvelujen talous ja vaikuttavuus (Sinkkonen – Tolppi, 2006), josta käytöissäni on ollut sen esitutkimusraportti. Raportista käy ilmi itsekkin huomaamani tutkimuksen puute ja sen huutava tarve. Raportissa todetaan, että sosiaalipalveluiden taloudellista vaikuttavuutta ei ole juuri toistaiseksi pystytty osoittamaan ja taloudellista arviointia on tehty vain vähän. Usein tyydytään pelkkien kustannusten tarkasteluun, kun varsinainen taloudellinen arviointi vertailee sekä kustannuksia että vaikuttavuutta. Kunnalliset palvelut ovat olemassa lisätäkseen asukkaiden hyvinvointia. Palvelun pelkkä olemassaolo ei kerro mitään sen taloudellisista tai muistakaan vaikutuksista. Tyly tosiasia on, että palvelu, joka ei kohtaa ongelmaa, ei ole vaikuttavaa millään tasolla. Seftonin, Byfordin, McDaidin, Hillsin ja Knapin (2004, 13 - 15) mukaan taloudellinen arviointi on systemaattinen yritys tunnistaa, mitata ja vertailla vaihtoehtoisten interventioiden kustannuksia ja vaikutuksia ja sen tarkoituksena on informoida päätöksentekoa rajallisten resurssien parhaasta käytöstä.

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on toteamus ”Hyvää elämää ei voi mitata rahassa”, jota olen niin kuullut kuin lukenut käytettävän yhteyksissä, joissa käsitellään kunnallisten palveluiden järjestämiseen liittyviä taloudellisia kysymyksiä. Pahimmillaan olen nähnyt toteamuksen tyrehtyttävän taloudellisen keskustelun kokonaan. Tarkasteluni on monitieteistä ja sivuaa ainakin filosofiaa, sosiologiaa, terveystaloustieteitä, yhteiskuntatieteitä ja sosiaalipolitiikkaa pääpainon ollessa kuitenkin erityispedagogiikassa.

Tutkimukseni aluksi tarkastelen hyvä elämä- paradigmojen moninaisuutta. Jatkan selvittämällä millainen on hyvinvointivaltio Suomi ja miten sen kunnallisia palveluja järjestetään. Tarkastelen erilaisia yhteiskuntamalleja, vallitsevaa aihetta koskevaa lainsäädäntöä ja sen tulkinnan kautta syntyneitä toimintatapoja. Tehtävä ei ole helppo, sillä toimijoita ja toimintaa koskevaa säätelyä on paljon. Kuvaan keskeisiä kunnallisten palveluiden järjestämistä koskevia talouskysymyksiä sekä tarkastelen aiempaa tutkimusta taloudellisesta vaikuttavuudesta niin terveydenhuollon, sosiaalihuollon kuin koulutuksen parissa. Kuvaan sen jälkeen kahden hypoteettisen vaikeasti vammaisen lapsen perheen Mäkisten ja Virtasten saamia kunnallisia palveluita. Tarinoiden hyvä elämä on osallistumista työelämään, koska sen on suomalaisittain tavallisin hyvän elämän edellytys. Sitten tarkoitukseni on ”eurottaa” tarinat. Tällä tarkoitan sitä, että tarkastelemalla tarinoissa ilmenevien palveluiden kustannuksia sekä vaikutuksia, olisi mahdollista mitata hyvälle elämälle hintaa rahassa. Teen tarinoiden pohjalta myös kustannus-hyötyanalyysin ja vertaan sitten näitä kahta tapaa tarkastella taloudellista vaikuttavuutta toisiinsa.

Aineistonkeruumenetelmänä käytän eläytymismenetelmää, jota sovellan siten, että tuotan laskemissa käytettävät tarinat itse. Tarinoissa hyödynnän omia kokemuksiani vaikeasti vammaisen lapsen äitinä. Lopuksi pohdin, mitä voisimme tarkasteluni perusteella tehdä, jotta palvelut vastaisivat paremmin vaikeasti vammaisen lapsen ja heidän perheidensä tarpeisiin sekä olisivat samalla kunnalle taloudellisesti kannattavia.

## 1. HYVÄN ELÄMÄN PARADIGMOJA

Hyvästä elämästä on monia erilaisia käsityksiä ja tulevaisuudessa kappaleissa niitä ei käsitellä mitenkään kaikenkattavasti, vaan siltä osin kuin se tämän tarkastelun vuoksi on tarpeen. Pyrin tuomaan esiin hyvä elämä käsitysten monia merkityksiä sekä niiden moniulotteisuutta. Kaikille hyvinkin erilaisille paradigmoille on yhteistä erilaiset arvot ja arvostukset, joilla hyvää elämää määritellään. Määritelmä on samalla tavoite, johon kaikkien ihmisten olisi hyvä pyrkiä tai johon oletetaan pyrittävän. Hyvän elämän käsite on siten myös normatiivinen. Tämän ajan Suomessa elämä on yksilökeskeistä, joten voimme väittää, että kokemus hyvästä elämästä on subjektiivista. Hyvässä elämässä on läsnä yksilön oma subjektiivinen kokemus ja näke-



mys, mutta sitä määrittää kuitenkin aina jokin viitekehys kuten uskonto, ideologiat, eri yhteisöjen jäsenyys jne. tai useat näistä yhdessä. Ajalle, jota nyt elämme, on ominaista eräänlainen etiikan supermarketisuus, jolloin yksilö valitsee itselleen sopivat arvot monien arvojen joukosta sitoutumatta mihinkään tiettyyn paradigmaan sen kummemmin. (Yrjönsuuri 1996, 14)

Hyvästä elämästä puhutaan usein onnellisuuden yhteydessä; hyvä elämä on onnellista elämää. Vuonna 1996 suomalaisista noin 25 % ilmoitti olevansa erittäin onnellisia. Kun samoilta ihmisiltä kysyttiin kokevatko he olevansa melko onnellisia, näin totesi olevan 90 % vastanneista. Tässä tutkimuksessa ei kysytty, mitkä tekijät tekevät suomalaiset onnellisiksi, vaan että mikä tekee elämästä nautittavan. Elämä on suomalaisten mielestä nautittavaa, jos on sekä työtä että vapaa-aikaa. 80 % pitää perhettä erittäin tärkeänä elämänalueena ja seuraavaksi tärkeämpänä ystäviä (54 %). Työtä pidetään lähes yhtä tärkeänä kuin ystäviä ja vapaa-aika pidetään 4:ksi tärkeimpänä (34 %). Jallinojan mukaan on myös tutkimuksia, joista käy ilmi, että suomalaiset panevat 30 ikävuodesta alkaen ykkössijalle terveyden. Näissä tutkimuksissa se vaikuttaa jopa perhettä tärkeämmältä. Perhettä ei yleisesti ottaen arvostella laadullisesti, kuten vaikka työtä, vaan perhe on säilyttänyt koskemattomuutensa ja siitä on pidettävä, oli se millainen tahansa. Parisuhdetta sen sijaan arvioidaan myös laadullisesti. Tällaiset tiedot viittaavat Jallinojan mukaan siihen, että hyvää elämää rakennetaan myös normatiivisesti. Hänen mukaansa elämä on hyvää, jos siinä on paljon sellaista, jota siihen halutaan sisällyttää. Siten elämä voi myös olla hyvää, vaikkei ole puolisoa tai vaikka on sairas. Jallinoja ottaa myös esiin postmodernille ajalle tavallisen käsityksen siitä, että vastuu oman elämänsä hyvydestä on ihmisellä itsellään. (Jallinoja 2001, 235–243.) Hirvonen ja Mangelaja ovat suomalaisessa onnellisuustutkimuksessaan puolestaan löytäneet positiivisen yhteyden länsimaisen uskonnollisuuden ja onnellisuuden välillä (2006, 109).

Kansainvälisesti onnellisuustutkimus on ainakin kaupallisesti ajatellen merkittävää: kirjakauppojen hyllyt pursuavat erilaisia elämäntapaoppaita ja media välittää meille lehtien sekä TV:n välityksellä onnea sekä hyvää elämää tuovia elämäntapa uutuuksia uutuuksien perään. Maslow on tarvehierarkia mallissaan sijoittanut onnellisuuden korkeamman tason tarpeeksi, joka täyttyy kun alemman tason primitiivisemmät biologiset tarpeet, kuten nälkä, jano ja lisääntymistarve, ovat täyttyneet.

Samoin ajattelevat mm. psykologit Diener ja Biswas-Diener (ks. Hirvonen & Mangeloja, 2006). Oswaldin mielestä taloudella on merkitystä hyvässä elämässä, mutta vain siinä määrin kuin se lisää onnellisuutta (ks. Hirvonen & Mangeloja 2006, 10).

### 1.1 Etiikka, filosofia ja yhteiskunta

Antiikin kreikkalaisen etiikan kaikki pääedustajat Sokrates, Platon, Aristoteles, Epikuros, stoalaiset ja pyrrhonilaiset skeptikot (Kemppainen & Mäntysaari 1998, 28) ovat pitäneet filosofian harjoittamisen keskeisenä, ellei ainoana hyväksyttävänä tavoitteena, vastauksen etsimisen kysymykseen, millainen elämä on elämisen arvoinen ja miten elämä on järjestettävä, jotta sitä voisi sanoa kokonaisuutena onnistuneeksi. Elämisen arvoisena elämänä on yleisesti antiikin filosofien keskuudessa pidetty elämää, joka on hyvää ja onnellista. Hyvään elämään ja onneen on päästy hyveellisen toiminnan ja ihmisen hyve-ominaisuuksien avulla. Antiikin filosofia oli normatiivista eli se antoi ihmisille konkreettisia ohjeita siitä, miten tulisi elää ja hyveellisyys oli ihanne, johon tulisi pyrkiä. Vaikka antiikin filosofit painottivat pohdinoissaan erilaista hyveellisyyttä, olivat he kuitenkin lähes yhtä mieltä siitä, että hyvä elämä on paitsi onnellista ja hyveellistä niin myös järkevää elämää. Nämä ajatukset ovat edelleen ajankohtaisia.

Yrjönsuuren mukaan etiikalla tarkoitetaan yleisesti, että kaikki inhimillinen toiminta perustuu jonkinlaiseen arvioon siitä, mikä on hyvää ja tavoittelemisen arvoista. Filosofisen etiikan kannalta lähtökohtana on se, että elämän kokonaisuuden kannalta on parempi, jos pystyy itse ymmärtämään omia eettisiä käsityksiään. Tällöin ne eivät ole vain satunnaisesti kertynyt kokoelma totuttuja normeja, vaan parhaimmillaan johdonmukainen ja yhtenäinen kokonaisuus, jonka varassa todella kannattaa elää elämänsä. Kreikan sana *ethos*, josta sana etiikka juontaa juurensa tarkoittaa tapoja ja tottumuksia. Moraali sana tulee puolestaan latinan sanasta *mores*, jonka merkitys on likipitään sama. Moraali määritellään usein niiksi tavoiksi ja toimintamalleiksi, joita ihminen pyrkii elämässään soveltamaan. Eri merkityksissä moraali viittaa yksilön käyttäytymisessä ja valintatilanteissa ilmeneviin käsityksiin oikeasta ja väärästä tai hyvästä ja pahasta ja etiikka puolestaan siihen, miten ihminen perustelee toimintaansa ja moraaliaan. Filosofiseksi etiikaksi taasen voidaan kutsua

pyrkimystä ymmärtää ja arvioida erilaisia tapoja perustella moraalisia tottumuksia koskevia käsityksiä. (Yrjönsuuri 1996, 10–11.) Väisäsen mukaan filosofia johdattelee elämän peruskysymysten äärelle (Väisänen 2004, 5).

Aristoteleen (384–322 eKr.) sanotaan olevan antiikin filosofian tunnetuimman ja jälkivaikutuksiltaan tärkeimmän hyvän elämän mallin luoja (Sihvola 2000, 41). Häntä kutsutaan myös logiikan isäksi (Encyclopedia 2007). Hänen oman etiikkansa rakenne oli perusidealtaan yksinkertainen: kaikki ihmisen todelliset ja oikein ymmärretyt halut suuntautuvat siihen, mikä on hyvää. Tällaista ajattelutapaa kutsutaan myös naturalistiseksi, koska siihen sisältyy tietynlainen ihmisluontoa koskeva perusolettamus, johon eettinen hyvyys perustuu. (Yrjönsuuri 1996, 26–27.) Aristoteles oli noin 20 vuotta Platonin oppilas (Encyclopedia 2007), joskaan suhde ei ollut ristiriidaton. Aristotelesta kritisoi voimakkaasti mm. Epikuros, jonka oppi-isä oli puolestaan lähinnä Demokritos, matematiikan ja geometrian edelläkävijä. Epikuros hyväksyi naiset ja orjat koulunsa jäseniksi, korosti tietoteoriassaan aistien merkitystä ja oli ensimmäisiä kreikkalaisia, joka halusi luopua kokonaan ajalle ominaisista jumalien pelon ja palvonnan perinteistä. Hän kuitenkin myönsi, että uskonnolliset menot olivat hyödyllisiä jumalallisten asioiden mietiskelyssä ja ne auttoivat käyttämään jumalia mukavan elämän esikuvana. (Encyclopedia 2007.) Hän korosti vatsan nautintoa, mutta vastusti nautintoa ja eli itse hyvin askeettista elämää. (Yrjönsuuri 1996, 59).

Aristoteleen hyve-etiikassa on niin yksilöllisiä kuin yhteisöllisiä piirteitä. Yksilöllisempiä piirteitä hän kuvaa teoksessaan Nikomakhoksen etiikka ja yhteisöllisiä sekä yhteiskuntaa koskevia teoksessaan Poliitiikka. Nikomakhoksen etiikka (Aristoteles 1989, 6) alkaa sanoin: ” Kaikki taidot ja tutkimukset ja samoin kaikki toiminnat ja valinnat näyttävät tähtäävän jonkin hyvän saavuttamiseen.” Aristoteleen mukaan tällainen hyvän saavuttaminen on ennen kaikkea onnellisuus; se on elämän tärkein päämäärä (Sihvola 2000; Uurtimo, 1998; Yrjönsuuri, 1996). Hyveellä on kaksi puolta: luonteen hyve ja intellektin hyve (Uurtimo 1998, 31). Aristoteleen ajattelussa yhdistyvät ihmisen luonteen luontainen hyvyys ja hyvyys, joka saavutetaan järjestyksen kautta. Kemppaisen ja Mäntysaaren mukaan luonteen hyveitä olivat ainakin miehuullisuus, kohtuullisuus, rauhallisuus, seurallisuus, anteliaisuus, oikeudenmukaisuus ja ystävyys, kun sitten taas järjestyksen sielunosan hyveitä olivat teoreettinen

viisaus ja käytännöllinen järkevyyys. Viimeksi mainittu ymmärtää, mitä osatekijöitä käytännölliseen hyvään elämään kuuluu, haluaa niitä ja osaa harkita, minkä luonteen hyveen mukainen teko kussakin tilanteessa edistää elämän muotoutumista kokonaisuutena hyväksi. Ihminen, jolla on luonteen ja ajattelun hyveet, toimii sekä yksityisessä että yhteisöllisessä elämässä tavalla, jota yhteisön muut jäsenet pitävät hyvänä ja jonka tuloksena muodostuu tasapainoinen kokonaisuus, jossa mitään ei ole liikaa eikä liian vähän. (Kempainen & Mäntysaari, 31–32.) Tavallaan aristoteelinen hyvän elämän etiikka on keskitietä kulkemista.

Yhteiskunnallisessa mielessä Aristoteles kuvaa ihmistä poliittiseksi eläimeksi (Kempainen & Mäntysaari 1998; Yrjönsuuri 1996). Poliitikko teoksessaan (1991, 9) Aristoteles kuvaa ihmisen poliittisuutta yhteisön jäsenyyden kautta: ”Kaupunkivaltio kuuluu luonnostaan olemassa oleviin asioihin ja ihminen on luonnostaan kaupunkivaltiossa elävä olento.” Lisäksi hän toteaa (ed. 10), että ”kaupunkivaltio on ensisijainen verrattuna yksittäiseen ihmiseen, sillä kokonaisuus on välttämättä ensisijainen osiinsa nähden.” Itse teoksessa on hyvin käytännönläheisiäkin neuvoja siitä, miten elämä, kuten orjien työ, taloudenhoito tai omaisuuden hankinta, kaupunkivaltiossa tulee järjestää (ed.). Aristoteleella on ollut merkittävä vaikutus länsimaisen filosofiaan ja erityisesti yhteiskuntafilosofiaan.

Uuden ajan filosofiasta mm. Alasdair MacIntyre edustaa uusaristoteelista ajattelua (Kempainen & Mäntysaari 1998, 6). MacIntyre (ed., 37) katsoo, että hyvän elämän etiikan pohjan voi luoda kokemus kuulumisesta yhteisöön ja sen elämäntähtäviin. Hänen mielestään ei kuitenkaan voida nykyaikana uskoa, että todellisuus koostuisi joukosta ikuisesti samana pysyviä oliolajeja, joista ihminen on yksi ja joista jokainen pyrkii toteuttamaan sille luonnostaan kuuluvaa tehtävää tai toimintataipumusta. Filosofi Martha Nussbaum on puolestaan tehnyt taloustieteilijä Amartya Senin kanssa työtä kehitysyhteistyön ja etiikan saralla. Nussbaum kehitti Senin kanssa kehitysyhteistyön ”kykylähtökohtaa”, jonka mukaan kyvykkyydet<sup>1</sup> ovat perimmäinen osa kehitystä ja köyhyys kyvykkyyden estämistä. Tämä näkemys on vastakohtainen verrattuna yleiseen näkemykseen kehitysyhteistyöstä, jossa kehitys nähdään yksinkertaisena bruttokansantuotteen kasvuna, ja köyhyys tu-

---

<sup>1</sup> Kyvykkyyksiä ovat mm. kyky elää vanhaksi, toimia taloudellisesti tai osallistua poliittiseen toimintaan

lojen pienuutena. Suurin osa hänen työstään esitetään aristoteelisesta näkökulmasta. (ks. Brock 1993)

Platon on toinen antiikin filosofien merkittävistä nimistä. Hän oli kolmannen antiikin merkkihenkilön Sokrateksen oppilas. Sokrates ei itse ole kirjoittanut mitään yhteistä teosta, vaan kuuluisaksi on tullut mm. puolustuspuhe, jonka Platon piti Sokrateksen oikeudenkäynnissä. Sokrates joutui oikeuteen riitaututtuaan Ateenan ylimystön kanssa. Platon (1999, 265) on Sokrateksen kanssa pohtinut hyvettä mm. seuraavasti: "Voiko hyvettä opettaa? Tai jollei, ovatko hyvät miehet luonnostaan hyviä vai onko heistä tullut sellaisia jotenkin muuten?" Platonin ajatukset tulevat esiin juuri tämän tyyppisten sokraattisten dialogien avulla. Puolustuspuheessaan hän sanoo, että elämän tärkein asia on pitää huolta sielun hyvinvoinnista. Sokrateen teoria alkaa sielusta ja loppuu sieluun. Hyvän tekemisellä parantaa omaa sieluaan, mutta väärin tekemisellä vahingoittaa sitä (Monk & Raphael 2005, 48).

Sokrateelle ja Platonille on ominaista ajatella, että viisaus saa aikaan hyvettä ja hyve onnellisuutta (ed. 65). Sokrates ei ollut poliitikko (ed. 67), vaan kykeni toimimaan ainoastaan yhden ihmisen kanssa väittelemällä. Platonille taas ideat eivät ole valmiita, norminkaltaisia käsitteitä vaan eläviä, elämää muuttavia ja siinä merkityksensä osoittavia sisällöllisiä rikkauksia (Varto 1995, 49). Platonin tarkastelemat valottavat hyvän luonnetta, hyvän voimaa ihmisessä, hyvässä kasvamisessa ja hyvän merkitystä ihmisen välisessä elämässä. Platon toisin kuin monet muut aikakalalaisensa tarkastelee ruumiillisuutta osana hyvän idean toteutumista. Hänen ajatuksissaan hyvällä oli aina kuitenkin jumalallinen alkuperä (Pitkänen 1996, 120–121).

Uuden ajan filosofi ja taloustieteilijä John Stuart Mill kehitti utilitaristisen moraali-teorian 1800-luvulla (Encyclopedia 2007). Teorian mukaan teot ovat oikeita, jos ja vain jos ne tuottavat maailmaan mahdollisimman paljon onnellisuutta eli edistävät hyvän elämän saavuttamista (Häyry 2001, 9). Sen perusidea on, ettei poliittisia päätöksiä pitäisi tehdä minkään abstraktin konservatiivisen oikeudenmukaisuuden nojalla, vaan ratkaisun eettistä laatua arvioitaessa tarkastellaan sen seurauksia kaikkien ihmisten osalta. Ratkaisusta koituu kullekin yksilölle joko hyötyä tai haittaa. Nämä lasketaan yhteen, hyödyt positiivisena ja haitat negatiivisina ja par-

haassa vaihtoehdossa hyötysumma on suurin. (Yrjönsuuri 1996, 60.) Mill edustaa klassista utilitarismia, jonka mukaan vain mielihyvä on itsessään hyvää ja vain kärsimys on itsessään pahaa; kaikkien muiden asioiden hyvyys tai pahuus on arvioitava suhteessa näihin. Millin (2000, 17) mukaan onnellisuudella tarkoitetaan nautintoa ja tuskan puuttumista, onnettomuudella tuskaa ja nautinnon puuttumista. Omaa moraaliteoriaansa hän kuvaa näin: ” Sen elämänfilosofian mukaan, jonka varaan tämä moraaliteoria rakentuu, vain nautinto ja vapaus tuskasta ovat tavoittelemisen arvoisia päämääriä itsessään ja kaikki tavoittelemisen arvoisia joko niistä saatavan nautinnon vuoksi tai siksi, että ne ovat keinoja edistää nautintoa ja ehkäistä tuskaa.” Puhtaimmillaan utilitaristi on toiminnassaan altruistinen, eikä aseta omaa hyötyään millään tavalla muiden ihmisten yläpuolelle. (Yrjönsuuri 1996, 61) Mill (2000, 18) toteaa, että ” tällainen elämänfilosofia herättää syvään juurtunutta vastenmielisyyttä monissa, mukaan lukien eräitä jotka ovat tunteiltaan ja tarkoituspäiltään kaikkein arvostettavimpia<sup>2</sup>. Heidän mielestään on äärimmäisen matalamielistä ja alhaista olettaa, että elämällä ei ole mitään korkeampaa tarkoituspäätä kuin nautinto, ei mitään parempaa ja jalompaa halun ja pyrkimysten kohdetta.” Utilitarismista löytyykin hedonistisempia suuntauksia. Häyryn (2001, 5) mukaan jotkut niistä edustavat melko yksioikoista käsitystä hyötyjen laskelmoinnista ja Torbjörn Tännsjö (ks. Häyry 2001, 5) jopa kauhistusta herättäviä kantoja esim. kidutuksen oikeutuksesta siitä saatavan hyödyn perusteella.

Yhteiskuntafilosofi John Rawls on vuonna 1971 kehittänyt yhteiskuntafilosofisen oikeudenmukaisuusteorian (Encyclopedia 2007). Teorian Rawls esittää yhteiskunnallisen hyvän jakoperusteeksi. Hänen mielestään oikeudenmukaisuudessa voisi olla kysymys eräänlaisesta ihmisten välisestä sopimuksesta. Rawls lähtee muodostamaan oikeudenmukaisen yhteiskunnan periaatteita seuraavanlaisen kuvitteellisen tilanteen kautta: joukko henkilöitä on päättämässä, minkälaisen periaatteiden mukaan heidän yhteiskuntansa tulisi toimia. He eivät päätöstilanteessa kuitenkaan tiedä, minkälaisessa yhteiskunnassa he elävät tai mikä on heidän oma asemansa siinä. Rawls kutsuu tilannetta tietämättömyyden verhon takana olemiseksi. Rawlsin tietämättömyyden verhon takana olevat henkilöt eivät tiedä edes sitä, mikä on heidän käsityksensä hyvästä elämästä tai mihin he pyrkivät elämäs-

---

<sup>2</sup> Viittaa mm. epikurolaisiin

sään tultuaan pois verhon takaa. Siksi heidän on yritettävä rakentaa sellaiset periaatteet, jotka mahdollistavat heille hyvän elämän, olipa se missä olosuhteissa hyvänsä. Oikeudenmukaisuuskäsitystä, joka tältä pohjalta muotoutuu, Rawls kutsuu oikeudenmukaisuudeksi ymmärrettynä reiluna pelinä. Hyväosaisten aseman edistäminen on oikeutettua, jos samalla myös huonompiosaisten asema paranee. (Kemppainen & Mäntysaari 1998; Rawls 1988; Yrjönsuuri 1996.)

Rawlsin (1988, 16) mukaan yhteiskunnan instituutiot ovat oikeudenmukaisia, jos ihmisiä ei perusoikeuksia ja – velvollisuuksia jaettaessa aseteta mielivaltaisesti eri asemaan ja jos säännöt määrittelevät yhteiskuntaelämän etuihin kohdistuvien kilpailevien vaateiden suhteelliset painoarvot. Hän soveltaa ajattelussaan myös ns. ero-periaatetta, jonka mukaan yhteiskunnalliset erot ovat sallittuja ainoastaan, jos ne hyödyttävät myös huono-osaisia. Näin ollen joku voi olla rikas, jos köyhimmillä on tässä tilanteessa paremmat oltavat kuin muuten. Keskeistä teoriassa on myös ero tuottavien mekanismien esim. instituutioiden avoimuus, jolloin kaikkien on mahdollista käyttää hyväkseen eroja tuottavia mekanismeja. (Encyclopedia 2007; Kemppainen & Mäntysaari 1998; Yrjönsuuri 1996; Rawls 1988.)

Postmodernille kehitysajattelulle 1980- ja 1990- luvuilla on ollut tavallista arvojen liittäminen kehitykseen. Puhutaan eettisestä kuluttamisesta sekä yrittäjyydestä ja reilusta kaupasta, jolloin kehitysajattelu saa filosofisia piirteitä. Kestävä kehitys on tällaisesta postmodernista etiikasta varmasti tutuin esimerkki. Sen tunnetuin määritelmä on: "Kestävä kehitys on kehitystä, joka tyydyttää nykyhetken väestön tarpeet vaarantamatta tulevien sukupolvien mahdollisuutta tyydyttää omat tarpeensa (UN 1987)." Ajattelussa ympäristön suojelua, taloudellista kasvua ja kehitysyhteistyötä tarkastellaan yhdessä. On tullut uudelleen ajankohtaiseksi kysyä, mitä on hyvä elämä ja on katsottu, että kehitystoiminta on valjastettava sen aikaansaamiseksi. Kestävällä kehityksellä on kaksi tavoitetta: inhimillinen ja ekologinen. Inhimillisesti kestävässä tilassa kaikkien ihmisten perustarpeet (ravinto, vesi, suoja jne.) ja korkeammat tarpeet on tyydytetty. Ensisijaiseen asemaan on asetettu köyhimpien ihmisten perustarpeet. Ekologisesti kestävässä tilassa toimintamme ei ylitä ekologisia rajojaan ja näin tuhoa tulevan kehityksen edellytyksiä. Se edellyttää ekosysteemien toimintakykyisyydestä huolehtimista sekä alkuperäisluonnon, biologisen monimuotoisuuden ja geneettisten luonnonvarojen suojelua ja säilyttämistä. Kes-

tävän kehityksen edellytyksiä ovat väestökehityksen hillitseminen, talouskasvu ja tekninen kehitys. Silti sen keskeinen huolenaihe on ihmiset; heillä on oikeus terveeseen ja hedelmälliseen elämään sopusoinnussa luonnon kanssa. Uurtimon mielestä aihe ei nyt ole aivan näin yksinkertainen: todellinen kestävä kehitys edellyttäisi länsimaiselta ihmiseltä tinkimistä omasta elintasosta elämän laadun siitä kärsimättä. Hänen mielestään talouskasvu ei myöskään ratkaise kestävä kehityksen ongelmia, vaan siihen tarvitaan esim. kehitysmaiden velkataakan anteeksiantoa. (Uurtimo 1998, 158–179.)

## 1.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvän elämän sisältö rakentuu niin lainsäädännön ja poliittisen päätöksenteon kuin alan ammattiryhmien eettisten sääntöjen sekä periaatteiden avulla. Lainsäädännöllä on haluttu turvata kansalaisten tasavertaiset oikeudet ja mahdollisuudet saada itselleen tarvitsemaansa hoitoon. Näitä lakeja ovat Suomen perustuslaki, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, Kansanterveyslaki, Kehitysvammalaki jne. Lisäksi erilaiset kansainväliset sopimukset sitovat sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset toimimaan ihmisten hyvää elämää edistävällä tavalla<sup>3</sup>. (ETENE 2001; Kokkonen, Holi & Vasantola, 2004 )

Terveydenhuollolle on vuonna 2001 (ETENE) määritelty yhteinen arvopohja, tavoitteet ja periaatteet. Sen arvopohjalle on keskeistä ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Huomattava osa sen eettisestä arvopohjasta perustuu parituhatta vuotta vanhaan perinteeseen. Perinteen tunnetuimpia edustajia on Hippokrates Kosilainen (460–377 eaa.), joka tunnetaan länsimaisen lääketieteen isänä ja lääkärinvalan eli Hippokrateen valan kirjoittajana. Lääketieteen isäksi häntä kutsutaan siksi, että hän oli ensimmäinen, joka halusi erottaa lääketieteen taikauskosta ja uskonnosta. Nykyään lääkäriksi valmistuneet vannovat lääkärin valan Hippokrateen valan sijaan. (Lääkäriliitto 2007, Encyclopedia 2007) Tässä valassa määritellään, miten lääkärin tulee ammatiaan harjoittaa mm. seuraavasti:

---

<sup>3</sup> Esim. Ihmisoikeussopimukset, Geneven sopimus, International Code of Medical Ethics



”Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta pyrkiväni lääkärintoimessani palvelemaan lähimmäisiäni ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Työssäni noudatan lääkärin etiikkaa ja käytän vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä.”

Suomen lääkäriliitto (Lääkärin etiikka 2007, 10–11) on antanut lisäksi eettiset ohjeet lääkärin toimien harjoittajalle. Näissä ohjeissa kehoitetaan esimerkiksi suojaamaan elämää ja lievittämään kärsimystä, vaitiolon, puolueettomuuteen ja palvelemaan kanssaihmissä lähimmäisen rakkauden mukaisesti. Lääkäriliitto on ottanut kantaa myös moniin terveydenhuollon peruskysymyksiin, kuten potilaan ja lääkärin vuorovaikutukseen, potilaan oikeuksiin, näyttöön perustuvaan hoitoon, kehitysvammaisten hoitoon sekä elämän syntyä ja loppua koskeviin kysymyksiin. Samankaltaisia terveydenhuollon ammattilaisten eettisiä ohjeita on ainakin sairaanhoitajilla, psykologeilla, fysioterapeuteilla ja kättilöillä. Lisäksi on olemassa erilaisia eettisiä neuvottelukuntia, kuten ETENE, joka on valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Se tarkoituksenaan on käsitellä periaatteelliselta kannalta terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. Se voi myös tehdä aloitteita sekä antaa lausuntoja ja suosituksia terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä ja herättää niitä koskevaa keskustelua yhteiskunnassa. Se on esittänyt kannanottonsa esim. vaikeasti vammaisten lasten tehohoitoa ja elvytystä koskevassa vuoden takaisessa keskustelussa. (ETENE 2007; Kokkonen & al. 2004; Väisänen 2004.) Potilaan on mahdollista laatia hoitotestamentti, jossa hän ilmaisee tahtonsa koskien omaa hoitoaan sellaisen tilanteen varalle, jossa itse ei vaikkatajuttomuuden vuoksi voi ilmaista tahtoaan (Kokkonen & al. 2006, 77).

Hoitotyössä toimivat tekevät päivittäin arjen työssään eettisiä päätöksiä. Koistisen mukaan hoiva, jos mikä on eettistä työtä ja eettinen prosessi (2003, 52). Hän katsoo etiikan ja moraalien olevan yhteisöllisiä asioita ja alati muuttuvia. Etiikan ja moraalien kysymyksissä yksilönvalintoja arvioidaan sekä sen hyvän mukaan, jota ne tuottavat yksilölle itselleen, että myös niiden seurausten mukaan, mitä nuo yksilöiden valinnat aiheuttavat yhteisössä, toisissa ihmisissä ja myös luonnossa. Näin ollen hän perustelee, että etiikka ja moraalit kehittyvät yhteisöllisinä ja vuorovaikutuk-

sellisina prosesseina.(ed. 2003, 53.) Yksilön elämään vaikuttavat päätökset ovat monimutkaisen arvojen ja periaatteiden vuorovaikutuksen tulosta.

Oman lisänsä terveydenhuollon hyvä elämä käsityksiin tuo yhteiskunnassa yleistynyt medikalisaatio. Lääkäriliiton mukaan on olemassa hyvää ja huonoa medikalisaatiota. Hyvä auttaa potilaita ja antaa lääkärille mahdollisuuden harjoittaa tointaan etiikkaansa nojaten. Huonoa medikalisaatio on lääkäreiden mukaan silloin, kun lääketiede saa kaikkivoipaisuuden muotoja, kasvatuksellisista eroista tehdään lääketieteellisiä tai tilanne, jolloin terveydestä tulee hyvän elämän kvasiuskonto. (Suomen Lääkäriliitto 2005, 129 -131.) Kansanedustaja ja lääkäri Päivi Räsänen (2004, 11–15) kuvaa lääketieteen kvasiuskonnon asemaa näin: ”Lääkärinä työskennellessäni en voinut välttyä ajatukselta, että potilaiden kanssa setvitään usein asioita, joissa papilla, mummolla tai kummilla olisi paremmat valmiudet antaa tukea. Monelle ihmiselle elämän ahdingoissa lääkäri on ainoa auttaja, joka on tavoitettavissa mihin tahansa vuorokauden aikaan.” Räsänen mukaan on kyse postmodernista arvoilmiöstä, jossa postmoderni ihminen on kärjistetyksi itse itselleen jumala. Hän toteaa myös, että ihmisen elämää, terveyttä tai elinpäivien arvoa ei voida mitata rahassa.

Sosiaalipalveluissa on myös omaa lainsäädäntöä luomassa hyvä elämä käsitystä. Näitä ovat esim. Sosiaalihuoltolaki, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä Lastensuojelulaki. Sosiaalihuollon kelpoisuusvaatimuksien tarkoituksena on edistää sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun edellyttämällä, että sosiaalihuollon ammatillisella henkilöstöllä on tarvittava koulutus ja perehtyneisyys (STM:18, 2007). Vaatimukset koskevat sosiaalityöntekijöiden lisäksi ainakin lastentarhanopettajia, lähihoitajia, sosiaaliohjaajia, sosiaaliasiamiehiä ja lastenvalvojia. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry:n ammattieettinen lautakunta on laatinut jäsenilleen Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet (2005). Sosiaalialan työn tavoitteena on hyvän tekeminen, ihmisten auttaminen, puutteen ja kärsimyksen vähentäminen sekä muutos ja kehitys. Ohjeissa todetaan, että moniarvoisessa ja pirstaloituneessa suomalaisessa yhteiskunnassa on vaikea löytää yleisesti hyväksytyjä normeja, joihin työ pohjautuu. Arvojen ja normien määrittelijöitä on paljon ja he tekevät määrittelynsä eri lähtökohdista käsin. Kansainvälisesti lähes samat sopi-

mukset sitovat sosiaalialaa kuin terveydenhuoltoa. Kansainvälisen sosiaalityöntekijöiden järjestön IFSW:n mukaan sosiaalityön keskeiset työskentelyalueet vaihtelevat kulttuurisesti. IFSW määrittelee sosiaalityön seuraavasti: ” Sosiaalityön professiot edistävät sosiaalista muutosta, ihmissuhdeongelmien ratkaisua, asiakkaan valtaistumista ja vapauttavat ihmiset edistämään hyvinvointia. Sosiaalityössä käytetään hyödyksi ihmisen käyttäytymisen ja sosiaalisten verkostojen teoriaa, jolla se puuttuu tilanteisiin, kun ihmiset ovat vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Ihmisoikeuksien periaatteet ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus ovat sosiaalityön perusta.” (kirjoittajan oma käännös Banks 2006, 3.)

### 1.3 Lapsi, vaikeavammaisuus ja perhe

Yhteiskunnassa on aina vallalla käsityksiä siitä, millaista lapsen hyvä elämä on ja pitää sisällään. Lapsen hyvä elämä on samalla perheen hyvää elämää. Lapsen sanotaan tarvitsevan rajoja ja rakkautta. Vuosikymmeniä sitten sanottiin vitsaa säästävien vanhempien vihaavan lastaan. Lapsen hyvän elämän sisällöt vaihtelevat ajassa, mutta ovat aina läsnä, olemassa. Yhteiskunnalla on lisänä keinoja, joilla se ohjaa kohti lapsen hyvää elämää. Tämä mahdollistuu lainsäädännöllä, valtion sekä kuntien lapsipoliittisilla ohjelmilla, kansainvälisillä sopimuksilla<sup>4</sup> sekä kansalaisjärjestöjen toiminnalla. Näitä voidaan pitää lapsen hyvän elämän yhteiskunnallisina standardeina. Lastensuojelun Keskusliiton (2004) toimintalinjauksen vision mukaan ”Vuonna 2015 jokaisella Suomessa asuvalla lapsella on hyvä ja turvallinen lapsuus, joka takaa hänen tasapainoisen kasvunsa ja kehityksensä hänen omien edellytystensä mukaisesti. Lapsi tulee kuuluksi, ja hän voi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Lapsen ihmisoikeuksia kunnioitetaan, ja hänen osuutensa yhteiskunnan voimavaroista on turvattu. Lapsen etu on keskeinen periaate kaikissa yhteiskunnallisissa päätöksissä.”

Hallituksen lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma on hyväksytty osana hallituksen strategia-asiakirjaa joulukuussa 2007 (Valtioneuvosto). Saman vuoden loppuun mennessä hyväksytään lisäksi nuorisolain mukaisesti ensimmäinen lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma. Strategia-asiakirjan poli-

---

<sup>4</sup> mm. YK:n lasten oikeuksien julistus

tiikkaohjelman painopisteenä on ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen. Sillä halutaan vahvistaa lapsiystävällistä Suomea, jossa tuetaan lasten, nuorten ja perheiden arjen hyvinvointia, vähennetään syrjäytymistä, lisätään lasten ja nuorten osallistumista ja kuulemista sekä lasten oikeuksista tiedottamista. Näillä toimilla on tarkoitus vähentää pitkällä aikavälillä pahoinvoinnista aiheutuvia kustannuksia. Lisäksi halutaan kehittää ja lisätä yhteistyötä yli hallintorajojen.

Uuden lapsipolitiikkaohjelman keskeisiä sisältöjä on kehittää kansallisen hyvinvoinnin tietopohjaa edistämällä laajemman lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja sen seurannan tutkimuspolitiikan rakentamista. Kansainvälisesti lapsen hyvää elämää on tutkittu ainakin rikkaiden eli OECD maiden lasten hyvinvoinnin tarkastelun näkökulmasta (Unicef 2007). Tutkimuksessa on arvioitu lasten materiaalista hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta, koulutuksellista hyvinvointia, perhettä ja ystävyyssuhteita, terveys- ja riskikäyttäytymistä sekä lapsen subjektiivista kokemusta hyvinvoinnistaan. Subjektiivisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lapsen omaa kokemusta terveydestään ja kouluviihtymisestään sekä yleisestä tyytyväisyydestä elämään. Tutkimus on tehty määrällisin menetelmin ja siinä on hyödynnetty mm. Pisa-tuloksia. Lasten hyvinvointi- tutkimuksen kuusi edellä mainitsemaani muuttujatasoa luovat oman lapsen hyvän elämän paradigman, jossa lapsen hyvä elämä on saavutettavissa huolehtimalla näistä tekijöistä.

Lait, ohjelmat ja sopimukset koskevat yhdenvertaisuus periaatteen mukaan kaikkia lapsia. Siltä osin vammaisen lapsen hyvä elämä ei poikkea tavallisen lapsen hyvästä elämästä. Sitä on lisänä tukemassa esim. laki erityishuollosta sekä vammaispoliittiset ohjelmat ja selonteot. Erityispiirteenä voidaan kuitenkin pitää tapaa, jolla vammaista lasta määritellään. Se tapahtuu sangen usein vammaisen lapsen vanhemmuuden kautta. Vanhemmat kokevat aina ensisijaisesti vammaisen lapsensa lapsena, mutta vammaisen lapsen vanhemmuus sisältää erityispiirteitä, joita ei voi ohittaa. Vanhemmuus on aina prosessi. Kirkin, Gallagherin ja Anastasiowin (2000, 13) mukaan vaikeasti vammaisen lapsen vanhempi kohtaa prosessissaan kaksi kriisiä: odotetun lapsen, sen joka olisi voinut olla, symbolisen kuoleman ja vaikeuden järjestää lapselleen päivittäinen hoito, joka kohtaa olemassa olevan lapsen tarpeet. Päävastuun vammaisesta lapsesta kantaa niin hoidollisesti kuin vuorovaikutuksellisesti äiti (Kirk ym. 2000; Lassen 1998; Määttä 2001; Tonttila

2006). Tonttila (2006, 39) mainitsee vielä, että vammaisen lapsen syntymän yhteydessä vanhempien itsetunto ja tunne-elämä joutuvat sellaiselle koetukselle, johon ei yleensä ole valmistauduttu. Erityisen kova isku se voi olla äidin minäkuvalle (ed.: Starke 2003 ). Määttä (2001, 31) mukaan perheet kokevat stressiä, joka syntyy olosuhteista, ei niinkään vammaisuudesta tai poikkeavuudesta. Stressi perustuu elämänrealiteetteihin. Hän kutsuu sitä realiteettistressiksi, joka on enemmän seurausta perheen kannalta huonosti toimivasta tuki- ja palvelujärjestelmästä kuin osoitus psykodynaamisen tulkinnan mukaisesta tunnekuohusta. Mäen ja Rusasen tutkimuksessa (ks. Määttä 2001, 70) eräs äiti kuvaa tilannetta näin: ” Vanhempien on oltava aggressiivisen aktiivisia saadakseen lapselle apua tai etuja, jotka hänelle kuuluvat. Etupäässä itse otettava selvää asioista ja pysyttävä ajan tasalla. Pitäisi osata tehdä oikeat kysymykset saadakseen oikeat vastaukset.”

Vammaisen lapsen elämä on hyvää, kun palvelujärjestelmä vastaa lapsen ja perheen tarpeisiin. Vammaisen lapsen hyvä elämä on siten kytköksissä niihin tukitoimiin, joita lapsen vanhemmat ja muu perhe saavat voidakseen toteuttaa vanhemmuuden ja perheenjäsenyyden tehtäväänsä. Hännisen, Kallandin, Martikaisen, Saarisen ja Tainion (1998, 186- 196) mukaan se, että joku kannattelee ja vastaanottaa vanhemman tuskaa, estää sen kaatumisen vanhemmilta lapselle. Vanhempien tukeminen turvaa vammaisen lapsen mahdollisuudet hyvään elämään. He katsovat vammaisen lapsen hyvän elämän kannalta tärkeinä myös mahdollisuuden itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen, riittävän sekä totuudenmukaisen tiedon saannin ja että lasta rakastetaan sellaisena kuin hän on. Vallitsevien vammaisparadigmojen integraation ja inklusion mukaan vammaisen hyvä elämä on osallistumista yhteiskunnan toimintaan sellaisena kuin on ja muokkauksen kohteena on ympäristö yksilön sijaan. Integraatio- ja inklusio- merkityksen keskeinen ero on siinä, että inklusiivisessa mallissa kaikki ovat jo lähtökohtaisesti mukana ja integratiivisessa mallissa erilaisiksi luokitellut otetaan mukaan normaaliin. Myös erilaiset ekologiset kuntoutusmallit korostavat vammaisen hyvän elämän olevan edellä mainitun kaltaista mukana oloa.

## 2. HYVINVOINTIPALVELUISTA

Käytän tässä tarkastelussani yleiskäsitettä kunnalliset hyvinvointipalvelut ja sillä tarkoitan kunnallisia niin sosiaalihuollon kuin terveydenhuollon sekä sivistystoimen palveluja. Tarkoitukseni on kuvata mahdollisimman kattavasti kuntien palveluja, joita määrittävät lainsäädännön, globaalien taloustrendien ja poliittisten strategiaohjelmien viidakko, josta ei ole ihan helppoa saada selkeää kuvaa. Miten palvelut sitten vastaavat suomalaisten kuntalaisten tarpeisiin selviää viime vuosien sosiaalibarometreistä.

### 2.1 Hyvinvointivaltiosta Suomi

Hyvinvointivaltioiden synty ajoittuu 1800 - luvun loppupuolelle. Tarve hyvinvointipalvelujen luomiselle nousi kansallisvaltioistumisen, äänioikeuden laajenemisen, yleisen demokratisoitumisen sekä teollistumisen ja kaupungistumisen myötä. Julkisen sektorin talouden kasvu oli kuitenkin vähäistä viime vuosisadalla ja 1900- luvun alussa. (Loikkanen, Pekkarinen & Vartia 2002, 175–176). Tunnetuimman Esping-Andersenin mallin mukaan hyvinvointivaltiot voidaan jakaa liberaaleihin, konservatiivisiin ja universaaleihin (ks. Heiskala & Luhtakallio 2006, 18–19). Liberaalissa mallissa, joita edustaa mm. USA ja Iso-Britannia, valtion takaaman turvan aste on matalin ja hyvinvointiriskejä minimoivat ratkaisut ovat pääosin yksilöllisiä ja markkinapohjaisia. Myös perheen rooli on tässä mallissa marginaalinen. Konservatiivisessa mallissa, jota edustavat mm. Saksa, Ranska ja Italia, valtio välttää suoranaista palveluiden tuottamista tilanteissa, joissa perheet ja ammattiryhmät voivat hoitaa hyvinvointitehtävät. Mallissa suositaan mieselättäjyyttä kahden palkansaajaan sijaan eivätkä turvajärjestelmät ole universaaleja, kaikille kansalaisille kuuluvia, vaan ne on yleensä sidottu työhön osallistumiseen. Valtio antaa tarvitseville mieluummin rahaa palveluiden hankkimiseen kuin tuottaa heidän tarvitsemansa palvelut itse. Universaalissa tai pohjoismaisessa sosiaalidemokraattisessa mallissa, jota pohjoismaat edustavat, valtiolla on paljon universaaleja tehtäviä, joiden avulla se pyrkii korjaamaan ja ehkäisemään markkinoiden toiminnan aiheuttamia hyvinvointiriskejä. Tässäkin mallissa kuten liberaalissa perheellä on marginaalinen rooli. Joidenkin tutkijoiden mukaan malliin olisi lisättävä niin sanottu familiaaninen eli eteläeurooppalainen malli, jota esim. Espanja ja Kreikka edustavat ja joka ra-

kentuu laajennetun perheen ja vastaavien verkostojen varaan tukien samalla vielä voimakkaammin mieselättäjyyttä kuin konservatiivinen malli (ks. Heiskala & Luhtakallio 2006, 19). Parjanne (2001, 120) ottaa esille vielä korporatiivisen mallin, joka on lähellä liberaalista mallia, mutta markkinaohjauksen sijaan katolinen etiikka ohjaa toimintaa.

Melinin mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 13.2.2008) pohjoismaisille hyvinvointivaltioille on tyypillistä universalismin lisäksi hyvinvointipalveluiden suuri BKT osuus, korkea veroaste, julkisesti tuotetut palvelut, tavoite täystyöllisyydestä ja naisten laajamittainen palkkatyö. Suomea pidetään yleisesti yhtenä pohjoismaisista, vaikka hyvinvointivaltio mallissamme on ominaispiirteitä, joita muissa pohjoismaisissa malleissa ei ole. Suomalainen hyvinvointivaltio kehittyi suhteellisen myöhään käynnistyen vasta 1960-luvulla. Ruotsissa vastaavanlainen kansankotiohjelma oli kehitetty jo 1920-luvulla. (Jokinen & Saaristo 2002, 118). Melin lisää näihin ominaispiirteisiin myöhäisen kehityksen lisäksi etuuksien pienuuden, tavoitteista lipeämisen, valikoinnin kasvun, omavastuun lisääntymisen ja suunnan olevan kohti markkinoita. Hänen mukaansa Suomessa on myös aina mennyt raha hyvinvointikysymysten edelle. Jokisen ja Saariston mukaan (2002, 21) olisikin luontevinta sanoa, että Suomessa yhdistyvät pohjoismainen universaali hyvinvointivaltio ja keskieuropalainen konservatiivis-korporatistinen hyvinvointivaltio.

Suomessa on tapahtunut kahtena viime vuosikymmenenä suuria yhteiskunnallistaloudellisia muutoksia, joista keskeisimpiä on ollut muutos suunnittelutaloudesta kilpailuyhteiskunnaksi. Kilpailukyvystä ja talouskysymyksistä tuli hallitusohjelmien keskeinen sisältö. Merkkejä tulevasta muutoksesta ilmeni 1980-luvulla, jolloin alkoi teollisuuden suorien ulkomaille suuntautuneiden investointien kasvu. (Heiskala & Luhtakallio 2006, 27). 1990-luvun alun laman aikana Suomen yksityisellä sektorilla luovuttiin tuotantokeskeisestä, tehottomasti investoivasta sekä valtion ja pankkien pikkutarkasti ohjaamasta liiketoiminnallisesta mallista. Tilalle otettiin amerikkalaistyyppinen finanssien hallitsema ja globaaleille markkinoille suuntautunut järjestelmä, joka piti menestymisen ehtona yritystoiminnan keskittämistä vahvuusalueille. (ed. 29). Kansainvälistyminen jatkui koko 1990-luvun ajan ja Suomen kilpailukyvyn turvaaminen tuli hallituksen keskeiseksi toiminnan tavoitteeksi. Kilpailukyky ja hyvinvointi nähtiin toisilleen vastakkaisina ja julkista sektoria koskettivat voi-

makkaat pyrkimykset hallinnon tehokkuuden lisäämiseen (ed.32). 2000- luvulla on kritisoitu kilpailukyvyyn korostamista ja yhteiskunnalliseen keskusteluun on otettu teemaksi myös hyvinvointia koskevat kysymykset (Jokinen & Saaristo, 2002; Heiskala & Luhtakallio, 2006).

1990- luvun laman aikana tapahtui merkittäviä leikkauksia valtion budjetin alueilla, mutta rajuimmin leikkaukset koskivat sosiaali- ja terveydenhuollon ennaltaehkäiseviä palveluja. Niiden hyödyllisyyttä on ollut vaikea perustella päättäjille, jotka ovat halunneet nähdä ne lähinnä kuluerinä. On kuitenkin huomattava, että ennaltaehkäisevien palvelujen toiminnan osuus menoissa on ollut varsin pieni, joten saavutetut säästöt ovat jääneet jopa marginaalisiksi (Rimpelä & Ollila 2004, 73). Rimpelän ja Ollila toteavat olevan mahdollista, että lama sinänsä ei ollut merkittävä tekijä niiden rapautumisessa. Heidän mukaansa laman itsenäisen vaikutuksen selvittämisestä vaikeuttaa monet muut samanaikaiset muutokset kuten väestövastuuseen siirtyminen terveyskeskuksissa, valtion normiohjauksen purkaminen, kuntien valti-onosuuden muuttaminen kustannusperusteisesta laskennalliseksi ja kunnille jaettavien valtionosuuksien korvamerkinnöistä luopuminen.

Toinen 1990- luvun laman aikaansaama muutos on ollut hyvinvoinnin alueellisen erilaistumisen kasvu ja se, että kansalaiset ovat entistä selvemmin jakautuneet menestyviin ja putoajiin. Eriarvoistumista tutkineet Stakesin tutkijat Kainulainen, Rintala ja Heikkilä (2001, 33–85) totesivat vv. 1992–1993 toteutetussa tutkimuksessaan, että köyhyys ja kurjistuminen olivat tavallisempia maaseudulla, väestön ikääntyminen on tosiasia, koulutustaso on noussut, kunnallisissa sairaaloissa hoidettujen potilaiden määrä on vähentynyt, lasten ja nuorten sijoitukset ovat lisääntyneet ja lastensuojelun avohuollon piirissä olevien lasten ja nuorten määrä on kasvanut. Samaisessa tutkimuksessa todetaan vielä, että milloin muutoksia on väestön hyvinvoinnissa havaittavissa, ovat muutokset ennemminkin kuntien välisten eroja kuin kasvua kuin vähentymistä (ed. 94). Nämä kehityssuunnat ovat nähtävissä edelleen ja meneillään olevan taantuman pelätään heikentävän palveluita entisestään erityisesti lapsien ja lapsiperheiden osalta.



## 2.2 Suomalainen hyvinvointivaltio pohjoismaisessa vertailussa

Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmiä on vertailtu STM:n selvityksessä vuodelta 2007. Sen mukaan terveydenhuolto on pääosin yhdenmu-kaista, koska niissä palvelut rahoitetaan pääosin julkisin varoin ja niitä tarjotaan kaikille tasapuolisesti. Merkittävimmät erot ovat puolestaan eri hallintotasojen mää-rässä, tehtävissä, työnjaossa ja rahoituksessa sekä kansalaisten valinnanmahdol-lisuuksissa. Maiden välillä on eroja myös terveystalouden tuotannon keskittämi-ssä ja kuntien, maakuntien ja valtion organisaatioiden määrässä, tehtävissä ja työnjaossa. (STM 2007:36, 3) Alla olevassa taulukossa tarkastellaan aihetta läh-emmin.

**Taulukko 1.** Vertailussa Pohjoismaiden sairaaloiden hallinto, rahoitus ja koko

		Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
<b>Hallintotaso</b>	<b>Tilaaja/tuottaja</b>	Alue	Kunta	Alueellinen terveydenhuolto-yritys(RHE)	Lääni
	<b>Tilaajien/tuottajien lukumäärä</b>	5	416	5	20
	<b>Sairaalan omistus</b>	Alueet	Sairaanhoido- piiri	Valtio	Lääni
<b>Rahoitus</b>	<b>Pääasiallinen rahoittaja</b>	Valtio ja kunta	Kunta, asia- kasmaksut	Valtio, sairas- vakuutus	Lääni, asia- kasmaksut
	<b>Laskutusperuste</b>	Toiminto- perusteinen kokonais- rahoitus/ perusrahoitus	Toiminto- perusteinen	Toiminto- perusteinen	Toiminto- perusteiset sopimukset
<b>Koko</b>	<b>Sairaaloiden määrä</b>	60	50	50	70

Lähde: STM. Selvityksiä 2007:36

Taulukosta käy selkeästi ilmi, miten poikkeuksellinen Suomen kuntarakenne on ollut määrällisesti ennen Paras-hanketta. Koska kunnat ovat Suomessa pääasiallisesti terveystalouden tuottaja, on selvää, että on tarpeen tiivistää yhteistyötä ja purkaa päällekkäisyyksiä, jotta muutenkin tiukoilla oleva kuntatalous saa toipumi-sen mahdollisuuden. Tanskassa alueet tilaavat palvelut ja ne tuotetaan alueiden omistamissa sairaaloissa. Vaikka Suomi noteerattiinkin juuri maailman vauraim-

maksi maaksi, jo tämä taulukko osoittaa, että byrokratian päällekkäisyyksien poistamiselle löytyy tilausta.

Selvityksessä vertailtiin myös Pohjoismaiden terveydenhuoltokustannuksia. Pohjoismaisittain Suomi käyttää vähiten rahaa terveydenhuoltoonsa tarkasteltiin sitä sitten osuutena bruttokansantuotteesta tai kansalaiseen käytetystä summasta. Julkisen rahoituksen osuus kaikista terveydenhuollon menoista on myös Pohjoismaiden pienin. Sen sijaan lääkekustannusten osuus kaikista terveydenhuollon kuluista on Pohjoismaiden suurin. Myös lääkekustannukset ovat kasvaneet huoletuttavan huikeasti muihin Pohjoismaihin verrattuna. Selvityksessä ei sen kummemmin tietoa kommentoida, mutta itse näkisin sen kuvaavan hyvin hoitosuuntausta, jossa palvelujen puutteita korvataan lääkkeillä.

**Taulukko 2. Terveydenhuoltokustannukset Pohjoismaissa 2004**

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi	Islanti
Terveydenhuoltokustannusten osuus BKT:sta (%)	8,9	7,5	9,7	9,1	10,2
Terveydenhuoltokustannukset per capita USD	2881	2235	3966	2825	3331
Julkisen rahoituksen % -osuus terveydenhuollon kustannuksista	85	77	84	85	83
Lääkekustannusten % -osuus terveydenhuoltokustannuksista	9	16	10	12	15
Lääkekustannusten osuuden kasvu 1990–2007 (%)	1,5	6,6	2,8	4	1,3

Lähde: STM. Selvityksiä 2007:36

Lisäksi selvityksessä otetaan kantaa terveydenhuollon tulevaisuuden näkymiin. Sen mukaan tulevaisuuden kannalta olennainen kysymys on, pystytäänkö vastaamaan terveyspalvelujen kysynnän kasvuun ja kansalaisten odotus- ja vaatimustason nousuun. Palveluiden tuotannon näkökulmasta merkittäviä haasteita tulevaisuudessa ovat niin palvelujen rahoitus, vastuunjako kuntien ja valtion välillä, julkisen ja yksityisen sektorin suhteet kuin osaavan työvoiman saaminen. (ed. 4) Sen sijaan kantaa ei oteta kuin ehkä pintapuolisesti globaaleihin hyvinvointikysymyksiin, jotka väistämättä tulevat vaikuttamaan myös Pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin. Näistä hieman lisää seuraavassa kappaleessa.

### 2.3 Globaalista hyvinvoinnista ja vammaisuudesta

Vammaisuus on universaali kokemus, toteavat Albrecht ja Bury artikkelissaan vammaisuuden markkinapaikan poliittisesta taloudesta (2001, 585). Absoluuttinen vammaisten henkilöiden määrä kasvaa kaikissa maailman valtioissa. Ilmiöön on monia syitä, kuten eliniän kasvu parantuneen ravitsemuksen vuoksi, julkiset toimet terveyden parantamiseksi, tehokkaampi lääketieteellinen hoito ja diagnosoinnin kehittyminen sekä maailmassa meneillään olevat sotatoimet. (ed. 585) Kun vammautuneiden määrä kasvaa, kasvaa myös tarve erilaiseen kuntoutukseen, sosiaaliseen tukeen, esteettömään ympäristöön ja tarvittaviin terveyspalveluihin. Albrecht ja Bury ottavat esimerkikseen UK:n valtion budjetin vuodelta 1998, jossa 133 miljardia osoitettiin sosiaaliturvaan, josta puolestaan valtaosa käytettiin vanhusten ja vammaisten tarpeisiin. Taloudellisesti tämä on hyvin merkittävää, koska suurin osa käytetyistä rahavaroista palautuu markkinapaikalle käyttäjien hankittua varoilla itselleen tarvitsemiaan tarvikkeita ja palveluja. Erilaiset julkiset ja yksityiset palvelujentarjoajat tuottavat palveluja näille markkinoille, joissa kohdataan yhteiskunnallisten sekä poliittisten että taloudellisten kysymysten lisäksi arvo-, moraal- ja ihmisoikeuskysymyksiä. Heidän mukaansa vammaisuus kysymykset ennustavat, miten yhteiskunta arvostaa inhimillistä elämää ja kansalaisuutta. (ed. 587)

Vammaisuuden liiketoiminta-alueella pyörivät rahamäärät ovat huikeita myös Yhdysvalloissa: terveydenhuollon kokonaiskustannusten odotetaan nousevan Yhdysvalloissa vuoden 1998 1.15 triljoonasta dollarista noin 2.13 triljoonaan vuonna 2007. ( Albrecht & Bury 2001, 590). Samana aikana kuntoutuksen liiketoiminta-alueella odotetaan tapahtuvan liikevaihdon kasvua 200 miljardista dollarista 400 miljardiin dollariin. Monikansalliset yritykset pitävät huolen siitä, että koko vammaisuuden markkinapaikka on globaali. (ed. 596) Vapaiden markkinoiden näkökulmasta markkinapaikka olisi itse-säätelvä, koska palvelujen tuottajat haluavat maksimoida voittonsa, jolloin palveluiden käyttäjät saisivat parasta laatua, hintaa ja saatavuutta. Lightin (ks. Albrecht & Bury 2001, 596) mukaan vammaisuuden markkinoilla on kuitenkin esteitä, jotka vaikeuttavat tehokkaan terveydenhuollon syntyä. Näitä ovat hänen mukaansa:

1. Yhden sairaalan tai palvelun tuottajan monopoliasema.
2. Osapuolien pitkät ja monimutkaiset suhteet haittaavat rationaalista osto- ja hankintatoimintaa.
3. Terveystuotteen kilpailun päätarkoituksena on rajoittaa ja kanavoida vaihtoehtoja ja usein poliittiset paineet rajoittavat mitä palveluja ostetaan ja keneltä.
4. Terveystuotteen pääsyssä ja sieltä poistumisessa on esteitä.
5. Markkinoiden tietous palvelujen laadusta, palveluista yleensä ja niiden hinnoista on epätäydellistä, epätarkkaa ja pirstoutunutta.
6. Markkinoiden tietous on kallista sekä epäsuhtaista ja suurelta osin se on tarjoajien kontrolloimaa. Tietoon pääsy on usein estetty.
7. Hyvinkin informoidut ostajat eivät tee valintoja, jotka maksimoivat heidän etunsa.
8. Markkinoiden signaalit ovat hitaita tai piilossa ja markkinoiden voi kestää kuuksia ”selvitä”, jos ylipäänsä selviävät.
9. Hinnat ovat rakennettuja realiteetteja, jotka eivät välitä kaikkea, mitä ostajan pitää tietää.

Koska markkinat toimivat tehottomasti, kustannukset ovat suuria ja palvelut eivät ole riittävän hyvin integroituneet. Lisäksi palveluihin pääsyä on rajoitettu ja asiakkaat ovat usein tyytymättömiä. Monikansalliset yhtiöt tuovat palveluidensa ja tuotteidensa lisäksi mukanaan oman yrityskulttuurinsa, joka asettaa yrityksen tuloksen asiakkaan hyvinvoinnin ja tarpeiden edelle. Euroopan maissa, joissa on totuttu hyvänlaatuisiin hyvinvointivaltioihin, ei olla ihastuneita amerikkalaisen yrityskulttuuriin, vaan pelätään tämänkaltaisen amerikkalaisen kulttuurin rantautumista. (ed. 597)

DeJong ja Basnett tarkastelevat artikkelissaan markkinoiden roolia terveystuotteen tuottamisessa. Heidän tarkoituksenaan on hankkia ymmärrystä terveystuotteen markkinoiden kyvystä tai kyvyttömyydestä asiaankuuluvasti kohdata vammaisten henkilöiden tarpeet, arvot ja huolenaiheet. (2001, 611) Vammaisten erityisiä terveystarpeita, jotka poikkeavat valtaväestön terveystarpeista, he ovat havainneet kahdeksan. Ensinnäkin vammaisilla henkilöillä on suurempi herkkyys saada muita sairauksia ja terveyshaittoja. Toiseksi vammaisen henkilön on vaikeampi osallistua ennaltaehkäiseviin ja terveyttä ylläpitäviin palveluihin kuin vammautumien. Kolmanneksi lapsena vammautuneet henkilöt saavat helpommin kroonisia

sairauksia lapsina. Neljänneksi vammaisen henkilön terveydentilan heikkeneminen muun kroonisen sairauden vuoksi voi aiheuttaa sekundaarista toiminnan vajetta; esim. liikuntavammaisen henkilön sairastuttua reumaan, hänen on vaihdettava tavallinen pyörätuoli sähköiseen. Viidenneksi vammaisen henkilö tarvitsee enemmän monimutkaisia ja pitkäkestoisia hoitoja kuin vammaton. Kuudenneksi toisinaan tarvitaan jatkuvaa lääkitystä, kuten esim. vammaisen epilepsian hoidossa. Seitsemänneksi vammaiset saattavat tarvita avukseen lääkinnällisiä laitteita (kuten happipullot tai imulaitteet) tai muuta avustavaa teknologiaa (kuten kommunikaattorit). Kahdeksanneksi usein tarvitaan pitkäaikaisia avustamis-, tulkkaus- ym. palveluita. (DeJong & Basnett 2001, 612–613) Tämäkään jaottelu ei tyhjentävästi tuo esiin vammaisuuden monia vaikutuksia yksilötason palvelutarpeisiin. Jaottelun perusteella voidaan silti todeta, että vammaiset henkilöt käyttävät enemmän terveyspalveluja kuin vammattomat. Yhdysvalloissa henkilöt (14.2 %), joilla on jokin toimintaa rajoittava syy, käyttävät 41.6 % kaikista lääkärikäynneistä ja 63.7 % kaikista sairaalapäivistä (ed. 614). Ei siis ole kenenkään näkökulmasta aivan vähäpätöinen asia, vastaavatko palvelut käyttäjiensä tarpeisiin.

Seuraavat näkemykset eivät suoraan esitä vammaisten palveluiden globaalia tilaa, vaan kuvaavat globaalin talouden tilaa yleisellä tasolla. Naomi Kleinin (2007,73) mukaan rajut sosiaalimenojen leikkaukset ja raju julkisen sektorin alasajo ovat osa tuhokapitalismin leviämistä. Tuhokapitalismilla hän tarkoittaa erilaisten yhteisöllisten kriisitilanteiden, kuten luonnonkatastrofien, sotien ja taloudellisten kriisien hyväksikäyttämistä voimakkaan globaalin markkinavetoisen yksityistämisen politiikan tarpeisiin. Yhteisön jäsenet ovat vasta toipumassa katastrofin aiheuttamasta sokista, eivätkä siksi ole kykeneviä vastustamaan korporatioiden ja päättäjien junailemia ”uudistuksia”, jolla valtio itse asiassa luovuttaa enenevässä määrin päätäntävaltaa yrityksille ja markkinavoimille. Tuhokapitalismi perustuu tunnetun taloustieteilijä Milton Friedmanin (ks. ed. 98) oppeihin kapitalismista ja vapaudesta. Friedmanin mukaan markkinatalouden kolmikannan muodostavat yksityistäminen, talouden vapauttaminen ja sosiaalimenojen leikkaukset. Ilmiötä löytyy maailmasta kaikkialta, varsinkin juuri kriisin kokeneista maista. Maailmanpankki ja Kansainvälinen valuuttarahasto ovat Kleinin mukaan mukana toteuttamassa tuhoisia uudistuksia.

Talouden nobelisti, taloustieteilijä Paul Krugman esittää samansuuntaisia näkemyksiä kuin Naomi Klein edellä, mutta hieman eri termein ja näkökulmin. Hän kuvailee taloustilannetta teoksessaan *The conscience of the liberal* puhtaasti USA-lähtöisesti. Krugman toteaa, miten eriarvoistuminen terävä nousu alkoi 1980-luvun USA:ssa. Hän lisää vielä, että USA on ainoa hyvinvointivaltio, joka ei takaa kansalaisilleen terveydenhuoltoa. USA:n liberaali talousjärjestelmä toimii markkinavetoisesti, joskin Krugman ottaa esiin liberaalin kannan universaalien terveydenhuollon puolesta. Markkinavetoisuus ja julkiset terveydenhuollon palvelut eivät hänen mukaansa sulje toisiaan pois. Krugmanin mielestä on taloudellisesti järkevämpää ottaa koko väestö mukaan terveyspalvelujen piiriin. Hän käyttää perusteluissaan esimerkkinä Ranskan terveydenhuoltoa, jonka sanotaan olevan maailman parasta ja joka käyttää terveydenhuoltoon per capita puolet USA:n käyttämästä summasta saaden niillä terveyspalveluja kaikille, kun USA:ssa kymmenet miljoonat ovat kaikinlaisen sosiaaliturvan ulkopuolella. Hän kritisoi myös poliittista päätöksentekoa ja pohtii, miten poliitikot, jotka tekevät suurinta osaa ihmisiä vahingoittavia päätöksiä, ovat voineet voittaa vaalit. Krugmannin ajattelu kiteytyy seuraavissa lauseissa: ”Minä uskon suhteellisen tasavertaiseen yhteiskuntaan, jonka tukirankana ovat instituutiot, jotka rajoittavat valtaa ja rahan keskittymien ylilyöntejä. Uskon demokratiaan, siviilioikeuksiin ja lainvoimaan. Se tekee minusta liberaalin ja olen ylpeä siitä.” (Kirjoittajan oma käännös, Krugman 2009.) Toisessa teoksessaan hän kirjoittaa, miten valtio ei ole yhtiö. Yhdysvalloissa on presidentin vaihdoksen myötä menossa maan historian suurin terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen.

Kansantaloustieteen professori Chossudovsky jatkaa Kleinen ja Krugmanin linjoilla keskittyen globaalin kaupankäynnin lopputulokseen, joka on hänen mukaansa köyhyyden globalisaatio. Hän kritisoi Kleinin tapaan voimakkaasti Maailmanpankkia ja Kansainvälistä valuuttarahastoa, joiden aloitteista ja ohjelmiin perustuen monet kehittyvät maat ovat ajautuneet ennennäkemättömään syvään köyhyyteen ja kurjuuteen. Aloitteet ja ohjelmat perustuvat globaalin kaupan rajoitteiden purkuun, julkisten palvelujen rajuun alasajoon ja valtioiden oman tuotannon ehtymiseen. Inflaatio on kiihtynyt lukuisten devalvaatioiden vuoksi ja elintärkeiden tuotteiden, kuten ruuan, sähkön ja polttoaineiden hinnat ovat nousseet pilviin, ollen siten suuren väestön ulottumattomissa. Aiemmin hallinnassa olleet sairaudet, kuten kolera ja tuberkuloosi ovat levinneet hälyttävästi, koska valtioiden terveydenhuollon kaadut-

tua hoitoa ei ole saatavilla ja jos on, niin se kustantaa tavallisille ihmisille mahdotomia. Myös aliravitsemus on lisääntynyt kaikkialla, mutta erityisesti maaseudulla. Taloudellinen ahdinko on lisännyt rikollisuutta esimerkiksi huumekaupan muodossa. Ainoat hyötyjät tilanteessa ovat pieni väestön osa, joka pitää hallinnassaan suurinta osaa taloudellisista ym. resursseista. Hyvinvointi on globaalissa maailmassa mahdollista ainoastaan näille muutamille. (Chossudovsky 2004.) Kun suurin osa väestöstä taistelee päivittäisestä selviytymisestä, ei tälle globaalille iskujoukolle helposti löydy haastajia.

## 2.4 Kunnallisista hyvinvointipalveluista ja niiden järjestämisestä

Suomessa kunnalla on itsehallinto. Sen merkitys tulee Heurun (2003, 2006) mukaan esiin kolmella tavalla. Ensinnä se toteuttaa länsimaille merkityksellistä demokratian arvoa ja oikeusvaltion ideaa. Toiseksi kunnan toiminnan merkittävin osa koskee yhteiskunnallista palveluntuotantoa, joilla on tarkoitus toteuttaa perus- ja ihmisoikeuksia. Kunnallisen itsehallinnon vastuulla on likimain kaksi kolmasosaa yhteiskunnallisesta palveluntuotannosta. Kolmantena on mainittava kuntien kehittämistehtävä, joka rakentuu kestävän kehityksen periaatteelle. Tällä tarkoitetaan ekologisesti ja taloudellisesti kestävästä kehityksestä sekä yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden toteuttamista ja ihmisten henkisen kasvun turvaamista.

Kunnallisesta itsehallinnosta säädetään Suomen peruslaissa, joka tuli uusittuna voimaan 1.3.2000 (Heuru 2006, 41). Heuru (2006) korostaa, että uusi perustuslaki tehtiin entistä selvemmin oikeudellisesti velvoittavaksi ja sellaiseksi, että valtiollisen todellisuuden tulee vastata sitä ja päinvastoin. Aiemmasta peruslaista poiketen se koskee kokonaisuudessaan myös kunnallishallintoa. Sen säätämistä perusoikeussäännöksistä esim. syrjintäkielto luo ehdottoman sitovuuden. Perustuslakiin sisältyy kolme perustavaa laatua olevaa arvoa: ihmisarvon loukkaamattomuus, yksilön vapaus ja oikeudet sekä oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassa ja yksilön perusoikeuksien keskeinen asema. (Heuru 2006, 42–44.)

” Perustuslain 121.2 § sisältää perussäännöksen siitä, että kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla” (Heuru 2003, 2006). Vaikka laki rajaa tarkasti kunnan järjestämisvelvollisuuden piirissä olevat

tehtävät, on kunnallinen itsehallinto kuitenkin luotu ihmisen, kuntalaisen vuoksi. Kunnan on myös mahdollista ottaa järjestettäväkseen tehtäviä ja näitä kutsutaan kunnan itse itselleen ottamiksi tehtäviksi. Subjektiiviset oikeudet ovat luonteeltaan etuja, jotka kunta on velvollinen järjestämään ja niistä säädetään lailla, sopimuksilla tai hallintopäätöksellä. (ed.) Palveluita järjestettäessä on noudatettava hyvää hallintotapaa. Euroopan parlamentti on hyväksynyt päätöslauselmassaan 2001 hyvän hallintotavan säännöt ja ne kuvaavat eurooppalaista hallinto käsitystä laajemminkin. Hyvän hallinnon vaatimuksiin asetetaan mm. lainmukaisuus, syrjinnästä pidättäytyminen, virkamiehen puolueettomuus, riippumattomuus ja objektiivisuus, suhteellisuus, vallan väärinkäytöstä pidättäytyminen, virkamiehen velvollisuus toimia perusteltujen odotusten mukaan johdonmukaisesti, oikeudenmukaisesti, kohteliaasti ja yleisöä neuvoen. (Heuru 2003, 86–87.) Oikeastaan tätä voisi kutsua virkamiehen eettiseksi ohjeeksi.

Kunnallishallinnon keskeisiä käsitteitä on palvelurakenne, jolla tarkoitetaan hyvinvointipalvelujen tuotannon kokonaisuutta (Miettinen 2000, 57). Hänen mukaansa palvelurakenne on lähes jokaisessa suomalaisessa kunnassa omanlaisensa riippuen kunnan palvelutuotannon historiallisesta kehityksestä, määrästä ja monipuolisuudesta sekä palvelujen organisoimistavoista. Miettinen (2000, 58) lisää, että tällä tarkoitetaan esimerkiksi että palveluorganisaatio voi olla raskaan laitoshuoltopainotteinen tai keveään avopalvelujärjestelmään perustuva tai se voi olla hallinnoltaan staattinen ja byrokraattinen sen toisaalla ollessa yksinkertainen, joustava, tilanteiden mukaan elävä ja dynaaminen.

Palveluja voidaan tuottaa monin eri tavoin ja esittelen seuraavaksi tutuimmat ja keskustelluimmat organisoimintamallit Päivärinnan mukaan (ks. Miettinen 2000, 57):

1. Julkinen hallinto huolehtii palvelujen järjestämisestä, tuottamisesta ja rahoittamisesta joko kokonaan tai palvelun käyttäjän kanssa
2. Julkinen hallinto myy palvelujaan tarvisijoille. Tällöin palvelun käyttäjä valitsee julkisen palvelutuottajan palvelun ja maksaa sen itse.
3. Julkiset organisaatiot ostavat ja/tai vuokraavat toisiltaan palveluja
4. Julkinen hallinto tekee ostopalvelusopimuksen yksityisen yrityksen tai järjestön kanssa



5. Julkinen hallinto luovuttaa tuotantomonopolin yksityiselle yritykselle. Mallissa julkinen viranomaisellinen voi olla joko yksinään tai yhdessä palvelun käyttäjän kanssa järjestäjän tehtävässä. Palvelunkäyttäjä maksaa itse palvelunsa.
6. Avustusmallissa julkinen hallinto tukee palvelun tuottajaa taloudellisesti eri tavoin: verohelpotuksilla, suorilla tulonsiirroilla jne.
7. Julkinen hallinto tukee vaihtoehtoisesti palvelunkäyttäjää. Eroaa edellisestä siten, että malli antaa edellistä laajempaa mahdollisuuden käyttäjälle valita haluamansa palvelutuottajan palvelu. (Palveluseteleiden käyttö kunnissa kuvaa tätä mallia)
8. Markkinamallissa palvelunkäyttäjä valitsee haluamansa palvelutuottajan palvelun ja maksaa sen itse
9. Palvelutoiminta perustuu vapaaehtoistyöhön yksityisen toiminnan tukemana
10. Yksilöt tuottavat itse tarvitsemansa palvelut

Suomessa hyvinvointipolitiikan erityispiirteinä pidetään sitä, että pääosa julkisista palveluista tuotetaan kunnissa, jotka eivät ole vastuussa globalisaation kansallisesta hallinnasta. Vastuu siitä kuuluu hallitukselle, mutta hallitus ei voi puuttua kovin lujin ottein kuntien asioihin vaan kunnioittaa niiden itsemääräämisoikeutta. (Heiskala & Luhtakallio 2006, 100.) Ennaltaehkäisevän työn, kevyen tuen toimien ja varhaisen puutumisen tarve on tiedostettu ja näistä puhutaan toistuvasti erilaisissa ohjelmissa ja strategia asiakirjoissa, mutta todellisesti toimeen ei ole tartuttu. Pidän tätä toisena suomalaisen hyvinvointipolitiikan erityispiirteinä: taloudelliset ja muut voimavarat käytetään mieluummin ongelmien hoitamiseen ja jopa ylläpitämiseen kuin ongelmien ehkäisemiseen ennakolta. Kolmas suomalaisen hyvinvointipolitiikan erityispiirre on julkisesti tuotettujen palveluiden määräävä osuus terveydenhuoltojärjestelmässä. Julkinen sektori hallitsevana tuottajana tuottaa niin perushoidon kuin erikoissairaanhoidon pääasiassa kunnissa ja kuntien yhteenliittymissä. Lisäksi Suomessa on tyypillistä, että perusterveydenhoidon rooli terveyspalveluiden kentässä on korostetumpi kuin muissa länsimaissa. (Wrede 2000, 189). Neljäntenä erityispiirteinä pidän muutosta, joka tapahtui 1980-luvulla, jolloin valtio luopui valtion kunnille osoittamien osuuksien korvamerkitsemisestä. Kunta voi siten käyttää rahat muihin kunnan menoihin kuin on tarkoitettu.

Vammaispalvelut turvataan lailla ja meneillään olevat uudistukset koskevat myös vammaisia koskevaa lainsäädäntöä. Uusi vammaispalvelulaki astui voimaan syys-

kuussa 2009 ja siinä parannetaan vammaisten mahdollisuuksia palveluiden saamiseen kotiinsa ja helpotetaan sekä lisätään henkilökohtaisen avustajan käyttömahdollisuuksia. Vammaispalvelulain 3§: ään on lisätty momentti 2, jonka mukaan palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avuntarve. Uusi vammaispalvelulaki on jatkossa ensisijainen kehitysvammalakiin nähden. (STM 2009)

Viimeisimmän Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon (STM 2006, 3) mukaan suomalainen vammaispolitiikka perustuu kolmeen keskeiseen periaatteeseen. Nämä ovat oikeus yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen ja oikeus tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin. Selvityksessä todetaan, että ”vammaisten lasten perheet tarvitsevat perhetilanteeseensa tukea ja palveluita. Selvitysten mukaan vanhemmat pitävät palveluita koskevaa ohjausta ja neuvontaa riittämättömänä. Vanhemmat kokevat niin ikään, että heidän itsensä tulee olla asiantuntijoita saadakseen lapsen tarvitsemat palvelut ja palveluiden saaminen saattaa edellyttää taistelemista ja jatkuvaa todistamista. Arjessa ongelmatilanteita aiheuttavat myös vanhemman uupuminen ja taloudellisen tuen vähäisyys. Lapsen vaikea vamma merkitsee usein toisen vanhemman täysipäiväistä hoitopanosta ja vahvaa sitoutumista lapsen hyvinvoinnista huolehtimiseen ” (ed. 11). Selonteossa otetaan esille myös vammaispolitiikkamme kehittämistoimenpiteet.

Suomalainen yhteiskunta on kaikille ja se on vammaispolitiikkamme peruslähtökohta, jolla turvataan ihmisoikeudet ja syrjimättömyys. Siksi on selonteon mukaan tarpeen, että vammaisten kansalaisten työnsaantia edistetään ja kohtuullinen toimeentulo turvataan. Koulutuksellinen yhdenvertaisuus toteutetaan sekä turvataan palvelut ja tuki opiskeluun. Kulttuuriset oikeudet turvataan ja kulttuurin saavutettavuutta edistetään. Mahdollisuutta itsenäiseen asumiseen tuetaan. Parannetaan oman elämän hallintaa vammaispalveluilla. Tietoteknologisin ratkaisuin lisätään osallisuutta ja saavutettavuutta. Vammaisia henkilöitä koskevaa tiedonhankintaa lisätään ja vammaistutkimusta vahvistetaan. Lainhengen mukaan palvelut tulisi järjestää positiivisesti erityiskohdellen. Tällä tarkoitetaan sitä, että erilaisin toimin, joihin vammattomalla kansalaisella ei ole oikeutta, mahdollistetaan vammaisen henkilön mahdollisuus olla ja elää yhteiskunnassamme kuten muutkin. Lisäksi laaditaan vammaispoliittinen ohjelma toimintaa ohjaamaan.

1990-luvulla käynnistettiin moninaisia sosiaalipalvelujen palvelun laadun kehittämiseen tähtääviä hankkeita. Kehitysvammaliiton 1996–1998 toteuttamassa Paikalliset laatujärjestelmät - projektissa siihen osallistuneet vanhemmat toivat esiin tyytymättömyyden aiheita (Määttä 2001, 126–127). Vanhempien mukaan lapsille ei ole tarjolla riittävästi kuntoutusta, lastenkaitsijaa toivottaisiin kotiin ja vammaisen lapsen asiat viipyvät byrokraattisessa koneistossa liian pitkään. Vanhempien todelliset vaikutusmahdollisuudet todettiin tämän projektin mukaan heikoiksi. Määttän mukaan monet perheet miettivät jopa vuosienkin jälkeen, oliko päätös lapsen sijoittamisesta erityisryhmään oikea. Määttä esittää, että epävarmuuden takana olisi se, että vanhemmat eivät missään vaiheessa ole itse tehneet omaa ratkaisua vaan joutuneet mukautumaan asiantuntijoiden näkemyksiin. Tilannetta parantamaan ehdotettiin palveluohjausta ja sitä koskevat lakiehdotukset on tehty yhdessä vanhempien, järjestöjen edustajien ja asiantuntijoiden kanssa. Lakisääteistämällä uudesta toimintatavasta on mahdollista saada valtakunnallinen ja velvoittava järjestelmä, joka takaisi kaikille perheille tasavertaiset palvelut ja tuen asuinpaikasta riippumatta.<sup>5</sup>

Kunnissa vammaispalvelujen arki toimii vaihtelevasti ja kuntakohtaiset erot ovat suuria. Taloudellisiin riittämättömiin resursseihin vedoten, kunnat jättävät helposti järjestämättä harkinnanvaraisia palveluja kuten on usein omaishoidon tuen myöntämisen kohdalla. Suurimmat vaikeudet kohdataan vaikeasti vammaisen hoidossa. Edellisen 1990-luvun laman aikana kunnallisia palveluita ajettiin alas hyvinkin nopealla aikataululla. Näin oli jo aiemmin tehty mielenterveyspalvelujen laitoshoidosta luovuttaessa. Vammaispalveluissa se näkyi mm. erityishuoltopiirien alasajolla (joka jatkuu edelleen). Esimerkiksi Keski-Suomessa alasajo koski voimakkaimmin kehitysvammaisten laitosasumista. STM:n selvityksestä (2008: 29, 46) käy ilmi, että muutos alkoi asumis- ja avopalvelujen kunnallistamisena, laitospalvelujen supistamisena, investointien pysähtymisenä, yksikkökustannusten kohoamisena, kun-

---

<sup>5</sup> Tutustuin palveluohjaukseen opettajan pedagogisissa opinnoissa olleen opiskelija kollegani Katariina Perttulan kautta. Perttulan (henkilökohtainen tiedonanto 15.5.2002) mukaan palveluohjauksella oli alun perin tarkoitus helpottaa konkreettisesti vammaisen lapsen perheen arkea. Tämä olisi hänen mukaansa esimerkiksi sitä, että palveluohjaajan huolena on hoitaa lapsi oikeaan aikaan hammaslääkäriin. Palveluohjauksella oli Perttulan mukaan tarkoitus varmistaa perheen tarvitsemat palvelut ilman mittavia taistoja. Tällöin perhe voi keskittyä normaaliin lapsiperheen arkeen, jossa myös tavallinen ansiotyö onnistuu. Omakohtaisten kokemuksieni mukaan palveluohjaus on toteutunut kunnissa lähinnä siten, että työntekijöiden vastuualueet ja nimikkeet ovat muuttuneet. Tehtävään on liitetty budjettivastuuta, jolloin ristiriidat tarvittavien palveluiden järjestämisen ja talouskysymysten välillä ovat tavallisia.

tasuhteiden vaikeutumisen ja vähitellen paineet alkoivat ilmetä myös henkilöstön sairauspoissaolojen kasvuna. Korvaavia asumispalveluja on vaikeinta löytää vaikeasti liikuntavammaisille, autisteille ja käytöshäiriöisille. Alasajon aikaansaamat säästöt eivät olleet kuitenkaan olleet odotusten mukaiset. Uusia palvelumuotoja ei ole kaikkialla kehitetty, vaikka lainsäädäntö ja poliittiset ohjelmat sitä tukevat. Avustajaverkosto on edelleen heikko ja kodinhoitopalveluja ei ole saatavilla, vaikka viimeisimpien Lääninhallitusten peruspalveluraporttien (2007) mukaan lapsiperheet yleisesti kokivat sen suurimpana tarpeenaan. Tilapäishoitoa ei myöskään ole saatavilla riittävästi ja äkillisissä sairaustapauksissa vanhemmat jäivät tyhjän päällä. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saatu myös Ruotsissa (Tideman 2000, 138). Valtaosa (41 %, n=257) Tidemannin tutkimukseen osallistuneista vanhemmista on lisäksi sitä mieltä, että ajatus vammaispalvelujen kunnallistamisesta on hyvä, mutta käytännössä on vielä paljon tehtävää (ed. 139).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksen mukaan (Heikkilä & Arpo, 2002, 146) Suomessa vammaispalvelulain mukaiset palvelut ovat lisääntyneet 1990-luvulta lähtien. Käyttäjämäärältään suurimmat vammaispalvelulain mukaiset palvelumuodot ovat kuljetuspalvelut, tulkkipalvelut ja palveluasuminen sekä henkilökohtainen avustajatoiminta, joista viimeinen ei vielä ollut vammaiselle subjektiivinen oikeus. Henkilökohtainen avustaja oli vuonna 2000 lähes 3000 henkilöllä, joka on 0,05 prosenttia väestöstä. Tarkkaa tietoa vammaispalvelulain piirissä olevien määrästä ei ole, mutta sen arvioidaan olevan 1,0–1,5 prosenttia väestöstä.

Palveluasumiskorvaukset ovat 1990-luvulla monimuotoistuneet ja enenevässä määrin se järjestetään kotiin. (ed. 146) Palvelukatsauksen mukaan kunnan koko selittää parhaiten vammaispalvelujen eroja. Väestöön suhteutetut kustannukset ovat suurilla paikkakunnilla keskimäärin suuremmat kuin pienillä kunnilla. Suurimmat väestöön suhteutetut kustannukset on kuitenkin kunnissa, joiden asukasluku on 2000–3000. Kaupunkimaisten kuntien väestöön suhteutetut kokonaiskustannukset ovat hieman suuremmat kuin maaseutumaisten kuntien. Vammaispalveluissa on myös se erityispiirre, että yksityisiltä ostettujen palvelujen osuus on korkeampi kuin sosiaalipalveluissa yleensä. (ed. 147–148) Vammaispalveluiden järjestämiseen käytettiin vuonna 1999 yhteensä 57 miljardia markkaa eli 960 miljoonaa euroa ja kokonaiskustannukset ovat kasvaneet tasaisesti koko 1990-luvun.

Kansaneläkelaitoksen hoidettavina ovat edelleen vammaistuet, eläkkeet, sairastamiseen liittyvät korvaukset, lääkekorvaukset ja lääkinnällisen kuntoutuksen kustantaminen ja järjestäminen. Lisäksi on käyty keskustelua omaishoidon tuen siirtämisestä Kansaneläkelaitoksen etuudeksi, jolloin suuria kuntakohtaisia eroja voitaisiin tehokkaasti pienentää ja kaikki omaishoitajat saisivat korvauksen tekemästään työstä.

## 2.5 Hyvinvointipalvelujen taloudesta Suomessa

Palvelun laatuun liittyvät kysymykset ovat olleet erityisesti sosiaali- ja terveystalouden hankkeiden ja projektien keskiössä. Outisen, Räikkösen, Holman ja Voipio-Pulkin Stakesille tekemän raportin (2007, 9) mukaan laadunhallinnassa ei ollut vuonna 2004 systemaattista eroa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, mutta sekä sosiaali- että terveydenhuollossa eri sektoreiden välillä oli suuria eroja. Laadunhallinnassa olivat sairaanhoitopiirit ja sosiaalihuollon kuntoutuslaitokset selvästi muita edellä. Uusia tulokkaita laadunhallinnan alueella vuonna 2004 olivat näyttöön perustuvan toiminnan ja riskienhallinnan implementointi. Yleisesti on haluttu kehittää laatupolitiikkaa ja luoda laatustrategiaa mm. luomalla laadunhallinta-asiakirjoja, tekemällä erityisjärjestelyjä näyttöön perustuvan toiminnan tukemiseksi, arvioimalla laatupolitiikan vaikutuksia henkilöstöpolitiikkaan ja antamalla menettely- ja toimintaohjeita eli luomalla standardeja. (ed. 9-14)

Laadunseuranta- ja arviointimittareiden käyttö yleistyi ja yhteistyökumppaneiden kanssa yhteisille palveluketjuille luotiin yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä. Asiakkaiden osallistumisen näkökulma oli suurimmassa osassa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa kehittymätöntä. Laatukustannusten tunteminen oli vielä suhteellisen vierasta, sillä ainoastaan yhdessä neljästä terveydenhuollon ja yhdessä kolmesta sosiaalihuollon organisaatioista tunnettiin laatukustannuksia. Laatukustannukset tuntevien organisaatioiden osuus näytti vähentyneen vuodesta 1999. Tutkimuskysymysten erilainen asettelu vuosina 2004 ja 1999 selittänee tämän ainakin osittain. Sekä vuonna 2004 että 1999 ainakin jokin laatukustannusten laskentajärjestelmä oli harvemmalla kuin joka toisella organisaatiolla. (ed. 9-14)

Kiristyvää taloudellista tilannetta on pakottanut myös kunnat miettimään palveluidensa **tuottavuutta** eli mitä sijoitetuilla voimavaroilla saadaan. Tuottavuutta on lähdetty tehostamaan moninaisin keinoin. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama hallinnonalan tuottavuustyöryhmä Tuotto ryhtyi toimeen vuonna 2004. Työryhmän lopuraportin (STM 2007: 67, 9) mukaan sen laatima tuottavuusohjelma muotoutui kaksijakoiseksi: se sekä tehostaa hallintoa että vastaa osaltaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuuskysymyksiin. Meneillään olevalla ja jo aiemmin johdannossa mainitsemani Paras-hankkeella on samansuuntaisia tavoitteita: se määrittelee palvelujen tarkoituksenmukaiset järjestämisen- sekä tuottamistavat ja pyrkii ensisijaisesti toimintaorganisaation kehittämiseen. Muutoin kuntaliitoksilla aikaansaadut taloudelliset hyödyt jäävät hyvin pieniksi.

Tuottoryhmän laatima tuottavuusohjelma valmistui keväällä 2005 (STM 2007:67, 13). Ohjelmassa esitetään useita toimia ministeriön ja hallinnon toiminnan kehittämiseksi tuottavammaksi, mutta käsittelen tässä yhteydessä niitä huomioita, joita ryhmä on tehnyt sosiaali- ja terveyspalveluista. Raportissa todetaan, että kuntien peruspalvelujen tuottavuuden kehitys oli 2000-luvun alussa heikkoa. Vuonna 2005 kunnallisten peruspalvelujen kokonaistuottavuus kääntyi kasvuun vuonna 2005. Voimavarojen lisääminen näyttää johtaneen usein palvelumäärien kasvuun ja yksikkökustannusten nousuun. Ryhmä pitää tärkeänä, että kunnat omaksuisivat hyvin toimivien kuntien parhaimpia toimintatapoja, jotta tuottavuuskehitys kohenisi. Tuottavuutta voidaan parantaa vaikka kehittämällä toimintakulttuuria, palveluprosesseja, sähköistä asiointia, sähköisiä tietojärjestelmiä ja palveluinnovaatioita. Raportissa tuodaan esiin tuotosmittareihin liittyvät mittausongelmat ja ettei palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta ole saatavilla riittävän kattavaa tietoa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuuden edistämisen kannalta erityisessä asemassa ovat olleet kansallinen terveydenhuollon hanke ja sosiaalialan hanke. Kansallinen terveydenhuollon hankkeen rationalisointien kustannussäästöiksi on arvioitu vuositasolla yhteensä 200 miljoonaa euroa.

Tuottavuutta on lähdetty kunnissa parantamaan myös palveluja kehittämällä. Yksi tapa on ollut vahvistaa omaishoitajien asemaa yhteiskunnassa. Mikkolan mukaan ihmiset saavat edelleen huomattavan osan tarvitsemastaan avustajasta hoidosta perheenjäseniltään ja lähiyhteisöltään (ks. STM 2007:28, 14). Suurin osa ihmisistä

hoitaa läheisiään ilman omaishoidon tukea. Paineet omaishoidon tutkimiseen ja kehittämiseen ovat olleet suuret koko 2000-luvun mikä näkyy mm. suurena tutkimus- ja kehittämishankkeiden määränä. Vuonna 2006 astui voimaan uusi omaishoitolaki, jolla on haluttu edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus. (STM 2007:28, 15) Omaishoidon tuki on edelleen määrärahasidonnainen palvelumuoto. Tähän julkaisussa esitellyyn tutkimukseen osallistui 362 kuntaa. Hoidettavien pääasiallinen hoidon ja huolenpidon syy oli (ed., 29) omaishoidosta tehdyn selvityksen mukaan kehitysvammaisuus 17 prosentilla ja fyysinen sairaus 34 prosentilla hoidettavista. Alle 17 vuotiaita hoidettavia oli vuonna 2006 13 prosenttia. Omaishoitajille maksettavan hoitopalkkion keskiarvo oli tämän tutkimuksen mukaan 416,32 euroa kuukaudessa. Hoitopalkkioiden suurus vaihteli kuitenkin suuresti kunnan asukasluvun mukaan siten, että suurissa kunnissa palkkiot olivat pääasiassa suurempia kuin pienissä. (ed. 39) Vastaavasti laitoshoidon kustannukset ovat maanlaajuisesti keskimäärin 500 euroa vuorokaudessa.

Toinen tapa parantaa tuottavuutta on ollut palvelusetelin käyttöönotto, josta säädettiin laki vuonna 2004. Sen keskeisenä ajatuksena on, että kunta antaa asiakkailleen tuloista riippuen palvelusetelitä, joilla asiakas itse hankkii tarvitsemansa palvelut palveluntuottajilta. Jos palvelun hinta ylittää palvelusetelin arvon, asiakas maksaa erotuksen itse. Setelin vähimmäisarvo on 20 euroa. Se nähdään vaihtoehtona ostopalveluille ja vastaa palvelujen tarpeen lisääntymiseen. Sen taloudellista vaikuttavuutta on ainakin toistaiseksi vaikea arvioida, koska kuten olen jo aiemmin useaan otteeseen maininnut, kuntien tiedot palvelujensa taloudellisuudesta ovat vähäiset. (STM 2007: 38, 12)

Kolmas konkreettinen tuottavuuden kehittämistoimi on ollut siirtyminen perhekeskustoimintaan kunnissa (STM 2008: 12, 11–12). Perhekeskusmallilla pyritään uudistamaan lapsi- ja perhepalvelujen toimintakulttuuria yhteistyössä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ja vahvistamaan perheiden osallisuutta. Palvelurakenteen näkökulmasta on haluttu käynnistää perhekeskusten kehittämisprosessi kunnissa ja edistää ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen toimintarakenteiden ja työkäytäntöjen syntymistä lapsi- ja perhepalveluihin. Perhekeskus- tai perhepalveluverkostomalli on tarkoitus saada paikalliselle ja/tai seudul-

liselle tasolle. Monipuoliset palvelut olisivat ensi kerran saman katon alla. Vammaisia lapsia ja heidän perheitään ei ole otettu hankkeessa erityisesti huomioon, vaan on ilmeisesti ajateltu heidän jatkossakin tukeutuvan erityispalveluihin.

## 2.6 Palveluiden arvioinnista

Palveluita määritellään erilaisten arviointien avulla. Palveluiden arviointia voidaan lähestyä monin tavoin, mutta päädyin käyttämään mallina Kainulaisen ja Niemelän tutkimuksessaan (1998, 14–18) esittämää mallia, jossa kysyntää, tarjontaa, palveluiden laatua, niiden vaikuttavuutta ja tasapuolisuutta tarkastellaan samanaikaisesti. Edellä mainitut palvelun osa-tekijät ovat tavallisimpia palveluja määrittäviä tekijöitä. Kehittämällä mallin mukaisia palvelun osatekijöitä, on sen sivutuotteena saatu aikaan myös tuottavuutta. Käsittelen seuraavaksi näitä osa-alueita yksitellen hieman tarkemmin.

Kainulainen ja Niemelä toteavat, että palvelutarpeiden selvittäminen sekä teoreettisesti, että empiirisesti on vaikeaa. **Tarjonta** luo **kysyntää** ja päinvastoin. Yleisesti he ovat sitä mieltä, että taltioituihin palvelupyyntöihin perustuva arviointi antaa luultavimmin tarkemman kuvan palvelujen riittävydestä kuin tarjonnan suhteuttaminen asukasmääriin tms. mittariin. Kysyntää voidaan kartoittaa myös selvittämällä, missä määrin ihmiset palveluja tarvitsevat ja käyttävät. Tarjontaa määritellään usein erilaisista tilastoista. Tällainen riittävyysarvioinnin mittari on esim. sairaansijojen määrä asukasta kohti. Näiden keskinäinen vertailu eri palvelujen tarjoajien välillä on tavallista, mutta ongelmallista, koska alueelliset erot voivat olla hyvinkin suuria ja julkisen sektorin tarjonnan lisäksi alueella voi olla muita palvelun- tarjoajia, kuten järjestöjä.

**Palveluiden laadun** yleisiä keskeisiä ulottuvuuksia ovat

1. saavutettavuus ja saatavuus
2. asiakassuhteen jatkuvuus,
3. asiakkaan kohtelu ja kommunikaatio
4. henkilöstön ammattitaito ja pätevyys
5. palveluyksikön ja sen toiminnan uskottavuus, luotettavuus ja toimintavarmuus



6. palveluiden turvallisuus, riskittömyys ja vaarattomuus

7. asiakkaan vaikutusmahdollisuus

8. palveluympäristön tilat, välineen ja laitteet

(Kainulainen & Niemelä 1998, Sinkkonen ym. 92, 20 mukaan)

Palveluiden laadun mittaamiseen liittyy olennaisesti asiakkaan kokemus saamastaan palvelusta ja palveluille asettamansa ennako-odotukset. Tämä tosiasia tekee laadun mittaamisesta vaikeaa. Kainulainen ja Niemelä lisäävät vielä Valtiovarainministeriön palvelusitoumushankkeen muistiota (1995, 5) lainaten, että tulevaisuudessa asiakkaan erityistarpeiden huomioon ottaminen merkitsee entistä suurempaa tarvetta palveluiden laadun ja joustavuuden kehittämiseen. Myös palveluiden rahoitusvastuu on arvioitava uudelleen. (ed.15–16)

Vaikuttavuudella palvelu-käsitteen yhteydessä tarkoitetaan sitä, että onko palveluilla kyetty vastaamaan niihin tarpeisiin, joita varten palvelut ovat olemassa. **Vaikutavuus** on niin yhteiskunnallista kuin asiakkaaseen kohdistuvaa. Vaikuttavuuden mittaaminen tässä yhteydessä on aina aikasidonnaista eikä aina ole mahdollista arvioida vaikuttavuutta kuin vasta vuosia palvelutoimenpiteen jälkeen, kuten on vaikka lasten huostaanoton yhteydessä. Kirjoittajien mielestä on järkevämpää mitata vaikuttavuutta yhteiskunnassa tarkastelemalla niitä ilmiöitä, joita poistamaan tai vähentämään peruspalvelut on tarkoitettu. Tällöin mitataan sosiaalisia ongelmia ja hyvinvoinnin vajeita, joita on helpompaa, objektiivisempaa ja konkreettisempaa arvioida kuin palveluiden tarpeen tyydyttymisen astetta. (ed. 16)

Kunnallisten palveluiden saatavuuden tulisi jakautua niiden tarpeen mukaan. Silloin kansalaiset olisivat perustuslain säätämällä tavalla tasavertaisessa ja tasa-arvoisessa asemassa. Tätä kirjoittajat tarkoittavat kuvatessaan **palveluiden tasapuolisuuden** mittaamista ja toteutusta. Koska kokonaisvaltainen mittaaminen on tiedostettu, he ehdottavat, että tasapuolisuutta mitattaisiin monin eri mittarein ja siihen olisi sisällytettävä huono-osaisuutta mittaavia kriteereitä. (ed.17) He ehdottavat lisäksi, että palveluiden tasapuolisuuden arvioinnin painopisteen tulisi siirtyä käyttäjien kautta tapahtuvaksi. Lisäisin malliin vielä, että kaikilla edellä mainituilla on lisäksi erilaisia keskinäisiä vuorovaikutussuhteita, joita olisi hyvä tarkastella, mutta joka on todella haastava tehtävä, kun jo yksittäisten palvelutekijöiden määrit-

teleminen ja mittaaminen on vaikeaa. Mallissa ei ole mukana taloudellista tasoa, joka siihen ehdottomasti kuuluisi.

Wibergin mukaan (2005, 59) **tehokkuudella** tarkoitetaan ISO-standardin mukaan sitä, paljonko resursseja tuotteen käytössä tarvitaan esim. henkilöinä, rahana ja aikana. Se tarkoittaa siis tavoitteiden saavuttamista suhteessa käytettyihin resursseihin. Tehokkuudessa on yksinkertaisesti kyse vain siitä, että saadaan mahdollisimman paljon aikaansaannoksia annetuilla voimavaroilla. Liike-elämässä tätä termiä käytetään usein puhuttaessa tuottavuudesta. Julkinen sektori näyttää suosivan ainakin tämän lähdekirjallisuuden osalta termiä tuottavuus. Lisäksi toisinaan puhutaan **kannattavuudesta**, joka on myös liike-elämän termi ja vähemmän käytössä kunnallistaloudellisena terminä, koska kunnan tavoite ei liikeyrityksen tavoin ole tuottaa voittoa.

## 2.7 Sosiaalibarometri 2008 ja 2009

Sosiaalibarometri on ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta (Eronen, Landén, Perälähti & Särkelä, 2008). Se esittelee sekä vallitsevaa nykytilannetta sekä kehittämisen kohteita. Vuoden 2008 sosiaalibarometrissa käy ilmi, että palvelujärjestelmä on rajussa muutoksessa, mutta kuntalaisnäkökulma ei ole sen keskiössä. Noin neljäs osa muutoksessa mukana olevista organisaatioista koki käynnissä olevan muutoksen voimakkaana ja suhteellisen hallitsemattomana. Lisäksi ilmeni, että kuntalaisten tarpeet ja osallistumismahdollisuudet ovat unohtuneet ja että lähipalvelut uhkaavat heikentyä. Paras-uudistuksen toteuttamistapaa valittaessa palvelutarveanalyysit ovat vaikuttaneet merkittävästi noin kolmanneksessa kunnissa. Noin kymmenes osassa kunnista palvelutarveanalyysillä ei ole ollut lainkaan merkitystä. Sosiaaliasiamiesten työstä kertyvä tieto kertoo välillisesti kuntalaisten tarpeista ja palveluiden toteutumisesta. Viisi prosenttia sosiaalitoimista kertoi, että viime vuonna sosiaaliasiamiehen työstä ei ole tehty lainkaan raporttia. Yleisin sosiaaliasiamiehen huomautus koski toimeentulotukeen liittyviä epäkohtia ja toiseksi yleisimmät koskivat vammaispalvelujen puutteita. Raportin tehneistä kunnista yhdeksän prosenttia ei ole reagoinut raporttiin millään tavalla. (Eronen ym. 2008, 4-5)

Kunnan liian pieni väestöpohja on ollut merkittävin tekijä (65 %) kunnan valitessa Paras-uudistuksen toteuttamistapaa. Olemassa olevat yhteistyösuhteet ovat vaikuttaneet huomattavasti uudistuksen ratkaisuihin yli puolella kunnista. Myös taloudelliset syyt ovat olleet merkittäviä. Sen sijaan vähiten ovat vaikuttaneet kunta-laisten tarpeiden ja mielipiteiden systemaattinen kartoittaminen. Kunnissa on tehty uudistuksia tietopohjaiseen, kilpailuorientaation tai pakkoratkaisuihin perustuen. Tietopohjaista orientaatiota uudistamisessa käyttäneet kunnat ovat valinneet ratkaisunsa palveluanalyysiin ja aiempien yhteistyömuotojensa perusteella. Näin tehtiin noin kolmanneksessa kunnista. Kilpailuorientoituneissa kunnissa päätöksenteossa korostuu kunnallispoliittinen valtataistelu ja kuntien välinen kilpailu. Tämä uudistusten tekotapa korostuu noin neljäsosassa kunnista. Pakkoratkaisu korostuu noin puolella kunnista ja syynä on liian pieni väestöpohja tai kunnan syrjäinen sijainti. Suurimmassa osassa kunnista uudistuksen liikkeellelähtö paikallisista tarpeista on jäänyt toissijaiseksi lähtökohdaksi. (ed. 6-7).

Myös tiedonkulussa koetaan ongelmia, sillä viitteitä on erityisesti siitä, että perustasolla tehtävässä työssä yhteys ei toimi riittävästi. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteyden uskotaan säilyvän, mutta yhteistyössä muiden kunnan sektoreiden kanssa on näkyvissä kapenemista. Kehitys on tämän arvioin mukaan huolestuttavaa, koska eri sektoreiden yhteinen hyvinvointivastuu sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytykset laajasti ymmärrettynä näyttävän olevan heikentymässä. Arvioinnissa todetaan, että ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden synnyttäminen ja koordinaatiiovastuiden määrittäminen nousevat jatkotyössä erittäin suureksi haasteeksi, mikäli valtakunnallisissa strategioissa niille asetettuja tavoitteita halutaan käytännössä saavuttaa.” Sosiaali- ja terveydenhuollon johdon ääni kuuluu uudistuksessa puolestaan selvästi aiempaa paremmin. (ed. 7-9)

Monimutkaistuva palvelurakenne on etenkin pienten kuntien haaste. Yleisesti kaupunkimaisten kuntien ja asukasluvultaan suurten kaupunkien näkemyksissä painottuvat erotteluvina seikkoina taloudelliset hyödyt: palvelujen tehokkuus ja tuottavuus. Lisäksi suurissa kaupungeissa luotetaan keskimääräistä enemmän myös palveluketjujen eheyden lisääntymiseen, yhteistyön paranemiseen perusterveydenhuollossa ja naapurikuntien kanssa sekä asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien lisääntymiseen palvelujen suunnittelussa. (Eronen ym. 9-12)

Heikkojen ryhmien, kuten lasten, vanhusten ja vammaisten, suojaksi tarvitaan ar-  
vion mukaan normiohjausta. Peräti 72 prosenttia kansalaisjärjestöistä oli tätä miel-  
tä. Järjestöt ovat erityisen huolissaan näiden ryhmien avopalvelujen tilasta ja tule-  
vaisuudesta, vaikkakin uskovat uudistuksen tuovan kehitysvammaisten ja vaikea-  
vammaisten palveluihin parannuksia. Näyttää siltä, että niukkoja resursseja jaetta-  
essa heikompien ihmisryhmien palvelut jäävät helposti toissijaisiksi ja resurssit  
suunnataan kunnissa mieluummin muualle. Kunnallinen itsemääräämisoikeus on  
mennyt eri ihmisryhmien perusoikeuksien toteutumisen edelle. (Eronen ym. 12–  
14) Kirjoittajat toteavat vielä, että eniten tarvitsevat eivät saa tukea, vaan mitä hei-  
koimmin voivasta väestöryhmästä on kysymys, sitä heikommaksi mahdollisuudet  
näiden ryhmien tukemiseen arvioitiin (ed. 21).

Arvioinnista käy edelleen ilmi, että kuntien väliset erot ovat kasvaneet. Kunnat  
näyttävät jopa aiempaa selvemmin jakautuvan hyvin ja huonosti sosiaalipalvelunsa  
turvaamaan kykeneviin kuntiin. Polarisaatio on lisääntynyt merkittävästi ja erot  
ovat suurimmat koko 12 vuoden aikana, kuin sosiaalibarometri-arviointeja on tehty.  
Viidenneksessä kunnista mahdollisuuksia turvata riittävät sosiaalipalvelut pidetään  
huonoina tai melko huonoina. Terveysturvan osalta tilanne koetaan parempa-  
na ja 70 prosenttia kunnista arvioi kykenevänsä turvaamaan nämä palvelut hyvin.  
Lisäksi uskotaan, että ne kyetään turvaamaan paremmin erikoissairaanhoidossa  
kuin perusterveydenhuollossa. Tilannetta vaikeuttaa kuntien tapa tietoisesti alibud-  
jetoida. Kirjoittajilla on esittää ratkaisujakin:” Mikäli kunnissa halutaan parantaa so-  
siaali- ja terveyspalvelujen tehokkuutta eli sitä, että palveluilla on nykyistä parempi  
vaikutus ihmisten itsenäiseen selviytymiseen ja toimintakykyyn, kuntien suunnitte-  
lu- ja budjettikäytännöissä tarvitaan vuotta pidempi suunnittelu-aika. Se mahdollis-  
taa pitkän aikavälin kustannusten huomioonottamisen ja tukee ehkäisevän työn  
resursoinnin tärkeyden havaitsemista.” (ed. 14–15)

Arvioinnissa esitetään lopuksi, että on ennakoitavissa, että tilanteen jatkuessa en-  
nallaan, palvelujärjestelmän kustannukset tulevat kasvamaan. Mikäli huono-  
osaisten tilannetta ei korjata pikaisesti, se alkaa vaikuttaa myös yhteiskunnalliseen  
koheesioon. Kansalaisten luottamukseen poliittiseen päätöksentekoon se on jo  
vaikuttanut. Kirjoittajien mielestä poliittisesti on valittavana kaksi vaihtoehtoista tie-  
tä: ensimmäisessä on huono-osaisten tilanteen korjaaminen ja koheesio vahvis-

taminen ja toinen on kontrollitoimien kasvattaminen parempiosaisten suojaksi. Oireellista heidän mukaansa on, että turvallisuuteen liittyvässä selonteossa turvallisuuden suurimmaksi uhaksi on määritelty syrjäytyminen. (ed. 22)

Vuoden 2008 Sosiaalibarometri on tehty taloudellisesti hyvänä aikana. Suurin ero vuoden 2008 ja 2009 arvioissa onkin juuri huoli talouslaman vaikutuksista kuntien palveluihin. Kuntien verokertymä tulee merkittävästi vähenemään. Vuoden 2009 Sosiaalibarometrin mukaan suureksi haasteeksi tulee muodostumaan, miten pystytään välttämään 1990-luvun laman kaltaiset supistukset palveluissa. Edellisen laman vaikutuksia ihmisten elämäntilanteissa kun korjataan vielä tälläkin hetkellä. Arvioinnin mukaan vuoden 2009–2010 vaihteeseen tultaessa hyvinvoinnin kokonaistilanteen ennakoi hyväksi tai melko hyväksi 62 % vastaajista ja huonoksi tai melko huonoksi noin 10 %. (Eronen ym. 2009, 2)

Arvioinnissa erityisen paljon tyytyväisyyttä tuotti vanhusten tilanteen ja vanhustenhuollon kohentuminen. Kaikki vastaajaryhmät olivat tyytyväisimpiä palvelujen laatuun ja asiakkaiden oikeusturvan toteutumiseen. Perusterveydenhuollossa esiintyy kuitenkin laajasti palvelujen riittämättömyyttä (62 %). Kelan kehittämistyö palvelujensa kehittämisessä näkyy kautta linjan parantuneena asiakastyytyväisyytenä. Vastaajaryhmät ovat yksimielisiä ennakoidessaan kolmetoista vuotta jatkuneeseen myönteiseen kehitykseen väestön kokonaishyvinvoinnissa merkittävää käännettä huonompaan. Taloudellisesti hyvinäkin aikoina osa vaikeassa tilanteessa olevista ihmisistä on jäänyt ilman tarvitsemiaan palveluja. Lääke palveluiden turvaamiseen löytyy arvioinnintekijöiden mukaan valtion vallan toimista: ”niitä tarvitaan, jotta vältetään ihmisten kannalta vaikeilta ja pitkällä aikavälillä kasvavia pulmia ja kustannuksia tuottavilta päätöksiltä.” (ed. 3-4)

Paras-hanke puhututtaa edelleen ja arvioinnissa pohditaankin hukkuvatko ihmiset tarpeineen uudistuviin rakenteisiin. Noin neljännes vastaajista koki hankkeen heikentävän palveluja, koska palveluetaisyydet kasvavat, palvelut keskittyvät suurimpiin keskuksiin ja palvelurakenne pirstaloituu. Edelleen koetaan muutoksista tiedottaminen heikoksi ja arvioinnissa tilannetta pidetään hälyttävänä. Palvelusuunnitella asiaan olisi mahdollista vaikuttaa ja sillä tuetaan asiakastyötä hyvin tai melko hyvin 45 %:ssa kuntien sosiaalitoimia. Huolenaiheeksi kuitenkin jää jääkö oman

palvelukokonaisuuden ja hoidon rakentuminen liikaa asiakkaan oman osaamisen ja aktiivisuuden tai omaisten varaan. (Eronen ym. 4-6)

Asiakkaiden äänen kuuluminen sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämässä on vieläkin puutteita. Kansalaisten vaikutusmahdollisuudet omassa kunnassa ovat heikot. Heikoin tilanne on sosiaali- ja terveystalveluissa. Arvioinnin mukaan asiakkaiden osallistumismahdollisuudet sosiaalitalvelujen kehittämiseen ovat heikot 52 prosentilla kunnista ja perusterveydenhuollon kehittämiseen ne ovat heikot 58 prosentilla. ”Asiakaslähtöisyys on palvelujärjestelmän avainkäsite” todetaan ja viitataan Kaste-ohjelmaan, jossa on tarkoituksena vahvistaa ja ehkäistä syrjäytymistä. Edellisen vuoden sosiaalibarometrissa otettiin esiin palautejärjestelmien vähäinen käyttö palveluiden suunnittelussa ja tässä sosiaalibarometrissa aihealueeseen palataan. Palautejärjestelmien kehittymättömimmäksi alueeksi osoittautuu asiakkaiden suora osallistumismahdollisuus. Sen kehittyminen edellyttää palvelujärjestelmässä uutta osaamista ja orientaatiota sekä sitä, että palvelujen käyttäjien kokemuksia ja tietoa arvostetaan toiminnan kehittämässä. (ed. 7-8)

Taantumaa aiheuttamaa työttömyyttä pohditaan arvioinnissa laajasti. Erityisesti TE-keskusten toiminnan haastavuus vallitsevassa taloudellisessä tilanteessa pohdituttaa. Kritiikki kohdistuu erityisesti käyttöön otetun tuottavuusohjelman vaikutuksista TE-toimistojen työhön. Tuottavuusohjelmaa on selvästi heikentänyt toimistojen tilannetta, etenkin asiakaspalvelua sekä työttömien mahdollisuutta saada henkilökohtaista palvelua ja henkilöstön hyvinvointia. Arvioinnissa todetaan, että keskeiseksi kysymykseksi nousee, miten tuottavuus määritellään; henkilöstömäärän muutoksilla vai monipuolisemmin kriteerein. (ed. 9)

Myönteisimmin Paras-uudistukseen suhtautuivat kunnat, joissa on toteutettu kuntaliitoksia vuosina 2005–2009. Niissä uudistus koettiin lisäksi selvityttävänä. Yhteistoiminta-alueita muodostaneet tai sitä harkitsevissa kunnissa muutokset koettiin kielteisempinä ja useammin monimutkaistavana. Yleisesti yhteistoiminta-alueet nähdään välivaiheena kohti suurempia kuntayksiköitä. Arvioinnissa tuodaan esiin tarve selkeästi ilmaistulle poliittiselle tahtotilalle uudistuksen suunnannäyttäjäksi. Toistuvat organisaatiomuutokset ovat uhka alan työntekijöiden työhyvinvoinnille ja vaikuttavat väistämättä myös asiakkaiden saamaan palveluun ja sen laatuun. Li-

säksi olisi poliittisesti arvioitava, miten laajaa vaihtelua sosiaali- ja terveydenpalveluiden järjestämisessä Suomessa tulevaisuudessa sallitaan. Toimintaa ohjaavia linjauksia kaivataan puitelain jälkeiseen lainsäädäntöön. Arvioinnissa todetaan vielä, että valtiolta tarvitaan nykyistä vahvempaa ohjaavaa roolia. (Eronen ym. 12–13)

Sosiaalibarometrissa otetaan esille yksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisen malli: Tilaaja-tuottajamalli. Mallin neljä keskeistä toimintoa ja toimijaa ovat Lillrankin ja Haukkapää-Haaran mukaan (2006, 14) toimeksiantaja eli rahoittaja (kunnat, kuntayhtymät, vakuutusyhtiöt, valtio, yksilö itse), palveluiden tilaaja (henkilö, yksikkö tai organisaatio, jolle toimeksiantaja on tilaajatehtävän antanut), palveluiden tuottaja (ne palvelutuotanto-organisaatiot, jotka tuottavat tilaajan tekemän tilauksen perusteella tarvittavia palveluita) ja palveluiden loppukäyttäjä (eli omaiset, työnantajat ja muut terveydenhuollon edunsaajat). Viides malliin vaikuttava toimijaryhmä ovat toiminnan säätelijät. Näitä ovat esim. valtio ja professioiden ammattijärjestöt, jotka luovat terveydenhuollon normatiivisen toimintaympäristön säätelemällä hyväksyttäviä menetelmiä ja eettisiä periaatteita. Kirjoittajien mukaan tilaaja-tuottajamallit ovat varteenotettavin tapa suorittaa hallittu rakennemuutos, jonka edessä suomalainen terveydenhuolto väistämättä on. Mallin dynamiikkaa tarkastellaan arvoajureiden ja kustannusajureiden avulla. Arvoajuri on kulloisenkin toimintatavan arvoa tuottava elementti ja kustannusajuri sen vastakohta. Ajurit voivat olla teholtaan kausaalisia (A:sta seuraa aina B), stokastisia (A lisää B:n esiintymistä x %:lla) tai mahdollistajia (A tekee B:n mahdolliseksi). Ihanne olisi luoda malli kausaalisten arvoajureiden pohjalta, mutta käytännössä se on mahdollista vain rajoitetusti. Tilaaja-tuottaja-malleissa potentiaalisesti positiivisesti vaikuttavia arvoajureita ovat läpinäkyvyys, ohjattavuus, tuotannon autonomia ja markkinakilpailu. (ed. 19) Malleja on käsitelty aiemmin ja laajemmin sivulla 27 kappaleessa kunnallisista hyvinvointipalveluista ja niiden järjestämisestä.

Barometrissa käy ilmi, että tilaaja-tuottajamallin käyttö laajenee ja näkemykset sen eduista ovat ristiriitaiset. Kyselyyn vastanneista vuonna 2008 mallia kertoi alueellaan sovellettavan 6 prosenttia sosiaalijohdosta ja 9 prosenttia terveyskeskuksista. Vuoden 2009 alusta 12 prosenttia sosiaalitoimista ilmoitti ottavansa mallin käyttöön ja 17 prosenttia terveyskeskuksista. Mallin kannatus kuitenkin jakaa kuntien näkemyksiä. Suurempi osa lautakuntien puheenjohtajista kannattaa sitä kuin vas-

tustaa. Näkemykset jakautuvat myös mallin eduista ja haitoista. Kirjoittajat kuitenkin korostavat, että on merkille pantavaa, että kyse on hyvin pitkälle uskosta etuihin ja haittoihin. Tutkimuksellista tai muuta refleктоivaa tietoa aiheesta ei ole Suomessa käytettävissä. Lisäselvittelyt olisivat tarpeen ennen kuin kaikkialla siirrytään malliin, joka on joiltakin osin ristiriidassa pohjoismaisen, verorahoitteisen ja julkista vastuuta korostavan mallin kanssa. (Eronen ym. 2009, 15–16)

Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekoa ja valintoja määrittelevät eniten taloudelliset resurssit (83%), lain määrittelemät määrääajat eli hoitotakuu (78%) sekä alueen asukkaiden palvelutarpeet (75%). Valtionosuusjärjestelmää ollaan uudistamassa. Tarkoituksena on siirtyä käytäntöön, jossa sosiaali- ja terveysministeriöllä ei enää olisi vastuuta ja valtaa resurssiohjaukseen, vaan sen hoitaisi valtiovarainministeriö. Käytäntöön on tarkoitus siirtyä 2010. Kirjoittajat pohtivatkin, onko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllä enää jatkossa ohjaavaa vaikutusta ja pitäisikö lainsäädännön olla jatkossa entistä enemmän ja yksityiskohtaisemmin toimintaa normittavaa. Kunnallisten hyvinvointistrategioiden käyttöä toimintaa ohjaamaan olisi myös tehostettava. (ed. 19–20)

## 2.8 Tulevaisuuden näkymiä

Meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos ei ole ainoa hyvinvointipalvelujen kohtaama haaste. 1990-luvun tapahtunut globalisoituminen eli maailmanmarkkinoiden avautuminen on haastanut hyvinvointivaltioiden perusteiden ja toiminta-oletusten kestävyuden. Amerikkalainen yhteiskuntamalli ja aasialainen talouskilpailu ovat uhkia, joiden varjossa valtion mahdollisuudet turvata nykyiset julkiset hyvinvointipalvelut ovat heikentyneet. Tämä ei koske ainoastaan Suomea vaan kaikkia Euroopan valtioita. Hyvinvointipolitiikka tulee jatkossa olemaan osa globaalin kilpailukyvyä säilyttämistä. (Parjanne 2001, 124–125)

Suomi ja muut länsimaat joutuvat kohtaamaan lähivuosina voimakkaan ikärakenteen muutoksen. Tilanne ei syntynyt yllätyksenä, mutta silti jo tällä hetkellä vanhustenhuollon palveluista on puute, joka johtuu niin hoivapaikkojen vähyydestä kuin työvoiman saatavuudesta. Kunnissa kunnallisen työntekijän keski-ikä lähentelee 50 vuotta (ed., 125). Parjanne esittää, että eläkemenot kasvavat vv. 1997-



2030 lähes viidelläkymmenellä prosentilla. Terveyspalveluihin kohdistuu vastaavasti samana aikana noin kolmenkymmenen prosentin korotuspaine. Vastaavasti lapsiin ja koulutettaviin kohdistuvien palveluiden kustannusten osuus pienenee noin viidenneksellä. Muutoksiin on pyritty niin Suomessa kuin Euroopassa vastaan veropoliittisin keinoin. Poliittiset päättäjät ovat halunneet säilyttää ja lisätä kansalaisille tarjottavia hyvinvointietuuksia. Amerikkalaistyyllisestä vakuutusmallista on myös keskusteltu. (Parjanne 2001, 123–128). Hyvinvoinnin turvaavan ja taloudellisesti kestävä mallin luominen uusiin muuttuneisiin palvelutarpeisiimme, tulee olemaan suurimpia tulevaisuuden haasteitamme.

Projektit ja hankkeet kehittämistyön välineinä ovat löytäneet tiensä sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kehittämistoiminta on lisääntynyt ja sillä on saatu aikaan merkittäviäkin tuloksia. Suurimmat pulmat liittyvät kuitenkin siihen, että kehittämistyö toteutetaan usein erillisinä projekteina ja hankkeina. Ne eivät ole aina myöskään onnistuneet vastaamaan kuntien keskeisiin kehittämistarpeisiin. Lisäksi projektit ja hankkeet ovat epäonnistuneet tuottamaan pysyviä malleja ja pysyvää uutta osaamista siinä määrin kuin olisi ollut tarpeen. Henkilökunta väsy jatkuviin hankkeisiin, jotka eivät näytä vievän kehittämistyötä johdonmukaisesti eteenpäin. Hankehallinto on hajanaista ja jää liiaksi erilaisille osaamiskeskuksille kehittämistyön ja käytännön ratkaisujen jäädessä sivummalle ts. varsinainen työ jää usein osittain tekemättä. (STM 2007:49, 13). Ratkaisua on lähdetty etsimään liike-elämästä kehittämällä alalle erilaisia konsepteja, joista esimerkkinä voin mainita käypä hoito-suositukset ja hyvät käytännöt. Näitä olisi kaupallisten brändien tapaan mahdollista levittää paikkakunnalta toiselle.

Keino lisätä terveydenhuollon resursseja Suomessa on ollut sen käyttöön annetun rahamäärän lisääminen. Tulevaisuudessa sillä tiellä ei enää voida jatkaa. Terveydenhuoltoon voidaan syyttää rahaa kuin pohjattomaan kaivoon eikä se tule koskaan riittämään. Harkitsemattomat resurssilisäykset ovat tulleet tiensä päähän, kuten Myllykangas toteaa teoksessaan ”Rahan raiskaama terveydenhuolto”. Tarvitaan lisää tietoa hoitojen ja lääkkeiden todellisista vaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Hänen mukaansa osasta nykyisistä julkisen terveydenhuollon velvoitteista voidaan luopua ja jättää ne muiden tahojen hoitoon. Priorisoinnille ja säännöstelylle ei terveydenhuollossa ole enää vaihtoehtoja. Terveydenhuollon tulisi hänen mukaan-

sa itse arvoitettava käyttämänsä menetelmät. Tämä tapahtuu Myllykankaan näkemysten mukaan menetelmäkohtaisilla arvioinneilla, laajentamalla Käypä hoitosuosituksia terveystaloustieteelliseen ajattelutapaan, arvioimalla hoidon potilas-kohtaista vaikuttavuutta sekä virittämällä toimintaprosessit tarkoituksenmukaisiksi. Lisäksi on tehostettava medikalisaation vastaista työtä sekä hoidettava ensisijaisesti sairaimpia, kun tähän asti on hoidettu vähemmän sairaita, joiden yleensä on katsottu hyötyvän hoidoista eniten. (Myllykangas 2009, 316–317)

### 3. TALOUDELLINEN VAIKUTTAVUUSTUTKIMUS

Taloudellista vaikuttavuutta on tarkasteltu runsaasti terveydenhuollossa, jonkin verran sosiaalipalveluissa ja hyvin vähän koulutuspalveluissa. Tarkastelen tässä näitä alueita lähemmin, joskin sosiaalipalveluihin keskittyen, koska vammaispalvelut useimmiten kuuluvat sen alueelle. Tähän jaotteluun on tulossa muutoksia, kun kuntaliitosten myötä myös sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistyvät.

#### 3.1 Sosiaalipalvelut

Kuten johdannossa tuli esille POP-Paljonko on paljon, on Suomen laajin selvitys sosiaalipalveluiden taloudenpidon tilasta (Sinkkonen – Tolppi 2006). Raportissa todetaan, että sosiaalipalveluiden taloudellista vaikuttavuutta ei ole juuri toistaiseksi pystytty osoittamaan ja taloudellista arviointia on tehty vain vähän ja usein tyydyttään pelkkien kustannusten tarkasteluun. Lisäksi olisi ensiarvoisen tärkeää ymmärtää, että palvelu joka ei kohtaa sitä tarvetta, jota varten palvelu on olemassa, ei ole taloudellisestikaan vaikuttavaa. Samansuuntaista käy ilmi Vatajan, Kainulaisen ja Julkusen selvityksestä Sosiaalipalveluiden arvioinnista kunnissa vuonna 2003.

Selvityksessä tarkastellaan arvioinnin ja talousosaamisen tarvetta ja merkitystä kunnissa. Siitä käy ilmi, että kuntien suurimmat kehittämistarpeet ovat vanhustenhuollossa, lastensuojelussa ja lasten päivähoidossa. Suurimpien kehityskohteiden joukkoon kuuluivat myös kehitysvamma- ja vammaispalvelut. Selvityksen aineistona käytettiin sosiaalijohtajille suunnattua kyselyä. Sen mukaan kotipalvelun, asumispalvelun ja laitoshuollon alueilla havaittiin olevan keskimääräistä suurempi tarve taloudelliselle osaamiselle. Sen sijaan esim. omaishoidon tuessa ei katsottu

olevan tarvetta taloudelliselle osaamiselle. Sosiaalijohtajat näkivät Stakesin ja Kuntaliiton vahvimpina toimijoina taloudellisen osaamisen alueella. Sosiaalialan koulutuksessa toivotaan painotettavan enemmän taloudellista osaamista. (Vataja, Kainulainen & Julkunen 2004, 3-4) Arviointikäsitteen vakiintumattomuus näkyi selvästi vastauksissa, vaikka vastaajia ei sitä varsinaisesti pyydetty vastauksissa määrittelemään.

Tekijät viittaavat myös vuoden 2004 Sosiaalibarometriin, jonka mukaan yli puolet kunnista ei tee systemaattisia arviointeja sosiaali- ja terveystalouden tilasta, kansalaisten hyvinvoinnista tai sosiaalisen tuen tarpeesta. Selvityksen tekemisessä kävi ilmi dokumentoinnin kirjavat käytännöt, joka osaltaan vaikeuttaa johtopäätösten tekemistä. Mielenkiintoinen yksityiskohta on myös se, että väestömäärältään pienemmissä kunnissa taloudellisen osaamisen taso eri organisaatioissa koetaan kautta linjan paremmaksi kuin väestömäärältään suuremmissa. Mielenkiintoiseksi tuloksen tekee se, että kuitenkin kaiken aikaa pyritään suurempia yksiköitä luomalla saavuttaa taloudellisia hyötyjä.

Toisaalla osa edellisen selvityksen tekijöistä ottaa esiin laadullisen menetelmän palvelun vaikuttavuuden arviointiin. Julkunen, Lindqvist ja Kainulainen (2005, 3) tarkastelevat realistista arviointitutkimusta, jolle on olennaista se, että se pyrkii vastaamaan kysymykseen, miksi jokin interventio vaikutti. Sen pääasiallinen tarkoitus on pyrkiä kehittämään työtä. Heidän mielestään sosiaalityön ammattilaisen tulee kaiken aikaa pohtia sitä, mikä linkki tai ketju on hänen työnsä ja asiakkaansa elämäntilanteen paranemisen välillä. Realistinen arviointi korostaa jatkuvaa työn kehittämisen näkökulmaa ja kehottaa työntekijää pohtimaan kenen vuoksi työtä tehdään. Taloudellista tasoa tässä arviointimenetelmässä ei ole.

Ainoa selvitys taloudellisesta arvioinnista sosiaalialalla on FinSocin arviointiraportti vuodelta 2004. Siinäkin todetaan alkulauseessa, että taloudellista arviointia on tehty sosiaalialalla suhteellisen vähän. Lisäksi mainitaan, että tutkimusten laatu on vaihtelevaa. Raportin tekijät Sefton, Byford, McDaid, Hills ja Knapp (2004, 7) toteavat, että monet sosiaaliset interventiot ovat monimutkaisia, mikä tekee kustannusten ja vaikutusten systemaattisen arvioinnin vaikeaksi. Tilannetta ei liene hel-

pottavan se, että sosiaaalialalla työskentelevät suhtautuvat ennakkoluuloisesti taloustutkimukseen, sen keinoihin ja tekijöihin.

Tekijöiden mielestä on tärkeää ymmärtää mitä taloudellinen arviointi on ja esittävät taloudellisen arvioinnin periaatteet, johon se tukeutuu. Nämä ovat hyvinvoinnin taloustieteen peruspilareita. Koska taloustiede on kiinnostunut niukkojen resurssien parhaasta käytöstä, taloudellisessa analyysissä on vertailtava vaihtoehtoisia toimintatapoja. Resurssien jakoa koskevien päätösten olisi perustuttava kaikkien mahdollisten kustannusten ja hyötyjen arviointiin kaikilla yhteiskunnan sektoreilla sekä niiden jatko vaikutusten arviointiin. Joissakin olosuhteissa kapeampi näkökulma voi olla tarkoituksenmukaisempi. Hyvinvoinnin taloustieteen tavoite on yhteiskunnan hyvinvoinnin maksimointi. Tämän vuoksi taloustieteilijät pitävät parempana keskittymisen lopullisiin vaikutuksiin ts. muutoksiin elämänlaadussa kuin välittäviin tuotoksiin (esim. parempiin kotipalveluihin) tai prosessia kuvaaviin mittareihin (esim. asiakaskonsultaatioiden määrän kasvuun). Kustannus-hyöty analyysi ja hyvinvoinnin taloustiede yleisemminkin määrittää hyvinvoinnin sen perusteella, miten palvelunkäyttäjän mieltymykset tulevat tyydytetyiksi. (ed. 15)

Sefton ym. (2004,15- 17) mukaan on olemassa erilaisia taloudellisen arvioinnin tyyppisiä. Ne kaikki pyrkivät systemaattisesti arvioimaan asiaankuuluvia kustannuksia ja vaikutuksia, mutta ne eroavat toisistaan suhtautumisessaan vaikutusten mittaamiseen. Analyysitavan valintaan vaikuttaa sen käyttötarkoitus. Taloudellisen arvioinnin tyyppisiä ovat:

- Kustannus minimointi-analyysi

Edellyttää, että on vahvaa näyttöä siitä, että interventiot ovat yhtä vaikuttavia. Tällaisessa arvioinnissa vertaillaan vain kustannuksia ja pyritään tunnistamaan vähiten kustannuksia aiheuttava vaihtoehto.

- Kustannus-vaikuttavuus-analyysi

Tavallisin taloudellisen arvioinnin lähestymistapa terveydenhuollossa. Siinä hyötyjä mitataan "luonnollisissa" yksiköissä kuten saavutettuina elinvuosina, toiminnanvaajeesta vapaina päivinä tai masennuksen tasoina. Sosiaaalialalla se voisi olla vaikka perheiden toiminnan paranemista. Tässä kahden tai useamman intervention hyödyt yhdistetään kustakin aiheutuneisiin kustannuksiin, jolloin saadaan kustannuk-

set tuotettua hyöty-yksikköä kohden. Ensisijalle laitetaan ne interventiot, joitten kustannukset ovat saavutettua vaikutusyksikköä kohden alhaisimmat.

- Kustannus-utiliteetti-analyysi

On kustannus-vaikuttavuus analyysin erityistapaus. Siinä annetaan mittari vaikutukselle, mutta vaikutukset mitataan utiliteettina tai hyvinvointina. Tällainen on esimerkiksi laatupainotettujen elinvuosien mittaaminen.

- Kustannus-seuraus-analyysi

Siinä vaikuttavuusmittareita on enemmän kuin yksi. Se ei mahdollista erilaisten interventioiden asettamista tehokkuuden mukaiseen järjestykseen. Tämä on mahdollista ainoastaan, jos joku interventio ei tule muita kalliimmaksi, mutta on kaikkien mitattujen vaikutusten osalta muita parempi. Se antaa mahdollisuuden päätöksentekijöille tehdä tietoisempia ratkaisuja.

- Kustannus-hyöty-analyysi

Sekä kustannukset että hyödyt mitataan rahamääräisesti, mikä mahdollistaa suorien vertailujen tekemisen intervention kustannusten ja hyötyjen välillä. Palvelu on kannattava, jos hyödyt nousevat suuremmiksi kuin kustannukset ja jos se sopii budjettiin. Näin on mahdollista vertailla eri sektoreiden kuten koulutuksen ja terveydenhuollon interventioita keskenään.

### 3.2 Terveydenhuolto

Terveydenhuollon kokonaismenot Suomessa vuonna 2003 olivat yli 10 miljardia euroa (Sintonen & Pekurinen 2006, 38). Vaikka summa on huikea, terveydenhuollon resurssit ovat kuitenkin rajallisia ja niille on saatava paras mahdollinen vastine. Tehokkaan ja tuottavan terveydenhuollon päämääränä on, että se pystyy tuottamaan mahdollisimman paljon terveyttä. Tämä voimavarojen niukkuus suhteessa ihmisten moninaisiin tarpeisiin saa aikaan sen, että kaikkia terveyttä tuottavia menetelmiä ei voida käyttää rajoituksitta, vaan joudutaan väistämättä tekemään valintoja. Tähän pohjautuu taloustieteen keskeisimpiä oleva käsite, vaihtoehtokustannus. Kun päätetään käyttää voimavaroja tietyllä tavalla, menetetään mahdollisuus hyötyyn, joka olisi saavutettu, joka olisi saavutettu, jos samoja resursseja olisi käytetty vaihtoehtoisella tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kun esim. lääkäri huolehtii vain omista potilaistaan, hän tuskin näkee, että muualla menetetään hyötyä hänen käyttöönsä osoitettujen voimavarojen takia. ( ed. 28–29)

Usein terveydenhuollon taloudellista vaikuttavuutta tarkastellaan myös muita kustannuskäsitteitä käyttämällä, kuten laskemalla tietyn hoidon kokonaiskustannuksia tai keskimääräisiä kustannuksia. Lisäksi voidaan käyttää erilaisia kustannusfunktioita ja laskea erilaisia varjohintoja eli joudutaan arvioimaan kyseisten voimavarojen vaihtoehtokustannukset. Keskeisellä sijalla terveystaloudellisissa pohdinnoissa on kuitenkin rajakustannuksen käsite, joka syntyy, kun tuotosta lisätään yhdellä yksiköllä. ( Sintonen & Pekurinen 2006, 34–35)

Koska terveydenhuolto tuottaa yksilön terveyttä, on sitä kyettävä arvioimaan myös yksilön näkökulmasta. Tällöin voidaan ottaa tarkasteluun yksilön terveydentila, joka on tietyllä hetkellä oleva varanto, jonka suuruus riippuu siitä, millaisen terveydentilan hän on perinyt, ja toisaalta siitä, millaiseksi se on eri tekijöiden vaikutuksesta ajan mukana muodostunut. Yleensä yksilön terveydentila on täydellisen hyvinvoinnin tilaa (100) huonompi esim. 70 terveisyksikköä. 30 terveisyksikön vajetta kutsutaan terveystarpeiksi. Terveystarpeilla tarkoitetaan tietyllä hetkellä esiintyvää terveyden vajetta tai halua ennaltaehkäistä terveydenvajeen syntymistä. (Sintonen & Pekurinen 2006, 43)

Terveystaloustieteessä ajatellaan, että huonolla terveydellä on myös taloudellisia seurauksia. Se vaikeuttaa tai ehkäisee taloudellisia toimintoja vähentäen yhteiskunnan kokonaistuotosta, mutta hyvällä terveydellä ei ole pelkästään tällaista välineellistä arvoa, vaan se on myös arvo sinänsä, yksilön hyvinvoinnin keskeinen osatekijä. Muista talouden alueista poiketen terveydenhuollon taloudessa on erityispiirteenä, että tiedon epätasainen jakautuminen, epävarmuus ja ulkoiset vaikutukset vaikuttavat samanaikaisesti. Tieto jakautuu epätasaisesti, koska terveydenhuollon käyttäjällä on harvoin tietopohjaa oikeiden palveluiden valitsemiseen. Epävarmuutta terveydenhuollossa on sairastumisen ennakoimattomuus. Ulkoisia vaikutuksia ovat vaikka ennaltaehkäisevät toimet kuten rokotus tai välittämiseen perustuva omaishoito. (ed. 46–51)

Suomalaisen kaltaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, jossa asiakkaalta perittävä maksu on alhainen verrattuna siihen, mitä useimmat olisivat valmiita maksamaan, syntyy väistämättä tilanne, jossa palveluja kysytään enemmän kuin mitä järjestelmä pystyy tarjoamaan. Tästä johtuvat paljon julkisuudessa esillä olevat jonot.

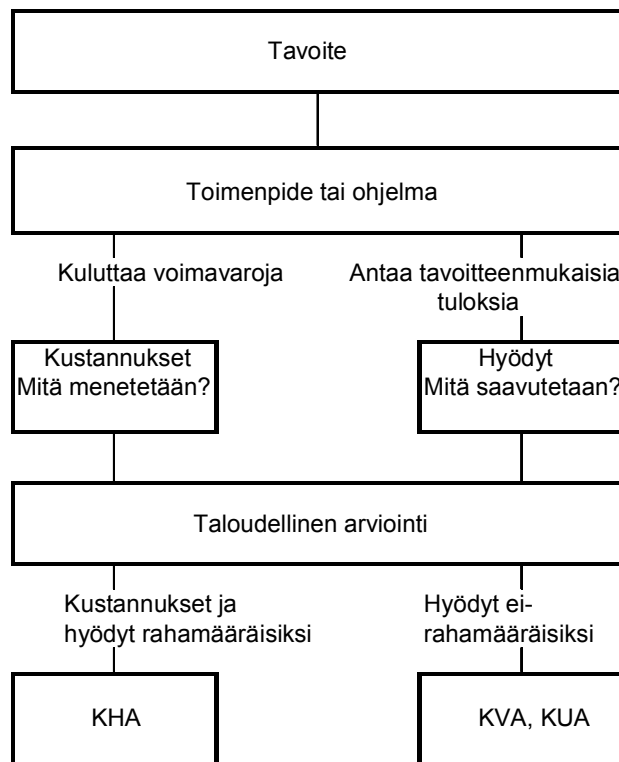
Potilasmaksut ja muut palvelujen kulutushetkellä suoritettavat maksut ovat Suomessa tällä hetkellä Länsi-Euroopan korkeimmat. Normaaleilla markkinoilla ylikysyntä tilanne korjaantuisi niin, että hinta nousisi, jolloin kysyntä laskisi ja tarjonta kasvaisi. Terveydenhuollossa vaikutetaan kysynnän säätelyyn esimerkiksi jonoilla, ajanvarauksella tai lääketieteellisen tarpeen perusteella. Toinen keino olisi vaikuttaa terveydenhuollon ulkopuolisiin tekijöihin niin, että ihmisten terveydentila paranisi, mikä vähentäisi terveystalouden kysyntää. Tarjontaan on pyritty vaikuttamaan kehittämällä terveydenhuollon tuottavuutta muuttamalla terveydenhuollon tuotantotapaa, kuten organisoimalla tuotantoprosessia uudelleen tai korvaamalla uusin teknisillä keinoilla aiempaa henkilöstöä ja laitepääomaa. Tähän asti terveydenhuollossa on pääasiassa turvauduttu voimavarojen säätelyyn. Voimavaroja ovat niin henkilöstö, koneet ja laitteet kuin vuodepaikatkin. 1990-luvun alusta asti tämä merkitsi voimavarojen vähentämistä ja 1990-luvun puolivälin jälkeen voimavaroja on alettu hiljalleen kasvattaa kasvun kiihtyessä 2000-luvun alussa. (Sintonen & Pekuri- nen 2006, 60–61)

Suomalaiselle terveydenhuollossa on lisäksi erittäin oleellista sen pyrkimys oikeudenmukaiseen palvelutarjontaan. Se ilmenee pyrkimyksinä tarjota yhtäläisiä käyttömahdollisuuksia eli tarjonnan tasaamiseen ja yhtäläistä käyttöä eli palvelujen käytön jakautumiseen väestöryhmissä suhteessa palvelujen tarpeeseen. Lisäksi pyritään yhtäläiseen terveyteen tai ainakin väestöryhmittäisten terveyserojen kaventamiseen sekä taloudelliseen ja rahoitukselliseen tasa-arvoon. (ed. 104) Eri asia on miten siinä onnistutaan: noin 58 % koko väestön pitkäaikaissairaista oli viidessä alimmassa tuloluokassa (Sintonen & Pekuri- nen 2006, 114).

Sintonen ja Pekuri- nen (2006, 115) mukaan terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamiseksi on kehitetty ja voidaan kehittää erilaisia vaihtoehtoisia toimenpiteitä tai menetelmiä, joilla on kahdenlaisia ominaisuuksia. Niiden toivotaan tuottavan tavoitteiden suuntaisia tuloksia, joista käytetään yleisnimitystä hyödyt. Nämä edustavat toivottavia vaikutuksia, jotka vaihtoehtoisilla pyritään saavuttamaan eli myönteisiä terveysvaikutuksia. Toisaalta toimenpiteet kuluttavat niukkoja voimavaroja, joilla olisi muutenkin käyttöä. Tätä kautta syntyvät vaihtoehtojen kustannukset, jotka siis edustavat vaihtoehtojen toteuttamiseen liittyviä menetyksiä tai uhrauksia. Seu-

raavassa kaaviossa esitetyt arviointimenetelmät eroavat toisistaan siinä, miten terveysvaikutuksia mitataan ja arvioidaan.

**Kaavio 1. Taloudellisen arvioinnin periaatteet ja niiden pääpiirteet**



Drummond 1980, ks. Sintonen & Pekurinen, 2006

KHA:ssa eli kustannus-hyötyanalyysissä pyritään arvottamaan sekä kustannus- että hyötyvaikutukset mahdollisimman rahamääräisesti. Tästä seuraa se etu, että kustannuksia ja hyötyjä voidaan verrata suoraan toisiinsa. Menetelmän heikkous on, että rahassa arvottaminen osoittautuu toisinaan vaikeaksi. KVA:ssa eli kustannus-vaikutus-analyysissä ja KUA:ssa eli kustannus-utiliteettianalyysissä ei pyritä muuntamaan hyötyvaikutuksia rahamääräisiksi, vaan niitä mitataan muissa yksiköissä. KVA:ssa terveysvaikutuksia eli vaikuttavuutta mitataan joillakin yksinkertaisilla, yksiulotteisilla indikaattoreilla, kuten saavutetuilla lisäelinvuosilla tai tiettyyn sairauteen liittyvillä fysikaalisilla tai kemiallisilla mittareilla, kuten verenpaineen tai kolesterolitason muutoksella. KUA on kustannus-vaikutus-analyysin erikoistapaus, johon pätee edellä mainitun lisäksi se, että terveydenhuollolla on kaksi keskeistä tavoitetta: pitää ihmisiä hengissä mahdollisimman kauan ja parantaa heidän ter-



veyteen liittyvää elämänlaatuun. Siksi tässä menetelmässä otetaan huomioon mahdollinen muutos sekä elämän pituudessa että sen laadussa. (Sintonen & Pekurinen 2006, 251–254)

### 3. 3 Sivistyspalvelut

Asplund ja Maliranta ovat tutkineet koulutuksen taloudellisia vaikutuksia. Heidän mielestään (2006, 8) on tärkeää, että koulutusjärjestelmän ja taloudellisen kehityksen välisiä vuorovaikutuksia selvitetään. Vain siten voidaan tunnistaa ne koulutuspoliittisesti tärkeät tekijät, jotka vaikuttavat talouden tulevaan kehitykseen ja kansalaisten hyvinvointiin. Suomessa on yleistä kouluskredencialistinen uskomus, että koulutuksella on suora, itsenäinen ja automaattinen vaikutus taloudelliseen kasvuun. Väitettä on yleensä tutkittu erilaisilla laajennetuilla ns. kasvumalleilla. Menetelmä on perinteinen väline, jolla voidaan mitata tuottavuuden kasvua ja arvioida teknologisen kehityksen nopeutta eri aikoina. Samalla on mahdollista saada numeerisia arvioita kasvun muista lähteistä, kuten siitä kuinka paljon koulutuksen lisäys tai ikääntyminen on lisännyt työllisten tuotantovoimaa. Kasvulaskennalla on saatu tuloksia, joiden mukaan koulutuksen merkitys tuottavuuden kasvuun on olematon. Menetelmän heikkous on sangen yksinkertaistettu käsitys koulutuksen merkityksestä ja siksi sen käyttökelpoisuutta koulutusvaikutusten arviointiin on arvosteltu. (Asplund & Maliranta 2006, 11–12)

Toinen kasvumallityyppi tarkastella koulutuksen taloudellisia vaikutuksia ovat Barro-tyyppiset kasvumallit. Siinä selitettävänä ilmiönä on maiden henkeä kohti lasketun bruttokansantuotteen keskimääräinen reaalikasvuvauhti tietyllä ajanjaksolla. Kasvuvauhtia selitetään tasomuuttujilla, jotka kuvaavat lähivuoden tilannetta. Näiden tarkastelujen pohjalta on voitu sanoa, että koulutuksen suora vaikutus taloudelliseen kasvuun on merkittävä. Näiden mallien avulla saatu tieto rajoittuu koulutuksen lähtötason ja tulevan kasvun välisen yhteyden osoittamiseen. Sen sijaan ne eivät pysty kertomaan mistä riippuvuus on lähtöisin ja miten se syntyy. Barromalleja onkin kritisoitu siitä, että niiden antamat koulutusta koskevat tulokset ovat herkkiä sille, mitkä muuttujat mallissa on otettu huomioon. Asplundin ja Malirannan mukaan tämä viittaisi siihen, että käytetyt koulutusmittarit heijastavat pääsääntöisesti jonkun muun malleista pois jätetyn/jääneen ilmiön vaikutusta taloudelliseen

kasvuun. Malli jättää huomioimatta myös tuottavuutta ja kasvua kiihdyttävän teknologian kehityksen. (ed. 13–15)

Endogeeniset kasvumallit ottavat huomioon Barro-mallien heikkouksia ja niiden lähtökohtana on, että koulutuksen taloudellista kasvua vauhdittava vaikutus syntyy nimenomaan teknologisen kehityksen myötä. Endogeenisia kasvumalleja käyttämällä on voitu todeta, että koulutuksella on sekä suora että epäsuora vaikutus taloudelliseen kasvuun. Silti myös huolella spesifioitujen ja teknologisen kehityksen huomioon ottavien endogeenisten kasvumallien mittaaminen yleensä osoittaa koulutusindikaattoreille jonkinasteisen itsenäisen ja positiivisen kasvuvaikutuksen. Tätä selitetään sillä, että taustamuuttujien mittaamisen tarkkuudessa esiintyy huomattavia eroja. (ed. 15–16)

Perinteisiä kasvumalleja on kritisoitu vielä siitä, että tietyn lähtövuoden koulutuspääoma ei ole välttämättä riittävä mittari, kun tarkastelun kohteena on pitkän ajan kasvutrendin selittäminen. Tulisi tarkastella myös tarkasteltavalla ajanjaksolla tapahtuvat muutokset. Pitkittäisaineistojen puute liian monen maan osalta on toistaiseksi estänyt tällaisen tarkastelun toteuttamisen laajassa mittakaavassa. On kuitenkin voitu todeta, että koulutuksen muutoksen vaikutus paljastuu tilastollisesti ei-merkitseväksi, kun se otetaan mukaan perinteiseen talouden kasvuvauhtia selittävään kasvumalliin (Benhabib & Spiegel, 1994; Barro & Sala-i-Martin, 1995; ks. ed. 17). Talouskasvuun näyttää näiden mallien avulla tehdyissä tutkimuksissa vaikuttavan koulutuspääoman lisäksi sen muutos. Suomessa koulutuksen lähtötasolla on ollut kuitenkin olematon vaikutus Suomen kansainvälisesti katsottuna erinomaiseen kasvusuoritukseen 1971–1998. Koulutustason nousu sen sijaan on ollut tärkeä kasvuvauhtia ylläpitävä tekijä, mutta muihin OECD-maihin verrattuna vaikutus ei ole ollut poikkeuksellisen suuri. (Asplund & Maliranta 2006, 17–19)

## 4. TUTKIMUSASETELMA

### 4.1 Tutkimuksen taustaa

Kiinnostuin tämän tutkimukseni kaltaisesta ongelmanasettelusta opettajan pedagogisten opintojen lopputyötä tehdessäni. Olin mukana kehittävän työntutkimuk-

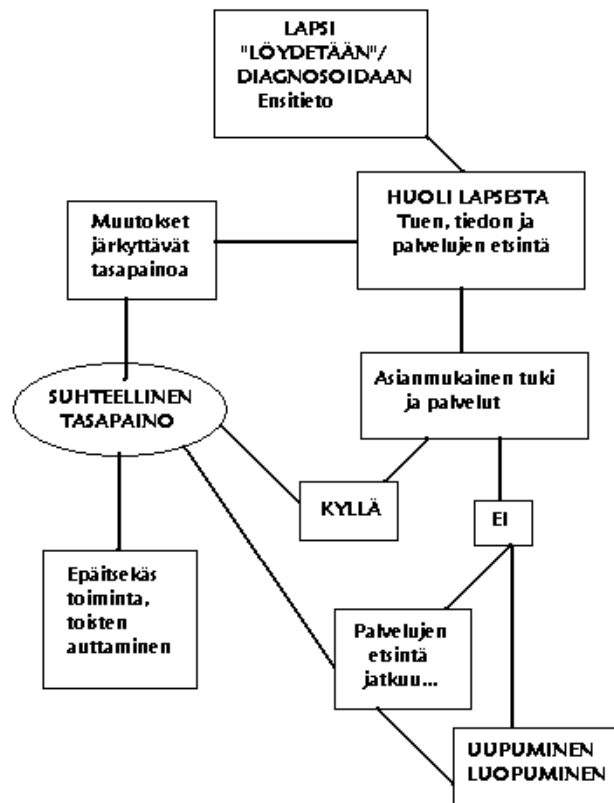
sen menetelmiä soveltavassa ryhmässä ja lopputyö tehtiin samassa kehittävän työntutkimuksen hengessä. Oma työni käsitteli työnkehittämistä mahdoton tehtävä käsitettä analysoimalla ja tulkitsemalla. Työorganisaation jäseniä pyydettiin haastattelussa nimeään oman työnsä mahdottomia tehtäviä ja yhdessä niihin sitten mietittiin ratkaisuja. Työn kehittäminen ja työntekijän kehittyminen ovat prosesseja, eivätkä suinkaan lineaarisia prosesseja, vaan ylä- ja alamäkeä, risteyksiä ja solmujakin. Työtehtäviensä kokeminen mahdottomina aiheuttaa työuupumusta, joka ainakin suomalaisissa työyhteisöissä on tavallista. Yleisesti työuupumus ja työkykyyn liittyvät vaikeudet ovat tavallisia ikääntyvien työntekijöiden keskuudessa. Tämänkaltaisten työtutkimusten tuloksena on voitu todeta että työntekijät tarvitsevat niin henkistä kuin fyysistä harjoittelua selvitäkseen tehtävistään. (Launis 1999, 721–734)

Asenteilla ja arvostuksilla on suurempi vaikutus päätöksiimme kuin haluamme uskoakkaan. Ian Basnett, urheillessa tapaturmaisesti neliraajahalvaantunut lääkäri, on tutkinut terveydenhuollon ammattilaisten asenteita vammaisia kohtaan (2001, 451–452). Tutkimustulokset ovat Yhdysvalloista ja Isosta- Britanniaista. Hänen esille ottamiensa tutkimustulosten mukaan lääketieteen opiskelijat ja vastavalmistuneet lääkärit käyttävät vähemmän aikaa vammaisten henkilöiden kanssa kuin vammattomien. Lisäksi he kokevat vammaisten parissa epämukavuutta ja epävarmuutta. Myös kyynisyydestä, inhimillisyyden puutteesta ja empatian puuttumisesta on löydetty viitteitä. Basnett viittaa lisäksi Frenchiin, jonka mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenteet vastaavat yleisiä asenteita ja saattavat jopa muuttua negatiivisemmiksi ammatillisen koulutuksen edetessä. Osaltaan asenteisiin vaikuttaa se, että terveydenhuollon ammattilaiset tapaavat vammaisia ihmisiä heidän sairaana ollessaan, jolloin vammaisen normaali ja vammaisen omasta mielestä hyvä elämä jää vieraaksi.

Basnett jatkaa, että koulutus, asenteet ja terveydenhuollon ammattilaisten käytös on vammaisille elintärkeää, koska näiden ammattilaisten rooli vammaisten elämässä on suuri. Erityisesti hän painottaa lääkärien roolin merkitystä. Ammattilaisten rooli on tuottaa terveys- ja sosiaalipalveluja, määrittellä hoitojen saajat, vaikuttaa terveyspolitiikkaan ja yhteiskuntaan yleisesti ja kouluttaa tulevaisuuden ammattilaisia. Ammattilaisten aiheuttamaa vammaisiin kohdistuvaa syrjintää on löy-

dettävissä ammattikirjallisuudesta, joskin se on tunnistetumpaa sairaanhoidossa. (ed. 452) Omien kokemuksiensa kautta Basnett toteaa, että monilla lääkäreillä ei ole koulutusta ymmärtää vammaisten henkilöiden näkökulmaa eikä tehdä hyviä arvioita elämän laadusta. Tämän tueksi hän esittää tutkimustuloksia, joiden mukaan neurologiaan erikoistuvat lääkärit olivat todennäköisemmin siinä uskossa, että fyysinen vamma on merkittävä elämänlaadun määrittelijä kuin vammaiset itse. Vammaiset painottivat enemmän elinvoimaa, hyvinvointia ja mielenterveyttä. Toisaalla oli käynyt ilmi, että ensiapu-osastojen henkilökunnalla oli neliraajahalvaantuneiden elämänlaadusta ja halvauksen vaikutuksista hämmästyttävän negatiivinen mielikuva verrattuna neliraajahalvaantuneiden omiin todellisiin käsityksiin. Esimerkiksi 92 prosenttia neliraajahalvaantuneista oli onnellisia ollessaan elossa, kun ensiapu-osastoilla työskentelevistä vain 18 prosenttia ajatteli heidän olevan onnellisia elämästään. (ed. 453) Tämän vuoksi Basnett on huolestunein siitä, mihin todisteisiin vammaisen elämää koskevat päätökset perustuvat ja kuka niitä tekee. (ed. 458) Päätöksentekoa ohjaavat hänen mukaansa enemmän kliiniset tutkimustulokset kuin puhtaat vammaisten omat arviot elämänsä laadusta.

Ajatteluuni on vaikuttanut ehkä eniten Pirkko Määtän esittelemä suhteellisen tasapainon malli (2001, 62–65). Määtän mukaan ensitiedon saatuaan vanhempia askarruttavat monet hyvin käytännölliset arkielämän kysymykset, kuten miten hoidan lasta, mistä löydän apuvälineet, kuka kuntouttaa lasta, löytyykö päivähoitopaikka, ottaako koulu lapsen vastaan? Hän toteaa, että kyse on vanhemmuuteen liittyvästä huolesta lapsesta ja perheen selviytymisestä. Hän lisää, että lapselle halutaan parasta, perhe-elämä pitäisi saada uudessa tilanteessa toimimaan ja itsestään pitäisi pitää huolta. Tässä tilanteessa vanhemmat lähestyvät yhteiskunnan virallista tukiverkkoa moninlaisin huolenaihein ja suhteellisen tasapainon mallissa siirrytään ratkaisevan tärkeään ruutuun: onnistuuko perhe saamaan lähiyhteisöltä sen tiedon, tuen ja palvelut, joita itse arvioi tarvitsevansa selviytyäkseen ja jaksakseen lapsen kanssa. Suhteellisen tasapainon malli on erityisen mielenkiintoinen dynaamisuuksiensa vuoksi ja juuri siksi se vastaa todellista elämää varsin hyvin. Mallia kuvataan seuraavassa kuviossa.



Kuvio 1. Suhteellisen tasapainon malli

KYLLÄ-reitillä perhettä tyydyttävät ratkaisut on löydetty ja arki sujuu toivotulla tavalla. On saavutettu perhe-elämän suhteellinen tasapaino ja suomalainen palveluverkko on pystynyt tarjoamaan apuaan perheen uuteen tilanteeseen. Tämä malli eroaa erilaisista sopeutumiseen ja hyväksymiseen johtavista vaiheteorioista siinä, että mihinkään lopulliseen ja staattiseen tasapainoon ei päästä. Lapsella todetaan uusi sairaus tai vanhempien työjärjestelyt muuttuvat. Muutokset heilauttavat arjen tasapainoa ja alkaa arjen ratkaisujen uudelleenarviointi. (Määttä 2001, 62–65) Malli kuvaa omien kokemuksieni mukaan realistisemmin vammaisen lapsen perheen arjen todellisuutta kuin vaiheteoriat. Psykodynaamisetkaan mallit eivät todellisuudessa etene oppikirjojen vaiheiden mukaan, vaan elämäntilanteiden ja olosuhteiden muuttuessa saattaa koska tahansa joutua palaamaan lähtöruutuun.

Ei-reitillä vanhemmat turhautuvat ja lopulta uupuvat riittämättömän tuen, tiedon tai epäasianmukaisten palvelujen vuoksi. Vanhemmat eivät ehkä jaksakaan noudattaa asiantuntijoilta saamia ohjeita lapsen kuntouttamiseen, kun kotiin ei ole saatu riittävää perusapua arkirutiineihin. Yhteistyö päiväkodin tai koulun kanssa ei kenties toimi. Perhe saattaa vetäytyä yhteistyöstä, kun kokee jäävänsä yksin lapsen kanssa. Vanhemmista saattaa tulla avoimen tyytymättömiä ja he saavatkin helposti ammatti-ihmisiltä hankalien vanhempien leiman. Määtän mukaan osa tyytymättömistä vanhemmista lähtee etsimään muita vaihtoehtoja. Syynä on vanhempien tyytymättömyys suomalaisen palvelujärjestelmän ilmapiiriin, joka on vienyt vanhemmilta toivon lapsen kehittymiseen. Vanhemmat eivät ole lähteneet epärealistisesti hakemaan ihmettä eli lapsen paranemista vaan erilaista kohtelua ja konkreettisia ohjeita kotiin. Määtä lainaa tässä yhteydessä Fergusonia, jonka mukaan lapsen syntyessä vammaisena, kaikkein tärkeintä on, että syntyy lapsi. (Määtä 2001, 62–65)

Yleensä vanhempien tunne-elämä on todettu ensisijaiseksi ammatillisen kiinnostuksen kohteeksi. Vanhemmat syyttelevät, syyllistyvät, kieltävät, masentuvat, suuttuvat jne. Tunteiden katsotaan johtuvan lapsesta. Kun vanhemmat joutuvat asettamaan itsensä vastakkain tietävien asiantuntijoiden kanssa, ei hänen mukaansa ole ihme, että he väsyvät ja jopa luopuvat omasta näkemyksestään lapsensa parhaasta. Suhteellisen tasapainon malli vastaa uudella tavalla kysymykseen mistä vanhempien tunteet syntyvät. Hänen mielestään on selvää, että jos ei saa, mitä vanhempana katsoo lapselle ja perheelle parhaaksi, pettyy ja turhautuu, tulee vihaiseksi tai jopa luovuttaa. Luovuttaminen voi tarkoittaa jopa omasta lapsesta luopumista esim. laitoshoitoon tai sijaisperheeseen. (Määtä 2001, 62–65)

Suhteellisen tasapainon malli ei ota huomioon taloudellisia näkökulmia ja itse tavallani jatkan siitä, mihin suhteellisen tasapainon mallissa jäätiin lisäämällä siihen taloudellisen tason.

#### 4.2 Tutkimusmenetelmä

Käytän tässä tutkimuksessa eläytymismenetelmää. Se on laadullinen tutkimusaineiston keräämisen menetelmä. Aineistoa kerätään pieninä esseinä ja lyhyehköinä

tarinoina, jotka kirjoitetaan tutkijan antamien ohjeiden mukaan. Näitä esseitä ja tarinoita kutsutaan kehyskertomuksiksi. Yleensä menetelmää käytetään siten, että tarinoista kirjoitetaan kaksi variaatiota. Ero on yleensä jokin keskeinen seikka, kuten onnistuminen tai epäonnistuminen ja näitä seikkoja on vain yksi. Tarinat eivät välttämättä kuvaa todellisuutta suoraan, vaan ovat kirjoittajan vapaasti muokkamia, mutta ovat silti todellisuudessa mahdollisia. Tarinat kertovat siitä, mikä saattaa toteutua ja mitä eri asiat merkitsevät. (Eskola 1991, 1998, 2007)

Eläytymismenetelmä syntyi 1960-luvulla vastauksena sosiaalipsykologiassa syntyneeseen huoleen tutkimuksen eettisistä kysymyksistä (Eskola 2007, 73). Perinteisissä koeasetelmissa oli ilmennyt eettisesti kestämätön mahdollisuus manipulointiin ja puijaamiseen. Ihmisiä haluttiin kohdella tutkimusta tehdessäkin ihmisarvon mukaisesti, vaikka peruslogiikka, tiettyjen asioiden variointi, koeasetelmassa säilyi. Eskolan mukaan menetelmä tarjoaa tutkijalle mahdollisuuden noudattaa vanhaa ohjetta kohdella tutkittaviaan ikään kuin he olisivat ihmisiä. Eläytymismenetelmä ei ole eettisesti ongelmaton tutkimusmenetelmä, mutta osaavalle tutkijalle ongelmattomampi kuin moni muu tiedonhankintamenetelmä. Menetelmän käytöllä haetaan juuri niitä toimintamekanismeja, joita ihminen arkielämässäänkin käyttää: harkintaa, eri vaihtoehtojen punnintaa jne. (Eskola 1991, 8).

Ihmisten katsotaan olevan kykeneviä havaitsemaan, erittelemään ja tulkitsemaan erilaisten sosiaalisten tilanteiden sisältämää tietoa. Tarinoissa tapahtuvat sosiaaliset tilanteet ovat myös tällaisia tilanteita. Ihmisen sosiaaliseen toimintaan kuuluu lisäksi sääntöjä, eikä ihmisen toiminta ja logiikka vaihtele eri tilanteissa täysin satumanvaraisesti. Eläytymismenetelmällä pyritään selvittämään näitä rakenteita. Näitä Eskola kutsuu menetelmän perusideoiksi. (Eskola 1991, 8) Eskolan mukaan eläytymismenetelmää on verrattu unien tulkintaan ja musteläikkätesteihin: menetelmä nostaa esiin seikkoja, jotka ovat vastaajalle tärkeitä aktiivisena subjektina ja ”menetelmä tuottaa jotain, minkä tulkinta ja ymmärtäminen on tutkijan tehtävä.” (ed. 1991, 9) Toisaalla hän toteaa, että menetelmän avulla enemmän etsitään ja luodaan teoriaa kuin testataan sen paikkansa pitävyyttä (ed. 1991,11) Tarkoituksena olisi, että jokaiseen kehyskertomukseen saataisiin 10–15 vastausta. Yleensä tämä määrä vastauksia riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, joka ta-

rinoilla on mahdollista antaa. Tätä kutsutaan saturaatio- eli kyllästymispisteeksi ja sen ylittyttyä tarinat alkavat toistaa itseään. (Eskola 1991, 15)

Aineiston käyttökelpoisuuden kannalta olennaista on kehyskertomuksen onnistuneisuus, eikä hyvien tutkittavaan ongelmaan pureutuvien kehyskertomusten laatiminen aina ole kovin helppoa, Eskola (2007, 72) toteaa. On tavallista käyttää kah- ta, kolmea tai neljää kehyskertomusta ja toimivin kehyskertomusten määrä riippuu tutkimusongelmasta sekä siitä, kuinka suuri aineisto on mahdollista koota ja analy- soida (Eskola 1998, 44). Kehyskertomuksen eri tekijöitä vaihtelemalla saadaan ai- kaan erilaisia kertomuksia, joiden avulla voidaan etsiä tilanteen rakenne ja sen eri elementtejä tai tilanteen ja tapahtuman tietty logiikka. Kertomusten avulla on mah- dollista saada esiin suhteellisen vaivattomasti vastaajien omaavaa hiljaista tietoa. Siksi menetelmä on erityisen sopiva esim. asenteiden tutkimiseen sekä kasvatus- tieteelliseen ja ihmistieteelliseen tutkimukseen yleensä.

Menetelmän etuihin kuuluu sen käytön joustavuus ja helppous; Eskolan sanoja lainatakseni menetelmä on näppärä, nopea ja edullinen. Näistä eduista huolimatta menetelmään voi turvautua myös silloin kun raskaamman kokeen järjestäminen ei olisi kannattavaa sen takia, että kevytkäyttöisemmälläkin saadaan samat tulokset. Menetelmää voi vielä käyttää tietyissä tilanteissa myös itse pääongelman tutkimi- sessa, jolloin eläytymismenetelmä toimii survey-tutkimusta nopeampana, edulli- sempana ja joustavampana vaihtoehtona. Tällöin ongelmaksi saattaa nousta tu- losten validiteetti, mutta jos tavoitteena on nimenomaan teorian kehittäminen tai ideoiden löytyminen eikä pelkkä kuvailu, ei problematiikka ole Eskolan mielestä kovin suuri. (Eskola 1998, 1991)

Sovellan tässä työssä menetelmää siten, että tuotan itse kustannus-hyöty- analyysissä ja "eurottamisessa" käyttämäni kehystarinat, joita on kaksi: ensimmäi- sessä tarinassa palvelut mahdollistavat perheen normaalin arjen sekä työssä- käynnin ja toisessa ne estävät sen. Päädyin menetelmän käyttöön, koska pystyn sitä käyttäen hyödyntämään kokemuksiani perheiden arjesta eettisesti kestäväällä tavalla. Tarinoissa ei esitetä todellisen perheen arkea vaan tarinat ovat täysin fiktii- visiä, mutta silti täysin mahdollisia. Tämä aineistonkeruutapaa säästää aikaa, joka muuten menisi erilaisten tutkimuslupaprosessien pyörteissä ja voin keskittyä olen-



naiseen eli tarinoiden jälkeen tapahtuviin taloudellisiin laskelmiin. Sehän tässä tarkastelussani on kuitenkin se pääasia. Menetelmän käyttö ei myöskään loukkaa kenenkään yksilönsuojaa tai kyseenalaista vaitiolovelvollisuuden periaatteita. tarinat on nimetty perheiden sukunimillä, jotka ovat Suomessa tavallisimpia eli Mäkinen ja Virtanen. Myös henkilöiden nimiksi on valittu tavallisimpia nimiä.

## 5. TUTKIMUSTARINAT

Tarinoissa esiintyvät perheet ovat taustoiltaan muuten samanlaisia keskimääräisiä suomalaisia perheitä, mutta Mäkisen perhe elää kunnassa, jossa palvelut on järjestetty tarvelähtöisesti perheiden tarpeista ja Virtasen kohdalla ei. Tarinoiden hyvä elämä on osallistumista yhteiskuntaan sen täysipainoisena jäsenenä työtä tehden ja muutenkin eläen ja tarvelähtöisessä yhteisössä tällainen hyvä elämä mahdollistuu.

Keskimääräisen suomalaisen perheen aikuiset (Tilastokeskus 2006) ovat työelämässä ja heillä on vähintään keskiasteen koulutus. Lapsiperheessä on 1,8 lasta. Mies, 39-vuotias työskentelee yksityisellä sektorilla rakennus- korjaus- tai valmistustyöntekijänä ja ansaitsee 2300 euroa/kuukaudessa. Nainen, 42-vuotias toimii kuntasektorilla palvelu-, myynti- tai hoitotyöntekijänä ja hänen kuukausiansionsa ovat vajaat 2000 euroa.

Perheet elävät keskimääräistä suomalaista elämää kerrostalossa 78,4 m<sup>2</sup> omistusasunnossa, jossa on 3-4 huonetta ja maksavat hoitovastiketta 2,5 e/m<sup>2</sup> eli 196 euroa kuukaudessa. Asuntolainaa heillä on 22 400 euroa ja kulutus- sekä muita luottoja 9400 euroa. Asumismenot vievät neljäsosan kotitalouden kaikista kulumenoista.

Kummassakin perheessä on äiti, isä ja 3 vuotias tyttölapsi. Perhesiin on juuri syntynyt uusi perheenjäsen, poikavauva ja koko perhe on uudesta vauvasta melkoisen onnesta soikeana. Kaikki sujuu mukavasti ensimmäisiä neuvolakäyntejä myöden, kunnes vauva 6 kuukauden iässä alkaa tehdä erikoisia liikkeitä käsillä ja jaloillaan. Huolestuneet vanhemmat ottavat yhteyttä neuvolaan ja heille varataan aika neuvolalääkärille. Neuvolalääkäri tutkii vauvan ja lähettää siltä istumalta per-

heen Yliopistolliseen sairaalaan lastenneurologin luo. Onneksi myös molempien perheiden isovanhemmat asuvat samassa kaupungissa, joten he voivat huolehtia 3 vuotiaasta muun perheen ollessa sairaalassa, jonne vauva joutuu jäämään tarkempia selvityksiä varten.

Vauvalle tehdään monenlaisia tutkimuksia: aivoja kuvataan, otetaan verinäytteitä ja eri alojen asiantuntijat testaavat häntä. Äidit ja isät ovat vuorotellen mukana koko ajan. Isosiskot käyvät välillä veljiään sairaalassa katsomassa, mutta viettävät muuten aikansa isovanhempien kanssa omassa kodissaan. Molempien perheiden vanhemmat ovat luonnollisesti huolissaan vauvoistaan, mutta lastenneurologisella osastolla he saavat tiedon lisäksi henkistä tukea. Sen avulla he jaksavat tukea muita lapsiaan paremmin.

Viikon tutkimusten jälkeen koittaa päivä, jolloin lastenneurologi tulee kertomaan vanhemmille tuloksista. Vauvalla on neurologisen kehityksen viivettä ja kromosomitutkimuksista ilmeni, että hänellä on poikkeava kromosomisto, joka testien perusteella tulee vaikuttamaan jatkossakin. Kromosomipoikkeavuudelle löytyy nimi: Angelmanin oireyhtymä. Oireyhtymälle on tyypillistä, että sen aiheuttama kehityksen viivästymä huomataan jo alle vuoden iässä. Vauvalla silmiinpistäväntä oli poikkeava liikehdintä, jota asiantuntijat sanoivat haparoivaksi ja ataktiseksi. Angelman-lapsilla on liikunnan hitaan kehityksen lisäksi, syömisongelmia, vähäinen unen tarve ja normaalia hitaampi kasvu. Kaikki merkit eivät vauvoissa vielä olleet nähtävissä, mutta asiantuntijat kehottivat varautumaan näihin erityispiirteisiin. Vaikeinta vanhimmille oli kuulla, että heidän vauvojensa kaltaisille lapsille ei juuri kehity puhetta, vaan viittomien ja kuvakommunikaation opettaminen tulisi jatkossa tarpeelliseksi.

Molempien perheiden vanhemmat ovat shokissa ja tunteet myllertävät. Onneksi sairaalasta on mahdollista saada kriisistä selviämiseen tukea ja monet surun laaksot tulevatkin selvitettyä jo ennen perheen kotiutumista. Perheiden arkeen astuu uusi henkilö: kuntoutusohjaaja. Kuntoutusohjaaja kertoo perheille yhteiskunnan tukimuodoista, auttaa hakemusten täyttämässä ja vauvalle tarvittavien kuntoutuspalvelujen löytämisessä. Kun perheet kotiutuvat, kuntoutusohjaaja käy vielä kotona perheitä katsomassa ja ottaa perheiden puolesta yhteyttä kunnan vammaispal-

veluohjaajaan ja sopii perheen puolesta ajan ensimmäiselle kotikäynnille. Vauvojen elämä vammaisina kuntalaisina on alkanut.

## 5.1 Perhe Mäkinen

Mäkiset ja Kukkilan kunnan vammaispalveluohjaaja Pirjo tapaavat ensimmäisen kerran Eetun ollessa 7 kuukauden ikäinen. Pirjo kertoo, että Kukkilan kunnassa on päiväkotia, jossa on mahdollista saada varhaiskuntoutusta ja että sieltä löytyy heti paikka, kun Anna haluaa palata palkkatyöhön. Annalla on vakituinen työpaikka Kukkilan Kirjakaupassa. Anna haluaa olla Eetun kanssa kotona ainakin siihen asti, että Eetu täyttäisi vuoden. Pirjo antaa perheelle hakemuksen omaishoidontuen hakemista varten ja tarkistaa, että hakemus Kelan vammaistuesta on kunnossa. He keskustelevat yhdessä tulevista tilapäishoitojärjestelyistä, sillä Pirjo osaa kokemuksestaan kertoa, että sellaisenkin tarve vielä tulee. He sopivat yhdessä tapaamisajan Kukkilan Päiväkotiin tutustumista varten.

Eetu on 9 kuukauden ikäinen Mäkisten ja vammaispalveluohjaaja Pirjon mennessä tutustumaan Kukkilan Päiväkotiin. Jokaisella erityisen tuen tarpeessa olevalla lapsella on oma hoitaja. Eetullekin löytyy omahoitaja Ulla. Ulla näyttää heille päiväkodin tilat ja hieroo tuttavuutta Eetun kanssa. Yhdessä he sopivat, että Eetun kanssa aletaan harjoitella päiväkotielämää, kun Eetu on täyttänyt vuoden. Kevyt aloitus muutama tunti päivässä oli Ullan kokemuksen mukaan sopinut monelle. Anna ja Kalle olivat tyytyväisiä vierailuun ja uskovat, että yhteistyö jatkossa sujuisi hyvin. Päiväkodissa sovelletaan liukuvia tulo- ja lähtöaikoja, jolloin perhe saa itselleen juuri sellaista hoitoa lapselleen kuin työolosuhteet edellyttävät. Myös vuorotyöntekijöiden on mahdollista saada hoitoa lapsilleen samassa päiväkodissa. Jos Eetulla ilmenee infektioherkkyyttä, niin Ulla tulee työpäivän ajaksi kotiin Eetua hoitamaan.

Kuntoutus sujuu kotona jo omalla painollaan ja fysioterapia sekä kuva/esine kommunikaatio ovat tulleet osaksi arkea. Emmakin osaa jo näyttää pikkuveljelleen tuttipulloa, kun Eetu ilmoittaa olevansa nälkäinen. Fysioterapia järjestyi Kelan kuntoutuksena ja fysioterapeutti käy kotona, kunnes Eetu menee päiväkotiin. Sitten hän jatkaa käyntejään siellä. Hän hoitaa jatkossa myös Eetulla ilmenevät apuvälinetarpeet. Kommunikoinnin ohjausta perheelle antaa kunnassa toimiva erityislastentar-

hanopettaja, joka ohjaa henkilökuntaa myös sitten päiväkodissa. Kelalle tehdyt hakemukset on hyväksytty ja palvelut ovat kokonaisuudessaan integroituneet hyvin Mäkisten perheen elämään. Vammaispalveluohjaaja Pirjo on kerran kuukaudessa yhteydessä perheeseen, jotta palveluissa ilmenneisiin kehittämistarpeisiin voidaan miettiä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa yhdessä ratkaisua.

Eetu aloittaa Kukkilan Päiväkodissa ollessaan 1,5 vuotias ja Anna-äiti palaa työelämään. Kalle ja Anna ovat molemmat tyytyväisiä elämäntilanteeseensa ja he ovat varanneet itselleen viikon lomamatkan lämpimään. Päiväkoti ja isovanhemmat hoitavat sillä aikaa molemmat lapset. Vammaispalveluohjaaja Pirjo ja Mäkiset laativat yhdessä palvelusuunnitelman, johon molemmat osapuolet ovat tyytyväisiä. Perhe kokee elävänsä hyvää ja tasapainoista elämää lapsensa sairaudesta huolimatta.

#### 5.4 Perhe Virtanen

Virtaset ja Pukkilan kunnan vammaispalveluohjaaja Arja tapaavat ensimmäisen kerran Onnin ollessa 7 kuukauden ikäinen. He juovat yhdessä iltapäiväkahvit ja Tiina kertoo Onnista. Arja ei kysy mitään eikä kerro mitään. Tiinan kertoessa orastavista haluistaan työhön palaamiseen, Arja pyytää heitä ottamaan yhteyttä siinä vaiheessa, kun asia tulee ajankohtaiseksi. Arja kiirehtii seuraavalle kotikäynnille ja Tiina ja Ville jäävät ihmetyksen valtaan. Mistä ne palvelut saisi, joista kuntoutusohjaaja Piia heille kertoi? He etsivät verkosta Pukkilan kunnan sivut. Sielläkään ei vammaispalveluista kerrota mitään, vaan ainoa tieto on Arjan yhteystiedot.

Tiina ja Ville sopivat, että Tiina on kotona, kunnes Onnin tarpeiden mukaiset palvelut ovat järjestyneet. He ottavat kuitenkin yhteyttä sairaalan kuntoutusohjaaja Piiaan saadakseen vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Sairaalaan kerrotaan, että Piia on jäänyt äitiyslomalle ja säästösyistä sijaista ei ole. Tiina ja Ville alkavat etsiä apua verkosta ja löytävätkin Kehitysvammaiset-järjestön ja Angelkerhon, joihin molempiin he ottavat yhteyttä. Järjestöltä he saavat sosiaaliturvoppaan, jossa kerrotaan kehitysvammaiselle lapselle kuuluvista palveluista. Arja lähettää heille palvelusuunnitelmasta kopion; suunnitelman, jonka laatimiseen kumpikaan vanhemmista ei ole osallistunut.

Lukuisten soittojen jälkeen kunnan päivähoito-osastolta kerrotaan, että Onnille ei ole tarjota päivähoitopaikkaa. Tiina on täysin murtunut. Kuntoutus on muutenkin takkuillut, sillä ensin Kela antoi kielteisen päätöksen alle 16 vuotiaan vammaistuen osalta ja sitten fysioterapian osalta. Onni on ollut kuukausia ilman fysioterapiaa ja vanhemmat ovat yrittäneet siltäkin saralla parastaan, mutta eivät toki voi korvata alaan perehtynyttä asiantuntijaa. Kehitysvammaiset-järjestöstä neuvotaan valittamaan päätöksistä ja järjestön edunvalvontaan perehtynyt henkilö auttaa Tiinaa ja Villeä kirjoittamaan valitukset. Päätökset tulevat 6 kuukauden kuluttua myönteisinä. Sinä aikana Oona on alkanut oireilla, koska vanhemmilla kuluu niin paljon aikaa Onnin hoitoon, kuntoutukseen ja palveluiden etsimiseen. Isovanhemmat auttavat paljon, mutta alkavat olla neuvottomia hekin. Oona saa ajan lastenneuvolan psykologille, joka sitten yhdessä lastenneuvolan lääkärin kanssa kehottaa anomaan Oonalle Kelalta psykoterapiaa. Päätös saadaan myönteisenä, mutta psykoterapian saamiseen on yli vuoden jono.

Onni on jo kaksi vuotias, kun päiväkotipaikka järjestyy Pukkilan Päiväkodista. Onnille nimetään omahoitaja Sari. Perheellä on aikaa tutustua päiväkotiin tunnin verran, koska työajat eivät anna muuhun myöden. Pukkilan kunnan vammaispalveluohjaaja Arja ei ole paikalla, koska hänellä on kokous. Sarilla ei ole aiempaa kokemusta erityisen tuen tarpeessa olevista lapsista, vaan hän on työtovereineen työllistettynä kunnan palveluksessa. Hoitajat vaihtuvat keskimäärin vuoden välein; aiemminkin, jos työllistetty saa ”oikeaa työtä”. Onni on tuotava aina aamulla 8.30 ja haettava 16, koska päiväkodissa on sellainen rytmi. Tiina työskentelee usein 10–17 ja Ville voi joutua olemaan päivittäin pidempäänkin, jos työssä tilanne sitä vaatii. Työaikamuutokset tulevat toisinaan samana päivänä. Tiina aloittaakin tästä syystä osa-aikaisen työnteon toimessaan Pukkilan Kirjakaupassa.

Päiväkodissa on paljon ongelmia: fysioterapian hoitaminen päiväkodissa osoittautuu mahdottomaksi, koska se ei sovi päiväkodin rytmiin. Kuvakommunikointia ei ehditä käyttää ja Onni on usein itkuinen. Omahoitaja Sarin mielestä Onni kiukuttelee, mutta Tiina ja Ville ovat toista mieltä. Mäkiset yrittävät päiväkotielämää vuoden, kunnes voimat hiipuvat ja Tiina jää pois työstään. Työnantaja ei kykene antamaan edes palkatonta vapaata, vaan irtisanoo Tiinan tuotannollisiin ja taloudellisiin syihin vedoten. Tiina masentuu ja hakeutuu terveyskeskuslääkärin puheille,

joka määrää hänelle mielialalääkettä. Terapiajonoonkin hän pääsee, mutta terapiajono on vielä pidempi kuin Oonan kohdalla. Ville sinnittelee töissä ja yrittää vielä tehdä lisätöitä, koska Pukkilan kunta ei ole suostunut maksamaan perheelle omaishoidon tukea rahan loppumiseen vedoten. Onnin kehitys ei ole edennyt ja se kuormittaa perhettä arjen toimimattomuuden ja tiukan taloudellisen tilanteen lisäksi. Koko perhe uupuu ja hyvä sekä tasapainoinen elämä on vain kaukainen haave. Perhe jää miettimään Onnin siirtymistä kokonaan laitoshoitoon.

## 6. TULOKSIA

Analysoin tarinoita taloudellisesti kahdella tavalla: ensin kustannus- hyötyanalyysin avulla ja sitten yksinkertaisesti eurottomalla tarinoiden palvelukokonaisuudet ja vertaamalla niiden vaikutuksia perheiden ostovoimaan. Valitsin kustannus-hyötyanalyysin esimerkiksi taloustieteellisestä menetelmästä, koska se parhaiten sopii minulla olevien kustannustietojen käyttämiseen.

### 6.1 Kustannus-hyötyanalyysi

Niina Nikka (2006) tarkastelee Pro gradussaan kustannushyöty-analyysia ja sen soveltamista sosiaalialan kehittämishankkeisiin. Nikka (2006, 7) kuvaa kustannus-hyötyanalyysia näin Pearcea mukaillen: KHA pyrkii kuvaamaan ja mittaamaan jonkin politiikan tai päätöksen sosiaalisia hyötyjä tai haittoja rahayksiköissä. Julkisyhteisöllä, joka tätä analyysia hyödyntää, on tavoite/funktio, jonka kautta se maksimoi yhteiskunnallista nettohyötyä. Yhteiskunnallisessa kustannus-hyötyanalyysissä pyritään huomioimaan kaikki myös välilliset ja ei-markkinalliset vaikutukset. Yhteiskunnallinen kustannus-hyötyanalyysi ei etsi voitonmaksimointi ratkaisuja, kuten yritys-sektorilla.

Kustannus-hyötyanalyysin käyttö sosiaalisessa kontekstissa ei ole ongelmaton: Nikka (ed.) viittaa tässä yhteydessä jälleen Pearceen, jonka mukaan ongelmia syntyy määriteltäessä yhteiskuntaa ja sen preferenssejä. Pearce toteaa, ettei yhteiskunnan määrittelyssä voida ottaa huomioon tulevia sukupolvia tai niitä, jotka eivät voi ilmaista mielipiteitään. Yhteiskunnalliset preferenssit ovatkin usein viranomaisten määrittelemiä. Koska yhteiskunnallisten preferenssien määrittelemille jul-

kishyödykkeille (esim. kunnan vammaispalvelun palvelut) ei välttämättä ole olemassa markkinoita ja markkinahintoja, ei preferenssejä aina voida määritellä sen mukaan, kuinka paljon yksilö on palvelusta tai hyödykkeestä valmis maksamaan. Sen vuoksi KHA:ssa pyritään käyttämään varjohintoja eli sellaista hintaa, jonka yksilöt olisivat palvelusta maksamaan, mikäli markkinat olisivat olemassa.

Tällöin voidaan määritellä tavoitefunktioksi

### *Yhteiskunnallinen nettohyöty=hyöty-kustannus*

jossa sekä hyöty että kustannus on ilmaistu rahayksikköinä. Varjohintoja käyttämällä erotus on mahdollista laskea. Päätöksillä on hyötyjen lisäksi myös vähemmän toivottavia vaikutuksia, kuvaavat kustannukset myös palvelusta tai hyödykkeestä aiheutuvia haittoja, jotka voidaan määritellä ulkoisvaikutuksiksi. Yhteiskunnallisesti kannattavin päätös on sellainen, jossa yhteiskunnalliset nettohyödyt ovat suurimmat, mutta joka on budjettirajoitteen mukaisesti toteutettavissa. (Nikka 2006, 8) Yleensä hyvinvointijärjestelmä rakentuu ns. Pareto-tehokkuuden mukaan, jonka mukaan järjestelmä on pareto-tehokas, jos kenenkään hyvinvointia ei ole mahdollista parantaa vähentämättä jonkun muun hyvinvointia. (Tuomala 1997, 21) Todellinen nettohyöty saadaan arvioiduksi, kun hyötyjen ja kustannusten rahalliset arvot diskontataan oikealla tasolla. Diskonttaus tarkoittaa tulevaisuuden hyötyjen ja kustannusten rahallisen arvon määrittelyä. (Nikka, 2006, 8) Lisäksi tehdään usein vielä herkkyyshanalyysi, jossa muunnellaan laskuprosessin aikana tehtyjä oletuskriteerejä ja tarkastellaan niiden merkitystä lopputuloksen kannalta. (Tuomala 1997, 316) Sitä en tee omassa analyysissäni, vaan vertaan kahta ääripäätä toisiinsa. En myöskään suorita diskonttausta.

Hyöty tässä tapauksessa on perheen aikuisten työllistyminen eli hyöty on yhtä kuin perheen ansiotulot. Summat ovat euroissa. Kursiivilla merkityt kustannukset lisäävät välillisesti perheen ansioita. Kustannustiedot ovat käytettävissä olevia valtakunnallisia keskiarvoja. Tarkemmat tiedot lukujen alkuperästä ovat liitteenä.

## KHA – Perhe Mäkinen

Hyöty-kustannukset = yhteiskunnallinen nettohyöty

Hyöty kunnalle/kk	Kustannukset kunnalle/kk	Kustannukset Kelalle/kk
Perheen ansiotulot 3440,00	Vammaispalveluohjauksen käynti n. 20,00	Fysioterapia 50e/kerta 4xkuukaudessa 200,00
<i>Tulojen lisäys tukien muodossa</i> 1014,08	Päivähoitomaksu lastenkennallista lasta kohden 719,00	<i>Vammaistuki</i> 387,26
<i>Välillisiä lisähyötyjä kunnalle esim. työntekijöiltä kerätyillä verotuloilla</i>	<i>Omaishoidontuki</i> 416,32	<i>Lapsilisät</i> 210,50
<b>Yhteensä 4454,08</b>	<b>Yhteensä 1155,32</b>	<b>Yhteensä 797,76</b>

Yhteiskunnallinen nettohyöty olisi siten  $4454,08 - (1155,32 + 797,76) = 2561,00$  euroa ja kunnan saama nettohyöty  $4454,08 - 1155,32 = 3298,76$  euroa. Hyödynmäärä ylittää molemmissa tapauksissa aiheutuneet kustannukset.



## KHA – Perhe Virtanen

Hyöty-kustannukset= yhteiskunnallinen nettohyöty

Hyöty kunnalle/kk	Kustannukset kunnalle/kk	Kustannukset Kelalle/kk
Perheen ansiotulot 2240,00	Vammaispalveluohjauksen käynti 1/vuosi 1,70	Psykoterapia Oona ja Tiina 30e/kerta/8xkk 240,00
		Fysioterapia 50e/kerta 200,00
<i>Tulojen lisäys tukien muodossa</i> 912,04		<i>Vammaistuki</i> 387,26
		<i>Lapsilisät Kela</i> 210,50
		<i>Kotihoidontuki</i> 314,28
<b>Yhteensä 3152,04</b>	<b>Yhteensä 1,70</b>	<b>Yhteensä 1352,04</b>

Yhteiskunnallinen nettohyöty Virtasen perheen osalta olisi 3152,04 - (1,70 + 1352,04) = 1799,00 euroa ja kunnan saama nettohyöty 3152,04 - 1,70 = 3150,04 euroa. Ensi alkuun voi näyttää siltä, että tämän laskelman mukaan kunta hyötyy enemmän jättäessään palvelut järjestämättä. Jos joudutaan turvautumaan laitoshoitoon, joka tämän perheen kohdalla todennäköisesti tapahtuisi, kunnan kustannukset nousevat 1,70 eurosta 15 000 euroon ja KHA kunnan osalta muuttuisi miinus-merkkiseksi eli 3152,04 - 15 000 = -11847,96. Kelan kustannukset vähenisivät fysioterapian, vammaistuen ja kotihoidontuen loppumisen myötä 450,50 euroon ja yhteiskunnallinen nettohyöty olisi myös miinus-merkkinen eli 3152,04 - (15000 + 450,50) = -12 298,46.

Kustannushyöty-analyysin käyttöä arjessa hankaloittaa ehkä eniten vaikeus nähdä kaikkia välittömiä ja välillisiä hyötyjä ja/tai kustannuksia. Kun lisäksi analyysin luo-

tettavuus vaatisi diskonttausta, voi tämän menetelmän käyttö olla arjen vammais- palvelujen järjestäjälle vaikeaa. Taloudellista systemaattista arviointiahan tehtiin sosiaalipuolella hyvin vähän (ks. s. 46) ja asenteet sitä kohtaan negatiivisia, joten olisi tärkeää miettiä, miten taloudellista arviointia tehdään, jotta se saadaan luon- teväksi osaksi arjen päätöksentekoa.

## 6.2 Tarinoiden eurottaminen

Yksinkertainen tapa olisi poimia tarinoista palveluista aiheutuvat kulut ja perheen tulot ja tarkastella perheiden ostovoiman muutosta.

### Perhe Mäkinen

Seuraavassa taulukossa Eetu Mäkisen vaikeavammaisuudesta aiheutuvat kulut euroissa Kukkilan kaupungille ja Kelalle sekä perheen tulot kuukaudessa vuonna 2006 äidin Annan, pääasiallisen hoitajan, palatessa työelämään. Kutsun tätä tapaa tarkastella taloudellista vaikuttavuutta tarinoiden eurottamisena.

<b>PALVELUT</b>	<b>KUKKILAN Kaupunki</b>	<b>KELA</b>	<b>MÄKISTEN TULOT</b>
Vammaispalveluohjaaja n. 20 e /käynti/kk	20,00		
Fysioterapia 50 e/kerta 4x kuukaudessa		200,00	
Päiväkoti laskennallista lasta kohden	719,00		
Vammaistuki		387,26	387,26
Omaishoidontuki	416,32		416,32
Ansiotulot (vero- % 20)			3440,00
Lapsilisät (Kela) Kahdesta lapsesta		210,50	210,50
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>1155,32</b>	<b>797,76</b>	<b>4454,08</b>

Eetun siirtyessä vaikeasti kehitysvammaisten opetukseen kaupungin kustannukset nousevat tuntuvasti: vaikeimmin kehitysvammaisten opetus maksoi Länsi-Suomen kunnissa 31 000 euroa vuodessa eli 2583,33 euroa kuukaudessa. Opetustoimen kuluista kunta maksaa itse 58,9 %.

## Perhe Virtanen

Seuraavassa taulukossa Onni Virtasen vaikeavammaisuudesta aiheutuvat kulut euroissa Pukkilan kaupungille ja Kelalle sekä perheen tulot kuukaudessa vuonna 2006 pääasiallisen hoitajan eli äidin Tiinan joutuessa puuttuvien palveluiden vuoksi jäämään kotiin.

<b>PALVELUT</b>	<b>PUKKILAN KAUPUNKI</b>	<b>KELA</b>	<b>VIRTASTEN TULOT</b>
Vammaispalveluohjaus 20 e/käynti/1kerta/vuosi	1,70		
Psykoterapia Oona ja Tiina 30e/kerta, 8xkk		240,00	
Fysioterapia 50 e/kerta 4x kuukaudessa		200,00	
Vammaistuki		387,26	387,26
Ansiotulot Ville-isä Peruspalkka+Lisätyö (vero- % 20)			2240,00
Lapsilisät (Kela) Kahdesta lapsesta		210,50	210,50
Kotihoidon tuki		314,28	314,28
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>1,70</b>	<b>1352,04</b>	<b>3152,04</b>

Kaaviosta puuttuu mahdollisen laitoshoidon kustannukset, jotka ovat Suomessa valtakunnallisesti keskimäärin 500 euroa vuorokaudessa ja 15 000 kuukaudessa. Koulun alkaessa kulut lisääntyvät kunnan osalta 2583,33 kuten oli Virtastenkin kohdalla.

Kun Mäkisten ja Virtasten perheen tuloja verrataan keskenään, voidaan todeta, että Virtasilla jää käyttöön 1302,04 euroa vähemmän kuukaudessa kuin Mäkisillä eli Virtasten perheen ostovoima vähenee kyseisellä summalla. Ostovoimalla tarkoitetaan, kuinka paljon hyödykkeitä käytettävissä olevalla varallisuudella voi ostaa ja se laskee, kun tulot laskevat. Toki myös inflaatio aiheuttaa sen laskua, mutta silloin tilanne on sama kaikilla ja antaa aihetta indeksikorotuksiin.

Kun näitä tarinoita jatkaisi vielä pidemmälle, Mäkisillä todennäköisesti tulot kasvaisivat, kun palkkatuloja tarkistettaisiin ja Virtasilla tulot pysyisivät samana tai vähenisivät vain yhden aikuisen työskennellessä. Ongelmia kasaantuisi lisää ja yhteiskunnan maksettava määrä kasvaisi, vaikka se ei suoraan olisikaan pois kun-

nan kukkarosta. Kunta menettäisi joka tapauksessa verohyödyn, niin tuloveron kuin vähentyneen kulutuksen osalta.

## 7. POHDINTA

Hyvää elämää on mahdollista mitata rahassa ja hyvän elämän rahallinen arvo riippuu siitä, millaiseksi hyvä elämä määritellään. Tarkastelin erilaisia hyvän elämän paradigmoja ja tavallisinta lienee, että hyvässä elämässä on elementtejä sen eri paradigmoista. Tärkeää kuitenkin on huomata, että vaikeasti vammaisen elämä määrittäisi hänestä itsestään käsin. Mitään yhtä hyvän elämän hintaa ei ole mahdollista määritellä, enkä sitä edes tavoitellut. Inhimilliselle kärsimykselle tai ihmisarvolle sen sijaan ei voida laittaa hintaa ja se olisikin hyvä erottaa pohdittaessa arvoihin ja talouteen liittyviä moniulotteisia kysymyksiä.

Vaikeasti vammaiset ovat marginaalinen ryhmä, jonka palvelut ovat hintavia, mutta läheskään kaikkien kuntien osalle niitä ei joka vuosi synny. Vuonna 2006 Länsi-Suomessa oli 202 kuntaa ja vaikeimmin kehitysvammaisia oppilaita 33. Vammaispalvelujen laiminlyöminen tai niiden jättäminen järjestämättä jättäminen eivät siten aiheuta kuntataloudessa mittavia säästöjä. Sen sijaan julkista taloutta kuormitetaan lisää, kun vaikeasti vammaiset valitusten kautta saavat itselleen kuuluvat tukitoimet.

Varsinkin sosiaalipuolen taloudellisen vaikuttavuuden tutkimukselle on selkeä tilaus. Se olisi lopultakin kaikkien etu: kuntalaisten tarpeisiin vastattaisiin, kunta tuottaisi vaikuttavia sekä taloudellisia palveluita ja valtiota ei tarvitsisi huutaa hätiin joka käännteessä. Suurimmat ja kunnan kannalta merkittävimmät päätökset tehdään tavallisten kunnan virkamiesten ja sen luottamushenkilöiden toimesta. Olisi siksikin erityisen tärkeää, kehittää sellaisia taloudellisen vaikuttavuuden työvälineitä, joita olisi arjessa helppo käyttää ilman taloustieteen tutkintoja. Tarkasteluni osoittaa, että taloudellisen vaikuttavuuden arviointia voidaan tehdä aivan yksinkertaisin menetelmin, ei kaavoin, mallein tai tunnuslukuin. Tosin edellytyksenä on, että taloudellista tietoa kerättäisiin nykyään huomattavasti systemaattisemmin. Tällä hetkellä tieto on pirstaleista, eikä aina keskenään vertailukelpoista. Jokaisessa Suomen McDonald'ssissäkin tiedetään paremmin, mitä mikin kustantaa. Kuntia vaivaa di-

lemma: taloustilanteeseen vedoten tehdään kuntalaisten arkeen merkittävästi vaikuttavia päätöksiä, vailla todellisia faktoja toimien taloudellisuudesta. Kutsun tätä palveluiden näennäishoitamiseksi, josta Virtasen perheen tarina on hyvä esimerkki.

Osa palveluntuottajista laatii jo palveluistaan palvelukortteja, joissa kuvataan yksityiskohtaisesti, mistä mikin palvelu koostuu. Tällaiseen korttiin olisi mahdollista liittää myös tiedot kustannuksista ja muista taloudellisista vaikutuksista, jolloin palveluiden välinen hintavertailu olisi suhteellisen helppoa ja vaivatonta.

Viime vuosina on käytössä ollut monenlaisia lähestymistapoja johtamiseen: johdettavana on ollut ainakin ihmisiä, henkilöstöä, tietoa, tunteita, tietoa ja projekteja. Voisimme aivan hyvin johtaa erilaisuutta. Tarkoitan, että jos johtamisen lähtökohdaksi otetaan se, että ihmiset ovat erilaisia, olisi paljon helpompi hyväksyä myös erilaisten ihmisten palvelutarpeet. Erilaisuuden johtaminen vaatii, että luovutaan normaalijakauma- ajattelun orjallisesta noudattamisesta. Normaalijakauman hännät jättävät syrjään aina 5 prosenttia ihmisistä ja Suomessa ei tarvitsisi enää palveluiden vuoksi tuottaa lisää syrjäytyneitä. Alkoholien käyttö ja suomalainen tunnekulttuuri aiheuttavat niitä jo liikaa muutenkin. Jokainen syrjäytynyt vammainen tai terve lapsi on inhimillinen tragedia, jonka hintaa ei voida mitenkään laskea. Vaikeasti vammaisten lasten perheet eivät odota ihmeitä, vaan haluavat elää elämäänsä omista lähtökohdistaan käsin, ei palveluohjaajan, erityishuoltopiirin tai kunnanjohtajan. Perustuslain mukaan se kuuluu heille, mutta he jäävät sitä paitsi jatkossakin, jolleivät asenteet muutu. Niistähän tässä lopultakin on kysymys, asenteista, joiden muuttaminen ei maksa mitään, mutta joita myös on hyvin vaikeaa saada muuttamaan.

Toinen tapa muuttaa johtamiskulttuuria olisi siirtyminen luottamusjohtamiseen. Luottamusjohtaminen perustuu arvoihin ja sen ydinajatus on, että voin työntekijänä ja kansalaisena luottaa siihen, että kaikessa mitä johto tekee, tullaan ottamaan huomioon inhimilliset ja ihmisyyttä korostavat näkökohdat; sillä johto välittää ihmisistä ja osoittaa sen teoillaan. (Palmunen-Joroinen 2009, 263–264) Päätöksen teko perustuu tällöin yhteiseen jaettuun arvomaailmaan, jolle on tärkeintä inhimillisuus ja ihmisyyden kunnioittaminen. Työpaikoilla se näkyy lisääntyneenä hyvin-

vointina ja mahdollistaa hyvän elämän. Palmunen-Joroinen määrittelee hyvän elämän niin, että mieltää oman ja toisen ihmisen elämän merkitykselliseksi ja pyrkii elämään niin, että teot tai tekemättä jättämiseni ovat sellaisia, että minua voidaan kunnioittaa ihmisenä.

Johdetaan sitten kummalla mainitsemistani tavoista tahansa voisi samanaikaisesti siirtyä käyttämään termiä lapsen yksilölliset tarpeet erityisen tuen tarpeessa olevan lapsen sijaan. Kun keskitytään tarpeisiin ja yksilön stigmatointi jää vähemmälle ja väitän, että saavutamme siten paitsi parempia oppimistuloksia niin myös taloudellisesti vaikuttavampia palveluita. Kun tarpeisiin vastataan, on hyvä elämäkin mahdollista.

Nuoret lapsiperheet ovat nyky-yhteiskunnassa kasvavassa määrin haavoittuvaisia, kirjoittaa Esping-Andersen (2002, 8) artikkelissaan ” Jälleen kerran kohti hyvää yhteiskuntaa”. Artikkelin on osa laajempaa sosiologista teosta ”Miksi tarvitsemme uuden hyvinvointivaltion”. Onko vaikeasti vammaisten lasten perheillä mitään selviytymismahdollisuuksia, kun jo tavalliset lapsiperheet ovat ahtaalla? Yhteiskunnan on huolehdittava myös näiden perheiden selviytymisestä ja ilman vanhempien laajamittaista taistelua, joka toki tuottaa tulosta, mutta myös paljon pahaa mieltä ja vie aikaa olennaisimmalta - lapselta. Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna taisteluihin kuuluu myös yhteiskunnan eri tasoilla voimavaroja. Päädymme uudelleen toisen dilemman äärelle: miksi yhteiskunta on valmis maksamaan suuria laskuja, jotka asioiden hoitamatta jättäminen aiheuttaa, mutta kieltäytyy maksamasta pieniä, joilla asiat hoituvat?

Pekka Kuusi (ks. Jokinen & Saaristo 2002, 118–119) kirjoitti vuonna 1961 teoksen 60-luvun sosiaalipolitiikka, joka loi suuntaviivat suomalaiselle hyvinvointivaltio-ohjelmalle. Hänen mukaansa yhteiskuntapolitiikan tuloksia voidaan mitata kansalaisten tulonmuodostuksen avulla. Kuusi toteaa, että toimintaa tulee siis arvioida suhteessa siihen, mikä on ”kansalaisen paras”. Hän piti tärkeänä, että kaikilla olisi oikeus toimeentuloturvaan ja peruspalveluihin, sillä pelkkä ansiosidonnaisuus jättäisi liian monet vaille etuuksia ja palveluja. Hän jatkaa, että talouspolitiikkaa ja sosiaalipolitiikkaa ei tule nähdä toisilleen vastakkaisina. Oikein suunnattu ja mitoitettu sosiaalipolitiikka on hänen mukaansa pikemminkin jatkuvan talouskasvun yksi

edellytys. Nykyinen vauhtisokeus, kvartaalitalous sekä nopea voitontavoittelu ja taloustrendien kritiikittömältä näyttävä käyttö toimivat, jos tavoitteena on hyvinvointivaltiota luopuminen. Jos sen sijaan tarkoituksena on säilyttää Suomi hyvinvointivaltiona, on suuntaa tarkistettava ja palattava näiden perustavien kysymysten äärelle.

Lukiessani viitisen vuotta sitten pääsykokeeseen ” Poikkeava vai erityinen” teosta, olin innostanut aika lailla elämää syleilevästi kaikesta. Parhaiten on kuitenkin jäänyt mieleen Simo Vehmas (2001, 116) ja hänen artikkelinsa vammaisuuteen liittyvien rajoitteiden vähentämisestä sekä yksilöön ja yhteisöön kohdistettavien toimenpiteiden moraaliseen oikeutukseen. Hän kirjoittaa: ”Elämä itsessään ei ole arvokasta, vaan elämästä tekevät arvokkaan erilaiset yksittäiset asiat, jotka yksilö näkee tärkeinä ja merkityksellisinä omassa olemisessaan. Se miten yksilö kokee olemisensa, riippuu tietysti pitkälti siitä, millainen suhde hänellä on muihin ihmisiin ja ennen kaikkea miten muut suhtautuvat häneen.” Asenne ratkaisee aina - sanonta pätee siis tässäkin yhteydessä. Toisaalla (ed. 117) samassa artikkelissa Vehmas toteaa, että jos ajattelemme subjektiivisen kokemuksen olevan hyvän ja toivottavan elämän ensisijainen kriteeri, meillä ei olisi oikeutta asettaa mitään yksilön ulkopuolisia tavoitteita opetukselle. Johtopäätöksen hän toteaa absurdiksi. Sen sijaan meillä on oltava yleisiä, subjektiivisen kokemuksen yläpuolelle kohoavia kriteerejä hyvästä ja toivottavasta elämästä. Tarvitaan siis yhteistä eri toimijoiden, vammaisen lapsen ja hänen perheensä välistä avointa keskustelua siitä, millaista on hyvä elämä. Hyvää elämää retoriikkaa ei pitäisi enää käyttää vaalilauseissa tai –puheissa, vaan olisi keskityttävä mahdollistamaan tekojen kautta hyvä elämä kaikille, myös vaikeimmin vammaisille tai kehitysvammaisille ja heidän perheilleen. Asenteita muokkaamalla saadaan lopultakin kaikille parempi yhteiskunta ja ihan taloudellisesti kevyin keinoin.

## LÄHTEET:

Albrecht, G. L. & Bury, M. 2001. The Political Economy of the Disability Market place. Teoksessa G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (edit.), s. 585- 609.

Aristoteles. 1991. Poliitikka. Jyväskylä: Gummerus.

Aristoteles. 1989. Nikomakhoksen etiikka. Helsinki: Gaudeamus.

Asplund, R. & Maliranta, M. 2006. Koulutuksen taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja 60. Helsinki: Edita.

Banks, S. 2006. Ethics and values in social work. New York: McMillan.

Basnett, I. 2001. Health Care Professionals and Their Attitudes toward Decisions Affecting Disabled People. Teoksessa G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (edit.), s. 450- 467.

Chossudovsky, M. 2004. Köyhyyden globalisointi. Helsinki: Like.

DeJong, G. & Basnett, I. 2001. Disability and health Policy: The Role of Markets in the Delivery of Health Services. Teoksessa G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (edit.), s. 610-632.

Eronen, A., Landén, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2008. Sosiaalibarometri. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Eronen, A., Landén, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2009. Sosiaalibarometri. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Eräsaari, R. 2002. Elämisen käytännöt ja hyvinvointivaltio. Teoksessa Jahnukainen, M. (toim.) 387- 405.

Eskola, J. 1991. Eläytymismenetelmän käyttö sosiaalitutkimuksessa. Työraport-



teja B:33.1991.Tampere: Tampereen yliopisto .

Eskola, J. 1998. Eläytymismenetelmä sosiaalitutkimuksen tiedonhankintamenetelmänä. Tampereen yliopisto: TAJU.

Eskola, J. 2007. Eläytymismenetelmän autuus ja kurjuus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), 71- 86.

Esping-Andersen, G. 2002. Towards the Good Society, Once Again? Teoksessa Esping-Andersen, G. (edit.) s. 1-25.

Hirvonen, T. & Mangeloja, E. 2006. Miksi kolmas hampurilainen ei tee onnelliseksi? Jyväskylä: Gummerus.

Heikkilä, M. & Parpo (toim.). 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes raportteja 268. Jyväskylä: Gummerus.

Heiskala, R. & Luhtakallio, E. 2006. Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta. Tampere: Gaudeamus.

Heuru, K. 2003. Hyvä hallinto. Helsinki: Edita.

Heuru, K. 2006. Perustuslaillinen kunnallishallinto. Helsinki: Edita.

Hänninen, K. , Kalland, M. , Martikainen, T., Saarinen, E. & Tainio, V-M. 1998. Hyvän elämän eväitä – yhteenvetoa. Teoksessa Saarinen, E. (toim.),186–196.

Häyry, M. 2001. Mahdollisimman monen onnellisuus. Utilitarismin historia, teoria ja sovellukset. Vantaa: WSOY.

Jallinoja, R. 2001. Suomalaisten hyvä elämä. Teoksessa J. Rydman (toim.), 235–243.

Jokinen, K. & Saaristo, K. 2002. Suomalainen yhteiskunta. Juva: WSOY.

- Julkunen, I. , Lindqvist, T. & Kainulainen, S. (toim.). 2005. Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. FinSoc Työpapereita 3/2005. Helsinki.
- Kainulainen, S. & Niemelä, P. 1998. Kaksi tapaa tarkastella peruspalveluita. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 52. Kuopio.
- Kainulainen, S., Rintala, T. & Heikkilä, M. 2001. Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Stakes tutkimuksia 114. Saarijärvi: Gummerus.
- Kemppainen, E. & Mäntysaari, M. 1998. Aristoteles, Rawls ja sosiaalipolitiikka. Keskustelua hyvinvointivaltion peruskysymyksistä eurooppalaisen ajatteluperinteen valossa. Stakes raportteja 223. Saarijärvi: Gummerus.
- Kirk, S. A., Gallagher, J. J. & Anastasiow, N. J. 2000. Educating Exceptional Children. USA: Houghton Milton Company.
- Koistinen, P. 2003. Hoivan arvoitus. Tampere: Vastapaino.
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2006. Hoitotahto. Jyväskylä: Talentum.
- Krugman, P. 2009. The conscience of a liberal. London: Norton.
- Lassen, L. M. 1998. Parenting children with rare progressive disabilities. Department of Special Needs Education. University of Oslo.
- Lastensuojelun Keskusliitto. 2004. Lapsen hyvä elämä 2015. Toimintalinjaus.
- Launis, K. 1999. Impossible tasks and work place training in work life Transformations. Teoksessa Engeström, Y., Miettinen, R. & Punamäki, R.-L. (ed.), 727–735.
- Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. 2006. Terveystuottajan tilaaja-tuottaja-malli. KTM/Elinkeino-osasto. Rahoitetut tutkimukset 1/2006. Katsottu 12.12.2009. [http://julkaisurekisteri.ktm.fi/ktm\\_jur/ktmjur.nsf/All/F26FF8E12B71CEA9C225710003540CA/\\$file/ratu1elo\\_2006\\_netti.pdf](http://julkaisurekisteri.ktm.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/All/F26FF8E12B71CEA9C225710003540CA/$file/ratu1elo_2006_netti.pdf)

Loikkanen, H. A., Pekkarinen, J. & Vartia, P. 2002. Kansantaloutemme – rakenteet ja muutos. Helsinki: Taloustaito

Länsi-Suomen lääninhallitus. 2007. Peruspalveluraportti.

Miettinen, R. 2000. Huomisen huolet, haaveet ja haasteet kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisen toimintaympäristön muutoksia aikojen taitteessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Mill, J. S. 2000. Utilitarismi. Tampere: Gaudeamus.

Monk, R. & Raphael, F. 2005. Suuret filosofit. Keuruu: Otava.

Myllykangas, M. 2009. Rahan raiskaama terveydenhuolto. Helsinki: Rasalas.

Määttä, P. 2001. Perhe asiantuntijana – Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä: Gummerus.

Nikka, Niina. 2006. Kustannus-hyötyanalyysi ja sen soveltaminen sosiaalialan kehittämishankkeisiin. Pro gradu-tutkielma/ Taloustiede. Turun Yliopisto.

Outinen, M. , Räikkönen, O., Holma, T. & Voipio-Pulkki, L-M. 2007. Laadunhallinta sosiaali- ja terveystalouden organisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Helsinki: Stakes.

Palmunen-Joroinen, A-L. 2009. Nokia-vuodet. Mitä johtamisesta voi oppia. Jyväskylä: Atena.

Parjanne, R. 2001. Suomalaisen hyvinvointimallin haasteet kansainvälisessä markkinataloudessa. Teoksessa Kajaste, K. (toim.), 119 - 129.

Peltonen, H. Terveysvaikutuksia pitäisi oppia arvioimaan ennakolta. Dialogi 1/2007. 52 – 53.

- Pekuri, M. Rahoitus ei ratkea poppakonsteilla. Chess online 1/2007. 1.
- Pitkänen, P. 1996. Platonin hyvän elämän filosofia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Platon. 1999. Platon teokset I. Keuruu: Otava.
- Rawls, J. 1988. Oikeudenmukaisuusteoria. Juva: WSOY.
- Räsänen, P. 2006. Olisiko lääketiede ottanut uskonnon roolin? Teoksessa M. Myllykangas & P. Räsänen, s. 11–15.
- Sefton, T., Byford, S., McDaid, D., Hills, J. & Knapp, M. 2004. Taloudellinen arviointi sosiaaalialalla. FinSoc arviointiraportteja 6/2004. Tulostettu 26.11.2007. [http://www.sosiaaliportti.fi/File/b9d1d5b1-535b-4b79-aaeb-17d01897cb7f/taloudellinen\\_arviointi.pdf](http://www.sosiaaliportti.fi/File/b9d1d5b1-535b-4b79-aaeb-17d01897cb7f/taloudellinen_arviointi.pdf)
- Sihvola, Juha. 2000. Yksilönä yhteisössä. Näkökulmia paikallisuuteen globalisaatioon ja hyvään elämään. Vammala: Kunnallisan kehittämissätiö.
- Sinkkonen – Tolppi, M. 2006. Paljonko on paljon? Sosiaalipalvelujen talous ja vaikuttavuus. Esitutkimusraportti. Tulostettu 26.11.2007. [http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/POP\\_esiselvitys\\_2006.pdf](http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/POP_esiselvitys_2006.pdf)
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY.
- Sipilä, J. 1983. Sosiaaliset ongelmat – sosiaaliset toimenpiteet. Teoksessa Artikkeleita Sosiaalipolitiikka vuosikirjasta 1977 – 1982. Jaakkola, R. & Urponen, K. 133 – 141.
- SM. 2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Tulostettu 17.12.2007. [http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/1e774481168d38d1c225727c002b774f/\\$file/laki\\_kuntajapalvelurakennemuutoksesta\\_090207.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/1e774481168d38d1c225727c002b774f/$file/laki_kuntajapalvelurakennemuutoksesta_090207.pdf)
- Starke, M. 2003. A different parenthood. Department of Social Work and Pediatrics. Göteborg University.

STM. 2006. Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta. Julkaisuja: 2006: 9. Helsinki.

STM. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Selvityksiä 2007: 28. Helsinki.

STM. 2007. Palveluseteleiden käyttö kunnissa. Selvityksiä 2007: 38. Helsinki.

STM. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Selvityksiä 2007:36. Helsinki.

STM. 2007. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimukset valtio-, kunta- ja yksityissektorilla. Julkaisuja 2007:18. Helsinki.

STM. 2007. Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan tulevaisuus. Projekteista konseptikehittämiseen. Selvityksiä 2007: 49. Helsinki.

STM. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelmatyöryhmän loppuraportti. Selvityksiä 2007: 67. Helsinki.

STM. 2008. Perhekeskustoiminnan kehittäminen. PERHE-hankkeen loppuraportti. Selvityksiä 2008: 12. Helsinki.

STM. 2008. ”Saattaen muutettava.” Kehitysvammaisten laitoshoidon hajauttamisen seurantaraportti. Selvityksiä 2008: 29. Helsinki.

STM. 2009. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Selvityksiä 2009: 10.

STM.2009. Vammaispalvelulainmuutokset 1.9.2009 lukien. Kuntainfo 4/2009. Tulostettu 9.1.2010.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1418362>

Suomen Lääkäriliitto. 2005. Lääkärin etiikka. Viitattu 22.11.2007.

[www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi)

Talentia.2005. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Talentia.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001.  
ETENE-julkaisuja I. STM. Tulostettu 21.11.2007. [www.etene.org](http://www.etene.org)

Tideman, M. 2000. Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning. Stockholm: Göteborgs universitet.

Tilastokeskus. 2007. Keskimääräistä elämää Suomessa. Tulostettu 20.12.2009  
[http://www.stat.fi/ajk/tiedotteet/v2007/tiedote\\_030\\_2007-12-04.html](http://www.stat.fi/ajk/tiedotteet/v2007/tiedote_030_2007-12-04.html)

Tonttila, T.2006. Vammaisen lapsen äidin vanhemmuuden kokemus sekä lähiympäristön ja kasvatuskumppanuuden merkitys. Tutkimuksia 272. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Tuomala, M. 1997. Julkistalous. Tampere: Gaudeamus.

UN: NGO.1987. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. Viitattu 26.11.2007.  
<http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>

UNICEF. 2007. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Report Card 7. Tulostettu 1.4.2007.  
<http://www.unicef.org/media/files/ChildPovertyReport.pdf>

Uurtimo, Y. 1998. Hyvän elämän perusta. Tampere:Tampere University Press.

Valtioneuvosto. 2007. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. Tulostettu 17.12.2007.  
[http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO\\_Lapset\\_HSA2007.pdf](http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO_Lapset_HSA2007.pdf)

Varto, J. 1995. Merkintöjä Platonista ja Platonin filosofiasta. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Vataja, K., Kainulainen, S. & Julkunen, I. 2004. Sosiaalipalvelujen arvioinnista kunnissa. Selvitys arvioinnin ja talousosaamisen tarpeesta ja merkityksestä kunnissa vuonna 2003. FinSoc Työpapereita 3/2004.

Vehmas, S. 2001. Vammaisuuteen liittyvien rajoitteiden vähentäminen – yksilöön ja yhteisöön kohdistettavien toimenpiteiden moraalinen oikeutus. Teoksessa Landonlahti, T., Naukkarinen, A. & Vehmas, S. (toim.), s. 103–122.

Väisänen, S. 2004. Hoitotyön etiikkaa oppimaan. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Willberg, M. & Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36.

Wrede, S. 2000. Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia. Teoksessa I. Kangas, S. Karvonen & A. Lillrank (toim.), s. 189–205.

Yrjönsuuri, M. 1996. Hyvän olemus. Johdatus etiikkaan. Jyväskylä: Gummerus.

Muut:

Encyclopedia Britannica online, Academic edition:

- Democritos (katsottu 15.11.2007)
- Epicuros (katsottu 15.11.2007)
- Hippocrates (katsottu 20.11.2007)
- John Stuart Mill (katsottu 15.11.2007)
- John Rawls (katsottu 15.11.2007)
- Martha Nussbaum (katsottu 15.11.2007)
- Jean Jacques Rousseau (katsottu 15.11.2007)

[www.utu.fi/kirjasto/nelliportaali/tietosanakirjat](http://www.utu.fi/kirjasto/nelliportaali/tietosanakirjat)

## **LIITE:**

### **Laskelmissa (kappale 6 tuloksia) käytettyjen lukujen lähdetiedot 2006**

Kansaneläkelaitos ([www.kela.fi](http://www.kela.fi))

- psykoterapia (Kelan tutkimusosasto)
- alle 16 vuotiaan vammaistuki
- lapsilisät
- kotihoidon tuki

Kuperkeikka, lasten ja nuorten kuntoutusasema, Turku

- fysioterapia

Suomen kuuden suurimman kaupungin (Kuusikkokunnat) päivähoiton palvelujen ja kustannusten vertailu 2006

- erityispäivähoito

STM Selvityksiä 2007:28

- omaishoidontuki
- laitoshoidon vuorokausi

Tilastokeskus/Palkkatilastot 2006

- Vammaispalveluohjaus



