Sosiaaliset oikeudet; hoiva ja valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa

Koordinaattorit:
Yrjö Mattila, johtava tutkija, Kela yrjo.mattila@kela.fi
Anne Isotalo, VTM, TtT-opiskelija, Turun yliopisto anne.isotalo@utu.fi

Hoiva on perustavalla tavalla välttämätön osa ihmiselämää, sillä jokainen tarvitsee hoivaa elämänkaarensa jossain vaiheessa. Viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta on uudistettu ja painopiste on siirtynyt avohoitokeskeiseen suuntaan. Laitosmaisia rakenteita on pyritty purkamaan lisäämällä tehostettua palveluasumista ja kotiin annettavaa palvelua. Omaishoidon tuesta on samalla tullut keskeinen kehittämiskohde sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Potilaan oikeudet ymmärretään eettisten periaatteiden ja lainsäädännön yhdistelmänä. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1993 on selkiyttänyt potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön välisen vuorovaikutuksen sääntöjä ja potilaan oikeusturvaa. Sitä on täydentänyt vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki, jonka lähtökohtana on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Näihin tavoitteisiin pyritään muun muassa antamalla asiakkaalle mahdollisuus valita hoitopaikkansa, takaamalla palvelujen yhdenvertainen saatavuus sekä parantamalla hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Asiakas voi aikaisempaa vapaammin valita hoitopaikkansa ja mahdollisuuksien mukaan myös häntä hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen. Vuoden 2014 alusta lähtien kiireettömän hoidon hoitopaikkaa koskeva valinnanvapaus on laajentunut koko maahan sekä tietyin reunaehdoin myös rajat ylittävästi toisiin EU-maihin. Työryhmässä tarkastellaan eri näkökulmista sosiaali- ja terveyspolitiikan kentällä tapahtuvaa muutosta ja pohditaan, mitä hoivan palvelurakennemuutos ja uudet käytännöt merkitsevät eri toimijoille; palveluja tarvitseville asiakkaille ja potilaille, omaistaan hoitaville ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, mitä valinnanvapauden laajentaminen edellyttää eri toimijoilta sekä miten valinnanvapautta voidaan tukea eri konteksteissa. Työryhmään ovat tervetulleita empiiriset, teoreettiset ja metodologiset hoivaa, terveyspalveluja ja valinnanvapautta koskevat esitykset.

Valinnanvapaus terveydenhuollossa –miksi?

Miisa Chydenius, TaY, Liina-Kaisa Tynkkynen, TaY ja THL & Mikko Niemelä, TY ja Kela

Valinnanvapaus on ollut terveyspolitiikan keskiössä useissa Euroopan maissa. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä valinnallisia elementtejä, kuten sairausvakuutus ja erikoissairaanhoidon erikoismaksuluokka, on ollut jo pitkään. Valinnanvapautta politiikkaideana on kuitenkin tuotu yhä näkyvämmin terveyspolitiikan agendalle.

Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, kuinka terveyspolitiikan keskeiset toimijat ovat perustelleet ja kehystäneet valinnanvapauden ideaa. Lisäksi tarkastellaan valinnanvapauteen liittyvien linjausten ajallista muutosta ja toimijoiden välisiä eroja. Aineistona oli Sosiaali- ja terveysministeriön, Kauppa- ja teollisuus-/Työ- ja elinkeinoministeriön, Suomen Lääkäriliiton, Sitran ja Elinkeinoelämän keskusliiton asiakirjoja, joissa käsitellään valinnanvapautta vuosilta 1990–2013. Aineisto analysoitiin ensin sisällönanalyysilla ja ryhmiteltiin alustavasti, minkä jälkeen analyysia syvennettiin kehysanalyysilla.

Aineistosta on tunnistettavissa kolme erilaista kehystä. Uudistamisen kehyksessä markkinatyyppinen valinta tuottajien välillä esitetään keinona uudistaa hierarkkista, jäykkää ja tehotonta terveydenhuoltojärjestelmää. Hyvinvointivaltion kuvataan olevan kriisissä ja terveydenhuollon asiakas rationaalisena ja vastuullisena kuluttajana. Kehittämisen kehyksessä valinnanvapaus kuvataan osana olemassa olevan järjestelmän kehittämistä ja toisaalta keinona edistää potilaan asemaa ja oikeuksia ja väestöryhmien välistä tasa-arvoa. Valinnalla viitataan hoitavan lääkärin tai hoitopaikan valintaan tai valinnanvapauteen yleisemmin. Säilyttämisen kehyksessä valinnanvapautta käytetään perusteluna nykyjärjestelmän, kuten yksityisen hoidon korvausten säilyttämiselle ja sillä viitataan valintaan julkisen ja yksityisen palvelun välillä tai hoitavan henkilön valintaan.

Aikajakson alkupuolella painottuu valinnanvapaus potilaan aseman ja väestöryhmien välisen tasa-arvon edistäjänä sekä potilas-lääkärisuhteen luottamuksen rakentajana kun taas 2010-lukua lähestyttäessä korostuu markkinatyyppinen valinta järjestelmän uudistamisen välineenä. Toimijoista

markkinatyyppistä valintaa painottavat Sitra, EK ja KTM/TEM. Sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjoissa on selkeimmin nähtävissä siirtymistä kohti markkinavalintaa. Suomen Lääkäriliiton linjaukset jakautuvat tasaisemmin kolmen kehyksen kesken.

Suomalaisten terveyspolitiikan toimijoiden valinnanvapautta koskevat linjaukset painottuvat jossain määrin eri tavoin. Nähtävissä on kuitenkin laajempi ajallinen muutos järjestelmän vähittäisestä kehittämisestä kohti yksilön markkinavalintojen kautta tapahtuvaa uudistamista. Suomen Lääkäriliiton linjauksissa näkyy paine ajaa eri sektoreilla työskentelevien jäsenten etua.

Julkisen terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä valinnanvapauden toteutumisen esteistä

Laura Hietapakka ja Maijaliisa Junnila, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Valinnanvapaus terveydenhuollossa lisääntyi vuoden 2014 alusta, kun potilaan oikeus valita perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoyksikkö laajennettiin terveydenhuoltolaissa koko maata koskevaksi. Potilaalla on myös oikeus valita hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen silloin, kun se on kyseisen yksikön toiminnan kannalta järjestettävissä.

Valinnanvapautta edistävä lainsäädäntö ei itsessään takaa valinnanvapauden toimeenpanon onnistumista. Käytännössä terveydenhuollon ammattilainen, erityisesti lääkäri, on keskeisessä roolissa potilaan valinnanvapauden mahdollistajana, sillä potilas ei voi tehdä kaikkia valintoja ilman keskustelua ja päätöksiä hoitoon lähettävän lääkärin kanssa. Toistaiseksi tietoa ammattilaisten suhtautumisesta valinnanvapauteen ei ole juurikaan kerätty Suomessa.

Osana Tekesin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen rahoittamaa VALVA -hanketta (Valinnanvapauden muotoutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa) tutkimme, miten terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat potilaan valinnanvapauteen. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella syksyllä 2014. Kysely lähetettiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja

terveyspiirin (Eksoten), Jyväskylän, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun soten) sekä Oulun terveys- ja hyvinvointiasemien työntekijöille sekä kyseisten alueiden erikoissairaanhoidon lääkäreille. Kyselyyn saatiin yhteensä 713 vastausta.

Osana kyselyä työntekijät saivat kuvata omin sanoin potilaan valinnanvapauden etuja ja haittoja. Lähes 180 vastaajaa esitti näkemyksiään, joissa painottuivat valinnanvapauden mahdolliset tai havaitut ongelmat. Nämä liittyivät kansallisella tasolla tai terveydenhuollon organisaation toiminnassa havaittuihin puutteisiin, huoliin ammattilaisten työmäärän lisääntymisestä ja kuormittumisen epätasaisesta jakautumisesta, sekä potilaiden toiminnassa tai tiedoissa havaittuihin puutteisiin.

Potilaan valinnanvapauden toteutuminen ei näytä riippuvan ensisijaisesti yksittäisten työntekijöiden asenteista tai toiminnasta. Terveydenhuollon ammattilaisten työn näkökulmasta voidaan pitää haasteellisena sitä, että ammattilaiset joutuvat työskentelemään vallitsevissa kansallisissa olosuhteissa ja organisaatioiden toimintaympäristöissä, joissa valinnanvapauteen liittyvä ohjaus on vielä monilta osin puutteellista ja käytännöt sekavia tai kankeita.

Kela

Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste

Jenni Hämäläinen: Terveydenhuollon kansainvälinen valinnanvapaus laajeni, liikkuvatko potilaat?

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU (potilasdirektiivi), antaa henkilölle, jonka sairaanhoidon kustannuksista vastaa EU-valtio, oikeuden päästä toisen jäsenmaan terveydenhuollon palvelujen piiriin syrjimättömästi. Lisäksi direktiivissä vahvistetaan potilaan oikeus korvaukseen toisessa EU-maassa saamastaan hoidosta. EU-tuomioistuimen (EUT) oikeuskäytäntö on 2000-luvulla korostanut potilaan liikkumis- ja valinnanvapautta. Potilasdirektiivin koottiin EUT:n oikeuskäytäntöä ja direktiivin toimeenpanon myötä se on kansallista lainsäädäntöä. Oikeudesta sairaanhoitoon toisessa jäsenmaassa säädetään lisäksi sosiaaliturvan yhteensovittamista koskevissa EU-asetuksissa 883/2004 ja 987/2009, joita sovelletaan, kun henkilö oleskelee tilapäisesti tai muuttaa asumaan toiseen jäsenmaahan tai kun hän hakeutuu hoitoon toiseen jäsenmaahan ennakkoluvalla.

Suomessa potilasdirektiivi on toimeenpantu lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Lakiin on lisäksi koottu muita EU-lainsäädännön sairaanhoitoa koskevia säännöksiä. Lain mukaan henkilö voi saada sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen, kun hän hakeutuu toiseen jäsenmaahan hoitoon. Jos henkilö on sairastunut äkillisesti oleskellessaan tilapäisesti toisessa EU-maassa, korvaus maksetaan siihen määrään saakka, mikä vastaavan hoidon kustannus olisi henkilön kotikunnassa. Euroopan komissio arvioi parhaillaan Suomen korvausmallia.

Tarkkaa tietoa ei ole siitä, kuinka moni on hakeutunut hoitoon ulkomaille tai ulkomailta Suomeen. Kelan asiakkaille maksamat korvaukset toisissa EU- ja Eta-maissa ja Sveitsissä annetusta hoidosta ovat nousseet hieman viime vuosina. Vuonna 2014 korvauksia maksettiin 1,56 miljoonaa euroa. Kela on myöntänyt EU-asetuksen mukaisen ennakkoluvan toisessa jäsenmaassa annettavaa hoitoa varten alle sadalle henkilölle vuosittain. Vastaavasti Suomen julkisessa terveydenhuollossa hoidetaan ennakkoluvalla joitakin kymmeniä ulkomailta tulevia potilaita vuodessa.

On todettu, että potilaiden hakeutuminen hoitoon ulkomaille on vähäistä. Lisäksi on todettu, että kansalaiset eivät riittävästi tiedä oikeuksistaan ja että tarjottavan tiedon taso vaihtelee. Lisäksi kielelliset, taloudelliset ja terveydentilaan liittyvät tekijät saattavat vaikuttaa ihmisten halukkuuteen ja mahdollisuuksiin hakeutua hoitoon ulkomaille.

Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaus suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa

Anne Isotalo Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala
anne.isotalo@tyks.fi, anheis@utu.fi

Tutkimuksen tarkoitus ja tausta

Tutkimus kohdistuu terveydenhuollon lainsäädännön ja terveyspolitiikan toteutuksen arviointiin potilaan näkökulmasta sekä erikoissairaanhoidossa hoidettavien potilaiden oikeuksien ja valinnanvapauden toteutumisen tutkimiseen. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa elektiivisten leikkauspotilaiden sairaalan valintaan liittyvistä tekijöistä terveydenhuollon käyttäjän näkökulmasta. Yleisellä tasolla tutkimustulokset antavat alustavaa tietoa 1.5.2011 voimaan astuneen

terveydenhuoltolain toteutumisesta ja kansalaisten näkemyksistä valinnanvapauden laajentumisesta julkisessa terveydenhuollossa.

Tutkimuksen menetelmät

Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena elektiivisille leikkauspotilaille (N = 1351). Aineisto analysoidaan tilastollisin menetelmin. Kyselytutkimuksen lisäksi analysoidaan tutkittavien sairaaloiden potilasvirtojen kehittymistä 2009–2015 saapuneiden lähetteiden ja potilaiden kotikuntien rekisteritietoja tutkimalla.

Tutkimuksesta odotettavissa olevat tulokset

Tutkimuksen tulosten perusteella palvelujärjestelmää voidaan kehittää organisaatiotasolla potilaslähtöisemmäksi ja tukea potilaan oikeuksien toteutumista ja osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tulosten perusteella voidaan tunnistaa potilaille tärkeitä laatutekijöitä ja hyödyntää saatua tietoa kansallisen vertailutietojärjestelmän kehittämisessä. Potilasryhmien välisiä eroja valintakäyttäytymisessä tunnistamalla voidaan lisäksi kohdentaa tukea ja ohjausta näille potilasryhmille. Palvelujen tuottajan osalta vertailutiedon tulisi kannustaa sitoutumista jatkuvaan laadun arviointiin ja parantamiseen.

Johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella voidaan saada käsitys potilaan valinnanvapautta koskevan lainsäädännön toteutumisesta ja tuottaa suosituksia terveydenhuollon henkilöstölle ja poliittisille päätöksentekijöille valinnanvapauden edistämiseksi. Lisäksi tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja sosiaaliturvajärjestelmän yhteensovittamisessa.

Avainsanat: valinnanvapaus, julkinen terveydenhuolto, erikoissairaanhoito, elektiivinen leikkauspotilas, potilaan oikeudet, itsemääräämisoikeus

Hoivapolun monet todellisuudet

Olli Karsio, Tampereen yliopisto Olli.Karsio@staff.uta.fi

Vanhusten hoiva on valtava yhteiskunnallinen punnerrus. Siihen osallistuvat omaiset, valtio, kunnat, kansalaisjärjestöt, yritykset, naapurit ja vanhukset itse. Hoivaa voidaan tutkia yhteiskunnallisena ilmiönä hoivapolun käsitteen näkökulmasta. Hoivapolku voi tarkoittaa yksilön hoivakokemusten summaa, kansallisen tai kansainvälisen hoivapolitiikan tavoitetta palvelujärjestelmän tuottamista palveluista tai paikallista ideaa siitä, miten vanhushoiva tulisi järjestää. Hoivapolkujen ja niiden ideaalien avulla kehystetään ja rajataan sitä, mikä on sopivaa hoivaa ja kenelle. Hoivapolut ovat täten tärkeitä kansainvälisen, kansallisen ja paikallisen vanhushoivapolitiikan välineitä. Suomessa kansallinen ideaalinen hoivapolku rakentuu ajatukselle yksiportaisesta järjestelmästä, jossa vanhukset hoidetaan kotona mahdollisimman pitkään, minkä jälkeen heidät siirretään asumaan tehostettuun palvelutaloon, jossa hoivan tarjoaminen jatkuu kodinomaisessa ympäristössä ja virallisesti edelleen vanhuksen omassa kodissa (STM 2013).

Tässä artikkelissa tutkitaan, minkälaisia ideaalisia hoivapolkuja paikalliset johtavat viranomaiset tuottavat ja rakentavat vanhusten palveluissa. Tutkimus perustuu kuudesta kunnasta kerättyyn viranomaishaastatteluaineistoon. Aineisto koostuu 27 asiantuntijahaastattelusta. Haastateltavat toimivat johtavissa asemissa kunnan sosiaali- ja terveyspalveluissa tai vanhuspalveluissa. Lähtökohtana on oletus siitä, että viranhaltijat kunnallisina toimijoina tuottavat puheessaan käsitystä vanhusten hoivapoluista. Viranomaisten käsitys heijastaa paikallista näkemystä kunnan hoivapoluista ja hoivapolkujen ideaaleista. Tässä artikkelissa vastataan kysymykseen: miten viranomaiset käyttävät erilaisia hoivapolkujen ideaalimalleja palveluiden ja asiakkaiden hallinnan välineinä.

Alustavien tutkimustulosten perusteella voidaan määritellä kolme erilaista viranomaisten käyttämää hoivapolun ideaalimallia. Ensimmäiseksi, v*irallisen hoivapolun ideaali* viittaa kunnan viralliseen määritelmään ja suunnitelmaan vanhuksen hoivan kulusta. Toiseksi, *realistisen hoivapolun ideaali* puolestaan viittaa poikkeamiin virallisesta hoivapolun ideaalista. Viimeiseksi, *visionäärisen hoivapolun ideaali* kuvailee tavoiteltavaa vanhushoivan tilaa.

Vapaa valinta ja sen hallinta

Kirsi Kuusinen-James kirsi.kuusinen-james@helsinki.fi

Monet viime vuosien aikana Suomessa tehdyistä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksista liittyvät palvelunkäyttäjän valinnanvapauden laajentamiseen. Sosiaalipalveluissa valinnanvapautta on edistetty markkinoistumisen kautta ja lähinnä haavoittuvimmassa asemassa oleville, kun taas terveyspalveluissa valinnanvapautta on avattu myös julkisten palveluiden sisällä kaikille kuntalaisille. Tutkimustehtävänä on selvittää, miten säännöllisen kotihoidon palvelusetelikäyttäjän valinnanvapaus rakentuu.

Tutkimusaineistot koostuvat ikäihmisten ja omaisten haastatteluista (15 ikäihmistä ja 4 omaista, haastateltujen ikäihmisten keski-ikä 82 vuotta), ikäihmisille suunnatusta lomakekyselystä (44 vastaajaa, keski-ikä 83 vuotta), kunnan palveluohjaajien ryhmähaastattelusta (5 osallistujaa), sekä palveluntuottajien ryhmähaastattelusta (3 osallistujaa). Kaikki aineistot kerättiin vuosien 2011–2012 aikana.

Valinnanvapautta tarkastellaan hallinnan kehyksessä ja pohditaan, kuka valinnanvapautta ja markkinoitumista hoivapalveluissa haluaa ja kuka siitä hyötyy. Tuloksia peilataan siihen, miten palvelusetelin avulla tavoiteltu ja toteutuva valinnanvapaus vaikuttaa palvelunkäyttäjän asemaan, palveluiden laatuun sekä palvelujärjestelmän kehittymiseen.

Palveluseteliä käyttävät iäkkäät henkilöt pitävät palvelusetelin etuna erityisesti sitä, että taloudellisen lisäresurssin turvin voi palvelutarpeiden lisääntyessä jatkaa tutun palveluntuottajan kanssa ja ostaa tarvittaessa lisäpalveluja samalta taholta. Iäkkäät henkilöt pitivät valinnanvapautta kuitenkin liian kapeana. Palvelua tuottavaa henkilöä, käyntiaikaa ja käynnin kestoa ei ole mahdollista valita.

Säännöllisen kotihoidon palvelusetelijärjestelmä ei automaattisesti vahvista yksilön autonomiaa eikä itsemääräämisoikeutta. Palvelujen laatu ja tehokkuus eivät suoraan kohene siksi, että palveluntuottajia ei vertailla, palveluista ei valiteta eikä tuottajia vaihdeta. Palvelusetelin käyttö yksilön valinnanvapauden lisäämisen välineenä synnyttää riskejä eriarvoisuuden lisääntymisestä. Palveluntarvitsijoiden polarisaatio vähemmän apua tarvitseviin palvelusetelikäyttäjiin sekä raskashoitoisimpiin kunnallisen palveluiden asiakkaisiin näyttää olevan käynnissä.

Lähteet: Kuusinen-James, Kirsi & Seppänen, Marjaana (2013) Ikääntyvät palvelusetelin käyttäjät valintatilanteissa: kuluttajia vai näennäiskuluttajia? Janus vol. 21 (4) 2013, 314–329.

Vapaa vai pakotettu valinta? Yksityisten sosiaalipalvelujen käyttö yli 75-vuotiaiden parissa

Teppo Kröger & Jiby Mathew Puthenparambil

Yksityisten sosiaalipalvelujen käyttö on kasvanut Suomessa viime aikoina. Tämä paperi pyrkii ymmärtämään, miksi yli 75-vuotiaat käyttävät näitä palveluja, vaikka periaatteessa heidän käytettävissään ovat universalistiset julkiset sosiaalipalvelut. Erityisesti tarkastellaan yksityisten palvelujen käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä ja sitä, onko niiden käyttämisessä kyse vapaasta vai pakotetusta valinnasta. Tutkimuksen aineisto (N=1436) kerättiin vuonna 2010 postikyselyllä yli 75-vuotiaan väestön keskuudessa Tampereella ja Jyväskylässä. Aineistoa analysoitiin määrällisillä menetelmillä kuten ristiintaulukoimalla ja multinomiaalisella logistisella regressioanalyysillä ja myös avovastausten and laadullisella sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan keskeisimmät syyt yksityisten palvelujen käyttöön tässä aineistossa olivat palvelujen käytön vaivattomuus ja lisäpalvelujen tarve. Useimpien vastaajien yksityisten palvelujen käyttöä voidaan pitää vapaana valintana. Tiettyjen ryhmien kohdalla kyseessä on kuitenkin pakotettu valinta, mikä herättää kysymyksiä julkisten palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Käytetylle pääaineistolle on kesällä 2015 kerätty seuranta-aineisto, josta selvitetään esityksessä yksityisten palvelujen käytön päämuutokset vuosien 2010–2015 aikana.

Emilia Leinonen
Tohtorikoulutettava, Yhteiskuntapolitiikka, Jyväskylän yliopisto

Ikärakenteen merkittävistä muutoksista johtuen ikääntyneiden asumiseen on kiinnitetty paljon huomiota viime vuosina. Suomessa ikääntyneiden asumispolitiikkaa ovat ohjanneet vanhuspalveluiden laatusuositus (2008 ja 2013), vanhuspalvelulaki (980/2012) sekä ympäristöministeriön tekemä ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma (2013). Yhteistä näille asiakirjoille on laitosasumisen vähentäminen ja kotiin saatavien palveluiden lisääminen, kustannusten vähentäminen sekä yhteisöllisyyden, osallisuuden ja elämänlaadun korostaminen.

Yhtenä uutena vaihtoehtona ikääntyneiden palveluasumiseen on esitetty perhehoitoa. Perhehoito on ennestään tunnettu asumismuoto lasten ja vammaisten asumisratkaisuna, mutta viime vuosikymmenen aikana myös ikääntyneille on tarjottu mahdollisuus asua perhehoidossa. Kyseessä on asumismuoto, joka on ilmeisesti olemassa ainoastaan Suomessa, Yhdysvalloissa (*adult placement*, *adult foster care*) ja Iso-Britanniassa (*adult placement*, nykyisin *shared lives*, Shared Lives Plus 2015). Perhehoidolla tarkoitetaan ikääntyneen lyhyt- tai pitkäaikaishoitoa ja asumista perhehoitajan kodissa. Perhehoito voi siis olla vuosia kestävä ympärivuorokautinen hoivasuhde tai lyhytaikainen hoitopaikka esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivien aikana. Perhehoito on avohoitoa ja se toteutetaan kunnan ja perhehoitajan toimeksiantosuhteisena sopimuksena, joka ei siis tarkoita työsuhdetta. (Perhehoitoliitto 2015.) Kyseessä on täysin uudenlainen ikääntyneiden asumisen vaihtoehto, joka sijoittuu jonnekin yritystoiminnan ja omaishoidon väliin (Tammelin & Ilmarinen 2013, 261).

Tulevassa väitöskirjassani tarkastellaan ikääntyneiden ja perhehoitajien kokemuksia perhehoidossa asumisesta sekä sen vaikutuksista yhteisöllisyyden kokemuksiin ja hyvinvointiin. Perhehoitajien osalta tarkastellaan myös heidän jaksamistaan työssä ja mahdollisuuksiaan yhdistää työ- ja perhe-elämä. Tutkimuksessa analysoidaan, miten perhehoito toimii osana ikääntyneiden asumisratkaisuja ja palvelurakennetta. Tutkimus osallistuu yhteiskuntapoliittiseen, sosiologiseen ja sosiaaligerontologiseen keskusteluun ikääntyneiden asumisesta, palvelurakenteesta, valinnanvapaudesta, hyvinvoinnista, yhteisöllisyydestä ja osallistumisesta sekä hoivatyöntekijöiden jaksamisesta ja työhyvinvoinnista.

Työryhmäesitykseni tarkoituksena on esitellä tutkimukseni aihe ja saada ideoita tutkimuskysymysteni tarkentamiseen.

The demise of "freedom to choose"? A study of the politicization of Finnish family policy in the light of election manifestos 2015

Mikael Nygård, Faculty of Education and Welfare Studies, Åbo Akademi University, Finland (mikael.nygard@abo.fi)
Janne Autto, Faculty of Social Sciences, University of Lapland, Finland
Mikko Kuisma, Department of Social Sciences, Oxford Brookes University, United Kingdom
Josefine Nyby, Faculty of Education and Welfare Studies, Åbo Akademi University, Finland

Abstract

The principle of "freedom of choice" has been a corner principle in Finnish family policy since the 1970s. It has not only been central for the system of universally provided public childcare, but also for parents' rights to care for their children at home. However, during the late-2010s the attitude towards child home care has tightened as a result of stronger employment imperatives and crumbling public finances and there has been attempts to reform the system through a cut in its duration, and more lately, through an introduction of a gender quota. Also the universal childcare right has come under siege for economic reasons and will be curtailed for children with a parent on family leave. In this paper we ask how the eight leading political parties in Finland position themselves in relation to the principle of "freedom of choice" within family policy, current reforms, and how they frame these positions. To what extent is there a renegotiation of this principle going on today in Finnish politics? In order to answer these questions we analyzed election manifestos from the 2015 parliamentary campaign. The findings show that the question of 'freedom of choice' was indeed politicized during the campaign, notably in relation to child home care, and to some extent also the parental leave system, creating an ideological divide between conservative and liberal/leftist family values. On the whole, the findings suggest that there is a renegotiation of the 'freedom to choose' principle going on in favour of ideas supporting parental employment promotion and gender equality.

Key words: family policy, freedom of choice, public childcare, child home care, politicisation, election manifesto, Finland

Omaishoidon työntekijöiden haastattelututkimus

Yrjö Mattila yrjo.mattila@kela.fi

Kelan omaishoitotutkimuksen yhtenä osana olevan kunnan omaishoidon työntekijöiden haastatteluilla pyrittiin saamaan tietoa erikokoisten kuntien omaishoidon toteutuksesta. Apuna käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta ja haastatteluja tehtiin 12 kunnassa. Mukana oli sekä suuria että pieniä kuntia sijaiten eri puolilla Suomea.. Haastattelun kohteena olivat pääasiassa omaishoidon ohjaajat ja heidän esimiehensä. Haastattelun tulokset julkistettiin anonyymisti. 12 kunnan haastattelu katsottiin riittäväksi tulosten saamiseksi.

Pääasiallisia tuloksia, joita esitellään tarkemmin työryhmässä:

- kaikissa kahdessatoista kunnassa omaishoitoa pidettiin merkittävänä palvelumuotona, mutta korostettiin myös sitä, että virallisten omaishoitajien määrä on pieni verrattuna epävirallisiin. Omaishoito painottui vanhuksiin ja erityisesti muistisairaat olivat merkittävä ryhmä omaishoidettavista. Hoidettavien kunto ja toimintakyky on yleensä huono.
- Mitään yhtenäistä mittaustapaa omaishoidon tarpeen arvioinnista ollut havaittavissa. Jokainen kunta päätti siitä, millä kriteereillä omaishoitoon päästään sekä miten hoidettavan kuntoa arvioidaan ja mitataan itse valitsemiensa kuntakohtaisten kriteerien ja mittaustapojen pohjalta.
- Hoitopalkkioluokkia oli haastattelukunnissa maksimissaan neljä ja minimissään kaksi. Kuntien omat hoitopalkkioluokat sijoittuivat joko lakisääteisten luokkien väliin tai niiden yläpuolelle niin että kunnalla oli siirtymävaiheen hoitopalkkiota korkeampi erityismaksuluokan hoitopalkkio.
- Yleinen vaikutelma niistä kriteereistä, joita kunnat ovat asettaneet omaishoitosopimuksen saamiseksi on kireys. Kunnat katsovat, että laissa oleva määritelmä *”alentunut toimintakyky, sairaus, vamma tai muu vastaavanlainen syy*” edellyttää yleensä suurta avun ja hoivan tarvetta omaishoitosopimuksen tekemiseksi ja hoitajalta edellytetään merkittävää sitoutumista hoitoon.
- Kuntien taloustilanne ja säästöt vaikuttivat paljon omaishoidon määrärahoihin ja omaishoitajien saamiin palveluihin.
- Kunnat järjestivät sijaishoitopalveluja omaishoitajien vapaapäivien toteuttamiseksi hyvin eri tavoin eikä yhtenäistä käytäntöä ollut havaittavissa.

- Eräiden työntekijöiden mielestä olisi hyödyllistä perustaa *sijaishoitopankkeja,* josta kunta voisi ottaa sijaishoitajia tarvittaessa vapaapäiviä tuuraamaan.
- Työn ja omaishoidon yhteensovituksen mahdollisuudet vaihtelivat kunnittain ja osin kysymys oli myös työnsaantimahdollisuuksista paikkakunnalla kodin ulkopuolella. Työ ja omaishoito on monissa tapauksissa mahdollista yhteen sovittaa, mutta ainakin vaativammissa hoitotilanteissa yhteensovitus onnistuakseen edellyttää myös kunnan panostusta hoitoon.
- Tulevaisuuden osalta katsottiin yksimielisesti kaikissa kunnissa, että omaishoitajien määrä tulee kasvamaan ja omaishoidon merkitys lisääntymään Omaishoito lisääntymään ja kehittymään, jos vain sopivia ja motivoituneita hoitajia löytyy. Palveluita omaishoidon tukemiseksi kuitenkin tarvitaan ja työntekijät pitivät kotihoidon resursseja liian pieninä toivoen lisäpanostusta.
- Rahoituksen osalta työntekijät kannattivat omaishoidon tuen palkkion maksamisen siirtoa valtiolle, mutta järjestelmään liittyvän käytännön työn he halusivat säilyttää kuntatasolla.

Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa. Mitä valitaan ja millä perusteella?

Timo Sinervo, Vesa Syrjä, timo.sinervo@thl.fi

Asiakas on voinut vuoden 2014 alusta valita terveysaseman, jolla häntä hoidetaan. Valinta on voimassa vuoden kerrallaan. Valinnanvapauden lähtökohdat ovat monitahoiset. Yhtenä perusajatuksena on, että asiakas on kuluttaja, joka tekee valintoja omien tarpeidensa perusteella. Toisena perusajatuksena on, että terveysasemat alkavat kilpailla asiakkaista, mikä pakottaa ne tarkastelemaan toimintatapojaan ja parantamaan laatua. Kolmanneksi ajatellaan, että kun asiakas tekee valintoja, hän sitoutuu paremmin hoitoonsa. Neljänneksi pyrkimyksenä on luoda markkinoita yksityiselle palveluntuotannolle.

Toinen kehityssuunta on ollut hoidon integraation parantaminen ja pitkäaikaissairaiden hoitomallien kehittäminen. Niin sanottu terveyshyötymalli lähtee moniammatillisesta yhteistyöstä sekä hoidon koordinoinnista eri ammattilaisten välillä. Pyrkimyksenä on, että asiakkaan käynnit terveysasemalla ovat suunnitelmallisia.

Valinnanvapaus ja hoidon koordinointi eivät välttämättä ole ristiriitaisia kehityssuuntia, mutta mikäli ostetaan pieniä palvelun osia, voi ristiriitoja syntyä. Tässä esityksessä selvitetään johdon ja henkilöstön haastatteluiden pohjalta, mitä asiakkaan käytännössä valitsevat valitessaan terveysaseman, mitä tietoa asiakkaalla on käytössään valintaa varten ja miten asiakkaiden hoidon integrointi ja valinnanvapaus soveltuvat yhteen ja mitä mahdollisia ongelmia valinnanvapaudessa ja hoidon integroinnissa on.

Tutkimus on osa laajempaa Valint-hanketta (Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit – valinnanvapautta ja hoidon integraatiota). Esitys perustuu johdon ja henkilöstön teemahaastatteluihin (N=73) neljässä kunnassa ja 3 yksityisessä palveluntuottajaorganisaatiossa.

Terveysaseman käsite on käytännön toiminnan perusteella varsin epämääräinen. Lain sisältämät määritelmät eivät käytännössä toteudu eivätkä kaikki lain määrittämät terveysaseman palvelut yleensä vaihdu, vaikka asiakas vaihtaakin terveysasemaa (esim. kotisairaanhoito). Osassa terveysasemia on tarjolla erittäin laaja palvelutarjonta (mm. laboratorio, erikoislääkärien ja erikoistuneiden hoitajien palveluita). Toisissa tarjolla on vain lääkärin ja sairaanhoitajan palvelut, muut palvelut on haettava eri kaupunginosasta. Osa on erikoistunut pitkäaikaissairaiden hoitoon. Tietoa terveysaseman valinnan perusteeksi on vähän: jonotilanne historiatietona ja vaihtelevasti tietoja potilastyytyväisyydestä. Kliinisestä laadusta ei ole tietoja. Pitkäaikaissairaille ja monisairaille palveluvalikoiman erilaisuus voi olla este valinnanvapauden suhteen. Samaa palveluvalikoimaa ei välttämättä ole toiselta terveysasemalta saatavissa.

Asumispolun siirtymät: Ikäihmisten kokemuksia muuttamisen seurauksista suhteessa odotuksiin ja tarpeisiin

Paula Vasara, tohtorikoulutettava, yhteiskuntatieteen ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto
paula.vasara@jyu.fi

Hyvinvointivaltio osaltaan pyrkii turvaamaan kansalaisten mahdollisuutta elää hyväksi kokemaansa elämää. Asumisjärjestelyt muodostavat omanlaisensa kehyksen, joka osaltaan määrittää koettuja vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia asumis- ja elämänpolulla. Suomalaisessa asumis- ja hoivapolitiikassa korostetaan ikääntyneen mahdollisuutta jatkaa asumistaan nykyisessä kodissaan ja saada sinne tarvitsemansa palvelut. Mutta julkiset hoivapalvelut kohdentuvat yhä tarkemmin niitä

eniten tarvitseville ja epäviralliseen hoivaan nojaudutaan yhä vahvemmin. Keskusteluun onkin noussut yhä vahvempana vaade iäkkään omasta vastuusta ennakoida elämäntilannettaan sekä tehdä tarvittavia asumiseen ja hoivaan liittyviä järjestelyjä.

Suomalaiselle asumiselle on ollut tyypillistä tavoitella omistus- ja erityisesti omakotitaloasumista. Myöhemmässä elämänvaiheessa terveyden, toimintakyvyn ja muiden elämänvaiheiden muutosten seurauksena muutetaan tavanomaisesti helpommin ylläpidettävään asumismuotoon lähemmäs palveluita, mikä esitetään usein mahdollisuutena jatkaa itsenäistä ja totuttua elämäntapaa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin tarkastella sitä, miten iäkkäät itse kokevat asumisjärjestelyjen muutosten vaikuttaneen heidän kokemukseensa mahdollisuudesta elää subjektiivisesti hyväksi koettua elämää. Missä määrin muuttaminen nähdään vapaaehtoisena valintana, välttämättömänä sopeutumisena tai pakotettuna vaihtoehdottomuutena?

Aineistona tässä tutkimuksessa on *MOVAGE Muuttaminen ja vanhuus: Asumisen ja hoivan siirtymiä* -tutkimushankkeessa kerättyjä ikäihmisten haastatteluja. Narratiivisen analyysin keinoin tarkastellaan sitä, mitä nämä yli 75-vuotiaat keskisuomalaiset kertoivat lähivuosina (1–5 vuotta sitten) tapahtuneesta muutostaan ja asumiskokemuksestaan nyt uudessa paikassa. Erityisesti kiinnostus kohdistuu siihen, miten he kokivat muuttamisen vastanneen heidän odotuksiinsa ja tarpeisiinsa: minkä he olivat ajatelleet ja toivoneet muuttuvan ja miten näiden odotusten koettiin konkreettisesti täyttyneen muuton jälkeen. Lisäksi tarkastellaan sitä, millaisia mahdollisesti tarkoittamattomia ja ennakoimattomia, niin positiivisia kuin negatiivisia, seurauksia muutolla kerrottiin olevan niin osallisuuden, terveyden kuin turvallisuuden tunteen kannalta.

Tarpeet ja halut hoivapalveluissa

Soili Vento VTM, KTM Laurea-ammattikorkeakoulu soili.vento@laurea.fi

Esityksessä tarkastellaan valmisteilla olevaan väitöskirjaan pohjautuen tarpeita ja haluja hoivapalveluissa. Yhteiskuntapolitiikassa tarpeilla voidaan perustella yhteiskunnallisia muutoksia ja palveluiden uudelleen järjestämistä. Halua pidetään tarvetta subjektiivisempana ominaisuutena, jolloin sen parhaimpana määrittelijänä on ihminen itse. Tarvetta pidetään halua objektiivisempana siinä mielessä, että ihmisen voidaan havaita tarvitsevan jotakin, vaikka hän itse ei asiaa välttämättä

tiedostaisikaan. Tarpeen tyydyttämiseen liitetään välttämättömyys, kun taas halu liittyy yksilön preferensseihin ja valintoihin, jolloin ihminen kokee tarvitsevansa sitä mitä haluaa.

Julkisten palvelujen tuottamisen on katsottu lähtevän tarpeista, jolloin tarpeet ovat sekä palvelun saajan että palvelun tuottajan määrittelemiä. Yksityisessä palvelun tuotannossa lähtökohtana on tarjota asiakkaiden haluamia palveluja, jolloin tuottamisen logiikka on myös erilainen. Valinnanvapauden lisääminen mahdollistaa asiakkaalle valita haluamansa palvelun tuottaja. Valinnanvapautta edistetään yksityisen hoidon tuella, kotityön verovähennysoikeudella sekä palvelusetelin avulla. Myös uuden terveydenhuoltolain perusteella asiakkaalla on mahdollisuus valita mieluinen terveyskeskus ja hoitava lääkäri sekä sairaala. Samaan aikaan kun asiakkaiden valinnan vapautta on lisätty julkisissa palveluissa, on tarveharkinta lisääntynyt monissa palveluissa, kuten kotihoidossa. Tarveharkinnassa on kyse siitä, mitkä tarpeet ovat moraalisesti relevantteja ja luovat asiakkaalle oikeuden vaatia niiden tyydyttämistä.

Valinnanvapauden toteutuminen edellyttää todellisia vaihtoehtoja hoivamarkkinoilla, jolloin palvelutarjonnassa on ylikapasiteettia. Markkinoilla ei tyydytetä pelkästään tarpeita, vaan siellä myös luodaan uusia tarpeita. Hoivan tuotteistumisessa (commodification) tarpeiden ja halujen tyydyttäminen muuttuu vaihdon välineeksi. Asiakkaan valitessa itse palvelun tuottajansa, omaksuu hän samalla kuluttajan roolin. Valinnanvapautta onkin kritisoitu siitä, että hoivan tarvitsijoilla ei ole resursseja palvelun tuottajien vertailemiselle, eikä hoivan kustannusten laskemiselle.

Vanhushoivan markkinoistamisen taustalla olevat ideat

Minna Zechner, YTT, yliopettaja Seinäjoen ammattikorkeakoulu, minna.zechner@seamk.fi

Vanhushoivan markkinoistaminen, markkinoiden ja yritysmaailman periaatteiden, toimintatapojen ja käytäntöjen tuominen osaksi vanhuspalvelujen tuottamista on laajasti hyvinvointivaltioihin levinnyt toimintatapa. Sosiaalipalveluiden markkinoistamista on tutkittu paljon, varsinkin institutionaalisista lähtökohdista esimerkiksi tarkastelemalla miten eri toimijoiden intressit näkyvät politiikkamuotoiluissa, tai millaisia vaikutuksia markkinoistamisen keinoilla on erilaisissa

yhteiskunnissa. Markkinoistamisen taustalla olevien ideoita ja niiden diskursiivista muotoilua ja kehystämistä sen sijaan on tutkittu vähän.

Tässä esityksessä tarkastelun kohteena on kolmen eri maan vanhushoivapalveluiden markkinoistamisen mekanismit ja erityisesti se, miten markkinoistaminen on saatu sovitettua erilaisiin hoivapolitiikan konteksteihin. Kaksi maata, Suomi ja Tanska, edustavat julkisvetoista vanhushoivapolitiikan mallia ja kolmas maa, Italia perheen vastuuta korostavaa mallia.

Kustakin maasta tarkastellaan yhtä markkinoistamisen instrumenttia, Suomessa ja Tanskassa palveluseteleitä ja Italiassa harmaiden hoivamarkkinoiden syntyä tukevaa rahamuotoista hoivaetuutta. Tutkimus on toteutettu poimimalla keskeisiä virallisia dokumentteja, kuten hallituksen esityksiä ja ministeriöiden selvityksiä, joissa muotoillaan instrumenttien käyttöönoton perusteita. Italian osalta on käytössä myös sanomalehtiaineisto, sillä markkinoistamisen prosessi on tapahtunut pääosin ilman sosiaalipolitiikan muutosta. Vanhushoivapalveluiden keskeisenä myönteisenä puolena nostetaan usein esiin valinnan vapaus ja tarve valinnan vapaudelle perustellaan Suomessa ja Tanskassa pääosin julkisten palveluiden jäykkyydellä. Italiassa valinnan vapaus ei nouse yhtä vahvasti keskustelun kohteeksi, sillä se voisi vaarantaa perheen vastuuta painottavan diskurssin. Tutkimus nostaa esiin myös markkinoistamista puoltavien diskurssien vaiettuja puolia, kuten markkinoistamisen käytännölliset vaikutukset omaishoitajille ja hoivatyöntekijöille.