

**EHKÄISEVÄ VANHUSTYÖ JA KUNNALLINEN
PÄÄTÖKSENTEKO**
Tapauskohteena ikääntyneiden neuvontapalvelu

Hannele Mäkelä
Pro gradu -tutkielma
Terveystieteiden
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja terveysjohtamisen
laitos
Huhtikuu 2011

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveyshallintotiede

MÄKELÄ HANNELE: Ehkäisevä vanhustyö ja kunnallinen päätöksenteko.
Tapauskohteena ikääntyneiden neuvontapalvelu

Opinnäytetutkielma, 101 sivua, 4 liitettä (4 sivua)

Ohjaajat: FT Minna Kaarakainen, YTT TtL Sari Rissanen

Huhtikuu 2011

Avainsanat: ikääntyneet, vanhuspolitiikka, julkinen hallinto, päätöksenteko, ennaltaehkäisy, asiantuntijapalvelut, sosiaali- ja terveyspalvelut

Tutkimuksen aiheena ovat ikääntyneiden ehkäisevät neuvontapalvelut ja kunnallinen päätöksenteko niiden taustalla. Tarkastelun keskiössä on ikääntyneiden neuvontapalvelun käynnistämisen ja jatkuvuuden perusteena oleva päätöksenteko kunnissa. Tavoitteena on kuvata neuvontapalvelun käynnistämisen taustoja, perusteluja ja palvelun tavoitteita eri kunnissa ja selvittää minkälainen palvelu ikääntyneiden neuvontapalvelu on. Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa neuvontapalvelujen järjestämisestä kuntien strategisen suunnittelun ja päätöksenteon tueksi.

Tämä on laadullinen terveyshallinnollinen tutkimus, jonka tarkoitus on tuottaa terveystieteellistä käytännön tietoa ehkäisevien vanhushpalvelujen tuottamisesta. Tutkimusmenetelmänä on tekstiaineiston sisällön analyysi ja analyysin kohteena on kyselyaineisto ja haastatteluaineisto. Kyselyaineistona ovat Stakesin kesällä 2008 tekemän kuntapäätäjäkyselyn vastausten avoimet osiot. Haastatteluaineisto koostuu valittujen neljän kunnan vanhushpalveluista tai neuvontapalveluista vastaavien viranhaltijoiden haastatteluista kevät-kesällä 2010.

Kuntapäätäjäkyselyn perusteella ikääntyneille suunnatun neuvontapalvelun tuottamisessa korostui moninaisuus sekä suunnittelussa, organisoinnissa että tuottamistavassa. Yleisesti neuvontapalvelu oli suunnattu koko eläkeläisväestölle. Sekä palvelun sisällössä että toiminnassa pyrittiin monipuolisuuteen. Vaikka neuvontapalvelujen hyötyjä oli nähtävissä ja jatkuvuutta pidettiin tärkeänä, ilmeni varovaisuutta tulevaisuuden suunnitelmien ja rahoituksen jatkuvuuden suhteen.

Tutkimuksen haastatteluaineiston mukaan ikääntyneiden neuvontapalvelun käynnistämisen päätös saattoi perustua joko yksittäiseen aloitteeseen tai pitkäjänteiseen työryhmätyöskentelyyn. Laaja-alainen valmistelu lisäsi ymmärrystä ikäihmisten tarpeista. Tieto kunnallisten päätösten ja toimenpiteiden vaikutuksista ikääntyneen väestön hyvinvointiin ja itsenäiseen selviytymiseen parantaa päätöksentekoa. Kuntapäätäjien tuntuu olevan vaikea ymmärtää ehkäisevän työn perusteluja, joten tarvitaan lisää vuorovaikutusta ja verkostomaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Ikääntyvien kuntalaisten mukaan palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä tukee kestävä kehitys. Ehkäisevät palvelut, kuten lähipalveluna tuotettu käytännön tietoa tarjoava iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu, voisivat olla ratkaisu kuntien kiristyvälle taloudelle. Kunnallisessa päätöksenteossa tulee tunnistaa ikäihmisten kohtaamat ongelmat viranomaispalveluissa ja palvelujärjestelmän katvealueet.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies
Department of Social and Health Management, Health Management Science

MÄKELÄ HANNELE: Preventive Care for the Elderly and Municipal Decision-Making. Case Advice Service for the Elderly.

Master's thesis, 101 pages, 4 appendices (4 pages)

Advisors: Minna Kaarakainen Ph.D., Sari Rissanen S.Sc.D., Lic.Sc. (Health Care)

April 2011

Keywords: the elderly, policy of ageing on the elderly, public administration, decision-making, preventive work, expert services, social- and healthcare services

This research is about preventive advice services for the elderly and the municipal decision-making in behind. The study focuses on the decision-making of local authorities which aims at implementing and continuing advice services for the elderly. The subject of this study is to analyse the policy context of the implementation, argumentation and target setting of the advice service, and finally to describe what kind of service the service in question is. The purpose of the study is to provide more information on the subject to help local authorities in their strategic planning and decision-making.

This qualitative study aims at providing health scientific practical information on producing preventive services for the elderly. The methodology used in this study is content analysis and the material consists of survey data and interviews. The survey data comprises open answers of municipal authorities collected by Stakes in summer 2008 concerning preventive services. The persons interviewed here are managers and professionals in charge of the advice services for the elderly in four municipalities, and the interviews were collected from spring to summer 2010.

The results of Stakes' survey show that there is a great variety in planning, organising, targeting and content of the provision of advice services for the elderly in each municipality. Versatility was pursued both in the service content and operations. Although advice service was considered beneficial and its continuity seen as important, there appeared to be prudence within the authorities as regards future planning and obtaining steady funding for the service.

The data of this study indicate that the decisions for implementing advice services for the elderly originated either from individual suggestions or long-term co-operation with teams that include senior people. The more information the authorities receive concerning the effects of their decisions on the well-being and independency of the elderly, the easier their decision-making becomes. It seemed to be a bit difficult for the local authorities to understand the grounds for preventive work, so therefore it is essential to increase interaction and promote regional networking within all local operators. A locally established advice service that provides general information as well as other preventive services could be a solution for municipalities with economic pressure. In their actual decision-making municipalities should recognise the difficulties the elderly are confronted with in official issues and gaps in admittance to services.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
1.1 Tutkimuksen taustaa	5
1.2 Ikääntyvä asiakas viitekehyksessä.....	10
1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät.....	13
2 EHKÄISEVÄ TYÖ JA VANHUSPOLITIikka	18
2.1 Ehkäisy vanhuspalveluissa	18
2.2 Ehkäisevän vanhuspolitiikan linjaukset	23
2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvonta	27
2.3.1 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontavastuu	27
2.3.2 Ehkäisy neuvonnan käytäntönä	29
2.3.3 Ikääntyvien ihmisten neuvonta	31
2.4 Ehkäisevän vanhustyön tutkimus.....	35
2.5 Ehkäisevän vanhustyön vaikuttavuus.....	40
3 KUNNALLINEN PÄÄTÖKSENTEKO.....	43
3.1 Päätöksenteon erilaisia malleja ja julkinen toiminta.....	46
3.2 Päätöksenteon haasteet ikääntyvän yhteiskunnan kannalta	50
3.2.1 Valtion ohjauksesta kunnan strategiatyöhön.....	50
3.2.2 Kunnan päätöksentekoympäristö	53
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	59
4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat.....	59
4.2 Kysely ikäihmisten ehkäisevistä palveluista	61
4.3 Teemahaastattelut	62
5 TULOKSET	64
5.1 Neuvontapalvelujen toteutus kuntapäätäjäkyselyn perusteella	64
5.1.1 Neuvontapalvelun organisoituminen	64
5.1.2 Neuvontapalvelun sisältö	66
5.1.3 Neuvontapalvelun kehittäminen ja tulevaisuus	67
5.1.4 Yhteenveto neuvontapalveluiden toteuttamisesta	69
5.2 Neuvontapalvelut kuntien päätöksenteossa.....	71
5.2.1 Neuvontapalvelun päätöksenteon valmistelu	72
5.2.2 Päätöksenteko neuvontapalvelun käynnistämisessä	74
5.2.3 Yhteenveto päätöksentekoprosessista.....	75
5.3 Ikääntyneiden yleisen neuvontapalvelun kuvaus.....	76

5.3.1 Yleisen neuvontapalvelun tavoitteet ja tehtävät	76
5.3.2 Yleisen neuvontapalvelun voimavarat ja toimintaympäristö	78
5.3.3 Yleisen neuvontapalvelun organisointi ja suunnittelu	79
5.3.4 Yhteenveto yleisen neuvontapalvelun toiminnasta.....	81
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	84
6.1 Tulosten tarkastelu ja päätelmät	84
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	97
6.3 Jatkotutkimusaiheet.....	98
6.4 Pohdinta	99
LÄHTEET	102

TAULUKOT, KUVIOT JA LIITTEET

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Ehkäisevien kotikäyntien ja ikääntyneiden neuvontapalvelujen vertailu

TAULUKKO 2. Keskeisimpiä ennaltaehkäisevää vanhuspolitiikkaa koskevia valtakunnallisia linjauksia vuodesta 2000 alkaen

TAULUKKO 3. Ehkäisevien palvelujen ja interventioiden kuvauksia ja ehkäisyyn liittyvät maininnat tuloksissa

TAULUKKO 4. Kuntatutkimuksia päätöksenteon näkökulmasta

KUVIOT

KUVIO 1. Palvelujärjestelmä iäkkään asiakkaan silmin (STM 2008c, 19)

KUVIO 2. Kunnallisen päätöksenteon ulottuvuudet uuden palvelun käynnistämisessä

KUVIO 3. Kunnan tai kuntien ikääntymispoliittinen strategia (STM 2008c)

LIITTEET

Liite 1: Aineiston käyttösopimus

Liite 2: Haastattelusopimus

Liite 3: Teemahaastattelurunko

Liite 4: Ikääntyneiden neuvontapalvelut kuntien strategia-asiakirjoissa

1 JOHDANTO

Kunnat ovat joutuneet uusien haasteiden eteen väestön ikääntyessä ja työvoiman vähetessä. Valtion vanhuspoliittisena tavoitteena on tukea ikääntyneiden kansalaisten oikeutta asua kotonaan niin kauan kuin se on palvelujen turvin mahdollista (STM 2008a, 2008b). Kuntiin on viime vuosina perustettu ehkäiseviä toimintamalleja ikääntyvien terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen selviytymisen edistämiseksi ja vastaamaan ikäihmisten palvelutarpeisiin. Ehkäisevien palvelujen jatkuvuus ja sijoittuminen kunnan muuhun palvelukenttään on kuitenkin selkiytymätöntä (Seppänen, Heinola ja Andersson. 2009, 7). Kansallisesti ja kansainvälisesti on tutkittu yksilötason terveyttä ja hyvinvointia edistävän neuvonnan vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta erilaisten interventiodien muodossa, kuten ravitsemukseen, liikuntaan ja tupakoinnin vähentämiseen liittyen (esim. Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen ja Aromaa 2008). Ikääntyneille suunnatuista ehkäisevistä neuvontapalveluista on toistaiseksi vähän tietoa, koska valtakunnallinen systemaattinen seurantatieto puuttuu. Jatkossa kuntien haasteeksi tulee lähipalveluna järjestettyjen neuvontapalvelujen tuottaminen kunnan omana tai laajempaan väestöpohjaan kohdistuvana ratkaisuna. (Heinola, Finne-Soveri, Noro, Kauppinen, Koskinen, Martelin ja Sainio 2010, 36; Seppänen ym. 2009, 13.)

Keskeistä väestön ikääntymiseen liittyvän neuvonnan ja ohjaamisen kehittämisessä on palvelujen matalan kynnyksen eli saatavuuden sekä toiminnan sisällön ja rakenteen eli kattavuuden varmistaminen valtakunnallisesti (STM 2008c, 15). Vastatakseen kehittämishaasteisiin sosiaali- ja terveysministeriön maaliskuussa 2008 asettama Ikäneuvo-työryhmä on valmistellut ehdotukset valtakunnallisen neuvonta- ja palvelukeskusverkoston toimeenpanemiseksi. Työryhmän selvityksen ehdotuksissa kunnille korostuvat hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden yhdenvertaisuus, saatavuus, maksuttomuus ja vaikuttavuuden seuranta. Ikäihmisille suunnattujen neuvontapalvelujen sisältönä on hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin ja sosiaaliturvaan liittyvää tietoa sekä yksilöille ja ryhmille annettava neuvontaa ja ohjaus. Työryhmän esityksen mukaan uusien palveluiden edellyttämät palvelurakenteen muutokset tulisi ottaa huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon lakiuudistuksissa ja kuntien valtionosuuksien lisäyksinä. (STM 2009a.)

Valtionhallinto on sekä vuoden 2011 toukokuussa voimaantulevassa terveydenhuoltolaissa että valmisteilla olevalla sosiaalihuollon lainsäädäntöuudistuksella tavoittelemassa entistä yhtenäisempää linjaa sosiaali- ja terveyspalvelujen normiohjaukseen. Uuden sosiaalihuoltolain tavoitteena on kattaa sekä edistävät, ehkäisevät että korjaavat toimet. Palvelun käyttäjän kannalta tavoitellaan palveluiden ja tukitoimien yhtenäistämistä, vastuiden tarkentamista sekä riittävää ohjausta ja neuvontaa palveluihin. (STM 2010a, 53.) Terveys- ja hyvinvointilain esityksessä korostetaan kaikkien yhteiskuntapoliittisten toimijoiden vastuuta väestön hyvinvoinnista. Lain periaatteena on, että terveys- ja hyvinvointinäkökulma olisi voimassa kaikessa kunnallisessa päätöksenteossa ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen olisi osa kunnan strategista palvelujärjestelmää. Myös ikääntyneiden neuvontapalvelun järjestäminen tulee laissa määritellyksi. (HE 90/2010.)

Kuntien on ollut mahdollista toteuttaa nk. ehkäiseviä palveluja ikäihmisten arjen tueksi paikallisista olosuhteista ja tarpeista lähtien. Kansalaisten hyvinvointia voidaan edistää erilaisilla ehkäisevillä palveluilla osana kunnan palvelustrategiaa. (Godfrey 2001.) Kuntien päättäjien avuksi tarvitaan uutta tietoa heidän tehdessään vaikeita päätöksiä niukkojen resurssien jaosta. Päätöksentekoa voidaan tukea tuomalla päivänvaloon kunnissa kokeiltuja erilaisia ratkaisuja ja toteutuksia. Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa kuntien päätöksenteosta ja strategisista valinnoista ikäihmisille suunnattuja neuvontapalveluja käynnistettäessä sekä selvittää, millä perusteilla ja tavoitteilla neuvontaa tarjotaan. Tutkimusaineiston pohjalta on tarkoitus luoda tarkempi kuvaus iäkkäiden yleisestä neuvontapalvelusta, esimerkkinä laajemmin sovellettavasta palvelusta. Palvelun lopullinen muoto rakentuu aina paikallisille tarpeille ja alueellisista lähtökohdista.

Olen itse saanut olla mukana alusta lähtien käynnistämässä Seniori-info –palvelua Kirkkonummen kunnassa. Käytännön työssä vahvistui omakohtainen kiinnostus uusien ehkäisevien vanhuspalveluiden käynnistymiseen kunnissa ja niiden taustalla olevaan päätöksentekoon. Näyttääkö siltä, että kuntien virka- ja luottamusmiehet, päätöksentekokoneistot ja –prosessit sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat valmiita uudenlaiseen palveluajatteluun? Onnistuuko resurssien kohdentaminen korjaavien palvelujen sijasta uusiin ehkäiseviin palveluihin? Perustuuko ehkäisevän palvelutoiminnan käynnistäminen virkamiestyöhön, syntyykö päätös poliittisen

luottamuselimen aloitteesta vai onko taustalla joku muu syy? Näihin kysymyksiin tulen pureutumaan tässä työssä.

1.1 Tutkimuksen taustaa

Väestö ikääntyy Suomessa lähivuosina nopeasti ja etenkin ikärakenteen ja huoltosuhteen muutos on julkiselle taloudelle ja päätöksenteolle suuri haaste. Yli 65-vuotiaita arvioidaan olevan 27 prosenttia koko väestöstä vuoteen 2040 mennessä, kun se nykyisin on 17 prosenttia. Vuoteen 2060 mennessä eläkeikäisten osuuden arvioidaan olevan jo kaksinkertainen ja yli 85-vuotiaiden kolminkertainen nykyiseen verrattuna. Väestöllisen huoltosuhteen, joka vuonna 2008 oli 50,3 ennustetaan olevan 60,4 vuoteen 2016 mennessä ja olevan vuonna 2026 jo 70,5. (Tilastokeskuksen väestöennuste 2011.) Virallisen hoidon eli kotihoidon, palveluasumisen tai laitoshoidon ulkopuolella olevien määrä on kuntakoosta riippuen keskimäärin 63-70 % yli 75-vuotiaista kuntalaisista (Kaarainen ja Niiranen 2010, 75). Viime vuosikymmeninä eläkeikäisten kuolleisuus on pienentynyt ja elinajanodote noussut; ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä naisten elinajanodote nousisi 84,6 vuoteen ja miesten 79,5 vuoteen. (Martelin, Sainio ja Koskinen 2004, 118-119.) Samanaikainen eliniän piteneminen, huoltosuhteen muutos ja alueelliset erot väestörakenteessa ovat haasteena hyvinvointipalvelujen saatavuuden ja laadun tasa-arvoiselle turvaamiselle asuinkunnasta riippumatta. (Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall 2002, 114-115; STM 2008d, 11.)

Ikääntyminen voidaan nähdä sairauksien ja toimintakyvyn laskun aiheuttamina menetyksinä tai myönteisesti yksilön laajana kokemuksena, lisääntyneinä vapautena ja vahvuuksina sekä yhteiskunnan voimavarana. Noin kolmannes yli 66-vuotiaista kokee vanhenemisen myös kielteisenä; monelle elämisen vaikeudet kasaantuvat ja syrjäytymistä kohdataan monella elämänalueella. Silloin, kun vanheneminen muodostuu sosiaalisesti ongelmaksi, tarvitaan erilaisia yhteiskunnallisia korjaavia toimenpiteitä. Vaikka yhteiskunnan tasolla saavutettu pidentynyt elinikä ja vanhuus on tavoiteltu tila, sen seurauksena on lisääntynyt myöhäisemmän iän palveluiden ja tuen tarve. Pysyvän avun tarve alkaa keskimäärin 75-80 ikävuoden kohdalla. (Koskinen 2004, 1-2; Vaarama 2004, 133.)

Kansalaisbarometri 2009 mittaa kansalaisten kokemuksia hyvinvoinnista, palveluista ja osallistumismahdollisuuksista yhteiskunnassa. Tavoitteena on nostaa kansalaisten näkemykset keskiöön ja välittää tiedot julkisen päätöksenteon tueksi. Vaikka kolme neljästä täysi-ikäisestä suomalaisesta piti hyvinvointiaan hyvänä tai melko hyvänä, enimmin hyvinvoinnin puutteita työttömien lisäksi ilmoittivat eläkeläiset. Heillä siihen liittyi usein heikko fyysinen terveys, mikä yhdistettynä yksinäisyyteen ja toimeentulovaikeuksiin heikentää koettua hyvinvointia merkittävästi. Kyselyyn osallistuvat toivoivat, että taloudellisia resursseja kohdistetaan hyvin toimiviin universaaleihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Lisää huomiota kaivattiin etsivään ja ehkäisevään työhön, joka keskittyisi terveyden lisäksi elämänlaatuun ja elämänhallinnan edellytyksiin. Selvityksen mukaan yli puolet avun tarpeessa olevista kotitalouksista koki vaikeuksia avun saamisessa ja etenkin moniongelmaisten oli vaikea joko hakea tai saada tarvittavaa apua. Koska kynnyks avun hakemiseen on korkea, on haasteena varhaisen tuen muotojen ja matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen. (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Särkelä ja Londén 2009, 7-9, 11-12; STM 2008c, 15-16.)

Terveyspolitiikan tavoitteena on toimintakykyisten elinvuosien määrän ja elämänlaadun lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveiden edistämiseen tähdätään erilaisilla politiikkatason toimilla, mutta myös erilaisilla terveyden riskitekijöitä ehkäisevillä hankkeilla (Virtanen ja Tonttila 2005, 26-28). Samalla kun eliniän odote on noussut, myös ikääntyneiden toimintarajoitteiset vuodet ovat lisääntyneet. Väestöryhmien väliset sosioekonomiset erot ovat edelleen olemassa ja jopa kasvamassa. Varsinaisia ikäihmisille suunnattuja palveluja ei toistaiseksi ole turvattu lainsäädännöllä vaan vanhuspalvelut suunnitellaan kuntakohtaisesti, siten että politiikkaohjelmien suositusten mukaiset määrälliset, laadulliset ja eettiset tavoitteet täyttyvät. Terveiden edistämisen käsite ikäihmisten palveluissa ei ole niin yleinen kuin esimerkiksi lasten, nuorten ja työikäisten kohdalla. (Helin 2002, 39-; Kröger 2009, 102-103; STM 2008e, liite 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008a, 9-10) kunnille suositukset ikääntymispoliittista strategiaa varten. Niissä lähtökohtana on ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä ehkäisevät palvelut. Meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos Paras-hanke tuo muutoksia ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Tavoitteena on parantaa palvelujen laatua ja

vaikuttavuutta huomioiden ikääntymispolitiikalle asetetut valtakunnalliset tavoitteet ja uusi tutkimustieto. Suositus korostaa vuorovaikutusta eri toimijoiden välillä sekä ikäihmisten ja heidän omaistensa omaa osallisuutta ja ikääntyneen väestönosan kattavaa palvelutarpeen arviointia palvelujärjestelmän kehittämisen perustana. Kunta voi tuottaa lähipalveluihin kuuluvat väestön terveyttä ja hyvinvointia tukevat ehkäisevät palvelut itse tai yhteistyössä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. (STM 2008a, 16-17.)

Kuntaliitto on Sirkka Rousun (2007) johdolla esittänyt Paras-hankkeeseen perustuen sosiaali- ja terveystalouden elinkaarimallin puitelain kohtien §5, 6 ja 7 mukaisesti. Elämänkaarimallin kolme tavoitetta ovat:

- kuntalais- ja asiakaslähtöisempi palvelutoiminta
- toimijoiden yhteistyö, jolla parannetaan palvelutoiminnan vaikuttavuutta
- päätöksenteko, johtaminen ja ohjaus kokonaisvaltaisten palveluprosessien mukaisesti.

Palvelut jaetaan lähipalveluihin ja seudullisiin sekä alueellisiin palveluihin. Lähipalveluiden eli kunnan tai yhteistoiminta-alueen (vähintään 20 000 asukasta) vastuulla olevien palvelujen kriteereitä voidaan kiteyttää seuraavasti: maantieteellinen ja ajallinen saavutettavuus, aisti- ja kommunikaatioesteettömyys, matalan kynnyksen ensikontakti ja/tai nopea puuttuminen, laaja asiakaspohja, päivittäinen tai jatkuva käyttö. Kuntayhtymän vastuulla olevia seudullisia eli laajaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja määrittävät riittävä asiakaspohja sekä logistisesti ja toiminnallisesti tarkoituksenmukainen toteutus. (Rousu 2007; ks. myös Baltes ja Smith 2003.)

Kunnille on valtiovallan taholta annettu vastuu huolehtia väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä vuoteen 2012 ulottuvassa määräaikaisessa laissa kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007) (ks. myös. STM 2001, STM 2008a). Se tulee normatiivisesti tarkentumaan uudessa terveydenhuoltolaissa (HE 90/2010) ja sosiaalihuoltolaissa. Kunnat joutuvat jatkuvasti tasapainottelemaan palvelujen tuottamisessa sosiaali- ja terveystalouden kasvun ja valtion taholta asetetun järjestämisvastuun kanssa. Tiukka taloudellinen tilanne pakottaa kunnat tekemään valintoja ja priorisoimaan palveluiden tuottamisessa ja tällöin väestön hyvinvointia ja toimintakykyä edistävät ehkäisevät palvelut eivät pärjää kilpailussa. Päätöksenteon ja palveluiden kehittämisen avuksi tarvitaan tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, optimaalisista palvelurakenteista, palvelujen järjestämistavoista, hyvistä käytännöistä,

uusista työvälineistä ja menetelmistä, uudenlaisten käytäntöjen edellyttämästä johtamisesta sekä osaamisen tarpeista ja koulutuksesta. (Poikajärvi ja Perttilä 2006, 19.)

Kuntien johtajien ja luottamushenkilöiden asenteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen arviointiin on selvitetty kyselyn perusteella. Tulosten mukaan suurimmassa osassa kunnista ei ole väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi selviä toiminnallisia tavoitteita eikä systemaattista hyvinvointitavoitteiden seuranta tai arviointia. Runsaassa puolessa kunnista ei ole koskaan käytetty ennakoarviointia lautakuntien päätösten valmistelussa. Enemmistö päättäjistä kaipasi terveystoimelta lausuntoja valmistelussa olevien päätösten terveysvaikutuksista. (Poikajärvi ja Perttilä 2006, 16, 21-22.) Voidaankin olettaa, että kuntien suunnittelu ja päätöksenteko perustuvat valtakunnalliseen terveystietoon, vaikka selvitysten perusteella tiedetään alueellisten erojen olevan merkittävät. Vain osassa kuntia seurattiin systemaattisesti väestön terveydentilan muutoksia ja vielä harvemmassa seurattiin väestöryhmien välisten terveyserojen kehittymistä tai kansanterveystoimien vaikuttavuutta (mt. 29). Vaikka monen kunnan alueella oli maakunnallinen tai seudullinen hyvinvointistrategia tai terveyden ja/tai hyvinvoinnin edistämisen ohjelma, toteutunutta toimintaa ja sen vaikutuksia arvioivaa hyvinvointikertomusta oli tehty vain muutamissa kunnissa. Hyvinvointijohtamiseen ilmoitettiin tarvittavan ulkopuolista asiantuntija-apua. Seutuyhteistyöstä toivottiin helpotusta palveluiden järjestämisessä. (mt. 32-33.)

Uusi valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki (HE 90/2010) ottaa voimakkaasti kantaa kunnan vastuisiin väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Tavoitteena on, että terveys- ja hyvinvointinäkökohdat otettaisiin huomioon kaikessa päätöksenteossa ja terveyden edistäminen osana kunnan johtamisjärjestelmää olisi yksi toiminnan painopistealueista. Ehkäisevää työtä tulisi tehdä kaikkien toimijoiden yhteistyönä yhteiskuntapolitiikan eri keinoin. Tavoitteena on systemaattiseen toiminnan ja väestön hyvinvoinnin arviointiin perustuva seuranta ja ennakoiva toiminta. Jo aiemmin kunnan vastuulla oleva ikääntyneiden neuvonta on täsmennetty uuden lain §20:ssä. Esityksen mukaan:

”Neuvontapalvelut sisältäisivät hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin ja sosiaaliturvaan liittyvää tiedotusta sekä yksilöille ja ryhmille annettavaa neuvontaa ja ohjausta. Neuvontapalvelut olisi tarkoituksenmukaista järjestää lähipalveluina, jotta ne olisivat mahdollisimman helposti

iäkkäiden kuntalaisten saatavilla. Palveluja voitaisiin antaa matalan kynnyksen toimipaikoissa ja asiakkaiden luo liikkuvien palvelujen lisäksi myös puhelimitse, verkkopalveluina sekä teknologian avulla. Iäkkäille olisi aina turvattu mahdollisuus saada myös henkilökohtaista neuvontaa.”

Vaikka suhteellinen sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve vähenee yleisesti parantuneen hyvinvoinnin ja parantuneiden elämäntapojen myötä, absoluuttinen palveluiden tarve todennäköisesti kasvaa. Iäkkäiden kansalaisten toimintakyvyn paranemiseen ovat edellä mainitun lisäksi vaikuttaneet toimintakykyä heikentävien sairauksien väheneminen ja hoitojen kehittyminen. Vanhimpien ikäryhmien liikkumiskyky ja itsestä huolehtimiseen liittyvistä perustoiminnoista suoriutuminen ei kuitenkaan ole parantunut, voidaan jopa huomata niiden heikentymistä. Koska Suomessa kaikkein iäkkäimpien määrä kasvaa nopeasti, riittävät palvelut on pystyttävä turvaamaan. Jos toimintakyvyn kehittyminen jatkuu edellisten vuosikymmenten tasolla, voi toimintarajoitteisten ikääntyneiden määrä tutkijoiden arvion mukaan kaksinkertaistua vuoteen 2040 mennessä verrattuna vuoteen 2000. (Sulander 2005, 66-68; Heinola ym. 2010, 42-43.) Suomessa tapahtuvat poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset ja ekologiset muutokset vaikuttavat siihen, miten ihmiset vanhenevat ja minkälaisia palveluja he tulevat tarvitsemaan. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tehtävänä on korjata sosioekonomisten terveyserojen synnyttämät seuraukset. Palvelujen saatavuus monimuotoisessa palvelujärjestelmässä tulee sosiaali- ja terveydenhuollossa taata seudullisella yhden luukun periaatteella. Palveluissa ja hoidoissa tulisi keskittyä eniten vaikuttaviin. (STM2008a.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitetään ja kokeillaan usein projektirahoituksella ja hankkeilla. Hyvien käytäntöjen toivotaan leviävän laajempaan käyttöön, josta käytännössä vastaavat usein järjestöt. Vaikka hankkeilla ei usein saada kehitettyä uusia vakiintuneita toimintamalleja, ne toisaalta lisäävät osaamista ja niiden hyödyt näkyvät nimenomaan paikallisesti. (Virtanen ja Tonttila 2005, 50; Kallinen-Kräkin 2008.) Myös järjestöihin kohdistuu tänä päivänä voimakkaita taloudellisia ja ideologisia muospaineita julkisten palvelujen tuottajana (ks. Matthies 2007). Toivon tutkimukseni tuovan lisää tietoa ja rohkaisevan kuntia vastaamaan ehkäisevän ikääntyneiden neuvontapalvelun järjestämisestä taaten palvelun jatkuvuuden. Näin

kunnat tukisivat vastuullaan olevan iäkkään väestönosan arjessa selviytymistä ja hyvinvointia. (Oulasvirta ym. 2002, 114-115; Seppänen ym. 2009.)

1.2 Ikääntyvä asiakas viitekehysessä

Vanhenevan henkilön nimityksestä ei ole olemassa mitään yhteisesti sovittua määritelmää, koska siihen liittyy aina henkilön oma kokemus, joka taas on sidoksissa yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin merkityksiin (Charpentier ja Järnefelt, 2002, 64-65, Uotinen 2005). Olen itse mieltynyt Leif Chr. Lahnin (2000, 41-42) määritelmään ikääntyvästä oppijasta. Hän kuvaa ikääntymistä henkilökohtaisena kehitysprosessina eikä elämänvaiheena, mikä poikkeaa kronologisesti etenevän vanhenemisen ymmärryksestä. Tämän vuoksi mieluummin käytän työssäni neuvontapalvelun asiakkaasta nimitystä iäkäs tai ikääntyvä ihminen, seniori tai ikäihminen, jolla tarkoitan eläkeiän saavuttanutta keskimäärin yli 65-vuotiasta henkilöä. Näiden ohella työssäni esiintyy myös kunnallisessa strategiatyössä yleisesti käytetty ikääntynyt ihminen tai vanhus-nimitys. Neuvontapalvelun ikääntyvä asiakas voi olla joko kokonaan sosiaali- ja terveystalvelujen ulkopuolella tai vanhuspalvelujen kohteena eri syistä, mutta kuitenkin ikänsä puolesta oikeutettu erilaisiin sosiaalisiin tukimuotoihin. Hän asuu yleensä kotonaan tai palveluasunnossa itsenäisesti tai vähäisen tuen turvin.

Sosiaaligerontologiassa on viime aikoina tuotu esille vanhenemisen ja vanhuuden moninaisuus ja heterogeenisyys. Kronologisen ikämäärittelyn lisäksi vanhenemisen ja vanhuuden määrittelyyn vaikuttavat sosiaalisten roolien ja odotusten muutokset. Ikääntyneiden eroista puhuttaessa diversiteetti eli erot liittyvät väestötasolla ryhmien välisiin ja heterogeenisyys yksilöiden välisiin eroihin. Vanhenemisen diversiteettiin kuuluu se, että ikääntyneet ihmiset suhtautuvat eri lailla ikävuosiinsa. Vanhuuden kokeminen on hyvin henkilökohtainen asia ja toinen ulkoisesti terve voi 65-vuotiaana kokea itsensä vanhemmaksi kuin toinen useammasta kroonisesta sairaudesta kärsivä 85-vuotias. Nykyaikainen gerontologinen vanhuskäsitys antaa tilaa jokaisen omalle kokemukselle. Ikääntymisen heterogeenisyyttä kuvaa yleisesti käytetty jako nuoriin vanhoihin (65-74), keskimmäisiin vanhoihin (75-84) ja vanhimpiin vanhoihin (85+). Varsinaisen vanhuuden katsotaan alkavan yli 80 vuoden iässä, silloin kun siihen liittyy fyysisen toimintakyvyn aleneminen, liikkumisvaikeudet ja lisääntynyt sairastavuus.

Erään seurantatutkimusten mukaan ikäihmiset itse kokevat edenneensä vanhuuteen 80 ja 85 ikävuoden välillä. (Helin 2002, 39-; Koskinen 2004, 4,7-8; laajemmin: Uotinen 2005.)

Sekä tutkimuskirjallisuudessa että yleisemmin yhteiskunnassa ovat yleistyneet käsitteet kolmas ja neljäs ikä. Termillä vanhus kuvataan yleensä neljänteen ikään ehtineitä varsinaista vanhuuttaan eläviä, joko toimintakyvyltään heikentyneitä tai muuten palveluita sekä tukea enemmän tarvitsevia ja usein päivittäin ulkopuolisesta avusta riippuvaisia henkilöitä. Kolmatta ikää elävät nähdään vielä aktiivisina yksilöinä. (Koskinen 2004, 7-8.) Lähinnä sosiaaligerontologisen voimavaranäkemykseen ja terveyden edistämisen ohjelmiin sekä tutkimuksiin menestyksellisestä ja onnistuneesta vanhenemisestä liitetään kolmanteen ikään käsite tuottava vanheneminen. Tuottavan vanhenemisen käsitteen käyttöä perusteellaan ikääntyvien ihmisten lisääntyneellä toimintakyvyllä ja tarpeella muuttaa yhteiskunnan asenteita ikääntymistä kohtaan positiivisempaan suuntaan. Kun vanhenevien ihmisten voimavarat nähdään laajenevina mahdollisuuksina tuottavalle toiminnalle, saadaan hälvennettyä yhteiskunnassa olevaa näkemystä vanhenevien määrällisen kasvun ongelmasta ja murrettua ikärasismia (ageismia). Toisaalta silloin, kun korostetaan yksilön vastuuta, valinnan vapautta ja omatoimisuutta, pitää muistaa, että kaikilla ei ole kykyjä tai mahdollisuutta osallistua yhteiskunnan toimintaan huonon terveyden, pienien tulojen, kulkuvaikeuksien, yksinäisyyden tai suurten elämänmuutosten vuoksi. (mt. 11-13.)

Kolmannen iän aktiivisen toimijuuden muuttuessa elämän kaarella neljänteen ikään, ikäkausi mielletään yhä enemmän sairauksien, rappeutumismuutosten ja menetysten kautta. Yksilöillä on kuitenkin erilaisia tapoja mukautua vanhenemismuutoksiin, gerontologiassa tälle käytetty määritelmä on adaptaatioprosessi. Kun ikääntynyt ihminen sopeutuu iän tuomiin muutoksiin, hänellä on mahdollisuus muuttaa asennettaan ja käyttäytymistään tilanteen mukaan. Erilaiset sopeutumisstrategiat voidaan luokitella Simo Koskisen (2004) mukaan selviytymistaitoihin, jatkuvuuteen, ennakointiin, valikointiin ja kompensointiin. Näillä keinoilla yksilö voi hyödyntää elämässä aikaisemmin opittua, käsitellä muutostilanteita, keskittyä niiden positiivisiin puoliin, tehdä valintoja, alentaa vaatimustasoaan ja hyväksyä apuvälineiden käytön arjen tukena. Näillä tuetuilla mukautumismekanismeilla huonokuntoisetkin ja sairaat ihmiset voivat parantaa elämäänsä. (Koskinen 2004, 27-28.)

Huolestuttava yhteiskunnallinen näkökulma vanhenemiseen keskittyy ainoastaan neljännen iän eli varsinaisen vanhuuden menetyksiin. Baltes ja Smith (2003) esittävät aiheellisen kysymyksen: ovatko jatkuvat suuret investoinnit eliniän pitenemiseen neljänteen ikään alentaneet henkilön mahdollisuuksia säilyttää itsemääräämisoikeutensa sekä elää myöhempään ikään ja kuolla arvokkaasti. Yhteiskunnan tuen tulisi keskittyä sairauksien ehkäisyyn sijasta holistisesti eli kokonaisvaltaisesti elämän laatuun koko elämänkaaren aikana sekä väestö- että yksilötasolla. Kansainvälisen tutkimustiedon valossa viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana laadukkaiden eli fyysisesti toimintakykyisten elinvuosien määrä länsimaissa on lisääntynyt viidellä vuodella. Kognitiiviset kyvyt voivat säilyä ja elämän aikana kertyneitä tietoja ja taitoja voi kehittää aina keskimäärin 80-vuotiaaksi asti ja hyödyntää edellä mainittuja sopeutumiskeinoja. Oikein tuettuna voi hyvin iäkkäänkin oma kokemus elämän laadusta olla positiivinen myös vaikeissa olosuhteissa. (Baltes ja Smith, 2003.)

Ikääntyneiden välisiä elämänsä aikana syntyneitä sosioekonomisia eli sosiaalisia ja taloudellisia terveyseroja ei voida ehkäistä. Kuitenkin terveyserot on välttämätöntä tunnistaa, jotta palvelujärjestelmällä pystytään ehkäisemään niiden aiheuttamat syrjäytymisen riskit. Riskit eivät johdu pelkästään tuloeroista, vaan myös terveys- ja toimintakykyhaittojen kasaantumisesta ja yksilökohtaisista eroista hankkia ja omaksua tietoa. (Rautio 2006, 82-84.) Artikkelissaan Koskinen, Sihto, Keskimäki ja Lahelma (2002, 48) toteavat, että ikäihmisen huono terveys voi olla esteenä hänen täysipainoiselle osallistumiselle yhteiskuntaan, hänen sairastumisensa voi johtaa sosiaalisen aseman heikentymiseen ja jopa yhteiskunnasta syrjäytymiseen (ks. myös Backman 2001, 68). Ikääntyneiden hyvinvoinnin riskitekijöitä ja elämänlaadun uhkia ovat korkea ikä, naissukupuoli, pienet tulot, heikoksi koettu terveys, huono toimintakyky, yksinäisyys ja masennus, puutteelliset asunnot ja asuinympäristö sekä lähipalvelujen ja julkisen liikenteen heikko saatavuus (Vaarama, Luoma ja Ylönen 2006, 127). MacIntyren (1997) teorian mukaan elintavat eivät ole pelkästään yksilön omia valintoja, vaan tulosta kasvuoloista sekä niistä juontuvista henkisistä ja aineellisista voimavaroista, mitkä heijastavat yhteiskunnan eriarvoistavia perusrakenteita. Vaikka julkisen vallan toteuttamalla terveys- ja yhteiskuntapolitiikan keinoilla on vaikea suoraan vaikuttaa näihin perusrakenteisiin, on hyvinvointivaltion

tarjoamalla turvaverkostolla mahdollisuus torjua eriarvoisuuden kasvua. (Lahelma ja Koskinen 2002, 24, 38.)

Marja Vaarama (2004) on tutkimuksessaan selvittänyt, mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät ikääntyneiden hyvää toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistään kotonaan. Tuloksista ilmeni että, vaikka kahdella kolmesta oli toimintakyvyn ongelmia, vain yksi kolmesta oli palveluiden piirissä. Yleensä vähäisessä avun tarpeessa käytettiin tukipalveluja (siivous, kodinhoito ja asiointi) ja raskaimmassa tarpeessa kodinhoitoa, mutta usein raskaammassakin toimintakyvyn vajeessa käytettiin enimmäkseen vain tukipalveluita. Tutkimuksen mukaan tarpeen ja avun kohtaamisessa oli selviä ongelmia; palveluita ei käytetä, kun olisi tarve ja toisaalta palveluita käytetään, vaikka ei olisi fyysisestä toimintakyvyn vajauksesta johtuvaa tarvetta. Tukipalveluista ja kuntoutuspalveluista osoittautui olevan suurin pula. Palveluiden käyttämättömyyden syynä oli tiedon puute. Joka kolmas palveluja käyttämätön ei tiennyt, mitä palveluja kunnalla olisi tarjolla ja joka neljäs ei tiennyt, mistä niitä saisi. Kuitenkin voitiin selvästi nähdä, että kotiin annettavilla hoiva- ja tukipalveluilla oli suora yhteys henkilön koettuun elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Kodinhoitoavun ja kotipalvelujen tarjontaa on vähennetty 1990-luvulta lähtien, jolloin vastuuta ikääntyneiden kotona selviytymisestä on siirretty omaisille ja epävirallisen avun osalle. Vaaraman mukaan ehkäisevillä ja proaktiivisilla toimilla voisi tukea ikääntyneiden psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, lieventää yksinäisyyttä ja parantaa selviytymistä arjen ongelmassa. Kotona asumisen tukeminen edellyttää tulevaisuudessa priorisointia sekä uusia toimintamalleja ja käytäntöjä, jotka vastaisivat ikäihmisten tarpeita ja nykyistä gerontologista tietämystä. Vaikka niillä ei saavuteta säästöjä, niillä kuitenkin parannettaisiin palvelujen tehokkuutta ja kohdentumista. (Vaarama 2004, alk. 157-.)

1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät

Tämä laadullinen tutkimus vastaa ajankohtaiseen tarpeeseen kehittää suunnitelmallisuutta ja ennakointia kunnallisessa vanhuspalvelutuotannossa. Keskityn siinä ikääntyneiden neuvontapalvelujen käynnistämisen ja jatkuvuuden taustalla olevaan päätöksentekoon kunnissa. Pyrin kuvaamaan ikääntyneiden neuvontapalvelujen käynnistämisen taustat, perustelut ja tavoitteet eri kunnissa. Ensimmäinen tutkimusosio

muodostuu Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin (joka nykyään yhdistettynä Kansanterveyslaitokseen muodostaa Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen) kuntien ehkäiseviä palveluja koskevan kuntakyselyn avoimista vastauksista kesältä 2008. Tämän aineiston avulla pyrin saavuttamaan yleiskuvan ehkäisevistä neuvontapalveluista maassamme. Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuntakyselyn aineiston perusteella kuvata, miten valtiollisen ohjelmapolitiikan ja käytännön ehkäisevät vanhuspoliittiset tavoitteet ovat toteutuneet kunnissa ikääntyneiden neuvontapalvelun näkökulmasta. Tutkimusaineiston perusteella pyrin selvittämään, miten ikääntyneiden neuvontapalvelun käynnistäminen ja toiminta kunnissa vastaa valtionhallinnon ohjelmallisia tavoitteita. Ikääntyneiden neuvontapalvelu on erillisselvityksissä käytetty käsite, joten sitä käytän myös tässä työssä (Seppänen ym. 2009, STM 2009a).

Tutkimusaineiston toinen osio koostuu neljän esitietojen perusteella valitun kunnan vanhuspalveluista vastaavan teemahaastattelusta. Haastatteluaineiston perusteella pyrin muodostamaan kuvan ikääntyneiden yleisen neuvontapalvelun käynnistämiseen johtaneesta päätöksenteosta kunnan strategisena toimintana ja päätöksentekoprosessista ehkäisevän palvelun taustalla. Teemahaastatteluaineistoon perustuu myös kuvaus tutkimuskunnissa käynnistetyistä yleistä tietoa tarjoavista iäkkäiden matalan kynnyksen neuvontapalveluista, jotka kuuluvat ehkäiseviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun kuvaus muodostuu tämän työn haastatteluaineiston perusteella.

Tutkimuksen näkökulma on hallinnollinen tutkimuskysymysten muotoiluun, valitun tutkimusaineiston, aineiston tarkastelun ja tutkimustuloksen arvioinnin osalta. Tutkimuksen perusta on terveyshallintotieteen paradigmassa (Sinkkonen ja Kinnunen 1999) mutta mukana on gerontologisen (monitieteinen vanhenemisen oppi) tieteenalan voimavarakeskeinen ymmärrys (ks. esim. Koskinen 2004). Koska terveyttä ei voi erottaa hyvinvoinnista, kulkee myös sosiaalipolitiikan hyvinvointiteoria mukana aiheen käsittelyssä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuu terveyttä ja hyvinvointia edistäviin ikäihmisten palveluihin ja niiden taustalla olevaan julkiseen päätöksentekoon. Tavoitteena on kuvata miten ja millä perusteilla päätös ikääntyneiden matalan kynnyksen neuvontapalvelun perustamisesta on syntynyt eri kunnissa. Selvitettäväksi tulee, mihin kunnissa tehdyt päätökset neuvontapalvelun toimintamuodon ja toiminnan

tavoitteiden valinnassa perustuvat. Lisäksi pohdin sitä, onko kunnissa valmiutta innovatiivisiin päätöksiin miettiessään kuvatulaisen palvelun jatkuvuutta.

Tiedekentässä tutkimukseni sijoittuu hallintotieteisiin ja lähemmin terveyshallinto- ja sosiaalihalintotieteisiin. Terveyshallinto- ja sosiaalihalintotiede ovat nuoria tieteenaloja ja käytännönläheisinä voidaan luokitella soveltaviin tieteenaloihin. Niiden tutkimusperinne nojaa moniin yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden teorioihin ja metodologioihin ja kuvaa työni tietoperustan moninaisuutta. Tutkimukseni sijoittuu terveyshallintotieteessä vanhuspolitiikan sekä julkisen poliittis-hallinnollisen päätöksenteon alueeseen. Aikaisempi teoria- ja tutkimustieto on moninaista ja laajaa, mutta tarjoaa vähän vertailukohtia käsittelemälleni aiheelle ikäihmisten ehkäisevässä palvelutuotannossa. Tutkimuksen tieteenteoreettinen perusta on terveyshallintotieteessä ja ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä ja sitä on käsitelty kyseiselle tieteenalalle soveltuvien menetelmin. (vrt. Sinkkonen ja Kinnunen 1999.)

Tämä tutkimus liittyy ehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen alueeseen. Ehkäisyn vaikuttavuuden mittaaminen on hyvin vaikeaa, kun yritetään mitata terveystalitiikan tavoitteena olevan väestön terveyden ja toimintakyvyn paranemista (Godfrey 2001). Kuitenkin voidaan päätellä, että kansantautien ehkäisy ja terveyden edistämisen interventiot ovat kokonaisuutena kustannusvaikuttava ja kestävä kehityksen keino verrattuna moniin terveydenhuollon menetelmiin (STM 2009b, 52). Tarkastelen tutkimuksessani uudentyyppisen ikääntyville kuntalaisille suunnatun ehkäisevän palvelumuodon käynnistymistä kuntien päätöksentekoprosessin tuloksena.

Vaikka laadullisessa tutkimuksessa ei ole tapana esittää hypoteesia, esitän kuitenkin omaan kokemukseen perustuvan lähtöolettamuksen. Tutkimus perustuu olettamukseen, että kuntien päätöksenteon taustalla on näkemys siitä, että ehkäisevänä palveluna tuotetut ikääntyneiden matalan kynnyksen neuvontapalvelut parantavat väestön terveyttä, hyvinvointia ja selviytymistä arjessa. Iäkkäät ihmiset voivat saadessaan tarvitsemansa tiedot oikeaan aikaan ja esteettömästi henkilökohtaisen neuvonnan myötä tehdä henkilökohtaisia valintoja ja toimia yhteiskunnassa tasavertaisina jäseninä (ks. Kärnä 2008 ja Tervaskari 2006, 68). Yksilötasolla riittävät tiedot omista oikeuksista ja mahdollisuuksista lisäävät oman elämän hallintaa ja hyvinvointia, mikä taas säästää kuntien voimavaroja kompensoimalla muuta palvelutarvetta ja vähentää yhteiskunnan

kustannuksia vanhusväestön voimakkaasti lisääntyessä. Jos riittäväillä tiedoilla ja niiden kautta kotiin saatavilla palveluilla voidaan siirtää muutamankin iäkkään kuntalaisen muuttoa laitokseen, kunta saavuttaa konkreettista säästöä. Asiakkaiden toiveet ja vaatimukset ovat kasvaneet ja he haluavat vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin. Vaikka poliittis-hallinnollisissa ohjelmissa tavoitteena on asiakaslähtöisyys, se on niissä heikosti määritelty, kuten palvelujen saatavuus ja turvallisuus. (Tanner 2003; Muuri 2008, 56.)

Yksilöidyt tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten eri kunnissa on syntynyt päätös ikäihmisten neuvontapalvelun perustamisesta?
2. Miten uudentyyppinen ehkäisevä palvelumuoto ikääntyville asiakkaille sijoittuu kunnan palvelujärjestelmäkenttään?
3. Mitä on iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu?

Ikääntyneiden neuvontapalvelun muotoa tai tuottajaa ei ole normiohjauksessa toistaiseksi määritelty, vaan kunnat ovat toteuttaneet palvelua omasta aloitteestaan puhtaasti oman näkemyksensä mukaan lähtien paikallisista tarpeista ja voimavaroista (Seppänen ym. 2009, STM 2008c). Tässä tutkimuksessa on tavoitteenani selvittää kuntien päätöksenteon prosessia ja valintoja neuvontapalvelua käynnistettäessä. Tarkoituksena on lisätä tietoa ja ymmärrystä neuvontapalvelujen tuottamisen tavoista sekä lopputuloksena kuvata lähipalveluna järjestetyn iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun toteutusta. Tutkimuksen merkittävyyttä lisää se, että toukokuussa 2011 voimaan astuvassa uudessa terveydenhuoltolaissa (HE 90/2010) tullaan tarkentamaan kuntien vastuut ikääntyneiden ehkäisevän neuvonnan järjestämisessä. Tämä edellyttää kunnilta asiakkaiden tarpeista lähtevää suunnitelmallisuutta palvelutuotannossa ja entistä suurempaa valmiutta yhteistyöhön eri vanhustyön toimijoiden välillä.

Tutkimuksen toisessa luvussa esittelen ehkäisevän työn käsitteen määrittelyä, ehkäisevän työn esiintymistä vanhuspolitiikassa eri valtion ohjelmajulkaisujen pohjalta, ikääntyneiden neuvontaan liittyviä ulottuvuuksia normatiivisten vastuiden kautta ja lopuksi lähestyn terveysneuvonnan kautta ikääntyvien palveluneuvontaa sekä muita ehkäisevän vanhustyön interventioita käytännössä. Lisäksi esittelen ehkäisevän työn

alalta olevaa tutkimusta sekä opinnäytetöiden että kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusartikkelien pohjalta. Kolmannessa luvussa käyn läpi päätöksentekoa käsitteelliseltä kannalta sekä kunnallisen päätöksenteon haasteita palvelurakennemuutoksessa ikääntyvän yhteiskunnan näkökulmasta. Neljännessä luvussa esittelen tutkimuksen toteutusta ja luvussa viisi analysoin kuntapäätäjäkyselyn ja empiiristen haastattelujen tuloksia neuvontapalvelujen käynnistämisestä ja toteutuksesta. Viimeisessä luvussa pohdin tutkimuksen luotettavuutta, teen yhteenvedon tutkimuksen päätelmistä ja lopuksi esitän jatkotutkimusaiheita. Tutkimuksen lähdemateriaalissa on paljon internetviitteitä, jotka on kaikki tarkistettu tammikuussa 2011.

2 EHKÄISEVÄ TYÖ JA VANHUSPOLITIikka

Vanhuspolitiikan tavoitteiksi on valtion taholta asetettu ikääntyneiden omaehtoinen selviytyminen arkielämässä ja kotona asuminen niin pitkään, kuin se on kunkin oma toivomus ja toimintakyvyn kannalta mahdollista (STM 2001, STM 2004, STM 2008a, STM 2008b, VN 2007). Tasavertaisen kansalaisuuden ja osallisuuden esteenä ovat usein ongelmat tarvittavien tietojen ja etuisuuksien saamisessa. Valtion vanhuspoliittisissa ohjelmissa ja informaatio-ohjauksessa kunnille on laajalti kiinnitetty huomiota kasvavaan neuvonnan tarpeeseen, mutta kuntien varautuminen siihen, miten nopeasti vanheneva väestö saa riittävää tietoa arkensa tueksi, on vielä puutteellista (STM 2009a).

Stakes toteutti kuntapäätäjäkyselyn kesällä 2008 koskien ikääntyneiden neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä. Kyselyllä kartoitettiin kuntien tilannetta koskien ikääntymispoliittista strategiaa, ehkäisevien vanhustalvelujen tavoitteita, organisointia, sisältöä, seuranta ja arviointia sekä valtakunnallisen tuen tarvetta. Kyselyllä haluttiin myös selvittää Paras -hankkeen vaikutuksia hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan organisointiin. Kyselyyn vastanneista 198 kunnasta vajaa kolmasosa ilmoitti järjestävänsä ikääntyneille suunnattua neuvontatoimintaa. Palvelun järjestämistavat, sisällöt ja tavoitteet poikkesivat paljon toisistaan; toiset painottuivat terveysneuvontaan sekä konkreettisiin hoiva- ja hoitotoimenpiteisiin ja toiset keskittyivät yleiseen neuvontaan palveluista ilman henkilökohtaista palveluohjausta. Tämän työn tutkimusosiossa keskitytään analysoimaan kyselyaineistoa ja etenkin sen avoimia vastauksia neuvontapalveluista. (Seppänen ym.2009.)

2.1 Ehkäisy vanhustalveluissa

Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto on yksi valtionhallinnon painopistealueista. Sairauksien ehkäisyn yhteydessä puhutaan yhä enemmän ehkäisevästä tiedotuksesta ja toiminnasta, joka kohdistuu yksilön omiin elintapoihin, mutta myös koko yhteiskunnan terveyden edistämiseen tähtäävistä toimenpiteistä. Terveyttä edistävät yhteiskunnan toimet kuuluvat yhteiskunta- ja terveyspolitiikan

alueeseen. Terveyden edistäminen käytännön asiakastyössä tarkoittaa hyvinvointia ja terveyttä parantavien mahdollisuuksien tarjoamista, jolloin asiakkaat kykenevät tekemään omaan elämäänsä ja ympäristöönsä kohdistuvia valintoja. (Tuominen, Koskinen-Ollonqvist ja Rouvinen-Wilenius 2009, 11.) Sosiaaliturvan suunta julkaisussa (STM 2006b, 3) todetaan, että terveydenhuollon vaikutus väestön terveyteen on ainoastaan 10-15 prosenttia ja suurin vaikutus on yksilön elintavoilla ja elinympäristöllä. Terveydenhoitosektori ei ole yksin kantamassa tätä vastuuta, vaan siihen liittyy kaikessa yhteiskuntapolitiikassa tehdyt päätökset kohdistuen koko elinympäristöön ja ihmisten arkipäivään (Helin 2002, 36).

Ehkäisevät palvelut luokitellaan kirjallisuudessa joko terveyden edistämiseksi tai ehkäiseviksi palveluiksi terveydenhoidossa ja sosiaalipalveluissa. Yleensä terveyden edistämisellä tarkoitetaan epidemiologisista terveysriskeihin kohdistuvia tai valtion ohjelmatasoisista toimia, joilla halutaan muuttaa ihmisten toimintaa ja valintoja. Käsitteen ulottuvuuksina ovat toisaalta yksilön valinnan vapaus ja itsemääräämisoikeus ja toisaalta yhteiskunnan paineet haitallisten elämäntapojen korjaamiseksi. Usein, kun ehkäisevillä palveluilla tarkoitetaan paikallisia interventioita, tavoitellaan yhteisöllistä voimaantumista. Voimaantuminen koostuu yksilöiden tietoisuuden lisääntymisestä, motivaatiosta ja kyvystä, elämän hallinnasta ja lopulta vaikuttamisesta valtaistuneena kansalaisena. Sen kehittyminen kuvastuu parhaimmillaan Frieren (1972) esittämässä teoriassa, jossa vanha autoritaarisen opetuksen perinne korvautuu kumppanuudessa rakentuneella vuorovaikutuksella. Terveyden edistämisen ja ehkäisyn käsitteitä käytetään ristiin, koska kysymyksessä on monitahoinen ilmiö. Toisaalta puhutaan valtion ohjelmepoliittisesta yksilön valintoihin vaikuttamisesta ja toisaalta muutoksesta, joka lähtee yhteisöstä käsin (bottom-up). (Carey 2000, 27-29, 44-45; Godfrey 2001.)

Ehkäisevät palvelut jaetaan primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventioon, joista vanhustenpalveluissa kaksi jälkimmäistä kohdistuvat palvelujen piirissä oleviin iäkkäisiin ihmisiin. Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan mahdollisimman hyvää sairauksien hoitoa, kuntoutusta ja pitkäaikaissairauksissa itsehoidon tukemista tavoitteena estää sairauden uusiutuminen ja paheneminen. Tertiäriprevention tavoitteena on hidastaa sairauksista aiheutuvia toimintakyvyn rajoituksia ja ehkäistä komplikaatioita. Terveyttä edistävät palvelut luokitellaan primaaripreventioon kuuluviksi, jotka liittyvät myös ikäihmisten promotiiviseen terveyden edistämiseen.

Promootio on terveyttä edistävää yhteiskunta- ja toimintapolitiikkaa, joka perustuu terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen tunnistamiseen ja vahvistamiseen erilaisilla ennakkoivilla toimilla ja yhteistyöllä. Terveyden edistämistyö on koko kunnan tasolla poikkihallinnollista yhteisiin hyvinvointitavoitteisiin ja kuntalaisten tarpeisiin perustuvaa johtamista ja päätöksentekoa. (Liimatainen 2007, 31-33.)

Denise Tanner (2003) jaottelee sosiaali- ja terveystaloudellisen ehkäisyksen kahteen eri näkökulmaan; kustannusvaikuttavuus, jonka tavoitteena on kalliimpien palvelujen tarpeen myöhentäminen ja kuluttajalähtöisyys, jonka tavoitteena on edistää ikääntyvän elämisen laatua ja osallisuutta yhteiskuntaan. Hän on analysoinut Ison Britannian sosiaali- ja terveystaloudellisten ohjelmien terveyden edistämisen painopisteitä ja keskittynyt palvelujen saatavuudessa holistiseen tarpeiden arviointiin etenkin vähäisen palvelutarpeen omaavien kansalaisten kannalta. Tutkimuksen tulosten mukaan nykypolitiikan mukaisella ohjauksella ja palveluiden keskittämisellä korkean riskin ja palvelutarpeen omaaviin kansalaisiin heikennetään enemmän kuin parannetaan tasa-arvoista kansalaisuutta. Huomiota tulee palveluiden saatavuudessa kiinnittää etenkin ikääntyvän omien tarpeiden mukaiseen, yleensä jokapäiväiseen, tukeen, on apu sitten formaalia eli järjestelmän tuottamaa tai informaalista henkilöiden läheisten tuottamaa tukea. Jos henkilön tarpeet ja palveluiden saamisen kriteerit määritellään palvelun tuottajan standardien ja arvioinnin mukaan, palvelut ovat usein resurssi- ja järjestelmäkeskeisiä. Voidaan päätellä, että nykyjärjestelmä aiheuttaa ikäihmisissä yhä suurempaa hämmennystä ja epätietoisuutta siitä, kuka palveluntuottaja vastaa mistäkin ja mitkä ovat heidän lakisääteiset oikeutensa. Tavoitteena tulisi olla palveluihin pääsyn laajentaminen ja voimavarakeskeisten palvelujen kehittäminen tarpeen kevyemmässä päässä enemmän kuin keskittyminen marginalisoiviin raskaampiin palveluihin. Tuloksia voidaan rinnastaa Suomen tilanteeseen. (Tanner 2003.)

Ikääntyneiden kansalaisten terveyden edistämisen tavoitteet nousevat ikääntyneen väestöosan määrän kasvusta, terveystilanteesta ja toimintakyvystä. Ikääntyneiden terveyden edistämisen perustana on yhteisesti sovitut ja määritellyt arvolähtökohdat, joiden mukaan ikääntynyt nähdään yksilöllisenä, arvokkaana ja autonomisen jäsenenä oikeutenaan osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Terveyden edistämisen yleisesti käytetty määritelmä perustuu WHO:n Ottawan kokouksen päätössiakirjaan vuodelta 1986. Ikääntyneiden osalta määrittely kiteytyy prosessiksi, joka vahvistaa

ikäntyneen elämänhallintaa ja parantaa terveyttä. Sen strategia keskittyy kolmeen pääkohtaan. Ensimmäinen näistä on itsemääräämisoikeus, jolla saavutetaan hyvälle terveydelle suotuisat olosuhteet. Toinen on mahdollisuuksien tukeminen, mihin päästään asuinympäristön suunnittelulla sekä ikääntyneiden kansalaisten neuvonnalla ja ohjauksella. Annetuilla tiedoilla ja taidoilla he pystyvät tekemään terveellisiä valintoja. Kolmanneksi tavoitteeseen päästään vuorovaikutuksella kaikkien toimijoiden välillä. (Cattan, White, Bond ja Learmouth 2005, 43.)

Ikääntyvien terveyden edistäminen ja ehkäisevät toimenpiteet koskevat paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltoa myös koko yhteiskunnan arvoja ja asenteita. Kokonaisvaltainen lähestymistapa terveyden edistämisen mahdollisuuksiin, niin ikääntyvän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta, ei ole koskaan liian myöhäistä. Missä tahansa iässä ja elämänvaiheessa sillä voidaan parantaa itsenäistä selviytymistä ja osallisuutta yhteiskuntaan. Olennaista on erottaa ikääntyvän väestöosan heterogeenisuus ja yksilölliset erot ja lisätä positiivista asennetta vanhenemiseen ympäröivässä yhteiskunnassa ja tukea kotona asumista aina kun se on yksilön kannalta tarkoituksenmukaista. (Evans 2000, 263-266.)

Ikääntyneiden ehkäisevät palvelut liitetään yleensä toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kotona asumisen tukemiseen riittävien ja oikea-aikaisten palvelujen turvin. Ehkäisevillä palveluilla katsotaan voivan vaikuttaa olennaisesti palvelujen tarpeeseen ja raskaiden palvelujen tarpeen myöhentämisen. Preventio väestötasolla toteutetaan tiedottamisella, seulonnoilla ja terveystarkastuksilla. Käytännössä preventiivisinä palvelumuotoina kunnissa ovat ehkäisevät kotikäynnit, terveysneuvonta ja erilaiset ryhmäinterventiot. Näiden tavoitteena on siirtää tai estää ikääntyneiden ihmisten joutumista laitoksiin, mutta ei ensisijaisesti heidän elämänlaatunsa parantaminen. Ikäihmisiin kohdistetuilla alueellisilla ehkäisevillä palveluilla on harvemmin keskitytty avun ja tuen tarpeisiin ennen kuin varsinainen palveluntarve on muodostunut ja onnistuneen vanhenemisen tukemiseen. Yleensä palvelut on kohdistettu tiettyyn tarkkaan rajattuun kohderyhmään eikä yleisinä kaikille soveltuvina palveluina. Toimenpiteiden vaikuttavuuden lisääminen edellyttää laajempaa ehkäisyn näkemystä. (Godfrey 2001; Liimatainen 2007, 32-33; Seppänen ym. 2009, 8.)

TAULUKKO 1. Ehkäisevien kotikäyntien ja ikääntyneiden neuvontapalvelujen vertailu (Lähde: Seppänen 2009; Viippola 2007)

	Ehkäisevät kotikäynnit	Ikääntyneiden neuvontapalvelu
Kohderyhmä	Kohdennettu Kohortit, ikääntyneet	Avoin, yleinen Ikääntyvät, omaiset, ammattilaiset, päättäjät
Tavoitteet ja toiminta	Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen Kotona asumisen tukeminen Palvelutarpeen arviointi Palveluohjaus Neuvonta	Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen Itsenäinen selviytyminen Tilannearvio Neuvonta Tiedotus Varautuminen
Toimintamenetelmät	Testaus, mittarit Kodin kuntotarkastus Palveluohjaus Seuranta, arviointi	Monikanavainen neuvonta, tiedotus Verkostoituminen Seuranta, raportointi
Palveluntuottaja	Yleensä julkinen sektori Sairaanhoidtaja Terveystenhoitaja Terapeutit	Julkinen tai kolmas sektori Asiantuntija Sairaanhoidtaja Sosionomi
Palveluympäristö	Asiakkaan koti	Matalan kynnyksen neuvontapiste Palvelukeskus
Palvelusisältö	Terveystenhoito, sairaanhoito, kuntoutus Henkilökohtainen ohjaus Ehkäisevä, korjaava	Yleinen tiedotus, neuvonta Omatoimisuuden tukeminen Ehkäisevä

Ikääntyneiden ehkäiseviä palveluita ovat tänä päivänä käytännössä ehkäisevät kotikäynnit, ikääntyneiden neuvontapalvelu, ehkäisevä kuntoutus sekä muu tiedotus ja neuvonta. Kahden ensimmäisen eroja ja yhtäläisyyksiä olen koonnut taulukkoon 1. Marjaana Seppänen tutkijakollegoineen (2009) kiteyttävät raportissaan ehkäisevistä palveluista ikääntyneiden palveluvalikoiman henkilökohtaisten voimavarojen käytön tukemiseksi seuraavat keskeiset toimenpiteet:

- fyysisten tai muiden toimintojen vajavuuksien hallinta
- tuki merkittävien elämänmuutosten (eläkkeelle siirtyminen, yksin jääminen, muutto) yhteydessä
- uusien keinojen kehittäminen ja tarjoaminen menetysten kompensoimiseksi (yksilöllisesti ja yhteistyössä ympäristön kanssa)
- tärkeäksi koettujen toimien ylläpito tai lisääminen.

Tässä tutkimuksessa keskitytään yksilöidystä terveyden edistämisen toimista poiketen holistiseen eli kokonaisvaltaiseen ikäihmisten hyvinvoinnin tukemiseen kunta- tai seudullisella tasolla. Sillä tähdätään terveyden edistämisen luokittelussa promotioon ja sillä saavutettaviin yhteiskunta- ja toimintapoliittisiin vaikutuksiin. Yksittäisen

intervention tarkastelun sijasta keskitytään jatkuvaluonteiseen ikääntyvien kuntalaisten osallistamisen tukemiseen ja voimavarojen hyödyntämiseen julkisella universaalisella palvelulla. Tässä analysoitu palvelumalli kohdistuu Denise Tannerin (2003) kuvaaman teorian mukaiseen kustannusvaikuttavuuteen ja kuluttajalähtöisyyteen. Empirian perusteella pyritään selvittämään, miten ikääntyneiden neuvontapalvelu vastaa ehkäisyhaasteeseen ja soveltuu vanhusten palvelukenttään.

2.2 Ehkäisevän vanhuspolitiikan linjaukset

Tässä alaluvussa luodaan katsaus yleisimpien sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjelmissa esiintyviin ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia tukevien ehkäisevien toimenpiteiden linjauksiin. Vanhuspolitiikka koostuu valtakunnallisista linjauksista, jotka perustuvat virallisten selvitysten ja raporttien lisäksi julkiseen keskusteluun ja kansainvälisiin suosituksiin. Taulukossa 2. esiteltujen vanhuspoliittisten linjausten yhteisinä tavoitteina on ikäihmisten itsenäisen asumisen tukeminen kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyössä tuottamien lähipalvelujen avulla.

Vanhuspolitiikka luokitellaan osaksi sosiaalipolitiikkaa esimerkiksi valtiosuusjärjestelmässä. Kunnan palvelujärjestelmässä vanhusten palvelut voivat kuulua joko sosiaalitoimeen, terveystoimeen tai ne on järjestetty erillisinä vanhustenhuollon toimintoina. (Häkkinen, Nguyen, Pekurinen ja Peltola 2009, 7.) Ehkäisevät ikääntyneiden neuvontapalvelut kuuluvat yleensä näiden toimialojen alaisuuteen, mutta tavoitteet niiden palvelusisällöksi ovat huomattavasti laajalaisempia. Neuvontapalveluiden kohderyhmäksi tavoitellaan niitä, jotka eivät ole vielä palvelujen asiakkaina. (vrt. VN 2007, 14.) Kuntien ehkäisevä vanhuspolitiikka tulee näkyviin vanhuspoliittisessa strategiatyössä ja käytännön toimissa (STM 2008a, 16-17). Yleensä puhutaan ehkäisevistä palveluista tai varhaisista kotona asumista tukevista palveluista, joita tuotetaan kotiin annettavien palvelujen ohella (Heinola ym. 2010, 36). Hyvinvointi 2015-ohjelmassa asetetaan tavoitteeksi, että ehkäisevää vanhuspolitiikkaa vahvistetaan siten, että toimintakyky ja itsenäisen elämän edellytykset olisivat tallella 65-79 -vuotiailla kansalaisilla, jotka voisivat näin toimia yhteiskunnassa resurssina läheis- tai vapaaehtoistyössä (STM 2007, 40).

TAULUKKO 2. Keskeisimpiä ehkäisevää vanhuspolitiikkaa koskevia valtakunnallisia linjauksia vuodesta 2000 alkaen.

Vanhuspoliittinen linjaus	Julkaisija ja ilmestymisvuosi	Keskeisimmät vanhuspoliittiset tavoitteet	Keinot	Maininnat ehkäisystä
Terveyttä kaikille 2015 kansanterveys-ohjelma	STM 2001	turvataan edellytykset itsenäiseen elämään, sitä tukeva elinympäristö palvelukehitys	ikäihmisten aktiivisen omatoimisuuden tuki, vanhuspoliittinen strategia, uusi teknologia	edellytykset terveyden edistämiseksi ja terveyserojen pienentämiseksi
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma	VN 2007	terveys ja toimintakyky, sosiaalinen turvallisuus, itsenäisyys	maan kattava neuvontakeskusverkosto, ehkäisevät kotikäynnit osaksi palveluvalikoimaa	uuteen laatusuosituksen terveyden edistämistä koskeva osio
Hyvinvointi 2015 – ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita	STM 2007	aktiivinen ikääntyminen terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, syrjäytymisen ehkäisy, hoidon ja hoivan parempi laatu, ennakoiva kotihoito	vakiinnuttaa ehkäisevä työ; asiakkaiden omien voimavarojen hyödyntäminen ja informaalisen tuen vahvistaminen, avuntarpeen asteiden tunnistaminen, vanhusten palvelupiste	sosiaalisten ongelmien ehkäisyn tehostaminen, eri sektoreiden ja toimijoiden sosiaalisen vastuun vahvistaminen
Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman KASTE 2008-2011	STM 2008	osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat	kotihoito 14%:lle yli 75-vuotiaista laitoksessa yli 75-v. enintään 3 % palvelusetelin käytön laajentaminen TerveSuomi.fi – sivusto	säännökset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteista
Ikäihmisten palvelujen laatusuositus	STM 2008	onnistuneen ikääntymisen turvaaminen, terveellisten elintapojen edistäminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen	ikäihmisille turvataan mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta matalan kynnyksen neuvontapisteissä	hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja palvelurakenteen kehittämisen strategiset linjaukset
Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011	STM 2008 Liite 9	syrjäytymisen ehkäisy, riskitekijöiden kartoittaminen, varhainen puuttuminen, palvelujen saatavuuden takaaminen seudullisella yhden luukun periaatteella	tiedotuksen, neuvonnan ja ohjauksen tehostaminen, etsivän työn lisääminen, varhaisen puuttumisen työvälineiden kehittäminen ja käyttö	hyvinvoinnin tukeminen kaikissa politiikoissa, terveyserojen kaventaminen strategioissa

Terveyttä kaikille 2015 kansanterveysohjelman ikäryhmittäisiä keskeisiä tavoitteita ovat yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen entisen suuntaisena, terveempien elinvuosien lisääntyminen keskimääräisesti sekä eriarvoisuuden väheneminen ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman paraneminen. Tavoitteisiin katsotaan päästävän ikäihmisten aktiivisella omatoimisuudella ja vanhustenhuollon yhteistyöllä. Valtakunnallisia linjauksia sisältävien asiakirjojen tavoitteena on kaikkien sektorien yhteistyö ja ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen siten, että kotona voidaan asua mahdollisimman pitkään. (STM 2001.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman Kaste 2008-2011 ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä 75 v. täyttäneistä henkilöistä 91–92 % asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. (STM 2008a, STM 2008b.) Palvelurakennemuutoksen päätavoitteet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaaminen ja kustannusten hallinta. Palvelujen tarpeen kasvua pystytään hillitsemään varhaisella puuttumisella sekä kuntien eri hallintokuntien sekä kuntien ja järjestöjen yhteistyöllä, millä luodaan edellytykset väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Kuntien tulee suunnata voimavaroja ja kehittää vaikuttavampia toimintatapoja ja palveluita parantaakseen terveyden edistämisen rakenteita. (STM 2008d, STM 2008b.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (VN 2007) asetetaan tavoitteiksi, että ikäihmisillä on mahdollisuus mielekkääseen tekemiseen, omien voimavarojen käyttöön ja osallistumiseen siten, että siihen voi saada ohjausta, neuvontaa ja apua. Ikäihmisten hyvinvoinnille terveyden ja toimintakyvyn lisäksi tärkeitä ovat sosiaaliset verkostot. Ohjelmassa painopisteenä on ikäihmisten osallisuus, jota voidaan edistää esteettömyydellä. Ikääntyneiden matalan kynnyksen neuvontakeskus -toimintamallissa kunnat, järjestöt, seurakunnat ja vapaaehtoiset tekevät yhteistyötä iäkkäiden itsenäisen selviytymisen tukemiseksi. (STM 2004; STM 2008c, 15.)

Hyvinvointi 2015 -ohjelman ehkäisevän vanhuspolitiikan painopistealueena on aktiivinen ikääntyminen ja ikääntyneen väestön eri yhteiskunnallisten roolien

monipuolinen hyväksyminen milloin avun saajana, milloin resurssien tarjoajana vapaaehtoistyössä. Toisaalta katsotaan, että ikääntyneiden ja heidän omaistensa omatoimisuudelle tarvitaan riittävä palvelujärjestelmän tuki. Vaikka raskaan hoivan tarve myöhentyykin eliniän kasvaessa, hoivapalveluiden tarve kokonaisuudessaan todennäköisesti kuitenkin kasvaa. Kotihoidon strategisena tavoitteena tulee olla riittävä, turvallinen ja ennakoiva apu yhteistyössä järjestöjen ja yksityisten toimijoiden kanssa. Palvelusetelin käytön laajeneminen lisää kansalaisten ja kuluttajien valinnan mahdollisuutta. Vanhusten palvelupiste uutena palvelumuotona voisi tarjota tietoa palvelun tarjoajista, asiakkaan oikeuksista ja saatavilla olevista tukimuodoista. Tärkeää on taata heikkokuntoisten ja pienituloisten vanhusten asema palvelumarkkinoilla. (STM 2007.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM 2008a) asettaa kunnille strategiset tavoitteet ikääntyneiden palvelujen laadun parantamiselle. Se antaa hyvinvointia ja terveyttä edistävälle palvelurakenteelle sekä määrälliset että laadulliset tavoitteet kuntien suunnittelun ja seurannan tueksi. Kehittämisen keskiössä on muun muassa:

- onnistuvan ikääntymisen turvaaminen
- terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy
- hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen
- itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen

Lähtökohtana on kunnan tiedottamisvastuu ja tasavertaisen osallisuuden takaaminen iäkkäille kuntalaisille. Tähän keinona esitetään kunnan ikääntymispoliittisen strategian sisältämää lähipalveluihin kuuluvaa matalan kynnyksen neuvontapistettä. Palvelun toteuttamistapa on vapaa, kunhan sillä turvataan tarvittavat tiedot, neuvonta ja ohjaus edelleen muihin palveluihin. (STM 2008a.)

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011 (STM 2008e) tähtää sosiaalisen eriarvoisuuden vähenemiseen ja muita heikommassa asemassa olevien väestöryhmien suhteellisen aseman parantamiseen. Ikääntyneiden kohdalla sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen tavoitteena on parantaa terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa palvelujärjestelmän keinoin. Ikääntyneet ovat muiden ikäisten lailla heterogeeninen väestönosa, jonka terveyserot vaihtelevat huomattavasti mm. koulutuksen, aiemman ammatin, tulojen ja asumismuodon mukaan. Merkittävä elämänmuutos; puolison menettäminen tai toimintakyvyn heikkeneminen, voi

ratkaisevasti vaikuttaa henkilön sosiaaliseen asemaan. Tilanteen haavoittuvuutta voi lisätä huono taloudellinen tilanne, yksin ja etenkin syrjässä asuminen, puutteellinen asunto tai läheisten tukihenkilöiden puute. Yksin asuvat toimintakyvyltään heikentyneet ikäihmiset tarvitsevat enemmän ulkopuolista apua, käyttävät herkemmin kotihoidon palveluita ja päätyvät useammin pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Terveiden edistämisen näkökulman säilyttäminen kaikissa lähipalveluissa ja vanhuspalvelun toimijoiden yhteistyö tasaa yksilöiden itsenäisen selviämisen eroja ja lisää koko yhteisön hyvinvointia. (STM 2008e, Liite 9.)

Vanhuspolitiikan tavoitteiden tasa-arvoisen toteutumisen katsotaan parantuvan valtakunnallisilla kehittämisohjelmilla (Paras, Kaste), kansallisilla laatusuosituksilla (Ikäihmisten palvelujen-, Terveiden edistämisen laatusuositus) ja periaatepäätöksillä (Terveys 2015, Hyvinvointi 2015) sekä ajantasaisella lainsäädännöllä. Viime vuosina on yhä enemmän korostettu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, ehkäisevää ja etsivää työtä sekä kansalaisten aktiivista osallistumista ja omatoimisuutta (Kauppinen, Voutilainen, Finne-Soveri ja Heinola 2008, 47).

2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvonta

2.3.1 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontavastuu

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kirjattu kansanterveyslakiin (66/1972). Lain velvoittama kunnan vastuu on huolehtia kansalaisten terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista. Terveysuojelulain (763/1994) 6§ mukaan kunnan vastuulla on tiedottaa terveysuojelusta ja järjestettävä sitä koskevaa ohjausta ja neuvontaa. Sosiaalihuoltolaki (710/1982) sisältää kunnan tehtävän huolehtia ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sekä sosiaalihuollon ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä. Lisänä on velvoite toimia sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja epäkohtien poistamiseksi. Laissa yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996) ja sen 9§:ssä määritellään vastuu ohjauksesta, neuvonnasta ja seurannasta. Neuvonnan, jonka on katsottu olevan tarpeellista hyvinvointivaltion

säädösten suuren määrän vuoksi, voidaan katsoa olevan osa kansalaisten perusoikeuksien toteutumista. (Kuusikko 2000, 18, 21; STM 2008a.)

Yhteiskunnan vastuulla oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ikääntyneille ei kuulu vastaavia subjektiivisia oikeuksia kuten perheille lasten päivähoito, vaan palvelut ovat määrärahasidonnaisia ja siten tarveharkintaisia (Kröger 2009, 102). Vuodesta 2006 voimaan astuneen sosiaalihuoltolainmuutoksen (710/1982 40a§) mukaan kaikkien yli 75-vuotiaiden on mahdollista omasta tai läheisen pyynnöstä päästä palvelutarpeen arviointiin määräajassa ja kiireelliseen tarpeen arviointiin heti iästä riippumatta. Sosiaalityön neuvontavastuuseen kuuluu asiakkaan avustaminen erilaisten sosiaalipalvelujen, etuuksien ja tukien hakemisessa, saamisessa ja asiakkaan tarpeiden vastaamisessa. Satu Ylinen (2008) analysoi gerontologisen sosiaalityön teoriaa ja siihen liittyen asiantuntijuutta, joka muodostuu ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvästä ajantasaisesta tiedosta ja yleisestä menetelmätiedosta. Vuorovaikutussuhteen luomista asiakastyössä edistävät haastattelumenetelmät, asianajo, voimaannuttaminen ja verkostotyö. (Ylinen 2008, 71-73.)

Universaalit julkiset palvelut eivät tavoita kaikkia kansalaisia tasapuolisesti kaikissa tuen tarpeissa ja ongelmissa ja yksityiset palvelut eivät ole kaikkien saatavissa, mistä seuraa nk. ”saavuttamattomien oikeuksien” -ongelma. Ehkäisevillä ja etsivillä palveluilla tulisi pyrkiä kompensoimaan heikompien lähtökohtia ja olosuhteita (STM 2008e). Kotipalvelujen resursseja ja kattavuutta on karsittu 1990-luvulta lähtien, eivätkä annetut palvelut vastaa asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita. Hoivapalvelut ovat pirstaloituneet ja sosiaali- ja terveystarvelujen välinen raja on hämärtynyt. Kunnat luottavat yhä enemmän siihen, että omaiset vastaavat tuen järjestämisestä. (Kröger 2009, 104-106). Ikäihmiset ja heidän omaisensa tarvitsevat ikääntymiseen, terveyteen ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvää tietoa ja neuvontaa sekä ohjausta siitä, mistä apua, tukea ja etuisuuksia voi saada. Tähän avuntarpeeseen on suunniteltu matalan kynnyksen neuvontapalvelu. (STM 2008a.)

Suomen kuntaliiton (Kuntaliitto 2011) ylläpitämän rekisterin mukaan erityyppisiä neuvontapalveluja on Suomessa toistaiseksi perustettu muutamaan kymmeneen kuntaan. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Ikäneuvo –työryhmä on valmistellut ehdotukset koko maan kattavan neuvontapalvelujen verkoston luomiseksi. Työryhmän

tavoitteena oli kehittää uusia toimintatapoja ja yhteistyökäytäntöjä vastaamaan esiin nouseviin yhteiskunnallisiin tarpeisiin. (Seppänen ym. 2009, STM 2009a.) Työryhmän esitykset tulevat hallituksen esityksen mukaan konkreettisesti näkyviin uudessa terveydenhuoltolaissa (HE 60/2010), jossa yksilöidään kuntien tai seutukuntien vastuut ikääntyneiden neuvontapalvelusta.

2.3.2 Ehkäisy neuvonnan käytäntönä

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontatyö liittyy osaltaan terveystieteiden toimintakenttään. Kettunen, Liimatainen ja Poskiparta (1996, 13) käyttävät terveystieteiden tehtäviä luetellessaan Tonesin terveystieteidenfilosofiaa ja sen kolmea mallia; ehkäisevä-, radikaali-poliittinen- ja itsehallintamalli. Ehkäisevä malli kuvaa perinteistä lääketieteellistä ja sairauksia ehkäisevää, mutta samalla myös yksilöä syyllistävää lähtökohtaa. Sen tavoitteena on saada yksilö muuttamaan käytöstään ja elämäntapojaan. Tämän kritiikkinä toimii nykyään usein esille tuotu medikalisaation arvostelu (ks. Kivelä 2006). Tonesin teorian terveystieteiden mallin radikaali-poliittinen tehtävä tähtää sairautta aiheuttavien rakenteiden poistamiseen ja yhteiskunnalliseen sosiaaliseen muutokseen, joista on esimerkkinä tupakkavalistuksen toimet ja tavoitteet. (Kettunen ym. 1996, 38-39.)

Terveystieteiden sivistävään tehtävään kuuluu terveyteen liittyvän tiedon kartuttaminen ja sen levittäminen. Sillä on oikeutettu ja tarpeelliseksi katsottu tehtävä yhteiskunnassa, josta on esimerkkinä terveystiedon oppiaine koulun opetusohjelmassa (ks. Kannas, Aira ja Peltonen 2010, 117-). Yleinen kiinnostus terveyteen liittyvää tietoa kohtaan on lisääntynyt ja sen vuoksi tiedottamisessa onkin merkittävää keskittyä tutkitun tiedon levittämiseen eikä korostaa itsehoitoa ja valinnanvapautta. Yksilöllisesti kohdistetun terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvän tiedon tuottaminen lähestyy Tonesin (1990) itsehallintamallin ideaa. (Kettunen ym. 1996, 22-23.) Terveystietoa on laajalti saatavissa internetissä. Vaikeinta on puolueettoman ja luotettavan tiedon löytäminen ja erottaminen kaikesta tarjolla olevasta. Yleistä luotettavaa terveystietoa ovat esimerkiksi käypä hoito –tietoa tarjoava Terveystietojärjestelmä ja TerveSuomi.fi. Ammattihenkilöille suunnattua hyvinvoinnin edistämisen työkalua

Opas-verkkosivustoa ollaan käynnistämässä vuoden 2011 alussa THL:n ja Kuntaliiton yhteistuotoksena (Heinola 2010).

Työterveyslaitoksen toimesta on tapaustutkimuksella tutkittu tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta työterveyshuollossa eli TANO-toimintaa. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että yksilön työhyvinvointiin keskittymisen lisäksi TANO-toiminnalla tulee vaikuttaa koko työorganisaation käsityksiin, normeihin sekä tiedon ja toimintatapojen muodostumiseen. (Palmgren, Leino, Jalonen, Kaleva, ja Romppanen 2008, 89-90.) Terveysneuvonnasta työterveyshuollossa on raportoitu asiakkaan voimavaraistumisen kannalta. Selvityksen mukaan parhaimpaan tulokseen päästään, kun työterveyshoitaja tukee omalla toiminnallaan asiakkaan yksilöllisiä toimintoja, kuten asiakkaan omia tavoitteita, motivaatiota, ajankäytön taitoja ja aiempaa kokemuksellista taitoa. Voimavaraistumista tukevan terveysneuvonnan katsotaan muodostuvan sekä fyysisestä että sosiaalisesta ympäristöstä. (Kivistö, Johansson, Virtanen, Rankinen ja Leino-Kilpi 2009.) Johanna Castrén (2008) on tutkinut väitöskirjatutkimuksessaan sähköistä viestintää ja verkkoneuvontapalvelua osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Tutkimuksen tulosten perusteella hän totesi, että merkittävä osa potilaiden asioiden hoitamisesta on siirtynyt verkkoon. Tämä onkin valtiovallan tavoitteena myös kehitteillä olevan sähköisen potilasasioinnin suunnittelussa. (Kanta.fi) Tarvetta onkin kehittää nykyisiä palvelumuotoja täydentäviä käyttäjäystävällisiä ja tietoturvallisia sähköisiä palveluja terveydenhuoltoon. (Castrén 2008.)

Terveydenhuollon puhelinneuvontaa on tutkittu perusterveydenhuollon osalta runsaasti. Omassa kandidaattitutkimuksessani tarkastelin kirjallisuuskatsauksella potilasvirtojen palveluohjausta puhelinpalvelulla terveydenhuollossa (Mäkelä 2007). Katsauksen tuloksena saatoinkin todeta, että terveydenhuollon palveluohjaus on tänä päivänä usein tapauskohtaista perehtyen asiakkaan kokonaistilanteen sijasta vain akuuttiin tarpeeseen. Palvelutarjonnan tulisi olla systemaattista ja ammatinharjoittajan tulisi hallita palvelut ja palveluketjun yksilölliset mahdollisuudet toimiviin käytäntöihin perustuen siten, ettei ohjaus kaatuisi liikaa yksittäisen käsittelijän vastuulle. Puheluiden seuranta ja analyysi tuottavat välttämätöntä tietoa työvoiman tarvittavien resurssien ja tietojen arvioinnissa. Monipuolinen koulutus ja hyvät tietojärjestelmät sekä toiminnan vakiintuminen voivat tutkimusten perusteella olla ratkaisu kasvaville terveydenhuollon vaatimuksille. Tarpeiden mukaisten palveluiden saatavuutta ja henkilöresurssien riittävyttä voidaan

parantaa hyvin suunnitellun ja organisoidun puhelinpalvelun avulla muiden terveystalveluiden osatoimintona. Uusien palvelumuotojen käyttöönnotto ja palvelutuotannon kokonaisvaltainen kehittäminen edellyttää valmiutta laajempiin organisaation toiminnan muutoksiin. Toiminnosta tulee tiedottaa ja valistaa kansalaisia, koska sillä ohjataan puhelinpalvelujen käyttöä haluttuun ajankohtaan ja numeroon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontaa antavat myös kolmannen sektorin järjestöt. Järjestöjen tehtäviin kuuluu tiedotus, opastus, neuvonta ja konsultointi. Sosiaalibarometrin 2007 arvion mukaan järjestöt tukevat ja opastavat ihmisiä myös lain mukaan sosiaali- ja terveystoimen vastuulle kuuluvissa asioissa. Kuitenkin lakisääteisiä etuuksia koskevissa ja monimutkaisissa tiedon tarpeissa eivät vapaaehtois- ja vertaisneuvojien tiedot ja taidot riitä. Järjestöt tavoittavat usein heikommassa asemassa olevia tuen tarvitsijoita, jotka eivät tiedä miten edetä joskus haastavissakin elämän tilanteissa. Järjestökentän paikallisyhdistykset arvioivat tiedonvälityksen merkityksen kasvavan tulevaisuudessa. Tärkeänä toimintamuotona sitä piti 70% paikallisyhdistyksistä, kun vastaavasti neuvonta mainittiin 65%:ssa ja vertaistuki 60%:ssa vastauksista. Järjestöjen palvelun etuna on matala kynnys yhteyden ottamiseen, helppo saatavuus, maksuttomuus ja monikanavaisuus palvelussa; henkilökohtaisesti, puhelimitse, verkossa ja sähköpostitse. Neuvontaa koskevan koulutuksen ja seurannan suunnittelussa pitäisi huomioida myös järjestökentän neuvojat. (Sulku 2009.)

2.3.3 Ikääntyvien ihmisten neuvonta

Perinteisesti ikääntyneiden neuvonta on ollut asiantuntijälähtöistä; ammattilaisen tiedon siirtoa asiakkaalle. Tämä on perustunut näkemykseen, että pelkkä tieto terveyttä edistävästä asioista riittää muuttamaan ihmisten arvoja, asenteita ja käyttäytymistä. Perinteistä neuvontatapaa on pyritty muuttamaan asiakaslähtöiseksi orientaatioksi sillä perusteella, että jokainen on oman elämänsä, kokemuksensa ja tarpeidensa paras asiantuntija. Kun neuvonnassa tapahtuva tiedon vaihto on kaksisuuntaista, ammattihenkilöllä on mahdollisuus saada asiakasta koskevaa ainutlaatuista ja olennaista tietoa oman ammattitaitonsa ja kokemuksensa lisäksi. Vahvaa ammattitaitoa kuvaa se, että neuvoja kykenee mukauttamaan neuvontansa asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Terveyttä edistävä neuvonta edellyttää ammattilaiselta monipuolisia tietoja

vanhenemismuutoksista, eettisyydestä, osallistumista tukevien menetelmien käytöstä ja joustavasta vuorovaikutuksesta sekä taitoja ja halukkuutta reflektointiin ja itsensä jatkuvaan kehittämiseen. (Salmela ja Matilainen 2007, 218-219, 231.)

Iäkkäisiin ihmisiin suunnatulla neuvonnalla tähdätään laaja-alaiseen ihmisen elinolojen parantamiseen ja omien voimavarojen tunteen lisääntymiseen eli voimaantumiseen (empowerment). Henkilön voimaannuttamisella pyritään parantamaan taitoja ja kyvykkyyttä ja sillä tavoitellaan lisääntyttä autonomiaa ja kykyä päättää omista asioistaan sekä parempaan elämänhallintaan. Asiantuntijan tehtävänä on antaa tietoja ja luottamuksellisella neuvonnalla yhteistyössä ikäihmisen kanssa ratkoa arkielämän ongelmia ja mahdollistaa terveyden edistämisen toimia käytännössä. Voimaantumisen tunne syntyy lisääntyneellä tiedolla, oivaltamisella ja ymmärryksellä. Kun tuetaan henkilön omia voimavaroja, henkilön pystyvyyden eli kompetenssin tunne kasvaa, hänen toimintakykynsä lisääntyy ja oma kokemus terveydestä, oman elämän hallinnasta ja elämänsä kulkuun vaikuttamisesta kasvaa. (Helin 2008, 429-430.)

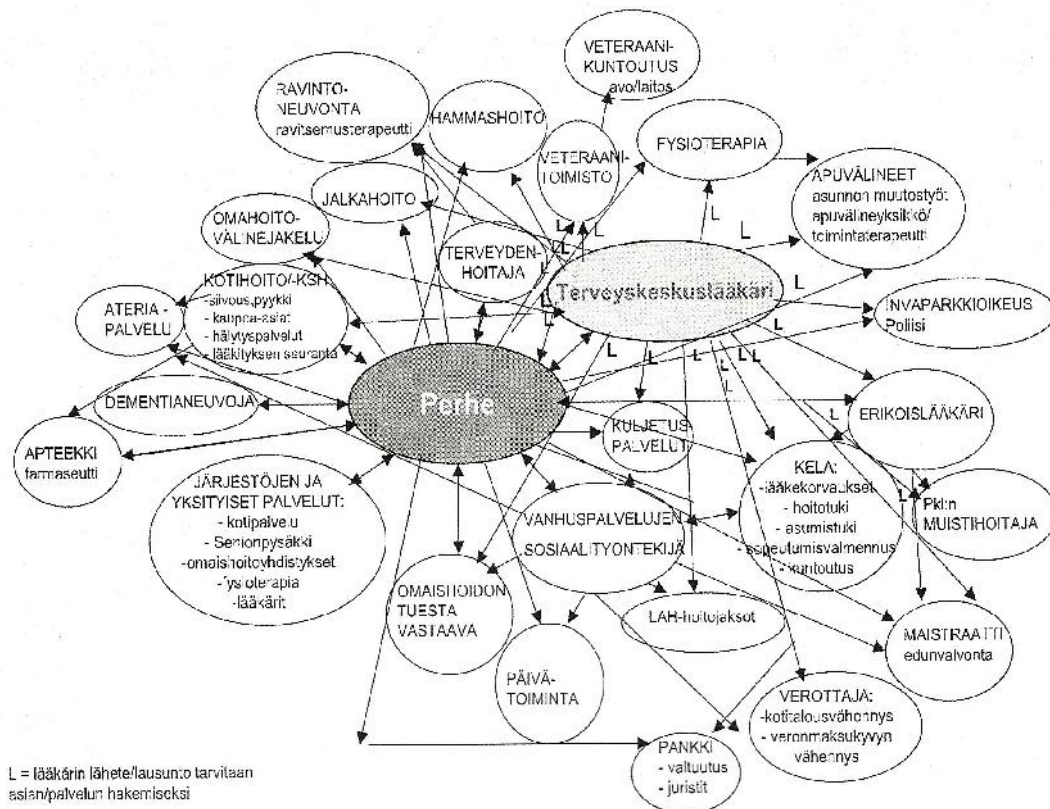
Anu Muuri on väitöskirjassaan (2008) määritellyt sosiaalipalveluasiakkaan avoimen asiantuntijuuden, joka liittyy käytäntöön ja kokemukseräiseen tietoon ja jonka lähtökohtana on tasavertaisuus ja vuorovaikutteisuus. Ammattineuvojan tehtävä on vahvistaa asiakkaan omaa roolia ja olla nk. fasilitaattori eli mahdollistaa palvelujen saanti. Suurimpana haasteena tutkija näkee sopivan yhdistelmän löytämisen universaalisten ja yksilöllisten palveluiden välille oikea-aikaisesti. (Muuri, 2008, 61; ks myös Korhonen, Julkunen, Karjalainen, Muuri ja Seppänen-Järvelä 2007, 61.) Asiantuntijan roolit vaihtelevat riippuen onko kysymyksessä tiedotus-, neuvonta- vai ohjaustilanne. Tiedottamisessa asiantuntija pyrkii antamaan asiakkaalle puuttuvaa oikeata ja riittävää tietoa. Neuvontaan sisältyy tiedonvälityksen lisäksi ratkaisu asiakkaan esittämään ongelmaan. Asiantuntijan vastuulla on antaa ymmärrettäviä neuvoja. Ohjauksessa asiakkaan rooli on vahvempi ja asiantuntijan tehtävä on keskustelun avulla vahvistaa asiakkaan toimintakykyä vuorovaikutuksessa. (Onnismaa 2007, 25-27.)

Amerikkalaiset Nicholas Long kumppaneineen ovat selvittäneet vuonna 1971 toimintatutkimuksella ikääntyneille suunnatun neuvontapalvelun toimintamuotoja ja toiminnasta saatujen tulosten hyödyntämistä palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Tutkimuksen tavoitteena oli keskittyä ammattimaisesti tuotettuun palveluun, joka oli kohdistettu palvelujärjestelmän ulkopuolisille ikäihmisille. Neuvontapalvelun toimintamuotoja olivat tiedotus, neuvonta, seuranta ja ohjaus. Esille nousivat palvelun taustalla olevien tarpeiden määrittely, vaikutusten mittaamisen ongelmat ja näiden myötä suunnittelun ja resursoinnin haasteet. Myös palvelun tarvitsijan ja tuottajan kohtaamisen ongelma tuli esille tuloksissa. (Long, Anderson, Burd, Mathis ja Todd 1971.)

Tukipuhelinpalveluja ikääntyneille on tutkittu erilaisten rajattujen kohderyhmien kannalta. Dementiaa sairastavien omaishoitajille tarjottua puhelintukea tutkittaessa on todettu, että koulutettujen auttajien tuottama sosiaalinen tuki voi parantaa eristyneiden omaishoitajien psykososiaalista hyvinvointia ja ehkäistä stressistä aiheutuvia sairauksia. (Chang, Nitta, Carter ja Markham 2004.) Irlantilaisessa tutkimuksessa Eamon O'Shea (2006) on analysoinut ikääntyneiden vapaaehtoisten tuottamaa organisoitua sosiaalisen tuen vertaispuhelinpalvelua senioreille tavoitteena tuottaa neuvonnan käytännön malli. Arvioinnin ongelmana oli osoittaa kausaalisuhte palvelun ja soittajien hyvinvoinnin välillä, joten palvelusta syntyneet hyödyt perustuivat lähinnä yksittäisten vastaajien käsityksiin. Palvelu on kuitenkin laajentunut nopeasti; tutkimusajankohtana vastaajia oli kaikkiaan lähes 300 ja vastauskeskuksia eri puolilla Irlantia yksitoista. Vastaajat toivoivat mahdollisuutta keskinäiseen kanssakäymiseen, yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja integrointia formaalin palvelujärjestelmän kokonaisuuteen. (O'Shea 2006.)

Niin kotimaisessa kuin kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on käsitelty niukasti yksilön tiedontarpeen ja oikea-aikaisen tiedonsaannin merkitystä ikäihmisten hyvinvoinnille ja terveydelle sekä selviytymiselle arkipäivän toimijana nykyisessä monimutkaisessa elinympäristössä. Vanhuuspoliittiset ohjelmat ja palveluinnovaatiot rakentuvat itsenäisen selviytymisen ja valinnan mahdollisuuden varaan; kuten omaishoitajuus ja palvelusetelin käyttö, mitkä edellyttävät tiedon ja oman elämän hallintaa (Backman 2001, 67-68; Muuri 2008, 62). Onko ikääntyneillä mahdollisuus saada tarvittavia tietoja ja taitoja ja miten se onnistuu käytännössä? Haasteina on osallistavien ja valtaistavien menetelmien kehittäminen ja niiden soveltaminen asiakastyössä (Korhonen ym. 2007, 42). Voisiko matalan kynnyksen yleinen neuvontapalvelu olla ratkaisu palvelutarpeisiin?



KUVIO 1. Palvelujärjestelmä iäkkään asiakkaan silmin (STM 2008c, 19)

Ikäntyvien terveyden ja toimintakyvyn myönteisen kehityksen tukeminen varhaisella puuttumisella ja itsenäisyyden tukemisen katsotaan kannattavan ikääntyneiden määrän kasvamisen ja palvelujen rahoituksen kestävyysvaikoksi. Monimuotoinen ja monimutkainen palvelu- ja tukiverkosto (Kuvio 1.) edellyttää palvelujärjestelmän tuntemista sekä ymmärrystä oman ja yhteiskunnan vastuun ja mahdollisuuksien rajoista. Marjaana Seppänen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta esittää, että

” ikäihmiset ja heidän omaisensa tarvitsevat neuvontaa ja ohjausta erityisesti ikääntymiseen liittyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä tekijöistä, riskien hallinnasta sekä siitä, mistä ja miten tukea, apua, palveluja ja hoitoa voi tarvittaessa saada”. (STM 2008c, 15-16.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään ehkäisevän vanhustyön interventioista edellä olevan määritelmän mukaisen matalan kynnyksen palvelun iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun kuvaamiseen.

2.4 Ehkäisevän vanhustyön tutkimus

Ikääntyneiden ihmisten itsenäistä selviytymistä ja kotona asumisen tuen tarvetta on selvitetty eri näkökulmista. Tanja Laatikainen (2009) on tehnyt selvityksen vanhusten kotona asumisen tukemisesta. Siinä on holistisella otteella huomioitu fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös sosiaalisen ja psykologisen toimintakyvyn osa-alueet. Toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttavat useat eri tekijät, joiden seurauksena avun- ja palveluiden tarve kasvaa. Selvityksen mukaan yleisimpiä kotona asumisen ongelmia ja siten raskaampien palveluiden tai laitosasumisen tarvetta ennakoivia tekijöitä olivat: sairaudet (joista erityisesti etenevät muistisairaudet kuten dementia), turvattomuus, masentuneisuus, yksinäisyys, omaishoitajan väsyminen ja asunnon puutteet. Esille tulivat sekä kotiin annettavien palvelujen lisäämisen tarve että palveluista tiedottamisen tarve. Omaiset kokivat ongelmallisena tiedon puutteen esimerkiksi dementoivista sairauksista. (Laatikainen 2009, 29-30.)

Vastaavia tuloksia on saanut Sirpa Kärnä (2008) väitöskirjatutkimuksessaan ja todennut uusien ikääntymisen ulottuvuuksien haastavan vanhuspalvelujen totuttuja käytäntöjä. Pitkittäistutkimuksessa kyselyyn vastanneet ikääntyvät näkivät toimeettomuuden ja yksinäisyyden hyvinvointia uhkaavina tekijöinä. Esteettömät asuinympäristöt ja kotiin laadukkaiden kotipalveluiden saatavuus asettavat pikaisia haasteita pitkäjänteiselle kehitystyölle. Omatoimisuuden tueksi tarvitaan päivä- ja ryhmätoimintaa ja korttelikahviloita. Ammattihenkilöstön apuun luotetaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisessa. (Kärnä 2008.)

Vanhuusiän yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä on analysoitu seuruututkimuksella osana Jyväskylän seudun Ikivihreät –projektia. Tutkimuksessa lähestyttiin aihetta yksinäisyyden kokemuksen ja koetun yhteisyyden kautta. Sen tavoitteena oli tutkia yksinäisyyttä ennustavia sosiodemografisia ja ekonomisia sekä vuorovaikutussuhteita, terveyttä ja toimintakykyä ennustavia tekijöitä. Tulosten perusteella yksilölliset tekijät ja persoonallisuus olivat ratkaisevia tekijöitä siinä, miten terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja henkilökohtaiset menetykset vaikuttivat yksinäisyyden kokemukseen ja yhteisön tuen tarpeeseen. (Tiikkainen 2006, 64.)

Kotona asuvien sosiaalisen tuen merkitystä arjen hyvinvoinnille on analysoitu haastattelututkimuksella. Tutkimuksen haastateltavat tarvitsivat säännöllistä tukea ja käytännön apua. He saivat toiminnallista tukea sekä kunnan tarjoamista palveluista, sosiaalitalkkareilta (arkisten askareiden apu) sekä ystäviltään ja omaisiltaan. He kuvasivat saavansa emotionaalista tukea toiminnallisen tuen kautta, mutta korostivat omaa selviytymistä ja itsenäisyyttä. Tiedon saannissa luotettiin omaisten ja alueen palveluvastaavan apuun. (Niittymäki 2006, 83.)

Suomessa ikääntyneisiin suunnattuja ehkäiseviä palveluita on tutkittu etenkin kuntouttavan liikunnan ja elintapoihin kohdistuvan valistuksen osalta (Routasalo & Arve 2002). Ikäinstituutti on keskittynyt hankkeisiin, joilla tuetaan ensisijaisesti fyysisen toimintakyvyn edistämistä ja palauttamista liikunnan ja kuntoutuksen avulla. Niistä ovat esimerkkinä hankkeet Liikkeessä 2002-2005 (Ponsi, Karvinen, Simonen 2005) ja VoiTas 2003-2006 (Salminen ja Karvinen 2006). Ensimmäisellä Voimaa vanhuuteen –iäkkäiden terveystoimintasuunnitelman kaudella 2005-2010 (Vuorela, Haila ja Ruuth 2010) kehitettiin toimintamalleja, joita ohjelman toisella kaudella (2010-2014) juurrutetaan kuntiin.

Ehkäisevien kotikäyntien tärkeimpinä tavoitteina kunnissa on nähty palvelutarpeen arvioinnin, kotona asumisen tukemisen sekä palveluista tiedottamisen, neuvonnan ja ohjauksen. Ehkäiseviä kotikäyntejä on kokeiltu ja mallinnettu hankkeilla ympäri maata 2000-luvulla. (ks. Häkkinen ja Holma 2004) Ehkäisevien kotikäyntien sisältöjä on selvitetty kyselytutkimuksella. Yleensä kotikäyntejä on tarjottu sinä vuonna tietyn iän saavuttaneille; 75, 80 tai 85 -vuotiaille. Kotikäyntien perusteella vanhuksia ohjattiin pääosin apuvälinepalveluihin, päivätoimintaan, terveysaseman ja kotihoidon palveluihin, kotipalveluun sekä kotisairaanhoidon. Toiseksi ohjausta tehtiin sosiaalitoimen, järjestöjen ja seurakuntien palveluihin ja lisäksi muita olivat Kelan palvelut, kotiin tuotavat tukipalvelut (ateria ja kuljetus), kuntoutuspalvelut sekä yksityiset siivous- ja kotipalvelut. Kotikäynnistä kieltäytyneiden suuri määrä muodostuu haasteeksi oikean kohderyhmän tavoittamisessa. Tutkimuksessa todettiinkin että kotikäyntien rinnalle tarvitaan muita ehkäiseviä muotoja, kuten keskitettyä neuvonta- ja ohjauspalvelua. (Viippola 2007.)

TAULUKKO 3. Ehkäisevien palvelujen ja interventioiden kuvauksia ja ehkäisyyn liittyvät maininnat tuloksissa

Tutkija(t), julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Häkkinen Hannele ja Holma Tupu 2004	Ehkäisevien kotikäyntien kehittämishanke, hyvien käytäntöjen kokoaminen ja levittäminen, kunnille uutta tietoa vanhustyöhön	Ehkäisevien kotikäyntien hankekokonaisuus	Ehkäisevien kotikäyntien tuotteistus ja prosessikuvaus
Ponsi Vuokko, Karvinen Elina ja Simonen Mika 2005	Liikkeessä kehittämis- ja tutkimusprojekti 2002-05. Edistää kotona asuvien, toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden ihmisten toimintakykyä, elämänlaatua ja autonomiaa.	Ulkona liikkumista edistävät toimintakokeilut ja kehittämistyö.	Ulkona liikkumisen tukemiseen oli tarvetta. Osa toimintakyvyltään heikentyneistä ikäihmisistä haluaa ja pystyy osallistumaan ohjattuun ryhmäliikuntaan.
Niitymäki Anne 2006	Kotona asuvien ikääntyneiden kokemukset kotiin saatavasta sosiaalisesta tuesta	Teemahaastattelu	Haastateltavilla oli suuri käytännön avun tarve, oikeiden palvelujen löytäminen oli haastavaa, henkilökohtaisen neuvonnan tarve, turvattomuus ennusti laitospalveluun siirtymistä, paremmin toimeentulevat saavat neuvonta ja tukea
Salminen Ulla ja Karvinen Elina 2006	Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voima- ja tasapainoharjoittelun tukemiseen tähtäävä VoiTas-projekti 2003-06.	Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn, tasapainokyvyn ja jalkojen lihaskunnan edistäminen ja kehitystyö kokeilukunnissa.	Valtakunnallisten toimintakokeilujen pohjalta laadittu koulutusohjelma ja käytännöt.
Tiikainen Pirjo 2006	Kuvata koettua yksinäisyyttä ja sitä ennustavia tekijöitä sekä koettua yhteisyyttä.	Laadullinen haastattelututkimus seuruaasetelmassa	Terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen altistivat yksinäisyyden tunteille, interventioissa huomioitava yksinäisyyden moninaisuus ja yksilölliset tekijät
Haapanen Sisko 2007	Sotainvalidien kotona asumista tukeva neuvontapalvelu	Teemahaastattelu	Palveluneuvojen työ koettiin sosiaalisena tukena, jonka avulla saatiin tiedollista, välineellistä ja emotionaalista tukea kotona selviytymiselle.
Laatikainen Tanja 2009	Vanhusten kotona asumiseen liittyvät vaikeudet ja tuen tarpeet.	Teemahaastattelu	Kotona asumista voivat vaikeuttaa monet erilaiset riskitekijät. Keskeisimmät olivat: dementoituvien, masentuneiden ja omaishoitajien tukeminen.
Vuorela Maarit, Haila Katri ja Ruuth Mari 2010.	Voimaa Vanhuuteen iäkkäiden terveysliikuntaohjelma 2005-2010. Ulkoisen arvioinnin raportti.	Iäkkään kotona asuvan iäkkään väestön toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja elämänlaadun parantamiseen tähtäävä hankekokonaisuus.	Ohjelmalla on lisätty ikääntyneiden mahdollisuuksia lihasvoima- ja tasapainoharjoiteluun. Yleinen tietämys ikääntyneiden liikunnasta on kasvanut. Uudet toimintamallit ja verkostot.

Edellä (Taulukko 3.) esitellyt selvitykset ja tutkimukset ovat keskittyneet iäkkään ihmisen kotona asumisen tukemiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Sotainvalidien neuvontapalvelun tavoitteena oli sotainvalidien, heidän puolisojensa ja leskiensä henkilökohtaisten voimavarojen tukeminen, jossa keskeisiksi muodostuivat sosiaalisen tuen antaminen ja kotona selviytymisen varmistaminen. Palvelun taustalla oli erityinen sotilasvammalakiin pohjautuva etuus- ja palvelujärjestelmä. Haastateltavat joko hakeutuivat itse neuvontapalveluun tai palveluneuvoja oli heihin yhteydessä kotihoidon kautta. Sotainvalidit saivat apua terveysongelmiin, sotavammojen ja toimintakyvyn alenemiseen liittyviin tuen tarpeisiin. Neuvontapalvelusta saadun monipuolista tiedollisen asiantuntija-apua merkittävänä arjessa selviytymiselle, koska palveluneuvoja kykeni auttamaan kaikissa tuen tarpeissa. (Haapanen 2007.)

Satu Elo (2006) on kehittänyt teorian kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä pohjoissuomalaisesta näkökulmasta. Teoria käynnistyi ympäristön hyvinvointia resursoivasta merkityksestä. Tutkimuksen pääkäsitteiksi muodostuivat avun saaminen, yhteydenpito omaisiin, ystävät hyvinvoinnin tukena ja viihtyisä asuinympäristö. Kaupungissa palveluiden saatavuus liittyi monipuoliseen tarjontaan ja haja-asutuksessa kulkuyhteydet paransivat saatavuutta. Hyvä taloudellinen asema paransi lisäpalveluiden saamista kotiin. Tulosten mukaan etenkin haja-asutusalueilla ja maaseudulla asuvat korostivat kotiin saatavan tuen merkitystä kotona selviytymiselle. Ydinkysymys onkin jatkossa, että kyetäänkö kehittämään uusia lähipalvelun muotoja vai onko taajamien ulkopuolella asuvien ikääntyneiden muutettava palveluiden vuoksi kauemmas sosiaalisesta turvaverkostosta. Yksi ratkaisu on puhelimitse tuotettavat ja muut teknologiset ratkaisut yhteydenpidon helpottamiseksi. (Elo 2006.)

Hilkka Tervaskari (2006) on haastattelututkimuksen avulla perehtynyt senioreiden sosiaalista itsenäisyyttä tukeviin palveluihin ja verrannut tuloksia Suomen ja Japanin välillä. Kyselyyn osallistuneiden asiantuntijoiden mielestä Suomen palvelutarjonta ikääntyville on monipuolista ja aktiiviset seniorit olivat sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin että kulttuuri-, liikunta- ja muihin harrastuspalveluihin tyytyväisiä. Sekä asiantuntijoiden että senioreiden kokemuksen mukaan suurin tarve oli tiedon saanti tarjolla olevista palveluista; mitä, mistä ja minkälaisia palveluja on tarjolla.

Palveluviidakko ja palveluntuottajien runsaus tuottaa ongelmia; kontakti palveluntuottajaan ja palvelun tarpeenmukainen tilaaminen saattaa olla vaikeaa, jolloin moni tarpeellinen tai jopa välttämätön palvelu voi jäädä löytymättä. Joka paikkakunnalle sijoitettu koordinoiva taho auttaisi yhteyksien löytymisessä, yhteyden saamisessa ja organisoinnissa. Sen tulisi olla yhden numeron päässä oleva tukikeskuspalvelu, josta voisi myös tilata palveluita kotiin muun ohjauksen ja neuvonnan ohella. Tämä olisi panostus ehkäiseviin palveluihin, mutta edellytyksenä olisi kaikkien toimijoiden yhteistyö, verkottuminen ja siihen soveltuvan teknologian kehittäminen. (Tervaskari 2006, 64.)

Kansainvälisesti on julkaistu runsaasti tutkimusartikkeleita terveyden edistämisestä ja ehkäisevistä interventioista. Kun kirjallisuushakuja tekee käyttämällä hakusanoina yleisiä ”prevention” tai ”promotion” käsitteitä, tavoittaa kymmeniätuhansia tutkimusartikkeleita. Pääosa niistä on angloamerikkalaista tutkimuskirjallisuutta (USA, Australia) ja valtaosa keskittyy yksilöidyn sairauden kautta hyvin rajattuun potilas- tai asiakasryhmään kohdistettuihin toimiin tai terveydenhuollon interventioihin. Käytin koeluonteisesti CINAHL-tietokantaa hakuihin toukokuussa 2010. Rajasin haut koskettamaan englanninkielisiä tieteellisiä artikkeleja Euroopasta, joista olisi saatavissa koko artikkeli ja jotka käsittelisivät terveyden edistämistä kohdejoukossa yli 65-vuotiaat. Tein hakuja esimerkiksi sanayhdistelmillä ’health promotion AND self care AND the elderly’ ja ’health promotion AND community AND living home’. Haun tuloksena tavoitin kymmeniä artikkeleja, mutta en tavoittanut sellaisia, joissa tutkimusaihe otsikon perusteella olisi riittävän laaja ja yleinen. Yritin tavoittaa tutkimuskirjallisuutta myös yhdistämällä edellisiin hakuihin käsitteet ’advice’ ja ’counseling’, mutta en saavuttanut yhtään aiheen kannalta relevanttia artikkelia. Summittaisella otsikkoon perustuvalla hakemisella ja kirjallisuusviitteiden seuraamisella onnistuin tavoittamaan tämän tutkimuksen kannalta relevantteja artikkeleita. Niistä olen ottanut työhön mukaan muutaman kirjallisuuskatsauksen, joista yksi esimerkki on alla ja muita seuraavassa luvussa ehkäisyn vaikuttavuudesta. Vertailujen tekemisen ongelmana on määritelmien erilaisuus ja interventioiden tulosten kontekstisidonnaisuus (vrt. Godfrey 2001).

Analysoitaessa kotona asuvien ikäihmisten toimintakyvyn alenemiseen sisältyviä riskejä todettiin, että edes toimintakyvyn laskulle ei ollut yhteistä määritelmää. Systemaattiseen

kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen ja kriteerit täyttävien 78 tutkimuksen vertailu keskenään oli vaikeaa. Yhteenvedon perusteella tutkijat totesivat, että empiirisen aineiston perustuvat tutkimukset tuottivat kuitenkin tukea oletuksille. Biologisten, psykologisten ja sosiaalisten riskitekijöiden ja toimintakyvyn rajoitusten kehittymisessä voitiin nähdä kausaaliyhteys. Perinteisesti palvelut maantieteellisellä alueella on järjestetty ikä- ja sukupuolijaottelulla. Päätelmänä oli, että tarkemmalla riskien tunnistamisella voidaan suunnitella sekä laitospalveluita että avohuollon palveluita ja ehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä väestötasolla. (Stuck, Walthert, Nikolaus, Büla, Hohmann ja Beck 1999.)

Vanhusten toimintakyvyn edistäminen ja ehkäisevät palvelut ovat tutkimusalueita, joiden kiinnostus on kasvamassa. Eri toimintamallien käyttöönottoa ja interventioiden vaikutusta analysoivaa sekä käytänteiden muuttamiseen tähtäävää soveltavaa tutkimusta tarvitaan, koska vanhusväestön itsenäistä selviytymistä tukevalla tiedolla ja asiantuntemuksella on yhteiskunnassa lisääntyvä tarve. Toimintakyvyn edistäminen on moniulotteista ja monialaista toimintaa ja toistaiseksi järjestelmä ei tue eri sektoreiden uudenlaista yhteistyötä, joka perustuu monitieteiseen tutkimukseen. Soveltava tutkimus ja uudenlaisen asiantuntemuksen synnyttäminen edellyttää sekä alan teorioiden ja tutkimusmenetelmien kehittämistä että tiedon ja koulutuksen systemaattista vuorovaikutuksellista lisäämistä. Nykyään on meneillään runsaasti teknologisten innovaatioiden tutkimus- ja tuotekehitysprojekteja iäkkään väestön toimintakyvyn edistämiseksi, sen sijaan sosiaalisten innovaatioiden tuottamiseen ja levittämiseen tähtäävä tutkimus puuttuu lähes kokonaan. (Rantanen 2008, 413-414.)

2.5 Ehkäisevän vanhustyön vaikuttavuus

Mary Godfrey (2001) on yrittänyt olemassa olevan tiedon perusteella tehdä käsitelmäärittelyä ikääntyneisiin kohdistetuista ehkäisevistä sosiaalipalveluista. Sosiaalipolitiikassa käydään keskustelua ehkäisyn eri tasoista (primääri, sekundaari ja tertiääri) ja niissä vaikuttavista toimintatavoista vailla yhteisiä määritelmiä ja ymmärrystä. Näyttöön perustuvan tiedon puuttuessa ehkäisevien palvelujen ja interventioiden vaikuttavuutta on vaikea arvioida. Yleensä keskitytään siihen, mitä ehkäisevät palvelut ovat, mitä niillä pyritään ehkäisemään ja kenen näkökulmasta;

asiakkaan, ammattihenkilöiden vai palvelujärjestelmän. Olennaista Godfrey'n mukaan ei ole pohtia, mitä ehkäisevät palvelut ovat, vaan miten tietyillä palveluilla saavutetaan mahdollisimman suurta hyötyä ja mikä niiden rooli on koetun hyvinvoinnin synnyssä ja ikääntymisen myötä tulevien menetysten kompensoinnissa. (Godfrey 2001.) Tulevaisuudessa yhä tärkeämmäksi sosiaalipalvelujen kehittämisessä muodostuvat asiakkaiden arviot käytäntöjen hyvydestä (Korhonen ym. 2007, 51).

Ehkäisevän vanhustyön vaikuttavuutta pidetään hankalana mitata. Kun selvitettiin terveyden edistämisen interventioiden vaikutusta sosiaalisen syrjäytymisen ja yksinäisyyden torjunnassa, ongelmaksi osoittautui terveyden edistämisen arviointiin soveltuvien menetelmien puute. Kansainvälisessä vertailussa, joka tehtiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella, tutkimukset olivat määrällisiä ja pääosin amerikkalaisia. Yksinäisyyteen vaikuttaviksi todettiin kolmasosa ryhmäinterventioista, jotka sisälsivät kasvatuksellisen tai sosiaalisen tuen näkökulman kohdistuen määrättyyn kohderyhmään. Tutkimusten mukaan erityishuomiota arvioinnissa tulee kiinnittää toteutukseen, jotta saavutetaan ymmärrys, miksi tuloksia ei saavutettu verrattuna odotuksiin. Osoittautui, että vaikuttavimpia olivat hankkeet, joihin liittyi kansalaisten osallisuus suunnitteluun, kehittämisen tai toteuttamiseen. Koska Ison-Britannian kokemuksia terveyden edistämisen interventioissa voidaan pitää vertailukelpoisina omassa kehitystyössämme, kannattaa myös mainita tutkijoiden huomio politiikkayhteydestä. Huolimatta useasta Isossa-Britanniassa toteutetusta kansallisesta politiikkaohjelmasta, joilla tähdättiin syrjäytymisen ja yksinäisyyden kokemisen vähentämiseen, tutkijat eivät löytäneet yhtään arviointitutkimusta käytäntöjen muuttamisen vaikuttavuudesta. (Cattan ym. 2005.)

Englannissa on aiemmin selvitetty haastattelututkimuksella, miten päättäjät ovat edistäneet ehkäisyä palveluissa ja strategioissa ja millä perusteilla. 1990-luvulla valtion ikäpoliittiset ohjelmat korostivat ikääntyneiden sosiaalista osallisuutta. Päättäjät tunnistivat kolme ehkäisyn pääperiaatetta; sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaisuuden ymmärrys, sosiaalisen osallisuuden ja aktiivisen kansalaisuuden tärkeys ja sosiaalisten tekijöiden suurempi painoarvo terveydelle ja hyvinvoinnille. Perinteenä ovat olleet vapaaehtoisorganisaatioiden tuottamat kevyen tason paikalliset ehkäisevät palvelut. Päättäjät kokivat vastaavien palveluiden siirtämisen julkisen sektorin vastuulle olevan haastavaa, koska heihin kohdistui vaatimus osoittaa niiden tehokkuus ja

taloudelliset hyödyt. Arviointia oli tehty lähinnä hankkeista ja lyhytkestoisista interventioista. Elämän laatuun laajemmin vaikuttavien toimien tuloksellisuus katsottiin kilpailutilanteessa vaikeaksi osoittaa, vaikka periaatteessa haluttiin edistää ehkäisyä. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että keskustelua laatusiikoista ja ikäihmisten palvelutarpeista pitää jatkaa, jotta poliittista tahtoa ja sitoutumista voidaan parantaa. (Lewis, Hardy, Waddington, Fletcher ja Milne 1999.)

Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuuden tutkimuksessa on saatu osin ristiriitaista tietoa. Kansainvälisessä vertailussa ei ole pystytty osoittamaan, että ehkäisevillä kotikäynneillä olisi mahdollista vaikuttaa toimintakyvyn heikkenemiseen yleisellä tasolla. Kuitenkin kohdistettuna alhaisen kuolleisuusriskin omaaviin ikääntyneisiin, vaikutukset toimintakykyyn saattavat olla positiivisia. Tulosten tulkinta sekä vaikuttavuuden vertailu ja tutkimus oli metodologisesti haastavaa, koska itse interventioiden toteutukset vaihtelivat paljon ja ovat kontekstisidonnaisia. (Toljamo, Haverinen, Finne-Soveri, Malmivaara, Sintonen, Voutilainen ja Mäkelä 2005.)

Ohjaus- ja neuvontapalveluiden kustannus-hyöty analyysi on ongelmallista. Resursseja eri toiminnoille myönnetään yleensä sen mukaan, miten tärkeäksi se yhteiskunnassa koetaan eikä hajallaan olevan empiirisen tiedon perusteella. Siksi olisi tärkeää, että neuvonta- ja ohjaustyössä toimivat olisivat hyvin perillä kunnan poliittisten luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden tavoitteista palvelujen suhteen. (Onnismaa 2007, 131- 132.) Informaatio-ohjauksen käytännön keinoja suositusten ohella on kunnille tarjottava järjestelmällinen arviointitiedon keruu ja julkaiseminen. Ikääntyneiden ihmisten palvelujen palveluiden seurantaan ja arviointiin on käytettävissä luotettavia indikaattoreita SOTKAnet- verkkopalvelussa ja RAI-tietokannassa. Niitä voidaan hyödyntää kuntien väliseen vertailuun ja yksilötasolla asiakkaiden tarpeiden arviointiin, palvelusuunnitelman laadintaan ja hoidon tulosten seurantaan. Näiden lisäksi palveluiden laadullista ja määrällistä kehitystä voi seurata seurantatiedosta säännöllisesti julkaistavista tilastoraporteista, erillisjulkaisuista ja artikkeleista. Kuntien haasteena pidetään olemassa olevan tiedon hyödyntämistä palveluja, palvelujärjestelmää ja niiden laatua kehitettäessä. (Kauppinen ym. 2008, 47.)

3 KUNNALLINEN PÄÄTÖKSENTEKO

Tässä luvussa luodaan katsaus julkisen poliittis-hallinnollisen päätöksenteon teorioihin osana hallintoa. Tässä ei ole tarkoituksena tehdä kattavaa systemaattista käsitteellistä kuvausta julkisen politiikan päätöksentekoteorioista ja niiden suhteesta kunnalliseen päätöksentekoon sinällään, vaan keskittyä käytännönläheisesti kuntien päätöksenteon mekanismeihin ja prosesseihin. Tutkimusongelman kannalta myös kuntien hallituksen rooli poliittisesta päätöksenteosta vastaavana elimenä on olennainen. Näkökulmana tarkastelussa on kunnallisen päätöksenteon mahdollisuudet ja esteet, kun käynnistetään uutta ehkäisevää palvelua.



KUVIO 2. Kunnallisen päätöksenteon ulottuvuudet uuden palvelun käynnistämässä

Edellä laatimaani kaavioon (Kuvio 2.) olen pyrkinyt kokoamaan julkisen päätöksenteon ulottuvuuksia, joita käsittelen seuraavassa alaluvussa. Uuden palvelun toimeenpanoa edeltää prosessi, jota on vaikea systemaattisesti hahmottaa saati hallita.

Terveyden edistämisen ja yhteistyön esteenä kunnallisessa päätöksenteossa on tutkimuksen perusteella eri toimialojen toimintaa ohjaava säätely (Andersson 2003). Päätöksenteon priorisointia vaikeuttaa tiedon puute sen vaikutuksista ja tiedon ristiriitaisuus. Jos päätöksenteko ulottuu vain strategiselle tasolle ilman jalkautumista käytäntöön ja tutkittua tietoa ehkäisystä ei ole saatavissa, kohdistetaan voimavarat korjaaviin toimiin. (Lammintakanen 2005.) Strategisen johtamisen ongelmina nähtiin kaavamaisuus ja suunnitelmien jääminen teoriatasolle (Häkkinen 2005) ja käsitteistön epäselvyys, joka vaikeuttaa johtamista ja aiheuttaa sekaannusta organisaatiossa yleisesti (Rannisto 2005). Rakennemuutoksen haasteiksi muodostuu hallinnon kaoottisuus, ”hallinnan häly” (Nyholm 2008).

Päätöksentekoon tueksi tarvitaan uusia mittareita tuloksellisuuden mittaamiseen (Leskinen 1999). Tarvittavan tiedon tuottamiseksi kuntapäätäjille tarvitaan systemaattista seurantaa ja arviointimenetelmiä (Andersson 2003). Paikallisista tarpeista lähtevä eri toimijoiden aseman huomioiminen on päätöksenteon kehittämisen edellytys (Häkkinen 2005). Kunta- ja palvelurakennemuutokset sekä johtamisen ja palvelujen organisoinnin tehokkuusvaatimukset edellyttävät aktiivisempaa ja osallistavampaa johtamista (Rannisto 2005) sekä uusia päätöksentekomekanismeja ja kuntaorganisaatioiden rakenteiden ja toimintatapojen uudistamista (Nyholm 2008). Toisaalta päätöksenteon valmistelutyön vastakkaiset intressit sekä sisäiset ja ulkoiset jännitteet voivat vuorovaikutusprosessissa edistää tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamista (Jalonen 2007).

Taulukkoon 4. olen koonnut lähinnä väitöskirjatasoisia tutkimuksia kunnallisen päätöksenteon haasteista ja kehitysmahdollisuuksista.

TAULUKKO 4. Kuntatutkimuksia päätöksenteon näkökulmasta

Tutkija(t), julkaisu vuosi	Tutkimuksen kohde	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Leskinen Anne 1999	Sosiaalipalvelujen kehittäminen taloudellisten säästöjen valossa	Kysely	Päätöksentekoon tarvitaan tuloksellisuuden mittaamista. Yhteisiä kehitysalueita olivat toimijoiden yhteistyö ja asiakaslähtöisyys.
Andersson Camilla M. ym. 2003	Alueelliset terveyden edistämisen toimenpiteet	Sisällön analyysi	Monen toimialan sääteily ohjaa terveyden edistämisen tavoitteita. Jäsennellyt seuranta- ja arviointimenetelmät ovat tarpeen tarvittavan tiedon tuottamiseksi kuntapäätäjille.
Lammintakanen Johanna 2005	Verrattiin kuntien poliittisten päättäjien asenteita ja terveydenhuollon strategisia valintoja toteutuneeseen toimintaan	Järjestelmäanalyysi, näkökulma käytännön sovelluksessa	Vaikka terveydenhuollon priorisointi tunnettiin prosessina, niiden vaikutuksista oli vähän tai ristiriitaista tietoa. Päätöksenteko ulottuu vain strategiselle tasolle ja tutkitun tiedon puuttuessa voimavarat kohdistetaan ehkäisyyn sijasta korjaaviin toimiin.
Häkkinen Ritva 2005	Vanhuspoliittisen strategian toimeenpano Itä-Suomessa	Sisällön analyysi	Kunnissa tehdyt strategiat noudattivat yleisesti yhteistä kaavaa ja jäivät teoriatasolle. Tulevaisuudessa huomiota eri toimijoiden asemaan, päätöksentekoon ja paikallisiin tarpeisiin.
Rannisto Pasi-Heikki 2005	Kunnan strateginen johtaminen kunnanjohtajien kannalta	Monitapaustutkimus	Strategisen johtamisen käsitteistön epäselvyys vaikeuttaa johtamista ja aiheuttaa sekaannusta organisaatioissa. Muutokset ja tehokkuusvaatimukset edellyttävät aktiivisempaa ja osallistavampaa johtamista.
Jalonen Harri 2007	Vuorovaikutuksen merkitys kunnallisen valmistelutyön tehokkuudelle ja luovuudelle	Käsiteanalyttinen tarkastelu ja empiirinen tapaustutkimus	Käsiteanalyysin perusteella valmistelu ja päätöksenteko limittyvät toisiinsa ja muodostavat tiiviin prosessin. Muodollisen päämäärätietoisen ja luovuutta edistävän valmistelun tasapaino on tuloksellista.
Nyholm Inga 2008	Kuntaorganisaation muutos	Grounded theory, muutosprosessinäkökulma	Muutosten toteuttamista vaikeuttaa kaoottisuus, hallinnan häly. Uusi tilanne vaatii uusia päätöksentekomekanismeja ja vahvempaa johtajuutta sekä kuntaorganisaatioiden rakenteiden ja toimintatapojen uudistamista, laajempaa, syvällisempää ja jaetumpaa asiantuntijuutta ja osallisuutta.

Sosiaalisten interventioiden arviointiin perehtyneen Juha Koiviston (2006) mukaan tarvitaan myös muuta kuin interventioiden vaikuttavuustietoa. Päätöksentekoa hyödyttäviä tietoja ovat ongelman laatu, tarpeiden laajuus ja vaikeusaste sekä organisatoriset, taloudelliset ja pätevyyteen liittyvät kysymykset. Interventioiden suunnitteluun ja käyttöönottoon tarvitaan lisäksi tietoa kohteena olevien ihmisten näkemyksistä ja kokemuksista. Intervention tuloksia eivät selitä menetelmä tai asetelma, koska niistä syntynyt tieto väliaikaista ja kontekstisidonnaista. Sosiaaliset rakenteet syntyvät ihmisten ja organisaatioiden vuorovaikutuksen tuloksina, jotka eivät siirrettyinä pysy täysin samana. Myös poliittinen päätös syntyy ihmisten vuorovaikutuksen tuloksena ja siihen vaikuttavat erilaiset päämäärät, intressit, taustatiedot ja raha. (Koivisto 2006.)

Seuraavassa luvussa kuvaan päätöksenteon malleja ja kunnallista päätöksentekoympäristöä ja toisessa alaluvussa avaan päätöksenteon haasteita ikääntyvässä yhteiskunnassa.

3.1 Päätöksenteon erilaisia malleja ja julkinen toiminta

Päätöksenteko kuuluu julkisen toiminnan johtamisen toimintaprosesseihin. Teoriassa päätöksenteko julkisissa organisaatioissa on ratkaisuntenkoa annetuista vaihtoehdoista. Käytännössä julkinen päätöksenteko on usein yhden päätöksen sijasta useiden päätöksien ketju ja modernin käsityksen mukaan verkostomaista päätöksentekoa, jossa eri päätökset vaikuttavat toisiinsa. Organisaatioiden tavoitteena on rationaalinen järkeen perustuva päätöksenteko. (Salminen 2008, 59-60.) Rationaalinen päätöksenteko on tavoitteellista toimintaa, joka perustuu päätöksentekijöiden arvoihin (Paloheimo & Wiberg 1996, 265-266). Muodollisen päätöksentekoprosessin vaiheita ovat: suunnittelu- ja valmisteluvaihe, varsinainen ratkaisuntenko, täytäntöönpano, valvonta ja seuranta sekä arviointi. Virkamiehet ja asiantuntijat vastaavat informaationtuotannosta valmistelua varten ja näiden lisäksi ratkaisuntenkoon osallistuvat poliittiset päättäjät. (Salminen 2008, 60.)

Poliittiseen päätöksentekoon liittyy runsaasti siihen vaikuttavia rajoitteita. Päätöksentekoon liittyvät sekä resursseihin kuuluvat raha-, voimavara- ja aikarajoitteet

sekä institutionaaliset päätöksentekotapaan, -aikaan ja -normeihin kuuluvat rajoitteet. Päätöksenteon seurauksia voi olla vaikea arvioida ja joskus realistiselta tuntuvat oletukset syy-seuraussuhteista voivat osoittautua virheellisiksi. Joskus päätöksenteon sivuvaikutukset voivat olla tavoitteiden vastaisia. Kollektiivisen päätöksenteon ongelmana ovat erilaiset ratkaisut päätöksenteon menetelmistä, tahoista ja valinnoista, joiden seurauksiin sitoutuminen eri tahojen osalta vaihtelee. (Paloheimo & Wiberg 1996, 261-264.) Paikallisyhteisöjen voimavarojen hyväksikäytössä voidaan hyödyntää poliittis-hallinnollisen päätöksenteon mallia, jolla päästään lähemmäksi yksilön tavoitteista lähtevää valintaa kuin kollektiivisessa mallissa. (Salminen 2008, 59-60.)

Yleinen päätöksentekoteorian tutkimusperustainen jaottelu on kolmiosainen; deskriptiivinen teoria kuvaa päätöksentekoprosessia, preskriptiivinen teoria antaa tutkimukseen perustuvia suosituksia poliittisen päätöksenteon tueksi ja normatiivinen teoria määrittää rationaalisen päätöksenteon toimintaympäristön. (Paloheimo & Wiberg 1996, 261-264.) Päätöksentekoteoriat voidaan jakaa rationaaliseen, inkrementaaliseen, innovatiiviseen päätöksentekoon ja päätöksenteon roskakorimalliin. Rationaalinen päätöksenteon teoria perustuu olettamukseen, että ihminen tekee päätöksiä rationaalisen toimijana, joka osaa hyödyntää optimaalisia keinoja ja kykenee tavoitteelliseen toimintaan. Tätä Herbert Simon on kritisoinut omalla rajoitetun rationaalisuuden teoriallaan. Teoria perustuu siihen, mitä todellisuudessa päätöksenteossa tapahtuu ja mitä rajoittavat päätöksentekijän psykologiset ja tiedolliset tekijät. Tämä ilmenee etenkin organisaatioissa, joissa päätöksentekijöillä ei ole hallussaan riittävää tietoa vaihtoehtoista, kykyä hahmottaa päätösten seurauksia tai selkeitä arvoja kyetäkseen tekemään onnistuneita valintoja. (mt. 264-267.) Rationaalisuuden rajoittuneisuutta perustellaan myös tiedon hankinnan ja käsittelyn luonnollisilla rajoitteilla, aikarajoitteilla sekä ongelmien lukumäärärajoitteilla. Näiden rajoittavien tekijöiden vuoksi täydellinen rationaalisuus päätöksenteossa ei käytännön tasolla toteudu. (Aarrevaara, Harisalo, Stenvall ja Virtanen 2007, 67-68.)

Charles E. Lindblomin inkrementaalisen päätöksenteon teoria perustuu ihmisen rajalliseen kykyyn tehdä olennaisia muutoksia ja antaa opittujen tapojen ja rutiinien vaikuttaa päätöksentekoon. Kun tehdään vähäisiä muutoksia koskevia päätöksiä, ei tehdä myöskään suuria virheitä. Sen sijaan innovatiivisessa päätöksenteossa tehdään olennaisesti entisestä poikkeavia ratkaisuja, kuten uusissa poliittisissä ohjelmissa ja

innovatiivisten palvelujen implementoinnissa. Siinä voi olla piirteitä rationaalisesta tai rajoitetusti rationaalisesta päätöksenteosta, mutta valinnat tehdään puhtaalta pöydältä uusilla kriteereillä. Edellisten yhdistelmäksi kutsutaan mixed-scanning-päätöksentekoa, jossa erotetaan vaikutuksiltaan pitkäaikaiset peruspäätökset ja niiden tavoitteiden lomaan asettuvat rajoitetut päätökset. (Paloheimo & Wiberg 1996, 267-268; Salminen 2008, 60-61.)

Kun valtaosa organisaatioiden päätöksenteosta on inkrementaalista, uusien palvelu- ja toimintamuotojen käynnistäminen kaatuu usein siihen. Kuitenkin kuntien välisessä kilpailussa asukkaista eli veronmaksajista innovatiivisuus palvelutuotannossa ja kyky vastata toimintaympäristön muutoksiin on kilpailuvaltti. Päätöksenteon roskakorimallia kuvaa sattumanvaraisuus siinä, minkälaisia asioita nousee poliittiseen keskusteluun ja julkisen päätöksenteon käsittelyyn. Monipuoluejärjestelmässä ja kunnan päätöksentekoeleimissä on niin monia kilpailevia näkemyksiä ja ristiriitoja sekä poliittisia tavoitteita, että uusien innovatiivisten ehdotusten läpi pääseminen on monesti sattumaa. (Paloheimo & Wiberg 1996, 267-269.) Poliitiikkaprosessilla ei ole selkeitä tavoitteita ja tuloksien ennakointi on vaikeaa. Se etenee vastaan tulevien ongelmien kautta, jotka usein saadaan ratkaistua vain osittain. (Aarrevaara ym. 2007, 71.)

Kuntien hallituksen roolia ja merkitystä poliittisen päätöksenteon kannalta voidaan hahmottaa kolmen käsitystavan kautta. Ensimmäisen käsityksen mukaan hallitukset toteuttavat kumileimasimen asemaa poliittisessa päätöksenteossa. Sen mukaan hallituksilla ei ole mainittavaa valtaa ja kaikki tärkeät kunnallispoliittiset päätökset tehdään tosiasiallisesti muualla kuin hallituksessa. Kumileimasimena sen valta ei ulotu ongelmien tunnistamiseen, määrittelyyn eikä vaihtoehtojen valintaan, joten merkitys kunnan päätöksiin on tekninen ja rooli on valvova. Toisen käsityksen mukaan hallitukset ovat vallankäytön areenoita. Valtaa käyttävät poliittiset ryhmät ajavat omia etujaan muita vastaan, jolloin yleiselle edulle ei jää tilaa. Hallituksien rooli on tällöin poliittisten konfliktien käsittelijänä. Kolmas käsitys näkee hallitukset strategisina instituutioina. Käsityksen mukaan poliittiset ryhmät hakevat koko kunnan etua tavoitteiden ja vaatimusten yhteen sovittamisella. Tälle on ominaista avoimuus toimintaympäristöstä - valtuustosta, lautakunnista, kuntaorganisaatiosta ja kuntalaisilta - tuleville uusille ideoille, virikkeille ja näkemyksille. Tällaisten hallitusten rooli on

yhdistävä ja koordinoiva ja tuottaa huomattavaa arvoa kunnalliselle päätöksenteolle. (Harisalo ja Rannisto 2009.)

Pia Bäcklundin (2007) mukaan modernin yhteiskunnan hallinnon suunnittelu on perustunut tilastollisen kuvaamiseen ja kvantitatiivisen tiedon käytölle. Jälkmodernistisessä kunnallisessa hallinnossa korostetaan asukaslähtöisyyttä ja tiedon strategista roolia, johon tarvitaan innovatiivisuutta, joustavuutta ja vuorovaikutusta. Verkostomaisen toimintatavan vaikutukset näkyvät professioiden ja asiantuntijatiedon hyödyntämisenä, jolloin suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuvien toimijoiden ja siten erilaisten tulkintojen määrä kasvaa. Tämä voi pakottaa tekemään strategisesti neutraaleja linjauksia, mikä ei palvele varsinaisesti minkään osapuolen tavoitteita eikä mahdollista usein tarpeellista muutosta. (Bäcklund 2007, 97-105.)

Bäcklund korostaa, että yhteiskunnallisessa päätöksenteossa voi tieteellinen, monesti tulkintoja sisältävä tieto poiketa päättäjien näkemyksestä ja avata tietä erilaisille käytännön konsulttityönä tehdyille selvityksille ja hankeraporteille. Tutkimustietoa voi olla vaikea soveltaa nykyiseen hallinnon verkostomaiseen toimintatapaan, jossa erilaiset viralliset ja epäviralliset valmistelun ja yhteistyön muodot lomittuvat edustuksellisen demokratian käytäntöjen kanssa. Viranhaltijoiden päätöksentekoon liittyvän asiantuntijuuden ja faktaperustaisen tiedon rinnalle liittyy olennaisesti asioiden arvottaminen, jota tarvitaan kollektiivisen osaamisen lisäksi informaatiotulvasta selviytymiseen. Toisaalta luottamushenkilöt voivat myös sivuuttaa viranhaltijoiden asiantuntijatiedon ja tehdä päätökset puhtaasti poliittisin perustein. (Bäcklund 2007, 227-229.)

Arviointitiedon käyttöä poliittisessa päätöksenteossa on selvitetty asiantuntijoiden näkökulmasta Sosiaalialan kehittämishankkeen Hyvät käytännöt –ohjelman yhteydessä. Vastaajat toivoivat, että poliittiset päättäjät osallistuisivat aktiivisesti arviointiprosessiin ja hyödyntäisivät arviointitietoa päätöksenteossa. He arvioivat, että arviointitietoa hyödynnetään sen mukaan, kuinka paljon se saa mediajulkisuutta, mikä lisää paineita tulosten huomioimiseen päätöksenteossa. Arviointitiedon käytön ongelmana mainittiin aikataulupaineet, mitkä rajoittavat mahdollisuutta perehtyä tuloksiin. Jos arviointitieto keskittyisi vahvemmin organisaation ja toimintaympäristön muutoksiin, sitä voisi hyödyntää paremmin strategisena tietona. Vaarana on, että mekaaninen mittareiden

seuranta sivuuttaa asiantuntijatiedon. Tällöin jää huomioimatta arviointitieto toiminnan suhteesta asetettuihin tavoitteisiin ja käytettävissä olevien keinojen toimivuus. Myös vaalikausien mittainen poliittisten päätöksentekielinten kokoonpano vaikeuttaa kokonaisuuden hahmottamista ja heikentää virkamiesten ja poliittisten päätöksentekijöiden yhteistyötä. (Korhonen ym. 2007, 40-41.)

3.2 Päätöksenteon haasteet ikääntyvän yhteiskunnan kannalta

3.2.1 Valtion ohjauksesta kunnan strategiatyöhön

Ohjaus on demokraattisen poliittisen päätöksenteon väline, jolla hallintoa ohjataan kohti haluttua tavoitetta. Ohjelman mukainen toiminta on mahdollista, jos kunnilla on riittävät taloudelliset ja inhimilliset resurssit sekä halu toimia haluttuun suuntaan. Viime vuosikymmeninä valtion ohjauksen uudistamisen tavoitteena on ollut vähentää normiohjausta ja kehittää tulos- ja informaatio-ohjausta sekä korostaa kuntien itsehallintoa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kehittämisen ongelmana on kuitenkin ollut säästöpainneiden sanelema suunnittelun lyhytjänteisyys. Ohjauksen tasapaino on löydettävissä koko valtion ministerikentästä ja yhteisestä ohjauspolitiikasta sekä kuntien ja valtioiden neuvottelutuloksena. (Oulasvirta ym. 2002, 15-17.)

Kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa siirryttiin 1990-luvulla informaatio-ohjaukseen, jonka seurauksia ei kyetty ennakkoon hahmottamaan. Informaatio-ohjauksessa valtion mahdollisuudet palvelujen kohdentumiseen heikkenivät vastuun siirtyessä kunnille. Valtion ainoiksi työkaluiksi jäi lainsäädäntö, hallituskauden mittainen tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) ja laatusuosituksset. Informaatio-ohjauksen hyödyntäminen on ollut puutteellista, esimerkiksi kansallista tiedonkeruuta on vähennetty. Alkuun uskottiin, että pelkkä tieto motivoi ja ohjaa palveluiden organisointia ja kohdentumista, sittemmin 2000-luvulla mukaan on liitetty kannustimeksi kehittämishankkeiden rahoitus. Toistaiseksi hankkeiden käytännön kriteerit ovat olleet puutteellisia, eivätkä ole tuottaneet toivottua tulosta. Kunnissa ei ole ollut riittävää osaamista ja sitoutumista ohjauksvallan tarkoituksenmukaiseen käyttämiseen. Etenkin ehkäiseviin palveluihin sitoutuminen tiukassa kuntataloudessa

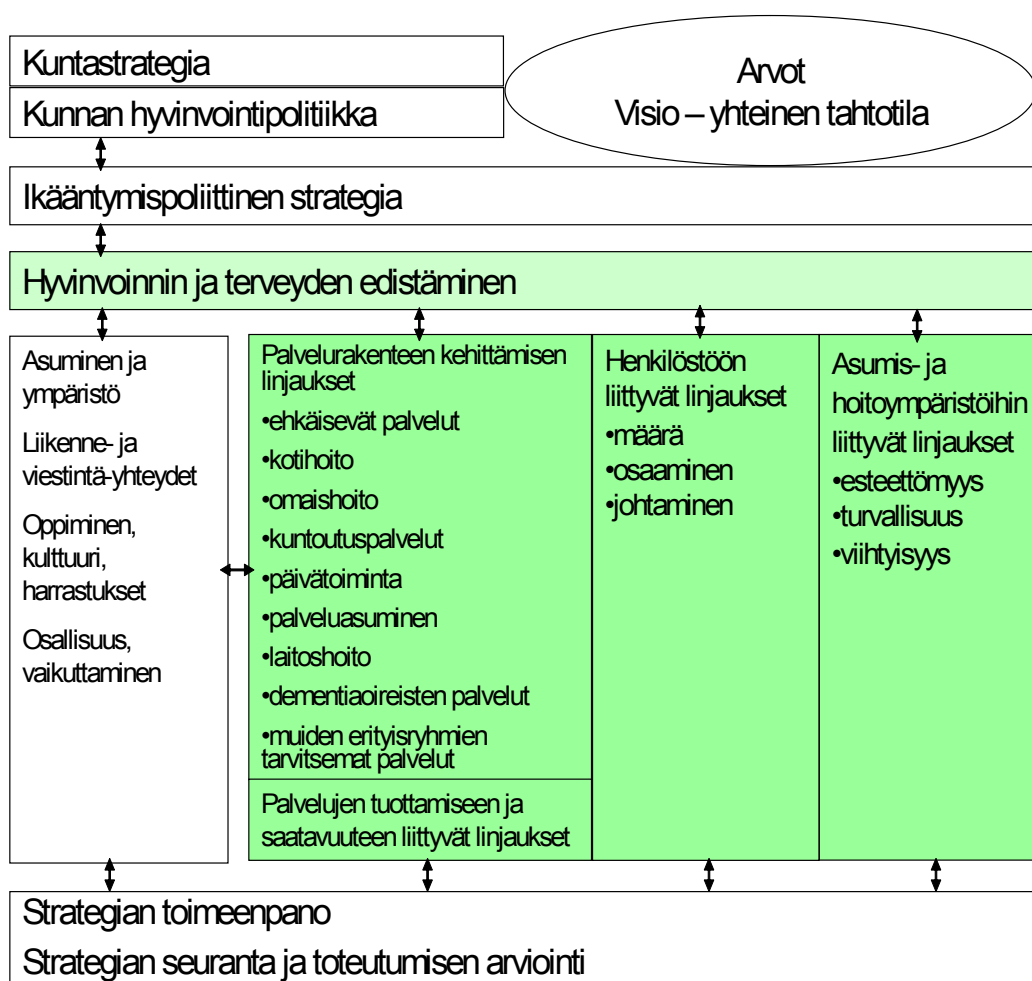
edellyttäisi kunnallisilta päättäjiltä ja johtavilta virkamiehiltä terveystalitiikan tavoitteiden tuntemista ja niiden kytkemistä osaksi pitkäjänteistä palvelujärjestelmän suunnittelua. (Teperi 2004, 118-119, Teperi 2005, 68-69.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistukseen tähtäävä kansallinen Kaste-ohjelma keskittyy tavoitteissaan edistämään kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä kunnan toimintatapoja uudistamalla. Julkaistun väliraportin (STM 2010) mukaan ohjelma on kattava ja sen tavoitteet ovat oikean suuntaisia, mutta toimenpiteet osittain riittämättöminä. Ohjelman vahvuudeksi nimettiin sen ansiosta käynnistynyt vuorovaikutus ja etenkin alueellinen organisoituminen. Haasteellista tulee olemaan ristiriitaisten näkemysten sovittaminen ja aluejaon edellyttämä käytännön yhteistyö. Uusien yhteistoiminnallisten toimintatapojen juurruttaminen ja levittäminen edellyttää vahvaa osaamista ja ohjausta, jonka roolin katsotaan soveltuvan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Kokonaisuuden organisointi ja hallinta muun meneillään olevan kehittämistyön, kuten Paras -hankkeen kanssa, katsottiin olevan onnistumisen kannalta olennaista. (STM 2010b.)

Tiedosta hyvinvointia –strategia 2012 nostaa esille uuden teknologian mahdollisuudet ja paineet. Viestintäteknologian uudet sovellukset voivat helpottaa palvelujärjestelmien ja kansalaisten välistä vuorovaikutusta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajakenttä monipuolistuu globaalin kehityksen, kilpailun lisääntymisen ja kansalaisten kasvavien odotusten myötä. Kaikki nämä edellyttävät valmiutta ja suunnitelmallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmien kehittämiseksi, muutoksille ja osaamiselle riittävän yhdenmukaisen ja järkevän terveystalitiikan takaamiseksi. (Stakes 2005.)

Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiat 2015 –asiakirjassa korostetaan hyvinvointipalvelujen osuuden vahvistamista sosiaali- ja terveysministeriön strategisessa painopisteasettelussa, mutta myös muilla sektoreilla (STM 2006a). Valtiovallan tavoitteena on, että kansalaisilla on yhdenvertaiset mahdollisuudet saada korkeatasoisia sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalveluja ja että palvelut on järjestetty tehokkaasti. Valtion vastuulla on riittävien toimintaedellytysten turvaaminen kunnille tehtävistään selviytymiseksi. Ongelmana on se, että nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavat monet pienetkin kunnat yksin. Tällöin palvelujen tarjonta ja saatavuus on väestön näkökulmasta katsottuna osittain sattumanvaraista ja

asuinkunnasta riippuvaista. (STM 2008d.) Kuntaliitokset taas voivat viedä palvelut kauemmas käyttäjistä, jolloin tasa-arvoinen saavutettavuus muodostuu ongelmaksi.



KUVIO 3. Kunnan tai kuntien ikääntymispoliittinen strategia (STM 2008c)

Sosiaali- ja terveysministeriö kuvaa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008c) kuntien ikääntymispoliittista strategiaa varten suunniteltua mallia (Kuvio 3.). Sen lähtökohtana on ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Sen tavoitteina on parantaa kunnan asuinvaihtoehtoja, ympäristöä, liikenne- ja viestintäyhteyksiä, oppimista, kulttuuritarjontaa, harrastusmahdollisuuksia sekä seniorikansalaisten osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia. Tavoitteisiin voidaan päästä palvelurakennetta, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä sekä asumis- ja hoitoympäristöä kehittämällä. Onnistuminen tavoitteisiin pääsemisessä edellyttää eri toimijoiden välistä avointa yhteistyötä ja tiedonkulkua sekä asiakaslähtöisiä joustavia

palveluita, joista iäkkäät kuntalaiset saavat riittävästi ja vaivattomasti tietoa ja joiden kehittämiseen he pystyvät itse vaikuttamaan. (STM 2008c.)

Tutkijat Sihto, Kangas, Keskimäki, Koskinen, Lahelma, Manderbacka ja Prättälä (2002) pohtivat valistuksen, tiedotuksen ja erilaisten terveysohjelmien ristiriitaisia vaikutuksia väestöryhmien välisiin elintapaeroihin. Yleistä keskustelua käydään koko väestöön suunnattuja universalististen ohjelmien kapean arvomaailman ja huono-osaisille kohdistettujen ohjelmien leimaavuuden välimaastossa. Vaikka terveyspalvelujen järjestämisen periaatteena on tasavertaisuus, käytännössä kuitenkin huonossa taloudellisessa tai sosiaalisessa asemassa olevat eivät aina saa tarvitsemiaan palveluita tai palvelut tulevat tarpeeseen nähden liian myöhään. (Sihto ym. 2002, 328-329; ks. myös Muuri 2008, 64.) Palvelujärjestelmä ei ole toimiva, jos hoidon saavat vain oma-aloitteisimmat palvelujen piiriin hakeutuvat ja syrjäytyvät väestöryhmät jäävät hoidon ulkopuolelle. Palvelut pitää ajattelu- ja toimintamalleiltaan saada niin toimiviksi, että ne ulottuvat kaikkiin väestönosiin. Tutkimusten mukaan sosiaalipalvelut jakautuvat epäoikeudenmukaisesti eri palvelunkäyttäjien kesken (vertikaalinen epäoikeudenmukaisuus), mutta myös eri sosiaalipalveluiden välisen hyväksyttävyyden välillä (horisontaalinen epäoikeudenmukaisuus). (Muuri 2008, 62-64.)

3.2.2 Kunnan päätöksentekoympäristö

Valtion keinot tuottaa hyvinvointia kansalaisten arjessa ja tukea kuntia siinä työssä ovat rajalliset. Valtion ohjaus lähipalveluna kunnissa tuotettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen toimeenpanossa ja kansalaisten hyvinvoinnin edistämässä on haasteellista. Kunnilla on kasvavat taloudelliset paineet tuottaa kaikki niiden vastuulle annetut palvelut. Paras- ja Kaste -hankkeet asettavat kunnille uudenlaisia yhteistyövelvoitteita, joihin entisten valtarakenteiden ja toimintamallien on haasteellista mukautua. Toisaalta paineita kunnassa tehtävälle päätöksenteolle tulee yhä enemmän myös kansalaisten taholta lisääntyneen tiedon ja kasvavien odotusten vuoksi. (ks. esim. Oulasvirta ym. 2002.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositukseen (STM 2008c) on kirjattu puitteet palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kehittämiseksi peruseriaatteena perus- ja ihmisoikeuksien

turvaaminen. Sen mukaan on jokaiselle turvattava oikeus arvokkaaseen ikääntymiseen ja ihmisarvoiseen elämään asuin- ja hoitopaikasta tai henkilökohtaisista tarpeista riippumatta. Kuntalain(365/1995) ohjeistamana valtuuston tulee pitää huolta siitä, että kuntalaisilla on oikeus osallistua palvelujen tuottamista ja omaa asuinalueita koskevaan valmisteluun, suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tämä edellyttää kunnalta aktiivista tiedottamista tuotettavista palveluista, toimintamahdollisuuksista, oikeuksista ja asiakasmaksuista sekä elinolojen ja palvelujen laadun ja määrän kehittymisestä. Tiedottaminen voi tapahtua tiedotteilla, neuvontapalveluilla, ehkäisevillä kotikäynneillä, palveluoppailla ja internet-sivuilla. Myös muita vuorokeskustelun foorumeja suositellaan käytettäväksi. (STM 2008c, 12, 14-15.)

Päätäjien on tehtävä palvelujärjestelmää, resurssien jakoa ja kuntalaisten hyvinvointia koskevat ratkaisut parhaan olemassa olevan tietämyksen ja ymmärryksen valossa. Yhä enemmän katsotaan voitavan luottaa tutkittuun tietoon ja kokemukseen hyviksi koetuista käytännöistä. Tutkitun tiedon käytön dialogista mallia päätöksenteossa ovat kehittäneet Heather Elliott ja Jeannie Poppay (2000) hahmottamalla sitä Ison-Britannian terveyspolitiikan kautta. Päätäjät kohtaavat työssään ja evidenssin käytössä taloudellisia rajoitteita, aikataulupaineita ja myös heidän oma kokemuksensa vaikuttaa tiedon käyttöön. Tutkimustiedon todettiin vaikuttavan epäsuorasti eri toimijoiden kesken käytävän julkisen keskustelun kautta. Jatkuva vuorovaikutus ja vaihtoehtojen esilletuominen ovat keinoja selventää ja helpottaa päätöksentekoa, mutta ei tuoda suoria vastauksia. Merkittävintä päätöksenteossa on ymmärtää ja tunnistaa paikalliset väestön tarpeet ja soveltaa tutkittua tietoa niitä parhaiten hyödyttävällä tavalla. (Elliott ja Poppay 2000.)

Kunnalliset vanhuspolitiikan toimintalinjat määräytyvät valtakunnallisten ohjelmien lisäksi taloudellisen ja sosiaalisen toimintaympäristön sekä kuntia koskevan sääntelyn perusteella. Kunnallisten viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden tekemät poliittiset päätökset ratkaisevat eri osa-alueiden painotuksen ja sitä myötä myös tavat tukea ikääntyneiden kotona asumista. (Välikangas 2006, 10.) Vanhuspolitiikkaa kunnissa määrittää myös strategiset valinnat ja perinne. Päätöksenteon välineenä priorisoinnilla ja poliittisilla valinnoilla on ratkaiseva merkitys palvelujen jakautumiselle ja kansalaisten tarpeiden huomioimiselle. Jos strateginen kehitystyö ulottuu vain poliittiselle tasolle, se ei jalkaudu käytännön toimintaan ja haluttuja vaikutuksia ei saada aikaan. (vrt.

Lammintakanen 2005, 39.) Vaikka ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä ja omaehtoista selviytymistä tukevat palvelut ovat kaikkien hyvinvointipalveluiden tuottajien yhteinen asia, on kuntapäätäjien päätöksillään luoma toimintaympäristö siinä onnistumisessa olennainen tekijä. (Välikangas 2006, 12.)

Uudistetussa Kansanterveyslaissa (66/2006) on täsmennetty kuntien tehtäviä kohdistuen väestön hyvinvointiin ja terveyden suunnitteluun ja seurantaan. Ennakoarvioinnin menetelmiä ovat ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA), sosiaalisten vaikutusten (SVA) ja terveysvaikutusten (TVA) arvioinnit. IVA kattaa terveyden laajalaisesti: fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden ja hyvinvoinnin ymmärretään syntyvän yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa. Terveyden edistämisen toimet ja päätökset kunnassa ovat sijoituksia väestön terveyteen ja suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista. IVA:n avulla tuotetaan ja jäsenetään tietoa ja parannetaan kunnan reagoimista muutoksiin sekä lisätään ikääntyvien ihmisten osallistumista heitä koskettavaan päätöksentekoon jo valmisteluvaiheessa. Koska ennakoarvioinnilla pyritään tunnistamaan päätösten vaikutukset ikääntyneisiin kansalaisiin, sen katsotaan parantavan päätöksenteon laatua; se auttaa parhaan vaihtoehdon valinnassa, lisää päätöksenteon perustelujen läpinäkyvyyttä, edistää terveys- ja hyvinvointinäkökulmien huomioimista, tukee osallistumista ja sitoutumista sekä tarjoaa keskustelufoorumin arvoista ja tavoitteista. (Ryttyläinen 2007, 244-245, 252-253.)

Ikääntyvien omaehtoisen kotona asumisen ehtona on yhteisöllinen kehittämistyö. Itsenäistä asumista voidaan tukea lähipalveluna tuotetuilla palveluilla ja huolehtimalla esteettömästä liikkumisesta ja palveluiden saavutettavuudesta. Organisaatioiden ehdoilla tapahtuva toimialakohtainen kehittäminen pitää korvata asiakaslähtöisellä palveluajattelulla. (Välikangas 2006, 39-40.) Uhkana on, että tulevaisuuden palvelujärjestelmää muokataan tietoteknologian kehittymisen ehdoilla ja samalla palvelut eriytyvät asiakasryhmien mukaan. Samalla luotetaan asiakkaiden itsenäiseen rooliin palveluiden käyttäjinä. Tarvitaan yhä enemmän ehkäiseviä ja tukipalveluja ikääntyneiden väestöryhmien avuksi. Ikääntyneet kansalaiset ovat palvelunkäyttäjien enemmistönä ja palvelukehitys ei seuraa tätä kehitystä. (Vuorenkoski, Konttinen, Sinkkonen. 2008, 41.)

Väestön ikääntymisestä puhuttaessa keskitytään yleensä sen aiheuttamiin kustannuksiin. Selvitettäessä ikääntyvän väestön, terveydenhuollon kustannusten ja tulojen suhdetta, on voitu päätellä, että pelkästään väestön ikääntyminen ei niin selvästi lisää kustannuksia, kuin yleisesti oletetaan. Lisääntyneet kustannukset liittyvät yleensä pitkittyneeseen laitoshoitoon ja kuoleman lähestymiseen. Tutkijat esittävätkin, että terveyspolitiikan tulisi keskittyä avohoitoon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen myös pitkäaikaissairaiden kohdalla. Kustannusten kasvamiseen vaikuttavat ikääntymistä enemmän poliittiset päätökset, yleiset muutokset yhteiskunnassa ja terveydenhuollon teknologinen kehittyminen. (Häkkinen, Martikainen, Noro, Nihtilä ja Peltola 2007, 20-21.)

Briitta Koskiaho (2008) on tarttunut hyvinvointivaltion ja palvelutaloudessa meneillään oleviin muutoksiin. Hän kiinnittää huomiota näennäismarkkinoiden kehittymiseen. Näennäismarkkinoiden käsitettä käytetään julkisesti tuotettujen ja aitojen markkinoiden välimuotoisesta toiminnasta. Yritykset ja kolmas sektori tuottavat palveluita, joita julkinen sektori hankkii ostopalveluna itse tuotettujen sijasta. Ongelmaksi näennäismarkkinoilla voi muodostua se, että julkinen sektori määrittelee palvelujen tarpeen niiden käyttäjän puolesta. Toiseksi esille tulevat laadun ja tasapuolisuuden valvonta- ja oikeudenmukaisuuskysymykset. Lisäksi näennäismarkkinoista seuraa palvelujen vaihdannasta seuraavia transaktiokustannuksia, joita ei kunnan omassa palvelutuotannossa ole. (Koskiaho 2008, 28-29.) Ongelmia voi tulla valinnanmahdollisuuden tulkitsemisesta, koskeeko se palveluita vai tuottajia. Yksi keskeisimmistä ongelmista liittyy palvelujen hinnoitteluun, tehdäänkö valinnat hinnan vai laadun mukaan. Määrällisillä mittareilla on vaikea arvioida moniongelmaisten palvelunkäyttäjien tarpeet ja taata valinnanmahdollisuudet. (mt. 30.)

Viime aikoina on yhä enemmän julkisuudessa ja tutkimuksessa keskusteltu kotihoidon muutoksesta. Tuoreen selvityksen mukaan (Paras-Sotekysely 2009) sosiaali- ja terveysalan vastaavat johtajat ja poliittiset päättäjät suhtautuivat luottavaisesti vanhusten kotihoidon saatavuuden ja laadun säilymiseen ja jopa paranemiseen tulevaisuudessa (Kaarainen ja Niiranen 2010, 92). Kotona asumista halutaan yleisesti tukea, mutta käytännössä kotiin tuotu apu keskittyy yhä enemmän perushoittoon. Kotihoidossa ja kotona asumisen aidossa tukemisessa on nykyisin palveluaukkoja. Avun tarpeet uhkaavat jäädä neljän seinän sisälle, josta moni ei avun puutteessa edes pääse liikkeelle.

Jos palvelutarpeet jäävät tyydyttämättä ajoissa, mahdollisuudet kotona asumiseen pienenevät. (Leinonen 2008, 36.) Vaikka kotihoidon resurssit pysyisivät nykytasolla, mikä on haasteellista suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle ja työvoiman supistuessa lähivuosina, yhä harvemmat saavat kotihoidon palvelua. Kun laitoshoidon paikkoja on karsittu, yhä sairaammat ja raskashoitoisemmat asiakkaat hoidetaan kotiin. Tällöin vähemmän tukea ja apua tarvitsevien palvelua rajoitetaan tai jätetään kokonaan ilman kotihoitoa ja omaisten hoidon varaan. (vrt. Kröger 2009, 106.) Mistä ne asiakkaat, jotka ovat vailla omaa tukiverkkoa, saavat apua itsenäisen arjessa selviytymisen tueksi? Kun kotihoito keskittyy korjaavaan, jolloin sen kattavuus laskee, mistä saadaan tuki kotiin? Väestön ikääntyessä avohoidon resurssien riittävyys tulee entistä tärkeämmäksi (Backman 2001, 68).

Merkittävän sosiaali- ja terveysalan hankerahoittajan (RAY) selvityksen mukaan hyvin resursoidut, isot ja monivuotiset hankkeetkaan eivät ole toteutuneet tavoitteiden mukaan, kun arvioidaan niiden vaikutusta ikääntyneen väestön toimintakyvyn säilymiseen. Tavoitteisiin on pyritty mm. tukemalla kotona selviytymistä, yksinäisyyden lievittämisellä, henkisen hyvinvoinnin edistämällä ja omaisten tukemisella. Vain joissakin hankkeissa kehitetty toiminta tai toimintamalli saadaan juurrutettua osaksi kunnallista toimintaa. Arviointiajankohdan perusteella näytti siltä, että toivottua vaikutusta ikääntyneiden toimintakyvyn paranemiseen tai säilymiseen (hyvä) ei olisi hankerahoituksella saavutettu. (Holma, Karppi, Noro, Päivärinta ja Rantanen 2007, 6, 25.)

Virtanen ja Tonttila (2005) ovat tutkineet sosiaali- ja terveysministeriön alaisen hankekokonaisuuden vaikuttavuutta ja hankeohjauksen arvioinnin kehittämistä. Kuntapäätäjät pitävät edelleen taloudellista ohjausta tarkoituksenmukaisimpana valtion ohjauksena ja edellytyksenä palvelujen laadun kehittämiseksi. Koska nykyisissä toimintatavoissa nähtiin merkittäviä tehostamisen tarpeita, hankerahoituksen myötä kehitetyt toimintamallit ja hyvien käytäntöjen levittäminen pitäisi saada osaksi vakiintunutta toimintaa, eikä toteutettavaksi ainoastaan alueellisesta, määräaikaisesta erillisrahoitukseen perustuvana. Projektimuotoinen kehittäminen etenkin hankekokonaisuuksien kautta nähtiin kuitenkin onnistuneena tapana, kunhan hankkeiden toteuttajien riittävästä osaamisesta, yhteydenpidosta ja raportoinnista huolehditaan rahoittajan puolesta. (Virtanen ja Tonttila 2005, 60-62, 64.)

Kolmannen sektorin toimijoissa on paljon hyödyntämätöntä potentiaalia, kunhan kehitetään tapoja tehdä yhteistyötä olemassa olevan julkisen palvelutuotannon kanssa nykyistä hankepolitiikkaa kestävämmällä pohjalla. Kansalaisjärjestöihin kohdistuu paineita monelta taholta ja osin ristiriitaisin odotuksin, esim. EU odottaa kansalaisjärjestöjen osallisuuden laajenevan hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Toisaalta järjestöt nähdään vahvempina kansalaisyhteiskunnan toimijoina, niiden toimintaan liittyy usein nykyinen hankerahoitus ja vaatimus palvelujen tuotteistamisesta. Osittain odotukset ovat jopa ristiriidassa yhdistysten alkuperäisten toimintaideologioiden kanssa, jotka perustuvat vapaaehtoisuuteen ja vapaa-ajan harrastuksiin ja yhteisöllisyyden tukemiseen. Nykyisen mallisen kehityksen kritiikki kohdistuu nimenomaan yhdistysten autonomian säilymiseen ja rooliin kansalaisten puolestapuhujana. Muutos kohdistuu kaupallistumisen lisäksi toiminnan alistamiselle markkinajohtoiselle toimintakulttuurille. Euroopan maiden kokemusten mukaan sosiaalisten ongelmien hoidossa universaalit kattavat palvelut ovat tehokkaampia kuin hanketoiminta. (Matthies 2007.)

Tulevaisuutta ennustavat Roope Mokka ja Aleksi Neuvonen (2006) esittävät, että hyvinvointipalvelujen vaikuttavuutta voidaan parantaa ensisijaisesti vahvistamalla palvelun käyttäjien osallisuutta. Tämä edellyttää palvelujen suunnittelijoilta ja toteuttajilta keskittymistä ohjaamiseen, motivoimiseen ja valmentamiseen. Koska asiakkaiden kyky vastaanottaa osallistumista vaativia palveluja on jakaantunut epätasaisesti, yksilö tarvitsee itselleen sosiaalisen tukiverkoston, jota julkiset palvelut paikkaavat. (Mokka ja Neuvonen 2006, 83-84.) Yhteiskunnassa, jossa valtaosa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjistä on vanhuksia, vaaditaan nykyistä pidemmälle räättälöityjä ja palvelujen kehittämistä innovatiivisempaan suuntaan. Pelkkä idea ei vielä riitä vaan edellytetään käytännön toimia ja vastuullista sitoutumista. Uuden kehittäminen lähtee nykyisten hoidon- ja hoivan palvelumallien kriittisestä arvioinnista. Tuottavuutta voidaan lisätä paitsi kustannusten vähentämisellä myös tuottamalla kuntalaisille lisäarvoa vanhoja rakenteita muuttamalla. Nk. arvoinnovaatiot voivat pitää sisällään ideologisen ja strategisen tason muutoksia, prosessien uusintamista, asiakkaiden toimintakyvyn edistämistä, teknologian hyödyntämistä sekä uusia palvelukonsepteja. (Mäkinen, Valve, Pekkarinen ja Mäkelä 2000, 4-5, 9.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tehdä laadullinen tutkimus, joka keskittyy sekä ikääntyneiden matalan kynnyksen neuvontapalvelun käynnistymiseen tähtäävän julkisen päätöksenteon että neuvontapalvelun toteutuksen kuvaamiseen. Tarkastelen ajassa ja paikassa tapahtuvaa ilmiötä, poliittis-hallinnollista päätöksentekoa, uuden ehkäisevän palvelun käynnistämisen taustalla. Tutkimusongelma määrittää valittua tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on olla todellisen elämän kuvaaminen, jossa tutkittavaa kohdetta lähestytään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 173, 152). Laadullinen tutkimusmenetelmä kuvaa tässä myös aineiston muotoa, joka on kysely- ja haastatteluaineisto (Eskola 2007, 33).

Tutkimuksen ensimmäinen osa koostuu Stakesin kesällä 2008 kaikille kunnille lähetetyn kyselyn avoimista vastauksista, joiden perusteella pyrin selvittämään ikääntyneiden ehkäisevien neuvontapalvelujen toimintamuotoja ja toiminnan kehittämissuunnitelmia. Kuntapäätäjäkysely kohdistui ehkäiseviin kotikäynteihin ja neuvontapalveluihin, joista tässä keskityn jälkimmäisiin käsittelevään aineistoon. Myös neuvontapalvelun sijoittuminen muuhun palvelukenttään on tarkoitus kartoittaa tästä aineistosta.

Laadullinen tutkimus on prosessi, jossa aineiston keruu ja teorian kehittyminen toimivat vuorovaikutuksessa. Koska se on tutkijalle oppimisprosessi, sen kautta tutkijan tieto tutkittavasta ilmiöstä ja sitä ohjailevista tekijöistä laajenee. (Kiviniemi 2007, 75-76.) Parhaimmillaan vuorovaikutuksen osallistuu aikaisempi tutkimus, teoria ja tutkimuksen aineisto. Tutkimuksen lähtökohtana voi olla joko teoria tai aineisto. Tässä tutkimuksessa painotus on aineistossa. Laadullisen aineiston analyysi edellyttää tutkijalta useita valintoja. (Eskola 2007, 161, 165.) On tehtävä periaatteellinen päätös tutkimuksen tarkoituksen luonteesta: onko se kartoittava, kuvaileva, selittävä ja ennustava. Tässä se on kuvaileva, kun pyritään kuvaamaan luonnollisesti tapahtuvaa ilmiötä; päätöksentekoa ja toimintaa. Tarkoituksena on dokumentoida ilmiöstä keskeisiä

ja kiinnostavia piirteitä tiedon ja ymmärryksen lisäämiseksi. (Hirsjärvi ym. 1997, 129-130.)

Tutkimuksen haastatteluaineiston perusteella pyrin selvittämään ja kuvaamaan neuvontapalvelun käynnistämiseen johtaneen päätöksenteon taustat ja perustelut eri kunnissa. Laadullinen teemahaastattelu tehtiin viidelle vanhustenpalveluiden vastaavalle viranhaltijalle. Tutkimusaineistosta ei ollut tarkoitus tehdä systemaattista haastatteluaineiston analyysiä, vaan hakea aineistosta vastauksia tutkimusongelmien perusteella tarkentuneisiin kysymyksiin. Vaikka teemahaastattelu luo haastattelutilanteelle rajat, se antaa analysoinnissa mahdollisuudet yksilöllisten tulkintojen tekemiseen (Eskola ja Suoranta 1998, 88). Haastatteluaineiston analyysin perusteella pyrin luomaan todenperäisen kuvauksen uuden palvelun mahdollisuuksista realisoitua nykyisessä toimintaympäristössä. Yksi neuvontapalvelun toimintamuodoista on yleinen neuvontapalvelu-malli, jonka kuvaamiseen tähtään tällä työllä.

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin teemahaastattelun, jonka katsoin olevan paras tapa selvittää neuvontapalvelun todellisuutta. Teemahaastattelun aihepiirit on etukäteen määrätty, mutta muuten haastattelun eteneminen on vapaa. Teemat muodostavat haastattelulle selkeän rungon ja takaavat sen, että kaikkien haastateltavien kanssa käydään läpi samoja asioita. Teemat helpottavat myös aineiston purkuvaiheessa, koska se on niiden mukaan jo valmiiksi jäsennelty. Teemojen mukainen aineisto analysoidaan ja tulkitaan. (Eskola ja Suoranta 1998, 86-87.)

Laadullisen aineiston analyysiä voidaan lähestyä kahdella tavalla; joko tiukasti aineistoon pitäytyen ns. grounded-mallin mukaan tai rakentaen aineistosta tutkijan omaa tulkintaa. Tässä tutkimuksessa sovellettiin jälkimmäistä, jolloin aineisto toimi tutkijan oman ajattelun apuvälineenä ja lähtökohtana omille tulkinnoille tutkittavasta ilmiöstä. Koska muodolliset ohjeet laadullisen aineiston tulkintojen tekemiseen puuttuvat, on tulkintojen tekijällä vapaus käyttää omaa luovuuttaan, kunhan pitäytyy loogisessa päättelyssä. Toisaalta tulee myös kunnioittaa tutkimuksen tarkoituksen rajausta ja tutkimuskysymysten sisältöä päätelmien tekemisessä. (Eskola ja Suoranta 1998, 145-146.)

4.2 Kysely ikäihmisten ehkäisevistä palveluista

Tutkimusaineiston ensimmäinen osio koostuu Stakesin kuntakyselyn vastauksista kesällä 2008, jolla on kartoitettu ikäihmisille suunnattujen ehkäisevien palvelujen järjestämistä kunnissa. Aikaisempien tutkimusten tuottamaa materiaalia voidaan ikään kuin kierrättää ja analysoida kokonaan uudelleen (Hirsjärvi ym 2004, 178). Kysely kattaa sekä neuvontakeskuspalvelut ja ehkäisevät kotikäynnit. Tässä keskityn kuntapäättäjien vastauksiin ikääntyneiden neuvontapalveluiden järjestämisestä ja suunnitelmista. Kysely on suoritettu puolistrukturoidulla sähköisellä kyselyllä. Kyselyn avointen vastausten perusteella pyrin kuvaamaan ja selkeyttämään toteutettujen tai suunniteltujen neuvontapalvelujen toimintamuotoja ja toiminnan kehityssuunnitelmia.

Kun sain alkuvuodesta 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta luvan käyttää kuntakyselyaineistoa (liite 1), oli ajatukseni yhdistää myös määrällistä aineistoa työhöni. Olemassa olevaa sähköistä aineistoa ei kuitenkaan ollut mahdollista siirtää analysoitavassa muodossa, joten hylkäsin suunnitelman. Päätin keskittyä aineistossa oleviin kuntapäättäjien avoimiin vastauksiin niiltä osin, kun ne palvelivat tutkimuskysymyksiäni. Tätä päätöstä tuki myös se, että kyselyn tulokset kokonaisuudessaan on seikkaperäisesti käsitelty THL:n julkaisussa Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä (Seppänen ym. 2009). Joissakin kohdissa aineiston käsittelyssä olen ilmoittanut myös vastanneiden kuntien määriä tai prosenttiosuuksia, kun sen on tuonut olennaista lisätietoa käsiteltävästä asiasta.

Kuntapäättäjien avoimista vastauksista hain vastauksia lähinnä toiseen tutkimuskysymykseeni: Miten uudentyyppinen ehkäisevä palvelumuoto ikääntyville sijoittuu kunnan palvelujärjestelmäkenttään? Lisäksi hain vastauksista yleiskuvaa neuvontapalvelujen järjestämistavoista ja kuntien niitä koskevista tulevaisuuden suunnitelmista. Kyselyaineiston analyysissä en käyttänyt mitään systemaattista luokittelumenetelmää vaan hain relevantteja aiheisältöjä kysymysten sisällön perusteella, joiden pohjalle myös analyysi rakentui. Tavoitteena oli saavuttaa käsitys ikääntyneiden yleisen neuvontapalvelun toteutuksesta kunnissa ja kuvata sitä.

4.3 Teemahaastattelut

Laadulliset teemahaastattelut valikoitujen kuntien vanhuspalveluista vastaaville viranhaltijoille muodostavat tutkimusaineiston toisen osion. Haastattelut tein neljässä kunnassa viidelle vanhustenhuollosta vastaavalle henkilölle. Valikoiduissa kunnissa kaikissa tuotetaan ikäihmisille suunnattua nk. yleistä neuvontapalvelua. Toisissa kunnissa neuvontapalvelu on juurtunut osaksi kunnan vanhuspalvelurakennetta, mutta toteutus on jostain syystä muuttunut alkuperäisestä. Valituissa kunnissa on sovellettu erilaisia tapoja tuottaa iäkkäiden yleistä neuvontapalvelua. Myös palvelun perustamiseen johtaneet päätöksenteko- ja käynnistysprosessit ovat voineet poiketa toisistaan. Tavoitteena oli saavuttaa mahdollisimman laaja ja monipuolinen kuva yleisen neuvontapalvelun tuottamisesta. Haastatellut valitsin tarkoituksenmukaisesti pyrkien löytämään eri toteutusmalleja edustavien kuntien virkamiehiä, jotka ovat olleet kunnassa mahdollisimman pitkään neuvontapalvelun käynnistyessä tai sitä suunniteltaessa. Tämän tutkimusosion aineistolla haen vastausta kahteen yksilöityyn tutkimusongelmaan: Miten eri kunnissa on syntynyt päätös ikäihmisten neuvontapalvelun perustamisesta? ja Mitä on iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu?

Valitsin tarkastelun alaiset kunnat ennakkotietojen perusteella. Otin yhteyttä kuntien vanhuspalveluihin ja tiedustelin, kuka olisi paras henkilö organisaatiossa vastaamaan kysymyksiin neuvontapalvelun suunnittelu- ja aloitusvaiheesta. Minua kiinnosti erityisesti kunnissa palvelun perustamiseen johtanut päätöksentekoprosessi; mistä lähti aloite, missä tehtiin päätös ja millä periaatteilla ja tavoitteilla toiminta käynnistyi. Tavoitin aluksi neljä haastateltavaa yhtä monessa kunnassa, jotka haastattelin. Totesin, että isommissa kaupungeissa tehtävät ovat sen verran rajatut ja vastuualueet muuttuneet ajan kuluessa, että nykyinen toiminnasta vastaava henkilö ei ole parhaiten perillä alkuvaiheista. Tämän vuoksi lisäsin yhden haastateltavan yhdessä kunnassa saadakseni haluamiini kysymyksiin vastaukset. Haastattelujen lisäksi käytin analyysin tukena kuntien neuvontapalveluun liittyviä suunnittelu- ja päätösasiakirjoja ja muuta kirjallista materiaalia, mitä oli saatavilla. Kuntien virkamiesten haastattelujen lisäksi tein kaksi asiantuntijahaastattelua, joilla pyrin hakemaan taustatietoa ilmiöstä ja

kokonaisnäkemyistä ehkäisevien ikäihmisten palvelujen ja etenkin neuvontapalvelun kehittymisestä valtakunnallisesti.

Haastateltavat henkilöt oli helppo tavoittaa ja he suhtautuivat innostuneesti haastattelun tekemiseen ja luottamuksellisuuden vakuudeksi käytin haastattelusopimusta (liite 2.). Haastattelurungon (liite 3.) toimitin etukäteen haastateltaville virkamiehille, jolloin heillä oli mahdollisuus pohtia aihetta etukäteen. Haastatteluista sovin etukäteen sähköpostitse ja puhelimitse ja haastattelut tapahtuivat kunkin haastateltavan toimipaikassa. Nauhoitin kaikki haastattelut, jolloin haastattelutilanteessa oli mahdollisuus keskittyä keskustelun sisältöön ilman häiriötekijöitä. Kaikki tarvittavat tiedot tulivat näin tallennettua. Haastattelut etenivät teemarungon mukaan, mutta mahdollistaen vapaan keskustelun, mikä sopii tutkimusaiheen käsittelyyn (Eskola ja Suoranta 1998, 85). Yleensä kaikki teemat käytiin haastateltavien kanssa läpi, joskaan ei aina samassa järjestyksessä.

Yksilöhaastatteluilla kerätyn aineiston analysoin laadullisella sisällön erittelyllä. Tein teemahaastattelut puolen vuoden sisällä keväästä syksyyn 2010. Nauhoitetut haastattelut kirjoitin ensin auki kokonaisuudessaan. Jaoin ensin haastatteluaineiston vastaukset pääluokkiin: neuvontapalvelun päätöksentekoon liittyvät vastaukset ja neuvontapalvelun toiminnan toteutukseen liittyvät vastaukset. Päätöksentekoon liittyvät vastaukset jaoin alaluokkina valmistelutyöhön ja itse päätöksentekoprosessiin. Neuvontapalvelun toiminnan kuvaamiseen kohdistuneet vastaukset jaoin alaluokkiin: palvelun tavoitteet ja tehtävät, palvelun organisointi ja suunnittelu sekä palvelun voimavarat ja toimintaympäristö. Lopuksi tein luokittelun mukaisen analyysin koko aineistosta. Koska kysymyksessä on laadullinen kuvaava tutkimus, oli ainoana tavoitteena saada kootusta haastatteluaineistosta vastauksia esittämiini tutkimuskysymyksiin. Systemaattisemman analysointimenetelmän käytön en katsonut olevan tarpeen tavoitteeseen pääsemiseksi.

5 TULOKSET

5.1 Neuvontapalvelujen toteutus kuntapäätäjäkyselyn perusteella

Tutkimusaineiston ensimmäisen osion muodostaa kuntien päättäjille ja vastaaville virkamiehille kohdistetun Webropol-kyselyn aineiston vastaukset neuvontapalveluiden ja lähinnä avoimien vastausten osalta. Stakesin kesällä 2008 suorittamaan kuntakyselyyn vastasi 192 kuntaa eli alle puolet silloisesta kokonaiskuntamäärästä. Vastanneista kunnista 144 (75%) vastasi, että kunnassa on tehty ikääntymispoliittinen strategia tai hyvinvointipoliittinen ohjelma, johon sisältyy ikääntymispoliittisia tavoitteita. Näistä 83 (53,9%) ilmoitti, että strategian linjauksiin ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sisältyi maininta ikääntyneiden neuvontapalveluista. Kysymykseen neuvontapalveluiden järjestämisestä 52 kuntaa kertoi, että asukkaille on tarjolla ikääntyneille suunnattua neuvontapalvelua ja 40 ilmoitti palvelujen olevan suunnitteilla lähivuosien aikana ja noin puolessa vastanneista kunnista palveluita ei ollut tarjolla eikä suunnitteilla. Kyselyssä käytetty nimitys neuvontakeskustoiminta on tässä lyhennetty yleisesti ikääntyneiden neuvontapalveluksi. Neuvontaa antavasta ammattihenkilöstä käytän nimitystä palveluneuvoja. Kyselyaineistoa on aiemmin esitelty THL:n erillisselvityksessä ja Ikäneuvo-työryhmän raportissa. (Seppänen ym. 2009, STM 2009a.)

5.1.1 Neuvontapalvelun organisoituminen

Yleisimmin ikääntyneiden neuvontapalvelu oli osa jotain laajempaa toiminnallista kokonaisuutta, kuten sijoitettuna päiväkeskukseen. Neuvontapalvelun kohderyhmänä olivat yleisimmin eläkeikäiset kuntalaiset ja palvelun tarkoituksena ehkäisevä toiminta. Yli puolet vastanneista kunnista järjesti palvelut itse, mutta rahoitukseen saattoi osallistua jokin toinen kunta, kuntayhtymä, järjestö tai joku muu taho (esim. lääni, hankerahoitus tai oppilaitos). Organisatorisesti palvelu sijoittui kotihoitoon, perusturvaan, sosiaali- ja terveystoimeen tai vanhuspalveluihin. Toiminta oli joko vakiintunutta tai sisältyi kunnan ikääntymispoliittisiin tulevaisuuden suunnitelmiin. Yleensä neuvontakeskuspalvelu määriteltiin pysyväisluonteiseksi toiminnaksi, projektiluonteiseksi tai määräaikaiseksi kokeiluksi sen luonnehti 11 kuntaa.

Neuvontapalvelun budjetti sisältyi monessa kunnassa kotihoidon budjettiin, muuten budjetti koostui palkkamenoista ja oli suhteessa palveluneuvojien määrään.

Ennaltaehkäisevän työn kokonaisuus on osa vanhustyön organisaatiota. Ikäkeskuksen työ kohdentuu asiakkaisiin pääasiassa ennen kotihoidon tarpeen syntymistä.

Päivätoimintaa ollaan suunnittelemassa gerontologisiksi keskuksiksi. infon perustamista yhteispalvelupisteiden yhteyteen osana asukaspalvelun toimintaa.

Neuvontapalvelun vastuualueet vaihtelivat terveystarkastusten teosta ja avuntarpeen määrittelystä harrastusmahdollisuuksien tiedottamiseen. Toisissa kunnissa tehtävää hoiti sosiaali- ja/tai terveydenhuollon moniammatillinen tiimi ja toisissa palveluneuvoja(t), jo(t)ka tuottaa sekä puhelin-, internet- että henkilökohtaista palvelua. Toisissa kunnissa palvelu painottui sosiaali- ja kotipalveluihin ja toisissa terveydenhuoltoon. Yleisesti neuvontapalvelun toiminta oli suunnattu koko eläkeläisväestölle ilman tarkkaa rajausta, harvemmin se oli kohdennettu tietylle ikääntyneelle riskiryhmälle. Tavoitteena oli matalan kynnyksen palvelu, johon asiakkaat itse ja heidän omaisensa voivat itse hakeutua. Yhteydenoton perusteella annetaan palveluneuvontaa ja ohjataan tarvittaessa palveluissa edelleen.

Neuvontakeskus on osana kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta, sijainti keskellä kaupunkia yhdessä kotihoidon toimipisteessä. Pisteessä palveluneuvojan lisäksi työskentelee myös omaishoidon tuki, muistihoitaja ja kotihoidon osaaja, muistihoidon tuki.

Vastauksista kuvastui vahva vuorovaikutuksellinen ote kaikkien vanhustyön toimijoiden kanssa ja verkostoitumisen tavoite. Yhteistyötä tehtiin laaja-alaisesti kunnan muiden toimialojen kanssa, mutta myös yksityisen ja kolmannen sektorin sekä järjestöjen kanssa. Neuvontapalvelun työntekijöillä oli yleisesti mahdollisuus konsultoida tarvittaessa muita ammattihenkilöitä.

...sosiaali- ja terveystoimen koko toimiala, järjestöt, yksityinen sektori, kulttuuri- ja liikuntatoimi, seurakunta, oppilaitokset...

Neuvontapalvelulla ei ole mitään vakiintunutta nimitystä. Useimmiten nimet olivat ikä-alkuisia; esimerkiksi ikäsema, ikäpiste, ikävinkki tai *seniori*-alkuisia; *seniori*-info, *seniorineuvola*, *seniorineuvonta*, mutta myös *vanhusneuvola* oli yleinen. Monessa kunnassa neuvontapalvelun varsinainen nimitys oli vielä suunnitteilla. Neuvontapalvelusta vastaavan henkilön nimike vaihteli sosiaali- ja terveydenhuollon vakiintuneiden tehtävänimikkeiden ohelle tulleisiin palveluohjaajan ja -neuvojan

nimikkeisiin. Tiedusteltaessa neuvontapalvelun henkilöstön koulutusta yleisimmäksi ilmoitettiin terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan koulutukset. Seuraavina olivat sosiaaliohjaaja/ sosionomi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja lähihoitaja.

5.1.2 Neuvontapalvelun sisältö

Ikääntyneiden neuvontapalvelun kohderyhmä pyritään tavoittamaan aktiivisella tiedottamisella eri välineissä, palvelupisteissä ja yhteistyöverkostojen kautta. Joissain kunnissa oli myös henkilökohtainen kutsukäytäntö kirjeitse. Palvelusta tiedotettiin jakamalla painettuja esitteitä kunnan palvelu- ja toimipisteissä, omilla tai kunnan internetsivuilla, ilmoittamalla paikallislehdissä ja järjestämällä tietoiskuja eläkeläisjärjestöjen tilaisuuksissa. Myös ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä kerrotaan neuvontapalvelusta. Yleisimmin ikäihmiset hakeutuivat neuvontapalveluun itse, usein joko omaisten tai tuttavien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön ohjaamana. Kunnista 27 ilmoitti ylläpitävänsä neuvontaa tukevia ikäihmisille suunnattuja ja palveluista tiedottavia www-sivuja.

Neuvontapalvelun tavoitteena on keskitetty palvelupiste, joka toimii matalan kynnyksen periaatteella. Neuvontapalvelun toimintamuotoina on palveluneuvonta, palveluohjaus, palvelutarpeen- tai toimintakyvyn arviointi ja muuna toimintana informaatio- ja luentotilaisuudet sekä asiantuntijapalvelut. Kyselyyn vastanneet kunnat olivat kuvanneet palvelusta saatavia eri neuvonnan lajeja; palveluneuvonta, terveysneuvonta, muistisairauksiin liittyvä neuvonta, ravitsemusneuvonta, liikuntaneuvonta, sosiaaliin ongelmiin liittyvä neuvonta, apuväline neuvonta, asumiseen liittyvä neuvonta, asuntojen korjausneuvonta, turvallisuusriskeihin liittyvä neuvonta, tapaturmien ehkäisyyn koskeva neuvonta ym.

Palveluneuvontaa kertoi antavansa 75 kuntaa vastanneista. Palveluneuvonta on kyselyssä määritelty seuraavasti: palveluihin liittyvää neuvontaa, esimerkiksi mistä ja miten palveluita voi saada, joka ei edellytä välttämättä paneutumista asiakkaan kokonaistilanteeseen (eikä esim. asiakastietojen kirjaamista) tai luottamuksellista suhdetta. Yksilökohtaista palveluohjausta (=case management kyselyn tekijöitä mukailen; asiakkaan ja työntekijän luottamussuhde ja asiakaslähtöinen työskentelytapa

asiakkaan tueksi, jolla lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja) annettiin lisäksi 70 kunnassa ja palvelutarpeen- sekä toimintakyvyn (fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen, sosiaalisen) arviointia 65 kunnassa.

Muita neuvontapalvelun yhteydessä olevia toimintoja olivat informaatio- ja luentotilaisuudet (52) ja asiantuntijapalvelut (37 kuntaa). Kyselyyn vastanneista 24 kuntaa kertoi palveluneuvonnan lisäksi järjestävänsä erilaista ryhmätoimintaa.

...kuntosalitoimintaa, pelikerhoja, askartelukerhoja, muuta toimintaa...
...kuntoutustoimintaa ja muistitoimintaa...
...liikuntaan ja psykososiaaliseen tukeen liittyen...

Tiedusteltaessa neuvontapalvelun seurantaan kunnat (39) ilmoittivat yleisimmin seuraavansa asiakaskäyntien määrää, asiakkaiden määrää ja puheluiden määrää. Joissakin kunnissa tilastoitiin asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakauma. Myös www-sivujen käyntimääriä oli jossain kunnassa tilastoitu. Tietoa siitä, mihin asiakkaita oli edelleen palvelusta ohjattu, kerättiin joissakin kunnissa. Näistä mainittiin terveydenhuolto, kotihoito, yksityiset hoiva- ja asumispalvelut, liikuntapalvelut, kuntoneuvola, päiväkeskuksen ryhmät ja lisäksi oli annettu luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden nimiä ja yhteystietoja.

Kunnissa on arvioitu neuvontapalvelun tavoitteiden saavuttamista (16), asiakastytyväisyyttä (19) ja joissain tapauksissa vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn (10 kuntaa). Arviointimenetelminä on käytetty esimerkiksi asiakasmäärien tilastointia, itsearviointia, kehityskeskusteluja ja palautekeskusteluja vanhusneuvoston kanssa. Vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn on arvioitu esimerkiksi, kyselyllä, geriatrin vuosittaisella yhteenvedolla, muistipoliklinikan seurantatiedoilla, toimintakykykartoituksilla, kotihoitoon testauksilla ja opinnäytetöillä. Edellisten lisäksi arvioidaan asiakastytyväisyyttä kyselyillä ja palautteilla.

5.1.3 Neuvontapalvelun kehittäminen ja tulevaisuus

Kunnat ilmoittavat käyttävänsä neuvontapalvelun kautta saatua tietoa kunnan tai kuntayhtymän ikäihmisten palvelujen kehittämisessä. Tietoa on kerätty seurannan,

arvioinnin, projektien, keskustelujen ja suullisen palautteen kautta ja sitä katsotaan voivan hyödyntää suunnittelussa. Neuvontapalvelu on tärkeä ehkäisevän työn osa.

*...strategioissa, toimintasuunnitelmissa, kotona asumista tukevien palvelujen kehittämisessä, kulttuuri- ja liikuntapalvelujen kehittämisessä...
...palvelujen laadun kehittäminen, palvelujen sisällön kehittäminen, koulutusten sisällön suunnittelu...*

Neuvontapalvelukokemusten perusteella on havaittu toiminnan puutteita tai kehitystarpeita. Esimerkiksi omaishoitajien tarpeet ovat tulleet neuvontapalvelun myötä näkyviksi. Kehitystarpeet liittyvät esimerkiksi neuvontapalvelun kohdentamiseen ja vaikuttavuuteen. Tavoitteina on jatkossa lisätä henkilöstön koulutusta, tehostaa asiakkaiden informointia ja tiedotusta.

*...joitakin prosesseja piti tarkistaa...
...neuvontapisteitä lisätty...
Neuvontapisteen vakinaistaminen on tärkeää.*

Voidaan todeta neuvontapalvelun tuottaneen myös konkreettisia hyötyjä. Mahdollisuudet yhteisöllisyyden edistämiseen ovat tulleet esille neuvontatoiminnan kautta. Myös ikääntyvät ihmiset itse ja eläkeläisjärjestöt on otettu mukaan suunnitteluun.

*Ennaltaehkäisevänä toimintana vakiinnuttanut paikkansa, säästetään kustannuksia, asiakastoiveet huomioitu mahdollisuuksien mukaan.
Yhteistyö lisääntynyt eri ikäihmisten kanssa työskentelevien tahojen kanssa, esim. käynnistetty muistisairaille päivätoimintaa.*

Neuvontapalvelun kehittämissuunnitelmat ovat monessa kunnassa/kuntayhtymässä selkiytyneet. Lähivuosien ratkaisuihin vaikuttavat Paras-hankkeen myötä kuntayhteistyö ja palvelujen uudelleenorganisointi. Ratkaisevia palveluiden kehittämiseksi ovat myös taloudelliset tekijät, kuten projektirahoituksen määräaikaisuus. Kuntakohtaisesti nämä vaikuttavat joko palveluiden supistamiseen tai laajentamiseen. Tulevat rakenteelliset muutokset nähdään myös mahdollisuutena tuottaa neuvontapalvelua seudullisena. Kuitenkin yleisenä tavoitteena on neuvontapalvelun jatkuvuus joko uuden toimintamallin käynnistämällä tai alkaneen toiminnan vakiinnuttamisella. Neuvontapalvelun kautta saatua tietoa voidaan hyödyntää kunnan sisäistä tai seudullista palvelukokonaisuutta kehitettäessä.

...jatkuu vakiintuneena toimintona ja pyritään hakemaan uusia innovaatioita uuden, vaativamman sukupolven tarpeisiin, asiakasnäkökulmaa konsultoiden, teknologiahanke suunnitteilla...

Toiminnan juurruttaminen koko alueen toimintamalliksi. Nyk. pilotointi on vasta alkanut ja siitä saatujen kokemusten myötä toimintaa kehitetään ja juurrutetaan tapahtuvaksi lähipalveluna koko toiminta-alueella.

Kuntapäätäjät toivoivat valtakunnallista tukea neuvontapalveluiden kehittämiseksi. Näistä mainittiin hyvien käytäntöjen esittely, yleisiä henkilöstömitoitustavoitteita vanhusten avopalveluille, yhteistä toimintalinjaa, tutkimus- ja tilastotietoa, korvamerkittyä rahaa palvelun tuottamiseen, koulutusta palveluohjaajille sekä ohjeistusta palvelun suunnitteluun.

Neuvontapalvelua pidettiin tärkeänä ehkäisevän työn muotona, mikä ehkäisee syrjäytymistä ja auttaa ikäihmisiä selviytymään kotona pidempään. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä osaavaan ja monipuoliseen palveluun, johon pääsee ilman ajanvarausta ja joka kohdistuu satunnaisiin avun tarpeisiin. Palvelua kuvattiin omatoimisten vanhusten tukipalveluksi, jolla voidaan esimerkiksi ylläpitää fyysistä toimintakykyä. Tärkeämmäksi katsottiin neuvontapalvelun helppo lähestyttävyyys, kuin isojen uusien keskusten rakentaminen.

Pienissä kunnissa arveltiin vielä olemassa olevien palveluiden riittävän, koska keskustassa sijaitseva neuvontapalvelu ei ratkaise syrjäkylien henkilökohtaisen palvelun tarvetta. Palvelun nähtiin olevan tarpeellinen vaihtoehto sähköisesti tuotetuille palveluille. Toisissa kunnissa on herännyt selvä innostus palvelun käynnistämistä kohtaan, mutta toisissa kaivattiin valtion taholta painostusapua. Yli kuntarajojen ulottuva yhteistyö helpottaisi palveluneuvojan yksinäistä työtä. Kehittämistyö on jossain kunnassa hidasta ja todettiin tarvittavan lisää tietoa koulutuksen, konsultoinnin ja hyvien käytäntöjen levittämisen muodossa. Kehittämistarpeina nähtiin käsitteistön selkeyttäminen ja selkeän vastuutahon nimeäminen.

5.1.4 Yhteenveto neuvontapalveluiden toteuttamisesta

Kuntapäätäjäkyselyn vastausten mukaan useimmassa kunnassa ikääntyneiden ehkäisevät palvelut on kirjattu strategiseen vanhuspoliittiseen asiakirjaan. Kuntien ikääntymispoliittisiin asiakirjoihin ja strategioihin sisältyi vastanneiden mukaan useassa

tapauksessa maininnat ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja näistä useimpiin tavoitteet ikääntyneiden neuvontapalvelun jatkamisesta tai käynnistämisestä. Niissä on kuitenkin harvemmin tarkkaan määritelty ehkäisevän vanhuspalvelun toteutusmuoto ja vastuutaho(t). Tässä työssä ei ole tehty sisällön analyysiä kuntien strategia-asiakirjoista. Kuitenkin pikaisen tarkastelun (liite 4.) perusteella voidaan päätellä, että ikääntyneiden kuntalaisten terveyden edistäminen ja kotona asumisen tukeminen on huomioitu kuntien strategioissa, mutta maininta neuvontapalveluista on vain harvoissa.

Useimmin kunta tai kuntayhtymä vastasi neuvontapalvelun järjestämisestä osana kunnan sosiaali- tai terveystalvelujen organisaatiota, vaikka palvelun rahoitukseen saattoi osallistua joku muu taho. Neuvontapalvelun toimipiste oli usein sijoitettu muiden ikäihmisten palvelujen yhteyteen. Kaikille kuntalaisille tarkoitettua yleistä neuvontaa tai sosiaali- tai terveysneuvontaan painotettua palvelua annettiin kuntalaisten muutenkin käytössä olevassa matalan kynnyksen paikassa, kuten päiväkeskuksessa. Tavoitteena oli ehkäisevä palvelu ennen säännöllisen palvelun tarpeen muodostumista, jonka tuottajana tai ainakin lähiverkostossa toimi moniammatillinen tiimi. Palveluneuvojana oli sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö.

Tavoitteena neuvontapalvelua annettaessa oli henkilökohtainen palvelu. Palvelumuotoihin kuului myös puhelin- ja internetneuvonta. Laaja-alaisen neuvontapalvelun lisäksi joissain kunnissa annettiin palveluohjausta (sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä oleville tai niihin liittyville asiakkaille) ja myös palvelutarpeen arviointia. Yleisimmin neuvonnan asiakkaista ei pidetty seurantaasiakasjärjestelmässä. Palveluneuvonnan lisäksi toimintaan oli liitetty omien palvelusivujen ylläpito internetissä ja järjestettyä ryhmä-, harrastus- ja kuntoutustoimintaa. Toiminnan seuranta oli yleensä määrällistä keskittyen käynti-, asiakas- ja puhelumääriin. Joissain tapauksissa laadullista seuranta pidettiin kysymysten aihealueista. Asetettujen tavoitteiden seuranta ei ollut kaavamaista ja systemaattista, mutta se oli vastausten mukaan moninaista ja laajaa.

Ikääntyneille suunnatun neuvontapalvelun tuottamisessa korostui moninaisuus sekä suunnittelussa, järjestelyssä, nimityksessä ja palvelua tuottavan henkilön ammattitaustassa. Palvelussa pyrittiin tavoittamaan lähialueen ikäihmiset ja apua

tarvitsevat huolehtimalla näkyvyydestä yhteystietolehtisten jakamisella, aktiivisella toiminnalla ja siitä tiedottamisella sekä verkostoitumalla muiden vanhustyön toimijoiden ja –järjestöjen kanssa. Mitään yhtenäistä tapaa tuottaa, organisoida tai arvioida toimintaa vastauksista ei ollut löydettävissä. ehkäisevän neuvontapalvelun järjestämistä pidettiin merkityksellisenä osana palvelukokonaisuutta suunnittelun ja palautteen keräämisen kannalta. Vaikka neuvontapalvelun jatkuvuutta pidettiin tärkeänä ja vastausten mukaan nimettäviä hyötyjäkin oli nähtävissä, ilmeni varovaisuutta neuvontapalvelun tulevaisuuden suunnitelmien ja rahoituksen suhteen.

Kunnissa oltiin motivoituneita tekemään ehkäisevää työtä ja päättäjät uskoivat sen edistävän ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä. Helposti saatavilla olevat arjen tukipalvelut kuten neuvontapalvelu tukee yhteisen näkemyksen mukaan itsenäistä kotona asumista. Kunnan muu palvelutarjonta ja paikalliset tarpeet määrittelevät neuvontapalvelun muodon ja resurssit. Ratkaisuna palveluiden kehittämiseksi nähtiin kuntarajat ylittävä ja poikkisektorinen yhteistyö. Tulevaisuudessa kunnat ilmaisivat tarvitsevansa valtionhallinnon taholta laaja-alaista koordinoitua ja tukea.

5.2 Neuvontapalvelut kuntien päätöksenteossa

Edellisessä luvussa kuvasin ikäihmisten neuvontapalvelujen kokonaistilannetta kuntasektorilla perustuen Stakesin kuntapäätäjäkyselyn aineistoon vastauksena tutkimuskysymykseen 2. Siinä syntyi käsitys neuvontapalvelujen roolista ehkäisevien ikäihmisten palvelujen tuotannossa ja kuntapäätäjien näkemyksistä tuotannon tavoista ja mahdollisuuksista. Haastatteleamalla neuvontapalveluista vastaavia viranhaltijoita tai palveluntuottajia valikoiduissa kunnissa pyrin vastaamaan tutkimuskysymykseen 1. neuvontapalvelujen käynnistysvaiheesta ja sitä edeltävästä päätöksenteosta, jota käsittelen tässä alaluvussa. Seuraavassa alaluvussa haen vastausta tutkimuskysymykseen 3. Siinä tulen kuvaamaan yksityiskohtaisemmin joidenkin kuntien ratkaisua ja tapaa tuottaa neuvontapalvelua yleistä tietoa tuottavana palveluna.

Tutkimuksen toisen osion ensimmäisenä tavoitteena on kuvata yleisen neuvontapalvelun käynnistämiseen johtaneen kunnallisen päätöksenteon taustalla olevaa tietoa ja prosessia haastatteluaineiston avulla. Tein haastatteluja neljässä eri kunnassa,

jossa yleinen neuvontapalvelu oli toteutettu eri tavalla, ja joissa sen tuottaminen oli eri vaiheissa. Kaikissa tutkimuskunnissa lähtökohtana oli yleisen tiedon tarjoaminen yhden luukun periaatteella universaalina palveluna. Haastateltavat olivat joko päättäviä virkamiehiä tai suunnittelutehtävissä sekä palveluneuvojia (joiksi kutsun palvelua tuottavia ammattihenkilöitä analyysissäni). Isoissa kunnissa vastuut ovat jakautuneet ja tehtävät vaihtuvat organisaatiomuutosten mukana, joten hain henkilöitä, jotka ovat mahdollisimman varhain liittyneet mukaan joko neuvontapalvelun suunnitteluun tai käynnistämiseen.

Haastateltavat valitsin kolmesta isommasta kaupungista ja yhdestä keskikokoisesta kunnasta, koska yleistä tietoa jakavia neuvontapalveluja toteutetaan harvoin pienissä kunnissa ja kaupungeissa. Tämä juontuu usein siitä, että neuvontapalvelun tyyppiseen ehkäisevään palveluun ei ole osoittanut resursseja tai sen tarvetta on vaikeampi suoraan osoittaa. Lakisääteisen veloitteen mukaan annettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontaa katsotaan voivan annettavan alan ammattihenkilöstön toimesta ja yleisen tiedon jakamisessa katsotaan ehkä sosiaalisen verkoston tuottaman tiedonkulun riittävän. Lisäksi pienissä kunnissa ikäihmisille tuotetaan useammin terveysneuvontaa tai terveysneuvolapalvelua (ks. Seppänen ym. 2009).

Neuvontapalvelun käynnistämisen taustalla olevan valmistelu- ja päätöksentekoprosesseihin perehtymiseen käytin myös saatavilla olevia kuntien strategia- ja päätöksentekoasiakirjoja, jos niistä oli saatavissa jotain olennaista uutta tietoa. Muuten päätöksenteon kuvaus ja johtopäätökset perustuvat haastatteluaineistoihin. Kunnissa tapahtuvan päätöksenteon taustatiedon hankkimiseksi käytin myös muutaman tutkimuskuntien ulkopuolisen asiantuntijan haastatteluaineistoa.

5.2.1 Neuvontapalvelun päätöksenteon valmistelu

Useammassa kunnassa neuvontapalvelu on lähtenyt liikkeelle strategisesta vanhusten ehkäisevän palvelutuotannon hankkeesta. Aloitteentekijänä on useammassa tapauksessa ollut vanhusneuvosto, jonka sinnikäs yksipuolinen asian eteenpäin vieminen tai hankkeeseen osallistuminen on saattanut käynnistysprosessin liikkeelle. Aloite on

voinut tulla myös kunnan ulkopuoliselta organisaatiolta, kuten seurakunnalta. Vaikuttavinta on ollut monelta eri taholta tullut painostus. Myös valtion ohjelmatyö ja suositukset ovat osaltaan vaikuttaneet päätökseen.

*...kun on tätä kaupunkistrategiaa luotu ja sellaisilla foorumeilla, missä on vanhusten palvelujen strategiasta...se on aina noussut esille...
...vanhusneuvoston edustamat yhdistykset ovat tehneet yhteisen aloitteen, jota on viety kaupungin organisaatiossa edelleen...
Kasteohjelma on se suuntaa antava ja toimintaa ohjaava.*

Palvelua suunnittelevissa työryhmissä on usein ollut mukana laaja edustus; kolmas sektori; seurakunnat, järjestöt ja/ tai yhdistykset. Suunnittelutyössä on otettu näin kuntalaiset mukaan muodossa tai toisessa ja he ovat päässeet laaja-alaisesti itse vaikuttamaan etenkin sisällölliseen kehittämiseen.

*Millä tavalla me saatais kuntalaisia itse ja tässä kohtaa ikäihmisiä itse mieltämään omien palvelujensa suunnittelua.
Uskon siihen osallistavaan tapaan ja siihen että pitää saada kuntalaiset ja järjestöt mukaan suunnittelussa ja sieltä sitä näkökulmaa ja sitä voimaa.
...hyvin aktiivista eläkeläisyhdistystoimintaa, toivoneet paikkaa missä esitellä omaa toimintaa...*

Perusteellisen suunnittelutyön pohjalta on ollut helppo lähteä liikkeelle palvelun toteutukseen usein nk. yhteisöllisellä työotteella. Yleisen neuvontapalvelun tuottamisesta tai kokemuksista ei ole saatavissa tutkimustietoa ja vaikka eri kunnissa on kertynyt jonkun verran kokemusta, siitä ei ole mitään vertailtavaa seurantatietoa. Siitä ei ole myöskään yleisesti sovellettavaa mallia, minkä mukaan palvelua voisi tuottaa.

*Me nyt lähdetaan, sosiaalipuolen ihmiset, toimintatutkimuseriaatteella, ett tehdään ja sit arvioidaan.
Oltiinhan me tietysti luettu, minkälaisia eri toimintamalleja on eri puolella maassa toteutettu.
Kyllä siinä se kysyntä oli ohjaavana.*

Haastateltavat korostivat sitä, että iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu ei ole pelkästään sosiaali- ja terveystoimen vastuulla. Etenkin uuden palvelumuodon kehittämisessä uskotaan uudenlaisten yhteistyömuotojen ja verkostojen voimaan.

*...hankkeen yhteydessä, koska se kytki mukaan kaikki muutkin kaupungin toimijat...
Se on kirjattu tämä yhteinen vastuu, mutta kovasti saa tehdä työtä, että muut toimijat mieltää sen.
Soveltaen tämmöisiä verkostotyön menetelmiä.*

Toisissa kunnissa yleinen neuvontapalvelu on lähtenyt heti alussa käyntiin vakinaisena toimintana, joka on linjattu ikäpoliittisiin asiakirjoihin. Jossain kunnassa se on myös saattanut olla pitkällisen kehitystyön tulos ja lähtenyt liikkeelle pilottina. Usein se on perustettu omana toimintonaan, mutta joskus myös yhdistettynä olemassa oleviin palveluihin.

Monet asiat ovat eläneet aika pitkään... kokeiltiin eri malleja... pilottikäytäntö on meillä hyväksi havaittu. Laajemmalla foorumilla kaikki hyväksyvät sen, että on hirveän tärkeää, että käytetään olemassa olevia rakenteita.

5.2.2 Päätöksenteko neuvontapalvelun käynnistämässä

Yleinen neuvontapalvelu voi käynnistyä hankerahoituksella. Jatkuvaan suunniteltu palvelu vaatii kuitenkin kunnan rahoituksen, joka tulee yleensä sosiaali- ja terveystoimen budjetista. Aloite käynnistämiseen voi tulla tilatun selvitystyön lisäksi asiaan uskovalta virkamieheltä tai valtuustoaloitteena. Vaikka aloite toiminnan tarpeellisuudesta tulee muualta, tarvitaan kunnallisena toimintana käynnistetyn neuvontapalvelun aloittamisesta päätös lautakunnassa ja kunnanhallituksessa. Silloin apuna on joko palvelun laaja kannatus tai kyseisen toimintaelimen puheenjohtajan vahva näkemys palvelun vaikuttavuudesta.

Se on ohjelmaan kirjattu, joka on hyväksytty sosiaali- ja terveyslautakunnassa ja nyt myös kaupunginhallituksessa. Päätös käynnistämisestä tehtiin terveystoimen johtajan päätöksellä. Luottamusmiehet ovat saaneet aikaan sen perustamisen ... virkamiespuolelta ei varmaan olisi lähtenyt käyntiin.

Haasteellista on käynnistää tai säilyttää ehkäisevä palvelu kuten yleinen neuvontapalvelu taloudellisessa taantumassa ja kilpailussa kunnan lakisääteisten vastuiden kanssa. Vakiintunut toiminta ei ole turvassa, kun mietitään säästötoimia. Toisaalta uskotaan kansalaisvaikuttamiseen toiminnan jatkumisessa.

Virkamiesten toiminta pitäisi olla tätä ihmisten omaa toimintaa tukevaa ja rakenteisiin vaikuttavaa. ...et tuleeko tää jatkumaan ainakaan tällaisessä muodossa...säilyykö erillisenä vai sulautetaanko... Tuntuma on, että tää on niin kuntalaisten tärkeänä pitämä asia, et ne ajaa sen rahan tähän.

5.2.3 Yhteenveto päätöksentekoprosessista

Neuvontapalvelun käynnistämiseen johtanutta päätöstä on usein edeltänyt eri toimijoista koostunut työryhmätyöskentely. Joskus päätösprosessin käynnistäjänä on ollut joltain kunnallisen toimijan taholta tullut aloite. Asialle on ollut eduksi, jos kunnassa on ollut joku tulisieluinen palvelun vaikuttavuuteen uskova henkilö, joka on hankkinut asialle laajemman kannatuksen ja vie käynnistämispäätöksen läpi. Joko työryhmätyöskentelyn tuloksena tai yksittäisestä aloitteesta on tullut esille neuvonnan tarve, jonka perusteella on lähdetty palvelun perustamista kohti. Useimmassa tapauksessa palvelua suunniteltaessa on pyritty laaja-alaiseen kuulemiseen, jolla on samalla mahdollista sitouttaa eri sektorien toimijat mukaan. Laaja-alaisen suunnittelun etuna on myös kaikkien eri toimijoiden tietoisuuden ja vastuun kokemisen lisääminen. Joskus on ollut haasteellista saada muiden toimialojen edustajat mukaan ja oivaltamaan kaikkien kunnallisten päätösten ja toimenpiteiden vaikutukset väestön hyvinvointiin. Vuorovaikutus auttaa ymmärtämään muiden osapuolten toiminnan tavoitteita, mahdollisuuksia ja rajoituksia.

Palvelun jatkuvuuden riskitekijänä nähtiin jopa poukkoilevaksi kuvattu kunnallinen päätöksenteko, huolimatta panostuksista palvelun käynnistämiseksi ja kehittämiseksi tai palvelun tuomista kiistattomista hyödyistä. Haastateltavat jakoivat käsityksen, että kunnan päättäjät eivät hahmota ehkäisevän työn merkitystä. Vaatii päätöksentekijöiltä valmiuksia kuunnella ikäihmisten esiin tuomia tarpeita, riskinotto kykyä ja luottamusta ehkäisyyn positiiviseen vaikuttavuuteen ikäihmisten hyvinvointiin, toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen, jotta palvelu päätetään käynnistää. Kuntalaisten kuuleminen joko suoraan tai järjestöjen kautta on ihan erikseen järjestettynä ollut muodossa tai toisessa useammassa haastattelukunnassa käytäntö palvelua käynnistettäessä. Ehkäisevä palvelutuotanto nähdään selkeästi koordinoititehtävänä kunnille. Yleisesti tavoitteena on ollut jatkuva toiminta, vaikka käynnistämisen tapa on vaihdellut hankkeesta ja pilotista osaksi kunnan palvelujärjestelmää. Palvelun suojaaminen taloudelliselta epävarmuudelta tuntui olevan haastateltavien yhteinen huoli. Ehkäisevän palvelun säilyttäminen tiukan taloudellisen tilanteen jatkuessa ja kilpailuasetelmaa perinteisten lakisääteisten palvelujen rinnalla pidettiin haasteellisena. Toisaalta palvelun luonteeseen

perehtyneet uskoivat tehokkaasti toimivan neuvontapalvelun hyötyihin muiden palvelujen täydentäjänä ja jopa muiden sosiaali- ja terveystalveluiden resurssien säästäjänä. Uskottiin, että oikea-aikaisen tiedon saamisen helpottaminen lisäisi koko palvelukentän, yksityisen ja kolmannen sektorin, parempaa hyödyntämistä.

5.3 Ikääntyneiden yleisen neuvontapalvelun kuvaus

Tutkimuksen teemahaastatteluosion toisena tarkoituksena on kuvata yleisen neuvontapalvelun mallia haastatteluaineistoon ja omaan kokemukseeni perustuen. Tein haastatteluja neljässä eri kunnassa, jossa yleinen neuvontapalvelu oli toteutettu eri tavalla, ja joissa sen tuottaminen oli eri vaiheissa. Kahdessa kunnassa toiminta on jatkunut jo vuosia ja vakiinnuttanut paikkansa siltä osin. Toisessa näistä kaupungin neuvontapalvelu on yhdistetty seurakunnan vapaaehtoisten pitämän kahvilatoiminnan kanssa avoimeksi kohtaamispaikaksi. Toisessa neuvontapalvelu on vuosi sitten jaettu siten, että kaupungin palveluneuvojat vastaavat henkilökohtaisesta neuvonnasta ja yksityisen yrityksen vastuulla on puhelinneuvonta. Kolmannessa kunnassa neuvontapalvelu käynnistyi kunnan ostopalveluna palvelukeskuksessa vuonna 2008 ja integroitiin osaksi kotipalvelua vuoden 2010 alusta. Neljännessä tutkimuskunnassa yleinen ikäihmisten neuvonta on käynnistetty vuonna 2010 integroituna kaupungin yhteis palvelupisteeseen ja aloitettu pilottina.

5.3.1 Yleisen neuvontapalvelun tavoitteet ja tehtävät

Kaikissa tutkimuskunnissa ikäihmisten yleisen neuvontapalvelun tavoitteena on olla kaikille kuntalaisille avoin matalan kynnyksen palvelu, joka toimii yhden luokun periaatteella. Palvelupaikka, joka tarjoaa yleistä tietoa ja kevyempää neuvontaa, voi olla kaikille avoin palvelu ja siten hyödyttää kaikkia osapuolia, koska sillä on mahdollisuus täyttää muiden palvelujen katvealueita. Sen katsotaan olevan helpompi lähestyttävä, koska sinne ei tarvitse varata aikaa. Siellä ei ylläpidetä asiakasrekisteriä ja palvelu on luottamuksellista. Neuvontapalvelu toimii ikään kuin väylänä raskaampiin palveluihin. Tarvitsija saa sieltä ensisijaisen avun, miten asiassa edetä ja siten vältetään asiakkaan pallottelu eri palvelun asteissa.

...niille ihmisille, jotka tarvitsevat palveluja, muttei vielä niitä raskaita palveluja...

Että on edes joku kontakti, joku taho mistä saa kysyä ja sitten he tietävät neuvoa lisää.

Pitäää olla monialainen, ei haluttu sosiaali- ja terveysneuvontaa siitä.

Tavoitteena on tuottaa henkilökohtainen palvelu mahdollisimman keskellä, hyvien kulkuyhteyksien päässä ja lähipalveluna. Saavutettavuus on ollut yksi peruseriaatteista universaalien palvelun tuottamisessa. Yleensä neuvontapalvelu sijaitsee keskeisellä ja usein ikäihmisille entuudestaan tutulla paikalla. Toiminnan vakiintuessa kysyntää ilmenee myös taajamissa varsinkin isoissa kunnissa ja silloin syntyy ainakin suunnitelmiin tavoite jalkautumisesta myös laajemmalle tai palvelun laajentamisesta muihin asutuskeskuksiin joko vakituksena tai säännöllisesti toistuvana palveluna.

Kunnan koko on esteenä, että (alueellinen) tasa-arvo ei varmaan toteutunut.

Et niitä paikkoja vois olla useampiakin ja varsinkin siellä missä on ikäihmisiä.

...luonteva paikka, esimerkiksi kaupan yhteydessä...

Koska mitään tutkimustietoa ei ole yleisen neuvontapalvelun vaikuttavuudesta, tavoitteet perustuvat 'musta tuntuu' -odotuksiin. Vaikka päällimmäisenä ajatuksena on vastaaminen ikääntyvien tarpeisiin, on taustalla myös usko ehkäisevän työn vaikutuksesta raskaampien palveluiden tarpeen välttämiseksi tai myöhentämiseksi. Nähdään jopa palvelun vapauttavan resursseja muualla palvelujärjestelmässä. Kunnan vastuu riittävän tiedon tarjoajana tunnustetaan yleisesti ja tiedostetaan ikääntyneiden ihmisten tarpeet henkilökohtaiseen palveluun.

Kun ihminen saa ajoissa tietoa, niin myös luultavasti saa ajoissa apua, et se niinku vähentää (muuta palvelutarvetta [tutkijan lisäys]).

Totuus on se, että tämmöisillä ennalta ehkäisevillä palveluilla tulevaisuudessa säästetään sitä rahaa.

Yleisen neuvontapalvelun tarkoituksena selkeimmillään on jakaa laaja-alaista tietoa monikanavaisesti; henkilökohtaisesti, puhelimitse ja myös internetsivuston kautta. Palvelun kohteina ovat itse ikäihmiset, heidän omaisensa, opiskelijat ja kunnan ammattihenkilöstö. Tiedottamisen sisältönä ovat kunnan tuottamat palvelut, yksityiset palvelut, järjestöjen ja yhdistysten toiminta, osallistumis- ja harrastusmahdollisuudet, mutta myös vanhenemiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvä neuvonta. Palveluiden moninaisuuden vuoksi muun neuvonnan katsotaan olevan hajallaan ja tiedon nähdään

olevan vaikeasti saatavilla. Usein pienet asiat saattavat muodostua isoiksi ongelmiksi, jos niihin ei saa apua ajoissa. Neuvontapalvelun asiakkaat tarvitsevat vielä painettuja palveluesitteitä, joita on useassa kunnassa tarjolla.

Tarve on tullut jo kauan sitten esille...ikäihmiset mielellään soittaa tai asioi ihan henkilökohtaisesti...nettimaailma on heille vielä vähän vieraampi.

Iso osa asiakkaista on erittäin hyväkuntoisia, eikä tarvitse mitään sosiaali- ja terveystalouksia, eikä varsinaisesti mitään vanhustalouksia.

5.3.2 Yleisen neuvontapalvelun voimavarat ja toimintaympäristö

Resurssikeskustelu on ehkäisevän palvelun, kuten yleisen neuvontapalvelun, kohdalla jatkuva. Vaikka toimintaa päätettäisiin jatkaakin, taloudelliset paineet näkyvät palvelun tuottamisessa muodossa tai toisessa. Voimavarojen supistamisen nähdään vaikuttavan suoraan palvelun laatuun. Sen ja toisaalta toiminnan laajentamisen katsotaan olevan priorisointikysymys. Verkostoituminen on edellytys ajantasaisten tietojen ylläpitämiselle.

Jos ajatellaan puhtaasti neuvontaa, siihen kyllä resurssit riittää.

Meilläkin sen näkee, että yhä vähemmän on mahdollisuus panostaa muihin palveluihin (kuin lakisääteisiin [tutkijan lisäys]).

Se, että neuvonta pysyis ajan tasalla ja laadukkaana, se vaatis aktiivista verkostoitumista, että olis aikaa siihen.

Neuvontapalvelun toimintaympäristö eri kunnissa on ratkaistu eri tavoin. Helppo lähestyttävyyden ja välitön ilmapiiri tuovat omat vaatimukset sijainnille ja fyysiselle ympäristölle. Muita toimintoja, joita on liitetty neuvontapisteeseen, ovat kahvilatoiminta, säännöllisesti kokoontuvat ryhmät ja asiakaspäätteet internet-asioinnille. Malli, jossa neuvontapalvelun ohessa toimii kolmannen sektorin vapaaehtoiset, tuo mukaan myös vertaistuen. Samalla toimintaympäristö on enemmän yleisesti tunnettu kohtaamispaikka.

...semmoinen eläväinen paikka...toimii olohuoneen jatkona monelle...että tulee edes jonkin lähde...

...että on kodikas olo, että on helppo tulla...

...pyrittä välttämään virastomaisuutta...

Muita palveluneuvojen tuottamia toimintamuotoja ovat yleisöluennot ja erilaiset teematilaisuudet. Se on myös paikka, jossa muut vanhustyön toimijat, kuten järjestöt ja

yksityiset yritykset voivat esitellä toimintaansa ja palvelujaan. Palveluneuvojat ovat myös resurssien salliessa itse lähteneet liikkeelle ja tavoittaneet ikäihmisiä siellä, missä he liikkuvat.

*...keväisin ja syksyisin tämmösiä teematilaisuuksia...
On otettu yhteyttä, että voitteko tulla kertoon kotitalousvähennyksestä.
Palvelijat on itse jalkautuneet, he on käynyt meidän ostokeskuksissa.*

Markkinointiin ei ole yleensä erikseen osoitettu rahoitusta. Toiminnasta tiedottaminen ja tunnetuksi tekeminen on silloin palveluneuvojien oman aktiivisuuden ja kekseliäisyyden varassa. Etenkin toiminnan alkuvaiheessa palveluneuvojat ovat kiertäneet tekemässä palvelua tunnetuksi järjestöjen tilaisuuksissa tavoittaen siten asiakaskuntaa. Järjestetyt teematilaisuudet ovat herättäneet huomiota ja siten on saatu julkisuutta esimerkiksi paikallislehdissä. Tarpeen tullen tietoa on jaettu tuottamalla itse esitteitä ja listoja palveluntarjoajista. Palvelun yhteystietoesitteitä voidaan jakaa kunnan eri palvelupisteissä.

*Aluksi sen eteen tehtiin töitä ja saatiin näkyvyyttä.
Paras markkinointi on se, että ne kävijät ottaa käydessään jonkun muun
maman tai papan mukaan.
Me ei tehdä jatkuvaa markkinointia, se on vähän lapsenkengissä.*

5.3.3 Yleisen neuvontapalvelun organisointi ja suunnittelu

Yleisen neuvontapalvelun toimintamuoto on yleensä muotoutunut palveluneuvojan oman taustan ja koulutuksen mukaan. Valmista mallia neuvontapalvelulle ei ole ollut. Tärkeätä on kuulla asiakkaiden toiveita ja muokata palvelu paikallisista resursseista lähtien, lopullinen toiminta muotoutuu usein käytännön sanelemana. Vaikka palveluneuvojan koulutusta ei ole rajattu, tärkeäksi katsotaan palvelukentän ja vanhustyön tuntemus eli perehtyminen gerontologiaan. Asiakaspalvelu- ja hyvät vuorovaikutustaidot kuuluvat ammattitaitoiseen ja tulokselliseen palveluun. Palveluneuvojan ja asiakkaan luottamuksellinen suhde auttaa ratkaisemaan käytännön ongelmia, koska usein se varsinainen ongelma ei tule esille ensimmäisessä kysymyksessä.

*Meille annettiin se hankesuunnitelma ja me lähdettiin itse kehittämään
siitä eteenpäin.
...toimintamuoto, niin sitä on muokattu se mukaan mikä on asiakkaiden
tarve...*

Ollaan todettu, että geronomikoulutus on tällaiseen neuvontaan hyvä sitten on tätä muuta osaamista, sehän karttuu tässä työn ohessa. Ihmiset ei ymmärrä, mitä niissä (virallisissa papereissa [tutkijan lisäys]) lukee, että on tehty ymmärrettävämpään muotoon.

Yleisen neuvontapalvelun sijoittumisessa kunnan organisaatioon on eroja. Se voi osana preventiivisiä palveluita sijoittua kotihoitoon osana perusturvaa tai vanhuspalveluita, mutta myös viestintäyksikköön tai vapaa-ajan ja asukaspalvelujen toimialaan. Kuitenkin vastuunjaon määrittely on tärkeää alusta lähtien, esimerkiksi erot seniorineuvolaan verrattuna. Verkostomainen yhteistyö eri toimijoiden kesken on toiminnan edellytys. Kuitenkin yhteistyö on harvemmin säännönmukaista, vaan useammin ulospäin suuntautunutta tiedottamista tai kahdenvälistä sähköpostikirjeenvaihtoa. Poikkeuksiakin on; jossain kunnassa ohjausryhmän lisäksi kokoontuu eri yhdistysten edustajista koottu ryhmä. Vuorovaikutus on vastavuoroista kumpaakin osapuolta hyödyttävää tiedon ja palveluiden vaihtoa.

*...tilaajaryhmässä ikäihmisten palveluiden prosessissa ... kuulutaan asiakasohjausyksikköön...
Yksi iso tavoite on tämä verkostoitumismalli.
On meillä paljon yhteistoimintaa ja yhteydenpitoa, vaikka ei pystytä niin aktiivisesti osallistumaan.*

Palvelupisteet tekevät lähinnä määrällistä seurantaa, joko vaikuttavuuden osoittamiseksi päätöksentekijöille tai omasta mielenkiinnosta. Yleisesti seurataan kävijä-, asiakas- ja puhelumääriä. Jossain kunnissa on tehty pienimuotoista laadullista selvitystä siitä, mitä aihealueita kysymykset eniten koskettavat. Seurantaa myös katsotaan tarpeelliseksi kehittää.

*Kukaan ei alkuvaiheessa asettanut mitään tavoitteita.
Raportit ja seurannat on meidän omasta mielenkiinnosta lähteneitä.
Sähköisesti kirjataan, kaikki käynnit ja mitä niillä käynneillä on kysytty ja mikä on ollut ratkaisu.*

Yleisen neuvontapalvelun tarvetta ja toiminnan perusteluja pidettiin kiistattomana. Neuvontapalvelun toimintamallia pidetään hyvänä ja siitä katsotaan valtapuolisesti koituvan hyötyjä. Kuitenkin todetaan, että joku voi myös nähdä haitaksi palvelujen kysynnän lisääntymisen, mistä seuraa kuitenkin myös turhien hakemusten väheneminen. Sen heikko asema kilpailussa lakisääteisten palvelujen kanssa tiedostetaan. Talouspaineiden mukainen realismi tuli esille vastauksissa, joissa suhtauduttiin tulevaisuuteen ja kehitysnäkymiin luottavasti tai pienellä varauksella.

Epäkohtana nähtiin myös palveluiden keskittyminen niille, jotka ovat jo palveluiden piirissä. Neuvonnan voidaan nähdä kohdistuvan enenevässä määrin palvelujen välittämiseen, eikä niinkään ehkäisyyn.

*Nyt kyllä kentälläkin ollaan sitä mieltä, että kovasti on hyötyä.
Ikäihmiset pystyy meidän avulla säilyttämään itsemääräämisen...monet
haluaa itse hoitaa omat asiansa...meidän avulla he pystyy tekemään
ratkaisuja omista asioistaan.
Tällä hetkellä ikäihmisten tiedonhankintavalmiudet on paljon heikommät
kuin muilla väestöryhmillä.*

Toimivaksi todetun mallin katsotaan toimivan muissakin kunnissa tai seudullisesti, kunhan se tehdään paikallisista tarpeista ja resursseista lähtien. Neuvontapalvelun järjestäminen nähdään kuitenkin kunnan vastuulle kuuluvana.

*Samalla konseptilla on aloitettu toimintaa muissa kunnissa.
Voi olla vaikea ihan tällaisenaan pienissä kunnissa.*

5.3.4 Yhteenveto yleisen neuvontapalvelun toiminnasta

Yleisen neuvontapalvelun ensisijaisena tavoitteena haastateltavien mukaan on olla helposti saavutettava matalan kynnyksen yleistä tietoa jakava palvelu. Se on universaaliuden periaatteiden mukaan tarkoitettu kaikille kuntalaisille, erityisenä kohderyhmänä ikäihmiset, heidän omaisensa, ammatti-ihmiset, opiskelijat ja kaikki vanhustyön toimijat. Palvelun sisältönä ovat julkiset ja yksityiset palvelut, osallistumis- ja harrastusmahdollisuudet, mutta myös elintapoihin liittyvä ehkäisevä tieto niiden vaikutuksista vanheneviin asiakkaisiin. Tavoitteena on olla yleisesti tunnettu lähipalveluna tuotettu palvelu, jonka palveluneuvojan puoleen voi kääntyä, kun tiedon- tai avuntarve on ajankohtainen. Tällöin on mahdollista tavoittaa ehkäisevästi ne kotona asuvat, jotka eivät vielä ole palvelujen piirissä tai itsenäisesti palveluasunnoissa asuvat, jotka tarvitsevat tietoa arjen asioissa. Alueellisen tasa-arvon takaaminen saavuttavuudessa katsotaan keskeiseksi tavoitteeksi, johon pyritään resurssien mukaan.

Muuta palvelutarjontaa täydentävän neuvontapalvelun haastateltavat katsovat vähentävän muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ennen kuin varsinainen säännöllinen palveluntarve on ajankohtaista. Ajoissa saadun avun arvioidaan säästävän muuta palvelutarvetta. Suoranaisen tutkimustiedon puuttuessa luotetaan tarvelähtöiseen palveluntuotantoon ja ehkäisevään työhön. Kunnan normatiivinen sosiaali- ja

terveydenhuollon tiedottamisvastuu puoltaa laaja-alaisen keskitetyn tiedon jakamista. Myös ikääntyvän väestönosan erityistarpeet tunnistetaan ja niihin vastaamista pidetään osana hyvinvointiyhteiskunnan vastuualuetta.

Koska yleisen neuvontapalvelun tarkoituksena on olla ensimmäinen kontakti palveluja ja tietoa haettaessa, sen tarkoituksena ei ole antaa henkilökohtaista neuvontaa tai palveluohjausta. Neuvontapalvelun tavoitteena on tarjota ikääntyvälle asiakkaalle tietoa tarjolla olevista vaihtoehdoista ja ohjata eteenpäin palveluverkostoissa tai järjestöissä avun tarpeissa. Palveluneuvojat ovat nähneet ikäihmisten kohtaamat ongelmat viranomaispalveluissa ja palvelujärjestelmän tiedonsaannin katvealueet, jotka selvästi voivat vaikuttaa ikäihmisten toimintakyvyn ja hyvinvoinnin säilymiseen. Neuvontapalvelun keskeinen sijainti, paikan tunnettuus, epämuodollinen ympäristö ja helppo lähestyttävyyys lisäävät palvelun käyttöä. Ikääntyvät asiakkaat pitävät tärkeänä mahdollisuutta henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen joko kasvokkain tai puhelimitse. Vaikka seniorien internet-sivujen käyttö lisääntyy vähitellen, niiden sisältöjen ymmärtämiseen tarvitaan joskus ”tulkkia”.

Kohtauspaikaksi muodostuvan palveluympäristön todetaan tuovan tarpeellista vertaistukea joko organisoitujen ryhmäkokoontumisten tai epävirallisten tapaamisten muodossa. Palveluneuvojien oma aktiivisuus lisää paikan tunnettuutta ja saa näkyvyyttä esimerkiksi paikallislehdissä. Palveluneuvojien jalkautuminen palvelukeskuksiin, kauppakeskuksiin ja yhdistysten tilaisuuksiin eli paikkoihin, missä ikääntyneet ihmiset liikkuvat, parantaa palvelun tunnettuutta.

Koska palveluneuvojat toimivat usein fyysisesti ja joskus myös organisatorisesti erillään muista, on verkostoituminen muihin toimijoihin palvelun tuottamisen edellytys. Parhaimmillaan verkostot toimivat moneen suuntaan, jolloin parannetaan sekä formaalia että informaalista tiedonkulkua. Markkinointia ja jatkuvaa esillä oloa pidetään tärkeänä, mutta siihen ei tunnu olevan joko rahaa tai aikaa. Kuitenkin neuvontapalvelun yhteystietoja jaetaan kunnan palvelupisteissä ja sitä kautta myös pysytään ammattihenkilöstön aktiivisessa muistissa. Haastateltavat uskovat, että yleisen neuvontapalvelun olemassa olo kunnassa tunnetaan, mutta kuitenkin epäillään, että ammattihenkilöstö ei vielä osaa ohjata palveluun. Poikkeuksiakin on, kuten mainitut mielenterveystyön päiväkeskus ja kiinteistöhuolto.

Yleinen neuvontapalvelu voidaan sovittaa kunnan organisaatiossa eri yksiköihin. Perinteisen näkemyksen mukaan se sijoitetaan osaksi sosiaali- ja terveystoimen toimintaa ja organisaatiossa kotihoidon ehkäiseviin palveluihin. Kuten haastatteluaineistosta kävi ilmi, palvelulle voi olla eduksi toimiminen muualla kunnan palveluorganisaatiossa. Esimerkkitapauksissa palvelu sijoitettiin alkuun viestintäyksikköön tai vapaa-ajan ja asukaspalveluiden toimialalle. Kunhan vastuunjako on selvä ja organisatorinen tuki olemassa, sijainnilla organisaatiossa ei ole suurta merkitystä. Haastatteluaineiston perusteella voidaan päätellä, että palvelutoiminnan edellytyksenä on verkostoituminen kaikkiin vanhuspalveluiden ja -järjestöjen toimijoihin on tulokselliselle toiminnalle edellytys ja verkostot ja säännöllinen vuorovaikutus suuntautuvat jopa enemmän kunnan ulkopuolisiin toimijoihin. Etenkin vastavuoroinen yhteistyö suuntautuu voittopuolisesti kolmannen sektorin toimijoihin.

Palveluneuvojen oma tausta ja koulutus muokkaavat neuvontapalvelun sisältöä. Valmiin mallin puuttuessa palvelun perustana on ikäihmisten esiin tuoma tarve ja sisältö muotoutuvat ajan kuluessa. Monenlaiset eri ammattitaustat soveltuvat palveluneuvontaan, kunhan kunnan palvelukenttä on tuttu, omataan gerontologiset perustiedot ja -taidot ja hyvät tietotekniset valmiudet tiedon hakemiseen, jopa mainittiin businesspuolen osaaminen etuna. Erään haastateltavan mukaan koulutustaustaa tärkeämpää on löytää palveluneuvojen tehtäviin 'oikeanlaiset ihmiset'. Tärkeintä on, että palveluneuvojalla on hyvät vuorovaikutustaidot ja se, että hän osaa ja haluaa työskennellä ikäihmisten kanssa.

Neuvontapalvelun seurantaan ei ole olemassa valmiita mittareita. Lähinnä seuranta on määrällistä, laadullista pienimuotoista tutkimusta on jollain tutkimuspaikkakunnalla tehty opinnäytetyönä. Laadullinen seuranta keskittyy pääasiassa siihen, mitä aihealueita asiakkaiden kysymykset koskettavat, satunnaiseen kerättyyn asiakaspalautteeseen ja vanhusneuvostolta saatuun palautteeseen. Yleisesti seuranta tehdään oman työn kehittämistä varten sekä ohjausryhmää ja kunnan päätöksentekijöitä varten. Arvioinnin liittäminen osaksi palvelun perussuunnitelmaa katsotaan tuottavan tarpeellista tietoa palvelun kehittämistä varten.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelu ja päätelmät

Tämä tutkimuksen tavoitteena oli tuoda uutta tietoa iäkkäiden ihmisten hyvinvointia ja terveyttä tukevasta ehkäisevästä palvelusta. Näihin palveluihin luetaan ehkäisevät kotikäynnit ja ikääntyneiden neuvontapalvelut, joista jälkimmäisiin keskitytään tässä työssä. Ehkäiseviä kotikäyntejä on aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa käsitelty enemmän, kuten myös iäkkäille suunnattuja kohderyhmältään sisällöltään ja tavoitteiltaan erilaista neuvontaa. Tutkimukseen kohteena olevia kaikille kunnan ikääntyville asukkaille, omaisille ja ammattihenkilöstölle kohdistettuja yleisiä neuvontapalveluja on tutkittu vähemmän.

Tutkimukseni tarkoituksena on ollut ehkäisevän ikääntyneiden neuvontapalvelun toiminnan ja sen käynnistämisen taustalla olevan kunnallisen päätöksenteon kuvaaminen. Tietoa aiheesta tarvitaan väestön ikääntyessä ja kuntien tarvitessa uusia innovatiivisia ratkaisuja palvelutuotantoon. Tiedon tarvetta aiheesta lisää uuden lainsäädännön velvoitteet ikääntyneiden matalan kynnyksen neuvontapalvelujen järjestämisestä ikäihmisten itsenäisen selviytymisen tueksi. Kuntakentässä tiedon tarvetta lisäävät meneillään olevat kunta- ja palvelurakennemuutos Paras-hanke sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma Kaste.

Työn lopputulos on enemmän olemassa olevaa teoriaa testaavaa, kuin uutta tuottavaa. Tässä ei ole pyritty tekemään syvällistä käsitteanalyysiä, vaan keskitytty reaalimaailman ilmiöihin. Tutkimuksen tavoitteena oli vastata tutkimuskysymyksiin miten eri kunnissa on syntynyt päätös ikäihmisten neuvontapalvelun perustamisesta, miten uudentyyppinen ehkäisevä palvelumuoto ikääntyville asiakkaille sijoittuu kunnan palvelujärjestelmäkenttään ja mitä on iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu.

Neuvontapalvelujen järjestäminen

Tutkimuksen tulosten mukaan kunnissa on ryhdytty järjestämään iäkkäiden neuvontapalveluja. Kuntapäätäjien vastausten perusteella kuntien luottamushenkilöt ja

johtavat virkamiehet pitävät iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluja tärkeänä. Siitä ovat osoituksena tavoitteet, jotka on useissa kunnissa kirjattu ikääntymispoliittisiin strategioihin. Tavoitteena kunnissa on yleisesti tukea vanhuspoliittisiin ohjelmiin perustuvaa ikäihmisten oikeutta asua kotonaan niin kauan kuin mahdollista (vrt. STM 2008b, VN 2007).

Kyselyyn vastanneet kuntapäättäjät ilmaisivat luottamuksensa siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset huolehtivat yleisesti lakisääteisestä neuvontatehtävästään sekä ehkäisyn että palveluista tiedottamisen suhteen. Usein sen katsotaan etenkin pienessä kunnassa riittävän. Neljäsosa kyselyyn vastanneista kunnista ilmoitti järjestävänsä erikseen ikääntyneiden neuvontapalvelua. Kun kysyttiin neuvontapalveluiden järjestämisestä, vastauksiin päätyivät monet erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka niputettiin neuvontapalvelun alle. Palvelu on pyritty järjestämään helposti saavutettavaksi ja keskeisellä paikalla, joka on monessa kunnassa päivä- tai palvelukeskus. Vastausten perusteella voidaan päätellä, että matalan kynnyksen palvelu kohdistui kunnan koko eläkeläisväestöön ja painottui sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontaan.

Kyselyn tuloksista ei voinut suoraan päätellä, kuinka usein ikääntyneiden neuvontapalvelun järjestäminen perustui suunnitelmalliseen ennakointiin ja oletukseen kuntalaisten hyvinvoinnin tukemisesta. Turvallista kotona asumista uhkaavat toimintakyvyn heikkenemisestä johtuva avun- tai palvelutarpeen kasvu ja erityisesti eri tekijöiden kasautuminen (Laatikainen 2009, 7). Aikaisempien tutkimusten tuloksista voidaan päätellä, että neuvontapalvelujen kaltaisilla kevyemmän tason ehkäisevillä palveluilla olisi mahdollisuus lisätä oman elämän hallittavuutta ja toiminnan vajauksien etenemistä (Cattan ym 2005; Godfrey 2001; Rautio 2006, 83; Tanner 2003; Tervaskari 2006, 64). Tämän tutkimuksen perusteella tieto ehkäisevän työn, riskien hallinnan tai varhaisen puuttumisen vaikutuksista ei ole tavoittanut kuntapäättäjiä toivotussa määrin. Parhaiten hahmotetaan ehkäisevien palvelujen merkitys ikäihmisten itsenäisen kotona selviytymisen pidentämiselle. Palvelukehityksen suuntaa näyttivät antavan enemmän normiohjaus ja rakenteelliset hankkeet, kuin tarve- tai hyötynäkökohdat. Ikääntyvän väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttäisi suunnitelmallisempaa ja tavoitteellisempaa ehkäisevien palvelujen tarjoamista.

Kyselyaineiston mukaan niissä kunnissa, joissa neuvontapalveluun on haluttu panostaa, neuvonnan muodot ja siihen osallistujat ovat moninaiset. On keskitytty neuvonnan järjestämiseen ja itse palvelutoimintaan ja ikään kuin jalostettu normatiivista neuvonnan velvoitetta. Vaikka yhteistyön osapuolina mainittiin kunnan vanhustyön toimijoita järjestökenttää myöten, oli itse palvelun tuottaminen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön vastuulla. Kehittämistyö näytti perustuvan myös Katariina Välikankaan tutkimuksessaan (2006, 40) havaitsemaan toimialakohtaiseen ja organisaatiokeskeiseen ajattelutapaan. Ikääntyneiden neuvontapalvelu oli järjestetty olemassa olevilla resursseilla ja palvelujärjestelmästä käsin, vaikka asiakaslähtöisyyttä on korostettu ohjelmissa jo pitkään (Muuri 2008, 60). Tarvelähtöinen palvelutuotanto ja vaikuttavuusnäkökulma eivät ainakaan tämän aineiston perusteella ole ohjaavina tekijöinä ikääntyvien ehkäisevien palvelujen järjestämisessä.

Kyselyaineiston pohjalta muodostui kuva neuvontapalvelujen toteuttamisen moninaisuudesta eri kunnissa. Käsitteistön selkeytymättömyys on mahdollisesti vaikeuttanut kyselyyn vastaamista, mikä ilmenee vastausten ristiriitaisuuksina. Neuvontapalvelua ei ole kaikissa tapauksissa ymmärretty omaksi toimintamuodokseen vaan se on yhdistetty sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön antamaan muuhun palveluneuvontaan. Käsitteet palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi olivat ilmeisesti vastaajille tutumpia palvelusisältöjä. Myös ehkäisy palveluissa katsottiin kuuluvaksi yleisesti kotihoidon ja vanhustyön vastuualueelle. Kuitenkin yleisesti palvelun kohderyhmäksi mainittiin kotona asuvat ikäihmiset, jotka ovat toistaiseksi sosiaali- ja terveystalvelujen ulkopuolella. Neuvontapalvelun muoto ja sisällön kuvaus muodostui yksittäisten vastausten yhteenvetona, eikä anna yleistä kuvaa neuvontapalvelun toteutuksen mallista laajemmin sovellettuna. Palvelun selkeytymättömyyttä kuvasti myös mainittu kuntien moninainen valtakunnallisen tuen tarve käsitteiden yhtenäistämässä ja kuntien ohjauksessa sekä koulutuksen järjestämisessä. Kuntien asiantuntija-avun tarpeesta hyvinvointijohtamisen tueksi ovat raportoineet myös Poikajärvi ja Perttilä (2006, 32).

Kyselyn perusteella neuvontapalvelujen tavoitteet ja järjestämistavat ovat moninaiset. Yksilöityä mallia neuvontapalveluiden järjestämiseen ei ole toistaiseksi ollut, joten kunnat ovat järjestäneet niitä omista lähtökohdistaan ja tarpeistaan lähtien (Seppänen ym. 2009, STM 2009a). Suurimmassa osassa kunnista ikääntyneiden neuvontapalvelun

järjestäminen oli vielä suunnitteluasteella. Neuvontapalvelujen laajenemista yleisemmin maassa sovelletuksi palveluksi pidetään mahdollisena, kunhan siihen on olemassa selkeitä työkaluja ja palvelumalleja. Kunnissa kaivataan esimerkkejä kokeilluista käytännöistä ja muuta käytännön tukea suunnittelutyöhön. Kunnat tarvitsevat sekä korvamerkittyä taloudellista tukea että koulutus- ja ohjaustukea palvelun organisointiin.

Suoritetussa kyselyssä oli huomioitu eri toimijoiden vuorovaikutus palvelujärjestelmän kehittämisessä Paras-hankkeen (STM2008b, 16-17) asetuksen mukaisesti. Monessa kunnassa toiminnan periaatteena oli ohjelman tavoitteiden mukainen laaja-alainen vanhuspalvelujen toimijoiden välinen yhteistyö ja verkostoituminen. Ikäihmisten ja heidän omaistensa osallisuuteen neuvontapalvelun suunnittelussa ennen palvelun aloittamista ei kyselyssä ollut kiinnitetty huomiota. Asiakaspalautteen mainittiin tulevan huomioiduksi palvelun seurannassa ja jatkokehittämissä. Sen yksipuolisen käytön raportointi tukee aikaisempaa tietoa, jonka mukaan asiakaspalautteen tiedon katsotaan olevan hyödyllistä, mutta siihen ei ole löydetty oikeita välineitä (Korhonen ym. 2007, 52). Keinot asiakkaiden osallisuuden lisäämiseen ja etenkin osallistuminen palveluiden kehittämiseen edellyttää, että siihen on kunnassa olemassa rakenteet ja avoin ilmapiiri.

Kyselyn perusteella kunnissa on pyrkimystä neuvontapalvelun järjestämiseen, mutta toistaiseksi vain osassa kuntia tavoitteellinen toiminta päämäärään pääsemiseksi on realisoitunut. Uuden toukokuussa 2011 voimaan astuvassa terveydenhuoltolaissa (HE 90/2010) määriteltyyn ikääntyneiden neuvontapalvelun toteutumiseen kattavasti kunnissa on vielä matkaa. Kyselyn tuloksena voidaan todeta, että Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sekä Paras- ja Kaste-hankkeiden tavoitteiden näkyvyyttä pitäisi kunnissa selkeästi lisätä. Tätä edistäisi, jos kunnallisen strategisen suunnittelun, päätöksenteon ja käytännön toiminnan vaikuttavuuden arviointimenetelmät olisivat yleisemmin käytössä ja vaikuttavuustiedot pitkällä aikavälillä tunnistettuja (Korhonen ym. 2007, 41; Poikajärvi ja Perttilä 2006, 33). Ikääntyneiden neuvontapalveluverkoston laajentaminen koko valtakunnan kattavaksi ehkäiseväksi palvelumuodoksi edellyttää vielä runsaasti toimenpiteitä.

Kuntapäätäjien kyselyaineiston perusteella oli tarkoitus kuvata ikääntyneiden neuvontapalvelun toimintaympäristöä ja päätöksentekoilmapiiriä yleisellä tasolla. Sen avulla oli tavoitteena tuottaa käsitys siitä toiminta- päätöksentekoympäristöstä, jossa

uuden ehkäisevän ikäihmisten palvelun toteutuminen on lähtenyt käyntiin. Se tuotti yleiskuvan neuvontapalvelujen moninaisuudesta ja vakiintumattomasta luonteesta kuntakentässä.

Ehkäisevää ikääntyneiden neuvontapalvelua edeltävä päätöksenteko

Kuntien päätöksenteosta vastavilla virka- ja luottamusmiehillä on mahdollisuus vaikuttaa niihin keinoihin, millä tuetaan ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. Tämän tutkimuksen oletuksena oli, että yksi ratkaisu itsenäisen selviytymisen tukemiseen on ikääntyneiden neuvontapalvelu tarjoamalla tietoa arjen elämiseen vaikuttavista asioista ja ratkaisuvaihtoehdoista käytännön ongelmiin. Raution (2006) mukaan vanhuspolitiikka, palvelujärjestelmän monimuotoisuus ja kuntien palvelutarjonnan rationalisoiminen muuttavat iäkkään kuntalaisen roolia palvelujen käyttäjänä. Palvelujen käyttämisessä korostetaan itsenäisyyttä ja valinnan vapautta. Tavoite omaehtoisuuden lisääntymisestä kasvattaa jokaisen vastuuta tunnistaa omat palvelutarpeensa, tietää mistä palveluja saa ja millä ehdoilla pääsee palvelujen piiriin. Kaikilla ei ole tasavertaisia mahdollisuuksia hankkia ja hyödyntää olemassa olevaa tietoa. (Rautio 2006, 82-84.) Tiedon saatavuutta voidaan oletetusti helpottaa monikanavaisella matalan kynnyksen neuvontapalvelulla, joka kohdistetaan eläkkeelle siirtyville, eläkkeellä oleville, heidän omaisilleen, opiskelijoille ja kunnan vanhustyön toimijoille.

Tällä työllä on pyritty tuottamaan uutta tietoa tukemaan kuntien päätöksentekoa. Ikääntyneiden yleisen neuvontapalvelun taustalla olevan päätöksenteon kuvaaminen ja päätelmät palvelevat terveyshallintotieteen tutkimusta ja teoreettista perustaa. Kuntapäättäjäkyselyn aineiston yhteenvedon mukaan ikääntyneiden neuvontapalvelua tunnutaan järjestettävän erilaisin perustein, joita on vaikea yleistää. Ikääntyneiden palvelujen laatusuositukseen (STM 2008a, 21) kirjatut poikkisektorisen ehkäisevän työn perustelut eivät ole kyselyaineiston mukaan päättäjille kirkastuneet. Toisaalta kaikilla päätöksenteon asteilla on tiedostettu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monitahoinen merkitys ja ymmärretään sen vaikuttavan ratkaisevasti sekä palvelujen tarpeeseen ja kustannuksiin että kuntarahoituksen riittävyyteen. Toisaalta ehkäisevän työn kanavoiminen käytännön toimiksi on useassa kunnassa vielä kesken.

Kuntien tulisi pystyä arvioimaan vanhuspalveluiden tarpeet voidakseen mitoittaa ehkäisevät palvelut vaikuttavasti. Ennalta ehkäisevän työn ja sen edellyttämän ylisektorisen ja kuntarajat ylittävän työn tarve on kunnissa tunnustettu, mutta tapa toteuttaa niitä on vielä muotoutumaton (Mäkinen ym. 2006, 44). Kunnallisen itsehallinnon ja samalla demokratian toteutumisen uhkana ovat ylikunnallisten ja kuntayhteisöjen keskenään sopivat tehtävät ja vastuut (THL 2009, 81). Seudulliset hankkeet edellyttävät suunnitelmallisuutta, yhteistyöhalua ja -kykyä. Tutkimuskunnissa on ollut haasteena saada eri toimialojen edustajat mukaan yhteistyöhön. Se lähtee usein oivalluksesta, että kaikkien kunnalliset päätökset ja toimenpiteet vaikuttavat ikääntyvän väestön terveyteen ja hyvinvointiin sekä toimintakyvyn säilyttämiseen.

Olennaista on neuvontapalvelujen kohdistaminen niihin, jotka eivät ole palvelujen piirissä, vaan tarvitsevat kevyen tason neuvontaa ja tukea. Uuden terveydenhoitolain esityksen mukaisesti hyvinvointia edistävän neuvontapalvelun järjestäminen tulisi kunnalle lakisääteiseksi vastuuksi joko yksin tai yhteistyössä jonkun muun kunnan kanssa (HE 90/2010).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että kunnissa on tahtoa ikääntyneiden neuvontapalvelujen järjestämiseen, mutta tiedon puute ja olemassa olevien mallien hajanaisuus ei tue kuntia suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkimuksen haastatteluissa tuli esille, että yleinen neuvontapalvelu nähdään tarpeellisena, koska myös ikääntyneille on tarjolla yhä enemmän omarahoitteisia palveluita. Kunnat suunnittelevat palvelusetelien käytön laajentamista siivouspalveluista muihin terveys- ja sosiaalipalveluihin, joista yhä useammin vastaavat yksityiset palveluntarjoajat (Koskiahio 2008, 187). Sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamis- ja rahoitustavat monimuotoistuvat ja jakautuvat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajien kesken kumppaneina ja verkostoissa. (Vuorenkoski ym. 2008, 41.) Esimerkiksi palvelusetelin käytön laajenemisen myötä sosiaalipalveluissa yksityisen ja julkisen palvelun tuottajan rajasta hämärtyy vastuussa palvelun käyttäjään (THL 2009, 79). Palvelusetelit eivät kuulu palveluihin, koska ne eivät vastaa palvelun todellista arvoa, vaan kuluttajan pitää täydentää sitä omakustanteisesti. Niiden myötä asiakas muuttuu sosiaalipalvelujen asiakkaasta kuluttajaksi (Rajavaara 2009).

Julkisuudessa puhutaan paljon kilpailutuksen osaamisen ongelmista sekä tilaajan että tuottajan puolella. Kilpailutuksen myötä palvelujen laatu ja tehokkuus ovat usein vastakkaisia ilmiöitä markkinatilanteesta riippuen (THL 2009, 82). Jos palvelu pilkkotaan liian pieniin osatekijöihin, ne soveltuvat huonosti kokonaisvaltaista apua tarvitsevalle sosiaali- ja terveystalouden asiakkaalle. Yleensä tällöin myös laatu kärsii. Jos toimintakulttuuri muuttuu siten, ettei kenelläkään ole kokonaisvastuuta, asiakaskohtainen tarpeenmukainen joustavuus katoaa. Kilpailutuksen kustannukset saattavat siirtyä asiakkaiden maksettavaksi. (mt. 83.) Kuntapäätäjillä on runsaasti haasteita pitää perinteisen hyvinvointiyhteiskunnan mukaiset universaalit palvelut väestön tarpeiden tasalla muuttuvassa toiminta- ja päätöksentekoympäristössä.

On todettu, että ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden tarjoaminen on riippuvaista kunnan taloudellisista resursseista (Mäkelä ym. 2008). Jos taloudellinen tilanne pakottaa valitsemaan, pitäisi tehdä arvoperustainen päätös kunnassa ehkäisevien neuvontapalvelujen kattavuudesta. Kohdistetaanko neuvontapalvelua laajasti niille, jotka ovat vähäisen tuen ja avun tarpeessa, jolla voidaan edistää kotona selviämistä muun kuin julkisen palvelun turvin. Vai osoitetaanko neuvontapalvelut vain niille, jotka ovat jo raskaamman avun tarpeessa ja jo julkisen palvelujärjestelmän piirissä. Voidaan joko edistää eri väestöryhmien tasa-arvoista kansalaisuutta tai valikoidun ryhmän riippuvaisuutta ja palvelusidonnaisuutta. (vrt. Tanner 2003.) Priorisointia tullaan jatkossa tarvitsemaan, koska ikääntyvien palveluissa resurssien käytön rajat tulevat vastaan. Priorisointi kunnallisessa päätöksenteossa liittyy niin terveystalouteen kuin vanhuspolitiikkaan. Arvoperustaisiin ratkaisuihin vaikuttavat enemmän päättäjien henkilökohtaiset odotukset ja kokemus kuin tieteelliset todistelut. (Lammintakanen, 2005, 86.) Asenteisiin voidaan pyrkiä vaikuttamaan lisäämällä laaja-alaista yhteistyötä ja sitä kautta tietoa.

Tämän tutkimuksen haastateltavat ilmaisivat huolen, että tulevaisuudessa resursseja suunnataan vaihtoehtoja tarjoavasta tiedottamisesta asiakasohjaukseen. Tällöin asiakasohjauksen keinoin osoitetaan palvelu, johon asiakkaalla on oikeus ja valinnan vapaus rajoittuu siihen, ottaako asiakas osoitetun palvelun vastaan vai ei (ks. Koskiahho 2008, 189). Miten käy asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kuvatuunlaisessa visiossa? Ja suostuvatko palveluiden käyttäjiksi jatkossa tulevat suurten ikäluokkien edustajat, jotka ovat tottuneet vaatimaan ja pitämään huolta oikeuksistaan, tällaiseen käytäntöön?

Toisaalla ovat ne, jotka eivät kykene valvomaan etujaan ja sopeutuvat annettuihin vaihtoehtoihin (Teperi 2005, 115). Kun palvelukenttä sirpaloituu ja julkisten, yksityisten ja järjestöjen rajapinnat hämärtyvät nykyisissä sopimus- ja kumppanuuskäytännöissä, palveluista tiedottaminen ja palvelukentän hahmottaminen vaikeutuu. Vuorenkoski (2008) toteaa, että tulevaisuuden palvelut erilaistuvat ja palveluita kohdistetaan erilaisille asiakasryhmille.

Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston avulla on kuvattu päätöksentekoympäristö, jossa uusi verkostomainen ehkäisevä vanhuspalvelu on päässyt käynnistymään. On vaikea löytää tässä kuvatuille päätöksentekoprosesseille pohjaa päätöksentekoteorioiden malleista. Salmisen (2008, 60) kuvaama muodollisen päätöksentekoprosessin eteneminen verkostomaisena tai ketjuna ei näytä kuvatussa aineistossa olevan käytännössä toteutuva malli ehkäisevän palvelun käynnistymisen taustalla. Voidaan päätellä, että asian etenemistä kunnan päätöksentekokoneistossa edistäisi joko kunnanhallituksen toimiminen kumileimasimena pidättyen varsinaisesta päätöksenteosta tai kykeneminen arvoa luovaan prosessiin päätöksenteon vuorovaikutusteorian mukaisesti. Asia, joka ei ole ollut virallisessa valmistelussa, on jäänyt päätöksentekoprosessin ulkopuolelle. Ei voida silloin sanoa, että päätöksenteko sinällään on ollut vaikuttavaa tai tuottanut arvoa kuntayhteisölle. (vrt. Harisalo ja Rannisto 2009.) Jos päätös uuden palvelun käynnistämisestä ei ole strateginen valinta, se on joko sattumanvaraista tai yksipuolinen asiantuntijapäätös.

Tutkimustulokset lisäävät teoreettista tietoa siitä, miten saattavat verkostotyöhön perustuvat ehkäisevät palvelut käynnistyä ohi poliittisen päätöksentekoprosessin ja professioiden perustelujen. Tarvelähtöiselle palvelukehitykselle se voi olla joskus eduksi, mutta ei edistä demokraattista päätöksentekoa. Tämän tutkimuksen mukaan uuden ehkäisevän palvelun mahdollistavaa päätöksentekoprosessia edistää, kun kunnassa

- on avoimuus uusille verkostomaisille palveluille
- päätöksenteko perustuu asiakaslähtöisyydelle ja todetuille tarpeille
- tavoitteena on laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen tarjoaminen
- kyetään ennakkoluulottomaan ylisektoriseen yhteistyöhön
- on valmius innovatiiviseen päätöksentekoon. (vrt. Bäcklund 2007, 227-229.)

Viranhaltijoiden haastatteluissa poukkoilevaksi mainitun kunnallisen päätöksenteon sitouttaminen palvelun jatkumiseen on ollut haastavaa (vrt. Paloheimo & Wiberg 1996, 269). Näin etenkin, kun kohteena ollut neuvontapalvelu ei ole aiemmin kuulunut kuntien lakisäätöihin vastuisiin. Toiseksi on vaikuttanut tiedon puute ehkäisevän työn tavoitteista ja vaikutusmahdollisuuksista. Kolmanneksi kunnan taloudellisten resurssien niukkuus on uhannut palvelun jatkuvuutta. Tavoitteena tutkimuksen kohteena olevissa kunnissa on ollut innovatiivinen ikäihmisten tarpeisiin ja ehkäisyn vaikuttavuuteen perustuva kunnallisten päättäjien toiminta. Oletus, että neuvontapalvelu täydentää muuta palvelutarjontaa ja vakiintuessaan jopa korvaa muiden palvelujen resurssien tarvetta, on ollut riittävä perustelu palvelun olemassa ololle. Kertyvä seurantatieto palvelun käytön määristä, arviointikeskustelut ja kerätty asiakaspalaute ovat tarpeellisia vaikuttavuuden mittareita päätöksenteon tueksi. (vrt. Ryttyläinen 2007, 252.) Kuten Korhonen kollegoineen (2007, 57) ovat aikaisemmin todenneet, julkisella sektorilla pitäisi hyödyntää yksityisen sektorin käytössä olevia innovaatioketjuja perustutkimuksesta käytännön sovellukseen asti.

Ikääntyvä yhteiskunta ja vanhenevan väestön kasvu tarvitsevat ennakoivia toimia ja suunnittelun pitkäjänteisyyttä. Vain osa kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimien tuloksena, joten vastuu ehkäisevistä toimenpiteistä koskee kaikkia toimialoja. Kuntien poliittisella päätöksenteolla tehdään kuntalaisia koskevia ratkaisuja ja luodaan edellytyksiä ikäihmisten kotona asumiselle. Kunnissa suoritetuilla palveluverkkokartoituksilla on kehitetty kunnan koordinaatiota. Vahvistamalla verkostoitumista ja yhteistoiminnallisuutta voidaan vahvistaa kunnan roolia järjestäjänä ja ohjaajana. (Välikangas 2006, 10, 25.) Kokemusta neuvontapalvelun järjestämisestä alkaa olla riittävästi, joten perustelut resurssien käytölle ehkäisevään palvelutuotantoon pitäisi olla olemassa.

Haastatteluaineiston pohjalta oli tarkoitus muodostaa kuva kuntien päätöksentekoympäristöstä verkostomaisen ikääntyvien ehkäisevän palvelun käynnistämässä ja suunnitelmallisessa kehittämisessä. Tulosten mukaan kunnat suhtautuvat strategiatyöhön tunnollisesti. Ehkäisevät palvelut on kirjattu ikääntymispoliittisiin asiakirjoihin, mutta kuitenkin päätös ikääntyneiden neuvontapalvelusta näytti tulevan käsittelyyn ohi poliittisen valmistelun. Neuvontapalvelun perustamiseen johtanut päätöksentekoprosessi on haastatelluissa

kunnissa lähtenyt liikkeelle joko työryhmätyöskentelystä tai yksittäisestä aloitteesta. Taustalla on ollut tarvenäkökulma, joka on suotuisassa päätöksentekoilmapiirissä ollut riittävä perustelu palvelun käynnistämiseen. Ennen palvelun käynnistämistä alkanut laaja-alainen kuuleminen ja vuorovaikutus ovat lisänneet osallisten ymmärrystä, sitouttanut eri toimijoita ja edesauttanut strategisen kehittämisen tuloksellisuutta. Myös ikäihmisten ja heidän omaistensa osallistaminen neuvontapalvelun kehittämiseen on vaikuttavan palvelun edellytys (Ryttyläinen 2007, 252). Nähtäväksi jää tuleeko uuteen terveydenhuoltolakiin kirjaus, joka velvoittaisi kunnan järjestämään ikääntyneiden neuvontapalvelua ja lisäksi ehkäisyn esiintymistä yleisesti kunnallisessa päätöksenteossa.

Yleinen neuvontapalvelu

Erillisselvitysten valossa ikäihmisille suunnattu neuvontapalvelu sosiaali- ja terveystalouselämyksessä on laajuudessaan suomalainen ilmiö (Seppänen ym. 2009, STM 2009a). Koska neuvontapalveluilla ei ole mitään vakiintunutta mallia, sen olemassa oloa ja merkitystä on vaikea hahmottaa. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata kaikille kuntalaisille avointa palvelua, jonka olen nimennyt iäkkäiden yleiseksi neuvontapalveluksi. Yleisen neuvontapalvelun kuvaus tuottaa käytäntöjä palvelevia tutkimustuloksia ja päätelmiä. Yleinen tarkoittaa tässä yhteydessä ensinnäkin kaikille ikäihmisten asioista, vanhuspalveluista ja vanhenemisesta kiinnostuneille kuntalaisille suunnattua palvelua. Toisaalta tarkoitan yleisellä palvelun sisältöä, joka käsittää kaikki elämän alueet mitään pois rajaamatta. Tulosten mukainen määritelmä ikääntyneiden yleisestä neuvontapalvelusta on monikanavainen, matalan kynnyksen ja yhden luokun periaatteella toimiva palvelu, jolla on jatkuvuutta.

Monikanavainen neuvonta tarkoittaa henkilökohtaisesti, puhelimitse, sähköpostitse ja verkossa tapahtuvaa tiedotusta ja tiedonvaihtoa, mutta myös yleisöluentoja ja mahdollisesti ryhmätoimintaa. Sillä on pysyvä paikka, josta tiedotetaan aktiivisesti. Matalan kynnyksen neuvonta tarkoittaa sekä fyysistä saavutettavuutta esteettömänä paikkana että henkistä luottamuksellisuutta ja anonyymia palvelua. Monen asiakkaan on helppo lähestyä nk. puolueetonta neuvontaa. Puhutaan Salmelan ja Matilaisen (2007) kuvaamasta nk. asiakaslähtöisestä neuvonnasta verrattuna asiantuntijalähtöiseen neuvontaan. Asiakaslähtöisyys ei tee neuvonnasta vähemmän ammattimaista palvelua. Tiedot ja näkemykset vaihtuvat kahdensuuntaisessa avoimessa vuorovaikutuksessa, jota

läsnäolo, keskinäinen kunnioitus ja kuunteleminen muovaavat. Asioiden ja ongelmien ratkaisut löytyvät tasa-arvoisessa kumppanuudessa. (Salmela ja Matilainen, 2007, 218-219.)

Yhden luukun periaatteella toimiva iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu on terveysneuvontaa tai palveluneuvontaa laajempaa ja tähtää itsenäisen selviytymisen tukemiseen. Sen tarkoitus on olla ikäihmisille ensisijainen palvelupiste, silloin kun asiakas on neuvoton eikä tiedä, mistä saa apua käytännön ongelmiin. Terveysneuvontaa ja tietoa sosiaalipalveluista saa eri lähteistä, mutta yleisestä neuvontapalvelusta saa lisäksi tietoa sosiaalisen tuen muodoista (esimerkiksi järjestöt, seurakunta), osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista (ryhmät ja muu toiminta), yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista, muista kuin palvelujärjestelmän tarjoamista palveluista (vapaaehtoistyö, vertaistuki) sekä muuta tietoa arjen ja oman elämän hallintaan. Yleinen neuvontapalvelu kokoaa kaiken oikea-aikaisen tiedon yhteen paikkaan ja on kaikkien saatavilla ilman palvelujärjestelmään kirjautumista. Se tarjoaa vaihtoehtoja itsenäisen valinnan ja ratkaisujen perustaksi tukien henkilön omia voimavaroja, mutta ei sovelle palveluohjausta. Voimavarakeskeisellä neuvonnalla (Salmela ja Matilainen 2007, 222-224) voidaan vahvistaa asiakkaiden osallistumista, valinnan vapautta ja autonomiaa.

Ikääntyneiden neuvonnan tasot voidaan jakaa kevyemmästä lähtien: tietopalvelu, palveluneuvonta, henkilökohtainen palveluohjaus ja palvelukartoitus sisältäen seurannan. Tässä työssä olen haastatteluaineistolla pyrkinyt kuvaamaan näistä kevyintä eli yleistä neuvontapalvelua, joka keskittyy tiedon kokoamiseen ja jakamiseen. Iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun rajapinnassa ovat kunnan yleispalvelupiste, kuluttajaneuvonta ja potilas- ym. järjestöjen neuvonnat. Nämä kukin täyttävät joko lakisääteistä tai kunnan omista tavoitteista lähtevää neuvontatehtävää. Mikään ei estä yhdistämästä samaan toimipisteeseen kunnan tuottamia eri neuvontapalveluja; yhteispalvelut, maahanmuuttaja-, vammais- ja ikääntyneiden yleiset neuvontapalvelut.

Iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun tehtävänä on täydentää muiden palvelujen katvealueita. Se toimii väylänä raskaampiin palveluihin tarjoten ensisijaisen tiedon, avun elämisen tueksi tai ratkaisuvaihtoehdot omaehtoisten valinnan tekemiseksi. Koska se toimii yhden luukun periaatteella, sen tarkoituksena on antaa ensisijaista palvelua kaikissa avun tarpeissa. Sen keskeinen sijainti helpottaa tunnettuutta ja helppoa

saavutettavuutta tasapuolisesti. Keskisuurissakin kunnissa maantieteelliset etäisyydet ja harvemmat liikenneyhteydet suosittavat joko osa-aikaista tai mobiilia neuvontapalvelua lähellä käyttäjiä. Yleinen neuvontapalvelu pyrkii paikkaamaan palveluaukkoja (ks. esim. Kröger 2009, Teperi 2005, Koskiaho 2008, Leinonen 2008).

Vanhustenhuollon ammattilaisten haastattelussa on aiemmin tullut esille, että ikäihmisillä ja omaisilla ei ole riittävästi tietoa siitä mihin palveluihin ja tukiin he ovat oikeutettuja. Palveluista ja niiden sisällöstä tiedottava palveluneuvontaa tulisi järjestää nykyistä enemmän, jotta ikääntyneet pystyisivät niitä hyödyntämään. (Laatikainen 2009, 25, 29.) Tässä tutkimuksessa haastatellut vahvistivat käsityksen, että kotona asumista tukevilla palveluilla uskotaan voivan auttaa ikääntyneitä ihmisiä säilyttämään itsemääräämisoikeutensa ja hyödyntämään omia voimavarojaan (STM 2008c, 18). Haastateltujen kertomuksessa ikäihmisten käsitys lehdistä luetun perusteella on, että kaikkia palveluja supistetaan, eikä arjen tueksi enää ole saatavissa apua. Lisäksi he ovat yleisen keskustelun perusteella käsittäneet, että palveluasumiseenkaan ei ole enää pääsyä. Tiedottamisella ja neuvonnalla voidaan lisätä luottamusta siitä, että kun palveluntarve on ajankohtaista, sitä on mahdollisuus saada. Kokonaisuudessaan neuvontapalvelun katsotaan parantavan ikääntyneiden elämänlaatua (vrt. Tanner 2003).

Tässä esiin tulleen mukaan neuvonnan laatutekijöitä ovat tiedonhallinta, palvelujärjestelmän kokonaisuuden osaaminen, viestinnän selkeys ja ymmärrettävyys ja vuorovaikutustaidot. Tietosisältö koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon tietämyksestä, gerontologisesta osaamisesta ja tietoteknisistä taidoista. Yleensä tehtävän valitaan organisatorisista syistä sosiaali- tai terveysalan ammattihenkilö, mutta yleinen neuvonta ei sitä edellytä. Palveluneuvojan koulutus ei ole olennainen tehtävän hoitamisen kannalta, tärkeämpiä ovat palveluneuvojan oma tausta sekä henkilökohtaiset asiakaspalveluun soveltuvat taidot ja ominaisuudet.

Tämän tutkimuksen mukaan palveluneuvojan verkostoituminen kunnan vanhustyön ja palveluntarjoajien sekä eri toimialojen yhteyshenkilöiden kanssa helpottaa tiedon keräämistä ja vaihtamista. Joko säännölliset verkostokokoukset tai kahdenkeskinen vuorovaikutus parantavat tiedonkulkua ja yhteistyötä kunnan sisällä. Yleiseen neuvontapalveluun yhdistettäviä toimintoja ovat eriaiheiset yleisöluennot, palveluoppaan kokoaminen jaettavana julkaisuna ja palvelusivujen ylläpito internetissä.

Yleisen neuvontapalvelun yhteyteen voisi liittää myös ryhmä- ja vapaaehtoistyön organisointia tai terveyttä edistävän työn koordinoitua. Sekä muodollinen että epämuodollinen vuorovaikutus parantaa tiedon kulkua ja tietosisällön ajantasaisuutta neuvontapalvelussa. Koska yleisen neuvontapalvelun kuuluu tiedottaa myös kolmannen ja yksityisen sektorin palveluista ja toiminnasta, verkostojen ylläpito on laaja-alaista. Palveluneuvojan jalkautuminen muihin kunnan palvelupisteisiin ja sinne, missä ikäihmiset muutenkin liikkuvat lisää palvelun tunnettuutta ja parantaa saatavuutta.

Haastatteluaineiston vastauksissa ilmenee ristiriita kuntapäätäjien kyselyaineiston vastausten kanssa. Poiketen päätäjien näkemyksestä haastatellut palveluneuvojat kokevat olevansa käytännössä usein yksin. Uuden tyyppisessä palvelussa on usein yksi tai kaksi palveluneuvojaa kunnassa. Virallisesti palvelu kuuluu sosiaali- ja terveystoimen organisaatioon, mutta käytännössä toimitaan ilman viiteryhmää, vailla organisaation tiedollista ymmärrystä palvelusisällöstä ja verkostomaisena, poikkisektorisena palveluna ollaan usein organisatorisesti ei-kenenkään maalla. Jo neuvontapalvelun fyysinen sijainti asiakasrajapinnassa, mutta erillään muista sosiaali- ja terveyspalveluista, vaikuttaa edelliseen. Usein kotihoidon organisaatioon kuuluva yleinen neuvontapalvelu poikkeaa laajuudeltaan ja toimintaperiaatteeltaan kotihoidon vastuualueen muusta tehtäväkentästä (vrt. Tepponen 2009, 170). Erittäin tärkeää on hallinnollisesti ja organisatorisesti tunnustaa neuvontapalvelun merkitys ennalta ehkäisyssä ja lähiesimiehen riittävä perehtyminen palvelun sisältöön tuen antamiseksi.

Tietoteknologian kehityksen, kilpailuttamisen ja kasvavaan henkilöstövajaukseen liittyy kysymyksiä, joita ei ole lainsäädännössä ratkaistu. Avuttomien henkilöiden kannalta keskeistä on kysymys inhimillisen avun ja teknologian välisestä suhteesta. Teknologian käytön myötä seuranta paranee, mutta se ei korvaa henkilökohtaista palvelua ja apua. Ihmiselle on usein helpompi vastaanottaa tietoa vaikeista asioista suusanallisen viestinnän avulla toisen ihmisen kertomana kuin luettuna. Monella ikäihmisellä on vaikeuksia kirjallisen tekstin hahmottamisessa tai ymmärtämisessä etenkin, kun puhutaan virkamieskielestä. On ehdoton edellytys ehkäisyyn kannalta, että henkilökohtaisesti tai puhelimitse tapahtuvaa neuvontaa on helposti saatavilla. (THL 2009, 109-111.) Iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun avulla voidaan auttaa ikäihmisiä vähäisissä tiedon tarpeissa, mutta myös monitahoisissa ongelmatilanteissa, joissa tarvitaan poikkihallinnollista tai monisektorista apua.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Koska laadullisen tutkimuksen analyysi perustuu tutkijan omiin ennakko-oletuksiin, eriaistaiseen teoreettiseen oppineisuuteen ja tutkijan omiin tulkintoihin, jää tutkijalle eettiseksi normiksi järjestelmällisen epäilyn periaate. Laadullisen tutkimuksen arviointi kilpistyy kysymykseen tutkimusprosessin luotettavuudesta. Lähtökohtana tulee olla tutkijan avoin asenne koko tutkimusprosessin aikana ja todellisuuden kunnioittaminen. (Eskola & Suoranta 1998, 208 – 212.) Tässä tutkimuksessa tutkijan positioon vaikutti väistämättä tutkijan oma kokemus tutkittavasta aiheesta. Olen kuitenkin sen hyvin tiedostaen pyrkinyt analyysissäni parhaaseen mahdolliseen objektiivisuuteen ja haastatteluaineiston analyysissä pitäytymään ainoastaan aineistosta esille tulevaan. Oma ennakkoasenteeni kuuluu mahdollisesti pohdintaosuuden synteessissä, jossa muutenkin on tilaa omille päätelmille.

Aineiston tulkinta voidaan katsoa reliaabeliksi, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. Usein aineisto voi olla tutkijalle ideoiden lähde tai teoreettisten pohdinnan käynnistäjä, eikä ole siten testattavissa aineiston merkittävyyden tai riittävyyden säännöillä. Analyysin toistettavuus ei myöskään voi toimia reliabiliteetin kriteerinä, mutta analyysin kattavuus ja arvioitavuus sen sijaan voivat. Käsitteellisen tulkinnan yksityisyys sanelee analyysin reunaehdot. (Eskola & Suoranta 1998, 213 – 217.) Kuntapäätäjille kohdistettu kyselyaineisto on sinällään haasteellinen. Suurin osa vastanneista kunnista oli pieniä kuntia. Kyselyssä ei selvitetty vastaajien taustoja, joten kunkin vastaajan oma asema organisaatiossa ja taustatiedot vaikuttavat annettuihin vastauksiin. Aineiston tulkinta sen moninaisuudesta johtuen voi sisältää ristiriitaisuuksia ja vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Olen pyrkinyt suorittamaan kattavaa analyysiä aineistosta ja tekemään tulkinnat sen pohjalta.

Teemahaastatteluaineistoa ei ole litteroitu sanatarkasti, minkä voi katsoa vaikuttavan tutkimuksen ja analyysin luotettavuuteen. Analyysissä on kuitenkin kiinnitetty huomiota tutkimuskohdetta parhaiten kuvaaviin asioihin, joilla katsoin olevan merkitystä vähän tutkitun asian esittelyssä ja ymmärtämisessä. Olen kuitenkin ollut uskollinen aineistolle ja pyrkinyt tuomaan esille sen, mitä haastateltavat ovat asiasta esille tuoneet. Eskola ja

Suoranta erottavat toisistaan sisäisen ja ulkoisen validiteettiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointua, millä tutkija voi osoittaa tieteellisen teorian ja tieteenalansa hallinnan laajuutta. Ulkoiseen validiteettiin kuuluu tehtyjen tulkintojen ja päätelmien sekä aineiston välisen suhteen pätevyys. (Eskola & Suoranta 1998, 213.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit Eskola ja Suoranta jakavat kolmeen ryhmään; uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistuvuus. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijan käsitteellistykset vastaavat tutkittavien käsityksiä. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyys ei ole yleistettävyyttä vaan sisältää kontekstisidonnaisuuden. Vahvistuvuus liittyy tehtyihin tulkintoihin, joille tutkijan pitäisi saada tukea muista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 1998, 211 – 212.) Uskon, että tekemäni johtopäätökset kuvaavat tässä ajassa olevaa ilmiötä sekä kuntien päätöksentekoympäristöä ja arvomaailmaa laajemmin kuin pelkästään ehkäisevien vanhuspalvelujen näkökulmasta.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Neuvontapalvelun vaikuttavuustutkimusta tulisi jatkossa tehdä asiakasnäkökulmasta joko kysely- tai haastattelututkimuksella. Neuvontapalvelun vaikutusta asiakkaiden arjen kysymyksiin ja näkemystä avun saamisesta akuuttiin tiedon tarpeeseen tulisi kartoittaa. Myös tietämisen vaikutus yksilön perustarpeisiin, elämänhallintaan, koettuun hyvinvointiin ja turvallisuuteen sekä arkielämän itsenäiseen selviytymiseen olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde. Edelleen voisi analysoida oppimisen merkitystä kansalaistaitojen kartuttamiselle, oman elämän hallinnalle ja nk. yksilötason pääoman vahvistamiselle (Koskinen 2004, 25-26). Edelleen selvitettäväksi jää neuvontapalvelun rooli asiakkaiden osallisuuden ja kansalaisvaikuttamisen toteutumisessa. Näillä saavutettaisiin tarpeellista tietoa neuvontapalvelun kehittämiseksi ja perusteluja palvelun tason toteuttamiselle. Jatkossa tarvitaan yhä enemmän laadullista tutkimusta ehkäisevien palvelujen saatavuudesta ja siitä, miten tavoitetaan palvelua eniten tarvitsevat.

Organisaatiotutkimusta voisi tehdä palveluneuvojien näkökulmasta ja tutkia itsenäisessä asiantuntijatehtävissä toimivan työntekijän lähiesiemiessuhdetta ja yhteistyösuhdetta muiden organisaation toimijoiden kanssa. Myös verkostomaisen työnteon mallin toteutumista tulisi selvittää. Palveluneuvojat toimivat usein ohjausryhmän tai moniammatillisen työryhmän alaisuudessa tai kiinteässä yhteistyössä. Näiden toimivuutta olisi tarpeen tutkia. Edelleen poikkisektorisen yhteistyön haasteita ja mahdollisuuksia olisi syytä kartoittaa verkostomaisen palvelun onnistumisessa.

Vaikka tutkimus tuo iäkkäiden yleisen neuvontapalvelun luonteesta ja järjestämisestä uutta tietoa ja toimi esityönä uudelle teorialle, varsinaisen palvelumallin rakentaminen (vrt. Tepponen 2009) edellyttäisi grounded theory -lähestymistapaa, monitahoarviointia tai triangulaatiotutkimusta (vrt. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen, Lähdevirta 2003, Rajavaara 2007). Yleisen neuvontapalvelumallin kehittäminen olisi jatkotutkimuksen aihe. Sitä tarvittaisiin koulutuksen suunnittelun pohjaksi. Yleinen neuvontapalvelu olisi myös siirrettävissä oleva palvelumalli, jonka voisi tuotteistettuna jopa soveltaa hyvinvointipalvelujen vientiin.

Kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen olisi hyvä tehdä vertailututkimusta neuvontapalvelun tuottamisesta lähipalveluna kunnassa ja seudullisten vaihtoehtojen välillä. Eri toteutusmallien vertailu toisi tarpeellista tietoa päättäjille toimivista ratkaisuista ja hyvistä käytännöistä. Terveystaloustieteellinen tutkimus lisäisi ymmärrystä vaihtoehtoiskustannuksista korjaavien ja ehkäisevien palveluiden välillä. Strategia-asiakirjojen sisällön analyysi tuottaisi tietoa päätöksentekoprosessin tai -ketjun arviointiin ja todellisen toiminnan vertailuun.

6.4 Pohdinta

Hyvää ikääntymispolitiikkaa on huolehtia ehkäisyn keinoin palvelujen kustannusten kasvun pysähtymisestä, muuten yhteisön ikääntymisen kustannukset rajoittavat koko väestön hyvinvointia (vrt. Tanner 2003). Avainsanoina palvelukehityksessä ovat yhteisöllisyys, vastuullisuus ja yhteiskunnan tuki. Ikääntyneiden arkielämän kannalta sairastumista merkittävämpiä ovat toimintakyvyn säilyminen ja päivittäisistä askareista

selviytyminen. Heikentynyt toimintakyky (aistien ja liikkumisen ongelmat) uhkaa itsenäistä elämää ja synnyttää ulkopuolisen avun tarvetta.

Tuloksellista on väestön tarpeista lähtevä pitkäjänteinen toiminta poikkisektorisesti. Se on nykypolitiikalla haasteellista. Tutkimukset ja selvitykset ikäihmisten kotona asumisen ongelmista ja itsenäisen selviytymisen tukemisesta lähtevät yleensä järjestelmän puutteista ja mahdollisuuksista, mutta harvemmin pohditaan muun ehkäisevän tuen mahdollisuuksia. Olemassa olevan perinteen ja teorian tiedon puuttuminen tekee siitä vaikeasti käsiteltävän kokonaisuuden vaikka monesta eri asiayhteydestä ja erilaisista terveyden edistämisen interventioista voidaan päätellä ehkäisyn kiistattomat vaikutukset yksilöiden toimintakyvyn ja arjessa selviytymisen parantamiseen. Ikäihmisten neuvontapalveluiden kohtalona nk. välimuotoisena palveluna onkin sekä keskustelussa että käytännössä joutua palveluiden ulkopuoliseksi osaksi ei kenellekään kuuluvaa harmaata aluetta. Yleisemmin tulisi pyrkiä tekemään eri toimijoiden yhteisymmärrykseen perustuvaa hyvinvointia ja terveyttä edistävää politiikkaa päätöksenteossa lähellä ihmisiä (Tuominen ym. 2009, 12).

Pyrkimys rationaaliseen päätöksentekoon perustuu olemassa olevaan tietoon. Iäkkäiden neuvontapalvelu ei toimi vain tiedottavaan suuntaan, vaan sillä on huomattava potentiaali ikääntyneiden palvelutarpeiden tiedon keräämiseksi. Ikääntyvien ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on kannattavaa ja tuloksellista. Se ei vaadi suuria muutoksia vaan suunnitelmallisuutta kaikessa palvelutuotannossa. Olen monesti työni aikana sivunnut vaikuttavuutta. Vaikuttava päätöksenteko ja julkinen toiminta ovat tämän päivän palvelutuotannon edellytys kestävästä kehityksen näkökulmasta. Olennaista on kenen näkökulmasta vaikuttavuutta arvioidaan ja mitä tietoa vaikuttavuuden tueksi käytetään. Vaikuttavuuden arviointi tarvitsee systemaattista, ei pelkästään määrällistä, vaan myös laadullista seurantatietoa. Vaikuttavuuden tavoite ei kuulu vain strategia-asiakirjoihin vaan liittyy pieniin jokapäiväisiin päätöksiin julkisessa toiminnassa. Väestön hyvinvointiin vaikuttava ja tuloksellinen toiminta ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon yksinoikeus vaan kuuluu kaikille toimijoille. Ehkäisyn vakiinnuttaminen osaksi suunnitelmallista palvelukehitystä on yksi kunnan selviytymiskeinoista jatkossa.

Palvelujärjestelmän haasteeksi tulevaisuudessa tulee sekä huolehtia ”putoajien” tavoitettavuudesta että palvelujen tasa-arvoisesta saatavuudesta (Korhonen ym. 2007, 53). Kun halutaan lisätä asiakkaan ja kuluttajan valinnan vapautta, tulee huolehtia myös tasa-arvoisten oikeuksien toteutumista myös niiden osalta, jotka ovat heikommassa asemassa joko fyysisesti, sosiaalisesti, psyykkisesti, henkisesti tai taloudellisesti. Vapaus edellyttää vastuuta ja hyvinvointivaltion vastuu kansalaisten selviytymisestä on kunnan päättäjillä. Palvelukentän ja -tarjonnan monimuotoisuus sekä samanaikainen omaehtoisuuden lisääntyminen edellyttävät niitä tukevia tukimuotoja. Palvelujen kehityksessä ei voida antaa tulevaisuuden johtaa, eikä luottaa siihen, että internetissä tuotettavat palvelut riittävät. Suuri osa nykypäivän ikääntyvistä ei käytä tietotekniikkaa siinä määrin, että taidot riittävät palveluviidakossa selviytymiseen. Ikääntyneissä ihmisissä tulee aina olemaan osa niitä, jotka toimintakyvyn (aistien heikkeneminen tai muistisairaudet) heikkenemisen takia eivät siihen pysty. Pitää huolehtia henkilökohtaisen avun saatavuudesta.

Kotona asumisen tukeminen lähtee ennakoinnista. Laitoshoidon hallittu purkaminen ei tarkoita korjaavien toimien siirtämistä kotihoitoon, vaan reagoimista kevyen tason tarpeisiin. Väestön tarpeisiin vastaaminen oikea-aikaisesti koko elinkaaren ajan vähentää kustannuksia loppupäässä, mutta on tuloksellista yksilötasolla myös elinkaaren kolmannessa ja neljännessä iässä. Henkilötasolla kaikkea ei voi ennakoida. Silloin, kun tapahtuu yllättäviä tai hallitsemattomia muutoksia (menetyt, sairastuminen, toimintakyvyn heikkeneminen), pitää olla matalan kynnyksen paikka, minkä puoleen kääntyä. Iäkkäiden yleinen neuvontapalvelu on kevyen tason palvelu, millä on kunnan auktorisoima toimilupa. Palvelun vaikuttava toiminta edellyttää toimivia verkostoja, jotka perustuvat luottamukselliseen yhteistyöhön eri toimijoiden kesken.

LÄHTEET

Aarrevaara Timo, Risto Harisalo, Jari Stenvall ja Petri Virtanen 2007. Julkinen toiminta - julkinen politiikka. Tampere University Press 2007.

Andersson Camilla M., Gunilla E.M. Bjärås, Per Tillgren ja Claes-Göran Östenson 2003. Health promotion activities in annual reports of local governments. 'Health for all' targets as a tool for content analysis. *European journal of Public Health* 2003, 13; 235-239.

Backman Kaisa 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Väitöskirjatutkimus. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala 2001.

Baltes Paul B. ja Jacqui Smith 2003. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 2003, 49;123-135.

Bäcklund Pia 2007. Tietämisen politiikka. Kokemuksellinen tieto kunnan hallinnassa. Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsinki 2007.

Carey Philip 2000. Community health and empowerment. Teoksessa Joanne Kerr (ed.) 2000. *Community health promotion: challenges for practice*. 2nd edition. Elsevier Science Limited 2002. London.

Castrén Johanna 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere 2008.

Cattan Mima, Martin White, John Bond and Alison Learmouth 2005. Preventing Social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society* 2005, 25; 41-67.

Chang Betty L., Shizue Natta, Patricia A. Carter ja Young Kee Markham. 2004. Perceived helpfulness of Telephone Calls. Providing support for caregivers of family members with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. Sept. 2004; 14-21.

Charpentier Sari ja Noora Järnefelt 2002. Kiire ja vanheneminen työelämässä-ikäntyminen työntekijöille tarjoutuvana tulkintatapana. *Gerontologia* 2/2002; 62-73.

Elliott Heather ja Jennie Poppay 2000. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. *Journal of Epidemiologic Community Health* 2000, 54; 461-468.

Elo Satu 2006. Teoria kotona asuvien pohjoissuomalaisten ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirjatutkimus. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala 2006.

Eskola Jari 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola Juhani Ja Raine Valli 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloitteleville tutkijoille tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-Kustannus. Jyväskylä 2007.

Eskola Jari & Juha Suoranta 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2005.

Evans Gordon 2000. Health promotion for older people. Teoksessa Joanne Kerr (ed.) 2000. Community health promotion: challenges for practice. 2nd edition. Elsevier Science Limited 2002. London.

Godfrey Mary 2001. Prevention: developing a framework for conceptualizing an evaluating outcomes of preventive services for older people. Health and Social Care in the Community 2001, 9(2); 89-99.

Haapanen Sisko 2007. Ikääntyvien kotona selviytyminen ja sotainvalidien neuvontapalvelun merkitys sen edistäjänä. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto 2007.

Harisalo Risto ja Pasi-Heikki Rannisto 2009. Hallitustutkimuksen teoreettisia vaihtoehtoja kunnallishallinnossa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2009, 4; 377-390.

Heinola Reija 2010. Neuvontapalvelut. Aloitusseminaari Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanke. Rauman pilotointi. 20.10.2010 Rauma.

Heinola Reija, Harriet Finne-Soveri, Anja Noro, Sari Kauppinen, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Päivi Sainio 2010. Vanhusten kotiin annettavat palvelu ja omaishoidon palvelut. Teoksessa Sari Kauppinen (toim.) Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalvelujen tila 2010-raportin tausta-aineisto. Yliopistopaino. Helsinki 2010.

Helin Satu 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 2003.

Helin Satu 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Eino Heikkinen ja Taina Rantala (toim.) Gerontologia. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2008.

Hirsjärvi Sirkka, Pirkko Remes ja Paula Sajavaara 1997. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2004.

Holma Tupu, Sirkka-Liisa Karppi, Anja Noro, Eeva Päivärinta ja Taina Rantanen 2007. Vanhusten toimintakykyä ja omatoimisuutta edistävät RAY-avusteiset hankkeet. Väliraportti hankesunnittelulle, hankkeiden toteutukselle ja arvioinnille asetettavista laatusuosituksista. Espoo 2007.

<http://www.ray.fi/avustustoiminta/aineistopankki/arvioinnit.php?l1=5>

Häkkinen Hannele ja Tupu Holma 2004. Ehkäisevä kotikäynti: tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Häkkinen Ritva 2005. Vanhuspoliittisen strategian toimeenpanon edellytysten arviointi Itä-Suomen läänin kunnissa. Pro gradu-työ. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Häkkinen Unto, Pekka Martikainen, Anja Noro, Elina Nihtilä and Mikko Peltola 2007. Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland. Stakes Discussion Papers 1/2007. Valopaino Oy. Helsinki 2007.

Häkkinen Unto, Lien Nguyen, Markku Pekurinen ja Mikko Peltola 2009. Tutkimus vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2009.

Jalonen Harri 2007. Kompleksisuusteoreettinen tulkinta hallinnollisen tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamisesta kunnallisen päätöksenteon valmistelutyössä. Väitöskirjatutkimus. Julkaisu 693. Tampereen teknillinen yliopisto 2007.

Jyrkämä, Jyrki: Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä –hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. Gerontologia 2008, 4; 190-213.

Kaarakainen Minna ja Vuokko Niiranen 2010. Vanhusten palvelut. Teoksessa Minna Kaarakainen, Vuokko Niiranen ja Juha Kinnunen (toim.) Rakenteet muuttuvat -mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystieteiden Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-Arttu –ohjelman tutkimuksia nro 6. Itä-Suomen yliopisto. Suomen kuntaliitto. Acta nro 219. Helsinki 2010.

Kallinen-Kräkin Salme (toim.) 2008. Sosiaalialan kehittämishanke 2003-2007. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6.

Kannas Lasse, Tuula Aira ja Heidi Peltonen 2010. Kokemuksia terveystieto-oppiaineen ensivuosisista. Teoksessa Timo Ståhl ja Arja Rimpelä (toim.) Terveystieteiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Yliopistopaino. Helsinki 2010.

Kauppinen Sari, Päivi Voutilainen, Harriet Finne-Soveri ja Reija Heinola 2008. Ikääntyneiden ihmisten palvelut. Indikaattorit palvelujen kehityksen seurantaan. Teoksessa Markku Pekurinen, Outi Räikkönen ja Tuija Leinonen (toim.) Tilannekatsaus Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes raportteja 38/2008. Valopaino Oy. Helsinki 2008.

Kettunen Tarja, Leena Liimatainen ja Marita Poskiparta 1996. Terveystieteiden arjen neuvontatyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere 1996.

Kiiskinen Urpo, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen, Sanna Natunen ja Arpo Aromaa 2008. Terveystieteiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveyden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannus_vaikuttavuus_fi.pdf

Kivelä Sirkka-Liisa 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:30.

Kiviniemi Kari 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola Juhani Ja Raine Valli 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloitteleville tutkijoille tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-Kustannus. Jyväskylä 2007.

Kivistö Katja, Kirsi Johansson, Heli Virtanen, Sirku Rankinen ja Helena Leino-Kilpi 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 2009, 21 (1); 13-22.

Koivisto Juha 2006. Sosiaalialan näyttökeskustelu miten sosiaalisten interventioiden vaikuttavuus osoitetaan? Janus 2006, 14 (1); 53-60.

Korhonen Satu, Ilse Julkunen, Pekka Karjalainen, Anu Muuri ja Riitta Seppänen-Järvelä 2007. Arviointi ja hyvät käytännöt sosiaalipalveluissa. Asiantuntijoiden pohdintoja tulevasta. Stakesin raportteja 16/2007. Valopaino Oy. Helsinki 2007.

Koskiahho Briitta 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Vastapaino. Tampere 2008.

Koskinen Seppo, Marita Sihto, Ilmo Keskimäki ja Eero Lahelma 2002. Terveystieteen kaventaminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Teoksessa Ilka Kangas, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Kristiina Manderbacka, Eero Lahelma, Ritva Prättälä ja Marita Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita Prima Oy. Helsinki 2002.

Koskinen Simo 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Julkaisussa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 24-90.

<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantymisen-voimavarana/pdf/fi.pdf>

Kröger Teppo 2009. Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi ja Minna Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino. Tallinna 2009.

Kröger Teppo 2010. Trends in home care for older people in Europe. Seitsemäs kansallinen ikääntymisen foorumi. 15.11.2010 Helsinki.

Kuntaliitto 2011. Neuvontapalvelut ikääntyneille.

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;142964

Kuusikko Kirsi 2000. Neuvonta hallinnossa. Julkisoikeudellinen tutkimus viranomaisten velvollisuudesta ja hallinnon asiakkaan oikeudesta neuvontaan sekä virheellisen neuvon oikeusvaikutuksista. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2000.

Kärnä Sirpa 2008. Persistence and change in well-being in the third age. A longitudinal study of ageing people's life course at Varkaus in 1991 and 2004. Väitöskirjatutkimus. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Sosiaalityön laitos. Kuopion yliopisto.

Kylmä Jari, Katri Vehviläinen-Julkunen ja Juhani Lähdevirta 2003. Laadullinen terveystutkimus –mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 2003, 119; 609-615.

Laatikainen Tanja 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2009.

Lahelma Eero ja Seppo Koskinen 2002. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveysterot –haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Ilka. Kangas, I. Imo Keskimäki, Seppo. Koskinen, Kristiina. Manderbacka, Eero. Lahelma, Ritva. Prättälä ja Marita. Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita Prima Oy. Helsinki 2002.

Lahn Chr Leif 2000. Teoksessa Sallila P. (toim.) Oppiminen ja ikääntyminen. Aikuiskasvatuksen 41. vuosikirja. BJT Kirjastopalvelu. Helsinki 2000.

Lammintakanen Johanna 2005. Health Care Prioritisation. Evolution of the concept, Research and Policy Process. Doctoral Dissertation. Department of Health Policy and Management. University of Kuopio. Kopijyvä. Kuopio 2005.

Leinonen Anu 2008. Sosiaalipalvelut muutoksessa. Paras vai palveluaukko?. Tutkimussuunnitelma ParasSos-tutkijaryhmälle. Stakesin työpapereita 14/2008. Valopaino Oy. Helsinki 2008.

Leskinen Anne 1999. Sosiaalipalvelujen kehittäminen taloudellisten säästöjen varjossa. Vanhustenhuolto ja vammaishuolto KuntaSuomi 2004-kunnissa. Teoksessa Anne Leskinen ja Hannele Laaksonen. Vanhusten ja vammaisten palvelut muutoksessa? KuntaSuomi 2004-tutkimuksia nro 17. Acta nro 111. Suomen kuntaliitto 1999. Helsinki.

Lewis Helen, Brian Hardy, Eileen Waddington, Peter Fletcher ja Alisoun Milne 1999. Developing a preventive approach with older people. *Journal of Integrated Care*. 7 (1999), 6; 10-16

Liimatainen Leena 2007. Terveiden edistäminen. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen ja Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tammer-Paino Oy. Tampere 2007.

Long Nicholas, Jacqueline Anderson, Reginald Burd, Mary Elisabeth Mathis ja Seldon P. Todd 1971. Information and referral centres. A functional analysis. *Administration of Aging (DHEW)*.

MacIntyre s. 1997. The Black Report and beyond. What are the issues? *Social Science & Medicine* 44; 723-745.

Martelin Tuija, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Julkaisussa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon

liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 117-131.
<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>

Matthies Aila-Leena 2007. Toisenlainen kolmas sektori. Pohjoismaiden sosiaali- ja terveysjärjestöt tutkimuksen valossa. Yhteiskuntapolitiikka 2007, 72(1); 57-71.

Mokka Roope ja Aleksi Neuvonen 2006. Yksilön ääni. Hyvinvintivaltio yhteisöjen ajalla. Sitran raportteja 69. Edita Prima Oy. Helsinki 2006.

Muuri Anu 2008. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legimiteettiin. Akateeminen väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2008.

Mäkelä Hannele 2007. Potilasvirtojen palveluohjaus puhelinpalvelulla. Kandidaattitutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto 2007.

Mäkinen Sanna, Raisa Valve, Satu Pekkarinen ja Tiina Mäkelä 2006. Kuinka uudistamme palvelujärjestelmää? Innovatiivisella prosessien kehittämisellä kohti laadukkaampia ja tuottavampia vanhusten palveluja. Verson julkaisuja 3/2006. Helsingin yliopisto. Helsinki 2006.

Niittymäki Anne 2006. Sosiaalisen tuen merkityksiä ikääntyneen arjen hyvinvoinnille. Sosiaalitalukkareiden asiakkaat kertovat haastatteluissa. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto 2006.

Nyholm Inga 2008. Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto. Acta nro 199. Suomen kuntaliitto. Helsinki 2008.

Onnismaa Jussi 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Tammer-Paino Oy. Tampere 2007.

O'Shea Eamon 2006. An economic and social evaluation of the Senior Help Line in Ireland. Ageing and Society 2006, 26; 267-284.

Oulasvirta Lasse, Jukka Ohtonen ja Jari Stenvall 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19.

Palmgren Helena, Timo Leino, Päivi Jalonen, Simo Kaleva ja Vuokko Romppanen 2008. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuolloissa. Työterveyslaitoksen tutkimusraportti 35. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print 2008.

Paloheimo Heikki ja Matti Wiberg 1996. Poliitiikan perusteet. Dark Oy. Vantaa 2004.

Poikajärvi Kristiina ja Kerttu Perttilä 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Stakesin työpapereita 4/2006. Helsinki 2006.

Ponsi Vuokko, Elina Karvinen ja Mika Simonen 2005. Ulkoilu ja asiointi osaksi iäkkään arkea. Liikkeessä –projekti 2002-2005. Loppuraportti. Ikäinstituutti Raportteja 3/2005.

Rajavaara Marketta 2009. Sosiaalipalveluista hyvinvointipalveluihin – käsitehistorian tarkastelua. Janus 2009, 17(4); 346-351.

Rannisto Pasi-Heikki 2005. Kunnan strateginen johtaminen. Tutkimus Seinäaapurikuntien strategiaprosessien ominaispiirteistä ja kunnanjohtajista strategisina johtajina. Väitöskirjatutkimus 1072/2005. Yhdyskuntatieteiden laitos. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Rantanen Taina 2008. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Eino Heikkinen ja Taina Rantala (toim.) Gerontologia. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2008.

Rautio Nina 2006. Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. Väitöskirjatutkimus 113/2006. Jyväskylän yliopisto.

Rousu Sirkka 2007. Kunta- ja palvelurakennemuutos ja elinkaarimallit. Suomen kuntaliitto. Helsinki 2007. Nettartikkeli.
<http://www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;118453;119015>

Routasalo Pirkko ja Seija Arve 2002. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. -Toimintatutkimus. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja No 6:2002.

Ryttyläinen Katri 2007. Kuntapäätösten ennakoarviointi. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen ja Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tammer-Paino Oy. Tampere 2007.

Salmela Sanna ja Irmeli Matilainen 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen ja Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tammer-Paino Oy. Tampere 2007.

Salminen Ari 2008. Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet. Edita Prima Oy. Helsinki 2008.

Salminen Ulla ja Elina Karvinen 2006. Voimaa ja varmuutta iäkkään itsenäiseen elämään. Voima- ja tasapainoharjoittelu iäkkään ihmisen kotona asumisen tukena VoiTas –projekti 2003-2006. Loppuraportti. Ikäinstituutti Raportteja 3/2006.

Seppänen Marjaana, Reija Heinola ja Sirpa Andersson (2009). Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2009.

Sihto Marita, Ilka Kangas, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Kristiina Manderbacka ja Ritva Prättälä 2002. Terveyserojen kaventamiskeinot käyttöön. Teoksessa Ilka Kangas, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Kristiina Manderbacka, Eero Lahelma, Ritva Prättälä ja Marita Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita Prima Oy. Helsinki 2002.

Siltaniemi Aki, Anne Perälähti, Anne Eronen, Riitta Särkelä ja Pia Londén 2009. Kansalaisbarometri 2009. Suomalaisten arvioita hyvinvoinnista, palveluista ja PARAS-uudistuksesta. Yhteenveto ja johtopäätökset. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2009.

Sinkkonen Sirkka ja Juha Kinnunen 1999. Terveystieteiden edistymisprosessi, terveyshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin. Hoitotiede 1999, 11(6); 311-324.

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto 2011. Sosiaalibarometri 2007.
http://www.stkl.fi/Baro07_johtopaatokset.pdf

Stakes 2005. Tiedosta hyvinvointia –strategia 2012.
<http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/4FD93725-C711-4A42-A4A5-293468EE7269/0/strategia.pdf>

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. STM Julkaisuja 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.

STM 2006a. Sosiaali- ja terveydenpolitiikan strategiat 2015 –kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa.
<http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>

STM 2006b. Sosiaaliturvan suunta 2005-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1. Helsinki.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/02/hu1140081070713/passthru.pdf>

STM 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Yliopistopaino. Helsinki, 2007.

STM 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

STM 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-11. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>

STM 2008c. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf

STM 2008d. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2010-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:52.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6405.pdf

STM 2008e. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Liite 9. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.

[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimitaohjelma 2008 8211 2011 fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen+terveyserojen+kaventamisen+toimintaohjelma+2008+8211+2011+fi.pdf)

STM 2009a. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24.

STM 2009b. Skenaarioita sosiaalimenoista. Terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7.

STM 2010a. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19.

<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1514048#fi>

STM 2010b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:8.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11488.pdf

Stuck E. Andreas, Jutta M. Walthert, Thorsten Nikolaus, Christophe J. Büla, Christoph Hohmann ja John C. Beck 1999. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 1999, 48; 445-469.

Sulander Tommi 2005. Functional Ability and Health Behaviors. Trends and Associations among Elderly People, 1985-2003. KTL A3/2005.

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sospo/vk/sulander/function.pdf>

Sulku Sirpa 2009. Palveluviidakossa ovat oppaatkin hajallaan. *Sosiaali- ja terveysviesti* 2009, 3; 20-22.

Tanner Denise 2003. Older people and access to care. *British Journal of Social Work* 2003, 33; 499-515.

Teperi Juha 2004. Kuka saa terveystalvveluja? Teoksessa Heikkilä M. & . Roos (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Gummerus kirjapaino, Saarijärvi 2004.

Teperi Juha 2005. Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa Heikkilä Matti, Mikko Kautto ja Juha Teperi (toim.). Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edita Prima Oy. Helsinki 2005.

Tepponen Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Akateeminen väitöskirja. Terveysthallinnon ja talouden laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kopijyvä. Kuopio 2009.

Tervaskari Hilikka 2006. Senioreiden sosiaalinen ympäristö ja itsenäisyyttä tukevat palvelut. Teoksessa Yrjö Tuppurainen (toim.) Tulevaisuuden senioriasuminen (TSA) – hanke, Loppuraportti. Oulun yliopisto - Arkkitehtuurin osasto - julkaisu AO / A 37 Oulun yliopistopaino. Oulu 2006.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514281594/isbn9514281594.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät –työryhmä. Raportti II. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 14/2009. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2009.

Tiikkainen Pirjo 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Akateeminen väitöskirjatutkimus. Studies in sport, physical education and health. Jyväskylän yliopisto 2006.

Tilastokeskus 2011. Tilastokeskuksen väestöennuste 2009-2060.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Toljamo Maisa, Riitta Haverinen, Harriet Finne-Soveri, Antti Malmivaara, Harri Sintonen, Päivi Voutilainen ja Marjukka Mäkelä 2005. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. Stakes 2005.

Tuominen Päivi, Pirjo Koskinen-Ollonqvist ja Päivi Rouvinen-Wilenius 2009. Terveyden edistämisen hyvät käytännöt. Hyvät käytännöt kirjallisuuteen ja käytännön hankkeisiin perustuvan tarkastelun kohteena. Verkojulkaisu.

http://www.health.fi/content/files/Hyvät_kaytannot.pdf

Uotinen Virpi 2005. I'am as Old as I Feel. Subjektive Age in Finnish Adults. Koulutuksen, psykologian ja sosiaalitutkimuksen väitöskirjatutkimus 276/2005. Jyväskylän yliopisto.

Vaarama Marja 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut –nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Julkaisussa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 132-191.

<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>

Vaarama Marja, Luoma Minna-Liisa ja Ylönen Lauri 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes Gummerus. Helsinki 2006.

VN 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007.

<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2007/j18-j19-hallituksen-strategia-asiakirja/pdf/fi.pdf>

Viippola Aulikki 2007. Ehkäisevä kotikäynti tukemassa ikäihmisen kotona asumista - selvitys ehkäisevien kotikäyntien nykytilanteesta Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkimus. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu 2007.

Virtanen Petri ja Jarkko Tonttila 2005. Palvelujärjestelmä toimivaksi. Seutukunnallisten kehittämishankkeiden ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiskokeilujen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:7.

Vuorela Maarit, Katri Haila ja Mari Ruuth 2010. Voimaa Vanhuuteen –ohjelman ulkoinen arviointi.

http://www.voimaavanhuuteen.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=564

Vuorenkoski Lauri, Mauno Konttinen ja Minna Sinkkonen 2008. Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2008. Valopaino Oy. Helsinki 2008.

Välikangas Katariina 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Suomen Ympäristö 21/2006. Ympäristöministeriö. Helsinki 2006.

Ylinen Satu 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Väitöskirjatutkimus. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopion yliopisto 2008.

L 66/1972/2006 Kansanterveyslaki

L 710/1982 Sosiaalihuoltolaki

L 763/1994 Terveydensuojelulaki

L 365/ 1995 Kuntalaki

L 603/1996 Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta

L 812/2000 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

L 169/2007 Määräaikainen laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta, Puitelaki § 5, 6, 7

HE 90/2010 Hallituksen esitys terveydenhoitolaiksi

Liite 1: Aineiston käyttösopimus



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Sirpa Andersson

[ASIAKIRJAN NIMI]
[Nimen täydennös]

[nro]

[11]

8.5.2009


TUTKIMUSAINEISTON KÄYTTÖ

Hannele Mäkelä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ikäihmisten palvelujen yksikkö ovat sopineet seuraavaa:

Hannele Mäkelä saa käyttöönsä Stakesin kyselyn "Ikäihmisten neuvontapalveluiden ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa" tutkimuksen julkiset tulokset. Aineisto ei sisällä henkilötietoja. Mäkelällä on oikeus käyttää tuloksia oro-gradu -työhönsä tämän vuoden loppuun asti. Tämän jälkeen aineisto on hävitettävä. Raportoinnissa ei saa mainita yksittäisiä kuntia nimeltä.

Vastuuhenkilö THL:ssä on Sirpa Andersson ikäihmisten palvelut yksiköstä.

Helsingissä 8.5.2009


Sirpa Andersson


Hannele Mäkelä

www.thl.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Detta Läkemedels och hälsa • National Institute for Health and Welfare
Väinölänselkä 100, Helsinki • Finland FI-00531 • Box 30 • FI-00271 Helsinki, puhelin: 358 20 610 5050

Liite 2: Haastattelusopimus

Tutkimus kunnallisesta päätöksenteosta ennaltaehkäisevien ikäihmisten palvelujen taustalla

Olen Itä-Suomen yliopiston opiskelija ja teen haastattelututkimusta Pro gradu –työtäni varten. Haastattelen vanhustyön vastuuhenkilöitä, joilla on erikoistuntemus ikäihmisten neuvontapalveluiden käynnistämisestä ja siihen liittyvästä prosessista omassa kunnassaan.

Kysymyksessä on laadullinen triangulaatiotutkimus, jossa haen kysymyksiini vastausta eri aineistolähteistä. Taustalla on STM:n työryhmäselvityksen 2009 raportti ja THL:n selvitykset. Yhtenä osana on vanhuspalveluiden asiantuntijahaastattelut.

Haastattelutilanne nauhoitetaan, jotta kaikki haastattelussa esille tulevat asiat saadaan talteen. Digitalenne on vain haastattelijan (ja mahdollisen puhtaaksikirjoittajan) käytössä ja se hävitetään sisällön puhtaaksikirjoituksen jälkeen. Haastateltavien nimiä ei julkaista missään vaiheessa ilman eri sopimusta.

Tutkimus tehdään Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveystieteiden laitokselle. Pro Gradutyön ohjaajina toimivat yliassistentti YTT, TtL Sari Rissanen (sari.rissanen@uef.fi) ja tutkijatohtori FT Minna Kaarakainen (minna.kaarakainen@uef.fi). Heihin ja haastattelijaan voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Haastattelututkimuksessani noudatan hyvän tieteellisen käytännön mukaisia toimintatapoja ja Henkilötietolaki 523/99. Kaikkea tutkimusaineistoa käsittelen ehdottoman luottamuksellisesti.

Pvm _____

Haastattelija _____
Hannele Mäkelä
rihmakel@hytti.uku.fi

Annan suostumukseni haastatteluun ja tietojen käyttöön

Haastateltava _____

Liite 3: Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELU

Kesä 2010

Hannele Mäkelä

Teema 1. Ikäihmisten neuvontapalvelun perustamiseen johtanut/johtava päätöksentekoprosessi

1. Kenen aloitteesta neuvontapalvelu käynnistäminen on lähtenyt liikkeelle?
2. Missä elimessä/organisaatiossa päätös käynnistämisestä on tehty?
3. Mitä esteitä/ ongelmia päätöksenteossa oli? Mitä ratkaisuja niihin keksittiin?
4. Minkälaista tietoa oli päätöksenteon taustalla?
5. Mitä muuta päätöksentekoprosessista tulee mieleen?
6. Millä perusteella valittiin neuvontapalvelun toimintamuoto?
7. Onko neuvontapalvelu käynnistetty projektina vai onko palvelu jatkuvaa?
8. Asetettiin neuvontapalvelulle tavoitteita, mitä, millä perusteella?
9. Onko neuvontapalvelu ollut kirjattuna kunnan ikääntymispoliittiseen tms. strategiaan?
10. Minkälaisilla resursseilla –volyymi/vaatimukset- lähdettiin liikkeelle?

Teema 2. Ikäihmisten neuvontapalvelun asema kunnan sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudessa

Tarve ja merkitys

1. Miten neuvontapalvelun tarve on tullut esille?
2. Korvaako neuvontapalvelu jotain aikaisempia palveluja?
3. Mikä taho vastaa neuvontapalvelun kehittämisestä?
4. Onko neuvontapalvelun olemassa oloon sitouduttu?
5. Miten neuvontapalvelua markkinoidaan?
6. Mitkä ovat neuvontapalvelun hyödyt ja haitat, mitä ongelmia on ilmennyt?
7. Miten neuvontapalvelua arvioidaan?
8. Voidaanko neuvontapalvelua tällaisenaan soveltaa muualla?

Toimintaympäristö

9. Miten neuvontapalvelu sijoittuu kunnan organisaatiossa?
10. Onko neuvontapalvelun käytössä riittävät resurssit?
11. Onko neuvontapalvelun tuottamisessa mukana useampia toimijoita/ sektoreita?
12. Miten tapahtuu vuorovaikutus muiden tahojen/toimijoiden kanssa?
13. Miten yhteistyö sujuu muiden sektorien toimijoiden/toimialojen kanssa (keitä ne ovat) –kenen aloitteesta ja onko esim. säännönmukaisia tapaamisia?
14. Miten on järjestetty neuvontapalvelun seuranta ja raportointi?

Liite 4: Ikääntyneiden neuvontapalvelut kuntien strategia-asiakirjoissa

IKÄIHMISTEN YLEINEN NEUVONTAPALVELU KUNTIEN IKÄÄNTYMISPOLIITTISISSA ASIAKIRJOISSA. VERTAILU

Kunta	yli 100 000 as	Ohjelma-asiakirja	Kausi	Toimintamalli	Tila strategiassa
Espoo	X	Espoo-strategia/ Vanhusten palvelut	2009 - 2011	Seniorineuvonta	ei mainittu suoraan
Helsinki	X (yli 0,5 milj.)	Strategiaohjelma	2009-2012	Seniort-info	ei mainittu suoraan
Joensuu		Ikääntymispoliittinen strategia	vuoteen 2015	Seniorineuvonta	mainittu
Jyväskylä	X	Seudulliset vanhustalvelujen strategiset linjaukset ja toimeenpano-ohjelma	vuoteen 2030	Seniort-info nettipalveluna ja palveluohjaus	?
Järvenpää		Vanhustyön strategia	2007-2015	Vanhustalvelujen neuvonta	ei mainittu suoraan
Kirkkonummi		Ikäihmistalvelujen strategia ja kehittämissuunnitelma	vuoteen 2012	Seniort-info integroitui kotipalveluun 2010	mainittu
Lappeenranta		Vanhustalveluohjelma	2006 - 2010	Seniort-infosisivut ja neuvontapiste	ei mainittu suoraan
Oulu	X	Kaupungin strategia	2020	Neuvontapalvelu	ei mainittu suoraan
Seinäjoki		Kaupungin strategia	2009-2018	Ikäkeskus	ei mainittu suoraan
Tampere	X	Kaupunkistrategia	2020	Ikäpiste	ei mainittu suoraan
Turku	X	Kaupungin ikääntymispoliittinen strategia	2009-2012	Vanhusten tukki- ja kohtaamispaikka	mainittu
Vantaa	X	Ikääntymispoliittinen ohjelma	2010-2015	Seniort-info integroitui yhteistalvelupisteeseen	mainittu

Suomessa on yhteensä 336 kuntaa vuonna 2011 (lähde: Kuntaliitto.fi)
Lähde: Kuntien omat verkkosivut