

KALEVI SORSA -SÄÄTIÖ

Yhteistä ja yksityistä varautumista

– VANHUSTEN HOIVAN TULEVAISUUS

Laura Kalliomaa-Puha
& Olli Kangas

LAURA KALLIOMAA-PUHA & OLLI KANGAS

YHTEISTÄ JA YKSITYISTÄ VARAUTUMISTA
– VANHUSTEN HOIVAN TULEVAISUUS

Laura Kallioma-Puha
& Olli Kangas

Yhteistä ja yksityistä varautumista

– VANHUSTEN HOIVAN TULEVAISUUS

© KALEVI SORSA -SÄÄTIÖ JA KIRJOITTAJAT 2015

KANSI, ULKOASU JA TAITTO: FREDRIK BÄCK

PAINO: ECOPRINT, TARTUMAA

ISBN 978-952-5689-60-0 (NID.)

ISBN 978-952-5689-61-7 (PDF.)

Sisällys

Esipuhe	7
1. Johdanto	11
2. Väestölliset ja taloudelliset haasteet	17
2.1 Väestölliset haasteet	17
2.2 Ikääntymiseen liittyvät taloudelliset haasteet	19
3. Hoivalupaus ja sen kestävyys	27
3.1 Hyvinvointilupaus: mitä se on?	27
3.2 Tämän päivän hoivalupaus	29
3.3 Monimutkaisuuden haaste	50
3.4 Hoivalupauksen sosiaalinen kestävyys	59
3.5 Hoivalupauksen legitimitetti	65
4. Julkisen ja yksityisen yhteispeli	69
4.1 Julkisen ja yksityisen monisävyiset muodot	69
4.2 Erilaiset kansalliset ratkaisut	70
4.3 Mitä on julkinen ja mitä on yksityinen?	73
4.4 Hoivan eri muodot	76
4.5 Oma varautuminen vanhuuteen	87
4.6 Perheen vastuu hoivasta	99



5. Uusia haasteita ja mahdollisuuksia	105
5.1 Moninaiset vanhukset	105
5.2 Globaalit hoivaketjut ja hoiva ulkomailla	106
5.3 Robotti hoivaa – teknologian mahdollisuudet	108
6. Ei vara venettä kaada	111
6.1 Monimutkaisuus ja yksinäisyys	111
6.2 Hoivalupausta mahdoton määritellä täsmällisesti	113
6.3 Mikseivät ihmiset varaudu?	114
6.4 Perheet hoivaavat, vaikka laki ei velvoitakaan	115
6.5 Vanhusten hoiva on sosiaalinen investointi	116
6.6 Reilumpi kotitalousvähennys ja palvelusetelijärjestelmä	116
6.7 Varallisuuden käyttö hoivamenoihin	117
6.8 Hoivavakuutus	118
6.9 Perustan kestävyys ja legitimitetti: kellunta- vai erotusperiaate?	120
Lähteet	122

TULEVAISUUDEN ENNUSTAMINEN on tunnetusti melkoista tuuri-
peliä. Yhteiskuntakehityksen osalta siinä suoriutuu parhaiten
kenties väestötiede. Valtaosa vuoden 2030 suomalaisista elää täällä jo
tänään, ja syntyvyyttä sekä kuolleisuutta kyetään arvioimaan pitkien
tilastosarjojen perusteella koko lailla pätevästi. Suurimman arvoituksen
luo maahan- ja maastamuutto, joihin toisaalta voidaan vaikuttaa myös
poliittisin päätöksin.

Ei ole ollut enää pitkään aikaan mikään uutinen, että Suomen väestö
vanhenee. Silti sodanjälkeisten suurten ikäluokkien siirtyminen eläk-
keelle on yllättänyt oikeastaan kahdella tavalla. Viime vuosien talous-
vaikeudet ovat pitäneet huolta siitä, että varsinaista työvoimapolua ei ole
syntynyt – ainakaan pelätyssä muodossa.

Ensin hyvät uutiset: Työttömyys on pysynyt esimerkiksi 1990-luvun
alun lamaan verrattuna ”siedettävästi” alle 10 prosentin lukemissa, kun
väkeä on virrannut pois työmarkkinoilta. Monin tavoin ongelmal-
lisempaa on sitten se, että työikäisten osuus koko väestöstä pienenee
eli huoltosuhde heikkenee. Verokertymien kasvattajia on aktiivisessa
työelämässä aikaisempaa vähemmän suhteessa niiden nettokuluttajien
määrään.

Kehityksen suunta asettaa vääjäämättä vakavia paineita hyvinvointi-
valtiolle sellaisena kuin olemme tottuneet sen tuntemaan universaaleine
julkisine palveluineen. Niin sanotun pohjoismaisen mallin tulevaisuutta
hahmottelevissa tutkimuksissa Suomen ikäpyramidi hälyttää punaisella
verrattuna erityisesti Norjaan ja Ruotsiin. Asetelmaa pahentaa Suomen
Skandinavian maita selvästi alempi työllisyysaste.¹

Ikääntymisen yhteiskuntapoliittinen rakennemuutos on kuitenkin
vasta edessä. Kuusikymppiset ovat ikäkohorttina vielä verraten hyvä-
kuntoisia ja hyvätuloisia, enemmän tai vähemmän iloisia veronmak-

1 NordMod 2030 -tutkimusprojektin aineistoihin pääsee Kalevi Sorsa -säätiön netti-
sivujen kautta osoitteessa <http://sorsafoundation.fi/ylinen/nordmod2030/>.

sajia, mutta 70–75 ikävuoden myötä alkavat erilaiset hoitoa ja hoivaa vaativat vaivat rassata vetreitäkin eläkeläisiä. Esimerkiksi muistisairauksien odotettavissa olevasta yleistymisestä olemme saaneet vasta esimakua.

Suomalaisen hyvinvointivaltion suuria saavutuksia on se, että yhä useampi meistä elää yhä pitempään. Jokainen ikäihminen, seniorikansalainen, ansaitsee arvokkaan ja turvallisen vanhuuden, sosiaaliseen taustaan ja elämän aikana kertyneeseen varallisuuteen katsomatta. Nykyoloissa on kuitenkin syytä olla huolissaan siitä, kuinka hyvä vanhuus voidaan jatkossakin turvata.

Näistä lähtökohdista ajatushautomo Kalevi Sorsa -säätiö käynnisti yhdessä Finanssialan Keskusliiton kanssa ja sen rahoituksella vuodenvaihteessa 2013–2014 projektin *Vanhushoivapalveluiden tuotanto ja rahoitus ikääntyvässä Suomessa*. Se on ollut hengeltään ennakkoluuloton ja avoin, esimerkiksi ”julkisen” ja ”yksityisen” rajoja mieluummin ylittävä kuin vastakohtaisuuksia rakentava hanke.

Selvitystyön tekijöiksi kiinnitettiin OTT Laura Kalliomaa-Puha ja VTT Olli Kangas Kelan tutkimuksesta. Heidän työnsä tueksi Kalevi Sorsa -säätiö järjesti huhtikuussa 2014 Helsingissä työpajan, johon osallistui parikymmentä suomalaista sosiaali-, vakuutus- ja talousalan asiantuntijaa eri tahoilta ja taustoilta.

Lokakuussa oli vuorossa kansainvälinen avoin seminaari *Vanhushoivaa eurooppalaisittain – julkinen ja yksityinen vastuu ikääntyvästä väestöstä*, joka keräsi eduskunnan kansalaisinfoon reilusti yli 50 henkeä.² Keskustelua jatkettiin pitkä iltapäivä alustajien ja pienemmän asiantuntijaryhmän voimin jakaen näkemyksiä erityisesti Hollannin, Irlannin, Ranskan ja Saksan kokemusten valossa.

Finanssialan Keskusliitosta vanhuspalvelujen tulevaisuutta ovat olleet pohtimassa johtaja Timo Silvola, kehityspäällikkö Päivi Luna ja asiantuntija Piritta Poikonen, joille parhaat kiitokset ajatuksia stimuloi-

² Tilaisuudessa alustivat professorit Alain Franco (University of Nice) ja Virpi Timonen (Trinity College Dublin) sekä tutkimuspäälliköt Minna Kaarakainen (Kuluttajatutkimuskeskus) ja Severin Schmidt (Friedrich Ebert Stiftung), joiden esitykset ovat nähtävissä videotallenteina Säätiön nettisivuilla (<http://sorsafoundation.fi/2014/09/22/seminaari-vanhushoivapalveluja-eurooppalaisittain-julkinen-ja-yksityinen-vastuu-ikaantyvasta-vaestosta/>).

vasta yhteistyöstä. Käytännön lankoja on pidellyt projektitutkija Antti Kaihovaara, joka vastaa Kalevi Sorsa -säätiössä *Tasavertaiseen yhteiskuntaan* -hankkeesta. Tuon tavoitteen kannaltahan vanhuspalvelut ovat tulevina vuosina aivan keskeinen elementti.

Projektin loppuraportin valmistuessa suurin kiitos suuntautuu kuitenkin sen laatijoille, Laura Kalliomaa-Puhalle ja Olli Kankaalle. Toivon, että olemme näin antaneet rakentavan panoksen laadukkaan hoivan järjestämiseen sosiaalisesti ja taloudellisesti kestäväällä tavalla ikääntyvässä Suomessa. Kauan eläkööt harmaat pantterit!

Helsingissä 28. helmikuuta 2015,

Mikko Majander
toiminnanjohtaja, Kalevi Sorsa -säätiö

1. Johdanto

”Ne ovat kiireisimmillään muutaman minuutin käyntejä. Sitä käy katsomassa, että onko potilas hengissä ja onko hänellä kipuja. Siinä ei ole aikaa jutella ihmisen kanssa, saatikka sitten pidellä kädestä kiinni. Se on hirveän rutiininomaista.” (*Ilta-Sanomat* 2015a)

VANHUSPALVELUISTA ollaan huolissaan. Huolta kannetaan palveluiden laadusta, mutta ennen kaikkea ollaan huolissaan niiden rahoituksesta ja laajemmin koko julkisen palvelujärjestelmän taloudellisesta kestävyyydestä. Ikääntyneiden suhteellisen osuuden nopea kasvu ja siihen liittyvä väestöllisen huoltosuhteen heikentyminen sekä julkisen sektorin rahoitusvaje pakottavat pohtimaan uudenlaisia ratkaisuja vanhushoivan toteuttamiseksi ja rahoittamiseksi. Tämä koskee niin Suomea kuin muitakin vauraita OECD-maita.

Suomessa ongelma on tällä hetkellä ajankohtaisempi kuin monissa muissa maissa. Ensinnäkin Suomessa väestö vanhenee lähivuosikymmeninä nopeammin kuin muissa OECD-maissa. Toisekseen sosiaalimenojen ja verojen osuus bruttokansantuotteesta (BKT) on meillä jo verrattain korkea. Vuonna 2014 sosiaalimenoihin käytettiin Suomessa kaikkiaan noin 31 prosenttia BKT:sta. Luku on toiseksi korkein OECD-maista. Vain Ranskassa (31,9 %) osuus oli tätä korkeampi. Belgia (30,7 %) ja Pohjoismaista Tanska (30,0 %) ja Ruotsi (28,1 %) olivat Suomen tuntumassa. OECD:n keskiarvo oli 22,0 prosenttia (OECD 2015).

Kaiken kaikkiaan Suomen sosiaali- ja terveystalouden menot ovat noin 63 miljardin euron luokkaa. Vanhusten ja vammaisten palveluihin tuosta summasta käytettiin reilut viisi miljardia. Perusterveydenhuollon menot olivat runsas neljä miljardia.

Kolmanneksi verojen osuus BKT:sta on Suomessa (44 %) korkea verrattuna muihin OECD-maihin. Verojen osuus on meillä Tanskan, Ranskan ja Belgian jälkeen OECD ja EU-maiden korkein (OECD 2014a ja b). Lisäksi Suomen julkinen velka ylittää kuluvana vuonna EU:n aset-

taman 60 prosentin hälytysrajan; valtion budjetti on seitsemättä vuotta alijäämäinen. Kuntien budjetit ovat jo pitempään olleet vaikeuksissa.

Vanhushoivapalveluiden rahoitus perustuu Suomessa pääosin verotuksella kerättyihin julkisiin varoihin. Julkisen rahoituksen riittävyys muodostuu kuitenkin yhä suuremmaksi ongelmaksi tilanteessa, jossa ikääntyvien määrä kasvaa yhdessä vanhustenhoitoon kohdistuvien laatuvaatimusten kanssa. Joudutaan pohtimaan, mihin meillä on varaa, kun avun tarvitsijoiden määrä koko ajan kasvaa ja töissä olevat ikäluokat piententyvät. On avoimesti harkittava kaikkia vaihtoehtoja. Miten sellaiset järjestelyt kuten hoivavakuutukset (joko sosiaalivakuutusajatteluun tai yksityisvakuutusellisuuteen perustuvat), käänteiset asuntolainat, omaishoidontukijärjestelmät jne. voivat toimia ja mitkä olisivat niiden toimintaedellytykset? Mitä tekee julkinen sektori? Millainen rooli on kolmannella sektorilla eli vapaaehtoistoiminnalla, yrityksillä, lähiyhteisöllä ja perheillä?

Keskeinen kysymys on, muodostuuko yksityisestä hoivasta julkista hoivaa täydentävä vai sen yhä vahvemmin korvaava palvelumuoto. Jälkimmäisen skenaarion toteutuessa julkisen puolen palvelut ovat vaarassa heikentyä ja tulla leimaaviksi. Syntyy erilaisia riskipooloja, joilla on erilaiset intressit. Intressiristiriidat johtavat helposti tilanteeseen, jossa ”me maksajat” ja ”ne vapaamatkustajat” ovat vastakkain.

Suomessa vallitsee varsin vankka yksimielisyys siitä, että kunnan kuuluu vastata (lakisääteisten) palveluiden järjestämisestä ja laadusta, vaikka se ei tuottaisikaan niitä (kaikkia) itse. Myös muut tahot halutaan kantamaan kortensa kekoon: tietysti vanhuksset itse, mutta myös heidän omaisiaan kannustetaan mukaan, kuntien ja valtion vastuun rajoista keskustellaan, kansalaisjärjestöjen ja vapaaehtoisten apu otetaan vastaan. Meillä ei olla kuitenkaan haettu apua vapaaehtoistoiminnasta angloamerikkalaisessa määrin, eikä meillä niinkään keskustella Big Societystä, vaan ennemminkin perheen ja julkisen vallan vastuunjaosta.

Perhe on aina ollut merkittävä hoivan tarjoaja, eikä se seikka muutu myöskään tulevaisuudessa. Ikääntyneen pääasiallinen auttaja on edelleen oma puoliso, lapsi tai muu sukulainen. Kun vastuuta valinnoista ja niiden seurauksista siirretään enenevässä määrin vanhukselle itselleen, pulmaksi muodostuu se, miten valistuneita valintoja hauras ihminen tai

hänen tukijoukkonsa osaavat tehdä. Vaarana on myös, että kaikki eivät osaa hakea heille kuuluvia oikeuksia

Rahoituskeskusteluissa pohditaan usein varallisuutta ja sitä, tulisiko se käyttää hoivan ostamiseen vai jättää perinnöksi. Eläkkeelle siirtyvien ikäluokkien henkilökohtainen varallisuus on Suomessa varsin suuri, mutta sosioekonomisesti ja maantieteellisesti epätasaisesti jakautunut. Lähes 80 prosentilla eläkkeelle siirtyvistä on esimerkiksi oma, kokonaan maksettu asunto. Samaan aikaan yli sadantuhannen vanhuksen toimeentulo perustuu vajaan 750 euron suuruiseen takuueläkkeeseen. Henkilökohtaisia varoja käytetään jo nyt vanhuspalveluiden rahoittamiseen esimerkiksi tehostetun palveluasumisen kautta. Pohdimme, miten kertynyttä varallisuutta voisi hyödyntää vanhuspalveluiden rahoituksessa aiempaa enemmän tinkimättä kuitenkaan yhdenvertaisuuden ja universaalisuuden periaatteesta.

Rahoitusvaihtoehtojen lisäksi on pohdittava, millaisiin palveluihin rahoitusta tulisi kohdistaa ja tulisiko näiden palveluiden olla yhteneviä kotikunnasta riippumatta. Kaikki osapuolet hyötyvät tilanteesta, jossa vanhuspalveluiden painopiste on palvelutarpeen ehkäisemisessä eikä kalliissa laitoshoidossa. Niin parannetaan vanhusten mahdollisuuksia arvokkaaseen elämään ja vähennetään julkiselle sektorille koituvia kustannuksia. Uusien mahdollisuuksien kartoituksen lähtökohtana tulee edelleen olla, että universaalit palvelut ovat kaikkien kansalaisten tavoitettavissa syntymätaustasta tai varallisuudesta riippumatta. Tämä tarkoittaa sitä, että palveluita on oltava tarjolla sekä varattomille että varallisille. Jos niin ei ole, riskipoolit eriytyvät.

Pohdimme julkista palvelulupausta. Mitä meille tällä hetkellä ja tulevaisuudessa luvataan – millainen on suomalainen hoivalupaus? Emme puhu hyväkuntoisista, kolmatta ikää elävistä eläkeläisistä, vaan heikoista ja hauraista vanhuksista, jotka tarvitsevat apua jokapäiväisessä elämässään. Emme myöskään puhu terveydenhuollosta, potilaista emmekä lääketieteellisestä hoidosta, vaan sosiaalihuoltoon kuuluvasta vanhusten hoivasta, jossa toki on mukana myös terveydenhuoltoon kuuluvaa huolenpitoa.

Aloitamme kuvaamalla väestöllisiä ja taloudellisia haasteita (luku 2). Tämän jälkeen siirrymme tarkastelemaan hoivalupauksen sisältöä, kestävyyttä ja legitimizeettiä (luku 3). Tarjolla on monenlaisia, ennen

kaikkea kotiin saatavia palveluja, mutta palveluja saadakseen on oltava entistä huonokuntoisempi. Usein on myös niin, että palveluja toimittavat useat eri palveluntuottajat. Vanhus on yhä useammin hoivapalveluiden kuluttaja, jolta edellytetään palvelujen valintaa ja koordinoitua. Saavatko vanhukset tarvitsemansa etuudet ja palvelut?

Vastuu hoivan kustannuksista on ratkaistu eri lailla eri maissa. Luvussa 4 kuvaamme näitä erilaisia ratkaisuja ja sitä, miten Suomessakin raja yksityisen ja julkisen vastuun välillä on jatkuvasti vaihdellut ja miten rajanvetoa koko ajan käydään erilaisten hoivan järjestelymuotojen vaihdellessa. Perheiden vastuu tuntuu kasvavan. Lainsäädännöstä voidaan lukea eräänlainen lojaalisuusolettama, vaikka tiukkaa vastuuta perheille ei olekaan haluttu kirjoittaa. Mitä enemmän vanhuspalvelut rakentuvat vanhusten oman aktiivisuuden ja valintojen varaan, sitä enemmän tarvitaan rinnalla kulkijoita tai valtakirjakuluttajia. Lopuksi kurkistamme tulevaan: mitä uusia haasteita ja mahdollisuuksia olisi syytä ottaa huomioon (luku 5).

Käymme läpi eri vaihtoehtoisia tapoja järjestää hoiva. Pohdimme, miten julkisia palveluita ja omaehtoista varautumista voisi nykyistä paremmin sovittaa yhteen universaalisuusperiaatteesta tinkimättä ja legitimizeettiongelmiin joutumatta. Keskeinen ajatuksemme liittyy kahden ideaalityypin julkisen ja yksityisen palvelutuotannon yhdistämistapaan. Ensimmäisessä ideaalityypissä yhdistäminen rakentuu ajatukselle, jota kutsumme erotusperiaatteeksi. Tässä mallissa julkiset palvelut ovat tarveharkintaisia ja tulosidonnaisia. Yksityisesti vakuuksin tai muin keinoin hankitut palvelut taas vähennetään julkispalveluista. Järjestelmä johtaa ”maksajat” ja ”vapaamatkustajat” -tyyppisiin legitimizeettiongelmiin, joita olemme tottuneet pitämään liberalististen hyvinvointivaltioiden ongelmina.

Pohjoismaissa on pyritty pitämään ”hyvät” ja ”huonot” riskit samassa riskipoolissa. Kaikki ovat saaneet etuuksia, mutta ”hyväriskiset” ovat kantaneet suuremman maksurasitteen kuin ”huonoriskiset”. Tähän pyrkimykseen liittyy toinen ideaalityyppi, joka rakentuu ns. kellunta-periaatteelle. Kaikki saavat etuudet, mutta jos ihminen on itse varautunut vanhuutensa palvelutarpeisiin, itse hankitut palvelut ”kelluvat” julkisen järjestelmän päällä ja legitimizeettiongelma voidaan välttää.

Tällöin yksityiset palvelut ovat julkista järjestelmää täydentäviä, eivät korvaavia, kuten erotusperiaatteella toimivassa ideaalimallissa.

Vanhushoiva on sekä Suomessa että kansainvälisestikin kasvavan kiinnostuksen kohteena. Tematiikasta on tehty niin meillä kuin muualla paljon hyviä tutkimuksia, katsauksia, pamfletteja ja suosituksia. Monissa aiemmissa tutkimuksissa hoivan tematiikkaa on käsitelty syvällisesti ja perusteellisesti. Tämän kirjasen tavoitteena on ollut kerätä yksiin kansiin olemassa olevaa tietoa väestöllisistä ja taloudellisista haasteista sekä eri maiden kokemuksista erilaisista palvelujärjestelmistä ja niihin liittyvistä oikeudellisista säätelymekanismeista, mitä tulee oikeuksien toteutumiseen, vastuisiin ja laadun valvontaan. Niin ikään yritämme hahmottaa, millaisia vaikutuksia erityyppisillä julkisen ja yksityisen sekoitteilla (public-private-mix) on julkisen järjestelmän legitimitettiin.

Tavoitteenamme on ollut avata keskustelua erilaisista vaihtoehdoista ja osoittaa, että mustan ja valkoisen väliin mahtuu monimuotoinen kirjo eri harmaan sävyjä. Poliittista keskustelua eri vaihtoehdoista on puolin ja toisin käyty hyvin vähin värein. Musta on ollut mustaa ja valkoinen valkoista! Käyttäessämme pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin käsitettä – mitä ennen kaikkea poliittinen vasemmisto kernaasti viljelee – arvioidessamme eri vaihtoehtojen hyvyttä tai huonoutta, on hyvä muistaa, että malli on muuttunut ja muuttuu koko ajan olosuhteiden myötä. Jos unohdamme sen, ajamme eteenpäin katsoen koko ajan peruutuspeiliin ja yritämme ratkoa huomispäivän ongelmia eilis-päivän keinoin.

2. Väestölliset ja taloudelliset haasteet

”Ikääntyminen ajaa kuntien talouden kuralle – katso miten oma alueesi vanhenee. Suomen kunnat alkavat olla pulassa vanhenevan väestön vuoksi. Ikääntymisen myötä kuntien rahat hupevat ja viitisenkymmentä kuntaa on jo taloudellisen kuilun partaalla. Tulevaisuudessa hämöttää jo kokonaan autioituvia kyliä.” (Yle 10.2.2015)

”Ella on Iivantiiran ainoa alle 6-vuotias lapsi” (HS 22.2.2015)

2.1 Väestölliset haasteet

SUOMALAISESSA KESKUSTELUSSA väestön ikääntymistä on totuttu pitämään kehittyneiden teollisuusmaiden ongelmana yleensä ja erityisesti Suomen ongelmana. Väestön ikääntyminen kuitenkin koskee niin kehittyneitä kuin kehittyviä maita. Kaikki maat kohtaavat ikääntymisen mukanaan tuomat haasteet. Länsimaissa ongelmat koetaan aiemmin, muualla jonkin verran myöhemmin (Barr & Diamond 2009).

Suomi kuuluu niihin maihin, joissa väestön ikääntyminen alkaa pari vuosikymmentä aiemmin kuin muissa länsimaissa. Kaikkein rajuinta ikääntymisprosessi tulee ennusteiden mukaan olemaan entisissä sosialistisissa maissa ja Itä-Aasiassa. Aasian taloustiikerit ovat hyvä esimerkki siitä, miten vahingollista sosiaalisen alistaminen taloudelle voi ajan myötä olla yhteiskunnan tasapainoiselle kehitymiselle ja taloudelliselle menestykselle. Näiden maiden yhteiskuntapolitiikassa on investoitu vahvasti taloudelliseen kasvuun. Sosiaaliset investoinnit on unohdettu. Erityisesti perhepolitiikan laiminlyönti näyttää turmiolliselta. Kiinassa, Etelä-Koreassa, Hongkongissa ja Macaossa syntyvyys on katastrofaalisen alhainen. Siksi väestöennusteet näyttävät yhtä synkiltä kuin entisissä sosialistisissa maissa, joita kuviossa 1 havainnollistaa Latvia.

2.2 Ikääntymiseen liittyvät taloudelliset haasteet

Kuvion 1 kuvaus on yksi tapa hahmottaa väestön ikääntymisen kehitystä ja arvioida kehityksen vaatimia toimenpiteitä. Toinen tapa on katsoa sitä, miten julkiset menot liittyvät elinkaaren eri vaiheisiin ja eri ikäryhmiin: Milloin julkisia menoja rahoitetaan ja milloin niitä kulutetaan. Kuviossa 2 havainnollistetaan tällaista tilannetta. Periaatteessa ikäryhmien yli laskettujen verotulojen tai maksujen tulisi kattaa yli ikäryhmien laskettujen saatujen etuuksien yhteisarvo. Muussa tapauksessa julkiseen talouteen syntyy alijäämää, joka on tavalla tai toisella hoidettava. Lyhyellä aikavälillä voidaan elää velaksikin, mutta pitkällä aikavälillä talouden tulee olla tasapainossa.

Elinajanodotteen jatkuva kasvu lisää ikäihmisten määrää. Tällä hetkellä yli 90-vuotiaita on kaikkiaan noin 40 000. Tilastokeskuksen väestöennusteitten mukaan luku nousee yli 180 000 vuoteen 2050 mennessä. Sadan vuoden iän ylittäneitä meillä on nyt runsas 700. Vuonna 2050 määrä on lähes kymmenkertainen. (Tilastokeskus 2015.)

Pitkäikäisyys on vahvasti sukupuolittunut ja sosiaaliseen asemaan liittyvä ilmiö, mikä luo omat reunaehdonsa omaishoivan järjestelmään ja siihen, kuka hoivaa ketäkin. Suomessa sukupuolten väliset erot odotettavassa eliniässä ovat kansainvälisesti katsottuna suhteellisen suuret. Suomalaiset naiset elävät verrattain pitkään (elinajanodote 84 vuotta), kun taas suomalaiset miehet (elinajanodote 78 vuotta) kuolevat nuorempina kuin vaikkapa ruotsalaiset miehet (ruotsalaismiesten elinajanodote 81 ja naisten 84 vuotta). Vuodesta 2000 vuoteen 2012 terveiden vuosien määrä suomalaisilla naisilla on lisääntynyt 71 vuodesta 73 vuoteen ja miehillä 66 vuodesta 69 vuoteen. Terveiden vuosien määrä on siis lisääntynyt runsaan vuosikymmenen aikana miehillä kolmella ja naisilla kahdella vuodella.

Kyseisellä ajanjaksolla taas elinajanodote kasvoi vuoden enemmän sekä miehillä että naisilla. (WHO 2012). Elin aika ja terveiden vuosien määrä kasvavat. Eurooppalaisessa sosiaalitutkimuksessa (ESS) on joka toinen vuosi vuodesta 2002 lähtien kerätty tietoja siitä, kuinka terveeksi väestö itsensä kokee (European Social Survey 2015). ESS:n pohjalta tehdyt laskelmat osoittavat, että kymmenvuotisjaksolla 2002–2012 ikäihmisten kokemus omasta terveydestään on parantunut. Vuonna 2002

yli 70-vuotiaista 36,0 prosenttia ilmoitti, että heillä ei ole sellaista sairautta tai vammaa, joka häiritäisi paljon heidän elämäänsä. Kymmenen vuotta myöhemmin osuus oli 45,4 prosenttia. Vastaavasti niiden yli 70-vuotaiden osuus, jotka sanoivat, että heillä on erittäin paljon elämää häiritsevä sairaus tai vamma, oli pudonnut 23,5:stä 15,1 prosenttiin.

Kun mietitään vanhushoivapalveluiden tarvetta, kiinnostavaa on ennen kaikkea ikäihmisten toimintakyky. Tutkimukset kertovat, että alle 75-vuotiaiden ”nuorten vanhojen” toimintakyky on parempi kuin 75-vuotiaiden 10-20 vuotta sitten (Koskinen & al. 2012, 123). Mutta 85-vuotiaista vastaavaa tietoa ei ole ja yli 90-vuotiaista tiedetään, että heidän toimintakykynsä on pysynyt samanlaisena 2000-luvun alusta lähtien. (Jylhä 2014, 267.)

Ikääntymisessä on kysymys paitsi vanhuusiän pitenemisestä – ”vanhuus” voi kestää parhaimmillaan 50 vuotta, 65-vuotiaasta 115-vuotiaaksi – myös hyvin vanhojen ihmisten määrän kasvusta. Jälkimmäisellä seikalla on merkitystä silloin, kun mietitään hoivan tarvetta. Vaikka vanheneminen ja toimintakyky vaihtelevat yksilöllisesti, väestötasolla toimintakyky on suoraan riippuvainen iästä. Yli 90-vuotiaista yli puolet ei kykene liikkumaan itsenäisesti ulkona, ja joka neljäs ei pääse itse nousemaan vuoteesta eikä kykene pukeutumaan. Myös muistisairaus on sidoksissa ikään. Yli neljä kymmenestä 90 vuotta täyttäneestä sairastaa muistisairautta. Vuoteen 2030 mennessä yli 75-vuotiaita on 85 prosenttia, yli 85-vuotiaita 90 ja yli 90-vuotiaita 120 prosenttia enemmän kuin vuonna 2011. (Jylhä 2014, 267.)

Juuri hyvin vanhojen ja hauraitten ikäihmisten hoito on kallista ja vaatii paljon resursseja (ks. kuvio 2). Selvää siis on, että vanhushoivapalveluita on syytä miettiä niin taloudelliselta kannalta (mihin julkisella sektorilla on varaa), järjestelmän kannalta (millaisin uusin keinoin menopaineisiin tulisi varautua) ja inhimilliseltä kannalta (millaista on hyvä hoito ja hoiva).

Terveys, toimintakyky ja niiden mahdollinen parantuminen eivät jakaannu tasaisesti. 35-vuotiaan ylemmän toimihenkilönaisen ja vastaavan ikäisen työläisnaisen välisen jäljellä olevan eliniän erotus on kolme vuotta. 35-vuotias toimihenkilömies puolestaan elää keskimäärin seitsemän vuotta duunaria pitempään. Ylempien toimihenkilönaisten ja

duunarimiesten välinen jäljellä olevan elinajan ero on peräti 10 vuotta (Blomgren ym. 2013, 65).

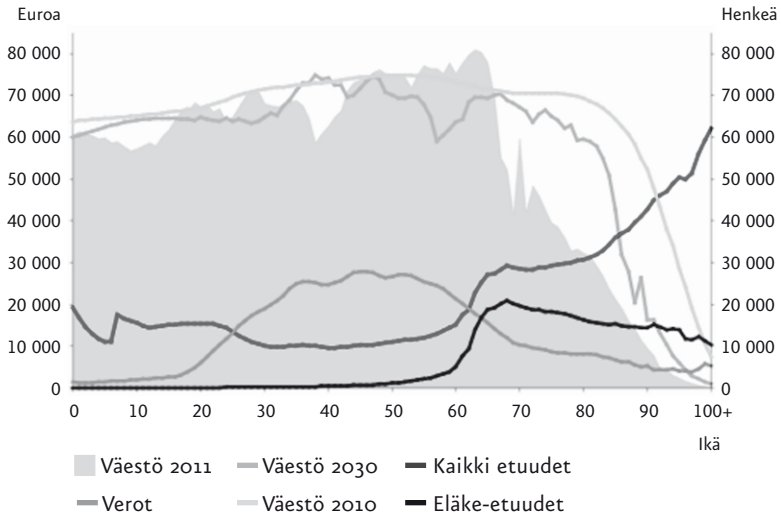
21

Ikäihmiset eivät siis ole terveytensä tai muiden ominaisuuksiensa suhteen mikään homogeeninen ryhmä. Toiset ovat terveempiä kuin toiset. Toisilla on hyvä työeläke, toiset kituuttavat kansaneläkkeellä. Jotkut asuvat yksin ja jotkut yhdessä. Toiset asuvat haja-asutusalueilla, toiset suurkaupungeissa.

Kaikilla edellä kuvatuilla väestöllisillä tekijöillä on omat seurannaisvaikutuksensa julkisiin hoivamenoihin ja muun kuin julkisen hoivan järjestämiseen. Suomessa seurannaisvaikutukset ovat paljon suuremmat kuin useissa muissa maissa, sillä meillä niin eläkkeet kuin palvelut menevät juuri julkisen sektorin kautta. Useissa muissa maissa sekä eläketurvaa että lasten ja vanhusten hoivaa tuotetaan julkisen sektorin ulkopuolella erilaisin perheen omin, kolmannen sektorin sekä yksityisten yritysten ja yksityisvakuutusten tuottamin ratkaisuin.

Väestön ikääntymisskenaariot antoivat sysäyksen OECD:n, Euroopan komission ja erilaisten kansallisten tahojen tekemille laskelmille siitä, millaisia sopeutustoimia pitäisi tehdä, jotta väestöllisiin haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan. Laskelmat tiivistettiin kestävyysvajeen nimellä kulkevaan käsitteeseen, joka suomalaisessa poliittisessa keskustelussa on saanut paljon vahvemman jalansijan kuin muissa Pohjoismaissa. Kestävyysvaje kuvaa yksinkertaistettuna sen muutoksen suuruutta, joka sosiaaliturvaan ja verotukseen vaaditaan tulevaisuudessa, kun väestömuutosten vaikutukset julkisiin menoihin on otettu huomioon. Laskelmissa lainsäädäntö pidetään muuttumattomana, mutta väestön annetaan ikääntyä. Näin saadaan painearvio menomuutosten suuruusluokasta. Muutoksen suuruus ilmaistaan suhteessa bruttokansantuotteen (esim. Lehto 2011 ja Väitinen & Vanne 2012).

Kuvio 2. Julkiset sosiaaliturvaetuudet ja julkisen sektorin saamat veroluonteiset maksut ikäryhmittäin henkeä kohden (€) ja väestö vuonna 2011 sekä ennustettu väestön ikärakenne 2030 ja 2100. (Vaittinen & Vanne 2012, 27)



Euroopan komission (2012, 78) mukaan Suomen kestävyysvaje olisi 6,2 % vuoteen 2050 mennessä. Suhteessa bruttokansantuotteeseen veroja olisi siis nostettava tai menoja leikattava tuon mainitun prosenttiosuuden verran, jotta väestöllisistä haasteista selvitäisiin. Suomen kestävyysvaje on komission laskelmien mukaan varsin suuri verrattuna vaikkapa Saksaan (kestävyysvaje 1,4 %), Ruotsiin (2,4 %) ja Espanjaan (5,6 %). Suomea korkeampia kestävyysvajelukuja on saatu Hollannille (6,5 %), Belgialle (6,9 %) sekä Slovenialle ja Kyprokselle (10 %).

Kuviosta 2 ilmenee, että menopaineita ja kestävyysvajetta syntyy ennen muuta hoivamenojen kasvusta 70 ikävuoden jälkeen. Toki eläkemenojenkin kohdalla on jyrkkä nousu 60 ja 70 ikävuoden välillä, mutta sen jälkeen eläkemenot kääntyvät laskuun. Tulevaisuudessa elinaikakerroin ja vuoden 2017 eläkeuudistukseen liittyvä eläkeiän sitominen eliniänodotteeseen hillitsevät eläkemenojen kasvua. Sen sijaan hoivamenot kääntyvät jyrkkään nousuun 80 ikävuoden rajapyykin jälkeen,

mikä puolestaan kasvattaa laskennallista kestävyysvajetta (kuvio 2). Periaatteessa Suomen eläkejärjestelmä kestää väestömuutokset, mutta pulmia voi silloin tulla muuhun sosiaaliturvaan, hoitoon ja hoivaan sekä niiden rahoittamiseen.

Kestävyysvajelaskelmiin luonnollisesti vaikuttaa se, millaisin taustaoletuksin niitä tehdään (Lehto 2011). Esimerkiksi Suomen kohdalla laskelmat vaihtelevat yhdestä seitsemään prosenttiin bruttokansantuotteesta riippuen siitä, millainen väestö-, työllisyys, työttömyys- yms. kehitys on otettu laskelmien pohjaksi (Kangas, Palme & Kainu 2015).

Vaikka luvuissa on epävarmuutta, ne osoittavat kuitenkin, että jonkinasteisia sopeuttamistoimia tarvitaan. Sopeuttamistoimien tarvetta lisää entisestään julkisen sektorin velan kasvu. Ennusteiden mukaan Suomen julkinen velka suhteessa bruttokansantuotteeseen ylittää 60 prosentin kipurajan vuonna 2016 (valtiovarainministeriö 2014), minkä jälkeen ulkoiset realiteetit voivat pakottaa maan kipeisiin muutoksiin. Tuskaa lisää se, että sosiaalipalveluista vastuussa olevalla kuntasektorilla on ollut suuria talousvaikeuksia pitkään: kuntasektorin budjetti on ollut alijäämäinen koko 2000-luvun (Talouspolitiikan arviointiraportti 2014, 36). Hallituksen rakennepoliittisessa paketissa sopimien tehtävien karsiminenkaan ei näytä etenevän ja tuottavan säästöjä toivotulla tavalla.

Vaikka Suomen velkasuhde on useisiin muihin EU-maihin verrattuna vielä sangen maltillinen, ikäperusteisten menojen kasvu tulee aiheuttamaan ongelmia julkisten menojen rahoitukseen. Jo nykyisellään Suomen veroaste on suhteellisen korkea. OECD:n (2014) mukaan verojen osuus bruttokansantuotteesta Suomessa oli vuonna 2013 44 %. Luku oli neljänneksi korkein kaikista OECD-maista. Vain Tanskassa (49 %), Ranskassa ja Belgiassa (45 %) veroaste oli Suomea korkeampi. Yli 40 prosentin yllettiin myös Italiassa (43 %), Itävallassa (43 %), Ruotsissa (43 %) ja Norjassa (41 %). Kysymys on siitä, missä määrin ikäperusteisten menojen kasvu voidaan kattaa nostamalla veroastetta tai suuntaamalla verotus uudella tavalla.

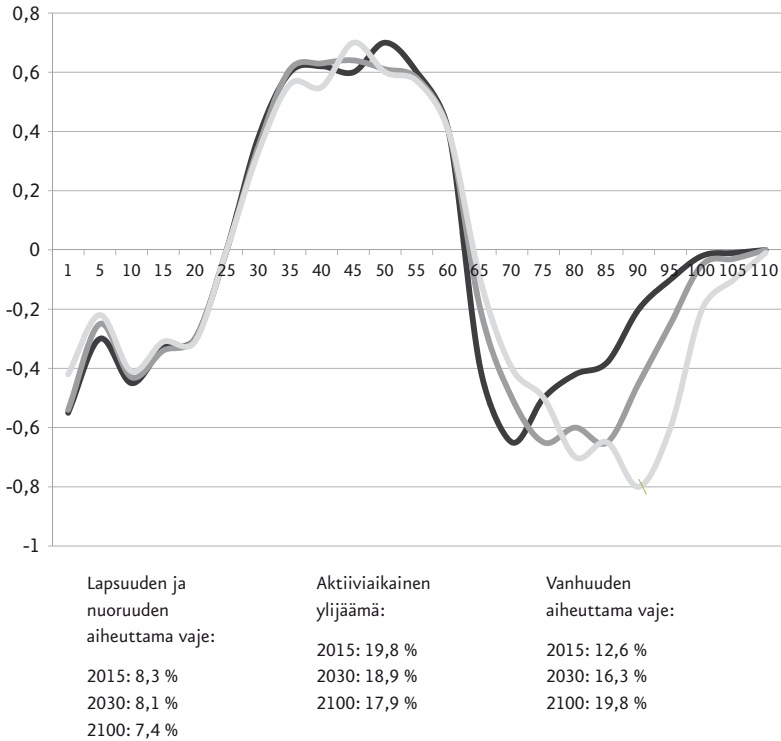
Miten realistinen verovaihtoehto kestävyysongelman ratkaisemisessa lopulta on? Talouskasvu helpottaa tilannetta. Verotuksen kohtaantoa voidaan suunnata uudella tavalla ja sillä tavalla mahdollisesti kattaa osa lisääntyvistä kustannuksista. Mutta tilanne sekä meillä että monissa

muissa maissa on se, että on syytä etsiä myös muita toiminnallisia ja rahoituksellisia ratkaisuvaihtoehtoja, uusia toimintamalleja ja rakenteellisia uudistuksia. On syytä pohtia, mikä on julkisen sektorin palveluiden rooli ja mikä rooli jää muille toimijoille. Tätä on pohdittu paljon OECD:n piirissä (esim. OECD 2011), mutta myös naapurimaassamme Ruotsissa (esim. Fölster 1993; Andersson 2014a ja 2014 b; Hedborg 2014), jossa sen kummemmin rakenteellinen kestävyysvaje kuin väestörakenne eivät ole sellainen taloudellinen ongelma tai muodosta sellaista poliittista iskusanaa kuin meillä.

Edellä kuvattuja poikkileikkaushetken kestävyysvajelaskelmia voidaan täydentää katsomalla, miten eri ikävaiheisiin liittyvät tekijät lisäävät tai vähentävät kestävyysvajetta. Tämän tyyppinen tarkastelu täsmentää edellisen kuvion kertomaa. Elinvaihevajeet puolestaan liittyvät siihen, miten eri ikäluokat tuottavat, kuluttavat ja siirtävät resursseja elinvaiheesta toiseen. Ikäryhmien väliset resurssien siirrot kytkeytyvät ihmiselämän tavallisiin asioihin eli lasten saamiseen, sairastamiseen, sekä vanhuuden tukeen ja hoivaan tai vammaisuuteen. Kaikissa yhteiskunnissa vahvat pitävät huolta heikoista. Muussa tapauksessa yhteiskunnan jatkuvuus vaarantuisi. Nyky-yhteiskunnassa siirrettävät resurssit saadaan työiässä olevilta työkykyisiltä ikäryhmiltä.

Resurssien siirrot tapahtuvat joko julkisten palvelujen ja tulonsiirtojen kautta tai perheen ja läheisten toimesta taikka yleensä kaikkien näiden yhdistelminä. Yhdistelmien rakenne ja siirrettävien resurssien määrä poikkeaa eri maiden välillä suuresti. Pohjoismaissa painopiste on ollut julkisissa palveluissa ja tulonsiirroissa, mikä näkyy selvästi esimerkiksi taulukoissa 1 ja 3. Monissa muissa maissa perheen ja lähiyhteisön velvollisuudet ovat suuret. Kaikessa yksinkertaisuudessaan elinvaihevaje saadaan vähentämällä ikäryhmälle lasketut kulutusmenot kyseisen ikäryhmän työtulosta (Lee & Mason 2011 ja Riihelä ym. 2011). Kuten kuviosta 3 havaitaan, vajetta syntyy lapsuudessa ja vanhuudessa. Työssä oleva väestö tuottaa ylijäämää, joka joiltain osin jaetaan lapsille, vanhuksille ja muille työelämään osallistumattomille. Jos ”alijäämä” on ”ylijäämää” suurempi, syntyy kestävyysvajetta.

Kuvio 3. Elinvaiheittainen kestävyysvaje Suomessa (%)
(mukailtu Vaittinen & Vanne 2013, 21)



Ensimmäinen hoivaa ja resursseja vaativa jakso on siis lapsuus. Mikään yhteisö tai yhteiskunta ei tule toimeen, ellei se asianmukaisesti huolehdi väestönsä uusintamistehtävästä. Lapsuusajan vaje alkaa pienentyä 10 ikävuoden tienoilla ja kääntyy Suomessa positiiviseksi 25 ikävuoden tienoilla. Moneen muuhun maahan verrattuna Suomessa työelämään siirrytään hitaasti. Vastaavasti työelämästä poistutaan aiemmin kuin vaikkapa Ruotsissa ja Norjassa. Siksi ylijäämän kartuttaminen on meillä heikompaa kuin länsinaapureissa.

Kuten kuviosta ilmenee, vuonna 2015 lapsuuden laskennallinen ”alijäämä” on 8,3 ja vanhuuden 12,6 prosenttia yhteensä siis 20,9 prosenttia. Vastaavasti samana vuonna työikäisten tuottama ”ylijäämä” arvioitiin

26 19,8 prosentiksi ja kestävyysvaje 1,1 prosentiksi. Samalla tavalla lasketut kestävyysvajeet vuosille 2030 ja 2010 olisivat 5,5 ja 9,3 prosenttia; luvut asettuvat OECD:n, EU:n ja valtiovarainministeriön tekemien kestävyysvajeen arviointien haarukkaan. Koska laskelmat ovat laskelmia, niissä on omat epävarmuustekijänsä. Ne ovat kuitenkin siinä mielessä tärkeitä, että ne osoittavat, mitä ajan mittaan voi tapahtua, jos politiikka, väestökehitys tai työllisyysaste ei merkittävästi muutu. Joudumme siis pohtimaan julkisen sektorin meille antamaa hyvinvointilupausta ja sen kestävyyttä. Keskeiset kysymykset ovat: Mitä voimme odottaa, kuinka paljon, kenelle ja millä ehdoilla.

3. Hoivalupaus ja sen kestävyys

3.1 Hyvinvointilupaus: mitä se on?

KENTIES KUULUISIMMAN ja vaikutusvaltaisimman analyysin Hyvinvointilupauksista on kehitellyt englantilainen sosiologi T.H. Marshall (1950) kirjassaan *Social Citizenship and Social Class*. Marshallin mukaan kansalaisten oikeudet ovat kehittyneet asteittain veteen heitetyn kiven aiheuttamien laajentuvien renkaiden tavoin. Ensimmäisenä kehittivät siviilioikeudet: oikeus omistukseen ja oikeus koskemat-
tomuuteen.

Seuraavassa vaiheessa, 1800-luvun loppupuolella, alkoivat laajentua poliittiset oikeudet. Poliittisten oikeuksien vahvistumisen myötä saivat alkunsa kolmannen aallon sosiaaliset oikeudet. Marshallin mukaan sosiaaliset oikeudet perustuivat yksilön asemaan kansalaisena, eivät tarveharkintaan, armeliaisuuteen eivätkä luokka-asemaan. Sosiaaliset oikeudet tavallaan perustuvat vahvaan vaatimusoikeudellisuuteen: kansalaisella oli oikeus vaatia julkisvallalta sen lupaamia hyvinvointisuoritteita.

Sittemmin Marshallin ajatukset ovat siirtyneet niin akateemisten oppineiden kirjoituksiin kuin julkisen vallan ja muitten yhteiskunnallisten toimijoiden väliseen poliittiseen väittelyyn hyvästä yhteiskunnasta ja vastuunjaosta. Muita yhteiskunnallisia toimijoita ovat esimerkiksi markkinat, kolmas sektori, perheet ja yksilöt itse.

Marshallia mukaillen Gøsta Esping-Andersen (1990) on erottanut kolme ideaalityypistä tapaa hoitaa hyvinvointilupauksia. Pohjoismaissa (ns. sosiaalidemokraattinen regiimi) pääasiassa julkisvalta vastaa hyvinvointilupauksista eli sosiaalisista tulonsiirroista, koulutuksesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista. Muualla Euroopassa perheiden ja kolmannen sektorin rooli on korostuneempi. Keski- ja Etelä-Euroopassa (ns. konservatiivinen regiimi) perhe on tärkeä hyvinvointilupausten

lunastaja. Angloamerikkalaisissa (ns. liberaali regiimi) maissa puolestaan luotetaan markkinoihin. Myöhemmin malleja on lisätty. Puhutaan muun muassa eteläeurooppalaisesta ja itäaasialaisesta mallista, joille kummallekin on leimallista perhe- ja lähiyhteisön vahva vastuu jäsentensä hyvinvoinnista. Annettujen julkisten hyvinvointilupauksen laajuus, määrä ja toteuttamistapa siis vaihtelevat suuresti eri maissa ja maaryhmissä.

Marshallin teoretisoinnissa oikeudet näyttäytyvät peruuttamattomina. Kun lupaus on annettu, se pysyy. Hyvinvointivaltio on poliittinen luomus. Yhteiskunnalliset valtasuhteet ovat vaikuttaneet luomuksen laajuuteen ja sisältöön. Vastaavalla tavalla annettuja hyvinvointilupauksia voidaan kulloistenkin olosuhteiden mukaisesti määritellä aina uudestaan: niitä voidaan laajentaa, pitää ennallaan, peruuttaa tai järjestellä uudelleen poliittisista, taloudellisista ja muista yhteiskunnallisesta suhdanteista riippuen. Juuri siitähän on kyse, kun pohditaan suomalaisen hyvinvointivaltion tilaa ja tulevaisuutta.

Tässä yhteydessä on hyvä selvittää julkisen vallan (valtio ja kunnat) ja yhteiskunnan käsitteiden ero, joka näyttää olevan epäselvä jopa maan ylimmille päättäjille. Meikäläisessä poliittisessa puheessa ”valtio” ja ”yhteiskunta” sekoitetaan iloisesti. ”Valtion” (eli julkisen vallan) vastuu on huomattavasti kapeampi kuin ”yhteiskunnan” vastuu (Kettunen 2003). Julkinen valta voi siirtää vastuitaan muille yhteiskunnan toimijoille riippuen siitä, miten vastuunjako poliittisesti määritellään.

On myös hyvä selvittää se, että sosiaaliset oikeudet eivät ole mikään yhtenäinen kokonaisuus. Toisissa hyvinvointilupauksissa vastuunjako on selkeämpi ja oikeudet vahvemmin määritelty vaatimusoikeudeksi kuin toisissa. Lapsilisät tai vanhuuseläkkeet käyvät esimerkiksi vahvasta vaatimusoikeudesta. Sen sijaan monien sosiaalipalveluitten vaatimusoikeudellinen asema on huomattavasti heikompi, kuten lupaus vanhusten hoivasta.

Julkinen valta ei ole selvästi ja yksiselitteisesti määritelty, mihin kansalaisella on oikeus. Usein sosiaalipalveluissa etuuden saaminen liittyy enemmän kunnan taloudelliseen tilanteeseen kuinmarshallaiseen ajatukseen kiistämättömästä oikeudesta palveluun. Lisäksi palvelulupauksia annetaan – tai ollaan antamatta tai lupauksista tingitään – hyvin käytännöllisin perustein ilman mainittavaa poliittista

keskustelua tai intohimoa. Tavoitteena on vain saada vuotuinen kuntabudjetti jotenkuten toimimaan.

Näillä asioilla on useita seurannaisvaikutuksia. Ensinnäkin vastuita voidaan nopeasti siirtää yhdeltä yhteiskunnan toimijalta muille. Toisekseen, lupauten epäselvyyden ja epämääräisyyden vuoksi yksilöllinen varautuminen on hankalaa. Ei tiedetä, mihin ja miten varautua eikä miten omaehtoinen varautuminen vaikuttaa julkisen palvelun saamiseen. Kolmanneksi epäselvyys aiheuttaa epätietoisuutta ja kansalaiset alkavat epäillä annettujen lupauten kestävyyttä. Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan, millaisia hoivalupauksia meillä nyt on ja miten vahvoja lupaukset ovat.

3.2 Tämän päivän hoivalupaus

”Vanhukset ovat Tampereella heitteillä” (*Tamperelainen* 3.6. 2014)

”Vanhus voi kuolla nälkään Suomessa” (Studio 55.fi 31.9. 2009)

”Vanhusten hoito on kuin kidutusta” (*Helsingin Sanomat* 21.11.2013)

3.2.1 Oikeus hoivaan

Viime kädessä oikeus hoitoon turvataan perustuslaissa, jonka 19 §:ssä luvataan, että ”Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.” (Suomen perustuslaki 1999/731) Vanhusten toimeentulo on pääosin turvattu eläkkeillä. Vaikka eläkeläisköyhyys ei ole tuntematonta meilläkään, pidetään selvänä, että vanhusväestön välttämättömän toimeentulon pitäisi hoitua eläkejärjestelmän kautta (ks. tarkemmin kappale 4.5.1).

Olemme kuitenkin tässä kirjasessa enemmän huolissamme hoivasta. Mitä perustuslain lupaus välttämättömästä huolenpidosta tarkoittaa? Tämä on yksi harvoja suoraan sovellettavia perustuslain kohtia, jotka takaavat subjektiivisen oikeuden. Jos hoivaa ei muuten järjesty, voi vedota suoraan perustuslakiin. Käytännössä perustuslain tulkinnanvarainen muotoilu kaipaa tuekseen ns. tavallista lainsäädäntöä. Perus-

tuslain 19.3 §:ssä annetaankin eduskunnalle velvollisuus säätää tästä oikeudesta tarkemmin lailla: ”Julkisen vallan on turvattava, *sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään*, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut...”. Sosiaali- ja terveydenhuollon laeissamme määritellään, mitä tällä hetkellä ymmärrämme välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla. (Tuori & Kotkas 2008, 215–216.)

Vanhusten huollon periaatteet on nyt pitkälti kerätty uuteen vanhushuolulakiin (2012), mutta mitään uusia hoivalupauksia vanhushuolulaisissa ei ole. Se ennemminkin kokoaa yhteen aiempia säännöksiä, jotka ovat olleet hajallaan tavallisissa sosiaalihuoltoa koskevissa laeissa, kuten vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa.

Sosiaalihuoltolainsäädäntömme logiikka onkin ollut se, että mahdollisimman pitkälle selvittäisiin yleisillä säännöillä. Tarkoitus on ollut välttää lokerointia ja tarjota palveluita kaikille ketään leimaamatta. On ajateltu, että sosiaalihuoltoa tarjotaan saman lain perusteella kaikille tarvitseville riippumatta syystä, joka tarpeen aiheuttaa. Ainoastaan erityistä sääntelyä edellyttävissä tilanteissa tästä periaatteesta on luovuttu. Tähän asti on katsottu, että kehitysvammaiset, päihdehuolto, lastensuojelu, mielenterveyspalvelut ja tartuntatautien sääntely edellyttävät omaa lainsäädäntöä – suurelta osin siksi, että niissä myös tahdonvastaiset toimet ovat mahdollisia.

Tahdonvastainen hoito puuttuu niin perustavalla tavalla ihmisen perusoikeuksiin, että sen kriteerit on syytä säännellä yksityiskohtaisesti erikseen. Yleisten palvelujen ensisijaisuuden periaate näkyy itse asiassa vanhushuolulaislakien juuri siinä, ettei se tarjoa paljon erityistä juuri vanhuksille – vanhuus sinänsä ei ole sairaus, vaan mahdolliset toimintakyvyttömyyttä aiheuttavat sairaudet luovat palvelujen tarpeen. Eikä toimintakyvyttömyys välttämättä katso ikää.

Suurin osa vanhusten palveluista tuleekin säänneltyksi sosiaalihuoltolain kautta (1.4.2015 alkaen uusi laki 1301/2014). Vanhusten huoltoa käsittelee myös sosiaalihuollon asiakaslaki (812/2000), joka kertoo asiakkaan oikeuksista, asiakkaan kohtelusta ja menettelystä sosiaalihuollossa. Vanhus on usein myös terveydenhuollon asiakas, jolloin potilaan oikeudet kokoava potilaslaki (785/1992) sekä terveydenhuollon yleislaki, terveydenhuoltolaki (1326/2010), ovat keskeisiä. Ja jos palvelua ei

saada tai palveluun ollaan tyytymättömiä, säännöt muutoksenhausta sosiaali- ja terveydenhuollossa tulevat tärkeiksi.

Lainsäädännön tasolla vanhusten oikeus hoivaan ja hoitoon tuntuu siis olevan kunnossa. Miksi arkikokemuksemme sitten kertoo, ettei näin ole? Miksi yleisönosastot ja keskustelupalstat täyttyvät vanhushoivaa koskevista valituksista ja negatiivisista huomioista. Mitä kommentit kertovat ikäihmisten hoivasta? Miksi vanhusten oikeudet eivät toteudu? Tarkastellaanpa lähemmin, mitä lainsäädäntö sanoo palvelujen riittävydestä.

3.2.2 Mikä on riittävää?

”Wagnerin laki viittaa siihen havaintoon, että kun tulotaso kohoaa, palvelujen kysyntä ja laatuvaatimukset yleensä kasvavat. Kun julkinen valta tuottaa tai rahoittaa monet korkean tulotason palvelut, esimerkiksi koulutuksen ja terveydenhuollon, se tarkoittaa samalla kasvavia paineita julkisiin menoihin.” (Korkman 2011, 43)

Perustuslain 19 § 3 momentissa todetaan, että ”...julkisen vallan on turvattava ... jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut...” (Suomen perustuslaki 1999/731). Mikä on riittävää? Kuten edellä todettiin, yksi käsitys ”riittävästä” on kirjoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. Mutta ns. tavallistenkaan lakien muotoilut eivät aina ole juuri täsmällisempiä kuin perustuslain sanamuodon ”riittävä”. Mitä voidaan ottaa huomioon pohdittaessa, ovatko nykyiset normit – tai ehkä ennemminkin niiden tulkinta – perustuslain mukaisia?

Riittävyyttä on pyritty määrittelemään hallituksen esityksessä, jonka mukaan palvelut ovat riittäviä, kun ne luovat jokaiselle ihmiselle edellytyksen toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 1993, 71). Perustuslakivaliokunta on täsmentynyt, että palvelujen riittävyttä arvioidaessa on syytä tarkastella myös asiakasmaksuja. Palvelut eivät saa olla niin kalliita, ettei vanhuksella ole varaa käyttää palveluja tai että tämä joutuisi turvautumaan toimeentulotukeen maksaakseen asiakasmaksut. Palvelujen laadun ja saatavuuden on oltava kohtuullisia, ja julkisella valalla täytyy olla aktiivinen rooli palveluja järjestäessään. (Ks. luku 3.4. ja

3.5.) Viime kädessä valtio vastaa siitä, että riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita on tosiasiallisesti saatavilla. (Ks. lähemmin Tuori & Kotkas 2008, 236–238.)

Koska nykyisen sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntömme katoaan täyttävän perustuslain vaatimukset, perustuslain lupauksella lienee suurin vaikutus ns. tulkintavaikutuksen kautta. Tuomioistuinten ja hallintoviranomaisten on valittava tulkintavaihtoehdoista se, joka parhaiten edistää perusoikeuksien toteutumista. Toisin sanoen sosiaaliturvalainsäädäntöä on tulkittava perustuslakimyönteisesti.

Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että mahdollisista lain tulkinnoista ei valita sitä, joka olisi hallinnollisesti tarkoituksenmukaisin ja esimerkiksi helpoin toteuttaa. Sen sijaan valitaan se, joka parhaiten toteuttaa yksilön perusoikeutta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vaikka hallinnon tarkoituksenmukainen ja tehokas järjestäminen on kaikkien etu ja viime kädessä mahdollistaa hyvien palveluiden järjestämisen ja verorahojen säästön, yksittäistapauksessa yksilön etu ohittaa tarkoituksenmukaisuuden.

Myönteisen tulkinnan ensisijaisuus onkin yksi sosiaalioikeuden periaatteista. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ei ole säännelty eikä niitä oikein voidakaan säännellä kovin täsmällisillä säännöksillä, oikeusperiaatteiden merkitys korostuu juuri oikeutta palveluihin pohdittaessa. Vielä tärkeämmiksi periaatteet tulevat, kun päästään tositoimiin ihmisiä hoivaamaan: Tosiasiallinen hoito- ja palvelutoiminta on väljästi säänneltyä, ja normit kaipaavat tuekseen periaatteita. (Tuori & Kotkas 2008, 164.)

Palveluissa toinen tärkeä periaate on tarveperiaate. Se ohjaa ratkaisuja, joilla päätetään voimavarojen kohdentamisesta. Ensinnäkin kunnan pitäisi järjestää palvelunsa kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Kunnassa pitäisi siis miettiä, millaista vanhustenhuoltoa juuri sen kunnan vanhuksat tarvitsevat. Kunnan toimintapolitiikan lisäksi tarveperiaate ohjaa päätöksentekoa, kun päätetään yksittäisen vanhuksen palveluista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että palveluja annetaan vain lainsäädännössä määritellyn tarpeeseen. Tarve on esimerkiksi sosiaalihuoltolaissa kotipalvelujen osalta kuvattu siten, että kotipalveluja saa vanhus, joka tarvitsee apua ”alentuneen toimintakyvyn” ... ”sairauden” ... ”vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella” (21 §).

Tarveperiaate näkyy myös varsinaisessa hoitotyössä sillä tavalla, että kutakin vanhusta olisi palveltava tämän tarpeiden mukaan. Tarveperiaate on lähtökohtana myös kunnissa pohdittaessa, miten jakaa palvelut, kun tarvitsijoita on enemmän kuin tarjolla olevia palveluita. Tarveperiaatteen avulla on vaikea erotella erilaisia tarvitsijoita: Miten verrata tai asettaa järjestykseen eri vanhusten erilaiset tarpeet? Siksi kuntien omat sisäiset ohjeet siitä, mitä tarpeita otetaan huomioon, ovat tarpeen. Esimerkiksi tulotaso voi olla hyväksyttävä kriteeri, vaikka sosiaalihuoltoa ei enää kytketäkään asiakkaan tuloihin. Myös jonotuksen periaatteista voi olla syytä sopia kunnassa mietittäessä, keille tarvitsijoille tarjotaan ensiksi palveluja. (Tuori & Kotkas 2008, 166–168.)

3.2.3 Kunnat järjestävät ja päättävät, mitä järjestävät

”Kunnat rikkovat räikeästi lakia – vanhukset heitteillä” (MTV 19.05.2014)

Vanhuksella on siis oikeus hoitoon, mutta se, millaista hoitoa ja hoivaa kotikunnassa on tarjolla, vaihtelee kunnittain. Perustuslaissa säännelty kuntien itsehallinto tavallaan velvoittaaakin kunnat tähän: Kunkin kunnan on järjestettävä palvelut kyseisessä kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Lapsivaltaisen kunnan pitäisi panostaa lasten palveluihin, vanhusvoittoisen puolestaan vanhustenhuoltoon.

Itsehallinnon idea on myös ottaa huomioon paikalliset olosuhteet ja järjestää palvelut juuri oman kunnan ihmisille sopiviksi. Siinä missä Kolarissa mietitään, miten järjestää halonhakkuuapua kotona asuvalle vanhukselle, Keravan kerrostaloissa lämmityksestä ei tarvitse kantaa huolta. Tai kun syrjäkylille on mahdotonta järjestää monta kotiaavun käyntiä päivässä, vanhusten täytyy muuttaa kirkonkylälle tai palvelutaloon. Kaupungeissa asuvien vanhusten luona taas voidaan käydä tiuhemmin. Valtakunnalliset, kaikille samanlaiset palvelut eivät voisi tavoittaa kaikkia tarpeita.

Kaikki vaihtelu ei kuitenkaan ole hyvästä. Kuntien taloudellinen tilanne vaihtelee. Tässä valossa on selvää, että parhaalla tahdollakaan palvelut eivät ole yhtä runsaita joka kunnassa. Voi tuntua epäoikeudenmukaiselta, että naapurikunnassa asuva tuttu saa samanlaisessa tilan-

teessa aivan erilaisia, runsaampia ja parempia palveluita kuin mitä itse saa. On myös selvää, ettei kunnissa voida millään aina varautua nopeisiin tarpeiden vaihteluihin. Palvelutaltoa ei rakenneta yhdessä yössä, eikä lastentarhanopettaja voi mutkitta siirtyä vanhustenhuollon palvelukseen.

Kunnilla on siis oikeus ja velvollisuus sovittaa tarjoamansa palvelut kuntalaisten tarpeisiin. Siksi painotus vaikkapa omaishoidon tuen ja palvelutalotarjonnan välillä vaihtelee kunnittain. Vanhuksella on kyllä oikeus saada apua, mutta kunta päättää, miten avuntarve katetaan. Hyvä esimerkki tästä on tuore Turun hallinto-oikeuden tapaus, jossa käsiteltiin 97-vuotiaan hakemusta päästä tehostettuun palveluasumiseen. Vanhus koki kotona asumisen turvattomaksi ja halusi muuttaa pois kotoaan. Kunta ei myöntänyt pääsyä palvelutaloon, vaan tarjosi kotipalvelukäyntien lisäämistä tai perhehoitopaikkaa. Tuomioistuimen mukaan kunnan perusturvalautakunnan katsottiin järjestäneen sosiaalihuoltolain ja vanhuspalvelulain edellyttämät riittävät ja oikea-aikaiset sosiaalipalvelut. Hallinto-oikeus totesi nimenomaan, ettei vanhuspalvelulaissa ole säännöksiä, jotka velvoittaisivat kunnan myöntämään iäkkäälle henkilölle tämän toivomat palvelut. (Turun hallinto-oikeus 2014) Vanhuksen oikeus sosiaaliturvaan on kuitenkin eri vahvuista – joskus vanhuksella on oikeus vaatia tiettyä palvelua tai etuutta.

3.2.4 Eri vahvuisia oikeuksia

Oikeus sosiaaliturvaan on ”eri vahvuista”. Osa etuuksista ja palveluista on subjektiivisia oikeuksia, osa määrärahasidonnaisia ja osa kunnan vapaaehtoisesti järjestämiä sosiaali- ja terveydenhuollon etuuksia ja palveluita. Subjektiivisten etuuksien malliesimerkkinä on tavattu käyttää alle kouluikäisen lapsen oikeutta päivähoidon, mutta subjektiivisia oikeuksia on paljon muitakin. Subjektiiviselle oikeudelle on tyyppillistä, että jos kriteerit täyttyvät, niin viranomaisen on etuus tai palvelu myönnettävä.

Toisaalta mitä epämääräisemmin saamisedellytykset tai etuuden sisältö on kuvattu, sitä enemmän vaihtelua voi esiintyä. Subjektiivisina oikeuksina taatut oikeudet ovat sitä vahvempia, mitä täsmällisemmin niiden saamisedellytykset ja sisältö on lainsäädännössä määritelty.

(Tuori & Kotkas 2008, 244.) Lapsen oikeus päivähoidon on helppo todeta riidattomasti, päivähoidon sisällöstä voidaan sen sijaan jo keskustella. Vanhusten palvelut ovat lähes aina tällä harkintaa edellyttävällä harmaalla alueella.

Vanhusten toimeentulo on turvattu pääasiassa subjektiivisina oikeuksina. Jos ihmisellä on oikeus eläkkeeseen tai hän täyttää eläkettä saavan hoitotuen kriteerit, etuus on maksettava. Ns. standardoidut sosiaali- vakuutuksen ja sosiaaliavustuksen toimeentuloturvaetuudet ovat subjektiivisia etuuksia. Vastaavasti sosiaalivakuutuksen ja sosiaaliavustuksen tulosidonnaiset toimeentuloturvaetuudet ovat subjektiivisia oikeuksia. Kun asumistuen edellytykset täyttyvät, on asumistukea maksettava.

Myös kunnalliset sosiaali- ja terveystalvet ovat tavallaan subjektiivisia oikeuksia. Kun laissa määritelty palvelun tarve on syntynyt ja todettu, on palvelua annettava niin, että tarve tyydyttyy. Määrittelyongelmien vuoksi näitä tavallisia palveluja ei osata pitää subjektiivisina oikeuksina. On vaikeaa ja usein mahdotontakin kirjoittaa lainsäädäntöä niin, että tarve pystyttäisiin määrittelemään yksiselitteisesti.

Lasten oikeudesta päivähoidon ei voi ottaa mallia – vanhuudessa toimintakyvyn puutteet eivät ole yhteydessä tiettyyn ikään. Vaikka lupaus hoivasta on täten hieman epämääräinen, se on kuitenkin teoriassa vahva, subjektiivinen oikeus. Jos tarvetta sosiaali- ja terveydenhuoltoon on, palvelua olisi annettava. Tässä kohdin on syytä muistuttaa, ettei tämä tarkoita valinnanvapautta: Esimerkiksi hoivan tarpeen voi usein tyydyttää monella eri tavalla, kuten edellä esitellystä 97-vuotiaan tapauksesta ilmeni.

Toisaalta lainsäädännössä on määrärahasidonnaisia sosiaali- ja terveydenhuollon etuuksia. Vaikka tarve olisikin olemassa, ei kunnan tarvitse etuutta myöntää määrärahojen ollessa lopussa. Vanhustenhuollossa paljon keskusteltu esimerkki tästä on omaishoidon tuki. Se kuuluu määrärahasidonnaisiin etuuksiin, joita kunta voi myöntää. On monesti vaikea ymmärtää, miksi omaishoidon tukea ei myönnetä, vaikka hoidettava on selkeästi palvelun tarpeessa, hänelle löytyy sopiva, halukas omaishoitaja ja omaishoitajan avulla järjestetty hoito on monin verroin laitoshoitoa tai kotiin järjestettyä kunnan hoitoa halvempaa. Lain mukaan kunnan on järjestettävä hoidettavan hoito, miksi ei sitten omaisen avulla?

Ajatellaan kuntaa, joka on sijoittanut palvelutaloon. Talossa on paikka vapaana. Silloin kunnan kannattaa ennemmin täyttää paikka kuin pitää sitä tyhjänä. Kunta siis tarjoaa paikkaa hoidon tarvitsijalle ja toimii aivan laillisesti. Tavallisempi tarina kuitenkin lienee, ettei ilman omaishoidon tukea jääneille perheille tarjota mitään tilalle. Kunnassa kenties ajatellaan – lain vastaisesti – että hoitavathan ne muutenkin (perheiden vastuusta ks. lähemmin luku 4.5.6.).

Kunnat voivat järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja myös vapaaehtoisesti. Vanhustenhuollossa tällaisia ovat esimerkiksi omaishoitajien virkistyspäivät. Kunta voi lakisääteisten lomapäivien lisäksi järjestää hoitajille lyhyempiä virkistysvapaita. Lyhyet hengähdystauot ovat toimineet hyvin (ks. esim. Mattila & Kakriainen. 2014).

Omaishoitaja on päässyt asioille, lääkäriin tai vaikka kävelylle sillä aikaa kun hoidettavasta on pidetty huolta, usein kunnan päivätoimintayksikössä. Vanhuksille on monessa kunnassa tarjolla myös omia liikuntapalveluja tai vaikkapa ilmainen sisäänpääsy kunnan uimahalliin. Tiedetään, että liikunta parantaa vanhusten elämänlaatua ja ehkäisee monia ikääntymiseen usein liittyviä vaivoja (ks. esim. Liikunta ja ikääntyminen 2013). Kunnan ei kuitenkaan ole pakko järjestää tällaista palvelua sen toimivuudesta huolimatta, eikä kuntalaisella ole mahdollisuutta sellaista vaatia.

3.2.5 Mitä palveluja vanhukselle on (kotiin) tarjolla?

Apua tarvitsevalle vanhukselle on periaatteessa tarjolla monenlaisia palveluita. Apua voi saada kotiin tai laitokseen. Palveluita järjestetään paitsi kuntien itse järjestäminä palveluina myös yhdessä muiden kuntien kanssa, ostopalveluina yksityisiltä, palvelusetelillä ja omaishoidon tuen turvin. Palveluja ostetaan tietysti myös omalla rahalla.

Julkisia hoivapalveluja jaetaan hoivan tarpeen mukaan, mutta useimmiten hoiva maksaa. Asiakasmaksulain (734/1992) mukaan maksu ei saa ylittää tuotantokustannuksia ja maksu voidaan periä henkilön maksukyvyyn mukaan (1 ja 2 §). Tietyt palvelut on säädetty maksuttomiksi – ikäihmisiä voi koskea esimerkiksi pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarkoitettujen hoitotarvikkeiden maksuttomuus (5 §) – ja paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien tilannetta helpottaa maksukatto (6a §).

Laitosten luokittelu voi olla palvelua tarvitsevalle vieras ja yllätyksellinen asia – ainakin siinä vaiheessa, kun puhutaan maksuista. Laitoshoitoa voi saada vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Laitoshoito ei arkikielessä välttämättä eroa mitenkään ympärivuorokautisesta hoidosta, joksi luokitellaan tehostettu palveluasuminen, vanhainkodissa asuminen ja pitkäaikainen vuodeosastohoito terveyskeskuksessa. Sekä tavallinen että tehostettu palveluasuminen ovat kuitenkin avopalvelua samoin kuin omaishoidon tuki, kotipalvelut ja kotisairaanhoido. Näiden lisäksi on olemassa avopalveluiden ja laitoshoidon väliin asettuvia palveluita, kuten perhehoito ja osa kuntoutuksesta. (Jylhä 2014, 267.)

Vanhainkotiasumista ja tehostettua palveluasumista käytetään vastaamaan samaan palveluntarpeeseen. Tutkimukset osoittavat, että vanhainkodeissa vanhukset kytetään useammin kuin palveluasumisessa hoitamaan elämän loppuun saakka, palveluasumisessa olevilla taas on enemmän siirtymiä hoitopaikasta toiseen ja he kuolevat useammin terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Jylhä 2014, 267.)

Vanhainkoti on laitos, jossa tuloperustainen asiakasmaksu kattaa asumisen, ylläpidon, hoidon, lääkkeet ja peruslääkäripalvelut. Tehostetussa palveluasumisessa asukas maksaa vuokraa, palvelumaksua, lääkkeensä ja lääkärinsä. Tehostettua palveluasumista pidetään kodinomaisempana ja itsenäisempänä, mutta toisinaan on kysymys vain nimikkeen ja maksajan muutoksesta. (Jylhä 2014, 266.)

Oikeuskäytännössä nimikikkailun läpi on nähty: Palvelusta perittävä maksu on tavallisesti ratkaistu palvelun todellisen sisällön mukaan riippumatta siitä, millä nimellä sitä on kutsuttu (Kangas 2014c, 223). Asiakasmaksulaki on tarkoitus uudistaa nimenomaan palveluasumisen osalta – sosiaali- ja terveysministeriössä asiaa valmistellaan (STM 2015a). Maksut ovat hankalia myös yksityisissä palvelutaloissa. Hintavertailu on työlästä ellei mahdotonta. Eri tuottajien samannimisillä palveluilla on eri sisältö, mikä tekee hintojen vertailusta hankalaa. Hinnat myös vaihtelevat suuresti. (Kuluttajavirasto 2009; Arajärvi 2010, 151.)

Vanhuspalvelut ovat ennen kaikkea avopalveluita, ja virallisena tavoitteena on pitää vanhukset kotona. Tätä perustellaan paitsi asiakkaiden toiveilla ja tarpeilla, myös kustannusten kasvun hidastamisella. Vanhusten hoito ei enää olekaan kovin laitოსvaltaista. Reilu 90 pro-

senttia kaikista 75-vuotiaista asuu tavallisessa kodissa. Enemmistö yli 90-vuotiaistakin asuu tavallisessa kodissa ja useimmat yksin. Ympäri- vuorokautinen hoito kohdistuu yhä enemmän hyvin vanhoihin ihmisiin ja heidän elämänsä viimeisiin vuosiin ja kuukausiin.

Jyrki Kataisen ja Alexander Stubbin hallitusten rakennepoliittisiin linjauksiin on kuulunut se, että kuntien tehtäviä vähennetään ja menopaineita pyritään hillitsemään. Osana rakennepoliittista ohjelmaa oli päätös laitospalvelun korvaamisesta avopalveluin. Hallituksen laskelmissa on ennakoitu, että vanhusten laitoshoidon vähentäminen tuottaisi noin 300 miljoonan euron säästön kuntatalouteen.

Toimenpiteen pontimina ovat säästöt ja sitä kautta kestävyysvajeen tilkitseminen. Poliittisen retoriikan tasolla taas on kyse ”asumisen ja palvelut yhdistävien kodikkaitten asumisvaihtoehtojen” vahvistamisesta (ks. luku 3.5.). Vanhuspalvelulakia muutettiin juuri entistä enemmän kotona asumista tukevaksi: kunnan on selvitettävä mahdollisuudet vastata vanhuksen palvelutarpeisiin kotona ennen päätöstä pitkäaikaisesta laitoshoidosta (1351/2014).

Gerontologian professori Marja Jylhä on huolissaan tästä vanhuspalvelulain muutoksesta, jolla ympärivuorokautista hoivaa vähennetään entisestään. Hänen mukaansa ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevat ennen kaikkea hyvin vanhat ihmiset, useimmiten aivan elämänsä viime vaiheissa. Ympärivuorokautista hoivaa ei useinkaan tarvita tietyn sairauden hoitamiseen, vaan yksinkertaisesti vanhuuden mukanaan tuoman heikkouden, haurauden ja raihnaisuuden, kuulon ja näön heikkenemisen, väsymyksen ja yleisen toimintakyvyn laskun sekä muistisairauksien aiheuttaman avun tarpeeseen. Hoivan tarve on usein sellaista, johon silloin tällöin piipahtavan kotihoidon on vaikea vastata:

”Jos vanha ihminen ei pääse sängystä tai tuolista pois, ei pääse WC:hen, ei ehkä tiedä onko päivä vai yö, ei tiedä missä on eikä tiedä tuleeko asuntoon enää koskaan ketään toista ihmistä, tilannetta ei auta useakaan kotihoidon pikainen käynti päivässä. Toisen apua ei useinkaan tarvita kaiken aikaa, mutta sitä on oltava saatavilla koko ajan -- hoivaa tarvitaan jokapäiväisen elämän turvaamiseen silloin, kun arjen askareet eivät onnistu, ajan ja paikan tunnistaminen heikkenee, puhelinta ei osaa käyttää eikä TV:tä

osaa avata tai edes jaksaa seurata ja yksin oleminen kauhistuttaa. Suuri enemmistö kotona asuvista vanhuksista asuu yksin. Ympäri vuorokautista hoitoa tai hoivaa tarvitaan siksi, että elämä yksin ei enää onnistu eikä ole inhimillistä eikä turvallista. Hoivan tarve on todellista, vaikka se ei olisikaan lääketieteellistä.” (Jylhä 2014, 267–268.)

Ehkä yksi haaste onkin, että palvelujen portinvartijana toimii useimmiten terveyskeskuslääkäri. Ikääntyneet ovat usein siinä määrin monisairaita, että perusterveydenhuolto tuntuu asemoituvan kokonaisvas- tuun paikaksi kuin itsestään (Peiponen 2010). Mutta kuten Jylhä edellä kuvaa, kysymys on myös ihan muusta kuin sairauksien hoidosta.

Selvää siis on, että ympärivuorokautista hoivaa tarvitaan, toden- näköisesti enenevästi. On vaikea nähdä, että monta kertaa kotona käyvä kotihoito olisi edes halvempaa – ainakaan se ei ole inhimillistä. Työn- tekijöiden kannalta ei liioin ole mielekästä, että suurin osa työajasta menee siirtymiin.

3.2.6 Laatu lainsäädännössä

Paljon keskustellaan myös vanhuspalveluiden laadusta. Mitä lait sanovat siitä? Eivät kovin paljon. Laatua on pyritty kontrolloimaan peh- meämmin, lakia alemmantasoisin ja samalla joustavammin muunnel- tavin keinoin.

Ensimmäiset nimenomaan vanhustenhuollon laatusuosituksot val- mistuivat vilkkaan kansalaiskeskustelun vauhdittamina vuonna 2001. Käsitteisiin laadusta vaikuttavat myös ammattieettiset normistot ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutus. Väljätkö lainsäädäntö jättää tilaa yksittäisen tilanteiden moninaisuuden huomi- oimiseksi ja ammattietiikalle. Suositusten riittävyttä ohjalla vanhus- tenhuoltoa kireässä taloudellisessa tilanteessa voidaan kuitenkin hyvin syin myös epäillä. Esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamies on aika ajoin ollut huolissaan suositusten riittävydestä (EOA 2003 ja EOA 2000).

Vanhuspalvelulakia säädettäessä puhuttiin myös laadusta. Lakia perustelevassa hallituksen esityksessä todettiin, että pelkät laatusuo- situkset eivät riitä, vaan tarvitaan laintasoista sääntelyä (HE 2012, 5).

Vanhuspalvelulain 4. lukuun onkin kerätty sääntöjä ja periaatteita vanhuspalveluiden laadun varmistamiseksi: 19 §:n mukaan palveluiden on oltava laadukkaita ja niiden on taattava hyvä hoito ja huolenpito. Tähän pyritään edellyttämällä henkilöstön määrän ja koulutuksen olevan sopivia hoidettavien kuntoon nähden (20 §), toimintayksikön laadukkaalla johtamisella (21 §) ja toimitilojen sopivuudella (22 §). Omaavontasuunnitelma varmistaa laadun (23 §).

Pykälistä tuskin on sinällään vielä kovin paljon apua, vaan sisällön antaminen niille jää ammattihenkilöiden tulkinnan varaan. Lain laatu-luvun pykälät ovat varsin avoimiksi kirjoitettuja eivätkä kerro merkittävästi, mikä on laadukasta. Esimerkiksi toimitilojen on lain mukaan oltava riittävät, turvalliset, esteettömät, kodikkaat ja muutenkin olosuhteisiin ja vanhusten tarpeisiin sopivat. Paljon jää tulevan määrittelyn varaan.

Tuomioistuimissakin joudutaan ennen pitkää pohtimaan sopivia tiloja. Sitä on tehty jo ennen vanhuspalvelulakiakin, esimerkiksi korkeimman hallinto-oikeuden tapauksessa, jossa määritettiin kodikkuutta ja riittävyttä: kun kerran yksityinen palveluntarjoaja oli toimilupahakemuksessaan väittänyt tilojaan kodinomaisiksi, ei monen asukkaan sijoittaminen samaan huoneeseen tullut kysymykseen. Jokaiselle vanhukselle piti tarjota oma huone ja mahdollisuus yksityisyyteen (KHO 2002:75).

Yksi laadun mittari on ammattimainen henkilökunta ja sen määrä. Sopivaa henkilömitoitusta käsitellään hallituksen esityksessä laajasti (HE 2012, 50–52). Siinä esitettiin mahdollisuutta säätää henkilöstömitoituksesta myöhemmin asetuksella. Tämä mahdollisuus jätettiin vilkkaan keskustelun ja perustuslakivaliokunnan kannan jälkeen hyväksytystä laista pois (ks. Arajärvi 2014, 276–277).

Asiaan luvattiin palata, mikäli ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa yksiköissä on alle 0,5 hoitajaa vanhusta kohden. THL:n selvityksen (2014) mukaan raja alitetaan joka kymmenennessä yksikössä. Tilanne on parantunut edellisvuodesta, jolloin rajan alitti joka viides yksikkö. Parhailtaan pohditaan, onko hoitajien vähimmäismäärä kirjattava lakiin vai onko sittenkin syytä antaa tilaa paikalliselle sopivuusarviolle. Tutkimusten mukaan henkilöstömitoituksen ei katsota olevan yksin eikä suoraan yhteydessä hoidon laatuun. Apua tarvitsevilla vanhuksilla

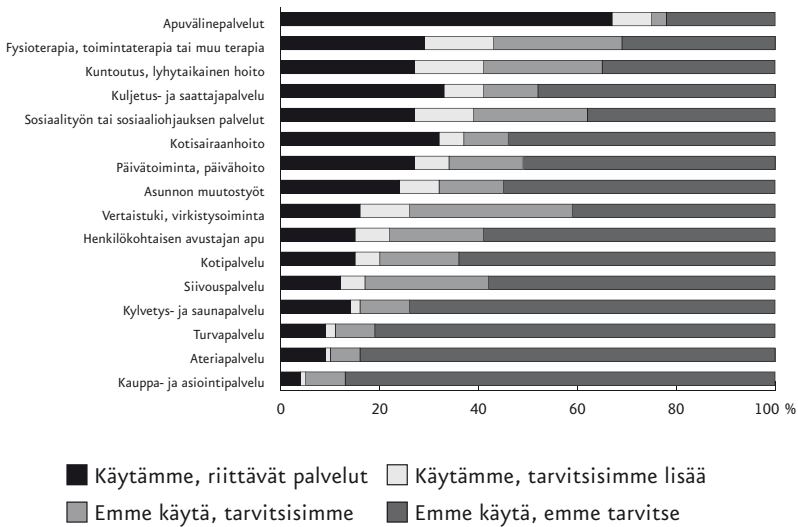
on kovin erilaisia tarpeita. Palvelutarve – eikä vanhusten lukumäärä – määrittää hoitajien tarpeen. Siksi on vaikeaa määrittää absoluuttista, samaa henkilöstömäärää kaikille hoivakodeille.

Laatu on myös pitkälti subjektiivinen kokemus. Jos laatu määritellään palvelun kyvyksi täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset (Narikka 2001), asiakkaalla, palvelun tuottajalla, palvelun tilaajalla tai valvovalla viranomaisella voi olla hyvinkin erilaisia odotuksia. Terveystenhoitollossa moni laatuasia voidaan perustaa näyttöön perustuviin argumentteihin ja löytää yksi hyväksyttävä ratkaisu, mutta sosiaalihuollossa asiakkaan omille tuntemuksille on enemmän tilaa. Kun pohditaan, onko hyvää vanhustenhoitoa hoito kotona vai laitoksessa, palvelutalossa vai perhekodeissa, kuuluuko siihen pesu kerran päivässä vai kerran kolmessa päivässä ja pitääkö olla tarjolla harrastus- tai virike-toimintaa vai ei, erilaiset näkökohdat voivat perustellusti olla kaukana toisistaan.

Tarjotut palvelut eivät usein ole niitä, joita perheissä kaivattaisiin (esim. Raivio ym. 2006 ja Topo 2009). Väärään tarpeeseen vastaava palvelu ei tietenkään tunnu laadukkaalta. Kun omaishoitoperheiltä kysyttiin, mitä mieltä he ovat kunnan palvelutarjonnasta, eniten toivottiin siivousapua, fysioterapiaa – ja vertaistukea. Ei siis aina niin kallista. Kyselyyn perustuvia tuloksia on havainnollistettu kuviossa 4.

Kuvio 4. Omaishoitoperheiden palvelutoiveet (%).

(Mattila & Kakriainen 2014)



Sosiaalioikeuden näkökulmasta laatua voidaan tarkastella sosiaalioikeuden periaatteiden toteutumisen kautta. Itse käytännön hoivatyössä integriteettiperiaate nousee merkittäväksi. Asiakkaan ihmisarvon, kulttuuritaustan, persoonallisuuden ja yksityisyyden kunnioittaminen on keskeistä.

Sosiaalihuollon asiakaslain 4 §:n oikeudessa hyvään kohteluun on pitkälti kysymys juuri integriteettiperiaatteesta: ”asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakuumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan” ja että sosiaalihuoltoa toteutettaessa otetaan huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkielsensä.

Integriteettiperiaate ponnistaa myös perustuslaista ja ihmisoikeus-sopimuksista. Ihmisarvon loukkaamattomuus taataan perustuslain 1.2 §:ssä ja 7.2 §:ssä, velvollisuus kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä palautuu perustuslain tasolla yksityiselämän suojaan. Vakaumuksen suojasta säännellään perustuslain 11 §:ssä uskonnon ja omantunnon vapaudesta. Kaarlo Tuorin mukaan niillä on erityistä merkitystä lai-

toshoidossa. Hoiva on järjestettävä siten, että vanhuksella on mahdollisuus yksityisyyteen, tai integriteetti on otettava huomioon, kun järjestetään uskonnollisia tilaisuuksia tai välitetään uskonnollisia radio- tai tv-ohjelmia. (Tuori & Kotkas 2008, 169.)

Myös vanhuksen oikeus käyttää äidinkieltään on suojattu silloin, kun hän puhuu jotakin Suomen virallista kieltä. Tunnetusti asiakas saa käyttää suomea tai ruotsia tai saamen kielialueella saamea asioidessaan viranomaisen kanssa (perustuslaki 17 §, kielilaki 423/03 ja saamen kielilaki 1086/03). Palvelun tai etuuden hakemisen pitäisi siis onnistua omalla kielellä. Hoivasuhteessa kieli on kuitenkin aika paljon muutakin kuin vain etuuden tai palvelun hakemista – kommunikointi hoivaajan ja hoidettavan välillä on olennainen osa hoivaa.

Kaksikielisissä kunnissa tilanne vanhustenhuollossa lienee melko hyvä (Kauppinen 2008), mutta yksikielisissä kunnissa vähemmistökieltä puhuvan vanhuksen tilanne saattaa olla huono: Sosiaalihuolto järjestetään sosiaalihuoltolain mukaan (40 §) kunnan kielellä. On selvää, ettei pienessä, yksikielisessä – eikä aina kaksikielisessäkään – kunnassa ole mahdollisuutta tarjota palveluja monella kielellä. Kunnat ovatkin tehneet yhteistyötä naapurikuntien kanssa ja ostaneet palveluita toisiltaan (Kauppinen 2008). Myös kotikuntalain muutos helpottaa tilannetta ainakin järjestelmän tasolla.

Toisin kuin vielä muutama vuosi sitten, laitosasukkinen voi muuttaa toiselle paikkakunnalle ja toiseen laitokseen niin halutessaan (kotikuntalain muutos 1377/2010 ja sosiaalihuoltolain muutos 1378/2010). Vuoden 2011 alusta tullutta muutosta pelättiin etenkin etelän suurissa kaupungeissa. Oltiin huolissaan siitä, että maaseutukuntien vanhuksat muuttavat sankoin joukoin lähemmäs etelän kasvukeskuksissa työskenteleviä lapsiaan. Muuttoaalto jäi kuitenkin syntymättä. Lieneekin niin, että jo aloitettua hoivasuhdetta ei haluta hevin purkaa eikä tutulta paikkakunnalta muuttaa. Mahdollisuus muuttaa omakielisten palvelujen perään ei siis ainakaan tämän kokemuksen perusteella ratkaise omakielisten palvelujen puutetta.

Hoivan kielikysymykset korostuvat, kun hoidettava sairastaa muistisairautta. On todettu, että muistisairaus usein johtaa myöhemmin opitujen kielten unohtamiseen. Silloin äidinkielliset palvelut ovat entistä tärkeämpiä. Tämä koskee vanhoja etnisiä vähemmistöjämme, kuten

saamelaisia ja osin mahdollisesti romaneja. Saamelaisten kielellisten ja kulttuuristen oikeuksien toteuttamiseksi on valtion talousarviossa ollut vuodesta 2002 lähtien erillinen valtionavustus. Valtionavustus maksetaan saamelaiskäräjien kautta saamelaisten kotiseutualueen kunnille. Kysymys kielestä nousee tulevaisuuden kysymykseksi myös maahanmuuttajaväestön kasvun myötä.

3.2.7 Laadun valvonta

Viranomaiset valvovat vanhusten palveluiden laatua, niin yksityistä kuin julkistakin. Valvonta on annettu valtakunnan tasolla ennen kaikkea Valviralle, alueellisesti vanhusten palveluja valvovat aluehallintovirastot. Mukana valvonnassa ovat myös kunnat, jotka valvovat paitsi omaa toimintaansa myös alueellaan toimivia yksityisiä sosiaalihuollon palveluntarjoajia. Vaikka yksityiset palveluntarjoajat hyväksyttävät toimintansa etukäteen ja toiminnalle on annettu reunaehjoja erilaisten laatusuositusten tai tunnuslukujen muodossa, valvonta on kuitenkin pääosin väistämättä jälkikäteistä. Ongelmat tulevat usein esille asiakkaiden tai heidän omaistensa kanteluiden tai muistutusten johdosta. Valvontaviranomaiset tekevät myös omasta aloitteestaan tarkistuksia.

Reaaliaikainen laadun seuranta ja valvonta onkin mahdollista vain toimintayksikössä –yrityksessä tai kunnassa – itsessään. Tästä syystä omavalvontaa on haluttu lisätä. Yrityksiin velvollisuus ottaa käyttöön omavalvontasuunnitelmat tuli jo vuonna 2012, julkisiin vanhuspalveluihin vuoden 2015 alusta (vanhuspalvelulaki 2012, laki yksityisistä sosiaalipalveluista 2011, terveydenhuoltolain 2010 57 §, laki yksityisestä terveydenhuollosta 1990 ja Valvira 2014).

Järjestäessään palveluita ostamalla ne yksityiseltä tai antamalla asiakkaalle palvelusetelin kunta vastaa silti palvelun laadusta. Kunta valitsee etukäteen palveluntuottajat, jotka voivat tarjota palveluita palvelusetelin saajille, sekä varmistuu ostopalvelupaikkojen hoidon ja hoivan laadusta. Palvelujen on vastattava sitä tasoa, mitä vastaavalta kunnalliselta palveluntuottajalta edellytetään. Laadun valvonnan vastuuta ei siis voi ulkoistaa.

Yksityisten palvelujen käyttö tarkoittaa kuitenkin käytännössä aina myös sitä, että asiakas valvoo laatua. Arkipäivän kokemusten ja mah-

dollisten epäkohtien havainnoiminen jää palveluseteli- tai ostopalveluasiakkaalle. Kun asiakkaat ovat heikkoja ja hauraita vanhuksia, voidaan hyvällä syyllä kysyä, onko kaikista siihen. Omavalvonnan merkityksen kasvaminen kasvattaa myös vanhusten ja heidän omaistensa aktiivisuuden merkitystä (Kotkas 2013).

Kuluttajansuoja tuo mukanaan lisää välineitä palvelujen laadun ja asiakkaiden aseman valvontaan, kuten mahdollisuuden kollektiiviseen sopimusehtojen ja markkinoinnin valvontaan ja kohtuuttomien sopimusehtojen sovitteluun. Kuluttajansuojan keinot eivät toisaalta ole omiaan vanhuspalveluiden tarpeessa olevien vanhusten aseman parantamiseen. Kuluttajansuoja perustuu oletukselle aktiivisesta kuluttajasta, joka kykenee reklamoimaan, neuvottelemaan ja tarvittaessa nostamaan kanteen. Heikot ja hauraat asiakkaat tai potilaat eivät ole tässä mielessä kuluttajia.

3.2.8 Tuottajaperusteinen näkökulma laatuun

Palveluiden laadun valvontaa voidaan tarkastella myös tuottajien näkökulmasta: kansalaisten, liike-elämän tai hoivan ammattilaisten näkökulmista. Lähestymistavat on tiivistetty kolmeen ideaalityypiseen näkökulmaan, jotka on kuvattu taulukossa 1. Näkökulmat kuvaavat omalla tavallaan eri toimijoitten tapaa nähdä ja tulkita sosiaalipalveluitten roolia, tehtäviä sekä tavoitteita ja keinoja, joilla päämääriin pyritään. Jokaiseen näkökulmaan liittyy omanlaisensa laadunvarmistusmekanismi. Myös toimijoitten rooli vaihtelee näkökulmasta toiseen siirtäessä.

Poliittis-hallinnollinen näkökulma edustaa perinteistä julkista toimintaa. Lähtökohtana ovat poliittisesti edustuksellisessa päätöksenteossa lain muotoon puetut kansalaisten oikeudet. Näkökulma tulee lähelle Marshallin ajattelua ja idealisointia sosiaalisista kansalaisoikeuksista. Poliittisessa väittelyssä tätä näkökulmaa perustellaan tasa-arvolla ja kaikkien oikeudella saada hoitoa. Tavoitteitten toteutumista seurataan suosituksin, standardein ja indikaattorein. Valvontaa harjoittavat niin julkinen byrokratia kuin erilaiset asiamiehet. Tällainen lähestymistapa sopii parhaiten Pohjoismaihin, Belgiaan ja Hollantiin (ks. luku 4.2).

Kansalaislähtöisyys edustaa kansalaisyhteiskunnan, kansalaisliikkeiden ja kolmannen sektorin toimintaa. Poliittis-hallinnollinen järjestelmä voi olla liian jäykkä havaitsemaan esimerkiksi tiettyjen pienten erityisryhmien ongelmia ja palvelutarpeita. Kansalaisaloitteellisuus tarjoaa niihin nopeampia ratkaisukeinoja. Rahoitusta voidaan saada esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen varoista. Poliittisessa kielenkäytössä seikkaa voisi puolustaa asiakkaitten valtaistamisella, aktivoinnilla, osallistamisella. Mikseipä myös termillä hyvinvointiyhteiskunta, jos politiikassa yhteiskunta ymmärrettäisiin laajemmin kuin pelkkänä julkisena sektorina. Esimerkiksi Italia, Espanja, Kreikka, Portugali, Puola, Slovakia ja Tšekki sekä osittain myös Saksa ja Itävalta noudattavat kansalaislähtöistä ajattelutapaa (ks. luku 4.2 ja taulukko 4).

Taulukko 1. Kolme näkökulmaa palveluitten tuottamiseen, lähtökohdat ja keinot tavoitteitten saavuttamiseksi.

(Rajavaara 1997)

Näkökulma	Lähtökohdat	Keinot, menetelmät
Kansalaislähtöinen	Kansalaisyhteiskunta Osallistuva demokratia	Yhteiskunnalliset liikkeet Kansalaisjärjestöt Vaihtoehtoiset palvelumallit Exit (voice & loyalty)
Liike-elämälähtöinen	Markkinamekanismit Tuottavuus Tehokkuus Kuluttajan valinta	Laatujärjestelmät Auditointi Benchmarking Palvelusitoumukset Exit
Ammatillinen	Sosialisaatio ammattiin Professionaalinen autonomia	Ammatillinen koulutus Kelpoisuusehdot Ammattietiikka, kutsumus Vertais- ja itsearviointi Loyalty / neglect

Liike-elämälähtöisyys edustaa nimensä mukaisesti markkinamekanismiin perustuvia sosiaalipalveluratkaisuja. Tehokkuus, tuottavuus ja kuluttajan valinnat – jotka poliittisessa diskurssissa esiintyvät iskusanana ”valinnanvapaus” – ovat keskeisiä. Periaatteessa kontrollimekanismina ovat palvelusitoumukset ja kilpailutusasiakirjoihin kirjatut hoivan kriteerit. Angloamerikkalaiset maat pohjaavat usein palvelunsa tällaiseen ajattelutapaan. Ajattelu ulottuu myös tapaan kirjoittaa lainsäädäntöä. Esimerkiksi Kanadassa pitkäaikaishoidon asukkaiden turvaksi on laadittu yksityiskohtaisia lakipykäliä, joiden valvonnassa on tarpeen käydä läpi 450 erilaista standardia.

Tutkimusten mukaan normit eivät ole onnistuneet takaamaan hyvää hoitoa, tehokkuutta eivätkä työntekijöiden turvaa, vaan ovat ennemminkin vaikeuttaneet hyvää hoitoa lisäämällä byrokratiaa ja vähentämällä työntekijöiden autonomiaa ja joustavuutta ottaa vanhusten tarpeet huomioon. On myös väitetty, että keskittymällä teknisiin yksityiskohtiin tärkeimmät poliittiset kysymykset, esimerkiksi resurssien reilu jakaminen, ovat jääneet taka-alalle. (Banerjee 2013; Armstrong 2013.)

Tämä on jälleen yksi esimerkki siitä, että kasuistinen tapa kirjoittaa normeja tuottaa omat ongelmansa: Mitä ei ole etukäteen ymmärretty tai muistettu kirjata, ei voida vaatiakaan. Toisenlaiseen ratkaisuun on päädytty Hollannissa, jossa Buurtzorg (kylähoiva) -palvelu antaa kokonaisvastuun hoitajalle tai 12 hengen tiimille niin asiakkaista, suunnittelusta, koulutuksesta, koordinoinnista kuin rahoituksesta. Systeemi on ollut menestys asiakastyytyväisyyttä, työntekijöiden viihtyvyyttä ja järjestelmän kasvua mitattaessa. Buurtzorg-kotihoivaa on tarjolla myös Ruotsissa. (de Blok 2014.)

Ammatillinen näkökulma edustaa hoivaprofession näkemystä hoivasta ja sen laadusta. Pontimena toimivat weberiläinen kutsumus ja koulutus tiettyyn hoiva-ammattiin, ammattiin liittyvä eettinen koodisto ja toimintasäännöstö. Laadun takeena ovat missio, koulutus, siinä saadut professionaaliset valmiudet ja tutkinnolla osoitetut kelpoisuudet.

Kuhunkin edellä kuvattuun näkökulmaan (kuten myös eri maiden järjestelmiin, ks. taulukko 5) liittyy erityislaatuinen toimintalogiikka, mitä tulee havaittujen epäkohtien korjaamiseen. Albert O. Hirschmanin (1970) käsitteitä soveltaen kuuluvan (poliittisen) protestin tekeminen (*voice*) on poliittishallinnollisen näkökulman tapa reagoida huonoon palveluun. Ihmiset valittavat julkisesti ja äänestävät sellaisia ehdokkaita, jotka lupaavat korjauksia asioiden tilaan. Pulmana tietysti on, missä määrin eri ryhmien ääni sitten lopultakin tulee kuulluksi. Poliittisilla päätöksentekijöillä tulee olla herkkä korva, joka kuulee myös yhteiskunnan heikko-osaisia.

Kansalaisperusteisessa lähestymistavassa puolestaan käytetään sekä jaloilla äänestämistä (*exit*) että *voice*-optiota. Markkinaperusteisessa lähestymistavassa puolestaan oletetaan, että huonoon palveluun reagoidaan vaihtamalla palveluntoimittajaa. Asiakas äänestää tässäkin jaloillaan, minkä puolestaan oletetaan johtavan laadun parantumiseen.

Pulmaksi muodostuu luonnollisestikin se, että esimerkiksi Suomessa vain suuremmissa kaupungeissa on useita tuottajia, joiden välillä voi valita. Pienillä paikkakunnilla toimijoita on yksi, jos sitäkään. Lisäksi uhkana on se, että suuret syövät pienet ja hoivamarkkinat keskittyvät ja monopolisoituvat, mikä syö pohjaa markkinaperusteiselta *exit*-mahdollisuudelta. Kolmanneksi, ei ole lainkaan selvää, parantaako *exit* lopultaakaan laatua. Järjestelmästä poistuvat ne, joilla on parhaat resurssit eli jotka periaatteessa ovat parhaita käyttämään myös ääntään. Tapahtuu riskipoolien eriytyminen hyvä- ja huono-osaisiin.

Hirschmanin kolmas käsite *loyalty* kuvaa kenties parhaiten kolmannen sektorin ja sosiaalipalveluprofession toimintaa. Kolmas sektori toimii usein oman erityisen missionsa pohjalta, ja missiolle halutaan olla uskollisia. Samalla tavalla omalle ammattiryhmälle ja siihen liittyvälle kutsumukselle ollaan lojaaleja ja sen puitteissa pyritään korjaamaan asioita. Profiilla on myös omia näkemyksiään palveluitten puutteista, ja sillä on myös kanavat ja taito käyttää ääntä saadakseen ongelmat esiin.

Lojaalisuutta voi myös esiintyä asiakaskunnassa omaa palveluntarjoajaa kohtaan. Vaikka palvelu ei kaikin osin tyydytäkään, halu-

taan olla lojaaleja ja tyydytään tilanteeseen. Itse asiassa varsin harvassa tapauksessa vaihdetaan palveluntarjoajaa (Andersson 2014b; Kuusinen-James & Seppänen 2013). Tilanne saattaa lojaalisuuden lisäksi johtua myös luovuttamiseen ja välinpitämättömyyteen liittyvästä seikasta (*neglect*). Koetaan voimattomuutta, mikä johtaa olemassaoleviin (epätydyttäviin) oloihin sopeutumiseen.

Poliittisen toiminnan kannalta markkinalogiikka sosiaalipalveluissa voi olla ongelmallinen. Jos markkinaperusteisuus toimii kuten sen teorian mukaan tulisi toimia – tuottajaa vaihtamalla – poliittinen äänenkäyttö voi hiljentyä. Toki exit ja voice eivät sulje toisiaan pois. Toinen, vakavampi ongelma kenties on erilaisten riskipoolien syntyminen. On ajateltu, että markkinaperusteisuus sopii resursseiltaan vahvoille ryhmille. Sama pätee osittain myös kansalaislähtöisyyteen. Muut jäävät poliittishallinnolliseen riskipooliin. Mikäli riskipoolit eriytyvät liiaksi, päädytään legitimitteettiongelmiin (ks. luku 3.5). Samalla myös maksut voivat eriytyä (riippuen siitä, onko maksut porrastettu riskin mukaan). Voi syntyä ”terveitten” pooli, jossa maksut ovat pienemmät kuin ”sairaitten” poolissa.

Markkinoilla toimivat hauraat vanhukset synnyttävät helposti tällaisen heikon riskipoolin. Onneksi vanhuspalveluissa ei toimita pelkän asiakkaan exitin tai voicen avulla. Hoivapalvelujen laadun edistäminen näillä keinoin on vaikeaa. Kuluttajuus, niin palautteen antaminen (voice) kuin palveluntuottajan vaihtaminen (exit), edellyttää tavallaan jatkuvaa epäluuloa. Kuluttajien pitäisi olla jatkuvasti valmiina vertailemaan ja tarvittaessa vaihtamaan. Hoiva päinvastoin edellyttää luottamusta ja jatkuvuutta ollakseen hyvää. (Rostgaard 2011, 67.)

Suomalaisten vanhusten pärjäämistä hoivamarkkinoilla selvittänyt tutkimus vahvistaa tämän. Palveluseteliasiakkaina olevat vanhukset eivät tutkimuksen mukaan uskaltaneet antaa palautetta, pelkäsivät itselle koituvia seurauksia tai ikäsyrijintää. Vanhukset eivät aina kyenneet tarkistamaan työselosteita ja laskuja. He eivät tienneet, kuka laatua valvoo, eivätkä halunneet – ongelmista huolimatta – vaihtaa palveluntuottajaa kuin pakon edessä (Kuusinen-James & Seppänen 2013, 324–325).

3.3 Monimutkaisuuden haaste

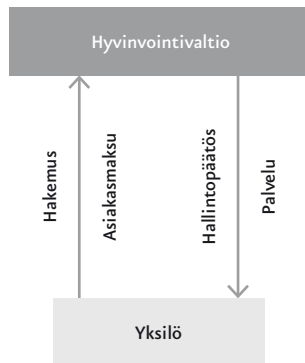
3.3.1 Itsepalvelua ja kuluttajuutta

Tunne siitä, saako verorahoilleen vastinetta, rakentuu omista, perheen, sukulaisten ja tuttavien kokemuksista. Toteutuvatko ihmisten oikeudet? Legitimiteetin kannalta ei ole merkityksetöntä, miltä ihmisistä tuntuu – olipa heidän asiansa mennyt juridisesti kuinka oikein tahansa. Oikeuden toteutuminen ei aina merkitse, että oikeudenmukaisuuden koettaisiin toteutuneen.

Palvelun saaminen edellyttää usein aika paljon omaa aktiivisuutta. Apua pitää osata hakea. Ja senkin jälkeen, kun palvelu on myönnetty, sen saaminen vaatii vanhukselta yhä useammin kuluttajan tai koordinaattorin taitoja. Kun palvelujen käyttäjästä tulee palvelujen tuottaja ja aktiivinen kuluttaja, kansalaisen asema muuttuu (Valokivi 2008; Häikiö ym. 2011).

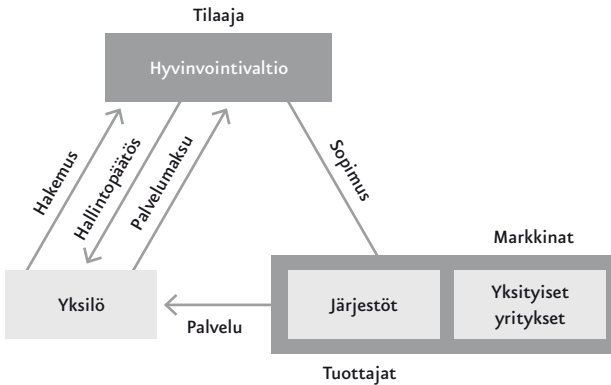
Esimerkiksi palveluseteli tarkoittaa, että vanhus itse tai hänen perheensä tekee sitä valintatyötä, jonka aiemmin olisi tehnyt kunta. Tätä muutosta on kuvattu kunnan muuttumisella palvelunjärjestäjästä sponsoriksi (Laatu ym. 2010).

Kuvio 5. Perinteinen näkemys julkisen sektorin ja yksilön välisestä suhteesta. (Laatu ym. 2010)



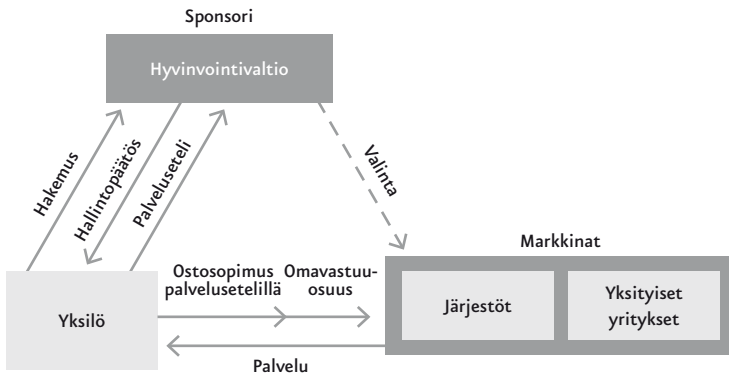
Kun vanhus hakee kunnan palvelua, hän täyttää hakemuksen ja päätöksen saatuaan saa palvelua, josta maksaa asiakasmaksun. Ostopalvelusopimus ei asiakkaan kannalta vielä muuta tilannetta, vaan asiakkaan juridinen asema on samanlainen kuin aiemminkin, vaikka palvelu tuotetaan markkinoilla (ks. Huhtanen 2012, 107):

Kuvio 6. Ostopalvelusopimukseen liittyvä näkemys julkisen sektorin ja yksilön välisestä suhteesta. (Laatu ym. 2010)



Palveluseteli sen sijaan muuttaa kuntalaisen kuluttajaksi ja julkisen vallan ikään kuin sponsoriksi. Vanhuksen ja palveluntuottajan väliset kiistat ratkaistaan kuluttajansuojan normien mukaan eikä enää kunnan ja vanhuksen välillä.

Kuvio 7. Kuluttajapohjainen näkemys julkisen sektorin ja yksilön välisestä suhteesta. (Laatu ym. 2010)



Silloinkin, kun palveluita ei osteta itse omalla rahalla, hoitotuella tai kunnan palvelusetelillä, vanhus ja hänen perheensä joutuvat usein koordinaattoreiksi. Palveluita tuottaa kirjava joukko: kunta itse, järjestöt ja yritykset. Usein vanhuspalveluja myös kehitetään erillisissä, määräaikaissa hankkeissa, jotka tuovat taas lisää toimijoita palvelucocktailiin (Topo 2009, 234).

Kun palveluita kotiin saavat yhä huonokuntoisemmat vanhuksset, tarvittavien palveluiden kirjo kasvaa. Vanhuksen asioita saattaa hoitaa ja palveluja tarjota suuri joukko eri alojen asiantuntijoita ja ammattilaisia, joilla kaikilla oma käsityksensä siitä, mikä olisi vanhukselle parhaaksi (Saarenheimo & Pietilä 2006, 78).

Kuten Päivi Topo kuvaa, saman vuorokauden aikana kotona voi käydä kauppapalvelu, pyykkipalvelu, ateriapalvelu, kotisairaanhoido ja yöpartio. Aiemmin vanhus sai nämä palvelut yhdeltä tai kahdelta henkilöltä. Nyt hänen täytyy asioida monen ihmisen kanssa ja palvelut tulevat tipoitain vuorokauden aikana. Asiakas myös tietää entistä harvemmin, kuka häntä on kulloinkin tulossa auttamaan. (Topo 2009, 233.) Kodista on tullut transithalli, jossa vieraat ihmiset käväisevät (Koistinen 2003). Marja Saarenheimo ja Minna Pietilä ovat piirtäneet havainnol-

lisen kuvan kotona asuvan dementiaoireisen ja hänen omaishoitajansa mahdollisista palveluista:

Kuvio 8. Dementiaoireisen palvelucocktail.

(Saarenheimo & Pietilä 2006, 78)



Kuvion 8 kaltaisen sekavan kokonaisuuden hallinta olisi vaikeaa kenelle tahansa, sairaasta ihmisestä puhumattakaan. Lisähaastetta tuosse, että moniin yllämainituista tahoista perhe ei voi ottaa yhteyttä suoraan, vaan asiointiin tarvitaan lääkärinlausunto. Terveyskeskuslääkäri onkin paljon vartijana. Kuten Saarenheimo ja Pietilä toteavat, lääkärillä ei tavallisesti vastaanottotilanteessa ole kylliksi aikaa perehtyä poti-

laan ja tämän perheen monimutkaiseen kokonaistilanteeseen. Saarenheimo ja Pietilä ehdottavat, että lääkärillä olisi työpari, jonka tehtäviin kuuluisi esimerkiksi perheen haastatteleminen ja palveluiden koordinointi. (Saarenheimo & Pietilä 2006, 78–79.)

Paljon palveluja tarvitsevien mahdollisuuksia asua kotona pidempään onkin tutkimusten mukaan voitu parantaa, jos vanhuspalveluiden ammattilainen koordinoi heidän tarvitsemiaan palveluita (Eloniemi & Sulkava ym. 2006). Tätä myös vanhukset itse toivoisivat – että yksi ihminen hoitaisi heidän asioitaan (ks. esim. omaishoitajista Tillman ym. 2015).

Iäkkäiden omat järjestöt, omaisjärjestöt ja myös alan ammattilaisten järjestöt ovat yrittäneet helpottaa asiakkaiden tilannetta antamalla palveluneuvontaa. Myös kunnat ovat heränneet neuvonnan tarpeeseen. (Topo 2009, 235) Uudessa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) puhutaan omatyöntekijästä (42 §). Myös vanhuspalvelulaki uskoo yhden ihmisen malliin: jos iäkäs henkilö tarvitsee apua palveluihin liittyvissä asioissa, hänelle on nimettävä vastuutyöntekijä (vanhuspalvelulaki (980/2012) 17 §). Kelakin on viime vuosina kehittänyt henkilökohtaista palvelua: Kelalta on mm. mahdollista varata aika, jotta monet tai monimutkaiset asiat ehdittäisiin katsoa rauhassa läpi ja ne saataisiin selväksi kerralla.¹ Jos osaa pyytää, apua saa myös sosiaali- ja potilasasiamiehiltä.

Entistä moninaisemmat ja monille vanhuksille vieraat palvelun kynnystehtävät aiheuttavatkin usein tarvetta uudenslaisiin interventioihin. Kun asiakkaina on heikkojen vanhusten kaltainen erityisen hauras ryhmä, tarvitaan palveluohjausta, laadun varmistusta ja perään katsumista. Markkinoistuminen ja kuluttajuus eivät siis vähennä julkisen vallan intervention tarpeita vaan synnyttävät uusia (Lehto & Tynkkynen 2013, 616; Topo 2009). Kuluttajuus ei voikaan koskaan olla hyvä ratkaisu muistisairaille tai muuten kovin sairaille.

Sosiaalipalveluissa on paradoksaalisesti avattu valinnanmahdollisuuksia palvelusetelin avulla ensisijaisesti vajaakuntoisille ja paljon apua tarvitseville ikäihmisille, joita yleensä pidetään heikkoina valitsijoina ja kuluttajina. Sen sijaan terveydenhuollon puolella palvelusetelin käyttäjä on usein keski-ikäinen. (Kuusinen-James & Seppänen 2013, 318,

¹ www.kela.fi/ajanvaraus (viitattu 28.2.2015).

ks. myös Laatu ym. 2010.) Useimmiten vanhuksen apuna markkinoilla ovat omaiset. Puhutaankin valtakirjakuluttajista (Mold 2010). Toimijana on usein myös kunnan palveluohjaaja tai yksityinen palveluntuottaja, jotka voivat tutkimusten mukaan ohjata valintoja vahvasti (Kuisinen-James & Seppänen 2013, 327).

Mitä monimutkaisemmaksi järjestelmä tulee, sitä todennäköisempää on, että tarvitaan myös perheen ulkopuolista apua, julkisista varoista maksettavia tai yksityisesti ostettuja avustajia, vanhusasianajajia, case managereja. Jos kuluttajuus halutaan ulottaa myös yksinäisiin ja vähävaraisiin vanhuksiin, voidaan olettaa, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä tarvitaan yhä enemmän esimerkiksi julkisten edunvalvojien apua. Toinen asia on, miten julkisten edunvalvojien aika riittää. Julkisilla edunvalvojilla on jo nyt kymmeniä ellei satoja päämiehiä – joiksi heidän asiakkaitaan kutsutaan – joten on selvää, etteivät he ehdi perehtyä kovin hyvin yhden päämiehen henkilökohtaisiin tarpeisiin.

Avustajien käyttöön liittyy myös tietosuojakysymyksiä. Kun apua tarvitaan raha-asioissa, maksujen hoidossa ja hakemusten tekemisessä, tarvitaan henkilötunnuksia ja pankkisalasanajoja. Helpointa olisi luovuttaa ne avustajalle ja antaa tämän hoitaa. Silloin luotettava asiainhoitaja on tosiaan tarpeen.

Kuluttajansuojalaki koskee elinkeinonharjoittajan ja yksityisen kuluttajan välistä suhdetta, mutta ei julkisesti järjestettyjä palveluja. Kuluttajansuojaa suunnitellaan laajennettavaksi myös julkisesti järjestettyihin palveluihin. Asiakkaan suojaa pohtinut oikeusministeriön työryhmä ehdottaa, että kuluttajansuojalakia vastaava markkinointiohjeistus ulotettaisiin koskemaan myös mm. julkista vanhusten hoivaa (Oikeusministeriö 2011). Tässä on otettu mallia naapureista: Ruotsissa ja Tanskassa kuluttajariitalautakuntien toimivalta on ulotettu myös tiettyihin julkisiin palveluihin (Kuluttajavirasto 2006).

Kuluttajalainsäädäntö ei erikseen sisällä säännöksiä heikkojen ja hauraiden vanhusten – sen paremmin kuin muidenkaan heikkojen kuluttajaryhmien – suojaksi. Kuluttajansuojan tarpeessa olevia heikkoja ja hauraita vanhuksia on kuitenkin mahdollista pitää kuluttajansuojalain tarkoittamana erityisryhmänä. Markkinoinnin sopivuutta ei tule arvioida keski-vertokuluttajan taitoihin verraten, vaan vanhuksen

keskimääräiseen toimintakykyyn peilaten. Esimerkiksi dementoituneet vanhukset voivat vielä olla oma ryhmänsä. (Kalliomaa-Puha 2014.)

Heikot ja hauraat vanhuksetkin ovat toki kuluttajina erilaisia. Toiset pärjäävät sairainakin ja toisilla on omaisia apunaan, valtakirjakuluttajina. Mutta kaikilla ei ole apujoukkoja. Kuluttajan valinnanvapaus tarkoittaa myös uutta sosiaalista riskiä – riskiä tehdä huonoja valintoja – joka tuskin jakautuu tasaisesti (Roostgaard 2011, 67, Kalliomaa-Puha 2014). Isoissa asioissa tehdyt väärät valinnat tulevat yhteiskunnallekin kalliiksi.

Vanhuksen kannalta ei aina ole kovinkaan selvää, onko kysymys yksityisistä vai julkisista palveluista. Yksityisten ja julkisten palvelujen raja on hämärtyneet palveluseleiden ja ostopalveluiden myötä. Vanhus voi esimerkiksi olla kunnan ostopalveluasiakkaana yksityisessä palvelutalossa. Usein pakettiin kuuluu vain asuminen, ja vanhus ostaa omalla rahalla esimerkiksi ateriat tai siivouksen ja kuuluu niiden osalta kuluttajansuojan piiriin.

Asumisesta pitäisi sen sijaan osata reklamoida kuntaan. Naapurihuoneessa taas voi asua täysiverinen kuluttajavanhus, joka maksaa myös asumisensa itse ja asioi pelkästään palvelutaloyrittäjän kanssa. Ei ole ihme, jos on vaikea tietää, kuka viime kädessä vastaa palvelun laadusta ja minne pitäisi reklamoida. Viime aikoina onkin oltu huolestuneita siitä, osaavatko asiakkaat tunnistaa eri tuottajat ja toimia oikein (Oikeusministeriö 2011, Arajärvi 2010 ja Huhtanen 2012). Sekaannus on näkynyt esimerkiksi oikeusturvaa haettaessa, kun julkisista palveluista on valitettu kuluttajariitalautakuntaan. Lautakunta joutui toteamaan, ettei ole toimivaltainen (Kuluttajariitalautakunta 2007).

3.3.2 Jälkikäteinen oikeusturva

Jos sattuu virhe tai vanhus ei saa hänelle kuuluvaa palvelua tai etuutta, hänellä on aina mahdollisuus hakea muutosta. Kaikista hallintopäätöksistä eli päätöksistä, joilla joko myönnetään tai evätään palvelu tai etuus, voi valittaa. Vanhuspalveluissa, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa yleensäkin, ongelmana on se, että varsinaisessa hoivatyössä ei tehdä valituskelpoisia päätöksiä. Huonosta laadusta, epäkohteliaisuu-

desta tai virheestä palvelussa voi kuitenkin tehdä muistutuksen tai kantelun.

Toteamme jälleen, että järjestelmätasolla Suomessa on tarjolla väli-neitä käsitellä huonoa kohtelua tai virheitä. Mutta mitä muistutus, kantelu tai valitus edellyttävät? Ensinnäkin ne edellyttävät sitä, että ymmärtää päätöksen ja muutoksenhakuohjeet. Virkakieli on moneen kertaan todettu vaikeaksi ymmärtää, ja kritiikki on usein kohdistunut ennen kaikkea Kelan päätöksiin. Tilanne on onneksi paranemaan päin – viimeisimmässä tutkimuksessa eniten kritiikkiä antoivat ne asiakkaat, jotka eivät olleet lainkaan asioineet Kelassa. (Niemelä & Pajula 2014.) Toisin sanoen julkisuuskuva muuttuu hitaasti. Yhtä kaikki, moni palvelujen tarpeessa oleva vanhus tarvitsee apua päätöksen tulkittamiseen, ei vähiten muistisairauksista kärsivät.

Toiseksi tarvitaan tietoa: Mitkä ovat oikeuteni? Kannattaako valittaa? Mihin valittaa ja miten? Toisin sanoen tarvitaan oikeudellista osaamista. Tämä koskee tietysti kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita. Hauraan vanhuksen ollessa kyseessä, on kuitenkin selvää, ettei tilanne ole sen helpompi.

Hallinnollisissa päätöksissä on aina mukana muutoksenhakuosoitus, jossa kerrotaan valitustie ja -aika. Silti oikean instanssin ja menettelyn hahmottaminen voi olla vaikeaa. Valituspolkuja on kolme erilaista. Kelan etuuksista valitetaan ensin muutoksenhakulautakuntiin ja niistä vakuutus-oikeuteen. Kunnallisista päätöksistä mennään hallinto-oikeuteen, ja markkinoilla olevien palvelujen kiistoja ratkotaan tavallisissa käräjäoikeuksissa tai kuluttajariitalautakunnassa.

Kanteluille puolestaan on eri polut. Harva hahmottaa, että valituksen kautta päätökseen voi saada muutoksen, kantelun kautta muutos tulee ainoastaan välillisesti eli niin, että kantelu johtaa viranomaisen käytäntöjen muuttumiseen. Kantelun voi tehdä ylimmille lainvalvojille. Näihin kuuluvat eduskunnan oikeusasiamies, oikeuskansleri ja valvovat viranomaiset, kuten aluehallintovirastot tai Valvira.

Terveydenhuollossa on syytä vielä muistaa potilasvahinkolautakunta, josta voi saada vahingonkorvausta. Myös muistutus voi olla toimiva keino, ja sen voi tehdä palveluntarjoajalle suoraan. Kotimaisten instituutioiden lisäksi tarjolla ovat vielä kansainväliset elimet, kuten

Euroopan ihmisoikeustuomioistuinin tai Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea. Lista on pitkä, joten ei ole ihme, jos se hämmentää.

Lisäksi valittamiseen, kantelemiseen ja muistuttamiseen tarvitaan rohkeutta. Tämä vaatimus vähentää näiden oikeusturvakeinojen toivuutta niin yksilön kuin järjestelmän toimivuuden kehittymisen kannalta. Moni ei uskalla valittaa kaltoin kohtelevasta hoitajastaan, huonosta palvelusta eikä edes suoranaista virheistä, koska pelkää joko tilanteensa ihan konkreettisesti huononevan tai vähintään saavansa hankalan ihmisen maineen ja sitä, ettei saa hyvää palvelua enää muistutuksen teon jälkeen. (Kuusinen-James & Seppänen 2013, 324–325, www.thl.fi/avow). Tieto huonosti toimivista palveluista tai silkoista epäkohdista ei välity myöskään palvelujen kehittäjille.

Oikeusturvakeinot jäävät helposti myös kieltä huonosti taitavien ulottumattomiin. Kuten tunnettua, sosiaaliturvalainsäädännön kieli ei ole helppoa, ja kun prosessi on lähes täysin kirjallinen, ei muutoksenhaku ole huonosti kieltä osaavan ihmisen, kuten maahanmuuttajan tai vammaisen, ulottuvilla helposti.

Oikeusturva edellyttää usein myös vaurautta: pitää olla varaa odottaa asian ratkeamista ja järjestää palvelu ensin itse. Joskus tarvitaan rahaa ottaa prosessiriski tai palkata oikeudellista apua. Vaikka hallinnolliset muutoksenhakureitit on suunniteltu siten, että niissä pärjää ilman avustajaa, lienee selvää, että kaikki eivät niistä yksin suoriudu. Jälleen punnitaan paitsi omat, myös omaisten kyvyt, jaksaminen ja osaaminen. Varakkailla vanhuksilla tai heidän omaisillaan on mahdollisuus myös ostaa apua.

USA:ssa ja Kanadassa onkin syntynyt vanhusten asioiden hoitamiseen oma asianajajakunta, elder law attorneys, jolla on oma asianajajatutkintonsa, erillistä koulutusta ja erityinen asianajajavälitys.² Nämä ”vanhusasianajajat” keskittyvät paljon kuluttajaoikeuteen, koska vanhuspalvelut ovat pitkälti yksityisiä. Ainakin toistaiseksi meillä on ajateltu, että apua tarvitseva ihminen ei ole julkisen vallan vastapuoli, joka tarvitsisi asianajajaa. Jos välittäjä tai case manageria tarvitsisikin,

2 Ks. esim. National Academy of Elder Law Attorneys www.naela.org tai National Elder Law Section of the Canadian Bar Association www.cba.org/CBA/sections > Elder law (viitattu 21.1.2015).

oikeustieteen maisterin tutkinto tuskin olisi auttamistyöhön paras. Ruotsissa on ehdotettu kansallista vanhusasiamiestä valvomaan vanhusten etuja (Mattson 2013).

Muutoksenhaun mielekkyyttä voidaan pohtia myös ajan kulumisen näkökulmasta. Muutosprosessit vievät aikaa: Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnassa valituksen käsittely vei keskimäärin 7 kuukautta, hallinto-oikeuksissa lähes puolet asioista ratkaistaan 6 kuukauden kuluessa ja 76 prosenttia alle vuodessa. Eduskunnan oikeusasiamies saa kantelun käsitellyksi keskimäärin reilussa neljässä kuukaudessa (Somlan, hallinto-oikeuksien ja EOA:n toimintakertomukset 2013).

On selvää, ettei sairas ihminen voi odottaa monta kuukautta asioiden selviämistä. Vaikka muutoksenhakuinstanssit ovat viime vuosina saaneet kirittyä ratkaisuaikojia kovasti lyhyemmiksi, muutamakin kuukausi ruokarahan odottelua, lääkkeiden oston viivästyistä tai hoitoon pääsyn lykkääntymistä voi olla liikaa. Tässä törmäämme taas hoivapalveluiden erityisyyteen. Tuomioistuimet eivät voi hoitaa ihmistä, eikä oikea ratkaisu lohduta, kun akuutti tarve on pahentunut tai seuraukset ovat jo karanneet hoitamattomiksi. Hoiva tarvitaan tässä ja nyt, ei odotusajan päästä.

Vanhushoivapalveluissa, jos missä, kannattaisikin panostaa etukäteiseen oikeusturvaan eli prosessien hiomiseen siten, että asiat menisivät kerralla oikein ja että myös asiakkaista tuntuisi siltä. Lain pitäisi säädellä palveluitten saantia, ei lakimiehen.

3.4 Hoivalupauksen sosiaalinen kestävyys

Edellä kuvattu kestävyysvaje liittyy hyvinvointivaltion taloudelliseen kantokykyyn. Taloudellisen kestävyuden rinnalla keskustelussa käytetään sosiaalisen kestävyuden käsitettä. Sosiaalisella kestävyydellä viitataan siihen, että yhteiskunnalliset erot eivät muodostu niin suuriksi, että ne sotivat ihmisten oikeudenmukaisuuden tunnetta vastaan.

Suuret tuloerot, rikkauden keskittyminen ja köyhyyden kasaantuminen tai vaikkapa sosiaali- ja terveystalvelujen epäoikeudenmukaiseksi koettu kohtaantuminen nakertavat järjestelmän legitimitettiin ja aiheuttavat uskottavuusongelman. Äärimmillään nämä ilmiöt voivat uhata yhteiskuntarauhaa. Sosiaalinen kestävyys liittyy myös siihen,

60 missä määrin kansalaiset uskovat, että hyvinvointijärjestelmä pystyy tai haluaa pitää antamansa lupaukset.

Iltapäivälehtien ja sosiaalisen median antama kuva suomalaisen sosiaaliturvan tasosta on varsin synkkä. Eläkkeet ovat liian pienet, Kela kyykyttää, työkkäri tölvii, sossun täti on mielivaltainen, sairas ei saa hoitoa, vanhukset jätetään heitteille. Mikään ei toimi!

Kyselytten antama kuva Suomen sosiaaliturvasta tarjoaa kuitenkin varsin toisenlaisen kuvan. Vuoden 2007 Eurobarometri (European Commission 2007) pureutui nimenomaisesti pitkäaikaishoivaan ja eurooppalaisten näkemyksiin hoivan laadusta, saatavuudesta, hinnasta ja halutuista hoivan muodoista. Vaikka kysely on jo lähes 10 vuoden takainen, sen tulokset kuvaavat mielenkiintoisella tavalla suhteellisen pysyviä näkemyseroja, jotka pääsääntöisesti noudattelevat hyvinvointivaltiomallien välisiä rajoja. Laajan kyselyn tuloksia on tiivistetty taulukkoon 2.

Taulukko 2. Eurooppalaisten näkemykset pitkäaikaishoivasta 2007 (%). (European Commission 2007)

Maa	Hoitokodit			Kuka maksaa				Haluttu hoivan muoto			
	Hoito huonoo	Vaikea päästä	Tulee saamaan hoitoa	Itse	Perhe/suku	Julkinen sektori	Oma vakuutus	Sukulaisten kotona	Ammattimainen kotiapu	Itse palkattu hoitaja	Hoitokoti
Fin	21	37	78	63	20	56	13	37	32	12	11
Swe	13	17	84	46	14	60	24	34	29	20	12
Den	20	11	72	42	19	76	28	20	46	21	7
Ger	26	25	74	47	32	43	19	48	24	12	7
Fra	10	14	76	55	34	46	33	23	43	15	10
NL	22	28	72	35	9	51	44	33	42	12	8
Ire	23	29	61	38	27	31	19	34	21	18	6
UK	16	14	61	38	21	37	9	44	28	10	5
Ita	37	39	61	48	39	19	6	44	19	16	8
Spa	15	31	69	58	38	19	3	48	19	9	11
Gre	65	46	89	67	75	16	8	63	18	11	2
Pol	27	26	69	35	47	27	7	70	12	4	3
Ee	23	32	77	53	52	63	10	40	18	11	11
EU-27	23	28	71	48	39	32	15	45	24	12	8

Huom. Vastauksissa oli mahdollista valita useita vaihtoehtoja. Hoitokoteja/vanhainkoteja/ palvelutaloja koskevat kysymykset viittaavat kyselyhetken tilanteeseen. ”Tulee saamaan hoitoa”, ”Kuka maksaa” ja ”Haluttu hoivan muoto” taas viittaavat vastaajan näkemykseen siitä, miten hänen oma hoivansa järjestyy tulevaisuudessa.

Näkemyksissä nykyisestä pitkäaikaishoivasta suomalaisten mieliteet ovat lähellä EU:n keskiarvoa (EU-27), mitä tulee hoidon laatuun. Viidennes suomalaisista pitää hoidon tasoa heikkona. Samoissa lukemissa liikutaan useimmissa muissakin maissa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa hoitoon pääsyä pidetään vaikeampana ja palvelujen hintoja liian kalliina. Sen sijaan Suomessa on muitten Pohjoismaitten tapaan suhteellisen vahva (78 %) luottamus siihen, että tulevaisuudessa saa tarvitsemansa hoidon ja hoivan.

Vahvimmin tulevaan hoivan saamiseen uskotaan perhekeskeisessä Kreikassa (89 %), jossa avun odotetaan tulevan lähipiiriltä, ei julkiselta sektorilta. Kreikan tilanteen tekee kiinnostavaksi se, että talouskriimuksen vuoksi nuorempiin ikäluokkiin kuuluvat ovat runsain mitoin muuttaneet muualle Eurooppaan etsimään työtä. Tämä voi tulevaisuudessa kaataa perinteisen, perhekeskeiselle hoivalle rakentuvan mallin. Tilanne on samankaltainen kuin Suomessa 1960- ja 1970-luvun rakennemuutosten aikaan.

Lähes puolet (49 %) suomalaisista vastaajista otaksuu, että liian kalliit palveluhinnat voivat olla syy mahdolliseen hoidotta jäämiseen. Ruotsissa luku on 39 ja Tanskassa 22 prosenttia. Suomen luvun tietämissä ovat myös Saksan, Ranskan, Irlannin, Englannin, Kreikan, Puolan ja Viron prosenttiosuudet. Ylipäätään eurooppalaiset näyttävät ajattelevan, että hoidon kalleus voi tulevaisuudessa muodostua esteeksi hoidon saamiselle (EU-27 keskiarvo 46 %).

Pohjoismaille on yhteistä se, että ihmiset uskovat julkisen sektorin rahoittavan tulevaisuudessa tarjottavaa hoivaa. Kaikkein vahvinta tuo usko on Tanskassa (76 %). Perheen maksut oletetaan pieniksi Pohjoismaitten ohella myös Hollannissa ja Englannissa. Suurimpia perheen ja lähisukulaisten tulevat maksuosuudet ovat Etelä-Euroopassa ja entisissä sosialistisissa maissa. Tämä havainto on linjassa perhekeskeisen hoivänäkemyksen kanssa. Esimerkiksi Puolassa peräti 70 ja Kreikassa 56 prosenttia vastaajista pitää lähisukulaisen antamaan hoitoa ensisijaisena

vaihtoehtona. Suomessa taas 37 prosenttia pitää lähisukulaisen antamaa hoivaa ensisijaisena, 32 prosenttia arvostaa ammattimaista kotipalvelua, 12 prosenttia haluaisi itse palkata kotiinsa hoitajan ja 11 prosentin mielestä palvelutalo olisi paras vaihtoehto.

Julkisessa keskustelussa esiintyvistä kritiikistä huolimatta suomalaisilla näyttää ainakin yleisellä tasolla olevan suhteellisen vahva usko hyvinvointilupauksen pitävyyteen ja järjestelmän toimivuuteen. Kansainvälisiä vertailuja voidaan täydentää uudemmilla kotimaisilla tutkimuksilla. Vuonna 2013 miehistä runsas 70 ja naisista runsas 60 prosenttia oli sitä mieltä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin. Paljon moitittujen terveystalouksienkin kohdalla usko järjestelmän hyvään toimivuuteen oli samaa, korkeaa luokkaa (Muuri & Manderbacka 2014, 265).

Laajan eurooppalaisen kyselytutkimuksen (European Social Survey [ESS] 2015) perusteella voidaan kuitenkin havaita merkittäviä eroja kannatusperustassa siten, että tyytymättömmimpiä ovat naiset, huonotuloiset, ikäihmiset, vähän koulutetut ja terveytensä huonoksi kokevat. Myös puoluekannatuksen mukaisia eroja on havaittavissa. Tyytymättömmimpiä ovat vasemmistoliittoa ja perussuomalaisia äänestävät: heistä hyvin tyytymättömien osuus on noin 17 prosenttia. Kokoomusta äänestävien keskuudessa tyytymättömyys on pienintä (8 %). Keskustan ja vihreitten (noin 10 % tyytymättömiä) ja SDP:n kannattajat (14 %) asettuvat ääripäitten väliin. (Omat laskelmat ESS:n yhdistetystä aineistosta.)

Korkeita tyytyväisyyslukuja (jotka ovat itse asiassa korkeampia kuin esikuvaksi huudetussa Ruotsissa) vasten on ehkä yllättävää, että yksityisten sosiaalipalvelujen lisäämistä kannattaa naisista lievä enemmistö (51 %) ja miehistäkin merkittävä (44 %) osuus. Yksityisten terveystalouksien lisäämisen kannatus on vähän matalampaa (43 % naisista ja 42 % miehistä) (Muuri & Manderbacka 2014, 266).

Asiaa voidaan myös tarkentaa ja katsoa, mitä suomalaiset ajattelevat kunnallisten vanhuspalvelujen riittävydestä. Eläketurvakeskuksen vuonna 2011 teettämässä kyselyssä (Palomäki 2013) tiedusteltiin: ”Miten arvioit kuntasi tarjoavan palveluja vanhuksille (esim. kotipalvelu, ateriapalvelu ja asumispalvelut) tällä hetkellä ja sitten kun olet eläkkeellä?” Kyselyn tulokset on koottu taulukkoon 3 (Palomäki 2013, 17).

Taulukko 3. Mielipiteet vanhuspalveluitten toiminnasta Suomessa tällä hetkellä ja eläkeaikana (%).

	Tällä hetkellä	Eläkeaikana	Erotus
Hyvin	4	3	1
Melko hyvin	27	14	13
Kohtalaisesti	42	29	13
Melko huonosti	14	24	-10
Huonosti	5	17	-12
Ei osaa sanoa	8	13	-5
Lukumäärä	1 928	1 899	–

Taulukon 3 kertoma on edellä kuvattujen kansainvälisten tutkimusten suuntainen. Valtaosa (73 %) vastaajista pitää järjestelmää tällä hetkellä joko hyvin, melko hyvin tai kohtalaisesti toimivana. Jos tulkinanvarainen kohtalaisesti-kategoria jätetään pois, niin selvästi positiivisia vastauksia on vähemmän (31 %), mutta kuitenkin enemmän kuin kriittisiä näkemyksiä (19 %).

Tilanne kääntyy toiseksi, kun tarkastellaan vastaajien mielikuvia siitä, mikä heitä eläkeaikana odottaa. Kriittiset äänenpainot ovat vahvempia: Eläkeaikaista vanhuspalvelujärjestelmää hyvin toimivaksi ennakoivat 17 prosenttia, kun taas 31 prosenttia vastaajista ajattelee tulevan järjestelmän toimivan huonosti. Kriittisyyttä selittivät ikä (nuoret tyytyväisempiä), sukupuoli (naiset tyytymättömiä), koulutus ja tulot (koulutetut ja ylemmät tuloryhmät tyytymättömiä) sekä terveydentila (terveytensä huonoksi kokevat kriittisimpiä) (Palomäki 2013, 21).

Vastaavan suuntaisia tuloksia on saatu myös THL:n vanhuspalvelulain seurantatutkimuksessa (Murto ym. 2014). Kaikkien yli 63 vuotta täyttäneitten keskuudessa vajaa 20 prosenttia piti terveyskeskuspalveluita riittämättöminä. Terveyskeskuspalveluja terveydentilansa vuoksi tarvinneiden keskuudessa osuus oli viitisen prosenttiyksikköä korkeampi. Erityisvastuualueittain oli hienoisia eroja: HYKS:n alueella osuudet olivat suurimpia ja TYKS:n alueella pienimpiä. Kaikista yli 75-vuotiaista kuusi prosenttia piti kotihoidon palveluja riittämättöminä.

Samanaikaisesti palveluja tarvinneista vuorostaan noin 25 prosenttia koki kotipalvelut riittämättömiksi. Myös kotipalveluissa oli erityisvastuualueittaisia eroja: HYKS:n alueella kotipalveluja riittämättöminä pitäneitä oli 31 prosenttia ja OYS:n alueella 21 prosenttia.

Palveluiden riittävyden lisäksi on kysytty palveluiden ja tarpeiden kohtaamisesta. Esimerkiksi omaishoitajat kokevat, etteivät kunnan tarjoamat palvelut vastaa sitä, mitä he tarvitsisivat (Raivio ym. 2006, Tillman ym. 2014). Kuten Päivi Topo tiivistää, tarjolla on usein yhtä kun toivotaan toista (Topo 2009).

Edellä olevasta voidaan päätellä, että julkisella järjestelmällä on toki kannatusta ja siihen uskotaan, mutta puutteitakin on ja tuleva arveuttaa. Esimerkiksi Finanssialan Keskusliiton vuonna 2013 teettämässä, ikäihmisten hyvinvointia koskevassa kyselyssä 41 prosenttia vastaajista uskoo tulevan lakisäateisen eläkkeensä takaavan riittävän taloudellisen turvan vanhuudessa. Lähes 80 prosenttia ajattelee, että omaehtoinen varautuminen tulee yleistymään (Vakuutustutkimus 2014).

Omaehtoisen varautumisen yleistymiseen uskovien osuus on viime vuosina kasvanut. Kaikkein voimakkainta usko omaehtoisuuden kasvuun on kokoomuslaisten poliitikkojen keskuudessa. Heistä 90 prosenttia uskoo siihen. Sen sijaan vasemmistoliittolaisista 62 ja sosiaalidemokraateista 68 prosenttia pitää kasvua todennäköisenä. Nämä erot heijastellevat myös näkemuseroja omaehtoisen varautumisen toivottavuudesta.

Vakuutustutkimuksen vuoden 2014 luvut yksityisen varautumisen tarpeellisuudesta ovat varsin korkeita verrattuna Eläketurvakeskuksen vuonna 2011 tekemään kyselyyn, jonka mukaan runsas 60 prosenttia uskoi eläketurvansa takaavan riittävän toimeentulon (Palomäki 2013, 15). Tulosten ero saattaa johtua kyselyiden tavoitteiden, kysymysten ja vastaajakunnan eroista tai mielipideilmaston nopeasta muutoksesta.

Niin tai näin, suomalaiset uskovat tällä hetkellä järjestelmän toimivuuteen. Sosiaalinen kestävyys näyttäisi siis näiltä osin olevan kunnossa. Usko tulevaan ei kuitenkaan ole kovin vahva eikä kannan ongelmitta pitkälle. Nykyistä palvelujärjestelmää ja eläketasoa ehkä pidetään kohtalaisena, mutta tulevaisuus herättää kysymyksiä ja pohdintoja siitä, miten julkisia palvelu- ja muita järjestelmiä voisi täydentää omalla rahoituksella.

Samaan viittaa Heikki Pursiainen ja Timo Seppälän (2013) innovatiiviseen diskreetin valinnan koeasetelmaan perustunut tutkimus ”Hoivakodissa vai kotihoivassa?”. Tulosten mukaan suuret ikäluokat ovat halukkaita maksamaan varsin suuria summia saadakseen haluamansa palvelut. Maksuhalukkuus oli eläketasoon nähden ”liian” korkea, minkä kirjoittajat tulkitsivat halukkuudeksi purkaa (asunto)varallisuutta tulevien palvelukustannusten kattamiseksi (Pursiainen & Seppälä 2013, 17) (ks. omasta varautumisesta luku 4.5.).

3.5 Hoivalupauksen legitimitieetti

Vaatus julkisesta, selkeästä palvelulupauksesta on helppo esittää. Helppoa on myös nähdä nykyjärjestelmän legitimitieettiä nakertavat tekijät. Jos yksityinen varautuminen vähentää tai kokonaan estää julkispuvelun saamisen, niin tilanne johtaa aikaa myöten legitimitieetikriisiin. Miksi maksaa veroja julkispuveluita varten, kun niistä ei kuitenkaan pääse osalliseksi? Kysymys on tärkeä, olipa sitten kyseessä tulonsiirto- tai palvelujärjestelmä. Taulukko 4 havainnollistaa tilannetta.

Taulukko 4. Sosiaalipoliittisten järjestelmien rahoitus, etujen saaminen ja järjestelmien legitimitieetti.

	Ei saa etuutta	Saa etuutta
Ei osallistu maksuihin	1. ”reilu peli”	2. köyhän auttaminen / vapaamatkustus
Osallistuu maksuihin	3. altruismi / napina	4. ”reilu peli”

Legitimitieettiin vaikuttaa osaltaan kaksi järjestelmän tunnuspiirrettä, jotka liittyvät maksujen ja etujen saamisen väliseen yhteyteen. Pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin usein liitetty universaalisuus merkitsee sitä, että kaikki maksavat ja voivat laskea ainakin jossain vaiheessa hyötyvänsä maksuistaan. Kyseessä on reilu peli (ruutu 4): maksat

ja saat. Vastaavasti tilanne on reilu silloin, kun rahoitukseen ei osallistuta eikä etuja saada (ruutu 1). Ruudun 2 tilanteessa rahoitukseen ei osallistuta mutta päästään etuuksista osallisiksi. Tulkinnasta riippuen kyseisessä tilanteessa on kyseessä huono-osaisen auttaminen tai vapaa-matkustaminen.

Ruudussa 3 seurauksena on jälleen tulkinnasta riippuen, joko altruistinen toiminta (maksuillani autan huono-osaisia) tai napinaa (miksi minun pitää maksaa, vaikka en mitään saakaan). Osa sosiaalietuuksista toimii ruutujen 2 ja 3 tavoin: otetaan rikkailta ja annetaan köyhille. Tällainen Robin Hood -tyyppinen toiminta leimaa ennen muuta perusturvajärjestelmiä. Se onkin ollut kaikkina aikoina ja on edelleen kaikkialla yhteiskunnan jatkuvuuden ja itsensä uusintamisen edellytys. Vahvat kannattelevat heikkoja; työssä olevilta siirretään resursseja lapsuuteen ja vanhuuteen (ks. kuvio 3).

Tiettyyn rajaan saakka ihmiset kyllä hyväksyvät altruismin ja Robin Hood -tyyppisen toiminnan, kuten perustuslakikin ilmaisee. Huono-osaista on autettava eikä ketään jätetä, kuten paljon (väärin-) käytetty poliittinen iskulause kuuluu. Solidaarisuudella on kuitenkin rajansa. Rajoja asettavat talous ja ihmisten mielipiteet. Perustuslaki korostaa oman toiminnan ja pyrkimysten ensisijaisuutta toimeentulon ja huolenpidon hankkimisessa. Onkin tärkeää, miten avuntarve nähdään ja tulkitaan. Jos avuntarpeen katsotaan johtuvan ihmisen omista ratkaisuksista, kukkaronnyörejä vedetään tiukemmalle (ruutu 2).

Anteliaammin suhtaudutaan avuntarvitsijoihin, joiden ongelmat johtuvat omista valinnoista ja omasta toiminnasta riippumattomista tekijöistä, esimerkiksi vammaisiin, lapsiin ja vanhuksiin. Moraalikoodi siis erottaa ”hyvät” ja ”huonot” avuntarvitsijat. Kyseessä on vanha aisoposlainen muurahainen ja heinäsiirkka -moraalidilemma (ks. Kangas 2000). Kansainväliset vertailevat mielipidetutkimukset osoittavat, että suomalaisilla on muita pohjoismaalaisia enemmän taipumusta nähdä köyhyyden syyt yksilöllisenä, muissa Pohjoismaissa taas yhteiskunnalliset syyt nousevat tärkeiksi, millä seikalla on oma vaikutuksensa hyvinvointivaltion ja ennen muuta apua tarvitsevien ihmisten nauttimaan kannatusperustaan ja hyväksyntään (Niemi 2011).

Kansalaismielipide on myös herkkä kulloisellekin taloudelliselle tilanteelle (ks. esim. Forma 2006). Mielipiteet sosiaalipolitiikan laajen-

tamisesta tai supistamisesta vaihtelevat taloudellisten syklien mukaan. Taloudellinen tilanne ei kuitenkaan automaattisesti välity mielipiteisiin, vaikka Suomessa usein harrastetaankin politiikan epäpolitisointia korostamalla yhden ainoan vaihtoehdon politiikkaa sekä vetoamalla talouden mykkiin pakkoihin ja EU:n asettamiin vaatimuksiin. Välittäjänä mekanismina rakenteellisten haasteitten ja poliittisten ratkaisujen välillä toimii aina tilanteen sosiaalinen tulkinta. Kestävyysvaje ja muut talouteen liittyvät asiat täytyy jalostaa poliittiseksi toiminnaksi poliittisten diskurssien kautta.

Kyse on siitä, kenen tulkinta otetaan toiminnan lähtökohdaksi. Kenen tulkinnan mukaan ongelmat määritellään ja ratkaisut hahmotetaan? Ei ole yhdentekevää, millä ja kenen käsitteillä asioista puhutaan. Yhteiskunnassa käydäänkin jatkuvaa kamppailua siitä, missä kehyksessä asiat esitetään ja miten niistä on keskusteltava. Poliittisessa retoriikassa kielelliset käsitteet tai tietyt iskulauseet antavat asioille merkityksen. Jos ”vapaamatkustaminen” ja ”napina” saavat ylivallan hyvinvointivaltion poliittisessa tulkinnassa, järjestelmän legitimizeetti on vaakalaudalla.

Käsitteillä on voimaa, ja niillä saadaan aikaan erilaista yhteiskuntapoliittista toimintaa. ”Asukki”, ”asukas”, ”asiakas” ja ”kuluttaja” viittaavat yksilön erilaisiin positioihin toiminnan kohteena ja toimijana sekä suhteessa julkisvaltaan ja markkinoihin. Poliittis-moraalista kehystystä käytetään myös puhuttaessa laitoshoidon purkamisesta ja sitä kautta saaduista säästöistä. Ei ole poliittisesti kovin tavallista puhua leikkauksista. Parempi tapa on korostaa valinnanmahdollisuuksia, osallisuutta ja kodinomaisten palveluitten vahvistamista sekä ”toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan ja palveluitten” kehittämistä tai ihmisten omia toiveita: ”kaikki haluavat asua omassa kodissaan”.

4. Julkisen ja yksityisen yhteispeli

4.1 Julkisen ja yksityisen monisävyiset muodot

SUOMALAINEN KESKUSTELU julkisista ja yksityistä sosiaalipalveluista on ollut hyvin mustavalkoista. Yhtäällä julkinen järjestelmä on nähty parhaana, tarvelähtöisenä, ainoana oikeana, tehokkaana ja sosiaalisesti oikeudenmukaisena tapana toimia. Vastaavasti erilaiset yksityiset ratkaisut on leimattu eriarvoistaviksi, rikkaita ja muita hyväosaisia suosiviksi, laadultaan kehuiksi, toimintaperiaatteiltaan arveluttaviksi ja lopulta kalliiksikin.

Toisaalla taas julkista palvelujärjestelmää on moitittu liian kalliiksi, byrokraattiseksi, jäykäksi ja ihmisten muuttuviin tarpeisiin sopimattomaksi. Ratkaisuna näihin ja kaikkiin muihinkin julkisen sektorin ongelmiin on esitetty yksityistä palvelutuotantoa, markkinaperusteisuutta ja kuluttajan valintoja. Nämä mustavalkoiset näkemykset ovat vahvasti läsnä poliittisessa keskustelussa sote-uudistuksesta sekä muissa julkista sektoria ja siihen liittyvää kestävyysvajetta koskevissa väittelyissä.

Sysimustan ja kirkkaan valkoisen väliin mahtuu kuitenkin valtava joukko erilaisia harmaan sävyjä. Sekä ”julkisessa” että ”yksityisessä” on aste-eroja, ja joskus rajan vetäminen on mahdotonta. Julkinen palvelu voi olla kokonaan julkisen sektorin tuottamaa ja julkisista varoista rahoitettua. Tuottaminen voi olla julkista mutta rahoitus kerätään käyttäjämaksuin. Tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti rahoitus ja ohjaus voivat olla julkisia, mutta tuotanto yksityistä. Voidaan käyttää julkista palveluseteliä, verovähennyksiä tai omaishoidontukea. Lainsäädännöllä yksilöt voidaan pakottaa hankkimaan yksityisiltä markkinoilta hoivavakuutus, vain muutamia esimerkkejä mainitaksemme.

Vastaavasti yksityisessä palvelussa on aste-eroja. Suuria voittoja tavoittelevat, veroparatiiseihin voittonsa kätkevät monikansalliset suuryritykset edustavat yhtä yksityisen palvelutuotannon muotoa, pai-

kallinen ruohonjuuritason pienyrittäjä toista. Niin ikään kolmannen sektorin voittoa tavoittelemattomat toimijat, joilla Suomessa on pitkät perinteet, muodostavat oman ryhmänsä.

Puhtaasti voittoa tavoittelevan ”kovan” yksityisen ja puhtaasti julkisen tuotannon väliin mahtuu määritelmällisesti epämääräisempi ”sosiaalinen markkinatalous”, jonka alue liudentuu kumpaankin suuntaan (keskustelusta ks. lähemmin Meagher & Szebehely 2013). Julkisen ja yksityisen yhteispelin monimuotoisuutta kenties voidaan parhaiten hahmottaa katsomalla aluksi, millaisiin kombinaatioihin Euroopan eri maissa on päädytty.

4.2 Erilaiset kansalliset ratkaisut

Tunnetuin hyvinvointivaltioiden ryhmittely lienee edellä kuvattu Esping-Andersenin (1990) kolmijako. Kaikkiin ryhmittelyihin ja ideaalityyppittelyihin sisältyy kuitenkin ongelmia ja yksinkertaistuksia. Lukuisat hybridit sotkevat tilannetta. Niinpä Esping-Andersenin *Three Worlds of Welfare Capitalism* -teoksen jälkeinen kirjoittelu onkin keskittynyt pohtimaan ideaalityyppien ominaispiirteitä, luokitteluperiaatteita ja tyyppien lukumääriä. Jotkut ovat päätyneet Espingin-Andersenin tapaan kolmeen malliin, toiset ovat erottaneet neljä, viisi, kuusi tyyppiä, jotkut enemmänkin. Osa historiallisesti orientoituneista tapaustutkijoista on moittinut koko luokittelubisnestä hedelmättömäksi. Hyvinvointivaltiot eivät synny ryppäissä. Jokaisella maalla on oma ainutlaatuinen poliittinen historiansa, ominaislaatuinen hyvinvointijärjestelmänsä. Ainutkertaisuutta ei voi tyypitellä! Lisäksi monet hoivaa tutkivat oppineet ovat esittäneet, että tulonsiirtojärjestelmien pohjalta tehdyt mallitukset eivät päde hoivaan ja hoivan regiimeihin. Luokitteluilla on kuitenkin oma tehtävänsä kaoottisen maailman jäsentäjänä. Siksipä mekin teemme muutaman luokitteluyrityksen.

Edellä taulukosta 2 ilmeni mielenkiintoisia eroja eurooppalaisten näkemyksissä pitkäaikaishoivasta. Etelä-Euroopassa ja entisissä sosialistimaissa korostui perhekeskeisyys rahoituksessa ja palvelujen tuottamisessa. Pohjoismaissa ja Hollannissa puolestaan julkista palvelujärjestelmää pidettiin keskeisenä. Eri maiden palvelujärjestelmiä voidaan luokitella usealla eri tavalla. Oheiseen taulukkoon 5 maat on luokiteltu

sen mukaan, mikä taho palveluja tuottaa, miten palvelujen sääntely toimii, kuinka laajasti hoivan piiri on määritelty, millainen palvelujen saatavuus on, kuinka paljon julkista rahaa hoivaan käytetään suhteessa bruttokansantuotteeseen (BKT) ja mikä on harmaan talouden ja julkisen kontrollin luonne.

Taulukko 5. Vanhusten hoivan järjestäminen Euroopassa.

(Heintzea 2013, 14 mukaillen)

	Perheperusteinen hoiva		Palveluperusteinen hoiva		
	A1	A2	B1	B2	B3
Tuottajataho ja sääntely	Perhe, julkinen tuotanto heikosti säädelty; rajoitetut palvelut	Julkinen tuotanto tiukasti säädelty;	Hybridimalli: markkinat-julkisvalta; rajoitetut julkispalvelut	Hybridimalli: julkisvalta-markkinat; laaja-alaiset palvelut	Universaali julkinen järjestelmä, integroidut palvelut
Maat	Ita, Spa, Gre, Por, Pol, Slova, Cze	Ger, Aut	Ire, UK	Bel, NI	Den, Fin, Nor, Swe
Hoidon määritelmä	Kapea	Kapeahko	Kapeahko	Laajahko	Laaja
Professionalisaatio	Matala	Matalahko	Vaihteleva	Korkea	Korkea
Saatavuus	Riippuu perheitälanteesta	Vaikeahko	Vaikeahko, polarisoitunut palvelurakenne	Matala kynnys	Matala kynnys
Harmaa talous	Hyvin suuri rooli	Suurehko rooli	Suurehko rooli	Piehehkö rooli	Pieni rooli
Julkinen rahoitus BKT:sta	< 0,8%	0,8–1,2%	0,8–1,4%	1,4–3%	1,8–4%
Julkisen kontrollin rooli	Heikko, huonosti integroidut palvelut	Keskittyy kustannusten hillintään	Keskittyy kustannusten hillintään, suurehko käyttäjämaksut	Tarpeen määrittely	Tarpeen määrittely, palveluitten ingerointi

Perusjakolinja kulkee perhekeskeisten ja palveluperusteisten maitten tai maaryhmien välillä (ryhmät A ja B). Perhekeskeinen malli voidaan jakaa kahteen ryhmään sen mukaan, missä määrin julkinen valta kontrolloi ja määrittää palvelujen tuotantoa. Ensimmäistä ryhmää (A1) edustavat Välimeren maat ja eräät entisistä sosialistisista maista. Näissä maissa kontrolli ja ohjeistus on minimaalista, professionalisaation aste on alhainen (ts. hoivan antajille ei aseteta tiukkoja ammatillisia eikä koulutuksellisia kriteereitä) ja palvelujen julkinen resurssointi jää vähäiseksi. Perheyhteisön keskeinen rooli tuli jo esille kansalaismielipiteissä.

Esimerkiksi Kreikassa peräti 75 prosenttia katsoi, että tarvittavan hoivan kustantaa juuri perhe ja 63 prosenttia piti sukulaisen antamaa hoivaa kaikkein toivotuimpana hoivan muotona. Kreikassa uskottiin myös, että hoitoa tullaan saamaan tarpeen tullen. Perhekeskeisyyttä siis arvostettiin. Sen sijaan pitkäaikaishoitokotiin suhtauduttiin epäillen: laatua pidettiin huonona ja hoitoon pääsyä vaikeana (taulukko 2). Vahvasta perhekeskeisyydestä ja vähäisestä julkisesta kontrollista johtuen hoivaan liittyvä harmaa talous on varsin laajalle levinnyttä. Joko niin, että raha kierrätetään verotuksen ulottumattomiin, tai niin, että käytetään ulkomaista, halpaa työvoimaa tai molempia. Hoivan kansainvälistymisen ajankohtaisuutta ja merkittävyyttä kuvaa se, että kansainväliset hoitoketjut ja maahanmuuttajahoitajat ovat laajenevan tutkimuksen kohteena (esim. Anttonen ym. 2009; Yeates 2010; 2009 ja 2004).

Toinen perhekeskeinen malli (A2) poikkeaa ensimmäisestä siinä, että julkinen tuotanto sekä julkisen sektorin rahoittama toiminta ja palveluvalikoima on juridisesti tiukasti säädeltyä. Hoiva ja hoivapalvelut määritellään tarkasti mutta kapea-alaisesti. Professionalisaatio on voimakkaampaa ja vastaavasti harmaan talouden rooli pienempää kuin A1-ryhmään kuuluvissa maissa. A2-ideaalityyppiin luetaan ennen muita Saksa ja Itävalta. Saksan järjestelmään palaamme lähemmin tuonnempana.

Angloamerikkalaisten maitten tunnusmerkki on markkinaperusteisuus (pois lukien Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmä NHS) ja suurehkot käyttäjämaksut. Lisäksi tuotantoa leimaa alueellinen variaatio. Irlannissa pääpaino on katolisen sosiaaliopin mukaan perhehoivassa. Myös kunnallisissa hoitokodeissa palkattomien perheenjäsenten panos on tuntuva. Perheen antaman informaalisen hoivan määrä on

keskimäärin 30 tuntia viikossa. Formaalista hoivaa saavista 70 prosenttia saa viikoittaista hoivaa tunnin tai vähemmän. Professionalisaation aste vaihtelee, useimmiten se on matalahko: formaalisen hoivan antajista 40 prosentilla ei ole minkäänlaista organisaatiotaustaa (Conlon ym. 2014).

Jo hoivaa koskevia kansalaismielipiteitä luotaavasta taulukosta 2 ilmeni Hollannin ja Pohjoismaitten samankaltaisuus. Itse asiassa Hollanti oli useissa kysymyksissä lähempänä Ruotsia ja Tanskaa kuin Suomi. Myös taulukossa 5 Hollannilla ja Belgiassa on monia pohjoismaisia tunnuspiirteitä. Suurin ero koskee yhtäältä markkinoitten roolia, joka on Benelux-maissa Pohjoismaita suurempi. Toisaalta ero tulee ilmi myös hoivan alassa, joka Pohjoismaissa on määritelty laaja-alaisemmin ja jossa palvelujärjestelmät ovat keskenään integroidumpia kuin Hollannissa (Blomqvist 2004).

4.3 Mitä on julkinen ja mitä on yksityinen?

Kuten edellä todettiin, julkisen ja yksityisen erottaminen ei aina ole helppoa. Eroa voidaan yrittää jäsentää sen mukaan, mikä eri toimijoiden rooli on. Jäsennystä tosin vaikeuttavat monenlaisten julkisten toimijoiden, sosiaalisen (markkina)talouden (voittoa tavoittelematon kolmas sektori, yksityis- ja pienyrittäjät jne.) ja puhtaasti voittoon tähtäävien toimijoiden erilaiset yhdistelmät. Taulukkoon on tiivistetty erilaisia vaihtoehtoja hoivassa ja muussa sosiaaliturvassa esiintyvien monituottajusmallien eli julkisen ja yksityisen yhteispelin (public-private partnership) moninaisuudesta. Luokittelu perustuu neljään ulottuvuuteen: tilaus, tuotanto, rahoitus ja normitus.

”Tilaus” viittaa nimensä mukaisesti siihen, että julkinen valta tilaa tietyn asian, esimerkiksi vaikkapa vanhusten pitkäaikaishoivan. Niin ikään ”tuotanto” on ilmeinen: julkinen toimija tuottaa palvelun tai hoitaa tulonsiirtojärjestelmän. ”Rahoitus” voidaan hoitaa monella tavalla: verorahoituksella, jota käytetään paljon esimerkiksi Tanskassa, työntekijöille ja työnantajille määrättyillä sosiaaliturvamaksuilla, kuten meikäläisessä työeläkejärjestelmässä, tai asiakasmaksuilla. Usein käytetään näitten kaikkien erilaisia kombinaatioita.

”Normitus” viittaa siihen, miten lainsäädäntö normittaa toimintaa. Yleensä mikään yhteiskunnallinen toiminta ei ole täysin vapaata.

Lainsäädäntö asettaa rajoitteita myös ns. puhtaisiin markkinoihin. Markkinoilla hallinnon ja normituksen näkökulma on suppeampi. Vaikka kuluttajaoikeus säätelee kumisaappaitten ostajan ja myyjän välistä tavaranvaihtoa, oikeudellisesti ei kuitenkaan säädellä sitä, millaisia kumisaappaita ja kuinka monta paria asiakkaalla olisi oikeus saada ja kauppialla velvollisuus myydä. Sosiaaliturvassa puolestaan normitus on tavallista. Usein se esiintyy hyvinkin vahvana. Plussat ja miinukset kuvaavat, osallistuuko julkinen toimija kyseiseen asiaan vai ei. Toki joissain tapauksissa raja on tässäkin vain veteen piirretty viiva.

Taulukko 6. Monituottajuuden mosaiikki sosiaaliturvassa.

Tilaus	Tuotanto	Rahoitus	Normitus	Järjestelmä
+	+	+	+	Puhdas julkinen järjestelmä
+	+	-	+	Käyttäjämaksuihin perustuva julkinen
+	-	+	+	Tilaaaja-tuottaja-malli
+	-	+/-	+/-	Palveluseteli/Aikabudjetti
+	-	-	+	Työtapaturmavakuutus, pakollinen liikennevakuutus
-	-	+/-	+/-	Vapaaehtoiset, tuetut avustuskassat, osa kolmannen sektorin toimijoista
-	-	+	-	Omaishoidon tuet/hoitotuet
-	-	-	-/+	Vapaaehtoiset avustuskassat (ei tukea), yksityisvakuutus, osa kolmannen sektorin toimijoista
-	-	-/+	-	Kotityövähennys
-	-	-	-	Puhtaat markkinat

+ julkinen sektori osallistuu, - julkinen sektori ei osallistu, +/- julkinen panos suurehko, -/+ julkinen panos pienehkö.

Puhtaasti julkisessa järjestelmässä kaikki on valtion tai kuntien hoidossa. Julkisvalta tilaa, tuottaa, normittaa ja kerää veroja rahoittaakseen tuotantoa. Seuraava malli poikkeaa edellisestä vain siinä, että rahoitus kerätään esimerkiksi käyttäjämaksuina. Tilaaaja-tuottaja-mallissa puo-

lestaan julkisvalta tilaa, rahoittaa ja koordinoi toimintaa, mutta ei välttämättä tuota palvelua. Toki myös kuntayhtymät tai niiden liikelaitokset voivat olla tuottajia. Perinteisesti voittoa tavoittelemattomat kolmannen sektorin järjestöt ovat tuottaneet eräille erillisryhmille omia palveluitaan, joita kunnat ovat ostaneet. Sosiaalisen markkinatalouden ohella myös voittoa tavoitteleva palvelutuotanto monikansallisine yrityksineen on mukana. Tuotanto pohjautuu siis kirjajaan tuottajajoukkoon.

Palvelusetelissä kunta tilaa palvelun, määrittää tietyt normit ja rahoittaa tietyn osuuden, mutta paljon jää setelin käyttäjän oman harkinnan ja valintojen varaan. Julkisivallan normiohjaus on väljempää kuin kolmessa edellisessä mallissa. Työtaturmavakuutus on esimerkki sosiaaliturvan (sosiaalivakuutuksen) muodosta, jossa valtio asettaa tiukat lainsäädännölliset kriteerit, mutta ei sen kummemmin osallistu muuhun toimintaan, joka perustuu työnantajien ja yksityisten vakuutusyhtiöitten välisiin sopimuksiin.

Monissa maissa työtaturmavakuutusta kuten muutakin sosiaalivakuutusta hoitaa valtiollinen elin. Suomessa työtaturmavakuutus on alusta saakka rakentunut yksityisten vakuutusyhtiöitten varaan. Työtaturmavakuutuksen ohella liikennevakuutus on kiintoisa esimerkki, josta voisi hakea liittymäkohtia mahdolliseen hoivavakuutukseen. Julkisvalta määrittää vakuutuksen tietyiltä osin pakolliseksi, mutta ajoneuvon omistaja voi halutessaan ostaa vakuutukseensa lisäosia (kasko), jotka korvaavat pakollista vakuutusta laajemmin.

Vapaaehtoiset avustuskassat voidaan jakaa kahteen ryhmään se mukaan, osallistuuko julkisvalta niiden rahoitukseen vai ei. Rahoitusosuus voi vaihdella paljonkin eri maissa ja eri aikoina. Esimerkiksi Suomessa – toisin kuin Ruotsissa – varhainen sairauskassatoiminta ei tullut valtion avustusten piiriin. Kassojen toimintaa kuitenkin ohjeistettiin apukassa-asetuksella. Yleensä avustuskassat saavat julkista rahoitusta ainakin jonkin verran. Esimerkiksi vapaaehtoinen työttömyysvakuutus rahoitetaan Suomessa huomattavalta osin julkisvaroin. Samaan luokkaan avustuskassojen kanssa voidaan sijoittaa osa kolmannen sektorin toiminnasta, joka saa joko suoraan tai epäsuorasti (esim. Raha-automaattiyhdistyksen kautta) julkista tukea. Kolmannen sektorin toimijoitten on katsottu sopivan erittäin hyvin palvelemaan tietämättömiä

kuluttajia. Usein näitä voittoa tavoittelemattomia yhdistyksiä ohjaa palvelumissio. (Ks. lähemmin Taimio 2015.)

Erilaisissa hoitotuissa julkisella sektorilla on pääasiassa vain rahoittajan rooli, normitus on vähäistä ja hoivan laatu ja intensiteetti jää hoivattavan ja hoivan antajan välisen suhteen varaan. Mutta tässäkin voi olla variaatiota. Eläkettä saavan hoitotukeen ei sisälly vahvoja sopimusoikeudellisia piirteitä. Sen sijaan omaishoidon tuessa muodollisten sopimusten kautta tapahtuva sääntely on voimakkaampaa.

Yksityisvakuutus on periaatteessa vakuutuksen ottajan ja vakuutusyhtiön välinen asia. Julkisella vallalla on kuitenkin roolinsa tässäkin. Vaikka julkista rahaa ei periaatteessa käytetä yksityisiin vakuutuksiin, saattaa se joidenkin vakuutusmuotojen (esim. yksilöllinen eläkevakuutus) yhteydessä tulla verovähennysten kautta niihin osalliseksi. Normitus perustuu vakuutustoimintaa koskevaan lainsäädäntöön, joka puitteissa voidaan vapaasti ostaa ja myydä vakuutuksia. Puhtaalla markkinatoiminnalla on niin ikään omat lainsäädännölliset rajoitteensa – niistä vapaata on vain likainen liiketoiminta.

4.4 Hoivan eri muodot

4.4.1 Vanhustenhuollon lyhyt historia:

Vaivaistalosta palvelukeskukseen

Hoivan muodot ovat vaihdelleet eri aikoina, samoin yksityisen ja julkisen hoivan määrä. Nykyisen julkisen vanhustenhuollon juuret löytyvät vuoden 1845 vaivashoitoasetuksesta ja vuoden 1879 yleisestä vaivashoitoasetuksesta. Elätehoidosta on vuosien mittaan muodostunut perhehoito ja omaishoidon tukijärjestelmä, vaivaistaloista kunnalliskotien kautta vanhainkoteja ja palvelutaloja. Tavoite on edelleen sama kuin 1800-luvun puolivälissä: turvata vanhoille ihmisille tarpeenmukainen hoito ja huolenpito.

Suomalaisen hyvinvointivaltion toimintaa ja aikaansaannoksia koskevassa keskustelussa voidaan erottaa kaksi ääripäätä, joilla on sama kritiikin kohde ja huolenaihe. Ääripäiden näkemykset ongelmien syistä ja tarvittavista korjauskeinoista ovat kuitenkin erilaiset. Yhteisen kritiikin kohteena on ollut järjestelmän huono toimivuus: jäykkyys, byro-

kraattisuus, etujen ja palveluitten ulkopuolelle jääneitten suuri määrä. Kummankin ääripään puhetavassa suomalainen hyvinvointivaltio näytetty perin kehnona ja aikaansaannokset vaatimattomina.

Toisessa poliittisessa puhetavassa, kutsuttakoon sitä vaikka vasemistodiskurssiksi, ongelmien syynä ovat etuuksien huonous, satsausten vähäisyys ja liiallinen luottamus markkinoihin. Julkisen toiminnan osuutta hyvinvoinnin tuottamisessa on vahvistettava. Toisessa puhetavassa, kutsuttakoon sitä vaikka oikeistodiskurssiksi, hyvinvointijärjestelmien kehittämisen ja lopulta koko hyvinvointivaltion olemassaolon elinehtona pidetään markkinamekanismien laajentamista.

Kummassakin diskurssissa näyttää unohtuvan on se, että ns. pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli ei koskaan ole ollut staattinen, vaan se on muuttunut kulloistenkin yhteiskunnallisten olosuhteitten mukaan. 1950-luvun malli oli erilainen kuin 1990-luvun malli. Suuria muutoksia on tapahtunut senkin jälkeen. Muutoskyky on ollut mallin vahvuus. Mallissa on soveltuvin osin käytetty useita taulukossa 6 esitettyjä välineitä. Myös yksittäiset palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmät ovat nojanneet ja nojaavat erityyppisiin kombinaatioihin, kuten taulukko kertoo. Suomessa niin ikään erilaiset tuottajayhdistelmät ovat olleet käytössä. Painopisteet ovat kuitenkin historiallisesti vaihdelleet.

Pitkään vanhusten avuntarve ymmärrettiin toimeentulon ongelmaksi. Vanhustenhuollon historiaa tutkineen Taina Rintalan mukaan vanhustenhuolto tarkoitti pitkään lähinnä asunnon ja ruoan tarjoamista hädänalaisille. 1920-luvulta lähtien alettiin nähdä tarvetta myös hoivan järjestämiseen, vaikka eläkekysymys oli vielä järjestämättä. Apua tarvitsivatkin paitsi köyhät myös toimeentulevat, mutta toimintakyvyltään ja terveydentilaltaan heikentyneet vanhukset. Laitokset nähtiin parhaaksi keinoksi auttaa. 1950–1970-luvulla laitosvaltaisuus alkoi pikkuhiljaa kääntyä kohti avohuoltoa.

Julkisen vallan tehtäväksi nähtiin vanhojen ihmisten kotona asumisen mahdollistaminen ja alettiin puhua vanhusten osallistumisen turvaamisesta. Avuntarvitsijoiden piiri laajeni käsittämään myös potentiaalisesti apua kaipaavat. 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla vanhusten tarpeiden tarkastelussa korostui asuminen. Vanhusryhmillä nähtiin olevan erilaisia asumiseen liittyviä tarpeita. Alettiin muokata laitoksi, syntyi mm. palvelutaloja. Muodostettiin vaihtoehtoisia ja välimuotoisia

palveluja laitos- ja avohuollon välimaastoon. Syntyi esimerkiksi päiväkeskuksia vanhusten tilapäisiä hoivan tarpeita varten.

Tähän vaikutti sosiaalihuoltoa paljon muuttanut ns. pakkoauttajatkeskustelu ja sosiaalihuollon periaatekomitean työ. Vanhustenhoidon kehityksessä piirteet ovat pitkälti samoja kuin koko hyvinvointivaltion rakentamisessa ja kehittämisessä, tosin vanhustenhoidon on tullut vähän muun kehityksen perässä: Palvelujen rakentamisvaihe ajoittuu 1950-luvulle. Nopea kehittyminen alkoi 1970-luvun alkupuolella ja kesti aina 1980-luvun lopulle asti. (Rintala 2003, 198, 202–208.)

Muutoksen taustalla on ollut myös ideologinen siirtymä. 1990-luvulle tultaessa avuntarpeet tulkittiin nimenomaan palvelujen tarpeeksi. Tarkoituksena oli turvata vanhan ihmisen elämän jatkuminen mahdollisimman samanlaisena toimintakyvyn muutoksista huolimatta. 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa keskityttiin avohuollon palvelujen kehittämiseen. Tarpeenmukainen hoito ymmärrettiin asiakkaan tarpeiden yksilölliseksi huomioimiseksi ja henkisestä hyvinvoinnista huolehtimiseksi. Huomio ei niinkään kohdistunut palvelujen riittävyteen kuin niiden laatuun ja vaikutuksiin.

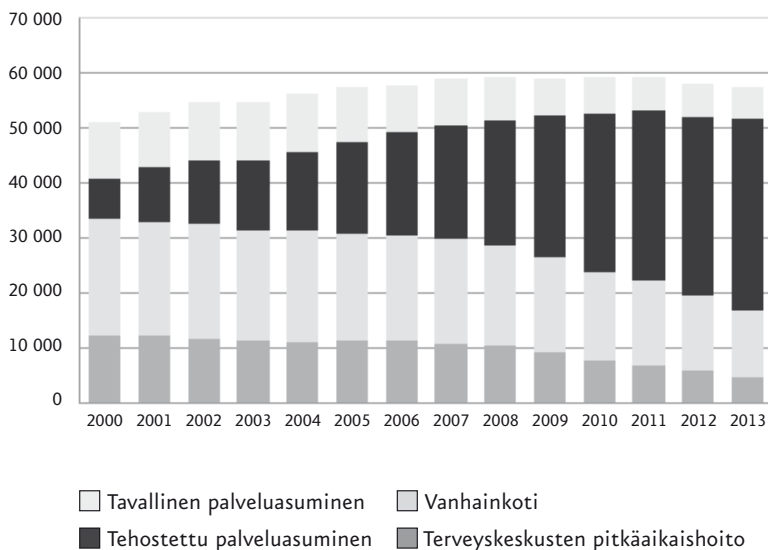
1990-luvun alussa voitiin katsoa, että palvelujärjestelmä oli valmis, ja vanhat ihmiset hakeutuivat palvelujen piiriin. Sitten tuli lama eikä enää oltukaan valmiita hyväksymään palvelujärjestelmän kustannuksia eikä ihmisten riippuvuutta eri tuista. 2000-luvun alussa Rintala näki ratkaisuna kustannuspaineisiin palvelujen suuntaamisen eniten tarvitseville, omavastuun ja omatoimisuuden korostamisen ja uusien palvelujen lisäämisen lopettamisen. (Rintala 2003, 199–208.)

Sittemmin vanhustenhoidon tavoitteeksi on tullut laitospaikkojen purku ja vanhuksen kotona asumisen turvaaminen – olipa tämän kunto melkein millainen hyvänsä. Puhutaan oikeudesta asua kotona ja ikäihmisten toiveista, mutta kuten edellä esitellystä oikeustapauksesta ilmeni, laitokseen ei pääse vaikka toivoisi.

Laitosrakenteen muuttamiseen liittyi taloudellinen kannuste. Vanhainkotipaikka on sairaalan vuodeosastoa halvempi. Palveluasuminen puolestaan on halvempaa kuin vanhainkotasuminen. Kuntataloudelle siirtymä sairaalasta ja vanhainkodista palvelutaloon on ollut kannattavaa. Palvelutalon asukas maksaa vuokran, lääkkeensä, vaatteensa jne. itse niiltä osin kuin Kela ei niitä korvaa. Kunta on siis siirtänyt kustan-

nuksia yhtäältä asiakkaan maksettaviksi ja toisaalta Kelan kautta valtion korvattaviksi. Samalla palvelutalojen asiakaskunta on muuttunut entistä huonokuntoisemmaksi ja muistuttaa enemmän ja enemmän vuodeosaston potilaita. Muutoksen vauhti on ollut varsin nopeaa, kuten kuviosta 9 ilmenee. Vanhainkodeista ja sairaalan vuodepaikoista on siirrytty nopeasti erilaisiin palveluasumisen muotoihin.

Kuvio 9. Vanhusten laitoshoidon siirtymät 2000-luvulla (henkeä). (THL 2014)



4.4.2 Tilaaja–tuottaja -malli

Tilaaja-tuottaja-malli on viime vuosikymmeninä yleistynyt nopeasti. Siksi sitä usein pidetäänkin nyky-yhteiskunnalle ja markkina-perusteiseksi muuttuneelle ja muuttuvalle sosiaalipolitiikkakonseptiolle tyypillisenä. Mallilla on kuitenkin Suomessa ja muissakin Pohjoismaissa pitkät juuret. Periaatteessahan jo ruotukierto ja huutolaisuus

80 perustuivat tilaaja-tuottaja-ideaan. Kunta tilasi ja maksoi huutokaup-
paan perustuvan kilpailutuksen perusteella. Oheinen kaunokirjallinen
kuvaus Kuopiosta vuodelta 1886 on Juhani Ahon reportaasista Orja-
markkinat.

”Heti kohta ensi silmäyksellä erotin kaupittavat muista. Sokeita, silmäpuolia, vanhuksia ja kesken-kasvuisia lapsia seisoj ja istus-
keli tiellä täällä muiden lomassa. Kaikkien heidän oli pitänyt
tulla saapuville, näytteeksi siitä, millaisia olivat ja mitenkä paljon
heistä kannattaisi maksaa. Muuan vanha vaimo ei jaksanut pys-
tysäkään pysyä, vaan oli hän heittäytynyt pitkäkseen penkille.
Osa ei näyttänyt mistään välittävän, tylsinä ja alakuloisina he
vain tuijottivat eteensä. Toiset taas seisoivat kiihottunein kas-
voin, posket kalpeina ja silmät palavina, seuraten toimituksen
menoa.

Tämä tapahtui aivan samalla tavalla kuin muunkin tavarän
huutokaupassa. Teki vaikutuksen sellaisen, kuin olisi ihmiskunta
tehnyt suuren vararikon, jonka pesästä myötiin kaikki joutava
irtaimisto.

Lautakunnan esimies seisoo ylinnä huoneessa pöytänsä takana
ja hänen vieressään istuu kaksi kirjuria. Heleällä äänellä mainitsee
hän muutaman onnetoman nimen. »Paljonko vaaditaan?» »Sata
markkaa!» »Helpottakaa, helpottakaa! Ei kannata niin paljoa
maksaa!»”

Tilaaja-tuottaja-mallista on monenlaisia käytäntöjä kunnasta riippuen,
eikä mitään yhtenäistä käytäntöä ole olemassa. Yleisesti ottaen mallilla
tarkoitetaan kunnallisten palveluiden järjestämistä siten, että palvelun
tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaajana toimii jul-
kinen toimija (useimmiten kunta). Tuottajana voi toimia joko kunnan
oma tai sen ulkopuolinen organisaatio. Yksittäisten palveluitten lisäksi
eräät kunnat ovat ulkoistaneet tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti koko
sosiaali- ja terveystalvclutuotantonsa. SOTE-uudistukseen liittyvät
epäselvyydet ovat kiihdyttäneet prosessia, kun kunnat ovat halunneet
varautua uudistukseen tekemällä pitkäkestoisia sopimuksia palveluitten
tuottajien kanssa.

Tilaja–tuottaja-malliin ja palvelusetelin käyttämiseen liittyy erilaisia kauaskantoisia ulkoisvaikutuksia. Palveluseteli voi periaatteessa toimia paikallisen pienyrityksyyden – sosiaalisen markkinatalouden – tukijana ja kiihdyttimenä. Niin ikään palveluseteli antaa kuluttajalle enemmän mahdollisuuksia valita tuottaja. Kuluttaja voi suunnata setelinsä haluamalleen palveluntuottajalle, esimerkiksi lähiseudun pienyritykselle.

Kun kilpailun toteuttajana toimii kunta, on todennäköistä, että kilpailun voittaa jokin suurempi yritys, jolla on resursseja vastata suurimmista palvelukokonaisuuksista. Mitä suuremmat kokonaisuudet ja mitä suurempi kaupunki, sitä todennäköisemmin valittu palvelujen tuottaja on monikansallinen suuryritys. Hoivan markkinoistuminen on kuitenkin ollut Suomessa hitaampaa kuin esimerkiksi Tanskassa ja Ruotsissa ja keskittymistäkin on vielä vähemmän. Sen sijaan palveluasumisen markkinoistumisessa Suomi on pohjoismaista kärkeä. (Karsio & Anttonen 2013).

Tilaja–tuottaja-malliin sisältyy tuottajien kilpailuttaminen. Viime aikoina palvelujen järjestämiseen on vaikuttanut nimenomaisesti kilpailulainsäädäntö. Julkisten palveluiden hankinta täytyy alistaa kilpailulle. Myös tämä suosii keskittymistä. Suuret yritykset voivat helposti kilpailla hinnoilla pientuottajan ulos markkinoilta. Lisäksi on niin, että harvasta kunnasta löytyy vastavoimaa suuryritysten sopimusoikeuksiin erikoistuneille juristeille. Keskittymisestä seuraa se, että julkisen monopolin sijaan päädytäänkin yksityiseen monopoliin ja valinnanvapaudelle saadaan heittää hyvästit.

Sosiaalipalveluita tutkineet Marta Szebehely ja Gabrielle Meagher (2013) toteavat, että siirtymä kohti voittoa tavoittelevia suuryrityksiä on ollut paljon voimakkaampi Suomessa ja Ruotsissa kuin Tanskassa ja Norjassa. Heidän mukaansa tilanne selittyy erilaisilla kansallisilla tulkinnoilla EU:n kilpailulainsäädännöstä. Suomessa ja Ruotsissa on valittu paaviakin paavillisempi tulkinta ja kaikki on alistettu kilpailulle. Tanskassa tulkinta on ollut lievempi, ja EU:n ulkopuolisena Norja on voinut vapaasti valita omat linjaukset sekä suojella paikallisia pientuottajia ja voittoa tavoittelemattomia kolmannen sektorin toimijoita. Suomessa valittu kilpailulainsäädännön tulkinta on johtanut siihen, että ennen muuta kolmas sektori, jolla on Suomessa ollut vankka jalansija, on kärsinyt. Koko vanhustenhuollon henkilökunnasta vuonna 2000

noin 7 prosenttia oli voittoa tavoittelevissa yrityksissä ja 19 prosenttia työskenteli voittoa tavoittelemattomissa yksiköissä. Loput 74 prosenttia työskenteli julkisella sektorilla. Vuonna 2012 vastaavat luvut olivat 19, 16 ja 65 prosenttia (Meagher & Szebehely 2013, 245; Karsio & Anttonen 2013).

Tilaaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan sopimuksilla. Keskeistä on, mitä näihin sopimuksiin kirjataan palveluiden laajuudesta ja laadusta. Kunnat ovat puoltaneet mallia vedoten saataviin kustannussäästöihin sekä parempaan hintaan ja laadun suhteeseen. Kriitikot puolestaan ovat vedonneet siihen, että kustannuslaskelmissa ei oteta huomioon kaikkia menoeriä, joita ovat kilpailutuksen kustannukset, laadun valvonnasta aiheutuvat kustannukset, mahdolliset oikeudenkäyntikustannukset, byrokratian lisääntyminen, päällekkäiset tehtävät jne. (ks. esim. Taimio 2015). Mitä taas laatuun tulee, niin mitään yksiselitteistä ja kiistatonta tulosta puoleen tai toiseen ei ole saatavilla (Meagher & Szebehely 2013, 59–70).

4.4.3 Palveluseteli

Kalliina pidettyjä palveluja on alettu myös korvata rahalla. Erilaiset Kela-korvaukset ja eläkkeensaajan hoitotuki ovat olleen jo pitkään käytössä, mutta palvelusetelit, tavallaan myös omaishoidon tuki ja kokeilut henkilökohtaisista budjeteista edustavat uudempina tätä cash for care -trendiä. Tätä perustellaan paitsi valinnanvapaudella myös sillä, että samalla ihmiset osallistuvat itse kustannuksiin. Vähintään silloin, kun haluavat maksaa tavallista laadukkaammista palveluista. Tilanne muistuttaa pakollista liikennevakuutusta ja siihen liittyviä lisävakuutuksia.

Kunta voi palvelun sijaan antaa asiakkaalle palvelusetelin, jolla asiakas voi haluamaltaan taholta hankkia niitä sosiaali- ja terveystalveluja, jotka kunnan kuuluu järjestää. Palveluseteli on siis palvelun vaihtoehto. Palveluseteliä on motivoitu yhtäältä säästöillä ja toisaalta valinnan mahdollisuudella. ”Palvelusetelillä edistetään sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjien valinnanvapautta ja mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiaan palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta”, linjaa STM (2015b). Olli Karsio ja Anneli Anttonen ajattelevatkin, että koska Suomessa ei ole

ollut hoivapalvelut läpileikkaavaa valinnanvapaussysteemiä, palvelusetelin on ajateltu korvaavan sitä (Karsio & Anttonen 2013).

Aula Researchin (2015) Finanssialan Keskusliitolle tekemän kyselyn mukaan palvelusetelillä on varsin suuri kannatus, mutta kannatus ja vastustus noudattavat selkeää oikeisto-vasemmisto-jakoa. Kokoomuslaisista peräti 90 prosenttia kannattaa palvelusetelijärjestelmän laajentamista. Vasemmistoliiton vastaava luku on vain 17 prosenttia.

Kristillisdemokraatit (80 %), keskustalaiset (82 %), RKP:n kannattajat (75 %) ja perussuomalaiset (73 %) ovat lähellä kokoomusta. Vihreidenkin keskuudessa kannatus (65 %) on suurempaa kuin vastustus. Sosiaalidemokraatit (30 %) puolestaan asettuvat lähelle vasemmistoliittoa. Kaikkien puolueitten selvä enemmistö toivoi järjestelmän yhtenäistämistä. Suurinta yhtenäistämisen kannatus oli perussuomalaisten (86 %) ja kokoomuslaisten (87 %) keskuudessa ja pienintä vasemmistoliitossa (61 %). Suhtautuminen palveluseteliin on siis vahva poliittinen jakolinja.

Vasemmistossa korostetaan palvelusetelin ongelmia. Setelillä kunta siirtää kilpailutuksen ja laadunvalvonnan suoraan asiakkaalle ja säästää siten niiden tuottamia transaktiokustannuksia. Lisäksi pelätään sitä, että jos setelin arvo ei vastaa palvelun hintaa, liian suuri osa kustannuksista siirtyy asiakkaan maksettavaksi. Pienituloisilla ei ole mahdollisuuksia maksaa. Vastaavasti hyvätuloiset saavat parempaa palvelua. Seteliä pidetään sosiaalisesti epäoikeudenmukaisena. Ongelmana nähdään myös valinnanvapaus: Missä määrin esimerkiksi heikkokuntoinen vanhus voi tehdä valistuneita valintoja ja kantaa mahdollisten väärin valintojensa seuraukset? Porvaripuolueissa taas pääpaino pannaan siihen joustavuuteen, jonka seteli suo kunnalle, palvelun tuottajalle ja käyttäjälle.

Palvelusetelillä on toki sekä hyvät että huonot puolensa. Palvelusetelin ei välttämättä tarvitse olla niin eriarvoistava väline kuin vasemmistossa pelätään. Keskeistä on, että pidetään ”hyvät” ja ”huonot” asiakkaat samassa riskipoolissa. Sehän on ollut koko pohjoismaisen mallin keskeinen lähtökohta. Tavallaan palveluseteliä voi verrata kaikille eläkeläisille universaalisti tasasuuruiseen maksettavaan kansaneläkkeeseen. Kansaneläkkeen päälle hankitaan lisäturvaa työeläkkeen muodossa. Lisäturva ”kelluu” kansaneläkkeen päällä. Mitä parempi peruseläke, sitä

korkeamman kokonaiseläkkeen lisäturvaa ostaneet saavat. Jos kansaneläke heikkenee, myös lisäturvaa saajat kokevat sen kukkarossaan. Vastaavasti voidaan ajatella, että palveluseteli on universaali palvelulupaus, jonka päälle voidaan hankkia lisäpalveluita omaehtoisesti. ”Kellunta-periaate” ei muodosta negatiivisia kannusteita omaehtoiseen varautumiseen.

4.4.4 Kotitalousvähennys

Myös hoivapalvelujen oston hyvittäminen verotuksessa kotitalousvähennyksenä kuuluu cash for care -trendiin. Suomessa kotitalousvähennys on ollut käytössä jo vuodesta 1997 lähtien. Myös eläkeläiset käyttävät kotitalousvähennystä hankkiakseen tarvitsemiaan palveluita. Pulma tässä verovähennyksessä kuten kaikissa muissakin verovähennyksissä on se, että se ei hyödytä kaikkein pienituloisimpia. Usein on niin, että palveluitten lähtöhinnat ovat niin korkeita, että pienituloisilla ei ole varaa ostaa palveluita, vaikka niissä olisi tuntuvakin verovähennysoikeus. On laskettu, että 65 prosenttia niistä, joilta verovähennys jää käyttämättä, on eläkeläisiä (Grönberg & Rauhanen 2015, 26).

Grönberg ja Rauhanen esittävät, että ongelmaa voisi korjata mm. siten, että vähennysoikeutta voisi siirtää jollekulle lähisukulaiselle. Ruotsin RUT (Rengöring, Underhåll, Tvätt) on suunnattu nimensä mukaisesti siivoukseen, hoitoon ja puhdistukseen (Andersson 2014a ja 2014b). Ruotsin ns. laskutusmallissa verovähennys tulee suoraan hintaan, eikä sitä kierrätetä palvelun ostajan verotuksen kautta (Grönberg & Rauhanen 2015). Ostaja näkee siis palvelun hinnan suoraan ostotapahtuman yhteydessä eikä vasta jälkikäteen verotuksen valmistuessa. Ruotsin laskutusmalli on pienituloisen eläkkeensaajan kannalta kätevämpi kuin meikäläinen jälkikäteinen korvaus.

4.4.5 Henkilökohtainen hoivabudjetti: Hollanti ja Iso-Britannia

Henkilökohtainen hoivabudjetti on käytössä kahdessa Euroopan maassa, Hollannissa ja Isossa-Britanniassa. Siitä on keskusteltu niin Ruotsissa (esim. Fölster 1993) kuin Sitran ideoimana myös Suomessa (Patronen ym. 2012). Asiakkaalle myönnetyn henkilökohtaisen budjetin

suuruus perustuu julkisen sosiaali- ja terveystoimen tekemään tarpeen arviointiin sekä tarpeen perusteella tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Myönnettyä hoivabudjettia asiakas voi käyttää haluamallaan tavalla hoito- ja hoivapalveluiden tai apuvälineitten ostamiseen. Myös henkilökohtaisessa budjetissa lähtökohtana on valinnanvapauden ja joustavuuden lisääminen ja asiakkaan valtaistaminen. Asiakas voi budjettinsa puitteissa hankkia palvelut haluamaltaan taholta silloin, kun hänelle parhaiten sopii. Asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon sisältöön. Palvelut voidaan ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta, lähiomaisilta, sukulaisilta tai ulkopuolisilta henkilöiltä. Budjetointimalli toimii samantyyppisellä periaatteella kuin Kelan hallinnoima eläkettä saavan hoitotuki. Asiakkaalla on tietty rahasumma, jonka hän voi käyttää parhaaksi katsomallaan tavalla.

Henkilökohtainen budjetti tarjoaa julkisen sektorin toimijoille kustannustehokkaan ja byrokratiaa vähentävän keinon ulkoistaa palveluntuotantoa. Kunnan ei tarvitse osallistua kilpailutukseen kuten tilaaja-tuottaja-mallissa eikä määritellä korvauksen piiriin kuuluvia palveluita yhtä tarkasti kuin esimerkiksi palvelusetelissä. Henkilökohtaista budjettia voidaan kritisoida samoin perustein kuin palveluseteliäkin. Ongelmaksi tulee niin ikään se, missä määrin asiakkaat ovat kykeneviä tekemään valistuneita päätöksiä ja neuvottelemaan hinnoista ja palvelupakettien sisällöistä.

4.4.6 Hoivavakuutus sosiaalivakuutuksena: Saksa ja Ruotsin suunnitelmat

Hollannissa ja Englannissa hoivan ongelmiin on etsitty ratkaisua henkilökohtaisen hoivabudjetin avulla. Saksassa taas liitettiin kesäkuussa 1995 sosiaalivakuutuksen yhteyteen erillinen hoivavakuutus, jota on sittemmin mukailtu Yhdysvalloissa ja Japanissa (Theobald 2011; Andersson 2014a). Tavoitteena oli järjestää aiemmalle, perheen vastuulle perustuneelle hoivamallille universaali vaihtoehto, joka rakentuisi perinteiselle saksalaiselle vakuutusajattelulle mutta ei sulkisi pois perheen antamaa hoivaa.

Sosiaalidemokraatit ajoivat pakollista sosiaalivakuutusta, kristillisdemokraatit ja liberaalit halusivat mallin rakentuvan yksityisvakuutuksen pohjalle. Syntyneessä kompromississa pakollinen sosiaalivakuutus tuli koskemaan tietyn tulorajan (vuositulo 45 000 €) alle jääviä. Kyseisen rajan ylittäville puolestaan tuli pakollinen vakuuttamisvelvollisuus yksityisissä vakuutuslaitoksissa. Noin 90 prosenttia väestöstä kuuluu sosiaalivakuutuksen ja loput yksityisvakuutuksen piiriin. Etuudet rahoitetaan sosiaalivakuutusmaksuilla (2,05 % palkkasummasta), jotka jaetaan tasan työnantajan ja työntekijän kesken. Järjestelmä ei ole rahastoitu.

Hoivan tarve ja sille jyvitetty rahallinen korvaus – hoitotuki – jaetaan kolmeen kategoriaan: tarvitsee merkittävästi apua (hoitotuki 235 €/kk), tarvitsee intensiivistä apua (440 €/kk) ja tarvitsee hyvin intensiivistä hoivaa (700 €/kk). Laitoshoidossa korvaussummat vaihtelevat hoivan intensiteetin mukaan 1 023 eurosta 1 918 euroon (Social Security Programs Throughout the World, 2014). Noin 12 prosenttia yli 65-vuotiaasta väestöstä saa jotain etuutta hoivavakuutuksesta. Heistä 31 prosenttia on laitoshoidossa, 23 prosenttia saa kotiapua tai maksaa kotiavusta ja loput 46 prosenttia ottaa osuutensa rahana – cash for care (Theobald 2011, 16).

Osittain Saksan esimerkkiä seuraten ja osittain Nicholas Barrin (2010) ideoiden inspiroimina entinen LO:n pääekonomisti Dan Andersson (2014a ja 2014b) ja entinen sosiaaliministeri ja sosiaalidemokraattien sosiaalipoliittinen äänitorvi Anna Hedborg (2014) pohjivat sosiaalivakuutuksen ideaan perustuvaa hoivavakuutusta Ruotsiin. Vakuutusmallin etuna heidän mielestään olisi verorahoitteista kunnallista palvelumallia suurempi yhteys maksujen ja saatavien etuuksien välillä (vahvempi legitimizeetti) sekä vahvempi ja stabiilimpi rahoituspohja (kansallinen vakuutus). Ennen muuta vakuutus sopisi kuntamallia paremmin globaaliin maailmaan, jossa ihmiset liikkuvat kunnasta ja maasta toiseen.

Hoivavakuutus takaisi etuuksien portabiliteetin eli siirrettävyyden, mikä puolestaan takaisi paremman sopivuuden EU-maailmaan. Pohjoismaisten sosiaalipalvelujen kun on lähtökohtaisesti katsottu olevan EU-oikeuden ulkopuolella eikä siten siirrettävissä maasta toiseen. Sen sijaan silloin, kun palvelusta on erotettavissa rahaetuus, kuten lasten

4.5 Oma varautuminen vanhuuteen

”Ja siellä oli mies, joka oli sairastanut kolmekymmentäkahdeksan vuotta. Kun Jeesus näki hänet siellä makaamassa vuode-
matolla ja tiesi, että hän oli jo pitkään ollut sairas. Jeesus kysyi:
’Tahdotko tulla terveeksi?’ Sairas vastasi: ’Herra, minulla ei ole
ketään, joka auttaisi minut altaaseen, kun vesi kuohahtaa. Aina
kun yritän sinne, joku toinen ehtii ennen minua.” (Johanneksen
evankeliumi 5:5–7)

Englantilainen taloustieteilijä Nicholas Barr (esim. 1987, 2001 ja 2010 sekä Barr & Diamond 2009) on pohtinut julkisen ja yksityisen toiminnan mahdollisuuksia ja mahdottomuuksia sosiaalisen turvallisuuden tuottamisessa. Barrin mukaan varmuuden, täydellisen informaation ja rationaalisen toiminnan maailmassa kilpailu toimii eikä toiminnalla ole ulkoisvaikutuksia. Näin ollen yksilöt voivat itse varautua tulevaisuuteensa. Tiedämme varmasti oman elämämme kulun: Kuinka kauan elämme, olemmeko sairaita, tulemmeko työttömiksi, mitä tapahtuu lähipiirissämme jne. Osaamme säästää tarvittavan rahamäärän pahan päivän varalle. Lisäksi meillä on täydellinen tieto erilaisista vaihtoehdoista, palveluista ja palveluiden tarjoajista, joilla ei saa olla monopolia. Osaamme tehdä järkeviä valintoja, eikä valinnoilamme ole haitallisia vaikutuksia muitten valintoihin.

Kun nämä ehdot täyttyvät, julkista toimintaa ei tarvita. Ne eivät kuitenkaan täyty. Lisäksi on niitä, joita eivät eri syistä pysty itse varautumaan eivätkä auttamaan itseään. Oma-apuliikkeet ovat niitä varten, jotka pystyvät itse liikkumaan. Kaislamatosta ei ole sosiaaliturvaksi, eikä ihmeitä tekevä lähde aina paranna. Tarvitaan kollektiivista toimintaa, tarvitaan riskien poolausta. Useimmissa maissa riskien poolaus tapahtuu julkisen sektorin tulonsiirto- ja palvelujärjestelmien kautta.

Se Barrin korostama seikka, että julkisen sektorin täytyy kantaa perusvastuu kansalaisten sosiaalisesta turvallisuudesta, ei tee yksilöllistä, kollektiivista ja/tai markkinaperusteista varautumista tarpeetto-

maksi. Julkisen sektorin toimintakenttä ja sisältö on hyvin erilainen eri maissa, kuten olemme edellä todenneet. Niin ikään yksityinen varautuminen on tosissa maissa vahvempaa kuin toisissa. Ei-lakisääteisen varautumisen laajuus riippuu kansakunnan varallisuudesta ja julkisen sosiaaliturvan kattavuudesta.

Pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin tunnusmerkiksi on usein mainittu suuri julkinen vastuu, universaalit järjestelmät ja ilmaiset tai vahvasti subventoidut palvelut. Suomi on ollut pohjoismaisen mallin köyhempi muunnelma – pohjoismainen malli ilman lisävarusteita. Suomessa on Skandinavian maitten tapaan ainakin periaatteessa universaalit palvelut, joita julkinen sektori tuottaa. Terveysturvan käyttäjämaksut ovat kuitenkin meillä suuremmat kuin länsinaapurissa.

OECD:n (OECD 2011) tietojen mukaan myös pitkäaikaishoivassa yksityisen sektorin rooli on meillä suurempi kuin Ruotsissa, Norjassa tai Tanskassa. Finanssialan Keskusliiton vuonna 2014 kansalaisille ja poliitikoille tekemän kyselyn mukaan näyttää siltä, että yksityisten rooli on kasvamassa. 45 prosenttia vastaajista sanoo joko jo hankkineensa tai tulevaisuudessa hankkivansa asunnon vanhuuden turvaksi. Noin kolmannes säästää pankkitilille, ja rahasto- tai osakesäästämistä ilmoittaa harrastavansa niin ikään kolmannes. Kyselyyn vastanneista lähes viidennes aikoo eläkeaikanaan tehdä ansiotyötä. (Vakuutus tutkimus 2014.)

Eläketurvan kohdalla yksilöllinen varautuminen on selkeästi ongelmattomampaa kuin palveluitten kohdalla. Tämä liittyy siihen, että eläkkeillä on vahvempi marshallilainen vaatimusoikeudellinen luonne kuin vanhuspalveluilla. Yksityiset eläke- tai muut tulot eivät vaikuta esimerkiksi lakisääteiseen työeläkkeeseen. Niihin pätee ns. kelluntaperiaate. Niin ollen suomalaisessa eläkejärjestelmässä ei ole sellaisia negatiivisia kannusteita yksilölliseen varautumiseen, jollaisia tarveharkintaiset tai tulovähenteiset eläkkeet saavat aikaan. Niihin pätee erotusperiaate, toisin sanoen yksityisistä lähteistä tulleet edut vähennetään julkisista etuisuuksista.

Tätä taustaa vasten yksilölliselle varautumiselle ei Suomessa ole lakisääteisen eläkejärjestelmän toimintatapaan liittyviä esteitä. Toki on niin, että lakisääteisten työeläkkeiden täysi ansiosidonnaisuus ja katottomuus ovat omalta osaltaan hillinneet ei-lakisääteisten eläk-

keitten laajenemista. Yksilöllisten eläkkeitten suosioon vaikuttaa myös vakuutusmaksujen verokohtelu: Suosio on vaihdellut maksujen vero- vähennysoikeuden vaihdellessa. Suomessa ei myöskään ole mahdollista kertamaksulla rahoittaa eläkevakuutusta, jolla asunto- tai muuta varallisuutta voisi muuttaa eläkkeeksi.

Vanhuspalveluitten kohdalla tilanne on oleellisesti toinen. Palveluja saa ainoastaan tarveharkinnan kautta, eikä harkinnan lopputulosta ole aina helppo ennustaa. Toiminta ei myöskään ole aina hyvin koordinoitua. (ks. esim. Topo 2009, 235). Nykyinen palvelujärjestelmä ei toisaankaan kannusta varautumaan itse vanhuusiän palvelutarpeisiin. Lisätulot saattavat vaikuttaa palvelumaksuihin. Jos vanhuksella taas olisi jonkinlainen yksityinen palveluvakuutus, vakuutuksen kautta hankitut palvelut todennäköisesti mitattaisiin pois julkisen sektorin tarjoamista palveluista.

Toimiakseen kunnolla yksityinen vakuutus tarvitsee vakuutustarpeen lisäksi selkeän ja kestäväen julkisen järjestelmän. Olipa sitten kyse tulonsiirroista tai sosiaali- ja terveystaloukselta lakisääteinen järjestelmä on perustus, jolle muut yhteiskunnalliset toimijat voivat omia järjestelmiään rakentaa. Heikolle perustukselle on uskaliaasta rakentaa. Jotta muu kuin lakisääteinen varautuminen vanhuuteen voisi laajentua, julkisen sektorin tulisi antaa selkeä palvelulupaus. Mitä julkinen järjestelmä tarjoaa ja mitä se ei tarjoa.

Muutuviissa yhteiskunnallisissa oloissa julkisen palvelulupauksen sisältöä on kuitenkin vaikea määritellä niin yksiselitteisesti, että lupauksesta olisi kestäväksi perustukseksi. Syitä on useita. Yhteiskunta muuttuu alati. Myös hoivan tarve saa uusia muotoja. Siksi palvelulupaus on liikkuva maali. Hoivan tarve liittyy yksilön toimintakykyyn, mikä puolestaan on kytköksissä terveyteen, perhesuhteisiin, asuinympäristöön jne. Tällaisten yksilöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöitten arvioiminen ja avun myöntäminen niiden perusteella on paljon tulkinnanvaraisempaa kuin vaikkapa ikään tai muihin selkeisiin kriteereihin perustuvien tulonsiirtojen, kuten lapsilisien ja työ- ja kansaneläkkeen. 1.7.2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn turvaamisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloukselta 980/2012) yritti selkeyttää tilannetta.

Lain tarkoituksiksi asetettiin ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen. Tavoitteena oli myös parantaa ikäihmisten osallisuutta heitä koskevien kunnallisten palvelujen kehittämisessä. Lisäksi lain tarkoitus on parantaa iäkkäiden henkilöiden mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja sekä vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja toteuttamiseen.

Vaikka mitään konkreettista palvelulupausta ei annettukaan, ikäihmisten palvelut näyttävät parantuneen jonkin verran. THL:n selvityksen mukaan kotihoitoa on paremmin saatavilla myös virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin. Ongelmana on kuitenkin se, että hoivan määrä ei ole riittävä. Lähes puolet vastaajista piti palveluntarjontaa riittämättömänä. Tämän kuvittelisi kannustavan omaan varautumiseen, mutta onko siihen mahdollisuutta?

4.5.1 Taloudelliset mahdollisuudet itsenäiseen varautumiseen

Vanhuksilta viedään leipä, levite ja ruokajuoma – ”Ehkä kannattaisi miettiä, keneltä näitä palveluita karsitaan” (*Ilta-Sanomat* 2015b).

4.5.1.1 Riittävätkö rahat?

Suomessa eläkejärjestelmä on vahvasti työeläkepainotteinen ja vanhuusiän tulot heijastavat työnaikaisia tuloja. Tästä johtuen eläkeläisten tuloerot ovat samaa luokkaa kuin aktiiviväestön tuloerot. Kummassakin ryhmässä on hyvin ja huonosti toimeentulevia. Toki eläkeläisten tulot keskimäärin ovat noin 20 prosenttia matalammat kuin työssä olevilla, ja myös köyhyys on paljon yleisempää. EU-maitten vertailussa työikäisten köyhyyttä on meillä varsin vähän, mutta eläkeläisten tuloköyhyyttä puolestaan melko paljon muihin maihin verrattuna.

Ennen muuta yksin asuvien yleensä ja erityisesti yksin asuvien eläkeläisten köyhyysriski on Suomessa korkea. Pohjoismaissa normina on kahden palkansaajan malli. Jos kotitaloudessa on kaksi palkansaajaa, köyhyysriski on pieni, mitattiinpa asiaa millä mittarilla tahansa. Sen sijaan yhden tulonsaajan kotitaloudet ovat suhteellisen tuloköyhyysmittarin mukaan suurissa vaikeuksissa, olipa siten kyse eläkeläisistä

tai nuoremista väestöryhmistä. Yksin asuminen muodostaa Pohjoismaissa ns. uuden sosiaalisen riskin. Yksin asuvien eläkeläisten ja ennen muuta yksin asuvien vanhempien eläkeläisnaisten suuri köyhyysriski tuli esille myös Nicholas Barrin (2013) Suomen eläkejärjestelmää koskeneessa arviointiraportissa.

Nykyisen vakiintuneen tavan mukaan köyhiksi määritellään kaikki ne, joiden henkeä kohden lasketut, kulutusyksikköluvulla painotetut kotitalouden tulot ovat alle 60 prosenttia väestön keskitulosta. Tuolla mittarilla arvioidaan eläketurvan riittävyttä eri maissa ja laaditaan listoja hyvistä, rumista ja pahoista. Usein on järkevää käyttää myös muita prosenttiosuuksia. Aiemmin myös 40 ja 50 prosentin köyhyysrajat ovat olleet ahkerassa käytössä, mutta kymmenen viime vuoden aikana 60 prosenttia on vakiinnuttanut asemansa niin EU:n, OECD:n kuin Maailmanpankin mittaristossa. (Ks. Kainu & Niemelä 2014, 12–26.)

Suomi ei pärjää mitenkään kummoisesti 60 prosentin köyhyysrajalla – eikä sen puoleen Ruotsikaan. Kummastakaan ei näyttäisi olevan mallimaaksi. Malliksi sen sijaan näyttäisivät kelpaavan Hollanti, Tšekin tasavalta, Unkari ja Luxemburg. Suomen tilanne muuttuu oleellisesti, jos köyhyysrajaa lasketaan. 40 prosentin rajalla esimerkiksi Suomessa eläkeläisköyhyys olisi Euroopan matalimpia (Luxemburg Income Study 2014). Suomen eläkejärjestelmä on kattava, mutta eläkkeitten taso ei välttämättä ole aina riittävä. Ei ainakaan siinä mielessä riittävä, että se pystyisi nostamaan kaikki eläkeläiset EU:n virallisen standardin mukaisen 60 prosentin köyhyysrajan yläpuolelle. Tutkimuksen tulos ei anna kovin valoisaa kuvaa eläkeläisten mahdollisuuksista käyttää omia tulojaan lisäpalveluitten ostamiseen. Tilanteen tekee vielä ongelmallisemmaksi se, että juuri yksin asuvat ilmaisevat muita useammin hoivan tarvetta ja hoivaköyhyyttä. Tosin eläkeläisten keskuudessa on niitäkin, joiden eläketurva on kohtuullisen hyvä ja joilla olisi varaa maksaa enemmän käyttämistään palveluista. Mutta tässä joudutaan tasapainoilemaan järjestelmän legitimitetin kanssa.

Eläketurvan riittävyttä voidaan ja pitää mitata muullakin tavalla. Tuloköyhyys perustuu nimittäin vain kotitalouteen tulevaan tulovirtaan. Mittari on liian suppea. Se ei ota huomioon julkiselta sektorilta saatavien subventoitujen tai kokonaan ilmaisten palvelujen merkitystä,

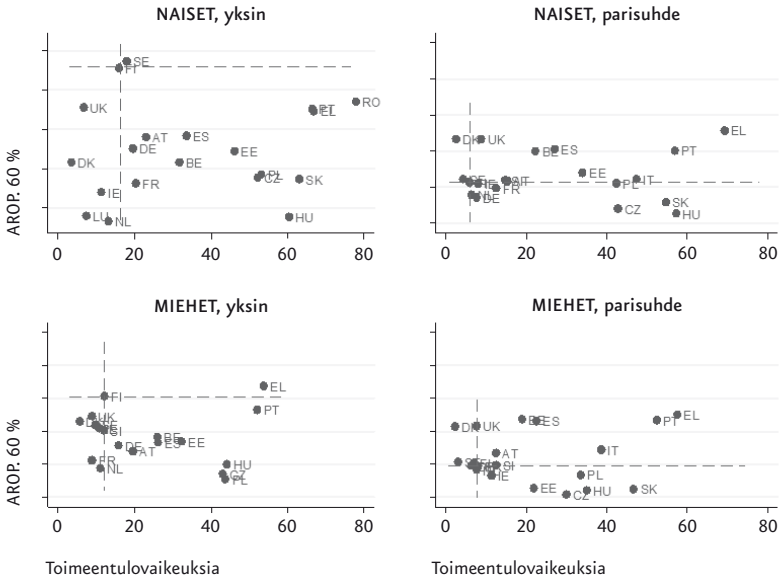
mikä heikentää Pohjoismaitten suhteellista asemaa muihin maihin verrattuna.

Toimeentuloa ja sitä kautta mahdollisuuksia käyttää rahaa muuhunkin kuin pakollisiin menoihin voidaan lähestyä kysymällä ihmisiltä suoraan, miten hyvin tai huonosti he tulevat nykyisillä tuloillaan toimeen. Näin on menetelty esimerkiksi Eurooppalaisessa sosiaali-tutkimuksessa (European Social Survey 2015). Kuvion 10 asetelmaan on koottu sekä suhteellinen tuloköyhyys että toimeentulovaikkeuksien kokeminen. Vaaka-akselille on merkitty niitten yli 75-vuotiaitten prosentiosuus, jotka ovat ilmoittaneet, että heillä on vaikeuksia tulla nykyisillä tuloillaan toimeen. Pystyakseli puolestaan edustaa 60 prosentin köyhyysrajan mukaista köyhyysastetta.

Yksin asuminen näyttäisi olevan sukupuolta suurempi riskitekijä tuloköyhyyden selittäjänä. Toki sukupuolella ja sukupuoleen liittyvillä työhistorioilla on oma vaikutuksensa. Yksin asuvien naisten köyhyysriski on nelinkertainen ja yksin asuvien miesten riski kolminkertainen parisuhteessa oleviin nähden. Olipa sitten kyse yksin asuvista naisista tai miehistä, suomalaiset köyhyysluvut ovat eurooppalaisittain korkeita (ks. Airio 2013; Linnanvirta 2014). Sen sijaan kahden eläkeläisen taloudessa menee paremmin. Parisuhde toimii riskipoolina. Parisuhde toimii myös hoivapoolina ennen muuta miehille.

Huomionarvoista on toisaalta se, että parisuhteella on Pohjoismaissa hyvin pieni vaikutus toimeentulovaikkeuksien kokemiseen. Sukupuolen näkökulmasta kiinnostavaa on se, että yksin asuvat miehet raportoivat parisuhteessa olevia vähemmän toimeentulovaikkeuksista, kun taas yksin asuvat naiset raportoivat toimeentulovaikkeuksista parisuhteessa asuvia useammin.

Kuvio 10. Suhteellinen tuloköyhyys (AROP 60 %) ja toimeentuloaikeudet yksin asuvien ja parisuhteessa olevien yli 75-vuotiaitten naisten ja miesten keskuudessa Euroopassa 2010-luvulla. (Eurostat 2014 ja ESS 2015)



Kaiken kaikkiaan vajaa 20 prosenttia naisista ja vajaa 10 prosenttia miehistä kokee, että heidän tulonsa ovat liian niukat ja toimeentulo on vaikeaa. Tässä ryhmässä ei todennäköisesti ole mahdollisuuksia maksaa lisäpalveluista, eikä tämän ryhmän palvelumaksuja voi oleellisesti nostaa vaarantamatta heidän toimeentuloaan.

4.5.1.2 Jos eläke eri riittä, kelpaako varallisuus?

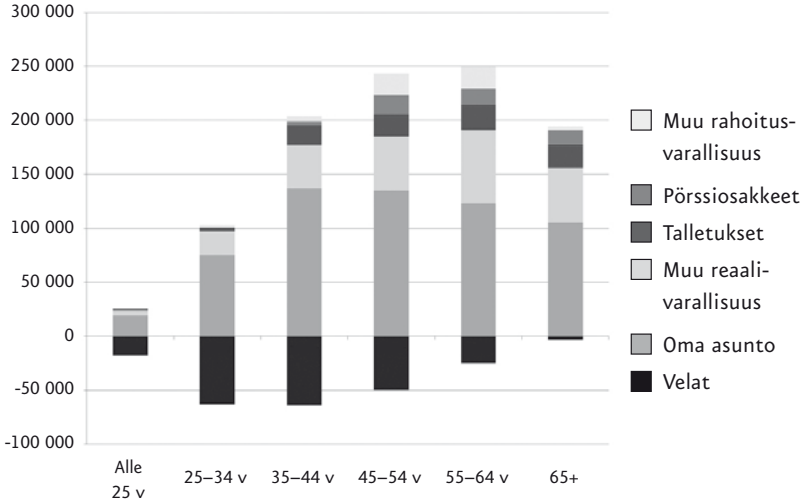
Tulot ovat vain yksi – joskin hyvin tärkeä – tekijä, joka mahdollistaa omaehtoisen varautumisen vanhuuden aiheuttamiin hoivatarpeisiin julkisia palveluita täydentävillä ratkaisuilla. Toinen täydentäviä ratkaisuja mahdollistava tekijä on varallisuus. Parin viime vuosikymmenen

aikana suomalaisten nettovarallisuus on kaksinkertaistunut. Uudet sukupolvet ovat edellisiä vauraampia.

Varallisuus on kotitalouden taloudellisten resurssien varanto poikkeileikkaushetkellä. Varannon arvo muuttuu ajassa erilaisten tekijöitten (säästäminen, pääomansiirrot, varallisuuden suhteellisten hintojen muutokset jne.) vaikutuksesta. Säästöjen määrään vaikuttaa ikä, tulo-taso, ammattiasema ja velat. Pääomansiirrot koostuvat perinnöistä ja erilaisista lahjoituksista. Ikäryhmittäin perinnöt kohdistuvat nykyään keski-ikäisille tai sen ylittäneille. Vuoden 2004 varallisuustutkimuksen mukaan perintöjä saaneiden keski-ikä oli 50 vuotta. (Törmälehto 2012.)

Suomessa varallisuus lisääntyy ikääntymisen myötä 55–64-vuotiaaksi saakka. 65 ikävuodesta alkaen varallisuus alkaa hiljalleen huveta. Mutta toki on niin, että yli 65-vuotiaitten ikäryhmän nettovarallisuus (noin 170 000 €) on toiseksi korkein. Vain eläkeikää lähestyvän 55–64-vuotiaitten ikäryhmän varallisuus on suurempaa (noin 225 000 €, kuvio 11). Suurin osa suomalaisten varallisuudesta koostuu asuntovarallisuudesta. Varallisuustutkimusten mukaan osakkeista, rahastoista, joukkovelkakirjoista ja yksityisistä eläkevakuutuksista koostuvan rahoitusvarallisuuden merkitys on kuitenkin kasvamassa.

Kuvio 11. Kotitalouksien velat ja varallisuus (€) varallisuuden luonteen mukaan vuoden 2009 varallisuustutkimuksen mukaan. (Törmälehto 2012)



Erilaisissa keskusteluavauksissa (Lassila & Valkonen 2010; Lahtinen 2010; Poikonen & Silvola 2013) onkin pohdittu, miten varallisuutta voitaisiin uudella tavalla käyttää vanhuudenturvan lähteenä. On pohdittu käänteistä asuntolainaa ja muita omaisuuden realisoimisen antamia mahdollisuuksia. Käänteisessä asuntolainassa osa asunnosta pantataan pankille ja pantin vastineeksi saa lainaa, josta maksetaan vain korkoja, ja pääoma maksetaan laina-ajan loputtua asunnon myynnin yhteydessä. Asiakas saa jäädä kotiinsa asumaan. Myös perintöjen kautta tuleva varallisuus on ollut mukana, kun on etsitty ratkaisuja vanhusten pitkäaikaishoivan rahoitukseen (ks. luku 4.6, Kangas U. 2014a-c).

Kaikkia avauksia on moitittu siitä, että ne eriarvoistavat hoitoon pääsyä ja hoivan saamista. Vain hyvätuloiset voivat maksaa lisäpalveluistaan, ja vain vauraat voivat muuttaa omaisuuttaan palveluiksi tai muuksi vanhuusiän turvaksi. Toki on niin, että sekä tulot että varallisuus jakaantuvat epätasaisesti. Eläkeläisten välinen tulonjako on suurin piirtein samaa tasoa kuin työssä olevan väestön tuloerot (European Comis-

sion 2014). Eläkejärjestelmä siis ylläpitää aktiivi-ikäisiä tuloeroja. Myös varallisuus jakaantuu epätasaisesti. Vuonna 2009 neljäsosalla kaikista kotitalouksista nettovarallisuutta oli alle 6 000 euroa. Kymmenellä prosentilla kotitalouksista nettovarallisuutta puolestaan oli lähes 400 000 euroa (Törmälehto 2012).

Sosioekonomisten ryhmien väliset tulo- ja varallisuuserot vaihtelevat myös alueittain. Hyvätuloisilla alueilla palkka-, yrittäjä- ja omaisuus-tulot ovat merkittävän tulonlähde. Sen sijaan pienituloisimmilla alueilla sosiaalipoliittisten tulonsiirtojen merkitys korostuu. Näillä alueilla ei juuri ole mahdollisuuksia omaehtoiseen varautumiseen eikä sen puoleen kovin paljon yksityisten palveluitten tuottajiakaan. Asuntojen hintojen vaihtelun vuoksi alueittaiset varallisuuserot ovat suuret. Suomessa on laskettu olevan noin 800 000 arvotonta asuntoa (esim. Yle 2014). Niitten muuttaminen käänteiseksi asuntolainaksi ei onnistu. Arvottomat asunnot sijaitsevat pääsääntöisesti haja-asutusalueilla ja leimallisesti ”sairaana” Suomen alueella, jossa väestö on vanhempaa, raihnaisempaa ja hoivan tarve suurempaa kuin Pähkinäsaaren rauhan rajan länsipuolisessa ”terveessä” Suomessa. Keskeinen kysymys on, muodostaako alueellinen varallisuudenjako esteen käyttää käänteistä asuntolainaa niillä alueilla, joissa asunnot ovat säilyttäneet arvonsa.

4.5.2 Varautuminen siihen, ettei pystykään enää päättämään itse

”När man kan välja, så får man inte – när man får välja så kan man inte.” (Andersson 2014b, 10).

Oma varautuminen neljänteen ikään, siihen tilanteeseen, että onkin heikko ja hauras, on mahdollista myös muutoin kuin taloudellisesti. Miten haluaisimme asioiden sujuvan ja kenen hoitavan asioitamme, kun oma oikeudellinen toimintakykymme on mennyt. Tärkeintä olisi kaiketi se, että puhuisimme omaistemme kanssa siitä, miten toivoisimme asioidemme järjestyvän silloin, kun emme voi siihen itse vaikuttaa. Joskus tarvitaan myös mustaa valkoisella siitä, kuka puolestamme saa päättää. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että aika harva varautuu mitenkään. Onko ajatus siitä, että itse on toimintakyvytön, niin pelot-

tava, ettei sitä ilkenne ajatella, vai onko niin, ettei oman oikeudellisen ennakkoinnin mahdollisuuksista tiedetä tarpeeksi?

Oma ennakkointi ei toki useinkaan ole välttämätöntä. Meillä on järjestelmiä siltä varalta, ettemme pysty itse päättämään. Mutta jos haluamme vaikuttaa siihen, että asiat menevät niin kuin itse toivomme, ennakkointi kannattaa. Asioista etukäteen keskusteleminen ja niiden kirjaaminen muistiin voi myös helpottaa omaisia. Omaisten on helpompi tehdä päätöksiä vanhuksen puolesta, kun he tietävät, mitä isä, isoäiti tai rakas ystävä on halunnut.

Toimintakyvyttömyyteen on varauduttu sosiaalihuollon asiakaslaissa ja potilaslaissa. Mikäli vanhus ei itse kykene kertomaan tahtoaan, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulee selvittää vanhuksen oletettu tai tiedossa oleva tahto kuulemalla hänen laillista edustajaansa, omaista tai muuta läheistä. Omaisella tarkoitetaan lähinnä aviopuolisoa, lapsia, vanhempia ja sisaruksia. Muu läheinen voi olla esimerkiksi avopuoliso tai läheinen ystävä (potilaslaki 6 §, asiakaslaki 9 §, HE 1999). Pulmia voi tulla silloin, kun omaiset ovat eri mieltä siitä, mitä vanhus olisi itse toivonut ja mikä tälle olisi parasta. Tällöin itse etukäteen tehty hoiva-tahto (hoitotestamentti) olisi avuksi.³

Tärkein ”varajärjestelmä” toimintakyvyttömyyden varalta on edunvalvonta. Edunvalvonnalla huolehditaan toimintakyvyttömän vanhuksen asioista. Useimmiten kysymys on taloudesta, mutta edunvalvojalla on aina myös yleisvelvollisuus huolehtia, että hoiva-asiat ovat kunnossa. Edunvalvoja voidaan myös määrätä pelkästään hoiva-asioiden järjestelemistä varten. Ihmisiä kannustetaan huolehtimaan mahdollisesta edunvalvonnan tarpeesta etukäteen tarjoamalla mahdollisuutta tehdä edunvalvontavaltuutus. Laki edunvalvontavaltuutuksesta tuli voimaan vuoden 2007 lopussa (648/2007). Tekemällä valtuutuksen voi itse järjestää asioidensa hoidon myöhemmin ilmenevän toimintakyvyttömyyden varalta. Valtuutus tulee voimaan, kun valtuutettu hakee valtuutuksen vahvistamista maistraatilta sitten, kun valtuutuksen tekijä ei enää kykene huolehtimaan asioistaan.

3 Malleja hoivatahtoon löytyy mm. THL:n, Muistiasiantuntijoiden, Muisti-liiton ja Exitus ry:n nettisivuilta. Ks. oikeudellisesta varautumisesta vanhuuteen yleisesti Mäki-Petäjä-Leinonen 2013.

Edunvalvontavaltuutuksella voi siis itse päättää, kuka olisi sopiva huolehtimaan omista asioista. Mikään ei estä tekemästä edunvalvontavaltuutusta myös hoiva-asioista – tai pelkästään niistä. Valtuutuksen lisäksi voi myös kirjoittaa laajempia ns. toimiohjeita, joissa voi seikka-peräisemmin kertoa toiveistaan. Edunvalvontavaltuuksia ei vielä ole kovin paljon – alkuvuonna 2014 vahvistettuja edunvalvontavaltuuksia oli voimassa 1 645 kappaletta (Tornberg 2014, 431). Edunvalvontavaltuutuksella tavoiteltiin myös julkisen edunvalvonnan tarpeen vähenemistä. Päämiesten – eli edunvalvojan autettavien⁴ – määrä on kasvanut vuosittain, mutta aivan viime vuosina päämiesten määrän kasvu onkin hidastunut. Vuonna 2013 päämiehiä oli 48 830 henkeä (Tornberg 2014, 431).

Edunvalvonta on kuitenkin raskas tapa huolehtia perheen taloudesta. Maistraatin valvonta ja vuosittilistysten tekeminen voi tuntua kummalliselta varsinkin perheissä, joissa raha-asioista on tähänkin asti huolehdittu yhdessä. Vanhan puolison tilitysvelvollisuus vuosikymmenien jälkeen onkin useimmiten turhaa. Tavallisesti asiat järjestyvät valtakirjoilla tai yhteisillä pankkitunnuksilla. Valtakirjoja tarvitaan myös terveydenhuoltoon ja vaikkapa Kelaan. Tietoja toisen asioista ei ilman valtakirjaa saa, ei edes virallinen omaishoitaja, mikä yllättää monet.

Ennakointi voi tarkoittaa myös hoitajan palkitsemista. Kun hoitaja on läheinen, suomalaisten on usein vaikeaa ottaa hoivaa vastaan: ei haluta rasittaa lähipiiriä vaan mieluummin pärjättäisiin yksin tai julkisen avun turvin. Tutkimukset osoittavat, että hoivaa on helpompi ottaa vastaan läheiseltä, kun hoitaja saa siitä korvausta. (Hakanen 1991, Rissanen 1999, 44.) Hoitajalle voi maksaa palkkaa tai hoitajan voi palkita jälkikäteen jättämällä tälle perintöä testamentissa. Perintökaaren työhyvitys kun ei koske kuin rajattua joukkoa (ks. Kangas U. 2014b ja 4.6 alla).

4 Holhoustoimilain uudistuksessa vuonna 1999 vanhasta nimityksestä ”holhottava” luovuttiin halventavana ja tilalle otettiin termi ”päämies”. Se onkin vanhaa termiä tarkempi: päämiehen omaa toimintaa ei välttämättä rajoiteta lainkaan, vaan edunvalvoja määrätään ainoastaan päämiehen tueksi: päämiehellä ja edunvalvojalla voi olla rinnakkainen toimivalta. Tarvittaessa päämiehen valtaa päättää asioista voidaan rajoittaa osittain tai viimesijaisena ratkaisuna julistaa päämies holhouksen alaiseksi.

Nämä ennakkoinnin keinot – niin oikeudelliset kuin usein taloudellisetkin – edellyttävät vanhukselta aika lailla tietoa. Kaikilta tällainen varautuminen ei suju.

4.6 Perheen vastuu hoivasta

Käsitykset siitä, mikä on ihmisen oma vastuu hoivastaan, mikä kuuluu perheelle ja mikä taas julkiselle vallalle, ovat ajassa ja paikassa muuttuvia – niin lainsäädännössä kuin ihmisten mielessäkin (ks. taulukko 2 edellä). Toisinaan korostetaan julkisten sosiaalipalvelujen ja ammattilaisten tuottaman hoivan tärkeyttä, toisinaan epävirallista omaishoivaa ja vapaaehtoistyötä (Häikiö ym. 2013). Perhe on hoitanut vanhuksiaan aina, mutta juridinen vastuu on vaihdellut. Aiemmin jokainen oli tarvittaessa velvollinen huolehtimaan vanhemmistaan ja isovanhemmistaan, vanhemmat lapsistaan ja lapsenlapsistaan (vuoden 1879 vaivashoitoasetus 4 §, 1922 köyhäinhoitolaki 3 § ja vuoden 1956 huoltoapulaki 4 §). Tällä hetkellä ainut aikuisiin kohdistuva elatusvelvollisuus on puolisoitten velvollisuus elättää toisensa (avioliittolaki (234/1929) 46 §).

Lainsäädännössä on pitkään puhuttu pelkästään elatuksesta. Se on jatkumoa siitä, että pitkään vanhusten huollon painopiste oli rahan siirroissa eikä konkreettisesti huolenpidossa ja hoivassa. Nyt ongelmat ovat toiset: yksin asuminen, yksinäisyys ja krooniset sairaudet. Tarvitaan hoivaa. Elatusvastuun ajatellaankin pitävän sisällään myös tavanomaisen hoivan. Puolisoita ei kuitenkaan katsota voivan velvoittaa raskaaseen hoivatyöhön – vaikka moni sellaisenkin vastuun haluaa ottaa.

Pari- ja perhesuhteet ovat avun saannin kannalta keskeisiä. Miesten eliniän pidentyessä parisuhteessa elävien osuus kasvaa. Tämä ehkä korvaa sitä, että erot toisaalta lisääntyvät ja pitkät parisuhteet ovat harvinaisempia kuin ennen. Perhesuhteet ovat merkityksellisiä, vaikka ei asuttaisikaan naapurissa: myös LAT-suhteet (living apart together) tai etäomaishoito voivat olla ratkaisevia. Perhe haluaa usein kantaa hoivavastuuta, vaikka asuisikin kaukana. (Peiponen 2010, Zechner 2006, Pöllänen 2013.)

Oma ja perheiden vastuu vanhusten hoivan kustannuksista on jälleen puhuttanut ihmisiä. Keskustelu sai vauhtia viime vuonna siviilioikeuden professori Urpo Kankaan kysytyä, pitäisikö lapset uudelleen

velvoittaa vastaamaan vanhempiensa hoivan kustannuksista. Kangas sitoisi auttamisvelvollisuuden varallisuuteen – varakas lapsi voitaisiin velvoittaa auttamaan köyhää vanhempaa. Vaihtoehtoisesti perimyssääntöjä olisi syytä muuttaa siten, että automaattisesta rintaperillisen lakiasasuojasta luovuttaisiin. On kohtuutonta, että lapsi voi periä vanhemman varallisuuden auttamatta tätä lainkaan. Isälle ja äidille jäisi silloin vapaus jättää perintöä sille lapselle, joka on huolehtinut heistä. (Kangas 2014a.)

Urpo Kangas on myös esittänyt perimyssääntöihin toista mahdollisuutta, palkitsemista hoivatyöstä perinnön kautta. Tällä hetkellä palkitseminen täytyy muistaa hoitaa testamentilla. Kangas ehdottaa perintökaaressa jo nyt olevan työhyvytyssäännön (8:5 §) laajentamista siten, että työhyvitystä voisi saada puoliso, avopuoliso tai muu perintökaaressa mainittu sukulainen. Näin jäämistöstä voitaisiin korvata sellainen hoivatyö, jota joku on tehnyt perittävän hyväksi saamatta siitä työsopimuksen perusteella palkkaa. (Kangas 2014b.)

Kangas (2014c) on pohtinut myös, olisiko pitkäaikaishoidon kustannusten jako uusittava eli pitäisikö asiakasmaksuja määrättäessä ottaa huomioon myös henkilön varallisuus. Miten se voitaisiin tehdä ja mitä seurauksia eri ratkaisuilla olisi? Koska varallisuusvero on poistettu, kertynyt varallisuus ei ole mitenkään jakamassa pitkäaikaishoidon kustannustaakkaa. Kankaan mielestä varallisuusveron kumoaminen olikin hätäkiötyä – veroa olisi voitu käyttää korvamerkittynä esimerkiksi juuri pitkäaikaisen laitoshoidon yhteiskunnalle aiheuttamiin kustannuksiin.

Varallisuuden huomioon ottamiseen asiakasmaksuissa liittyy hyviä ja huonoja puolia, eikä laitoshoitomaksuyhtälöä ole helppo ratkaista oikeudenmukaisella tavalla. Kankaan mukaan laitoshoitomaksun määrittäminen pelkästään tulojen perusteella ei voi olla ajan mittaan kestävä ratkaisu. Kun varallisuuden huomioon ottaminen maksua määrättäessä johtaisi mutkikkaaseen ja hankalaan päätöksentekojärjestelmään, muuta toimivaa keinoa kuin kumotun varallisuusveron palauttaminen verojärjestelmään ei ole. (Kangas 2014c, 221–231, 256.)

Asiakasmaksuihin liittyy myös muita perheen jäseniin ulottuvia vaikutuksia. Parisuhteessa elävän vanhuksen laitoshoitomaksut määrätään parisuhteen muodosta riippumatta nykyään pariskunnan yhteenlasketujen kuukausitulojen perusteella. Siitä huolimatta seuraus voi olla se,

etteivät kotiin jäävän pienempituloisen puolison varat riitä elämiseen entisessä kodissa. (Kangas 2014c, 234–238.)

Tässä kohden tarvitaan kunnan työntekijöiden myönteistä tulkintaa – asiakasmaksulain (734/1992) mukaan kunta voi pienentää maksuja tai olla ottamatta niitä lainkaan. Joissain kunnissa puolison ahdinko osataan ottaa huomioon (Kangas 2014c). Tilanne on sikäli mielenkiintoinen, että verotuksessa julkisvallan silmämääränä on yksilö ja hänen tulonsa. Perhe ei vaikuta veroihin. Mutta hoidon ollessa kyseessä perhe onkin se tulonsaajajaysikkö, jonka tulojen perusteella palvelumaksut määritellään.

Kuten edeltä on ilmennyt, perheiden tai muiden läheisten tuki on monesti välttämätöntä vanhuksen hoivan järjestymiseksi. Apua ja tukea tarvitaan tietysti sitä enemmän, mitä huonompikuntoisesta vanhuksesta on kysymys. Niitä tarvitaan sopivan hoivan etsimiseen, hakemusten täyttämiseen, hoivan koordinointiin ja valintojen tekemiseen. Mutta mitä monimutkaisemmaksi järjestelmämme menee ja mitä enemmän tukeudumme kuluttajuuteen, sitä enemmän perheitäkin kaivataan. Perheiden hoivavastuun myös esitetään kasvavan. Esimerkiksi Marja Jylhä on sitä mieltä, että vanhuspalvelulain viimeisin muutos ympärivuorokautisen hoivan leikkauksista lisää väistämättä perheiden vastuuta (Jylhä 2014).

Vanhustenhuollossa ihmisen oma ja perheen vastuu sekoittuvat hyvin usein. Omaiset ovat mukana järjestelemässä, vaikka heillä ei ole mitään virallista asemaa. Vastuun jaossa perheen ja julkisen kesken on usein kysymys ihan konkreettisesta tekemisestä: Siitä, kuka hoivaa tai kuka järjesteele hoiva-asiat. Tämä ei ole jäänyt lainsäädännössäkään huomaamatta. Monesti sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä onkin luettavissa eräänlainen toiminnallis-taloudellinen lojaalisuus-olettama: vaikka mitään juridista velvollisuutta auttaa ei olekaan, myös lainsäädännössä oletetaan omaisten tekevän niin (Kalliomaa-Puha 2007, 24).

Omaishoidon tukemista voidaan tarkastella tästä näkökulmasta, samoin muuta rahallista kannustusta hoivan järjestämiseen itse, kuten verotuksen kotitalousvähennyistä hoivamenoista ja Kelan maksamaa eläkettä saavan hoitotukea. Vastaavasti esimerkiksi palvelusetelilain perusteluissa nimenomaisesti vedotaan perheisiin toteamalla, että

palveluseteli on mahdollinen huonokuntoisellekin asiakkaalle silloin, kun lähiomainen voi valita tämän puolesta (HE 2009, 16). Kun lainsäädäntökin olettaa perheiden olevan tukemassa vanhusta, unohtuu helposti, ettei kaikilla ole läheisiä ihmisiä tukena. Yksinäisyys onkin riski, joka vaikuttaa suuresti siihen, miten vanhuksen asiat järjestyvät.

Perheet käsitetään vanhusten hoivan voimavaraksi, ja tukemalla perheiden hoivaa halutaan varmistaa informaalin hoivan jatkuvuus. Monissa maissa omaisten hoivaa tuetaan myös taloudellisesti. Tukea voidaan maksaa hoitajalle, kuten Ruotsissa, Norjassa, Islannissa, Unkarissa ja Isossa-Britanniassa tehdään, tai sitten hoidettavalle, kuten Hollannissa, Italiassa, Ranskassa tai Saksassa. Esimerkiksi Espanjassa, Italiassa ja Ranskassa on käytössä hoivaajan tai hoivantarvitsijan verotukseen liittyviä tuen muotoja. (Anttonen & Sointu 2006, 93, Nordiskt demensnätverk 2014, 14.) Suomessa on käytössä kaikki kolme keinoa.

Virallisia, kuntien kanssa omaishoitosopimuksen tehneitä omaishoitajia on noin 40 000, mutta samanlaista raskasta hoivatyötä tekeviä omaisia arvioidaan olevan 60 000. Omaishoidon palkkio ja palvelut sekä omaishoidon sopimuskäytännöt vaihtelevat kunnittain. Pitkälti näistä syistä omaishoidon palkkion hoitamista on esitetty Kelan hoidettavaksi. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014.) Kunnista 67 prosenttia kannattaa siirtoa Kelaan (Linnosmaa ym. 2014). Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Kelan omaishoitokyselystä ja viranomaishaastatteluista (Tillman ym. 2014).

Perheiden antamaa hoivaa halutaan siis tukea. Toisaalta työikäiset halutaan ns. tuottavaan työhön. Työlainsäädäntö ei kuitenkaan tue juuri muuta kuin pienten lasten hoivan yhdistämistä ansiotyöhön. Vanhusten hoivaa ei ole käsitetty samalla lailla sitovaksi tai perheen tehtäväksi kuin pienten lasten hoivaa. Sellaista vanhusten hoiva voi kuitenkin olla. Ansiotyön ja omaisten hoidon yhdistämisen kehittäminen mahdollistaisi useamman omaishoitajan, vaikka helppoa se ei välttämättä ole.

Kuvatunlaisen hoivan luonteeseen kuuluu epävarmuus, ja on ymmärrettävää, ettei hoiva ole yhdistettävissä kaikkiin työtehtäviin. Mutta jos haluamme työikäisten osallistuvan hoivaan, työn ja hoivan yhdistämisen keinojen kehittäminen kannattaa. Lisäksi se on eräs keskeinen edellytys sille, että työuria pidennetään keskeltä ja lopusta. Ilman joustavia hoiva- ja työelämäratkaisuja se ei onnistu, vaan pää-

dytään ilmiöön, jota kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa kutsutaan nimellä sandwiching: naiset joutuvat pakkorakoon, jossa heillä on omien lastensa lisäksi huollettavana myös omat ja mahdollisesti miehenkin vanhemmat.

Perheen hoito tarkoittaa nimittäin edelleen useimmiten naisten antamaa hoivaa. Vanhusten hoiva onkin pitkälti naisten asia: naiset hoivaavat niin informaalisti kuin formaalisti, ja naiset ovat usein myös hoivan kohteena. Pitkäikäisemmät naiset ehtivät elää myös raihnaista vanhuutta ja heillä on harvoin enää puolisoa hoivaamassa. Hoivan järjestäminen on naisille monella tavalla tärkeää. Esimerkiksi omaishoita- jista n. 70 prosenttia on naisia. (Ahola ym. 2014; Kalliomaa-Puha 2007, 28–33.)

Työsopimuslaki mahdollistaa lyhytaikaisen poissaolon vanhusten hoivan järjestämiseksi (poissaolo ns. pakottavasta perhesyystä, työsopimuslaki 55/2001, 4:7 §). Paljon on kiinni työnantajan halusta ja mahdollisuuksista joustaa, vapaan ehdot ovat melko tiukat (ks. lähemmin Kalliomaa-Puha 2007, 122–123). Vuodesta 2011 lähtien työntekijä on voinut jäädä pois töistä pidemmäksi aikaa perheenjäsenen tai muun läheisen hoitoa varten (4:7a §). Kysymyksessä on ikään kuin lasten hoitovapaaseen verrattava vapaa. Hoitovapaa edellyttää kuitenkin työnantajan suosiollisuutta: Vapaasta ja sen kestosta on sovittava työnantajan ja työntekijän kesken.

Työnantajalla ei ole myöskään velvollisuutta maksaa palkkaa näiden hoitovapaiden ajalta (työsopimuslaki 4:8 §). Hoivavapaan käyttöä vanhusten hoitoon haittaa se, ettei vapaan pituutta useinkaan osaa ennustaa. Vanhusten hoivassa on vaikea tietää hoivan tarpeen päätymispäivää, toisin kuin terveiden lasten hoivassa. Hoivavapaalle jääminen voisi toimia esimerkiksi silloin, kun vanhus kotiutetaan sairaalasta tai tarvitsee saattohoitoa. Tällaisiin tilanteisiin (yleensä enintään 6 kuukaudeksi) voi saada myös korkeampaa omaishoidon tukea (ns. hoitollisesti raskas siirtymävaihe, omaishoitolaki 937/2005, 5 §), joka jos- sakin kunnissa on sen suuruinen, että sen voi ajatella korvaavan palkka- tulon. Lakisääteinen minimi on 769,33 € kuukaudessa vuonna 2015.⁵

5 Omaishoidon tuki on sidottu indeksiin, ja ajantasaiset palkkiosummat ilmoite- taan STM:n sivuilla vuosittain <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1895396> (viitattu 21.1.2015).

Työn ja raskaamman, viralliseen omaishoitoon oikeuttavan hoivan yhdistäminen ei ole helppoa. Työikäisten omaishoitajien osuus onkin vähentynyt tasaisesti koko 2000-luvun (Linnosmaa ym. 2014).

Yhtä kaikki, perheet ovat mukana vanhusten hoivassa ja useimmiten haluavatkin olla. Kun julkinen hoivatarjonta supistuu, perheiden on todettu ottavan entistä suuremman vastuun hoivasta. Niin ainakin Ruotsissa, jossa erityisesti vanhusten keski-ikäisten tyttärien on havaittu lisäävän apuaan. Ruotsissa on myös havaittu, että vanhuksia auttavat erityisesti vähän koulutetut, työväenluokkaisissa ammateissa työskentelevät, kun puolestaan korkeammin koulutetut paikkaavat julkispalvelujen muutosta ostamalla aiempaa enemmän yksityisiä hoivapalveluita (Meagher & Szhebehly 2013).

Vastaavaa on todettu Irlannissa (Conlon ym. 2014) ja Saksassa (Theobald 2011). Suomessa ilmiötä ei ole juurikaan tutkittu, mutta esitetään, että täälläkin on merkkejä siitä, että omaiset paikkaavat julkisen hoivan aukkoa – joskus vastentahtoisestikin, muiden vaihtoehtojen puuttuessa (Kröger 2009) ja jopa toisesta maasta (ylirajainen hoiva) (Zechner 2006; Pöllänen 2013). Perheessä annettava hoiva on siis vahvasti sukupuolisidonnainen, mutta se on myös vahvasti kytköksissä sosioekonomiseen asemaan ja tulotasoon.

5.1 Moninaiset vanhukset

SORRUMME VÄLILLÄ pitämään koko vanhusväestöä samanlaisena. Unohtuu, että joukossa on varakkaita ja köyhiä, terveitä ja sairaita, kyvykkäitä asioidensa junailijoita ja toimintakyvyttömiä, yksinäisiä ja laajoilla tukiverkostoilla varustettuja, kaukana palveluista asuvia ja kaupungin keskustan asukkaita. Helsingin vanhuspalvelujohtaja Arja Peiponen toteaa, että on pieniä ryhmiä vanhuksia, joilla on iso avun tarve. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi päihdeongelmaiset, parisuhdeongelmaiset, hyväksikäyttöä ja väkivaltaa kokevat, kaltoin kohdellut vanhukset, masentuneet, yksinäiset, turvattomat, köyhät tai syvän huono-osaisuuden vanhukset (Peiponen 2010).

On selvää, että samanlaiset palvelut eivät toimi kaikille. Voidaan puhua myös palvelujen henkilökohtaistamisesta (Rajavaara 2014). Yhä herkemmin tunnistamme myös erilaisia etnisiä ja sukupuolisia vähemmistöjä ja heidän tarpeitaan sekä huomaamme, että on myös vammaisia tai kehitysvammaisia vanhuksia.

Kuten edellä on puhuttu, vanhuspalvelut pitäisi järjestää syrjimättä ja integriteettiä kunnioittaen. Onkin tulevaisuuden kysymys, miten otamme huomioon transvaarit, intersukupuoliset, muunsukupuoliset, lesbomummut, homopapat ja biseksuaalit vanhustyön asiakkaina.⁶ Kehitysvammaisten henkilöiden eliniän ennuste on kasvanut muun väestön mukana, ja ikääntyneiden kehitysvammaisten määrä on lisääntynyt tasaisesti. Yli 65-vuotiaista on kehitysvammaisia noin 0,4 pro-

⁶ Termit on otettu projektikoordinaattori Salla-Maija Hakolan, Yhdenvertainen vanhuus, Seta ry, esitelmän otsikosta Arvokas vanhuus: moninaisuus näkyväksi –seminaarista 5.11.2014.

senttia. Suomessa on jo jonkin verran ikääntyville kehitysvammaisille räätelöityjä palveluita, mutta lisääkin tarvitaan.⁷

Toistaiseksi meillä on maahanmuuttajavanhuksia vähän. Maahan muutetaan tavallisesti nuorena. Lisäksi vastaanottavana valtiona tuoreen Suomen maahanmuuttajista ei ole vielä moni ehtinyt vanhuusikään. Kielen lisäksi kulttuuriosaaminen on tulevaisuuden vanhustyön valtteja. Miten järjestää sopivat palvelut somalialaista, venäläistä, vietnamilaista tai chileläistä alkuperää olevalle suomalaiselle? Miten ottaa huomioon kulttuurien välinen kohtaaminen ja lähtömaan perinteiden ja tapojen vaikutus hoivan käytäntöihin uudessa asuinmaassa? Miten palvelujen käyttö tai sosiaaliset verkostot eroavat? (Anttonen & Zechner 2009, 48.)

Sisäministeriön tekemän selvityksen mukaan lisää palveluja kaivattaisiin: Kyselyyn osallistuneet maahanmuuttajat pitivät palveluita huonoina, välttävinä tai tyydyttävinä – vain 15 prosenttia piti omakielisiä palveluita hyvinä (Maahanmuuttajien omakieliset palvelut 2010). Maahanmuuttajataustaisia vanhuksia ei heitäkään sovi niputtaa yhteen kategoriaan – ryhmien välillä on suuria eroja, samoin samasta maasta lähteneiden kesken on eroja (Anttonen & Zechner 2009, 48–49). Vanhuuden moninaisuuden huomioonottamista kehittäviä hankkeita on parhaillaan menossa mm. Eloisa ikä -projektissa.⁸ Toivottavasti niiden havainnot löytävät tiensä arjen vanhuspalveluihin.

5.2 Globaalit hoivaketjut ja hoiva ulkomailla

Vanhusten hoiva on myös entistä kansainvälisempää. Hoivaa voi saada ja hankkia ulkomailta tai hoivan antaja voi olla ulkomaalainen kuten hoivan saajakin. Monissa maissa kasvava osuus hoivatyöntekijöistä on maahanmuuttajia (Anttonen & Zechner 2009, 50). On arvioitu, että esimerkiksi Saksassa olisi noin 120 000 Tšekistä, Unkarista tai Puolasta tullutta hoivatyöntekijää, jotka saisivat tulonsa hoivavakuutuksen kautta (Theobald 2011).

7 <http://verneri.net/yleis/ikaantyminen-suomessa> (viitattu 21.1.2015).

8 <http://www.eloisaika.fi/> (viitattu 28.2.2015).

Globaalit hoivaketjut eli hoitajien houkuttelu paremman palkan perään hoitamaan vanhuksia tai lapsia kauas kotoa, niin että hoitajien lapsia ja vanhuksia kotimaassa hoitaa puolestaan joku toinen (Yeates 2008; Anttonen & Zechner 2009, 50), ovat arkipäivää monissa Euroopan maissa. Suomessa ulkomaalaisten hoitajien värväys lienee harvinaista muualla kuin julkisella sektorilla, eikä heitä sielläkään ole vielä paljon. Meilläkin lienee kuitenkin edessä keskustelu siitä, millaista on eettinen värväys. Onko oikein, että köyhemmät maat kouluttavat hoitajia vauraampiin maihin? Miten esimerkiksi hoitajien perheiden huolto kotimaassa on eettistä toteuttaa?

Toisaalta hoitajien kotiin lähettämät varat ovat tärkeä osa joidenkin maiden kansantuotetta. Siirtolaishoitajat saattavat myös tarvita erityistä suojelua, jottei heitä käytetä väärin esimerkiksi harmailla työmarkkinoilla tai jopa orjatyövoimana. (Yeates 2008; Anttonen ym. 2009, 244–246; Da Roit & Weicht 2013.) Hoivapalvelun korvaaminen rahalla (cash for care) voi kannustaa yksittäisiä perheitä ja vanhuksia käyttämään esimerkiksi eläkettä saavan hoitotuen tai omaishoidon tuen oman hoitajan palkkaukseen. Suoraan perheille maksetut korvaukset ovat johtaneet siihen erityisesti Italiassa ja Itävallassa, missä hoitajalle usein maksetaan pimeästi (ks. taulukko 4).

Suomessakin vanhusten hoivassa on paljon enemmän tilaa ja kysyntää uusille ratkaisuille kuin lasten vakiintuneemmassa hoivamarkkinassa. Tutkijat ajattelevat, että maailmanlaajuisten hoivamarkkinoiden synty vaikuttaakin tulevaisuudessa ennen kaikkea vanhushoivaan ja että Suomessakin tullaan turvautumaan maahanmuuttajiin hoivatyön tekijöinä (Anttonen ym. 2009, 247–248).

Suomessa ei ole vielä kovin tavallista lähteä hoitoon ulkomaille. Saksassa on lehtitietojen mukaan lähetetty vanhuksia halvemman hoivan vuoksi Itä-Eurooppaan ja Aasiaan (*The Guardian* 2012; *Helsingin Sanomat* 2013; *Daily Mail* 2014). Vaikka Espanjaan on tunnetusti jo syntynyt oma suomalaisten eläkeläisten siirtokunta, siellä viettävät enimmäkseen aikaa hyväkuntoiset ikäihmiset, eivät niinkään hoivan tarpeessa olevat vanhukset.

Hoitoon on sittenkin mukavampaa tulla kotimaahan, jossa saa palvelua omalla kielellä ja jossa systeemi on tuttu ja omaiset lähellä. EU-maassa asuvalla vanhuksella on tosin oikeus asuinmaansa terveyden-

huoltoon aivan kuten maan omallakin kansalaisella. Kustannuksista tosin vastaa valtio, joka maksaa vanhan ihmisen eläkkeen. Toisin sanoen suomalaista eläkettä nauttiva, Espanjassa asuva vanhus saa Espanjassa saman terveydenhuollon kuin espanjalainenkin, mutta laskun maksaa Suomi. (Kotkas 2014, 179–180.) Välttämättömät terveyspalvelut saa jo ihmisoikeussopimustenkin nojalla, vaikka olisikin toisessa EU-maassa vain käymässä (Kotkas 2014, 183).

Vaikka pitkäaikaishoitoon ei lähdetäisikään ulkomaille, on kiinnostavaa nähdä, lisääntyykö terveysturismi potilaiden liikkuvuusdirektiivin (2011/24/EU) ja rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain voimaantulon jälkeen esimerkiksi Viroon, jossa lääkärinpalkkiot, tutkimus ja hoito ovat toistaiseksi halvempia kuin Suomessa. Potilaan itse maksaman hoidon hinta jää alhaisemmaksi kuin kotimaassa, mutta toisessa EU-maassa saatu tutkimus ja hoito korvataan kotimaan taksojen mukaan. (Kotkas 2014, 195, ks. myös Tuovinen 2012.)

5.3 Robotti hoivaa – teknologian mahdollisuudet

Elokuvassa *Robot and Frank* (2012)⁹ robotti hoivaa muistisairasta Frankia: siivoaa, valmistaa ateriat, huolehtii vitamiineista, virikkeistä ja päivärytmistä sekä soittaa lapsille, jos jotain sattuu. Juuri sellaista robottia taidamme saada hetken odotella, mutta teknologiasta odotetaan kyllä apua vanhustenhuoltoon. Erilaisia terveydentilaa seuraavia välineitä on jo tarjolla: Kännykkä monitoroi terveyttämme,¹⁰ lääkäriä pääsee konsultoimaan nettiyhteyden kautta.¹¹ Tulossa on virtsaamistiheyttä mittaava älyvaippa vanhuksille.¹² Ruokaa saa ”ruokarobotilta”, joka lämmittää pakastetut annokset mikroaalloilla syömisaikaan.¹³

9 Ks. elokuvasta esim. http://en.wikipedia.org/wiki/Robot_%26_Frank (viitattu 28.2.2015).

10 Ks. esim. <http://www.sitra.fi/uutiset/tulevaisuus/eric-topol-mobiiliteknologia-mullistaa-tavan-hoittaa-ja-ehkaista-sairauksia> (viitattu 28.2.2015).

11 Ks. esim. <http://www.nettilaakari.fi/>.

12 www.teknikkatalous.fi/innovaatiot/nyt+tulee+virtsaamistiehytta+mittaava+alyvaippa (viitattu 21.1.2015).

13 Ks. esim. <http://www.kouvolansanomat.fi/Online/2014/05/13/Kouvola+kokeilee+kotihoidossa+ruokarobottia/2014217364128/4> (viitattu 28.2.2015).

Hyljerobotti reagoi ääneen, valoon ja kosketukseen ja voi pitää seuraa muistisairaalle.¹⁴

109

Lääkeannostelija sanoo muistisairaalle selvällä suomella ”ota lääke” ja soittaa omaisille, jos lääke silti unohtuu.¹⁵ Turvalattia hälyttää, jos vanhus on kaatunut. Puhelimeen on tarjolla sovellus, joka muistuttelee tekstin, äänen ja videon avulla muistisairasta arjen rutiineista, ajanvarauksista tai kissan syöttämisestä.¹⁶ Älykäs valaistus helpottaa valoterapian keinoin muistisairasta tunnistamaan yön ja päivän, vähentää yöllistä levottomuutta ja päiväajan uneliaisuutta.¹⁷ Turvaranneke tuo turvallisuuden tunnetta vanhukselle ja omaisille. Skype-yhteydellä puolestaan onnistutaan pitämään yhteyttä kaukana asuviin läheisiin. Ilman ihmistä ei pärjätä, mutta apua arkeen nykyisistäkin laitteista voi jo saada. (Ks. esim. www.innovatedementia.eu-projekti, Nordisk demensnätverk.)

Ikäteknologiaa tutkiva projekti Käkäte (Käyttäjälle kätevä teknologia) on tutkinut ikäteknologian käyttökelpoisuutta. Jo kolme neljästä vanhuspalveluiden työntekijästä pitää teknologian käyttöä hyödyllisenä. Terveystieteiden korkeakoulutuksen saaneet ja johtotehtävissä työskentelevät pitivät teknologiaa hyödyllisempänä kuin käytännön hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Sen sijaan mitään eroa ei ollut julkisissa tai yksityisissä kotipalveluissa, palvelutaloissa, tehostetun palveluasumisen eikä muistisairaiden yksiköissä työskentelevien mielipiteiden välillä. Esimerkiksi kaatumistunnisteet, ajanvietteeseen liittyvä teknologia, muistiapuvälineet ja paikantavat turvalaitteet olivat henkilöstön mielestä kiinnostavia (Käkäte 2014).

Projektissa kysyttiin useassa eri kyselyssä myös vanhusten halukkuutta käyttää teknologiaa. Kolme neljästä oli valmis kokeilemaan teknologiaa. Haluttomuus ottaa teknologiaa käyttöön liittyi usein tiedon

14 Ks. esim. <http://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/vanhusten-kaveriksi-hankittiin-hyljerobotti/1896762> (viitattu 28.2.2015).

15 <http://evondos.fi/evondos-etahoitojarjestelma/> (viitattu 28.2.2015).

16 Ks. esim. <http://www.citrussuite.com/2014/10/16/collaboration-dementia-app-assisted-living-technology/> (viitattu 28.2.2015).

17 Ks. esim. <http://www.lighting.philips.com/main/experience/education/lighting-academy/lighting-academy-browser/webinar/innovation-for-the-aging.html> (viitattu 28.2.2015).

ja kokeilumahdollisuuksien puuttumiseen. Projektissa kysyttiin myös valmiudesta maksaa teknologiasta. 36 prosenttia yli 75-vuotiaista oli valmis maksamaan ruoka-automaatista ja automaattisista hälytyksistä (tunnistimet, turvapuhelin, lääkekello jne.), 35 prosenttia kodin turvatekniikasta (ovipuhelin, automaattihana, liesipalon automaattinen sammutin) ja 31 prosenttia virikepalveluista (liikunta, ajanviette, mielenvirkistys). (Käkäte 2013.)

Alle 75-vuotiaatkin olivat valmiita maksamaan hälytyksistä (32 %) ja kodin turvatekniikasta (33 %). Sen sijaan ruoka-automaatti tai virikepalvelut eivät kiinnostaneet niinkään alle 75-vuotiaita, jotka olivat ennemminkin valmiita maksamaan tietokonevälitteisistä yhteydenpitopalveluista (kuvapuhelin, Skype jne. 37 %). Yli 75-vuotiaista ainoastaan 16 prosenttia oli valmis maksamaan niistä. Vanhempien vanhusten ja ”nuorten vanhojen” kokemuksia ei voikaan rinnastaa, vaan on syytä kysyä kummankin ryhmän kantaa – toisin kuin nykyään usein tehdään. (Käkäte 2013.)

Projektissa tarkasteltiin myös sitä, miten läheisten määrä vaikuttaa vanhusten halukkuuteen ottaa teknologiaa käyttöön. Tulokset vahvistivat käsitystämme siitä, että perheellä on merkitystä. Lähestulkoon kaikissa kysytyissä palveluissa aktiivisuus oli sitä suurempaa, mitä enemmän vanhuksella oli läheisiä. (Käkäte 2011.)

Tutkimuksen perusteella teknologiaa voidaan hyödyntää siten, että hoitajien työaika vapautuu vanhusten hoivaan ja kiireettömään läsnäoloon. Sen sijaan ratkaisuksi työntekijäpulaan apuvälineistä ei vielä ole. (Käkäte 2014.)

Terveysteknologiasta toivotaan myös piristystä talouteen. Markkinoita varmasti olisi. Suomessa on monella mittarilla mitattuna maailman tervein, koulutetuin ja vaurain vanhusväestö. Siihen nähden vanhusväestölle suunnattuja tuotteita, brändejä tai kampanjoita on vähän. (Rehn 2014.)

6. Ei vara venettä kaada

OLEMME POHTINEET heikkojen ja hauraiden vanhusten hoivan järjestämisestä. Millainen on tämän hetkinen hoivalupaus? Miten perheiden vastuu määrittyy? Mistä vanhuksen on vastattava itse? Miten laatu määritellään ja miten sitä valvotaan? Mihin vanhus voisi itse varautua ja miten varautuminen on mahdollista? Olemme kuvanneet entisiä ja nykyisiä hoivan muotoja meillä ja muualla sekä pohtineet eri vaihtoehtojen hyviä ja huonoja puolia.

6.1 Monimutkaisuus ja yksinäisyys

Julkinen valta on luvannut pitää meistä huolta. Pohjoismaista mallia on maailmalla usein mainostettu sosiaalipoliittisena mallina, jossa niin tehdään – kehdosta hautaan. On totta, että moniin muihin maihin verrattuna julkisen sektorin vastuu on Pohjoismaissa laaja. Silti tällä hetkellä monen kokemus on, ettei lupauksen lunastamisessa kaikin osin onnistuta. Lapsiperheitten palveluissa on toivomisen varaa. Työikäisten palvelut eivät toimi. Hoitojonot ovat liian pitkiä. Vanhusten palveluissa ja hoivassa on puutteita. Tästä saamme lukea aiheeseen liittyviä uutisia iltapäivälehtien sivuilta. Väestön ikääntyminen asettaa omia haasteitaan julkis palvelujärjestelmän kestäväydelle. Niinpä uusien ja erilaisten ratkaisumallien pohtiminen on välttämätöntä. Suomi ei ole pohdinnassa yksin. Vastaavia asioita mietitään myös muissa Pohjoismaissa, muissa EU-maissa ja Euroopan ulkopuolella.

Vanhuksille on Suomessa kyllä tarjolla monenlaista palvelua, ennen kaikkea kotiin. Palveluvalikoima ja valikoiman sisältö kuitenkin vaihtelee asuinkunnan mukaan. Pulmana on, että usein saatavilla on liiankin monenlaista palvelua liian monen eri tuottajan tarjoamana. Palveluiden monimutkaisuus ja yhteensovittaminen on aito ongelma, joka estää vanhuksille luvattujen sosiaalisten oikeuksien toteutumisen. Tämä koskee ennen kaikkea yksin asuvia vanhuksia, joilla ei ole omaisia tai muuta läheisverkostoa tukena.

Apua tarvitessaan ihminen on heikko toimija – eihän hän muuten olisi avun tarpeessa. Tällöin palvelujen ja etuuksien löytäminen ja hakeminen on vaikeaa. Saatujen palveluiden koordinoiminen on myös haastava, ellei peräti mahdoton tehtävä. Useimmat eivät selviäisi ilman omaisiaan. Hoivaköhyys – pystyvien omaisten puute – estää vanhuksia saavuttamasta oikeuksiaan.

Monimutkaisuuteen voisi auttaa palvelunohjaus. Palvelunohjaus voisi olla vastaus myös ihmisten toiveisiin saada asioida vain yhden ihmisen kanssa sekä palveluiden kohtaanto-ongelmaan: Siihen, etteivät palvelut useinkaan asiakkaiden mielestä ole juuri niitä, mitä he tarvitsisivat. Palvelunohjaukseen ei tosin auta yksinäistä muistisairasta, joka asuu kotona. Inhimillisyyden vuoksi palvelujärjestelmän onkin syytä löytää ja tunnistaa juuri heikoimmat ja hauraimmat yksinäiset ja tunnustaa, että he eivät selviydy yksin.

Sosiaali- ja terveyspalveluita suunnitellaan tehostettaviksi tekemällä asiakkaista ja potilaista kuluttajia, luottamalla valinnanvapauteen, siirtämällä valintoja ja vastuuta valinnoista sekä niitten seurauksista yksilöille itselleen. Vanhukset ja perheet tekevät jo paljon sellaista työtä, mistä aiemmin huolehdittiin kunnissa. Vanhukset itse ja heidän läheisensä kilpailuttavat palveluntarjoajia (palveluseteli), valitsevat sopivimman ja reklamoivat puutteista. On hyvä muistaa, että jos valinnanvapautta ja kuluttajuutta kasvatetaan hauraiden vanhusten palveluissa, se tietää uusia tarpeita: Palvelunohjausta, valvontaa ja kokonaisuuden hallintaa sekä yksinäisten osalta edunvalvontaa. Kovin hauraiden vanhusten palvelutarpeita ei näillä keinoin voi ratkaista. Tämä ei toisaalta tarkoita sitä, ettei myös haurailta ihmisiltä pitäisi kysyä, mitä he haluavat ja tarjota erilaisia vaihtoehtoja.

Julkinen hoivalupaus on epämääräinen. Viime kädessä hoivalupaus tarkoittaa viimesijaista huolenpitoa, joka voi olla hyvinkin niukkaa. Entäpä jos haluammekin enemmän? Tulotason noustessa ihmisten tarpeet kasvavat ja vaaditaan enemmän ja parempia palveluita. Ilmiötä kutsutaan Wagnerin laiksi. Toiveitten tynnyri on ehtymätön. Pulma on siinä, mihin vedetään raja, mitä korvataan yhteisistä varoista ja mitä ei korvata. Liikenteessä asia on ratkaistu siten, että perusvakuutus on pakollinen kaikille. Osa liikennevälineitten omistajista haluaa kuitenkin täydentää pakollista liikennevakuutusta vapaaehtoisella kaskolla. Mutta

mikä olisi hoivassa se pakollinen osuus, jonka päälle ihmiset voisivat omaehtoista turvaa rakentaa?

6.2 Hoivalupausta mahdoton määritellä täsmällisesti

Ihmiset kyllä sanovat säästävänsä vanhuuden varalle esimerkiksi asuntosäästäjinä, mutta aika harva varautuu vanhuuteen muutoin. Täsmällistä varautumista hankaloittaa se, ettei julkista palvelulupausta yksinkertaisesti ole mahdollista määritellä riittävän tarkasti. Julkisella palvelulupauksella tarkoitetaan sitä, minkälaista hoivaa ihmisellä on oikeus vaatia julkiselta vallalta. Vaikka meillä julkinen valta lupaa taata viimesijaisen huolenpidon ja vaikka tätä lupausta on täsmennetty liudalla lakeja, ei sen ennustaminen hoivan tarpeen ilmetessä ole kovin tarkkarajaisesti mahdollista.

Ensinnäkin vaatii väistämättä harkintaa arvioida hoivan tarve tai hoivan sopiva, kohtuullinen ja riittävä sisältö erikseen kussakin yksittäistapauksessa. Sama pätee palveluiden laatuun. On mahdotonta määritellä etukäteen täsmällisesti yleisellä tasolla, millaista on laadukas hoiva. Yksilöllinen arvio on välttämätön. Itse asiassa voisi olla järkevää määritellä hoiva nykyistä väljemmin ja jättää nykyistä enemmän harkintavaltaa asiakkaat kohtaaville ammattilaisille. Vasta kasvokkain voidaan päätellä, mikä juuri tälle vanhukselle ja tälle perheelle olisi fiksuin, miellyttävin tai tehokkain tapa auttaa.

Toiseksi sopivan hoivan määrittely ja yhteiskunnan mahdollisuudet tarjota hoivaa vaihtelevat ajassa. Käsitys siitä, mikä on riittävää, on erilainen tänään, kymmenen vuoden päästä ja viidenkymmenen vuoden päästä. Tähän vaikuttaa yhtäältä Wagnerin laki, toisaalta muuttuneet käsitykset hyvän hoivan sisällöstä ja olosuhteista. Varautuminen olisi joissain asioissa syytä aloittaa hyvinkin jo vuosia, ellei vuosikymmeniä ennen oletettua hoivan tarvetta. Väljäkin hoivalupaus pitäisi ”indeksitarkistaa” aika ajoin. Hoivalupauksen sisällöstä ja toteutumisesta olisi syytä tehdä arvio vaalikausittain samoin kuin perusturvan riittävyystä nyt tehdään.

6.3 Mikseivät ihmiset varaudu?

Varmuuden maailmassa, jossa ihmiset ovat läpeensä järkeviä, tietävät tulevaisuutensa eikä epävarmuutta ole, ihmiset voivat itse varautua tulevaisuuteensa. Emme kuitenkaan elä varmuuden maailmassa. Tulevaisuus on arvaamaton, riskit tuntemattomia ja ihmiset epärationaalisia. Monien riskien hoitamiseen tarvitaan pakollista, kollektiivista varautumista, mikä tapahtuu usein julkisen sektorin toimesta sekä missä riskejä poolataan ja kustannuksia jaetaan. Riskejä jaetaan vertikaalisesti hyväosaisilta huono-osaisemmille. Tämä on sosiaalivakuutuksen yleisperiaate. Sen sijaan yksityisvakuutukseen ei yhtä vahvasti kuulu riskien tai kustannusten sosiaalinen tasaaminen, vaan perusajatuksena on tasata riskejä ja kustannuksia horisontaalisesti eli yksilön oman elämänkaaren eri vaiheitten välillä. Varaudumme itse meitä mahdollisesti kohtaaviin riskeihin. Henkivakuutus, matkavakuutukset ja yksityinen sairaus- ja eläkevakuutus ovat esimerkkejä tällaisesta varautumisesta. Varautuminen vaatii erilaisia tiedollisia, taidollisia ja rahallisia resursseja.

Oman vanhuuden taloudellinen suunnittelu tai varautuminen vanhuuden kuluihin ei ole mahdollista, jos tulot ovat pienet eikä varallisuutta ole. Suomalaisten eläkeläisten, varsinkin yksin asuvien, tulo-
köyhyys on eurooppalaisittain melko suurta. Varattomana eläkeläisenä varautuminen on sekä liian myöhäistä että taloudellisesti mahdotonta. Varautumisen olisi pitänyt alkaa jo aiemmin. Kansainvälisesti katsottuna suomalaisten varallisuus keskittyy vahvasti asuntovarallisuuteen. Muiden varallisuuslajien merkitys on meillä vaikkapa Ruotsiin verrattuna varsin pieni. Vanhushoivan kannalta kiintoisa kysymys on, missä määrin eri varallisuuslajeja voisi käyttää hoivan rahoittamiseen. Suomen erityistapauksessa kysymys kiertyy asuntovarallisuuden realisointiin, mistä on tehty keskustelualoitteita.

Vanhuuden hoivan tarpeeseen voi tosin varautua myös muuten kuin taloutta pohtimalla. Varautumiseen on tarjolla useita eri mahdollisuuksia hoivatahdosta edunvalvontavaltuutukseen ja perintösuunnittelusta asunnon vaihtoon. Varautuminen vaikuttaa kuitenkin olevan vaikeaa. Onko niin, ettei omaa toimintakyvyttömyyttä haluta tai uskalta ajatella? Toisaalta otammehan me matkavakuutuksenkin, vaikka

emme toivo ongelmia lomamatkalle. Tarvitaanko lisää tietoa varautumisen mahdollisuuksista?

6.4 Perheet hoivaavat, vaikka laki ei velvoitakaan

Myös perheiden vastuu hoivasta on vaihdellut vuosikymmenien mitaan. Hoivaa tarvitsevien vanhusten kasvava määrä asettaa meidät käymään tätä rajaa taas uudestaan. Minkä verran hoivaa olisi kohtuullista kustantaa yhteisistä varoista? Kuinka paljon vanhusten itse tai heidän perheidensä olisi reilua osallistua? Tällä hetkellä perheillä ei ole juridista velvollisuutta osallistua hoivaan tai sen kustannuksiin. Lainsäädäntö kuitenkin olettaa perheiden tai muiden läheisten osallistuvan, ja niin perheet myös tekevät. Perheet tai muut läheiset ovat mukana antamassa kevyttä hoivaa ja auttamassa arjen askareissa. Järjestelmän monitukaisuus saa aikaan sen, että perhe tai muut läheiset ihmiset ovat usein välttämättömiä vähintään järjestelyapuna silloinkin, kun vanhus tarvitsee raskasta hoivaa.

Omaishoidon järjestelmä on julkisen sektorin luoma palkitsemisjärjestelmä läheisiään hoitaville. Nykyisen omaishoitajärjestelmän ongelmana on se, että toimintaa ehdollistaa liiaksi oman kunnan budjetti. Toisissa kunnissa järjestelmään on varaa, toisissa ei. Kansalaisten asema on hyvinkin erilainen riippuen siitä, missä kunnassa he asuvat. Omaishoidontuen järjestelmän kehittämisen kannalta Kela-siirto olisi harkittamisen arvoinen vaihtoehto. Samalla on kuitenkin mietittävä, millaisia työllisyys- ja sukupuolivaikutuksia omaishoidon vahvistamisella ja laajentamisella – mitä Kela-siirto merkitsisi – olisi. Hoivaajien jaksamista tukevia järjestelmiä on kehitettävä, säilyypä omaishoito kunnissa tai keskitetäänkö järjestelmä Kelaan.

Olisi myös järkevää parantaa ihmisten mahdollisuuksia palkita itse hoitajiaan perinnönjaon kautta esimerkiksi muuttamalla työhyvityssääntöjä tai määrittelemällä rintaperillisten asema uudelleen. Esimerkiksi työhyvityksen – jälkikäteisen perinnöstä saatavan ”palkan” – mahdollistaminen myös hoivatyöstä voisi olla tätä päivää. Jälkikäteinen palkitseminen perinnön kautta on toki mahdollista nytkin, mutta edellyttää usein tekemättä jäävää ennakointia, testamentin tekemistä. Rinta-

perillinen saa myös aina lakiosansa, silloinkin, kun ei ole millään lailla osallistunut perittävän hoivaan.

6.5 Vanhusten hoiva on sosiaalinen investointi

Sosiaalisista investoinneista on totuttu puhumaan lasten ja nuorten kohdalla. Vanhustenhuoltoon tämä keskustelu liittyy siinä mielessä, että investointi toimivaan lastenhoitoon ja hyvinvoiviin lapsiin ja nuoriin on omiaan pitämään huolta siitä, että niin tulevia veronmaksajia ja vanhustenhuollon kustantajia kuin tulevia hoitajia on tulevaisuudessa tarjolla. Mutta toimiva vanhustenhuolto on myös sosiaalinen investointi, joka mahdollistaa omaisten – useimmiten naisten – työssäkäynnin. Meilläkään ei jätetä vanhuksia heitteille.

Jos julkinen hoivatarjonta ei toimi, omaiset korvaavat hoivan puutteen tai huonoksi kokemansa hoivan omalla työllään mahdollisuksiensa mukaan. Jos julkista hoivaa ei ole, mallimme muuttuu perheiden varaan rakentuvaksi, mikä puolestaan näkyy mahdollisuuksissa olla ansiotyössä. Kun ihmiset tarvitaan työmarkkinoille, ansiotyön ja hoivan yhteensovittamista on syytä edistää. Vanhusten hoivan keston ja intensiteetin huono ennustettavuus tekee vaikeaksi ehdottaa esimerkiksi nykyistä järeämpää oikeutta olla poissa työstä työpaikkaa menettämättä kuten pieniä lapsia hoitaessa. Työelämän joustot palvelevat kuitenkin myös vanhuksia hoitavia. Työikäiset omaishoitajat haluavat olla samaan aikaan ansiotyössä.

6.6 Reilumpi kotitalousvähennys ja palvelusetelijärjestelmä

Vanhusten on maksettava itse julkisiin palveluihin tällä hetkellä sisällyttämättömät palvelut, kuten vaikkapa siivous. Hoivan ostaminen itse markkinoilta on lisääntynyt ja palveluntarjoajien määrä on kasvanut, mutta suurimman osan yksityisistä hoivapalveluista ostaa julkinen valta ostopalvelujen tai palvelusetelien kautta. Asiassa on hyvät ja huonot puolensa. Kunnalla on kilpailutukseen paremmat neuvotteluedellytykset ja usein myös parempi tietotaito kuin yksittäisellä asiakkaalla.

Pulmaksi tulee se, että kun kunta kilpailuttaa, kilpailun usein voittaa jokin alan voittoa tavoittelevista suurista kansainvälisistä ketjuista.

Pienet paikalliset toimijat syödään pois. Julkisesta monopolista päädytään yksityiseen monopoliin, jolloin valinnanmahdollisuus ei ulotu yksittäiseen palvelun tarvitsijaan. Hän saa sen, mitä kunta on parhaaksi nähnyt tilata ja mitä palveluntarjoaja näkee sopimukseen kirjatun. Sen kummemmin asiakkaan exit kuin voicekaan ei oikein siinä tilanteessa toimi valinnanmahdollisuuksien laajentajana tai laadun varmentajana.

Erilaiset palvelusetelit tai kotitalousvähennyksen tyyppiset järjestelmät jättävät asiakkaalle suurempia vaikutusmahdollisuuksia. Kumpikin järjestelmä kannustaa oman rahan käyttöön. Palvelun sijaan annetaan palveluseteli, jonka arvon ylittävät palvelut asiakas maksaa itse. Palveluseteli antaa asiakkaalle mahdollisuuden valita tuottaja. Palvelusetelijärjestelmän on katsottu myös edistävän pienimuotoista, paikallista, sosiaaliseen markkinatalouteen perustuvaa palveluntuotantoa. Toisaalla taas järjestelmää on moitittu hyvätuloisia suosivaksi. Sama kritiikki on suunnattu myös kotitalousvähennykseen. Vähennys on mahdollinen vain kohtuullisen hyvätuloisille vanhuksille tai heidän omaisilleen – pienituloisille ei kerry maksettavaa veroa, josta vähentää hoivamenoja, eikä pienituloisilla ole varaa odottaa veron palautusta.

Ruotsissa käytössä olevaa RUT-laskutusjärjestelmää sietäisikin harkita kotitalousvähennyksen vaihtoehdoksi. Siinä vähennys on laskettu valmiiksi palveluntuottajien hintoihin ja vanhus saa alennuksen hyväksyen heti eikä hänen tarvitse odottaa verotuksen valmistumista. Palvelusetelijärjestelmissä voi myös olla yhdenvertaisuusongelma. Järjestelmät vaihtelevat suuresti kunnasta toiseen, mikä ei ole helppoa sen paremmin asiakkaan kuin palveluntarjoajienkaan näkökulmasta. Palveluseteleille voitaisiin kehittää yhtenäinen, valtakunnallinen standardi, jota kunta tai vanhus itse voisi halutessaan parantaa haluamallaan ”kaskolla”.

6.7 Varallisuuden käyttö hoivameneihin

Tällä hetkellä vanhuksen varallisuus ei vaikuta julkisen hoivan saamiseen eikä hoivasta perittäviin maksuihin. Tarpeen mukaan annettavan hoivan periaate on kestävä. Keskustelu siitä, pitäisikö varallisuus huomioida hoivan asiakasmaksuissa tai kustannuksissa, ellei muuten niin veron muodossa, jatkuu. Kysymys on ollut erityisesti poliittiselle vasem-

mistolle vaikea. Suurin osa suomalaisten varallisuudesta on asunnoissa. Eläkeikää lähestyvien 55-64-vuotiaitten keskimääräinen asuntovarallisuus on lähes 200 000€ kotitaloutta kohden. Finanssiala on puhunut käänteisen asuntolainan puolesta. Käänteisellä asuntolainalla ikääntyvät voisivat saada lisää käyttörahaa, jota voisi käyttää mm. oman hoivan järjestämiseen ja rahoittamiseen.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että suurten ikäluokkien maksuhalukkuus on paljon suurempaa kuin, mihin niihin kuuluvilla ihmisillä eläketulojensa perusteella olisi varaa. Tulosten on tulkittu merkitsevän asuntovarallisuuden realisoimista hoivamaksujen kattamiseksi. Kovin suurta suosiota järjestelmä ei Suomessa ole toistaiseksi saanut. Ensinnäkin tähän vaikuttaa se, että vanhemmat sukupolvet haluavat edelleen jättää tuleville sukupolville perintöä.

Toisekseen maantieteellisillä seikoilla on suuri merkitys: Suomessa on paljon haja-asutusalueella ja pienissä kaupungeissa sijaitsevia asuntoja, jotka eivät kelpaa vakuudeksi. Lainasopimuksia on tehty etupäässä pääkaupunkiseudulla. Monet pitävät sopimuksia epäedullisina. Järjestelmää on myös moitittu hyväosaisia suosivaksi.

Voi olla, että jos julkisen hoivan saamisen ehtoihin tai hoitomaksuihin lisätään omaisuuden huomioiminen, omaisuutta siirretään jälkipolville hyvissä ajoin ennen hoivan tarvetta. Myös käänteisen asuntolainan suosio saattaa kasvaa: Kun omaisuus joka tapauksessa käytetään, on parempi realisoida se itse kuin antaa kunnan tehdä se.

6.8 Hoivavakuutus

Tulonmenettämisen riskiä hoidetaan sosiaalivakuutuksella, jota mahdollisesti täydennetään kollektiivisilla ja yksilöllisillä lisävakuutuksilla. (Sosiaali)vakuutusajattelun idea on yksinkertainen: Meillä on yhteinen riski, joka voi kohdata ketä vain ja johon varautuminen pelkästään yksilöllisesti on kallista ja osin mahdotontakin. Asiaa voi pohtia myös hoivan yhteydessä. Kukaan ei voi etukäteen tietää omaa hoivatarvettaan, sen intensiteettiä tai kestoja. Siksi riskin jakaminen riskipooliin on järkevää. Julkisin varoin rahoitettu sosiaalipalvelujärjestelmä toimii omalta osaltaan niin ja jakaa riskejä. Monissa maissa hoivajärjestelmien

ongelmia on pyritty ratkomaan vakuutusjärjestelyillä. Saksan hoiva-
vakuutus lienee tunnetuin esimerkki tällaisesta järjestelmästä.

Hoivavakuutusta on pohdittu Suomessakin aika ajoin. Saksan mal-
lissa hoivavakuutus on pakollisesti kerättävä maksu. Tämä ei pohjois-
maisesta näkökulmasta ole juuri muuta kuin korvamerkittyä verorahaa:
Mehän jo vakuutamme itsemme maksamalla veroja. Tästä huoli-
matta myös Ruotsissa erilaisia vakuutusvaihtoehtoja on pohdittu niin
oikeistoa kuin sosiaalidemokraatteja lähellä olevissa ajatuspajoissa sekä
tehty konkreettisia ehdotuksia ja laskelmia erilaisista malleista.

Oikeiston aloitteissa painopiste on ollut yksilöllisissä järjestelmissä.
Sosiaalidemokraatit taas ovat lähteneet sosiaalivakuutukseen pohjautu-
vista malleista, joilla nykyistä kuntapohjaista mallia halutaan vahvistaa.
Yleisen valtakunnallisen vakuutuksen katsotaan kuntamallia paremmin
sopivan sukupolvien välisen rasitteen tasapainottamiseen, kuntien
rahoituspohjan vahvistamiseen ja ennen muuta globaaliin maailmaan,
jossa ihmiset liikkuvat kunnasta ja maasta toiseen. Vakuutuksella han-
kittaisiin hoivaoikeuden portabiliteetti, siirrettävyys. Ruotsissa ajatus
hoivavakuutuksesta liittyy siihen, että kuntapohjaisen mallin katsotaan
vanhentuneen eikä sen katsota kestävän talouden, globalisaation eikä
kuntien ja maitten välisen muuttoliikkeen mukanaan tuomia haasteita.

Suomessa pakollinen valtakunnallinen, sosiaalivakuutustyyppinen
hoivavakuutus ei ollut sote-keskusteluissa realistisena vaihtoehtona
esillä. Se ei saavuttanut riittävästi poliittista kannatusta. Vapaaehtoiset
hoivavakuutukset taas ovat kaatuneet pitkälti siksi, ettei olla voitu mää-
ritellä, mihin tarpeeseen hoivavakuutus oikeastaan vastaisi: Kun julkista
hoivalupausta ei voida määritellä etukäteen, ei tiedetä, mihin vakuutuk-
sella oikein varauduttaisiin. On myös pelätty, että vakuutuksen kautta
tulevat hoivapalvelut syövät mahdollisuutta saada julkisia hoivapalve-
luja. Omasta varautumisesta ei pitäisi rangaista. Rankaisulla on vaiku-
tusta edellä kuvatulla tavalla koko järjestelmän legitimizeettiin: Hoiva-
vakuutuksen ottajat pohtisivat, miksi maksaa veroja, jos sitä vastaan ei
saa mitään.

6.9 Perustan kestävyys ja legitimitiitti: kellunta- vai erotusperiaate?

Sosiaalipoliittiset järjestelmät ovat poliittisia luomuksia, joiden muotoutumiseen kansan tahto on vaikuttanut poliittisen päätöksentekokoneiston kautta. Sosiaalipoliittisilla järjestelmillä on vahva takaisinkytkentä sekä kansan tahtoon että poliittiseen päätöksentekoon. Järjestelmillä on nimittäin kannustinvaikutuksia niin yksittäisten ihmisten kuin eri kollektiivisten toimijoiden – valtio, kunnat, erilaiset palveluntuottajat, vakuutus- ja rahoitussektori jne. – ratkaisuihin.

Tematiikka kiertyy hoivalupaukseen ja sen kestävyuteen. Voiko julkisen hoivalupauksen päälle ylipäätään rakentaa omaehtoista varautumista? ”Kelluuko” itse hankittu turva julkisen turvan päällä vai ulosmitataanko se erotusperiaatteen mukaisesti julkista palvelutarvetta arvioitaessa? Toisin sanoen, mitä enemmän yksityistä varautumista yksilöllä on, sitä vähemmän hän saa julkista palvelua. Tällaiselle perustukselle on vaikea rakentaa omaa varautumista. Kelluntaperiaate rohkaisee ja erotusperiaate taas ehkäisee omaehtoisuutta. Tilanne on samankaltainen kuin tulonsiirtopuolella tarveharkintaisten tai vahvasti tulovähenteisten ja universaalien etuuksien välillä.

Edellä tuli ilmi, että monista syistä sisällöllisesti pitävää palvelulupausta on vaikea, osin mahdotonkin antaa. Koska tarpeet ja vaatimukset muuttuvat ajassa (mm. Wagnerin laki), on vaikea määritellä, mitä tarjotaan ja mitä ei tarjota. Tärkeämpää onkin päättää siitä, rakennetaanko palvelulupaus erotus- vai kelluntaperiaatteelle.

Riippuen julkisen sektorin rahoitustilanteesta ja poliittisista prioriteeteista päädytään erilaisiin vaihtoehtoihin. Tarjolla on eriasteista tarveharkintaa. Jos lähtökohtana on julkisen sektorin menokurista johtuva tiukka priorisointi, julkispalvelut voidaan jo lähtökohtaisesti suunnata vain niille, joilla ei ole varaa hankkia yksityistä hoivaa. Tai toisekseen voidaan ajatella, että julkispalvelut ovat kyllä universaalisesti tarjolla kaikille, mutta maksupoliitikassa käytetään tarveharkintaa. Maksut voidaan sitoa tuloihin, tai voidaan myös käydä käsiksi hoivan tarvitsijan omaisuuteen.

Kaikilla ratkaisuilla on omat takaisinkytkentävaikutuksensa, mitä tulee julkisen järjestelmän legitimitettiin, yksityisen varautumisen

mahdollisuuksiin ja näitten yhteisvaikutuksiin. Jos julkinen sektori pitkäaikaishoivan rahoittaakseen alkaa entistä vahvemmin ulosmitata asiakkaitten tuloja ja laajentaa rahoitusvaatimuksensa asiakkaitten omaisuuteen, päädytään helposti legitimizeettiongelmaan. Pitääkö säästöjä keränneiden maksaa itse oma hoitonsa, kun taas omaisuuttaan aktiiviaikana kerryttämättömät saavat hoitonsa julkisista varoista?

Legitimizeettiongelma syntyy siitä, että joku on maksanut (veroja), mutta ei saa palveluita, kun taas veroja maksamaton saa palveluita. Vastaavaan legitimizeettiongelmaan päädytään tilanteessa, jossa sovelletaan erotuseriaa ja evätään itse vanhuuteensa erilaisilla järjestelyillä varautuneilta mahdollisuus saada julkisen sektorin tuottamaa hoivaa. Tällöin omaehtoinen varautuminen ei enää ole julkista sektoria täydentävää (mitä finanssiala korostaa), vaan julkista sektoria korvaavaa (mitä taas poliittinen vasemmisto pelkää) toimintaa. Kyseisessä tilanteessa myös riskipoolit eriytyvät toisaalta maksaviin ja maksamattomiin, toisaalta julkista hoivaa saaviin ja hoivansa itse maksaviin. Kummassakin tapauksessa julkinen järjestelmä voi näennäisesti olla universaali ns. pohjoismainen järjestelmä.

Siitä huolimatta syntyy samoja legitimizeettiongelmiä kuin tarveharkintaisissa järjestelmissä. ”Maksajat” kokevat muut ”vapaamatkustajiksi” ja ryhmien välille syntyy kiila – mistä ennen muuta liberalistisia hyvinvointimalleja on meillä tavattu moittia. Se mitä edellä olemme kutsuneet etujen kelluntaperiaatteeksi, ei aiheuta edellä kuvattuja ongelmia. Järjestelmään on rakennettu tietty annos solidaarisuutta: Kaikki saavat jotain, mutta hyväosaiset kuitenkin kantavat suuremman rahoitusvastuun. Tällä periaatteellahan olemme oppineet pohjoismaisen hyvinvointimallin toimivan.

Pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin on kuulunut myös se, että ihmiselle annetaan tiedolliset, taidolliset ja muut resurssit hallita omaa elämäänsä. Omasta varautumisesta ei pitäisi rangaista, olipa kyse mistä tahansa elämän alueesta. Rankaisulla on vaikutusta koko järjestelmän nauttimaan legitimizeettiin. Solidaarisuus ja yhteisvastuullisuus kyllä kantavat tiettyyn, mutta vain tiettyyn rajaan saakka.

- Ahola, E., Tillman, P. & Mikkola, H. (2014): Omaishoidosta maksettavat palkkiot ja omaishoitajien tulotaso – rekisteritutkimus vuodelta 2012. Teoksessa Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H. *Rakas, mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia*. Helsinki: Kelan tutkimus, Työ-papereita 69/2014, s. 46–55.
- Ahtela, J. & Rentola, E. (2014): *Selvitys Suomen asumisperusteisen sosiaaliturvan ja EU-lainsäädännön vaatimusten yhteensovittamisesta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä ja raportteja 2014:26.
- Airio I. (toim.) (2013): *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa*. Helsinki: Kelan tutkimus, teemakirja 9.
- Andersson, D. (2014a): *Hur finansiera vård och omsorg för äldre?* Stockholm: Arena.
- Andersson, D. (2014b): *Strävan efter ett liv i självständighet*. Stockholm: Arena.
- Anttonen, A., Häikiö L. & Valokivi, H. (2012): Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.): *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, s. 19–46.
- Anttonen, A., Sointu L., Valokivi H. & Zechner M. (2009): ”Lopuksi.” Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.): *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, s. 238–254.
- Anttonen, A. & Sointu, L. (2006): Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Helsinki: Stakes.
- Anttonen, A. & Zechner, M. (2009): ”Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan.” Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.): *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, s. 16–53.
- Arajärvi, P. (2014): ”Vanhuspalvelulaki – mitä ja miksi?” Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. (toim.): *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, s. 257–282.
- Arajärvi, P. (2010): ”Avuton julkisen ja yksityisen muutoksessa.” Teoksessa Pajukoski, M. (toim.): *Pääseekö asiakas oikeuksiinsa?* Sosiaali- ja terveyden-

- huollon ulkopuoliset tekijät – työryhmä, Raportti III. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, s. 147–158.
- Armstrong, P. (2013): ”Regulating care: lessons from Canada.” Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (ed.): *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30, Stockholm University, s. 217–228.
- Aula Research (2015): Omaehtoinen varautuminen vanhuuden varalle Suomessa. http://www.fkl.fi/tiedotteet/Liitteet/Vekkil%C3%A4_politiikan%20vaikuttajat_21012015.pdf (viitattu 3.3.2015).
- Banerjee, A. (2013): ”The regulatory trap: Reflections on the vicious cycle of regulation in Canadian residential care.” Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (ed.): *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30, Stockholm University, s. 203–216.
- Barr, N. (1987): *The Economics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Barr, N. (2001): *The Welfare State as a Piggy Bank*. Oxford: Oxford University Press.
- Barr, N. (2010): Long term care – a suitable case for social insurance. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x/full>.
- Barr, N. (2013): The pension system in Finland: Adequacy, sustainability and system design. Evaluation of the Finnish pension system. Part 1. Helsinki: Finnish centre for pensions.
- Barr, N. & Diamond, P. (2009): *Reforming Pensions: Principles and Policy Choices*. Oxford: Oxford University Press.
- Bettio F. & Plantega J. (2004): Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics* 10(1) March 2004, s. 85–113.
- de Blok, J. (2014): Buurtzorg: a successful and sustainable integrated community based Healthcare model. Esitelmä seminaarissa Innovation and best practices in elderly care. Lessons, new ideas and solutions from the Netherlands and Finland 23.1.2014, Korjaamo, Helsinki. Ks. myös <http://buurtzorgusa.org/about.html>.
- Blomgren, J., Hiilamo, H., Kangas, O. & Niemelä, M. (2013): Gini – Finnish country report. <http://gini-research.org/system/uploads/438/original/Finland.pdf?1370077250> (viitattu 3.3.2015).

- Blomqvist, P. (2004): "The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s." *Social Policy & Administration*, Vol. 38 (2): s. 139–155.
- Conlon, C. Timonen, V. Carney, G. & Scharf, T. (2014): Women (re)negotiating care across family generations: Intersections of gender and socioeconomic status. *Gender & Society* 28, 5, s. 729–751.
- Daily Mail Online* (2014): The families sending relatives to nursing homes in THAILAND: Care is 'cheaper and often better in Asia', they say. *Daily Mail* 9.1.2014. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2536580/The-families-sending-relatives-nursing-homes-THAILAND-Care-cheaper-better-Asia-say.html> (viitattu 21.1.2015).
- Da Roit, B. & Weicht, B. (2013): Migrant care work and care, migration and employment regimes: a fuzzy-set analysis. *Journal of European Social Policy* 23(5), s. 469–488.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko N. & Pitkälä, K. (toim.) (2006): Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia-perheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 14.
- EOA (2000): Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2000. Helsinki: eduskunta.
- EOA (2003): Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2003. Helsinki: eduskunta.
- EOA (2013): Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2013. Helsinki: eduskunta.
- Esping-Andersen, G. (1990): *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Policy Press.
- ETK (2013): Suomen eläkejärjestelmän sopeutuminen eliniän pitenemiseen. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- European Commission (2007): Health and long-term care in the European Union. *Special Eurobarometer* 283. Luxembourg: European Commission.
- European Commission (2012): Fiscal Sustainability Report of European Economy 8/2012. Luxembourg: European Commission.
- European Social Survey (2014 & 2015): <http://www.europeansocialsurvey.org/> (viitattu 4.3.2015).
- Forma, P. (2006): "Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina. Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004". Teoksessa Kautto, M. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi*. Jyväskylä: Gummerus, s. 160–184.

- Fölster, S. (1993): Ett livstidskonto i socialförsäkringen: att sänka skatten med 40 miljarder utan att någon förlorar ett öre. Stockholm: Industriens utredningsinstitut.
- Grönberg, S. & Rauhanen, T. (2015): Kotitalousvähennys pienituloisen eläkeläisen näkökulmasta. Helsinki. *Valtion taloudellinen tutkimuskeskus*. Vatt Muistiot 42.
- Guardian* (2012): Germany exporting old and sick to foreign care homes, *The Guardian* 26.12.2012. <http://www.theguardian.com/world/2012/dec/26/german-elderly-foreign-care-homes> (viitattu 21.1.2015).
- Hakanen, H. (1991): Ikäihmisten palveluiden vahvat ja heikot lenkit. Ikäihmisten palvelut ja auttaminen nyt ja tulevaisuudessa. Yhteenvedo vanhus- ja omaistutkimuksesta. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelujen liitto 1991.
- Hallinto-oikeuksien toimintakertomus (2013): *Toimintakertomus 2013. Korkein hallinto-oikeus, hallinto-oikeus, markkinaoikeus, vakuutus-oikeus*. http://www.kho.fi/material/attachments/kho/sectorikertomukset/zc8IQIYAp/Hallintotuomioistuinten_toimintakertomus_2013.pdf (viitattu 28.2.2015).
- HE (1993): 309/1993 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.
- HE (1999): 137/1999 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi.
- HE (2009): 20/2009 vp. Hallituksen esitys laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.
- HE (2012): 160/2012 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista ja laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta
- Hedborg, A. (2014): *Äldreomsorg vid livets slut*. Stockholm: Arena.
- Heintze, C. (2013): *On the High Road – The Scandinavian Path to a Care System for Today*. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Helsingin Sanomat* (2013): ”Saksalaisvanhuksia lähetetään hoitoon Puolaan. Saksalaisperheet lähettävät vanhuksiaan hoitoon Itä-Eurooppaan.” 13.6.2013. <http://www.hs.fi/ulkomaat/a1371012454075> (viitattu 21.1.2015).
- Helsingin Sanomat* (2015a): ”Kuhmolainen kylä on Suomen vähälapsisin postinumeroalue.” <http://www.hs.fi/kotimaa/a1424496064668> (viitattu 28.2.2015).
- Helsingin Sanomat* (2015b): ”Vanhusten hoito on kuin kidutusta.” <http://www.hs.fi/elama/a1384935016838> (viitattu 28.2.2015).

- Hirschman, A.O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Huhtanen, R. (2012): ”Kunnan sosiaali- ja terveystalouden yksityistäminen: oikeudellinen näkökulma.” Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.): *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, s. 81–110.
- Häikiö, L., Van Aerschot, L. & Anttonen, A. (2011): ”Vastuullinen ja valitseva kansalainen: vanhushoivapolitiikan uusi suunta.” *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 76 (3): s. 239–250.
- Iltta-Sanomien* (2015a): Hoitaja huolissaan: Vanhukset kuolevat yksin kotiin. <http://www.iltasanomat.fi/kotimaa/art-1424538827836.html> (viitattu 28.2.2015).
- Iltta-Sanomien* (2015b): Vanhuksilta viedään leipä, levite ja ruokajuoma – ”Ehkä kannattaisi miettiä, keneltä näitä palveluita karsitaan.” <http://www.iltasanomat.fi/kotimaa/art-1424106121370.html> (viitattu 28.2.2015).
- Jylhä, M. (2014): Vanhuspalvelulain muutoksen ihmettelyä. *Gerontologia* 4/2014, s. 266–268.
- Kainu, M. & Niemelä, M. (2014): Suomalaisten elinolot eurooppalaisessa vertailussa. Teoksessa Niemelä, M. (toim.): *Eurooppalaiset elinolot*. Helsinki: Kelan tutkimus, s. 304–315.
- Kallioma-Puha, L. (2007): *Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, Tutkimuksia 90.
- Kallioma-Puha, L. (2014): ”Slow-go ja no-go kuluttajat markkinoilla.” Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. (toim.): *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, s. 323–352.
- Kangas, O. (2000): ”Muurahaiset ja heinäsiirkka: Suomalaisten ja australialaisten käsitykset oikeudenmukaisesta jaosta.” *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 65 (5): s. 406–421.
- Kangas, O., Palme, J. & Kainu, M. (2015): ”Julkisen talouden kestävyysvaje ja elin-vaiheisiin liittyvät siirtymät” Teoksessa Taimio, H. (toim.): *Hyvintvointivaltio 2010-luvulla – mitä kello on lyönyt?* Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos, raportteja 30, s. 77–91.
- Kangas, U. (2014a): Haastattelu Yle, http://yle.fi/uutiset/professori_suomalaiset_pitaisi_velvoittaa_elattamaan_omat_vanhempansa_/7108164 (viitattu 21.1.2015).
- Kangas U. (2014b): Puheenvuoro Kalevi Sorsa -säätiön ja Finanssialan Keskusliiton vanhushoivatyöpajassa 15.4.2014.

- Kangas, U. (2014c): ”Laitoshoitomaksun määrittämisen ongelmia.” Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. (toim.): *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 221–256.
- Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma (2014): Työryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2.
- Karsio, O. & Anttonen, A. (2013): ”Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services”. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (ed.): *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30, Stockholm University, s. 85–126.
- Kauppinen, M. (2008): Omakieliset sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut kaksikielisissä kunnissa. Helsinki: Stakes. *Stakesin raportteja* 4/2008.
- Kettunen, P. (2003): ”Yhteiskunta.” Teoksessa Hyvärinen, M., Kurunmäki, J., Palonen, K., Pulkkinen, T. & Stenius, H. (toim.): *Käsitteet liikkeessä: Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria*. Tampere: Vastapaino, s. 167–212.
- Koistinen, P. (2003): *Hoivan arvoitus*. Tampere: Vastapaino.
- Korkman, S. (2011): *Onko hyvinvointivaltiolla tulevaisuutta?* Helsinki: EVA.
- Koskinen, S., Lindqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim. 2012): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: THL.
- Kotkas, T. (2013): ”Viranomaisvalvonnasta omavalvontaan: yksityisten sosiaalipalveluiden valvontakeinojen murros.” *Lakimies* 2013/4, s. 720–733.
- Kotkas, T. (2014): ”Suomalaiseläkeläisen oikeus rajat ylittävään terveydenhuoltoon Euroopan unionissa.” Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. (toim.): *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, s. 173–196.
- Kröger, T.(2009): ”Hoivapolitiikan rajanvetoja.” Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.): *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, s. 99–125.
- Kuluttajariitalautakunta (2007): Hammaslääkärin palvelut. Julkisen terveydenhuollon ostopalvelu. Lautakunnan toimivalta 13.09.2007.
- Kuluttajavirasto (2006): Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaan oikeusasema. Vertailu yksityisten ja kunnan järjestämien palveluiden välillä. Helsinki: Kuluttajaviraston julkaisusarja 9/2006.
- Kuluttajavirasto (2009): Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa 2010. Kuluttajaviraston hintavertailuja. Yksityiset vanhusten palvelutalot. Helsinki: Kuluttajavirasto.

- Kuusinen-James, K. & Seppänen, M. (2013): ”Ikääntyvät palvelusetelin käyttäjät valintatilanteessa: kuluttajia vai näennäiskuluttajia?” *Janus*, Vol 21 (4): s. 314–329.
- Käkäte (2011): Virkkunen, A.: Ikäihmisten mielikuvia teknologiasta. Raportti teknologiakyselystä.
- Käkäte (2013): Intosalmi, H., Nykänen, J. & Stenberg, L.: Teknologian käyttö ja asenteet 75–89-vuotiailla. Raportti kyselytutkimuksesta.
- Käkäte (2014): Nordlund, M., Stenberg, L. & Lempola, H-M.: Tietoteknologian käyttö ja käyttämättömyyden syyt 75-89-vuotiailla. Kooste kyselytutkimuksesta. Käkäte-projekti ja LähiVerkko-projekti. Helsinki: KÄKÄTE-projekti.
- Laatu, M., Salminen A-L., Kallioma-Puha, L. & Autti-Rämö, I. (2010): ”Setelillä kuntoon?” *Kuntoutus* 3, s. 33–41.
- Lahtinen, M. (2010): Yksityinen varautuminen hoivamenoihin – Vaihtoehtoisia malleja oman hoivan rahoittamiseen. Helsinki: Pellervon taloustutkimus, *PTT-raportteja* 223.
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (2011): Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 22.7.2011/922.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta (1990): Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.
- Lassila, J. & Valkonen, T. (2010): Vanhalle varaksi, turvaksi tutisevalle. Hyvinvointivaltiota täydentämässä. Helsinki: Taloustieto, *ETLA B* 246.
- Lee, R. & Mason, A. (2011): *Population Aging and the Generational Economy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Lehto, E. (2011): ”Suomen julkisen talouden kestävyysvaje.” *Talous & Yhteiskunta* 4, s. 17–24.
- Lehto, J. & Tynkkynen, L-K. (2013): Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat? *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013): 6, s. 605–617.
- Liikunta ja ikääntyminen (2013): Liikunta ja ikääntyminen – liikkeellä voimaa vuosiin. Helsinki: Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2013:5.
- Linnanvirta, S. (2014): *Yksin asuvien kansaneläkeläismiesten taloudellinen ja sosiaalinen turva*. Helsinki: Kelan tutkimus: Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksia 130.
- Linnosmaa, I, Jokinen, S., Vilkkö, A., Noro, A. & Siljander, E. (2014): *Omais-hoidon tuki – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012*. Helsinki: THL, Raportti 9.

- Luxembourg Income Study (2014): <http://www.lisdatacenter.org/> (viitattu 3.3.2015).
- Maahanmuuttajien omakieliset palvelut. Selvityksen loppuraportti (2010): Sisäasiainministeriön julkaisuja 17/2010. <http://www.intermin.fi/julkaisu/172010?docID=24899>.
- Marshall, T. H. (1950): *Citizenship and Social Class; And Other Essays*. Cambridge: University Press.
- Mattila, Y. & Kakriainen, T. (2014): Kunnan työntekijät arvioimassa omaishoitoa: kuntien työntekijöiden näkemyksiä omaishoitajärjestelmän toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Teoksessa Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H. *Rakas, mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia*. Helsinki: Kelan tutkimus, Työpapereita 69/2014, s. 10–45.
- Mattson, T. (2013): National Ombudsman for the Elderly: A solution for a more responsive welfare state? *Retfærd Årgang 36*, Nr. 3/142, s. 9–24.
- Meagher, M. & Szebehely, M. (eds.) (2013): *Marketization in Nordic Eldercare – a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm: Stockholm University.
- Mold, A. (2010): "Patient groups and the Construction of the Patient-Consumer in Britain: Historical Overview." *Journal of Social Policy*, Vol. 39 (4): s. 505–521.
- MTV (2014): "Kunnat rikkovat räikeästi lakia – vanhusset heitteillä." <http://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/kunnat-rikkovat-raikeasti-lakia-vanhusset-heitteilla/3385686> (viitattu 28.2.2015).
- Murto, J., Kaikkonen, R., Sainio, P., Pentala, O., Koskela, T., Luoma, M.-L., Koponen, P. & Koskinen, S. (2014): *Ikääntyneiden kokemukset terveydestään, toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta erityisvastuualueittain*. Helsinki: THL.
- Muuri, A. & Manderbacka, K. (2014): "Suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuudet." Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: THL.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A (2013): *Ikääntymisen ennakointi. Vanhuuteen varautumisen keinot*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.
- Narikka, J. (2001): *Palvelujen laatu*. Teoksessa Narikka, J. (toim.): *Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä*. Helsinki: Tietosanoma, s. 350–361.
- Niemelä, M. (2011): Public and Social Security Officials Attribution for Poverty in Finland. *European Journal of Social Security* 13 (3), s. 351–371.

- Niemelä, M. & Pajula, H. (2014): *Kansalaisten ja yhteiskumppanien mielikuvat ja arviot Kelan toiminnasta 2000-luvulla*. Helsinki: Kelan tutkimus, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 88/2014.
- Nordiskt dementsnätverk (2014): Nordens Vårhjälpcenter. www.nordicwelfare.org (viitattu 3.3.2015).
- OECD (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD.
- OECD (2014): <http://www.oecd.org/ctp/tax-policy/revenue-statistics-ratio-change-latest-years.htm> (viitattu 6.1. 2015).
- OECD (2015): http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SOCX_AGG&lang=en (viitattu 22.1.2015).
- Oikeusministeriö (2011): *Asiakkaansuojan kehittäminen julkisissa hyvinvointipalveluissa*. Helsinki: *Oikeusministeriö. Mietintöjä ja lausuntoja* 12/2011.
- Omaishoitolaki (2005): *Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937*.
- Palomäki, L-M. (2013): *Suomalaisten mielipiteet eläkkeiden ja sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydestä eläkeaikana*. Helsinki: *Eläketurvakeskuksen Keskustelualoitteita* 04/2013.
- Patronen, M., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M., Juntunen, E., Laaksonen, S. & Karikko, W. (2012): *Henkilökohtainen budjetti – Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa*. Helsinki: Sitra.
- Peiponen, A.(2010): *Helsingin vanhuspalvelut. Esitelmä Suomen sosiaalioikeudellisen seuran keskustelutilaisuudessa*. http://ssos.nettisivu.org/seuran_tilaisuudet/ (viitattu 11.3.2010).
- Poikonen, P. & Silvola, T: (2013): *Mistä rahat? Hoivan rahoituksen tasapainoa etsimässä*. Helsinki: Finva.
- Pursiainen, H. & Seppälä, T. (2013): ”Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista.” Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT Tutkimukset 173/2013.
- Pöllänen, P. (2013): *Hoivan rajat. Venäläiset maahanmuuttajanaiset ja ylitajainen perhehoiva*. Väestötutkimuksen julkaisusarja D 57. Helsinki: Väestöliitto.
- Raivio M., Eloniemi-Sulkava U., Saarenheimo M., Laakkonen M-L., Pietilä M. & Pitkälä, K. (2006): ”Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista – valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille.” Teoksessa Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.): *Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus*. Helsinki:

- Vanhustyön keskusliitto, Geriatriksen kuntoutuksen kehittämishanke, tutkimusraportti 14, s. 57–67.
- Rajavaara, M. (2014): Yksilöllisestä henkilökohtaiseksi? Henkilökohtaistaminen hyvinvointipolitiikan uudistusideana. Teoksessa Haverinen, R., Kuronen, M. & Pösö, T. (toim.): *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino, s. 141–160.
- Rajavaara, M. (1997): Professionals and Quality Initiatives in Health and Social Services. Teoksessa Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. & Wistow, G. (eds.): *Developing qualities in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate, s. 83–94.
- Rehn, A. (2014): Esitelmä What does the future hold? Seminaarissa Innovation and Best Practices in Elderly Care – lessons, new ideas and solutions from the Netherlands and Finland 23.1.2014.
- Riihelä, M., Vaittinen, R. & Vanne, R. (2011): Changing Patterns of Intergenerational Resource Allocation in Finland. Helsinki: *Finnish Centre of Pensions, Reports 2011: 1*.
- Rintala, T. (2003): *Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle*. Helsinki: Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämisskeskus, Tutkimuksia 132.
- Rissanen, S. (1999): *Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina?* Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 73.
- Roostgard, T. (2011): ”Care as you like it: the construction of a consumer approach in home care in Denmark.” *Nordic Journal of Social Research* 2011, s. 54–69.
- Saarenheimo, M. & Pietilä, M. (2006): ”Omaishoito ja palvelujärjestelmä.” Teoksessa Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.): *Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Geriatriksen kuntoutuksen kehittämishanke, tutkimusraportti 14, s. 68–80.
- Social Security Programs Throughout the World (2014): <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2014-2015/europe/germany.pdf> (viitattu 3.3.2015).
- Somla (2013): Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan toimintakertomus 2013. <http://www.sosiaaliturvanmuutoksenhakulautakunta.fi/files/toimintakertomus2013.pdf> (viitattu 28.2.2015).
- Sosiaalihuoltolaki (1982): Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

- STM (2015a): <http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/asumispalvelujen-asiakasmaksut> (viitattu 21.2.2015).
- STM (2015b): http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/asiakasmaksut/ palveluseteli (viitattu 21.2. 2015).
- Studio55.fi (2009): <http://www.studio55.fi/terveys/article/sirkka-liisa-kivela-vanhus-voi-kuolla-nalkaan-suomessa/124594> (viitattu 3.3.2015).
- Suomen perustuslaki (1999): Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Taimio, H. (2015): ”Kannattaako julkisten hyvinvointipalvelujen tuotanto ulkoistaa yksityiselle sektorille?” Teoksessa Taimio, H. (toim.): *Hyvinvointivaltio 2010-luvulla – mitä kello on lyönyt?* Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos, raportteja 30, s. 58–76.
- Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti (2014): http://www.talouspolitiikan-arviointineuvosto.fi/images/docs/tpan_raportti_2014.pdf (viitattu 3.3.2015).
- Tamperelainen (2014): <http://www.tamperelainen.fi/blogi/226174-vanhukset-ovat-tampereella-heitteilla> (viitattu 15.1. 2015).
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010): Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.
- Theobald, H. (2011): ”Long-term Care Insurance in Germany: Assessments, benefits, care arrangements and funding.” Stockholm: Institutet för Framtidsstudier, Arbetsrapport/ 2011:13.
- THL (2014): *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013*. Helsinki: THL. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116944/Tr27_14.pdf?sequence=1 (viitattu 3.3.2015).
- Tilastokeskus (2015): Väestöennuste. http://193.166.171.75/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn_fi.asp (viitattu 3.3.2015).
- Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L., Mattila, Y., Ahola, E. & Mikkola, H. (2014): Kyselytutkimus vuonna 2012 omaishoitajana olleille – kyselyn toteutus ja omaishoitajien, omaishoidettavien ja omaishoitotilanteen perustiedot. Teoksessa Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H. (toim.): *Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia*. Helsinki: *Kela, Työpapereita* 69: s. 56–68.
- Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H. (2015): ”Miten saada palveluiden tarvitsijat ja palvelut kohtaamaan?” *Sosiaalivakuutus 1/2015*.
- Topo, P. (2009): ”Asiakkaan iäkkäille suunnatuissa palveluissa.” Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.): *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, s. 227–247.

- Tornberg, J. (2014): ”Ikääntyminen ja edunvalvonta kiinteistön vaihdannassa – käytännön ongelmatilanteita kirjaamisasioissa.” Teoksessa Anna Mäki-Petäjä-Leinonen & Liisa Nieminen (toim.): *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, s. 431–460.
- Tuori, K. & Kotkas, T. (2008): *Sosiaalioikeus*. Helsinki: WSOY.
- Tuovinen, A-K. (2012): *Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen*. Helsinki: Kelan tutkimus, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122.
- Turun hallinto-oikeus (2014): 25.3.2014 14/0173/2.
- Törmälehto, V-M. (2012): ”Uudet sukupolvet ovat edeltäjiään varakkaampia.” http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_011.html?s=2 (viitattu 3.3.2015).
- Vaittinen, R. & Vanne, R. (2012): ”Kestävyysvaje eläkejärjestelmässä ja muussa julkisessa taloudessa.” *Talous ja yhteiskunta*, 2, s. 25–30.
- Vaittinen, R. & Vanne, R. (2013): Pensions and public finances in Finland – A generational accounting perspective. Helsinki: *FINNISH CENTRE FOR PENSIONS, WORKING PAPERS*, 01/2013.
- Vakuutus tutkimus (2014): Tulevaisuuden turvaa vakuuttamalla. Vakuutus tutkimus 2014. <http://www.fkl.fi/materiaalipankki/julkaisut> (viitattu 28.2.2015).
- Valokivi, H. (2008): Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 1286. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Valtiovarainministeriö (2014): *Taloudellinen katsaus*. Syksy 2014. Helsinki: valtiovarainministeriö.
- Valvira (2014): Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen oma-valvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seurantaa koskeva määräys 25.06.2014 3344/05.00.00.01/2014.
- Vanhuspalvelulaki (2012): Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- WHO (2012): WHO Life expectancy data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (viitattu 3.3.2015).
- Yeates, N. (2004): ”Global Care Chains: critical reflections and lines of enquiry.” *International Feminist Journal of Politics*, Vol 6 (3): 369–391.
- Yeates, N. (2008): Here to stay? Migrant health workers in Ireland. Teoksessa Connell, J. (ed.): *The International Migration of Health Workers*. New York: Routledge, s. 62–76.

- Yeates, N. (2009): Globalising care economies and migrant workers: explorations in global care chains. Palgrave: Basingstoke.
- Yeates, N. (2010): "The globalisation of paid care labour migration: policy issues, approaches and responses." *International Labour Review*, Vol. 149 (4): s. 423–440.
- Yle (2014): http://yle.fi/uutiset/moni_vanha_omakotitalo_saattaa_osoittautua_arvottomaksi_henkilokohtaisia_tragedioita_edessa/7233659 (viitattu 26.2.2015).
- Yle (2015): http://yle.fi/uutiset/ikaantyminen_ajaa_kuntien_talouden_kuralle_katso_miten_oma_alueesi_vanhenee/7791930 (viitattu 28.2.2015).
- Zechner, M. (2006): Hoivan paikat transnationaalisissa perheissä. Teoksessa Martikainen T: (toim): *Ylirajainen kulttuuri. Etnisyys Suomessa 2000-luvulla*. Tietolipas 212. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, s. 83–103.

VÄKI VANHENE, hoito huononee ja kulut kasvavat. Näin voisi kuvailla ikääntymiseen ja vanhusten hoivaan liittyviä yhteiskuntapoliittisia ongelmia niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa. Huoltosuhteen heikentyminen pakottaa miettimään tulevaan varautumista sekä palvelujärjestelmän taloudellisen kestävyuden että hoivan laadun kannalta.

Kuka tuottaa palvelut, kenen on vastuu? Mikä on sopiva työnjako yksityisen ja julkisen välillä? Miten määritellään valtion hoivalupaus? Kuinka turvataan palveluiden yhdenvertaisuus? Millä tämä kaikki rahoitetaan?

Ajatushautomo Kalevi Sorsa -säätiön ja Finanssialan Keskusliiton tilaama raportti *Yhteistä ja yksityistä varautumista* puntaroi ikääntymisen keskeisiä kysymyksiä. Jokainen ansaitsee arvokkaan ja turvallisen vanhuuden. Sen toteutuminen edellyttää realistista tilannekuvaa sekä ennakkoluulottomia, tutkimustietoon perustuvia ratkaisuja.

OTT Laura Kalliomaa-Puha

on sosiaaioikeuden tutkija ja ryhmäpäällikkö
Kelan tutkimuksessa.

VTT Olli Kangas

on virkavapaalla Kelan tutkimusjohtajan tehtävistä
ja toimii Olof Palme -professorina Uppsalan yliopiston
valtio-opin laitoksella.