



Jaana Simola (toim.)

# JÄRJESTÖJEN ROOLI KUNTAKENTÄN RAKENNEMUUTOKSISSA

PÄIJÄT-HÄMEEN PALVELURAKENNEUUDISTUS -PROJEKTI

PÄIJÄT-HÄMEEN LIITTO A175 \* 2009





# JÄRJESTÖJEN ROOLI KUNTAKENTÄN RAKENNEMUUTOKSISSA

PÄIJÄT-HÄMEEN PALVELURAKENNEUUDISTUS -PROJEKTI

Toimittanut Jaana Simola



PÄIJÄT-HÄMEEN LIITTO  
A175 \* 2009

ISBN 978-951-637-171-2  
ISSN 1237-6507

# SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO.....	5
SOSIAALI- JA TERVEYSPOLIITTINEN MUUTOS JA KUNTA – JÄRJESTÖYHTEISTYÖ.....	9
Riitta Särkelä	
PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUS .....	19
Kirsti Heikkilä, Pentti Lampi ja Päivi Hiltunen	
HEIMO-HYVINVOINTIPIIRIN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ PÄIJÄT-HÄMEESSÄ.....	25
Ulla Saastamoinen	
KOHTI KUMPPANUUTTA – JÄRJESTÖJEN MUUTTUVA ROOLI HOIVATYÖSSÄ .....	30
Jukka Järvisalo	
VAMMAISJÄRJESTÖT – ARJEN ASIAANTUNTIJAT KEHITTÄMISEN KUMPPANEINA .....	35
Marjaana Suosalmi	
SOSIAALINEN INNOVAATIO – PÄIJÄT-HÄMEEN TERVEYSLIIKUNTASTRATEGIA.....	39
Paula Harmokivi	
KANSALLINEN HYVINVOINTIVERKOSTO JA JÄRJESTÖJEN TAVOITTEET – LÖYTYYKÖ YHTEINEN VERKKO .....	42
Sari Hänninen	
OMAVASTUU JA YHTEISVASTUU – ENSITULOKSIA VUODEN 2008 PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIBAROMETRISTÄ.....	45
Ilkka Haapola, Antti Karisto ja Kirsi Kuusinen-James	

## JOHDANTO

Järjestöjen ja vapaaehtoisten kansalaisten tekemä työ on merkittävä voimavara yhteiskunnassa. Järjestöjen toimintaedellytysten tukeminen vahvistaa demokratiaa ja lisää sosiaalista pääomaa. Kunnan vastuuna on lakisääteisten palveluiden järjestäminen. Järjestöjen panos palveluiden tuottamisrenkaassa on lakisääteisiä palveluita täydentävien palveluiden toteuttaminen. Niiden tärkeimmät tehtävät ovat vaikuttamistoiminta, vertais- ja vapaaehtoistoiminta, asiantuntijatehtävät sekä tuen ja palvelujen kehittäminen ja tarjoaminen.

Kuntien yhteistyölle on asetettu laajoja haasteita viimeisen kymmenen vuoden aikana. Valtakunnallinen kunta- ja palvelurakenneuudistus –hanke (PARAS –hanke) on tuonut sekä kunta- että palvelurakenteessa tapahtuvan yhteistyön laajamittaisen yhteistyön kysymykseksi. Kuntien on pitänyt päättää keiden kanssa ne lähtevät tekemään yhteistyötä virallisen yhteistoiminta-alueen puitteissa. Osa kunnista on päättänyt hylätä yhteistoiminta-alue –ajatuksen ja ne ovat päätyneet tiivistämään kuntarakennetta. Tavoitteena molemmissa on kuntalaisten palveluiden saatavuuden ja laadun takaaminen tulevaisuudessa.

Päijät-Hämeessä on päätetty edetä kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa palvelut edellä. Uudistuksen ydinkysymyksinä ovat kuntien palvelutuotantoon osoitetun rahoituksen mittava lisääminen tai kuntien palveluvelvoitteiden selkeä vähentäminen sekä normiohjauksesta luopuminen. Kuntasektorin omin toimenpitein ei voida löytää helpotusta palvelutuotannon rahoituksen tarpeeseen. Kuntien palveluvelvoitteiden vähentäminen ja normiohjauksesta luopuminen ovat valtakunnan tason toimenpiteitä, joihin myös valtionhallinnon tulee ottaa kantaa omin toimenpitein.

Päijät-Hämeessä on tehty toimenpiteitä kunta- ja palvelurakenneuudistusta ohjaavan puitelain mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuolto on organisoitu vähintään 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueisiin, koulutusorganisaatiot on jo vuosia sitten organisoituneet siten, että ne täyttävät puitelain edellyttämän 50 000 asukkaan yhteistoiminta-aluevaatimuksen.

Keväällä 2006 käynnistyneen Päijät-Hämeen Palvelurakenneuudistus –projektin visioksi vuodelle 2015 määriteltiin:

### PÄIJÄT-HÄMEEN PALVELURAKENNEUUDISTUS -PROJEKTIN VISIO VUODELLE 2015

”Päijät-Häme on taloudellisesti, sosiaalisesti ja ekologisesti kestävä kasvualue, jossa on kaikille päijäthämäläisille hyvät palvelut. Asukkaiden omavastuu ja osallistuminen on tärkeää.”

Avaintekijöiksi vision saavuttamiseksi nostettiin omavastuinen ja osallistuva asukas, turvallisuuden tunteen lisääminen sekä kulttuurin ja sivistyksen mukaan nostaminen kehitysohjon. Näillä tekijöillä nostetaan alueen innovatiivisuutta ja houkuttelevuutta. Johtoryhmän määrittelemän vision toteuttamista kokoavaksi päätavoitteeksi ja koko prosessin ja pohdintojen perustaksi on nostettu hyvän tulevaisuuden tekeminen Päijät-Hämeelle.

Keskeisimpänä keinona tavoitteen toteuttamiseksi pidetään linjausta; yhteensopiva Päijät-Häme. Tämä tarkoittaa sitä, että tarkasteltaville palvelutoiminnoille luodaan toteuttamismalli, joka mahdollistaa tulevaisuudessa useammanlaisen rakenteellisen ratkaisun, niin palvelu- kuin kuntarakenteenkin osalta. Mikään ratkaisu ei ole toisiaan poissulkeva.

Rakentamalla yhteistä ja yhdenmukaista kuntien toimintamallia ja perusrakennetta kyetään kehittämään, ohjaamaan ja johtamaan palvelutuotantoa ja vahvistamaan alueen osaamista ja kilpailukykyä tehokkaammin. Samalla pyritään lisäämään asukkaiden omavastuisuutta ja osallistumistapoja, lisäämään turvallisuutta sekä lisäämään yhteistyötapoja myös kulttuurin ja sivistyksen kohdalla.

Koska valtionhallinnon toimintamahdollisuudet ovat rajalliset kuntakentällä, on vastuu kuntien järjestämisvastuun alaisissa palveluissa kunnilla ja palvelutuotannon ratkaisuihin ja kehittämislinjauksista tuleville vuosille on päätettävä paikallisesti. Seuraavat asiat nostettiin Päijät-Hämeen prosessin osalta ydinkysymyksiksi:

1. Alueella on etsittävä uusia keinoja ja kannusteita asukkaiden omavastuisuuden ja velvollisuudentunteen lisäämiseksi. Tulevaisuudessa yhteiskunta ei tarjoa kaikkia niitä palveluita ilmaiseksi tai kustannusvastaamattomasti, joita kansalaiset nykyisin ovat tottuneet saamaan.
2. Kunnissa on toteutettava uudistamiseen tähtävinä toimenpiteinä sekä palvelurakenteiden muuttaminen että prosessien tehostaminen. Nykyisten toimintamallien kyseenalaistaminen ja rohkeiden uudenlaisten järjestämis- ja tuottamistapojen etsiminen ja muutostyö on aloitettava välittömästi.
3. Erilaisia tapoja hoitaa kuntien palvelutuotantoa lisätään. Kuntien palvelutuotannon yhteistyön esteiden poistamiseen tulee kiinnittää huomiota ja pyrkiä löytämään ratkaisuja näiden esteiden poistamiseksi.

Palvelurakenneuudistuksessa tulee ohjaavana periaatteena olla asiakaslähtöisyys. Hallitusohjelman mukaan palvelujen turvaaminen edellyttää vahvaa taloudellista perustaa sekä uusia palveluiden järjestämis- ja tuottamistapoja. Ohjelman mukaan hallitus edistää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta palvelutuotannossa.

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on oma erityinen roolinsa yhteiskunnassa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskinäisen yhteistyön tukeminen sekä yhteistyön kehittäminen kuntien sosiaali- ja terveyssektorin toimijoiden kanssa lisää kansalaisten osallisuutta yhteiskunnallisissa muutosprosesseissa. Se edistää myös järjestöjen vertais- ja vapaaehtoisuustoiminnan, järjestöjen palveluiden sekä muun sosiaalisen tuen nivelymistä osaksi julkista palvelujärjestelmää.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus merkitsee huomattavaa muutosta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttamisessa, niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla. Järjestökentän asiantuntemuksen hyödyntäminen uudessa tilanteessa voi avata täysin uudenlaisia innovaatioita. Erilaisten keskustelufoorumien avulla voidaan herätellä uusia, luovia toimintamalleja ja näissä tilaisuuksissa esitetyillä ajatuksilla on ajankohtaista kiinnostusta ja käyttöä myös laajemmin.

Paikallisilla sosiaali- ja terveysyhdistyksillä on oman jäsenistönsä kautta tuntuma kansalaisten tarpeisiin ja erityisesti niihin ihmisryhmiin, jotka tarvitsevat monimuotoista ja erityistä tukea. Paikalliset sosiaali- ja terveysjärjestöt tarjoavat kansalaisille osallistumisen mahdollisuuksia sekä neuvontaa ja tukea erilaisissa elämän kriisitilanteissa. Ne ehkäisevät osaltaan hankalissa elämän tilanteissa olevien ihmisten ongelmien kasautumista sekä joutumista syrjäytymiskierteeseen.

Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos -projekti on tehnyt alusta alkaen tiivistä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen kanssa. Valtakunnallisena yhteistyökumppanina on ollut Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Järjestökenttä antoi myös merkittävän panoksensa, kun Päijät-Hämeessä laadittiin kuntien yhteistä vastausta valtioneuvoston kunnilta edellyttämään, puitelain mukaiseen toimeenpanosuunnitelmaan, syksyllä 2007. Paikallisen yhteistyön ja asiantuntemuksen lisäämiseksi Päijät-Hämeessä koottiin sosiaali- ja terveysyhdistyksiä jatkuvaan neuvottelumenettelyyn mm. sosiaali- ja terveyspiiriin. Yhteistyön jatkuminen on varmistettu ns. kumppanuussopimuksella, jonka tarkoituksena on yhteistyön kehittäminen sekä järjestöjen erityisosaamisen ja ehkäisevän toiminnan nivelttäminen osaksi palvelujärjestelmää. Sopimusmenettelyn toteuttaminen on yksi merkittävistä järjestökentän kanssa toteutettavista PARAS –hankkeen paikallisista toimenpiteistä.

Kansalaisten hyvinvoinnin tukeminen eri elämäntilanteissa ja erityisesti ikääntymisen myötä on yksi tärkeimmistä järjestökentän yhteiskunnallisista tehtävistä. Tukitoimenpiteillä lisätään kansalaisten työhyvinvointia ja työelämän jälkeistä hyvinvointia ja näin lisätään kansantalouden kestävyyttä ja osaltaan myös tuottavuutta.

Liikunta-alan järjestöt ovat merkittävässä asemassa tässä toiminnassa. Päijät-Häme on julistautunut liikunnan megakaupunkiksi. Tämän pohjalta on luonnollista, että kansalaisten hyvinvointiin – niin sosiaalisen kuin terveydellisen - kaikenlaisen liikkumisen osalta kannustetaan ja ennen kaikkea terveysliikuntaa tuetaan. Kuntien yhteistoiminta esimerkiksi henkilöstön työkykyä ylläpitävän toiminnan osalta on tulevaisuudessa tärkeää. Yhteistyö julkisen sektorin ja liikunta-alan järjestöjen kanssa avaa uusia, laajoja kehittämismahdollisuuksia tulevaisuudessa. Päijät-Hämeen terveysliikuntastrategiassa esitetään toimenpidetasolla keinoja, joilla oman terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat ihmiset voisivat omaehtoisesti kokea liikkumisen mielekkyyttä. Siinä esitetään myös tapoja, joilla kuntien eri toimintasektorit, sosiaali- ja terveystoimen lisäksi, voivat tukea terveysliikunnan tavoitteita.

Järjestökentän mahdollisuuksista ja näkökulmista on koottu artikkelijulkaisu, johon pyydettiin kirjoituksia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveysliikunnan asiantuntijoilta. Kaikkia artikkeleita yhdistävänä tekijänä on yhteys järjestökenttään ja pohdinta järjestöjen mahdollisuudesta olla tukemassa lähihistorian suurinta rakenteellista muutosta kuntakentällä. Artikkelijulkaisun kohderyhmänä ovat kuntapäätäjät sekä Päijät-Hämeessä että laajemminkin.

Julkaisussa luodaan katsaus kansalliseen järjestökentän tavoitteistoon ja peilataan sitä alueelliseen toimintaan ja kehittämistyöhön. Julkaisun artikkeleissa käsitellään laajasti sosiaali- ja terveysalan järjestökentän haasteita oman alansa asiantuntijoiden näkemänä. Yhteisenä nimittäjänä kirjoituksissa on se, miten meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos vaikuttaa järjestökentän toimintaan. Tarkasteltavia kysymyksiä ovat mm.:

Tuoko PARAS -hanke uusia mahdollisuuksia yhteistyöhön julkisen sektorin kanssa? Vastaavatko kansalliset tavoitteet todellista alueilla tapahtuvaa toimintaa? Saavutetaanko nykymalleilla niitä tavoitteita, jotka juhlapuheissa mainitaan? Miten rakenteelliset muutokset vaikuttavat järjestöjen rooliin ja odotuksiin kuntapalveluiden tuottajina ja tuottajapartnereina? Miten kuntien odotuksiin voidaan vastata? Mikä tulevaisuudessa on mm. sosiaali- ja terveysjärjestöjen rooli kuntapalveluiden asiakasrajapinnassa ja kehittämistyössä yhteistyökumppaneina?

Kiitän kirjoittajia asiantuntemuksensa ja mielipiteidensä esille tuomisesta. Toivon, että julkaisu toimii keskustelun avaajana eri yhteyksissä. Kun keskustelujen tarkoituksena on käsitellä tulevaisuuden toimintaympäristön muutoksiin vastaamista on hyvä muistaa, että vahvoja, osaavia toimijoita löytyy myös julkisen ja yksityisen sektorin läheltä - kansalaisyhteiskunnasta.

Jaana Simola, pääsihteeri  
Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos –projekti



# SOSIAALI- JA TERVEYSPOLIITTINEN MUUTOS JA KUNTA – JÄRJESTÖYHTEISTYÖ

*Riitta Särkelä, toiminnanjohtaja, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto (STKL)*

*Sosiaali- ja terveyspolitiikan alueella tapahtuu tällä hetkellä laajoja muutoksia. Niillä on vaikutuksia myös järjestöihin ja kunta - järjestöyhteistyöhön. Kunta- ja palvelurakennemuutos on niistä mittavin. Se muuttaa järjestöjen paikallisen toiminnan tilanteen uudeksi. Suomen kuntakentältä poistuu kymmeniä kuntia ja palvelurakenteet näyttävät monimutkaistuvan. Sosiaali- ja terveydenhuolto näyttää eri puolilla Suomea uudistusten jälkeen hyvin erilaiselta. Myös kuntien ja järjestöjen yhteistyösuhteille muutos on haaste.*

*Ihmisten hyvinvoinnin erot ovat kasvaneet ja uhkaavat jäädä pysyviksi. Vaikuttamistoiminta on tullut järjestöissä entistä tärkeämmäksi. Tässä artikkelissa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspoliittisen muutoksen vaikutuksia sosiaali- ja terveysjärjestöihin sekä kuntien ja järjestöjen yhteistyöhön.*

## Hyvinvoinnin polarisoituminen

Hyvinvoinnin epätasa-arvo on lisääntynyt viime vuosien aikana. Se on merkinnyt järjestöjen vaikuttamistoiminnan haasteiden kasvamista. Järjestöt toimivat usein vaikeissa elämäntilanteissa olevien ihmisten keskuudessa. Muutokset erilaisissa ihmisten toimeentulossa ja itsenäisistä elämästä turvaavissa ratkaisuissa sekä palveluiden saatavuudessa kasvattavat myös järjestöjen neuvontaa, vertaistukea ja palveluita tarvitsevien määrää.

Suomalaisten hyvinvointi 2008 -raportin mukaan suomalaisten elintaso on parantunut ja terveys kohentunut. Absoluuttinen köyhyys, työttömyys ja nuorten päihteiden käyttö ovat vähentyneet. Alueellinen eriarvoistuminen näyttää pysähtyneen, mutta alueelliset hyvinvointierot ovat muuttuneet pysyviksi. Suomi on vauraampi, mutta samalla kuitenkin nykyisin selvästi eriarvoisempi yhteiskunta kuin 15 vuotta sitten. Työttömyys ja syrjäytyminen ovat korkealla tasolla. Tulonerot ja suhteellinen köyhyys ovat lisääntyneet. Samoin sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet. Suomalaiset luottavat hyvinvointivaltioon ja haluavat säilyttää sen pitkälti nyky-muotoisena. (Moisio ym. 2008.)

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, STKL, on kartoittanut ihmisten hyvinvointia, palveluiden toimivuutta ja osallistumismahdollisuuksia vuodesta 1995 lähtien eri puolilla Suomea laajoilla kansalaiskyselyillä. Viimeisin niistä on Itä-Suomen kolmen maakunnan asukkaille suunnattu kansalaiskysely (Siltaniemi et al. 2008). Kansalaiskyselyn tulokset kertovat laajan väestöosan hyvästä hyvinvoinnin kokonaistilanteesta, mutta toisaalta hyvinvoinnin polarisaatio on selkeä. Ikääntyneimmät ihmiset ja työttömät arvioivat hyvinvointinsa heikommaksi kuin työssä olevat. Perheellisten kokemukset hyvinvoinnistaan ovat yksinasuvien kokemuksia myönteisemmät. (Emt.)

STKL:n Sosiaalibarometrin mukaan julkisten palveluntuottajien arviot hyvinvoinnin kokonaistilanteesta ja eri ihmisryhmien tilannetta koskevat hyvinvointiarviot eivät ole juurikaan muuttuneet kolmen viime vuoden aikana. Merkille pantavaa on se, että mitä heikommin voivasta väestöryhmästä on kysymys, sitä heikommaksi kunnissa koetaan mahdollisuudet näiden ihmisryhmien tukemiseen. Erityisesti päihde- ja mielenterveyson-

gelmistä kärsivät ihmiset ja pitkäaikaistyöttömät ovat kunnissa jääneet ilman palveluita. Kaikkienensa voidaan todeta, että kuntien erot sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamisessa ovat suurimmat 12 vuoteen. (Sosiaalibarometri 2006-2008.)

## Järjestöjen vaikuttamistoiminnan haasteet

Järjestöjen kannalta haasteena on se, miten ne voivat tarjota tukea ja kehittää palveluita niille ihmisille, joiden palveluista julkinen valta, käytännössä kunnat, eivät kannan riittävästi vastuuta. Myös järjestöjen vaikuttamistoiminta tulee hyvin tärkeäksi, jotta kaikkien ihmisten perusoikeudet toteutuisivat mahdollisimman hyvin.

Valtakunnallisista sosiaali- ja terveysjärjestöistä 70 prosenttia pitää vaikuttamistoimintaa joko kohtalaisena tai merkittävänä toiminnan painopisteenä. Vaikuttamistoiminnan merkitys suhteessa muuhun toimintaan on kasvanut. Sen merkityksen ennakoidaan tulevaisuudessa edelleen kasvavan. Mitä suurempi järjestö on, sitä merkittävämmäksi painopisteeksi vaikuttamistoiminta järjestössä katsotaan. (Järjestöbarometri 2007.)

Vaikuttamistoiminnan lähtökohta on viime kädessä ihmisten hyvinvointi ja sen edistäminen. Kaikille valtakunnallisille sosiaali- ja terveysjärjestöille yhteinen ja tärkein vaikuttamiskohde on palveluiden laatu. Suurin osa kaikista sosiaali- ja terveysjärjestöistä ja kaikkein suurimmista järjestöistä jokainen katsoo, että niiden vaikuttamistyö kohdistuu nimenomaan palveluiden laatuun. Palveluiden saatavuutta korostavat etenkin vammais- ja aistivammaisjärjestöt. (Emt.)

Tärkeimpiä vaikuttamisen keinoja sosiaali- ja terveysjärjestöille ovat osallistuminen erilaisiin asiantuntijatyöryhmiin, lausunnot ja kannanotot, mutta myös suorat kontaktit päätöksentekijöihin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kentässä huomattavasti muita harvinaisempia vaikuttamistoiminnan keinoja ovat kampanjat, tempaukset, aloitteet ja valitukset. Kolmannes järjestöistä korostaa niitä. Suurimmat järjestöt arvioivat erilaiset asian-

tuntijatyöryhmät, lausunnot ja kannanotot sekä muut kontaktit päättäjiin merkittävämmiksi kuin pienet järjestöt. Tullakseen kutsutuksi asiantuntijatyöryhmiin ja kuulemistilaisuuksiin järjestön on oltava jo tunnettu ja tunnustettu asiantuntija. Tämä tunnettuus ja asiantuntijarooli ovat usein yhteydessä järjestön vakiintuneeseen asemaan, kokoon ja ikään. On syytä ottaa huomioon se, että käytännössä suurten järjestöjen vaikuttamistoiminta hyödyttää muitakin kuin vain niiden oman toiminnan piirissä olevia ihmisiä. (Emt.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen paikallisyhdistysten taloudelliset ja henkilöstöresurssit ovat pienet. Yhteistyö on merkittävä vaikuttamistoiminnan voimavara paikallisyhdistyksille. Ne pitävät yhteistä vaikuttamista tärkeimpänä. Myös kontaktit päätöksentekijöihin ovat keskeisiä. Varsin suuri osa yhdistyksistä pitää myös erilaisia kampanjoita, medioiden kautta saatua julkisuutta sekä kuntien yhteistyöryhmiä käyttökelpoisina vaikuttamistoiminnan kanavina. Ne arvioivat tärkeimmäksi vaikuttamistoiminnan kohteekseen ihmisten tiedon saannin. Ihmisten terveys tai käyttäytyminen on tärkeä vaikuttamisen kohde joka toiselle yhdistykselle. Palveluiden laatu, yhteiskunnallinen ilmapiiri sekä ihmisten osallistumismahdollisuuksien kohentuminen puolestaan ovat tärkeitä hieman alle puolelle sosiaali- ja terveysyhdistyksistä. (Emt.)

## Järjestöt sosiaalipalveluiden tuottajina

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoaminen on pääosin luvanvaraista toimintaa. Ympäri vuorokautisia sosiaalipalveluja tuottavat yksityiset palveluntuottajat (yritykset ja järjestöt) tarvitsevat toimintaluvan lääninhallitukselta. Muita kuin ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja tarjoavien on tehtävä ilmoitus kunnalle, jossa palveluja annetaan. (Laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta 603/1996.)

Tässä käsiteltävät tiedot perustuvat tilastoihin, jotka Stakes kerää vuosittain lääninhallitusten lupa- ja ilmoitusterekistereissä olevilta sosiaalipalveluja tarjoavilta toi-

mipaikoilta. Tilastoitavien sosiaali-palveluiden ulkopuolelle jää huomattava määrä erilaisia järjestöjen tarjoamia palveluja, joista laki ei edellytä ilmoitus- tai lupamenettelyä. Niitä ovat esimerkiksi suuri osa järjestöjen kuntoutus-palveluista ja erilainen tuki arjen selviytymisen tueksi.

TOIMIPAIKKOJEN LUKUMÄÄRÄT						
	2002	2003	2004	2005	2006	Muutos 2002-2006
<b>Lasten ja nuorten laitokset yhteensä</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>72</b>	<b>77</b>	<b>76</b>	<b>+10</b>
Lasten ja nuorten laitokset	55	56	63	69	66	+11
Lasten ja nuorten perhekodit	11	10	9	8	10	-1
<b>Kehitysvammalaitokset yhteensä</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>-</b>
Kehitysvammalaitokset	2	2	2	2	3	+1
Muiden vammaisten laitokset	4	3	3	3	3	-1
<b>Vanhusten laitokset</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>-8</b>
<b>Päihdehuoltolaitokset yhteensä</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>+1</b>
Katkaisuhoitoyksiköt	6	8	8	6	7	+1
Päihdehuollon kuntoutuslaitokset	36	36	38	37	36	-
<b>Palvelutalot ja ryhmäkodit</b>	<b>613</b>	<b>647</b>	<b>658</b>	<b>691</b>	<b>655</b>	<b>+42</b>
<b>Ensi- ja turvakodit yhteensä</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>+7</b>
Ensikodit	3	6	7	8	8	+5
Turvakodit (sis. yhdistetyt ensi- ja turvakodit)	16	16	17	18	18	+2
<b>Muut laitokset ja asumispalvelut yhteensä</b>	<b>97</b>	<b>109</b>	<b>110</b>	<b>123</b>	<b>135</b>	<b>+38</b>
Päihdehuollon asumispalvelut	61	69	69	79	81	+20
Tukiasuminen	23	25	26	23	33	+10
Muut laitokset ja asumispalvelut	13	15	15	21	21	+8
<b>Lasten päivähoito yhteensä</b>	<b>460</b>	<b>419</b>	<b>405</b>	<b>388</b>	<b>373</b>	<b>-87</b>
Lasten päiväkodit	409	354	348	337	321	-88
Lasten leikkitoiminta	51	65	57	51	52	+1
<b>Päivätoiminta yhteensä</b>	<b>70</b>	<b>83</b>	<b>76</b>	<b>85</b>	<b>84</b>	<b>+14</b>
Päiväkeskukset	60	70	68	76	76	+16
Aikuisten päivähoito	10	13	8	9	8	-2
<b>Kotipalvelut yhteensä</b>	<b>106</b>	<b>101</b>	<b>101</b>	<b>97</b>	<b>96</b>	<b>-10</b>
Kodinhoitoapu	102	97	97	94	91	-11
Tukipalvelut	4	4	4	3	5	+1
<b>Työtoiminta- ja työhön kuntoutus yhteensä</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>+22</b>
Keh.vamm. työ- ja toimintakeskukset	8	12	16	20	21	+13
Vajaakuntoisten työtoiminta	30	30	32	38	39	+9
<b>Avomuotoinen päihdekuntoutus</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>+2</b>
<b>Muu sosiaalipalvelutoiminta</b>	<b>45</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>72</b>	<b>69</b>	<b>+24</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>1632</b>	<b>1656</b>	<b>1659</b>	<b>1726</b>	<b>1687</b>	<b>+55</b>

Palveluiden tuottamisen painoarvo on sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa vähentynyt viime vuosien aikana, mutta joillakin alueilla se on edelleen erittäin tärkeä (Järjestöbarometri 2007.) Sosiaali- ja terveysjärjestöjen tuottamien sosiaalipalveluiden vuosia jatkunut kasvu on taittunut. Niiden ylläpitämien toimipaikkojen kokonaismäärä lisääntyi vuosina 2002–2005, mutta vuonna 2006 kokonaismäärä väheni.

Yritysmuotoisten ja järjestöjen tuottamien sosiaalipalveluiden keskinäinen suhde on muuttunut. Vuonna 2006 yritysten sosiaalipalveluiden toimipaikkojen kokonaismäärä ohitti ensimmäistä kertaa järjestöjen toimipaikkojen määrän. Sosiaalipalveluissa lisääntyivät tuolloin eniten yritysmäiset asumispalvelut, kotipalvelut ja lastensuojelupalvelut. Muutamilla alueilla, etenkin päihdehuollossa, sosiaali- ja terveysjärjestöjen palvelutuotannon osuus palveluista on ennallaan. Lähes kaikki A-klinikat ja päihdehuollon asumispalveluyksiköt ovat niiden ylläpitämiä. Työtoiminta ja työhön kuntoutus ovat alueita, joissa järjestöjen osuus palveluista on kasvanut, eikä yritysmäistä palvelutuotantoa käytännössä ole lainkaan. Kaikista ensi- ja turvakotipalvelusta järjestöjen osuus on 80 prosenttia. (Yksityiset sosiaalipalvelut 2007. SVT. Stakes)

Yritysmäisen palvelutuotannon kasvua selittävät sekä uusien yrittäjien tulo markkinoille että joidenkin järjestöjen laajamittainen palveluiden yhtiöittäminen. Järjestöbarometriin vastanneista palvelutuotantoaan tai sen osia vuosina 2004–2007 on yhtiöittänyt 19 valtakunnallista järjestöä. Lastensuojelu- ja asumispalveluissa yhtiöittäminen on ollut volyyymiltaan varsin suurta. Palveluja organisoidaan järjestöissä muutenkin uudelleen. On viitteitä siitä, että kuntien ja yritysten palvelut eivät ole pystyneet korvaamaan niitä palveluita, joista järjestöt ovat palvelutoiminnan avustamiseen liittyvien rajausten vuoksi joutuneet luopumaan. Osa ihmisistä on siis muutoin jäänyt ilman palveluita. Erityisesti tämä näkyy kotipalveluiden alueella. (Järjestöbarometri 2008.)

## Julkisten palveluiden tarjoaminen haasteellista

Kuntien kannalta sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat edelleen merkittävä taho myös palveluiden tuottamisessa. Kuntien ostaessa palveluita muilta tahoilta, ne joutuvat kilpailuttamaan, jos palveluiden hinta ylittää kansalliset kynnysarvot. Sosiaali- ja terveyspalveluissa kynnysarvo on 50 000 euroa. Kansalaisyhteiskuntapolitiikan neuvottelukunnan Yleishyödylliset palvelut -työryhmä teki selvityksen järjestöjen kokemista kilpailuttamisen pulmista. Kilpailuttamiseen liittyvät ongelmat ovat järjestökentän kokemuksen mukaan moninaiset.

Järjestöt kokevat kilpailuttamiseen osallistumisen työlään ja epävarmana prosessina. Tilajilla nähdään puutteita kilpailuttamisosaamisessa. Tarjouspyynnöt nähdään järjestöjen toiminnan kannalta liian rajattuina, eikä laatutekijöitä oteta niissä riittävästi huomioon. Järjestöjen toimintaa on joiltakin osin hankala tuotteistaa ja kilpailuttaa. Järjestöillä on usein tarjolla myös muuta toimintaa kuin mitä tarjouspyynnöt edellyttävät. Järjestöt tuottavat palveluja eettisestä arvomaailmastaan käsin mahdollisimman laadukkaaseen palveluun pyrkien. Tämä asetelma ei useinkaan kiinnosta palvelun tilaajaa. Hinnan koetaan määrittelevän liian paljon hankintakriteerejä ja vastaavasti palveluiden laadun ja saatavuuden nähdään jäävän marginaaliin asemaan.

Järjestöt ovat havainneet kilpailuttamiskäytännöissä suuria eroja kuntien välillä. Kaikilla kunnilla ei ole riittävästi tietoa järjestöjen toiminnasta, mikä osaltaan heijastuu kilpailuttamistilanteisiin. Järjestöjen erityisosaaminen saattaa jäädä kunnilta huomaamatta. Lisäksi osa kunnista pyytää ostopalvelutarjouksia sellaisista palveluista, joiden tuottamiseksi voidaan tehdä kumppanuussopimuksia järjestöjen kanssa. (Kanen työryhmän raportti 2008.)

## PARAS -uudistus muuttaa kuntien ja järjestöjen yhteistyötä

Kunta- ja palvelurakenne on kovassa muutoksessa. Se luo kokonaan toisenlaisen toimintaympäristön paikalliselle yhdistystoiminnalle. Uusien syntyvien kuntien alueella voi toimia useita saman järjestön paikallisyhdistyksiä, ja järjestöt joutuvat arvioimaan tilanteensa uudelleen. Kunta- ja palvelurakennemuudistus, PARAS -hanke, muuttaa oleellisella tavalla myös kuntien ja järjestöjen yhteistyötä ja kumppanuutta.

PARAS -hankkeen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa. Tarkoituksena on parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua.

Uudistusta ohjaavan puitelain (HE 155/2006 vp) mukaan tavoitteena on elinvoimainen, toimintakykyinen ja eheä kuntarakenne sekä myös taloudellinen ja kattava palvelurakenne, joka turvaa laadukkaita palvelut ja niiden saatavuuden. Puitelain mukaan perusterveydenhuolto ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon tehtävät tulee järjestää vähintään noin 20 000 asukkaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella. Tästä voidaan poiketa saarisuuden, pitkien etäisyyksien, kansalliskieliä koskevien kielellisten oikeuksien tai saamelaisten kielellisten ja kulttuuristen oikeuksien turvaamiseksi. Eduskunta, sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat linjanneet ja vedonneet kuntiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimivasta yhteydestä uudistuksessa huolehdittaisiin, koska ne palveluita käyttävien ihmisten kannalta muodostavat toisiinsa liittyvän kokonaisuuden.

PARAS -hankkeessa kuntaliitosselvityksiä on toteutettu enemmän kuin koskaan aikaisemmin Suomessa. Vuoden 2009 alusta Suomen kuntakartta muuttuu merkittävästi. Lähes sata kuntaa muodostaa jatkossa 32 uutta kuntaa. Lisäksi 290 kuntaa aikoo saavuttaa lain edellyttämän 20 000 asukkaan väestöpohjan muodostamalla

sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen. Yhteistoiminta-alueiden muodostamisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tullaan järjestämään entistä suuremmissa kokonaisuuksissa. (Hallituksen iltakoulun muistio 21.11.2007.)

Sosiaalibarometrin 2008 tulokset nostivat esiin sekä myönteisiä havaintoja että hälytyssignaaleja PARAS -hankkeen etenemisestä. Tulosten mukaan PARAS -uudistuksessa sosiaalijohtoa askarrutti palveluiden keskittyminen ja erityisesti pienissä kunnissa tai haja-asutusalueella asuvien palveluja tarvitsevien matkojen pidentyminen. Uudistuksen katsotaan pirstaloivan palvelukokonaisuuksia erityisesti sosiaalipalveluiden hajotessa eri tahojen vastuulle. Sosiaalijohto arvioi lähipalveluiden saatavuuden ja asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien palveluiden suunnitteluun selvästi useammassa kunnassa heikentyvän kuin kohenevan. Myönteisinä puolina nähtiin mahdollisuudet turvata erityispalvelut nykyistä paremmin ja myös henkilöstön erityisosaamisen hyödyntäminen. Paikallistasolta välittyvä huoli sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon yhteyden heikentymisestä uudistuksen myötä. (Sosiaalibarometri 2008.)

Kunta- ja palvelurakennemuudistuksen keskeinen lähtökohta, kuntalainen uudistuksen keskiössä, ei näytä vielä toteutuvan. Noin puolessa kuntaa kuntalaisten tarpeiden kartoituksella ei ole ollut juurikaan vaikutusta uudistuksen toteuttamiseen. Haasteena on ottaa kuntalaiset aktiivisemmin mukaan uudistuksen arviointiin ja jatkosuunnitteluun. (Emt.)

Näyttää siltä, että uudistus on vahvistamassa ennen kaikkea sektoreiden sisäistä yhteistyötä. Yhteistyö palveluyritysten kanssa on vahvistumassa. Sen sijaan yhteistyön vahvistumisesta tai heikkenemisestä sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa on eri tahoilla ristiriitaisia näkemyksiä. Kriittisimpiä arvioita esittävät järjestöt. Käytännössä yhteistyö näyttää rakentuvan palveluiden

tuottamisen ympärille. Eri sektoreiden yhteinen hyvinvointivastuu sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytykset laajasti ymmärrettyinä näyttävät tulosten mukaan olevan heikentymässä. (Emt.)

## Järjestöjen rooli kumppanina muutoksessa

Järjestöt joutuvat ottamaan paikallisesti aktiivisen roolin sen varmistamiseksi, että yhteistyö kuntien kanssa rakentuu mahdollisimman hyväksi ja toimivaksi. Tämä edellyttää myös tiivistä järjestöjen välistä yhteistyötä. Monilla alueilla tätä yhteistyötä on jo rakennettu järjestöjen välille. STKL:n aluetoiminta on kantanut siitä myös vastuuta. Käytännössä on työstyetty sitä, miten järjestöjen osaaminen sekä niiden tarjoamat palvelut ja tuki asettuvat luontevalla tavalla osaksi uutta palvelurakennetta. Tämä työ on kuitenkin vasta alussa. Monilla alueilla PARAS -uudistus keskittyy vielä hallinto- ja organisaatorakenteisiin ja palvelurakenteen käytännön uudistaminen on vasta käynnistymässä. Se merkitsee järjestöjen kannalta mahdollisuutta, joka tulee käyttää aktiivisesti.

Järjestöjen roolia ei juurikaan vielä ole otettu uudistusta tehtäessä käytännössä huomioon. Päijät-Hämeessä järjestöjen rooliin ja mahdollisuuksiin on kiinnitetty huomiota. Siihen liittyvää prosessia tarkastellaan tarkemmin tässä kirjassa toisaalla. Järjestöille kertyy myös tietoa omien jäsentensä kautta siitä, millaisia vaikutuksia PARAS -uudistuksella on käytännössä ihmisten palveluiden saantiin ja palvelujärjestelmän toimivuuteen. Tämän tiedon paikallisesti kokoaminen ja käyttäminen vaikuttamisen välineenä on tärkeä tehtävä järjestöille. Siitä tuskin yksittäinen järjestö selviää yksin, vaan kyse myös siinä on järjestöjen yhteisestä tehtävästä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus synnyttää nykyistä laajemmat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämises- tä vastaavat yhteistoiminta-alueet. Entistä tärkeämmäksi kysymykseksi järjestöjen kannalta tulee, miten ja keiden kanssa ne rakentavat yhteistyötä ja kumppanuutta. Tällä hetkellä tilanne on jäsentymätön ja epäselvä.

Monissa kunnissa suunniteltu tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto merkitsee myös uutta tilannetta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa palveluiden tuotteistaminen on vaikeaa. Kriittisiä arvioita on myös siitä, tuottaako palveluiden kilpailuttaminen ja tuotteistaminen myönteistä lisäarvoa vai onko kyse toimintatavasta, joka istuu huonosti sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sekä terveyskeskusten johto että sosiaalijohto on nähnyt kilpailuttamisessa kielteisiä vaikutuksia mm. hintojen nousuna ja palvelukokonaisuuksien hajoamisena. (Ks. tarkemmin Sosiaalibarometrit 2007 ja 2008.) Järjestöjen kannalta näissä tilanteissa ja laajemminkin palveluita kilpailutettaessa pulmana on se, että järjestöjä ei enää nähdä kuntien kumppaneina, vaan tahoina, joilta ostetaan palveluja. Tämä lähestymistapa voi kaventaa merkittäväällä tavalla kuntien ja järjestöjen yhteistyösuhteita.

## Järjestöjen paikallistoiminta on edelleen aktiivista

Vaikka monet kansainväliset tutkimukset toteavat yhdistystoiminnan vähentyneen, näyttää sitä, että sosiaali- ja terveysjärjestöjen paikallinen yhdistystoiminta onnistuu Suomessa edelleenkin kokoamaan toimintaansa varsin hyvin osallistujia. (Järjestöbarometri 2007) Suomalaiset käyttävät vapaaehtoistoimintaan keskimäärin lähes 18 tuntia kuukaudessa, ja vapaaehtoistyöpanos vastaa kokopäiväiseksi muutettuna yli 77 000 henkilötyövuotta (Yeung 2002).

Järjestöbarometri 2007:ää varten Sosiaali- ja terveys- turvan keskusliitto teetti Taloustutkimuksella kyselyn ihmisten osallistumisesta sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan. Sen mukaan 13 prosenttia 15–79-vuotiaista suomalaisista oli viimeisen vuoden aikana osallistunut sosiaali- ja terveysalan yhdistystoimintaan vapaaehtoisena. Käytännössä tämä merkitsee 500 000 vapaaehtoista. Luottamushenkilöinä on toiminut noin 160 000 ihmistä. Vertaistoimintaan osallistuneita on noin 250 000. Yhdistysten vapaaehtoisista 75 prosenttia on naisia. Vapaaehtoisina toimintaan osallistuvat käyttävät siihen aikaa keskimäärin 11 tuntia kuukaudessa. (Järjestöbarometri 2007.)

Suurella osalla paikallisyhdistyksistä osallistujamäärät ovat pysyneet ennallaan. Vapaaehtoisten määrä on kasvanut neljäsosalla yhdistyksistä. Paikallisyhdistyksistä 40 prosenttia on puolestaan lisännyt jäsenmääräänsä viime vuosina. Erityisesti eläkeläis- ja potilasyhdistykset ovat onnistuneet kasvattamaan jäsenmääräänsä. Eläkeläisyhdistysten toiminnan kysyntä jatkaa kasvua myös lähivuosina väestön ikääntyessä. Järjestöbarometri 2007:n tulosten pohjalta on nähtävissä, että vaikka osantottajamäärät ovat pysyneet hyvällä tasolla, paikallistoiminnassa vastataan entistä pienemmällä aktiivisten joukolla kasvaviin tarpeisiin ja haasteisiin. Haasteellisuutta lisää se, että sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimijat ovat pääosin naisia ja ikääntyviä. (Emt.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöissä vapaaehtoistoimintaan sisältyy esimerkiksi virkistystoiminnan organisointia sekä avustaja-, vertais- ja ystävätoimintaa. Ihmiset auttavat yhdistysten kautta vanhuksia tai muita tukea tarvitsevia, avustavat kuljetuksissa, asioinnissa ja pienissä arkiaskareissa. Vapaaehtoistoiminta on konkreettista käytännön tekemistä lumenluonnista keskusteluun ja puhelimesta kuunteluun. (Emt.) Vapaaehtoistoiminta muuttaa kuitenkin muotoaan, sen sisällöt ja toimintatavat heijastelevat ihmisten uusia kiinnostuksen kohteita ja myös uusia tarpeita. Perinteinen vapaaehtoistoiminta ei houkuttele kaikkia. Järjestöiltä tämä edellyttää herkkyyttä paikantaa uudet tarpeet ja myös valmiutta uudistaa omaa toimintaansa.

Järjestöjen paikallinen toiminta monimuotoisuudessaan on mitä parasta ongelmia ja sairauksia ehkäisevää toimintaa. Ne itse eivät käytä välttämättä virkistystoiminnastaan, kerhoistaan, vapaaehtoistoiminnastaan tätä käsitettä. Sosiaali- ja terveysyhdistykset tavoittavat paikallisesti hyvin monenlaisessa elämäntilanteessa olevia, myös syrjäytymisriskissä olevia ihmisiä. Ne tarjoavat yhteisön monille ihmisille, jotka muuten jäisivät yksin. (Ks. tarkemmin Järjestöbarometri 2007.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden laajamittaisessa kilpailuttamisessa ja tilaaja-tuottajamallissa on järjestöjen kannalta riskinä se, että järjestöjen rooli osallisuuden rakentajina ja ehkäisevän työn toteuttajina unohtuu. Kyse on toiminnasta, jota ei voi ostaa ja kilpailuttaa. Näin osassa kuntia on kuitenkin alettu tehdä (Kanen työryhmän raportti 2008.)

## **Paikallistoiminnan avustaminen on kannattavaa**

Vähän yli puolet paikallisyhdistyksistä sai vuonna 2007 toiminta-avustusta kunnalta. Kuntien toiminta-avustukset ovat yksittäisille yhdistyksille erittäin tärkeitä. Monesti ne mahdollistavat välttämättömien perustoimintojen toteuttamisen. Kaikkein useimmin toiminta-avustuksia myönnetään mielenterveys- ja vammaisyhdistyksille. Mielenterveysyhdistysten toiminta-avustukset ovat keskimäärin kaksinkertaisia verrattuna vammaisjärjestöjen avustuksiin. Kahdella kolmasosalla yhdistyksistä vuoden 2008 toiminta-avustus oli samansuuruinen kuin viime vuonna. Kuntien toiminta-avustukset ovat kolmen viimeisen vuoden aikana olleet kuitenkin laskusuunnassa. Järjestöbarometrikyselyihin osallistuneista ja kunta-avustusta saaneista noin tuhannesta yhdistyksestä lähes kolmasosalla avustuksen määrä on viimeisen kolmen vuoden aikana pienentynyt. Kuudella prosentilla yhdistyksistä avustus on tuona aikana kokonaan loppunut. Keskimääräistä useammin avustukset ovat pienentyneet vammais- ja aistivammais-, mielenterveys- sekä potilasyhdistyksissä. Avustusten kehittämisessä ei ole merkitseviä eroja maaseutu- ja kaupunkikuntien välillä. (Järjestöbarometri 2008.)

Kuntien toiminta-avustukset kansalaisjärjestöille edustavat Suomessa historiallisesti vahvaa kuntien ja järjestöjen kumppanuutta. Kunnat ovat nähneet järjestöjen toiminnan arvon ja merkityksen ja kansalaistoiminnalle on haluttu luoda edellytyksiä. Kuntien sosiaali- ja terveysjohdon ja järjestöjen suhteet ja vuorovaikutus on ollut paikallisesti tiivistä. Huolestuttavaa on, että tällä hetkellä järjestöjen ja kuntien kumppanuus osoittaa joltakin osin hiipumisen merkkejä. Paikallisyhdistysten toiminta-avustusten kääntyminen laskuun on siitä yhtenä heijastuksena. Se saattaa kertoa siitä, että kun palveluja ostetaan markkinoilta, kunnissa ajatellaan yhteistyötä vain palvelusuo-ritteiden kautta. Voi myös olla, että järjestöjä ei riittävän hyvin tunneta ehkäisevän työn tekijöinä ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistäjinä. (Emt.)

Kuntien ja järjestöjen yhteistyöstrategiat tai järjestöyhteistyön ottaminen osaksi kunnan yleisempää strategiaa

olisi viisasta kuntapolitiikkaa. On olemassa myönteisiä esimerkkejä näin toimivista kunnista, mutta se ei ole kehityksen valtavirta. Pitkällä aikavälillä kustannustehokasta resurssien käyttöä on paikallisyhdistysten toiminta-avustusten kasvattaminen ja sen varmistaminen, että kunnassa säilyy vireä kansalaisjärjestökenttä. (Ks. tarkemmin Järjestöbarometri 2008.)

## **Kunta – järjestö -yhteistyö on tärkeää**

Valtioneuvosto hyväksyi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman tammikuun lopussa. Ohjelma määrittelee sosiaali- ja terveysalan kehittämisen painopisteet. KASTE -ohjelman tavoitteet nousevat hallitusohjelmasta ja myös sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan erilaisista strategioista.

Kaste- ohjelman päätavoitteet ovat osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen väheneminen, hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen ja alueellisten erojen vähentyminen.

Ohjelman 39 konkreettista toimenpidekokonaisuutta rakentuu kolmeen teemaan: ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen, henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheä kokonaisuus ja vaikuttavat toimintamallit. Toimenpidekokonaisuuksista ovat vastuussa sosiaali- ja terveysministeriö, sen konsernilaitokset, Raha-automaattiyhdistys ja sosiaali- ja terveysjärjestöt. Tavoitteiden saavuttamista seurataan 19 indikaattorilla, joilla on tarkoitus kerätä kuntatason tietoa tapahtuneista muutoksista ja ohjelman vaikutuksista. Ohjelmassa korostetaan kautta linjan kuntien välistä yhteistyötä sekä kuntien ja järjestöjen sekä muiden tahojen yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 31.1.2008.)

Kaste-ohjelman tarkoituksena on koota yhteen laajoja hankekokonaisuuksia. Hankkeiden omien resurssien lisäksi samoja tavoitteita palvelemaan pyritään kokoomaan myös muuta rahoitusta sekä hallinnonalan laitosten asiantuntijapanosta. Alueelliset kehittämissuunnitelmat kokoavat yhteen alueella tehtyä ja käynnissä olevaa kehittämistyötä ja paikantavat siihen liittyviä tarpeita. Tavoitteena on rakentaa selvä yhteys järjestöjen kehittämistoiminnan ja KASTE -ohjelmassa koottavan kehittämistoiminnan välille. (Emt.)

Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnan strategia vuosille 2008–2011 sisältää kolme päälinjaa, joille avustuksia suunnataan: hyvinvoinnin edistäminen ja järjestöjen toimintaedellytysten turvaaminen, terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia uhkaavien ongelmien ehkäiseminen ja ongelmia kohdanneiden kansalaisten ja perheiden auttaminen. Jokaisella päälinjalla on kaksi painoaluetta. Ensimmäisen päälinjan painoalueet ovat monipuolisen kansalaisjärjestötoiminnan turvaaminen sekä kansalaisten hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja osallistumismahdollisuuksien edistäminen. Toisen päälinjan painoalueet puolestaan ovat merkittävien kansanterveysongelmien ehkäisy sekä sosiaalisten ja taloudellisten syrjäytymiskierteiden katkaisu. Kolmas päälinja käsittelee painoalueina muita huonommassa asemassa olevien väestöryhmien auttamisen sekä palveluiden ja palvelujärjestelmien kehittämisen. (Avustustoiminnan strategia 2008-2011.)

Kansalliset sosiaali- ja terveyspoliittiset strategiat ja linjaukset ja myös Raha-automaattiyhdistyksen rahoituslinjaukset korostavat hyvin samoja asioita. Ne korostavat vahvasti järjestöjen keskinäisen sekä kuntien ja järjestöjen yhteistyön välttämättömyyttä. Se tarjoaa paljon mahdollisuuksia, mutta on myös erittäin suuri haaste. Pahimmillaan tavoitteet jäävät kauniiksi puheeksi, ellei niitä myös paikallisesti oteta vakavasti ja käytännön hanke- ja muun yhteisen suunnittelun lähtökohdaksi.



## Lopuksi

Järjestöjen toiminta on muuttumassa, mutta se on tulevaisuudessakin tärkeä osa suomalaista hyvinvoinnin kokonaisuutta. Kuntien ja järjestöjen yhteistyöllä ja kumppanuudella on pitkät perinteet. Joltakin osin tämä yhteistyö uhkaa rapautua, elleivät kunnat ja järjestöt aktiivisesti vaali ja kehitä sitä. Näin uskon ja toivon tapahtuvan.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystaloudellisiin haasteisiin vastaamisessa tarvitaan kuntien vahvaa vastuuta ja roolia, järjestöjen osaamista ja myös alan yrityksiä. On viisasta rakentaa tasapainoisesti kaikkien näiden varaan, mutta tunnustaa samalla, että jokaisella on omat vahvuutensa, jota muut tahot eivät voi korvata. Kunnilla tulee olla jatkossakin päävastuu ihmisten hyvinvoinnista ja palveluiden järjestämisestä. Yritystoimintaa voi syntyä osassa sosiaali- ja terveyspalveluita. Kyse ei ole kuitenkaan aidoista markkinoista, koska kaikilta muilta palveluiden tuottajilta ostajana pääosin on kunta. Sosiaali- ja terveysjärjestöt voittoa tavoittelemattomina toimijoina tarjoavat korvaamattomalla tavalla erilaisissa elämäntilanteissa oleville ihmisille yhteisön ja osallistumisen mahdollisuuksia. Niiden vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki eivät ole julkisen tai yritysten toiminnalla korvattavissa. Ne ovat järjestöjen toiminnan erityisyyttä. Lisäksi osassa erityispalveluita järjestöillä on tulevaisuudessakin korvaamaton rooli ja niissä oleva erityisosaaminen on ainutlaatuista. Tästä osaamisesta sekä järjestöjen ja kuntien kumppanuudesta kannattaa tulevaisuudessakin pitää huoli.

## Lähteet

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta (HE 155/2006 vp.)

Hallituksen iltakoulun muistio 21.11.2007 <http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/ILTA-KOULUMUISTIO/file/ILTAKOULUMUISTIO.pdf>

Järjestöbarometri 2007 Vuorinen Marja, Särkelä, Riitta, Peltosalmi Juha, Eronen Anne. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki

Järjestöbarometri 2008. Vuorinen Marja, Peltosalmi Juha, Särkelä, Riitta, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki

Kansalaisyhteiskuntapolitiikan neuvottelukunnan toimintasuunnitelma 2008- 2011

Kanen työryhmän raportti yleishyödyllisistä palveluista. Työryhmäraportti 2008. Julkaisematon.

Raha-automaattiyhdistys (2007). Avustusstrategia 2008-2011. <http://www.ray.fi/liitetiedostot/J6XH4P-RAYavustusstrategia2008-2011.pdf>

RAY:n vuosikertomus 2007. [http://www.ray.fi/raytietoa/medianurkka/pdf\\_vuosikertomus/RAY\\_vuosi2007\\_fin.pdf](http://www.ray.fi/raytietoa/medianurkka/pdf_vuosikertomus/RAY_vuosi2007_fin.pdf)

Siltaniemi Aki, Perälähti Anne, Eronen Anne, Londén Pia, Peltosalmi Juha (2008). Hyvinvointi ja osallisuus Itä-Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

Sosiaalibarometri 2006. Eronen Anne, Londén Pia, Perälähti Anne, Siltaniemi Aki ja Särkelä Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2006

Sosiaalibarometri 2007. Eronen Anne, Londén Pia, Perälähti Anne, Siltaniemi Aki ja Särkelä Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2007

Sosiaalibarometri 2008. Eronen Anne, Londén Pia, Perälähti Anne, Siltaniemi Aki ja Särkelä Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2008.

Stakes (2008). Yksityiset sosiaalipalvelut. SVT. Stakes.

Yeung Anne (2002) Vapaaehtoistoiminta osana kansalaisyhteiskuntaa - ihanteita vai todellisuutta? : tutkimus suomalaisten asennoitumisesta ja osallistumisesta vapaaehtoistoimintaan. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys. Helsinki.

# PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUS

*Kirsti Heikkilä, kehittämisjohtaja, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, Heimo hyvinvointipiirihankkeen pääsihteeri*

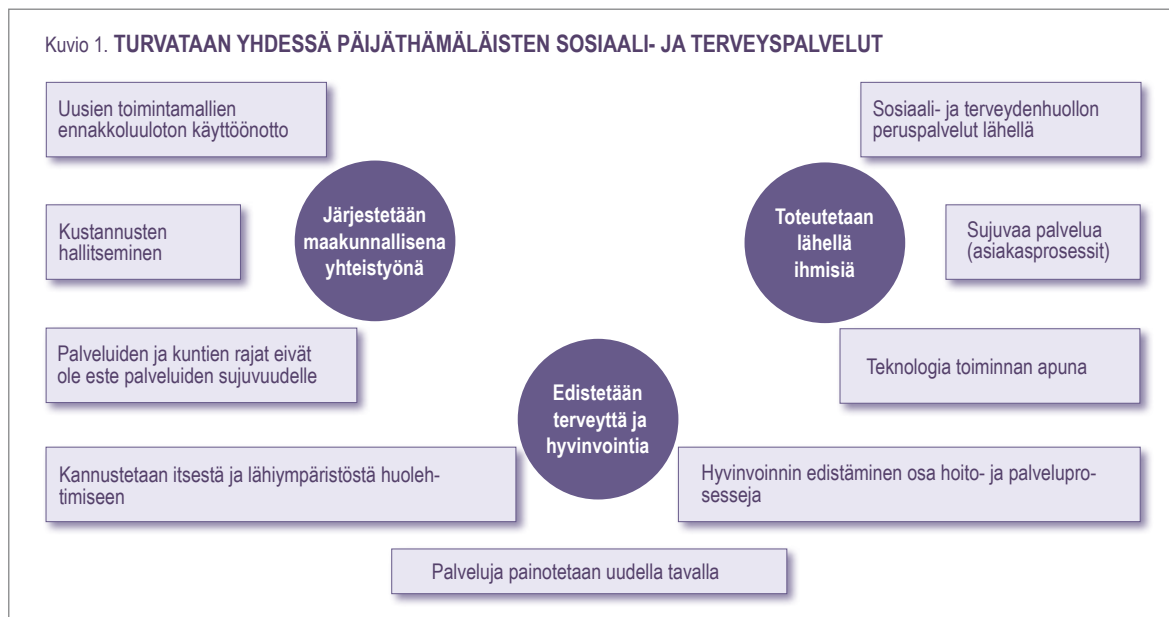
*Pentti Lampi, palvelujohtaja, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, Hoito- ja palveluprosessien uudistamisohjelman vastuuhenkilö*

*Päivi Hiltunen, sosiaali- ja terveysjohtaja, Hollolan kunta, Läntisen perusturvapiirin tilaajajohtaja*

## Heimo hyvinvointipiiri

*Päijät-Hämeessä on uudistettu sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja toimintamalleja hankkeessa, jonka nimi on ollut viime vaiheessa Heimo hyvinvointipiiri. Heimo hyvinvointipiiri on hankkeen nimi, ei minkään toimivan organisaation.*

*Heimo hyvinvointipiiri kuvaa uudistuksen laaja-alaisuutta. Uudistuksen tavoitteet on kuvattu kuviossa 1. Uudistuksessa ei ole kyse pelkästään organisaatiolaatikoiden uudeltaisesta järjestelystä eli hallinnon uudistuksesta vaan laaja-alaisesta toiminnan uudistuksesta, joka lähtee asiakkaiden tarpeista ja ottaa huomioon yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyökumppaneina ja palvelun tuottajina. Se ei kuitenkaan tavoittele utopioita vaan ottaa realistisesti huomioon taloudellisten ja henkilöstövoimavarojen niukkuuden. Asukkailla on myös vastuu omasta hyvinvoinnistaan.*



Tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveyspalvelut päijät-hämäläisille myös tulevaisuudessa järjestämällä ne maakunnallisena yhteistyönä ja toteuttamalla niitä lähellä ihmisiä. Samalla ihmisiä kannustetaan ottamaan yhä enemmän itse vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Hankkeen taustalla ovat jokaisessa kunnassa tutut tulevaisuuden uhkakuvat. Kunnilla on vaikeuksia rahoittaa nopeasti kasvavia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Väestö vanhenee, asiakkaita ja hoidettavia on yhä enemmän ja työntekijöitä yhä vähemmän. Työvoimasta on puutetta jo tällä hetkellä, mutta suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden aikana henkilöstön saaminen on todella vaikeaa. Pääleikkäisten palveluiden purkamisella, palveluprosessien uudistamisella ja terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisellä tavoitellaan kustannusten hallintaa ja työvoiman riittävyttä.

## **Valtakunnallinen pilotti**

Heimo hyvinvointipiirihanke käynnistyi erilaisin taustaselvityksin vuonna 2005 eli ennen kunta- ja palvelurakennemuutoksen (PARAS -hanke) ja puitelain vaatimuksia. Piirimallin pohjana oli maakunnallinen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö, jota oli tehty jo kymmenen vuoden ajan kuntien keskinäisenä yhteistyönä sekä sairaanhoitopiirin organisoimana. Nykyistä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymää edeltänyt Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri tuotti erikoissairaanhoidon palvelut alueen kaikille 15 kunnalle. Vähitellen syntyi kiinnostus kiinteämmästä yhteistyöstä myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon puolella.

Heimo hyvinvointipiirihanke on ollut valtakunnallinen pilotti, jonka kokonaisbudjetti on reilut kuusi miljoonaa euroa. Valtio on tukenut vuoden 2008 loppuun jatkunutta hanketta noin puolella kokonaissummasta.

## **Lähi-, keskitetyt ja alueelliset palvelut**

Tavoitteena on järjestää alueen väestölle tasa-arvoiset ja tasalaatuiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Palvelut on määritelty erilaisin asiantuntijaselvityksin lähi-, keskitetyiksi ja alueellisiksi palveluiksi. Perustason sosiaali- ja terveyspalvelut pyritään pitämään lähellä ihmisiä siten, että palvelua on saatavissa säännöllisesti, mutta ei välttämättä joka päivä. Palvelu pyrkii liikkumaan ihmisten luokse. Erikois- ja vaativan tason palvelua on saatavissa keskitetysti ja alueellisesti.

## **Uusia toimintamalleja**

Heimo -hyvinvointipiirihankkeen keskeisimpiä asioita on ollut toimintamalleja ja hoitoketjuja uudistava työ. Väestön tarvitsemia palveluja katsotaan kokonaisuutena, jotka pyritään järjestämään asiakkaan ja potilaan kannalta sujuvasti yli kunta- ja organisaatorajojen. Siten vältetään jonotukset hoitopaikkojen välillä ja turvataan muutoinkin sujuva ja samanlainen hoito kaikissa hoitopaikoissa koko piirin alueella.

Uusia toimintamalleja on kehitetty useissa työryhmissä, joissa on ollut mukana työntekijöitä ja asiantuntijoita niin julkisen sektorin kuin yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoista yhteensä noin 300. Tarkoituksena on tehdä palvelu, jossa organisaatorajat eivät muodosta pullonkauloja palveluiden käytölle. Uusia toimintamalleja otetaan käyttöön erikseen määriteltävän aikataulun mukaisesti.

Uutta teknologiaa pyritään hyödyntämään tehokkaasti. Asiakkaan tai potilaan ensikontaktia ohjataan yhä enemmän sähköisesti, puhelimitse tai verkon kautta tehtäväksi. Hoito- ja seurantatoimintoja toteutetaan verkon tai kännykän kautta. Lisäksi verkosta tulee löytymään laajasti sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä ohjeita ja palveluja.

## Ehkäistään tulevaisuuden sairastumisia

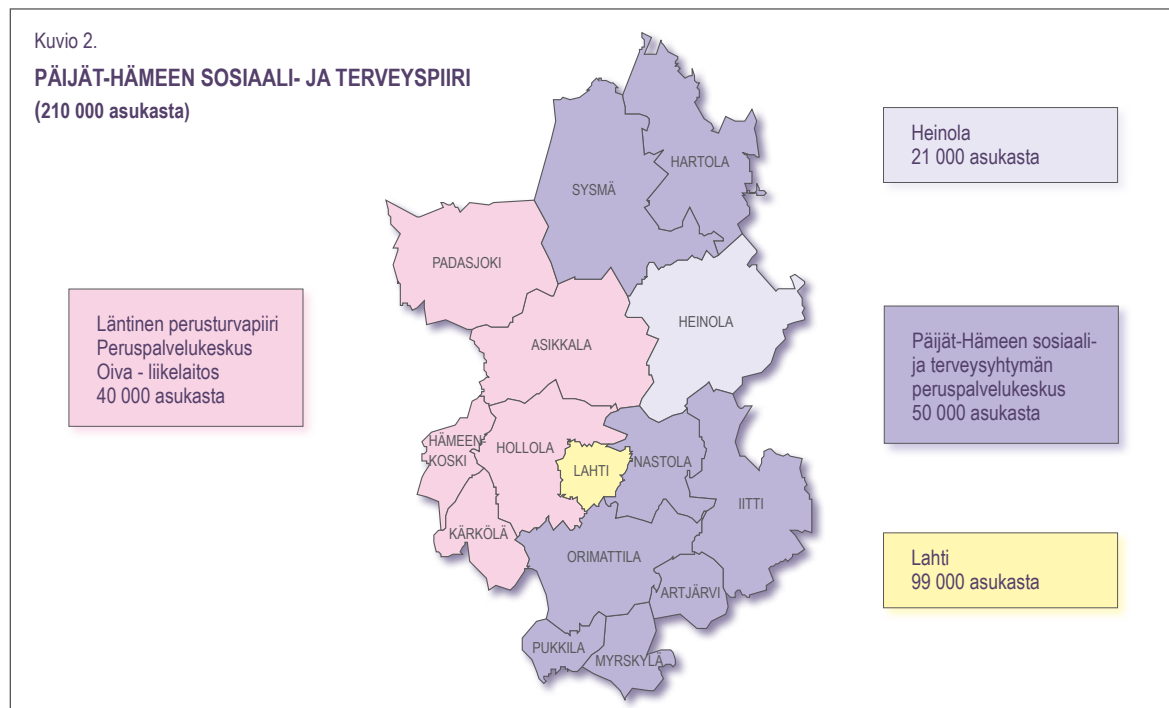
On hyvin selkeitä näyttöjä, että monia vakavia sairauksia voidaan ennaltaehkäistä ohjaamalla ihmisiä yhä aktiivisemmin ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on toimintamallien uudistamisen ohella Heimo -hyvinvointipiirihankkeen tärkeimpiä asioita. Käytännössä tämä tarkoittaa, että erilaisissa palvelu- ja hoitotilanteissa ihmistä käsitellään yksilöllisesti ja tuetaan hänen omaa elämäntilanteensa. Sairauksien tarkastelun ohella edistetään myös terveyttä. Konkreettisia asioita tästä ovat jo kakkostyyppin diabeteksen riskihenkilöiden tunnistustesti tai vanhusten toimintakyvyn arviointi. Näitä asioita teemmällä ja seuraamalla saadaan ennaltaehkäisevä hoitotyö ajoissa käyntiin. Myös terveydenedistämisen toimintamallit ovat täytäntöönpanovaiheessa.

## Uudet organisaatiot

Vuoden 2007 alusta aloittivat toimintansa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, joka on muodostettu Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin organisaatiosta ja Hollolan kunnan organisaatiosta toimiva peruspalvelukeskus Oiva - liikelaitos. Hankkeen käynnistyessä tavoitteeksi asetettiin, että pidemmällä aikavälillä Päijät-Hämeessä on koko nykyisen sairaanhoitopiirin kattava sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus. Vuoden 2007 alussa palvelurakenne oli vielä pirstaleinen. Tavoitetta kohti on tarkoitus edetä portaittain.

## Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut 15 jäsenkunnalle, joiden asukasluku on 210 000 asukasta.



Vuoden 2007 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden hoitamisen on siirtänyt yhtymälle kahdeksan kuntaa, joiden asukasluku on 50 000. Läntisen perusturvapiirin viisi kuntaa (40 000 asukasta) ovat siirtäneet sosiaali- ja terveysyhtymään laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuollon sekä apuvälinehuollon toiminnan perusapuvälineiden osalta. Heinola 21 000 asukasta ja Lahti 99 000 asukasta, järjestävät peruspalvelunsa itse.

Ympäristöterveyskeskuksessa, joka järjestää ympäristöterveydenhuollon palvelut, on mukana 15 jäsenkunnasta 11.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän palvelukseen siirtyi noin 1 200 työntekijää Artjärven, Hartolan, Iitin, Myrskylän, Nastolan, Orimattilan, Pukkilan ja Sysmän kuntien sosiaali- ja terveystoimesta sekä Orimattilan kansanterveystyön kuntayhtymästä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän henkilökuntamäärä on yhteensä noin 3 200 työntekijää. Lisäksi sosiaali- ja terveysyhtymään siirtyi henkilökuntaa (kuvantamisen ja laboratoriopalvelujen ja lääkehuollon henkilöstö) Tiirismaan kansanterveystyön kuntayhtymästä sekä Asikkalan ja Padasjoen terveyskeskuksista.

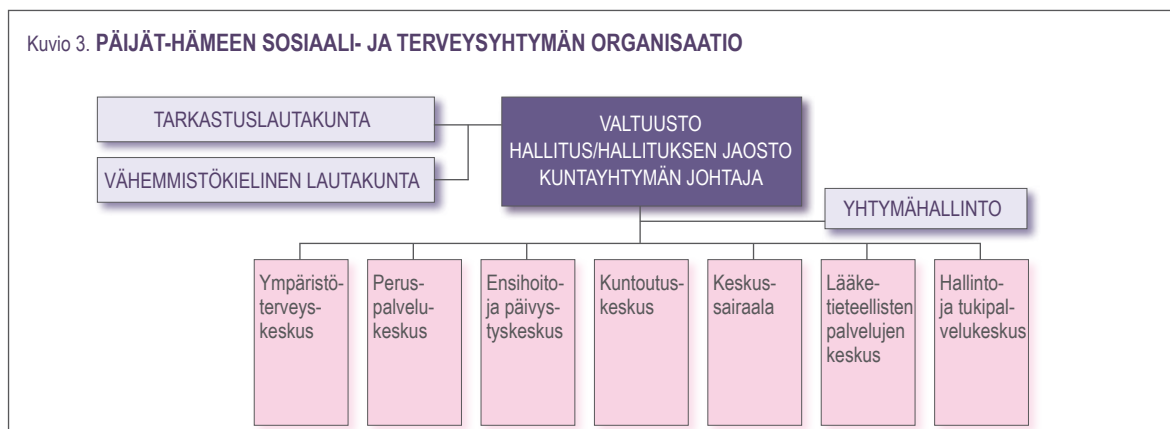
## Läntinen peruspalvelukeskus ja Oiva-liikelaitos

Läntisen perusturvapiirin kunnat Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki (yhteinen väestö noin 40 000 asukasta) ovat muodostaneet vuoden 2007 alusta yhteisen perusturvapiirin ja Peruspalvelukeskus Oivan, joka on kunnallinen liikelaitos.

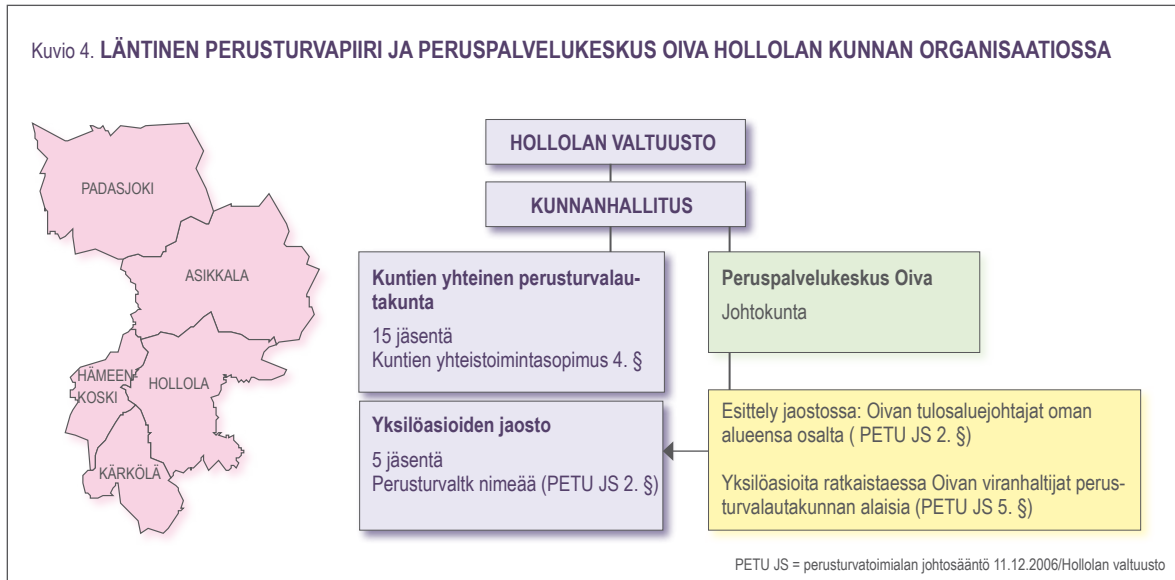
Perusturvapiiriin kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon, ml. erikoissairaanhoidon ja ympäristöterveydenhuollon tilaaminen ja sosiaali- ja perusterveydenhuollon tuottaminen jokaisen viiden kunnan osalta. Tilajaosapuolena toimii kuntien yhteinen perusturvalautakunta ja peruspalveluiden tilaajakeskus ja suurimpina tuottajaosapuolina Peruspalvelukeskus Oiva ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Peruspalvelukeskus Oiva hankkii myös itse suoraan perustason sosiaali- ja terveyspalveluja sekä jonkin verran erikoissairaanhoidon palveluja muilta tahoilta; mm. yksityisiltä, järjestöiltä ja muilta kunnallisilta toimijoilta.

Perusturvalautakunta, tilaajakeskus ja Peruspalvelukeskus Oiva toimivat osana Hollolan kunnan organisaatiota. Hollolan kunnan työntekijöiksi siirtyi noin 400 sosiaali- ja terveysalan työntekijää Asikkalan, Hämeenkosken, Kärkölän ja Padasjoen kunnista sekä Tiirismaan kansanterveystyön kuntayhtymästä. Peruspalvelukeskus Oivan palveluksessa on noin 800 työntekijää.

Kuvio 3. PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄN ORGANISAATIO



Kuvio 4. LÄNTINEN PERUSTURVAPIIRI JA PERUSPALVELUKESKUS OIVA HOLLOLAN KUNNAN ORGANISAATIOSSA



## Muuttuu ja ei muutu

Päijäthämäläinen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon uudistus (hyvinvointipiiri) on meneillään. Suurimmat mullistukset ovat toteutuneet organisoinnissa. Asiakkaat ja potilaat saavat palveluita lähestulkoon kuten ennenkin. Eniten muuttuu palveluiden organisointi ja tuottaminen. Tätä muutosta palvelun tarvitsija ei välttämättä havaitse. Tulevaisuudessa muutokset koskevat hoitoprosesseja, toimintamalleja ja toimintojen sisältöjä. Nämä muutokset potilaat tunnistavat toivottavasti paremmin saatavana ja sujuvana palveluna, mutta myös siinä, että palveluja saadaan esim. keskussairaalan sijaan terveyskeskuksesta tai lääkärin vastaanoton sijaan terveydenhoitajalta tai hän voi asioida sähköisesti. Potilaiden edellytetään myös ottavan itse vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Hanketyöhön liittyy runsaasti tulevaisuuteen tähtäävää kehittämistä ja valmistelua. Lukuisat sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät on saatava keskustelemaan

keskenään. Kaiken toiminnan seurannan ja ohjauksen kannalta tietoa on saatava nopeasti ja selkeästi jäseneltynä. Tietojärjestelmistä on saatava tietoa kustannuksista, palveluiden määrästä, laadusta, saatavuudesta sekä hoidon ja palvelun vaikuttavuudesta tilaajina toimiville kunnille sekä toimintoja tuottaville organisaatioille.

## Haasteet

Täysin uudenlaista palvelujärjestelmää ei tehdä vuodessa eikä kahdessakaan. Siksi edetään vaiheittain ja pyritään hakemaan tekemisessä yksituumaisuutta. Se vaatii kärsivällisiä keskusteluja eri toimijoiden kesken. Valmistelusta ja tekemisestä on tehty läpinäkyvää ja avointa, kaikki tieto on löydettävissä internetistä. Muutos vaatii organisaatioilta ja työntekijöiltä sekä ennen kaikkea toiminnasta vastuussa olevilta esimiehiltä kärsivällisyyttä ja uuden oppimisen halua ja kykyä. Tätä

tuetaan jatkuvasti erilaisella koulutus- ja valmennustyöllä. Koulutukseen ja tiedottamiseen on satsattu erityisesti. Ihmisiä kannustetaan tulemaan mukaan kehittämistyöhön ja alueen eri toimijoiden kanssa tehdään yhteistyötä.

Kaikilla alueen kunnilla on samat ja yhteiset haasteet tulevaisuuden suhteen. Kompaktin kokoisessa maakunnassa näihin haasteisiin on erityisen hyvät mahdollisuudet vastata yhteisillä toimintamalleilla.

## **Muutoksen suhde terveydenhuoltolakiin**

Terveydenhuoltolakiluonnos, joka jätettiin ministeri Paula Risikolle 16.6.2008, on nyt lausuntokierroksella. Luonnoksen mukaan se astuu voimaan 1.1.2010. Lakiluonnos ei ole ristiriidassa sen valmistelutyön kanssa, mitä on tehty Heimo hyvinvointipiirihankkeessa. Lakiluonnoksessa korostetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä, asiakkaiden ja potilaiden valinnan vapautta, saumattomia palveluketjuja ja terveydenedistämistä sekä palvelurakenteiden uudistamista. Organisoinnin osalta Päijät-Hämeessä toteutettu vastaa lähinnä lakiluonnoksen sairaanhoitopiirimallia.

Lisätietoja: [www.heimohyvinvointipiiri.fi](http://www.heimohyvinvointipiiri.fi), [www.phsotey.fi](http://www.phsotey.fi), [www.oivappk.fi](http://www.oivappk.fi) ja [www.hollola.fi](http://www.hollola.fi)



# HEIMO-HYVINVOINTIPIIRIN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ PÄIJÄT-HÄMEESSÄ

*Ulla Saastamoinen, kehittämispäällikkö, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto (STKL)*

*Järjestöt voivat toimia yhteiskunnan sisäisenä äänenä, joka kuuluu taloudellisten arvojen yli. Tätä mieltä ovat Jorma Niemelä ja Sakari Möttönen kirjassaan Kunta ja kolmas sektori. Voisivatko järjestöt olla niitä toimijoita, jotka pitävät esillä hyvinvointivaltion sosiaalisen tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden periaatteita, kun nämä ovat jäämässä tehokkuuden vaatimusten jalkoihin.*

*Julkinen valta korostaa entistä enemmän yksilön vastuuta omasta hyvinvoinnista ja terveydestä. Onko järjestöillä entistä suurempi tehtävä olla pienen ihmisen puolestapuhuja sekä yhteisöllisyyden ja välittämisen kulttuurin rakentaja? Jotta hyvinvointiyhteiskunta toteutuu ja elää myös tulevaisuudessa, julkinen sektori ja kansalaistoimijat tarvitsevat toisiaan. Kuntien ja järjestöjen yhteistyölle - yhteiselle hyvinvointipoliittiselle tehtävälle – on kysyntää.*

## Taustaa yhteistyölle

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton (STKL) alueellisen toiminnan yksi keskeinen strateginen tavoite on julkisen sektorin ja järjestöjen yhteistyön edistäminen. Mielenkiintoinen kokeilualusta tarjoutui Päijät-Hämeessä, jossa sosiaali- ja terveyspalveluja organisoidaan uudelleen useiden kuntien yhteisvoimin HEIMO -hyvinvointipiiriksi. Hyvinvointipiirin ja alueen sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyötä ”yhteistä hyvinvointipoliittista tehtävää” ryhdyttiin rakentamaan loppusyksyllä 2006. Koordinoinnista ovat vastanneet Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ja sen alueellinen jäsenyhdistys Päijät-Hämeen sosiaaliturvayhdistys.

Suomessa kunta- ja palvelurakennemuutos on näytetty kovin hallinnollisesta ja organisaatiokeskeisestä näkökulmasta. Kansalaiset ja järjestöt ovat jääneet paitsioon, vaikka kansalaisten palveluista on kyse. Päijät-Hämeessä ryhdyttiin toimimaan toisin. Koska hyvinvointipiirin rakentaminen oli valtakunnallinen pilotti, oli kiinnostavaa tutkia, miten järjestöjen osallisuus piirin kehittämisessä saataisiin turvattu sekä järjestöissä oleva tieto, taito ja erityisosaaminen nivottua sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistyöhön. Taustalla oli myös

järjestöjen huoli siitä, että julkiset palvelut etäännyvät kuntalaisesta. Myös järjestöjen aseman muuttuminen suhteessa uudistuvaan kuntakenttään askarrutti järjestötoimijoita.

## Miksi kumppanuutta?

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä tarkoitetaan yhdistyksiä, joiden tarkoituksena on jonkin erityisryhmän, oman jäsenistön tai hyvinkin laajan väestönosan fyysisen, psyykkisen ja/tai sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen ja edistäminen. Niiden toiminnassa yhdistyy monta erilaista tehtävää. Ydintä ovat vaikuttamistoiminta, vertais- ja vapaaehtoistoiminta, asiantuntijuus sekä tuen ja palveluiden kehittäminen ja tarjoaminen (Vuorinen & al. 2005, s. 13). Suomessa sosiaali- ja terveysjärjestökenttä on moniportainen ja se on myös hyvin organisoitunut. Suurin osa paikallisyhdistyksistä kuuluu oman alansa valtakunnalliseen järjestöön joko suoraan tai alueellisten piirijärjestöjen kautta. Yhdistykset ovat syntyneet aina johonkin tarpeeseen ja ne heijastavat osaltaan kulloistakin yhteiskunnallista tilannetta. Esim. sotien jälkeen las-

tensuojelun tarve sekä vammautumiseen liittyvät asiat vauhdittivat niin lastensuojelujärjestöjen kuin erilaisten vammaisjärjestöjen syntyä. 1980- luku oli aikaa, jolloin purettiin radikaalisti mielenterveyden laitospaikkoja. Kansalaisyhteiskunta reagoi voimakkaasti ja kansalaiset ryhtyivät perustamaan lukuisia mielenterveysyhdistyksiä kompensoimaan tilannetta.

Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat yleishyödyllisiä ja niiden keskeinen tehtävä on oman jäsenistönsä tai tietyn erityisryhmän etujen ajaminen - tarpeiden esille tuominen. Järjestöissä onkin kumuloituneena runsaasti sekä kokemuseräistä että ammatillista tietoa jäsenistönsä erityistarpeista, omaan alaansa liittyvää erityisosaamista (sairaudet, vammat, lastensuojelu ym.), tietoa julkisten palveluiden toimivuudesta sekä vapaaehtois- ja vertais-toiminnasta ja sen merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille.

Tänä päivänä törmätään usein ongelmiin, jotka ovat monien syiden, seurauksien ja oireiden kimppuja ja joilla on taipumus periytyä sukupolvesta toiseen, kuten köyhyys ja syrjäytyminen. Näistä ongelmista käytetään nimitystä ”ilkeät ongelmat”. Niitä on vaikea määritellä ja niillä ei ole alkua ja loppua. Niihin ei pure vain yksi ratkaisukeino eikä niiden hoitoa voi sysätä vain yhdelle toimijalle – ei järjestölle yksin eikä kunnalle yksin.

Yhteistyö julkisen sektorin ja järjestöjen sekä myös muiden toimijoiden kesken on välttämätöntä julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnittelussa, jotta kaikki olemassa oleva tieto ja asiantuntemus saadaan käyttöön. Esimerkiksi paikallisessa näkövammaisyhdistyksessä on paljon kokemuseräistä tietoa siitä, mitä näkövammaisen henkilö tarvitsee arjessa selviytymiseen. Se on elämisen ja kokemisen kautta syntyvää arjen tietoa, jota ei voi synnyttää virkamiehen pöydällä. Tämän tiedon kanavoituminen vammaispalveluiden suunnittelusta vastuussa olevien tietoon on kullan arvoista.

Heimo-hyvinvointipiirin ja järjestöjen yhteistyössä on kysymys kumppanuudesta, eri osapuolten tiedon ja erityisosaamisen tuomisesta yhteiseen pöytään.

## Yhteistyön koordinoinnista sopimukselliseen yhteistyöhön

Järjestöjen ja hyvinvointipiiriin yhteistyölle luotiin pohja Päijät-Hämeen liiton ja Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton yhteisissä keskusteluissa kesällä 2006. Tuolloin sovittiin, että yhteistyö käynnistetään aluksi yhteisellä seminaarilla, jossa käsitellään Päijät-Hämeen palvelurakennemuutosta ja järjestöjen roolia siinä. Seminaarissa alueen sosiaali- ja terveysjärjestöt nostivat keskiöön kysymyksen, miksi järjestöt jätetään syrjään, kun julkisella puolella tehdään syvälle käyviä muutoksia. Seminaari vahvisti tarvetta jatkaa julkisen ja järjestöjen yhteistyötä.

Tästä käynnistyi sarja järjestöille suunnattuja tilaisuuksia, joissa pohdittiin järjestöjen roolia, asemaa ja toimintaedellytyksiä tilanteessa, jossa kuntakentällä tapahtuu suuria muutoksia ja palveluita rukataan uuteen uskoon. Tilaisuuksissa konkretisoitui selkeä tahtotila sosiaali- ja terveysturvan ja sosiaali- ja terveysjärjestöjä yhdistävästä yhteisestä työryhmästä. Näin tapahtui ja siihen kutsuttiin edustajat sosiaali- ja terveysjärjestöistä, hyvinvointipiiristä, sosiaalialan osaamiskeskus VER-SOsta sekä yksityisistä sosiaalialan yrityksistä yhteensä parikymmentä henkilöä. Järjestökentän toivomus oli, että Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ja Päijät-Hämeen sosiaaliturvayhdistys laaja-alaisina toimijoina toimitivat yhteistyön koordinoijina.

Alkuvaiheessa työryhmän tavoitteeksi tuli tiedon lisääminen hyvinvointipiiristä ja sen kehittämisprosessista järjestökentälle sekä järjestöjen roolin ja toiminnan avaaminen hyvinvointipiiriin edustajille. Työryhmän työskentelytavaksi muodostuivat pienen seminaarit, joita on järjestetty neljä kertaa vuodessa. Tämän lisäksi kerran vuodessa järjestetään sosiaalipoliittinen foorumi, jossa asioita käsitellään laajemmalla viitekehyksellä ja suunnataan suuremmalle joukolle julkisen ja järjestösektorin toimijoita.

Yhteistyön kokemukset antoivat sysäyksen yhteistyön lujittamiseen sopimuksin. Päijät-Hämeen liitto, Päijät-Hämeen sosiaaliturvayhdistys ja Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto solmivat keväällä 2008 yhteistyötä koskevan puitesopimuksen. Sen tavoitteena on mm. hyvinvointinäkökulman vahvistaminen alueellisessa kehittämistyössä sekä järjestöjen ja julkisen sektorin keskinäisen kumppanuuden edistäminen erityisesti sosiaali- ja terveystyöpiiriä kehitettäessä.

## Vuorovaikutusta ja yhteistä reflektointia

Sosiaali- ja terveystyöpiiri on laaja ja uudenlainen sosiaali- ja terveyspalveluiden organisoitumistapa, joka nykyisessä muodossaan on monien kehittämisvaiheiden ja monen päätöksenteon kompromissi. Sen uusi ja monimutkaiselta tuntuva hallinnollinen rakenne ei kovin helposti avaudu, joten sen avaamiseen työryhmässä käytettiin paljon aikaa. Työryhmässä vieraili useita sosiaali- ja terveystyöpiirin edustajia selostamassa piirin kehittämisprosessia, sen vaiheita, tavoitteiden asettelua sekä palvelulinjojen kehittämistyötä. Järjestöt puolestaan avasivat järjestökentän moninaisuutta ja järjestöjen merkitystä alansa erityisosaajina, palveluiden tuottajina tai vapaaehtoistoimijoina. Järjestöpuolen tavoitteena oli, että järjestöissä olevaa eri alan asiantuntemusta käytettäisiin hyväksi piirin kehittämistyössä.

Keskeisintä ja kiinnostavinta kansalaisen näkökulmasta oli saada tietoa siitä, miten piirin seitsemän palvelulinjaa olivat rakentumassa. Tälle kehittämistyölle ja siitä käytävälle keskustelulle omistettiin valtaosa työryhmän ajasta. Järjestöt esittivät konkreettisia kysymyksiä mm. miten uudessa organisaatiossa otetaan vastaan vanhus, joka on näkövammaisen ja jolla on lisäksi alkoholiongelma. Miten tällaista asiakasta voidaan auttaa? Minkä palvelulinjan asiakkaaksi hän kuuluu? Keskustelevatko palvelulinjat keskenään ja taipuvatko palvelulinjat riittävästi vastaamaan moniongelmaisen asiakkaan tarpeisiin?

Työryhmän on toiminut vuoropuhelun välineenä ja refleктоivana elimenä sosiaali- ja terveystyöpiirin ja järjestöjen välillä. Niin ikään työryhmän järjestöedustajat toivat kansalaisen arkiarjittelua ja moninaista asiakkuusnäkökulmaa keskusteluun. Ne nostivat esille kansalaisten palvelupolkuja ja palveluiden laatua koskevia kysymyksiä kansalaisnäkökulmasta.

Työryhmä on omalta osaltaan edistänyt sitä, että konkreettisesti palvelulinjojen kehittämistyössä katsottiin välttämättömäksi myös järjestökentän asiantuntemuksen mukaan ottaminen. Uudistamistyössä kaikki saatavilla oleva asiantuntemus ja erilaiset näkökulmat varmistavat hedelmällisen läh-tökohdan.

## Järjestöt palvelulinjojen kehittämistyössä

Sosiaali- ja terveystyöpiirin ja järjestöjen keskinäinen kumppanuus konkretisoitui olemassa olevaa työryhmää syvemmmälle. Piirin palvelulinjojen kehittämistyöhön sitoutui useita sosiaali- ja terveysalan yhdistyksiä ja järjestöjä Päijät-Hämeen alueelta. Mukana on ollut mm. mielenterveysyhdistyksiä, Lahden ensi- ja turvakoti, Jyränkölän setlementti r.y., Päijät-Hämeen dementia-yhdistys, päihdealan järjestöjä, SPR sekä muutamia muita sosiaalialan yhdistyksiä tuomassa omaa asiantuntemustaan kehittämistyöhön.

Julkisen ja järjestöjen yhteistyö on haastavaa. Kyse on kahden erilaisen toimintakulttuurin kohtaamisesta, joka sellaisenaan on oivallinen oppimisprosessi. Tärkeää on havaita ja tunnistaa niin kolmannen sektorin kuin myös julkisen sektorin ominaispiirteet. Näiden lähtökohtien hyväksyminen on edellytys yhteistyölle. Yhteisen kielen löytäminen on tavoite ja tässä työssä se voisi olla esimerkiksi inhimillisuus ja ammatillisuus. Palvelulinjatyössä on tärkeää yhteisen tavoitteen löytäminen. Jokaisen toimijan roolin selkeyttäminen, eri rooleihin kohdistuvien odotusten näkyväksi tekeminen ja niistä

keskustelu edesauttavat myös luottamuksen, yhteisten pelisääntöjen ja sitoutumisen syntymistä. Yhteisten pelisääntöjen kautta syntyy myös yhteiskulttuuria, joka voi synnyttää hyvää toimintaa ja hyviä tuloksia (Brita Kunelius-Määttä, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa 21.11.2007).

Millaisen järjestöjäljän kolmannen sektorin mukana olo palvelulinjojen kehittämistyössä on tuonut, konkretisoituu viime kädessä siinä, millaista palvelua asiakas tulee saamaan.

## Tulevaisuuden visiointia

Julkisen ja järjestöjen välinen, usein vapaaehtoisuuteen perustuva vuorovaikutussuhde ja kumppanuus on herkkä. Se ei pysy hengissä itsestään, sitä tulee pitää tietoisesti yllä. Kumppanuussopimuksin sidottua yhteistyötä tulee myös vaalia ja kuunnella herkillä korvalla, arvioida ja uudistaa tilanteen mukaan.

Julkisen ja järjestöjen keskinäisen vuoropuhelun ja konkreettisen tekemisen kautta on syntynyt oivalluksia siitä, mitä kaikkea yhteistyö voi tuottaa: uutta tietoa, uusia näkökulmia asioiden tarkasteluun, erilaisen asiantuntijuuden yhdistämistä, tietoa julkisen sektorin ja kolmannen sektorin mahdollisuuksista ja rajoista sekä asioiden uudenlaista yhdistämistä. Kansalaisten palveluja suunniteltaessa voidaan katsoa kokonaisuutta, mitä järjestöt voivat tarjota ja mitä julkinen tarjoaa. Kansalaisyhteiskunta ja julkinen sektori voivat hedelmällisellä tavalla ruokkia toisiaan.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden ja järjestöjen välinen yhteistyö on saavuttanut vaiheen, jossa on arvioinnin ja jatkoyhteistyön pohdiskelun paikka. Miten tästä eteenpäin? Tarvitaan selkeää tavoitteiden asettelua siitä, mihin sosiaali- ja terveystieteiden ja järjestöjen yhteistyöllä tulevaisuudessa pyritään. Selkeät ja konkreettiset tavoitteet tarjoavat hyvän pohjan miettiä, millaiset yhteistyörakenteet voivat parhaiten edistää tulevien tavoitteiden saavuttamista. Tätä varten ollaan perustamassa

järjestöjen ja sosiaali- ja terveystieteiden edustajista koottua aivoriihtä, joka tarttuu haasteeseen ja on valmis laittamaan luovuutensa likoon pohtiessaan tulevaisuuden yhteistyötä.

STKL JA P-H:N SOSIAALITURVAYHDISTYS PÄHKINÄNKUORESSA:
<b>SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN KESKUSLIITTO (STKL)</b>
Vuonna 1917 perustettu valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija-, vaikuttaja- ja yhteistyöjärjestö, jonka jäseninä:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 alueellista sosiaaliturvayhdistystä</li> <li>• 138 valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan järjestöä</li> <li>• 110 kuntaa ja muuta yhteisöä tukijäseninä</li> </ul>
<b>STKL:N TAVOITTEENA ON MM:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• eri toimijoiden ja hallinnonalojen yhteinen vastuu hyvinvoinnista</li> <li>• järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen osana hyvinvoinnin kokonaisuutta</li> <li>• julkisen ja järjestöjen yhteistyön edistäminen</li> <li>• kansalaisten osallisuuden edistäminen, köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen</li> </ul>
<b>STKL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tutkii, kouluttaa, tiedottaa ja julkaisee alan kirjallisuutta</li> <li>• tekee yhteistyötä sosiaalipolitiikan alalla olevien eri toimijoiden kanssa</li> <li>• alueellista toimintaa viidellä suuralueella</li> <li>• keskus toimisto Helsingissä, työntekijöitä noin 30</li> <li>• <a href="http://www.stkl.fi">www.stkl.fi</a></li> </ul>
<b>PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALITURVAYHDISTYS RY</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• perustettu 1947</li> <li>• STKL:n alueellinen jäsenyhdistys Päijät-Hämeessä</li> <li>• toimii sosiaali- ja terveydenhuollon alalla työskentelevien yhdyssiteenä</li> <li>• kokoaa yhteen asiantuntijoita sosiaalipoliittisten kysymysten äärelle</li> <li>• kouluttaa, vaikuttaa ja järjestää sosiaalipoliittisia foorumeita</li> <li>• järjestää kulttuuri-, virkistys- ja opintomatkoja</li> <li>• <a href="http://www.sosiaaliturvayhdistys.fi/">www.sosiaaliturvayhdistys.fi/</a></li> </ul>

## Lähteet

Vuorinen Marja, Särkelä Riitta, Perälahti Anne, Peltosalmi Juha, Peisa Leena, Londén Pia, Eronen Anne (2005). Vertaansa vailla. Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki.

Järjestöbarometri 2007. Vuorinen Marja, Särkelä Riitta, Peltosalmi Juha, Eronen Anne. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.

Möttönen Sakari & Niemelä Jorma (2005). Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Keuruu.

Kunelius-Määttä, Brita (2007). Julkisen sektorin ja järjestöjen dialogi palvelulinjojen kehittämisessä. Alustus sosiaali- ja terveysturvan ja järjestöjen yhteistyöryhmässä 21.11.2007, Lahti.

# KOHTI KUMPPANUUTTA – JÄRJESTÖJEN MUUTTUVA ROOLI HOIVATYÖSSÄ

*Jukka Järvisalo, toiminnanjohtaja, Jyränkölän selementti r.y.*

## Johdanto

*Hoivatyön tarve kasvaa voimakkaasti 2000-luvun alkupuolelta lukien väestön ikääntymisen myötä. Kun tämä suuntaus yhdistyy nuorten ikäluokkien pienenemiseen, hoiva-alan heikokkoon vetovoimaan ja hoidettavuuden heikkenemiseen sekä sosiaali- ja terveydenhoitomenojen voimakkaaseen kasvuun, on löydettävä vaihtoehtoisia tapoja järjestää hoiva-alan palveluja kunnan omien palveluiden kehittämisen lisäksi. Tilanne on johtanut siihen, että myös sosiaali- ja terveysalan järjestöiltä on alettu toivoa aiempaa laajempaa roolia hoiva-alan palveluiden tuottamisessa.*

## Vastikkeetonta ja vastikkeellista järjestötyötä

Aatteellisista järjestöistä suuri osa on perustettu tukemaan ja avustamaan heikossa asemassa olevia lähimmäisiä. Avustaminen voi olla esimerkiksi materiaalista tukea kuten raha-, ruoka- ja tavaralahjoituksia, henkistä tukea tai fyysistä auttamista vapaaehtoisvoimin. Avustaminen luonteeseen kuuluu, että se on vastikkeetonta.

Järjestön kynnys ryhtyä vastikkeellisten palveluiden tuottajaksi voi olla korkea. Tuon kynnyksen ylittämiseksi järjestön on voitava vastata kysymykseen: Minkä vuoksi järjestö tuottaisi vastikkeellisia palveluja? Pysyväälle pohjalle rakentuakseen vastauksen tulisi löytyä järjestön säännöissä ilmaistuista tavoitteista. Ellei vastikkeellisuus tue tavoitteiden toteutumista, ei järjestö voi pitkäjänteisesti toimia palveluiden tuottajana. Aatteellisen järjestön tavoitteena ei voi olla voiton tavoittelu, vaan yllykkeen vastikkeelliseen järjestötyöhön tulee olla lähtöisin muualta.

Vastikkeeton, hyvin organisoitu talkootyö otetaan varmasti vastaan mielellään, mutta se ei ole ratkaisu perusongelmaan, joka on ammatillisten resurssien vähäisyys suhteessa kasvavaan hoivatyön tarpeeseen. Vapaaehtoisuustyö on hyvä lisä peruspalveluille, mutta se ei voi korvata ammattimaista toimintaa. Vapaaehtoisuustyön ”tilaajan”

olisi myös ymmärrettävä, että vaikka itse työ on palkatonta, sen organisointi, vapaaehtoisten ohjaus, koulutus ja tukeminen, vakuutukset ym. pitkäjänteisen ja laajamittaisen vapaaehtoistyön puitteet edellyttävät resursseja. Asetelma on ristiriitainen, mutta julkinen sektori voi vaikuttaa siihen tukemalla järjestöjen perustoimintaa.

## Vapaaehtoistyöstä palveluiden tuottamiseen

Mikäli ajatus vastikkeellisten palveluiden tuottamiseen sopii yhdistyksen tavoitteisiin, jäljellä on vielä paljon syitä, jotka voivat estää palveluiden tuottamisen. Syyt voivat olla järjestön sisäisiä: yhdistyksen tarkoitus toimia pyyteettömästi pienessä mittakaavassa, osaamisen puute itse työssä tai taloudenhoidossa ja hallinnossa, pelko lisääntyvästä vastuusta. Jos palveluiden ”tilaaja” haluaa, se voi madaltaa kynnystä tukemalla järjestötyötä monin tavoin esim. tarjoamalla tiloja, järjestämällä koulutusta, varaamalla järjestöille yleisiä ja kohdennettuja avustuksia sekä yleisellä myönteisellä asenteella järjestöjä kohtaan.

Järjestökenttä näyttää jakautuvan karkeasti arvioituna kolmeen luokkaan. Laajasti ja ammattimaisesti toimivat

järjestöt lisäävät jossain määrin palveluitaan ja toimintojaan. Keskikokoisista järjestöistä monet tavoittelevat toiminnan laajentamista ja kehittymistä. Pienistä järjestöistä osa on tyytyväisiä etupäässä oman jäsenistön palvelemiseen, mutta osa haluaisi kasvaa ja laajentua. Järjestöjen laajentumiselle ja kasvulle sekä järjestökentän palvelutarjonnan laajentumiselle keskeistä on, että kasvuhakuinen järjestö voi saavuttaa tietyt kriittiset mitat. Yleensä tärkein edellytys kasvulle on mahdollisuus saada työntekijä hoitamaan päätoimisesti tai osa-aikaisesti yhdistyksen juoksevia asioita ja suunnittelemaan toiminnan kehitystyötä. Toissijaiset edellytykset liittyvät toiminnan puitteisiin kuten tiloihin.

## Sosiaali- ja terveysjärjestöjen haasteet

Palveluja tuottavia järjestöjä repivät tällä hetkellä järjestöihin kohdistuvat hyvin ristiriitaiset odotukset. Hoiva-, hoito- ja tukityötä tarvittaisiin enemmän väestön vanhetessa nopeasti. Tämä toive kohdistuu sekä ammatilliseen että vapaaehtoistyöhön. Kunnat toivovat järjestöiltä enemmän ja parempia palveluja. Toisaalta järjestöjen voimavarat uhkaavat supistua paikallaan pysyvän perusrahoituksen ja kiristyvän verotuksen myötä.

Järjestöihin kohdistuvat odotukset kasvavat, mutta samanaikaisesti järjestötyön voimavarat uhkaavat vähentyä. Sosiaali-, nuoriso- ja terveysjärjestöjen merkittävintä taloudellista tukijaa on Raha-automaattiyhdistys, RAY, jonka jakamaa tukea kohdistetaan yhä tiukemmin rajoituksin ja rahoituksen määrä uhkaa pienentyä. Tällä on merkittäviä vaikutuksia järjestöjen yleiseen toimintaan ja erityisesti kehittämistyöhön. Toista kautta RAY:n jakamaa tukea uhkaava väheneminen näkyy keskusjärjestöissä, joilta paikalliset jäsenjärjestöt saavat asiantuntija-apua ja muuta tukea.

Toinen järjestöjen voimavaroihin vaikuttava tekijä on verotuskäytännön muuttuminen järjestöille epäedulliseen suuntaan. Myös yleishyödyllisiä, voittoa tavoittelemattomia järjestöjä on yhä useammin alettu rinnastaa verotuksellisesti yrityksiin. Mikäli suuntaus jatkuu, on

tällä merkittävä vaikutus järjestöjen kehittymiseen. Eri-tyisesti kynnys vastikkeellisen hoivatyön järjestämiseen nousee merkittävästi. Rajanveto maksullisen hoivatyön palveluissa yleishyödyllisen järjestön ja elinkeinotoiminnan välille ei ole helppoa. Monen yleishyödyllisen, voittoa tavoittelemattoman järjestön arvoihin ja tavoitteisiin ei sovi ajatus toiminnan osittaisesta tai kokonaisesta yhtiöittämisestä voittoa tavoittelevaksi yritykseksi.

Kolmas ja tärkein voimavaroihin vaikuttava suuntaus on jäsenistön muuttuminen. Väestön ikärakenteen muutos vaikuttaa suoraan järjestöjen ikärakenteeseen. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen jäsenistö on jo järjestöjen luonteen vuoksi keskimääräistä vanhempaa ja nuoria jäseniä on vaikea saada mukaan toimintaan. Toisaalta eläkkeelle siirtyvien toimintakyky ja valmiudet monipuoliseen järjestötyöhön paranevat jatkuvasti, eikä varsinaista uhkaa järjestötyön näivettymisestä näyttäisi olevan näköpiirissä.

## Kuntien palvelurakennemuutos

Kuntien palvelurakennemuutos vaikuttaa hyvin monilla tavoin suomalaiseen yhteiskuntaan. Ne järjestöt, jotka muodossa tai toisessa ovat mukana tukemassa tai toteuttamassa palveluja joutuvat arvioimaan toimintaansa uudelleen. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tietämys palvelurakennemuutuksesta vaihtelee alueittain paljon. Päijät-Hämeessä järjestöjen ja uusien yhteenliittymien välinen yhteistyö on ollut runsasta ja järjestöjen edustajia on otettu mukaan myös palveluiden suunnittelutyöryhmiin. Tosin tiedon hankkiminen ja osallistuminen yhteistyöhön on pitkälti ollut kiinni järjestöjen aktiivisuudesta.

Uudet sosiaali- ja terveysalan yhteenliittymät sekä kuntaliitokset aiheuttavat uusia menettelytapoja, hallintorakenteet muuttuvat ja asioiden käsittely keskittyy. Kun asioista päättäminen siirtyy pois paikallisjärjestön kotikunnasta, vaarana on, että päätöksenteon mukana ei siirry tieto järjestön roolista ja merkityksestä lähiympäristölleen. Esimerkiksi järjestöjen avustuspäätösten tai

järjestöiltä ostettavista palveluista päättämisen siirtyminen etäälle järjestön kotipaikalta voi aiheuttaa sen, että järjestöjen merkitystä palveluiden toteuttajana tai tukijana ei ymmärretä yhtä hyvin kuin lähempää tarkasteltuna.

Todennäköisesti palvelurakenne- ja kuntauudistus vaikuttaa järjestöihin myös siten, että yksikkökoko kasvaa ja osa saman alan pienemmistä järjestöistä yhdistyy. Näin tapahtunee varsinkin niillä aloilla joilla keskusjärjestön rooli paikallisjärjestöjen työlle on merkittävä.

## Järjestöjen aktivoiminen

Mitä on tehtävissä järjestöjen aktivoimiseksi vastikkeettomaan ja vastikkeelliseen hoivatyöhön. Usein järjestö muuttuu kasvaessaan ja kehittyessään siten, että liikkeelle lähdetään pienimuotoisesti ja painopiste on vastikkeettomassa vapaaehtoistyössä. Kokemusten ja osaamisen karttuessa järjestö voi vähitellen siirtyä tarjoamaan vastikkeellisia palveluja ja usein vastikkeettomat palvelut säilyvät rinnalla. Tällöin järjestö voi toimia tarkoituksensa toteuttamiseksi laaja-alaisesti ja tuottaa ympäristölleen monentasoisia palveluja hyvin tehokkaasti ja taloudellisesti.

Jotta järjestö voisi kasvaa ja kehittyä ympäristönsä hyödyksi, se tarvitsee rohkaisua, palautetta ja tukea sen lisäksi, että järjestölle osoitetaan tehtäviä. Erityisesti järjestöjen vastikkeeton palvelu, tavallisesti vapaaehtoistyö, on herkkää ympäristön reaktioille. Motiivit vapaaehtoistyön tekemiseen vaihtelevat, mutta yleisiä syitä työhön osallistumiselle ovat sosiaalinen vastuuntunto, auttamisenhalu, tarve kokea itsensä tarpeelliseksi ja työn sosiaalinen palkitsevuus. Ilmeisesti suurin osa motivaatiosta on sidoksissa sosiaaliin ja emotionaaliin palkintoihin. Ellei työ palkitse, seurauksena voi olla uupuminen ja vapaaehtoistyöstä vetäytyminen.

Vastaavasti vapaaehtoistyön vahvistaminen voi tapahtua sosiaalisin ja emotionaalisin palkinnoin, osoittamalla että työtä arvostetaan ja että vapaaehtoinen ei ole yksin. Nämä palkinnot kanavoituvat järjestön kautta tai organisoimalla useita järjestöjä vapaaehtoistyön keskuksiksi, jolloin voidaan saavuttaa järjestöjen välisestä yhteistyöstä ja kumppanuudesta seuraavia etuja.

## Sosiaalinen kestävyys

Järjestöjen tuottamien vastikkeellisten ja vastikkeettomienkin palveluiden hyödyntämisessä olisi tärkeää ymmärtää yhä useammin esille tuleva, mutta käsitteenä vakiintumaton sosiaalisesti kestävä kehitys tai sosiaalinen kestävyys, jonka periaatteiksi voidaan katsoa: Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo, omaan elämään vaikuttamisen mahdollistaminen sekä yhteisöllisen identiteetin vahvistaminen. (Kautto-Metso: Sosiaalinen kestävyys – uusi poliittinen horisontti, Yhteiskuntapolitiikka 4/2008).

Parhaimmillaan järjestötyö tukeutuu sosiaalisesti kestävä kehityksen periaatteille ja edustaa vastapainoa lyhyen aikavälin taloudellisen hyödyn tavoittelulle. Yhdeksässä teesissä sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuudesta teesi 8: ”Lyhytjänteinen talouspoliittinen viitekehys ei sovellu sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen, vaan kyse on vuosien ja vuosikymmenten mittaisesta investoinnista väestön hyvinvointiin ja terveyteen.” (Muuri-Manderbacka-Vuorenkoski-Keskimäki 2008).

Sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti pitkäjänteinen toiminta lienevät useimpien sosiaali- ja terveysjärjestöjen tavoitteiden mukaista. Sen sijaa palveluiden ostaja ja kilpailuttaja haluaa usein nopeita euromääräisiä säästöjä ottamatta huomioon järjestön hyvää paikallisten olosuhteiden tuntemusta ja kotipaikkauskollisuutta. Näitä kriteerejä on vaikea pisteyttää tarjouskilpailuissa, mutta pitkäjänteisesti palveluja kehitettäessä niillä on tärkeä merkitys.



## Järjestöjen arvot

Myös järjestöjen hoivatyön tulee olla laadukasta, tehokasta ja tuloksellista, mutta työn arvoina painottuvat yritystoimintaa enemmän oikeudenmukaisuus, yhteisöllisyys ja pysyvyys. Valitettavasti hoivatyön tarjouskiloissa järjestötyötä määrittävät arvot eivät saa kovin suurta merkitystä. Harvemmin otetaan huomioon sitäkin että jos palveluja on tarjoamassa paikallinen tai seudullinen järjestö, tämä järjestö on useimmiten jo toiminut pitkään ja tulee pysymään paikkakunnalla taloudellisista suhdanteista ja tuotto-odotuksista huolimatta.

## Yhteisöllisyys

Yhteisöllisyyttä, usein tarkemmin erittelemättä, on tarjottu yleislääkkeeksi hyvin monenlaisiin ongelmiin. Lähtökohtaisesti järjestötyö perustuu yhteisölliseen toimintatapaan, mihin viittaa jo yleisimmän järjestömuodon nimitys: yhdistys. Samansuuntaisesti ajattelevat ihmiset perustavat yhdessä yhteisön edistääkseen heille tärkeitä arvoja. Kun yhteisöllisyyttä arvona lähdetään siirtämään toiminnan taustalla olevaksi periaatteeksi tai käytännön toiminnaksi, törmätään monenlaisiin ongelmiin, jotka johtuvat käsitteen laajuudesta. Yleensä yhteisöllisyys ymmärretään positiivisena, sosiaalisuuteen liittyvänä, yhteistä etua edistävänä arvona.

Yhteisöllisyydessä keskeistä on osallisuus: kysymys syvällisestä, viime kädessä identiteettiin ulottuvasta kokemuksesta tai jäsenyyden tunteesta yhteisössä ja mahdollisuudesta olla rakentavasti mukana yhteisöllisissä prosesseissa (Suomen punaisen ristin tiedotusmateriaali Suomen nuorisoyhteistyö Allianssin kotisivuilla <http://www.alli.fi/>). Arvojen muuntuminen käytännön toimenpiteiksi ei ole yksinkertainen tai yksiselitteinen prosessi, mutta näyttää siltä, että yhteisöllisyyden tutkimus ja menetelmät yhteisöllisen toiminnan lisäämiseksi ovat lisääntyvän mielenkiinnon kohteina, mikä osaltaan vahvistaa järjestötyötäkin.

## Yhteenveto

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen rooli hoivapalveluiden tarpeen kasvaessa voi olla merkittävä järjestettäessä vastikkeettomia ja vastikkeellisia palveluja, mutta useat tekijät viittaavat siihen, että lähiaikoina sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaedellytykset jopa huonontuvat. Tähän syynä ovat edellä mainitut muutokset verotuksessa, uhka RAY:n rahoituksen pienenemisestä, pitkän tähtäimen kumppanuuden ja kehittämistyön muuttuminen lyhytaikaisten taloudellisten hyötyjen tavoitteluksi sekä palvelurakennemuutuksesta aiheutuvat muutokset.

Järjestöjen toiminta ei kuitenkaan supistunut vuonna 2006, vaan 148 uutta sosiaali- ja terveysalan yhdistystä perustettiin, 40 % paikallisyhdistyksistä kasvatti jäsenmääräänsä ja vapaaehtoisten määrä kasvoi joka neljännellä järjestöllä (Järjestöbarometri 2007). On tosin huomattava, että edellä kuvatut, sosiaali- ja terveysjärjestöihin kohdistuvat muutokset eivät vaikuttaneet täysipainoisesti vielä vuonna 2006.

Vuonna 2008 alkanut yleismaailmallinen talouden laskusuhdanne vaikuttaa Suomen talouteen ja palveluihin käytettävissä olevaan rahoitukseen. Edellisessä laskusuhdanteessa kansalaisjärjestöjen arvostus nousi ja niihin kohdistuvat odotukset kasvoivat huomattavasti. Tuolloin järjestöiltä toivottiin toimia erityisesti syrjäytymisen ehkäisyssä. Nyt yhteisöllisyyden lisäämisestä on tulossa yleiskeino, jolla järjestöjen uskotaan puuttuvan negatiiviseen kehitykseen.

Monet järjestöt ovat odottavalla kannalla. Toimintaympäristön muutokset lähitulevaisuudessa eivät houkuttele merkittäviin toiminnan lisäykseen, mutta järjestöiden kohdistuvat odotukset ovat kasvussa. Tällaisessa tilanteessa järjestöt tarvitsevat rohkaisua ja kannustusta toimintojensa kehittämiseen.

Yhteistyö sekä järjestöjen kesken sekä järjestöjen ja kuntien kesken on avain etsittäessä uusia toimintatapoja ja –malleja vastata kasvavaan sosiaali- ja terveyspalve-

luiden tarpeeseen. Yhteistyön tulisi kuitenkin olla suunnitelmallista ja pitkäjänteistä, jolloin voidaan puhua strategisesta kumppanuudesta. Strategiseen kumppanuuteen kuuluvia elementtejä ovat: pitkäaikaisuus, yhdenvertaisuus, strateginen haasteellisuus ja tavoite, läpinäkyvyys, toiminnan kehittäminen, yhteisen tiedon hallinta ja ennakoivat sopimukset. Kumppanuus ei ole pelkästään palveluiden ostamista ja myymistä tilaajan ja tuottajan roolissa vaan suunnitelmallista, pitkäjänteistä ja tavoitteellista toimintaa yhteisten tavoitteiden toteuttamiseksi.

Todennäköisesti kasvava sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntä yhdistettynä niukkoihin voimavaroihin palveluiden toteuttamisessa johtaa siihen, että järjestöjen työn arvostus kasvaa ja strategisesta kumppanuudesta osa-alueineen syntyy nykyistä useammin ainakin osittaisratkaisuja hyvinvoinnin edistämiseen ja sosiaalisesti kestävään kehitykseen.

## **Lähteet**

Kautto-Metso: Sosiaalinen kestävyys – uusi poliittinen horisontti, Yhteiskuntapolitiikka 4/2008.

Muuri-Manderbacka-Vuorenkoski-Keskimäki : Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta, Yhteiskuntapolitiikka 4/2008.

Suomen punaisen ristin tiedotusmateriaali Suomen nuorisoyhteistyö Allianssin kotisivut <http://www.alli.fi/>

Järjestöbarometri 2007 Vuorinen Marja, Särkelä, Riitta, Peltosalmi Juha, Eronen Anne. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.

# VAMMAISJÄRJESTÖT – ARJEN ASIANTUNTIJAT KEHITTÄMISEN KUMPPANEINA

Monessa mukana ollut vammaistyöntekijä muistelee

*Marjaana Suosalmi, johtaja, Invalidiliiton Lahden kuntoutuskeskus*

## Aluksi

*Suomalaiset vammaisjärjestöt ovat vuosikymmeniä olleet mukana kehittämässä julkisia palveluja, joiden tarkoituksena on ollut vammaisten ihmisten mahdollisuus elää tasa-arvoisina tässä yhteiskunnassa.*

*Aluksi palvelut olivat yleensä erityispalveluja ja usein valtion maksamia. Hallinnossakin vammaisten ihmisten asiat oli keskitetty tietyille virkamiehille, joten kumppaneitakin oli rajallinen määrä. Palveluista keskusteltaessa puhuttiin aina niiden lisääntymisestä, koska rahaa oli. Tuntui siltä, että vammaispalveluiden alue eli omaa elämänsä. Kuntien toimintaa ohjattiin lailla, asetuksilla ja yleisohjeilla. Organisaatiot olivat selviä: valtio – lääni – kunta. Ja me olimme asiantuntijoita!*

Nyt on vuosikymmeniä kulunut ja vammaiset tulleet tasavertaisiksi kansalaisiksi, osaksi yhteiskuntaa. Se on hyvä asia. Vaikeus on vain siinä, että selvittäessään vammaisten ihmisten asemaa täytyy tuntea koko yhteiskunta ja sen rakenteet - ne rakenteet jotka nyt ovat Suomen historian suurimman uudistuksen alaisena. Valtio, jonka olimme tottuneet antamaan yksityiskohtaiset ohjeensa lainsäädännöllä, ohjaakin nyt puitelain, strategioin, ohjelmin, hyvin käytännöin, laatusuosituksin, muistioin, selonteoin, mietinnöin.

1970-luvulla sanottiin, että vammaiset ihmiset ovat vain valtion kansalaisia, ei kunnan. Tällä viitattiin siihen, että kunnat mielusti jakoivat valtion kustantamia etuuksia, mutta eivät itse paljonkaan satsanneet omia varojaan vammaisiin kuntalaisiin. Nyt voidaan sanoa, että vammaisetkin ihmiset ovat päässeet kuntalaisiksi – periaatteessa erinomainen asia. Mutta mikä on kunta? Mikä on se piiri, yhtymä, liikelaitos, joka palvelut tuottaa? Mihin kaikkiin alueellisiin organisaatioihin kotikunta kuuluu? Päijät-Hämeeseen? Etelä-Suomen läiniin

– kuinka kauan? Väli-Suomeen? Ja mitä merkitystä sillä on, mihin kotikuntani kuuluu?

Emmekä me tunne enää itseämme asiantuntijoiksi!

## Kokonainen ihminen keskipisteessä

Vammaisten ihmisten palvelutarpeet koettelevat monessa suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon perinteisiä käsityksiä. Vammaisen ihmisen toimintaeste on pysyvä, sen kuva saattaa muuttua vuosien kuluessa, mutta sitä ei yleensä voi parantaa.

Palvelut ovat vammaiselle ihmiselle elinehto. Palveluiden suurikaan määrä ei tarkoita ihmisen riippuvuutta muista, vaan niiden avulla vammaiset ihmiset saavuttavat itsemääräämisoikeuden ja vastuunottamisen omasta elämästään. Palvelut eivät myöskään tee vammaisesta ihmisestä poikkeavaa, vaan antavat mahdollisuuden yhteiskunnassamme tavanomaiseen elämään, esimerkik-

si perhe-elämään, työssä käymiseen ja osallistumiseen. Vammaisten ihmisten palveluiden tarvetta kuvaa kaksinaisuus: toisaalta he tarvitsevat palveluja juuri vammansa aiheuttamiin toimintaesteisiin, mutta samalla esteettömän pääsyn yhteiskunnan jäsenenä, tavallisina ihmisinä kaikkiin niihin palveluihin, joita muutkin ihmiset elämänsä varrella tarvitsevat.

Näyttää siltä, että vammaisuuden vaikutuksia on vaikea ymmärtää, jos niitä ei ole itse kohdannut. Toki ymmärrys on yhteiskunnassa kasvanut, mutta vammaisjärjestöillä on edelleen suuri työsaara tuoda esiin, mitä todella merkitsee toimintaeste kuulemisen, näkemisen, liikkumisen, kommunikoinnin, ymmärtämisen tai jonkun muun toiminnan alueella.

## Vammaisjärjestöt ovat varsinainen tietopankki

Vammaisjärjestöjen toiminta Suomessa on moninaista. Ne toimivat jäsentensä järjestönä, vaikuttajina ja palveluiden tuottajana. Monilla on toimintaa sekä paikallisella, alueellisella että valtakunnallisella tasolla. Yleensä ne kuuluvat myös oman alueensa pohjoismaisiin, eurooppalaisiin ja kansainvälisiin järjestöihin.

Järjestöt ovat huomattava toimija yhteiskunnassa. Niiden merkitys vammaisten ihmisten aktivoijina ja vertaistuen antajina on kiistaton. Ne tuottavat varsin huomattavan osan erikoistuneita palveluja, joiden avulla julkisia palveluja voidaan täydentää. En tässä yhteydessä kuitenkaan puutu näihin tärkeisiin toimintamuotoihin, vaan pidättäydyn vammaisjärjestöjen rooliin kehittämiskumppanina julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Vammaisjärjestöillä on paljon annettavaa kehittämistyöhön.

Ensiksi kaikkein tärkein: jäsenten oma, arjessa syntynyt kokemustieto. Järjestöt pääsevät helposti käsiksi ensikäden tietoon vammaisten ihmisten elämästä. Arjen asiantuntijoiksi järjestöjä voi kutsua. Edustamani järjestön Invalidiliiton toiminta-ajatus on: Invalidiliitto tekee työtä yhteiskunnassa niin, että toimiva arki mahdollistaa tasa-arvoisen ja hyvän elämän. Toimiva arki on avainsa-

na. Jopa onnellisuustutkijatkin ovat todenneet, että onnellisuuden tärkeä tekijä on arjen sujuminen. Palvelut ovat oleellinen osa arjen sujumista vammaisilla ihmisillä, siksi on tärkeää saada arjen asiantuntijoiden kokemus mukaan kehittämistoimintaan.

Toiseksi monilla järjestöillä on vaikuttamistoimintaa varten koulutettuja työntekijöitä, jotka voivat kommentoida laajoja kokonaisuuksia ja kadun miehelle outojen hallinnollisten kysymysten yhteyttä tasa-arvon ja ihmisoikeuksien toteutumiseen. Vaikuttamistoiminnassa tarvittavalle laajalle tarkastelulle antaa pohjaa historiallinen perspektiivi, järjestöissä oleva tieto ja kokemus siitä, miten tähän on tultu ja miksi asiat ovat kuten ovat.

Kolmanneksi järjestöjen laaja palveluiden tuotanto merkitsee sitä, että vammaisjärjestöillä on käytettävissään eri koulutuksen saaneita ammatti-ihmisiä, joiden teoreettinen ja työssä hankittu tieto on erikoistunutta ja korkeatasoista. Tämä tieto ei ole vain takaamassa korkealaatuisia palveluja, vaan täydentämässä vammaisten ihmisten kokemustietoa kaikenlaisessa kehittämistyössä.

Neljänneksi järjestöedustajat voivat tuoda tiiviiden kansainvälisten yhteyksiensä kautta tietoa siitä, miten muualla asioita on järjestetty.

## Järjestöjen painajainen – ihmisen katoaminen rakenneuudistuksiin

Paras-hanke uudistaa kunta- ja palvelurakennetta. Sosiaali- ja terveydenhuolto on kuntien laajin toimiala, joten sen kustannuskehityksellä ja palvelurakenteella on keskeinen merkitys kuntien talouteen. Sosiaali- ja terveysalaan liittyviä kansallisia kehittämishankkeita ja –ohjelmia onkin meneillään yli kaksikymmentä! Kokonaiskuvan saaminen on lähes mahdotonta. Vielä vaikeampaa on päästä selville siitä, miten yksittäisen vammaisen ihmisen asema tulee turvatuksi.

Juuri yksittäisen ihmisen palveluiden saanti ja tarkoituksenmukaisuus (ajanmukaisuus, iänmukaisuus) onkin

järjestöjen pääasiallinen kiinnostuksen kohde. Vammaiset ihmiset joutuvat käyttämään erilaisia yhteiskunnan palveluja läpi elämänsä. Heillä ei ole muita vaihtoehtoja. Hallinnollis-taloudelliset rakenteet kiinnostavat vammaisjärjestöjä lopputuleman osalta. Ne haluavat varmistua siitä, että rakenteelliset seikat eivät vaikeuta palveluiden saantia tai heikennä palveluiden laatua.

Karrikoidusti voidaan sanoa, että vammaiselle ihmiselle on ihan sama, kuka palvelun maksaa, mihin organisaatioon palvelun antaja kuuluu ja mihin laatikkoon palvelu kaaviossa sijoitetaan. Oleellista on saatavuus, esteettömyys ja merkityksellisyys: yhteystiedot ovat helposti löydettävissä, yhteyden saa helposti, palvelun saa ilman suurta kädenvääntöä maksajasta ja palvelu koostuu oikeista asioista oikeaan aikaan. Yksittäinen ihminen toivoo, että hänet nähdään kokonaisuutena, yhteisön täysivaltaisena jäsenenä ja hänen tarvitsemansa palvelut koordinoituna. Hän toivoo myös, että hänelle kerrotaan mahdollisuuksista ja aktiivisesti yhdessä etsitään parhaita ratkaisuja juuri hänen elämäänsä.

## Viranomaisten painajainen – järjestökentän moninaisuus

Viranomaisten velvollisuutena on kuulla kansalaisia, palveluiden käyttäjiä. Uskon, että nykyisin se ei ole vain velvollisuus, vaan monet kehittäjät näkevät hyvänä, jopa välttämättömänä saada yhteys niihin kansalaisiin, joille palveluja ollaan kehittämässä.

Järjestökenttä on hyvin moninainen niin kuin pitääkin. Sehän on ihmisten omaehtoista toimintaa, jota ei voi rakennuudistuksella panna tiettyihin kehyksiin. Tämän viidakon kohtaa virkamies, jonka tehtävänä on saada kansalaisten näkemys kehittämisen tueksi. Keneltä kysyä? Mitä kysyä?

Valtakunnallisella tasolla kumppanien löytäminen lielee helpompaa. Useimmilla järjestöillä on työntekijöitä vaikuttamistoimintaan ja yhteydetkin on vuosien kulu-



Kuva: Vesa Nopanen

essa luotuna. Yhteistyöjärjestöjäkin on olemassa. Kunnan tasolla on vammaisneuvostoverkosto, joka voi olla tärkeä toimija. Alueellisella tasolla on varmasti kohdattu monenlaisia turhautumisia. Kehittämishankkeeseen on saatettu valita järjestöjen edustaja, joka kuitenkin on pääasiassa edustanut itseään, koska ei ole ollut resurssija laajemman edustuksen vaatimaan yhteistyöhön muiden järjestöjen kanssa. Yhteiset keskustelutilaisuudet saattavat jäädä tuloksettomiksi, koska osanottajilla ei ole riittävästi taustatietoja ja heillä on toisistaan poikkeavia intressejä. Esimerkiksi palveluiden tuottajan ja pienen yhdistyksen luottamushenkilön tärkeinä pitämät asiat saattavat olla hyvin erilaisia. Vammaisilla ihmisillä on paljon yhteisiä intressejä, mutta vamman luonne tuo myös erilaisia tarpeita eri ryhmille.

Parhaimpia tuloksia yhteistyöstä on selvästikin saatu, kun yhteistyön kohde on mietitty tarkoin. Lähelle asiakasta tulevat asiat, esimerkiksi palvelupolut, esteettömyys, tiedonvälitys, ovat olleet motivoivia alueita. Niiden kehittämissä virkamiehet ja järjestöedustajat ovat samantyyppisiä. Rakenteisiin liittyvissä kysymyksissä viranomaiset ovat usein niskan päällä, koska heidän tietonsa ovat ylivoimaiset verrattuna järjestöjen edustajiin, erityisesti luottamushenkilöihin, joille järjestötoiminta on usein harrastus.

## Yhteys kansalisiin osaksi kehittämishankkeiden suunnittelua

Päijät-Hämeessä on tehty yhteistyötä pitkään. Nyt on herätty pohtimaan kehittämissyhteistyön muotoja. Ratkaisu löytyy varmaankin molemminpuolisesta valmistelusta.

Järjestöjen tulee luoda verkosto, jonka avulla viranomaiset voivat löytää kuhunkin tilanteeseen sopivat kumppanit. On varmasti tärkeää, että kaikkia kuullaan, mutta kaikkien kuuleminen kaikissa käänteissä ei ole tehokasta. Mielestäni järjestöjen tulee tehdä työtä niin, että yhteistyö käynnistyy aina helposti ja viranomaiset saavat osaavat ja motivoituneet kumppanit.

Toisaalta kehittämishankkeissa voi entistä paremmin ottaa jo suunnitteluvaiheessa huomioon järjestöyhteistyö ja varata siihen tarvittavat resurssit. Yhteistyössä voidaan käyttää monenlaisia menetelmiä. Ensinnäkin suunnitteluelimiin voi alusta alkaen kuulua järjestöjen edustajia. Tällöin on muistettava, että he saavat riittävät resurssit toimia muiden edustajina, koska heillä ei aina ole takanaan suurta organisaatiota. Mukaan voidaan vetää suurempi joukko järjestöedustajia erilaisin kyseilyin, yhteistyökokouksin, projektein jne. Varmimmin kansalaiset saavat äänensä kuuluviin, kun hankesuunnitelmaan kuuluu yhteistyön toteuttaminen aivan samoin kuin muut hankkeen osat.

Vammaisjärjestöt, kuten muutkin sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat kaikkein mieluiten kumppanin roolissa. Kumppanuuteen liittyy aina tasa-arvo, toisen kunnioitus ja vuorovaikutus. Jos onnistumme yhdistämään järjestöjen kokemustiedon ja oman alueen huippuosaamisen viranomaisten yleisempään hallinnollis-taloudelliseen tietoon, lopputulos on varmasti loistava!

Ja me kaikki olemme asiantuntijoita!



*Kuvat: Vesa Nopanen*

# SOSIAALINEN INNOVAATIO – PÄIJÄT-HÄMEEN TERVEYSLIIKUNTASTRATEGIA

Paula Harmokivi, lehtori, Lahden ammattikorkeakoulu

## Päijät-Häme terveystuokuntamaakunnaksi

*Liikunta edistää säännöllisesti toteutettuna terveyttä. Monet elintapasairaudet (esim. lihavuus, 2-tyyppin diabetes) ovat yhteydessä riittämättömään liikuntaan. Panostamalla ennaltaehkäisevään toimintaan ja terveystuokunnan edistämiseen voitaisiin säästää yhteiskunnan varoja huomattavasti. (Fogelholm, Paronen & Miettinen, 2007; 4, 21-22.) Päijät-Hämeessä halutaan edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Osana Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos –projektia Päijät-Hämeeseen tehtiin maakunnallinen terveystuokuntastrategia. Terveystuokuntastrategiassa on asetettu tavoitteeksi, että Päijät-Häme on terveystuokunnan edelläkävijänä.*

## Mitä terveystuokunta on?

Terveystuokunnalla tai terveyttä edistävällä liikunnalla tarkoitetaan kaikkea fyysistä aktiivisuutta, joka ylläpitää tai edistää terveyttä riippumatta liikunnan toteuttamistavoista tai syistä. Terveystuokuntaan kuuluu sekä arki- että kuntoliikunta. Arkiliikuntaan kuuluu arkielämän toimien sisältämä liikunta, kuten työmatkakävely ja pihatytöt. Kuntoliikunnan tavoite eroaa arkiliikunnan tavoitteesta. Kuntoliikuntaa harrastetaan fyysisen kunnan ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. (Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla, 2008; 12.)

Liikuntaa alettiin hyödyntämään johdonmukaisesti terveyden edistämässä vasta 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa. Lisääntynyt tutkimusnäyttö liikunnan terveyshyödyistä vahvisti liikunnan asemaa terveyden edistämässä ja useiden sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Tänä päivänä liikunta liitetään osaksi laajempaa terveyden edistämistä ja sen edistäminen tulisi olla poikkihallinnollista yhteistyötä. (Fogelholm, Paronen & Miettinen, 2007; 4, 71.) Eri ikäryhmille on annettu omat liikuntasuosituksot. Liikuntasuosituksot määrittelevät liikunnan määrän, useuden ja kuormittavuuden, joiden avulla terveyttä voidaan ylläpitää tai edistää.

Lasten ja nuorten liikunnan harrastaminen on lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana, mutta arkipäivään kuuluva liikunta ja fyysinen aktiivisuus ovat vähentyneet. Liikunta onkin muuttunut päivittäisestä pihalla leikkimisestä ja pelaamisesta määrätyn ajojn tapahtuvaksi harjoitteluksi. (Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006, 7.) Maailma on muuttunut istuvammaksi, mikä näkyy lasten ja nuorten vapaa-ajan vietossa. Lapset ja nuoret ovat lihoneet ja heidän fyysinen kuntosaa on myös heikentynyt. Nämä muutokset uhkaavat lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia tulevaisuudessaakin työikäisinä. Lasten ja nuorten liikuntasuosituksilla halutaan tukea heidän normaalia kasvua ja kehitystä sekä terveyttä ja hyvinvointia. Liikuntasuosituksen vähimmäismäärät ylittämällä voidaan vähentää useimpia liikkumattomuuden aiheuttamia terveyshaittoja, kuten lihavuutta ja aineenvaihdunnan sairauksia (Tammelin & Karvinen, 2008; 10-12.)

Varhaiskasvatuksen ja kouluikäisten liikuntasuosituksen mukaan lasten ja nuorten tulee liikkua vähintään 1-2 tuntia päivässä monipuolisesti ja ikään sopivalla tavalla. Alle kouluikäisten lasten liikunta on pääasiassa lapsen

omaehtoista toimintaa, jota varhaiskasvatushenkilöstö ja vanhemmat tukevat omalla toiminnallaan (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset, 2005; 10-11). Kouluikäisillä liikunnan vähimmäismäärä kertyy suhteellisen lyhyistä suorituksista, joista suurin osa tehdään matalalla teholla. Suurin hyöty kuitenkin saavutetaan, kun päivittäiseen liikuntaan sisältyy reippaamman liikunnan jaksoja, joiden aikana sydämen syke ja hengitys kiihtyvät ainakin jonkin verran. (Tammelin. & Karvinen, 2008; 18-20.)

Työikäisistä noin 30-35 % ja ikääntyneistä (yli 65-vuotiaat) naisista noin neljäsosa ja miehistä kolmasosa liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi. Aikuisväestöstä vähiten liikkuu 30-45-vuotiaat, mikä johtuu ainakin osittain elämäntilanteesta, sillä työura ja perheen perustaminen verottavat aikaa ja voimavaroja. (Fogelholm, Paronen & Miettinen, 2007; 3-4.) Liikkumattomuus on terveydelle haitallista ja liikunta on useiden kansanterveydellisesti tärkeiden pitkäaikaissairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen sekä mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa keskeinen tekijä. Elintapasairauksien lisäksi liikunnalla voidaan hidastaa ikääntyneillä muun muassa lihasvoiman pienenemistä, hengitys- ja verenkiertoelimistön kestävyuden huononemista, notkeuden vähenemistä sekä tasapainon ja kävelykyvyn huononemista. (Liikunnan käypä hoito –suositus, 2008.)

Työikäisille annetun liikuntasuosituksen tavoitteena on ehkäistä erilaisia sairauksia ja ikääntyneillä auttaa säilyttämään toimintakyky ja turvata itsenäinen selviytyminen. Aikuisten terveysliikuntasuosituksen mukaan työikäisten ja ikääntyneiden tulisi harrastaa kohtuullisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa (esim. ripeä kävely) vähintään puoli tuntia viitenä päivänä viikossa tai vaihtoehtoisesti rasittavampaa kestävyysliikuntaa (esim. juoksu) vähintään 20 minuuttia kolmesti viikossa. Tämän lisäksi lihaskuntoa kehittävää harjoittelua tulisi olla pari kertaa viikossa. Liikunnan kokonaismäärän voi kerryttää lyhyemmistä suorituksista, joiden kesto on vähintään 10 minuuttia. Ikääntyneille suositellaan kestävyys- ja lihaskuntoharjoittelun lisäksi liikkuvuus- ja tasapainoharjoittelua. (Haskell, Lee & Pate 2007.)

## Päijät-Hämeen terveysliikuntastrategia

Päijät-Hämeen terveysliikuntastrategia laadittiin yhteistyössä maakunnan kuntien, liikuntajärjestöjen sekä aluekeskusohjelman kansallisen hyvinvointiverkoston kanssa. Päijät-Hämeen Liikunnan ja Urheilun rooli strategian kokoamisessa oli keskeinen.

Päijät-Hämeen terveysliikuntastrategian visio on, että Päijät-Häme on terveysliikunnan edelläkävijä Suomessa vuoteen 2020 mennessä. Tämä tarkoittaa, että Päijät-Hämeen liikuntaolosuhteet, -tarjonta ja terveysliikunnan asiantuntemus lisäävät alueellista vetovoimaisuutta sekä päijäthämäläiset liikkuvat enemmän kuin muiden maakuntien asukkaat. Strategian viiden kärjen avulla pyritään vahvistamaan terveysliikunnan asemaa maakunnassa:

1. Päijät-Hämeessä on terveysliikunnan neuvottelukunta.
2. Päijät-Hämeen jokaisessa kunnassa on terveysliikunnan toimenpidesuunnitelma.
3. Päijät-Hämeessä toimii maakunnallinen liikunta-neuvonta.
4. Hyvät ja laadukkaat liikuntaolosuhteet ja –palvelut innostavat päijäthämäläisiä liikkumaan.
5. Päijät-Hämeessä on terveysliikunnan osaamista ja koulutusta.

Terveysliikunnan neuvottelukunnan tavoitteena on kehittää maakunnallisesti terveysliikuntaa ja toimia alueellisenä asiantuntijaelimenä. Maakunnallisen liikuntaneuvonnan tavoitteena on antaa jokaiselle päijäthämäläiselle mahdollisuus saada riittävästi tietoa terveysliikunnasta, sen toteuttamistavoista sekä vaikutuksista. Terveysliikunnan osaamisella ja koulutuksella tarkoitetaan, että Päijät-Hämeessä tarjotaan valtakunnallisesti korkeata-



soista terveysliikunnan koulutusta. Lisäksi, että kaikki terveysliikunnan palveluketjussa mukana olevat toimijat on koulutettuja ja heillä on riittävät valmiudet toteuttaa liikuntaneuvontaa.

Tärkeimpiä terveysliikunnan toteuttajia ovat kunnat sekä liikunta- ja kansanterveysjärjestöt (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007, 4). Päijät-Hämeen terveysliikuntastrategian toteuttamissuunnitelmassa on otettu huomioon eri hallintoalojen sekä kunnan, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyö. Näiden eri sektoreiden yhteistyötä kehittämällä varmistetaan voimavarojen riittävyys ja niiden tarkoituksenmukainen käyttö. Kolmannen ja yksityisen sektorin toiminta terveysliikuntapalveluiden kehittäjänä ja tuottajana tulee olemaan merkittävä tulevaisuudessa, sillä kunnat joutuvat etsimään uusia toimintamalleja kiristyvän kuntatalouden ja työvoimapulan lisääntyessä.

## Lähteet

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. (2007) Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Haskell, W.L., Lee, I.M. & Pate, R.R. ym. (2007) Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*; 39(8): 1423-1434.

Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006. Lasten ja nuorten liikunta. SLU:n julkaisusarja 4/06. [Viitattu 2.11.2008]. Saatavissa: <http://www.slu.fi/liikuntapolitiikka/liikuntatutkimus2/>.

Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla. Ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2008:14. Helsinki: Yliopistopaino.

Liikunnan käypä hoito –suositus. (2008). [Viitattu 2.11.2008] Saatavissa: [http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p\\_sivusto=6](http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=6).

Tammelin, T. & Karvinen, J. (toim.) (2008) Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Reprotalo Lauttasaari Oy.

Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:17. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

# KANSALLINEN HYVINVOINTIVERKOSTO JA JÄRJESTÖJEN TAVOITTEET – LÖYTYKÖ YHTEINEN VERKKO?

*Sari Hänninen, kehittämisspäälikkö, Päijät-Hämeen hyvinvointiklusteri, Lahden tiede- ja yrityspuisto Oy*

## **Hyvinvointi ja innovaatiot – Lahden alueen menestystekijöinä**

*Elämme ajanjaksoa, jolloin alkaa näkyä se, että julkisen sektorin puolella palvelukysyntä kasvaa enemmän kuin sen tuotantoon on valmiuksia suunnata resursseja. Tiedämme, että väestön ikääntyminen kasvattaa hoito- ja hoivapalveluiden kysyntää ja osaavan työvoiman saanti julkiselle puolelle on yhä haasteellisempaa. Toisaalta varallisuuden kasvaessa kuluttajilla on käytettävissä yhä enemmän resursseja yksityisten palveluiden ostoon.*

*Lähivuosina kuntarakenne tulee olemaan suurten muutosten alla ja peruskuntien yhteistyömuodot tulevat lisääntymään. Näiden muutosten edessä tulee jatkuva kehitystyö ja yhteistyön lisääminen välttämättömäksi. Perinteinen ajattelumalli, jossa julkiset resurssit suunnataan pääasiassa ”korjaamopuolelle” tulee varmasti muuttumaan ja terveyden edistämiseen sekä ennaltaehkäisyyn tullaan panostamaan enenevässä määrin.*

## **Alueellinen kehittämistoiminta – innovaatioista hyvinvointia**

Lahden alueella on jo usean vuoden ajan tehty päämäärätietoista kehittämistyötä hyvinvointialalla. Lahden alueen strategioissa on linjattu alueellista hyvinvointialan kehittämistoimintaa, ja hyvinvointi toimialana nähdään tulevaisuuden kasvualana.

Alueelle on muodostunut kehittämistyön tuloksena hyvinvointialan toimijoiden yhteenliittymä, hyvinvointiklusteri. Hyvinvointiklusterin kehittämis- ja koordinoitutyö on kuntien yhteisellä päätöksellä annettu Lahden tiede- ja yrityspuisto Oy:n tehtäväksi ja toimintaa rahoitetaan aluekeskusohjelman resurssein. Päijät-Hämeen hyvinvointiklusteriin määritellään kuuluviksi terveydenhoito- ja hoiva-ala sekä elämys-, liikunta- ja kulttuuriteollisuus sekä näihin liittyvä väline-, varuste- ja ravintotuotanto. Hyvinvointiklusterin verkostoissa on mukana yli 300 päijäthämäläistä yritystä ja yhteisöä.

Hyvinvointiklusterin kehittämis- ja koordinoitutyö perustuu Hyvinvoiva Päijät-Häme -kasvusopimukseen, joka syntyi alueen eri toimijoiden yhteistyön tuloksena loppuvuodesta 2006. Kasvusopimus on maakunnan keskeisten hyvinvointitoimijoiden yhteinen strategia-asiakirja ja koonti kehittämisen suunnista ja painopisteistä. Kasvusopimuksessa mainittuna visiona on, että Päijät-Häme on vuoteen 2010 mennessä kansallinen edelläkävijä ja mallialue hyvinvoinnin palvelujen tuotannossa ja palvelurakenteen muutosprosessissa. Osittain tämä visio onkin jo toteutunut, sillä Lahden alueella tehty hyvinvointialan kehittämistyö on palkittu mm. aluekeskusohjelman kansallisen hyvinvointiverkoston vetovastuulla.

Hyvinvoiva Päijät-Häme kasvusopimus on saamassa vielä konkreettisemmän muodon hyvinvointiklusterin toimijoiden työstäessä toimintaohjelmaa tuleville vuo-

silla. Toimintaohjelmaa laadittaessa tullaan painopistettä suuntaamaan vielä vahvemmin toimialarajat ylittäviin innovaatioprosessien käynnistämiseen.

Hyvinvointiklusterin keskeisenä tavoitteena on vastata hyvinvointipalvelujen markkinamuutokseen: julkisen sektorin roolin muuttumiseen ja yksityissektorin kysynnän kasvuun ja ikääntymisen aiheuttamiin haasteisiin. Klusteritoiminnan tarkoituksena on luoda edellytyksiä hyvinvointimarkkinoiden kehittymiselle kasvattamalla yritysten määrää ja kokoa. Samalla pyritään lisäämään yritysten verkostoliiketoimintaa sekä kehittämään uusia tuote- ja palvelukonsepteja yksityisen ja julkisen rajapintaan.

Hyvinvointiklusterityössä korostuu vahva toimijayhteistyö, ja klusterityössä käytetään hyväksi Lahden yliopistokeskuksen yksiköissä kehitettyjä toimintamalleja uusien tuote- ja palvelukonseptien ja innovaatioiden luomiseksi. Yritysten ja hyvinvointialan eri toimijaryhmien kanssa on organisoitu mm. innovaatioseesioita yhteistyössä Lappeenrannan teknillisen yliopiston innovaatioyksikön, TKK Lahden keskuksen ja Lahden tiede- ja yrityspuisto Oy:n innovaatiotiimin kanssa. Näissä sessioissa kaivetaan esille ne tulevaisuuden lupaavat kehityspolut, joiden varaan hyvinvointiala on mahdollista alueella rakentaa. Esimerkkejä tällaisista kehityspoluista ovat PalveluSantran neuvontapalvelu, alueellinen Hotellipilotti ja Langaton Lahti –kehitysohjelma.

## **PalveluSantra kysynnän ja tarjonnan kokoajana**

Päijät-Hämeessä on hyvinvointialan yrityksiä runsaat 2000, jotka työllistävät yli 4000 henkilöä. Hyvinvointialaa leimaa siis se tosiasia, että yritykset ovat pieniä, pääasiassa yhden ja kahden hengen yrityksiä. Päijät-Hämeeseen perustettu ikääntyneille ja heidän omaisilleen suunnattu palvelunvälityskeskus PalveluSantra (www.palvelusantra.fi) on hyvä esimerkki siitä miten hajal-

laan, eri puolella maakuntaa olevaa palveluntarjontaa on saatu koottua yhteen ja helposti asiakkaiden saataville. Sen tavoitteena on välittää tietoa yritysten ja kolmannen sektorin tuottamista palveluista sekä antaa neuvontaa myös kunnallisista ja muista julkisista palveluista. PalveluSantra toimii ikään kuin ”SentraaliSantrana”, joka yhdistää yrityksen palvelutuotteet asiakkaan tarpeeseen. Sen rekisterissä on tällä hetkellä yli 80 evaluoitua palveluntuottajaa. PalveluSantran kautta organisoidaan myös kuntien asiakkailleen myöntämät palvelusetelit. Sen toiminnan toteuttajana on Päijät-Hämeen hyvinvointipalvelujen kehitys ry, ja toimintaa rahoittavat sekä Raha-automaattiyhtistys, RAY, että Päijät-Hämeen 12 kunnan lisäksi myös kolme maakunnan ulkopuolista kuntaa.

## **Hotellipilotti – päijäthämäläinen innovaatio**

Vuoden 2007 alussa aloitettiin Lahdessa Hotellipilottikokeilu yhteistyössä Lahden kaupungin ja kolmen lahtelaisen hotellin, Kauppahotelli Grand, Hotelli Musta Kissa ja NEXT Hotelli, kanssa. Hotellipilottissa kokeillaan hotelli- ja hoivapalveluiden kytkemistä sairaalahoitoon ja –tutkimuksiin. Jos kotiutettava asiakas ei ole sairaalan hoitajakson jälkeen vielä valmis palaamaan kotiin, niin hänellä on mahdollisuus majoittautua hotelliin. Tätä mahdollisuutta ovat käyttäneet mm. murtuma- ja tapaturmapotilaat, joilla ei ole ollut mahdollisuutta selvittää kotioissa sekä myös omaishoidettavat.

Kasvava ryhmä on myös ns. remonttipakolaiset, jotka tarvitsevat majoituspaikkaa taloyhtiön remontin ajaksi. Kokeilu on saanut erittäin hyvän vastaanoton sekä asiakkaiden, palveluntuottajien ja palveluntarjoajien suunnalta, joten toimintamallia tullaan jatkossakin kehittämään. Hotellipilotin hyvät tulokset ja ratkaisumallit kiinnostavat myös kansallisella tasolla. Aluekeskusohjelman ja osaamiskeskusohjelman yhteistyönä tullaankin rakentamaan laaja kansallinen hanke, jonka myötä hotellipilotin toimintamalli otetaan käyttöön eri kaupunkiseuduilla Suomessa.

## **Langaton Lahti –kehitysohjelma julkisen sektorin ja ICT-alan yritysten verkottajana**

Langaton Lahti (LLA) on Lahden tiede- ja yrityspuisto Oy:n koordinoima kehitysohjelma ja osaaajaverkosto, joka tutkii, kehittää ja pilotoi monikanavaisia informaatioteknologiaan pohjautuvia uusia julkista palvelutuotantoa tehostavia sovelluksia ja palveluja. LLA:lla on keskeinen merkitys alueellisen hyvinvointiklusterin rakentamisessa.

Kehitysohjelman kumppanuusverkostoon kuuluvat alueellisten yritysten ja palveluja tuottavien organisaatioiden lisäksi Lappeenrannan teknillisen yliopiston innovaatiotutkimusryhmä sekä TKK Lahden keskuksen WellTech -tutkimusryhmä. Kumppanuusverkostossa kehitettyjen sovellusten ja palveluiden tarkoituksena on helpottaa ja nopeuttaa kuntalaisten asiointia kunnallisissa palveluissa, vähentää peruutusten aiheuttamaa tyhjäkäyntiä julkisissa palveluissa sekä vapauttaa henkilökuntaa potilasjonon hallinnasta hoitotehtäviin. LLA:n kautta on tuotettu kansalaisten asiointia helpottavia sovelluksia mm. suun ja terveydenhuoltoon, jossa peruuntuneita hammaslääkäriaikoja tai päiväkirurgian aikoja markkinoidaan tekstiviestein asiakkaille. Sen lisäksi on kehitetty uusia palveluita mm. kunnalliseen päivähoidon sekä teiden ja katujen kunnossapitoon. LLA-kehitysohjelman toimenpiteet liittyvät terveystoimen asiakasrajapinnan ratkaisuihin, joita on pilotoitu ja kehitetään edelleen yhdessä Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kanssa.

Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan yhä innovatiivisempaa otetta sosiaali- ja terveysalan palvelutuotannon kehittämiseksi, ja yritysten sekä kolmannen sektorin rooli palveluntuottajina tulee väistämättä olemaan yhä merkittävämpi. Siispä on aika siirtyä juhlapuheista tekoihin ja ryhtyä rakentamaan aitoa innovatiivista yhteistyötä yritysmaailman, kolmannen sektorin ja julkisten toimijoiden välillä!

# OMAVASTUU JA YHTEISVASTUU – ENSITULOKSIA VUODEN 2008 PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIBAROMETRISTÄ

*Ilkka Haapola, erikoistutkija, Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia*

*Antti Karisto, professori, Helsingin yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan laitos*

*Kirsi Kuusinen-James, osaamiskeskuksen johtaja, Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso*

*Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos -projektin visiossa ja tavoitteissa korostetaan asukkaiden omavastuuden ja osallistumisen tärkeyttä maakunnan tulevaisuutta rakennettaessa. Tähän liittyen nostamme artikkelissamme esille muutamia havaintoja päijäthämäläisten yksilö- ja yhteisvastuuta koskevista asenteista sekä siitä, miten ne ilmenevät käyttäytymisessä, avun antamisena ja oman terveyden edistämisenä. Artikkelin perustuu syksyllä 2008 toteutetun Päijät-Hämeen hyvinvointibarometrin tuloksiin. Barometrin koko antia kuvaava julkaisu ilmestyy keväällä 2009.*

## Vastuukeskustelun ajankohtaisuus

”Tämän ajan ideologia vaatii vastuuta myös itsestä ja omien potentiaalien kehittämisestä tavalla, jossa oma itse ja elämäkin ovat keskeneräisiä projekteja”. Näin kirjoittaa Raija Julkunen (2006, 277) hyvinvointivaltion tilaa analysoivassa kirjassaan. Hänen mukaansa ”vastuudiskurssi”, yksilön oman vastuun korostaminen, on ajan trendi.

Yksilön vastuuta omasta elämästään asetettiin tuskin kyseenalaiseksi edes julkisten palvelujen rakentamisen kiivaimpana kautena, hyvinvointivaltio-optimismin vallitessa. Poliittisen julkisuuden keskiöön vastuu-teema on kuitenkin noussut vasta 1990-luvun laman jälkeen. Valtakunnantason ilmentymä siitä on pitkäaikaistyöttömiä koskevan aktivointipolitiikan kehittäminen. Alueellisesti ja paikallisestikin on yksilön ja yhteisöjen vastuusta puhuttu lisääntyvästi. Lahden kaupunki ei ole ainoa kunta, jonka strategisissa linjauksissa on esitetty asukkaiden ja palvelujenkäyttäjien oman vastuun lisäämistä kuntatalouden kustannuspaineiden hillitsemiseksi. Myös Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos -projektin tavoitteissa

korostetaan, että ”alueella on etsittävä uusia keinoja ja kannusteita asukkaiden omavastuuden ja velvollisuudentunteen lisäämiseksi” (ks. Jaana Simolan artikkeli tässä julkaisussa).

Konkreettisimmin omavastuuden vaatimus näkyy terveystietoisuudesta ja terveyden edistämistä koskevassa keskustelussa. Marja-Liisa Honkasalo (2008, 92–96) on tehnyt sitä ymmärrettäväksi tukeutuen muun muassa Robert Aronowitzin (1998) historialliseen analyysiin siitä, kuinka sydäntauteja koskevat käsitykset ovat muuttuneet. Varhaisimmat tieteelliset käsitykset perustuivat potilaan rintakipuoireisiin, angina pectorikseen. Ne korvautuivat havainnoilla sepelvaltimosuonien muutoksista ja täsmentyivät käsityksiksi kroonisen sepelvaltimotaudin mekanismeista. Yhdysvaltalainen Framingham-tutkimus tuotti ensimmäisenä sellaista tietoa elintapoihin liittyvistä riskitekijöistä, joka muutti degeneratiivisen, parantumattomaksi mielletyn pitkäaikaissairauden ennaltaehkäiseväksi kansanterveyskysymykseksi, ”uuden individualisuutta korostavan terveystieteiden substraattiksi”,

kuten Honkasalo (2008, 93) sanoo. Nyttemmin riskite-  
kijä-ajatteluun perustuva käsitys yksilöllisestä vastuusta  
on laajentunut koskemaan ”lähes kaikkea sairastavuut-  
ta” (emt., 94) – usein niin, että elintapoihin ja sairauksiin  
vaikuttavat sosioekonomiset ja psykososiaaliset tekijät  
ovat jääneet vähemmälle huomiolle.

Sosiaalipolitiikan tutkijat suhtautuvat ambivalentisti  
tai kriittisesti vastuupuheen vahvistumiseen. Epäillään  
esimerkiksi, että yksilövastuun korostaminen on vain  
peitenimi julkisen hyvinvointivastuun purkamiselle,  
jonka puolestaan pelätään johtavan eriarvoisuuden ja  
köyhyyden lisääntymiseen sekä siihen, että avun tar-  
peessa olevat syyllistetään ja jätetään oman onnensa  
varaan. Kysytään, onko vastuupuheen vahvistuminen jo  
itsessään oire pohjoismaisen hyvinvointivaltioetoksen  
rapautumisesta ja merkki siitä, että luottamus yhteiskun-  
nallisia instituutioita kohtaan horjuu (Julkunen 2006,  
22; 280–281).

Vastuupuheen vahvistumisen tausta ei kuitenkaan ole  
yksioikoinen. Sen voi nähdä heijastavan myös poliittisia  
suhdanteita syvällisempää yhteiskunnallista muutosta ja  
sosiaalisten ongelmien muuttunutta luonnetta. Puhutaan  
”uusista riskeistä”, jotka ovat yhteydessä yksilöominai-  
suuksiin ja yksilöiden käyttäytymiseen. Näin maalailee  
Julkunen ajankohtaisten ongelmien ja niiden asettamien  
haasteiden kenttää:

*Köyhyysriski on suuri esim. yksinhuoltajilla ja niil-  
lä, joiden ammattitaito ja muu työllistyvyys eivät riitä  
nykyisille työmarkkinoille. Elämäntapasairaudet uh-  
kaavat sekä lasten että aikuisten terveyttä. Terveys-  
riskit ovat suurimmat yllihavilla, väärää ravintoa ja  
liikaa syövilä, tupakoivilla ja alkoholin liikakäyttä-  
jillä... Avioero ja lihavuus ovat suuremmassa määrin  
valintoja kuin leskeksi jääminen ja nälkä. Ongelmat  
tuntuvat periaatteessa helposti ratkaistavilta, jos vain  
yksilöt käyttäytyisivät hyveellisesti (vastuullisesti), siis  
eivät tuhoaisi avioliittojaan tai terveyttään, hankkisivat  
koulutusta, ottaisivat vastaan työn kuin työn ja kasvat-  
taisivat lapsistaan kelpo kansalaisia. Nykyinen sosiaa-  
lipolitiikka ei ole vain työmarkkinoiden ulkopuolella*

*olevien vanhusten, työkyvyttömiä ja lasten toimeen-  
tulosta huolehtimista, vaan ... (myös) elämäntavan ja  
käyttäytymisen politiikkaa. (Julkunen 2006, 22.).*

Julkunen muistuttaa siitä, että vastuun teeman tär-  
keyttä korostavat uusien riskien ohella myös ”uudet  
mahdollisuudet”. Niitä tarjoavat esimerkiksi ”elämän  
medikalisaatio sekä terveydenhuollon kehittyvät hoidot  
ja teknologiat”, jotka pakottavat kysymään, ”[m]itkä  
kaikki vajeet ja puutteet kuuluvat kollektiivisen korjaa-  
misen tai kompensoinnin piiriin? Hedelmöityshoito on  
ajankohtainen esimerkki: onko lapsettomuus julkisen  
hyvinvointivastuun piiriin kuuluva vaje tai sairaus?”  
(Julkunen 2006, 22–23)

Kansalaisten vastuuta on pohtinut myös brittisosio-  
logi Anthony Giddens, ”kolmannen tien” sosiaalipoli-  
tiikan tunnetuin teoreetikko. Eurooppalaista sosiaalista  
ohjelmaa hahmottavassa kirjassaan Giddens (2007)  
uhraa runsaasti palstatilaa yksilöiden elintapavalintojen  
ja julkisen vallan hyvinvointipolitiikan välisen suhteen  
analyysille. Hän lähtee liikkeelle siitä, että yhteiskunnan  
vaurastuminen ja vapauksien kasvu – ”arkipäivän de-  
mokratisoituminen” – on luonut uudenlaisia yhteiskun-  
nallisia ongelmia: sellaisia, jotka kytkeytyvät yksilöiden  
elämän valintoihin ja elintapoihin. Jotkut elintavoissa  
näkyvät päätökset vaikuttavat kielteisesti sekä ihmisten  
omaan että ennen pitkää koko yhteiskunnan hyvinvoin-  
tiin.

Giddensin mukaan väestön ikääntymiseen, terveyteen  
ja ympäristöön liittyvät yhteiskuntapoliittiset ongelmat  
ovat elintapasidonnaisia. Emme ymmärrä niitä emmekä  
kykene suunnittelemaan toimivia sosiaalipoliittisia rat-  
kaisuja niiden varalle muutoin kuin analysoimalla niitä  
”elämänpoliittisessa” viitekehyksessä, jonka ytimessä  
ovat elämäntyylit ja niihin liittyvät valinnat (Giddens  
2007, 138–139). Koska elintapoihin liittyviä ongelmia  
voidaan lopullisesti ratkaista vain ”yksilötasolla”, jul-  
kisen vallan keskeinen tehtävä on luoda kannustimia ja  
velvoitteita, jotka ohjaavat yksilöiden päätöksiä toivot-  
tuun suuntaan.

Kysymykset elintapojen muotoutumisesta ja niihin vaikuttamisesta ovat monimutkaisia, eikä Giddenskään käsittele niitä kovin yksityiskohtaisesti. Hän vaikuttaa kuitenkin olevan optimistinen sen suhteen, että uudennainen, elintapoihin vaikuttava politiikka on mahdollista. Esimerkkeinä tästä Giddens esittelee muun muassa kahden suomalaisen hankkeen eli Pohjois-Karjala-projektin ja 2000-luvun alussa valmistuneen Kansanterveyslaitoksen diabeteksen ehkäisy tutkimuksen (Diabetes Prevention Study, DPS) tuloksia (Giddens 2007, 146–148). Näistä jälkimmäinen on toiminut keskeisenä lähtökohtana myös Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen elintapainervention suunnittelussa (Absetz ym. 2007 ja Fogelholm ym. 2007; ks. myös Oldenburg 2008 ja Oldenburg & Glanz 2008, joissa kuvataan diabeteksen ehkäisyn toimintamallin leviämistä DPS-tutkimuksesta Ikihyvä Päijät-Hämeen kautta Australiaan).

## **Päijät-Hämeen hyvinvointibarometri 2008**

Päijät-Hämeen hyvinvointibarometri on vuonna 2002 käynnistynyt tutkimussarja, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa hyvinvoinnin tilasta maakunnallisten ja kunnallisten toimijoiden sekä tutkijoiden käyttöön. Tutkimusalueen muodostavat Päijät-Hämeen liiton 12 jäsenkuntaa, joten nykyisen sosiaali- ja terveystieteiden kunnista barometrin ulkopuolelle jäävät Litti, Myrskylä ja Pukkila.

Hyvinvointibarometri toteutettiin vuoden 2008 loka- ja marraskuun aikana postikyselynä, nyt jo kolmannen kerran. Kyselylomake postitettiin 6 400 satunnaisesti valitulle 18–86 -vuotiaalle päijäthämäläiselle. Vastaukset saatiin 2 040 henkilöltä vastausprosentin jäädessä 32:een. Kaikkein huonoimmin vastasivat nuorimmat vastaajat: alle 40-vuotiaiden vastausprosentti jäi niinkin alas kuin 22 prosenttiin, kun se 65–69 -vuotiaiden keskuudessa oli 46.

Alhaisen vastausprosentin vuoksi barometrin antama kuva voi jäädä hieman epätarkaksi. Voidaan esimerkiksi olettaa, että yhteiskunnallisesti passiivisten kansalaisten ääni ei tule kuuluville. Yhtä vaatimattomaan vastausprosenttiin on kuitenkin ollut tyytyminen monissa muissakin vastaavissa viimeaikaisissa tutkimuksissa. Uskoaksemme barometri antaa kohtalaisen kattavan ja oikeaan osuvan kuvan päijäthämäläisten mielipiteistä. Otantaasetelmaa suunniteltaessa pienten kuntien otoskokoa kasvatettiin, jotta niistäkin saataisiin tarpeeksi vastaajia. Tästä ja jo etukäteen erilaiseksi arvatusta vastausaktiivisuudesta (esimerkiksi iän mukaan) aiheutuvaa vinoutumaa on – aikaisempien barometrien tavoin – korjattu käyttämällä analyyseissa painokertoimia, joilla koko Päijät-Hämettä koskevat tunnusluvut saadaan mahdollisimman oikeiksi.

## **Omapastuu vai yhteisvastuu?**

Hyvinvointibarometrin vastaajien puntaroitavaksi asetettiin muutamia väittämiä kansalaisten oman vastuun ja julkisen vallan kautta organisoitun yhteisvastuun välisestä suhteesta hyvinvoinnin turvaamisessa ja edistämässä. Taulukosta 1 nähdään, että päijäthämäläisten selvä enemmistö on sitä mieltä, että ”ihmisten pitäisi nykyistä enemmän huolehtia itse omasta toimintakyvystään”. Useimpien mielestä ihmisten pitäisi myös ”nykyistä enemmän osallistua lähimmäistensä hoivaamiseen”. Päinvastaiset mielipiteet ovat harvinaisia. Myös vapaaehtoistoimintaa pidetään tärkeänä kanavana haluttaessa vaikuttaa itselle tärkeisiin asioihin.

Yksilövastuuta kuuluttavat asenteet eivät kuitenkaan tarkoita sitä, että ajatus yhteisvastuusta tai julkisesta hyvinvointivastuusta olisi kadonnut. Tämä näkyy taulukon kahdesta viimeisestä väittämästä. Kaksi kolmasosa vastaajista on sitä mieltä, että ”avun tarpeessa olevista huolehtiminen on ensisijaisesti yhteiskunnan tehtävä”. Vielä useampi asettuu vastustamaan näkemystä, jonka mukaan ”ihmisten pitäisi nykyistä enemmän huolehtia itse palveluidensa rahoittamisesta”.

TAULUKKO 1.

**SUHTAUTUMINEN KANSALAISTEN OMAA VASTUUTA JA JULKISTA HYVINVOINTIVASTUUTA KOSKEVIIN VÄITTÄMIIN (%)**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Ihmisten pitäisi nykyistä enemmän osallistua lähimmäistensä hoivaamiseen	37	54	7	2	100
Ihmisten pitäisi nykyistä enemmän huolehtia itse omasta toimintakyvystään	43	46	9	2	100
Osallistumalla vapaaehtoistointaan voin vaikuttaa minulle tärkeisiin asioihin	15	53	25	7	100
Avun tarpeessa olevista huolehtiminen on ensisijaisesti yhteiskunnan tehtävä	19	48	29	4	100
Ihmisten pitäisi nykyistä enemmän huolehtia itse palveluidensa rahoittamisesta	4	25	52	20	100

Julkisten palvelujen koettu tarkeys käy ilmi myös kyttäessä päijätämäläisten politiikkasuositusta ”tilanteessa, jossa asuinkunta joutuisi taloudellisiin ongelmiin”. Vastaajilta tiedusteltiin, olisiko paras ratkaisu tällaisessa tilanteessa veronkorotus, palvelujen karsinta vai jokin muu ratkaisu, jota pyydettiin myös tarkemmin kuvaamaan. Asennoituminen oli yllättävän selvä: vain hieman yli kymmenesosa (13 %) kannatti palvelujen karsintaa useamman kuin joka toisen (55 %) kannattaessa veronkorotusta. Joka kolmas vastaaja oli jonkin muun ratkaisun kannalla. Niitä emme ole vielä ehtineet tarkemmin tutkia, mutta itse päätulosta ne eivät muuksi muuta.

Omavastuu ja yhteisvastuu eivät siis päijätämäläisten silmissä ole vaihtoehtoja vaan pikemminkin toisiaan täydentäviä asioita, joilla molemmilla on enemmistön kannatus. Sama kuva on piirtynyt aikaisemmista valtakunnallisista tutkimuksista, joissa on mitattu väestön sosiaaliturva-asenteita (esim. Forma 1998; Forma & Saarinen 2008; Pessi 2008). Raija Julkunen (2007, 21–22) kiteyttää sen näin: ”Yhteisen vastuun ja tasa-arvon ajatusmuodot

ovat meillä vahvat, mutta niin myös oman vastuun arvo... Vastuu ja vastuullinen elämä ovat tärkeitä arvoja, ja periaatteellisella tasolla on helppo haluta kaikkien tahojen, yksilön, perheen, yhteisöjen, yritysten, ja valtion, niin yksityisen kuin julkisen, vastuun vahvistamista.”

### **Avun antaminen ja mahdollisuudet sen lisäämiseen**

Edellä esillä olleet asenteet – joissa Julkusen sanoin kannatetaan ”kaikkien tahojen vastuun vahvistamista” – eivät vielä ennusta ihmisten todellista toimintaa, vastuunottoa käytännössä. Siihen paneudumme seuraavaksi. Tarkastelemme ensin, missä määrin päijätämäläiset auttavat avun tarpeessa olevia lähimmäisiään tai kanssaihmissiään ja miten mahdollisena he pitävät auttamisen lisäämistä.

Joka viides (19 %) barometrin vastaaja auttaa tai hoitaa säännöllisesti jotakin henkilöä, joka on pitkäaikais-sairas, vammainen tai iäkäs. Kyse on monien kohdalla



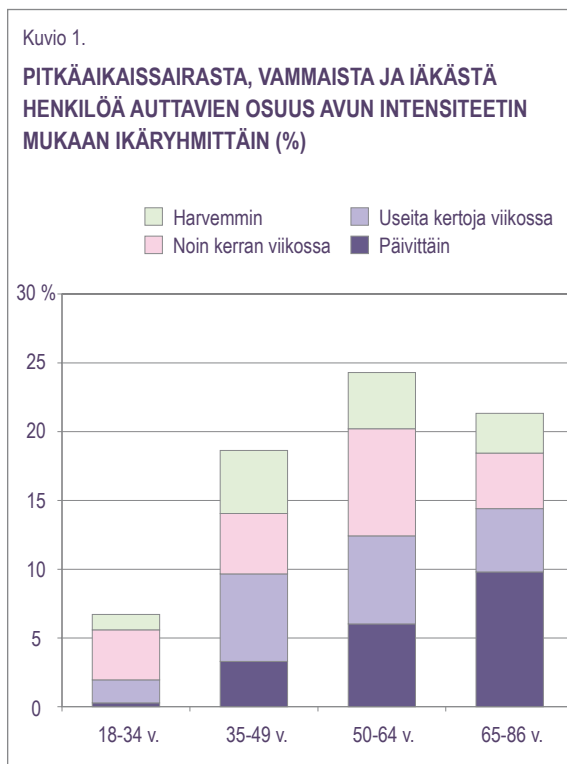
varsin intensiivisestä auttamisesta, sillä yli puolet auttajista (54 %) antaa apua useita kertoja viikossa ellei peräti päivittäin.

Tällainen auttaminen tai hoivaan osallistuminen on odotetusti yhteydessä vastaajan sukupuoleen ja ikään. Naisista 23 ja miehistä 15 prosenttia antaa kysytyn kaltaista apua. Yleisimmin hoivatyötä tekevät 50–64-vuotiaat ja harvimmoin alle 35-vuotiaat. Epävirallisen auttamis- ja hoivatyön yhteys ikään näkyy selvästi kuvio 1, jossa sen tekemistä tarkastellaan avun intensiteetin eli tiheyden mukaan. Varsinkin päivittäistä apua tai hoivaa antavien osuus nousee hyvin suoraviivaisesti nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään siirryttäessä: alle 35-vuotiaiden ryhmässä päivittäin auttavia on vain muutamia, mutta yli 64-vuotiaiden ryhmässä jo 10 prosenttia. Erot kertonevat pikemmin elämäntilanteiden kuin

auttamishalukkuuden eroista: nuorten lähipiirissä avun tarpeessa olevia henkilöitä on vähiten, mutta viisi- tai kuusikymppisillä on iäkkäitä vanhempia ja heitä vanhemmilla taas avun tarpeessa olevia puolisoita.

Kansalaisvastuusta keskusteltaessa on toisinaan ajateltu, että ihmisissä ja yhteisöissä on huomattavia käytämättömiä hoivaresursseja, jotka olisi vain mobilisoitava käyttöön. Mahdollisten hoivareservien olemassaoloa selvitettiin kysymällä auttajilta sitä, voisivatko he lisätä hoivapanostaan. Runsas kolmasosa (37 %) auttajista vastasi kysymykseen myöntävästi, mutta muiden mielestä hoivapanoksen lisääminen ei olisi mahdollista. Joka kymmenes katsoi, että heidän nykyinen panoksensaakin on jo liikaa. Mahdollisuus hoivapanoksen lisäämiseen vähenee iän karttuessa: kun alle 35-vuotiaista lähes kaksi kolmasosaa pystyisi tarvittaessa tarjoamaan nykyistä enemmänkin apua, niin yli 64-vuotiaista tähän pystyisi vai joka neljäs. Avun lisäämismahdollisuudet ovat myös sitä pienemmät, mitä sitovampaa nykyinen vastuu on. Päivittäin auttavista noin joka kuudes pitää nykyistä hoivapanostaan jo liiallisena, ja joka neljäs pystyisi sitä lisäämään. Sitä vastoin kerran viikossa auttavista joka toinen pystyisi tarvittaessa lisäämään hoivapanostaan vain harvan (4 %) pitäessä sitä jo nyt liiallisena. Nämäkin havainnot tukevat sitä edellä esitettyä tulkintaa, että nuorimmilla vastaajilla ei juuri ole (lasten lisäksi) sellaisia lähiomaisia, jotka olisivat avun tarpeessa. Heidän vanhempansa voivat olla jo eläkkeellä mutta ovat vielä niin hyväkuntoisia että selviävät omin voimin ja pystyvät tarvittaessa jopa auttamaan lapsiaan esimerkiksi lastenhoidossa.

Niiltä vastaajilta, jotka eivät anna säännöllistä apua, kysyttiin: ”Jos lähipiiristänne joku olisi pitkäaikaisen avun tarpeessa, voisitteko ottaa vastuuta hänen huolehtimisestaan?” Vastausten valossa asenteellisia valmiuksia avun tarpeessa olevien läheisten auttamiseen on, ja ilmeisesti myös potentiaalia. Joka kymmenes (12 %) niistä, jotka eivät tällä hetkellä auta säännöllisesti ketään, olisi valmis ottamaan päävastuun läheisensä huolenpidosta ja kaksi kolmesta (66 %) katsoo voivansa ainakin jossain määrin osallistua siihen. Vain joka viides vastaaja on sitä mieltä,



ettei sellaiseen ole mahdollisuutta. Niitä, jotka eivät kykene ottamaan vastuuta lähimmäistensä huolenpidosta, on kaikkein eniten vanhimmissa eli yli 64-vuotiaiden ikäryhmässä. Selityksenä tähän lienee vastaajan oma, jo heikentynyt kunto. Muuten valmius tai mahdollisuus hoivavastuun ottoon ei vaihtelee kovinkaan paljon ikäryhmästä toiseen.

Kanssaihmissiin suhtautumisesta kertovat myös vapaaehtoistyötä ja hyväntekeväisyyttä kuvaavat tiedot. Joka kolmas barometriin vastanneista päijäthämäläisistä on vuoden 2008 aikana osallistunut vapaaehtoistyöhön. Kolme vastaajaa neljästä on puolestaan antanut rahaa hyväntekeväisyyteen. Molemmat luvut ovat valtakunnallista keskitasoa (Pessi 2008, 13).

## **Omien elintapojen muuttaminen**

Lopuksi tarkastelemme, miten päijäthämäläiset kantavat vastuuta omasta terveydestään, analysoimalla muutamia elintapoja koskevia kysymyksiä. Hyvinvointibarometrisa esitettiin Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksesta (Valve ym. 2003) lainattu kysymys, jossa selvitetään millaisia muutoksia ihmiset ovat tehneet ruokatottumuksiinsa ja muissa elintavoissaan terveytensä edistämiseksi. Vastaukset on vedetty yhteen taulukossa 2.

Taulukosta syntyvä ensivaikutelma on se, että päijäthämäläiset ovat jo tehneet aika paljon terveytensä eteen.

Kaksi vastaajaa kolmesta on vähentänyt rasvan määrää ja muuttanut sen laatua, ja lähes yhtä moni on muuttanut ruokavaliotaan muutoinkin terveellisempään suuntaan. ”Muutosvastarintaa” terveysvalistusta vastaan (niitä jotka eivät ole muuttaneet eivätkä ole ajatelleetkaan muuttavansa tottumuksiaan) on melko vähän. Ainakin periaatteellista valmiutta terveelliseen elämäntyyliin näyttäisi siis olevan.

Toinen merkittävä havainto on se, että tuen tarvetta on varsinkin liikunnan ja painonhallinnan kohdalla. Moni on lisännyt liikuntaa ja pudottanut painoaan, mutta lähes yhtä moni – joka neljäs – on yrityksissään epäonnistunut. Liikunnan lisääminen ja laihduttaminen näyttävät olevan kaikkein vaikeimmin toteutuvia elintapamuutoksia, vaikka koettu muutostarve on yhtä yleistä kuin ruokavaliion kohdalla. Jos muutostavoitteissa hetkellisesti onnistuikin, myös retkahduksen riski on suuri. Yksilöllisissä elämäntyyliinmuutoksissa tarvitaan siis myös yhteisöllistä tukea. Tätä korostaa sekin, että myös muutosta harkitsevien osuudet ovat liikunnan ja laihduttamisen kohdalla selvästi keskimääräistä suurempia, kaksinkertaisia.

Samansuuntaisiin tulkintoihin päädyttiin Ikihyvä-tutkimuksessa, jonka vuoden 2002 kyselyä koskevassa raportissa todetaan: ”Kummallakin sukupuolella painonhallinta (laihduuttaminen) ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen näyttävät keskeisiltä tarpeilta, joihin kaikkien sektorien (kunnallinen terveydenhuolto, järjestösektori, yksityissektori) pitäisi pystyä yhdessä ja koordinoitusti vastaamaan.” (Valve ym. 2003, 20.)

TAULUKKO 2.

ELINTAPOJEN MUUTOKSET TERVEDELLESTEN NÄKÖKOHTIEN PERUSTEELLA<sup>1</sup> (%)

	Ei tarvetta muutokseen	On muuttanut	Ei ole onnistunut	Aikoo muuttaa	Ei aio muuttaa	Yhteensä
Muuttanut rasvan laatua	15	66	4	3	12	100
Vähentänyt rasvan määrää	15	64	7	3	11	100
Lisännyt kasvien käyttöä	23	57	11	3	7	100
Lisännyt rukiin ja kokojyväviljatuotteiden käyttöä	32	53	3	2	10	100
Lisännyt marjojen ja hedelmien käyttöä	31	48	10	3	9	100
Vähentänyt sokerin käyttöä	22	48	13	3	14	100
Vähentänyt suolan käyttöä	24	47	11	3	15	100
Vähentänyt tupakointia	60	20	9	3	8	100
Vähentänyt alkoholin käyttöä	48	25	8	3	16	100
Lisännyt liikuntaa	22	41	23	7	8	100
Laihduttanut	28	27	27	6	13	100

Tarkasteltaessa terveyteen liittyviä elintapamuutoksia sukupuolen mukaan havaitaan, että oman arvionsa mukaan aina niin terveellisesti eläneitä, ettei tarvetta muutokseen ole, on naisten joukossa yleensä selvästi enemmän kuin miesten joukossa. Vain liikunnassa ja painonhallinnassa miesten ja naisten ero on olematon. Naisille laihduttaminen on vaikeampaa kuin miehille, sillä lähes kolmasosa naisista mutta vain neljäs-

osa miehistä kertoo siinä epäonnistuneensa. Terveisiin elintapoihin kohdistuva muutosvastarinta, josta kertoo vastausvaihtoehto ”En ole enkä ole ajatellut muuttaa lähiaikoina”, on puolestaan selvästi yleisempää miehillä kuin naisilla, joskaan sitä kuvaaviin prosenttilukuihin ei ole täysin luottaminen: vastaaminen on tapahtunut sillä tavoin huolettomasti, että tämän vaihtoehdon ovat valinneet joskus sellaisetkin, jotka eivät esimerkiksi ole koskaan tupakoineet.

<sup>1</sup> Sanatarkat vastausvaihtoehdot olivat seuraavat:

- ”Olen aina elänyt niin terveellisesti, ettei tarvetta muutokseen ole”
- ”Olen muuttanut tottumuksia”
- ”Olen yrittänyt muuttaa, mutta en ole onnistunut”
- ”En vielä, mutta aion muuttaa lähiaikoina”
- ”En ole enkä ole ajatellut muuttaa lähiaikoina”

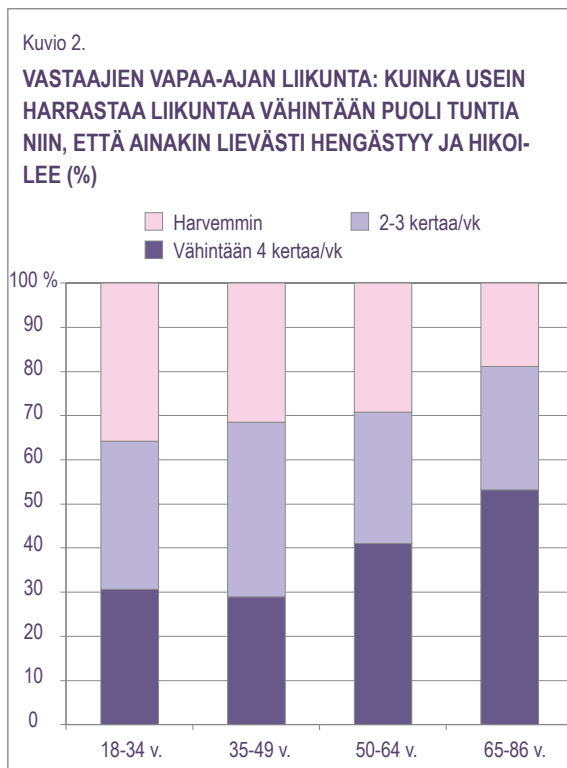
Ikäryhmittäinen vertailu paljastaa puolestaan sen, että yli 50-vuotiaat ovat kiinnittäneet enemmän huomiota ruokavalioonsa kuin alle 35-vuotiaat. Painonhallinnan kohdalla koettu muutostarve – jota kuvaa laihduttamisessa epäonnistuneiden ja sitä suunnittelevien yhteenlaskettu osuus – on puolestaan suurimmillaan keski-ikäisillä (35–64 -vuotiailla). Nuorten joukossa on vähiten ruokatottumuksiaan muuttaneita ja toisaalta eniten niitä, jotka eivät aiokaan niitä muuttaa lähiaikoina.

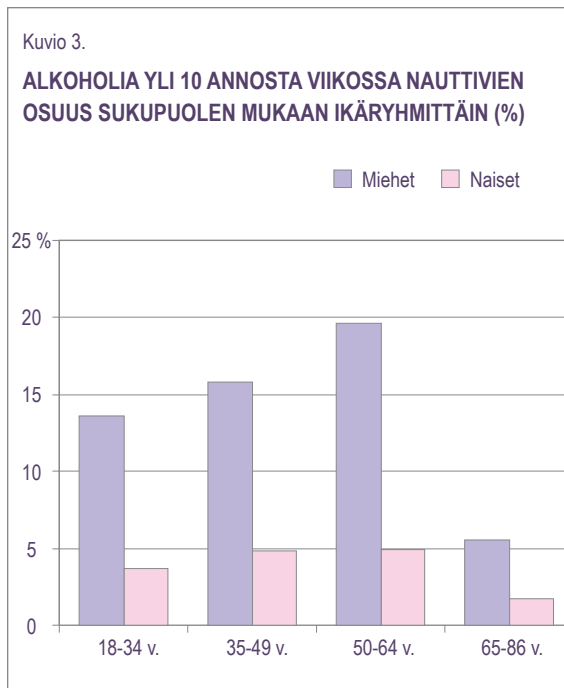
Hyvinvointibarometrissa selvitettiin elintapoja myös erillisillä kysymyksillä, jotka koskivat tupakointia, alkoholin käyttöä ja liikunta-aktiivisuutta. Niistä tarkasteltavaksi on kuviossa 2 otettu liikunta. Havaitaan, että säännöllisesti liikuntaa harrastavien osuus kasvaa iän myötä. Vähintään neljä kertaa viikossa liikkuviin kuuluu 65 vuotta täyttäneistä yli puolet mutta alle 50-vuotiais-

ta vajaa kolmannes. Sama vapaa-ajan liikuntaa koskeva kysymys sisältyy myös Kansanterveyslaitoksen työikäisen väestön (15–64 -vuotiaiden) terveyskäyttäytymistä mittaavaan AVTK-tutkimukseen. Sen mukaan vähintään 2–3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavien ikävakioitu osuus on Päijät-Hämeessä noin 65 prosenttia ja vähintään 4–6 kertaa harrastavien osuus noin 30 prosenttia (Helakorpi ym. 2007, 70–71). Hyvinvointibarometrin aineistossa liikuntaa harrastavien osuudet ovat näissä ikäryhmissä lähes samaa luokkaa, enintään viisi prosenttiyksikköä suuremmat.

Tupakointi ja alkoholin käyttö erottuvat muista taulukossa 2 kuvatuista terveyskäyttäytymisen piirteistä siinä, että huomattava osa katsoo eläneensä niiden suhteen aina niin terveellisesti, että heillä ei ole ollut tarvetta muuttaa tottumuksiaan. Tupakointia koskenut erillinen kysymys paljastaa, että päivittäin tupakoivien osuus vastaajista, siis Päijät-Hämeen koko aikuisväestöstä, on 16 prosenttia. Tupakan vaarat tuntien tämäkin tosin on liikaa. Päivittäin tupakoivien osuus on suurin alle 35-vuotiaiden ryhmässä, jossa se on 22 prosenttia. Pienin se on yli 64-vuotiaiden ikäryhmässä, vain neljä prosenttia.

Alkoholin käytön ja siitä aiheutuneiden haittojen lisääntymisestä on puhuttu paljon, viime vuosina myös iäkkäiden ihmisten osalta. Selvällä enemmistöllä barometriin vastanneista päijät-hämäläisistä ei tässä suhteessa ole ongelmaa: Yli neljäsosa (28 %) on raittiita, ja tasan puolet kuuluu ryhmään, joka ilmoittaa juovansa vähemmän kuin kuusi alkoholiannosta viikossa. Riskikulutuksen rajana pidetään naisilla 16 annosta ja miehillä 24 annosta, eli olutkorillista, viikossa. Kyselytutkimuksissa ihmisten tiedetään vähättelevän alkoholinkäyttöään niin, että ehkäpä vain puolet todellisesta kulutuksesta tulee esille. Siksi kuviossa 3 käytetään riskikulutusta selvästi matalampaa rajaa luokittelukriteerinä. Siitä havaintaan, että työikäisten joukossa yli 10 alkoholiannosta viikossa käyttävien osuus on moninkertainen eläkeikäisiin verrattuna. Korkein on 50–64 -vuotiaita miehiä kuvaava pylväs, ja kaikissa ikäryhmissä miesten pylväs on noin kolme kertaa naisten pylvästä pitempi.





## Johtopäätökset

Artikkelista piirtnyt kuva päijähämäläisten asennoitumisesta omavastuuseen ja julkisiin palveluihin on selväpiirteinen. Vaikka ylivoimainen enemmistö vastaajista – käytännössä lähes kaikki – on sitä mieltä, että ihmisten pitäisi kantaa enemmän vastuuta omasta toimintakyvystään ja kanssaihmisistään, he haluavat silti pitää kiinni myös hyvinvointivaltion arvoista ja tavoitteista tai julkisista palveluista niiden ilmentyminä. Ensisijainen vastuu avun tarpeessa olevista kuuluu heidän mielestään yhteiskunnalle (eli valtiolle ja kunnille). Päijähämäläiset ovat myös sitä mieltä, että nykyinen kunnallisten palvelujen taso tulee säilyttää ja palvelut on rahoitettava mieluummin verovaroin kuin siirtämällä rahoitusvastuuta entistä enemmän palvelujen käyttäjille, esimerkiksi palvelumaksuja korottamalla.

Tämän tutkimuksen mukaan lähes viidesosa päijähämäläisistä auttaa tai hoitaa säännöllisesti jotakin avun tarpeessa olevaa henkilöä. Naiset toimivat auttajina useammin kuin miehet ja yli 50-vuotiaat useammin kuin sitä nuoremmat. Kysely osoittaa, että vaikka käytettävissä olevia hoivaresursseja ei liiemmillä ole, ihmiset ovat tiukan paikan tullen valmiita venymään. Nykyisin auttajina toimivista runsas kolmannes arvioi, että he voisivat tarvittaessa lisätä hoivapanostaan. Tosin joka kymmenes katsoo, että heidän nykyinenkin panoksensa on jo liikaa. Eniten potentiaalisia hoivaresursseja löytynee kuitenkin siitä päijähämäläisten joukosta, joka ei tällä hetkellä auta ketään pitkäaikaissairasta tai vanhaa ihmistä. Heistä joka kymmenes olisi valmis ottamaan päävastuun läheistensä huolenpidosta ja kaksi kolmesta voisi osallistua siihen ainakin jossain määrin, mikäli tarvetta siihen syntyisi.

Elintapamuutosten tarkastelu paljastaa, että päijähämäläiset ovat jo tehneet aika paljon terveytensä eteen. Ainakin periaatteellista valmiutta terveelliseen elämäntyyliin näyttäisi siis olevan. Yksilön elintapoihin vaikuttavat kuitenkin myös monet psykososiaaliset tekijät, eikä niiden muuttaminen ole aina helppoa, ainakaan ilman yhteisöllistä tukea ja muutosta tukevia olosuhteita. Terveellisiin elintapoihin ja pitkäaikaissairauksiin liittyvät sosioekonomiset erot ovat edelleen varsin suuret. Terveyden edistämistyössä suurimpia haasteita onkin niiden sosiaalisten ryhmien tavoittaminen, joiden kohdalla erilaiset riskitekijät kasautuvat.

Monet edellä analysoiduista asenteista ja hoivaa koskevista kysymyksistä esitettiin myös edellisessä, vuonna 2005 toteutetussa hyvinvointibarometrissä (Haapola ym. 2006). Tulosten alustavan vertailun perusteella voidaan sanoa, että päijähämäläisten asenteissa ja toiminnassa ei ole kolmen vuoden aikana tapahtunut juurikaan muutoksia. Ajallisten muutosten – tai pysyvyyden – tarkasteluun meillä on kuitenkin mahdollisuus paneutua vasta hyvinvointibarometrin keväällä 2009 ilmestyvässä pääraportissa.

## Kirjallisuus

Absetz, Pilvikki; Valve, Raisa; Oldenburg, Brian; Heinonen, Heikki, Nissinen, Aulikki; Fogelholm, Mikael; Ilvesmäki, Vesa; Talja, Martti & Uutela, Antti (2007). Type 2 diabetes prevention in the "real world". One-year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes Care* 30: 2465–2470.

Aronowitz, Robert (1998). *Making sense of illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fogelholm, Mikael; Haapola, Ilkka; Absetz, Pilvikki; Heinonen, Heikki; Karisto, Antti; Kasila, Kirsti; Mäkelä, Tiina; Seppänen, Marjaana; Talja, Martti; Uutela, Antti; Valve, Raisa & Väänänen, Ilkka (2007). Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus. *Perusraportti 2005*. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän julkaisuja 65.

Forma, Pauli (1998). *Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996*. Raportteja 222. Helsinki: Stakes.

Forma, Pauli & Saarinen, Arttu (2008). *Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006*. Julkaisussa Moisio Pasi ym. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 162–177.

Giddens, Anthony (2007). *Europe in the global age*. Cambridge: Polity Press.

Haapola, Ilkka; Karisto, Antti & Kontinen, Riikka (2006). *Huomaamaton Hämeen helmi. Päijät-Hämeen alueellisen hyvinvointibarometrin 2005 tuloksia*. Verson julkaisuja 1/2006. Lahti: Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso.

Helakorpi, Satu; Laitalainen, Elina; Absetz, Pilvikki; Torppa, Jorma; Uutela, Antti & Puska, Pekka (2007). *Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys maakunnissa 1978–2005*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2007.

Honkasalo, Marja-Liisa (2008). *Reikä sydämessä. Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Tampere: Vastapaino.

Julkunen, Raija (2006). *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.

Oldenburg, Brian (2008). *Reducing the evidence - treatment gap for Type 2 diabetes: An international perspective*. A presentation in the seminar *Exchanging experiences in real life diabetes prevention in Finland, Australia and other countries*. Lahti 5.6.2008. ([http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/05062008/Brian\\_Oldenburg.pdf](http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/05062008/Brian_Oldenburg.pdf))

Oldenburg, Brian & Glanz, Karen (2008). *Diffusion of innovations*. Julkaisussa Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, esearch and Practice*, 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Pessi, Anne Birgitta (2008). *Suomalaiset auttajina ja luottamus avun lähteisiin*. RAY:n juhluvuoden kansalaiskyselyn tulokset. *Avustustoiminnan raportteja 19*. Helsinki: RAY.

Valve, Raisa; Absetz, Pilvikki; Fogelholm, Mikael; Karisto, Antti; Katajamäki, Erja; Nissinen, Aulikki; Talja, Martti & Uutela, Antti (2003). *Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus*. *Perusraportti 2002*. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A 12.





PÄIJÄT-HÄMEEN LIITTO

Hämeenkatu 9 A, PL50  
15111 LAHTI  
[etunimi.sukunimi@pajat-hame.fi](mailto:etunimi.sukunimi@pajat-hame.fi)  
[www.pajat-hame.fi](http://www.pajat-hame.fi)

A175 \* 2009  
ISBN 978-951-637-171-2  
ISSN 1237-6507