

European Social Services Conference  
Vienna 19-21 June 2006  
**Young and old in a changing Europe**  
[www.socialeurope.com](http://www.socialeurope.com)

**kirjoittajat**

Kim Aarva, Hanna Heinonen, Aulikki Kananoja, Leena Kirmanen, Jouni Nummi, Heli Sahala, Ulla Tyyskä & Ulla Salonen-Soulié (toim)

**sisällysluettelo**

1. Esipuhe : Paikallista sosiaalipolitiikkaa eurooppalaisin voimin	s2
2. Johdanto: Yhteinen Eurooppa ei tule itsestään	s3
3. Nordic Day: Uusi Tanska – paikallishallinnon uudistus	s5
4. Ikääntyvä työvoima – ikäjohtaminen	s8
5. Vanhusten asumispalvelujen laatuprojekti E-Qalin	s10
6. Kotihoidon kehittäminen Torinossa	s11
7. Teknologia kotona asumisen tukena Skotlannissa	s12
8. IT-toimintojen hyödyntäminen kotihoidossa Kärntenissä (Itävalta)	s13
9. Monikansallinen hanke organisatoristen ja ammatillisten rajojen ylittämiseksi parempien palvelujen rakentamiseksi haavoittavissa oloissa kasvaville lapsille ja heidän äideilleen	s14
10. Trenton provinssin (Italia) perheorientoitunut strategia	s16
11. Hollannin ”The Social Support Act”	s17
12. Berliini – sosiaalipalveluiden evoluutio	s17
13. Yhteenvetoa, johtopäätöksiä ja muuta pohdintaa	s23

## **1. Esipuhe: Paikallista sosiaalipolitiikkaa eurooppalaisin voimin**

Eurooppalaisen sosiaalijohdon verkosto, European Social Network (ESN) kokoontui Wienissä Itävallan EU-puheenjohtajuuden loppusuoralla vuosittaiseen konferenssiinsa. ESN on syntynyt tarpeesta luoda vastinpari valtiopainotteiseen sosiaalipoliittiseen keskusteluun ja välittää paikallisen tason ajankohtaista näkemystä tulevaisuuden rakentamisessa. Konferenssiin kokoontuneita yli 350 osanottajaa 26:sta maasta yhdisti huoli väestön ikärakenteen muutoksen vaikutuksista, kestävän rahoituksen riittävyydestä, maahanmuuttajaväestön kasvusta sekä työvoiman saatavuudesta, henkilökunnan koulutustasosta ja muiden toimijoiden mm. omaishoitajien osaamistasosta ja jaksamisesta.

Suomi sijoittuu eurooppalaisessa elämänlaadun, korkealaatuisten palvelujen ja kilpailukyvyyn vertailussa korkealla. Vaikka me suomalaiset voimme eurooppalaisessa seurassa syystä kulkea rinta rottingilla, on meidän tutustuessamme toisten tekemiin ratkaisuihin syytä pitää mieli avoimena ja nöyränä. Erilaisten kulttuurien parista ja järjestelmien takaa löytyy hienoja oivalluksia, luovia palvelujen ja arjen pieniä ratkaisuja, ja joskaan ei sellaisenaan siirrettäviksi, niin ainakin antaen ajattelemisen aihetta ja pakottaen kyseenalaistamaan omien toimintatapojemme itsestäänselvyyttä.

ESN-verkoston voima on sen paikallisessa luonteessa. Keskeiseksi nousee tästä näkökulmasta kunnallispolitiikka, kunnallinen sosiaalipolitiikka. Eurooppalaisen sosiaalijohdon näkemyksen mukaan tarvitaan eri toimijoiden kiinteää ja toimivaa yhteispeliä, jossa rajat eri hallinnonalojen välillä, yksityisen ja julkisen välillä ja virkamiesten ja poliitikkojen välillä on tarkoitettu ylitettäväksi. On löydettävä uusia ja innovatiivisia toimintatapoja ja rahoitusvaihtoehtoja sekä paikallisesti vastattava kunnollisen sosiaalipolitiikan toteuttamisesta. Sosiaalijohdon ammattitaitoa ei ole vain löytää vaan myös arvioida eri ratkaisuvaihtoehtoja ja niiden seurauksia.

Paikallisuuden painotus oli todella huomattava. Palvelut ovat ihmisiä varten ja ihmisvoimin toteutettavia, mutta ihmisten hyvinvointi ei ole pelkkä palvelutuote. Paikallistasolla ja ainoastaan siellä kokonaisvaltainen, osallistava ja ehkäisevä toimintatapa voi toteutua. Paikallisuus ei välttämättä tarkoita vain kuntia vaan myös suurempia seutuja ja alueita. Onko tullut vahvan paikallisen sosiaalipolitiikan aika kansallisten järjestelmien pikkuhiljaa lähentyessä toisiaan? Nämä eivät tarkoita erillisiä asioita, vaan visiota 25 jäsenmaan yhteisestä Euroopasta, eurooppalaisesta sosiaalisesta mallista, jonka välttämätön edellytys on pienen sosiaalipolitiikan toimivuus suuren järjestelmän rinnalla ja sen tasavertaisena kumppanina.

Käsitys sosiaali- ja terveydenhuollosta tulevaisuuden alana vahvistui Wienissä käydyissä keskusteluissa. Se työllistää, sille on luovasti etsittävä uusia ratkaisuja ja käytettävä hyviksi havaittuja vanhoja viisauksia. On edullisempaa -joka tavalla, kaikille osapuolille- ehkäistä kuin hoitaa, koti on parempi vaihtoehto kuin laitos, vapaaehtoinen vuorovaikutus tehokkaampaa kuin sanelupolitiikka. Eurooppalaisessa yhteistyössä avoin koordinaatio on mahdollisuus palvelujen kehittämiseksi ja uusien ratkaisujen löytymiseksi. Osallistavat palvelut paikallistasolla – siinä riittää haastetta meillekin!

Helsingissä 5.7.2006  
*Ulla Salonen-Soulié*

## 2. Johdanto: Yhteinen Eurooppa ei tule itsestään

Suomalainen osanotto ESN:n (European Social Network - eurooppalainen sosiaalijohtamisen verkosto) vuosittaisiin kokoontumisiin voisi olla aktiivisempikin - siitä tuntuvat tämän vuoden osanottajat olevan yksimielisiä. Samalla toivotaan jatkoa myös pohjoismaiselle päivälle, jolloin on mahdollisuus "mallioppilaiden" väliseen keskusteluun ja kokemusten vaihtoon.

Tanskasta tuli tänä vuonna pohjoismainen tapaus maan suuren kuntauudistuksen vuoksi - asia on eri versioin ajankohtainen kaikissa Pohjoismaissa. Vaikutelmaksi jäi, että merkittävimmät käytännön ratkaisut ovat vielä tekemättä, mutta selvää jo nyt on kuntien aseman voimakas vahvistuminen. Siinä kuntien oma sosiaalipoliittinen kokonaisajattelu tullaan punnitsemaan, vastuu kun kaikesta kansalaisten julkisesta palvelusta pääsääntöisesti siirtyy kunnille. Vaikka tehty ratkaisu on selvästi poliittinen, ovat tanskalaiset pragmaattiseen tapansa lähteneet täysillä ja myönteisesti uudistukseen mukaan. Parempi pysyä mukana kuin pudota matkasta! Lainsäädäntö määrittelee vain puitteet eikä keskushallinto ole sekaantumassa kuntien ratkaisuihin, vain uusi vastuu- ja tehtäväjako paikallishallinnon, alueiden (lähinnä sairaalatoimintaa varten) ja valtion välillä on määritelty.

Tämän vuoden ESN-konferenssin teemana olivat nuoret ja ikääntyvät muuttuvassa Euroopassa ja mukana olivat myös edustajat uusista EU:n jäsenmaista. Konferenssin yleisalustukset kuvasivat tarkasti tulevaa ikäkehitystä ja sen mukanaan tuomaa palvelutarpeen kasvua sekä työvoiman ikääntymistä ja työvoimapulaa. Ratkaisuina kuulumme hyvästä ikäjohtamiskäytännöstä, jota on kehitetty eurooppalaisen säätiön (European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions) toimesta. Monenikäiset työyhteisöt ovat tarkoituksenmukaisia, mutta niiden ehdoton edellytys on sopivat työolosuhteet ja työntekijöiden taitojen kehittäminen sekä työkelpoisuuden ylläpito. Ja mikä ilahduttavinta vanhempien työntekijöiden arvo ja into ja kyky uuden oppimiseen on huomattu ja heidän kokemuksensa ja muut erityistaitonsa halutaan käyttöön.

Työn yhteensovittaminen perheen ja vapaa-ajan kanssa edellyttää perheitä tukevia uudenlaisia rakenteita ja koulutusta. Perheiden tasa-arvo nähdään keskeisenä taloudellisen ja sosiaalisen liikkuvuuden edistäjänä. Latinalaiset perhearvot sitovat vielä kanssasisariamme osa-aikatyöhön ja estävät uralla etenemistä sekä jättävät heidät päävastuullisina tekemään ei-palkattua työtä kotona ja lähipiirissä. Naisten työssäkäynnin lisääminen on eurooppalaisessa kokonaisuudessa välttämätöntä ja se voi onnistua vain joustavin työjärjestelyin. Samalla kuitenkin konferenssiin aikana toistui visio monipuolisesta palvelurakenteesta, jossa erityisesti kuntalaisten kotiin tuotavat palvelut ja ehkäisevä toimintatapa korostuvat ja vapaaehtoistyön palvelutarjontaa ja omaishoitoa vahvistetaan. Näiden kehittäminen tulisi kuitenkin tapahtua yhteistyössä kaikkien toimijoiden kesken.

Vanhuspalvelujen laatuksymykset ovat yhteisiä koko Euroopan alueella. Kansainväliset vertailut yleistyvät ja siinä prosessissa kannattaa olla mukana. Mielenkiintoista oli kuuulla seitsemän maan ja 29 yksikössä toteutettavasta E-qalin-pilottiprojektista, jossa kehitetään ja sovelletaan vanhusten asumispalvelujen laatujohtamista. Laatujohtamista tarkastellaan asukkaiden ja heidän yksilöllisten tarpeidensa näkökulmasta. Laatua ja laatuikäytäntöjä pyritään yhdenmukaistamaan laatumanaalin avulla, työpaikkojen tiimit voivat kehittää omaa työyhteisöään joko sen mukaisesti tai luoda poikkeavia käytäntöjä. Asukkaiden osallisuus ja henkilöstön kumppanuus sekä eri ammattien vuoropuhelu korostuvat keskeisinä laadun tekijöinä.

Pitkäaikaishoidosta puuttuvat yhteiset eurooppalaiset strategiat. Kansallisesti tilannetta luonnehtii palvelujen pirstoutuminen ja vuoropuhelun puute asiantuntijoiden ja palvelujen tuottajien välillä. Pitkäaikaishoitoon kaivataan moniammatillista arviointia, kuntoutumismahdollisuuksien lisäämistä ja asiakaslähtöistä yhteistyöhön perustuvaa toimintatapaa, joka takaa palvelujen laadukkuuden.

Miten on mahdollista johtaa hoitoa ja hoivaa niin, että erityisesti sosiaalitoimen ja terveystoimen eri ammattikuntien eettiset periaatteet otetaan huomioon, ja tilanne hallitaan työvoimapulan vallitessa integroimalla vierastyövoimaa? Ranskassa on kehitetty arviointi- ja informaatiyksiköitä vanhuksille, Italiassa huolehditaan hyvin sairaalasta kotiutettavista, Suomesta esiteltiin yhdistetty kotihoito ja Tanskasta paikalliset hoivakeskukset, joissa yhdistyy asuminen, kotihoito, kuntoutus, päivätoiminta ja dementiahoito.

Vakava väkivalta perheissä on Euroopassa valitettavan totta. Lastensuojelutyöhön on haettu uutta menetelmää Belgia, Luxemburgin ja Ranskan raja-alueilla yhdessä julkisten ja yksityisten organisaatioiden kesken. Siinä toimitaan kansallisten ja muiden rajojen yli ja pyritään löytämään vanhempien kasvatusedellytyksiä vahvistava toimintamalli ja yhdistämään tieteellinen tutkimus käytännön kehittämistyöhön ja tiedonvälitykseen. Hankkeessa on kohdattu erilaisia kulttuurisia käsityksiä ja eroja ja siksi sen anti esimerkiksi monikulttuuriseen lastensuojelutyöhön voisi olla merkittävä. Koska tavoitteena oli ammatillisen käytännön sisältöjen parantaminen, voisi palvelumallia toteuttaa monenlaisia rakenteissa.

Trenton provinssissa Italiassa on rakentanut uuden alueellisen strategian, joka suuntautuu perheiden vahvistamisen ja hyvän perhe-elämän toimintaedellytyksiin. Maakunnasta halutaan luoda perheystävällinen alue, jonka avulla kenties onnistutaan muuttamaan väestökehitys lapsivoittoisemmaksi. Perinteinen sektorikohtainen toimintatapa on hylätty ja mukaan on otettu alueen julkiset ja vapaaehtoiset toimijat. Organisaatio luodaan ihmisten elämän kokonaisuudesta nousevien tarpeiden ja päämäärien mukaiseksi. Esityksessä korostettiin, etteivät terveyspalvelut ole erillinen sektori vaan nekin ovat osaltaan tukemassa perheiden elämää ja toimintakykyä. Torinossa puolestaan kutsutaan yhdistettyjä sosiaalipalveluja ja niihin liittyviä terveyspalveluja "sosio-sanitaarisiksi" palveluiksi, joita järjestetään vammaisille lapsille ja aikuisille, vanhuksille ja erityisen tuen tarpeessa oleville lapsille. Kotipalvelusta on tullut laajin yksittäinen palvelumuoto ja naapureiden liittäminen vanhustenhuoltoon vapaaehtoisena "kasvattivanhustoimintana" on siihen liittyvä innovaatio. Myös Torinossa asiakkaiden osallistuminen ja valinnanmahdollisuuksien lisääminen ja perheen kanssa tehtävä yhteistyö ovat ajankohtaisia.

Saksassa perinteisesti palvelut, jotka edistävät vammaisten ihmisten sosiaalista osallisuutta, tuotetaan vain poikkeustapauksissa julkisen toimesta. Tavoitteena on kuitenkin päästä perinteisestä hoivasta irti kohti vammaisten itsemääräämisoikeutta. "Yksilöllinen budjetti" on nykyään toteutumassa malliprojektina. Nyt kysyntä vaikuttaa palveluihin ja niiden suuntaamiseen entistä enemmän. Asiakkaat ovat avainasemassa ja palvelujen tuottajien ja sosiaalishallinnon välisen sopimuksen merkitys vähenee. Vammaisen henkilöiden palvelujen monimuotoisuutta halutaan edistää ja vaihtoehtona ei ole muu kuin yksilökohtainen palvelu ja palvelusuunnitelma. Kaavamainen avustusten myöntäminen on loppumassa ja yksilöllisellä budjetilla vammaisen henkilö hankkii tarvitsemansa palvelut.

Hollannin uusi sosiaalipalvelujen lainsäädäntö suuntaa kohti osallisuutta, yksilövastuuta ja uudenlaista yhteisöllisyyttä. Kantavana ajatuksena on kuntien entistä vapaammat mahdollisuudet päättää palvelutarjonnastaan vammaisten, pitkäaikaissairaiden ja geriatria sairauksia sairastavien kuntalaisten osalta. Sosiaalipalvelujen sijaan kuntalaiset voivat tulevaisuudessa valita nk. henkilökohtaisen budjetin. Sen tarkoituksena on aktivoida yksilö ja hänen lähiyhteisönsä. Kunta vastaa kriteereistä, joiden perusteella budjetin suuruus määräytyy. Lailla halutaan korostaa yhteisöllisyyttä ja niitä mahdollisuuksia, joita kansalaisyhteiskunta tarjoaa. Myös vapaaehtoistyön merkitys korostuu.

Iso yhteinen kysymys kaiken yksilöllistymisen ja markkinoistumisen keskellä kuuluu, miten pystymme vaikuttamaan yhteiskunnan asenneilmapiiriin ja motivoimaan kuntalaisia entistä yhteisöllisempään elämäntapaan ja osallisuuteen hyvinvointivaltion toiminnassa. Meneillään olevat väestö- ja muut muutokset haastavat sosiaali- ja terveystalouden tuottajat ja paikallisen hyvinvointipolitiikan tekijät ja päättäjät. Asiantunteva loppupaneeli pyrki löytämään vastausta kaikkia maita yhdistävään kasvavien tarpeiden ja rajallisten resurssien ristiriitaan, mutta vastausta ei saatu. Omassa tulevaisuusvisiossaan valtiosihteeri Leila Koistiainen asetti tavoitteeksi yhteisen eurooppalaisen ymmärryksen ja toimintastrategian sosiaali- ja terveystaloukselle, kuitenkin pienin askelin edeten eikä kerralla harpaten.

Vaikka oma hyvinvointimallimme on erinomainen ja kelpaa malliksi muillekin, emme enää voi toimia yksin. Paikallisen tason kehittämistyössä sekä yleiset linjaukset, tavoitteet että keinot vaikuttavat olevan hyvin samanlaisia kaikissa maissa. Yhteinen eurooppalainen tulevaisuus vaatii sosiaalialan johtoa ja sen muita ammattilaisia mukaan kertomaan ja välittämään omia kokemuksiamme, oppimaan muiden työkäytännöistä, vertailemaan ja verkostoutumaan. Ensi kesänä siihen on hyvä mahdollisuus Berliinissä, jossa ESN:n seuraava konferenssi järjestetään:

**Opportunity for All: the challenge for social services and health in a diverse Europe.**

Berlin 18 -20 June 2007 German Presidency of the European Union

### 3. Nordic Day : Uusi Tanska – paikallishallinnon uudistus

#### **Faktaruutu Tanskassa 5,3 milj asukasta**

2006	13 maakuntaa	2007	5 aluetta
	271 kuntaa		98 kuntaa
	km. 16 000 asukasta		km. 58 000 asukasta
	mediaani 10 200 asukasta		mediaani 43 000 asukasta
	16 kunnassa alle 5000 asukasta		7 kunnalla yhteistyösopimus < 20 000 asukasta

Tanska ei ole entisellään. Uusi Tanska on synnytetty vauhdilla ja 1. tammikuuta 2007 yhdistyy 271 kuntaa 98 kunnaksi, 13 maakuntaa lakkautetaan kokonaan ja tilalle muodostuu viisi uutta aluetta. Kunnat saavat päävastuun kaikista muista kansalaisiin suuntautuneista palveluista paitsi sairaalatoimesta, josta vastaavat uudet alueet. Vuosi 2006 on muutoksen ja myllerryksen vuosi, jolloin mm. vanhojen ja uusien kuntien valtuustot toimivat samanaikaisesti.

Tanskan kartta ja sen alueelliset painopisteet muuttuvat huomattavasti. Suuret kunnat ovatkin syntyneet Kööpenhaminan ulkopuolelle ja uudessa kartassa Kööpenhaminan lähiympäristö muodostuu suhteellisen pienistä kunnista.

#### **Muutoksen tausta ja tavoitteet**

Muutoksen takana ovat olleet yleiset tendenssit ja hyvin samankaltaiset kysymyksenasettelut kuin muissakin Pohjoismaissa. Hajauttaminen ei ole enää muodissa ja erikoistuminen on ongelmallista pienissä maissa. Tanskassakin väitettiin, ettei julkinen järjestelmä toimi tehokkaasti. Sairaaloiden väliset vastuut ja hallinnonrajat olivat epäselvät, kuntien ja maakuntien välinen vastuunjakoa harmaata vyöhykettä jne. ja siksi kolme hallinnon tasoa oli liikaa. On myös korostettava poliittinen näkökulma. Tanskassa oli uusi parlamentaarinen tilanne ja porvarillinen hallitus halusi näyttää uudistusvoimansa. Tulevaisuusnäkökulma oli keskeinen ja julkisen sektorin uudistaminen välttämättömyys taloudellisen ja ammatillisen kantokyvyn turvaamiseksi. Julkisen sektorin työnjaon tehostamiseksi keskittäminen kuntiin on valittu Tanskassa ratkaisuksi.

Tanskassa sairaalarakenne esti hallituksen mielestä kansalaisten vapaan valinnan toteutumisen ja ylläpiti jonoja. Myöskään erikoistuminen ei ollut onnistunut vanhassa rakenteessa. Pienillä kunnilla on ollut vaikeuksia toteuttaa lainmukaisia palveluja kunnille. Saumattomat hoitoketjut eivät myöskään onnistuneet. Kunnat olivat kuitenkin liian pieniä hoitamaan kaikkia entisiä maakuntien tehtäviä.

Tavoitteena on ollut selkeä vastuunjako ja läheisyysperiaate palveluissa – tämä korvaa aikaisemman ammatillisen ja taloudellisen kantokyvyn periaatteen, siinä ajattelussa maakunnilla on ollut paljon tehtäviä erityisosaamista vaativissa erityispalveluissa.

*Uudistuksen voi tulkita vahvaksi julkisen hallinnon kunnallistamiseksi*, koska kuntien vastuulle on haluttu koota koko sosiaaliala, erityisopetus, suunnittelutehtävät, ympäristö ja monin osin terveydenhuolto – ja osittain myös työmarkkinakysymykset.

Uudistus on ollut ”vapaaehtoinen” – lainsäädännöllä annetaan vain puitteet. Keskushallinto ei ole sekaantunut eikä ole mennyt pakottamaan kuntien yhdistymistä, vain 20 000 asukkaan minimivaatimus on täytettävä. Uudistusprosessin demokraattisuudesta voi olla montaa mieltä. Kiistanalaisissa kuntaliitymissä asukkaita on kuitenkin kuultu, mutta pääosin kunnat ovat kilpailleet päästääkseen yhteen.

### **Nopea prosessi**

Rakennekomissio toimi lokakuusta 2002 tammikuuhun 2004 koostuen virkamiehistä ja tutkijoista. Hallitukselta valmistui poliittinen neuvottelupohja huhtikuussa 2004. Porvarillinen hallitus (Venstre ja Konservative) ja sen tukipuolue (Dansk Folkeparti) tekivät sopimuksen kesäkuussa 2004. Tanskan suuri kuntapuolue (Socialdemokraterna) ja keskustaan kuuluva pienipuolue (Radikale Venstre) eivät ole hyväksyneet mm. priorisointia alueiden rahoituksessa ja tehtävissä, mutta puoltavat sinänsä rakenteellisia muutoksia. Ainutlaatuista tanskalaisittain on, että näin suuri uudistus toteutuu ilman koko parlamentaarista tukea! Joulukuussa 2004 annettiin kansankäräjille lakiehdotus ja kesäkuussa 2005 laki hyväksyttiin ja näin tehtävät ja rakenne oli saatu paikallaan. Kunnallisvaalit pidettiin marraskuussa 2005, jolloin valittiin kunnanvaltuustot sekä vanhoihin että uusiin kuntiin. Uudistus tulee voimaan 1.1.2007. Vuosi 2006 on suuren muutoksen vuosi, joka koskee 400 000 työntekijää ja 4500 poliitikkoa.

Valtion tasolta on ainoastaan annettu lainsäädäntö ja uusi tehtäväjako, sekä vaatimus vähintään 20 000 ihmisen väestöpohjasta. Muuta premissiä valtio ei asettanut kuin että kuntien on tultava suuremmiksi. Vapaaehtoisuus on toiminut paria poikkeusta lukuun ottamatta. Suurten kuntien muodostaminen on käynyt todella nopeasti. Kunnat hyväksyivät rakennemuutoksen, koska saivat vaatimuksensa mukaisesti kaikki hyvinvointitehtävät.

Puitelaki jättää väljyyttä, joka näyttää merkitsevän uudenlaista harmaata vyöhykettä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välille - vaikka tarkoitus oli nimenomaan selkeyttää tilanne. Uudistuksen toteuttamisvastuu on jäänyt täysin uusille kunnille. Kuntaliitto on perustanut rakennesihteeristön neuvontapalveluihin.

### **Rakenne- tehtävät – rahoitus**

Alueet eivät ole entisenlaisia maakuntia eikä niillä ole verotusoikeutta. Valtio rahoittaa alueita kiinteällä summalla. Alueilla ei ole mitään itsenäisiä tulolähteitä, eikä tulojen siirtäminen tehtäväalueiden välillä ole mahdollista. Alueilla ei ole muitakaan vapauksia vaan talous on sidottu pääosin ensisijaisesti sairaalatoimintaan ja sairausvakuutuksen hoitoon. Lisäksi alueilla on joitakin

alueen yleisiä kehittämistehtäviä ja joidenkin sosiaalialan laitosten ylläpito. Maakunnat tehtävineen lakkautetaan täysin. Uusien alueiden ensisijainen tehtävä on siis terveydenhuolto (sairaalatoiminta ja sairausvakuutus), joidenkin erityisosaamista vaativien sosiaalialan laitosten ylläpito ja aluekehityssuunnitelmat.

Kunnat vastaavat osaltaan vuodeosastohoidon kustannuksista. Ylläpitäen ennaltaehkäisevään toimintaan on rakennettu kuntien korkeat rahoitusosuudet (yleissairaanhoidossa 4000 DKK :n katto ja 43% 1-2 vrk:n hoitajaksoista). Tavallista korkeammat taksat psykiatrisessa sairaalapaikoissa on ajateltu johtavan omien kunnallisten palvelujen kehittämiseen. Kunnilla on myös osarahoitusvastuu (10% yleislääkärien perusmaksuista) sairausvakuutuksessa.

Aivan keskeisintä terveydenhuollossa on kuntien tehtävä siirtää painopiste ehkäisyyn. Ehkäisevän terveydenhuollon lisäksi kunnat vastaavat avohuollon kuntoutuksesta ja alkoholi- ja päihdeongelmien hoidosta. Kunnissa voi toimia itsenäinen terveystoimikunta.

Uudet kunnat saavat suuremman vastuun työmarkkinoista, terveydenhoidosta, ympäristöstä ja suunnittelusta, sosiaalitoimesta, erityisopetuksesta, teistä ja liikenteestä. Kuntien tulee muodostaa yksi sisäänkäynti kaikkiin julkisiin palveluihin. Käytännössä tämä merkitsee uudenlaisia yhteispalvelupisteitä. Kunnat voivat perustaa kansalaiskeskuksia ja niiden tulee palvella kuntalaisia myös muiden viranomaisten asioissa mm. verotuksessa, passi- ja ajokorttiasioissa.

### **Sosiaalialan tehtävät**

Kuntauudistus merkitsee sosiaalitoimen laajaa muutosta. Alueille tulee valvontavelvollisuus, ja siihen sisältyy myös sellaisten tehtävien hoito jota kunnat eivät ota hoitaakseen. Käytännössä se merkitsee n. 20% vanhojen maakuntien tehtävistä. Alueiden velvollisuudet sovitaan vuosittain alueen kuntien ja alueen välillä. Tämä puitesopimus perustuu kuntien arvioon tarpeista. Tehtäväjaosta ei ole laissa määräyksiä, vaan alueiden erilaistuvat profiilit muodostuvat kuntien mukaan. Alueet (Danske Regioner) ovat uudistusprosessin alusta alkaen ilmaisseet huolensa kaikkein haavoittuimmassa asemassa olevien väestöryhmien puolesta. Kysymys kuuluu, pystyvätkö kunnat turvaamaan erityistä erityisosaamista vaativat vammaisten palvelut? Jäivätkö nämä palvelut poliittisessa päätöksenteossa vahvempien ryhmien jalkoihin? Samassa yhteydessään päätetään mm. vanhusten hoitokodeista ja muista palveluista.

Sosiaalisektorille uudistus on todella merkittävä. 80% vanhojen maakuntien hoitamista tehtävistä siirtyy kunnille ja kunnille tulee täysi vastuu tehdä oikeita päätöksiä ja tuottaa tarvittavat palvelut. Kunnat vastaavat kokonaan sosiaalitoimesta. Kuntiin keskitetään sekä viranomais- järjestämis- että rahoitusvastuu. Määrällisesti keskeisenä haasteena on vanhustenhuollon saumaton kokonaisuus. Erityisosaamista vaativien palvelujen tueksi muodostetaan valtiollinen tieto- ja neuvontajärjestelmä. Aivan kaikkein kalleimpia toimintoja varten on mahdollista saada korvausta valtiolta, jotta kuntia suojattaisiin kalleimmilta yksittäistapauksilta.

Työllistäminen jatkuu kaksinaapaisena viranomaistehtävänä, mutta kymmenen pilottia käynnistyy täydestä kunnan vastuulla toimivasta työllistamisestä. Jäljelle jää vain valtion alueelliset valvontaelimet. Mutta paikalliset työkeskukset yhdessä työnvälityksen kanssa muodostavat yhden väljän kansalaisia ja yrityksiä varten. Työkeskukset eivät huolehdi korvausten maksuista työttömille vain neuvonnasta.

### **Haasteet**

Yhdentyminen merkitsee uutta poliittista ja hallinnollista organisaatiota, uutta johtoa mutta vanhoja työntekijöitä. Syntyy uudenlaista palvelutasojatellua ja uudenlaista talousajattelua. Pitää tehdä

paljon uusia ja purkaa vanhoja sopimuksia ja kontakteja jne. Syntyy uudenlaista politiikkaa uusilla alueilla. Hallintoon on odotettavissa uudenlaista henkilöstöpolitiikkaa. Seuraa paljon muuttoja.

Kuntien poliittinen painoarvo kasvaa huomattavasti. Henkilöstölle on annettu takuu työn jatkumisesta, mutta jo nyt on lähitulevaisuudessa nähtävissä ikäjakautumasta johtuen rekrytointiongelmia eläkkeelle siirtymisten johdosta.

Virallisesti uudistus toteutetaan kustannusneutraalista, mutta todellisuudessa voi vain arvailla kuntien vastuulle tulevaa esim. yhtenäisen it - infrastruktuurin rakentamisen kustannuksia. Jo nyt on ollut havaittavissa sen alan konsulttifirmojen kasvava kysyntä. Mutta visiona ovat säästöt tehokkuuden ja investointien ansiosta jo aivan muutaman vuoden kuluessa. Optimistista, kyllä. Realistista, tuskin.

#### **4. Ikääntyvä työvoima - ikäjohtaminen**

Työvoiman ikääntyminen tulee olemaan vakava haaste Euroopassa työvoimapulan vuoksi sekä siksi, että eliniän pitenemisen vuoksi hyvinvointipalvelujen käyttäjiä tulee olemaan paljon. EU:n tavoitteena on nostaa ikääntyvien työllisyyttä ja siinä tarkoituksessa kehittää joustoa työaikaan, parantaa terveyttä ja turvallisuutta sekä kehittää elinikäistä oppimista. Teemaa tarkasteltiin konferenssissa eri näkökulmista. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions –organisaatiolla on runsaasti tutkimus- ym. aineistoa tähän asia-alueeseen liittyen: [www.eurofound.eu.int](http://www.eurofound.eu.int)

Ikäjohtaminen ja sen kehittäminen on olennainen osa ikääntyvän työvoiman työssä pysyttämisessä. Haasteena on, kuinka kehittää iäkkäitten työntekijöiden taitoja ja työkelpoisuutta samalla ylläpitäen tässä iässä terveyttä, motivaatiota ja kapasiteettia. Toimia tarvitaan ikääntyvien työntekijöiden diskriminaation ja kielteisten stereotyyppien poistamiseksi. Ennen kaikkea työolosuhteiden ja työllistymismahdollisuuksien täytyy olla tarkoituksenmukaiset työvoimalle, jossa on monenikäisiä.

Foundation on 1990 –luvun puolivälistä tutkinut ikäjohtamisen esteitä ja mahdollisuuksia yrityksissä. Yli 150 hyvät käytännöt –tutkimusta on tehty ja dokumentoitu kattaen julkisen ja yksityisen sektorin sekä pieniä, keskisuuria ja suuria yrityksiä. Nämä tutkimukset valaisevat hyviä käytäntöjä suhteessa sellaisiin tekijöihin kuin rekrytointi, koulutus ja kehittäminen, joustava työskentely, terveys ja ergonomia. Foundation on jatkanut näistä analysoiden aloitteiden vaikutuksia asenteisiin, työvoimaan yleensä ja yrityksen politiikkaan. Tutkimus on ulotettu uusiin jäsenvaltioihin, joissa ikääntyneiden työntekijöiden työllisyystilanne on erilainen jokaisessa maassa, mutta missä työllisyysluvut ovat myös suhteellisen alhaiset ja keskimääräinen työstä lähtemisikä on samanlainen kuin muissa jäsenvaltioissa. Hyvien käytäntöjen tutkimus on ollut laajentumassa viiteen uuteen jäsenvaltioon sekä Bulgarian ja Romaniaan.

#### **Löydökset toimenpiteistä**

Hyvä ikäjohtamiskäytäntö vaatii erityiset toimenpiteet taistellessaan ikäesteitä vastaan ja edistäessään ikään liittyvän moninaisuuden huomioon ottamista.

Tällaiset toimenpiteet saattavat kuitenkin olla olemassa rinnakkain vanhempien työntekijöiden työmahdollisuuksia rajoittavien toimenpiteiden kanssa.

Monet yritykset, erityisesti suuret, valitsevat laajan lähestymistavan: esim. joustava työaika yhdessä terveydenhoitoon liittyvien toimenpiteiden kanssa.

Useimmat aloitteet jotka ovat vanhempien työntekijöiden hyödyksi, on otettu käyttöön suhteellisen alhaisin kustannuksin.

Yhtenäinen ja laaja, aktiivisen ikäjohtamisen henkilöstöpolitiikka ei ole yleinen. Toimenpiteet suuntaavat sekä kohti ehkäisyä – esim. terveys, koulutus, ergonomia tai työelämän tasapaino – että kohti korjaavaa toimintaa menetettyjen mahdollisuuksien osalta. Uusissa jäsenvaltioissa, Bulgariassa ja Romaniassa, on vähemmän priorisoitu aktiivisen ikääntymisen edistämistä sekä vanhempien työntekijöiden työsuhteiden lisäämistä erityisesti naisten osalta ja niiden osalta, joilla on heikko työtaito.

### **Löydökset onnistumisista**

Työntekijöiden osallistuminen muutosprosessiin oli usein tärkeämpi tekijä myönteisenä lopputuloksena kuin itse aloite.

Onnistuneet esimerkit liittyivät usein eri-ikäisten tiimeihin, joissa yhdistyy eri ikäryhmien taitohyödyt.

Päämäärätietoiset aloitteet vanhempien työntekijöiden terveyden ja taitojen kohentamiseksi ovat osoittautuneet hyödyllisemmiksi työntekijöille kuin se, ettei ole tarpeellinen tai että eläköityy varhain.

Onnistumiset eivät johdu vain ylimmän johdon sitoutumisesta vaan myös esimiesten ja työnjohtajien koulutuksesta, työntekijöiden edustajien osallistumisesta ja koko yritykseen ulottuvista ikätietoisista kampanjoista.

### **Hyötyjä yritysten kannalta**

Yritysten päähyödyt liittyvät taloudellisiin tekijöihin, tuottavuuteen ja työvoiman saantiin

Hyvien käytäntöjen kehittämisen ja toteuttamisen käynnistävä tekijä on yleensä yritysten puhtaat liiketaloudelliset tarpeet eikä niinkään julkisen politiikan tai ikätietoisien kampanjoinnin paineet.

Erityistaitoja omaavien työntekijöiden rekrytointi ja pitäminen yhtiössä on avainstrategia – monet firmat ovat identifioineet arvoksi vanhempien työntekijöiden erityistaidot tai laajemmat yleiset pätevyudet tai kokemuksen.

Monella liike-elämän alueella asiakaskunnan ikääntyminen on johtanut siihen, että vanhempien työntekijöiden on ollut välttämätöntä ruveta sovittamaan yhteen asiakkaiden mieltymyksiä ja odotuksia sekä liiketoimintaa.

Julkisen politiikan tai taloudellisten tukien muutoksilla on ollut vaikutusta yhtiön käytäntöihin – esim. lakisääteisen eläkeiän tai eläkelakien muutoksilla.

### **Hyötyjä työntekijöille**

Case – tutkimusten ydin vanhempien työntekijöiden kohentuneeseen hyvinvointiin, positiivisempaan suhtautumiseen työhön sekä lisääntyneeseen työkelvopisuuteen.

Kaikkiin työntekijöihin on positiivinen vaikutus sillä, mitä tulee sukupolvien sisäisiin suhteisiin sekä vanhempia kolleegoita koskevaan tietoon ja heihin suhtautumiseen.

Vanhempien työntekijöiden huomattiin olevan avoimia uusille mahdollisuuksille oppia ja kehittyä.

Kattavan lähestymistavan hyvälle käytännölle on luonteenomaista se, että keskipisteessä on koko työelämä ja kaikki ikäryhmät, eivät ainoastaan vanhemmat työntekijät.

Jotkut aloitteet suuntasivat vanhempia työntekijöitä henkilökohtaiseen kehittymiseen, säätöihin työohjelmissa, terveydentilan selvittämiseen tai lisäpätevöitymisen mahdollisuuksiin.

### **Miten eteenpäin?**

Äskettäiset muutokset julkisissa politiikoissa ja kehittämistoiminnoissa, kuten ei-diskriminoiva lainsäädäntö, johtavat osaltaan jollakin tavalla kohti ikääntyvän työvoiman haasteita ja mahdollisuuksia. Toimintaohjelmaan vanhempien työntekijöiden työllisyyden parantamiseksi kuuluvat hallituksen politiikat eri tasoilla, yhteiskunnalliset kumppanit ja sosiaalinen dialogi sekä yritykset ja vanhemmat työntekijät itse.

Foundationin tutkimus ja case –tutkimusten tietokanta tarjoaa ajantasaisen ideoiden, aloitteiden ja kannustusten lähteen vastata työpaikoilla paremman ikäjohtamisen vaatimuksiin. Tulevaisuudessa tämän laajuus on sellainen, että pystytään lisäämään tietoisuuden, sitoutumisen ja aktivoivan muutoksen tasoa kaikissa organisaatioissa, erityisesti uusissa jäsenvaltioissa. Poliittisella tasolla muutosten varhaisessa työstä lähtemisen ja eläkkeelle siirtymisen politiikoissa tulee liittyä ikääntyvään työvoimaan investointiin.

Futher information:

Age management in companies in Europe, Teresa Renehan at [ter@eurofound.eu.int](mailto:ter@eurofound.eu.int)

EWCO topic report: Ageing and work in Europe

(<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0483EN.pdf>)

## 5. Vanhusten asumispalvelujen laatuprojekti E-Qalin

Itävaltalaisen asumispalveluorganisaation Häuser zum Leben edustajat esittelivät Leonardo da Vinci-ohjelmaan kuuluvaa pilottiprojektia, jossa kehitettiin ja sovellettiin vanhusten asumispalvelujen laatujohtamista. Projektin kesto on lokakuusta 2004 syyskuuhun 2007. Projektin koordinaatiosta vastasi IBG – Institut für Bildung im Gesundheitsdienst. Projekti toteutettiin yhteensä seitsemässä maassa, 29 pilottiyksikössä. Hanketta esittelivät konferenssissa wieniläiset Eva Bader, Peter Lintner ja Johannes Wallner.

Projektin keskeinen fokus oli laatujohtamisen tarkastelu asukkaiden ja heidän yksilöllisten tarpeidensa näkökulmasta. Tavoitteena oli myös yhdenmukaistaa laatua ja laatuikäntäntöjä maakuntien ja maiden välillä, ottaa laatu yhdeksi tulevaisuuden rahoituksen edellytykseksi, tehdä toimintaa ja tuloksia läpinäkyviksi sekä vahvistaa laatuorientaatiota myös resurssien ja henkilöstön suuntaan. Malli jäsentyy kahteen kokonaisuuteen: rakenteen ja prosessien laatu ja tulosten laatu.

Edellä kuvatut pääalueet on jaettu alaasioiksi ja laatuksiteereiksi, joita koskevat yksityiskohdat on koottu laatumanuaaliin, joiden pohjalla työpaikkojen tiimit voivat kehittää omaa työyhteisöään tai luoda niistä poikkeaviakin käytäntöjä.

En ryhdy tässä raportoimaan menetelmää yleensä, koska tietoa siitä saa kotisivuilta: [www.e-qalin.net](http://www.e-qalin.net)

Esitys oli selkeä ja kuvasi hyvin laatu-menetelmän sisältöä ja soveltamista. Asukkaiden osallisuus tuli vahvasti esiin samoin kuin henkilöstön kumppanuus. Eri ammattien välinen dialogi osoittautui myös tärkeäksi. Strategia ja johtamisorganisaatio noudattivat yleisiä strategia- ja johtamisrakenteita. Olennaista oli niiden hyvin systemaattinen soveltaminen, saatujen tulosten vieminen käytännön organisaation ja johtamisen parantamistoimenpiteiksi. – Itävallan sosiaaliministeriö yhdessä yhden osavaltion sosiaalishallinnon ja Itävallan Vanhusten palveluasuntojen liiton kanssa on valmistelema ulkoista arviointia menetelmän pohjalla kehittyvistä sertifiointikriteereistä. Niin ikään Vanhusten Palveluasumisyksiköiden Johtajien Eurooppalainen Yhdistys ( The European Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly E.D.E. – tällainen on siis olemassa!) on ottamassa käyttöön kehitetyn mallin ja sillä pohjalla kehittämässä eurooppalaista laatusertifikaattia. Tiedetäänköhän Suomessa näistä suunnitelmista? Onko meiltä ketään mukana tämän yhdistyksen toiminnassa?

Tämän esityksen keskeinen oppi oli mielestäni se, että vanhuspalvelujen laatuksymykset ovat tänä päivänä Euroopan alueella yhteisiä. Vaikka omien lähestymistapojen luominen on tärkeää, on syytä myös olla selvillä jo kokeilluista laatumenetelmistä, jotta voidaan samalla hyödyntää jo olemassa tietoa ja kokemusta. Koska olemme osa eurooppalaista palveluareenaa, on myös tämänlaatuisten menetelmien ja kokemusten vaihto maiden välillä merkityksellistä. Kansainväliset vertailut yleistyvät – siinä prosessissa kannattaa olla mukana, varsinkin jos jo nyt on käynnissä hanke eurooppalaisten laatusertifikaattien aikaan saamiseksi.

## 6. Kotihoidon kehittäminen Torinossa

Torinossa on luotu uusi palvelumalli sosiaalipalveluille ja niihin liittyville terveystalouksille. Kaupunki on jaettu 10 alueeseen ja nykyisin kahteen paikalliseen terveysyksikköön. Hallinnollisesti on yhdistetty sosiaalipalvelut ja niiden yhteistyö terveysyksiköiden kanssa samaan hallintoyksikköön. Sosiaalipalvelujen osalta toiminta kattaa koko väestön lapsista vanhuksiin. Alueiden tehtävänä on suunnitella paikallinen sosiaalipolitiikka, johtaa paikallisia sosiaalipalveluja sekä osallistua suunnitteluun koko kaupungin tasolla.

Sosiaalipalvelut kohtaavat yhä enemmän tarpeita ja vaatimuksia, joissa tarvitaan sekä sosiaalialan että terveydenhuollon osaamista. Näitä yhdistettyjä palveluja kutsutaan ”socio-sanitaariksi” palveluiksi, joita järjestetään vammaisille lapsille ja aikuisille, vanhuksille sekä erilaisen tuen tarpeessa oleville lapsille.

Uuden organisoinnin taustalla oli osin väestömuutos:

Torinossa on 900 000 asukasta

yli 89 000 yli 75-vuotiasta

noin 23 000 vanhusta elää yksin ilman lapsia tai lapset asuvat muualla.

Lisäksi sosiaali- ja terveystalouksilta puuttui yhteinen koordinaatio ja odotusajat sosiaalipalveluihin olivat pidempiä. Palvelujen saamisen kriteerit olivat myös sektoreilla erilaiset.

Vuosien 2000 ja 2005 välillä erilaisten palvelujen käyttö on kasvanut ja määrällisesti suurin palvelu on kotipalvelu. Vuonna 2005 toiseksi laajin toiminnan muoto olikin jo naapureiden liittämisen vanhustenhuoltoon eli ”kasvattivanhustoiminta”, jolla pyritään jatkamaan kotona asumista. Tätä toteutetaan vapaaehtoistyönä. Myös turvapuhelinten määrä on kasvussa. Sen sijaan rahallisen tuen maksaminen hoitajan palkkaamiseen on vähentynyt.

Kolmivuotisen projektin aikana kotihoitoon on annettu resursseja huomattavasti ja tavoitteena on ollut organisoida toiminta kokonaan uudella tavalla. Asetetut tavoitteet ovat mm.

palvelujen saannin kriteereiden yhtenäistäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa  
kotipalvelun toiminnan kehittäminen

kokonaisvaltaisen hoidon ja tuen toteuttaminen yksittäisten palvelujen sijaan

sosiaali- ja terveydenhuolto arvioivat yhdessä asiakkaan tarpeet

asiakaslähtöinen toteutus yksilöllisistä tarpeista

sosiaalisten tarpeiden arvioinnin välineiden kokeilu (edelleen pilotoinnissa)

rekisterin tuottaminen hyväksytyistä palvelujen tuottajista.

Asiakkaan osallistumista palvelujen suunnitteluun lisätään ja heille tuotetaan tietoa heidän oikeuksistaan palveluun ja tietoa erilaisista valinnanmahdollisuuksista palvelujen toteutuksessa. Palvelut suunnitellaan asiakkaan ja hänen perheensä kanssa ja ensisijaisesti tuetaan perhettä

huolehtimaan vanhuksesta, myös taloudellisesti. Lisäksi asiakkaita tuetaan osallistumaan eli tuttu objektista subjektiksi -tavoite.

Muutos vaikuttaa kunnan sosiaalityöntekijöiden tehtäviin, kotipalvelujen tuottajiin ja kansalaisiin sekä heidän läheisverkostoihinsa. Sosiaalityöntekijöiden rooli on ollut muutoksessa vuodesta 2003. Kunnan työntekijät tulevat olemaan enemmän konsultteja ohjaamassa asiakkaita oikeisiin/mahdollisiin palveluihin. Sosiaalityöntekijät kehittävät myös palvelutarpeen arviointitaitojaan sekä osallistuvat palvelujen tuottajien arviointiin. Työ ei vastaa suomalaista sosiaalityötä sisällöltään vaan kyse on lähinnä kotihoidon koordinoinnista ja kehittämisestä. Kaikkiaan projektissa on koulutettu noin 600 sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää uuteen työtapaan, arviointivälineiden hyödyntämiseen ja uuden organisaation toimintaan. Asiakaskohtaisen koordinoinnin ja arvioinnin välineenä käytetään palvelusuunnitelmia.

Tällä hetkellä uusiutumassa oleva järjestelmä toimii niin, että palveluja voi hakea joko sosiaali- tai terveydenhuollosta. Terveydenhuollossa toimii erillinen palvelutarvetta arvioiva yksikkö, joka työskentelee perheen kanssa ja laatii palvelusuunnitelman. Sosiaalitoimi tekee sen jälkeen arvion tilanteesta ja etsii sopivaa palvelutarjontaan. Yhdistetyssäkin ”sosio-sanitaarisessa” työssä vanhuksille perustettiin omat palveluyksiköt, mikä on koettu onnistuneeksi tavaksi viedä muutosta eteenpäin.

Hyvin italialaiskeskeisen keskustelun perusteella samankaltaista kehittämistä tapahtuu eri puolilla maata, osin myös alueellisenä kehittämisenä eikä yhden kunnan hankkeena.

## **7. Teknologia kotona asumisen tukena Skotlannissa**

Kyseessä on alueellinen kehittämishanke Edinburghin ja Glasgowin ympäristön alueella Skotlannissa. Alueella on noin 165 000 asukasta ja väestö on melko nuorta, mutta vanhusten määrä lisääntyy nopeasti. Alue on sekoitus kaupunkimaisuutta ja maaseutua taantuvine elinkeinoineen. Sosiaalitoimen henkilöstöä on n. 1 200.

Asumiseen on panostettu rakentamalla uusia vanhustentaloja, joissa on sekä kotipalvelua että hoitoyksiköitä. Kotona asumisen tukemiseksi noin 3 000 talouteen on tuotu teknisiä apu- ja valvontavälineitä. Tekniikan ylläpitoon ja opastukseen on perustettu oma tiiminsä, mikä kuulostaa todella hyvältä ratkaisulta ja takaa palvelujen toimivuutta. Kotipalvelua uudistetaan henkilökohtaisen hoidon palveluksi. Uusina palveluina on luotu ateriapalvelu ja ostosten jakelupalvelu. Myös henkilöstörakennetta on muutettu niin, että vähemmän koulutettu henkilöstö suorittaa enemmän ns. aputehtäviä.

Asumisen tukeminen on porrastettu niin, että aluksi tuetaan erilaisilla teknisillä ratkaisuilla kotona asumista ja tekniikan tukea voidaan vielä lisätä. Sen jälkeen tulevat erilaiset hoitokodit ja laitoshoidot. Tekniikka ei ole mitenkään uutta vaan koteihin asennetaan esim. turvapuhelimet, savuhälyttimet, lämpöhälyttimet sekä erilaisia liikkumiseen reagoivia sensoreita. Toisessa vaiheessa asumista voidaan turvata mm. erilaisilla seurantalaitteilla sekä automaattisilla muistutuksilla esim. lääkkeistä. Lisäksi voidaan asentaa ulko-ovien videovalvonta, valaistuksen, ovien ja ikkunoiden automaattivalvonta jne. Myös hoitokodeissa voidaan hyödyntää tekniikka, jolla seurataan päivittäisten rutiinien toteutumista ja riittävä poikkeama aiheuttaa hälytyksen. Käytössä on myös telelääketiedettä sekä riskien arviointiin kehitetty ohjelma.

Järjestelmää varten alueella on oma hälytyskeskus. Asiakkaan tilanteesta voidaan myös lähettää tekstiviestejä omaisille, toistaiseksi tilanteen seuranta netin kautta ei ole mahdollista.

Muutoksilla ja tekniikkaa kehittämällä on vähennetty hoitopaikkaa odottavien jono muutamaan asiakkaaseen. Lisäksi hoitokoteihin siirtymistä on voitu myöhentää niin, että keskimääräinen hoitoaika on laskenut kolmesta vuodesta n. 16 kuukauteen. Sairaalahoidossa on vuosittain säästetty noin 3 200 hoitovuorokautta. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään toteutuu yhä useamman vanhuksen kohdalla. Henkilöstö on voinut lisätä taitojaan, muuttaa tehtäviensä sisältöä ja tämä on lisännyt työtyytyväisyyttä.

Hankkeessa on opittu mm. ettei pelkän turvallisuutta lisäävän tekniikan avulla saada aikaan muutosta eikä sillä voida korvata henkilökohtaista palvelua. Sekä asiakkaat että omaiset haluavat erilaisia turvapalveluja. Silti onnistunut käyttöönotto edellyttää niin asiakkaiden kuin henkilöstönkin perehdyttämistä. Lähtökohtana kehittämisessä pitää olla asiakkaan tilanne, ei tarjolla oleva tekniikka.

Jatkossa aiotaan lisätä telelääketieteen hyödyntämistä sekä ”älykkäiden kotien” kehittämistä välineillä, jotka eivät edellytä asiakkailta mitään toimia. Lisäksi halutaan hyödyntää yhä kehittyneempää tekniikka esim. asiakkaan vuorokausirytmien ja toiminnan seurannassa, jotta uhkaaviin ongelmiin ehditään puuttua ajoissa.

Skotlannin esimerkit kotona asumisen tukena käytettävästä tekniikasta saivat miettimään, missä määrin Suomessa todella hyödynnetään tekniikka, jolla voidaan pidentää vanhusten kotona asumisen aikaa. Pysähdytäänkö meillä liian usein turvapuhelimeen ja unohdetaan kehittyneemmät laitteet? Oleellista mielestäni oli myös oman teknisen tiimin muodostaminen eli on henkilöstöä, joka voi opastaa niin asiakkaita kuin kotihoidon henkilöstöäkin laitteiden hankinnassa ja käytössä. Meillä on edelleen paljon kehittämismahdollisuuksia juuri tekniikan hyödyntämisessä vaikka sillä ei henkilökuntaa korvatakaan.

## **8. IT-toimintojen hyödyntäminen kotihoidossa Kärtenissä (Itävalta)**

Alueen kotihoidolla on 5 000 asiakasta ja 1 100 työntekijää. Palvelun tuottajat ovat yksityisiä. Tietotekniikan hyödyntämishanke aloitettiin vuonna 2001, pilotointi alkoi kesäkuussa 2005 ja vuoden 2005 lopussa toimintatapa vakiintui.

IT-hanke toteutettiin yhdessä Telecom Austrian kanssa. Välineinä henkilöstöllä on matkapuhelin ja tasku-PC. Järjestelmällä voidaan seurata sekä asiakkaan luona käytettyä aikaa että annettuja palveluja. Sekä henkilöstöllä että asiakkailta on tunnistamiseen käytettävä kortti, jolla esim. asiakas voi kuitata palvelutapahtuman. Viestit ja raportit siirretään salattuna itse käyttäjärjestelmiin. Julkinen hallinto saa tilastot ja raportit palvelujen tuottajilta anonyymeinä tietoina.

Hankkeessa on huomattu, että ehdoton edellytys onnistumiselle on laitteiden helppokäyttöisyys. Palvelujen tuottajilta on vaadittu siirtymistä sähköiseen tietojen käsittelyyn ja laskutukseen (laskutusjärjestelmät muuttuivat myös) sekä henkilöstön perehdyttämistä uusiin työvälineisiin. Myös teknisten palvelujen tuottajille toiminta on ollut haaste, koska sosiaalitoimeen tuotettavan palvelun käyttöönotto on ollut vähäistä. Julkinen hallinto puolestaan on tehnyt pääsoin suunnitelmat sekä tukenut uuden järjestelmän käyttöönottoa myös taloudellisesti.

Muutoksen hyötynä palveluja hankkiva julkinen hallinto saa tilastotiedot kaikilta palvelujen tuottajilta samassa muodossa. Tilasto- ja tilannetieto on aina ajan tasalla. Tietoa saadaan niin henkilöstöstä, asiakkaista, hoidon määrästä kuin sen laadustakin. Lisäksi esim. käynnin tarkan keston seuranta antaa mahdollisuuden laadunvarmistukseen.

Palvelujen tuottajat puolestaan kokoavat tiedot vain kerran ja suunnittelun pohjatiedot ovat ajan tasalla. Yhteydenpito työntekijöihin on nopeaa. Samat hyödyt näkyvät myös työntekijöille ja lisäksi he kirjaavat asiakasta koskevat tiedot tämän luona. Tunnistamiseen käytettävät kortit ovat oikeusturvan kannalta kaikille osapuolille hyödyksi ja asiakkaan luona käytetty aika voidaan aina todentaa. 90 % työntekijöistä on tyytyväisiä järjestelmään ja pitää dokumentointia sen avulla helppona.

## **9. Monikansallinen hanke organisatoristen ja ammatillisten rajojen ylittämiseksi parempien palvelujen rakentamiseksi haavoittavissa oloissa kasvaville lapsille ja heidän äideilleen**

Konferenssissa esiteltiin EU:n Interreg tuella toteutettu hanke, jossa Belgian, Luxemburgin ja Ranskan raja-alueella toimivat julkiset ja yksityiset organisaatiot kehittivät yhdessä menetelmää sellaisten lasten ja perheiden auttamiseksi, joissa oli vakavaa väkivaltaa tai lapsen kehitystä muutoin vaurioittavaa käyttäytymistä. Hankkeen nimi on Proximam – Lotharingie ( <http://www.proximam.org>).

Hankkeella on useita kysymyksenasetteluja:  
lapsen tilanteen monipuolisen analyysin ja sitä vastaavan vanhempien kasvatusedellytyksiä vahvistavan toimintamallin (coeducation) kehittäminen  
toimintamallin kehittäminen ja soveltaminen yli kansallisten rajojen  
tieteellisen tutkimuksen yhdistäminen käytännön kehittämistyöhön sekä toimintaa koskevaan tiedonvälitykseen.

Koska hanke kattoi sekä julkisia että yksityisiä toimijoita, joten sen avulla luotiin myös uusia yhteistyökäytäntöjä julkisten ja yksityisten lasten ja perheiden palvelujen välille.

Keskeisenä taustatekijänä hankkeelle oli eri toimijoiden yhteinen huoli perheiden sisäisestä väkivallasta ja sen lapsen kehitystä vaurioittavasta merkityksestä. Taustainformaation mukaan noin 8 – 12 % julkisen avun saajaperheistä ( mitä auttamisorganisaatioita tarkasti ottaen tarkoitettiin jäi epäselväksi) kulkee auttamispisteestä toiseen ilman, että lapsen ja vanhempien välisen suhteen lapselle aiheuttamiin ongelmiin puututaan. Asiakkaistossa on perheitä, joissa kasvatuskyvyltään erittäin rajoittuneet vanhemmat ovat kiintyneitä lapsiinsa, mutta vanhempien kasvatuskäytännöt tästä huolimatta vakavasti vaarantavat lapsen kasvua. Hankkeella on käsitykseni mukaan merkittävää relevanssia suomalaisen lastensuojelutyön kannalta. Lapsen kasvua ja kehitystä uhkaavat riskit, jotka johtuvat vanhempien kasvua vaurioittavasta toimintatavasta ovat hyvin tavallisia tilanteita myös meillä.

Hankkeessa jouduttiin tekemisiin myös kulttuuristen käsitysten ja erojen kanssa. Projektin kokemuksista ja löydöksistä olisi siten hyötyä esimerkiksi monikulttuurisessa lastensuojelutyössä.

Äiti-lapsi –kiintymyssuhteen diagnosointia esitteli kliininen psykologi Pierre Manil Walloniasta Belgiasta. Hän totesi ensinnäkin, että mukana olevien maiden viranomaisten auttamiskäytännöissä oli selviä eroja. Ne johtuivat osin kulttuurisista syistä, poliittisista linjauksista ja

toimintaideoista samoin kuin käytettävissä olevista voimavaroista. Tavoitteena oli luoda yhtenäistä määrittelyä (diagnosointia) lasten ja perheiden ongelmien syistä samoin kuin perheissä vallitsevista lasta vaurioittavista kasvatuskäytännöistä ja niiden seurausvaikutuksista.

Yksityiskohtaista diagnosointimetodia ei esittelyssä kuvattu, mutta olennaista alustajan mukaan on se, että kyetään erottamaan vakava ja krooninen lapsen laiminlyönti tietoisesta ja tarkoituksellisesta lasta vahingoittavasta toimintatavasta. Projektin havaintoja oli mm. se meilläkin usein tunnistettu tilanne, että vanhempi – tutkimushankkeessa usein yksinhuoltajaäiti – saattoi verbaalisesti ilmaista vahvaa kiintymystä lapseen ja samalla toimia lapsen kannalta vahingollisella – alustajan mukaan joskus jopa katastrofisella – tavalla. Diagnoosia ei näin ollen voi tehdä pelkästään puheen perusteella, vaan aikuisen tosiasiallisen toimintatavan perusteella.

Hankkeeseen kuului Belgian Walloniassa (Etalle) toimivan mediko-pedagogisen instituutin La Providence toiminnan täydentäminen siten että alkuperäiseen lapset ja ammattilaiset muodostavaan toimintamalliin liitettiin kolmas osapuoli: äidit. Yksikön toimintaa esitteli sen johtaja Marc Ancion.

Yksikkö ottaa vastaan 3 – 18 –vuotiaita lapsia ja nuoria, joilla on vakava häiriö tai lievä kehitysvammaisuus. Toimintamallin keskeinen idea oli rakentaa ”zone of coeducation”, jossa siis äitiä tuettiin työskentelyn kuluessa omaksumaan lapsen kasvua ja kehitystä tukevia kasvatuskäytäntöjä. Samalla suojeltiin lasta vaurioittavilta kokemuksilta.

Toiminta jäsenettiin kolmeen vaiheeseen. Vastaanottovaiheessa pyrittiin luomaan hyväksyvä, myönteisiä kokemuksia sisältävä ilmapiiri. Lapset ja vanhemmat – useimmiten siis yksinhuoltajaäiti – asuivat laitoksen yhteydessä olevassa asunnossa. Toiminnan etenemisessä seurattiin kunkin perheen yksilöllistä rytmiä ja työskentely muutoinkin räätälöitiin lapsen ja vanhemman tilanteen mukaisesti. Toisessa vaiheessa lisättiin vanhemman itsenäisyyttä siten, että hän muutti pois laitoksesta, mutta ammattilaiset jatkoivat edelleen työskentelyä, erityisesti myönteisten kokemusten jatkuvuuden turvaamiseksi lapsen kohdalla. Kolmas vaihe oli lopullinen irtaantuminen kasvatustilanteesta.

Osan myötäkasvattamisen prosessia muodostivat myös muut asiakasperheet ja laitoksen ulkopuoliset instituutiot, kuten koulut ja muut yhteisön toimijat.

Mukana olevien maiden palveluorganisaatiot ovat erilaiset eikä niiden rakennetta tässä ole mahdollista tarkemmin selvittää. Proximam -organisaationyhteistyökumppaneita olivat julkiset paikallistason sosiaalipalvelut sekä provinssitason viranomaiset, mutta käytännön kehittämistyö toteutui pääosin yksityisessä organisaatiossa. Aivan yksityiskohtaista kuvaa en tästä eri toimijoiden yhteistyöstä saanut, mutta julkiset palvelut ainakin ohjasivat perheitä toiminnan piiriin. Lastensuojelun palveluyksiköitä eri maista oli niinkään mukana. Projektin olennainen tavoite oli ammatillisen käytännön sisältöjen parantaminen, joten palvelumallin toteuttaminen on mielestäni mahdollista monenlaisissa rakenteissa.

Tieteellistä tutkimusta ja metodologista asiantuntemusta hankkeessa edusti Paul Verlaine – yliopisto (Metz, Ranska). Yliopistossa on erityinen lapsuuden tutkimusosasto. Pilottivaiheessa mukana oli myös sosiaalipediatrian emeritusprofessori Michel Manciaux Nancy1 Poincaré yliopistosta. Konferenssissa käytännön ja tutkimuksen yhteistyötä esittelivät Catherine Lefebvre Nancyn (Ranska) äitien ja lasten vastaanottoyksiköstä ja Isabelle Marchal Luxemburgissa sijaitsevasta Foyer Sichem’sta. He kertoivat myös projektiin liittyvästä henkilöstön valmennuksesta ja koulutuksesta.

Hankkeeseen on liitetty myös tiedonvälityksen ja kokemusten siirtämisen organisaatio, jonka avulla projektin kokemuksia halutaan siirtää laajemmalla soveltajajoukolle ja ylläpitää näin saatuja kokemuksia projektin jälkeenkkin. Projektin kommunikaatiomalleja esittelivät Metzsin Paul-Verlaine –yliopisto mediatutkimuskeskuksen luennoitsijat Didier Baltazart ja Pierre Morelli.

Projektin valmistelut käynnistyivät vuonna 2003. Kolmen maan alueelle sijoittuvan hankkeen valmistelut veivät aikaa, joten toiminta käynnistyi vasta 2004 - 2005. Kysymyksessä on kolmivuotinen hanke. Kokemusten välittämistä varten organisoidaan kolme seminaari: lokakuussa 2005 Metzissä käsiteltiin lähtökohtaongelmien analyysiä, projektin ”kartografiaa” ja tiedonvälityksen menetelmiä, marraskuussa 2006 on Luxemburgissa projektin väliarviointi ja vuoden 2007 lopussa Walloniassa päätösseminaari. ( En ole selvillä, ovatko kaikki seminaarit puhtaasti ranskankielisiä. Luxemburgin seminaariin tuli jo sähköposti-kutsu.) – Projektin kokonaisuutta koordinoi konsultin nimikkeellä projektia esitellyt Jacques Rihoux.

Mielenkiintoinen hanke, jolla voisi olla hyviä kokemuksia annettavana myös suomalaiseen lastensuojelutyöhön. Erityisesti tällä voisi olla liittymäkohtia varhaisen vuorovaikutuksen hankkeisiin, joissa myös on kysymys vanhempien hoiva- ja kasvatuskäytäntöjen arvioinnista ja vahvistamisesta lapsen kasvua ja kehitystä tukevaan suuntaan.

Kiinnostuneet voivat hankkia lisätietoa projektin kotisivuilta ( [http:// www.proximam.org](http://www.proximam.org)).

## **10. Trenton provinssin (Italia) perheorientoitunut strategia**

Tästä esityksestä vain sen keskeinen orientaatio. Trenton provinssi pohjois-Italiassa on rakentanut uuden alueellisen strategian siten, että keskeinen orientaatio on perheiden vahvistaminen ja toimintaedellytysten luominen hyvälle perhe-elämälle. Strategian otsikko ”Family in Trento” kuvaa pyrkimystä luoda maakunnasta perheystävällinen alue, jonka avulla kenties väestökehityskin saataisiin muuttumaan lapsivoittoisemmaksi. Mukaan on kytketty alueen julkiset ja vapaaehtoiset toimijat. Vanha, sektoripohjainen orientaatio on hylätty ja otettu erilaiset palvelut ja toiminnot integroidusti tukemaan perheitä. Rinnastan tämän hieman elämäntarkoitukselliseen organisaatioon, jossa niin ikään palvelut ja sektorikohtaiset toimenpiteet asetetaan selvästi instrumentin asemaan ja organisaatio luodaan ihmisten elämästä nousevien päämäärien mukaiseksi.

Trenton organisaatiota esittelivät poliittinen ja ammatillinen johto (sosiaalipalvelujen johtaja Luciano Malfer). Maakuntahallinnon johtava poliittinen luottamushenkilö – selkeäpuheinen ja dynaaminen nainen ( nimi on hukunut)– osoitti vahvaa innostusta ja sitoutumista tähän perheorientoituneeseen strategiaan. Ilmiselvästi poliittinen johto oli ollut tässä asiassa erittäin aktiivinen.

Yleisön joukosta esitettiin kysymys, miksi esityksessä ei erikseen puhuttu terveystalv palveluista. Trenton edustajat saivat oivan tilaisuuden vielä korostaa omaa lähestymistapaansa: terveystalv palvelut eivät ole erillinen sektori, vaan niitäkin tarkastellaan suhteessa perheiden elämään ja toimintakykyyn.

Vaikka yksityiskohtia ei tästä esityksestä paljon jäänyt mieleen, teki esittäjien innostus ja vankka sitoutuminen toimintaorientaation radikaaliin muutoksen suuren vaikutuksen. Olisipa mielenkiintoista seurata, miten tämä orientaatio siirtyy käytäntöön ja miten pitkistä prosessista on kysymys.

## 11. Hollannin ”The Social Support Act”

Hollannin ”The Social Support Act” (<http://www.minvws.nl/en/themes/social-support-act/>) suuntaa kohti osallisuutta, yksilövastuuta ja uutta yhteisöllisyyttä

Hollannin sosiaalipalvelujen lainsäädännön uudistuksessa ajatuksena on, että kunnat saavat entistä vapaammat mahdollisuudet päättää palvelutarjonnastaan vammaisten, pitkäaikais- ja geriatrisista sairauksia sairastavien kuntalaisten osalta. Kunnan tarjoamien palvelujen ei tarvitse olla paikallisia, vaan kunnat voivat vanhaan tapaan ostaa esim. erityispalveluja muualta. Sosiaalipalvelujen sijaan kuntalaiset voivat tulevaisuudessa valita palveluja tarvitessaan myös nk. henkilökohtaisen budjetin. Henkilökohtaista budjettia tarjoamalla aktivoidaan yksilöä ja tarjotaan osallisuuden mahdollisuuksia hänen lähiyhteisölleen. Jos kuntalainen valitsee henkilökohtaisen budjetin, kunta itse vastaa niistä kriteereistä, joiden perusteella budjetti määräytyy. Kunnan tekemästä päätöksestä voi valittaa oikeuteen, mutta kun kunta itse on julkisesti ja avoimesti informoinut henkilökohtaisen budjetin määräytymisen kriteereistä, ei muutosta päätökseen ole kovinkaan helppoa saada.

Uuden lain taustalla on ajatus siitä, että yhteiskunnan hyvinvointi on jokaisen asukkaan vastuulla. Lailla halutaan korostaa yhteisöllisyyttä ja siviiliyhteiskunnan mahdollisuuksia. Yhteisöllisyyden korostaminen johtaa myös vapaaehtoistyön merkityksen korostumiseen. Hollannissa uskotaan vapaaehtoistyön käyttämättömiin resursseihin ja siihen, että ne uuden lainsäädännön myötä löytyvät käyttöön lähinnä velvoittamalla kuntia henkilökohtaisesti kutsumaan kuntalaisiaan vapaaehtoistyöhön. Lainsäädännön uudistuksen kannalta pienet kunnat ovat palvelutarjontansa osalta haavoittuvaisia ja niitä tullaan ohjaamaan yhteistyöhön useampien kuntien kanssa.

## 12. Berliini – Sosiaalipalveluiden evoluutio

Berliinissä on 3,4 miljoonaa ihmistä ja se on Saksan suurin kaupunki. Samaan aikaan se on yksi 16 osavaltiosta, jolla on oma parlamentti ja hallitus. Berliini jakautuu 12 alueeseen, joista jokaisella on oma paikallinen aluehallintonsa.

Aluehallinnon johdossa on johtaja sekä 5 poliittisesti valittua jäsentä (aldermen). Aluehallinto on itsenäinen ja riippumaton, mutta rahoituksen ja direktiivien osalta riippuvainen osavaltion hallituksesta ja parlamentista.

Vuonna 2005 Berliinin 12 sosiaalipalveluiden aluetta maksoivat n. 1,3 miljardia euroa sosiaaliturvan kustannuksia, joista 542 miljoonaa euroa kului vammaisten ihmisten integraation tukemiseen, apuvälineisiin ym.

### 1. Vammaisten avustusjärjestelmät Saksassa

#### Lyhyt kuvaus järjestelmästä

Saksan sosiaalilainsäädäntö koostuu 12 kirjasta, nimeltään ”Social Code” (I – XII), joka säätelee etuuksia ja palveluita kaikkien ihmisten osalta, olivatpa he vammaisia tai ei.

Vammaisia tai vammautumisvaarassa olevia koskevat erityislait kirjassa **nro 9** (Vammaisten kuntoutus ja osallisuus), joka on tullut voimaan kesäkuussa 2001. Laki säätelee ja yhteen sovittaa kaiken tyyppisiä palveluita ja etuuksia, jotka koskevat työsuhteita, terveyttä, julkista liikennettä,

kuntoutusta, osallisuutta ja organisaatorakenteita. Monet vammaisten saatavilla olevista taloudellista etuuksista määritellään kirjassa **nro 12** ("Sosiaaliavustukset").

Sopimusasiakirja vammaisten yhdenvertaisista mahdollisuuksista tuli voimaan 1.5.2002, mutta se ei ole osa varsinaista sosiaalilainsäädäntöä. Sen tarkoituksena on toimia työvälineenä syrjinnän kieltämiselle myös muualla kuin sosiaalilainsäädännön piirissä ja auttaa varmistamaan vammaisten ihmisten tasavertaiset oikeudet monilla julkisen ja yksityisen sektorin alueilla ja niiden jokapäiväisen toteutuksen välineenä.

Vastuu etuuksista ja palveluista, jotka määritellään kirjassa nro 12, on paikallisilla viranomaisilla (n. 440 kaupunkia ja aluetta Saksassa). 13:ta 16:sta alueellisesta (poikkeuksena kaupunkiosavaltiot) toimijasta ovat vastuussa etuuksista ja palveluista koskien vammaisia ihmisiä (yksityiskohdat riippuvat alueellisesta lainsäädännöstä).

### **Vammaisten ihmisten etuudet**

Lainmukaisen sopimuksen mukaan (Social Code, kirja 12 SGB XII) oikeus vammaisen henkilön etuuksiin toteutuu taloudellisten avustusten muodossa, joiden suuruus riippuu yksilöllisistä vaatimuksista. Maksujen suuruus noudattaa suoraan sosiaalipalvelujen osaston tarveharkintaa (tulot ja muut taloudelliset olosuhteet).

Yleisesti ottaen palvelut (asuminen, työ, tukitoimet jne....) on tuotettu kolmannen sektorin palvelun tuottajien toimesta. Ne ovat pääosin yksityisten sosiaalialan organisaatioita (ei voittoa tuottavia tai voittoa tuottavia). Erilliset ostopalvelusopimukset tehdään sosiaalishallinnon ja palveluntuottajien kesken käsittäen sisällön, laajuuden, laadun ja hinnan.

Vuosien kuluessa on ollut voimakas trendi sekä hallituksen että yksityisten palveluntuottajien taholta, jotka tuottavat palveluja vammaisille, päästä irti perinteisestä "hoivasta" kohti vammaisten itsemääräämisoikeutta. Yksi esimerkki tästä on ollut Social Code kirja 12 lähtökohtana vuodesta 2004: "yksilöllinen budjetti" jolla vammaisen henkilö on voinut hankkia itsenäisesti palvelujaan. "Yksilöllinen budjetti" on nykyään toteutumassa malliprojektina.

Johtopäätös: Sosiaalipalveluiden henkilöstön toiminnalliset, organisatoriset ja metodiset pätevyyydet ovat aiheena odotusten kasvulle.

Saksassa palvelut, jotka edistävät vammaisten henkilöiden sosiaalista osallisuutta, tuotetaan vain poikkeustapauksissa valtion tai kuntien toimesta. Perinteisesti läheisyyden periaatetta on sovellettu ja prioriteetti on ollut riippumattomilla hyvinvoinnin toimijoilla: jos palvelut tai toiminnot voidaan tuottaa tällä lohkolla, tällöin sosiaalipalvelujen alueet ovat tuottaneet ne samalla tavalla. 1990-luvun puolivälistä lukien tilanne on muuttunut. Seurauksena Sosiaaliturva-asiakirjan (Social Security Act 1996) uudistuksesta, voittoa ja ei-voittoa tuottaville tahoille on myönnetty yleisesti sama asema ja merkitys, joilla on edistetty molempien toimijoiden kompetenssia palveluiden tuottajana.

Sosiaalipalvelujen osastojen rakenteellis-poliittinen tehtävä on muuttunut: palvelujen suora ohjaus on vähentynyt. Nyt kysyntä vaikuttaa palveluihin ja niiden suuntaamiseen aikaisempaa enemmän. Kuvainnollisesti ilmaistuna: Sosiaalipalvelujen osastojen ja palvelujen tuottajien välinen "sopimus" on nyt painottumassa Sosiaalipalvelujen osastojen ja asiakkaan itsensä väliseksi "sopimukseksi".

## **2. Muutokset Saksan sosiaaliturvan hallinnossa**

Näissä olosuhteissa sosiaaliturvan hallinnon tulee lähivuosina "neliöidä ympyrä". Seuraavat tavoitteet tulee saavuttaa:

Taata itsemääräämisoikeus ja sosiaalinen osallisuus vammaisille asiakkaille tasavertaisina kansalaisina; Edistää palvelujen tuottajien pätevyyttä, vahvistaa itsekontrollin mekanismeja ja tätä kautta aktiivisesti tukea ”kysynnän voimaa” osana vammaisen henkilön kasvavaa palvelujen monimuotoisuutta. Taittaa samalla sosiaaliturvan kulujen kasvua.

Berliinin kaupunki on analysoinut tätä välttämätöntä sopeuttamista sosiaalishallinnon modernisaation osaprojektina ja tullut seuraavaan johtopäätökseen:  
” Ei ole olemassa muuta vaihtoehtoa kuin yksilökohtainen palvelu ja yksilökohtainen palvelusuunnitelma!”

### **3. Case managementin Berliinin malli**

#### **a) Lähtökohta**

Berliinin sosiaaliturvan hallinto oli perinteinen normiorientoitunut linjaorganisaatio hakemusten käsittely- ja päätöksentekotapoineen, kun yksilökohtaisesta palvelusta alettiin puhua. Sosiaalipalveluiden hakemukset ja käsittely sekä päätöksenteko perustuivat asiantuntijoiden mielipiteisiin ja kommentteihin ja hakemuksen sisältöön – usein hakemukset oli täytetty palvelun tuottajien toimesta – olemassa oleviin asiakirjoihin perustuen. Vammaista itseään, hänen perhettään ja omaisiaan sekä palvelun tuottajia otettiin vastaan vain poikkeustapauksissa. Palvelujen kustannusten osalta keskityttiin normeihin, mutta ei tarkasteltu niitä saavutettujen tulosten ja vaikutusten näkökulmasta.

Käytännössä palvelujen tuottajien vaikutus, johtuen heidän korkeammasta erikoistumisestaan ja menetelmällisestä pätevydestään, oli erittäin suuri sosiaalishallinnon päätöksentekoprosessissa.

#### **b) Yksilökohtainen palvelumalli 2006 lukien**

##### **Yksilökohtaisen palvelumallin tavoite**

2006 vuoden alusta lukien Berliinin yleiset sosiaalipalvelut alkoivat soveltaa yksilökohtaista palvelumallia vammaisten etuiksi myöntäessään. Tämä tarkoitti sitä, että samanaikaisesti laadukkaiden laillisuustavoitteiden kanssa piti hallinnollisen prosessin kustannustietoisuus säilyttää ja toteuttaa johdonmukaisesti ”Berliinin mallia” palvelujen ja niiden kustannusten hallinnan osalta.

Peruseriaate tulevaisuuden yksilökohtaisessa mallissa oli sen johtaminen uuteen, ihmislähtöiseen työtapaan koko sosiaaliosastolla, joka perustui yhtenäiseen malliin. Tavoite oli saada asiakas aktiivisesti mukaan laatimaan omaa palvelusuunnitelmaansa ja mahdollistamaan hänen normaali, itsenäinen elämänsä omalla vastuullansa, niin pitkälle kuin mahdollista.

Kuitenkaan yksilökohtainen työtapa ei voinut olla riippumaton taloudellisista olosuhteista. Tuleva yksilökohtainen työtapa joutui tasapainoilemaan yksilöllisten toiveiden, tarpeiden ja puutteiden sekä taloudellisten rajojen välillä. Laillisuutta kuitenkin noudatettiin. Näin ollen palveluohjaajalla oli keskeinen rooli ja päätöksentekokyky tukiessaan vammaisen integraatiota.

Vammaisen henkilön palveluohjaajan rooli edellytti seuraavia asioita:

Suhteen luomista ja ylläpitämistä

Ohjata ja tukea vammaista ihmistä sekä hyväksyä hänet omien asioidensa eksperttinä ja asiantuntijana

Kannustaa häntä näkemään tavoitteita, tarpeita, toiveita ja kehittymisen mahdollisuuksia

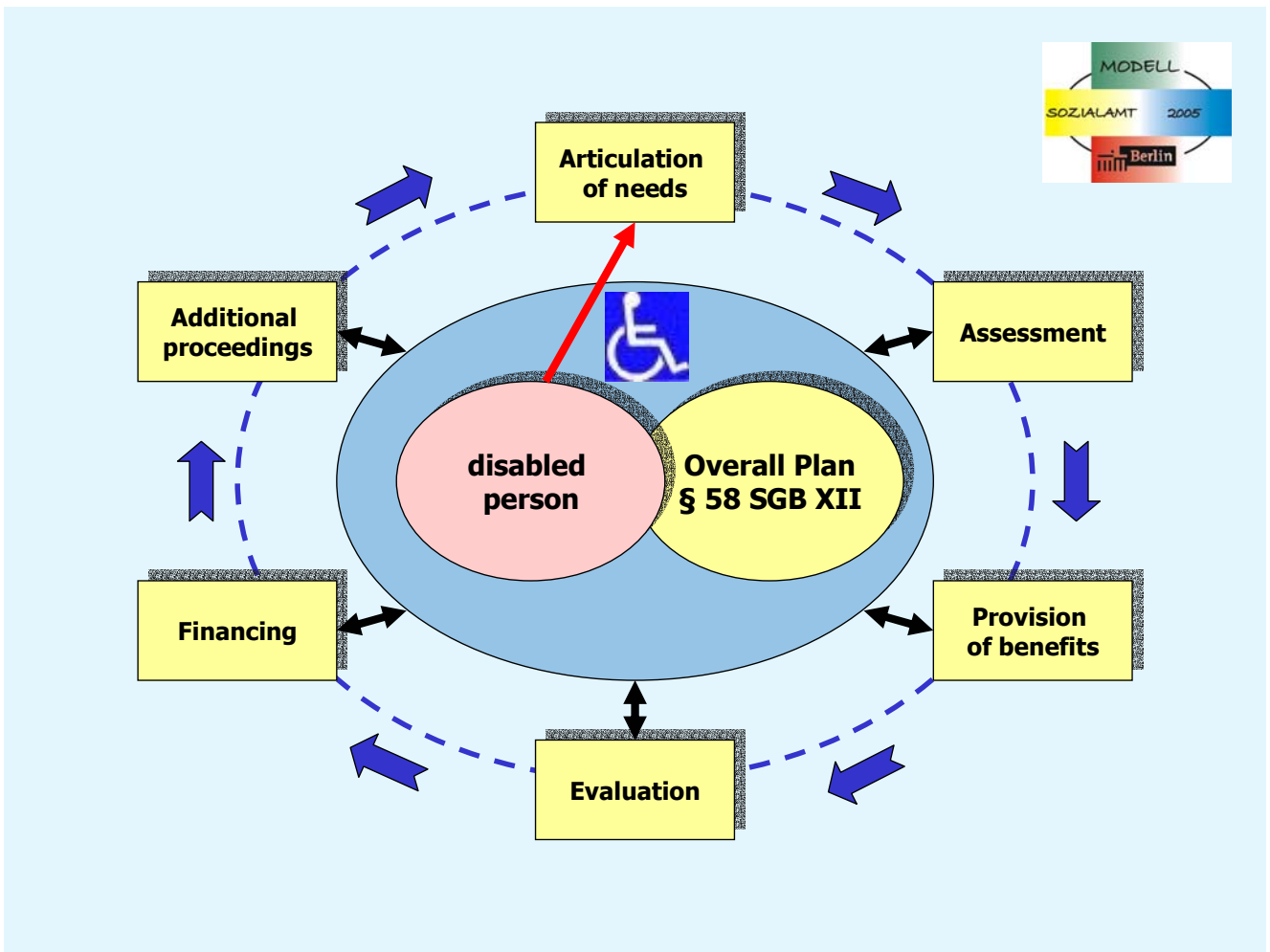
Luoda hänelle yksilökohtainen ”made-to-measure” (? tehdä ja toimia ?) tukipaketti

Edustaa hänen näkökulmiaan perheen verkostoissa, hoitohenkilökunnan piirissä, palvelun tuottajien kanssa, jne...

Löytää tasapaino tarpeiden ja kehitysmahdollisuuksien sekä tukipaketin tehokkuuden välillä

### Metodinen osio

Vammaisen henkilön integraation tukiprosessi sisältää seuraavat toiminnot:



Prosessi alkaa tuen ehdoista niin pian kuin vammaisen henkilö tuo esille toiveensa, vaatimuksensa tai tahtonsa.

Seuraavalla askeleella palveluohjaaja tekee aloitteen arvioinnista, joka sisältää seuraavat asiat:

- Päämäärien ja toiveiden saaminen yksilöityyn/selkeytettyyn muotoon
- Luottamuksen ilmapiirin saavuttaminen
- Edistää henkilökohtaisen verkoston ja ympäristön osallistumista
- Selvittää lain soveltuvuutta ja lain pätevyyttä
- Tarpeen mukaan hankkia lisää ammatillista asiantuntemusta
- Vakiinnuttaa tuen tarpeeseen oikeutetun tavoitteet ja tuen vaatimukset
- Tarpeen mukaan johtaa tukikokousta (a support conference)

Konsultoida asiakasta hänen yksilökohtaisen budjetin riittävydestä erilaisiin palvelun tarjoajien palveluihin

Seuraava askel on palveluiden ”realisointi” (toteutus). Juuri tässä kohdassa, esimerkiksi sen jälkeen kun tuen tarpeet on vakiinnutettu, valitaan palvelujen tuottaja ja informoidaan palvelun tavoitteet ja haetaan yksimielisyys niiden toteuttamisesta.

Seuraava askel on tarjotun tuen arviointi (evaluation), jolla varmistetaan tuen antamisen prosessin suunnitelmallisuus. Kokonaissuunnitelman toteutus jatkuu sopimuksen mukaan tuen edistymisen myötä. Vammaisen henkilö voi kokea tilanteensa kohentumista, mutta mahdollisuudet tilanteen huonontumiseen on myös otettava huomioon. Usein tietyn tilanteen ylläpito on jo osa onnistunutta integraation tukea. Tämän takia säännöllinen ja tehokas annetun tuen tilannekatsaus on välttämätöntä.

### **Henkilöstöllinen osio**

Yksi suuri haaste on valmistella sosiaalipalveluiden henkilöstö uuteen rooliin ja saattaa se uusiin tehtäviin. Osastojen henkilöstölle on kehitetty seuraava täydennyskoulutusohjelma:

Täydennyskoulutuksen tavoite on saattaa alkuun roolin muutos hakemusten käsittelystä tavoite-orientoituneeseen palvelujen ohjaukseen ja yksilölliseen rahoitukseen; tämä saavutetaan vahvistamalla ja edelleen kehittämällä valikoidun henkilöstön yksilöllistä päätöksentekokykyä ja mahdollisuuksia.

Sosiaalisesti orientoitunut, metodeja ja erityisosaamista sisältävä ohjelmamoduuli on yhdistetty valmennuskurssiin.

Ohjelma on tarkoitettu hallinnolliselle henkilöstölle yleisen hallinnon ja sosiaalipalvelujen osastoille.

Erityisosaaminen koskien sosiaaliturvaa on oletettu olevan tai hankittu henkilöstölle ennen yksilöllisen palveluohjauksen täydennyskoulutusta.

Täydennyskoulutuksen sisältö perustuu kansainvälisesti hyväksytyyn laatustandardeihin koskien yksilöllistä ohjausta.

Yhteistyössä Hallinnollisen Akatemian ja Berliinin osavaltion kanssa luodut opetusmoduulit käsittävät 104 kahdennettua opetusjaksoa. Vuonna 2006 n. 160 ihmistä koulutetaan palveluohjaajiksi Berliinin kaupungin 12 eri osan tarpeisiin.

### **Dokumentoinnin osio**

Päämäärien kehittämisen kokoava prosessi, tuen vaatimusten perustelut, palveluiden toimeenpano ja arviointi tulee tulevaisuudessa ohjautumaan ja kirjautumaan sosiaaliturvan hallintoon ”integrated master plan” –suunnitelmien kautta. Tämä asiakirja mahdollistaa tuen sosiaaliseen integraatioon ja osallisuuden suunnitellusti ja on asiakkaan itsensä ohjattavissa hänen omista lähtökohdistaan käsin.

Yksilölliseen palveluohjaukseen johdattaminen on tarkoitettu helpottamaan räätälöityjen ja yksilöllisten tukipakettien luomista sisältäen konkreetteja tavoitteita. Enää ei ole niin, että haetaan ”sopivaa” vammaista henkilöä, joka soveltuisi olemassa oleviin hoitoinstituutioihin. Sen sijaan asianmukainen palvelupaketti sovitetaan asiakkaalle hänen omien tavoitteidensa ja

ominaisuuksiensa mukaisesti. Suotuisimmissa olosuhteissa voi vammainen henkilö jopa itse räätälöidä itselleen tämän paketin ("yksilöllinen budjetti").

Muutamia haasteita on hyvä tässä tuoda esiin, jotka koskevat tavoitteiden hyväksymistä ja konkretisointia suunnitelmaan liittyen. Kuinka "vaikuttavuutta" voidaan mitata ja mitä "seuranta" vaatii? Näihin kysymyksiin ei vielä nyt ole täydellistä vastausta. Aluksi asiaa voi edistää muuttamalla tuen edellytyksiä intervalli-jaksoilla.

## 5. Johtopäätökset

Jos sosiaaliturvan hallinto aikoo vahvistaa otettaan hallinnan kapasiteetin osalta ja samaan aikaan tukea vammaisten omia voimavaroja, silloin heidän pitää pyrkiä yksilölliseen suuntaan. Tähän asti on ollut niin, että valtio tai kunnalliset sosiaalipalvelut yhdessä palvelun tuottajien ja erityisasiantuntijoiden kanssa saavuttama konsensus on ohjannut valtion rahoittamaa (tai valtion supistamaa!) ympärivuorokautista hoitoa. Nämä ajat ovat nyt ohi. Berliinin sosiaaliturvan hallinto ottaa nyt ensi askeleitaan yksilöllisen palveluohjauksen suuntaan. Seuraavien askelten pitää mahdollistaa vammaisten henkilöiden kasvavan itsenäisyyden, omatoimisuuden ja itsemääräämisoikeuden osana integraatioprosessia. Työtavat niin kuin yksilöohjaus/-työ, seuranta ja tavoitteiden asettelu ovat kuitenkin perustavaa laatua olevia tekijöitä, joilla voidaan hillitä vastustaa kustannusten nousua ja välttää vammaisten epäoikeudenmukaisia kokemuksia.

## 6. Kysymyksiä

Henkilöstön täydennyskoulutus: Onko sosiaalityöntekijän, hallinnon ekspertin ja liiketalouden ekonomistin synteesi mahdollinen??

Yksilöohjaus: Mitä seurauksia voi sellainen työtapa kuin Henkilökohtainen Budjetti vaikuttaa "kysynnän voiman" vahvistumisen kautta vammaiseen ihmiseen? Aiheuttaako se kilpailua erilaisten vammaisille suunnattujen laitosten ja palveluiden välillä? Voivatko muutokset ja kysynnän vahvistumiset johtaa muutoksiin vielä ylen määrin kankeaan hankintaan (palvelu)rakenteeseen? Voiko yksilöohjaus auttaa helpottamaan rakennemuutosta?

Asumismuodot: Mitkä ovat muiden maiden kokemukset itsenäisyyttä kasvattavista asumismuodoista? Mikä osuus vammaisista näissä maissa on pysyvästi sijoittunut hoitokoteihin ja mikä osuus omiin koteihinsa?

Vaikuttavuuden mittaaminen/Kontrolli, seuranta: Onko esimerkkejä siitä, miten vammaisen henkilön tuen onnistumista on kyetty mittaamaan?

## 7. Kuulijan omat huomiot

Berliinin kaupungin vammaispalveluissa on lähdetty soveltamaan yksilökohtaista palveluohjausta, jossa palvelusuunnitelmaan otetaan entistä enemmän mukaan asiakas itse. Näin tulkitsisin, että he ovat luopumassa byrokraattisesta ja kaavamaisesta avustusten myöntämisestä kohti henkilökohtaista palvelusuunnitelmaa, jossa "henkilökohtaisella budjetilla" ts. vammaisen itsensä ohjaamalla rahalla hän itse hankkii tarvitsemansa palvelut (olisiko jotain sukua jopa palvelusetelille??). Tämä sama ilmiö on olemassa meillä Suomessakin palvelujen kehityksessä: nyt puhutaan jo kaikkialla henkilökohtaisesta palvelusuunnitelmasta ja siihen räätälöidystä henkilökohtaisesta palvelupaketista.

Kysymys on Berliinissäkin ennen kaikkea toimintakulttuurin muutoksesta ja palveluprosessin selkeyttämisestä aidosti asiakaslähtöiseksi. Samalla päätösvaltaa annetaan ihmiselle itselleen omissa

palveluissaan, jolloin – parhaimmillaan – myös palvelurakenteet ovat yksilöllisempiä. Tuntematta Saksan järjestelmää sen tarkemmin voisin kuitenkin ajatella, että se on jonkin verran konservatiivisempi kuin Suomessa. Suomen ongelmana taas on se, että eri puolilla maata asuvat ovat nykyisen valtion ohjauksen (= ohjaamattomuuden ??) takia jonkin verran eriarvoisessa asemassa. Meillä vammaispalvelujen rajat joudutaan hakemaan jopa oikeusistuimista, kun selkeää ja sitovaa normiohjausta on haluttu välttää ja karsia.

### **13. Yhteenvedoa, johtopäätöksiä ja muuta pohdintaa**

#### **Palvelurakenteen muutokset**

Palvelurakenteelta vaaditaan tulevaisuudessa palvelujen entistä monipuolisempaa kirjoa ja väestön yksilöllisten tarpeiden mukaan rakentuvaa palveluvalikoimaa. Erityisesti kuntalaisten kotiin tarjottuja palveluja on tarvetta lisätä ja monipuolistaa. Vapaaehtoistyön palvelutarjontaa on vahvistettava ja omaishoitoa tulee suosia ja kehittää nykyistä tiiviimmässä yhteistyössä kaikkien toimijoiden kesken. Verkostoituminen yksityisten palveluntuottajien kanssa on sosiaali- ja terveyspalvelujen tulevaisuuden elinehto.

Palvelurakenteen muutokset edellyttävät muutoksia työelämään. Eurooppalaisesta näkökulmasta katsoen naisten työssäkäyntiä on lisättävä ja tämä onnistuu vain joustavin työjärjestelyin, jotka mahdollistavat perhe-elämän asettamisen etusijalle. Vastaavasti ikääntyvät työntekijät olisi nähtävä yhteiskunnan voimavarana, joiden osaamisen hyödyntäminen edellyttävät nekin uudenlaisia joustavia työkäytäntöjä.

#### **Eurooppalaisen hyvinvointivaltion tulevaisuus**

Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätiön johtaja ([www.eurofound.eu.int](http://www.eurofound.eu.int)) Jorma Karppinen totesi puheessaan, että eurooppalaisen hyvinvointivaltion malli on säilytettävissä hyvän koulutusjärjestelmän, korkean tuottavuuden, innovaatioiden ja korkealaatuisen työelämän turvin. Mallin säilyvyys edellyttää tasapainoa turvallisuuden ja joustavuuden välillä. Korkealaatuisten palvelujen ja kilpailukyvyyn välillä on olemassa positiivinen korrelaatio suhde ja näiden lukujen valossa Suomi sijoittuu elämänlaatua ja kilpailukykyisyyttä selvittäneessä tutkimuksessa korkealle tasolle. Korkea kilpailukyky syntyy korkeasta sosiaalisesta ja taloudellisesta liikkuvuudesta, joka on pohjoismaille ominaista korkeatasoisen koulutusjärjestelmän ansiosta.

#### **Työn yhteensovittaminen perheen ja vapaa-ajan kanssa**

Seminaarissa todettiin useaan otteeseen, että perhe-elämän ja työn yhteensovittaminen edellyttää sitä, että perheille on tarjolla nykyistä enemmän aikaa, taloudellista tukea, perheitä tukevia uudenlaisia rakenteita ja koulutusta, joiden avulla mahdollistetaan perheiden perustaminen kaikille tasapuolisesti. Tasa-arvoiset mahdollisuudet nauttia perhe-elämästä edistävät perheiden tasa-arvoa ja myös taloudellista ja sosiaalista liikkuvuutta. Erityisesti latinalaisia perhearvoja kunnioittavissa maissa naiset joutuvat lasten edun nimissä tekemään osa-aikaista työtä ja kieltäytymään uralla etenemisen mahdollisuuksista sekä suoriutumaan päävastuullisena ei-palkallisista töistä.

Väestön ikääntymisen vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työvoimapulaan voidaan seminaarissa esitettyjen puheenvuorojen mukaan vastata esimerkiksi muuttamalla pätevyysvaatimuksia, parantamalla työolosuhteita ja tuottavuutta sekä edistämällä kansainvälistä rekrytointia. Maahanmuuttajaväestö voi tulevaisuudessa muodostaa tärkeän ytimen terveydenhuollon henkilöstölle, jos otamme tämän mahdollisuuden tosissamme jo lähivuosina. Seminaarissa haastettiin pohtimaan sitä, tarvitaanko kansainvälisesti yhtenäisiä vaatimuksia

sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille ja, miten ulkomaisten tutkintojen täydennettävyyttä voitaisiin kussakin maassa kehittää.

### **Hyvät käytännöt ja ikääntyvä työväestö**

Yhteiskunnan on tulevaisuudessa vältettävä poliittisia ratkaisuja, jotka sulkevat ikääntyvää työväestöä aktiivisuuden piiristä pois. Ikääntyvä väestö on voimavara ja resurssi, jonka mahdollisuuksista tarvitaan laajaa ja pitkäjänteistä tutkimusta. Sosiaali- ja terveystalouden tulee tietoisesti kehittää ikääntyvien rekrytointia sekä sitouttaa kansatoimijat elinikäisen oppimisen ajatuksiin. Ikääntyvät tarvitsevat erityisesti joustavia palveluja. Jos työntekijä ei selviydy nykyisistä tehtävistään, hänelle tulee suunnitella paremmin soveltuvat ja motivoivat työtehtävät saman työnantajan palveluksessa kuten myös tarvittaessa joustavat eläkeratkaisut. Työolosuhteita tulisi kehittää kaikki ikäryhmät huomioon ottaen, jolloin voitaisiin vaikuttaa riittävän varhain myös asenneilmapiiriin.

### **Sosiaalitoimen ja terveystoimen hoitopalvelujen yhteistyö pitkäaikaishoidossa**

Palvelujen tuottamisessa yhteistyönä tarvitaan uudenlaista ajattelua. Ihmisten ongelmat monipuolistuvat, työttömien moninaiset arjen ja psyykeen ongelmat kärjistyvät, perheiden taloudelliset ja arjen sujumisen ongelmat lisääntyvät ja ikääntyvien vammaisten tarpeeseen ei pystytä aina vastaamaan. Terveystoimen ja sosiaalitoimen toimintakulttuurit ovat erilaisia. Erikoistunutta pitkäaikaishoitoa ei tulisi järjestää vain vanhuksille vaan myös ikääntyville vammaisille. Pitkäaikaishoidosta puuttuvat Euroopassa yhteiset kansalliset strategiat ja sitä luonnehtii nykyään palvelujen pirstoutuminen ja kommunikoinnin puute asiantuntijoiden ja tuottajien välillä. Pitkäaikaishoitoon kaivataan

- moniammatillista arviointia
- lisää kuntoutumismahdollisuuksia sairaalasta kotiutuville
- yhteistyötä kaikkien yksiköiden välillä ja asiakaslähtöistä sekä laadukasta palvelua

Vanhustenhuollon haasteina mainittiin mm. seuraavia: palvelujen arviointi, maksupolitiikka, hallintokuntien yhteistyö eikä kilpailu, työvoimapula ja vierastyövoiman integrointi sekä hoivan ja hoidon johtaminen niin, että eri ammattikuntien eettiset periaatteet otetaan huomioon.

### **Odotettavissa 10 vuoden kuluttua**

Tulevaisuuden Euroopassa on kaksi väestörakenteeseen liittyvää asiaa ylitse muiden: väestön ikääntyminen ja maahanmuuttajien osuuden kasvaminen. Keskustelu sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden haasteista käy vilkkaana, mutta samalla myös melko erilaisena Euroopan eri maissa. Uusien EU-maiden, lähinnä Itä-Euroopan alueen maiden, ongelmana on pätevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön maastapako. Koulutetut ammatillaiset menevät parempien palkkojen ja elämän perässä läntisiin ja pohjoisiin EU-maihin. Eteläisen Euroopan maissa suurin osa palveluista tuotetaan järjestöjen toimesta. Kunnilla ei ole riittävää taitoa eikä tietoa huolehtia sosiaalisista ongelmista ja palveluiden tuottamisesta. Portugalissa keskustellaan nyt uudenlaisesta kumppanuudesta, jossa mukana on julkisen sektorin lisäksi järjestöt ja yritykset. Espanjan ongelmana on muista Euroopan maista tulevat ihmiset, jotka tulevat viettämään eläkepäiviään Espanjaa. He vievät erityisesti terveystalouden resursseja omilta kansalaisiltaan. Belgiassa pohditaan maahanmuuttajien kotouttamista. Tärkeänä siellä nähdään maahanmuuttajien koulutus ja sitä kautta työhön sitouttaminen. Ranskassa on aloitettu pyöreän pöydän keskustelut, jossa mukana ovat julkisen sektorin lisäksi myös järjestöt ja yritykset. Keskustelun teemoina on mm. yhdessä tekeminen, laadun takaaminen ja kustannusten jakautuminen. Suomalainen hyvinvointivaltiokeskustelu liittyy palvelurakenteen uudistamiseen ja tavoitteena turvata riittävät sosiaali- ja terveystaloudet kaikille niitä tarvitseville.

Samalla kuitenkin todetaan, että koko EU:ssa ei tule edetä liian nopeasti, on kyse 25 erilaisesta maasta. On otettava askel kerrallaan.

### **Mitä jäi matkaan?**

Seminaarissa vahvistui se, että elämme kriittisiä aikoja nykyisen hyvinvointiyhteiskunnan äärellä tai jo reunalla. Hyvinvointiyhteiskuntamme suunta mukailee yhteiskunnan yleistä asenneilmapiiriä. Individualismia ja yksilöllisyyttä ihannoidaan yhteisöllisyyden ja yhteiskuntavastuun kustannuksella. Myös palveluvalikoimassa haluamme mahdollistaa tämän asiakaslähtöisen entistä yksilöllisemmän palvelutarpeen huomioimisen palveluja järjestettäessä. Tehokkuuden vaatimukset tuovat paineita kuntien organisaatiolle ulkoistaa palveluja, jolloin vastavoimana on vahvistettava kuntiin jäävien asiantuntijoiden osaamista ja asiantuntijuutta, jotta asiakkaiden tarpeet tulevat huomioiduksi myös uudenlaista, entistä monitoimijaisempaa, palvelurakennetta muodostettaessa.

Yksilöllisyyttä ihannoiva asenneilmapiiri tuo haasteita perhepolitiikalle, kun työelämään siirrytään yhä vanhempina, perheitä ei haluta perustaa oman uran ja parisuhteen kustannuksella ja työstä halutaan eläkkeelle entistä varhaisemmin. Tämä entistä suurempi yksilöllisyyden huomiointi pakottaa hyvinvointivaltion uudelleen organisointiin. Nykyisillä resursseilla emme pysty vastaamaan olemassa oleviin haasteisiin.

Onkin isompi kysymys, miten pystymme vaikuttamaan yhteiskunnan asenneilmapiiriin ja motivoimaan kuntalaisia entistä yhteisöllisempään elämäntapaan ja osallisuuteen hyvinvointivaltion toiminnassa. Tarvitsemme myös uusia tekijöitä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vahvaa ammatillista osaamista tulee tukea koulutuksen ja laajemmin osaamisen kehittämisen avulla. Näin kuntien asiantuntijat voivat tukea toimijakentän laajentumista yksityisten palveluntarjoajien suuntaan ja myös luomalla rakenteita vapaaehtoissektorin mukaan tuloon.

Seminaarin perusvire oli kovin haastava. Sosiaali- ja terveyspalvelujen on tulevan kymmenen vuoden aikana vastattava isoihin muutostarpeisiin. Monissa palvelujen kehittämishankkeissa olemme Suomessa pitkällä verrattuna eurooppalaisiin kollegoihin. Haasteet ovat isoja, mutta kuten valtiosihteeri Leila Kostianen totesi, niihin on vastattava pala palalta tavoitteena yhteinen eurooppalainen ymmärrys ja toimintastrategia sosiaali- ja terveyspalveluista.

### **Muutama muu ajatus konferenssista**

Osanottajat ja erityisesti alustajat vaikuttivat innostuneilta ja huom. *ylpeiltä* työstään ja asiastaan. Tosin välillä kyllä sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ajateltiin ikäänkuin samana asiana. Kuuntelin aikamoisen määrän esityksiä ja yleistuntumana minulla oli, että meillä Suomessa on vaikka kuinka paljon yhtä hyviä ellei parempiakin esimerkkejä, mutta jostain syystä niitä ei maailmalla näytä kuulevan. Suomi pilkahtikin eräissä esityksissä hyvänä esimerkkinä tai mallimaana.

Toivoisin, että myös Suomesta olisi näillä foorumeilla alustuksia, esityksiä, workshop -kokonaisuuksia jne. Toivoisin myös, että Suomesta olisi enemmän innostunutta joukkoa osallistumassa kansainvälisiin konferensseihin. Se antaa virkistystä omaan työhön, sopivan breikin ja ennen kaikkea laajentaa näkyä myös omassa työssä. Vaikka konferenssit ovat yleensä aikataulultaan hektisiä, on myös mahdollista ja toivottavaa luoda verkostoja toisten maiden kollegoihin. – Meillä suomalaisilla taitaa rima olla aina kovin korkealla ulos ja esille lähdetessä, mikä taas aiheuttaa ehkä sen, ettei kovin mielellään oteta työkiireisiin ylimääräisiä valmistelutehtäviä. Voisi miettiä, millaisin tukirakentein sosiaalialan ammattilaisia saisi enemmän ulos ja esille. Meillä on mallikelpoisia työkäytäntöjä, palveluja, kehittämistyötä, tutkimusta, sosiaalialan osaajia ymv. maailmalle lähetettäväksi.

Olemme osa Eurooppaa ja maailmaa, mikä jo sinällään edellyttää aktiivista yhteyttä. Ja ennen kaikkea meillä on hyvä hyvinvointimalli ja mallikelpoinen sosiaaliala yhteistyösuhteineen sekä aktiivinen toiminta kansalaisten hyvinvoinnin parantamiseksi ja myös sosiaalialan kehittämiseksi.

Työpajojen perusteella tuntuu, että suomalaisillakin olisi monia esiteltäviä kehittämistoimia ja – hankkeita. Tärkeää tietenkin on ajoissa tietää, millaisia teemoja konferenssiin vuosittain tulee, mutta myös tiedon levittäminen kotimaisille toimijoille pitäisi miettiä. Millä tavoin voidaan viestittää, minkä tyyppisiä asioita kannattaa nostaa esille ja tarjota? Miten tavoittaa toimijat, jotka olisivat kiinnostuneita esittelemään työtään? Myös kustannusten osalta jouduttaneen pohtimaan, voidaanko osallistumista jollain tavoin tukea, mutta kaikkien osalta sekään ei välttämättä ole este osallistumiselle.